

## Fibroma y Fibrosarcoma de la Vulva

DR. JOSÉ MANUEL SUÁREZ FERNÁNDEZ

Dos tumoraciones vulvares poco frecuentes y de igual topografía permiten el presente estudio.

La evidencia clínica y el examen microscópico determinan procesos evolutivos muy divergentes, aunque genéticamente desarrollados a expensas de los mismos elementos histológicos.

Sin precisar la desviación neoplásica que ha influido en su composición, se distingue una realidad tisular primigénita y una fuerza desencadenante para cada tumor.

Estos casos fueron estudiados y tratados en el Departamento de Oncología del Hospital Universitario Comandante Fajardo.

1er. Caso:—H.C. 41142, B.R.Q., casada, blanca, 49 años de edad e inscrita en enero

24 de 1958.

Motivo de consulta: Tumor de la espalda.

Historia patológica familiar: Sin importancia.

Historia patológica personal: Antecedentes referentes a enfermedades de la infancia.

Historia ginecológica y obstétrica: Histerectomía total, hace dos años por fibroma uterino. El resto sin importancia.

Enfermedad actual: Se observa una tumoración interescapular de consistencia dura, del tamaño de una naranja, no dolorosa, algo movable y libre de los

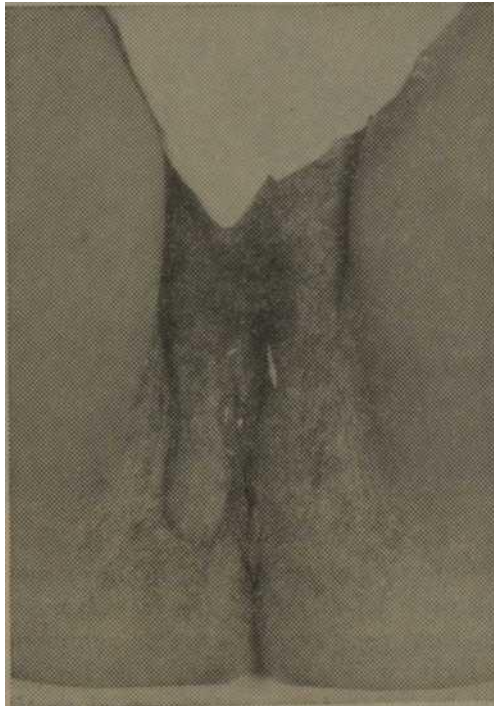


Foto No. 1.



Foto No. 2.

pianos profundos y superficiales. Se presenta hace tres años con crecimiento lento y en ningún momento ha supurado.

Tratamiento: Quirúrgico, febrero 25 de 1958. Resección de tumor de la región escapular derecha.

Diagnóstico histológico: Fibrolipoma.

En junio 28 de 1960, concurre a la consulta por nódulo en la vulva, labio mayor derecho. No flujo. Bien de la operación anterior.

Al examen físico: Se aprecia un nódulo duro, fibroso y movable en tercio inferior del labio mayor derecho. (Foto No. 1).

Se indica extirpación quirúrgica. Julio 14 de 1960. Extirpación de tumor de la vulva, labio mayor derecho. (Fotos Nos. 2 y 3).  
ral constituido por haces colágenos bien

diferenciados y proliferación fibroblástica sin presentar alteraciones celulares atípicas. (Foto No. 4).

Diagnóstico: Fibroma.

Examinada en febrero 16 de 1961. Cicatrización normal y está bien.

2do. Caso: H.C. 44789, E.R.P., viuda, blanca, 44 años de edad e inscrita en mayo 3 de 1960.

Motivo de consulta: Tumoración vulvar.

Antecedentes patológicos familiares: Padre muerto de cáncer del estómago. El resto carece de interés.

Antecedentes patológicos personales. Sin importancia.

Historia ginecológica y obstétrica: Sin importancia. Un hijo vivo y saludable.

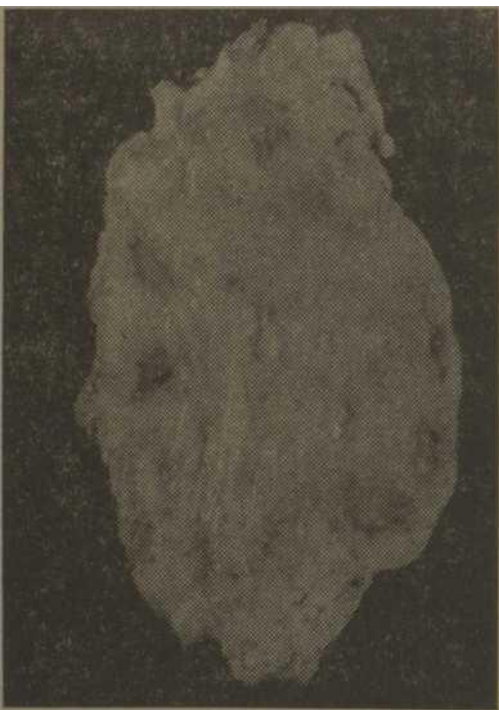


Foto No. 3.

Diagnóstico histológico. Prof. Dr. A. Guernica. Preparación 26793.

Macroscópico. Se recibe un nódulo tumoral fijado en formol.

Microscópico. El estudio histológico revela la existencia de un tejido tumo-



Foto No. 4.

Enfermedad actual. Hace catorce meses presenta un nódulo en la vulva, no doloroso pero que aumenta de volumen.

Examen físico. Al examen de los genitales externos se aprecia en el vestíbulo vulvar derecho una tumoración

que parece corresponder a la glándula de Bartolín, dura, movable y bastante libre de los planos superficiales y profundos, no es doloroso. Diámetro aproximado de seis centímetros, superficie algo irregular. No parece corresponder a un quiste a tensión. (Foto No. 5).

Se indica tratamiento quirúrgico. Junio 10 de 1960. Tumor de vulva.

Extirpación de la tumoración. Incisión a lo largo del labio mayor derecho.

Diagnóstico histológico. Prof. Dr. A. Guernica. Preparación 26695.

Macroscópico. Se recibe una tumoración, encapsulada, lobulada que mide 5x5x4 cms. de consistencia duro-elástica y que al corte aparece constituida por manojos en diversos sentidos de aspecto fibroso.



Foto No. 5.

Se toman dos fragmentos para estudio.

Microscópico. El estudio histológico demuestra la existencia de un tejido fibroconjuntivo de aspecto maligno, formando haces entrecruzados en varias direcciones, con gran proliferación celular. Tumor de alta

lar, numerosas mitosis y elementos gigantocelular. Existe invasión del tejido muscular profundo, así como zonas de hemorragias y necrosis. (Feto No. 6).

Diagnóstico. Fibrosarcoma.

El hecho de tratar una enferma portadora de un fibroma de la vulva permite la oportunidad de revisar estas neoformaciones. La circunstancia de examinar poco tiempo después otra enferma con un cuadro clínico semejante, enfatizan este empeño.

Al desvirtuarse el examen clínico por la respuesta histológica se enfrentan dos blastomas con caracteres diferenciales bien definidos. El origen tisular es coincidente, pero la acción evolutiva tiene directrices opuestas. Un tumor benigno y

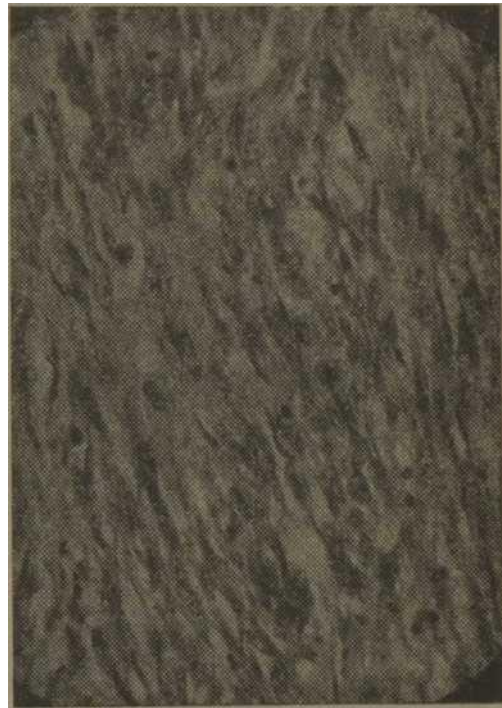


Foto No. 6.

malignidad. Se ejemplariza la respuesta potencial de ciertos elementos citológicos polarizándose en actividades reproductivas cuyos factores de crecimiento obedecen distintos índices genéticos.

La presencia de dos tumoraciones sólidas de la vulva de igual localización y de diferente comportamiento histológico exige un estudio comparativo.

El fibroma de la vulva, tumor conjuntivo, tiene los caracteres de un tumor ovalado, de superficie más o menos regular, de consistencia firme, más o menos elástica, de evolución lenta, algo movable, libre de los planos profundos y de la piel que se desplaza sobre la tumoración, no es doloroso, aunque molesto al alcanzar volúmenes más o menos considerables; deforma la región y puede provocar trastornos de los elementos vasculares produciendo necrosis y ulceración de piel o mucosa.

El sarcoma de la vulva como en el caso que se señala guarda idénticas características pero su más rápido crecimiento pronto le dá carácter propio, pudiendo ser circunscripto o difuso, su volumen puede alcanzar hasta el tamaño de una cabeza de feto, con las consiguientes molestias que esto produce. La piel puede variar, tener un colot violáceo y estar surcada por una gran red venosa. Se ulcera tardíamente.

En la etapa que se presentaron ambas tumoraciones no era posible diferenciarlos por el examen clínico.

El componente fibroblástico no siempre proviene de los elementos fibrosos de la vulva, algunos tienen su origen en las fibras conjuntivas que rodean al ligamento redondo y otros del tejido conjuntivo endopélvico. Es posible encontrar en estos tumores fibras musculares que lo convierten en fibromiomas. Por último, no debe omitirse el criterio que postula su origen a partir del cordón genital y por lo tanto de elementos wolffianos o müllerianos y aunque por su ascendencia epitelial es de difícil comprensión no puede descartarse por sus íntimas relaciones mesenquimatosas en la organogénesis vulvovaginal.

Si se presumen en la composición fibroblástica de estos tumores elementos

conjuntivos y hasta fibras musculares de la vulva y si se piensa que pueden arrancar de los elementos conjuntivos del ligamento redondo o del suelo pelviano, o de la cuerda genital, es necesario concluir, que siendo difícil determinar el elemento anatómico del cual toman origen, mucho más difícil resulta explicar su oncogénesis.

La capacidad de transformación del fibroma en sarcoma, es grande, 22.5% según Leonard. Novak cree es una cifra muy alta. Cónill recuerda debe considerarse como sospechoso todo nódulo vulvar de apariencia fibromatosa.

En la infancia debe temerse a todo nódulo vulvar y a priori considerarlo como degeneración o formación sarcomatosa.

Estas tumoraciones pueden presentarse desde la más temprana infancia hasta las edades más avanzadas.

Los trabajos de Kehrer y de Nolan presentan estudios de 85 casos de sarcomas de la vulva reportados hasta 1957. Esta compilación revela la rareza del sarcoma vulvar. Los fibromas y fibromiomas de la vulva también son de aparición poco frecuente.

#### *Conclusiones:*

Se presentan dos tumores sólidos de la vulva, de tejido conjuntivo, formado uno, por haces de fibras colágenas diferenciadas y proliferación fibroblástica sin atípicas celulares y el otro por tejido fibroconjuntivo de aspecto maligno con numerosas mitosis y elementos gigantes celulares.

Siempre debe considerarse la transformación maligna que frecuentemente sufren los fibromas vulvares y también que es una lesión que puede aparecer desde la más tierna infancia hasta las mujeres más ancianas. Netzer observó un sarcoma en una anciana de 72 años.

El desarrollo citológico dentro de su organización neoplásica lo determinan los mismos factores etiogénicos que actúan en el crecimiento de los tumores.



Factores desconocidos actualmente, pero que siguiendo a MacDonald imprimen su determinismo a la pluripotencialidad celular.

Los elementos conjuntivos definidos de los cuales derivan estas neoplasias tampoco están localizados, pero es presumible que pueden tener puntos de partida variables, vulvares, ligamento redondo, fascias pelvianas, y wolffiano o mulleriano, componentes de la cuerda genital.

Existen fibromas talangiecticos, edematosos, fibrolipomas, con degeneración mixomatosa, pediculados, etc., y sarcomas fuso, globo y polimorfocelular, según la disposición de sus elementos constitutivos.

La evolución del fibroma es lenta pero puede alcanzar tamaños muy considerables como en el caso de Buckner que pesaba 122 Kgs.

El sarcoma tiene una evolución más rápida y la variedad estudiada, fibrosarcoma, adquiere gran malignidad; sus recidivas son frecuentes llegando a la muerte en pocos meses al través de su generalización.

Los dos casos descritos viven sin recidivas. El sarcoma aparentemente curado exige estrecha vigilancia.

El tratamiento indicado es la extirpación quirúrgica que debe alcanzar toda la atmósfera conjuntiva que rodea al nódulo en evitación de recidivas, esto se hace más obligatorio cuando como en

Psiquiatría

uno de los casos presentados resultó ser una tumoración de alta malignidad. Es imperativo en todos los tumores sólidos de apariencia conjuntiva seguir esta conducta. Si el estudio histológico revelara la presencia de un sarcoma se recomienda la radiación postoperatoria aunque su objetivo práctico es muy limitado frente a estos tumores conjuntivos y a su gran agresividad.

### RESUMEN

1. —Se han estudiado dos casos de tumoraciones conjuntivas de la vulva: un fibroma y un fibrosarcoma.
2. —Se señalan sus orígenes histológicos y opuesta evolución.
3. —Se describen características, síntomas, frecuencia y evolución.
4. —Se destaca la generación del fibroma y la gran malignidad del sarcoma vulvar.
5. —El tratamiento es la extirpación quirúrgica, enucleación tumoral en el fibroma y de mayor amplitud para el sarcoma que puede complementarse con las radiaciones.

BIBLIOGRAFIA AHUMAHA, Juan Carlos.—Tratado Elemental de Ginecología.  
RFOOTITN.—Tratado de Patología Quirúrgica.  
CONILL.—V, Tratado de Ginecología y de Técnica Terapéutica Ginecológica. CORSCAOEN.—Gynecologic Cáncer. ENCYCLOPEDIA Médico-Chirurgicale. Gynecology.  
EWTN. James.—Oncología.  
NOVAK. Emil.—Gynecological and Obstetrical Pathology.  
NOVAK y Novak.—Tratado de Ginecología.

---

<sup>9</sup> Trabajo presentado en el III Congreso Mundial de Psiquiatría, Sesión Plenaria, junio 9 de 1961. Montreal.