

CASO CLINICO

Fibromatosis profunda retroperitoneal incluyendo uréter, vasos ilíacos derechos y muñón vaginal

Dres. Raúl C. Praderi¹, Miguel Coiro², José Praderi³, Jorge Vercelli⁴, Elena Vignoli⁵

Resumen

Una multipara, histerectomizada por miomatosis cuatro años antes, consulta por tumor sólido de fosa ilíaca derecha, poco doloroso que determinó una hidronefrosis y obstrucción de vena ilíaca externa derecha. El tumor que era sólido y bien limitado fue resecado junto con parte de las venas ilíacas derechas y un fragmento de uréter. El muñón ureteral fue reimplantado en la vejiga. La disección del tumor llevó al muñón vaginal donde estaba implantado. Se interpretó como una Fibromatosis profunda retroperitoneal originada en el muñón vaginal y los restos del cuello uterino. La evolución de tres años fue excelente.

Palabras clave: Retroperitoneo. Fibroma. Ureter. Venas. Arterias. Vagina.

Summary

A multiparous patient who had undergone hysterectomy four years earlier due to myomatosis, is seen because of a solid tumor of right iliac fossa, not very painful, which caused hydronephrosis and obstruction of the right external iliac vein. The tumor, which was solid and well limited, was resected together with part of the right iliac veins and a fragment of urether. The ureteral stump was reimplanted in the bladder. The tumor dissection took the vaginal stump to the place where it was implanted. It was interpreted as a deep retroperitoneal fibromatosis originated in the vaginal stump and remains of the cervix. Evolution after three years was excellent.

Hace 10 años uno de nosotros, junto a los Dres. Eduardo Navarro, Carlos Gómez Fossati, Milton Mazza y otros presentó al Congreso Uruguayo de Cirugía, un caso de linfoma no Hodgkiniano que infiltraba el uréter izquierdo y el pedículo ilíaco. Se efectuó excéresis amplia de la lesión, incluyendo uréter, un fragmento de vejiga, las arterias y venas ilíacas primitivas y externas. Se colocó una prótesis arterial aorto-femoral y se efectuó una ureterocistoneostomía. La paciente sobrevivió más de 8 años⁽¹⁾. Hoy presentamos una observación de tumor retroperitoneal cabalgando los vasos ilíacos derechos en una paciente operada hace casi 3 años, con una técnica similar.

Historia clínica

E.C.K. 56 años, consulta el 5 de junio de 1987.

Multipara, histerectomizada por miomatosis 4 años antes.

Comienza hace un mes con edema de miembro inferior derecho y dolor en ambas fosas ilíacas. El examen clínico es normal, pero presenta en parte interna de fosa ilíaca derecha una gruesa tumoración firme que se palpa en el examen genital con las mismas características.

La tumoración tiene 20 cm de eje mayor. No tuvo trastornos genitales ni digestivos.

Antes de consultarnos se le habían efectuado: urografía de excreción que mostró "stop" ureteral derecho con dilatación piélica, colon por enema que era normal y RX de tórax también.

La vemos por primera vez a fines de junio. Nos trae una tomografía axial computada en cuyo informe el Dr. Crosa decía así: Se realizaron cortes desde el pubis hasta las cúpulas diafragmáticas, previa administración de contraste por vía oral.

Se confirma proceso expansivo que ocupa la he-

Trabajo de la Clínica Quirúrgica "3" del Prof. R. Praderi Presentado en la Sociedad de Cirugía el 9 de mayo de 1990

1. Profesor de Clínica Quirúrgica

2. Residente

3. Asistente de Clínica Quirúrgica

4. Prof. Adjunto de Anatomía Patológica

5. Prof. Adjunto de Anestesiología Fac. Med. de Montevideo.

Correspondencia: Dr. Raúl C. Praderi. Luis P. Ponce 1337 Ap. 502. C.P. 11700. Montevideo.

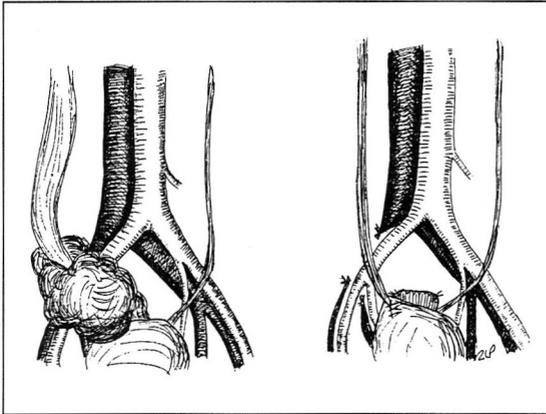


Figura 1 Se aprecia a izquierda la ubicación del tumor comprimiendo al uréter y los vasos ilíacos. A la derecha se ven las venas ilíacas derechas ligadas, el uréter reimplantado en la vejiga y el nuevo cierre de la vagina que en realidad quedó más bajo.

mipelvis derecha inmediatamente por encima de la vejiga desplazando hacia adelante la pared anterior abdominal, hacia la izquierda las vísceras huecas y presentando estrecha relación con los vasos ilíacos y con el uréter.

La misma presenta dos sectores densitométricamente diferentes, uno externo con valores algo superiores al del agua y otro sobre la línea media con franca densidad de partes blandas. (hidronefrosis derecha)

Le pedimos una flebografía ilíaco-cava que es realizada por el Dr. Tiscornia y que muestra: estenosis total de vena ilíaca externa derecha de tipo infiltrativo, que no se dilata con la maniobra de Valsalva. El tumor labra una muesca en el origen de la vena cava.

Se coordina la operación para el día 1 de julio de 1987; el urólogo Dr. Herrero le coloca un catéter por vía endoscópica el cual progresa 10 cm. en el uréter derecho.

Operación. 1 de julio de 1987

Anestesia general: (Dra. Elena Vignoli)

Cirujanos: Raúl Praderi, Miguel Coiro, Eneas Terra.

Incisión mediana infraumbilical que se prolonga oblicuamente hacia el flanco derecho por encima del ombligo. Tumor de 20 cm de altura cabalgando el estrecho superior sobre los vasos ilíacos derechos que infiltra por separado, igual que al uréter. El fondo del ciego está rodeado por el tumor. Se libera fácilmente. Apendicectomía y peritonización del fondo del ciego.

Se extirpa el tumor con parte del peritoneo de F.I.D. Se reseca la vena ilíaca externa incluida en el

tumor y 3 cm de uréter, la arteria ilíaca se denuda resecando la adventicia con el tumor. Queda permeable. Se despega el tumor laboriosamente de la vejiga. Al final queda unido al muñón vaginal. La enferma no tiene útero. Se ligan las arterias uterinas más abajo y se completa la excéresis del tumor con un fragmento de muñón vaginal. Se reimplanta el uréter en el cuerno superior derecho de la vejiga efectuando una ureterocistoneostomía, sobre el catéter ureteral. Peritonización de la pelvis menor (figura 1).

Se fija el ciego al peritoneo del lado derecho a nivel del estrecho superior ocupando el lugar del tumor.

Se deja drenaje aspirativo en FID. Cierre por planos. El catéter se retira al quinto día. Cursa el posoperatorio sin incidentes importantes. Desarrolla edema en miembro inferior derecho, que fue tratado con antiagregantes plaquetarios, mejorando paulatinamente. Lleva dos años y diez meses de operada. El examen abdominal y genital es normal. No tiene más edema de miembro inferior. Una TAC de control fue también normal.

Histopatología

Se recibe una masa de 1.095 gramos, de 175x120x80 mm, de superficie lisa. Uno de los polos, el pelviano, es cruento.

En la porción lateral de este sector, fragmento de vena de 19 mm de longitud, 8 mm de perímetro mayor, comprimida por la masa descrita. No hay infiltración de la luz venosa por el proceso. La histopatología demostró una fibromatosis intraabdominal pelviana (desmoide intraabdominal). El conteo mitótico en varias series de 10 campos de gran aumento no mostró mitosis. La vena ilíaca externa no presenta compromiso de su pared.

No hay elementos de malignidad en 42 secciones examinadas.

Comentario

El procedimiento quirúrgico realizado fue satisfactorio y así lo prueba la evolución de la enferma. A diferencia del caso citado al principio en ella no fue necesaria la resección de la arteria ilíaca. Por tratarse del miembro inferior derecho cuya patología venosa es siempre más benigna, no restablecimos la continuidad troncular de la vena ilíaca. En cuanto a la anastomosis urinaria, funcionó bien pues curó de la hidronefrosis, el éxito fue posible por la poca agresividad del tumor y su exéresis completa.

Discusión

Las fibromatosis son procesos patológicos no inflamatorios, no neoplásicos, que a pesar de ser localmente agresivos o sea infiltrantes, no dan metástasis⁽²⁾. Dentro de las variedades de las fibromatosis, la más conocida es la de la pared abdominal o desmoide. Existen otras variantes como la fibromatosis extraabdominal y la intraabdominal. Esta última puede afectar la pelvis o el mesenterio. En el presente caso se trata de una fibromatosis pelviana.

El origen del proceso en general es musculoaponeurótico. En esta observación existe el antecedente de una histerectomía. Los hallazgos operatorios sugieren una contigüidad entre la masa tumoral y el muñón del cuello uterino. Se han descrito fibromatosis a punto de partida de cicatrices quirúrgicas, entre ellas a partir de cicatrices de mastectomías y toracotomía⁽³⁾.

Las fibromatosis son lesiones de crecimiento lento, localmente infiltrantes, siendo característica la invasión de estructuras vecinas, que motivan las frecuentes recidivas⁽³⁾. Por definición no dan metástasis, y es excepcional su transformación maligna. El curso clínico muestra recidivas en 20 a 60% de los

casos, dependiendo éstas del tamaño lesional y de la extensión de la cirugía inicial. Teniendo en cuenta que es imposible predecir con certeza el curso clínico en un paciente determinado, se hace necesaria la resección radical.

El diagnóstico diferencial más importante es con el fibrosarcoma, del cual se distingue por la ausencia de mitosis y la arquitectura fibrosa densa. En algunos casos, especialmente en las fibromatosis extraabdominales, esta diferenciación puede ser muy difícil.

Bibliografía

1. **Praderi R, Navarro E, Gómez Fossatti C, Mazza M, De los Santos D, Kasdorf H, Marx M, Schinca N.** Linfoma linfocítico de fosa ilíaca izquierda. Resección incluyendo vasos ilíacos con sobrevida de 8 años. Resección de metástasis raquídea con monoplejía crural. Recuperación funcional total. *Cir Uruguay* 1981; 51: 586.
2. **Vercelli Retta J.** Tumores fibroblásticos. In Mautone JA. Curso de perfeccionamiento para Posgraduados en Patología Médica y Quirúrgica. Facultad de Medicina: Montevideo, 1976.
3. **Enzinger F, Weiss S.** *Soft Tissue Tumors*. Chicago: Mosby, 1983: 45.