

## ***Fibroma desmoide de la pared abdominal anterior con invasión multivisceral intraperitoneal, resección parietovisceral, plastia con fascia lata***

Dres. BOLIVAR DELGADO, MIGUEL ZAGIA,

CARLOS GOMEZ FOSSATI, GONZALO FAJARDO y MARTHA CHIOSSONI \*

J. A., 47 años (Asociación de Empleados Ciles, Nº 11204). Sin antecedentes de importancia. Consulta por dolor y tumoración abdominal. El examen muestra un extenso tumor parietal anterior profundo y fijo ocupando la línea media y extendiéndose lateralmente a la vaina de ambos rectos.

No hay antecedentes de traumatismos ni incisiones quirúrgicas a ese nivel.

El 21-10-69 se efectúa pequeña resección biopsica. El estudio anatomopatológico muestra que se trata de un fibroma desmoide.

Dado la gran extensión del tumor se indica radioterapia (Dr. Kasdorf), sin obtenerse modificaciones del tamaño del mismo.

Como el paciente presenta dolores intensos y cuadros suboclusivos, a pesar de la gran extensión del tumor se decide intentar su exéresis.

El 28-7-70 se reseca una amplia zona de la pared abdominal anterior que se extiende desde el xifoides al pubis y en ancho corresponde a la vaina de ambos rectos con éstos inclusive. Se pudo conservar, dado que el tumor era profundo, una pequeña parte de la hoja anterior de la vaina.

El tumor adhería por su cara profunda al lóbulo izquierdo del hígado, gran curvatura gástrica y al domo vesical; un asa delgada estaba incluida en su espesor. Se pudo liberar del mismo el colon transversal.

Dado que la adherencia visceral era firme y hacía sospechar la invasión de estas vísceras, se reseca en block con el tumor el extremo del lóbulo izquierdo del hígado, la gran curvatura gástrica en cuña, un asa delgada y el domo vesical. Reconstrucción de los segmentos resecados por las suturas y anastomosis correspondientes (figs. 1 y 2).

Queda luego de esta exéresis una gran brecha parietal. Se tomó un injerto libre de aponeurosis fascia lata de 15 x 25 cm. y se cierra la pared abdominal con él. Sutura de piel. Se deja sonda gástrica y vesical (fig. 3).

Pos operatorio inmediato normal. Hasta el momento actual el paciente se encuentra libre de síntomas, sin evidencia de recidiva y con una pared fuerte y continente.

El estudio de la pieza confirmó el diagnóstico anterior de fibroma desmoide, sin ninguna evidencia de fibrosarcoma, y mostró que existía invasión por el tumor de los segmentos viscerales resecados, salvo el asa delgada. Los límites de la resección estaban libres de invasión.

Es conocida la poca frecuencia de los tumores desmoides (1, 6). Dentro de ellos los de la pared abdominal anterior son relativamente frecuentes (6, 7).

En la literatura nacional no hay publicaciones hasta la revisión hecha en esta Sociedad de Cirugía en 1965, destacándose en ella los trabajos de Aguiar y Cassinelli (1, 2, 3).

Son tumores de crecimiento e infiltración local del plano musculoaponeurótico, predominando en la pared abdominal anterior la localización en el sector infraumbilical y en especial en el cuadrante inferior derecho (recto anterior), señalándose por Pack (6) que en general no cruzan la línea media.

Aparecen en las edades jóvenes (20-35 años), con neto predominio del sexo femenino (80-96 %) (1, 3).

Se señala en todas las estadísticas la significativa frecuencia de antecedentes traumáticos previos (embarazos, incisiones operatorias, etc.).

En su crecimiento invasor local infiltran la piel (sobre todo si hay una cicatriz a ese nivel) (1) y llegan a veces en profundidad hasta el plano peritoneal inclusive (7).

Solamente se señala en 1 caso de la serie de Pack (6) la penetración del tumor dentro de la cavidad peritoneal, pero no se aclara si existía o no infiltración visceral.

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 7 de octubre de 1970.

\* Asistente de Clínica Quirúrgica; Médico Auxiliar de Clínica Quirúrgica; Adjunto de Clínica Quirúrgica; Médico Auxiliar de Clínica Quirúrgica; Asistente del Departamento de Anatomía Patológica (Facultad de Medicina de Montevideo).

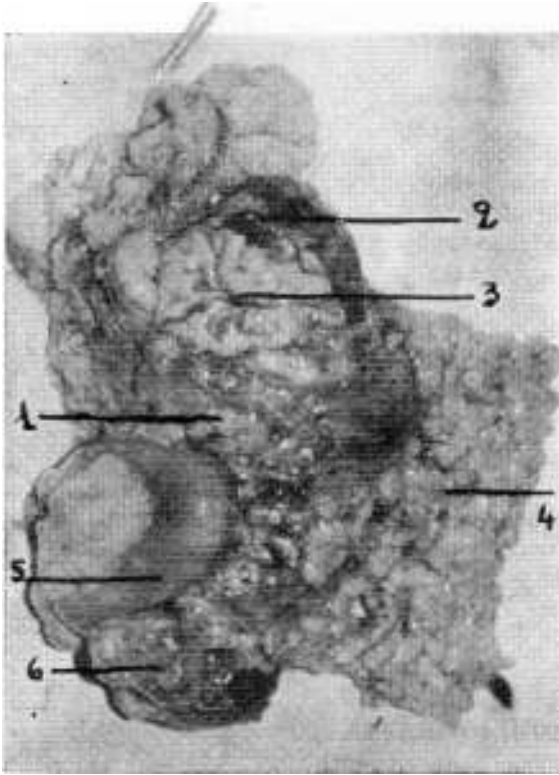


FIG. 1.—Pieza de resección: 1) cara profunda del tumor; 2) extremo del lóbulo izquierdo del hígado; 3) estómago; 4) epiplón mayor; 5) asa delgada; 6) domo vesical.



FIG. 2.—Amplia brecha parietal luego de la exéresis: 1) xifoides; 2) coion transverso; 3) delgado suturado.

Esta por lo tanto debe considerarse como excepcional.

En cambio está señalado por varios autores la posible infiltración del periósteo y aun del hueso subyacente (4).

Parecería pues que el peritoneo parietal ofrece una resistencia especial al crecimiento tumoral.

En nuestra observación se destaca: 1) la falta de antecedentes; 2) sexo masculino; 3) la localización en la línea media abdominal extendiéndose lateralmente a ambos rectos; 4) adherencia e infiltración multivisceral.

Es conocida la poca sensibilidad de estos tumores al tratamiento radiante (1), tal como ocurrió en nuestra observación.

La extensión de la infiltración parietal (en la primera operación o en las de recidiva), obliga a una resección amplia de la pared abdominal más allá de los límites macroscópicos del tumor. La piel que cubre a éste puede ser conserada, debiéndose resecar completamente, si existe, la zona de la cicatriz.

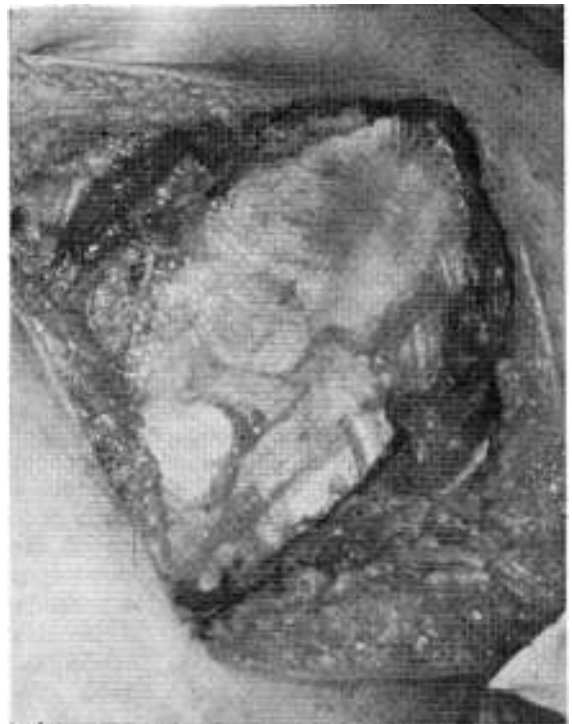


FIG. 3.—Plastia de la brecha parietal con injerto libre de fascia lata.

La resección alcanza su máxima extensión en el plano musculoaponeurótico y puede volver a ser relativamente económica en el plano peritoneal.

Como dato interesante, señalemos la no infiltración habitual de los vasos y nervios que, por tanto, pueden ser conservados, lo cual adquiere importancia sobre todo para los desmoides de los miembros (4).

En nuestro caso (lo señalamos como excepción) fue necesario incluir en la exéresis las vísceras infiltradas. Es significativo que un asa delgada que estaba incluida dentro del tumor (y que provocaba seguramente los cuadros suboclusivos) estaba indemne.

Puede quedar luego de la resección una gran pérdida de sustancia de la pared abdominal. Para cubrir ésta sólo se dispone en general de piel y a veces de peritoneo. El plano musculoaponeurótico resecaado ha sido reemplazado por diversos sustitutos: plásticos (10), los injertos libres de fascia lata (8), las rotaciones pediculadas del músculo tensor de la fascia lata con su tendón, uni o bilaterales (5,9), etc. Este último procedimiento, que consideramos muy útil, tiene indicaciones precisas en resecciones a topografía infraumbilical y extensión más o menos limitada.

La recidiva de los tumores llega a cifras de hasta un 40% en algunas estadísticas [Stout, citad por Cassinelli (2)] ocurre habitualmente entre los 6 meses y el año 2

La única profilaxis de la misma es la resección completa del tumor y las estructuras invadidas por él en la primera operación, lo cual no se logra habitualmente si no se tiene diagnóstico previo y si no se dispone de recursos técnicos como para solucionar una amplia brecha parietal.

## RESUMEN

Se presenta una observación de un gran fibroma desmoide parietal anterior con infiltración multivisceral que fue resecaado ampliamente con los sectores viscerales invadidos cubriendo la pérdida de sustancia de la pared con un colgajo libre de fascia lata con muy buena evolución ulterior.

## RÉSUMÉ

Présentation de l'observation d'un grand fibrome desmoïde pariétal abdominal avec infiltration multiviscérale. Ample résection comprenant les secteurs viscéraux atteints et recouvreage de la perte de substance de la paroi par lambeau libre de fascia lata, avec très bonne évolution ultérieure.

## SUMMARY

This is the case history of a large desmoid fibroma of the anterior abdominal wall with multivisceral infiltration, which was resected together with invaded visceral sectors. The loss of substance of the wall was covered by a free flap of fascia lata. Evolution was good.

## BIBLIOGRAFIA

1. AGUIAR, A. Aspectos clínicos y terapéuticos de los fibromas desmoides. *Rev. Cir. Urug.*, 35: 101, 1965.
2. CASSINELLI, J. F. Fibromas desmoides abdominales y extraabdominales. *Rev. Cir. Urug.*, 35: 91, 1965.
3. CASSINELLI, J. F. y AGUIAR, A. Fibromas desmoides abdominales (7 observaciones). *Rev. Cir. Urug.*, 35: 95, 1965.
4. MITCHELL, R. T. N. and MORGA, N. H. C. Principles in the management of extra-abdominal desmoids. *Cancer*, 13: 825, 1960.
5. MAQUIEIRA, G. Tumores desmoides de la pared abdominal. *Rev. Cir. Urug.*, 35: 99, 1965.
6. PACK, G. T. and EHRLICH, H. E. Neoplasms of the anterior abdominal wall with special consideration of desmoid tumors. Experience with 391 cases and a collective review of the literature. *Inter. Abst. Surg.*, 79: 177, 1944.
7. PEARMAN, R. O. and MAYO, Ch. W. Desmoid tumors. A clinical and pathologic study. *Ann. Surg.*, 115: 114, 1942.
8. SALMON, M. Réfection de la paroi abdominale après excrése d'une énorme tumeur desmoïde chez une enfant de 3 ans. *Mém. Acad. Chir.*, 94: 540, 1968.
9. VARELA SOTO, R. M. La trasposición del sistema musculoaponeurótico del tensor de la fascia lata en la reparación de la pared abdominal anterolateral en su sector inferior, condicionada por la exéresis de los tumores desmoides. *Rev. Cir. Urug.*, 35: 106, 1965.
10. WILSON, E. Desmoid tumor resembling a pseudopancreatic cyst in a male. *Brit. Med. J.*, 2: 982, 1956.