

Mesotelioma Peritoneal Maligno. Presentación de un caso

Malignant Peritoneal Mesothelioma. Case presentation

Dra. Adianez de los Milagros Jiménez Álvarez

Hospital Militar Docente Dr. Mario Muñoz Monroy. Matanzas, Cuba.

RESUMEN

El mesotelioma es un tumor poco frecuente, sobretodo en localización peritoneal. Originado en las células mesoteliales de superficies serosas. Su etiología es desconocida, aunque en muchos casos se relaciona con exposición a asbestos. Su frecuencia va en aumento en los últimos años, tiene mayor incidencia en varones de edad media. Se presentó un paciente de 73 años diabético e hipertenso que llevaba 21 días con sensación de llenura, aumento de volumen del abdomen, decaimiento marcado, pérdida del apetito. En este período presentó una pérdida de peso corporal de 10 kilos. Por todo lo anterior se decidió su ingreso para estudio y tratamiento.

Palabras clave: mesotelioma peritoneal maligno, presentación de caso.

ABSTRACT

The mesothelioma is a little frequent tumor, especially in peritoneal location, originated in the mesothelial cells of serous surfaces. Its etiology is unknown, although in many cases it is related with exposition to asbestos. Its frequency increases in the last years, showing higher incidence in medium-age male people. The case of a diabetic, hypertensive patient aged 73 years was presented. He was already 21 days feeling bloating, having increase of the abdominal volume, remarked weakness, appetite loss. In this period he had a body weight loss of 10 kg. For that all, his admission was decided for study and treatment.

Key words: malignant peritoneal mesothelioma, case presentation.

INTRODUCCIÓN

El tejido que recubre los pulmones, el estómago, el corazón y otros órganos se llama mesotelio. El mesotelioma es un tumor de ese tejido que afecta predominantemente la pleura en un 50-60 % y el peritoneo 20-30 %, con menor frecuencia son comprometidos el mesotelio del pericardio, testículos y útero.

El mesotelioma maligno es un tumor de escasa frecuencia, la incidencia del mesotelioma peritoneal maligno en naciones industrializadas es 0,5-3 casos por millón de habitantes en hombres, y 0,2-2 casos por millón en mujeres. La asociación de la exposición de asbesto con el mesotelioma peritoneal es menor a la que existe con el mesotelioma pleural. Para su diagnóstico se requiere biopsia de la lesión tumoral y su análisis por inmunohistoquímica.

En la actualidad no existe un tratamiento efectivo definido y la mayoría de los pacientes mueren tempranamente luego del diagnóstico.⁽¹⁻⁴⁾

El mesotelioma peritoneal es una patología rara que se presenta con síntomas inespecíficos, por lo que su diagnóstico es dificultoso. Lo infrecuente de esta enfermedad y su forma de presentación en este caso motivó a realizar este trabajo.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente: ECP.

Edad: 73 años.

Fecha de Ingreso: 12-08-13.

Fecha de Egreso: 30-08-13.

Paciente con antecedentes de hipertensión y diabetes mellitus tipo 2 que lleva tratamiento con insulina NPH – 100U 36 UDS 6 AM. captopril y clortalidona para la hipertensión arterial . Refirió que hace 21 días comenzó con sensación de llenura y aumento de volumen del abdomen, náuseas y pérdida del apetito, además comentó que a medida que aumentaba de volumen el abdomen o comía sentía falta de aire, todo lo anterior acompañado de dolores óseos generalizados. En días anteriores presentó una obstrucción urinaria y se tuvo que sondear para estudio. Planteó que presenta marcado decaimiento y pérdida de peso de 10 Kg, en ocasiones presentó fatigas. Por esto se decidió su ingreso para estudio y tratamiento médico.

Examen físico al ingreso:

Mucosas: húmedas y normo coloreadas.

Tórax: se observan arañas vasculares en región del tronco.

Abdomen: distendido que impresiona hepatomegalia de \pm 2cm y maniobra de Tarral positiva.

Tacto Rectal: próstata grado I, II fibroadenomatosa.

Aparato Respiratorio: murmullo vesicular disminuido globalmente y abolido en base pulmonar izquierda. FR: 23 rpm.

Aparato Cardiovascular: ruidos cardíacos, taquicárdicos de buen tono con soplo en foco aórtico y mitral de mayor intensidad. En mitral de intensidad IV/VI, con ingurgitación yugular. FC: 100 lpm TA: 140/60.

Sistema Nervioso: sensorio libre.

Exámenes Complementarios: Hto: 0.42.

Leucograma: 10.5- 109/L Neutrófilos: 0.78 Linfocitos: 0.22.

Creatinina: 145 Coagulograma: normal ECG: normal.

Rayos X de Tórax vista PA: elevación de los hemidiafragmas, no se visualiza los vértices, no otras alteraciones.

Amilasa sérica <31.

Paracentesis: Cito químico, líquido ascítico. Aspecto transparente. Color amarillo.

Células: L 54, HC 125, HN 84 10 x 6 /L.

Suero Proteína totales: 6,5 g/dL, LDH 329.

No presencia de coágulo.

Rivalta negativo, predominio de linfocitos.

Glicemia: 12,4 Glicemia: 19 mmol/L.

Cituria

Proteínas trazas: L: 150 000 H: 70 000 C: 0.

Urocultivo: negativo.

Coagulograma: normal.

Gasometría:

PO₂: 98.4 PCO₂ 29,3 Ph 7,40 BE -5,6.

BEecf -6,9 Na: 118 Cl: 86 K: 4,07.

Ecocardiograma: derrame pericárdico posterior a VI de 9 mm y anterior muy pequeño. Impresiona contractilidad normal. Hipertrofia concéntrica del VI. No se puede describir otras estructuras por mala ventana.

Valvulopatía aórtica a predominio de insuficiencia.

Ultrasonido abdominal: Hígado heterogéneo contornos regulares y de tamaño normal. Vesícula normal. Páncreas no se visualiza. Bazo de tamaño normal. Ambos riñones con parénquima hiperecogénico, no dilatación del sistema excretor, no litiasis. El riñón izquierdo lobulado.

RD 80x40 parénquima 12 mm.

RI 80x 42 parenquima 12 mm.

Próstata heterogénea nodular que mide aproximadamente 44x54 mm.

Evolutivamente el paciente refirió que no puede respirar. No expulsa gases por la boca y el recto. Al examen físico se encontró: mucosas lengua seca, edema miembros inferiores, murmullo vesicular abolido en ambas bases pulmonares; con un abdomen globuloso simétricamente doloroso a la palpación superficial y profunda distendido y timpánico. Maniobra de Tarral positiva. Percusión timpánica. RHA disminuidos.

Se le realizaron los siguientes complementarios:

Rayos X de tórax PA: área cardiaca normal ateromatosis del cayado no alteraciones de parénquima pulmonar.

Rayos X de abdomen simple de pie: Patrón gaseoso aumentado asas de distribución central escasos niveles.

Se valoró por la guardia de Cirugía. Se coloca sonda de Levine (con salida de líquido claro con restos de alimentos), se realizó dilatación anal con ampolla rectal vacía. Comienza a expulsar gases por el recto. Los Rayos X de abdomen simple acostado y lateral arrojaron presencia de niveles hidroaéreos y ausencia de gas rectal.

El paciente continuó con dolor y distensión abdominal refirió expulsar gases sin defecar desde hace varios días.

Rayos X de abdomen simple mostraron presencia de asas por desplazamiento central por ascitis, escasos niveles hidroaéreos.

Se recibe resultado citológico de líquido ascítico (LA) realizado anteriormente: negativo.

Se realizó paracentesis donde se evacuan 2000 ml de LA de color amarillento fluido con formación espumosa en su superficie. Después mostró abdomen suave no doloroso. RHA normales, no disnea. Se descartó presencia de cuadro oclusivo.

TR: ampolla rectal ocupada por heces de características normales.

A los siete del ingreso el paciente continuó con gran astenia persiste el abdomen distendido doloroso con timpanismo abdominal aumentado y refiere sensación de llenura. Se adiciona al examen físico de días anteriores:

TCS infiltrado hasta tercio medio de ambas piernas de fácil godet.

Nuevo US abdominal: hígado retraído, heterogéneo. Vesícula no distendida alitiásica. Ambos riñones de tamaño y localización normal. El riñón izquierdo de contorno ligeramente irregular. Abundante líquido en espacios subfrénico e hipogástrico.

Próstata heterogénea aumentada de tamaño (45x56x55 mm). Ascitis moderada.

Se le realizó paracentesis de urgencia. Se extrae 1500 ml de LA serofibrinoso y se indicó estudio. Luego del proceder refirió sentirse mejor.

Rayos X de abdomen simple sin signos de oclusión.

Se recibe Citoquímico del LA

Suero: Proteínas totales 60,4 LDH 237.

Líquido: Proteínas totales 60.1 LDH 484.

Aspecto transparente no coagula

C Células

HN 357, 5 x 10⁶ x L HC 145 x 10⁶ x L L 20 x 10⁶ x L

Predominio de linfocitos

Test de Rivalta negativo

Glicemia: 6,1

A los nueve días del ingreso el paciente refirió disnea que no mejoró con la oxigenación.

Examen físico: Ap Resp MV disminuido globalmente.

TCS infiltrado.

ACV ruidos taquicárdicos TA 140/80.

Abdomen: Tarral positivo.

Proteínas totales 66,6.

Gasometría de urgencia:

PO2 117	Ph 7,12	PCO2 12
BE -23	BEecf -25, 6	Na 13, 6
Cl 97, 1	K 5.06	

Leucograma 11,5 N 0,78 L 0,22

Glicemia 21, 9 Creatinina 243 TP C- 13
P- 15

Plaquetas 175

Se observó Acidosis metabólica y se le puso tratamiento.

El paciente presentó un trastorno en el equilibrio hidro electrolítico y ácido base que dificultó su manejo en sala por lo que es trasladado hacia UCIM.

Una vez en este servicio el paciente que continuó con dificultad respiratoria e hiperglucemia mantenida.

Se le indicó tratamiento endovenoso con ciprofloxacina y metronidazol.

Imbert negativo (muestra escasa)

Resultado de LA bacteriológico: Escherichia coli. Sensible cefuroxima, ceftriaxona, cefazolina, meropenen, ceftazidima, amika. Resistente: ciprofloxacina, ácido nalidíxico.

A los diez días se le repitió paracentesis y se extraen 2000 ml de líquido ascítico, al día siguiente continuó con dolor abdominal y dificultad respiratoria. Se realizó paracentesis extrayéndose 1700ml de LA y el dolor disminuyó.

Al examen físico: mucosas sub ictéricas. Abdomen distendido con dolor abdominal y dolor en la columna lumbo sacra. Se recibe citológico de LA que informa: Citología negativa presencia de células mesoteliales reactivas y linfocitos.

Endoscopia:

Esofagitis distal grado II. EEI incompetente. Gastritis eritemato hiperplásica erosiva antral de gran intensidad. Bulbitis eritemato erosiva hiperplásica severa. Impresiona síndrome pilórico incompleto.

L A citológico: Líquido purulento. Abundante polimorfonucleares neutrófilo

Leucograma 13,5 x10⁹ N 0.90 L 0,10

Gasometría

PO2 183	PCO2 20.1	pH 7.18
tHb 9.2 g /dL	SO2 98, 8	
Na pendiente Cl 112	K 6.30	BE -19,1BEecf – 21

Día 25-08-13.

Nuevamente se hizo una paracentesis: 1000 ml de LA. .

Día 28-08-13.

Se valoró por Cirugía se realizó paracentesis con sitio de punción en FID, no se extrajo líquido peritoneal. La salida a través del trócar fue sangre oscura mezclada con líquido peritoneal. Se dejó acoplado a frasco.

Día 29-08-13.

Octavo día con tratamiento antibiótico. Paciente con tendencia a la hipotensión, se arrancó el Levine, intranquilo.

Parámetros vitales

TAS 100 TAD 70 -60 FC 90- 100 FR 20 -22 Temp 36

Diuresis 430ml/ 24h

Examen físico: mucosas hipocoloreadas y algo secas. Apresp MV disminuido globalmente.

ACV gradiente térmico distal. Abdomen globuloso, distendido, con ausencia de RHA. Tarral positivo. TCS Infiltrado MI.

Día 29-08-13.

Paciente con polipnea y toma del estado general. Se realizó paracentesis 800 ml de LA turbio. Se recibió citológico: LA líquido purulento. Abundante polimorfonucleares neutrófilo.

Confirmó el diagnóstico de peritonitis secundaria a lesión de asa intestinal. Se cambió a tratamiento antibiótico con meropenem y amikacina según FGT.

Se realizó laparotomía exploratoria de urgencia y tomó muestra de epiplón para biopsia y estudio LA. Se extrajo 2000 ml de líquido de aspecto turbio con esfacelos y gran cantidad de fibrina.

Acidemia metabólica y alcalosis respiratoria. El paciente se entubó. Hipotensión severa 70/30 tratamiento con levofed. Diuresis escasa y hematórica.

29-08-13.

Falleció a las 2 pm. CD Shock séptico. CIM Peritonitis bacteriana. CIM CB CH.

DISCUSIÓN

El mesotelioma peritoneal maligno es una rara neoplasia que se origina en las células mesoteliales del peritoneo. El mesotelioma peritoneal afecta principalmente a varones con una edad media de 65-69 años.⁽¹⁾

En aproximadamente un 50 % de pacientes con mesotelioma peritoneal hay un antecedente de exposición a asbesto. Se plantea que las fibras son transportadas

desde los pulmones por vía linfática. El riesgo está en relación con la duración e intensidad de la exposición y el tipo de fibra. El tiempo de exposición al asbesto hasta el desarrollo de mesotelioma peritoneal puede alcanzar 20 a 30 años.

El término asbesto engloba a un grupo de fibras ampliamente distribuidas en la naturaleza. Existen dos grupos principales llamados serpentina y anfibolo; dentro del primero destaca la crisolita, el compuesto de más amplia utilización. Entre los anfibolos, la crocidolita y la amosita son las formas comercialmente útiles. En estudios con seres humanos, la crocidolita es la forma más peligrosa, la amosita parece menos carcinógena, y la crisolita no parece influir en el origen del mesotelioma.

Además de la exposición al asbesto, considerado como el principal factor de riesgo para desarrollar mesotelioma peritoneal, existen también otros factores de riesgo sospechosos, como la exposición a heroinita y al contraste radiológico Thorotrast, así como la infección por el virus 40 de los simios.

El diagnóstico de mesotelioma peritoneal es usualmente tardío y dificultoso debido a la sintomatología insidiosa de la enfermedad. Se describen dos tipos de mesotelioma peritoneal según los hallazgos del estudio tomográfico. El tipo "seco" presenta uno o múltiples nódulos con escasa o nula ascitis, y el tipo "húmedo", con pequeños nódulos esparcidos y presencia de ascitis.

Cuando la ascitis está presente se debe realizar una paracentesis para el estudio citológico, sin embargo, su valor diagnóstico es limitado. El diagnóstico definitivo se logra mediante la biopsia de la lesión intra abdominal.⁽⁵⁻⁷⁾

Existen básicamente tres tipos histológicos definidos: el tipo epitelial, supone el 50 al 70 de los mesoteliomas pleurales y la inmensa mayoría de los peritoneales; puede a su vez adoptar diferentes patrones: (tubulopapilar, adenomatoide, sólido, células pequeñas, pleomórfico, etc). El tipo mesenquimal está compuesto de células que adoptan un patrón sarcomatoso, también puede presentar subtipos. Por último, el mixto que toma una disposición intermedia.

La inmunohistoquímica ha contribuido de manera importante para lograr un diagnóstico histológico apropiado. Para la interpretación se requiere conocer la heterogeneidad inmunofenotípica de las diferentes formas histológicas del mesotelioma. Hay diferencias establecidas en la expresión de marcadores entre el mesotelioma de tipo epitelioide y sarcomatoide.

La calretinina parece ser el más útil y muestra una alta sensibilidad para mesoteliomas epitelioides, con una buena expresión en las áreas que presentan un patrón tubulopapilar, adenomatoide, sólido y pleomórfico. Es un marcador que ayuda a discriminar entre mesotelioma y adenocarcinoma con una alta sensibilidad y especificidad.

Para el mesotelioma epitelioide de células pequeñas, la trombomodulina parece conferir la sensibilidad más alta y debería ser considerado como de primera línea para este tipo histológico la citoqueratina es un marcador mesotelial útil y fácilmente interpretable. La citoqueratina⁽⁵⁾ es considerada como distintivo de mesotelioma epitelioide.^(5,6)

Recientemente la podoplanina ha demostrado ser un marcador sensible y específico no solo para el mesotelioma epitelioide, sino -mejor aun para el mesotelioma sarcomatoide.^(8,9)

Las opciones terapéuticas son limitadas y poco efectivas, generalmente porque el diagnóstico es tardío. Actualmente el tratamiento de elección es la terapia combinada de cirugía con quimioterapia o radioterapia. Esta modalidad lograría una supervivencia media de 50-60 meses.⁽⁸⁾ Son alentadores los reportes iniciales que están usando terapia triple: citorreducción quirúrgica, quimioterapia intraperitoneal e hipertermia.

Las pacientes mujeres tienen un mejor pronóstico que los hombres. Se observa que el pronóstico también está relacionado con edad, tipo histológico y crecimiento invasivo del tumor.

Actualmente existe un medicamento específico para el tratamiento del mesotelioma (aprobado por la FDA), llamado perimetrexed. Es un agente antineoplásico que bloquea los procesos dependientes del ácido fólico, su uso conjunto con cisplatino - un agente quimioterápico- es considerado actualmente, como un tratamiento de primera línea en pacientes no operables.^(10,11)

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Iglesias Díaz G, Flores Iribar A, Fernández Machado E. Quiste de mesenterio gigante: reporte de un caso en el Hospital Provincial Estatal de Bengo, República Popular de Angola. Rev Ciencias Médicas de Pinar del Río [Internet]. 2010 Sep [citado 26 Oct 2015]; 14(3):50-5. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942010000300010&lng=es
- 2- Beristain Gallegos I, Juárez Hernández F, Pensado Piedra LE, et al. Imagenología en el diagnóstico de mesotelioma pleural maligno en México. Revisión clínica y radiológica de cinco años en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. Anales de Radiología México [Internet]. 2012 Feb [citado 26 Oct 2015]; 11(2): 76-82. Disponible en: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDA>
- 3- Muñoz Molina GM. Estado actual del tratamiento quirúrgico del mesotelioma pleural. Rev Patol Respir [Internet]. 2015 Sep [citado 26 Oct 2015]; 18(Supl.1): S93-S99. Disponible en: http://www.revistadepatologiarrespiratoria.org/revistadepatologiarrespiratoria_detalle_articulo.php?aid=690
- 4- Hernández Solís A, García Hernández C, Reding Bernal A, et al. Mesotelioma maligno: factores de riesgo, experiencia en el Hospital General de México. Cir Cir [Internet]. 2013 [citado 26 Oct 2015]; 81(4): 312-16. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2013/cc134h.pdf>
- 5- Ramírez Batista A, Kedisobua E, Llovet Martínez E. Presentación de una paciente con quiste mesentérico. CCM [Internet]. 2015 [citado 26 Oct 2015]; 19(3):572-7. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1560-43812015000300022&script=sci_arttext&lng=pt
- 6- Quintero V, Múnera AG, Arroyave JA, et al. Mesotelioma pericárdico primario manifestado como derrame pericárdico severo. Rev colomb cardial [Internet]. 2015 [citado 26 Oct 2015]; 22(1):44-8. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0120563315000297>

7- Niño de Guzmán O, Niño de Guzmán L, Carlos Gutiérrez F, et al. Mesotelioma multiquísticos benigno: primer caso reportado en Bolivia. Gac méd boliv [Internet]. 2015 [citado 26 Oct 2015]; 38(1):43-7. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S1012-29662015000100011&script=sci_arttext

8- Puente Karin A, Marcano A, Salas V, et al. Mesotelioma maligno difuso primario de peritoneo. Med interna (Caracas). 2013;29(1):68-71. Citado en LILACS; Id: 753320.

9- Amorim E. Solitary fibrous tumor of the pleura: 3 case reports - fibroso solitário de pleura: relato de 3 casos. Rev Assoc Med Brás [Internet]. 2015 [citado 26 Oct 2015]; 61(3):208. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42302015000300207&script=sci_arttext

10- Marcel Koenigkam S, Duarte M, Müller IS. Neoplasia pleural. En: Guimarães MD, Chojniak R. Oncologia. Rio de Janeiro: Elsevier; 2014. 353-69 p.

11- Chojniak R, Bitencourt AG. Avaliação de resposta e seguimento dos tumores. En: Guimarães MD, Chojniak R. Oncologia. Rio de Janeiro: Elsevier; 2014. 39-53 p. Citado en LILACS; Id: 751080.

Recibido: 13 de abril de 2016.

Aceptado: 13 de febrero de 2017.

Adianez de los Milagros Jiménez Álvarez. Hospital Militar Docente Dr. Mario Muñoz Monroy. Carretera Central km 109 Gelpy. Reparto 2 de diciembre. Matanzas, Cuba. Correo electrónico: bibliotecahm.mtz@infomed.sld.cu

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Jiménez Álvarez AM. Mesotelioma Peritoneal Maligno. Presentación de un caso. Rev Méd Electrón [Internet]. 2017 Mar-Abr [citado: fecha de acceso]; 39(2). Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/1887/3370>