

Presentación de Caso

Necropsia Médico Legal en un Caso de Muerte por Infarto Cerebeloso Tumoral Izquierdo

Legal Medical Necropsy in a Case of Death by Left Tumor Cerebellar Infarction

Yunia Oquendo Cartón, Anisleydis Díaz González y Armando Batista Ferrer

Hospital General Docente "Dr. Ernesto Guevara de la Serna", Las Tunas, Cuba.

La correspondencia sobre este artículo debe ser dirigida a Dra. Anisleydis Díaz González.

Email: any89@ltu.sld.cu

Fecha de recepción: 12 de julio de 2018.

Fecha de aceptación: 8 de noviembre de 2018.

¿Cómo citar este artículo? (Normas APA): Oquendo Cartón, Y., Díaz González, A., & Batista Ferrer, A. (2018). Necropsia Médico Legal en un Caso de Muerte por Infarto Cerebeloso Tumoral Izquierdo. *Revista Científica Hallazgos21*, 3(3), 326- 331. Recuperado de <http://revistas.pucese.edu.ec/hallazgos21/>

Revista Científica Hallazgos21. ISSN 2528-7915. Indexada en Latindex y REDIB. Periodicidad: cuatrimestral (marzo, julio, noviembre).

Director: José Suárez Lezcano. Teléfono: (593)(6) 2721459, extensión 163.

Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Sede Esmeraldas. Calle Espejo, Subida a Santa Cruz, Esmeraldas. CP 08 01 00 65. Email: revista.hallazgos21@pucese.edu.ec. <http://revistas.pucese.edu.ec/hallazgos21/>

Resumen

Se presenta el caso de una fallecida adulta joven, de 31 años de edad, a la que se le realizó la necropsia por el Departamento de Medicina Legal dado que se recogía el antecedente de la caída hacia el plano de sustentación y se pensaba que era una muerte traumática de etiología accidental; sin embargo, en el acto de la necropsia se pudo corroborar que no era así, sino que presentaba un tumor cerebeloso que, por la instauración de los síntomas, fue el causante de la caída, siendo un hallazgo durante la necropsia. Con este estudio podemos percatarnos como durante el acto de la necropsia médico legal podemos identificar muertes de causas naturales que en un inicio impresionan accidental; por eso, siempre hay que tener en cuenta el realizar un correcto examen externo e interno del cadáver y no solo llevarnos por los antecedentes del caso.

Palabras clave: necropsia médico legal; glioblastoma multiforme cerebeloso; infarto tumoral.

Abstract

We present the case of a young adult deceased, 31 years of age, who was necropsied by the Department of Legal Medicine since the antecedent of a fall to the plane of sustentation was gathered and was thought to be a traumatic death of accidental etiology; nevertheless, in the act of the necropsy, it was corroborated that it was not like that, but that she presented a cerebellar tumor that, by the establishment of the symptoms, was the cause of the fall, being a finding during the necropsy. With this study we can see how during the act of the legal medical necropsy we can identify deaths from natural causes that, at first, seem to be accidental; For this reason, it is

always necessary to take into account the correct external and internal examination of the corpse and not just take as granted the case antecedents.

Keywords: Legal medical necropsy; cerebellar glioblastoma multiforme; tumor infarction.

Necropsia Médico Legal en un Caso de Muerte por Infarto Cerebeloso Tumoral Izquierdo

Antecedentes del Caso

Según los datos obtenidos por la autoridad actuante que solicita la realización de la necropsia médico legal, la paciente se cae en su casa; le comienzan dolores de cabeza muy fuertes, luego vuelve a tener otra caída de sus pies. Continuando la cefalea, es llevada al hospital donde es atendida y fallece. Se pudo conocer además que estaba embarazada.

Se trataba del cadáver de un adulto del sexo femenino, de 31 años de edad, tipo constitucional normolíneo, del grupo racial europeo, cabello de color negro, largo y ondulado; ojos con iris de color pardo. En los signos tanatológicos se encontró frialdad cadavérica generalizada, rigidez cadavérica generalizada y las livideces cadavéricas en toda la región dorsal del tronco, de color rojo oscuro, en formas de manchas, que se decoloran por la presión digital y demorando 2 minutos en reaparecer para una data de muerte de aproximadamente 10 horas. No presentaba signos de violencia. En los signos terapéuticos o quirúrgicos con punturas en sitios de elección, sin signos patológicos no traumáticos. Sin alteraciones en los orificios naturales.

En el examen del interior del cadáver, cavidad craneana, se observa la duramadre

Revista Científica Hallazgos21. ISSN 2528-7915. Indexada en Latindex y REDIB. Periodicidad: cuatrimestral (marzo, julio, noviembre).

Director: José Suárez Lezcano. Teléfono: (593)(6) 2721459, extensión 163.

Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Sede Esmeraldas. Calle Espejo, Subida a Santa Cruz, Esmeraldas. CP 08 01 00 65. Email: revista.hallazgos21@pucese.edu.ec. <http://revistas.pucese.edu.ec/hallazgos21/>

NECROPSIA LEGAL EN MUERTE POR INFARTO CEREBELOSO TUMORAL

lisa y brillante, de color blanquecino normal. En el cerebro se observa en la superficie de los hemisferios cerebrales que los surcos están muy estrechados, y las circunvoluciones extremadamente aplanadas que traduce edema cerebral, congestión de los vasos meníngeos. La sustancia blanca y la sustancia gris sin alteraciones. En el cerebelo se observa del lado izquierdo el tejido reblandecido, dislacerado y de consistencia gelatinosa. Tronco encefálico sin alteraciones. No se aprecian herniaciones. Vasos del círculo arterial cerebral sin alteraciones. En la superficie interna de los huesos craneales no se observan alteraciones. En el cuello no se observan alteraciones ni en los órganos, estructuras ni partes blandas de esta región.

En cavidad torácica, la pleura se encuentra lisa y brillante, sin alteraciones. Los pulmones ligeramente aumentados de tamaño, con áreas de enfisema en las caras anteriores de ambos pulmones, bandas de atelectasia y áreas de hemorragia difusa en ambas bases pulmonares. Presenta pequeña área de color rojo oscuro, en forma de cuña, consistencia dura, ubicada en el vértice del pulmón derecho. A la palpación la consistencia es como el caucho, crepitación disminuida. A los cortes se observa salida de abundante líquido serohemático espumoso claro. Árbol traqueobronquial sin alteraciones. A la apertura del árbol vascular permeable, sin evidencias de alteraciones en arteria pulmonar ni en grandes vasos emergentes. Pericardio liso y brillante, que trasluce vasos coronarios. A su apertura se observa líquido de aspecto seroso y cantidad característicos. Corazón de aspecto y configuración habitual, forma cónica, de tamaño normal, epicardio liso y brillante sin alteraciones. A los cortes en el miocardio, se observa es de color pardo rojizo con pequeña zona en forma de pequeño moteado oscuro en cara posterior del

ventrículo izquierdo, endocardio valvular y mural, sin alteraciones macroscópicas evidentes. Las arterias coronarias se encuentran permeables. A su apertura se observan estrías adiposas diseminadas en su capa íntima. La arteria aorta conserva su elasticidad. A su apertura se observan estrías adiposas diseminadas en su capa íntima. El esófago a la apertura, luz permeable, con la adventicia lisa y brillante, la mucosa no presenta alteraciones, es de color blanco grisáceo normal.

En la cavidad abdominopelviana encontramos la mucosa del estómago con ligero enrojecimiento generalizado; presenta sus pliegues gástricos conservados. El intestino delgado y el grueso normales; hígado de aspecto, tamaño, forma y configuración característica, de color pardo amarillento, superficie lisa y brillante, con bordes romos; a la palpación la consistencia es firme; a los cortes parénquima hepático ligeramente congestivo. Vías biliares permeables. Vesícula biliar de forma y tamaño normal, presenta la serosa lisa y brillante; a la apertura fluye bilis de color verde oscuro, sin evidencias de formaciones calculosas. La mucosa es de color verde oscuro, con su aspecto afelpado normal y paredes finas. Páncreas de forma y tamaño normal. A los cortes, no se observan evidencias de alteraciones macroscópicas. Bazo de forma y tamaño normal, que al paso del cuchillete arrastra pulpa esplénica. Ganglios linfáticos de aspecto y tamaño normal. Suprarrenales de forma y tamaño normal; al corte no se observan alteraciones. Riñones de forma y tamaño normal, ubicación adecuada, que decapsulan sin dificultad, de color pardo rojizo, con superficie granular fina y arañas vasculares. A los cortes, se observa médula congestiva, corteza pálida, la pelvis y cálices renales no presentan alteraciones. Uréteres permeables y de buen calibre; la mucosa no

NECROPSIA LEGAL EN MUERTE POR INFARTO CEREBELOSO TUMORAL

presenta alteraciones. Vejiga sin alteraciones macroscópicas. Útero de forma piriforme, aumentado de tamaño. Al corte, de color pardo grisáceo normal, se observan membranas ovulares íntegras, con feto en su interior que mide 10 cm de longitud, del sexo masculino, sin malformaciones externas, inserción placentaria posterior, sin alteraciones. Cuello Uterino con orificio exocervical puntiforme con ligera hiperemia, no dilatación del canal. Ovarios de forma y tamaño normal, con presencia de folículos quísticos, de consistencia normal; al corte, de color blanquecino normal. Trompas uterinas de forma y tamaño normal.

En el estudio toxicológico se tomó muestra de 8 ml de sangre para determinar las cifras de alcohol en sangre, cuyo resultado fue negativo.

Para el estudio histológico se tomó muestra de encéfalo, cerebelo, pulmones, corazón, estómago, hígado, bazo, riñones, cuello uterino, útero y ovario cuyo resultado fue el siguiente:

Encéfalo: Edema cerebral severo.

Cerebelo: Glioblastoma multiforme cerebeloso con área de necrosis intersticial (infarto tumoral) y degeneración quística.

Pulmones: Edema pulmonar severo, congestión pulmonar y focos de enfisema.

Corazón: lesión isquémica focal.

Estómago: mucosa gástrica congestiva.

Hígado: congestión y esteatosis hepática.

Bazo: normal.

Riñones: Nefrosis osmótica renal, área de congestión y hemorragia.

Cuello Uterino: sin alteraciones.

Útero: sin alteraciones.

Ovarios: sin alteraciones.

Discusión del caso

Teniendo en cuenta los elementos aportados por el instructor penal en el despacho, donde refiere que la ciudadana de línea de referencia sufrió una caída de sus

propios pies y valorando los hallazgos de la necropsia, donde constatamos en el interior del cadáver signos de infarto cerebeloso izquierdo y en el estudio anatomopatológico un glioblastoma multiforme cerebeloso con área de necrosis intersticial (infarto tumoral) y degeneración quística. Por todo lo anterior pudimos concluir que se trata de una muerte natural. La muerte se produjo como consecuencia de un tumor del cerebelo (glioblastoma multiforme), el cual provocó un infarto cerebeloso tumoral izquierdo y este causó el edema cerebral que la llevó directamente a la muerte. Pudimos corroborar que ciertamente existía el embarazo de 13 semanas.

Como podemos ver, se trata de un caso al que se realizó la necropsia por el departamento de Medicina Legal, dado que se recogía el antecedente de la caída hacia el plano de sustentación y se pensaba que era una muerte traumática de etiología accidental; sin embargo, en el acto de la necropsia se pudo corroborar que no era así, sino que presentaba un tumor cerebeloso que por la instauración de los síntomas fue el causante de la caída, siendo un hallazgo durante la necropsia.

El glioblastoma multiforme (GBM) es el más frecuente y maligno de los tumores cerebrales. Su presentación en cerebelo es excepcional, representa aproximadamente el 15% de todos los tumores intracraneales y el 50-60% de los astrocitarios. Se caracteriza por una clínica de instauración rápida y progresiva. Dependiendo de su localización en la fosa posterior de la cavidad craneal, su sintomatología puede variar. Si están en línea media predominará la ataxia mientras que si se localizan en los hemisferios cerebelosos lo hará la dismetría. Si en su crecimiento ocluyen el IV ventrículo pueden dar lugar a hidrocefalia, que se manifestará con una sintomatología propia de la hipertensión endocraneal (cefalea,

NECROPSIA LEGAL EN MUERTE POR INFARTO CEREBELOSO TUMORAL

náuseas, vómitos). Cuando se localizan a nivel del tronco del encéfalo se manifiestan con afectación de los pares craneales (García-Foncillas, Andion, & Jiménez, 2003, pp.13-36).

El diagnóstico suele hacerse de urgencia mediante tomografía cerebral que detecta la tumoración, y el estudio se completa con resonancia magnética cerebral. Suelen ser lesiones heterogéneas, mal delimitadas, de contornos irregulares que pueden presentar zonas quístico-necróticas y hemorragias que pueden acompañarse de calcificaciones. En la tomografía suele haber una imagen hipodensa que se realza de forma irregular al administrar el producto de contraste. En la resonancia magnética suele ser muy aparente el edema que rodea a estas lesiones. Mientras unos casos pertenecen a pacientes de edad avanzada (mayores de 70), los otros aparecen en pacientes de edad media (aproximadamente 40 años). También se han comunicado casos esporádicos en niños (Demir, Hakan, Akinci, & Berkman, 2005, p.83).

La mayoría de pacientes afectados de GBM fallecen entre uno y dos años después del diagnóstico. En nuestra opinión, la clave

de la baja frecuencia de glioblastomas a nivel cerebeloso puede estar en una diferente composición astrocítica de su porción subcortical (Grahovac, Tomac, Lambasa, Zoric, & Habek, 2009).

El glioblastoma multiforme del cerebelo es un tumor raro cuyo comportamiento biológico tiende a diferir de aquellos localizados en el compartimiento supratentorial. El GBM en el cerebelo es poco frecuente (0,24%). De acuerdo con Nogués, Aguas y Pallarés, hasta el año 2006, en la literatura de los últimos 40 años solo existían informados 39 casos, que incluyendo las referencias usadas en estos informes podían llegar hasta 100. La razón de la menor frecuencia del GBM en el cerebelo no está bien aclarado, pero las diferencias estructurales en las estirpes celulares de la corteza y subcorteza cerebelosas, respecto a los hemisferios cerebrales, pudieran guardar alguna relación. Recordemos que son características de la corteza cerebelosa las variedades astrocíticas, como la célula epitelial de Golgi y los astrocitos laminares. (Nogués, Aguas, & Pallarés, 2006).

Referencias

- Demir, M.K., Hakan, T., Akinci, O., & Berkman, Z. (2005). Primary cerebellar glioblastoma multiforme. *Diagn Inter. Radiol*, 11, 83-6.
- García-Foncillas López, J.M., Andion Ibáñez, E., & Jiménez Uribes, E. (2003). Biología molecular. En: M.A. Arraez, I. Herruzo, T. Acha, M. Benavides (eds). *Tumores del sistema nervioso central en el adulto y en la infancia*. Madrid-Barcelona: Nova Sidonia Oncología y Hematología, 13-36.
- Grahovac, G., Tomac, D., Lambasa, S., Zoric, A., & Habek, M. (2009). Cerebellar glioblastomas: pathophysiology, clinical presentation and management. *Acta Neurochir (Wien)*. 2009, 151(6), 653-7.
- Nogués Bara, P., Aguas Valiente, J., & Pallarés Quixal, J.(2006). Glioblastoma cerebeloso. Caso clínico. *Oncología (Barc.)*. [Internet]. 29(3), 45-9. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0378-48352006000300006&lng=en <http://dx.doi.org/10.4321/S0378-48352006000300006>