

## ANASARCA FETAL COMO RESULTADO DE NEUROBLASTOMA METASTASICO. INFORME DE 1 CASO

Hospital Ginecoobstétrico "Ramón González Coro"

Dr. Antonio M. Santurio\*, Dr. Carlos Javech\*\*, Dra. Isabel Fundora\*\*\*, Dr. Enzo Dueñas\*\*\*\* y Dra. Dalia Osés\*\*\*\*\*

Se informa un caso de neuroblastoma metastásico que produjo anasarca feto-placentaria. Se describen los hallazgos histopatológicos y la literatura al respecto.

### INTRODUCCION

En los últimos años los factores causales en la hidropesía fetal no atribuible a causa inmunológica han englobado a más de un centenar de enfermedades al profundizarse el estudio de los múltiples casos informados a partir de la descripción inicial de Potter, en 1942.<sup>1</sup>

Dentro de la diversidad de enfermedades señaladas correspondió a Strauss y Driscoll en 1964 la primera publicación de hidropis fetal secundario a neuroblastoma metastásico, con compromiso placentario.<sup>2</sup>

Se informa el caso de un hidropis fetal en neonato fallecido a los pocos minutos de vida, en el que se hizo el diagnóstico necrópsico de neuroblastoma suprarrenal derecho con células metastásicas en placenta y resto de la economía.

### Presentación del caso

Paciente M.L.P., de 29 años de edad, Historia Clínica 87437, Gesta, 3 (1 aborto espontáneo, 1 embarazo ectópico), edad gestacional de 36,2 semanas, paridad, 0.

\* Especialista de I Grado en Pediatría (Neonatología).  
Profesor Asistente de la Facultad No. 1 de Medicina.

\*\* Especialista en Anatomía Patológica. Jefe del Departamento del Hospital Ginecoobstétrico "Ramón González Coro".

\*\*\* Especialista en Anatomía Patológica.

\*\*\*\* Profesor Titular de Pediatría. Jefe del Servicio de Neonatología.

\*\*\*\*\* Especialista de I Grado en Pediatría (Neonatología).

Antecedentes de hipertensión arterial desde la mitad del embarazo.

Tono basal uterino aumentado.

Altura uterina: 37 F.F+: líquido amniótico amarillento.

Aplicación de fórceps por período expulsivo demorado.

Nace recién nacido del sexo masculino, con peso de 2 870 g hidrópico.

Apgar 1-0. No responde a las maniobras de reanimación.

#### ESTUDIO ANATOMOPATOLOGICO

##### Macroscópico

Cadáver de recién nacido que pesa 2 870 g, con 36,4 semanas de edad gestacional, hidrópico (figura 1).



Figura 1.

En la necropsia se comprobaron los siguientes datos positivos:

- Glándula suprarrenal derecha de forma esférica, con un diámetro de 7 cm, encapsulada, que no infiltra estructuras vecinas, superficie de acción de color amarillento con zonas geográficas amarillo-grisáceas de aspecto necrótico (figura 2).

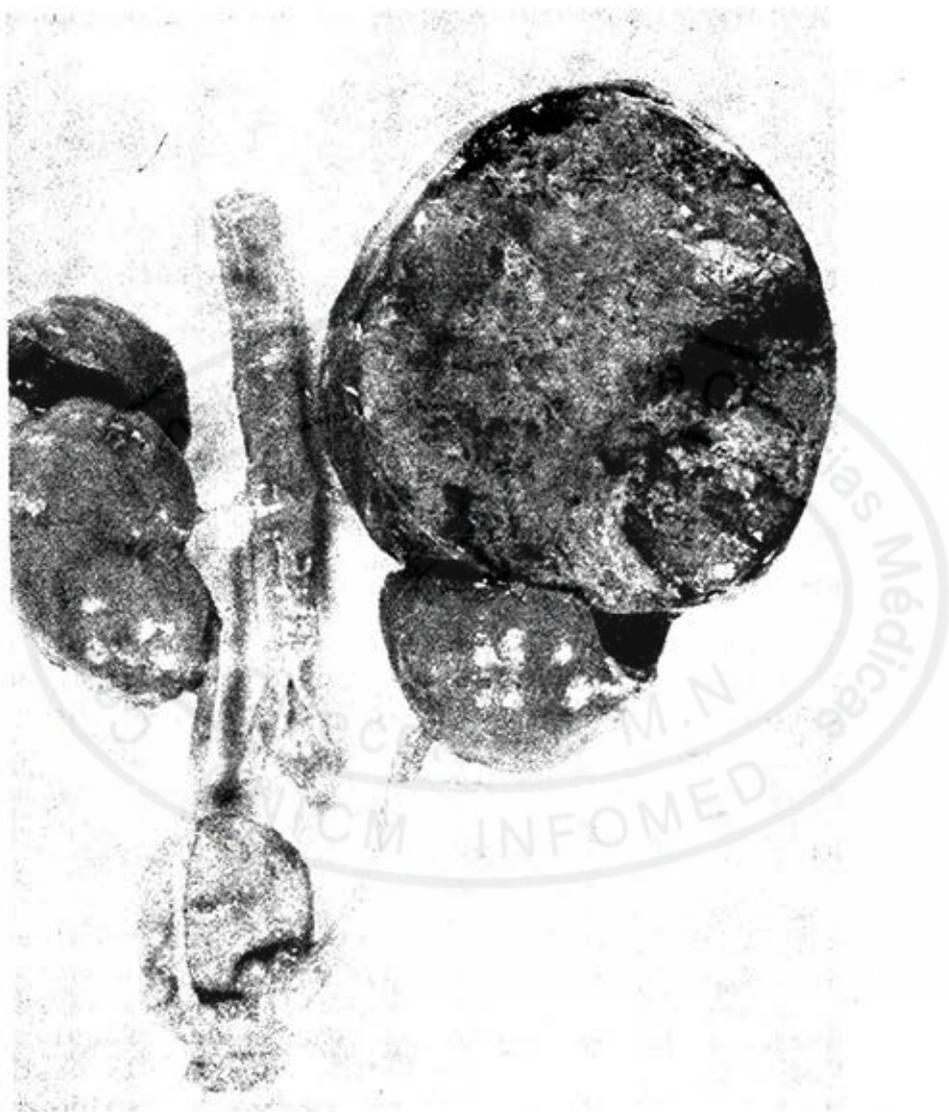


Figura 2.

- Hígado de tamaño normal, con la superficie deprimida en forma de trozos, que le confieren aspecto cicatrizal y presencia de varios nódulos amarillo-grisáceos de diámetro inferior a 1 cm (figura 3).

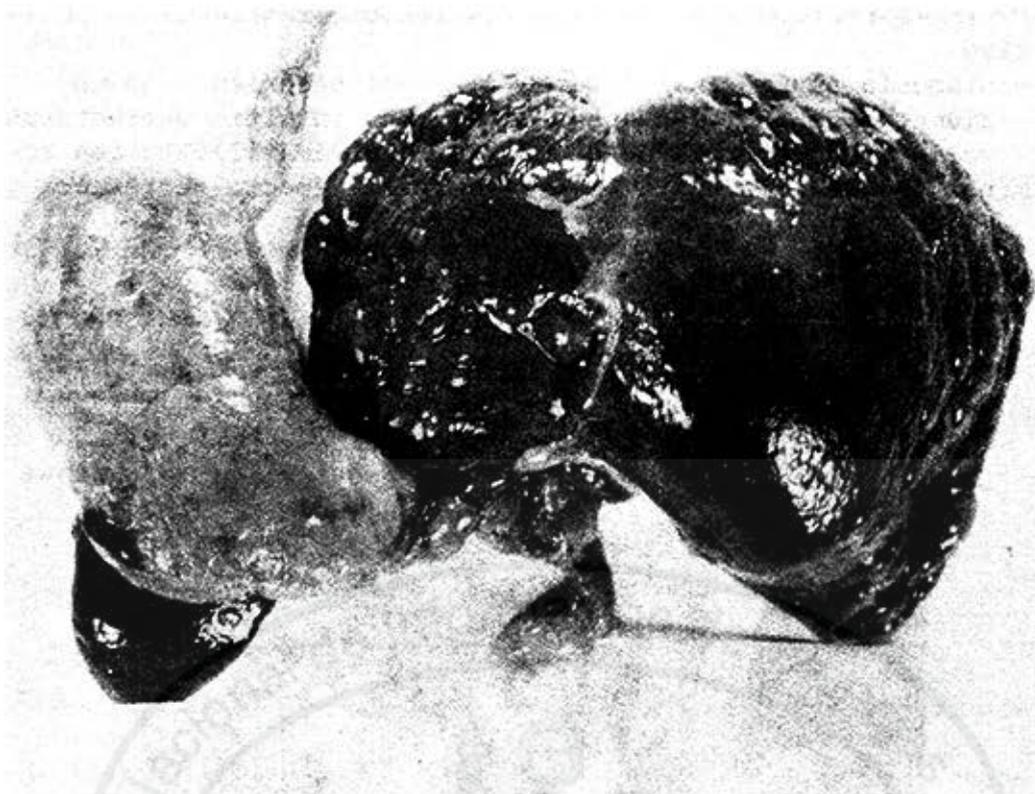


Figura 3.

- Placenta marcadamente aumentada de volumen, con 1 240 g de peso, inserción paracentral del cordón y marginal de las membranas, que en la superficie de sección se observa pálida y edematosa.

#### Microscópico

En el estudio de las preparaciones histológicas se encontró que la masa tumoral adrenal consistía en acúmulos de pequeñas células de núcleos redondos y ovales, hipercromáticas y relativamente voluminosas, que ocasionalmente se agrupaban alrededor de pequeños espacios delicadamente granulares, pálidos, adoptando la configuración de rosetas dispuestas en forma de sabana, interrumpidas por bandas de tejido conectivo y grandes zonas de necrosis (figura 4). En la periferia del tumor se identificó corteza adrenal.

Los nódulos hepáticos correspondían a focos de metástasis que reproducían el mismo cuadro hístico del tumor primitivo, tanto en las sinusoides hepáticas como en capilares pulmonares y miocárdicos, con grupos de células tumorales.

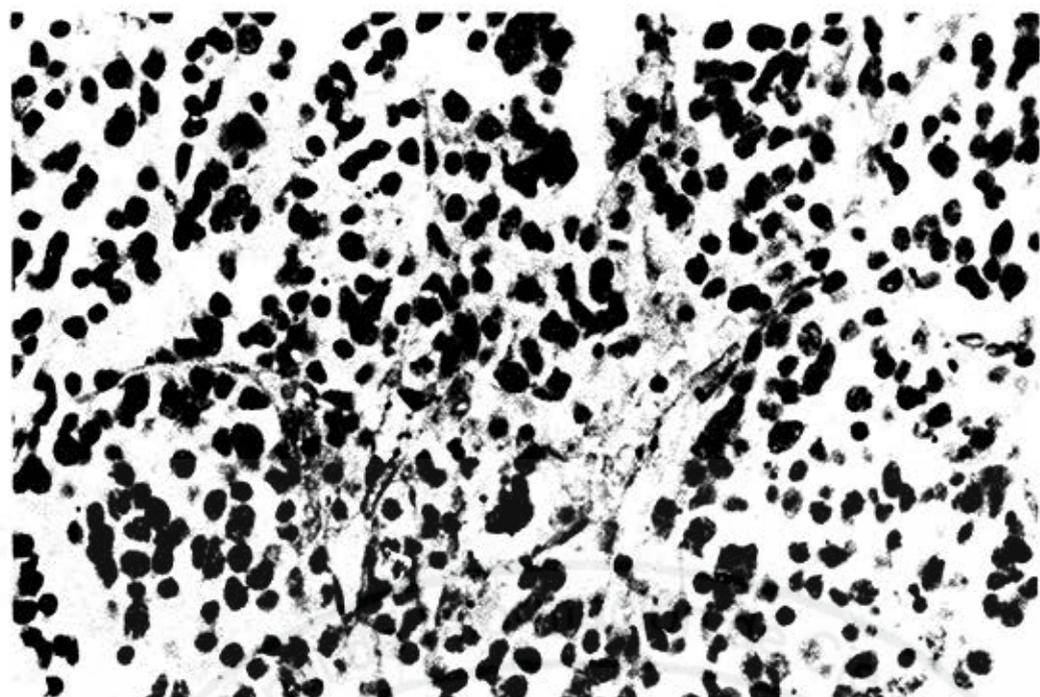


Figura 4.

La placenta, además de la confirmación microscópica del edema, presentaba vasos capilares vellositarios distendidos por la presencia de múltiples émbolos tumorales (figuras 5 y 6).



Figura 5.

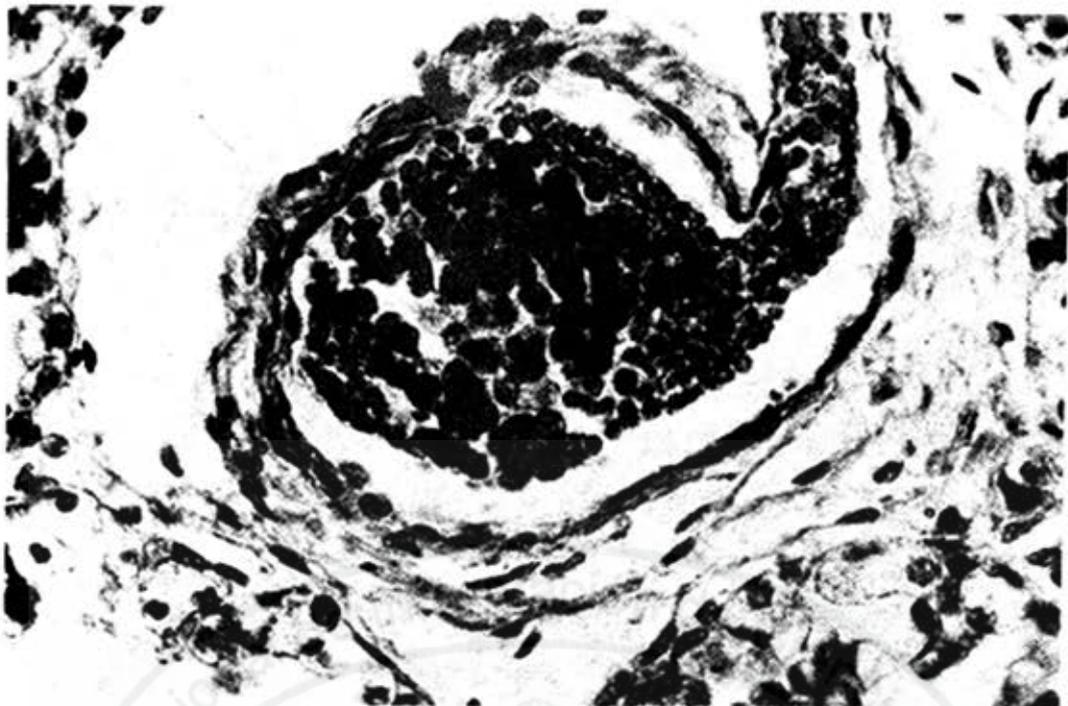


Figura 6.

Diagnóstico anatomopatológico: neuroplasma de glándula suprarrenal derecha con metástasis al hígado y embolismo tumoral al pulmón, el miocardio y la placenta.

#### COMENTARIOS

Los tumores malignos connatales son muy raros, y es el neuroblastoma el más frecuente.<sup>3</sup>

*Wills*, en extensiva revisión de cáncer congénito lo encontró en el 25 % de todos los casos, estaba, presente en 17 niños en el momento del nacimiento. En estudio realizado en una serie de 3 000 necropsias encontró 4 casos, 3 fallecidos aparentemente por otras razones. El cuarto fue más tarde descrito por *Potter y Porrish*.<sup>1</sup>

Las primeras manifestaciones suelen ser el resultado de enfermedad metastásica y el 60 % de los casos las tienen al diagnosticarse. Las glándulas suprarrenales suelen ser el sitio de más frecuente ataque primario (47 % en recién nacidos) y en éstas las metástasis más frecuentes son, en el hígado (65 %), subcutáneas (32 %) y óseas (3,2 %). El bajo peso y la prematuridad fueron signos constantes; sin embargo, el compromiso placentario no fue demostrado hasta su hallazgo en casos de hidrops fetal no inmunológico.<sup>2-8</sup>

*Schneider* hizo una revisión de 60 neuroblastomas neonatales informados en la literatura inglesa. Se piensa que el hígado aumentado obstruye la vena umbilical y causa congestión placentaria e hidramnio por lo que el aumento placentario no necesariamente refleja el grado de metástasis.<sup>4</sup>

La hipertensión materna puede ser causada por el alto nivel de catecolaminas.<sup>3</sup>

El patrón típico de diseminación parece ser el tipo *Pepper*, esto es vía vasos placentarios hacia el hígado, a diferencia del tipo *Hutchison*, con metástasis óseas, como más frecuentemente se observa en niños mayores.<sup>9</sup>

En la patogénesis de la anasarca fetal<sup>10</sup> se ha señalado:

- Invasión de tejido eritropoyético.
- Compresión de la vena cava por tumoración o hígado aumentado.
- Diferencia en flujo de sangre por células tumorales en el hígado o la placenta.
- Arritmia intrauterina por aumento de catecolaminas.
- Aumento de aldosterona (por presión o irritación).

Asimismo, hemos visto que en tumoraciones de la médula adrenal, ocasionalmente se asocia el síndrome de Cushing.<sup>11</sup>

#### SUMMARY

Santurio, A. M. et al.: *Fetal anasarca as result of metastatic neuroblastoma.*

The case of a metastatic neuroblastoma that produced fetoplacental anasarca, is presented. Histopathologic findings are described and concerning literature is reviewed.

#### RÉSUMÉ

Santurio, A. M. et al.: *Anasarque foetale due à un neuroblastome métastatique. A propos d'un cas.*

Il est rapporté un cas de neuroblastome métastatique qui a provoqué une anasarque foeto-placentaire. On décrit les trouvailles histopathologiques et la littérature portant sur ce sujet est revue.

#### BIBLIOGRAFIA

1. *Potter, E.; J. M. Porrish: Neuroblastoma, ganglioneuroma and fibroneuroma in a stillborn fetus. Am J Pathol 18: 141, 1942.*

2. *Strauss, L.; S. G. Driscoll*: Congenital neuroblastoma involving the placenta: reports of two cases.
3. *Vender Slikke, J. W.; A. G. Balk*: Hydramnios with hidrops fetales and disseminated fetal neuroblastoma. *Obstet Gynecol* 55: 250, 1980.
4. *Schneider, K. M.; J. M. Becker; I. H. Krasna*: Neonatal neuroblastoma. *Pediatrics* 36: 359, 1965.
5. *Anders, D.; G. Kindermann; V. Pfeifer*: Metastasizing fetal neuroblastoma with involvement of the placenta simulating fetal erythroblastosis. *J Pediatr* 82: 50, 1973.
6. *Johnson, A. T.; D. Halbert*: Congenital neuroblastoma presenting as hydrops fetalis. *N Carol Med J* 35: 289, 1974.
7. *Mass, T. J.; L. Kaplan*: Association of hydrops fetales with congenital neuroblastoma. *Am J Obstet Gynecol* 132: 905, 1978.
8. *Smith, D. R.; H. S. L. Chan, D. J. de Sa*: Placental involvement in congenital neuroblastoma. *J Clin Pathol* 34: 785, 1981.
9. *Pepper, W.*: A study of congenital sarcoma of the liver and suprarenal. *Am J Med Sci* 14: 187, 1901.
10. *Evans, A. R.*: Congenital neuroblastomas. *J Clin Pathol* 18: 54, 1965.
11. *Kaplan, L. I.*: Simpaticoblastoma with metastasis associated with clinica picture of Cushing Syndrome. *Arch Neurol Psychiatry* 62: 696, 1949.

Recibido: 15 de febrero de 1987. Aprobado: 10 de marzo de 1987.

Dr. *Antonio M. Santurio*. Calle Panchito Gómez No. 288  
apartamento 1 entre Aranjuren y Perfecto Lacoste, Cerro,  
Ciudad de La Habana, Cuba.