

## FIBROMA PARIETAL TORACICO SUB PLEURAL (\*)

Walter R. Suiffet

Presentamos una observación de Fibroma subpleural. Dado los elementos clínicos radiológicos del caso y la relativa poca frecuencia de la afección, consideramos de utilidad difundir esta observación:

S. Q., 57 años, uruguaya, casada.

Ingresa enviada por médico al Hospital Maciel, Clínica Quirúrgica del Profesor C. Stajano. Sala Cirugía A., en julio de 1950. Hace ya varios meses, con motivo de un examen radiológico se le comprueba una sombra en el hemitórax izquierdo. Sospechándose una equinocosis, se le indica intervención. La enferma no había sentido ninguna clase de molestias hasta ese momento. Luego del examen la enferma se siente oprimida, nerviosa y a veces tiene crisis de llanto.

No ha adelgazado. Se alimenta y digiere bien. Tránsito digestivo y urinario normales.

Antecedentes familiares y personales: Nada de interés.

*Examen clínico.* Estado general excelente. Pulso, 90. Apirexia. P. A. 12/8. Examen del tórax y abdomen: No se aprecia nada anormal.

*Estudio radiológico.* Tórax.

*Tórax:* Radiografías B) 67232 - julio 1950. Hosp. Maciel. Opacidad circunscripta proyectada sobre la pared torácica izquierda, línea axilar posterior. Discreta reacción pleural. Resto del tórax normal (fig. 1).

Radiografía B) 68872 - enero 1951. Se observa la imagen de la radiografía anterior; ha permanecido incambiada y no se observa ninguna variación en seis meses.

*Costillas:* Radiografía C) 35173. Se observa una zona de rarefacción con pequeña condensación ósea del borde inferior de sexta costilla izquierda en relación directa con el proceso que se observa en el campo pulmonar izquierdo (fig. 2).

*Hipocondrio derecho.* Radiografía a) 52463. Normal.

*Colecistografía.* Radiografía A) 52359. Vesícula grande bien tenida, sin imágenes de cálculos.

*Exámenes de Laboratorio:*

---

(\*) Comunicación presentada a la Sociedad de Cirugía, en la media hora previa, de la sesión del 21 de noviembre de 1951.

*Orina:* Normal. Urea 0 gr. 34 %. Wassermann: Negativo.

*Proteinemia,* 64 gr. %. *Hematocrito,* 43 %.

*Hemograma,* G. . 4.700.000. Hg. 90 %. V. G. 0,95. G. B. 6.200. N. 63 %.  
E. 5 % - B. 2 % - M. 8 % - L. 22 %.

*Intradermo Reacción Casoni,* Positiva. Reacción de Wininberg. Negativa.

*Prueba de Meltzer Lyon.* Respuesta Vesicular Positiva. No hay ganchos equinocócicos en la bilis.

*Estudio de expectoración:* No se observan elementos hidatídicos.

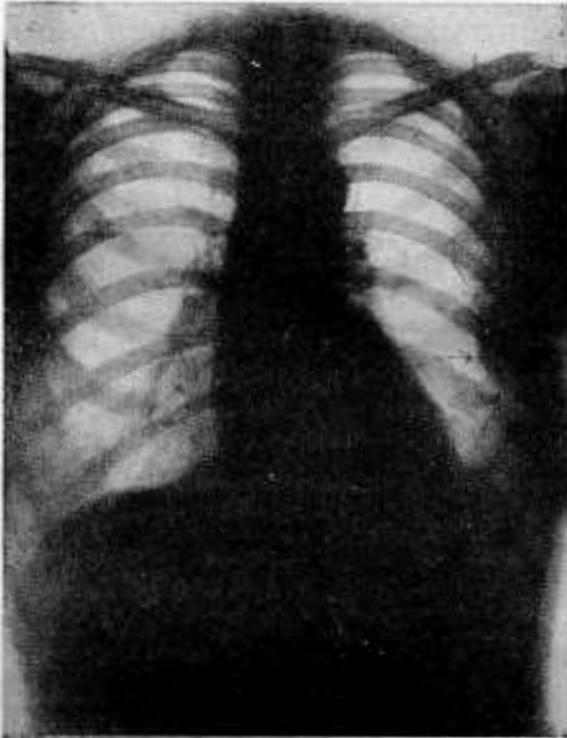


FIG. 1. — Opacidad circumscripta proyectada sobre la pared torácica izquierda, línea axilar posterior. — Discreta reacción pleural.

El primer diagnóstico que se planteó en este caso dado su origen y la falta de repercusión general fué de Equinococosis Pulmonar. La topografía francamente cortical, la íntima vinculación parietal, el contorno de la sombra con continuidad pleural, plantearon la posibilidad de un proceso pleural o parietal. El estudio costal realizado por ese motivo, mostró una discreta lesión en la 6ª costilla, de tipo destructivo-productivo.

Se plantearon como diagnósticos posibles, los tumores de ori-

gen pleural o costal y las colecciones supuradas de origen costal o pleural.

La falta de dolor y repercusión general; la evolución clínico-radiológica (julio 1950 - enero 1951) mostrando que se trataba de un proceso estabilizado; la ausencia de síntomas de tipo infeccioso fueron argumentos favorables al diagnóstico de **Tumor Benigno** de origen pleural o subpleural, de naturaleza conjuntiva o nerviosa. Con estas posibilidades se fué a la intervención.

**Intervención: Marzo 8/1951.** — Extirpación tumor extra-



FIG. 2. — Zona de rarefacción con pequeña condensación ósea del borde inferior de 6ª costilla I en relación directa con el proceso que se observa en el campo pulmonar.

pleural. Anestesia general. Ciclo-Eter. Incisión sobre la 6ª costilla izquierda de 20 centímetros de largo, centrada en línea axilar media. Se descubre la costilla y se comienza su liberación perióstica. En la parte media de la incisión se nota que está adherida al tumor subpleural. Se desperiosta cuidadosamente y se reseca.

Se ve por transparencia un tumor situado por debajo del periostio y por fuera de la pleura parietal. Está rodeado de tejido

celular laxo, siendo fácilmente enucleado. Pleura parietal intacta. 6º nervio intercostal sin alteraciones. Cierre del plano muscular y cutáneo.

**Postoperatorio:** Sin alternativas.

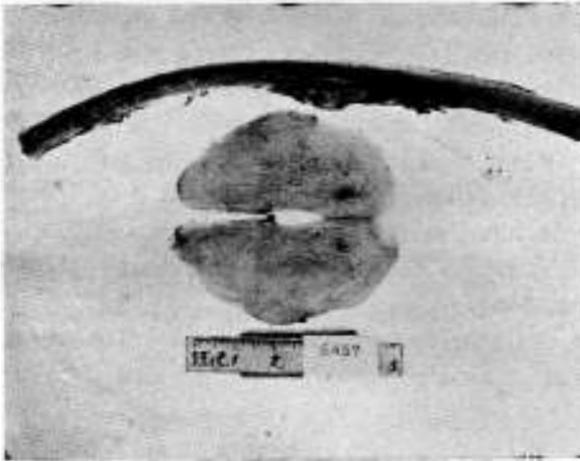
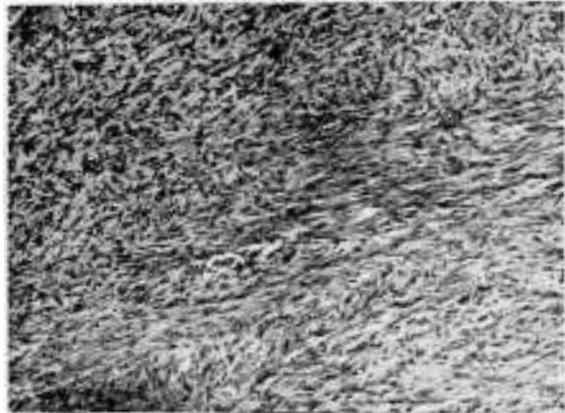


FIG. 3. — Corte del tumor extirpado. La costilla resecada ha sido colocada conservando su relación con aquél.

**Radiografía de tórax:** B 69.181. Opacidad lateral izquierda por proceso pleural discreto. 6º costilla resecada.

FIG. 4. — Microfoto de la histología. Células conjuntivas fusiformes sin atipia, ordenadas en fascículos dispuestos en diferentes direcciones. Tumor conjuntivo benigno fibroso.



Alta a los 10 días.

La intervención mostró por tanto que se trataba de un tumor netamente limitado, a topografía extrapleural y sin vinculación costal, perióstica ni nerviosa. La 6ª costilla mostró una

zona de impresión en el lugar del tumor pero éste no se originaba en ella ni en su periostio; solamente había relaciones de vecindad.

La Anatomía Patológica (Laboratorio de la Clínica del Profesor Stajano D. J. J. Scandroglio) estudió un tumor del tamaño de un huevo de gallina, de color amarillo rosado, de consistencia renitente y bien encapsulado (fig. 3).

La histología mostró células conjuntivas fusiformes sin atipia, ordenadas en fascículos dispuestos en diferentes direcciones. Se trata de un tumor conjuntivo benigno de tipo fibroma (fig. 4).

Algunos autores (Stout y Murray), (Stout e Himadi) han utilizado el término de **Mesotelioma pleural localizado o solitario**, para reunir un grupo de tumores que estaban dispersos bajo designaciones variadas (Fibroma - Fibrosarcoma - Sarcoma - Mixosarcoma - Endotelioma, etc.).

La razón de esta designación estriba en que el transplante in vitro de un tumor de este tipo, produjo células mesoteliales (Stout y Murray).

Estos tumores son diferenciados y benignos en la forma no infiltrante y son malignos en la forma infiltrante. Están compuestos de células fusiformes y fibras de tejido conjuntivo en una disposición particular distinta a los otros tumores fibrosos de la economía.

El caso que presentamos podría entrar dentro de esta clasificación, aunque lo hemos designado con el nombre clásico de fibroma, para mantener la terminología habitual.

#### BIBLIOGRAFIA

- STOUT, A. P.; MURRAY, M. R. — Localized pleural mesothelioma. Arch. Path. 34: 1942-951.
- STOUT, A. P.; HIMADI, C. M. — Mesotelioma solitario (localizado) de la Pleura. Anales de Cirugía (Versión castellana). 10: 1951, 59.