

CASO ANATOMOCLINICO

NEOPLASIA MALIGNA PRIMARIA MULTIPLE

JORGE CORVERA,^{1, 2} FERNANDO FLORES-BARROETA²
Y JUAN JURADO-MENDOZA²

HISTORIA CLÍNICA

PACIENTE masculino de 82 años de edad con antecedentes de tabaquismo positivo, 20 cigarrillos al día durante 51 años; alcoholismo positivo intenso y prostatectomía en 1961. Fue visto por primera vez en el Servicio de Otorrinolaringología, del Hospital General del Centro Médico Nacional en 1964, por obstrucción nasal y epistaxis frecuentes, que obedecían a una gran perforación del tabique nasal. El resto de los estudios practicados resultaron normales o negativos.

Del 30 de abril al 7 de diciembre de 1965 fue tratado en el Servicio de Oftalmología por glaucoma del ojo derecho y finalmente fue operado el 8 de diciembre del mismo año.

En octubre de 1968 se atendió de nuevo en el servicio de Otorrinolaringología por quejarse de disfonía, sensación de sequedad faríngea, odinofagia y disfagia de 15 días de duración. Una laringoscopia indirecta mostró deformidad de la epiglotis por tumoración que

ocupaba las bandas ventriculares, especialmente del lado izquierdo. La tomografía de laringe mostró importante engrosamiento de ambas bandas ventriculares, con disminución de la luz del infundíbulo laríngeo y de ambos senos piriformes (Fig. 1). Un estudio radiológico de tórax mostró tumoración de 5 a 6 cm de diámetro, paramediastinal izquierda (Fig. 2).

Un electrocardiograma mostró probable zona muerta en el tercio medio del septum interventricular. La hemoglobina fue de 20.2, g%, el hematocrito de 63% los leucocitos de 1,300 mm³, las plaquetas de 114,000 mm³. El tiempo parcial de tromboplastina fue de 56" la glucosa sanguínea de 100 mg%, la urea de 27 mg%, y la creatinina, de 1.1 mg%. El examen general de orina fue normal. Una biopsia de cornete nasal mostró inflamación crónica inespecífica. Se hizo diagnóstico de carcinoma laríngeo con metástasis pulmonar. El paciente rehusó someterse a cualquier tipo de intervención.

El 10 de noviembre de 1968 se presentó al servicio de Urgencias del hospital por tener evacuaciones melénicas

¹ Académico numerario.

² Hospital General, Centro Médico Nacional, Instituto Mexicano del Seguro Social.

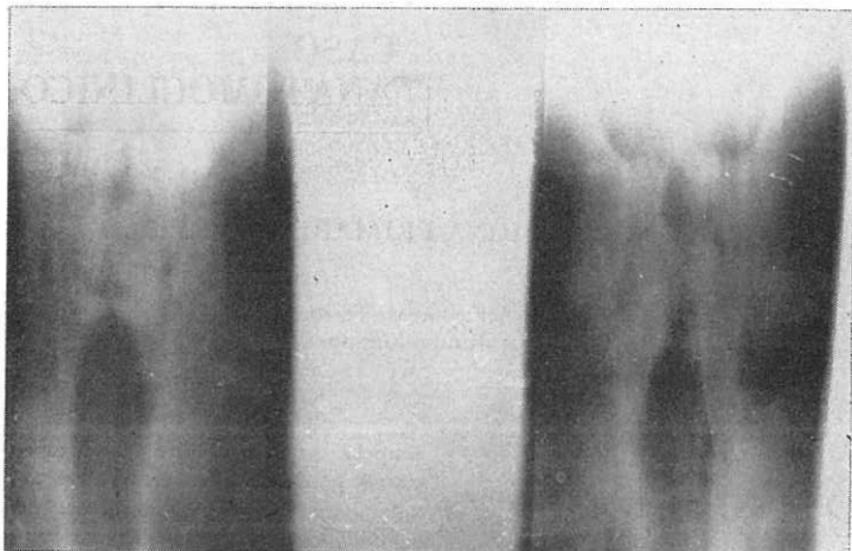


FIGURA 1

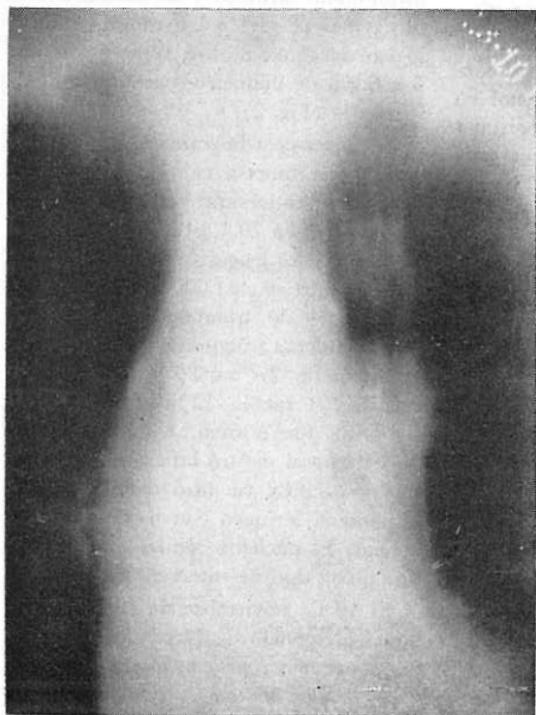


FIGURA 2

de cuatro días de evolución, en número de tres a cuatro en 24 horas. El examen físico fue normal, excepto que se palpó un ganglio doloroso, en el tercio medio lateral izquierdo del cuello. Una serie gastroduodenal no mostró alteraciones. Se transfundió sangre total y se trató con dieta de ulceroso y gel de aluminio y magnesio.

El 9 de febrero de 1969, ingresó al Servicio de Medicina Interna por haber tenido dos evacuaciones melénicas. En esa ocasión, la hemoglobina era de 8.2 g% y el hematócrito de 28%, por lo que nuevamente se transfundieron 2,400 ml de sangre total. Otra serie gastroduodenal, una rectosigmoidoscopia y un estudio de colon por enema fueron normales.

Siguió presentando melena y hematemesis y falleció el 20 de febrero de 1969.

HALLAZGOS DE AUTOPSIA

En la autopsia se demostró la presencia de un carcinoma epidermoide bien diferenciado de la laringe, úlcero-vegetante, supraglótico, de predominio izquierdo (Figs. 3 y 4) con metástasis en los ganglios linfáticos cervicales.

El lóbulo superior del pulmón izquierdo estaba atelectásico; en la pared de su bronquio principal se encontró una neoplasia infiltrante y ulcerada igualmente de tipo epidermoide, pero mal diferenciada, que obstruía parcialmente su luz; además existían numerosos ganglios hiliares metastásicos (Figs. 5 y 6). En los cortes histológicos se pudo demostrar transición entre el epitelio bronquial normal y el tumor, así

como cambios epiteliales francamente atípicos, en sitios vecinos al tumor. Por estos datos se hizo el diagnóstico de carcinoma broncogénico epidermoide, poco diferenciado, independiente del carcinoma laríngeo, con metástasis a los ganglios linfáticos correspondientes.

En la pared posterior del cuerpo del estómago se encontró un adenocarcinoma bien diferenciado úlcero infiltrante de 1.5 cm de diámetro, que penetraba hasta la capa muscular y erosionaba un vaso arterial de mediano calibre (Figs. 7 y 8), lo que probablemente dio origen al sangrado masivo de tubo digestivo.

De acuerdo con las reglas establecidas por Warren y Gates¹ para hacer el diagnóstico de neoplasia maligna primaria múltiple, se establecieron evidencias de malignidad en los tres tumores. Cada uno de ellos estaba claramente limitado y separado del otro. Se excluyó la probabilidad de que uno fuera metástasis del otro por los siguientes hechos: en los tres tumores se pudo demostrar transición entre el epitelio normal y la zona neoplásica; el tipo histológico del carcinoma gástrico era diferente al del pulmón y al de laringe y aunque éstos dos últimos tumores eran del mismo tipo histológico, el tumor del pulmón estaba menos diferenciado que el de laringe, que era más queratinizante; por último en el epitelio bronquial vecino al tumor, se encontraron zonas de atipias celulares, que en algunos sitios eran verdaderas áreas de *carcinoma in situ*.

Otros hallazgos importantes fueron un infarto antiguo del miocardio en el tabique interventricular, cardiomegalia

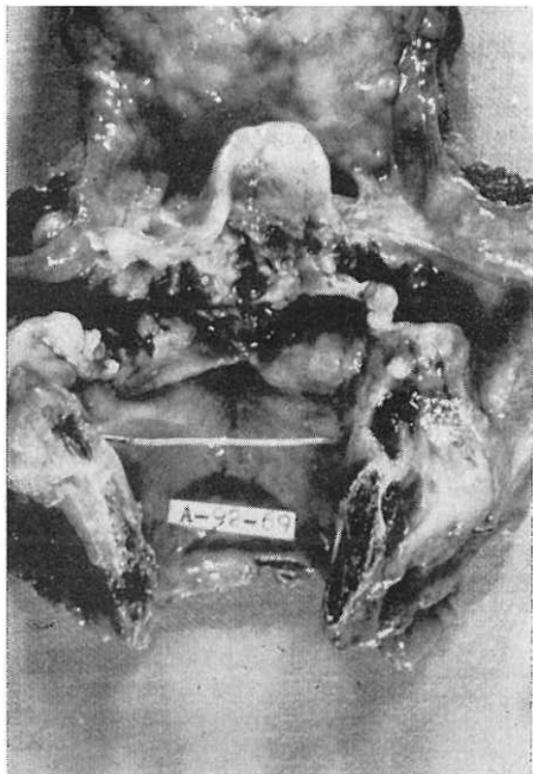
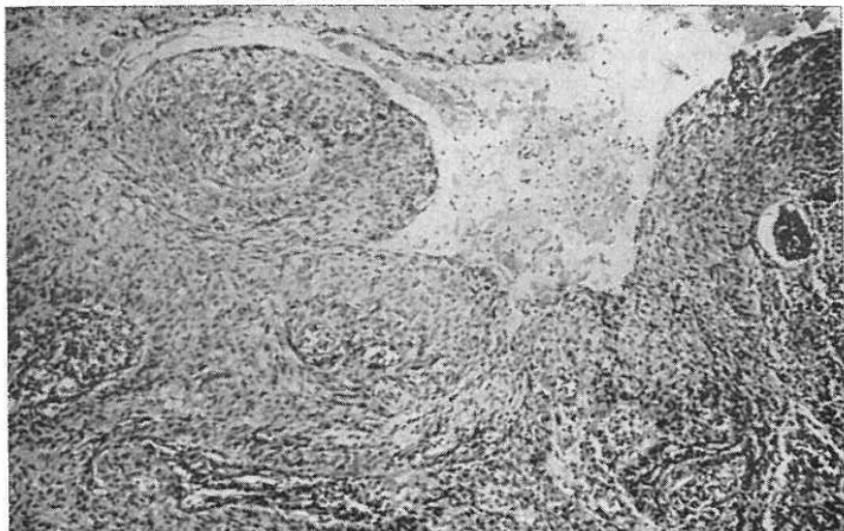


FIGURA 3

FIGURA 4



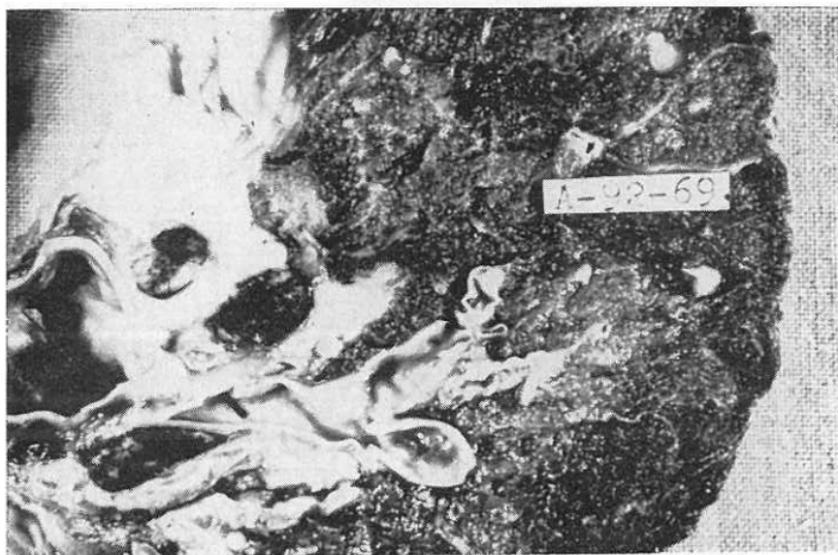
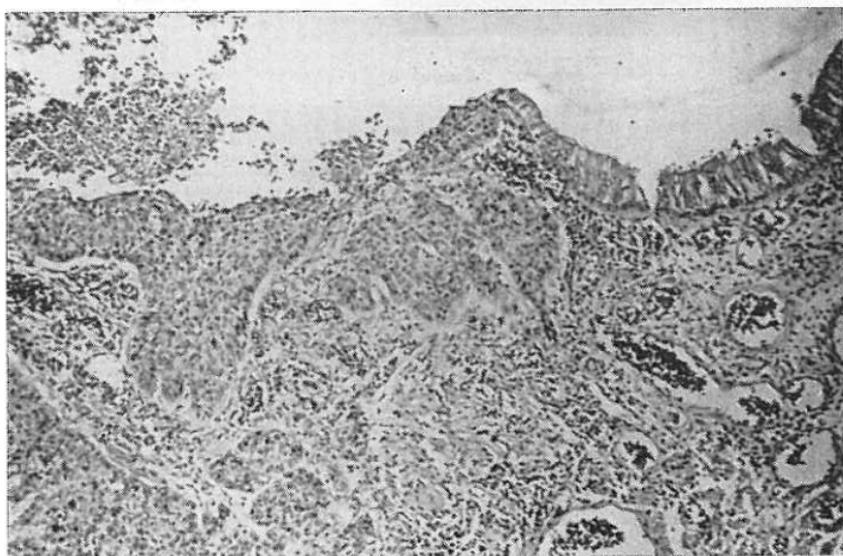


FIGURA 5

FIGURA 6



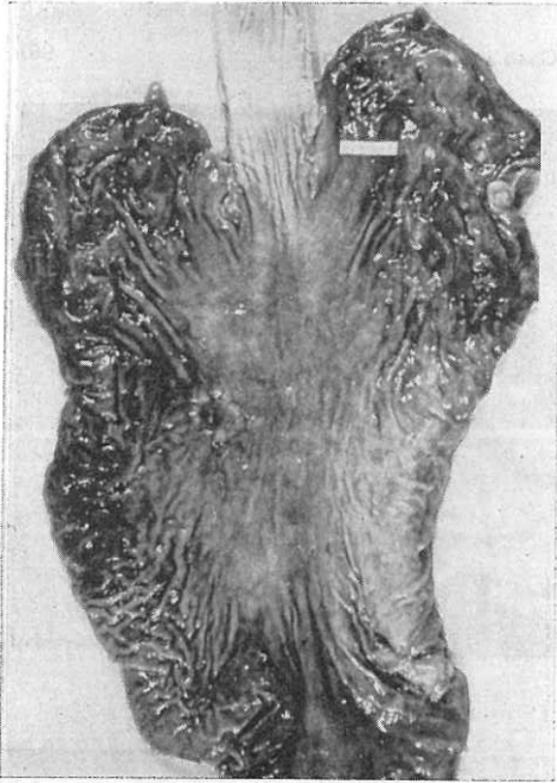


FIGURA 8

FIGURA 7



de 400 g con hipertrofia biventricular y dilatación del ventrículo derecho; aterosclerosis generalizada grado II-B a III-C y nefrosclerosis arteriolar.

COMENTARIO

Frecuentemente se ha comunicado la asociación de carcinoma de laringe, con otros tumores malignos, por varios autores. Es significativa la frecuencia de tumores malignos múltiples, que afectan simultáneamente el tracto respiratorio superior, el pulmón y el esófago en la serie de Thoma,² en la que la asociación más frecuente es la de carcinoma laríngeo y carcinoma broncogénico. Feremans³ informa 15 casos de carcinoma laríngeo, en los que en seis de ellos se encontró además carcinoma broncogénico, en tres adenocarcinoma gástrico y en los demás, tumores malignos en otros órganos.

También en los casos de tumores múltiples sincrónicos, que afectan primariamente al pulmón, se ha encontrado por Campbell y Watne⁴ que en el 20% existía otro tumor primario maligno en cavidad oral o laringe. El carcinoma broncogénico fue el tumor maligno que con mayor frecuencia se encontró asociado como segundo o tercer tumor primario, en el estudio de 1470 tumores malignos de la cavidad oral, tracto digestivo superior y árbol respiratorio, realizado por Yashar, Guralnick y McAuley.⁵

Aparentemente no existe evidencia morfológica, en el sentido de que un tumor maligno influya en la aparición o comportamiento de otro tumor ma-

ligno, en el mismo sujeto; a este respecto, Hajdu y Hajdu⁶ McLean y Springle⁷ así como Mortel, Dockerty y Baggenstoss⁸ consideran que los tumores múltiples primarios, no son en realidad sino un padecimiento propio de la edad avanzada.

Lo que parece más importante en el problema de los tumores múltiples primarios, es poner énfasis en la posibilidad de que un paciente con cáncer, pueda desarrollar otro cáncer diferente ya que las más de las veces la evidencia radiológica de la aparición de un nódulo pulmonar en un enfermo canceroso, se interpreta como metástasis, restándole al paciente el beneficio de la extirpación de una neoplasia diferente.

REFERENCIAS

1. Warren, S. y Gates, O.: *Multiple primary malignant tumours*. Am. J. Cancer 16: 1358, 1932.
2. Thoma, G. W.: *The incidence and significance of multiple primary malignant tumours*. Am. J. Med. Sc. 247: 427, 1964.
3. Feremans, W.: *Les cancers multiples a l'Institut Bordet*. Bull. du Cancer 53: 415, 1966.
4. Campbell, L. V. y Watne, A. L.: *Multiple primary malignant neoplasms*. Arch. Surg. 99: 401, 1969.
5. Yashar, J. J.; Guralnick, E. y McAuley, R. L.: *Multiple malignant tumours of the oral cavity, respiratory system and upper digestive system*. Am. J. Surg. 112: 70, 1966.
6. Hajdu, S. I. y Hajdu, E. O.: *Multiple primary malignant tumours*. Jour. Am. Ger. Soc. 16: 16, 1968.
7. McLean, W. C. y Sprinkle, P. M.: *Multiple primary malignancies in the head and neck*. South. Med. J. 58: 1380, 1965.
8. Moertel, C. G.; Dockerty, M. B. y Baggenstoss, A. H.: *Multiple primary neoplasms*. Cancer 14: 221, 1961.