

Quiste hidático del fondo de saco de Douglas

Tratamiento por vía vaginal

Dres. Ema Da Silva¹, Carlos Tarabocchia¹, Carlos Olalde²

Resumen

Se presenta una observación de quiste hidático pélvico hialino único que protruye en el fondo de saco de Douglas, y que luego de un estudio imagenológico preciso, se trató por quistostomía transvaginal, con buena evolución. Se hacen referencias a los antecedentes bibliográficos de esta vía y a su fundamentación.

Summary

The author presents a case of a single hyaline pelvic hepatic cyst, protruding in Douglas' cul-de-sac, which after a precise imagenological study was treated by transvaginal cystostomy with good evolution. Reference is made to the basis and bibliographical record of this procedure.

Introducción

Las diversas formas de presentación de la enfermedad hidática, continúan ocupando un lugar destacado en las publicaciones médicas de nuestro medio.

La existencia de modernos métodos de tipo imagenológico, permiten un diagnóstico mucho más preciso, lo que a su vez posibilita tratamientos quirúrgicos más específicos.

Consideramos de interés la observación clínica que presentamos, porque es un buen ejemplo de ello.

Observación clínica

M.C. (Hospital de Clínicas)

Mujer de 22 años que en 1982 es intervenida por

Palabras clave: Hidatidosis. Tratamiento quirúrgico. Trabajo de la Clínica Quirúrgica -A- de la Facultad de Medicina. Prof. Dr. F.A. Crestanello. Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 16 noviembre de 1988.

¹ Residentes de Cirugía General. ² Postgrado de Cirugía General.

Correspondencia: Dra. E. Da Silva, Gambetta 1193 sector b apto. 8.

hidatidosis abdominal compleja: frénica, hepática, peritoneal, pélvica y retroperitoneal. Se resolvió mediante dos actos quirúrgicos sucesivos: toracotomía derecha para tratamiento de dos quistes hidáticos frénicos y a los veinte días laparotomía para tratamiento del resto de los quistes abdominales que totalizaban 40.

El seguimiento se realizó anualmente hasta el año 1986, con controles clínicos y paraclínicos: inmunoelectroforesis y ecografía abdominal. La inmunoelectroforesis fue positiva en todos los controles, sin que fuera posible demostrar evidencia de localización residual de su hidatidosis.

Consulta en diciembre de 1987 por amenorrea de 5 meses de evolución. En el examen clínico se encuentra como único hecho positivo a destacar la existencia de una tumoración redondeada de consistencia quística, indolora, que protruye en el fondo de saco vaginal posterior y derecho.

Dicha tumoración fue estudiada con:

- ecografía pélvica que informó útero en posición intermedia, de tamaño y caracteres normales. En parametrio derecho y posterior imagen quística, redondeada de 6,5 cm de diámetro, que puede corresponder a quiste de ovario.
- Del análisis de este estudio surgen como datos positivos la indemnidad del útero y la presencia de una tumoración quística, quedando la interrogante acerca de su naturaleza y topografía. Estas dudas y la necesidad de valorar con mayor precisión la situación de su abdomen en relación con su enfermedad hidática, condujo a solicitar una tomografía axial computarizada abdominopélvica.
- la misma informa que el fondo de saco de Douglas se encuentra ocupado por imagen con aspecto de quiste hidático, hialino, de paredes finas, sin otros quistes hidáticos abdominales.

Los estudios exhaustivos realizados para su amenorrea determinaron que la misma era debida a trastornos dishormonales, y no a un factor mecánico vinculado a la tumoración quística pélvica.

El resto de la valoración paraclínica incluyendo el estudio radiológico de tórax, fue normal.

Se interviene quirúrgicamente el 26 de enero de 1988 con diagnóstico de quiste hidático del fondo de saco de Douglas protruyendo en la vagina.

Se abordó por culdotomía sobre la parte más emergente de la tumoración quística. Se realizó punción del quiste, tratamiento con solución parasitocida (cloruro de sodio hipertónico) y abertura de la cavidad adventicial; luego se evacuó la membrana de un quiste hidático hialino, único. La exploración de la cavidad residual no mostró particularidades y se trató la misma por drenaje con sonda Pezzer que se extrajo por vagina.

El postoperatorio inmediato no tuvo incidencias, retirándose la sonda de Pezzer al décimo día. Los controles periódicos en policlínica hasta el momento han mostrado una evolución normal.

Discusión

Las características de este quiste hidático pelviano, único, que protruía en la vagina, forma de presentación poco frecuente de la hidatidosis pelviana, inducen a emplear la vía vaginal.

En la revisión bibliográfica realizada, las referencias al empleo de la vía vaginal en el tratamiento de la hidatidosis pelviana son particularmente escasas.

Barreneche en el Undécimo Congreso Uruguayo de Cirugía de 1960, hace referencia a la posibilidad de su empleo, pero no a ningún caso en que la misma haya sido aplicada (1).

Perdomo y Gardiol en 1966 comunican una observación de hidatidosis abdominal compleja, con un quiste hidático pelviano complicado que espontáneamente se evacuó en forma parcial por vagina. El tratamiento consistió en completar la evacuación dejando como drenaje una sonda Pezzer (2).

No hemos encontrado referencia a otras observaciones en donde el tratamiento del quiste pelviano haya sido realizado de principio o de necesidad, por vía vaginal.

En la elección de la vía vaginal nos basamos en las siguientes consideraciones:

1) La tomografía axial computada descartó la existencia de otros quistes hidáticos abdominales.

2) Dicho estudio precisó las características anatómicas del quiste:

- hialino;
- con adventicia fina, sin calcificaciones lo que permitió adelantar una obliteración rápida de la cavidad adventicial;
- sin interposición de vísceras entre él y la vagina, lo que alejó el riesgo de heridas viscerales.

En este caso en donde se podía asegurar que no había otros quistes abdominales y que por la profundidad y tamaño pequeño del quiste el abordaje abdominal no era el más directo, el abordaje vaginal presentaba en nuestra opinión las siguientes ventajas:

- evitar la travesía abdominal riesgosa e innecesaria;
- permitir el drenaje de la cavidad adventicial a favor de la gravedad y no en contra de ella como los drenajes suprapúbicos, de eficacia discutida (3).

Tiene el inconveniente conceptual de predisponer a la infección de la cavidad adventicial residual al comunicar ésta, presumiblemente estéril, con la vagina que posee una flora propia. El hecho de dejar la primera ampliamente drenada al exterior y tener características anatómicas que predisponen a su obliteración rápida, nos hizo desestimar este riesgo, lo que fue confirmado por la evolución.

Creemos de interés comunicar esta observación que pone en evidencia como las precisiones diagnósticas que aportan los modernos métodos imagenológicos, permite en situaciones particulares, el empleo de vías de abordaje inhabituales. De este modo se obtienen resultados terapéuticos muy satisfactorios con mínima agresión quirúrgica. Para esta topografía particular, la tomografía axial computarizada se mostró mucho más precisa que la ecotomografía transabdominal.

Referencias bibliográficas

1. Barreneche O. Táctica y técnica quirúrgica de la equinococosis peritoneal. Congreso Uruguayo de Cirugía 11^º. Montevideo, 1960 p. 193.
2. Perdomo R, Gardiol V. Quiste hidático pelviano primitivo. Cir Urug 1966; 36: 70.
3. González Vales H, Creatorello F. Problemas quirúrgicos de los quistes hidáticos del fondo de saco de Douglas. Cir Urug 1971; 41: 392.

Fibroadenoma gigante

Dres. Jorge Beltrán Guañarita¹, Arturo Méndez¹,
Raúl Laviña², Fernando Delgado³

Resumen

El fibroadenoma gigante es una displasia mamaria de difícil diagnóstico clínico y paraclínico. Paraclínicamente se apoya en la Rx, termografía y citología, y demostrado por la histología.

La termografía puede ser de utilidad no sólo en el diagnóstico sino también en el control y seguimiento. Histológicamente estos tumores voluminosos pueden ser: hiperplasia virginal, fibroadenoma gigante y tumor phyllodes, este último según la clasificación de Norris y Taylor se clasifica en tumor Phyllodes de pocas; moderadas o border line, atipias celulares y sarcomas. En cuanto a la terapéutica el fibroadenoma se tratará quirúrgicamente con una tumorectomía.

En relación al tumor phyllodes, se realizará la terapéutica de acuerdo con: edad, tamaño, posibilidad de seguimiento clínico y paraclínico, procedencia del paciente y condiciones sociales que va desde la tumorectomía hasta una mastectomía simple.

No se realizará ningún gesto sobre la axila.

Summary

The giant fibroadenoma is a mammary dysplasia of difficult clinical and paraclinical diagnosis. From the paraclinical point of view the diagnosis is based on radiology, termography, cytology, and histology. Termography can be of use not only for diagnosis but also for control and follow-up.

Histologically, these voluminous tumors can be: virginal hyperplasia, giant fibroadenoma, and phyllodes tumor. The latter is classified according to Norris and Taylor's classification into phyllodes tumor of few, moderate or borderline cellular atypias and sarcomas.

The surgical treatment for fibroadenomas should be tumorectomy. As for phyllodes tumor, treatment will be chosen from tumorectomy to simple mastectomy according to age, size, chance of clinical and paraclinical follow-up, and patient background. No action will be taken on the axilla.

Palabras clave: Tumores de mama. Fibroadenoma gigante – diagnóstico. Fibroadenoma gigante – terapia.

Trabajo de la Clínica Quirúrgica «B» seccional patología Mamaria, Profesor Dr. U. Larre Borges.

¹ Postgrado de Cirugía General. ² Profesor Adjunto de la Clínica Quirúrgica. ³ Profesor Agregado de la Clínica Quirúrgica.

Correspondencia: Dr. J. Beltrán G. Comandante Braga 2691 Ap. 3. Montevideo.

Introducción

Se define como fibroadenoma gigante, aquella displasia selectiva de mama, que da origen a una tumoración encapsulada, de crecimiento rápido, en una o ambas mamas, adquiriendo gran volumen y cuya característica histológica es el aspecto fibromatoso y la ausencia de atipias celulares (1-6). En virtud de su tamaño y aspecto macroscópico suele confundirse con el tumor phyllodes aunque del punto de vista anatomopatológico son Fibroadenomas. En razón de ello nos referiremos a los problemas que plantea esta entidad tanto en el diagnóstico clínico y paraclínico, como en el manejo terapéutico.

Desde la descripción por Johanes Muller (7), con el nombre de Cystosarcoma phyllodes, se han publicado numerosos trabajos sobre el tema, donde se observa aun la confusión entre las entidades: fibroadenoma gigante y Cystosarcoma phyllodes, calificándolos como una misma entidad patológica.

La presentación de una tumoración voluminosa de mama plantea importantes problemas clínicos y paraclínicos e impone la realización de un tratamiento adecuado de acuerdo con el diagnóstico histopatológico.

Material y método

Se analizan tres historias clínicas de fibroadenoma gigante; una corresponde a una paciente de la Clínica Quirúrgica «B» y dos provenientes de la revisión de los 91 fibroadenomas operados en los últimos cinco años en el Hospital de Clínicas.

Caso N° 1.

Mujer de 13 años. En marzo de 1988, refiere que, desde hace seis meses se ha producido rápido aumento de la mama izquierda. La tumefacción llega a tener un tamaño de más o menos 16 cm, sin dolor, sin secreción por el pezón y sin elementos inflamatorios acompañantes.

Al examen: se comprueba una tumoración de 16 cm. de diámetro que toma los cuadrantes inferiores; los bordes son netos, la superficie es lobulada, la

consistencia es dura, no está fijo a piel ni a planos profundos, no hay adenopatías palpables.

La radiografía, si bien sospecha un fibroadenoma gigante, sugiere descartar una patología maligna.

El termograma, es informado como un TH3 que se interpreta como dudoso.

La punción citológica con aguja, su informe no es concluyente si bien se observa anisocariosis, no se ven atipias celulares.

La operación, se realiza el 17 de marzo de 1988; incisión submamaria, buen plano de clivaje que permite extirpar fácilmente el tumor.

La Anatomía Patológica, en el examen Macroscópico, muestra: tumor formado por múltiples nódulos y escasa cantidad de parénquima que lo rodea. Al corte, nódulos macizos de aspecto fibromatoso. El examen microscópico mostró un Fibroadenoma gigante.

La evolución post-operatoria fue buena no presentándose complicaciones. Continúa en controles en nuestra clínica, con un buen resultado estético.

Caso Nº 2.

Mujer de 15 años, consulta por tumoración de mama de 3 meses de evolución con rápido aumento de volumen de la mama izquierda llegando a tener un tamaño de más o menos 18 cm sin dolor, sin secreción por el pezón y sin elementos inflamatorios acompañantes.

Al examen, se comprueba una tumoración de bordes netos, superficie lobulada, de consistencia firme, ni fijo a piel ni a planos profundos, no hay adenopatías palpables.

La radiografía es informada como fibroadenoma gigante y sugiere descartar malignidad.

La ecografía, es informada como tumoración sólida compatible con un fibroadenoma.

La operación: extirpación del tumor y reconstrucción plástica inmediata por la técnica de Pitanguy.

La anatomía patológica, en el examen microscópico es informada como fibroadenoma gigante.

La evolución: inmediata post-operatoria es buena; en el post-operatorio mediato, en uno de los controles en policlínica, dos años más tarde se encontró otro fibroadenoma que también fue tratado.

Caso Nº 3.

Mujer de 18 años, desconoce el tiempo de evolución de la tumoración, localizada en mama izquierda que toma los cuadrantes inferiores, de crecimiento rápido, con un tamaño de más o menos 6 cm, sin dolor, sin secreción por el pezón y sin elementos inflamatorios acompañantes.

Al examen: se comprobó tumoración de 6 cm localizada en los cuadrantes inferiores, los bordes son netos, la superficie es lobulada, la consistencia es firme, no está fijo a piel ni a planos profundos, no hay adenopatías palpables.

La radiografía, se informa como un fibroadenoma gigante.

La ecografía, se informa tumoración sólida, compatible con un fibroadenoma.

La citología, no muestra atipias celulares.

La operación, se efectúa tumorectomía por incisión arciforme.

La Anatomía Patológica, en el examen microscópico se comprueba un fibroadenoma gigante.

La evolución, post-operatoria inmediata y mediata es buena no fue vista ninguna complicación.

Generalidades

Es posible encontrar fibroadenomas de hasta 25 cm. o más de diámetro, con pesos superiores a los 20 kilogramos que deforma apreciablemente la mama triplicando o cuadruplicando su volumen (1,4,8).

El problema que plantea esta entidad es el diagnóstico clínico frente a una tumoración que deforma groseramente la mama sin ulcerar la piel; en ese sentido, Wulsin (9) plantea que es necesario pensar en tres posibilidades: hipertrofia virginal, fibroadenoma gigante y tumor phyllodes. Estos tres procesos tienen una cierta relación puesto que algunos autores señalan el origen del tumor phyllodes en un fibroadenoma (1,10,11). La hiperplasia virginal y fibroadenoma son displasias selectivas (1) y de difícil diferenciación clínica y paraclínicas (1,3,4).

Edad. Los fibroadenomas son más frecuentes antes de los 26 años (25,40%) con edad promedio de 34 años (4). Con respecto al fibroadenoma gigante, en la serie de Haagensen la edad encontrada en sus casos fue entre los 12 y 16 años (4). En nuestra casuística las edades fueron de 13, 15 y 18 años.

Raza. Alto porcentaje en raza negra, 5 de 7 pacientes vistas por Haagensen (4) eran negras. Nuestras pacientes eran de raza blanca, coincidiendo con el trabajo presentado por Del Campo (8).

Frecuencia. Para Haagensen (4), el fibroadenoma gigante corresponde al 1,7% de los fibroadenomas. En nuestra revisión, corresponde al 2,15%.

Diagnóstico

A. Clínico

El motivo de consulta es un tumor de gran volumen, de crecimiento rápido, de superficie lobulada, de bordes netos, consistencia dura, no fijos a piel ni a planos profundos, móvil indoloro, observándose generalmente gran vascularización y distensión areolar sin adenopatías o si las hay son de tipo banal (1,3,5,8,9;11,12).

La única revisión nacional que hemos encontrado, es el trabajo de Del Campo (8). En los cinco casos por

él analizados, el diagnóstico clínico fue de fibroadenoma gigante, sin embargo el estudio anatomopatológico mostró que sólo tres casos correspondieron a fibroadenomas gigantes foliados, en tanto los otros fueron un cistosarcoma papilífero y un mesenquimoma. Quiere decir que si bien la presentación clínica es típica no es patognomónica y es el estudio histopatológico el que en definitiva hará el diagnóstico.

B. Mamografía

El diagnóstico es difícil, la razón se fundamenta en el hecho de presentarse en mujeres jóvenes, la imagen se superpone al tejido mamario compacto, los tumores son descritos como bien delimitados de bordes netos, polilobulados a veces, en general no presentan calcificaciones, pero pueden haberlas, aún macrocalcificaciones. La forma phyllodes es indistinguible radiológicamente del fibroadenoma (8,13,14). Es decir el aspecto radiológico no es específico.

C. Punción citológica

No permite el diagnóstico preoperatorio de fibroadenoma gigantes, puesto que una citopunción de carácter benigno no descarta un tumor phyllodes. En 41 punciones citológicas realizadas a pacientes con tumor phyllodes de escasas atipias en el servicio de cirugía del Instituto Curie de París sólo una fue positiva para tumor phyllodes (3).

D. Termografía

Es una valiosa ayuda diagnóstica, puesto que el 63% de los tumores phyllodes son calientes, dan una hipertermia elevada con gradientes de calor hasta de 5 grados; mientras que las displasias benignas mamarias como el fibroadenoma dan un TH2 (hipervascularización simétrica), hasta podrían dar un TH3 (sospechoso) puesto que el 18% de las pacientes pueden presentarlo (15).

E. Histología

El fibroadenoma gigante es macroscópicamente un tumor bien delimitado, que da la impresión de estar encapsulado, su superficie de corte es blanquizca y semeja el color del tejido mamario normal, a medida que el tejido epitelial aumenta, el color se torna más oscuro, aparece tejido mucoso y presenta hendiduras.

Microscópicamente, los fibroblastos constituyen el componente principal con células de características benignas, tales como núcleos pequeños elongados y regulares, sin mitosis. No es raro encontrar cierto grado de alteración mixoide, son por lo regular intracanaliculares (4,5,16).

Según Norris y Talor el tumor phyllodes se clasifica en: benigno, fronterizo o «border line» y sarcomas; teniendo en cuenta para ello el tamaño del tumor; el aspecto de la pseudocápsula intacta o invadida; el

grado de atipias celulares del componente mesenquimatoso (de atipias mínimas o atipias máximas o malignas); el número de mitosis por campo microscópico; y la ultraestructura tumoral (3,6,16).

Sólo la anatomía patológica puede diferenciar entre un fibroadenoma gigante y un tumor phyllodes (1,5,6,9).

La biopsia por congelación puede diferenciar un fibroadenoma gigante y un tumor phyllodes pero no clasificarlos (3).

Tratamiento

El tratamiento será quirúrgico y la conducta pautada de acuerdo a los resultados de los exámenes paraclínicos previos.

- A. Para el fibroadenoma gigante, se realizará la tumorectomía no siendo necesario realizar ningún otro gesto quirúrgico sobre la glándula ni sobre la axila.
- B. Cuando exista sospecha o en otros casos certeza de que se trate de un tumor Phyllodes, debemos de tener en cuenta varios aspectos frente a la toma de decisiones: si la paciente es joven como ocurre (lo que corresponde a casi el 100%) (4), si el tamaño de la tumoración no es exageradamente grande con gran deformación de la mama y si es posible el seguimiento clínico y paraclínico que luego detallaremos (pacientes del interior, condiciones sociales) se realizará tumorectomía, estos criterios se realizan en el bien entendido de tratar de conservar siempre que no exista sospecha clínica, no realizamos ningún tipo de estadificación a nivel axilar (vaciamiento de niveles uno y dos), esto se fundamenta en que la metástasis del tumor phyllodes son por lo general a nivel pulmonar y óseo y en forma excepcional a nivel axilar.

Este tipo de terapéutica está basado en un sólido criterio de seguimiento clínico y paraclínico. El seguimiento clínico que constará por supuesto por el examen clínico de la mama, cicatriz, axila, mama opuesta; estará acompañado por los controles paraclínicos Rx de tórax, ecografía y termografía que se realizarán de acuerdo a las siguientes pautas tratando siempre de despistar recidivas y metástasis.

Los controles se harán primero cada tres meses y luego cada seis, recordando que el mayor porcentaje de recidiva aparecen en los primeros años del tratamiento; se destaca el control termográfico dado que es justamente en estos tumores de gran poder evolutivo en el que este método es de gran utilidad.

Frente a la recidiva en la mama, existe en la literatura, prácticamente casi todos los procedimientos desde la mastectomía simple de entrada hasta los

que siguen siendo conservadores frente a múltiples recidivas.

Creemos que el criterio correcto para el manejo de estas situaciones es el que hemos propuesto, de reevaluar por el equipo tratante, y de dar a cada enfermo en particular el tratamiento que corresponda.

Bibliografía

1. **Uriburu J, Gesualdi J.** La Mama. Buenos Aires. López 1980; 18: 575-638.
2. **Uriburu J, Mosto A, Bernardello E.** Displasias mamarias. Nuestra concepción actual y nosología. Prensa Méd Argent 1974; 61: 501.
3. **Aubriot FX, et al.** Tumeur phyllodes du sein a propos de 83 cas. J Gynecol Obstet Biol Repr 1983; 12: 603-6.
4. **Haagensen CD.** Enfermedades de la mama. 3 ed. Bs. As., Panamericana 1987: 293-338.
5. **Larre Borges U et al.** Patología Quirúrgica. Montevideo: Librería Médica 1984; (3).
6. **Norris HJ, Taylor H.** Relationship of histologic features to behavior of Cystosarcoma phyllodes. Analysis of ninetyfour cases. Cancer. 1967; 20: 1090-9.
7. **Muller J.** Ueberden feinern bau and tie formen der krankhaften geschwülste. Berlin: G-Reimer. 1938. Citado por Haagensen.
8. **Del Campo A, Crespo L, Falconi L.** Fibroadenoma gigante foliado (yustosarcoma phyllodes). Rev Cir Uruguay, 1965; 35 (2): 129-37.
9. **Wulsin JH.** Large breast tumour in adolescent female. Ann Surg 1960; 152: 151-9.
10. **Allen R, Nixon D, York M, Coleman J.** Successful Chemotherapy for Cysto sarcoma Phyllodes in a young woman. Arch Intern Med 1985; (145): 1127-8.
11. **Lester J, Stout AP.** Cystosarcoma Phyllodes. Cancer. 1954; 7: 335.
12. **Spratt JR, Donegan.** Cancer of the breast. Major problems in clinical surgery. Philadelphia. WB Saunders 1967; (5): 246-59.
13. **Thomas AM et al.** Regression of recurrent cystosarcoma Phyllodes tumour after neutron therapy with development of benign calcification. Br J Radiol 1984; 57, 926-9.
14. **Leborne R.** The breast in roentgen diagnosis. Montevideo: Uruguay, 1953: 194.
15. **Spitalier J.** Conferencia sobre termografía pronunciada en la Sociedad Española de Socorros Mutuos. Montevideo, 1987.
16. **Harris M, Khan MK.** Phyllodes tumor and stromal sarcoma of the Breast: an ultrastructural comparison. Histopathology. 1984; 8: 315-30.
17. **Bruce A et al.** The role of fine-Needle aspiration in the Management of solid Breast masses. Arch Surg 123, jan 1988: 123.