

**FIBROMA DEL TABIQUE INTERMUSCULAR
INTERNO DEL BRAZO
TUMOR CONJUNTIVO RECIDIVANTE**

Presentación de enferma

C. STAJANO y R. ARDAO

O. G., 33 años casada. En junio de 1927, la operamos por primera vez extirpándole del tercio superior del brazo derecho una formación dura, desarrollada en el tabique intermuscular interno, extirpación que hacemos hasta la inserción ósea de su tabique. El examen histológico del Prof. Domínguez, dice: *fibroma difuso del tabique intermuscular*.

En agosto de 1927 se palpa, en la continuidad del tabique no extirpado, hacia las partes más altas del brazo, al parecer el mismo proceso, resolviendo extirpar enteramente todo el tabique y las aponeurosis tomadas por el tumor. Anestesia local. Se extirpa todo el tabique restante y se continúa la extirpación hasta los límites coracoideos del coraco-braquial. Cierre. El Profesor Domínguez certifica: *fibroma difuso del tabique*.

En enero de 1928, la enferma consulta nuevamente, pues nota un tumor indoloro, duro, a marcha progresiva, que se palpa al nivel del borde saliente del gran redondo en la axila. Sospechamos que se desarrolla en las aponeurosis del dorsal y del redondo hacia la fosa escapular profunda.

El Dr. Leborgne propone hacer Radiumterapia y le aplica un aparato en coraza — que permanece 25 días — destruyendo 331 m. c. d. (Ver ficha del Exp. 9518 para el detalle).

En el transcurso de 5 años vemos a esta enferma numerosas veces y así como vemos la mejoría después de la Radiumterapia la vemos a los pocos meses con su tumoración que aumenta

Comunicación presentada a la Sociedad de Cirugía en la sesión del 28 de octubre de 1936.

rápidamente. Esta enferma fué tratada los dos últimos años por el Dr. Barcia — el que le hace diversas series de Radioterapia profunda.

En noviembre de 1934 vemos a esta enferma y resolvimos proceder quirúrgicamente dado la evolución del caso.

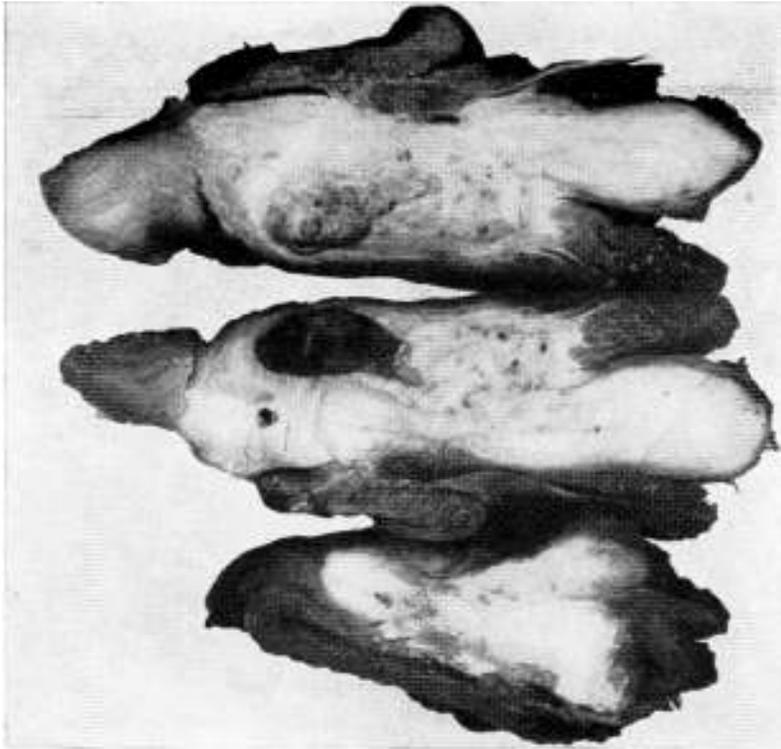


FIG. 1. — a) Corte del omóplato; b) el tumor blanco lechoso; c) grandes geodas de necrosis y reblandecimiento gelatinoso intratumoral. (Pieza del Museo de anatomía Patológica 3478). El tumor de las partes blandas, tabiques aponeuróticos, envainan al hueso sano. Distrofia conjuntiva exclusivamente limitada a las aponeurosis y tabiques.

Examen: Brazo derecho en abducción contra el tórax, fijo por la rigidez de la fibrosis de los músculos abductores.

Esa fibrosis se extiende a una masa enorme que se insinúa debajo del gran pectoral e invade hasta el vértice de la axila. Posteriormente llena toda la fosa escapular y parece englobar al

omóplato que está levantado. El omóplato solidario del tumor desliza sobre el plano costal; hecho comprobado además radioscópicamente. La glenoides y el omóplato por encima de la espina parecen estar indemnes del proceso, por lo cual nos es permitido aspirar a la conservación de este segmento articular, evitando el grave trastorno del brazo péndulo.

Toda la piel del tórax y base axilar es asiento de una severa

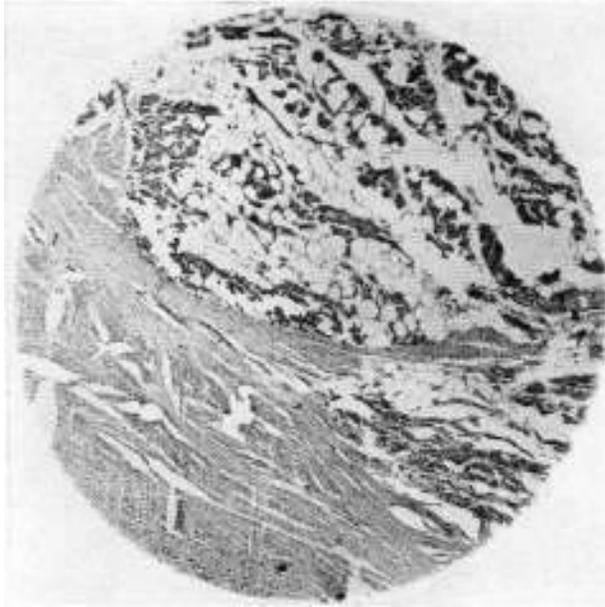


FIG. 2. — La masa tumoral rechaza al músculo y al tejido grasoso, encapsulándolo.

Radiodermatitis esclerosa. Decidimos intervenir a pesar de las dificultades por considerar que la Radioterapia es cada vez más impotente en este caso, a) por cuanto limita cada vez menos el tamaño del tumor; b) después de cada serie radioterápica un nuevo empuje de crecimiento, sigue a su disminución y agranda la tumoración siendo la deformación definitiva cada vez mayor; c) por haberse propuesto la tunelización y aplicar Radium dentro del tumor, cosa que rechazamos.

Resolvimos con una técnica de oportunidad, hacer la gran

extirpación quirúrgica, realizada el 13 de noviembre de 1934. Anestesia: Eter CO². Ayuda Drs. Schaffner y Valdez.

Primer tiempo: Incisión humeral alta. Descubierta del paquete humeral. Liberación y sección del tendón del gran dorsal y del gran redondo, en su inserción. Recién es posible abrir la axila, después de este tiempo indispensable, dado la abducción fija e inextensible de los músculos fibrosados.

Segundo tiempo: Incisión sobre el tumor perpendicular a la

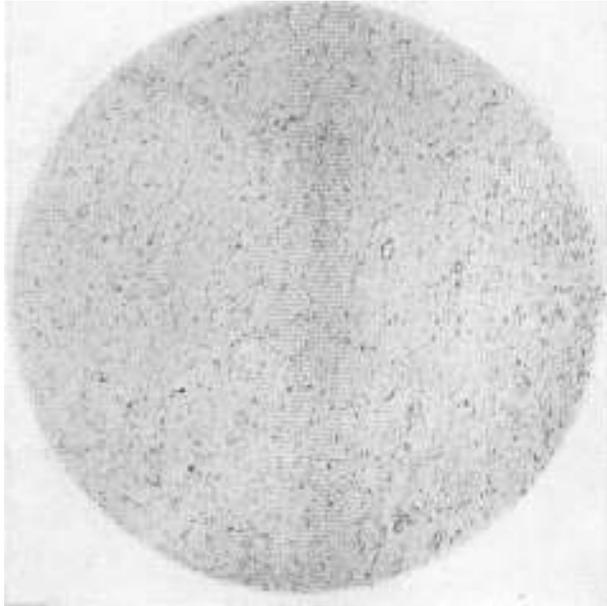


FIG. 3. — Zona central del tumor. Fibro mixoma.

primera, disecándose dos colgajos, una anterior prepectoral y otra posterior escapular, sobrepasando los límites de la tumoración.

Tercer tiempo: Se cliva la formación tumoral por debajo del gran pectoral y liberación de su contacto con los vasos de la axila, que se descubren como en un vaciamiento axilar.

Cuarto tiempo: Liberación del polo escapular inferior que se contornea y se secciona en sus conexiones musculares.

Quinto tiempo: Sección de todas las conexiones musculares del borde interno del omóplato (Romboide - Serrato).

Sexto tiempo: Toda la pieza tumoral que llena la axila y envaina el omóplato hasta la espina, está liberada adelante, abajo, adentro. Seccionamos los músculos infraescapular e infraespinoso a su salida de la escápula. Ruginamos la superficie ósea infraespinosa y seccionamos el hueso por debajo de la espina del omóplato. La masa tumoral en block es extirpada.

Se conserva la articulación escapo-humeral. Cierre; post-operatorio normal. Alta a los 10 días. El Dr. Bado practica mecanoterapia a esta enferma que ha recuperado sus movimientos, la que sigue curada de su proceso tumoral y de su afección cutánea (Radiodermatitis). El resultado funcional es como se ve excelente. (Presentación de la enferma).

El Dr. Ardao estudia la pieza y muestra en cortes sagitales.

Consideraciones sintéticas. — Esta es la tercera comunicación que traemos a esta Sociedad, relacionada con la recidiva local de los tumores conjuntivos benignos. En este caso un fibroma de los tabiques - recidiva por dos veces consecutiva y el crecimiento ininterrumpido del tercer tumor, incontenido por las Radiaciones, nos obligan a tratarlo como a un tumor maligno.

La evolución al fibro mixoma ya muestra una variante operada en la forma fibrosa pura primitiva.