

## Fibroma desmoide de la pared torácica

Prof. PEDRO LARGHERO, Dres. JORGE C. PRADINES,  
LUIS A. CAZABAN y J. N. TOLEDO CORREA

La localización torácica del fibroma desmoide es poco frecuente. De acuerdo a la bibliografía consultada, los casos que preceden al nuestro son escasos. Pese a su rareza el tenerlos presente puede permitir su diagnóstico pre o intraoperatorio, lo que pone al cirujano a cubierto de sorpresas y le permite planear la intervención adecuada.

En la situación que comentamos se hizo diagnóstico preoperatorio de tumor conjuntivo —fibroma o fibrosarcoma— a desarrollo parietal, pero se topografió en forma incompleta, pues no se tuvo en cuenta su posible desarrollo intratorácico. La consecuencia fue que inicialmente debió hacerse una resección parcial para luego efectuar la operación definitiva.

**SÍNTESIS DEL CASO CLÍNICO.**—H. R. de M., mujer de 35 años. Historia clínica Nº 19.407. Ingresa al Servicio de Cirugía del Prof. Larghero el 23-X-1961. Cuatro años atrás, nota discreto dolor en hombro derecho y región subclavicular. Al palparse descubre pequeña tumoración situada debajo de la clavícula, de unos 3 cm., firme, profunda y no dolorosa.

Consulta en el Hospital de Clínicas, donde solicitan biopsia de ganglios axilares. La misma es informada por el Dr. J. F. Cassinelli el 12-IX-1958: "ganglios linfáticos con hiperplasia reticular de los senos; fibrosis y vasos linfáticos dilatados en una atmósfera hiliar fibrosa. No hay caracteres histológicos de malignidad primitiva ni secundaria" (Exp. Nº 82.877).

Es dada de alta con la tumoración igual que al consultar.

Luego de tres años, con muy pocos cambios locales, consulta en la Policlínica del Prof. Larghero.

Se reconoce tumoración firme, dura, fija, adherente al plano cóstomuscular y cubierta por pectoral mayor que desliza sobre ella. Situada a unos 5 cm. debajo de la clavícula. Sus límites, poco netos, señalan un tamaño de unos 10 cm. en sentido transversal. Ningún otro elemento anormal en axila, mamas, pleuropulmonar, etc.

El estudio radiológico simple de tórax, evidencia el tumor (figs. 1 y 2).

Con el diagnóstico de tumor de pared de tórax, se abordó para su extirpación. Tal in-

tervención fue realizada por uno de nosotros (J. C. P.) el 26-X-1961. Anestesia local. Al comprobar que se trataba de un tumor extensamente fijado a la parrilla costal, involucrando dos espacios y que penetraba a la cavidad torácica, se detuvo la operación. Del tumor expuesto, blanco-gris, duro y crepitante, al corte se tomó un fragmento y se señaló en el protocolo operatorio que presentaba una zona más blanda, rojiza y sangrante, que se interpretó como de transformación sarcomatosa de ella se tomó otro fragmento.

Con el diagnóstico histológico de fibrosarcoma hecho por el Dr. Toledo Correa, ingresa nuevamente para ser operada.

El 18-I-1962 es operada por el Prof. Larghero, bajo anestesia general. Amplia incisión submamaria prolongada a la axila, que permite rebatir la mama hacia arriba. Se expone el tumor que infiltra parte de las inserciones del pectoral menor y serrato. Penetra al interior del tórax a nivel del tercer espacio. Se realiza toracectomía segmentaria que comprende parte de las costillas 1ª, 2ª, 3ª y 4ª, ambos músculos pectorales, parte del serrato, intercostales correspondientes y pleura. La brecha parietal es cerrada con parte del serrato, dorsal ancho y glándula mamaria. Accidente operatorio severo al herir arteria y vena axilar, incluídas en un magma fibroso de la operación anterior. Sutura de ambas con buen resultado.

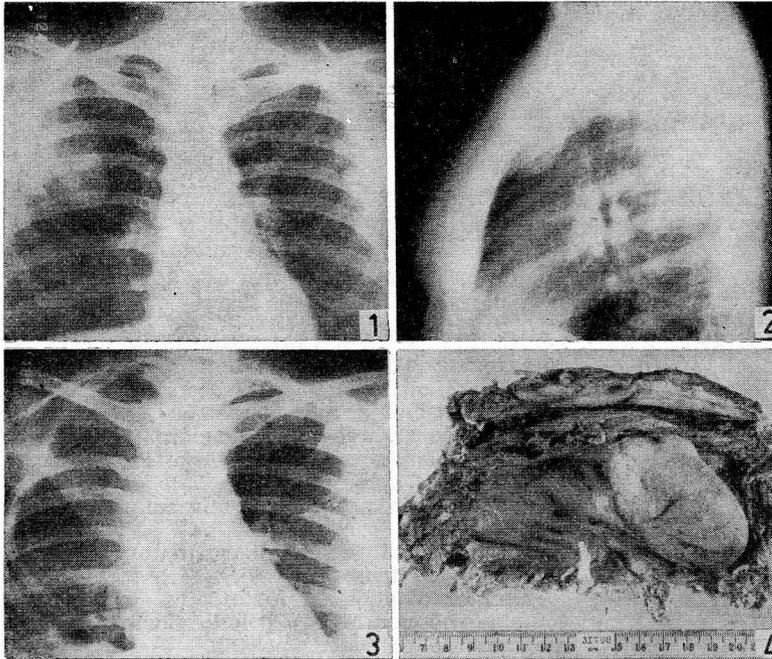
La evolución fue buena, siendo dada de alta el 5-II-1962, a los diecisiete días de operada.

Se controla periódicamente en Policlínicas. Vista hace dos meses, se encuentra bien. La figura 3 corresponde a un estudio radiológico hecho al año de operada.

**Anatomía patológica.**—El estudio anatómopatológico de este caso fue realizado en dos etapas, habiéndose establecido en la primera un diagnóstico de fibrosarcoma de bajo grado de malignidad y, en la segunda etapa, reinterpretado el caso como correspondiente a un fibroma desmoide de rara localización parietal torácica, endo y exotorácico, de seguro origen intercostal. Esto mismo es lo que ha ocurrido en algunos de los pocos casos publicados de fibromas desmoides de similar localización.

**Primer examen anatomopatológico.**—31.695 del Laboratorio de Patología (X-1962).

**Examen macroscópico:** Tumoración ovoidea limitada no encapsulada, que pesa 90 gr. y mide 80 × 75 × 35 mm. Tiene un polo grueso y otro más delgado, vecino al tejido adiposo que lo acompaña. Muestra aspecto fasciculado, for-



Figs. 1 y 2: Radiografías de tórax, frente y perfil. FIG. 3: Radiografía tomada un año después de la operación. FIG. 4: Vista endotorácica del tumor parietal.

mando torbellinos de bandas blancas, fibrosas, pero alternando con áreas rojizas, sólidas, homogéneas. Se observa que hay músculo invadido por el tumor.

Se hace histología de dos cortes del tumor (parte blanda y parte dura, fibrosa) y de dos cortes de un trozo que el cirujano rotuló como de "zona de transformación" y que es blanda y grisácea.

Además se estudió un ganglio mamario externo y otro de la región axilar.

**Examen microscópico:** Los cortes muestran un tumor fibroblástico, con áreas muy maduras, de evolución fibrosa densa y con áreas de crecimiento más celular formado por células conjuntivas más jóvenes (mesenquimáticas). Esto último se ve muy bien en la zona que ya macroscópicamente el cirujano la consideró como sospechosa de transformación maligna. El tumor invade los haces musculares vecinos y muestra áreas muy vascularizadas. Hay además zonas de aspecto inflamatorio y con formación de un tejido de granulación reciente (hubo punción o biopsia previa reciente?). Se trata de un *fibrosarcoma de bajo grado de malignidad* (local, recidivante).

Los ganglios linfáticos examinados no muestran colonización tumoral ni embolias de células neoplásicas.

**Segundo examen anatomopatológico.**—31.798 del Laboratorio de Patología (I-1963).

**Examen macroscópico:** Pieza de toracectomía que mide  $16 \times 8$  cm. y que comprende primera, segunda, tercera y cuarta costillas derechas, con las correspondientes partes blandas externas; constituidas por pectoral menor, segmento de pectoral mayor, tejido céluoadiposo y ganglionar linfático axilar.

El examen muestra en esta pieza un tumor de la pared torácica, endo y exocostal, en reloj

de arena, con un puente de unión a través del espacio intercostal.

La porción exocostal del tumor es una placa discoidal de unos  $10 \times 6$  cm., situado sobre todo en la porción más anterolateral de la parrilla costal, yuxtacostal y subpectoral. Se extiende más en sentido transversal que en el vertical. Es duro, fibroso, fasciculado e infiltra el músculo.

La porción endotorácica o endocostal de dicho tumor es una formación sólida ovoide, de  $8 \times 5$  cm., con una profundidad de unos 3 cm.

El tumor es polipoideo, vegetante intratorácico, pero de topografía subpleural, revestido por la membrana serosa parietal, la cual es lisa y con manchas congestivas.

Al corte es un tumor más blando que la porción externa, con una zona claramente fasciculada yuxtacostal y otra más homogénea y edematosa subpleural.

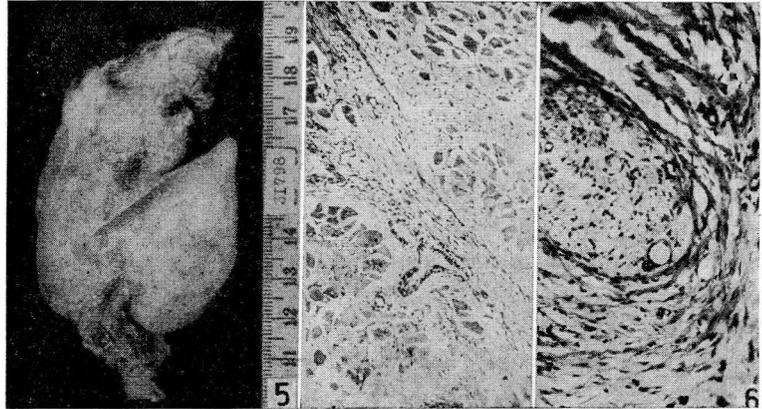
**Porción intercostal del tumor.** El neoplasma muestra un claro istmo que atraviesa el tercer espacio intercostal, uniendo así las porciones exo y endocostales. Asimismo, el cuarto espacio está invadido por la proliferación tumoral. El neoplasma se propaga en sentido transversal y siguiendo el espacio intercostal hacia afuera y atrás en una extensión aproximada de 7 cm., observándose que el tercer y cuarto espacios están engrosados, tumefactos infiltrados.

En cuanto a las costillas, se observa que están envueltas por la proliferación fibrosa, pero conservadas y sin infiltración.

Se hace histología de un segmento del tumor exocostal, de porción endotorácica y de porción intercostal, con el correspondiente fragmento de costilla.

Asimismo se estudian algunas adenopatías regionales de pared torácica axilar.

Fig. 5: Corte de la pieza de toracectomía, mostrando el crecimiento exo y endotorácico del tumor intercostal. Fig. 6: Aspecto histopatológico característico del fibroma desmoide, en el que se observa el crecimiento fibroso maduro infiltrando los haces musculares y nerviosos de la pared torácica.



**Examen microscópico:** El estudio de conjunto de las diversas porciones del tumor descritas en la macroscopia, muestra que se trata de un tumor conjuntivo fibrogénico, con altísimo grado de maduración fibroplástica, pero invasor de las estructuras musculares locales.

El tumor tiene estructura de fibroma, rico en fibras colágenas y pobre en fibroblastos en su porción exotorácica. Infiltra los haces musculares estriados y el tejido adiposo local, disociándolos y atrofiándolos. Los haces de músculos intercostales no escapan a dicha invasión fibrosa densa y los haces nerviosos están asimismo rodeados por la neoplasia fibrosa. El hueso costal está rodeado por la proliferación fibroplástica, pero no infiltrado.

En el territorio subpleural en cambio la lesión es más laxa, con un aspecto más celular, constituido por fibroblastos más jóvenes, fusiformes finos y estrellados, con poca sustancia fibrilar e intercelular, es decir, con una morfología que recuerda al tejido mesenquimatoso. Asimismo hay una marcada riqueza de capilares sanguíneos en esa área tumoral.

No se observa figuras de mitosis en los diversos campos y no hay atipias o monstruosidades celulares.

Hay una moderada reacción estromal inflamatoria, sobre todo en la vecindad de los haces musculares infiltrados y se observan arteriolas con lesiones de tipo productivo de la capa íntima.

**En resumen,** se trata de un tumor con los caracteres macroscópicos de un fibroma no encapsulado, invasor, de aspecto fibrotendíneo duro en su mayor extensión.

Histológicamente es muy poco celular y muestra una evolución definitivamente fibrogénica, pero con la propiedad de invadir los planos musculares de un modo infiltrante.

No muestra mitosis ni monstruosidades celulares ni focos de necrosis.

El neoplasma mostró en la primera biopsia resección de algún foco más celular

que fue interpretado como de naturaleza sarcomatosa, aunque de bajo grado de malignidad.

Reexaminados aquellos aspectos histológicos, se concluye que el diagnóstico de sarcoma de baja malignidad entonces establecido, debe ser reemplazado por el de *fibroma desmoide*.

La situación endo y exocostal, así como su propagación en el espacio intercostal, permite afirmar que su origen está en los planos musculoponeuróticos intercostales y que desde allí ha crecido en reloj de arena hacia afuera y hacia adentro. Pero que también se estaba extendiendo siguiendo el trayecto longitudinal de los espacios intercostales tercero y cuarto.

La resección extensa parietocostal ha sido suficiente y pone a cubierto de una recidiva local.

Las adenopatías regionales no mostraron metástasis.

## BIBLIOGRAFIA

1. Baxter, S. G. and Munro, D. D.: Benign fibroma of the chest wall. *The Journal of Thoracic Surgery*, 19: 944-951, 1950.
2. Carty, James B.: Desmoid tumor of the scapular region. *American Journal of Surgery*, 87: 285-287, 1954.
3. Gatchell, Frank C.; Theron, Clagett O. and McDonald, John R.: Desmoid tumor of intercostal muscles and thoracic wall. *Journal of Thoracic Surgery*, 34: 184-189, 1957.
4. Nickell, Wendell K.; Kittle, Frederick C. and Boley, James O.: Desmoid tumor of the chest. *Thorax*, 13: 218-221, 1958.
5. Wiper, Thomas B. and Miller, Joseph, M.: Desmoid of the anterior chest wall. *American Journal of Surgery*, 71: 556-557, 1946.