

Trabajo de la Clínica del Prof. D. Prat

## CONSIDERACIONES A PROPOSITO DE UN CASO DE MIXOMA DE LA REGION GLUTEA

*Dr. Eduardo Anavitarte*

Los procesos patológicos de la region glútea o que en ella se exteriorizan constituyen un amplio capítulo de la patología.

La topografía de la región domina el estudio de la semiología de la misma.

Recordemos pues, que la citada región está situada en la raíz del muslo entre la región ileo costal por encima la región posterior del muslo por abajo, las regiones sacro coxígea por detrás y la inguino crural adelante y afuera respectivamente.

El hecho de que sirva de cubierta a una zona ósteo articular de importancia hace de ella el sitio de elección de una serie de procesos que luego detallaremos.

Anatómicamente está limitada por arriba por la cresta iliaca, siempre fácil de palpar en estado normal y el pliegue glúteo de dirección transversal y que es independiente del borde inferior del músculo glúteo mayor que le es inferior. Con todo ese pliegue responde semiológicamente a las modificaciones que el músculo sufra.

Exteriormente y a la inspección la región glútea se presenta redondeada y saliente en convexidad y esto ha hecho decir se presenta solamente en los bípedos y sería pues característica de la especie humana.

Las partes blandas de esta región cubren en totalidad la fosa iliaca externa, la gran escotadura ciática, la cara posterior de la articulación coxo femoral, el cuello del fémur y el trocáter mayor. La palpación permite pues, encontrar en la región glútea cuatro grandes salientes que son: hacia arriba y atrás la espina iliaca pósterio superior a la cual el dedo reconoce fácilmente, hacia

arriba y adelante la espina ilíaca ántero superior, hacia abajo y adentro la saliente del isquión que es inmóvil, poco visible pero fácilmente palpable sobre todo en decúbito lateral opuesto y por último la saliente inferior y externa del gran trocánter que se caracteriza por ser móvil con los movimientos del miembro inferior de cuyo esqueleto forma parte.

Entre el trocánter mayor y el isquión existe una depresión longitudinal que es muy marcada en los sujetos delgados y que recibe el nombre de canal isquietroconterreo y en fondo del cual corren el nervio ciático mayor y los vasos isquiáticos.

Los planos que constituyen la región son cinco:

1º) La piel, muy gruesa pero muy fácil de distender por los procesos patológicos.

2º) Tejido celular subcutáneo también grueso con la grasa apretada en areolas.

Presenta a menudo dos bolsas serosas (las trocántereas e isquiática superficiales) que tienen poca importancia.

3º) Aponeurosis glútea que cubre la región y presenta su máximo de espesor sobre el músculo glúteo mediano y al llegar al borde superior del glúteo mayor se divide en tres hojillas que recubren a los músculos.

4º) El plano muscular que se subdivide en superficial y profundo.

a) El superficial constituido arriba y afuera por el glúteo mediano y abajo y adentro por el glúteo mayor. No insistiremos sobre estos músculos y solo diremos que el glúteo mayor tiene dos bolsas serosas una en su inserción trocánterea y la otra a nivel del isquion (bolsas trocánterea e isquiática profundas). El glúteo mediano tiene una bolsa serosa en su inserción en el trocánter mayor.

b) Profundo. Está constituido por siete músculos que son de arriba hacia abajo: el glúteo menor, el piramidal, gemino superior, obturador interno, gemino inferior, obturador externo y cuadrado crural.

De todos estos músculos hay uno que tiene gran importancia y es el piramidal de la pelvis pues sale de la escotadura ciática mayor y divide la citada escotadura en dos partes, una supra piramidal por donde salen de la pelvis los vasos glúteos superiores,

la otra infra muscular por donde salen de la pelvis los vasos y nervios pudendos internos, los vasos isquiáticos y los nervios ciáticos mayor y menor.

Es pues de la mayor importancia conocer la proyección de los bordes de ese músculo en la piel. Farabeuf dice que una línea trazada desde la espina iliaca pósterio superior al vértice del trocánter mayor corresponde al borde superior del músculo y una línea situada tres centímetros más abajo y paralela a la anterior correspondería al borde inferior.

Entre las dos capas musculares existe un tejido celular laxo, denominado capa subglútea y que comunica con la pelvis por la escotadura ciática lo que tiene enorme importancia pues a ese nivel está el tejido celular subperitoneal. Hay pues posibilidad de que los procesos pelvianos pasen a la región glútea y viceversa.

5º) El plano óseo o mejor ósteo articular está constituido por el hueso coxal, el trocánter mayor, el cuello y la cabeza del fémur cubiertos por el manguite articular. El coxal se halla articulado con el sacro en la llamada sínfisis sacroiliaca, pero esta unión se realiza solo a nivel del alerón sacro pues por debajo los huesos están separados dejando entre ellos una amplia escota dura que dos ligamentos, los sacrociáticos mayor y menor dividen en dos orificios que reciben los nombres de agujeros ciáticos mayor y menor.

No haremos mención especial de los elementos de la región que ya hemos citado al recorrer los diversos planos. Diremos eso si, que en la región no hay ganglios linfáticos.

No quiero terminar este breve preámbulo sin insistir sobre la importancia de la capa celular sub-glútea que constituye el punto de elección de los procesos patológicos en cuanto a topografía se refiere.

Hechas estas consideraciones preliminares, pesadas, pero indispensables, me referiré al caso cuyo estudio nos llevó a escribir estas líneas.

El día 30 de abril de 1943 entró a Sala Maciel el enfermo N. I., uruguayo, de 48 años, casado, procedente del departamento de Cerro Largo, siendo enviado a la Sala por el Dr. Vázquez Piera.

Hace un año empieza a notar, por primera vez, la aparición de una tumefacción del tamaño de una nuez situada en la parte alta e interna de la región glútea derecha; esa tumefacción fué aumentando progresiva

y lentamente sin provocarle otro trastorno que la molestia de comenzar a sentir más gruesa y tensa la citada región. No ha tenido el menor dolor ni la más mínima dificultad funcional. No ha adelgazado, conserva el apetito y las fuerzas, no tiene trastornos urinarios, ni disnea de esfuerzo, ni edema de los miembros.

*Antecedentes personales.* — Ha habitado siempre la campaña, dedicado a tareas de campo, ha sido sano y no tiene antecedentes venéreos.

*Antecedentes familiares.* sin importancia.

*Examen:* enfermo con buen estado general, pulso 82, regular, isócrono en ambas radiales y bien golpeado; lengua roja, húmeda; mucosas bien coloreadas. El examen de la región glútea derecha revela: 1º A la inspección notamos que la región está aumentada de volumen con relación a la izquierda, pareciéndose adivinar una tumefacción del tamaño de una cabeza de feto a término, cuyo eje mayor fuera oblicuo de arriba a abajo y de dentro a afuera. La piel no presenta modificaciones. Haciendo contraer el músculo glúteo mayor observamos que la tumefacción se delimita mejor disminuye algo de volumen y parece ascender ligeramente. El pliegue glúteo no presenta modificaciones.

2º La palpación no hace sino confirmar lo inspeccionado pues notamos que la región está ocupada casi totalmente por un tumor del tamaño de una cabeza de feto a término, cuyos límites se aprecian fácilmente, es de consistencia blanda habiendo zonas en las que se encuentra sensación de fluctuación. Es una masa lisa, regular, ovoidea, móvil en todos los sentidos y con su eje mayor oblicuo de arriba hacia abajo y de dentro hacia afuera. La piel se halla completamente independiente del tumor que parece hallarse debajo del músculo endurece el tumor y borra sus límites palpatorios y además lo fija.

La movilidad sobre el plano profundo es amplia salvo en el sentido de alejar el tumor de la espina ilíaca pósterio superior a la que da la impresión de estar unido por un pedículo.

No hay atrofia muscular. El miembro inferior correspondiente así como el del lado opuesto son enteramente normales.

El estudio clínico de la columna es absolutamente normal lo mismo que la articulación sacro-ilíaca y el resto de la pelvis.

El tacto rectal no revela nada digno de mención.

El estudio de la sensibilidad, motilidad, reflejos cutáneos y tendinosos así como los signos de ciatalgia se presentan como en condiciones normales. El resto del estudio del sistema nervioso es normal. No hay adenopatías.

Los exámenes de laboratorio: Urea en suero, orina, hemograma, reacción de Casoni, de Weimberg, Wassermann, lo mismo que el estudio radiológico detenido de la pelvis no revelan nada de anormal.

Es frente a estos tumores o tumefacciones glúteas que el diagnóstico adquiere caracteres de difícil solución.

En la región glútea existen dos grandes clases de tumefacciones: unas propias de la región y las otras emigradas de las regiones vecinas y que se exteriorizan en la citada región. Los primeros constituyen tumores o tumefacciones autóctonas y son las de más difícil diagnóstico.

Pensando por planos diremos que en la piel de la región solo encontramos los tumores habituales en toda región cutánea.

El tejido celular subcutáneo da origen a lipomas, fibromas y fibro-lipomas.

En el espesor de la capa muscular superficial se pueden originar tumores como ser fibromas, osteomas, rabdomiomas y quistes hidáticos, etc.

Es en la capa célula adiposa sub glútea el punto de elección de las tumefacciones de la región. Es allí donde la dificultad semiológica se vuelve seria pues hay una gruesa capa muscular que las separa de la superficialidad. Es en esta zona donde progresan los abscesos fríos propios de la región o que han pasado de la pelvis por la escotadura ciática mayor. Es un proceso tumoral frecuente en la región y es el que conviene investigar pues su tratamiento es distinto. Proviene en general de la columna lumbar, de la sínfisis sacro-ilíaca o mismo de la articulación coxo-femoral. Frente a una tumefacción de la región glútea es imprescindible la investigación detallada de la columna, la pelvis y el miembro inferior en su movilidad, dolor y deformaciones. Es aquí que adquieren importancia una serie de datos semiológicos como las relaciones del trocánter con la del isquión o línea de Nelaton-Roser, la altura de los triángulos de Bryant, la línea suprasinfisaria de Peter, la umbílico trocantérea de Shoemaker. Todos esos datos tienen también fundamental importancia para el estudio de los procesos traumáticos (hematomas, modificaciones óseas, luxaciones, etc.) así como también en los congénitos.

Cuando se trata de traumatismos existe el antecedente y salvo excepciones el caso es más o menos claro; sin embargo hay tumores que aparecen a continuación de traumas como pueden ser los osteomas o lo que es más frecuente, que se achaque a un traumatismo lo que ya existía antes. Dejaremos de lado el enorme capítulo traumático pues no es del caso tratarlo.

En la capa célula adiposa subglútea es donde también se desarrollan los procesos supurados banales de origen osteítico,

intrapélvico, etc. y entonces el diagnóstico con un proceso tuberculoso puede ser muy dificultoso, más teniendo en cuenta que existen abscesos tuberculosos que evolucionan como procesos agudos y que corresponden a las formas o empujes hiperérgicos de la afección. Aquí también el examen de la pelvis, el tacto rectal y vaginal así como el estudio radiológico del esqueleto pueden decidir la cuestión.

Las bolsas serosas subglúteas pueden dar origen a higromas y a bursitis que originan dudas (sobre todo los primeros) y pueden hacer pensar en tumores quísticos o en abscesos.

La reductibilidad debe hacer pensar en absceso frío o en hernia isquiática pero no se encuentra frecuentemente.

En nuestro medio el quiste hidático de los músculos de la región está descrito. Hemos tenido ocasión de observar un caso. Es natural, que las reacciones biológicas pueden zanjar la cuestión pero no lo hacen siempre.

El plano esquelético puede dar origen a tumores benignos o malignos como ser condromas, osteomas y sarcomas; lo que hace pensar en estos tumores es la dureza pétreo, la crepitación apergaminada y la fijeza pero pueden los benignos pediculizarse y hacerse móviles. El estudio radiológico es entonces capital.

Los aneurismas de la región son poco frecuentes y generalmente presentan reductibilidad, soplo y fremito que pueden ser continuos o sistólicos según sea arteriovenoso o simplemente arterial, además el enfermo acusa a menudo la sensación de latido lo que no es característico de aneurisma pues puede existir, lo mismo que el soplo, en tumores óseos (Seudoaneurismas de los huesos). En nuestro enfermo el problema era complejo: Se podía pensar en higroma, en absceso frío, en quiste hidático. Como resolver la cuestión? Hay un medio: la punción. Es un problema muy debatido pues hay quien se levanta contra ella pues sin duda tiene sus peligros. En nuestro caso se nos pidió de intervenirlo sin puncionar pues parecía poder descartarse el absceso frío.

Intervención: 5 de Mayo de 1943. Anestesia local Novocaína al  $\frac{1}{2}$  %.

Me ayuda el Practicante Cañellas.  
Incisión en gajo de naranja a eje mayor paralelo y sobre la parte más saliente del tumor. El tejido celular no presentaba nada de anormal.

El músculo glúteo mayor se nos presentó adelgazado pudiendo

disociarlo fácilmente apareciendo en el tejido celular subglúteo un grueso tumor translúcido, gelatinoso, pero no quístico y que es completamente incoloro dejándose liberar fácilmente salvo en su extremidad súpero interna donde adhiere a la aponeurosis pero no siendo difícil extraerlo en totalidad.

Cierre por planos. Lino en la piel.

Examinando la pieza pensamos sino podría tratarse de un linfangioma pero desechamos la hipótesis al comprobar que el tumor no era quístico. Fué el estudio anátomo patológico que nos reveló que se trataba de un Mixoma.

Como no conocíamos ningún caso estudiamos el punto y vimos que se trataba de un tumor muy raro.

Los mixomas de la región glútea como los de otras regiones son tumores formados de tejido mucoso o sea un tejido primordial en el embrión pues constituye las primeras fases del tejido conjuntivo. En el adulto solo persiste en el cuerpo vítreo.

Debemos pensar pues que estos tumores sean de origen congénito y que adquieran crecimiento rápido por transformarse en malignos o por causas que nos escapan.

No hay pues que olvidar en la región glútea los tumores de origen congénitos que en ella pueden exteriorizarse: entre estos tumores merecen destacarse los de la región sacrocoxígea que en la generalidad de los casos se presentan fuera de la región glútea; hay casos en los cuales puede tratarse de embriomas, en su mayoría quistes dermoideos, pero que pueden ser bi y tri dermo-mas, que se exteriorizan en la región glútea como hace notar Ombredanne. Naturalmente, que es muy raro que el tumor haya pasado desapercibido desde el nacimiento.

Los miomas puros son muy raros y en general se combinan con fibroma, lipoma, condroma y sarcoma; de ahí la importancia de un estudio cuidadoso del tumor.

No siempre los mixomas son de origen congénito, sino que pueden presentarse esos tumores por metaplasia celular, pero no es frecuente.

El mixoma tiene predilección por el tejido celular de la nuca, espalda y raíz del muslo, pero no conozco ningún caso de mixoma de la capa célula adiposa subglútea.

Es en la raíz del muslo donde se han descrito los mixomas malignos. Frente a un mixoma de la raíz del muslo hay que reser-

var el pronóstico, pues muy posiblemente se trata de un mixosarcoma. Por tal razón hay cirujanos que mandan hacer en estos tumores Roentgenterapia post operatoria.

Los mixomas de la región glútea deben ser particularmente temibles, pues en general se trata de tumores que por su posible origen embrionario, tienen un potencial evolutivo enorme, pudiendo evolucionar hacia las formas más atípicas del tejido conjuntivo, siendo así capaces de generalizarse. Recidivan pues como verdaderos sarcomas y hay que abstenerse de hacer un pronóstico benigno por un simple examen histológico.

Creemos pues, haber estudiado un enfermo de excepción.

**Prof. Stajano.** — La comunicación del Dr. Anavitarte es muy interesante por que demuestra la existencia en la región glútea de tumores conjuntivos. En realidad, la benignidad evolutiva del caso presentado después de dos años, no permite dar la seguridad de que su caso, no hará una residiva. Y el problema que presenta este aspecto pronóstico a mi juicio tiene un valor considerable. Los tumores conjuntivos benignos nos muestran una serie de incidencias o particularidades de evolución que son dignas de consignarse.

Con el Dr. Ardao hemos hablado varias veces sobre la recidivancia de los tumores conjuntivos benignos. Hemos tenido ocasión de hacer algunos análisis de tumores que conserva en su archivo particular, son tumores conjuntivos de otros tipos más adultos, fibromas, lipomas, que han hecho una evolución a nuestro juicio muy interesante por cuanto su naturaleza histológica impone la benignidad y no dió lugar a pensar en la recidiva, sin embargo recidivaron. Ya hemos coleccionado varios casos, en los cuales se muestra la tendencia que tienen estos tumores conjuntivos a recidivar, en forma persistente y en forma cada vez más joven.

Yo tengo uno del tejido conjuntivo periostio de la región temporal, un fibroma que fué recidivando en forma cada vez más joven hasta que terminó en un sarcoma.

Otro caso es un condroma de la última costilla. Fué extirpado y estudiado histológicamente por el Dr. Larghero muy minuciosamente. Resequé la costilla con el tumor en su extremidad libre, del tamaño de un huevo de gallina. Ese enfermo, un labrador del Sauce, volvió al año y medio con un enorme tumor en el punto de continuidad de la costilla reseca, del tamaño de un puño, muy lobulado, con una circulación complementaria colateral y yo estuve dudando entre operarlo o irradiarlo hasta que decidí lo primero. Lo intervine, con una incisión circunscribiendo el tumor, resecao pared, el tejido abdominal, puesto que estaba incluido en su espesor e hice un piente por encima del tumor y continué la costilla hasta la parte sana. Tuve que resecao dos costillas. Estaba el

diafragma pegado al tumor y tuve que entrar en la cavidad pleural. Hice una resección amplia de las dos costillas, cerré la pleura, el abdomen y después que hubé terminado lo envié al Dr. Frangella para que hiciera radioterapia. La histología del tumor era de un condro-sarcoma.

Fibromas de los tabiques intermusculares del brazo. Hay un caso que se operó, se resecoó el tabique en parte sana a mitad del brazo, conjuntamente con el tumor y pensamos que hubiera terminado el mal, sin embargo hizo la continuación del proceso en el tabique restante. Hizo un grueso tumor. La perdí de vista. Esa enferma continuó su proceso tumoral del tabique interno; tumor a crecimiento bastante grande. Le hicieron radioterapia intensiva; el tumor no disminuyó y solo se consiguió una gran radiodermatitis. Ese proceso fué invadiendo todas las aponeurosis de los músculos escapulares y llegó a hacer abombamiento áxilo-escapular. Yo la vi entonces, en ese momento. Un radioterapeuta quiso hacer terapéutica por radiopuntura, a lo cual me opuse. Hice la operación. Escapulectomía por debajo de la espina con el enorme tumor. Hice una vía de abordaje axilar, liberé el tumor ampliamente, lo continué hasta la parte interna de la escápula, seccioné los músculos internos y serruché la espina sacando el enorme block. Ese tumor en su estudio, resultó un fibromixoma. Pasados ya 12 años la enferma sigue curada.

Otro caso sumamente interesante nos enseña lo que es el tejido conjuntivo con su potencial evolutivo. Esa enferma evolucionó muy bien. Al año y medio ingresó al Hospital Pasteur al servicio del Profesor Blanco Acevedo con un tumor gigantesco. Con el antecedente de que había sido operada de un fibroma y con un tumor de crecimiento tan rápido se hizo diagnóstico de sarcoma. El Profesor Blanco me cedió el caso. Lo intervine y le saqué el enorme tumor y lo que es interesante es el examen histológico que me voy a permitir leer.

En cuanto a estos tumores conjuntivos histológicamente benignos, les tengo respeto por su tendencia a recidivar.

Otra cosa es la tendencia a hacer radioterapia en esos tumores grandes. Yo tengo la impresión que cuando son adultos, la radioterapia no hace nada. En cambio, creo que la radioterapia está indicada después de la extirpación de esas formas jóvenes. (Casos presentados).

Es el caso de una enferma que operamos en la sala 24 de un fibroma del espacio prevesical, caso similar al presentado con Ardao y Crottogini. Extirpado sin abrir la cavidad peritoneal. Al año aparece con un grueso tumor de recidiva y la intervengo nuevamente. Era ya un mixoma. Y a esa enferma yo pensé que le podía haber sacado todo el tumor. Apareció sin embargo con esa recidiva grande ya a los cuatro meses. La mandamos a radioterapia y la seguí viendo varios años. El tumor palpable regresó, desapareció completamente. La radioterapia obra en las formas jóvenes y no es prudente hacerla en las formas adultas, en cualquiera de las modalidades de la familia conjuntiva.

**Dr. Anavitarte.** — Quiero agradecer al Prof. Stajanc que se haya ocupado del caso presentado y que nos ha permitido oír la interesante opinión sobre los tumores conjuntivos. Quería hacer notar que en nuestro país han sido presentados casos de mixomas intra-peritoneales (el Dr. Pravia dos casos), parecidos al que había narrado el Dr. Stajano.

#### BIBLIOGRAFÍA

- PRAVIA (J. C.). — Mixoma intraperitoneal. *Archivos Uruguayos de Med. y Cirugía*. Abril de 1939 y julio 1943.
- GUNCHE (F. F.). — Mixoma inflamatorio de la pierna. *Semana Médica*, Sept. 1941.
- USADEL (W.). — Question of Mixoma as or malignant tumor. *Arch. f. klin Chir.* 1937.
- THIER (O.). — Surgical removal of giant Mixoma of thigh. *Der. Chirurg.* Set. 1933.
- SUMMUS (J.). — Hernia esquiática con tumor mixematoso del escroto. *Ann. of Surgery*, Jun. 1923.
-