

# Fibromatosis múltiple intrabdominal; hallazgo durante apendicectomía. Presentación de caso

**Iván Baigorria-Ortega<sup>1\*</sup>**<https://orcid.org/0009-0007-6646-7534>**Maitte Puente-Peña<sup>2</sup>**<https://orcid.org/0009-0003-4467-9668>**José Luis Manso-Ramírez<sup>3</sup>**<https://orcid.org/0009-0008-7276-8488>**🔒 Acceso abierto****Recibido:** 26/12/2024**Aceptado:** 05/01/2025**Publicado:** 31/01/2025**✉ Correspondencia**\* [ivanbo1972@gmail.com](mailto:ivanbo1972@gmail.com)

## RESUMEN

Paciente masculino, de piel mestiza y 32 años de edad, con antecedentes de salud, quien fue visto en el Cuerpo de Guardia de Cirugía del Hospital Héroes del Baire, Isla de la Juventud, Cuba, por dolor abdominal agudo, que fue interpretado como apendicitis aguda e intervenido quirúrgicamente de urgencia. Se realizó apendicectomía y durante el transoperatorio se encontró, como hallazgo, un tumor de forma irregular, mamelonante, en el mesenterio del íleon terminal y supuestas «siembras» tumorales múltiples en el epiplón mayor. El tumor primario y el epiplón mayor fueron resecaados y enviados a biopsia, que informó como diagnóstico: fibromatosis múltiple intrabdominal. El paciente tuvo una evolución posquirúrgica satisfactoria.

**Palabras clave:** Mesenterio, Íleon terminal, Epiplón mayor, Fibromatosis Múltiple Intrabdominal

<sup>1</sup>Doctor en Medicina. Especialista de primer grado en Medicina General Integral y en Cirugía General. Profesor Asistente. Hospital "Héroes del Baire", Isla de la Juventud, Cuba. Correo electrónico: [ivanbo1972@gmail.com](mailto:ivanbo1972@gmail.com)

<sup>2</sup>Doctor en Medicina. Especialista de primer grado en Coloproctología. Profesora Asistente. Hospital "Héroes del Baire", Isla de la Juventud, Cuba. Correo electrónico: [maitep09.34@gmail.com](mailto:maitep09.34@gmail.com)

<sup>3</sup>Doctor en Medicina. Especialista de primer grado en Cirugía General. Profesor Instructor. Hospital "Héroes del Baire", Isla de la Juventud, Cuba. Correo electrónico: [joselmanso554@gmail.com](mailto:joselmanso554@gmail.com)



## **Multiple intrabdominal fibromatosis; finding during appendectomy. Case report**

---

### **ABSTRACT**

*A male patient with mixed skin, 32 years old, with a health history, was seen in the Surgical Guard Corps of the Hospital Héroes del Baire, Isla de la Juventud, Cuba, due to acute abdominal pain, which was interpreted as acute appendicitis and underwent emergency surgery. An appendectomy was performed. During the intraoperative finding, an irregularly shaped, mamelonating tumor was found in the mesentery of the terminal ileum and alleged multiple tumor "seeds" in the greater omentum. The primary tumor and the greater omentum were resected and sent for biopsy, which reported the diagnosis: multiple intra-abdominal fibromatosis. The patient had a satisfactory post-surgical evolution.*

**Keywords:** Mesenterium, Terminal ileum, Major omentum, Multiple Intra-bdominal Fibromatosis

## **Fibromatose intra-abdominale multiple; découverte lors d'une appendicectomie. Présentation de cas**

---

### **RÉSUMÉ**

*Patient masculin, à peau mixte, âgé de 32 ans, avec des antécédents médicaux, qui a été vu dans le Corps de Garde Chirurgical de l'Hospital Héroes del Baire, Isla de la Juventud, Cuba, en raison de douleurs abdominales aiguës, interprétées comme une appendicite aiguë et nécessitant une intervention chirurgicale d'urgence. Une appendicectomie a été réalisée et lors des constatations peropératoires, une tumeur mamelonnante de forme irrégulière a été trouvée dans le mésentère de l'iléon terminal et de multiples «graines» tumorales présumées dans le grand omentum. La tumeur primitive et le grand omentum ont été réséqués et envoyés pour une biopsie qui a rapporté le diagnostic: fibromatose intra-abdominale multiple. Le patient a eu une évolution post-opératoire satisfaisante.*

**Mots clés:** Mésentère, Iléon terminal, Omentum majeur, Fibromatose intra-abdominale multiple

## ***Fibromatose intra-abdominal múltipla: achado durante apendicectomia. Apresentação de caso***

---

### **RESUMO**

*Paciente masculino, de pele mestiça e 32 anos de idade, previamente saudável, foi atendido no Corpo de Guarda de Cirurgia do Hospital Héroes del Baire, Isla de la Juventud, Cuba, devido a dor abdominal aguda, interpretada como apendicite aguda, sendo submetido a uma apendicectomia de urgência. Durante o transoperatório, foi encontrado, como achado intraoperatório, um tumor de forma irregular, mamelonado, no mesentério do íleo terminal, além de possíveis implantações tumorais múltiplas no epíplon maior. O tumor primário e o epíplon maior foram ressecados e enviados para biópsia, cujo diagnóstico foi: fibromatose intra-abdominal múltipla. O paciente teve evolução pós-operatória satisfatória.*

**Palavras -chave:** *Mesentério, Íleo terminal, Epíplon maior, Fibromatose intra-abdominal.*

---

### **Citar como:**

Baigorria-Ortega I, Puente-Peña M, Manso-Ramírez JL. Fibromatosis múltiple intrabdominal; hallazgo durante apendicectomía. Presentación de caso. Rev. Cienc. Med. Vida. 2025;3:e040.

## INTRODUCCIÓN

La fibromatosis, término originalmente propuesto por Scout<sup>1</sup>, es una enfermedad tumoral rara, resultante de la proliferación de fibroblastos y/o miofibroblastos<sup>1-4</sup>. Su histología es benigna<sup>1,3,5</sup>, aunque invaden localmente<sup>3,4</sup> y puede tener varias localizaciones, siendo la intrabdominal la menos habitual<sup>6,7</sup>, donde el mesenterio del intestino delgado es el más afectado<sup>1-4,7,8</sup>, seguido en frecuencia por las retroperitoneales, el mesocolon<sup>2</sup>, el apéndice cecal y otras<sup>7</sup>.

Su etiología aún no está esclarecida en su totalidad<sup>4</sup>, algunos autores plantean que es más común en mujeres que en hombres<sup>3,5-7,9,10</sup>, mientras otros niegan diferencias significativas en sexo o raza<sup>8</sup>. La baja frecuencia de su aparición, así como las características *sui generis* de la presentación de este caso, nos motivó a la realización de esta publicación.

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Paciente masculino, de piel mestiza, con 32 años de edad y antecedentes personales y familiares de relativa salud, con un estilo de vida saludable, que acudió al cuerpo de guardia de Cirugía del Hospital General Docente "Héroes del Baire", de la Isla de la Juventud, Cuba, pues, aproximadamente 24 horas atrás había comenzado con cuadro doloroso abdominal agudo, que inició como molestia periumbilical, que posteriormente migró hacia la fosa ilíaca derecha donde se fue intensificando progresivamente. Esto se acompañó de náuseas, un vómito, inapetencia y febrícula, esta última de aparición más reciente.

## HALLAZGOS CLÍNICOS

Al Examen Físico se encontró en el abdomen, contractura involuntaria en fosa ilíaca derecha y doloroso a la palpación, a la descompresión brusca y a la percusión, así como dolor a los golpes de tos a ese nivel, lo cual fue interpretado como reacción peritoneal. Tenía, además, tendencia a la taquicardia, puesto que la frecuencia cardíaca fue constatada en 96 latidos/minuto. A todo esto, se sumaba una temperatura en 37.5° C.

## CALENDARIO

Síntoma	Tiempo de aparición
Dolor abdominal	≈ 24 horas
Náuseas	≈ 24 horas
Vómito	≈ 24 horas
Inapetencia	≈ 24 horas
Febrícula	≈ 3 horas

## EVALUACIÓN DIAGNOSTICA

Con el cuadro clínico conformado por el interrogatorio realizado que aportó los síntomas, así como su secuencia de aparición, más los signos encontrados al Examen físico que denotaban reacción peritoneal, además de los complementarios indicados, en los que solo fue remarcable el Leucograma, que mostró una leucocitosis ligera con desviación a la izquierda; se hizo el diagnóstico de un Síndrome peritoneal, cuya etiología más probable resultaba ser apendicitis aguda y como tal se preparó para ser intervenido de urgencia.

## INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

Durante la laparotomía de urgencia se confirmó una apendicitis aguda supurada, por lo que le fue realizada apendicetomía sin complicaciones, sin embargo, como hallazgo transoperatorio fue encontrada una tumoración de alrededor de 10 (diez) centímetros de diámetro mayor, de superficie irregular, mamelonada, multilobulada, protruyendo a nivel del mesenterio del íleon terminal, que impresionaba no infiltrar ningún órgano vecino (fotos 1 y 2).

En una revisión posterior se observó que el epiplón mayor presentaba múltiples lesiones similares, pero de tamaño menor, de forma considerable, impresionando «siembras» tumorales (fotos 3 y 4). Ni en hígado ni en el resto de la cavidad abdominal fueron encontradas otras lesiones. Fueron resecados el tumor primario y todo el epiplón mayor y se enviaron para estudio histológico al departamento de Anatomía Patológica de este hospital, cuyo resultado fue confirmado por el Centro Nacional de Referencia de Anatomía Patológica (CENRAP), en el Hospital Hermanos Ameijeiras, La Habana.

El resultado histológico definitivo fue Fibromatosis Múltiple, con la siguiente expresión de las pruebas inmunohistoquímicas: CD 117, a Actina y S 100 (negativos), Vimentina (positivo).

El paciente presentó en sala una evolución posquirúrgica satisfactoria sin complicaciones y fue egresado a los pocos días.

## SEGUIMIENTO Y RESULTADOS

Fue evaluado en consulta posoperatoria unos días después y se encontraba en perfecto estado. Otro tipo de tratamiento y seguimiento nos fue imposible de realizar, puesto que el paciente se radicó fuera del país poco tiempo después.

## DISCUSIÓN

La fibromatosis o como también es conocida, tumor desmoide, comprende solo el 0,03% de todos los tumores<sup>2-4,9,10</sup>, cuya frecuencia, según estudios, oscila desde 1:1 000 000<sup>6</sup> a 5:1 000 000 al año<sup>1,3,7,8,10</sup>. Es de características benignas<sup>1,3,5</sup> y pueden ser únicos o múltiples<sup>1,8</sup>, suelen ser de crecimiento lento<sup>1,3,9</sup> y con asiduidad recidivan tras la extirpación quirúrgica<sup>4,9</sup>, siendo invasivos de forma local<sup>2,4,9</sup>, pero no metastizan<sup>1-4,6,8-10</sup>. El intervalo de edad de aparición más común es variable.

Autores como Palacios-Fuenmayor lo ubican entre los 25 y 35 años<sup>3</sup>, justo como nuestro paciente, mientras que Velázquez, Sabillón y Molina lo señalan entre los 40 y los 60 años<sup>6</sup>. Aunque su etiología no se conoce en su totalidad, se plantean como factores de riesgo: las cirugías o los traumas abdominales previos, el embarazo, el sexo femenino, el tratamiento con estrógenos<sup>8,10</sup>, los antecedentes familiares de la afección, la poliposis adenomatosa familiar<sup>9-11</sup>, el síndrome de Gardner<sup>1-5,7,9,11</sup> y algunas alteraciones genéticas como trisomías 8 y 20<sup>1,2,6,10</sup>, contrario a nuestro caso que era masculino y no tenía ningún antecedente de los que se mencionan en otras publicaciones.

Su localización puede ser extrabdominal (60%), de la pared abdominal (25%) o intrabdominal (8-15%)<sup>6,7</sup>, siendo la última la más agresiva desde el punto de vista biológico por su capacidad de infiltrar órganos pélvicos o abdominales<sup>7</sup>. El sitio más frecuente de ubicación dentro del abdomen es el mesenterio del intestino delgado<sup>2-4,7,8</sup>, justo como en este caso, en el que llamó la atención a

los cirujanos, la presencia de múltiples «siembras» en epiplón mayor, elemento del cual los autores no pudieron encontrar referencia en la literatura consultada.

Su diagnóstico imagenológico puede hacerse por Ultrasonido, Tomografía Axial Computarizada, de preferencia con contraste<sup>2,4,9</sup>, aunque algunos autores prefieren la Resonancia Magnética Nuclear<sup>3,9</sup>, no obstante, su diagnóstico definitivo es realizado por biopsia e inmunohistoquímica, donde de forma usual el resultado de Vimentina es positivo<sup>2,3,9,10</sup>, como en el caso de referencia, sin embargo, nuestro diagnóstico fue totalmente casual, durante una cirugía de urgencia, en el curso de una apendicitis aguda.

El tratamiento de elección es quirúrgico<sup>2-5,8,9,11</sup>, el cual fue el realizado a nuestro caso, aunque también pueden usarse quimioterapia y radioterapia<sup>1-3,5,7,9,10</sup>, así como antiinflamatorios, agentes hormonales<sup>1,4,9-11</sup>, agentes citotóxicos o terapias moleculares<sup>2,3,11</sup>. Se considera que al concluir el tratamiento debe garantizarse el seguimiento del paciente debido a la alta tasa de recidiva local que acompaña a estos tumores<sup>2</sup>, lo cual no resultó posible con el paciente de nuestro estudio por su salida definitiva del país.

Esta investigación nos permitió concluir que la fibromatosis o tumor desmoide tiene una baja frecuencia de aparición y de sus varias localizaciones, la intrabdominal es la más rara, así como que el mesenterio del intestino delgado resulta su sitio de asiento más común y nuestro estudio coincidió con esto. La mayoría de las publicaciones hablan acerca de la presentación en forma de una tumoración única, sin embargo, en este caso fueron múltiples. La cirugía continúa siendo considerada el tratamiento de elección y se les debe dar seguimiento posoperatorio a los pacientes, por la posibilidad de recidiva.

## PERSPECTIVA DEL PACIENTE

El paciente quedó eternamente agradecido por la labor de los médicos que hicieron el diagnóstico y resolvieron su problema de salud.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Franco León S, Vázquez Sánchez GJ, Granados Sandoval E, Arista Nasr J. Fibromatosis intra-abdominal: simulador de carcinomatosis peritoneal. Presentación de un caso. *Med Int Mex* 2009;25(5):412-7. Disponible en: <https://www.nietoeditores.com.mx>
2. Ortega Pérez N, Fernández San Milián D, Montesdeoca Cabrera D, Pérez Alonso E, Hernández Hernández JR. Abdomen agudo

- como presentación de fibromatosis mesentérica. Acta Gastroenterol Latinoam [Internet]. 2019 [citado 2023 Ene 29]; 49(3):250-3. Disponible en: [https://www-redalyc.org/articulo.oa?id=199361721012](https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=199361721012)
- Palacios-Fuenmayor LJ et al. Tumor desmoide intrabdominal. Presentación de caso clínico y revisión de la literatura. Cir. cir. (online). 2020, vol.88, n.3 (citado 2023-01-22), pp.361-5. <http://www.cirugiaycirujanos.com> DOI: 10.24875/CIRU.19001011
  - Fernández Bermejo M, Santander Vaquero C, Olivera J, Lo Iacono O, García Buey L, Pajares García JM. Fibromatosis mesentérica como causa de masa abdominal única. Gastroenterología y Hepatología 2000;23(3): 126-8. Disponible en: <https://www.elsevier.es/gastroenterologia> ISSN 0210-5705.
  - Whittle C, Sánchez R, Albarracín J, Hepp J. Fibromatosis mesentérica: caso clínico-imagenológico y revisión bibliográfica. Rev Méd Chile [Internet]. 2006 [citado 2023 Ene 29]; 134: 85-9. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872006000100012&Ing=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872006000100012&Ing=es). <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872006000100012>.
  - Velásquez E, Sabillón N, Molina A. Fibromatosis intrabdominal mesentérica de identificación posmortem. Reporte de caso. Rev. Cienc. Forenses Honduras. 2018; 4(2): 12-6. [http://www.bvs.hn/RCFH/pdf/2018/pdf/RCFH\\_4-2-2018-5.pdf](http://www.bvs.hn/RCFH/pdf/2018/pdf/RCFH_4-2-2018-5.pdf)
  - Bravo-Taxa M, Vásquez-Vásquez CL, López-Blanco A, Taxa-Rojas L. Fibromatosis tipo desmoide de apéndice cecal: reporte de caso inusual y revisión de la literatura. Rev. gastroenterol. Perú [Internet]. 2020 [citado 2023 Ene 29]; 40(2): 193-7. Disponible en [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1022-51292020000200193&Ing=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292020000200193&Ing=es).
  - López Penza P, Noel Pereira M, Costa Paz C, Oreggia Carrau M. Fibromatosis mesentérica solitaria. Reporte de caso y revisión de la literatura. Rev. Méd. Urug [Internet]. 2022 [citado 2023 Ene 29]; 38(2): e702. Disponible en: [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1688-03902022000201702&Ing=es](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902022000201702&Ing=es). Epub 01-Jun-2022. [https://doi.org/10.29193/RMU.38.2.10739X\(05\)70872-1](https://doi.org/10.29193/RMU.38.2.10739X(05)70872-1)
  - González MA y cols. Tumor desmoide intrabdominal. Cirugía Española. 2005; 77(6): 362-4. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0009-739X\(05\)70872-1](https://doi.org/10.1016/S0009-739X(05)70872-1)
  - Prado Falconi AJ, Merino Garnica VE, Aguirre Celi CJ. Fibromatosis mesentérica: Reporte de un caso. Archivos de Coloproctología, 2019; 2(2): 39-46. Disponible en: [https://doi.org/10.26754/ojs\\_arcol/arch\\_colo\\_201923796](https://doi.org/10.26754/ojs_arcol/arch_colo_201923796)
  - Lara Fernández Y, Cintas Catena J, Valdés Hernández J, Gómez Rosado JC, Oliva Mompeán F. Tumor desmoides esporádico: caso clínico y revisión de literatura. Cir. Andal. 2021;32(1):53-6. Disponible en: <https://www.asacirujanos.com>



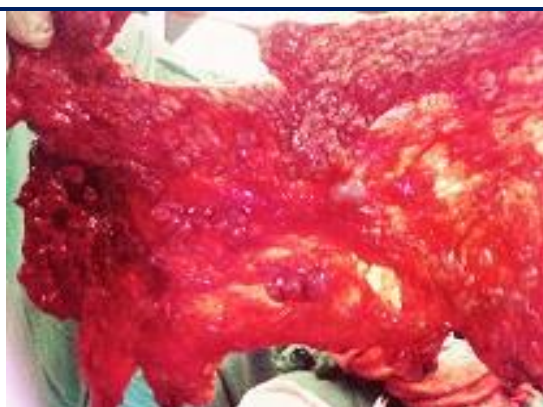
1. Tumor del mesoileon.



2. Tumor del mesoileon.



3. T mesoileon y «siembras» en Epiplón mayor.



4. Epiplón mayor con múltiples «siembras».

### Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses entre ellos, ni con la investigación presentada.

### Contribuciones de los autores

Conceptualización: Iván Baigorria Ortega, Maitte Puente Peña, José Luis Manso Ramírez

Investigación: Iván Baigorria Ortega, Maitte Puente Peña, José Luis Manso Ramírez

Curación de datos: Iván Baigorria Ortega, Maitte Puente Peña, José Luis Manso Ramírez

Metodología: Iván Baigorria Ortega, Maitte Puente Peña, José Luis Manso Ramírez

Administración del proyecto: Iván Baigorria Ortega, Maitte Puente Peña, José Luis Manso Ramírez

Supervisión: Iván Baigorria Ortega, Maitte Puente Peña, José Luis Manso Ramírez

Validación: Iván Baigorria Ortega, Maitte Puente Peña, José Luis Manso Ramírez

Visualización: Iván Baigorria Ortega, Maitte Puente Peña, José Luis Manso Ramírez

Redacción-borrador original: Iván Baigorria Ortega, Maitte Puente Peña, José Luis Manso Ramírez

Redacción-revisión y edición: Iván Baigorria Ortega, Maitte Puente Peña, José Luis Manso Ramírez

### Financiación

No se requirió financiamiento específico para la investigación.



Este artículo está bajo una licencia **Creative Commons Atribución-No Comercial Compartirigual 4.0**.