

KURT AMBROSIUS DIENER\*

PRESENCIA DE  
VARIOS  
TUMORES MALIGNOS  
SIMULTANEOS EN EL  
MISMO INDIVIDUO

EN EL DEPARTAMENTO de Patología del Centro Hospitalario "20 de Noviembre" se observaron del 1º de enero de 1963 al 15 de junio de 1964, 197 tumores malignos<sup>1</sup>. Entre estos, dos casos llaman la atención por tratarse de pacientes en los cuales se encontraron dos y tres neoplasias malignas, respectivamente, a la vez.

Parece que el primer caso de dos carcinomas diferentes en el mismo individuo fue publicado por *Billroth* en el año de 1869. En 1932 *Warren y Gates* en una revisión amplia de la literatura<sup>2, 3</sup> señalaron que se deben tomar en cuenta tres puntos básicos para admitir la coexistencia de dos tumores malignos diferentes en el mismo individuo:

1. Debe haber cuadro histológico claramente distinto.
2. Cada uno de los tumores debe ser acompañado de un cuadro bien definido de cáncer.
3. Debe excluirse con certeza la posibilidad de que uno de los tumores haya sido metástasis del otro.

La frecuencia de la presentación de dos tumores malignos varía de un estudio a otro, del 0.6 al 7.8%, lo que depende tal vez del hecho de que en algunas estadísticas se incluyen casos en los cuales existe diferencia de tiempo, tres años promedio, entre la aparición de uno y otro de los tumores malignos, mientras que en otros estudios se tomaron en cuenta solamente aquellos casos en los cuales se diagnosticaron los tumores malignos al mismo tiempo, suceso que es lógicamente menos frecuente.

---

\* Departamento de Patología, Centro Hospitalario "20 de Noviembre".

En la Clínica Mayo se observaron 113 tumores malignos múltiples en 2,500 pacientes operados de cáncer o sea el 4.52%<sup>4</sup>. Los datos de otras estadísticas se encuentran en la Tabla I.

TABLA I.

Frecuencia de tumores malignos simultáneos<sup>3</sup>.

AUTOR	NO. DE TUMORES		POR CIENTO
	MALIGNOS	MÚLTIPLES	
Bitello y Montani	1154	7	0.6
Deshaives	3115	33	1.15
Goriainova y Schabad	1238	23	1.8
Tullis	1044	21	2
Hanlou	710	18	2.5
Austin	887	24	2.7
Burgher	1983	30	3.1
Nust y Broder	2124	71	3.3
Warren y Gates	1078	40	3.7
Burke	583	46	7.8

Los datos más importantes de los casos observados por nosotros se señalarán en lo que sigue:

Caso No. 1. E No. 3-64. Exp. clínico: 23106.

Paciente de sexo masculino de 56 años de edad que estuvo internado 11 días en el Centro Hospitalario "20 de Noviembre" por haber presentado hematemesis y melena. Al estudio radiológico del estómago se encontró defecto de llenado en el antro pilórico.

Al estudio postmortem los datos obtenidos más importantes fueron:

*El hígado* pesa 2,980 g. (Fig. 1) su borde anterior se encuentra a 3 cm. por abajo del borde costal, a nivel de la línea medio clacicular derecha, a 7 cm. por abajo del apéndice xifoides y el lóbulo izquierdo se encuentra a 14 cm. de la línea media; su superficie es nodular, de color rojo oscuro, su consistencia es blanda. Al corte el parénquima es de color rojo oscuro con zonas nodulares de color blanquecino rosado y moteado de color rojo oscuro; la vesícula biliar contiene aproximadamente 15 c.c. de bilis amarilla, las vías biliares extrahepáticas son permeables.

*El estómago* (Fig. 2) está notablemente dilatado, la serosa es lisa, brillante, de color rosado, las paredes se encuentran adelgazadas, la cavidad contiene aproximadamente 100 c.c. de líquido café con grumos de color negro, la mucosa muestra pliegues poco aparentes, es de color rosado con zonas hiperhémicas; en la región pilórica se encuentra una masa de color rosado, superficie lobulada, consistencia blanda, abarca todo el espesor de la pared y estrecha considerablemente la luz pilórica la cual tiene un diámetro de 3 mm.

Se elaboraron los siguientes diagnósticos finales:

1. *Carcinoma hepatocelular* (Fig. 3).
2. *Adenocarcinoma de la región pilórica del estómago* (Fig. 4).
3. Metástasis del carcinoma hepático a ganglios linfáticos peripancreáticos y del hilio hepático.
4. Hepatomegalia de 2,980 g.
5. Ascitis de 1000 c.c.
6. Dilatación acentuada del estómago.
7. Hemorragia a tubo digestivo.
8. Aspiración de sangre a tráquea y grandes bronquios.
9. Congestión pasiva crónica del bazo.
10. Necrosis tubular aguda.
11. Edema pulmonar bilateral.
12. Hidrotórax bilateral (1000 c.c. en cada lado) e hidropericardio de 100 c.c.).
13. Cistitis aguda.
14. Hiperplasia adenomatosa de la próstata y prostatitis crónica acompañada de metaplasia escamosa del epitelio de algunas glándulas.
15. Adenoma cortical de la suprarrenal izquierda.
16. Hiperlipoidización de las glándulas suprarrenales.
17. Diverticulosis del colon.
18. Ateromatosis de la aorta y de las arterias coronarias.
19. Cianosis de cara y extremidades.

Caso No. 2. E No. 306-64. Exp. clínico 25861.

Paciente del sexo masculino, de 73 años de edad que fue admitido en el Centro Hospitalario "20 de Noviembre", en el Servicio de Emergencia, en estado muy grave y por haber presentado dolor abdominal de instalación brusca y de gran intensidad. Por los estudios llevados a cabo se llegó a la impresión diagnóstica de síndrome abdominal agudo por perforación de víscera, aneurisma de la aorta abdominal y tumoración en hemitórax derecho.

Al estudio postmortem los hallazgos más importantes fueron:

*Pulmón derecho* (Figs. 5 y 6) con peso de 1250 g. y zonas amplias de aspecto tumoral.

En el *bulbo duodenal* se encuentra una úlcera de 2 por 3 cm., cuyo fondo está pegado a la cara inferior del hígado. El riñón izquierdo pesa (Figs. 7 y 8) 270 g. y presenta a nivel del polo inferior múltiples formaciones lobuladas, de consistencia blanda y color blanquecino con zonas amarillentas.

La *próstata* está aumentada de tamaño y de consistencia firme. La *aorta* presenta ateromatosis acentuada y a nivel abdominal un aneurisma disecante.

Los diagnósticos finales, después de haber hecho el estudio histológico correspondiente, fueron:

1. *Carcinoma broncogénico del pulmón derecho* con metástasis a hígado. (Fig. 9).
2. *Carcinoma de células claras del riñón izquierdo*. (Fig. 10).
3. *Adenocarcinoma de la próstata con metástasis a pulmones* (Fig. 11).
4. Ascitis (1250 c.c.).
5. Úlcera duodenal penetrante a hígado.
6. Trombosis de la arteria ilíaca izquierda.
7. Aneurisma disecante de la aorta abdominal.
8. Ateromatosis de la aorta.

La observación de dos casos de tumores malignos en 197 neoplasias malignas está de acuerdo con la frecuencia promedio que se ha encontrado en otras estadísticas. Ambos casos se presentaron en hombres, uno de 56 años y el otro de 73 años de edad.

Al estudio histológico fue fácil comprobar que en el caso No. 1 ambos tumores eran claramente diferentes puesto que se observó un adenocarcinoma bien diferenciado en el estómago, de poca evolución aparentemente, en vista de que la invasión se detuvo a nivel de la capa muscular. El carcinoma primario del hígado fue muy avanzado, dio lugar a metástasis en ganglios linfáticos regionales y desde el punto de vista clínico fue el tumor más importante. Tampoco en el caso No. 2 había dificultad de diferenciar las tres neoplasias y asegurar de que se trataba de tres tipos carcinomatosos completamente diferentes, un carcinoma epidermoide broncogénico, un carcinoma de células claras del riñón y un adenocarcinoma bien diferenciado de la próstata. Como puede verse, la morfología de estos tres tumores fue tan diferente que fue fácil distinguir un tumor del otro. Es interesante señalar que el carcinoma broncogénico dio metástasis a hígado y el adenocarcinoma prostático a pulmones. Desde el punto de vista clínico, el tumor pulmonar era el más importante y desde el punto de vista morfológico el más avanzado. Cabe señalar que el mismo paciente presentó una úlcera duodenal perforada y penetrada a borde inferior del hígado. Esta lesión fue la causa del internamiento del enfermo.

#### RESUMEN

Se presentan dos casos con neoplasias malignas múltiples simultáneas, un hombre de 56 años con carcinoma hepatocelular y adenocarcinoma gástrico y otro paciente de 73 años de edad que tuvo carcinoma broncogénico, carcinoma de células claras del riñón y adenocarcinoma de la próstata.

#### REFERENCIAS

1. ISSSTE: *Informe estadístico de 1000 estudios postmortem*. Rev. Med. ISSSTE. I: 117, 1964.
2. Warren, S.: *Am. J. Cancer*. 16: 1358, 1932.
3. Gordon, R.: *Triple synchronous primary carcinoma*. Arch. Path. 45: 56, 1948.
4. Maggi, A.; Meeroff, L.; Kolinky, M.: *Cáncer múltiple primitivo*. Prensa Méd. Argentina 41: 1140, 1954.



Fig. 1. Al corte del hígado se observan múltiples nódulos correspondientes al carcinoma hepatocelular.

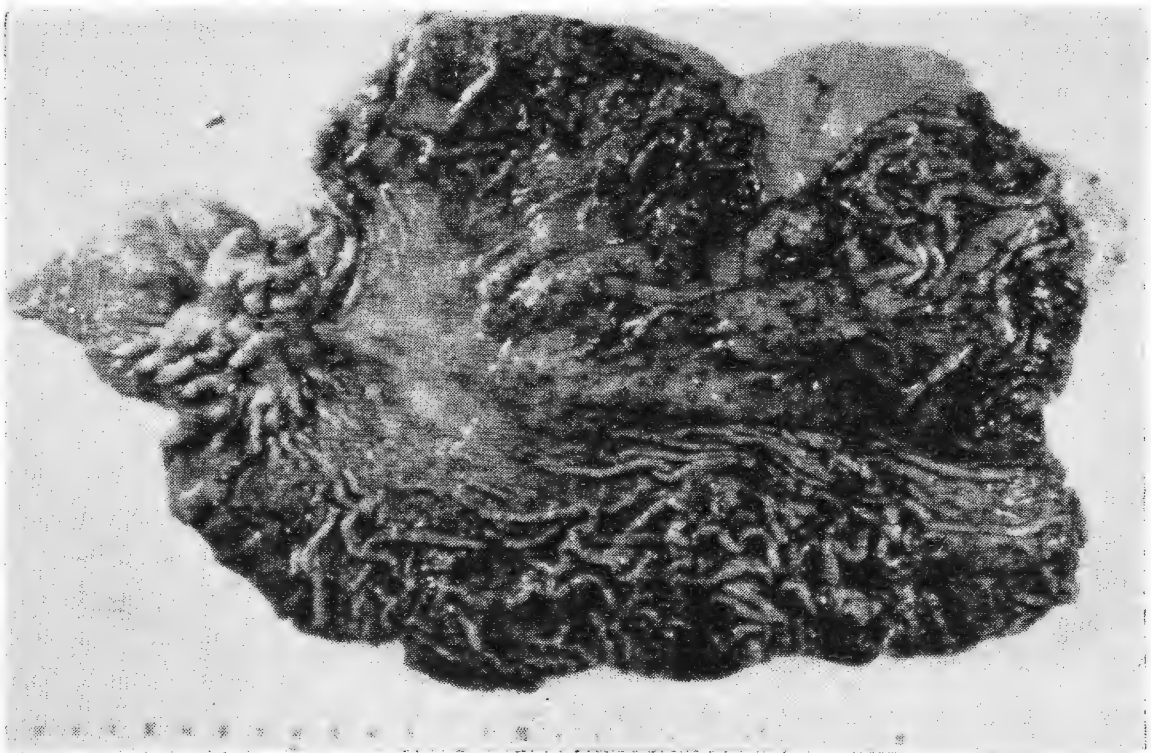


Fig. 2. En la región del antro se reconoce una tumoración que levanta la mucosa.

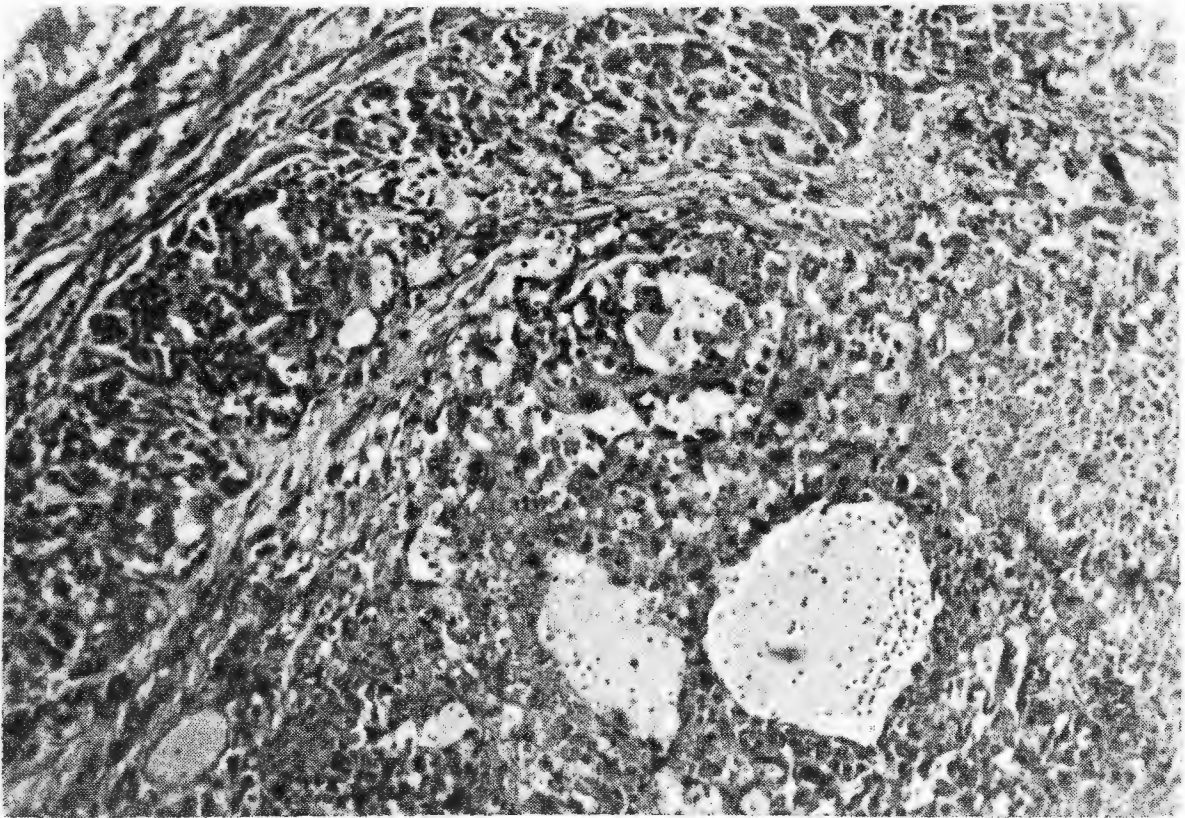


Fig. 3. Se observa tejido tumoral formado por células poligonales que recuerdan hepatocitos.

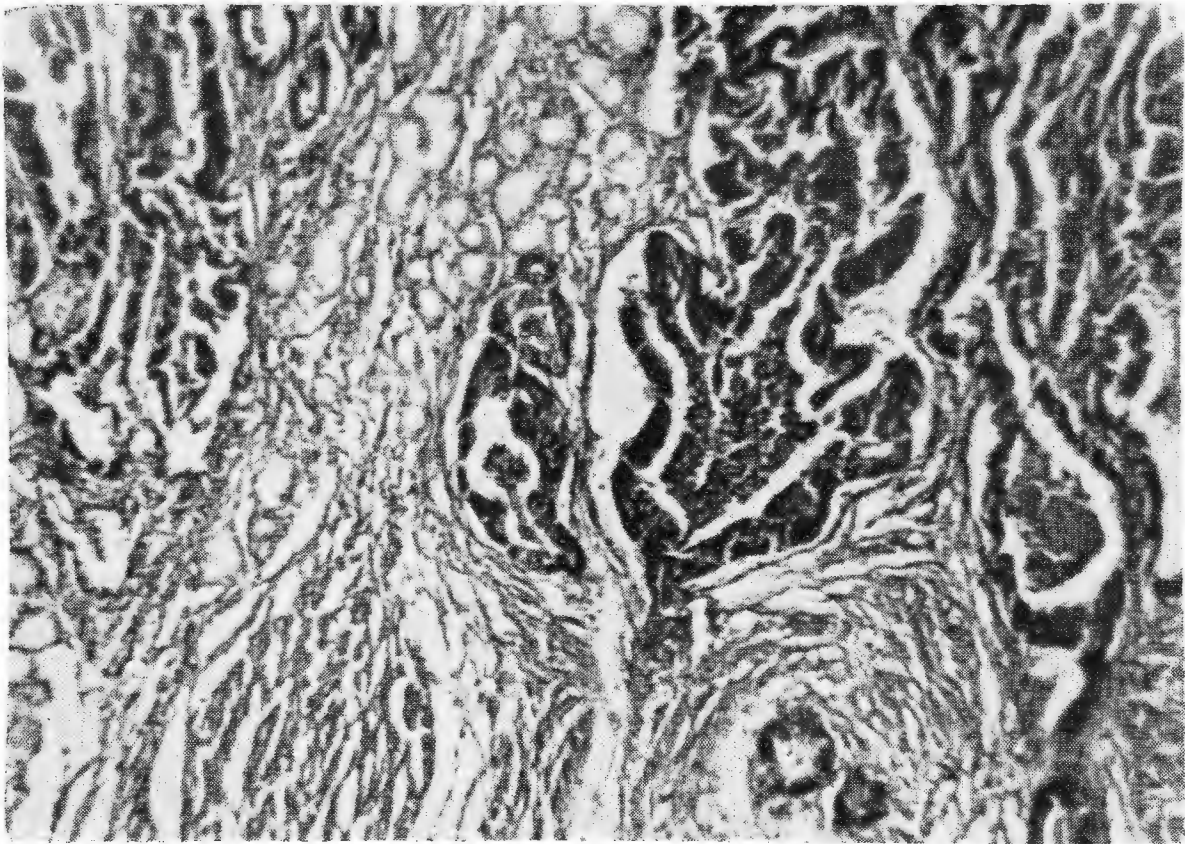


Fig. 4. La mucosa del estómago está invadida por tejido tumoral que se dispone en forma de seudoglandulas.

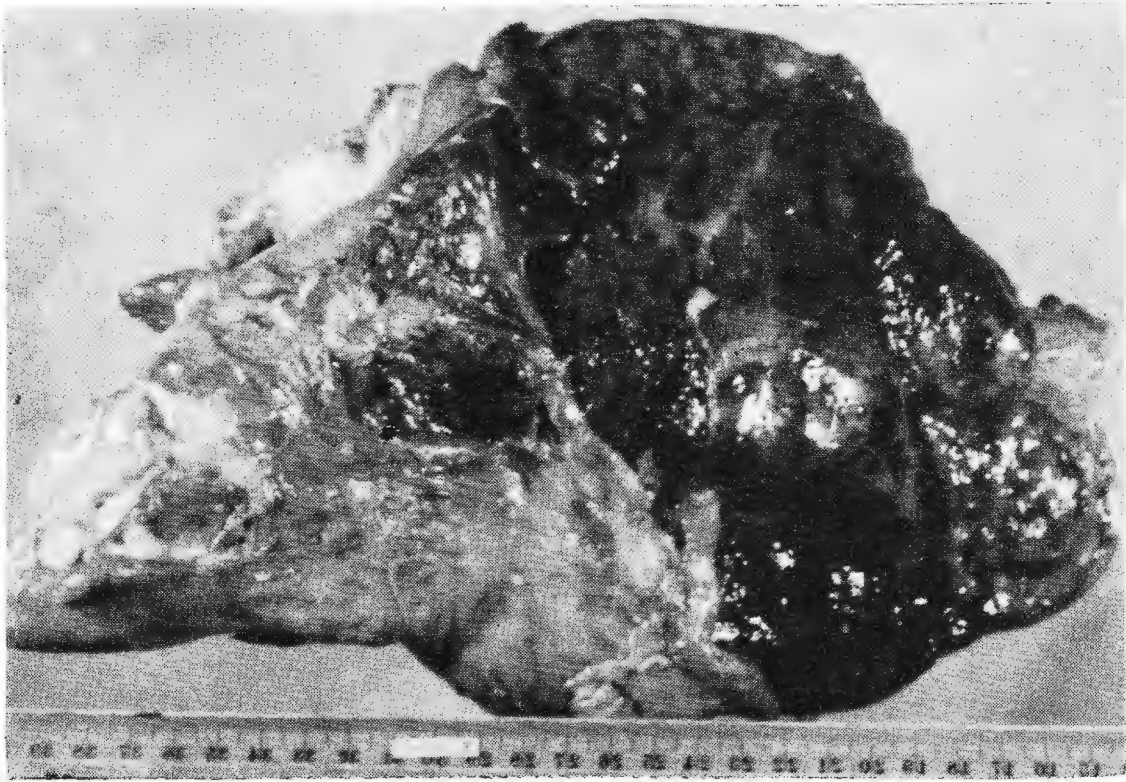


Fig. 5. Se observa la pleura visceral engrosada y debajo de ella tejido de aspecto tumoral.

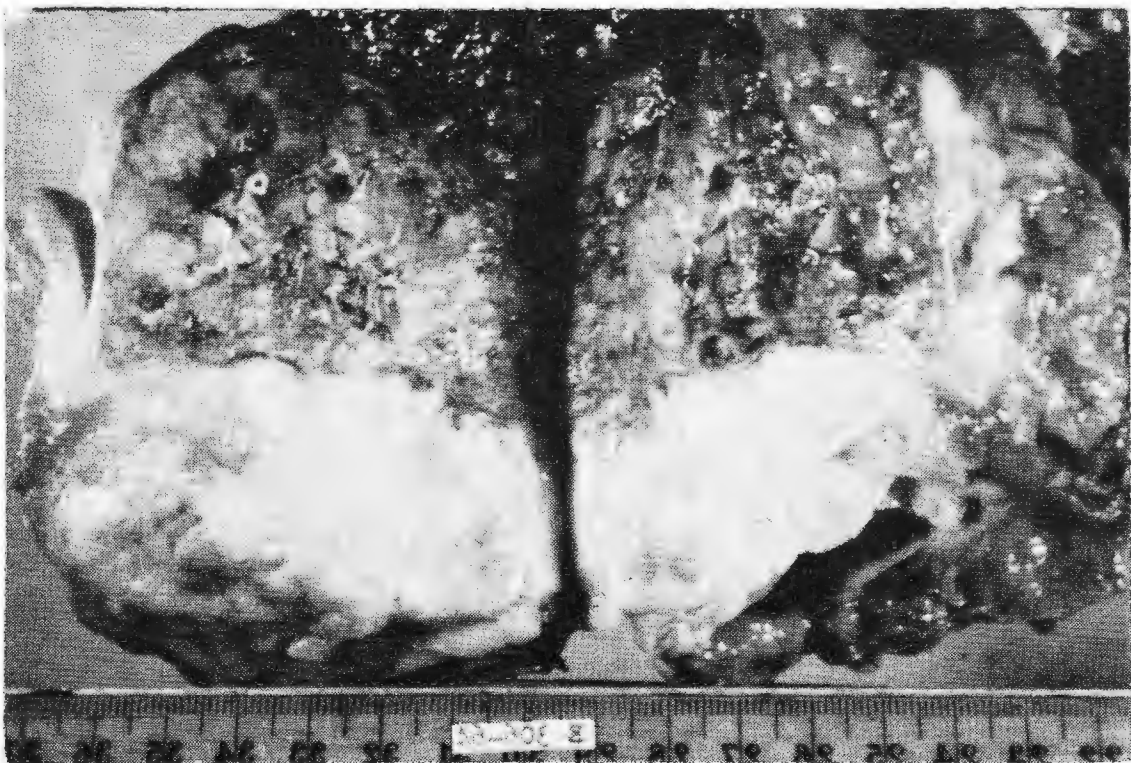


Fig. 6. Al corte del pulmón se observa el tejido pulmonar substituido en grandes zonas por tumor.

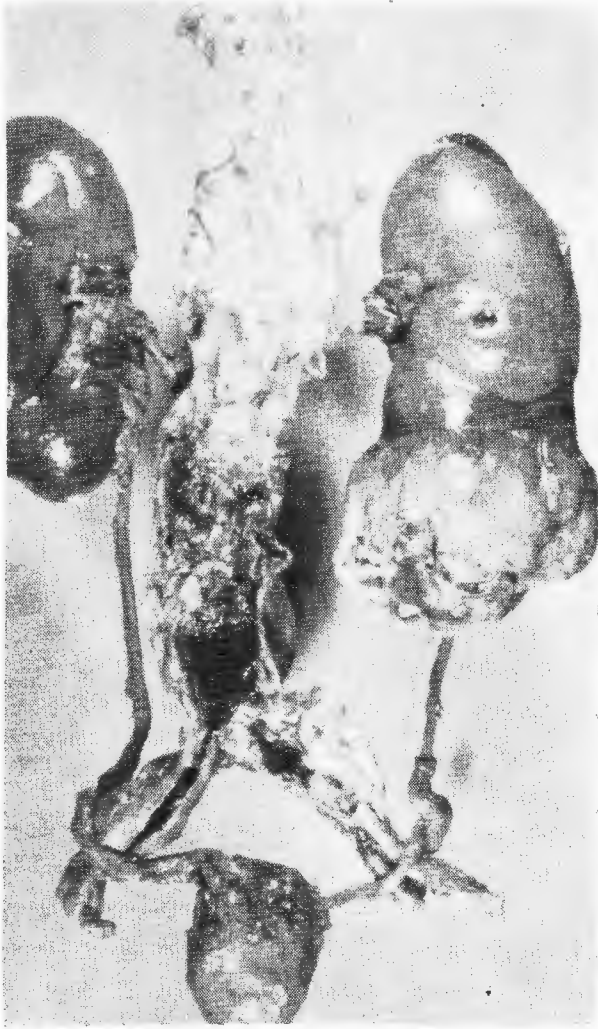


Fig. 7. El polo inferior del riñón izquierdo está ocupado por tumor. En la foto puede verse la ateromatosis de la aorta con formación de aneurisma.



Fig. 8. Aspecto del carcinoma de células claras al corte.

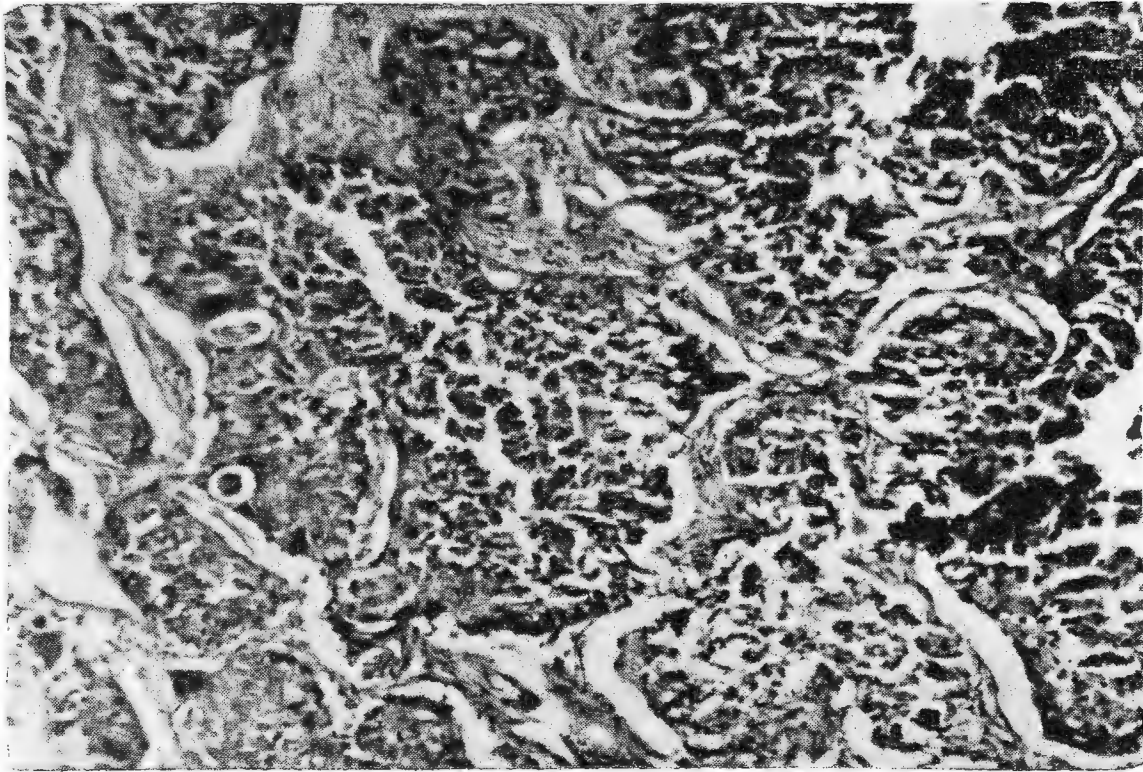


Fig. 9. Los alveolos pulmonares están llenos de células carcinomatosas con tendencia a la formación de globos córneos.

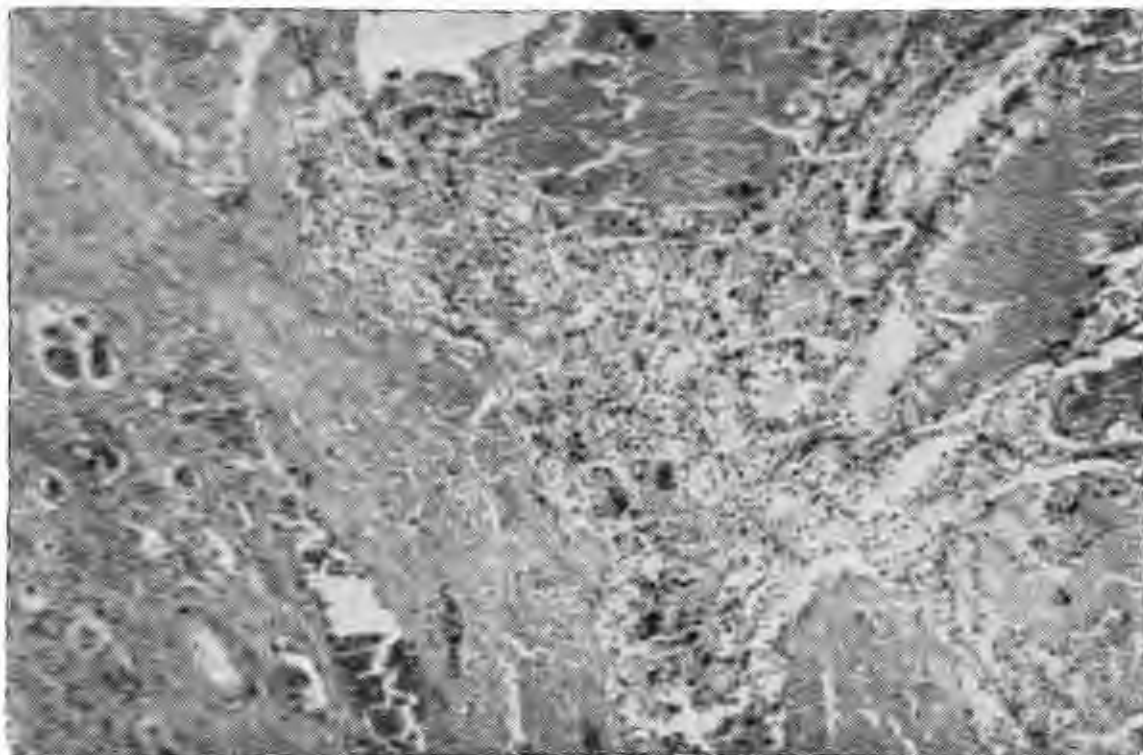


Fig. 10. Se observa tejido conectivo formado por células de citoplasma claro.

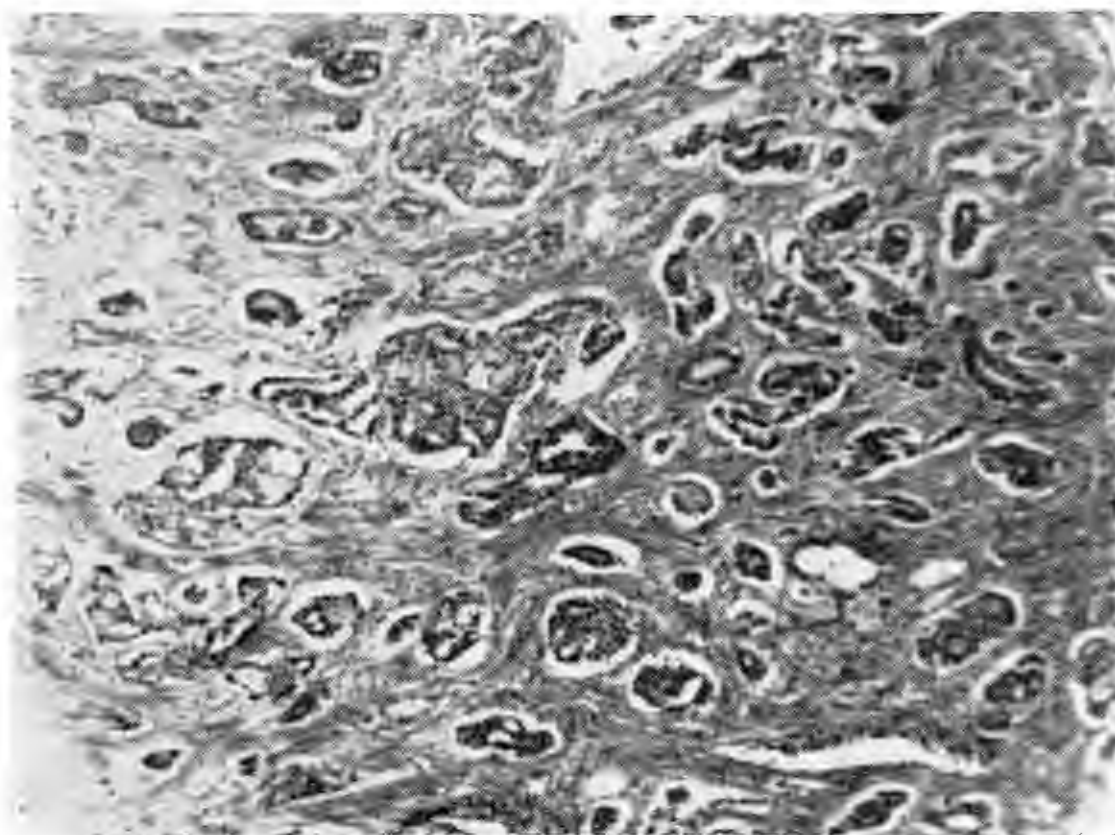


Fig. 11. La próstata está invadida por formaciones glandulares atípicas.