

FIBRO--MIXOMAS UTERINOS

POR EL DR. JUAN CAMPOS KUNHARDT

TODA una serie de transformaciones histológicas de naturaleza benigna e íntimamente ligadas en la inmensa mayoría de casos, a trastornos circulatorios, pueden presentarse en los fibro-miomas uterinos durante la evolución del embarazo.

Otro factor etiológico que actúa por sí solo o juntamente con el anterior, es el elemento infeccioso. Infecciones atenuadas, lentas, prolongadas, que parten del endometrio y tal vez en algunas ocasiones del torrente circulatorio.

Casi todas estas transformaciones traen como consecuencia inmediata el cambio de consistencia del tumor, que puede ser desde el simple reblandecimiento edematoso hasta la formación de grandes cavidades quísticas uniloculares.

Estas transformaciones o degeneraciones de los fibro-miomas, cuyas principales variedades apuntaré en seguida, se acompañan de un cortejo sintomático que puede en ocasiones ser altamente interesante bajo el punto de vista de la Clínica.

A la dualidad de embarazo y fibroma, ya de por sí compleja, se añaden algunas veces cuadros patológicos anómalos que dificultan en extremo un diagnóstico exacto.

De las degeneraciones fibromatosas benignas que producen un reblandecimiento del tejido neoplásico y cuyas principales formas son: la edematosa, la grasosa, la amiloide, la fibro-quística, la linfangiectásica, la pseudo quística, la roja y la mixomatosa, me ocuparé especialmente de esta última, por ser la observación clínica que presento al final de este insignificante trabajo, un caso típico por sus caracteres clínicos y su constitución histológica.

Lindon Seed, (Rochester) afirma que las grandes degeneraciones en los fibromas del útero aparecen en el 12% de los casos aproximadamente. En 200 observaciones se registran: degeneración hialina, 24; edematosa, quística y mixomatosa, 80; roja con necrosis total, 33; calcificación 33; in-

fectados subserosos o intersticiales, 3; submucosos, 13; mixtos con trombosis venosas, 5; tuberculosos, 1; fibro-lipomas, dos casos.

La transformación hialina se encuentra casi siempre asociada a otras formas de degeneración; probablemente es la primera reacción del tumor a una circulación deficiente. Aunque se observa en la mayor parte de los tumores quísticos, no es fatalmente el sitio del neoplasma en que aparecen las primeras cavidades; las zonas o porciones en degeneración hialina completa parecen ser más resistentes a la transformación quística que el resto del tumor. El tamaño de los fibromas quísticos no es generalmente muy crecido; sin embargo se han operado algunos que ocupaban completamente la cavidad abdominal y que contenían hasta veinte litros de líquido. Ordinariamente el quiste ocupa el centro del fibroma.

Importante es hacer notar que las condiciones anatómicas del tumor, su situación, su volumen, influyen manifiestamente sobre la clase de transformación que puede afectarles. Así por ejemplo, la degeneración roja que es una de las más frecuentes durante el embarazo (26 veces en 40 casos, según Bland Sutton; 7 en 88, 10 en 135, según Brooke Bland); la degeneración roja, digo, siempre aparece en fibromas sesiles o intersticiales, pero superficiales; nunca en fibromas pediculados. En cambio otra clase de transformaciones, como la mixomatosa, puede desarrollarse en tumores pediculados y de gran volumen.

La transformación mixomatosa no es rara. Autores hay que estiman su frecuencia en un 4% de los casos, tal vez sea esta cifra demasiado alta.

Pilliet ha hecho un concienzudo estudio de esta degeneración. Comienza por la pared de los vasos que se desdobra y se descompone progresivamente en grandes laminillas conjuntivas conteniendo células planas, estrelladas. Estas células dan nacimiento a un tejido mucoso que poco a poco se ahueca en pequeñas cavidades, se funde por decirlo así, y forma por su desaparición las grandes lagunas en este género de transformaciones. La luz de los vasos persiste cierto tiempo, después desaparece; la pared se destruye y la reemplaza una cavidad llena de líquido, cruzada por tabiques más o menos numerosos.

El proceso de transformación en tejido mucoso se extiende durante este tiempo a la periferia del espacio que ocupaba el vaso. Así se forman o se constituyen zonas de mixoma muy próximas entre sí, que transforman el tumor en una verdadera esponja.

* * *

A grandes rasgos describiré el caso clínico que ha motivado las consideraciones que anteceden.

Enferma de 40 años de edad. Sin antecedentes ginecológicos anteriores.



de mencionarse. Hace ocho meses tuvo un parto normal. Pocos días después del alumbramiento comenzó a sentir molestias y dolores en el hipocondrio y flanco derechos; y con gran sorpresa notó una deformación claramente perceptible en las regiones dolorosas, motivo que la obligó a solicitar un examen médico. Dicho examen suministró los siguientes datos: Prominencia de la fosa iliaca y flanco derechos, sin alteración alguna de la pared del vientre. Por la palpación, tumor esférico, bien limitado, ocupando casi la totalidad de la parte derecha del abdomen, movable hacia la izquierda, mucho menos en el sentido vertical. Se tiene la sensación perfecta de un tumor fluctuante. Por la percusión sonido obscuro en la zona ocupada por el tumor. El tacto combinado da a conocer un tumor movable, apoyado sobre el fondo de saco lateral derecho, que está borrado; útero normal, rechazado hacia la izquierda, un surco profundo lo separa del tumor y los hace completamente independientes.

Los exámenes del aparato urinario, tanto el clínico como el de laboratorio no indicaron alteración alguna, anatómica o funcional de dicho aparato.

Se pensó en un quiste unilocular del ovario derecho.

Al practicar la intervención quirúrgica encontramos lo siguiente: Tumor regularmente esférico, de color rojizo, francamente fluctuante, unido al fondo de la matriz por un pedículo ancho como de tres traveses de dedo y de doce centímetros de longitud. Se practicaron en diversas partes de la superficie del tumor punciones por el orificio de las cuales salieron pequeñas cantidades, (de 50 a 100 gramos) de un líquido espeso, amarillo, de consistencia siruposa.

El señor doctor Moreno Castañeda, Jefe del Laboratorio del Hospital Civil, nos suministró los siguientes datos respecto a la pieza extraída. Caracteres físicos: tumor regularmente esférico, de un diámetro de 80 centímetros y un peso de 4000 gramos. Color rojizo antes de ser extraído, amarillo mate después de la operación. Su superficie de aspecto uniforme presenta en algunas partes pequeñas depresiones que dan la idea de cavidades quísticas cuyo líquido hubiese sido evacuado. Ancho y largo pedículo constituido principalmente por gruesos vasos sanguíneos. Su consistencia es variable; desde la dureza casi fibrosa en algunas porciones de la parte central, hasta la consistencia blanda de la gelatina, principalmente en la superficie del neoplasma, causa de la pseudo-fluctuación que el examen clínico reveló. Al corte es diversa la estructura macroscópica de la periferia y del centro del neoplasma. La parte profunda está constituida por gruesos tabiques, más o menos duros, separando grandes cavidades pseudo quísticas; ya que carecen de membrana propia limitante. Estas cavidades van haciéndose más pequeñas a medida que se acercan a la superficie. Están ocupadas por un líquido viscoso, de color amarillo, hemático en algunas

partes, y presentando los caracteres químicos de la mucina. Precipita por el alcohol en copos y con el ácido acético da un precipitado gelatinoso blanquecino.

Examen microscópico. Fueron practicados cortes en diferentes porciones del neoplasma; o sea en las partes duras, en las gelatinosas y en las zonas intermediarias. Los primeras están constituidas por fibras musculares lisas y haces conectivos, con predominio de estos últimos. Las porciones reblandecidas están formadas por células fusiformes y estrelladas, formando una red anastomótica que aprisiona entre sus mallas una substancia amorfa que la tionina tiñe de color violado vinoso y de amarillo el azafrán. (Mucina.) Los elementos figurados se hacen más escasos a medida que se aproximan a las grandes masas gelatinosas. Excepto en estas últimas, en el resto del tumor existe una red capilar bien desarrollada.

Diagnóstico histológico: Fibro-mioma con predominio del tejido conectivo y amplia degeneración mixomatosa.

B I B L I O G R A F I A

Lindon Seed. (Rochester.)—Surgery, Gynecology and Obstetrics. Vol. XLI. Septiembre 1925.

F. Brooke Bland. —(Filadelfia),—Surgery, Gynecology and Obstetrics.—Vol. XL.—Mayo 1925.

Recasens. Tratado de Ginecología.

Miguel A. Farga. —Tratado de Ginecología.

Pozzi. —Traité de Gynecologie.

F. Labadie-Lagrave et Felix Legueu. —Traité medico-chirurgical de Gynecologie.