

FIBROMIXONA DE PARED (Región costoilíaca)

Por los Dres. G. IACAPRARO, OSCAR C. CARREÑO y DAVID HOJMAN

Los tumores parietales de la región costoilíaca cuando adquieren gran desarrollo y movilidad, pueden presentar al examen físico y al control radiológico, caracteres similares a las formaciones retroperitoneales.

Tales reflexiones surgen del interesante caso clínico que a continuación exponemos y cuyo estudio permitió, con los elementos básicos exigibles, rotularlo como tumor retroperitoneal; capítulo magistralmente referido en el relato que hiciera Lecene en el XXVIII Congreso Francés de Cirugía (París, 1919) y que debe aún hoy considerarse modelo en su género, salvo los elementos aportados por el perfeccionamiento en las técnicas de exploración radiográfica.

M. C. de A., argentina, de 40 años, de Ledesma, Provincia de Jujuy, nos consulta por un síndrome doloroso periódico, que aqueja desde hace ocho años.

Dolores sordos de mediana intensidad, que localiza electivamente en flanco y región lumbar izquierda, que se exacerba en ocasiones con los esfuerzos o marchas. Remisiones prolongadas dan a la enferma la sensación de bienestar que dura semanas o meses, con recaídas que se acentúan en los últimos años, siendo el padecimiento doloroso casi constante con predilecta irradiación al hipocondrio e hipogastrio.

Al ingresar en febrero del corriente año al Pabellón V Sala XV, refiere la enferma que en su provincia debió ser operada meses antes, siendo la operación diferida por "inconvenientes surgidos en el trámite anestésico". El rótulo de su enfermedad según los médicos tratantes dice: "Tumor de la región lumbar".

La enferma presenta excelente estado general, con sistemas en perfecta integridad anatómica y funcional, como lo revelan: el examen clínico, la exploración radiológica y las pruebas de laboratorio; de las cuales cabe destacar para la correcta interpretación de consideraciones futuras: hemograma y eritrosedimentación: normal; reacción de Ghedini y Cassoni: negativas.

Al examen físico se constata en el flanco izquierdo una tumoración que lo ocupa casi íntegramente, alcanzando los "límites topográficos de la región costoilíaca", con cierta imprecisión diríamos: el tumor por su volumen alcanza desde la base del tórax hasta la cresta iliaca, siendo el borde externo de los rectos y de los músculos espinales sus límites anterior y posterior.

No hay deformación abdominal y el examen en decúbito dorsal y en posición sentada, no muestra asimetría. Tumor liso, regular, consistencia firme y elástica, indoloro a la palpación suave y controlada, con marcada movilidad que le permite desplazamiento fácil pero con cierta fijeza a la pared lumbar que se hace evidente electivamente cuando la exploración somática se realiza en decúbito lateral derecho.

Acentuado peloteo y marcado contacto lumbar al examen bimanual de Guyon, denuncia su presunta topografía que se afirma al constatar franca sonoridad a la percusión.

El desplazamiento del tumor permite identificar netamente el polo inferior del riñón de carácter normal y desconectado de aquél; y la facilidad con que es posible practicar el

examen facilita la impresión diagnóstica de tumor retroperitoneal de gran desarrollo, de complaciente movilidad y con cierta fijeza a la pared lumbar.

La ratificación diagnóstica se precisa con la exploración radiográfica: clisé directo, urografía excretora, retroneumoperitoneo (enfisema generalizado subseroso) según técnica de Ruiz Rivas y colon, no practicándose ureteropielografía por conceptuarse innecesaria y de riesgo, como todo examen instrumental.

El clisé directo muestra una opacidad uniforme de gran tamaño contigua al riñón, del cual se delimita con precisión; de marcada densidad radiográfica, que contrasta con las partes blandas de la región, de límites imprecisos en su contorno externo y que no altera la topografía del riñón.

El retroneumoperitoneo permite comprobar la desconexión "renotumor" que se hace nítida y bien aparente en un clisé obtenido en momentos que con maniobras digitales se tracciona externamente la masa tumoral (figs. 1 y 2).

La opacidad del tumor es uniforme, no percibiéndose calcificaciones ni osificaciones cuyo carácter radiológico patognomónico de disembrionoma o teratoma es hoy muy discutible.

La exploración radiológica intestinal de valor complementario elimina toda duda sobre la posible ubicación peritoneal del tumor.

Como la operación precoz oportuna y amplia es lo único que merece emprenderse en la terapéutica curativa de los tumores, creemos suficiente el estudio realizado y aconsejamos la intervención con diagnóstico de tumor encapsulado retroperitoneal adherido a la pared, clínicamente benigno y correspondiendo por el examen somático y radiológico a un probable fibroma o fibromixoma.

El estado general de la enferma, la cronicidad en el curso evolutivo (varios años), los caracteres físicos, las pruebas de laboratorio —hemograma, eritro y reacción de especificidad quística— y la exploración radiográfica son las bases que apoyan nuestro diagnóstico.

Descartamos: 1º) la posibilidad de un quiste hidático por las razones enunciadas; 2º) un quiste dermoide —teratoma quístico— por su topografía (excepcionales en el espacio retroperitoneal: dos observaciones en la referencia del Archivo de la Mayo Clinic hasta 1933 y cinco en el Trabajo Estadístico exhaustivo de Michan 1953); 3º) Teratoma sólido, por ser excepcional en el retroperitoneo y aún negada su existencia por Gordon.

El diagnóstico de fibromixoma es aceptable por múltiples conceptos:

- a) Las razones precedentemente expuestas;
- b) Tendencia lenta (años) y progresiva al gran desarrollo (se consideran los tumores retroperitoneales de mayor volumen —decenas de kilos: 30 y 40— llegando a ocupar todo el abdomen);
- c) Porque la forma fibromatosa pura es infrecuente, de exagerada consistencia —casi pétreo—, y el mixoma es prácticamente desconocido (Lind-Lecene).

Operación (23-III-55). — Anestesia general éter con intubación. Cirujano Dr. Zabaleta. Ayudantes: Dres. Carreño y Heidenrich. Posición: dorso-lateral "Gregoire". Incisión tipo Péan por debajo de la XIIª costilla.

Se secciona piel, tejido celular y planos musculares aponeuróticos apareciendo la tumoración de gran volumen que se libera rápidamente por presentar acceso fácil y cómodo "clivaje" de adherencias muy laxas. Se extrae el tumor previa ligadura de 3 ó 4 pequeños pedículos vasculares. En la pared superior de esta masa aparece otra pequeña tumoración con la que se procede en idéntica forma.

Extraído el tumor, la prolija observación del lecho muestra una delgada lámina fibrosa cuyo atento estudio revela que se trata de la aponeurosis posterior del transverso, aplicada al peritoneo parietal posterior y profundamente deprimida bajo la presión ejercida por el tumor al que protege como membrana envolvente. En ese momento nos apercebimos de la real topografía parietal del tumor, hasta ese entonces presumiblemente retroperitoneal.

Se incide la lámina fibrosa y la fascia transversalis, se reconoce el espacio retroperitoneal con su grasa característica y se explora cuidadosamente tratando de investigar la posible existencia de otros núcleos tumorales.

Terminada la exploración quirúrgica del espacio retroperitoneal se vuelve a estudiar prolijamente la hoja profunda de la aponeurosis lumbar posterior (aponeurosis posterior del transverso) y previa cuidadosa hemostasia se cierra por planos sin drenaje.

Postoperatorio normal, sin incidencias, se da de alta a los ocho días, encareciendo a la enferma nos consulte periódicamente.

El examen macrohistológico del tumor extirpado revela que se trata de un fibromixoma de la pared.

CONSIDERACIONES

Los trabajos consultados al considerar el diagnóstico diferencial de los tumores retroperitoneales entran en las consideraciones primordiales bajo tres aspectos:

- 1º) interpretación del término tumor retroperitoneal; paranefrítico y pararenal;
- 2º) diagnóstico de los tumores retroperitoneales supra o inframesocólicos;
- 3º) diagnóstico diferencial con las formaciones peritoneales.

Los tumores de la pared —región costoilíaca— por su infrecuencia y por sus caracteres somáticos, se alejan del estudio en el diagnóstico diferencial por razones obvias. Sólo en casos muy especiales como el nuestro y que no hemos encontrado similar en la literatura médica consultada, se explica la posibilidad del diagnóstico erróneo basado en elementos de juicio correctamente interpretados.

Y es muy fácil explicarse el porqué, recordando los planos anatómicos de la región y entendiendo que cuando un tumor parietal adquiere gran desarrollo y se halla interpuesto entre el oblicuo menor y la aponeurosis posterior del transversario la marca presión que ejercita el tumor sobre la delgada lámina fibrosa hace que ésta se confunda fácilmente con la fascia transversalis y el peritoneo parietal posterior, permitiendo al tumor adquirir los caracteres somáticos de las formaciones retroperitoneales, diferenciándose de ellas nada más que por la interposición de una delgada lámina fibrosa como lo destacan claramente los esquemas.

En favor de nuestras reflexiones, dice elocuentemente el hecho de que el tumor no deformaba la pared costoilíaca que lo alojaba en ninguno de sus sectores (ausencia de autopercepción del tumor a pesar de su tamaño), y su hallazgo únicamente era posible por la palpación abdominal simple y más claramente por los procedimientos bimanuales. Por el examen somático el tumor era cavitario (peritoneal o retroperitoneal) y no parietal. La inspección de la región tenía como dato semiológico valor negativo, hecho que no hubiera acontecido si el tumor se hubiera desarrollado entre los planos musculares superficiales.

Con los elementos expuestos afirmamos que el más típico y presunto tumor retroperitoneal inframesocólico puede ser confundido con un gran tumor parietal móvil de la región pósterolateral del abdomen cuando se desarrolla entre las hojas profundas de la pared (por dentro del oblicuo menor).

Muchas veces de un error diagnóstico recogemos enseñanzas y de un acierto sólo satisfacciones. El axioma lo aplicamos a nuestro caso, por eso en el juicio crítico que orientaron el diagnóstico preoperatorio cabe agregar: la precisión diagnóstica de un presunto tumor sólido retroperitoneal inframesocólico de gran volumen exige muchas veces complementar la exploración radiológica con:

- 1º) La comprobación del signo de "Guirnalda" (Palen). (Los tumores retroperitoneales centrales inframesocólicos izquierdos quedan enmarcados dentro de las tres porciones del colon que se despliegan a su alrededor.)
- 2º) La comprobación radiológica del desplazamiento "en tienda" de las asas delgadas (García Capurro y Piaggio Blanco) en todos los tumores retroperitoneales inframesocólicos que se encuadran en el marco colónico, preferentemente los de topografía izquierda.

Tal vez en nuestro caso, estos elementos de estudio podrían haber sido de utilidad, si bien en nada alteraban la correcta indicación terapéutica.

Paciente: M. A. Inclusión 1059.



Figura 1

Fotografía de ambas tumoraciones, vistas por su superficie externa (reducción mitad del tamaño natural).

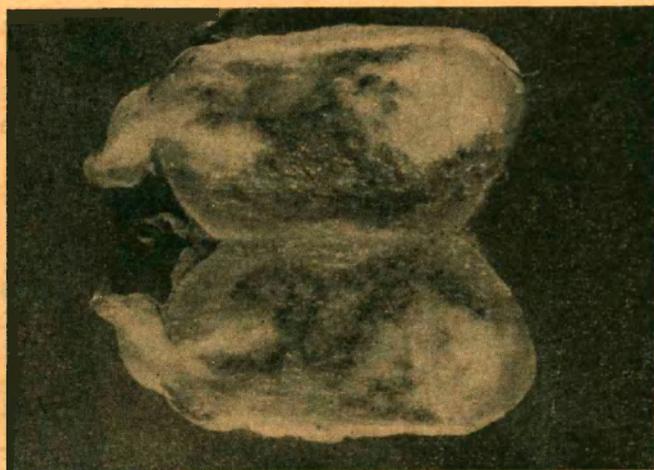


Figura 2

Fotografía de la superficie de sección de la tumoración mayor (reducción mitad del tamaño natural).

Material: Tumoración de pared abdominal.

Fecha de recepción: marzo de 1955.

Técnica: Cortes por congelación, tinciones argénticas. Inclusión en parafina, tinciones con hemalumbre eosina, tricrómico de Mallory, hematoxilina McManus.

Descripción macroscópica: Tumorción ovoidea, vagamente reniforme, que mide 12 cm en su diámetro mayor, y 6 cm y 4 cm en los perpendiculares. Su peso es de 230 gramos. Superficie externa lisa y luciente, color blanquecino

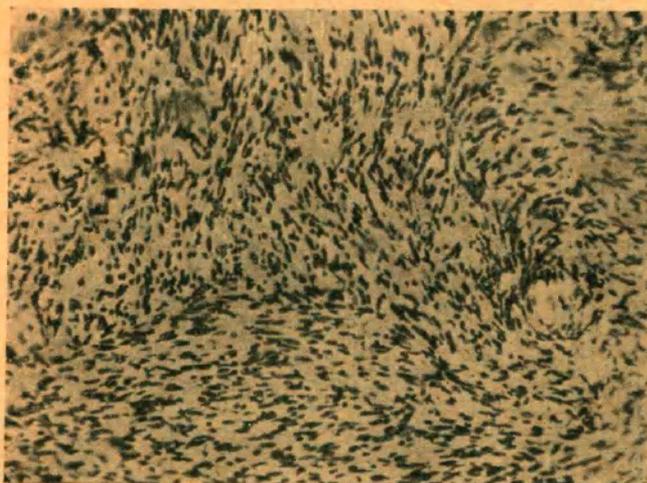


Figura 3
Microfotografía de las zonas fibromatosas. Técnica nucleoplasmática de Río Hortega (x).

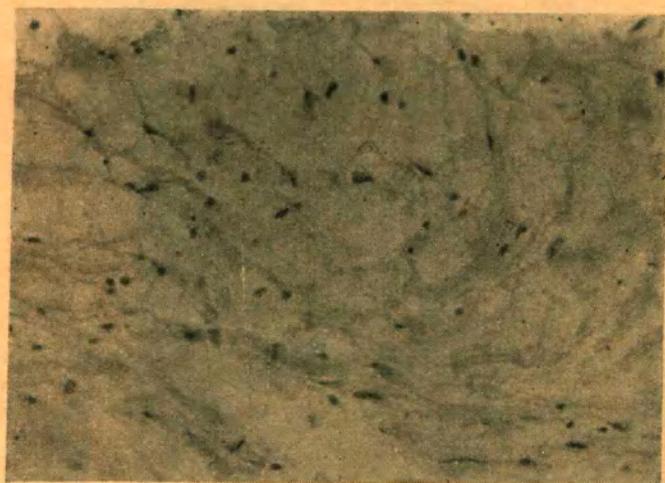
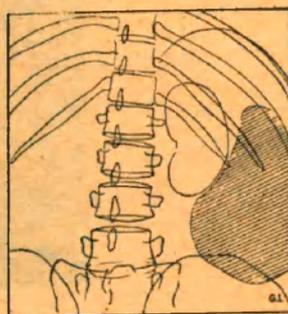
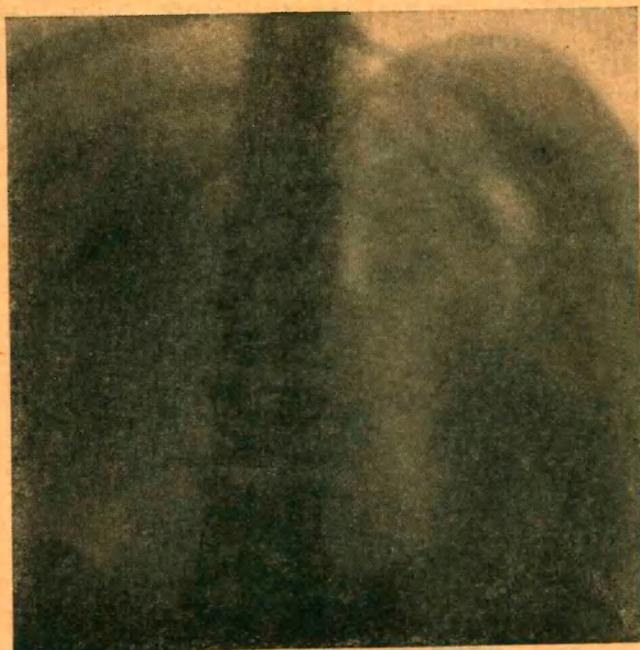
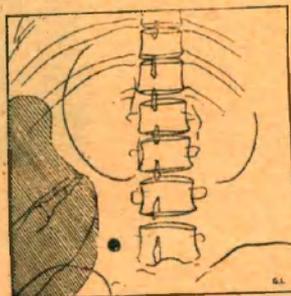
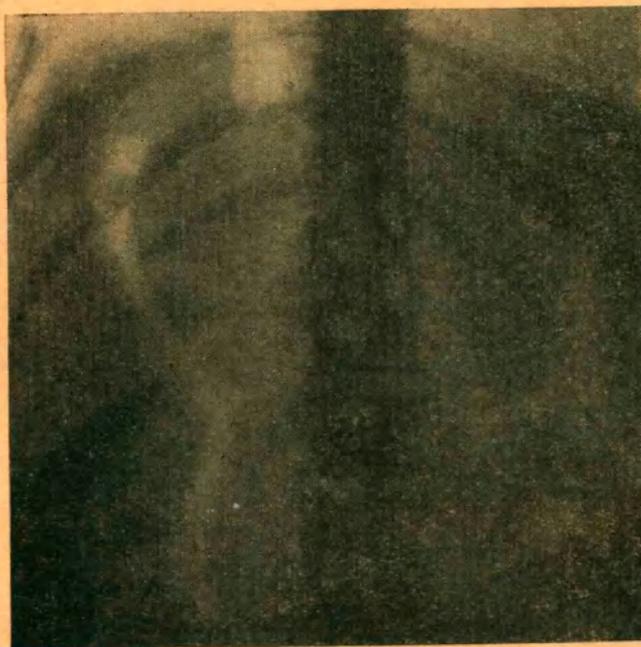


Figura 4
Microfotografía de las zonas mixoides. Hematoxilina eosina (x).

grisáceo. Consistencia blanda, con sensación de renitencia. Al corte: el parénquima hace ligera hernia y presenta un aspecto policromo, dado por la alternancia de una zona blanca, dura y de aspecto seco, con otras áreas hemorrá-



Radiografía N° 5. — Enfisema perirrenal.
La radiografía muestra claramente la nitidez del contorno renal independiente de la gran masa tumoral de límites bien precisos.



Radiografía N° 6. — Enfisema perirrenal.
La radiografía muestra cómo la maniobra digital al movilizar y desplazar al tumor hacia afuera destaca la neta separación con el riñón, cuyo contorno se percibe claramente.
Copia radiográfica en posición invertida.

gicas y otras lucentes mixoides. El contorno de la tumoración es neto, aunque falta una cápsula definida.

Tumoración redondeada de 4 cms. de diámetro, con superficie externa lisa

Tumor parietal - Región costoilíaca
Corte transversal esquemático

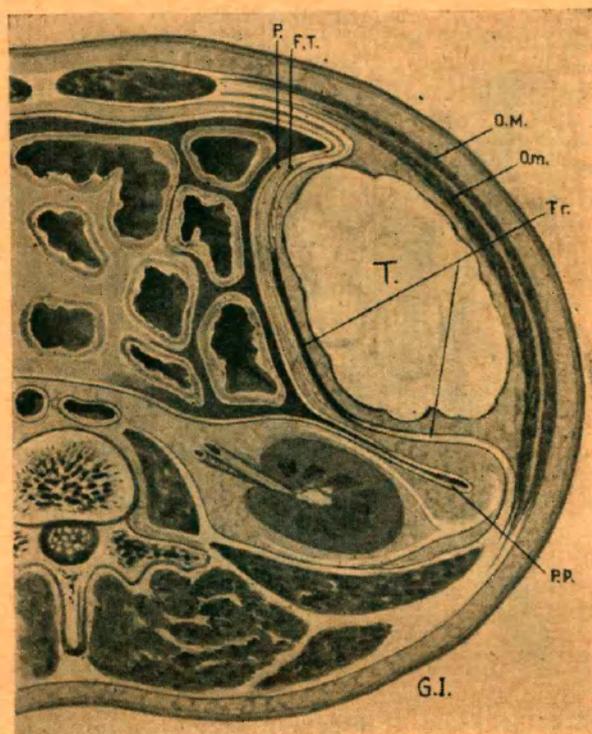


Figura 7

Nótese el voluminoso tumor (T) parietal desarrollado entre el oblicuo menor (O.m.) y el transverso (Tr.), que sin deformar el flanco ni la región posterior hace marcada prociencia en el espacio retroperitoneal, del cual lo separa la delgada lámina fibrosa (aponeurosis posterior del transverso) y la fascia transversalis (F.T.).

y lucente y consistencia firme. Al corte, presenta un aspecto similar al de la tumoración mayor.

Descripción microscópica: Ambas tumoraciones se hallan constituidas por células fusiformes de núcleos alargados, dispuestas en fascículos arremolinados.

El aspecto es monótono, y se halla modificado en algunas zonas por aumento del intersticio y adopción de la forma estrellada por parte de aquellos elementos, y en otras zonas por la existencia de áreas de necrosis y hemorragias de distinta antigüedad. Los vasos son pequeños y escasos, y suelen constituir el centro de los torbellinos mencionados. No se observan mitosis.

Diagnóstico: Fibromixomas de pared abdominal.

Tumor parietal - Región costoilíaca

Esquema topográfico

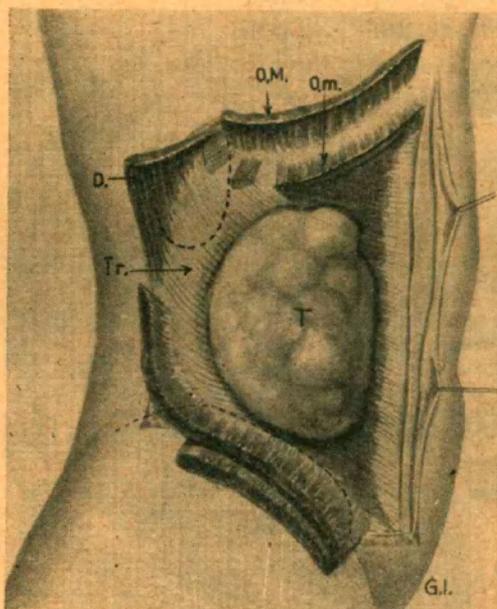


Figura 8

Obsérvese el tumor (T) alojado en el espacio que separa el oblicuo menor (O.m.) seccionado y el transverso (Tr.) lámina fibrosa, delgada (aponeurosis posterior) que le forma el lecho y lo separa del espacio retroperitoneal.

DISCUSIÓN

Dr. Trabucco. — Yo no sé si puestos frente al enfermo hubiéramos podido impresionarnos como un tumor retroperitoneal, pero de acuerdo con la iconografía presentada por el exponente, me parece que no se debió haber pensado en un tumor retroperitoneal. Este, generalmente, se muestra cerca de la línea media y en este caso, se encontraba fuera de la línea media y cercano a la pared.

Otra maniobra útil para llegar al diagnóstico de certeza es la pielografía ascendente. En un tumor retroperitoneal, el uréter está desplazado siempre. En este enfermo, parece no estar desplazado y si hubiera habido un tumor el uréter hubiera estado desplazado en forma muy acentuada hacia adentro o hacia afuera. En este caso, hubiera dado la seguridad de que en el retroperitoneo no habría nada, ya que el uréter estaría en su lecho, sin desviaciones de ninguna especie.

La movilidad descrita es contraria a la existencia de un tumor de retroperitoneo, que por lo general, es fijo y a lo sumo, con una pequeña movilidad transversal, pero nunca de arriba para abajo.

Dr. Bernardi. — Hace más o menos cinco años tuvimos en el Servicio un caso interesante. Se trataba de un enfermo operado en otro Servicio por una tumoración prostática que presumimos benigna.

Un año después concurre al Servicio por fenómenos de cistitis provocados por un cálculo. Se le practicó una litotricia y anduvo bien. Seis o siete meses más tarde, reingresa con dolores abdominales, presumiendo el enfermo y el médico tratante que se debería a sus fenómenos vesicales con antecedentes de adenoma y de su litiasis. Con gran sorpresa, comprobamos la existencia de una tumoración en la pared, que se extendía por todo el hipogastrio y llegaba a dos traveses de dedo por encima del ombligo. Era una tumoración dura, leñosa, muy fija a la mesa. Extirpada, comprobamos que era un sarcoma de la pared, incluyendo principalmente los rectos. El paciente falleció tiempo después.

Dr. Carreño. — Es posible, como afirma el doctor Trabucco, que con otros exámenes pudo haberse llegado a un diagnóstico más seguro de la topografía del tumor. Decimos en la comunicación que creíamos con los datos de que disponíamos que podía tratarse de un tumor retroperitoneal. En realidad, son raros los tumores de la pared. En cuanto a las desviaciones, no siempre las hacen los tumores retroperitoneales. Como son muy externos, muchas veces, el trayecto del uréter no está comprometido. Cuando están en la línea media, sí, producen grandes deformaciones, aun mismo sobre el riñón. Es posible llegar a un diagnóstico preciso, pero no queríamos extremar más las investigaciones, porque de todos modos, la terapéutica era quirúrgica.

Al doctor Bernardi le agradezco su contribución al tema.