MIXOMA INTRA-PERITONEAL

Dr. J. C. Pravia

Montevideo, Noviembre 23 de 1942.

En diciembre de 1938 presenté a la Sociedad de Cirugía el primer caso de Mixoma intra-peritoneal que se haya publicado. Hoy presentamos el segundo. La casualidad creo y no otra cosa ha sido que en ambos casos el enfermo tenía una afección aguda de abdomen y el mixoma lo encontramos en el acto operatorio sin siquiera sospecharlo, antes de abrir su vientre.

El presentado en el año 1938 fué operando una peritonitis por apendicitis; encontramos un tumor achatado adherido al gran epiplón cuya estructura y relaciones anatómicas en el acto operatorio permitían pensar que se trataba de una neoformación congénita benigna derivada de la vena umbilical, en el momento de su obliteración definitiva y que contrajo ulteriormente adherencias con el epiplón por un proceso necrobiótico, de organización conjuntiva.

El que presentamos ahora, es un enfermo que habíamos operado de apendicitis hacía un año, y que ahora presentaba un cuadro agudo de abdomen, que pensamos era una eventración estrangulada y lo que encontramos era nada menos que un Mixoma, cuyo pedículo adherido a la cara peritoneal del ansa ileal, se había torcido y daba el cuadro que presentaba el enfermo.

Veamos la historia clínica y algunos pequeños comentarios:

A. P., urug., agricultor, departamento de Canelones; fué operado en el año 1939 de apendicitis aguda. Se hizo una anestesia al éter, un Mac Burney y una apendicectomía con cierre total de todos los planes. Era una apendicitis producida por cuerpos extraños. Tenía pequeños engrosamientos en toda el apéndice y el examen histológico por el Br. Enrique Castro nos da el siguiente resultado: Julio 1939: Apéndice largo de forma regular con pequeños

engrosamientos moniformes apenas marcados. A 3 cms. de su base de implantación, presenta una zona de color rojo vinoso por sangre depositada en su cavidad, que infiltra la pared adelgazada a este nivel. Abierto se encuentra y se extraen de su cavidad, junto con coágulos sanguíneos tres pelos rígidos, cerdosos, negros e iguales de 2 cms. de largo. Parece evidente que estos sean la causa del traumatismo de la mucosa y de la hemorragia intracavitaria. El examen histológico muestra lesiones inflamatorias agudas y limitadas a la mucosa: foliculitis abcedada.

La historia del enfermo después de operado confirmó los datos que hemos dado. Había comido queso de cerdo y allí estaba la causa, el porqué y como ingirió esas cerdas. El enfermo estuvo 8 días internado y se fué completamente curado. Al año de operado sintió un fuerte dolor fuerte en la herida operatoria y ve al médico de la localidad, y este colega me lo envía en seguida a Montevideo.

Examinado entonces nos hace la siguiente historia: que había marchado perfectamente bien después de su operación de apendicitis, sin haber sentido la menor molestia; pero que hacía dos días sintió de pronto; un dolor brusco y fuerte en el vientre, que le había hecho perder el conocimiento y desde entonces tenía vómitos a repetición y fiebre.

Pulso: 110 tenso y fuerte; estado general bueno, fiebre 38º axilar.

Pero su facies expresaba que su afección era muy dolorosa, caminaba todo arqueado y con mucha dificultad.

Examinamos al enfermo y comprobamos: en la herida operatoria una tumefacción del tamaño de una nuez, dura mate y sumamente dolorosa.

Parecía más bien profunda y sin embargo se delimitaba muy bien. Pensamos en seguida en una eventración estrangulada a pesar de la falta de antecedentes del enfermo; sino más bien por su trabajo rudo (agricultor), y su herida anterior. Aconsejamos operar en seguida y así se hizo.

Empezamos con anestesia local y seguimos con éter. Resecamos la herida anterior piel y tejido celular, no encontramos nada; al cortar el gran oblicuo ni tampoco al cortar el pequeño oblicuo ni el transverso. Ya sin abrir el peritoneo se nota una tumefacción dura, redondeada y dolorosa; del tamaño de una almendra adherida al peritoneo anterior. Al abrir el peritoneo sale un líquido sero-hemático muy abundante; encontramos un tumor adherido al peritoneo de color rojo vinoso, de consistencia parenquimatosa de un diámetro de 5 cm. más o menos y cuyo pedículo torcido en tres vueltas se unía al íleon a unos 10 cms. de la válvula íleo-cecal.

Ligamos y seccionamos su pedículo, liberamos todas las adherencias que tenía al peritoneo y al gran epiplón y así extraemos el tumor.

Aspiramos todo el líquido sero-hemático que hay cerca de un litro en la cavidad peritoneal. Cerramos por planos, dejamos una mecha como drenaje de su peritoneo.

El examen histológico hecho por nuestro anatomo-patólogo Sr. Enrique Castro nos dice:

2 de Setiembre de 1940. Tumor sólido en galleta de 5 cms. de diámetro. Presenta hematomas con infiltración sanguínea que abarca la mitad del

tumor. El examen histológico muestra: una neoplasia conjuntiva benigna: fibro-mixoma. No se encuentra en este tumor ningún tejido de pared intestinal, que permita suponer que se trate de un divertículo donde se desarrolló el tumor. De todas maneras por la situación anatómica, puede aceptarse que se originó en restos fibrosos persistentes del alantoides.

Dado lo raro de estos tumores intra-peritoneales es que presento este caso nuevo ya que no he encontrado ni en nuestra literatura médica, ni en la de los países vecinos casos parecidos.

La coincidencia ha sido, que en los dos casos no sospechábamos nunca lo que íbamos a encontrar; en el primero por ser junto a una peritonitis por apendicitis; en este segundo, por tratarse de un operado de apendicitis y que en aquel momento no vimos el tumor que ya debía de existir; y que tuerce su pedículo al año de la operación y nos da ese cuadro agudo que interpretamos erróneamente como una eventración estrangulada, y nos encontramos con la sorpresa descripta.