

*Evolución clínica y anatómica a través de seis años de observación  
de un mesodermoma subperitoneal*

por los doctores C. STAJANO, ARDAO y CROTOGGINI

**Historia N.º 8951** (Sala N.º 4).—Treinta y dos años. Labores. Uruguay. Blanca Casada. Sin hijos.

1.ª **ENTRADA** (Noviembre de 1926).—Con un proceso inflamatorio crónico endocervical poliposo. **Utero en retroversión. Nada anexial.**

Dado el aspecto del cuello el Dr. Stajano aconseja y el Dr. Pouey confirma, en un examen ulterior, la conducta a seguir: **Éter, raspado y vaciamiento conoideo.**

Alta: **curada.**

2.ª **ENTRADA.**—Reingresa en Noviembre de 1928 (dos años después).

Cuello perfecto. Se diagnostica: **fibroma uterino (cabeza de feto). Asombra la rápida evolución del fibroma.**

**Intervención.**—Raquianestesia. Pfannestiel. Enorme dificultad de exteriorización y movilización del tumor, íntimamente adherido a los planos de la región. **El tumor está en plena logia vesical.**

Tumor abollonado, en partes duro, en partes lardáceo. Se supone que se trata de un sarcoma. Enucleación.

Se abre recién después de ese tiempo el peritoneo y se encuentra el aparato genital normal. Apendicectomía Temoin.

Alta a los quince días, debiendo volver para las sesiones de radioterapia, que no cumplió por sentirse curada. (Estudio de la pieza).

En Noviembre de 1931 (tres años después), ingresa en el Hospital Pasteur, donde es tratada por una **bronconeumonía**, siendo pasada luego a un **servicio de cirugía** por un enorme tumor abdominal, que lo llena desde el pubis a la apófisis xifoides, y de flanco a flanco, inmóvil, más grande que un embarazo a término y que evoluciona en ocho meses. Gran tensión de la pared. Es dada de alta como inoperable y por considerar lógicamente la naturaleza sarcomatosa del inmenso tumor a crecimiento tan rápido. Por otra parte, nos es ofrecida la enferma, que aceptamos en nuestro Servicio (Enero 1932).

3.ª **ENTRADA** (Enero de 1932).—Ingresa la enferma nuevamente a nuestro Servicio de Ginecología (Sala N.º 4).

Enferma con dolores difusos. Polakiuria y tenesmo vesical. Adelgazamiento rápido de ocho kilos. Astenia, disminución del apetito.

**Examen:** Enorme tumor, duro, que va del hipogastrio a epigastrio, y de flanco a flanco. Inmóvil en su parte baja, como empotrado en la pelvis, ligera y escasa movilidad en su polo alto. Relacionamos esto con su tumor anterior. El tacto vaginal aclara poco, pues la evolución del tumor es abdominal y no pelviana.

¿Recidiva del primitivo tumor en la logia vesical? ¿Metastasis abdominal? ¿Sarcoma uterino? Esas son las hipótesis pendientes antes de la operación que decidimos.

Preparación correcta de la enferma, durante ocho días.

**Intervención** (30 de Enero de 1932).—Anestesia: éter. Laparatomía infra y supra-umbilical. Incisión sobre la corteza del tumor. Por clivaje se va separando el tumor, íntensamente adherido a la pared. Por enucleación, dentro de una cáscara, se saca la enorme masa tumoral por su polo alto y se disecciona finalmente a tijera en su base

de implantación o sea en el espacio inter-vésico-uterino, en plena pared vesical. En su liberación se ponen tensos los uréteres, los cuales se hallan engrosados.

Se reseca gran cantidad del saco envolvente del tumor, que no es sino el peritoneo parietal retrovesical, que se ha estirado inmensamente por el tumor subperitoneal, que lo ha distendido y empujado en forma extraordinaria. Colocamos una sacha hemostática en lo que queda de ese saco. Abierto recién el peritoneo, al final, se comprueba que el útero es fibromatoso, con tres núcleos subserosos; que existen dos tumores fibrosos aberrantes contra los vasos ilíacos del lado derecho, ¿han sido de origen uterino y se han nucleado en forma solitaria o son primitivos? Nuestro objetivo estaba cumplido y el estado no muy famoso de nuestra enferma nos induce a posponer para un segundo tiempo con el resto del programa terapéutico. Cierre del vientre.

**Poet operatorio**, muy bueno. Hace una pequeña escara vesical a los diez y ocho días (sonda a permanencia) y quince días después se retira, obteniendo la cura definitiva. Alta en excelentes condiciones.

En el mes de **Marzo de 1932** (al mes y medio después del acto operatorio), se hace radioterapia profunda. **Esterilización ovárica**. Técnica realizada por el Dr. Leborgne. Minucioso estudio de las piezas en diferentes partes. (Ver informes y microfotografías).

**4.ª ENTRADA** (Abril 26 de 1932, a los tres meses aproximadamente de su última intervención).

**Examen:** Utero en retroversión. Se palpa, por delante y a la derecha, un tumor de consistencia fibromatosa del tamaño de un damasco, resto del tumor anterior.

Teniendo en cuenta la repercusión que tiene el ovario sobre el crecimiento de dichos tumores se resuelve, después de haber terminado las dosis de roetgenterapia, practicar una histerectomía subtotal y anexectomía bilateral con extirpación total de las masas fibromatosas, que quedaron de la última operación.

**Intervención** (Abril 27 de 1932).—Raquí con percaína 0gr.008. Incisión de Pfannenstiel, que se amplía después por una mediana infraumbilical para facilitar la entrada en el vientre por la parte superior, pues por la inferior es imposible abordar el peritoneo por la presencia de tejido fibroso de la cicatriz anterior.

En el peritoneo se comprueban lesiones que nunca habíamos visto (piqueteado hemorrágico, etc.), que se interpretan como debidas a la radioterapia profunda a que se sometió a la enferma. Proceso de **radioperitonitis** (telangiectasia, vaso parálisis, procesos similares a los de las pieles irradiadas).

El útero está lleno de pequeños fibromas y adherido por su cara posterior al Douglas. Se liberan las adherencias y se hace anexectomía bilateral e histerectomía subtotal.

Durante el acto operatorio se constata gran varicocele pelviano predominante a la izquierda.

Es de notar que en el límite inferior de la herida por donde no se pudo abordar el peritoneo, se nota una infiltración que ocupa la logia vesical y que se atribuye, de acuerdo con la intervención anterior, a la cápsula del tumor anteriormente extirpado, modificada por las radiaciones o a la continuación del proceso residual que sigue su marcha fibrosa.

**NOTA:** A) Por la constatación del histólogo que habla de fibromixomas recidivantes en la ubicación antedicha; B) Por la coexistencia de una fibromatosis uterina pensamos en el rol determinante que pueda tener el ovario en la estimulación de esta distrofia conjuntiva y practicamos histerectomía subtotal y anexectomía doble como complemento de nuestro programa terapéutico.

## BOLETIN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGIA DE MONTEVIDEO

Es necesario recordar que los fibromas aberrantes dejados en el vientre en la operación anterior, del tamaño de huevos de pata, casi han desaparecido con la radioterapia y son como dos arvejas, adherentes a los vasos ilíacos externos.

**31 de Mayo de 1932.—Alta: CURADA.**

**5.ª ENTRADA** (Octubre 16 de 1933, 17 meses de la última operación).

Reingresa porque desde hace ocho meses tiene una incomodidad en la fosa ilíaca derecha y nota que su abdomen aumenta de volumen lentamente. Estreñida crónica, no mueve el vientre espontáneamente. Sin dificultad para orinar.

**Examen:** Eventración losángica mediana de 15 centímetros en su mayor diámetro. Al través de la piel se palpa un tumor móvil del tamaño de una nuez. Dicho tumor, que desliza debajo de la piel, podría ser un lipoma o un fibroma aberrante del epiplón.

Insinuando la mano dentro de la eventración, se palpa un tumor incluido en la pared abdominal anterior, hacia la fosa ilíaca derecha; de consistencia dura y que, posiblemente, ocupa el Retzius lateral.

Al tacto vaginal no se pueden apreciar bien los límites y contornos de la masa, que está fuera del alcance de la mano.

Se pide radiografía de tórax, la que no revela anomalía alguna. Preparación preoperatoria, pues se resuelve resolver el caso quirúrgicamente.

**Operación.** Raquipercaína perfecta 0gr.0075. Incisión mediana sacando un gajo de piel. Se entra en el peritoneo y se desprenden innumerables adherencias del intestino a la pared, lo que permite, después de gran esfuerzo, llegar sobre el tumor, el cual está incluido en el subperitoneo parietal.

Se desprende el tumor, trabajando dentro de su cápsula; una vez desprendido, se extrae, siendo del tamaño de una cabeza de feto a término, y presentando un aspecto grasoso. Por debajo y al nivel de la línea innominada, junto a los vasos ilíacos y en el trayecto de la obturatriz, hay dos gruesos tumores fibrosos, que cuesta inmensamente extirpar (huevos de pata). Además, en la profundidad pélvica y con relaciones vesicales e intestinales, hay otro tumor, de tamaño menor que el primero, duro, que se extrae sin hemorragia alguna. Queda otro pequeño núcleo, alojado en el bajo fondo vesical y formando cuerpo con la vejiga; no se extirpa por evitar la segura herida vesical.

Se colocan cuatro tubos de radium en preservativos rellenos de gasa, para resguardar los órganos vecinos. Cada tubo de radio de 75 microcuries horas, o sea 10 miligramos de radium, que desprenden 1 milicurie con 8 por día (24 horas).

Total, en 5 días: 9 milicuries.

**Post operatorio:** normal. Se retira el radium a los 5 días.

**En Noviembre 8** (a los ocho días de la operación).—Se comprueba una fístula estercoral con aspecto de intestino delgado. Se indica bismuto y carbón.

— **Nov. 13.**—Sigue drenando la fístula, abundantemente; aspecto líquido. Es necesario curarla tres veces por día.

Posteriormente se hace vacuna coli.

**Enero 24 1934.**—Cesa de salir materia por la fístula.

**Enero 27.**—Hace un síndrome de anemia aguda, iniciado en la noche, por melena poco pronunciada al principio, repetidas luego. Por la mañana: coagulantes, sueros, transfusión, hierro, tonificación, etc. Fallece a las doce del día, con síndrome de anemia aguda intensísimo. (Casi al tercer mes de la última operación).

**Autopsia.**—Ver el detalle del Protocolo N.º 1280 del Archivo de la Clínica:

Datos de interés que transcribimos para este caso de ese protocolo:

1.º) Intestino delgado por debajo de la fistulización a la piel, completamente

lleno de sangre, coagulada y líquida.

- 2.º) Superficie de hemorragia "en nappe" distante 8 cms. por debajo de la fístula ileal, recubierta de trombos sanguíneos adheridos. No se comprueba la existencia de ningún proceso supurado ni tumoral en la vecindad.
- 3.º) Se extirpa un fibrolipoma (volumen de una tanjerina) en la última porción del ileón (enucleable). (Tendencia tumoral conjuntiva).
- 4.º) Anemia visceral parenquimatosa, las vísceras no sangran al corte.
- 5.º) No hay ningún otro tumor pélvico ni abdominal. No hay rastros de adenopatías.
- 6.º) Vísceras nobles en integridad perfecta, salvo la anemia intensa.
- 7.º) Estos datos de orden negativo en cuanto a extensión distante del proceso, corroboran los resultados histológicos en lo que respecta a la naturaleza benigna del tumor en estudio. (Ausencia de infiltraciones, de metastasis, etcétera).
- 8.º) El dato positivo del fibrolipoma intestinal deja ver de nuevo, la particularidad de este organismo "entrenado" a la fabricación de tumores benignos de raza conjuntiva.

En resumen, los hechos que llaman la atención particularmente, son:

- 1º) La tendencia recidivante del tumor y su crecimiento excesivamente rápido, tratándose en todos los casos, de formaciones histológicamente benignas.
- 2º) La variabilidad histológica tumoral, que hace que mientras en la primera pieza, joven, se constata un fibromixolipoma, en las otras dos, se trata de un fibromioma con caracteres generales de envejecimiento progresivo. (Hueso, cartílago, fibroma, lipoma, mixoma, etc.).
- 3º) La inclusión en plena masa tumoral de la segunda pieza, de numerosas formaciones nerviosas terminales.
- 4º) La esclerosis de la cortical ovárica, difícil de interpretar, por cuanto se trata de una radioterapizada.

El estudio y la publicación documentada de las microfotografías de este caso extraordinario, será hecho después de presentado a la Sociedad de Anatomía Patológica, en cuyo Boletín se publicará.

El caso que motiva esta comunicación, sería uno de los tantos que diariamente se desperdician en todos lados, por la falta del estudio en colaboración. Felizmente nuestra organización nos ha permitido el estudiar en todos los momentos de su evolución, este interesante caso, repleto de interés para el clínico, para el cirujano, para el anatomopatólogo y que, en conjunto, resume comprobaciones de tal alcance de patología general, que justifican la presentación de este trabajo, que adquiere todo su valor por el minucioso estudio de mis colaboradores, doctores Ardao y Crotoggini, a los cuales agradezco su magnífica contribución.

Dejo de lado la parte técnica y el referente a la indicación operatoria, por cuanto la decisión a intervenir en los casos límites, depende de múltiples factores que no pueden codificarse, y que varían con el temperamento de cada cual. Sólo insistiré en el fundamento que guió la indicación de la histerectomía y anexectomía bilateral, después de la extirpación del grueso tumor recidivante completada por la radioterapia profunda.

En realidad, quise atribuir para los tumores conjuntivos en causa, la misma influencia que el ovario ejerce en los tumores fibrosos del útero, y como consideré que la cirugía podía ser insuficiente para extinguir definitivamente ese proceso de revolución conjuntiva, procedí a la castración quirúrgica, casi a continuación de la castración por las radiaciones.

Nuestra previsión, como se ve, no se realizó a pesar de nuestra conducta radical, pero fué guiada por una máxima prudencia. Llamamos sólo la atención sobre el proceso de radioperitonitis comprobado de "visú" y que, seguramente, no se tiene en cuenta en la interpretación de numerosas reacciones peritoneales, que el radiólogo no atribuye a su causa real y verdadera.

Dejaremos los múltiples aspectos particulares de este caso y nos concretaremos al extraordinario interés del problema de patología general que él encierra:

- 1º) El origen de este proceso pareció partir del tejido uterino; sin embargo, su sede inicial fué el tejido celular inter-vésico-uterino. Clínicamente se sospechó un sarcoma. Histológicamente, en cambio, se reveló como un tumor conjuntivo joven, donde dominó el mixoma y en menor cantidad el tejido fibroso y el graso.
- 2º) Tres años después la enfermedad tumoral reincide y en el acto operatorio comprobamos la recidiva en el sitio de origen, pero, además, la enfermedad conjuntiva tiene su representante en el útero (sano tres años antes) y en el tejido celular subperitoneal de la fosa ilíaca.

El histólogo muestra la complejidad de esta nueva etapa tumoral y se ve al conjuntivo en variable grado evolutivo, de fibroma, lipoma, con grandes focos de mixoma joven, lagunas de tejido linfoideo y, lo que es extraordinario, inclusiones de tejido nervioso del tipo de los corpúsculos de Water Paccini.

La última y cuarta intervención (ver historia), nos muestra la persistente tendencia recidivante de este proceso tumoral, y su contextura es tan ilustrativa, que nos pone de frente a un espectáculo que ningún patólogo dejará de admirar.

Trozos del tumor revelan una evolución diferenciada del ambiente conjuntivo y vemos segmentos cartilaginosos del tipo condroma hialino o fibrilar, alternando con focos de osificación conjuntiva pura o a punto de partida cartilaginoso. La evolución conjuntiva a término llega en un segmento a dar un trozo macroscópico de hueso, como una pequeña costilla y completando aún esta complejidad estructural, vemos en otros campos microscópicos, un estroma fibroso que, en ciertas partes, tiende al atipismo celular. Dos extremos opuestos dentro de la latitud de las reacciones conjuntivas se ven reunidas en el mismo tumor: evolución diferenciada y adulta por un lado, y por otro, involución embrionaria, rejuvenecimiento y tendencia a la bravura del sarcoma verdadero.

He aquí como el análisis histológico permite una denominación ajustada a la realidad. Mesodermoma expresa: origen mesodérmico del tumor y, por consecuencia, procedencia embrionaria; naturaleza anatómica global, puesto que abarca todo lo de sede conjuntiva, y es, a su vez, una denominación fisiológica, puesto que abarca no un terreno cristalizado en una forma fija, sino que da la idea de un tumor en movimiento, en intensa elaboración de fases adultas, con máscaras de tejidos diferentes, pero procedentes todas ellas de un punto indiferente común, del cual se inician todos los caminos de la diferenciación.

Me refiero al punto de partida originario, fase embrionaria joven — necesaria — o etapa de la prediferenciación conjuntiva.

Desde el año 1928 al 1934, vale decir, seis años, cuenta la duración controlada de esta observación y tal vez la muerte por hemorragia profusa que ocasionó la pérdida de nuestra enferma, sea en parte debida a la acción de las radiaciones, especialmente la intraabdominal, practicada en la última intervención.

Dr. Nario. — Felicita a los relatores sobre la importancia del estudio tan bien documentado y sobre todo por el estudio anatomo-patológico del tumor, que hace prever su futura evolución.

---

*Quiste hidático del hígado abierto en las vías biliares.*  
(En discusión)

Dr. García Lagos. — Dice que frente a un cuadro de oclusión coledociana y mostrando un quiste hidático del hígado retraído y no tenso que tenga biliis en su interior, no hay necesidad de abrir el colédoco para hacer diagnóstico de quiste hidático abierto en las vías biliares.