

Observación de la Clínica del Profesor Pedro Larqhero Ybarz

MIOMA ERRANTE (*)

Dr. Luis M. Bosch del Marco

E. M. de F. - N° 8724. - 37 años. Ingresa al Hospital en mayo 12 de 1951; el motivo obedece a la comprobación de una tumoración abdominal que aprecia desde hace 5 años y que sitúa en región paraumbilical derecha. Inicialmente ella era de tamaño reducido (aproximadamente unos 3 cms. de diámetro), luego fué asumiendo un crecimiento paulatino pero constante, llegando a adquirir el volumen actual.

No acusó trastornos generales, salvo un adelgazamiento de 5 kilos en 6 meses; ningún trastorno funcional.

Los antecedentes son sin significación alguna.

El EXAMEN acusó un biotipo normal; abdomen asimétrico con dos tumoraciones, una situada en flanco derecho del tamaño de una naranja grande indolora, móvil, de forma ovoidea, de superficie lisa a consistencia firme, sin relación con los planos parietales anterior ni posterior, que se desplaza pasivamente, hacia fosa ilíaca derecha y epigastrio sin gozar de inmovilidad absoluta como corresponde a otro tipo de tumefacciones. Concomitantemente en hipogastrio se aprecia otra masa tumoral que sale de la pelvis, redondeada, de superficie regular, indolora, poco móvil, alcanzando casi a la cicatriz umbilical y que el tacto genital revela su vinculación al útero.

El resto del examen somático, sin particularidades.

En suma: mujer de 37 años que consulta por tumoración abdominal que comprueba desde hace 5 años, que se agranda progresivamente sin ocasionarle trastornos y en la que el examen clínico practicado, demuestra la presencia de dos tumoraciones abdominales, una con los caracteres de un fibromioma uterino; otra de topografía y naturaleza imprecisa, pediculada, móvil, que requiere para determinar su asiento y naturaleza, exámenes radiológicos y de laboratorio complementarios, cuyos resultados se expresan a continuación:

Pielograma: Buena eliminación de ambos riñones. Pelvis del riñón derecho más grande. Sombra de contorno calcificado en flanco derecho, alargada. (Dr. Pelfort). (Fig. 1).

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía en la media hora previa el día 24 de junio de 1953.



FIG. 1. Pielograma. Pelvis derecha dilatada. Sombra calcificada en flanco derecho.



FIG. 2. — Cistografía. Deformación por compresión extrínseca.



FIG. 3. — Intestino. Su sombra se dibuja normalmente.



FIG. 4. Colecistografía.
Cálculo vesicular.

Cistografía (Dr. Pelfort): Deformación vesical por compresión extrínseca superior y derecha. (Fig. 2).

Radiografía de intestino (Dr. Pelfort): El colon se dibuja normalmente. (Fig. 3).

Colecistografía (Dres. Zerboni y Gorlero): Vesícula que se tiñe por el medio de contraste, presentándose de forma y situación normal de tamaño grande. En la zona del fondo se observa una imagen anular clara, con las características de un cálculo libre, de regular tamaño. (Fig. 4).

La vesícula se contrae un poco, disminuyendo de tamaño y visualizándose parte del cístico. Persiste la imagen de cálculo con características semejantes a la de los primeros enfoques.

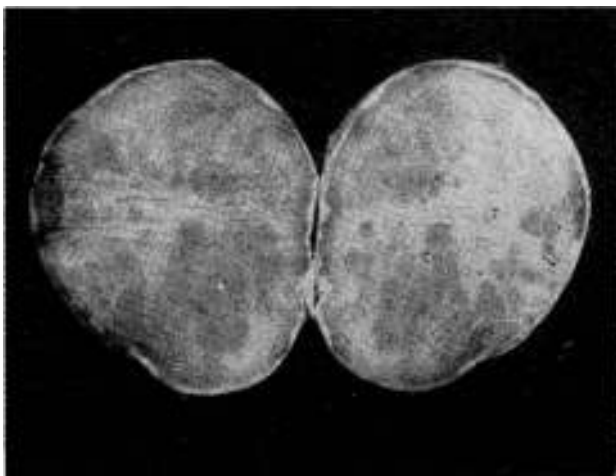


FIG. 5. — Corte del mioma. Fotografía del mismo.

Otros exámenes complementarios: Sondeo gástrico: No hay retención en ayunas, hipersecreción. Curva normal.

Sondeo duodenal: Excitación con sulfato de magnesia y aceite. Tiempo de apertura del Oddi, aumentado. No se recibió bilis vesicular, no pus ni parásitos, cristales de colesterol, masas de bilirrubinatos. Probable litiasis. Vesícula excluida. Hipertonía del Oddi. (Dr. Emeric).

Examen de sangre: sin particularidades.

Examen de orina: Sin particularidades.

R. de Wassermann: Negativa.

Se decide intervenir con diagnóstico clínico y radiológico de fibromioma uterino y litiasis vesicular, dudándose sobre la naturaleza de la tumoración móvil, motivo de la consulta. Al no corresponder ella a un proceso renal, ni vesicular, ni de otra viscera del piso superior del abdomen, se pensó en tres afecciones probables: fibromioma pediculado, quiste de ovario, y tumoración mesentérica; las dos últimas eventualidades, se juzgaban menos probables por la presencia de calcificación y la falta de movilidad tan absoluta que le es propia a la última de las afecciones citadas.

Operación (5 - VI - 51): Verificada por incisión de Sprengel, permite comprobar que la tumoración móvil no adhiere a órgano alguno, ni presenta pedículo que la fije, ofreciendo adherencias laxas e implantándose en la terminación del mesenterio a nivel de su hoja izquierda. Su movilidad está limitada por algunas adherencias vasculares que provienen parcialmente del epiplón mayor y que seguramente mantienen su nutrición. Enucleación fácil. La vesícula biliar es de aspecto exterior e interior normal; contiene un cálculo único que se extrae. Cístico permeable, se deja sonda Pezzer en su interior. El colon móvil sin particularidades, fibromioma subseroso en cara anterior del útero que no está aumentado de tamaño. Microquiste ovárico izquierdo. Cierre.

Diagnóstico operatorio: Fibromioma de origen uterino libre en cavidad peritoneal, lo que se conoce con el nombre de fibromioma parásito. (Kaufmann). Fibromioma del cuerpo uterino, litiasis vesicular.

Evolución postoperatoria satisfactoria, sin incidentes. Se da de alta a los 7 días en buenas condiciones, retirándosele la sonda a los 12 días, luego de practicar un colangiograma de rigor. La evolución alejada es buena. Vemos con frecuencia a la enferma para mantener vigilancia de su fibromioma uterino y de sus vías biliares.

Estudio anatómo-patológico de tumoración intraperitoneal.

E. M. O. de F. — Registro 18.473.

Estudio macroscópico (Fig. 5): Masa ovoidea ligeramente aplanada que pesa 300 grs., midiendo en sus respectivos diámetros 10 por 8 por 7 cms.

Consistencia firme, elástica, igual en toda su extensión. De coloración blanco grisácea. Superficie lisa, revestida en su casi totalidad por serosidad, fantando en algunos sitios en que el tumor adhería al epiplón.

Se observa por debajo de la serosa numerosos elementos vasculares finos y tortuosos.

Efectuado un corte se observa el aspecto típico de tumor de estructura fibromiomatosa, con una cápsula de unos 3 milímetros de espesor, blanquecina.

Es de destacar la coloración grisácea que presenta en toda la superficie de sección, salvo en la zona subcapsular (1 cm.) en donde tiene una coloración con tendencia al blanco rosado.

Observando al detalle, notamos un fino punteado de color ocre que corresponde al pigmento hemático que se encuentra en el interior y exterior de los vasos. La consistencia en la parte central del tumor es igual que en la superficie.

En suma: por los caracteres macroscópicos se interpreta la pieza como un fibromioma alterado, que ha ido a la necrosis casi total por falta de vascularización.

Estudio microscópico: Tumor de estructura fibromiomatosa que ha evolucionado a la necrosis total quedando únicamente sin lesiones una fina banda subcapsular.

En las zonas necróticas se observan depósitos pequeños y numerosos de calcio. Vasos sanguíneos con paredes alteradas así como su contenido hemático. Pigmento hemático extravasado. (Pradines).

Comentario.

Juzgamos de interés la observación presentada, tratándose de una afección señalada como curiosa y rara por los autores clásicos, que la designan con los nombres de “mioma errante” o “parásito”, consecuencia de la torsión de una tumoración que siendo inicialmente de origen uterino, por tal mecanismo, pierde con el útero su vinculación anatómica y vascular, readquiriendo su nutrición precaria a expensas de las estructuras a las que se adhiere.

BIBLIOGRAFIA

- CROSSEN, R. J. — Ginecología. 1942.
COLISTRO, C. P. — Curso de Ginecología. 1934.
BOYD. — Surgical Pathology. 1943.
ILLINGWORTH and DICK. — Text book of surgical pathology. 1949.
-