

# Fibroma subhepático

Dres. José P. Perrier, Alberto Piñeyro y Luis Bergalli

Los autores presentan un tumor abdominal infrecuente, del cual no han encontrado referencias bibliográficas previas. Señalan los problemas diagnósticos que plantean en ocasiones las grandes tumoraciones abdominales, en las que el estudio anatomopatológico es quien en último término puede hacer el diagnóstico de naturaleza.

Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS: Liver Neoplasms.

Las tumoraciones abdominales plantean con frecuencia problemas diagnósticos que la clínica y la paraclínica no pueden resolver.

La laparotomía exploratoria se constituye entonces en un procedimiento diagnóstico más, la que incluso requiere el auxilio de la anatomía patológica para poder establecer la verdadera naturaleza de las mismas.

En este infrecuente caso que hoy presentamos se dio esa situación.

Paciente de 40 años, sexo masculino, de Tacuarembó. H. C. FF.AA. Nº Reg. 150.873.

Ingresa enviado por médico por Tumoración abdominal.

2 años antes había sido operado en el Interior por herida de arma blanca, epigastrio e hipocondrio izquierdo, que según el paciente había solo lesionado el hígado (no se consiguió el protocolo operatorio).

Pasó un postoperatorio sin mayores incidentes, aunque estuvo internado 30 días. No tenía otros antecedentes a destacar.

Notó desde 1 año antes del ingreso la presencia de una tumoración de hemiabdomen superior de crecimiento progresivo e indolora. No le ocasionaba ningún tipo de trastorno y a pesar de deformar el abdomen no consultó médico hasta que tuvo un episodio de gastroenterocolitis.

En esa oportunidad se le descubrió una tumoración al ~~examinarlo~~ y curado de la afección intercurrente se le envió para estudio.

No relataba repercusión general.

Al examen presentaba: buen estado general.

En el abdomen además de la cicatriz mediana supraumbilical se observaba gran asimetría a expensas de

Presentado en la Sociedad de Cirugía del Uruguay, el 25 de junio de 1980.

Asistentes y Ex-Profesor Adjunto de Clínica Quirúrgica. Fac. Med. Montevideo.

Dirección: Canelones 1370, Apto. 001, Montevideo (Dr. J. P. Perrier).

Departamento de Cirugía (Prof. Agdo. B. Rinaldi). Hospital Central de las Fuerzas Armadas. Montevideo.

deformación prominente de hipocondrio derecho y epigastrio, espontáneamente indolora.

A la palpación la tumoración ocupaba: hipocondrio derecho, epigastrio, parte del hipocondrio izquierdo, parte superior del flanco derecho y de la región umbilical. Era de forma redondeada, de superficie lisa, regular, en casco de esfera, perdiéndose sus bordes hacia la profundidad.

Se movilizaba poco con la respiración y tenía poca movilidad lateral. Era dura, sin latidos, mate a la percusión, palpándose con menor nitidez al contraer la pared abdominal.

El borde superior del hígado se percutía en el 6º espacio sobre la línea medio-clavicular y era imposible palpar su borde inferior.

El Traube estaba conservado.

Las fosas lumbares estaban libres, indoloras, sin tener la tumoración contacto lumbar.

El resto del examen: s/p.

Se planteó como etiología en primer lugar la posibilidad de un pseudo-quiste de páncreas, secundario a una herida pancreática que hubiese pasado desapercibida 2 años antes.

El crecimiento tan rápido en 1 año y la laparotomía 2 años antes alejaba mucho la posibilidad de una hidatidosis.

El buen estado general y la ausencia de todo síntoma funcional estaban en contra de tumores malignos.

Todos los exámenes sanguíneos realizados fueron normales con VES de 20 mm.

De los estudios radiológicos señalamos:

— Una Rx. simple de abdomen que mostraba un aumento de la densidad de partes blandas que opacificaba la zona media del abdomen desplazando hacia abajo las asas intestinales.

— Un gastroduodeno, sin signos de lesión orgánica gástrica, pero con alargamiento del antro y apertura del arco duodenal con compresión extrínseca del mismo. Se planteó probable tumoración pancreática.

— El colon por enema, mostró un colon de fácil relleno observándose un franco descenso del colon transverso, desplazado hacia la columna. Sin alteraciones para la evacuación.

— La arteriografía del tronco celiaco por método de Seldinger, señalaba un desplazamiento hacia arriba del tronco de la arteria hepática y hacia la izquierda de la gastroduodenal.

En el lóbulo derecho las ramas arteriales describían curvas cóncavas hacia abajo enmarcando una tumoración supuestamente e intrahepática.

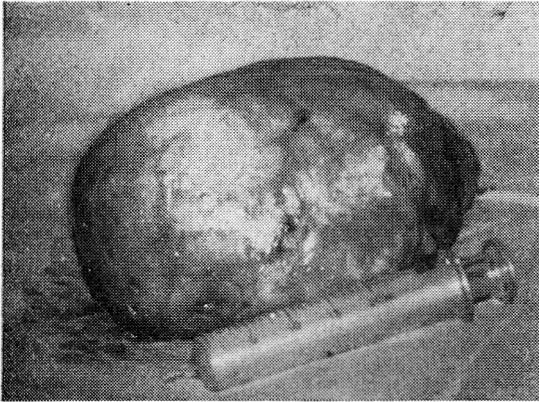


FIG. 1.— Se muestra la totalidad de la tumoración extirpada.



FIG. 2.— Se señala el aspecto homogéneo y fibromatoso al corte.

No se veían imágenes de vasos de neoformación ni lagos sanguíneos que hicieran pensar en malignidad.

La urografía de excreción mostraba un gran desplazamiento del uréter derecho en su sector inicial hacia afuera y atrás, sin repercusión sobre la vía excretora alta.

No existían en ese momento ni la ecotomografía ni la tomografía computada. Con el diagnóstico de tumoración abdominal supramesocólica: probable pseudoquistes de páncreas, se opera el 6/2/73.

Se aborda por una incisión transversa del hemiabdomen superior que incluye ambos rectos y los músculos anchos derechos.

A la exploración: gran tumoración sólida, que ocupaba la parte derecha del piso supramesocólico desplazando el estómago a la izquierda, el colon hacia abajo y apretando el duodeno hacia atrás.

Estaba completamente adherida a la cara inferior y borde anterior del hígado, de los cuales fue fácilmente enucleada y liberando las adherencias que tenía al epiplón quedó totalmente libre y se extrajo.

Una vez extirpada se reconoció que la misma estaba por delante del duodeno páncreas, pedículo hepático y

la vesícula a quienes desplazaba hacia atrás; por debajo del hígado comprimiendo su cara inferior y borde anterior hacia arriba y llevaba al colon y meso colon hacia abajo y atrás. No tenía ningún pedículo nutricional evidente.

Se dejaron 2 drenajes: uno subhepático y otro en el ligamento gastrocólico.

Tuvo una buena evolución postoperatoria y fue dado de alta al 6º día.

## COMENTARIO

La tumoración medía 30 cm. de diámetro mayor, era totalmente sólida y de aspecto fibromatoso al corte. No había cuerpos extraños en su interior.

Del punto de vista histológico correspondía a un fibroma (con degeneración mucinosa sin malignidad).

Volvió a controlarse a los 6 años de la operación con buen estado general; abdomen chato, sin tumoraciones ni visceromegalias.

A raíz del reencuentro con el paciente y de su evolución decidimos presentar el caso.

Reestudiando el material paraclínico, queremos señalar que si se hubiera dado más valor el gastroduodeno y al colon por enema se hubiese alejado el diagnóstico presuntivo de pseudoquistes de páncreas. El marco duodenal modificaba su apertura según el paciente se encontrase de pie o acostado y la compresión contra la columna del colon transversal difícilmente pueda ser dada por una tumoración de origen pancreático.

## DISCUSION

No obstante a la luz de los hallazgos operatorios creemos que sólo la laparotomía podía evidenciar su correcta topografía y probable estirpe.

Su adherencia al hígado podría plantear el origen en este órgano que sería excepcional para un fibroma (1).

Ishak y Rabin (2) dicen así textualmente: "Los fibromas del hígado son excepcionalmente raros, ya que en el archivo del Instituto de Patología de las Fuerzas Armadas existen tan sólo dos casos en una mujer y un hombre respectivamente, ambos de 62 años de edad, que presentaban agrandamiento progresivo del abdomen. Un tumor invadió el lóbulo izquierdo mientras el otro afectó el lóbulo derecho. Los fibromas eran gigantes, con un peso de 2.580 y 3.850 gr. respectivamente. Aunque cubiertos por la cápsula de Glisson ninguno de los tumores infiltró la substancia del hígado, y ambos fueron extirpados fácilmente durante la laparotomía. Por examen macroscópico se comprobó consistencia dura o semiblanda de un tejido regular cuya superficie de corte mostraba color canela o blanco grisáceo, hallándose compuestos microscópicamente de haces entrelazados de fibroblastos y colágena".

También este tumor fue liberado fácilmente por lo cual podría tratarse de un fibroma hepático.

## RESUME

### Fibrome soushepatique

Les auteurs présentent une tumeur abdominale peu fréquente, à propos de laquelle ils n'ont pas trouvé d'avance, des références bibliographiques.

Ils signalent les problèmes de diagnostic que présentent parfois, les grandes tumeurs abdominales et chez lesquelles une étude anatomopathologique permet finalement d'établir le diagnostic de la nature de la tumeur.

## SUMMARY

### Sub - Hepatic Fibrome

Report of an unusual abdominal tumor, with respect to which no prior bibliographic reference has been found. The paper includes review of the problem presented by the diagnosis of large abdominal tumors and the fact that only the anatomopathologic study of piece can determine its nature.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. FOSTER J, BERMAN M. Solid liver tumors. Philadelphia. Saunders, 1977.
  2. ISHAK K, RABIN L. Tumores benignos del hígado. *Clin Med Norte Am*, 59: 999, 1975.
-