

Comentario acerca de un caso de leiomiomatosis uterina

DRES. ALBERTO GÓMEZ T. y JAIME RENJIFO

Se trata de la paciente N. N. Historia Clínica número 69.126, de cuarenta años de edad quien ingresó al Hospital de San Juan de Dios el 10 de febrero de 1955 a un servicio de Clínica Médica.

La historia de la presente enfermedad se remontaba a los 2 años anteriores, época hasta la cual gozó de buena salud; de ahí en adelante empezó su sintomatología caracterizada especialmente por dolores abdominales tipo cólico localizados en la fosa iliaca izquierda, constipación y meteorismo; 4 meses más tarde notó crecimiento del abdomen, disuria y polaquiuria. En estas condiciones ingresó a un hospital en Bucaramanga donde permaneció por tres meses al cabo de los cuales le dieron de alta; no se sabe qué impresión tuvieron en esa época ni tampoco que tratamiento le hicieron; 2 meses más tarde notó mayor crecimiento abdominal y dificultad respiratoria ingresando a otro hospital en San Gil donde permaneció otro mes sin solución a su problema y notando además edemas de los miembros inferiores, dispnea, palpitaciones y lipotimias.

Por los datos que pudieron obtenerse de la paciente dá la impresión que la clasificaron como una ascítica.

En estas condiciones ingresó a un servicio de Clínica Médica del Hospital de San Juan de Dios en febrero del presente año. El examen general arrojaba la gran distensión abdominal que a la palpación daba la sensación de derrame líquido pero con un límite superior convejo hacia arriba; había ligera defensa muscular generalizada. El examen del resto de los aparatos fue negativo. Fue tratada con diuréticos, soluciones dextrosadas y Complejo B. Una radiografía de tórax fue negativa para T. B. Un examen coprológico mostró infestación por *Ascaris* y *Tricocefalos*. Un examen de orina fue normal. Un cuadro hemático mostró: hematíes 2'770.000; Hemoglobina 7.5 grs.% Hematocrito 23; Leucocitos 7.600; Neutrófilos 54; Linfocitos 35; Eosinófilos 11; Tiempo de sedimen-

tación 2.5 mms. en media y una hora; Azohemia: 16.05 mgs%; Glicemia 83 mgs%, Turbidez al Timol 3,7 Un; R. de Van den Bergh: Negativa directa e indirecta; Bilirrubinemia 0,25; Reacciones Serológicas: negativas.

El 19 de febrero se practicó una paracentesis con resultado negativo, es decir no se obtuvo líquido.

Una radiografía de colon por enema de febrero 23 dice: En las radiografías con medio opaco no se observa ninguna alteración del intestino grueso. El medio opaco refluye al Ileon que se presenta moderadamente dilatado. Se aprecian signos radiológicos de ascitis.

En estas condiciones nos remitieron la paciente al Servicio de Ginecología en consulta a donde solicitamos su traslado después del examen con el diagnóstico de impresión de Cistadenocarcinoma Ovárico con presencia de ascitis. El abdomen se encontraba enormemente distendido, había discreta circulación colateral y prominencia umbilical. El examen ginecológico mostraba genitales externos negativos, periné relajado, el tacto no daba mayor luz dada la distensión abdominal, quedaba la impresión de un gran tumor de contenido líquido que tomaba origen en la pelvis y rechazaba la matriz hacia adelante y arriba. En los anexos no se pudieron identificar masas algunas, el examen de cuello con Speculum mostraba mucosa cervical sana. El resto del examen clínico era negativo.

En marzo 5 se hizo paracentesis obteniendo escasa cantidad de líquido que enviamos al laboratorio para búsqueda de células tumorales, el cual fue negativo encontrándose tan sólo elementos celulares en su mayoría linfocitos y células mesoteliales, algunos polinucleares y escasos eosinófilos.

Las ascitis de otro origen: cardiaca, hepática, etc. las descartamos por el examen clínico y por las pruebas de laboratorio (funcionamiento hepático normal).

En estas condiciones se mejora el estado general con Vitaminas, soluciones dextrosadas y transfusión sanguínea. Nuevos exámenes de Laboratorio indican que la anemia está corregida y se resuelve intervenir con el diagnóstico de Impresión de Cistadenocarcinoma ovárico con ascitis.

Bajo anestesia general se hace Laparotomía media infraumbilical, se abre peritoneo y se encuentra un gran tumor encapsulado, no papilomatoso, con cápsula lisa y gruesa, con partes duras, blandas y quísticas que toma origen en el cuerno uterino dere-

cho a través de un pedículo grueso que ha sufrido un proceso de torsión de 2 veces sobre su eje; el tumor asciende por arriba hasta epigastrio e hipocondrios, es decir, ocupa la mayor parte de la cavidad abdominal cuyos órganos se encuentran todos rechazados por él; se encuentran escasas adherencias epiploicas que se resecan, y el resto del tumor permanece libre de todo otro órgano abdominal. El cuerpo uterino aparece sano, salvo el cuerno derecho que como anotamos era el sitio de formación del tumor. El ovario y trompa derechos aparecen sanos y libres, los anexos izquierdos aparecen normales.

Se extrae el tumor, se liga su pedículo y al tiempo se hace una salpingo-ooforectomía derecha con miras únicamente al estudio histológico y por facilitar en el momento el acto quirúrgico. Se cierra pared por planos. Usamos una compresión en el post-operatorio inmediato con un saco de arena para evitar descompresión abdominal brusca.

El post-operatorio fue esencialmente normal abandonando el hospital al 7º día en condiciones satisfactorias.

El reporte histológico (número 523/55) dice: la pieza consiste en un tumor irregular en parte sólido y en parte quístico que mide 33 cms. en su mayor diámetro y pesa 9,500 grs. La superficie exterior rodeada por cápsula fibrosa, es de color rosado amarillento o rosado violáceo, en algunos sitios hemorrágica y con un fragmento de gran epiplón congestivo adherido en un sitio. En una de las caras del tumor se puede reconocer el cuerno uterino con miometrio y una pequeña porción de cavidad endometrial; el oviducto de 14 x 3 cmts. y el ovario de 5,5 cms. de diámetro. La fimbria ha desaparecido y no se reconoce ostium. El tercio distal se halla aumentado de tamaño y tapizado interiormente por mucosa atrófica, granulosa, de color pardo amarillento. No contiene líquido. El oviducto adhiere íntimamente al ovario por adherencias fibrosas. El ovario muestra al corte un cuerpo luteo atrófico y pequeños quistes de contenido acuoso; hay marcado edema del tejido. Al corte del tumor se observa tejido rosado amarillento, fasciculado, de consistencia firme. En varios sitios se encuentran formaciones quísticas que contienen líquido acuoso amarillento o rojizo a veces coagulado. Una de estas cavidades es de 19 cms. de diámetro, alberga en su interior otra formación quística multilocular de pared delgada y transparente y con el mismo contenido en su interior. Las cavidades están tapizadas interiormente por membrana lisa y brillante de color rosado. También se ven

algunas zonas anfractuosas. No hay formaciones papilares u otros tumores en dichas cavidades.

Descripción microscópica: Los cortes practicados sobre los tumores los muestran constituidos por tejido muscular, mezclado con tej. conjuntivo fibroso muy edematizado. Las paredes quísticas están constituidas por estos mismos tejidos. Un corte de ovario muestra pequeños quistes de origen folicular. El oviducto deja ver en la mucosa parcialmente destruida una gran cantidad de siderofagos, linfocitos y otras células inflamatorias. En las demás capas hay esclerosis y congestión y están presentes las mismas células inflamatorias en menor cantidad. También está presente un fragmento de útero con miometrio normal y endometrio atrófico. No hay malignidad.

Diagnóstico: Leio-miomas subserosos del útero con degeneración pseudoquística. Salpingitis crónica (Hematosalpinx). Atrofia del endometrio.

Comentario: Se ha presentado éste caso por los diferentes aspectos importantes que tiene, en especial por su diagnóstico. Siempre que se encuentra uno en presencia de un abultamiento del abdomen en que al examen da la impresión de contenido líquido se pensará primero en una ascitis cuya patología se descartará con el examen clínico (examen de corazón, etc.); con las pruebas de funcionamiento hepático se descartará la etiología de el síndrome de hipertensión portal. Nos quedaría la presencia de tumores pancreáticos de tipo quístico, raros, pero que pueden dar un cuadro similar al que presentaba esta enferma. Los tumores ováricos que producen ascitis (fibromas, t. de Brenner, cistadeno-carcinomas, síndrome de Meigs, etc.), pero por último pensará uno en una Leio-miomatosis uterina con degeneración pseudo-quística y casi sin partes sólidas como la del caso que se presenta y que perdió prácticamente un año de tratamiento efectivo simplemente por falta de estudio y de decisión.