

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
Servicio de Anatomía Patológica

AUTOPSIA Nº 9/82

NOMBRE: EDUARDO FREI MONTALVA

PATOLOGO: Dr. H. Rosenberg

RESIDENTE: Dr. S. González

EDAD: 71 años

FICHA CLINICA: Clínica Santa María

FECHA INGRESO:

FECHA Y HORA DEFUNCION:

DIAGNOSTICOS CLINICOS:

Autopsia realizada el 22 de Enero de 1982 a las 18:00 horas

DIAGNOSTICOS ANATOMO PATOLOGICOS:

Antecedente de hernia del hiato esofágico operada aproximadamente dos meses con cicatriz periesofágica en el hiato diafragmático.

Extensa peritonitis crónica difusa con abundantes granulomas de tipo cuerpo extraño (material birrefringente), en organización fibrosa y tabicamiento múltiple.

Dehiscencia de sutura y eventración completa de cara anterior del abdomen con fistula estercorea de colon transverso. Ileostomias (2), en flanco izquierdo y otra en la cara anterior del abdomen.

Estado séptico tóxico agudo, subagudo y crónico:

Hiperplasia esplénica de tipo séptico (660 g).

Bronconeumonía bilateral extensa, crónica, con signos de organización y neumonitis de tipo séptico aislada (450 g cada uno).

Escaras sacras recientes, extensas.

Colestasia hepática acentuada (3.075 g). Ictericia de piel, mucosas y vísceras.

Enfermedad tubular aguda y nefritis intersticial aguda de tipo séptico.

Pericarditis fibrinosa extensa y microhemorragias recientes del miocardio.

Pancreatitis aguda con esteatonecrosis.

Microfoco hemorrágico de tipo séptico de psoas derecho.

Flebotrombosis mural reciente de vena cava inferior.

Erosiones de la mucosa duodenal con hemorragia digestiva alta reciente aproximadamente 200 cc.

Hipertrofia cardiaca de predominio izquierdo (505 g).

Atrofia cianótica centrolobulillar hepática.

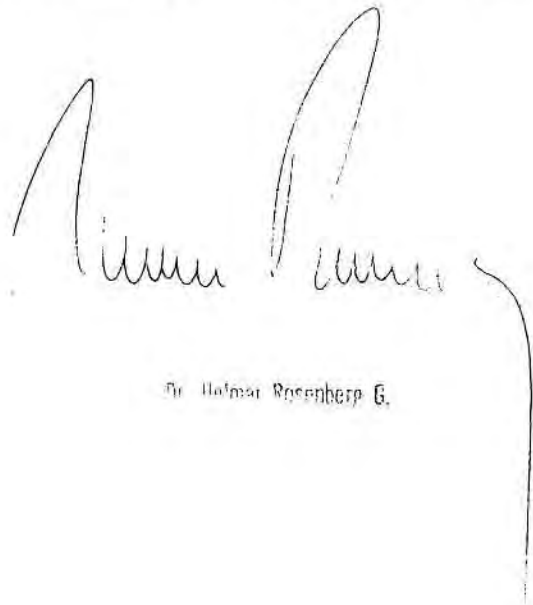
Adenoma papilar subcapsular renal derecho.

Oxaluria renal leve.

Microfoco calcificado ganglionar linfático de mediastino y
lóbulo medio del pulmón derecho.

Apendicectomia antigua y herniorrafia derecha antigua.

HR/cb

A handwritten signature in cursive script, appearing to read 'Helmut Rosenberg G.', with a long horizontal flourish extending to the right.

Dr. Helmut Rosenberg G.

Se practica perfusión de formol al 10% en arteria carótida derecha de aproximadamente 8 litros, una hora y media después se practica evisceración con relleno de gasas con formol y cierre por sutura con apósito a escara sacra y a ileostomía externa izquierda.

Cadáver de sexo masculino de aproximadamente 70 años de edad, normolíneo, estado nutritivo conservado.

Musculatura conservada; a la disección de los psoas se encuentra en el derecho una pequeña área hemorrágica de 4 x 3 cm, en la que hay aparentemente desaparición de la arquitectura del tejido muscular.

PIEL: escara sacra de aproximadamente 8 x 12 cm, relativamente reciente y superficial con escaso material supurado en su superficie y bordes esfacelados.

INCISIONES QUIRURGICAS: en la cara anterior del abdomen gran dehiscencia de sutura que va desde el apéndice xifoides hasta 6 cm por encima del pubis, abarcando un área aproximada de 30 x 40 cm cuya superficie es de un color blanquecino amarillento, granular y en la que existen una fistula estercorácea de colon transversa a través de una sonda y una ileostomía externa. Los bordes de la pared anterior del abdomen están retraídos sobre sí mismos, engrosando ambos flancos, adheridos firmemente a ellos las asas de intestino delgado especialmente y parte del intestino grueso. Existe una ileostomía externa en el flanco izquierdo, en buenas condiciones; dos cicatrices de Mac Burney de 6 cm de longitud y otra de herniorrafia derecha.

CARA: negativo.

GANGLIOS LINFATICOS SUPERFICIALES: negativos.

MAMAS: negativo.

BOCA: negativo.

CUELLO: negativo.

LARINGE, TIROIDES, PARATIROIDES: no se examinan.

TORAX: negativo.

MEDIASTINO: negativo.

TIMO: no se encuentra.

GANGLIOS MEDIASTINALES: antracóticos, uno de ellos con pequeña zona de calcificación en un área fibrosa sin aumento de volumen; se sitúa paratraqueal derecho cerca de la bifurcación con respecto del bronquio para el pulmón derecho.

CAVIDADES PLEURALES: ambas libres, sin adherencias fibrosas, en la superficie de ambas pleuras escasos depósitos de fibrina finamente granulares, especialmente en las bases donde ésta es de un color rojizo oscuro, en relación a atelectasia pulmonar.

TRAQUEA Y BRONQUIOS: lumen permeable, mucosa traqueal ligeramente enrojecida, bronquios de paredes discretamente engrosadas y lumen levemente aumentado.

PULMONES: pesan aproximadamente 450 g cada uno. Forma y tamaño conservados; petequias pleurales escasas; reticulado antracótico bilateral leve. Al corte, se comprueba atelectasia basal bilateral con áreas de bronconeumonía en organización extensa, basal bilateral; existe en los lóbulos superiores, especialmente en sus bases, áreas con el aspecto de induración bronconeumónica,

con signos de organización; hay en general dilatación vascular moderada, sin embolias trombóticas. En el lóbulo medio para el pulmón derecho pequeña área cicatrizal, calcificada, de 5 mm de diámetro.

ARTERIA PULMONAR: ligeramente dilatada y algunas escasas placas de ateroma.

PERICARDIO: en general presenta abundante depósito de fibrina tanto en su hoja visceral como parietal, seca, con ligero aumento de contenido de líquido pericárdico.

CORAZON: 505 g. Superficie rojiza con el depósito ya descrito. Miocardio pardo homogéneo, espesor del ventrículo izquierdo 15 mm y derecho y 3 mm. Las cavidades en general conservan su tamaño, presentándose ligeramente dilatadas las cavidades derechas.

ENDOCARDIO: negativo.

VALVULA MITRAL: 11 cm de perimetro; AORTICA: 7,6 cm; PULMONAR: 9,2 cm; TRICUSPIDE: 13 cm de perimetro, sin alteraciones aparentes.

CORONARIAS: amplias, prácticamente sin ateroma, de distribución de predominio derecho.

AORTA Y RAMAS: con sólo escasas placas de ateroma en la porción abdominal y una que otra en la porción torácica, ligera disminución de la elasticidad en la porción abdominal.

VENA CAVA: en la cava inferior, a 2 cm de la entrada de las venas renales, pequeña área de 8 x 8 x 3 mm de trombosis mural adherente.

FARINGE: no se examina.

ESOFAGO: mucosa blanquecina lisa; a nivel del cardias se encuentra un área de fibrosis periesofágica en relación con el hiato esofágico con puntos de sutura con hilo negro; a esta zona está adherido parte del fondo gástrico especialmente; la mucosa esofágica termina en esta zona en forma abrupta en una mucosa cardial hiperémica, sin úlceras ni erosiones; no hay aparentemente adherencia de la mucosa gástrica a planos profundos.

DIAFRAGMA: acentuadas y extensas adherencias fibrosas de la cara peritoneal a las vísceras peritoneales.

CAVIDAD PERITONEAL: las asas del intestino delgado, el intestino grueso y el estómago con extensas e intensas adherencias entre sí de tipo fibroso, con tabicamiento de algunas cavidades que contienen líquido citrino transparente, algunas con líquido ligeramente puriforme, sin llegar a ser este líquido siruposo o pastoso. Hay extensas zonas en la pared abdominal anterior, en la zona de dehiscencia de la sutura donde la disección de las asas intestinales, especialmente el intestino delgado es prácticamente imposible. Sin embargo todas ellas no presentan signos de necrosis o fistulización entre ellas, llamando la atención la conservación de su arquitectura, mucosa aparentemente normal, sólo hiperémica y ligeramente edematosa; no se encuentra contenido intestinal hasta el recto salvo pequeño material hemático en el lumen gástrico; en la primera porción del duodeno pequeñas erosiones superficiales en la mucosa; en el resto del intestino delgado e intestino grueso como el estómago no se

encuentran lesiones.

APENDICE VERMICULAR: quirúrgicamente ausente.

MESENTERIO: de estructura normal. Sin adenopatias.

HIGADO: 3.075 g. Extensa e intensamente adherido en todas sus caras a la serosa peritoneal y asas intestinales; la superficie es lisa, verdosa; al corte, la arquitectura está conservada presentando aspecto de moscado pero de color verde, de consistencia ligeramente disminuida, con aparente acentuación del dibujo lobulillar en las áreas centrolobulillares, no se encuentran focos de supuración; la vía biliar externa; conductos hepáticos derecho e izquierdo común y colédoco son normales.

VENA PORTA, ARTERIA Y VENAS HEPATICAS: negativo.

VESICULA BILIAR: normal, sin cálculos.

PANCREAS: 215 g, de consistencia firme, presenta al corte su arquitectura conservada pero numerosas áreas de esteatonecrosis relativamente recientes peripancreáticas e intersticiales lobulillares especialmente acentuadas a nivel del cuerpo y la cola; conducto de Wirsung normal.

BAZO: 660 g; aumentado de tamaño, disminuido de consistencia; al corte, rojo violáceo, homogéneo.

ARTERIA Y VENA ESPLNICAS: negativo.

SUPRARRENALES: pesan en conjunto 18 g; su espesor está ligeramente disminuido y son de color pardo oscuro.

RINONES: izquierdo 220 g; derecho 245 g; ambos de superficie finamente granular, jaspeada, con manchas rojizas y algunas petequias; al corte, la arquitectura córtico medular está conservada, pero la corteza se presenta de aspecto jaspeado amarillo rojiza; la médula con hiperemia a nivel de las papilas. La consistencia en general es ligeramente firme. El riñón derecho con lesión puntiforme, blanquecina, de 2 mm de diámetro subcapsular.

VASOS RENALES: negativo.

VEJIGA URINARIA: no contiene orina, mucosa lisa, brillante

URETRA, PENE, PROSTATA, VESICULAS SEMINALES Y TESTICULOS: no se examinan; hay marcado edema de las bolsas escrotales y del prepucio.

MEDULA OSEA, ESQUELETO, EXTREMIDADES, VASOS, CRANEO, MENINGES, CEREBRO, CEREBELO, HIPOFISIS Y MEDULA ESPINAL: no se investigan.

DIAGNOSTICOS MACROSCOPICOS:

Antecedente de hernia del hiato esofágico operado hace aproximadamente 2 meses con cicatriz periesofágica en el hiato diafragmático.

Peritonitis crónica con organización fibrosa, difusa y tabicamiento múltiple.

Dehiscencia de sutura y eventración completa de cara anterior del abdomen con fistula estercorócea de colon transverso.

Ileostomias (2) una flanco izquierdo y otra a la cara anterior del abdomen.

Escaras sacras reciente, extensas.

Lesión localizada necrohemorrágica de psoas derecho.
Hiperplasia esplénica (600 g)
Daño hepático séptico-tóxico acentuado con necrosis
hepática centrolobulillar?
Ictericia de piel, mucosas y vísceras.
Pancreatitis aguda con esteatonecrosis, leve.
Erosiones agudas duodenales pequeñas con hemorragia
digestiva alta aproximadamente 200 cc.
Nefropatía con necrosis cortical en evolución por daño
séptico tóxico agudo.
Edema (anasarca).
Pericarditis fibrinosa de tipo urémico.
Flebotrombosis parietal de la cava inferior.
Bronconeumonía basal bilateral con signos de organización
extensa.
Atelectasia pulmonar basal bilateral.
Hipertrofia cardíaca de predominio izquierdo (505 g).
Microfoco calcificado ganglionar del mediastino y del lóbulo
medio del pulmón derecho.
Apendicectomía antigua y hernorragia derecha antigua.

HR/cb

EXAMEN MICROSCOPICO:

- Riñones:** Enfermedad tubular aguda acentuada, con marcada tumefacción turbia de las células epiteliales tubulares; nefritis intersticial aguda de tipo séptico moderadamente acentuada, marcada hiperemia pasiva aguda. Signos morfológicos de lipiduria y oxaluria en general leve. Adenoma papilar subcapsular, bien delimitado.
- Vena cava inferior:** Trombosis reciente con infiltración inflamatoria en la adventicia y parte de la pared de la vena; hay signos de organización incipientes en el trombo.
- Duodeno:** Inflamación crónica, con algunos eosinófilos en la lámina propia.
- Miocardio:** Extensa y acentuada pericarditis fibrinosa con exudado que presenta algunos polimorfonucleares eosinófilos y signos incipientes de organización; microhemorragias focales intersticiales en el miocardio, recientes. La célula miocárdica presenta en parte signos de hipertrofia y moderada cantidad de pigmento fusco.
- Intestino grueso:** Zona de la fístula con abundantes y extensos granulomas de cuerpo extraño (material birrefringente), con signos de organización y microfocos de metaplasia ósea con calcificación distrófica en el mesocolon, en general con inflamación crónica inespecífica.
- Higado:** Atrofia cianótica centrolobulillar leve. Acentuada colestasia predominantemente centrolobulillar, con abundante pigmento de tipo biliar intracelular hepática y en forma de microtrombos en conductos biliares; también existen algunos trombos biliares en los conductos a nivel de triada portal. La cápsula de Gleason tiene abundantes granulomas de cuerpo extraño con material birrefringente y signos de organización.
- Esófago-cardias** La mucosa del cardias se continúa insensiblemente con la mucosa del esófago; por debajo existe una zona con granulomas de cuerpo extraño aislado con material birrefringente a nivel de lámina propia, túnica media y adventicia.

Segmento de intestino delgado: Abundantes granulomas de cuerpo extraño (material birrefringente) a nivel la serosa y subserosa con signos organización fibrosa; en relación con dehiscencia existe desarrollo de tej granulatorio, extenso.

Estómago: Numerosos granulomas de cuerpo extraño nivel de serosa y subserosa con mater birrefringente; en esta zona se encuentra punto de sutura con material quirúrgi Gastritis crónica inespecífica hiperplasia foveolar.

Pulmones: En ambos extensa bronconeumonía organización, con desarrollo de te granulatorio en los alvéolos; la tinción Sudán IV es levemente positiva para mater lipidico en algunos macrófagos en alvéolos. Existe neumonitis interstit focal de tipo séptico, aislada.

Bazo: De tipo séptico, subagudo.

Páncreas: Pancreatitis aguda con esteatonecrosis.

Suprarrenales: Leve atrofia cortical suprarrenal infiltrados interstici linfoplasmocitarios de tipo séptico en corteza y en el tejido perisuprarrenal.

Músculo psoas derecho: Hemorragia reciente en partes con atr de células musculares estriadas y microf inflamatorios en relación con vasos, linfocitos, plasmacélulas y alg eosinófilos; necrosis aislada de alg células musculares estriadas.

HR/cb