

## TUMORES GIGANTES ABDOMINALES (\*)

Dr. Raúl Praderi

**Historia Clínica R. B.** — 70 años de edad sin antecedentes patológicos de importancia consulta por voluminoso vientre que le provoca trastornos en la marcha, (ha caído varias veces), edema de miembros inferiores y disnea de esfuerzo y de decúbito.

Se trata de una señora de mediana estatura que pesa 80 kilos y presenta un enorme vientre en obús con edema subcutáneo suprapúbico, descenso relativo y dilatación del anillo umbilical, muy poca circulación colateral. El vientre es mate, sólo percute un Traube muy alto, a la palpación muestra consistencia uniforme y la macidez no es desplazable. Fascias y tórax de aspecto caquectica.

Hace tres años le hicieron diagnóstico de cirrosis biliar con ascitis, con grave pronóstico.

Descartamos la cirrosis pues se alimenta bien, duerme perfectamente y no tiene ningún otro síntoma que los provocados por su enorme abdomen.

El examen genital nos hace sospechar en una masa a pedículo pelviano, diagnóstico que confirmamos al puncionar el abdomen y encontrar una resistencia sólida intraperitoneal. Exámenes de laboratorio normal, presión arterial 18/10. Se opera con diagnóstico de tumor de ovario.

**Operación.** — 8/III/962. Anestesia general. Sra. de Teke. Dr. R. Praderi, Dr. L. Praderi, Dr. Teke.

Al colocarla en la mesa de operaciones el abdomen cae hacia un lado, es necesario fijarlo con un leucoplasto que pasa por debajo del xifoides.

La enferma no tolera el decúbito por lo cual se deja algo incorporada. La línea umbilico-pubiana queda vertical y es imposible emplazar allí una incisión operatoria. Con anestesia local se practica una incisión supraumbilical de 40 cms. Al abrir el peritoneo se encuentra una enorme masa sólida, de aspecto fibromatoso, que se luxa hacia afuera del vientre, al hacerlo la enferma comienza a respirar mejor. Se coloca entonces en decúbito y se practica anestesia general con intubación.

Vemos entonces que se trata de un fibroma incluido en el ligamento ancho izquierdo que ha crecido por el Bogen, empujando el peritoneo parietal. Se extirpa ligando varios pedículos venosos gruesos como pulgares. Pesa 13 kilos 200 gramos.

El subperitoneo pelviano está edematoso y grueso igual que el útero, pero todavía no vemos vísceras abdominales pues hay un quiste de ovario derecho que pesa 8 kilos, 800 gramos, el cual también se extirpa practicando una anexectomía de ese lado. El resto del abdomen es normal.

Al levantar los bordes de la laparotomía queda una cavidad enorme pre-vascular. Cierre de la pared por planos.

La operación fue bien tolerada, el post-operatorio cursa sin incidentes desapareciendo los edemas de miembros inferiores y pared abdominal, el peso

---

(\*) Trabajo presentado en la media hora previa en la Sociedad de Cirugía el día 22 de agosto de 1962.

post-operatorio fue de 55 kilos. Actualmente se encuentra muy bien, ha aumentado 8 kilos de peso.

El estudio anátomo-patológico fue hecho por el Dr. Juan Cassinelli.

1º **Tumor del lig. ancho.** — Voluminosa tumoración de 13.200 gramos, circumscripción, con superficie externa irregular por adherencias desgarradas. Al corte, es un tumor sólido, de consistencia firme y elástica, de apariencia fasciculada, con zonas edematosas y áreas rojizas de carácter necrótico.

**Histológicamente**, es un leiomioma con extensa fibrosis e hialinización intersticial, y con una pronunciada imbibición edematosa. Zonas de necrobiosis, con vasos llenos de sangre, traduciendo sufrimiento tisular por interferencia de la circulación sanguínea.

2º **Tumor quístico del ovario derecho.** — Voluminosa tumoración de 8.800 gramos, de superficie lobulada, consistencia fluctuante y con la trompa alargada sobre ella. Al corte, es un tumor poliquístico, de grandes y pequeñas logias, conteniendo sustancia serosa, o mucoide, a veces coagulada, con tinción hemática en algunas logias. No hay vegetaciones en la superficie externa, ni en las múltiples logias del tumor. En distintos sectores de la pared externa, y de las paredes de las logias, hay un tejido tumoral blanco, rosado, engrosando en grado variable los tabiques, y alcanzando un espesor de 3 cm. en las partes correspondientes a la pared externa del tumor.

**Histológicamente**, las paredes del tumor y logias que lo constituyen, son fibrosas, en parte hialinizadas, conservando escasos restos de estroma ovárico en la superficie externa.

El revestimiento epitelial interno está muy alterado, y sus elementos tienen apariencia endoteliforme.

Las partes engrosadas por el tejido tumoral, son densamente celulares, con el aspecto de un tejido mesodérmico embrionario, en cuyo seno se diferencian elementos epiteliales oscuros, dispuestos en cordones anastomosados, islotes, y ocasionalmente con una mejor diferenciación tubular.

Los caracteres histológicos de estas zonas tumorales sólidas son los de un tejido tumoral embrionario mesodérmico, con incipiente diferenciación epitelial, originando una imagen similar a la de un arrenoblastoma (tumor virilizante).

En conjunto, creemos que se trata de un cistoadenoma multilocular primitivo ovárico, con un componente blastomatoso mesodérmico, que probablemente es de bajo grado de malignidad.

Nos ha parecido útil traer aquí esta observación propia del siglo pasado. Es increíble la posibilidad de adaptación de la cavidad abdominal para admitir el parasitismo por grandes tumores sobre todo cuando al revisar viejos libros de ginecología encontramos citas en que los tumores eran aún mayores. Para hacer algunas solamente diremos que existen casos publicados de quistes de ovario que contenían 94 litros (Tuffier citado por Piaggio<sup>3</sup>), 80 litros en un caso de Franz, 103 y 120 kilos respectivamente en los enfermos de Binkley y de Bullit (citados por Sternberg<sup>4</sup>).

En cuanto a fibromas gigantes Albrecht<sup>(1)</sup> cita los casos de Hunter 60 kilos, Stockard 65 y un mioma intraligamentario que pesó 60 kilos referido por Amann.

En cuanto al diagnóstico, se plantea como la causa de error la ascitis. A veces una simple punción sirve para descartarla como en nuestra enferma.

El Dr. Toledo estudió la pieza operatoria de una enferma cuya historia es similar a esta. Se trataba de una paciente a la que se le hizo diagnóstico de ascitis hace 12 años habiendo sido puncionada reiteradas veces hasta que llegó a manos de un cirujano que hizo el diagnóstico y extirpó el quiste de ovario.

En la enferma de Kauffman (2) portadora de un quiste de ovario que pesó 60 kilos el diafragma llegaba a la altura del primer espacio intercostal. De aquí la insuficiencia respiratoria que dificulta la intervención. Otro hecho a observar es la compresión de la cava inferior, por eso creimos conveniente degravitar el abdomen lentamente exteriorizando primero el tumor y durmiendo a la enferma después.

Destaquemos finalmente que el tumor determinó en la enferma un estado de caquexia que pueden ustedes apreciar en las fotografías que se parecen a la enferma de Kauffman.

Después de la operación la paciente se recuperó y aumentó 8 kilos de peso.

## S U M A R I O

1º Se presenta una enferma de 70 años a la cual se le extirparon tumores abdominales de 22 kilos de peso.

2º Se hacen consideraciones sobre la caquexia, el desplazamiento diafragmático, y la compresión de la cava.

3º Se hace referencia a tumores gigantes publicados en la literatura.

## BIBLIOGRAFIA

- 1) ALBRECHT, H. Anatomía Patológica y génesis de los miomas en Halban y Seitz. Tratado de obstetricia y ginecología. Plus-Ultra, Madrid, 1931. Tomo 7: 446.
- 2) KAUFFMAN, E. — Trattato di Anatomia Patologica Speciale. Vallardi, Milano, 1929. Tomo 2: 1349.
- 3) PIAGGIO BLANCO, R.; SAYAGUES, C.; GARCIA CAPURRO, F. — Las ascitis. Salvat, Barcelona, 1944. Tomo 10: 397.
- 4) STERNBERG, C. — Tumores del ovario de Halban y Seitz. Tratado de obstetricia y ginecología. Plus-Ultra, Madrid, 1931. Tomo 10.
- 5) TOLEDO, N. — Comunicación personal.