

## **Caso de fibroma gigante de cicatriz laparotómica**

*Por Eduardo Javier García Triviño*

*Médico Residente*

El tema de la fisiología y fisiopatología de la cicatrización, es siempre de actualidad y preocupa a Cirujanos y, sobre todo, a Dermatólogos, a los que tanto se exige en el aspecto estético de las cicatrices cutáneas. Los ginecólogos, y más desde que muchas mujeres jóvenes han de sufrir laparatomías (obstétricas o ginecológicas), no podemos ser ajenos a esa preocupación, pues el estigma quirúrgico crea también problemas muy dignos de consideración. Por ello, cuidamos, cada vez, más, el aspecto de la cicatriz cutánea, y mejorando técnicas de incisión y sutura, buscamos mejores resultados estéticos, que no siempre se logran, pues en el problema complejo de la restauración hística intervienen factores personales de reacción, poco o nada conocidos y por tanto poco o nada influenciados por nuestra voluntad, y la patología cicatricial,

contra todo y contra todos, sigue apareciendo en clínica de vez en cuando. Pero la patología cicatricial que vemos y salvo la misteriosa deshicencia aguda, sólo se traduce en cicatrices pigmentadas, o hipertróficas o pequeños queloides, pero no como reacción neoplásica en el sentido clínico y anatomopatológico de la palabra. Por eso el caso que presentamos nos parece insólito. Ni en el numeroso archivo de Maternidad —con varios millares de laparotomías—, ni en la literatura a nuestro alcance, hemos encontrado caso similar. Esta rareza, ya que no es otra cosa, justifica esta comunicación.

\* \* \*

Historia clínica n.º 20.148, de 29-10-1969. Enferma: A. G. A., de 31 años, casada y natural y vecina de Guarromán (Jaén).

En su historia menstrual, menarquía a los 13 años y fórmula menstrual normal hasta que queda amenorreica tras laparotomía ginecológica, hace cuatros años (fuera de nuestro Servicio).

Es una nulípara que hace 4 años, nos dice que le operaron por un embarazo "fuera de su sitio", extirpándole matriz y ovarios. No tenemos datos técnicos del diagnóstico ni de la operación, sólo lo que ella nos cuenta. Ciertamente que no deja de producirnos estupor, que si efectivamente tuvo una gestación ectópica, ella pueda justificar semejante mutilación, en una mujer que entonces tenía 27 años.

Consulta porque, a poco de la operación, apareció una tumoración en bajo vientre, que cada día ha crecido más; que no le produce dolor ni trastornos miccionales ni digestivos. También nos refiere que ha aumentado considerablemente de peso, siendo ella ya obesa.

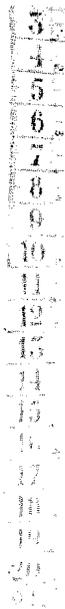
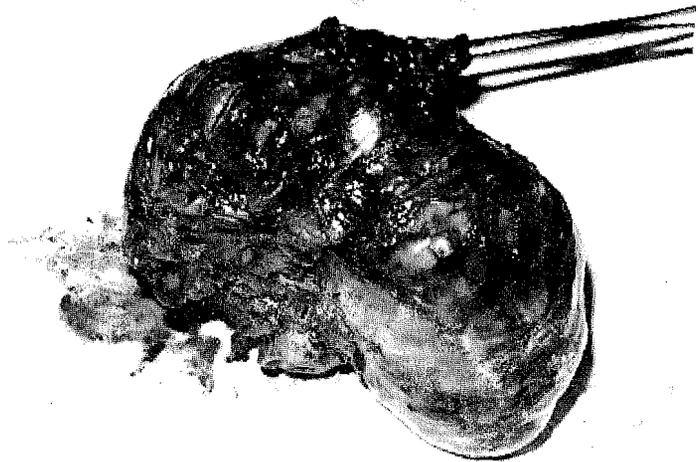
En la exploración encontramos un tumor hipogástrico, que alcanza ombligo, que por los lados llega casi a nivel de las crestas ilíacas y por abajo, a pubis, mientras que su polo inferior ocupa pelvis menor, al menos en su mitad anterior. Es de consistencia durísima, casi pétreo, totalmente inmóvil, indoloro, y sobre él, la cicatriz laparotomía, pigmentada, ancha y totalmente unida a la tumoración. El tacto vaginal encuentra un muñón cervical, normal, movable, independiente del

polo inferior del tumor. El resto de la exploración es negativo. Mujer pícnica, macrosómica y obesa.

Diagnóstico provisional: Tumor de pared abdominal, probablemente un Fibroma y que comprende la cicatriz.

Tratamiento: Extirpación quirúrgica.

Operación día 7-11-1969. Operador: Dr. García Triviño. Anestesia general. Incisión cutánea, elíptica, longitudinal, de ombligo a pubis, contorneando la cicatriz y llegando en profundidad hasta plano fascial. Incisión de plano fibroso en la misma extensión de plano cutáneo, algo más excéntrica y que descubre ya tejido tumoral, fibroso. Se prende el tupor con el tirabuzón de Doyen y se encuentra un plano declivage entre él y la fascia anterior. Se va movilizando separándolo de ese plano anterior y llegándose a los berdes, que lindan con los bordes externos de ambas vainas de los rectos anteriores, que están desplegados, laminados, por fuera y por delante del tumor. Se alcanza el plano preperitoneal y seroso, que también se incide en la misma dirección y se extirpa así el tumor. La Epigástrica derecha ha de ser ligada y seccionada. Quedan los planos perfectamente expuestos y la revisión de la Pelvis, demuestra la ausencia de Genitales Internos. La operación anterior fue una Histerectomía ístmica.



Sutura por planos, siendo precisa la práctica de incisiones fasciales paramedianas, para unir el plano fibroso sin tracción y mediante Terilene.

El tumor es, pues, parietal, unido a la cicatriz anterior, mejor dicho, es un tumor de la cicatriz, en toda su longitud, cubierto por la cicatriz cutánea y por la serosa, en su cara posterior. Sólo ha rebasado a la cicatriz en sentido lateral y por abajo en su polo inferior, introducido en la pelvis, todo por razones mecánicas impuestas por su crecimiento. Por los lados llega a los bordes de las Vainas de los Rectos. Ocupa toda la cicatriz. En la pared, ocupaba lo que debió ser Línea Alba; después, cicatriz, y después, tumor.

El tumor es sólido, durísimo, pálido y fibroso al corte y pesa 4 kilogramos. En informe Anatómico patológico (Dr. Moreno Quesada) es de FIBROMA DURO (Queloides). Curso postoperatorio totalmente normal y alta por curación el 17-11-1969, a los diez días de la operación. Cicatriz en ese momento, de aspecto normal y firme.

En resumen: Presentamos un caso de Gran Fibroma Queloides, de cicatriz laparotómica media-infra umbilical, diagnosticado y tratado en el Servicio de Obstetricia y Ginecología (Maternidad) y que resulta interesante por el volumen del tumor, por ser cicatricial (es decir, de la cicatriz) y por las difi-

cultades que presentó su extirpación, bastante mayores de lo que se desprende de la descripción anatómo-quirúrgica. Interesante, además, por prestarse una vez más a la consideración de la relación entre Regeneración tisular —aquí cicatricial— y tumores. Dice el profesor Dulanto, refiriéndose a la epidermización cicatricial, que los cuadros histológicos de la misma y el epiteloma, son a veces totalmente superponibles (claro que circunstancias y pasajeros en la cicatrización y progresivos en el tumor). Igual debe ocurrir en el Intercio, con las células conjuntivas jóvenes, Histiocitos, tan proliferantes —como células intermitóticas— en la Fase R de la Regeneración, recuperando, luego, su estabilidad mitótica en la Fase P de la misma. La intensa multiplicación celular de la primera Fase, debe recordar a veces al Sarcoma, como la reepitelización podía recordar al Epiteloma. Al final, estabilización y fibrosis como tejido conjuntivo adulto, salvo enigmáticos estímulos locales que lleven a la Neoplasia. Como también estímulos generales, tales como las hormonas Tiroideas y Somatotropas hipofisarias; la extirpación de los Ovarios, liberando a la Hipofisis, han de motivar obligadamente liberación de H. Tireotropa —que aumentará las H Tiroideas estimulantes de la proliferación— como de la H Somatotropa —estimulante directamente

de la proliferación y el crecimiento. ¿Por qué no ocurre con más frecuencia esa evolución de la Regeneración a la Neoplasia? Cuando podamos ver claro en la génesis tumoral, nos lo explicaremos, pero mientras tanto, y como clínicos,

¡seamos más conservadores con la Gonada femenina, si otras muchas razones no abogaran por ese conservadurismo!

Jaén y marzo, 1970