

Problema Diagnóstico

A PROPOSITO DE UN CASO DE SARCOMA RETROPERITONEAL Y GESTACION, EN EL DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL MATERNO INFANTIL "SAN BARTOLOME"

Hernán Bernedo B. *, Eleodoro Durand Ch. **, Alberto Franco *** y Delia Moreno B. ****

Si consideramos la poca frecuencia de los tumores sólidos de pelvis y gestación que en la literatura se señala; 1 en 10,000 embarazos, y la mucho menor frecuencia del cáncer de ovario, 2 á 3 o/o de los tumores ováricos que se encuentran durante el embarazo; resulta sumamente interesante por su mayor rareza la presencia de un sarcoma retroperitoneal con extensión pélvica coincidiendo con gestación, más aún, si este sarcoma es un Schwamoma maligno, como ha sido catalogado en el Departamento de Anatomía Patológica de nuestro Hospital, el caso que a continuación presentamos:

H.C. 005627

Edad: 29 años. Sexo: femenino

Procedencia: Distrito de Comas, Lima

Raza: Mestiza

Estado Civil: conviviente

Ocupación: su casa

Grado de instrucción: 3er. Año Primaria

G: 2 p.1.1.0.2 U.R. 13.8.78

Sin antecedentes de importancia.

Acude por primera vez al Servicio de Ginecología el 8-9-78 por "tumor pélvico de crecimiento progresivo, de cuatro meses de evolución y pérdida de peso".

Al examen clínico se constata adelgazamiento, palidez y la presencia de una tumoración abdomino-pélvica, de consistencia fibro-muscular, fi-

ja, de más o menos 15 x 14 cms., que ocupa parte de hipogastrio, de fosa ilíaca y flanco derechos, desplazando el útero a la izquierda. Con el diagnóstico de tumor anexial, se indicó preparación preoperatoria.

Catorce días después, se detectó gestación uterina de 4 semanas de evolución. Es entonces derivada al Servicio de Obstetricia para Control Prenatal - Alto Riesgo, siendo diferido el tratamiento quirúrgico, de acuerdo a lo establecido para los casos de tumor pélvico y gestación, hasta cuando cumpliera el cuarto mes de embarazo. Por razones ajenas al servicio, la paciente llega a las 36 semanas de gestación, en trabajo de parto, sin haber sido intervenida quirúrgicamente. Con el diagnóstico de trabajo de parto prematuro y tumor previo, le fue practicada una cesárea segmentaria longitudinal primaria, obteniéndose un R.N. vivo, de sexo femenino, de 2,250 grs. de peso, observando el obstetra un gran tumor pélvico-abdominal, que catalogó de aparentemente intraligamentario, de 18 x 18 x 10 cms. en hipogastrio, fosa ilíaca derecha y gran parte del flanco del mismo lado, decidiendo posponer su extirpación.

Después de 84 días de la cesárea (por causas extrahospitalarias), recién la paciente retorna al Servicio de Ginecología, siendo intervenida quirúrgicamente el 12-7-79, encontrándose un tumor retroperitoneal con extensión pélvica, bilobulado, de aspecto cerebroide, con regular vascularización periférica de 26 x 20 x 14 cms. que rechazaba totalmente al útero hacia la fosa ilíaca izquierda, ocupaba el hipogastrio, fosas ilíacas, parte de la región umbilical y gran parte del

* Médico Asistente encargado de la Jefatura del Servicio de Ginecología.

** Médico Asistente del Dpto. de Anatomía Patológica.

*** Médico Asistente encargado de la Jefatura del Servicio de Obstetricia del H.M.I.S.B.

**** Médico encargado de la Jefatura del Dpto. de Obstetricia y Ginecología.

flanco derecho, de consistencia fibromuscular, levantaba el peritoneo posterior con el mesosigmoideos y parte del mesenterio, desplazando el uréter derecho, en parte de su trayecto, a una situación paravertebral izquierda. Este tumor que ofreció dificultad para ser extirpado, no presentaba adherencias firmes, sino más bien, laxas, por lo que se logró extirpar en su totalidad. No hubo infiltración circunvecina, ni metástasis ganglionares o en órganos abdominales. Se efectuó una histerectomía total con oforosalingectomía bilateral, por la radicalidad que el caso requería. Quedó extenso lecho cruento, efectuándose peritonización posterior, confeccionando un neopiso pélvico. Fue colocado un doble drenaje retroperitoneal: vagina y parieto-abdominal derecho.

Superado el estado de shock transitorio que experimentara la paciente por el sangrado, el postoperatorio cursó sin complicaciones. Siendo dada de alta el décimo día.

Anatomía Patológica

En patología se recibió 4 formaciones de tejido, la mayor de 3 kg. y de 22 x 16 x 14 cms. y el menor de 20 grs. de color grisáceo y de aspecto cerebroide pero de mayor consistencia. Al corte se observa superficie formada mayormente por áreas redondeadas grisáceas y de diferente tamaño que dejan espacios pequeños de aspecto mucoso. Además útero de 8.5 cm. de largo de forma piriforme de tamaño normal, independiente de tumor. Microscópicamente el tumor está compuesto por un patrón predominante de un huso o eje dilatado de células alargadas que hay veces forman sincicios que se entrecruzan y enlazan. Las células presentan gran número de mitosis, los núcleos se encuentran dilatados hipercromáticos y de tamaño diferente. En áreas hay reminiscencias de Antoni Tipo "A" y Antoni "B", como los que se ven en los SCHWAMOMAS benignos, así mismo núcleos en empalizada alrededor de áreas necróticas que recuerdan a los tumores primarios del Sistema Nervioso Central y es figura que ha sido enfatizada como característica de tumores malignos del Sistema Nervioso Periférico. En otras zonas se encuentran dispersas células gigantes multinucleadas y fibroblastos todo en relación a SCHWAMOMA

MALIGNO. El útero presenta cervicitis crónica, endometritis aguda de grado leve; ovarios y trompas sin cambios significativos.

El Schwamoma Maligno (Neurilemmoma maligno, sarcoma neurogénico, neurofibrosarcoma, tumor de nervio maligno, fibrosarcoma de nervio, fibromixosarcoma de nervio, neurinoma maligno, tumor triton) es una neoplasia maligna, la matriz intercelular contiene colágeno y mucina que pueden desarrollarse en un nervio normal o en un neurofibroma; son esporádicos y una tercera parte de pacientes están asociadas a la neurofibromatosis múltiple (Enfermedad de Von Recklinghausen) infiltra localmente y tiene pequeña propensión a dar metástasis y es excesivamente raro encontrarla en ganglios linfáticos y en los casos no controlados puede llegar al pulmón. Las ubicaciones más frecuentes son: las extremidades y el tronco y la edad de presentación está entre los 25 y los 45 años con un promedio de 40 años de edad, con predominio en mujeres. La ubicación retroperitoneal es sumamente rara; y en relación a los tumores malignos encontrados en esta zona corresponde al 1.1 o/o (Ver Tabla N° 1). El tiempo de sobrevivencia a los cinco años es del 65 o/o con tratamiento (Cirugía, Radioterapia y Quimioterapia).

Conclusión

Se presenta una paciente con sarcoma de ubicación retroperitoneal y gestación, que al examen clínico aparentó ser tumor anexial; catalogado en nuestro Departamento de Anatomía Patológica como Schwamoma maligno, tumor esporádico y sumamente infrecuente en esta zona, con un pronóstico de sobrevivencia a los 5 años del 65 o/o.

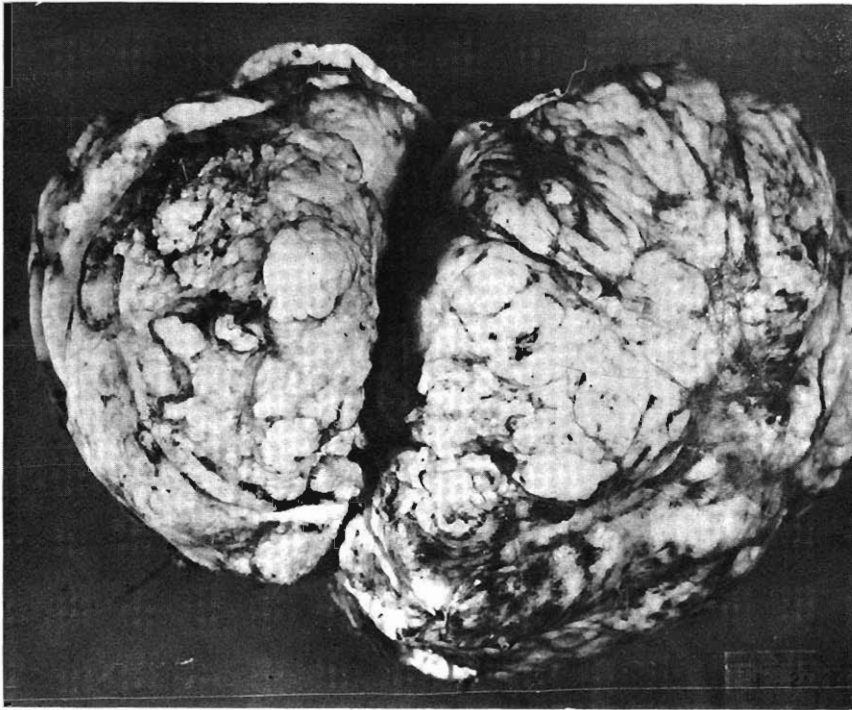
Aunque el manejo del caso, planeado en el servicio, de acuerdo a las normas que se sugieren para los casos de tumor pélvico y gestación, no se logró cumplir exactamente por las razones ya enunciadas; el procedimiento quirúrgico lo consideramos satisfactorio, teniendo en cuenta que se ha extirpado la totalidad del tumor, y no se han evidenciado metástasis abdominales.

La paciente ha sido remitida al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas para su tratamiento complementario.

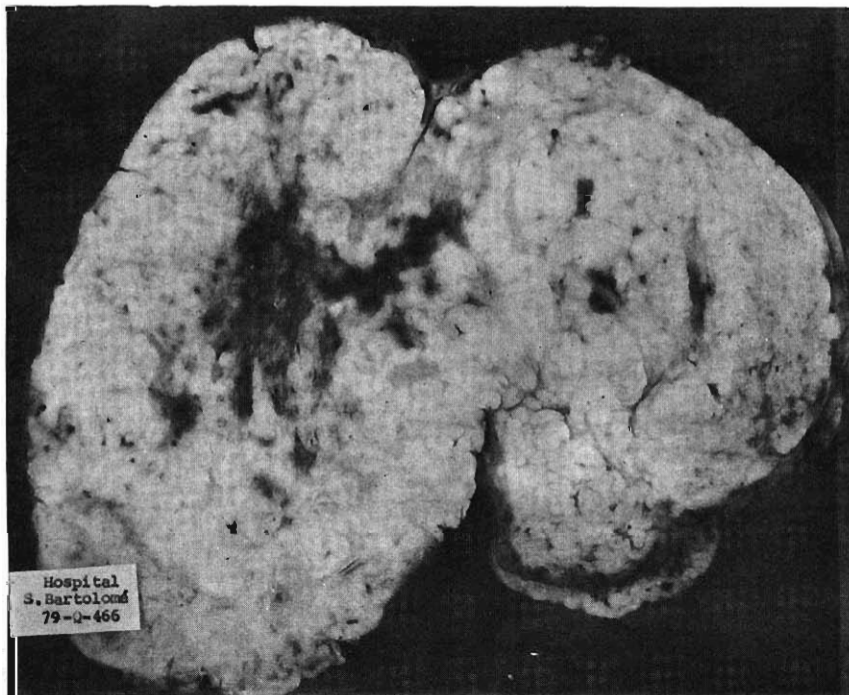
Fragmento de la pieza ha sido enviada a U.S.A. esperándose confirmación diagnóstica.

TABLA N° 1
TUMORES MALIGNOS RETROPERITONEALES DEL
LABORATORIO DE PATOLOGIA QUIRURGICA DE LA
UNIVERSIDAD DE COLUMBIA
(1905 á 1951 inclusive)

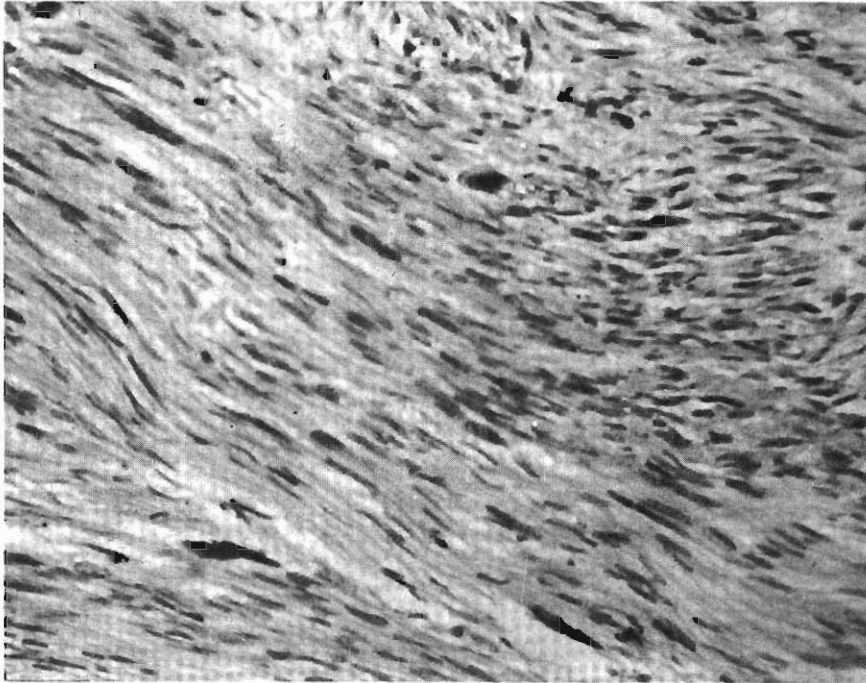
	No	o/o
Linfosarcoma	51	19.2
Liposarcoma	35	13.2
Leiomiomasarcoma	29	10.9
Enfermedad de Hodking	26	9.8
Carcinoma Embrional	24	9.2
Hemangiopericitoma	18	6.7
Simpaticoblastoma	18	6.7
Tumores sin Diagnóstico	18	6.7
Carcinoma Metastásico de origen no conocido	13	4.9
Teratoma	6	2.2
Rabdomiosarcoma	5	1.8
Mesenquimoma	5	1.8
Fibrosarcoma	4	1.4
Schwamoma Maligno	3	1.1
Mixoma	3	1.1
Leucemia	2	0.7
Cordoma	2	0.7
Carcinoma Suprarrenal (cortical)	1	0.3
Melanoma Maligno (metástasis)	1	0.3
Disgerminoma	1	0.3
TOTAL :	265	100.0



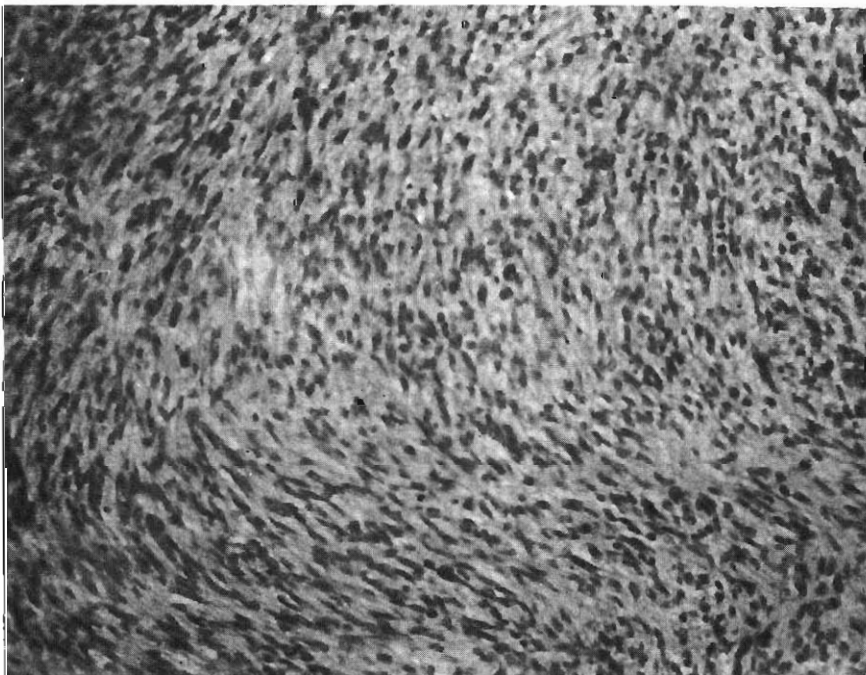
Schwamoma maligno de 3 kg. de peso y de 22 x 16 x 14 cm. de aspecto cerebroide.



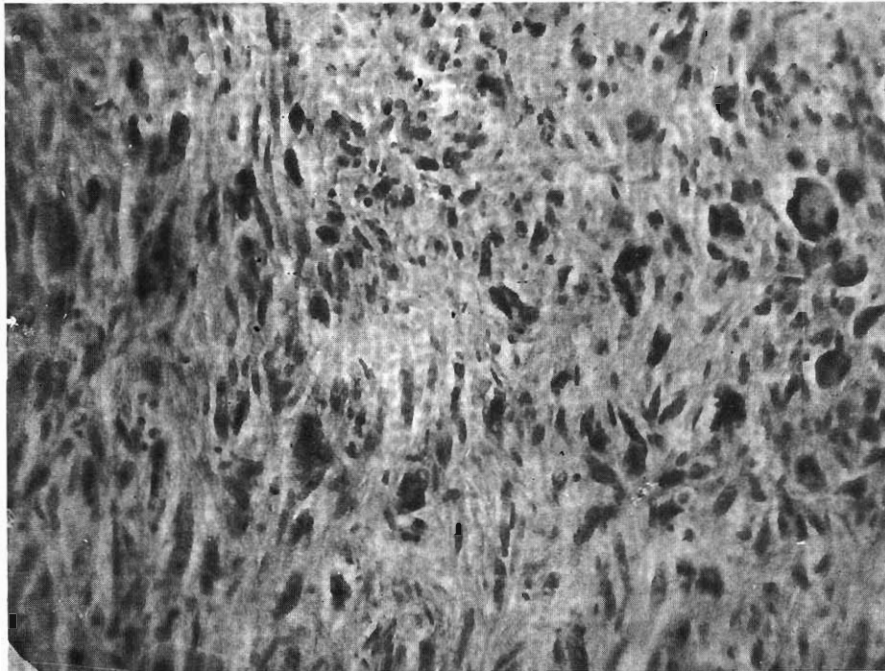
La superficie de corte presenta áreas redondeadas grisáceas y pequeños espacios ocupados por material de aspecto mucoide. En la parte central del Schwamoma maligno se aprecia zona necrótica.



Haz o eje de células alargadas que en áreas forma sincicios, con gran número de mitosis y núcleos de diferente tamaño x 40.



Células fusiformes que en áreas de tejido Antoni Tipo A muestran ordenamiento en empalizada x 10.



Se observa células gigantes, aumento del número de mitosis atípicas y presencia de fibroblastos x 40.

Bibliografía

1. Ackerman, Lauren V., M.D.: Tumors of the retroperitoneum mesentery and peritoneum. Fasc. 23 - 24. Atlas of Tumor Pathology. Washington, D.C., Armed Forces Institute of Pathology. Pág. 9 - 13, 1954.
2. Ackerman, Lauren V. and Rosai, Juan. Surgical Pathology. St. Louis. The C.V. Mosby Company. Fifth edition. Pág. 271 - 273, 1974.
3. Anderson. W.A.D.: Pathology, St. Louis. The C.V. Mosby Company. Sexta Edición, Segundo Volumen. Pág. 1057, 1971.
4. Cancer Statistics, 1978. American Cancer Society. Professional Education Publication.
5. D'Agostino, A.N., Soule, E.H., and Miller, R.H.: Primary malignant, neoplasms of nerves (Malignant neurilemmomas) in patients without manifestations of multiple neurofibromatosis (Von Recklinghausen's disease) Cancer 61: 1003 - 15, 1963.
6. Dougherty, C.M., and Lund, C.J.: Solid Ovarian Tumors complicating pregnancy. Am. J. Obst. and gynec., 60: 261, 1950.
7. Ghosh, B.C., Ghosh, L., Huvos, A.C. and Fortner, J.G.: Malignant Schwannoma. Cancer 31: 184, 1973.
8. Gustafson, G.W., Gardner, S.H., And Stout, F.E.: Ovarian Tumors Complicating pregnancy. Am. J. Obst. And Gynec., 67: 1210, 1954.
9. Hajdu S., and Hajdu E.: Cytopathology of sarcomas and other nonepithelial malignant tumors. Philadelphia. W.B. Saunders. Pág. 245 - 246, 1976.
10. Harkin J.C., and Reed R.J.: Tumors of the peripheral Nervous System. Fasc. 2nd. Series. Atlas of Tumor Pathology. Washington, D.C., Armed Forces Institute of Pathology, Pág. 107 - 120, 1969.
11. Rovinsky, Josep J. and Guttmacher Alan F. Complicaciones Médicas, Quirúrgicas y Ginecológicas en el Embarazo. 2da. Edición. 307, 1966. Editorial Interamericana, S.A. México.