

Mario de la Torre

* Fibromiomas del ligamento ancho

Los tumores que se desarrollan en el espesor del ligamento ancho pueden ser sólidos o líquidos (división clínica); los fibromiomas son entre los sólidos, los más frecuentes. Esta variedad de tumores, por su situación, por su volumen considerable, y por el desplazamiento de los órganos como útero, vejiga y uretra, complican la operación volviéndola difícil y laboriosa.

Con motivo de unas observaciones personales, creemos del caso insistir en este importante capítulo de Ginecología, procurando hacer un estudio clínico lo más completo posible

Los fibromas del ligamento ancho son algo raros, Ströheker ha reunido en su excelente tesis doscientas observaciones.

La estructura es la misma que la de los fibromiomas uterinos, presentándose bajo la forma de masas blancas, duras, elásticas, compuestas de tejido conjuntivo y de fibras musculares lisas; su volumen varía desde pequeños hasta muy voluminosos, pudiendo en ocasiones sufrir degeneración quística o sarcomatosa.

Según su implantación Ströheker los divide en tres categorías:

1º Fibromas del piso (etage) superior del ligamento ancho, los cuales evolucionan desde el principio hacia el abdomen.

2º Fibromas del piso medio; éstos son transitorios, su evolución posterior se efectúa hacia la pelvis o hacia el abdomen.

3º Fibromas del piso inferior, éstos son pelvianos y enclavados desde el principio, después se desarrollan hacia el abdomen constituyendo la variedad abdominal-pelviana. La decorticación de estos tumores es en ocasiones relativamente fácil, pues se encuentran rodeados de una atmósfera de tejido celular laxo; en cambio su rica circulación, compuesta de abundantes y muy desarrolladas redes arterial y venosa, dificultan e imposibilitan una hemostasis perfecta, complicando enormemente el acto operatorio.

PATOGENIA. — Estos fibromas son absolutamente independientes del útero, nacen y se desarrollan a expensas de la capa muscular que entra en la constitución anatómica de las hojas del ligamento ancho; esta es la opinión clásica admitida y defendida por todos los ginecólogos (Terrillon, Terrier, Pozzi, Faure, Launers, Foerstes, Ströheker). — Después de lo que acabamos de expresar, quedan de hecho eliminados los fibromas que naciendo en el útero, (bordes istmo) pueden terminar su desarrollo desdoblado el ligamento ancho; en estos tumores siempre a la operación, se encuentra el pedículo que los une al útero, demostrando claramente su origen.

Los argumentos para probar el origen primitivo de estos tumores están basados en la Anatomía y en la Clínica.

Rouget (1858) fué el primero que hizo un estudio completo de la estructura de los ligamentos anchos, reconociendo y describiendo la existencia de fibras musculares lisas, que después han sido comprobadas por Klebs, Henle, Luschka y Poirier.

Los ligamentos anchos se componen de dos hojas serosas que resultan del adosamiento al nivel de los bordes uterinos, del peritóneo anterior y posterior que cubren la cara anterior y posterior uterinas respectivamente; en la cara interna de la serosa se encuentra la

capa muscular, formada por entrecruzamiento en distintas direcciones de fibras musculares lisas, siendo estas más abundantes en la región infero-interna del ligamento.

Las observaciones publicadas por los cirujanos son indiscutibles, en ellas se expresa claramente la independencia del tumor y del útero, no encontrándose jamás trazas o rastros de pedículo. Aun más, en muchas observaciones se expresa además la normalidad del útero.

CLÍNICA. — Los tumores fibrosos del ligamento ancho no producen hemorragias; lo que los caracteriza son los fenómenos de compresión, que están en relación directa con el volumen del tumor, presentándose ésta muy al principio.

La retención de orina completa o incompleta constituye una de las primeras manifestaciones, poco a poco el ureter a su vez es comprimido, produciéndose la hidro-nefrosis y en ocasiones, en los últimos estados de la compresión puede llegar a la atrofia, y a la muerte renal, como aconteció en una de nuestras observaciones personales.

Crisis de constipación y de pseudo-oclusión intestinal caracterizan la compresión rectal.

La compresión del ciático da lugar a sensaciones de amortiguamiento, dolores neurálgicos y en algunas veces hasta la parálisis.

A la palpación se siente un tumor lateral de consistencia dura, y desbordando el estrecho superior, con límites superiores, dependiendo del tamaño del tumor, su forma es redondeada u ovoide, el cuello uterino se encuentra desviado al lado contrario, y los fondos de saco lateral y posterior están ocupados por el tumor; la independencia del tumor y del útero en algunas ocasiones es imposible percibirla, pues el acolamiento entre los dos es íntimo. La diferencia entre éstos tumores y los quistes del ligamento ancho se establece fácilmente gracias a la fluctuación de estos últimos.

TRATAMIENTO

No existe sino uno solo, la laparotomía.

Cuando el fibroma es enorme, la enucleación es particularmente difícil, y en algunas ocasiones las adherencias uretéricas, vesicales e intestinales, hacen que esta operación sea una de las más difíciles de la Ginecología; por consiguiente, las adherencias y la enorme vascularización del tumor son sus obstáculos principales.

No entrando en los límites de este artículo la descripción detallada de la técnica operatoria pasamos a la relación clínica de una de nuestras observaciones personales.

(1) Fibroma del ligamento ancho izquierdo, abdomino-pelviano, tumor sesil, independiente del útero. —Peso 14 libras—Laparatomía—Curación.

Enferma de 43 años, religiosa, sin antecedentes patológicos de importancia, entra en nuestra Clínica el 5 de Mayo de 1909.

Reglada a los 14 años, éstas han sido siempre regulares; no ha tenido metrorragias.

Hace 9 años sintió por la primera vez un dolor sordo, lento y profundo en la fosa iliaca izquierda, dolor que se irradiaba hacia el ciático, produciendo sensaciones de tirantez, pesantez y adormecimiento en el miembro correspondiente.

La marcha desde entonces principió a dificultarse y en algunas ocasiones los dolores le obligaron a guardar cama.

Hace tres años notó por la primera vez la presencia del tumor en la fosa iliaca izquierda, siendo su crecimiento más rápido desde hace ocho meses. Los dolores desde entonces, son más fuertes obligando a la enferma a guardar cama. Micciones frecuentes y difíciles con un poco de tenesmo, constipación bastante acen-

(1) Tuvimos el honor que esta observación fuera presentada a la Sociedad de Cirujía de Parí por el Profesor Legueu.

tuada. Meteorismo después de las comidas. Síntomas de compresión intestinal (Reglas normales).

EXAMEN. — A la inspección, el vientre está deformado en todo el lado izquierdo. A la palpación se siente un tumor duro, renitente, inmóvil no fluctuante. Utero desviado hacia la derecha y se siente de una manera muy vaga la independencia con el tumor.

El fondo de saco izquierdo y el posterior, ocupados por un tumor que forma parte integrante del tumor abdominal. Al tacto rectal se comprueba la prolongación del tumor en el Douglas.

Los límites del tumor son: hacia arriba 5 centímetros encima del ombligo, lateralmente ocupa hipocondrio, flanco y fosa iliaca izquierdas, hacia la derecha pasa la línea mediana siguiendo una línea irregular de arriba hacia abajo.

No hay ascitis—Orinas normales, sin albúmina—Riñones, corazón normales—Temperatura 36° 8.

Diagnóstico. — Fibroma del ligamiento ancho izquierdo.

Abierta la cavidad abdominal, y después de exploración metódica y concienzuda, confirmamos el diagnóstico. Hay independencia del útero, y los anexos derechos están más o menos normales.

El estómago e intestinos se encuentran rechazados bajo el diafragma, y la porción inferior del tumor se encuentra enclavada en el Douglas.

Hecha la incisión del ligamiento ancho, se comienza la decorticación del tumor, felizmente se encuentra un plano de clivaje relativamente fácil, a pesar que la vascularización del tumor (como puede verse en el grabado), dificulta grandemente la operación; la decorticación de la porción enclavada en el Douglas es todavía mucho más difícil, durante este momento operatorio hemos reconocido el ureter, que para librarlo ha habido necesidad de una disección minuciosa.

La vejiga se encuentra sin adherencias, solamente desplazada hacia la derecha.

La hemostasis fue difícil (hemorragia en *nappe*); después de un capitonaje cuidadoso que reduce bastante



Partie abdominale

Partie enclavée
dans le triangle

Fibres du ligament large gauche
indépendantes de celles et des autres

Poids 6 Kilos L'appareil tonne - horizontal
de la tige d'acier

la cavidad, termina la operación colocando un Mikuliez y un dren N° 35.

Duración de la operación 60 minutos.

Durante los tres primeros días se hacen aspiraciones por el dren; al 4° día el drenaje es suprimido y la enferma cura *per primam* y abandona el lecho al décimo quinto.

EXAMEN DEL TUMOR

Tumor muy vascular, gruesos vasos serpentean en todas direcciones; su forma es irregular, que recuerda vagamente la forma de un jamón. La parte inferior tiene una forma piriforme con dirección oblicua, el borde interno cóncavo, el externo convexo, en la inferior del tumor se nota un especie de cuello que está enclavado en el Douglas; la parte media está modelada en la fosa iliaca.

La parte superior es abdominal. El borde externo en su parte superior es irregular, el borde interno en su parte inferior cóncavo, representa el paso del Douglas a la fosa iliaca.

EXAMEN HISTOLÓGICO

Fibromioma puro.

Es excepcional que estos tumores sean fácilmente enucleables.—La vascularización, la difícil decorticación, y la posible adherencia al ureter; son los tres obstáculos principales contra los cuales hay que luchar.

MARIO DE LA TORRE.