

Tumores desmoides de la pared abdominal

Dr. GONZALO MAQUIEIRA

Presentamos la experiencia de tres observaciones pertenecientes a la Clínica Quirúrgica "A", sobre tumores desmoides de la pared abdominal.

CASO 1.— Nº de Reg. 95.181. Enferma de 39 años con antecedentes de dos embarazos. Consulta por tumor abdominal de tres meses de evolución, localizado en F.I.D. y flanco del mismo lado, de unos 12 cm. de diámetro, de superficie irregular, consistencia firme y discretamente doloroso. Se acompañó de estado nauseoso, adelgazamiento y astenia.

Se hace diagnóstico clínico de probable neoplasma de ciego. La exploración quirúrgica demuestra un tumor parietal, adherente a la hoja anterior de la vaina del recto, originado a nivel de una metámera del músculo y que no adhiere a la hoja posterior.

Diagnóstico operatorio: sarcoma de pared abdominal. Se extirpa la tumoración con las estructuras adyacentes. Cierre de la pared. Estudio anatomopatológico: fibroma desmoide. Evolución postoperatoria: lleva dos años y medio sin recidiva tumoral y con buena continencia de la pared.

CASO 2.— Nº de Reg. 142.412. Enferma de 18 años con antecedentes de apendicectomía cuatro años antes. A los dos meses de la operación, tumoración en el sector inferior de la cicatriz operatoria que aumenta progresivamente de tamaño. Desde hace un año, sufrimiento doloroso a ese nivel. En campaña se hace diagnóstico de tumor anexial y se interviene por una incisión de Pfannenstiel. Se encuentra un tumor duro de la pared abdominal, del cual se hace toma biopsica.

Diagnóstico operatorio: sarcoma de pared. La biopsia es informada como granuloma de cicatriz. La enferma es enviada a Montevideo donde se opera nuevamente, extirpándose parcialmente la tumoración que llega hasta el recto izquierdo adentro, afuera a unos tres traveses de dedo del ala ilíaca, abajo hasta pubis y arriba sobrepasa el plano umbilical. Se practica resección parcial del tumor, pasando a radioterapia para completar el tratamiento.

El material extraído en esta operación es informado por el anatomopatólogo como granuloma de cicatriz.

En esas condiciones es vista por uno de los médicos de la Clínica, que hace diagnóstico de fibroma desmoide, lo cual es confirmado por un estudio biopsico posterior.

Se resuelve una tercera operación, para hacer la terapéutica de extirpación total. Operación (9-XII-1961): se levantan colgajos de piel con una incisión que sigue la de la intervención anterior y que comprende el Mac Burney y sector derecho del Pfannenstiel. Se completa por una incisión vertical en muslo, que desciende por fuera de la E.I.A.S. Se reseca el tumor que involucra la parte baja y derecha de la pared abdominal, desde la horizontal que cruza el ombligo hasta la arcada crural; hacia adentro invade la vaina del músculo recto izquierdo. Se efectúa amplia resección del tumor y los planos musculares aponeuróticos, incluyendo el peritoneo parietal. El tumor llegó a la arcada sin invadirla. Queda una amplia brecha que abarca la F.I.D., parte del flanco y de región hipogástrica, desbordando la línea media hacia la izquierda. Se hace plastia parietal decolando el peritoneo de fosa ilíaca interna y flanco, lográndose su cierre. Lo que resta del oblicuo mayor se desinserta de la cresta ilíaca y se desplaza hacia arriba y adelante, cerrando la parte alta de la brecha. Se cubre el recto mayor y lo que queda de la brecha de resección con el músculo tensor de fascia lata que se desplaza y se sutura cómodamente en todo su contorno. No hay dificultad en el cierre de la piel.

Evolución postoperatoria: lleva un año y medio de la intervención no habiendo recidiva del tumor y siendo muy bueno el resultado de la plastia.

CASO 3.— Nº de Reg. 151.386. Paciente de 37 años con antecedentes de cuatro embarazos, que consulta por tumoración abdominal. Aparece la tumoración cinco meses antes en el curso de un embarazo, que termina con parto accidentado. Se hizo en ese momento diagnóstico de fibroma uterino.

La tumoración aumentó de tamaño en forma progresiva. Al ingreso se comprueba, tumor ovoideo de flanco llegando su polo superior al H.D. y el inferior a la F.I.D., adentro no llega a la línea media quedando su borde exterior a unos dos traveses de dedo de la vertical que cruza la E.I.A.S. La tumoración es lisa, no dolorosa, de consistencia firme y sus límites se establecen bien a la palpación. Se hace diagnóstico clínico de probable sarcoma de la pared abdominal y se plantea también el diagnóstico de tumor desmoide.

Se opera (IX-1961) por una incisión del flanco oblicua de arriba a abajo y de afuera a adentro. El gran oblicuo no participa del

proceso. La disociación sin fibras, apareciendo la tumoración que toma su origen en los músculos oblicuo menor y transversos. Extirpación amplia del tumor, con las estructuras musculoponeuróticas adyacentes. No hay invasión del peritoneo.

La brecha creada se cierra con un colgajo aponeurótico creado a expensas de la hoja anterior de la vaina del recto y desplazamientos del plano muscular profundo. No hay problema en el cierre de la piel.

Diagnóstico operatorio: sarcoma originado en la pared abdominal.

El estudio anatomopatológico demuestra un fibroma desmoide.

Evolución postoperatoria: no hay recidiva del tumor y la continencia de la pared es buena.

Del análisis de estos casos surgen los siguientes hechos:

1º) Los tres ocurren en mujeres jóvenes con antecedentes de traumatismos sobre la pared abdominal (incisión quirúrgica o embarazos).

2º) El síntoma dominante fue la tumoración que en dos oportunidades se acompañó de molestias dolorosas locales y en uno de una repercusión general que desvió el diagnóstico clínico hacia una tumoración maligna.

3º) El tiempo de evolución del tumor antes de la consulta fue variable entre cuatro años, cinco meses y tres meses.

4º) El diagnóstico clínico de tumor desmoides no fue fácil, teniendo mucho valor "la sospecha" del mismo: así en nuestras observaciones los diagnósticos clínicos planteados fueron los siguientes: en el caso 1, neoplasma de ciego; en el caso 2,

se planteó primero un tumor anexial, luego un granuloma de cicatriz, hasta que finalmente clínicamente aparece el diagnóstico de tumor desmoide. En el caso 3, se plantea un sarcoma, pero también se piensa en un tumor desmoide.

5º) El diagnóstico operatorio tampoco fue claro: en los tres casos existieron planteamientos de que se tratara de un sarcoma.

6º) El diagnóstico anatomopatológico fue decisivo en los casos 1 y 3. En el caso 2 hubieron dos informes (uno por biopsia y otro por estudio de la pieza operatoria) que fueron erróneos: se interpretaron como granuloma por cuerpo extraño. Una tercera biopsia hace el diagnóstico de tumor desmoide que es corroborado por la resección final completa de la tumoración.

7º) En cuanto al tratamiento en los casos 1 y 3, en que la resección fue amplia comprendiendo el tumor y estructuras musculoponeuróticas vecinas, no hubieron recidivas. En cambio el caso 2, que por error diagnóstico fue resecado parcialmente, se produjo la recidiva local del tumor; en este mismo caso, la resección completa no es seguida de recidiva, llevando año y medio de evolución.

8º) En los tres casos se originaron problemas de plastia parietal, motivadas por la exigencia de hacer la extirpación completa del tumor con las estructuras adyacentes.

Fueron solucionados satisfactoriamente por distintos procedimientos.