

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

República de Guatemala, Centro América

CONTRIBUCION AL ESTUDIO DEL SINDROME DE STEIN LEVENTHAL

T E S I S

Presentada a la Junta Directiva de la
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS DE LA
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

P o r

JULIO CESAR CHANG MORAN

En el acto de su investidura de

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, Noviembre de 1962.



PLAN DE TESIS

- I. HISTORIA
- II. ETIOLOGIA
- III. ANATOMIA PATOLOGICA
- IV. CUADRO CLINICO
- V. DIAGNOSTICO
- VI. TRATAMIENTO
- VII. RESULTADOS OBTENIDOS POR DIFERENTES AUTORES
- VIII. MATERIAL DE ESTUDIO Y RESULTADO OBTENIDOS
- IX. CONCLUSIONES
- X. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

I. HISTORIA

En 1935 Irving F. Stein y M. L. Leventhal, dan a la publicidad por primera vez, un Síndrome cuyas principales características o cuadro patológico lo constituía ovarios bilateralmente aumentados de tamaño, confirmados por ginecografía y frecuentemente asociado a disfunción ovárica consistente en amenorrea de larga duración o menometrorragias.

Tales hallazgos fueron suficientes para justificar una biopsia de los ovarios con objeto de dilucidar etiología; para disponer de suficiente material de estudio efectuaron resección bilateral en cuña de los ovarios. Seguidamente los autores notaron que las pacientes menstruaron rápidamente y algunas de ellas concibieron, quedando en evidencia que después de este simple procedimiento quirúrgico los ciclos ovulatorios se restauraban.

Es así como la cirugía que originalmente se efectuó como procedimiento quirúrgico diagnóstico, se convierte en medida terapéutica efectiva.

En los 10 años subsiguientes se agregó a los hallazgos originales una historia de amenorrea secundaria, esterilidad, hipoplasia mamaria, hipoplasia uterina e hirsutismo, los cuales agregados al agrandamiento bilateral de los ovarios, quedan en la literatura médica con la denominación de SÍNDROME DE STEIN LEVENTHAL.

II. ETIOLOGIA

La etiología del Síndrome de Stein Leventhal es obscura y todas las proposiciones teóricas que se han presentado en la literatura médica, dejan mucho que desear, pues ninguna de ellas ayuda a explicar los resultados satisfactorios que se obtienen con la resección en cuña bilateral de los ovarios.

Se ha sugerido la presencia de una barrera mecánica que impediría que los folículos de Graaf maduraran y al-

canzaran la superficie. El engrosamiento de la albugínea y los muchos quistes foliculares a presión situados debajo de la corteza y su incapacidad para romperse a través de la cápsula, parecen apoyar ésta teoría, la cual se beneficia más al tomar en cuenta los resultados que se obtienen con la resección cuneiforme de los ovarios, que produce la consiguiente de decompresión intraovárica. Sin embargo el simultáneo agrandamiento de los ovarios inclina a pensar en la participación de estímulos extraováricos como causa primaria del síndrome.

Algunos autores relacionan las lesiones ováricas con un trastorno hipofisario-ovárico, sospechando la posibilidad de una producción inicial excesiva de hormono foliculoestimulante que obligaría a la producción de folículos de Graaf que crecerían simultáneamente, al ocurrir esto por largo tiempo, los folículos parcialmente desarrollados se hacen quísticos, acumulándose en la corteza produciendo el engrosamiento de la albugínea. Aunque al establecerse el Diagnóstico de Síndrome de Stein Leventhal las determinaciones de hormona foliculo estimulante se encuentra dentro de límites normales, hay ausencia de datos en cuanto a la concentración de dicha hormona en los estadios iniciales del trastorno. Otros autores comprometen a los ovarios como factor de mucha importancia en el Síndrome de Stein Leventhal, sobre todo cuando se asocia a signos de masculinización pues ellos han observado que la resección cuneiforme ovárica interrumpe y algunas veces mejora el proceso de masculinización.

Según otros investigadores hay motivos para sospechar que los ovarios en el Síndrome de Stein Leventhal son manifestación de trastornos que afectan al eje Adenohipofisis-corteza suprarrenal-ovario. Se ha sospechado especialmente la hiperfunción corticosuprarrenal en aquellas pacientes que no responden a la resección en cuña pero que se benefician con dosis supresivas de cortisona. En un estudio para determinar el origen de los andrógenos urinarios en 7 pacientes con Síndrome de Stein Leventhal e hirsutismo, Perloff demostró que 4 pacientes tenían datos clínicos y de laboratorio demostrativos de hiperfunción corticosuprarrenal.

III: ANATOMIA PATOLOGICA

La patología macroscópica de los ovarios en este Síndrome es típica, encontrándose aumentados de tamaño de 4 a 6 centímetros de diámetro, uni o bilateralmente, de forma ovoidea o globulosa, la superficie es lisa, lustrosa, de color blanco perla, unas cuantas telangetasias pueden ser observadas. Pueden verse pequeñas zonas dispersas, aplanadas, azuladas, causadas por los quistes más superficiales, pero que no producen arrugamiento de la cápsula, pues el contorno normal del ovario está preservado.

Al corte la albugínea se encuentra considerablemente engrosada, midiendo de 2 a 3 milímetros de diámetro con la consistencia del cuero. Inmediatamente debajo, en la corteza del ovario se encuentran numerosos quistes de 2 milímetros a 1.5 centímetros de diámetro que contienen líquido claro, incoloro; puede haber de 20 a 100 quistes de diferente tamaño en cada ovario, el estroma es algo fibroso y ligeramente edematoso. Los cuerpos lúteos y albicantes generalmente están ausentes.

Al examen microscópico la cápsula fibrótica engrosada es de sustancia colágena densa, formada por capas entrelazadas de tejido conjuntivo. Por debajo de la cápsula y dentro de la corteza se nota la presencia de numerosos quistes foliculares, en diferentes etapas de desarrollo. Pueden estar revestidos de una sola capa de células granulosas, pero los que se encuentran en una etapa mayor de desarrollo suelen estar cubiertos de células tecaes. Es evidente la hiperplasia de las células de la teca interna alrededor de los folículos atrésicos, esta capa suele estar vascularizada y puede presentar mitosis. Frecuentemente se nota luteinización de células tecaes perifoliculares proliferadas. Folículos de Graaf pueden desarrollarse normalmente. El estroma muestra fibrosis y edema, los vasos sanguíneos son más bien delgados y las arteriolas estiradas. Raramente se ve un cuerpo amarillo pero pueden encontrarse cuerpos albicantes que sugieren que en el pasado hubo ovulaciones.

IV: CUADRO CLINICO

a) *Historia:*

El comienzo de los síntomas generalmente se presenta entre lo 15 a 35 años de edad. La menarquia aparece a la edad habitual y las menstruaciones pueden ser normales por varios años o bien presentarse desde un principio con intervalos irregulares, o bien hacerse progresivamente infrecuentes y escasas hasta llegar a la amenorrea. Observaciones repetidas han demostrado que cualquier tipo de alteración menstrual puede acompañar al Síndrome de Stein Leventhal. La irregularidad menstrual puede ocurrir en mujeres solteras o casadas, en el último grupo por lo general se encuentra asociada a historia de esterilidad. Unos cuantos casos relatan embarazos a término antes del establecimiento de la disfunción menstrual, pero cuando esto sucede ha transcurrido como mínimo un período de un año.

Aunque el hirsutismo está presente en el 50 por ciento de los casos, raramente es el motivo primario de consulta, esto ocurre sobre todo cuando se hace particularmente notorio en la cara y se ha presentado tempranamente, en la adolescencia.

Hay un número pequeño de pacientes que se quejan de menometrorragia, dolor pélvico, que es un síntoma raro, acné que es hallazgo ocasional pero una frecuente queja. Raramente hay dismenorrea, pero es queja frecuente la molestia abdominal baja. La depresión mental y la frustración están comúnmente expresadas por las mujeres que son incapaces de menstruar normalmente. En contraposición con otros disturbios endócrinos similares no hay gran incidencia de frigidez, ni hay pérdida de la lívido.

b) *Hallazgos:*

Al examen físico una minoría de pacientes puede presentar glándulas mamarias más pequeñas que las normales; un 50 por ciento de pacientes presenta hirsutismo de grado variable, distribuido en la cara, brazos y piernas, hay pelos ásperos alrededor de la areola mamaria y ocasionalmen-

te en el esternón; el vello pubiano es extremadamente áspero y espeso. La obesidad descrita por algunos autores no parece ser más frecuente que en la generalidad de las mujeres normales.

Al examen de los órganos pélvicos el útero se encuentra más pequeño que lo normal en el 75 por ciento de los casos. Al examen bimanual el 50 por ciento de las veces revela los ovarios simétricamente aumentados de tamaño, firmes, móviles y por lo general no dolorosos, un pequeño porcentaje de los casos puede evidenciar únicamente la presencia de una tumefacción unilateral y en muchos casos no se palpa ninguno, ya sea porque probablemente estén de tamaño normal o que el espesor de la pared abdominal sea extremadamente aumentada en espesor o que la musculatura abdominal sea muy tensa. Los genitales externos están generalmente desarrollados y ocasionalmente se encuentra hipertrofia del clítoris.

V. DIAGNOSTICO

Las pruebas diagnósticas Standard de esterilidad deben efectuarse previamente antes de afirmar que una paciente es sospechosa de tener un Síndrome de Stein Levanthal. Un análisis del sémen del esposo y la comprobación de la permeabilidad de las trompas de Falopio debe preceder a cualquier otro estudio.

En resumen los fundamentos diagnósticos deben basarse en los hallazgos siguientes.

1º Una historia de amenorrea secundaria que generalmente ocurre después de la aparición de la menarquia, a la edad habitual y después de ciclos menstruales normales, la irregularidad sobreviene gradualmente, espaciándose los ciclos hasta que se produce la menorrea; en algunos casos la amenorrea desaparece en forma brusca, pero cualquiera que sean sus manifestaciones es siempre una amenorrea secundaria. Ocasionalmente se pone en evidencia por el establecimiento de una menometrorragia. En las pacientes casadas la esterilidad está presente.

2º Al examen físico los ovarios se palpan en el 50% de los casos, encontrándose como órganos globulares, de 4 a 6

centímetros de diámetro, firmes, móviles y relativamente insensibles, en algunas pacientes sólo se palpa un ovario, ya sea por resistencia de la pared abdominal o que en realidad sólo exista un ovario aumentado de tamaño; en muchos casos a pesar de existir un Síndrome de Stein Leventhal, los ovarios se encuentran de tamaño normal o ligeramente aumentados de tamaño como lo han demostrado algunos autores. Por lo general el útero es hipoplásico, las mamas en ciertas pacientes pueden estar poco desarrolladas. Puede haber hirsutismo en la cara, brazos, piernas y manos o sea una distribución de vello de tipo masculino; la silueta esquelética femenina no sufre ninguna modificación.

3º Hay que auxiliarse mediante una ayuda visual diagnóstica practicando la neumografía pélvica, que también puede lograrse mediante la inyección transvaginal o transabdominal de 1 litro de anhídrido carbónico en la cavidad peritoneal, que también se puede efectuar por vía uterina, para seguidamente instilar 4 a 6 centímetros de material radioopaco, obteniéndose así placas de contraste que delimitan el contorno uterino y evidencian la relación de los ovarios con las trompas. Con estos procedimientos se observan los ovarios aumentados de tamaño en una y media a tres cuartos de la sombra uterina que se encuentra hipoplásica. Estos procedimientos tienen la desventaja de no ser ayuda diagnóstica en los casos en los cuales los ovarios, se encuentran de tamaño normal o levemente aumentados, recomendándose en tales casos la colpotomía posterior a la culdoscopia, pues se obtiene una visualización directa, además del color natural.

4º Deben efectuarse radiografías de la silla turca con el objeto de descartar patología extraovárica, la cual en el Síndrome de Stein Leventhal se encontrará normal.

5º La determinación de los 17 cetosteroides está dentro de límites normales (8 a 11 miligramos por 24 horas), lo mismo que la hormona foliculo estimulante, luteinizantes y pregnandiol.

6º Las curvas de temperatura basal son monofásicas.

7º Las biopsias en endometrio revelan anovulación que

se manifiesta por endometrio de tipo proliferativo o hiperplasia glandular quística.

8º El moco cervical es espeso y escaso.

9º Los frotos vaginales diarios demuestran la ausencia de cambios cíclicos.

10º. Investigaciones recientes han demostrado que en las pacientes con Síndrome de Stein Leventhal, había una excreción diaria que oscilaba entre 8 a 260 microgramos de pregnenetriolone, sustancia que no se encuentra en orina de mujeres normales pero sí en pacientes con hiperplasia adrenal, pero aquí hay además aumentos en la eliminación de los 17 cetosteroides urinarios y 17 esteroides cetógenos, lo cual puede ayudar mucho a determinar qué pacientes se pueden beneficiar con el uso de la resección cuneiforme.

El diagnóstico diferencial del Síndrome de Stein Leventhal no suele ser difícil. Los quistes dermoides pueden ser bilaterales, identificándose como tumefacciones duras, no dolorosas, además por lo general no están asociados a trastornos menstruales o esterilidad; la ginecografía nos muestra sombras más densas, pues dichos quistes contienen dientes, huesos, sustancias calcáreas o grasosas. Los quistes luteínicos se pueden asociar con dolor pélvico, menorragia o amenorrea, pero por lo general hay una masa unilateral y son muy sensibles a la palpación, son extremadamente lábiles y pueden romperse a la palpación, el estudio radiológico puede mostrar un ovario globular, unilateral de 4 a 5 centímetros de diámetro y menos densos que los ovarios en el Síndrome de Stein Leventhal o los quistes dermoides. Los quistes luteínicos multiloculares frecuentemente son grandes y se reconocen rápidamente al examen ginecológico.

Los quistes chocolates son encontrados a menudo en mujeres infértiles y generalmente asociados a menometrorragia, dismenorrea y dispareunia, su consistencia es firme, sensibles a la palpación y frecuentemente adheridos a los ligamentos anchos; con la ginecografía se ponen de manifiesto masas globulares uniformemente densas, el contorno no se define bien debido a las adherencias con los ligamentos anchos. Los síntomas y los hallazgos clínicos pueden ser muy similares en el síndrome adrenogenital, e inclusive ovarios

quisticos bilaterales pueden ser encontrados pero por lo general aquí hay más signos de virilismo, la diferenciación se hace mediante la determinación urinaria de los 17 cetosteroides que regularmente están elevados en el Síndrome adreno-genital y normales en el Síndrome (Stein Leventhal, y además con mucha frecuencia responden a la terapéutica con cortisona.

VI TRATAMIENTO

Toda la terapéutica médica no quirúrgica, principalmente hormonal que ha sido instituida con el fin de devolver la función normal de los ovarios no ha dado los resultados apetecidos. Es así como muchos médicos fueron partidarios del empleo de la cortisona y el estilbestrol en pacientes con ovarios poliquísticos de Stein Leventhal, pero ningún efecto benéfico ha sido reportado en las numerosas series de pacientes estudiados, que han sido tratados por períodos que variaron entre 1 a 3 años, viniendo como corolario final el someterse a la terapéutica quirúrgica, con la cual se restablecieron los ciclos menstruales y la función fisiológica normal.

Algunos autores han tratado de resolver el problema mediante el uso de la roentgenterapia dirigida hacia la hipófisis y los ovarios, obteniendo resultados variables; en la mayoría de los pacientes los resultados fueron inefectivos y en algunos se obtuvieron resultados pasajeros. A este respecto es importante llamar la atención en cuanto a los efectos perjudiciales de la roentgenterapia sobre las gónadas, pues los genetistas han demostrado los grandes peligros que pueden sobrevenir por las mutaciones irreversibles en los genes, producidos por los rayos X. Después de estas breves pero importantes consideraciones y por los resultados obtenidos por diferentes autores, se llega a la conclusión de que en la actualidad, el tratamiento más efectivo en el Síndrome de Stein Leventhal, es el quirúrgico, para lo cual se han descrito diferentes técnicas:

1°—La punción múltiple de los quistes a través de la cápsula engrosada ya sea por vía vaginal o abdominal.

2°—La forcipresión de los ovarios.

3°—La decapsulación de los ovarios.

4°—La eversión o bisección de los ovarios.

5°—La resección en cuña ovárica bilateral.

De estos diferentes procedimientos el más aceptado es el último que se ha vuelto el método de elección por los buenos resultados obtenidos por la mayoría de los autores. La decapsulación o la extroversión practicada en otros tiempos han perdido crédito por los menores resultados satisfactorios que produce, probablemente debidos a las adherencias post operatorias, o a la formación de otra cápsula o a ambas.

La resección en cuña bilateral puede efectuarse a través de una incisión mediana infraumbilical o una incisión de Pfannestiel o sus variantes. La cantidad de ovario a resecar es variable, dependiendo del tamaño de los ovarios, el fin primordial es la decompresión ovárica, si éstos son muy voluminosos se tratará de resecar la cantidad necesaria con objeto de reducirlos a su tamaño normal, la zona reseçada comprende la túnica engrosada, la zona poliquística y parte del estoma ovárico más profundo. Hay que recalcar la importancia de no sustraer mucho estroma ovárico pues pueden no lograrse los fines perseguidos, ya que puede dificultar el riego sanguíneo o traumatizar el tejido folicular, y como consecuencia afectar la ovulación posterior. Seguidamente se puncionan con bisturí, a través de la cápsula la mayoría de los quistes.

Hecha la resección cuneiforme, se cierra el defecto con catgut fino y aguja atraumática; o bien se hace una sutura en corona de los bordes y se deja abierto el fragmento reseçado. Es necesaria la cuidadosa hemostasis para evitar hemorragias intersticiales que pueden llevar inclusive a una ulterior ooforectomía.

La mayoría de los autores están de acuerdo en no recomendar agregar ningún otro procedimiento quirúrgico simultáneo a la resección cuneiforme, tales como la apendicectomía o la suspensión, por los peligros de infección ovárica o adherencias peritoneales.

VII: RESULTADOS OBTENIDOS POR DIFERENTES AUTORES

La serie de casos más grande reportada es la del Dr. Irving F. Stein del Michael Reese Hospital, Chicago, Illinois,

quien reportó 96 pacientes tratadas quirúrgicamente; solo tomó en cuenta pacientes perfectamente seleccionadas que llenaban los requisitos previamente establecidos o mejor dicho con un diagnóstico de certeza previo.

De dichas pacientes 71 fueron seguidas en lo que se refiere al problema de esterilidad, de éstas, 63 se volvieron embarazadas una o más veces, haciendo un total de 146 embarazos; de los cuales 119 nacieron vivos, 4 partos gemelares, 28 abortos y nacidos muertos, 2 anteparto y 1 ectópico. El embarazo ectópico se produjo 12 años después de la cirugía original y la paciente previamente había tenido 2 embarazos a términos normales. Del total de las 96 pacientes únicamente 3 no menstruaron regularmente, una paciente fue amenorreica durante un año, posterior a la cirugía, después ella menstruó regularmente sin ayuda de terapéutica adicional. Otra paciente presentó ciclos irregulares cada 6 a 8 semanas; la tercera paciente presentó similares irregularidades menstruales, ésta paciente había recibido roentgenoterapia por padecer de un tumor de la glándula parótida.

Las complicaciones y secuelas fueron mínimas, en algunas de las pacientes que se sometieron subsecuentemente a otras intervenciones quirúrgicas, tales como cesáreas, histerectomías u otras condiciones, fueron inspeccionados los ovarios, los cuales mostraron el característico aspecto normal. Unas cuantas pacientes mostraron discretas adherencias peritoneales pero que oviamente no fueron suficientemente extensas para evitar la concepción. Al efectuar cuidadosamente la resección cuneiforme, el post operatorio transcurre sin ninguna complicación y las pacientes quedan sujetas a las mismas lesiones ováricas producidas en el resto de las mujeres normales durante el período reproductivo.

El Dr. Stein hace notar que la función reproductiva es restaurada mediante la resección cuneiforme bilateral y que dura toda la vida reproductiva de la paciente.

El Doctor Emerson K. Blewett de Austin, Texas, hizo un reporte de 10 casos de Síndrome de Stein Leventhal compilados de 611 pacientes con diagnóstico de esterilidad, cuyos resultados quedan mejor aclarados en el siguiente cuadro:

C.V.	Edad	Menstruación	Primaria	No	No	No	Derecho: 4 veces mayor de lo normal. Izdo.: NI.	Normal	3 normales - 1956-57-58
I C.V.	21	Oligomenorrea Menstruaciones cada 6 a 10 semanas	Primaria	No	No	No		Normal	
II W.N.	23	Amenorrea secundaria. Sin menstruaciones 6 años	Primaria	No	Si	No	Normal	Normal (Anovulatorios)	Ninguno
III F.T.	27	Oligomenorrea Menstruaciones cada 6 a 12 semanas	Primaria	No	Si	Normal	Normal	Normal	2 abortos sin llegar a fetos. 1 normal 1958.
IV R.D.	22	Metrorragia 10 años consecutivos.	Primaria	No	Si	Normal	Normal	Normal	1 normal en abril 1960.
V F.K.	30	Amenorrea secundaria. Sin menstruaciones x 2 años	Primaria	No	Si	No	Normal	Normal	1 normal en julio 59. 1 Aborto en 1960, actualmente embarazada.
VI J.R.	24	Oligomenorrea Menstruaciones cada uno a 6 meses	Primaria	No	Si	Normal	Normal	Normal	1 normal en mayo 1960.
VII L.A.	22	Oligomenorrea Menstruaciones cada 3 a 6 meses	Primaria	No	Si	Normal	Ligeramente aumentado	Normal	1 aborto. 1 normal en 1959.
VIII J.H.	24	Oligomenorrea Desapareció en Oct./58. Menstruaciones en Enero y Julio /59.	Secundaria	No	Si	Normal	Derecho 3 veces mayor de lo normal. Izdo.: Normal	Normal	Operado en 1960. Sin embarazarse.
IX B.	26	Oligomenorrea Menstruaciones cada 1 a 8 meses	Primaria	No	Si	Normal	Normal	Normal	Op. en 1960.
X L.F.	30	Oligomenorrea Menstruaciones cada 3 a 7 meses	Primaria	No	Si	Normal	3 veces lo normal los dos	Normal	Op. en 1960.

VIII: MATERIAL DE ESTUDIO Y RESULTADOS OBTENIDOS

Para el presente trabajo de tessi fue necesario revisar el archivo del Servicio de Ginecología Sección "A", del Hospital General, por un periodo de 8 años comprendidos de 1955 a 1962, durante el cual se obtuvieron 5,016 ingresos, dentro de los cuales se comprobaron mediante el estudio anatomopatológico 12 casos de Síndrome de Stein-Leventhal.

Como se comprobará en el material de estudio, a pesar de las dificultades técnico-económicas, para poder efectuar un diagnóstico de certeza previo a la Laparatomía exploradora, como lo recomiendan otros autores de países con mayores facilidades económicas y hospitalarias, el diagnóstico se hizo clínicamente, sospechado por los datos clínicos principalmente: Trastornos menstruales, hirsutismo, esterilidad y agrandamiento de los ovarios.

1) Material de estudio:

Al analizar los casos estudiados hemos creído conveniente agruparlos de acuerdo a sus manifestaciones clínicas sobresalientes: a) Edad; b) Ocupación; c) Residencia habitual; d) Motivo de ingreso; e) Hirsutismo; f) Esterilidad; g) Examen ginecológico; h) Exámenes complementarios de importancia; i) Diagnóstico pre-operatorio. Queremos dejar constancia desde ya, que la obesidad no se encontró en ninguna de nuestras pacientes lo mismo que la hipoplasia mamaria.

a) Edad:

La edad de nuestras 12 pacientes estuvo comprendida entre 16 y 31 años, sin que se notara predominio significativo hacia alguna edad intermedia, como lo muestra el cuadro siguiente:

Edad en años:	Pacientes	%
16	1	8.33
17	1	8.33
18	1	8.33
19	2	16.66
22	1	8.33
23	1	8.33
25	2	16.66
26	1	8.33
28	1	8.33
31	1	8.33
Total . . .	12	99.96

De lo anterior se concluye que la mayor incidencia ocurre en la primera mitad de la vida reproductiva de la mujer.

b) Ocupación:

No se puede llegar a ninguna conclusión en este aspecto a pesar de que 7 pacientes fueron de oficios domésticos, 2 estudiantes, 2 costureras y 1 maestra de Educación primaria, ya que las primeras constituyen la mayoría de las pacientes hospitalarias en cualquier Servicio.

c) Residencia habitual:

Once de nuestras pacientes residían en la Ciudad Capital y la otra era originaria y residente de la Estanzuela, Zacapa; estos datos nos ponen en evidencia el mayor grado de instrucción de las residentes de la Capital en cuanto a consultar sus problemas de salud, agregando además las mayores facilidades hospitalarias de que disponen, pues no se duda que en el interior de la República existan más pacientes con esta patología, pero que debido a su ignorancia y su medio ambiente no hacen consulta facultativa.

d) Motivo de Ingreso:

Con el objeto de hacer más objetivo y en vista de la similitud de los motivos que obligaron a las pacientes a bus-

car hospitalización, creemos conveniente agruparlos en la siguiente forma:

Nº	SINTOMAS	PACIENTES	%
1.	Oligomenorrea (*)	5	41.65
2.	Amenorrea Secundaria (**)	2	16.66
3.	Oligomenorrea + dismenorrea	2	16.66
4.	Oligomenorrea + dismenorrea + metrorragias	1	8.33
5.	Amenorrea secundaria + dismenorrea	1	8.33
6.	Menometrorragias	1	8.33
	Total	12	99.96

(*) Las Oligomenorreas variaron en evolución desde 18 meses hasta 13 años, presentando menstruaciones que variaron también en presentarse entre 6 a 8 semanas por un día, hasta cada 3 meses por un día.

(**) Las amenorreas secundarias variaron de 6 a 11 meses que fueron precedidas por oligomenorreas de 2 a 3 meses.

El cuadro anterior nos demuestra que el síntoma principal de ingreso fue la Oligomenorrea, siguiéndole la Amenorrea secundaria y la Oligomenorrea más Dismenorrea. Es importante hacer notar en este momento que una cuarta parte de las pacientes presentaron Dismenorrea asociada a otros trastornos menstruales.

e) Hirsutismo:

Este síntoma estuvo presente en la mayoría de las pacientes ya que un 75% lo mostraba desde las formas discretas hasta las severas, distribuido en los miembros superiores e inferiores principalmente, aunque 2 pacientes presentaban moderado hirsutismo facial. Este síntoma fue de gran ayuda en la sospecha diagnóstica del Síndrome.

f) Esterilidad:

En nuestro estudio se comprobó que 3 de las 12 pacientes presentaban esterilidad secundaria (25%) con antecedentes distribuidos en la forma siguiente: Paciente B. L. G. con 1 hijo de 14 años; Paciente MMJ con 2 hijos vivos, el último 3 años antes de su ingreso, Paciente D. D. F. de G. con 2 abortos comprobados anatomopatológicamente, el último 18 meses antes de su ingreso. Como se aprecia por estos datos el Síndrome puede establecerse en pacientes previamente fértiles.

g) Examen ginecológico:

El examen ginecológico mostró los genitales externos de apariencia normal en todas las pacientes, el útero se encontró disminuido de tamaño en 5 pacientes (41.65%). En una paciente se encontró el útero bircóneo y 6 pacientes (50%) tenían un útero reportado de tamaño normal; esto contrasta con la hipoplasia uterina obtenida por otros autores cuyas estadísticas ascienden al 75%. En cuanto a la palpación de los ovarios, fué positiva en ambos lados en 7 casos (58.33%). En 2 pacientes se palpó únicamente el ovario de un lado y en las 3 pacientes restantes (25%), los ovarios no fueron detectados por métodos palpatorios. Es importante hacer énfasis de que un 75% de las pacientes presentaban ovarios palpables, como masas duras, móviles y generalmente indoloros, estos hallazgos se confirman posteriormente por Celiotomía.

h) Exámenes de importancia:

Bajo este título queremos resumir aquellos exámenes de laboratorio (dosificaciones hormonales), radiográficos, scopicos, etc., que pueden ayudar con bastante aproximada certeza a confirmar un Síndrome de Stein Laventhal, pero que en nuestro medio es extremadamente difícil contar con ellos; sin embargo debemos hacer todo lo posible, dentro de nuestras capacidades, para tratar de alcanzar estos importantes auxiliares diagnósticos que indiscutiblemente redundan en beneficio de las pacientes.

Es por estas razones que el diagnóstico en nuestras pacientes fué hecho exclusivamente a base de Semiología y

signos clínicos.

i) Diagnóstico preoperatorio:

A pesar de las consideraciones hechas en el inciso anterior a 8 de nuestras 12 pacientes (66.64%) se les hizo un diagnóstico primario de Síndrome de Stein Leventhal; a 2 pacientes se les diagnosticó primariamente metropatía hemorrágica y en segundo lugar diagnosticó: Síndrome de Stein Leventhal.

2) Resultados obtenidos:

Antes de dar a conocer los resultados, conviene hacer ciertas consideraciones en lo que respecta a los procedimientos quirúrgicos empleados, como los hallazgos operativos. En efecto, en 2 pacientes la incisión abdominal fue mediana infraumbilical y en el resto (10 pacientes) fue una incisión tipo Pfannestiel o sus variantes.

A la exploración los ovarios muestran en todos los casos las características típicas macroscópicas, es decir son de color blanco nacarado, con cápsula engrosada, duros, móviles, con múltiples quistes por debajo de la albugínea; en la mayoría de los casos (8), estaban de moderada a grandemente aumentados de tamaño, las características pueden ser apreciadas en la figura No. 1.

Otras 3 pacientes fueron reportadas de poseer ovarios de tamaño normal y una paciente que tenía el ovario derecho de mayor diámetro que el izquierdo que también estaba aumentado de tamaño. La técnica quirúrgica que se empleó propiamente en los ovarios es como sigue: En 11 pacientes se efectuó resección cuneiforme bilateral y punción de los quistes con bisturí, seguidamente se efectuó sutura en corona, continua, de sus bordes con cat gut extra fuerte y aguja atraumática. En una paciente se efectuó everción bilateral de los ovarios.

A pesar de las opiniones de otros autores, a todas las pacientes se les practicó apendicectomía preventiva, exceptuando a 2 a quienes previamente se les había efectuado.

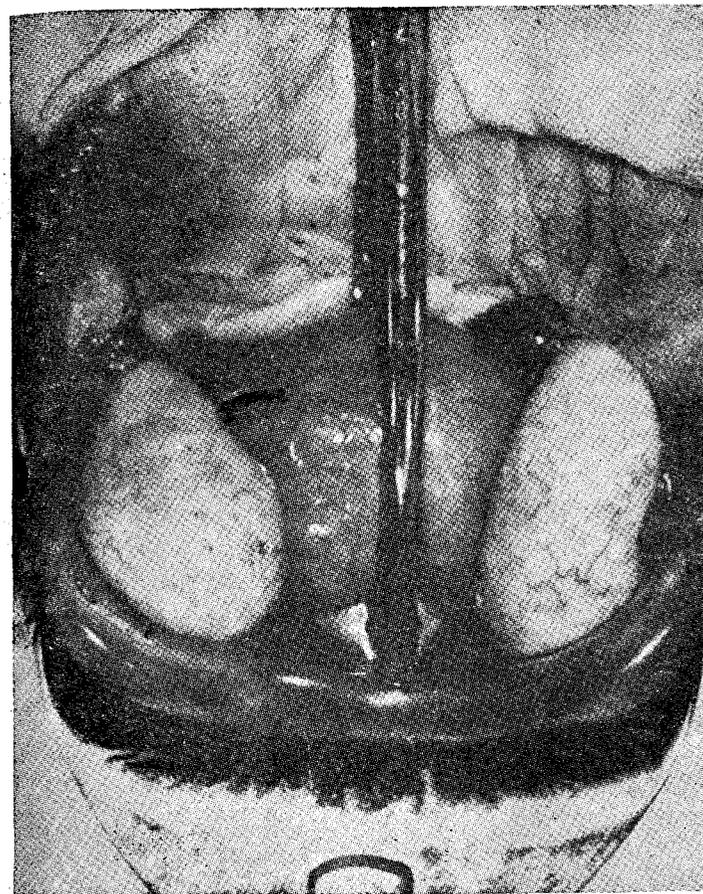


Fig. No. 1: Ovarios Simétricamente aumentados de tamaño, típicos del Síndrome.

Los resultados obtenidos pueden quedar mejor aclarados mediante el siguiente cuadro, en el cual se establecen resultados en la siguiente forma:

- I. Excelente: las que recobraron sus ciclos menstruales normales o concibieron posteriormente.
- II. Regular: Las que habiendo recobrado sus menstruaciones cíclicas seguidamente a la operación, presentaron alteraciones en los años ulteriores.
- III. Malo: Las que no se beneficiaron con la operación.

IV. Desconocido: Pacientes a quienes no se tuvo la oportunidad de controlar posteriormente.

BENEFICIOS:	No. PACIENTES	%
I. EXCELENTE		
3 meses después de operada tiene menstruaciones cíclicas. 2 embarazos a término normales en 1956 y 1957.	1	8.33
Menstruaciones cíclicas, un embarazo a término normal en 1958, un aborto en 1959.	1	8.33
Menstruaciones cíclicas, un embarazo a término normal en 1960.	1	8.33
Menstruaciones cíclicas, actualmente embarazadas, Noviembre de 1962.	1	8.33
Menstruaciones cíclicas.	1	8.33
Total	8.	66.64
II. REGULAR		
Después de operada sus menstruaciones son cíclicas por 3 años consecutivos en que aparece oligomenorrea (ésta se de con tratamiento médico.	1	8.33
Total	1	8.33

III. MALO

		%
13 meses después de operada continuaba con períodos de menometrorragias alternando con amenorreas de 3 meses.	1	8.33
2 años después aún presentaba metrorragias alternando con oligomenorreas, la dismenorrea continuaba.	1	8.33
Total	2	16.66
IV. DESCONOCIDO		
Paciente no se pudo localizar para controlar los resultados.	1	8.33
Total	1	8.33

El cuadro anterior es muy objetivo al demostrarnos un resultado excelente en 8 pacientes que representan el 66.64%, regular en una paciente: 8.33% malo en dos pacientes 16.66%. Desconocido en una paciente: 8.33%. Como podemos darnos cuenta los resultados son similares a las estadísticas de otros países en que se han obtenido de 70 a 80% de buenos resultados.

De lo anterior deducimos que la mejor terapéutica actual en el tratamiento del Síndrome de Stein Leventhal es la resección cuneiforme bilateral de los ovarios y que la apendicectomía preventiva aparentemente no tiene ninguna acción sobre los buenos resultados obtenidos.

Todos los casos presentados en este trabajo fueron confirmados anatomopatológicamente como "Compatibles con el Síndrome de Stein Leventhal", o con términos similares.

El post-operatorio de todas las pacientes fué completamente satisfactorio ya que en todas las oportunidades no se suscitaron problemas que merezcan mención.

IX: CONCLUSIONES

- 1.—Se hace una descripción de la historia, cuadro clínico, Diagnóstico, Anatomía patológico y tratamiento, del Síndrome.
- 2.—La edad más frecuente a que se presenta es de los 16 a los 31 años.
- 3.—La ocupación de la paciente no tiene importancia.
- 4.—El Síndrome es más frecuente en residentes de la capital.
- 5.—Los motivos de ingreso principales son la Oligomenorrea y la amenorrea secundaria.
- 6.—La dismenorrea estaba presente en el 25% de los casos.
- 7.—El hirsutismo estaba presente en el 75% de los casos.
- 8.—25% de las pacientes presentaban esterilidad secundaria.
- 9.—Los ovarios fueron palpables clínicamente en el 75% de los casos.
- 10.—En 66% de las pacientes se hizo diagnóstico preoperatorio correcto, primariamente.
- 11.—Los ovarios a la laparatomía eran típicos del Síndrome de Stein Leventhal.
- 12.—La técnica operatoria en mayor número efectuada fué la resección en cuña bilateral.
- 13.—Los resultados obtenidos fueron satisfactorios en el 75% de los casos.

III. MALO

		%
13 meses después de operada continuaba con períodos de menometrorragias alternando con amenorreas de 3 meses.	1	8.33
2 años después aún presentaba metrorragias alternando con oligomenorreas, la dismenorrea continuaba.	1	8.33
Total	2	16.66

IV. DESCONOCIDO

Paciente no se pudo localizar para controlar los resultados.	1	8.33
Total	1	8.33

El cuadro anterior es muy objetivo al demostrarnos un resultado excelente en 8 pacientes que representan el 66.64%, regular en una paciente: 8.33% malo en dos pacientes 16.66%. Desconocido en una paciente: 8.33%. Como podemos darnos cuenta los resultados son similares a las estadísticas de otros países en que se han obtenido de 70 a 80% de buenos resultados.

De lo anterior deducimos que la mejor terapéutica actual en el tratamiento del Síndrome de Stein Leventhal es la resección cuneiforme bilateral de los ovarios y que la apendicectomía preventiva aparentemente no tiene ninguna acción sobre los buenos resultados obtenidos.

Todos los casos presentados en este trabajo fueron confirmados anatomopatológicamente como "Compatibles con el Síndrome de Stein Leventhal", o con términos similares.

El post-operatorio de todas las pacientes fué completamente satisfactorio ya que en todas las oportunidades no se suscitaron problemas que merezcan mención.

IX: CONCLUSIONES

- 1.—Se hace una descripción de la historia, cuadro clínico, Diagnóstico, Anatomía patológica y tratamiento, del Síndrome.
- 2.—La edad más frecuente a que se presenta es de los 16 a los 31 años.
- 3.—La ocupación de la paciente no tiene importancia.
- 4.—El Síndrome es más frecuente en residentes de la capital.
- 5.—Los motivos de ingreso principales son la Oligomenorrea y la amenorrea secundaria.
- 6.—La dismenorrea estaba presente en el 25% de los casos.
- 7.—El hirsutismo estaba presente en el 75% de los casos.
- 8.—25% de las pacientes presentaban esterilidad secundaria.
- 9.—Los ovarios fueron palpables clínicamente en el 75% de los casos.
- 10.—En 66% de las pacientes se hizo diagnóstico preoperatorio correcto, primariamente.
- 11.—Los ovarios a la laparatomía eran típicos del Síndrome de Stein Leventhal.
- 12.—La técnica operatoria en mayor número efectuada fué la resección en cuña bilateral.
- 13.—Los resultados obtenidos fueron satisfactorios en el 75% de los casos.

X: REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.—Blewett Emerson K., M. D.: A Critique of the Stein Leventhal Syndrome, American Journal of Obstetrics and Gynecology, vol: 82., p: 351., 1961.
- 2.—Decker Albert M. R., and Decker Wayne H., M. D., Practical Office Gynecology 1956., P: 312.
- 3.—Garry J., and Fienberg R., Polycystic Ovaries., Obst. &Gynec. 12:480-484., (Oct) 1958.
- 4.—Harrison T. R., Medicina Interna, 2a. Edición, copyright 1962.
- 5.—Ingersoll Francis M. M. D., The Polycystic Ovary Syndrome. Clinical Obstetrics and Gynecology., September 1961, p: 807.
- 6.—Mattingly D., Mills I. H., and Prunty E. T., Treatment of Simple hirsutism, Including the hirsute type of Stein Leventhal Syndrome., p: 1298, April 30, 1960.
- 7.—MacFarlane, K. T. M. D: Rational Ovarian Surgery., American Journal of Obstetrics and Gynecology, vol. 80. No. 4., p: 685. October 1960.
- 8.—Orr, Thomas G., Operaciones de Cirugía General, U. T. E. H. A., 1954.
- 9.—Perloff, W. H., Chanick, B. J., Hadd, H. E., and Nodine, J. H., Stein Leventhal Ovary; a manifestación de hyperadrenocorticism., Fertil & Steril., 9:247-255., May-June) 1958.
- 10.—Parker Jr. A. Seymour., M.D.,: Síndrome de Stein Leventhal., Clínicas Médicas de Norte América, Marzo 1961., p:397.
- 11.—Stein Irving F., Sr., M.D.,: The Stein Leventhal Syndrome., Clinical Obstetrics and Gynecology., March 1959., p:207.
- 12.—Stein Irving F.,: Stein Leventhal Syndrome; a cura-

ble form of Sterility., New England J. Med. 259:420
423 (august 28) 1958..

JULIO CESAR CHANG MORAN

DR. JOSE DIAZ DURAN
Asesor

DR. FERNANDO BREGNI
Revisor

Vo. Bo.:

DR. CARLOS ARMANDO SOTO
Secretario Interino

Imprimase:

DR. RAUL RODRIGUEZ PADILLA
Decano Interino