

## TUMOR DESMOIDEO POST INTERVENCION UROLOGICA

Dr. Rodolfo Mathis (h).

Presento a consideración de la Sociedad, por tratarse de un blastoma de rara aparición, un caso de tumor desmoideo desarrollado en un paciente como consecuencia de una intervención quirúrgica de las vías urinarias.

Examinando la bibliografía nacional y extranjera, creo conveniente mencionar la definición que del tumor dieron los Dres. Pack y Ehrlich, para quienes "tumores desmoideos son esencialmente fibromas blandos, situados en los músculos planos de la pared abdominal, que se producen en jóvenes mujeres luego de partos, y con tendencia a recidivar después de la extirpación quirúrgica limitada".

Pack y Ehrlich hicieron su publicación en el *International Abstract Surgery* en 1944. Ellos encontraron 17 casos de tumores desmoideos sobre 50.346 pacientes admitidos en el Memorial Center de New York durante un período de 25 años.

Para conocer la etimología conviene recordar que el primero que describió la morfología del tumor fue Mc Farlane de Glasgow (Escocia) en el año 1832.

Seis años después Johannes Müller creó el vocablo desmoide o desmoideo para referirse a ciertos tumores fibrosos, de aspecto tendinero (de ahí el origen del vocablo: "desmos" significa faja, banda o tendón, y el sufijo "oide": parecido).

Posteriormente proliferaron las sinonimias del tumor. Boulanger le dió el nombre de "tumor fibroso del hipogastrio". Lecene, Delamare, Gosset y Peit Dutailis, el de "fibroma difuso e invasor". Booher y Pack "desmoma", y finalmente entre los autores nacionales Ferreira y Polack lo llamaron "fibrohistiocitoma" por su analogía a los histiocitomas o xantelasmas. El profesor Lascano González, quien hizo el estudio histopatológico del caso que he de describir, llamó la atención al igual que lo hace Ewing, sobre la gran semejanza que existe entre el tumor desmoide y el neurofibroma.

Hemos de destacar los caracteres principales que distinguen a este tumor y que lo diferencian en muchos casos del simple fibroma: a) es un blastoma blando incluido entre las fibras musculares o en sus vainas aponeuróticas, localizándose generalmente en la pared abdominal como consecuencia de traumatismos, partos u operaciones, b) es unilateral, vale decir que no sobrepasa la línea media, llegando no obstante a adquirir gran tamaño por su crecimiento progresivo (Kobitanski señala un peso máximo de 17 kilos en 1924) c) no da metástasis y excepcionalmente invade peritoneo, d) rara vez se ulcera en piel, es indolora a la palpación, y no supura, e) recidiva si se efectúan extirpaciones quirúrgicas limitadas, f) histológicamente posee características que lo separa de los fibromas siendo aparte radiosensible.

Clínicamente el diagnóstico diferencial puede presentar dudas con los tumores abdominales profundos. Boucharcut describe un signo que ayuda a establecer diferencias: la contracción de los músculos abdominales permite observar y palpar con precisión las tumoraciones parietales, mientras que las profundas se ocultan. Tillaux agrega: los tumores intraabdominales descienden en la inspiración, mientras que los parietales se proyectan.

Hechas todas estas consideraciones me referiré al caso observado. Se trata del paciente N. I. de 42 años, intervenido en marzo de 1966 en el Servicio de Urología del Hospital Alemán, de una dilatación quística de la extremidad inferior del uréter derecho y en la que se encontraba además un cálculo enclavado. El paciente hizo un post-operatorio sin complicaciones.

En noviembre último acude nuevamente a la consulta a raíz de haber notado la aparición de un bulto en el trayecto de la vía operatoria. El tumor tenía las características de un desmoide, aunque cabía también la posibilidad de que se tratara de un cuerpo

extraño o bien un tumor de Schloffer. Como sabemos, este último reconoce un origen inflamatorio crónico como reacción de intolerancia del organismo a la utilización de materiales de sutura irreabsorbible, o bien a cualquier otro cuerpo extraño incluido en la herida.

Bajo anestesia general se interviene al enfermo efectuándose una exéresis completa del tumor y posterior reconstrucción de la pared.

El informe anatomopatológico efectuado describe, al examen macroscópico un tumor bastante regularmente ovoideo cuyos diámetros son de 10 y 8 cms. respectivamente. Existen límites bastante precisos en la periferia, pero hay zonas adheridas a tejido muscular y adiposo. Llega ya a medio fijar (formol). Su consistencia es dura, poco elástica. En las secciones se descubre franca estructura fascicular que recuerda las deformaciones miomatosas o fibrosas. En uno de los flancos se observa convergencia de sus manojos más gruesos, así como las varillas de un abanico. Su vértice se halla en el límite del tumor, como si continuara con otra formación análoga.

Examen microscópico: A pesar de su semejanza macroscópica, la histología revela acentuado polimorfismo, resultante de la variable combinación de zonas muy predominantemente fibrosas (gruesos manojos colágenos), con otros muy celulares, de células fusiformes pequeñas pero uniformes, sin signos de agresividad. También aparecen territorios donde la disposición fascicular recuerda la de los neurinomas. En la periferia existen grupos de fibras musculares estriadas incluidas y en involución o regeneración parcial. Diagnóstico: tumor desmoideo con diferencias regionales por la diversa combinación de elementos puramente colágenos con otros de aspecto neurinomatoso y otros uniformemente fusocelulares, sin especial agresividad.

Consideraciones finales: No habiendo hallado entre los autores nacionales y extranjeros consultados una comunicación referida a la aparición de un tumor desmoideo generado como consecuencia de una intervención de las vías urinarias, contribuyo con este caso a poblar la bibliografía nacional.

## BIBLIOGRAFIA

- Desmoid tumors. A series of 33 cases. Dahn I, et al. Acta Chir. Scand.  
 The nature and treatment of desmoid tumors. Benninghoff D. et al. Amer. J. Roentgen.  
 Desmoplastic fibroma of bone. Report of two cases. Dahling D. C.  
 Desmoid tumors of the abdominal wall (or invasive fibromas of Lecene and Delamare) in children. Apropos of a case. Bach C. Ann. Pediat (París).  
 A gigantic desmoid of the anterior wall of the abdomen. Scocciati R.  
 A case of desmoid of the anterior abdominal wall. Di Vittorio. V. Minerva Chir.  
 Tumor desmoideo de la pared abdominal. Contribución a la casuística. Héctor Loyarte. Ferreira y Polack: Comunicación a la Sociedad de Cirugía de Buenos Aires (1958).  
 Tumores desmoideos. Piazza M. Bol. Cir. de Rosario.  
 Tumor de Scholoffer. Dr. P. Jurado. Soc. de Cirugía de Bs. As. (1961).