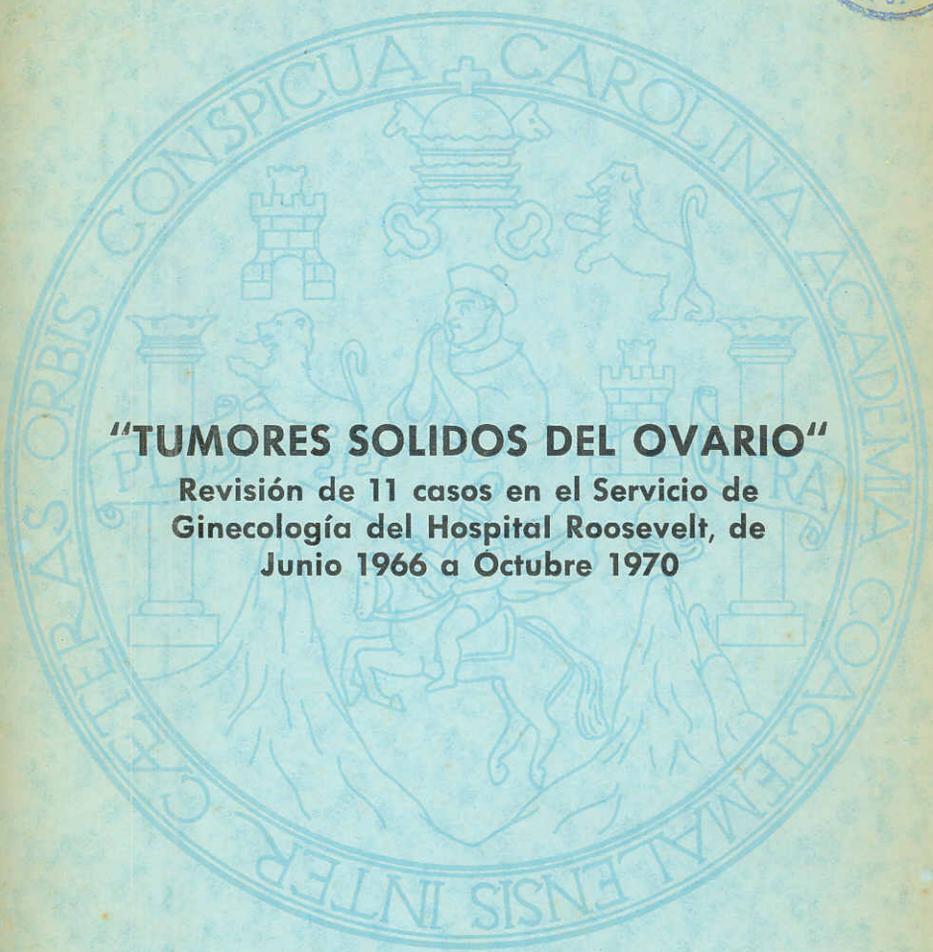


1971

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



"TUMORES SOLIDOS DEL OVARIO"

Revisión de 11 casos en el Servicio de
Ginecología del Hospital Roosevelt, de
Junio 1966 a Octubre 1970

ILEANA ESTELLA LORENZANA ARRIAGA

1971

PLAN DE TESIS

- I. INTRODUCCION
- II. MATERIAL Y METODOS
- III. RESULTADOS OBTENIDOS
- IV. CLASIFICACION DE TUMORES SOLIDOS DEL OVARIO
- V. TIPOS DE TUMORES REVISADOS
- VI. PRESENTACION DE CASOS
- VII. DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO
- VIII. CONCLUSIONES
- IX. BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

En nuestro ambiente hospitalario, es muy frecuente oír hablar de "Tumores del Ovario". El estudiante de Medicina durante su práctica en los Servicios de Ginecología se familiariza con la idea de que gran parte de la patología femenina radica en el ovario y más aun, en tumores del mismo. Quizá esto es debido a que son muchas las pacientes que se acercan en consulta refiriendo como causa de la misma, patología ovárica, y al examen ginecológico se encuentra lo que puede ser compatible con un tumor del ovario, quístico o sólido. Con el propósito de establecer si realmente lo antes expuesto es verdadero, decidí investigar la frecuencia con que ocurre este tipo de tumores en relación al número de pacientes que ingresan, y al número de ellas que son tratadas quirúrgicamente en el Servicio de Ginecología del Hospital Roosevelt, y mas específicamente cuantos de estos pertenecen al tipo sólido de los mismos.

MATERIAL Y METODOS

Para la realización de este trabajo, se tuvieron a la vista los libros de operaciones del Servicio de Ginecología del Hospital Roosevelt, y el libro de ingresos al mismo desde el inicio de su funcionamiento en Junio de 1966 a Octubre de 1970. Esto con el fin de obtener el número de pacientes que ingresaron, cuántas fueron intervenidas quirúrgicamente, cuántas de ellas pertenecieron a patología ovárica, y de éstas cuántas correspondieron a tumores sólidos que es lo que nos proponemos investigar.

RESULTADOS OBTENIDOS:

Encontramos que el número de pacientes que ingresaron al Servicio de Ginecología del Hospital Roosevelt, a partir del Primero de Junio de 1966 hasta el 2 de Octubre de 1970, fue de 2,559.

De ellas fueron intervenidas quirúrgicamente 2,247 con diversos diagnósticos como Ca. del cérvix, fibromatosis uterina, metrorragias, leucoplasia vulvar, infección pélvica, masa anexial, tumor del ovario, ovacio poliquistico, etc. etc. Encontrando que específicamente por patología del ovario fueron intervenidas 234, lo que corresponde a 1.41 o/o del total.

De estas 234 pacientes, solamente a 11 se les demostró tumor sólido del ovario, lo que representa el 4.7 o/o de la cifra anterior.

Los tipos de tumores encontrados fueron:

<i>Tipo de Tumor</i>	<i>No. de Casos</i>
Disgerminoma	5
T. de células de Teca-granulosa	3
Fibroma	2
Arrenoblastoma	1

La edad ee las pacientes según el tipo de tumor osciló:

<i>Tipo de Tumor</i>	<i>Edad</i>
Disgerminoma	De 12 a 39 años
T. de células de Teca-granulosa	De 27 a 53 años
Fibroma	De 32 y 72 años
Arrenoblastoma	De 21 años

En cuanto al diagnóstico pre-operatorio de estas pacientes, diremos que en Servicio de Ginecología cuando ingresa una paciente, se le examina detenidamente, y si el hallazgo es una masa anexial, tentativamente se piensa que pueda tratarse de un tumor del ovario quístico o sólido; si además están presentes signos y síntomas que puedan aportar más a l diagnóstico clínico, éste se hace más específico. Se indica la conducta a seguir con la paciente, completando sus exámenes de laboratorio rayos X, electrocardiograma, y se procede a la intervención que en nuestros casos fue una exploración pélvica.

En los casos de las pacientes con Disgerminoma, encontramos que a dos de ellas se les diagnosticó antes de intervenirlas; en las otras tres pacientes el diagnóstico pre-operatorio fue de un quiste dermoide, luego durante la operación y al ver macroscópicamente el tumor se hizo el diagnóstico de Disgerminoma que posteriormente fue comprobado por Anatomía patológica.

En las pacientes que encontramos con diagnóstico definitivo de tumor de células de teca-granulosa, clínicamente no habían manifestaciones, por lo que no se hizo el diagnóstico clínico ni durante el acto operatorio, ya que macroscópicamente se pensó en tumor del ovario sin llegar a especificar su tipo; posteriormente al ser examinada la pieza en Anatomía patológica, se dió el diagnóstico de Tumor de células de Teca-granulosa.

En los casos de las pacientes con Fibroma del Ovario y Arrenoblastoma, se hizo el diagnóstico pre-operatorio y se comprobó por Anatomía patológica.

CLASIFICACION DE TUMORES SOLIDOS DEL OVARIO:

En relación a la clasificación de los tumores del ovario en general, los distintos autores difieren en su forma de hacerlo de acuerdo a lo que cada uno de ellos, considera como mejor o más práctico. Para citar algunos autores de los que consultamos,

diremos que Taylor los clasifica en Benignos en general, y cáncer del ovario, incluyendo en este último la mayoría de tumores sólidos que son los que nos interesan.

Novak los clasifica en benignos, malignos, malignos raros, endócrinos potenciales y metastásicos o por extensión.

Herbut hace una clasificación similar a la anterior. Pudimos comprobar que todas las clasificaciones son similares.

Hemos observado que ninguno hace énfasis especialmente en solo clasificar los tumores sólidos, ya sea en relación a frecuencia, benignidad, malignidad, etc.

En la cátedra de Ginecología dictada a los estudiantes de Medicina por el Dr. Francisco Bauer Paiz Jefe del Depto. de Ginecología del Hospital Roosevelt, se nos ofrece una clasificación de Tumores del Ovario fácil de comprender, y que permite en una forma sencilla y rápida estudiar a los tumores sólidos.

Esta clasificación adoptada por el Doctor Bauer Paiz es la que damos a continuación y es la descrita por el Dr. Malcolm Dockerty patólogo de la Clínica Mayo.

TUMORES DEL OVARIO

Tumores quísticos

80 o/o en su mayoría **benignos**.

Quistes simples: {
 Luteínicos
 Foliculares
 Teca luteína
 De inclusión
 Poliquísticos

Teratoma quístico o quiste dermoide
 Endometrioma o quiste chocolate

Cistoadenomas: {
 Serosos {
 Simples
 Papilares
 Seudomucinosos {
 Simples
 Papilares

Cistoadenocarcinoma {
 Seroso
 Seudomucinoso

Tumores sólidos:

20 o/o en su mayoría malignos.

De carácter benigno:

Fibroma del ovario
 Angioma
 Lipoma
 Tumor de Brenner

De carácter maligno:

Teratoma sólido
 Disgerminoma
 Gonadoblastoma
 T. productores de Estrógenos:

a) T. de células granulosas
 b) Tecoma

T. productores de Andrógenos:

a) Arrenoblastoma
 b) T. de células de Leydig o del hilio del ovario o de Berger.

c) T. de células claras

Mesonefroma o Tumor de Shiller.

Ca. primario sólido del ovario.

Secundarios:

Tumores metastásicos malignos al ovario (Tumor de Krukenberg).

Disgerminoma del Ovario:

Este tipo de tumor constituye del 3 al 5 o/o de todos los tumores ováricos. Se presenta con mayor frecuencia en pacientes que se encuentran entre la segunda y tercera décadas de la vida, aunque se han reportado casos de pacientes de dos y setenta y seis años de edad.

En cuanto a su origen se cree que esta interesante variedad de tumores tienen su origen en las células germinales primordiales que datan de la temprana fase indiferenciada del desarrollo de las gonadas. Debido a que en esta etapa las células no han adquirido aún los caracteres masculinos o femeninos, el Disgerminoma no ejerce ninguna acción sobre los caracteres sexuales de la paciente. Este origen lo apoya el hecho de que en el testículo se puede presentar un tumor idéntico, que se llama Seminoma o carcinoma embrionario, es más frecuente en pseudo-hermafroditas.

Ocasionalmente este tumor es bilateral. En 427 casos encontrados por Mueller, Topkins y Lapp, 50.1 o/o ocurrió en el lado derecho. 35.1 o/o en el izquierdo y 14.6 o/o bilateral.

Macroscópicamente son tumores sólidos, que pueden ser de un diámetro de pocos centímetros, o pueden alcanzar un volumen tan enorme que ocupen gran parte de la cavidad abdominal.

Al corte el tumor presenta color gris o rosado grisáceo, pero a menudo hay áreas de color amarillento. Su consistencia es pastosa, pero en ocasiones es firme y elástica.

Microscópicamente su aspecto es típico: células grandes, redondas u ovoides, dispuestas en alveolos separados por tabiques de tejido conjuntivo escaso parcialmente hialinizado que presenta una infiltración característica de linfocitos. Tienden a presentar degeneración focal, necrosis y hemorragia.

Este tipo de tumor pertenece sin duda alguna, al grupo maligno. Cuando se encuentra bien encapsulado, el pronóstico en general es bueno, pero en la variedad infiltrativa que afecta las vísceras vecinas y a metastásis lejanas, el pronóstico es desfavorable.

Clínicamente el primer signo que estas pacientes que lo padecen presentan, es una tumoración en el bajo vientre. No produce ningún efecto sobre la menstruación, aunque a veces se presenta en mujeres que han tenido amenorrea por deficiencia gonadal.

Cuando se encuentra un tumor ovárico y se considera la posibilidad de un Disgerminoma, en algunas ocasiones se presentan otras anomalías como pseudohermafroditismo. Como en otros tumores sólidos del ovario, las pacientes pueden presentar ascitis.

En cuanto al tratamiento, como la mayoría de las pacientes son jóvenes, se tiende a evitar las operaciones radicales. Cuando son tumores bien encapsulados y unilaterales, por lo general la operación indicada es la Salpingooforectomía unilateral. Indudablemente la histerectomía con anexectomía es el método más adecuado en pacientes de mediana edad y que no desean tener más hijos. Se ha observado que en pacientes con este último tipo de operación, las recidivas son menos. Por otra parte si el tumor es infiltrante, está indicada la extirpación total de los órganos pélvicos seguida de irradiación, ya que se ha visto que el Disgerminoma es muy radiosensible.



Fibroma del Ovario:

Este es un tipo relativamente frecuente de neoplasia ovárica, a la cual corresponden alrededor del 10 o/o de los tumores del ovario en general. Son frecuentemente unilaterales, firmes, no funcionales, benignos, compuestos principalmente de tejido conectivo fibroso.

Los fibromas del ovario clínicamente son muy interesantes. Además de las manifestaciones inespecíficas características de dolor y tumoración pélvica, aproximadamente en 40 o/o de los casos en que los tumores miden más de 6 cms. de diámetro hay ascitis, de la cual se desconoce la causa. Suele atribuirse a estasis venosa dentro de los tumores, quizá dependiente de torsión del pedículo, o bien a un aumento de la trasudación por los linfáticos muy dilatados. En algunos casos las pacientes ascíticas también presentan hidrotórax que es frecuentemente de el lado derecho; a este cuadro se le denomina "Síndrome de Meigs".

Sobre la menstruación no produce ningún efecto característico, aunque puede notarse menorragia y dismenorrea.

Microscópicamente su estructura corresponde a la de un tejido fibroso de variada morfología. En algunas zonas las células son estrelladas o fusiformes, con gran cantidad de tejido intercelular, que las asemeja al tejido que loide. En otras áreas, y en algunos casos en la totalidad del tumor, las células se hallan muy apretadas y tienen forma de huso, pudiendo estar mezcladas con células musculares. Es frecuente observar células tecales si se emplean tinciones adecuadas para grasa.

El tratamiento del fibroma es quirúrgico y se logra desaparición completa del líquido torácico y peritoneal cuando hay Síndrome de Meigs.

Arrenoblastoma:

El término "arrenoblastoma" lo empleó inicialmente Meyer para un grupo de tumores ováricos cuya característica común es

un origen en estructuras gonadógenas masculinas en una y otra fase de desarrollo, con cuadros histológicos diversos correspondientes a los distintos grados de diferenciación de tales estructuras. Representan el tipo más frecuente de neoplasia gonadal virilizante.

En cuanto a la histogénesis, las primeras fases de desarrollo del ovario son idénticas a las del testículo, y en los estadios más avanzados de la diferenciación femenina, ciertos elementos con capacidad de diferenciación masculina pueden quedar incluidos en la porción medular del ovario. De aquí pueden originarse tumores en épocas más tardías de la vida; estos tumores pueden poner de manifiesto su capacidad para producir hormona masculina, causando efectos notables en los caracteres sexuales de la mujer. Esta opinión es aceptada por la mayoría de los autores.

Macroscópicamente estos tumores, según se comprueba durante el acto operatorio, son por lo general de tamaño mediano, a veces muy pequeños, y a veces se han dado casos de que llegan a alcanzar hasta 12 kg. Pedowitz indica que el 96 o/o son unilaterales. Típicamente son sólidos aunque no es raro que presenten una o varias zonas quísticas.

Su color y consistencia pueden variar, en algunos casos son grisáceos y con frecuencia presentan áreas amarillentas, en otros casos el color de la superficie de sección es azulado, violáceo o azul rojizo.

El aspecto microscópico es difícil de describir, debido a las variaciones extremas que se pueden encontrar en los distintos casos y zonas del tumor. En un extremo tenemos la variedad diferenciada, que corresponde al adenoma testicular descrito por Pick en 1905, caracterizado por una estructura tubular muy definida, que reproduce en forma más o menos perfecta los túbulos testiculares normales.

En el otro extremo tenemos la variedad indiferenciada en grado sumo, que a primera vista puede considerarse sarcoma típico, y en la cual solo el estudio muy cuidadoso de muchos

fragmentos puede revelar la presencia de estructuras semejantes a cordones sexuales, túbulos imperfectos o células con contenido lipóide, que corresponden a las células intersticiales. Por último Meyer considera una variedad intermedia, en donde se encuentra un número y una distribución variables de estructuras tubulares definidas, de células intersticiales y de columnas celulares dispuestas en zig-zag, que recuerdan mucho los cordones sexuales de las fases más tempranas del desarrollo de las gonadas.

En realidad el término arrenoblastoma abarca una serie de gradaciones histológicas, y no es posible ofrecer una descripción estereotipada de su aspecto histológico.

En lo que se refiere a malignidad, aun cuando este tumor se clasifica con toda propiedad como tumor maligno, no hay duda de que lo es mucho menos que el cáncer del ovario en general.

En cuanto a las manifestaciones clínicas de este tipo de tumor, las pacientes que lo presentan son con mayor frecuencia jóvenes entre los 20 y los 30 años. Existe reportado un caso de una niña de 30 meses con este tipo de lesión. Novak reporta en un estudio por él efectuado, que el 75 o/o de las pacientes tenían menos de 40 años, y el 66 o/o menos de 30, aunque había pacientes de 70, 67, y 64 años con arrenoblastoma.

El curso clínico de este tumor puede dividirse en dos etapas: una primera en la que las pacientes presentan: amenorrea, atrofia de las mamas y desaparición de los depósitos de grasa que dan la redondez a la figura femenina. Esta etapa es la llamada de desfeminización.

Posteriormente las pacientes presentan: hipertrofia del clítoris, hirsutismo y la voz de carácter grave. Esta se llama de masculinización.

El primer síntoma que la paciente nota, es la amenorrea que puede ser súbita. Luego la regresión de las glándulas mamarias. Las modificaciones corporales algunas veces la paciente no las nota hasta que aparece el hirsutismo. Cuando comienzan los cambios en

la voz, las pacientes frecuentemente lo atribuyen a cuadros catarrales benignos. Estas modificaciones en la voz se deben a elongación de las cuerdas vocales; algunas veces los cartílagos laríngeos se hipertrofian en extremo, siendo notorios en la paciente.

En cuanto a la hipertrofia del clítoris, no en todas las pacientes sucede igual, en algunas es ligera, y en otras puede llegar a asumir las proporciones de un pequeño pene.

En los estudios hormonales efectuados a estas pacientes, se encuentra que los 17 cetoesteroides pueden estar ligeramente elevados a normales. Por presentarse estos tumores en mujeres que han demostrado su sexo teniendo hijos, no es de gran utilidad el estudio de la cromatina sexual.

El tratamiento del tumor es quirúrgico. Se justifica el conservador si es posible, en pacientes jóvenes en quienes son importantes los embarazos futuros. Cuando este tipo de tumor se descubre hasta después de efectuar el examen histológico, debe hacerse un tratamiento expectante, con exámenes periódicos cada año. Si se sospecha recidiva del tumor, está indicado la resección de todos los órganos pélvicos. Se recomienda en estos casos la irradiación post-operatoria, aunque no está comprobada su efectividad.

Posteriormente a la operación, las pacientes presentan su menstruación a los 30 días post-op. el tono de la voz permanece por muchos meses, el hirsutismo y la hipertrofia del clítoris son los síntomas que no presentan la regresión que se desea. Son los signos y síntomas de desfeminización los que reaparecen más fácilmente.

Tumores de células de Teca-Granulosa:

Se admite en general, que los tumores de células granulosas nacen de células del mesénquima primitivo ovárico. Este constituye el tejido madre de células granulosas y tecaes; de aquí que los tumores que se originan en dicho mesénquima puedan asumir los caracteres morfológicos de las células granulosas o

tecales, con luteinización eventual. En muchos tumores se mezclan estos diferentes elementos y se han hecho estudios que han venido a robustecer su origen mesenquimatoso común.

Macroscópicamente los tumores de células granulosas varían en su tamaño desde pocos milímetros de diámetro hasta masas enormes que ocupan gran parte de la cavidad abdominal. Por regla general son de tamaño mediano. Cuando son pequeños la mayoría son sólidos, pero los muy grandes presentan frecuentemente una o varias cavidades quísticas. El tejido granuloso tiene consistencia friable o granulosa y es de color grisáceo y a veces amarillento.

Macroscópicamente el diagnóstico de estos tumores se basa en el carácter granuloso de las células constitutivas y en los caracteres de desarrollo de las mismas, iguales a los de la granulosa normal. Presentan cierta tendencia a la formación de diminutas áreas quísticas de licuación que corresponden a los cuerpos de Call-Exner típicos de la granulosa. Los elementos epiteliales pueden dominar el cuadro en las variedades difusas del tumor, con pequeña cantidad de tejido conjuntivo trabecular, a menudo hialinizado. En estos casos las células epiteliales se disponen en roseta o herradura, que recuerdan los folículos primitivos.

Macroscópicamente el tcoma presenta múltiples elementos conjuntivos que lo hacen semejante al fibroma. Estos tumores en general son sólidos, firmes y fibrosos por su aspecto y consistencia, aunque al igual que los de la granulosa pueden presentar tendencia a la degeneración quística.

Microscópicamente se caracterizan por "la presencia de paquetes de células fusiformes anchas, de aspecto epiteloide, distribuidas en una forma entrelazada e irregular por todo el tumor, separados por bandas de tejido conjuntivo y placas hialinas de tamaño variable".

Una interesante característica de los tumores de células granulosas consiste en que las células que entran en su composición pueden transformarse en células luteínicas típicas. Parece adecuado denominarlos "tumores de teca-granulosa

luteinizados". Por lo menos en un pequeño grupo de tumores asociados con luteinización, se han observado efectos progesterónicos sobre el endometrio, al contrario de los efectos puramente estrogénicos que caracterizan en general los tumores de células de teca-granulosa. A veces puede observarse un efecto progesterónico muy intenso con reacción netamente decidual. En otros tumores luteinizados parece que las células sean morfológica pero no funcionalmente similares a las luteínicas y quizá sería mejor hablar de seudoluteína que de células luteínicas. En algunos casos se produce efecto feminizante más que virilizante característico de los tumores casi idénticos originados en las células del hilio. Sin embargo la asociación entre tipo celular y efecto endocrino es generalmente inconstante.

Características clínicas: Se puede considerar un tumor común, le corresponde casi el 10 o/o de todos los tumores sólidos del ovario. Pueden presentarse a cualquier edad: antes de la pubertad, durante el período reproductivo y después de la menopausia. La sintomatología depende de la capacidad de las células tumorales para producir estrógenos. Raramente son bilaterales.

Cuando el tumor aparece en época reproductiva, los síntomas clínicos no son tan notables como antes de la pubertad y después de la menopausia cuando existe poca o ninguna hormona estrógena en la sangre.

Durante el período reproductivo, el tumor aumenta cuantitativamente el contenido hormonal cíclico de la sangre. Es comprensible que en los caracteres secundarios no se produzca modificación pues se han desarrollado con anterioridad, en tanto que sobre la menstruación el efecto es no muy distinto del que caracteriza la tasa relativamente alta de estrógeno que acompaña a la mayoría de casos de hemorragia funcional. El contenido de estrógeno puede ir asociado a menstruación normal, hipomenorrea o largos períodos de amenorrea.

En los casos específicos de carcinoma de células granulosas pueden comprobarse todos estos trastornos menstruales. Sin

embargo puede existir embarazo con tumor de células granulosas, ya que algunos autores lo han comprobado.

Cuando estos tumores se presentan en niñas antes de que se instale la función estrógena normal del ovario, se producen las manifestaciones clínicas de pseudopúbertad precoz; menstruación prematura, aparición precoz de caracteres sexuales secundarios como hipertrofia mamaria, aparición de vello púbico y axilar, desarrollo puberal de genitales externos e hipertrofia del útero. Al extirparse el tumor ceden en poco tiempo estas manifestaciones. Se han reportado casos en que después de extirpar un tumor unilateral, con desaparición de los síntomas, aparece un nuevo tumor en el otro ovario reproduciendo nuevamente todos los síntomas precoces. Se debe hacer notar que la menstruación precoz de este síndrome pertenece al tipo anovulatorio y puramente folicular. En los casos de pacientes posmenopáusicas los tumores producen restablecimiento de la sangría periódica semejante a la menstruación, citología de tipo estrógeno, hipertrofia del útero, con casos observados hasta en pacientes de 84 años de edad.

Al extirpar el tumor los síntomas cesan y cosa interesante, las pacientes pueden presentar los típicos fenómenos vasomotores de una segunda menopausia.

En cuanto a malignidad en una revisión de 96 pacientes de los Archivos del Registro de tumores ováricos, se descubrió una frecuencia del 25 por 100.

También se ha encontrado que las mujeres posmenopáusicas con tumores de este tipo desarrollan carcinoma del endometrio en 15 a 25 por 100.

Esta asociación indica el papel probablemente predisponente del estímulo estrogénico del endometrio posmenopáusico en el desarrollo del cáncer.

El tratamiento es eminentemente quirúrgico. Cuando los tumores son pequeños y unilaterales la Salpingooforectomía

unilateral casi siempre logra la curación definitiva. En la mayor parte de casos ocurridos en mujeres adultas, si se reconociera la índole del tumor, antes de operar, o al operar, la histerectomía total con salpingooforectomía bilateral parecería lo indicado. Desafortunadamente no ocurre así por lo que frecuentemente se plantea el problema de saber si una operación unilateral debiera ir seguida de extirpación total de los órganos pelvianos. Se ha visto que con las recidivas después de una operación conservadora por tumor de células granulosas, los anexos conservados no han sido afectados por tumores recidivantes que suelen ser de tipo intraabdominal difuso.

CASOS DE DISGERMINOMA:

Caso No. 1:

Paciente de 25 años, soltera, cuyo motivo de consulta fue aumento de la circunferencia abdominal de cuatro meses de evolución. Al examen se encontró masa anexial derecha de mas o menos 14 cms. de diámetro, teniendo la impresión clínica de tumor del ovario derecho, Cistoadenoma? Se le practicó como examen complementario Pielograma IV que fué informado como masa pélvica atribuida a quiste o tumor ovárico. Resto de exámenes de laboratorio dentro de límites normales. Se le efectuó Laparotomía exploradora encontrando tumor del ovario derecho compatible con Disgerminoma y se practicó Ooforectomía derecha. Anatomía patológica comprobó el diagnóstico. Post-operatorio sin complicaciones. Septiembre 1966

Caso No. 2:

Paciente de 23 años, casada, madre de dos hijos. Consultó por dolor en hipogastrio y trastornos en períodos menstruales, (metrorragias), de tres meses de evolución. Al examen se tuvo la impresión clínica: a) tumor sólido del ovario derecho; b) Quiste dermoide? Diámetro 10-12 cms. Se le efectuaron exámenes de laboratorio y rayos X encontrándose normales. Se le practicó exploración pélvica encontrando tumor sólido del ovario derecho, Disgerminoma? se le efectuó Ooforectomía derecha.

Disgerminoma? se le efectuó Ooforectomía derecha. Ooforectomía parcial izquierda. Anatomía patológica informó: Disgerminoma del ovario derecho. Presentó post-operatorio sin complicaciones. A los seis meses post-op. al ser examinada en consulta externa se encontró embarazada. La paciente no volvió a consultar. Enero 1968.

Caso No. 3:

Paciente de 39 años, casada, madre de 13 hijos que consultó por amenorrea de 8 meses de evolución, posterior a este períodos de hemorragia vaginal cada 15 días, irregulares. Dolor hipogástrico del mismo tiempo de evolución. Al examen se encontró masa pélvica anexial ovárica de unos 20 cms. Dermoide? Exámenes efectuados normales.

Se le practicó exploración pélvica encontrando tumor del ovario derecho que se resecó. Se efectuó Salpingooforectomía bilateral e histerectomía total. Este tipo de operación se efectuó en vista de la edad de la paciente y su paridad.

Posteriormente Anatomía patológica reportó Disgerminoma del ovario derecho. Post-operatorio sin complicaciones. En el examen en consulta externa a las seis semanas post-op. pélvis negativa. La paciente no consultó nuevamente.

Caso No. 4:

Paciente de 12 años de edad, soltera, que consulta por dolor infraumbilical y masa móvil, no dolorosa en hipogastrio de dos meses de evolución. Al examen se tuvo la impresión clínica de tumor sólido del ovario, a) Teratoma? b) Disgerminoma? Diametro 12 cms.

Se efectuó exploración pélvica encontrando masa sólida, dura de 10x12 cms. de diámetro en ovario izquierdo. Se practicó ooforectomía del mismo lado, anexectomía derecha por encontrar

masa sospechosa de 1 cm. de diámetro y trompa de Falopio atrófica. Hallazgo operatorio de importancia: ausencia de Utero.

El informe de anatomía patológica fue: Disgerminoma del ovario izq. Quistes foliculares de ovario derecho. Post-operatorio sin complicaciones. Re-examen a las seis semanas en Consulta Externa;: Pélvis negativa. Se dió tratamiento con Estrógenos. La paciente no volvió a próximas citas. Junio 1969.

Caso No. 5:

Paciente de 14 años de edad, soltera cuyo motivo de consulta fue dolor cólico en fosa ilíaca derecha de dos meses de evolución. Luego de examinarla se pensó en la posibilidad de que la masa de unos 8 cms. de diámetro que se encontró en anexo derecho fuera un Disgerminoma? Se le practicó exploración pélvica encontrando tumor sólido del ovario derecho que ameritó anexectomía de este lado. Apendicectomía profiláctica. El informe de anatomía patológica comprobó que se trataba de un Disgerminoma del ovario derecho

Post-operatorio sin complicaciones. La paciente asistió a sus controles post-operatorios en consulta externa a las seis semanas, seis meses, un año y la última vez que se le examinó a los dos años, se encontró pélvis negativa. Diciembre 1970.

CASOS DE TUMOR DE CELULAS DE TECA-GRANULOSA:

Caso No. 1:

Paciente de 27 años de edad, soltera que consultó por presentar dolor en ambas fosas ilíacas de ocho meses de evolución. No refirió cambios menstruales. Al examen se encontró masa anexial de más o menos 12 cms. de diámetro, se tuvo la impresión clínica de Tumor anexial derecho: Dermoide? Disgerminoma? Además bocio nodular simple. Como

tratamiento se indicó exploración pélvica que demostró tumor sólido del ovario derecho. Se efectuó anexectomía derecha, resección en cuña de ovario izquierdo quístico. Anatomía patológica informó: Tumor de células de Teca-granulosa del ovario derecho.

Post-operatorio sin complicaciones. La paciente no acudió a sus citas post-operatorias a consulta externa.

Caso No. 2:

Paciente de 32 años, madre de cuatro hijos que consultó por dolor en fosa ilíaca izquierda de tres meses de evolución. Al examinarla se encontró en anexo izquierdo masa de unos 10 cms. de diámetro, se pensó que se podía tratar de un tumor dermoide? Se practicó exploración pélvica encontrando tumor sólido que se resecó, y se efectuó salpingooforectomía izquierda. Posteriormente el informe de anatomía patológica dió: Tumor de células de Teca-granulosa.

Post-operatorio sin complicaciones. Control último un año después nl. Septiembre 1967.

Caso No. 3:

Paciente de 53 años, madre de 11 hijos, cuyo motivo de consulta fue aumento de la circunferencia abdominal y dolor abdominal de seis meses de evolución. Al examen se encontró masa anexial derecha de 12 cms. de diámetro y se pensó en quiste del ovario derecho. Se indicó exploración pélvica encontrando tumor sólido del ovario derecho que se resecó.

Post-operatorio sin complicaciones. Control seis semanas post-op. pélvis negativa.

CASOS DE FIBROMA DEL OVARIO:

Caso No. 1:

Paciente de 72 años de edad, madre de 2 hijos que consultó por aumento de la circunferencia abdominal y dolor en hipogastrio de cuatro meses de evolución. El examen se encontró masa correspondiente a Tumor abdomino-pélvico de unos 20 cms. de diámetro. ¿Fibroma? Se exploró a la paciente comprobándose fibroma del ovario derecho el cual se resecó. Anatomía patológica comprobó posteriormente el diagnóstico. La paciente presentó post-operatorio sin complicaciones y el control de seis semanas post-op. fue negativo.

Caso No. 2:

Paciente de 32 años, madre de cuatro hijos, cuyo motivo de consulta fue aumento de la circunferencia abdominal de seis meses de evolución. Luego de examinarla se tuvo la impresión clínica de quiste del ovario derecho de más o menos 15 cms. de diámetro. Se indicó exploración pélvica que demostró se trataba de un fibroma del ovario derecho. A la paciente se le practicó Anexectomía derecha. Presentó post-operatorio sin complicaciones. Las evaluaciones posteriores a las seis semanas, seis meses y un año post-op. se encontró pélvis negativa.

ARRENOBLASTOMIA DE OVARIO IZQUIERDO.

Paciente de 21 años de edad, menarquia a los 14 años. UR: Nov. 1963 embarazo normal y Parto eutócico simple en Agosto 1964. A partir de entonces presentó Amenorrea. Posteriormente notó atrofia de las mamas, que su voz se hacía grave. En mayo 1967 le fue practicada Tiroidectomía. Mas tarde notó la presencia de masa hipogástrica e hirsutismo de cara y miembros. Debido a la amenorrea, en dos ocasiones se le administró Primolut que produjo pequeña hemorragia vaginal.

Al ser examinada se encontró una paciente asténica, con peso de 105 libras, hirsutismo en cara y miembros, voz ronca, masa hipogástrica de más o menos 15 cms. Clitorimegalia. Exámenes de laboratorio de importancia: 17 keto-esteroides: 8.1, 17 hidroxí-corticoides: 8.2; Hb. 17.5 gr. Ht. 55 o/o. Se le diagnosticó: Arrenoblastoma.

Se practicó a la paciente Exploración pélvica el 26 de Octubre 1968. Anexectomía izquierda por presencia de tumor. Trompa y Ovario derechos normales, Utero normal.

Anatomía patológica reportó: Tumor de 15x15 cms. parte quiste y parte sólido, con necrosis. Microscópicamente: Arrenoblastoma.

La evolución de la paciente fue seguida en Consulta externa encontrando que el 28 de Nov. (1 mes post-op). la paciente presentó la menstruación que duró tres días. Luego el 28 de Dic. nuevamente menstruó. Cuando fue evaluada en el mes de febrero 1969 se encontró embarazada y el 14 de Octubre de 1969 presentó Parto eutócico simple en OIIA, niño que pesó 6 libras y 13 onzas.

Se observó regresión de hirsutismo y ronquera de la voz.

Este caso se considera sumamente interesante, por lo que se presentó completo.

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO:

Por lo poco frecuente de los tumores sólidos del ovario y la falta de síntomas específicos, el diagnóstico suele hacerse según algunos autores durante el acto quirúrgico. En nuestra práctica hospitalaria hemos visto que algunas veces sucede así, ya que los pocos casos que revisamos y que a la fecha se han presentado en el Servicio de Ginecología del Hospital Roosevelt, citando más específicamente los casos de Disgerminoma y los Tumores de células de Teca-granulosa, clínicamente se pensó en tumores

quisticos. Fue durante la exploración efectuada a las pacientes, en donde se observó que se trataba de tumores sólidos, y posteriormente anatomía patológica corroboró el diagnóstico.

Ninguna discusión sobre tumores del ovario y su tratamiento sería completa sin hacer mención de Ephraim McDowell, quien en 1809 practicó la primera ovariectomía en una paciente a quien creían embarazada, y lo que presentaba era un enorme tumor del ovario de tipo quístico.

En cuanto al tratamiento de los tumores sólidos del ovario, todos los autores coinciden en que debe hacerse su pronta extirpación quirúrgica, lo cual es importante por la frecuencia con la que desarrollan malignidad.

Los tipos de operación empleados son de acuerdo al tipo de tumor, su malignidad o benignidad, extensión, edad de la paciente, paridad y pronóstico.

De acuerdo a lo anterior pueden practicarse:

Ooforectomía unilateral

Salpingooforectomía unilateral o bilateral

Salpingooforectomía e Histerectomía total.

En nuestra práctica hemos visto que en los casos revisados, predominó la Ooforectomía y Salpingooforectomía del lado del tumor y fue únicamente en el caso de una paciente con Disgerminoma y cuya paridad fue de 13 hijos, se efectuó Histerectomía abdominal total.

En los casos en los que se presenta tumor maligno con metástasis y existe la posibilidad de conservar el Utero para tratamiento con implantación de Radium, éste no se extirpa sino hasta en un segundo tiempo para aprovechar que la paciente reciba terapia paliativa al menos, aunque no curativa mientras sea posible.

En nuestros casos revisados y analizados, no se dió ninguno que ameritara el anterior procedimiento.

Creemos que estas pacientes consultaron a tiempo, y el diagnóstico y tratamiento fueron acertados.

CONCLUSIONES:

1. Los tumores sólidos del ovario no son frecuentes en nuestro medio hospitalario.
2. Solamente en 0.4 por 100 de las operaciones efectuadas de Junio de 1966 a Octubre de 1970 se comprobó tumor sólido del ovario.
3. El diagnóstico de este tipo de tumores no es fácil ya que frecuentemente se piensa en tumores quísticos, debido precisamente a su baja incidencia.
4. La mayoría de estos tumores se presentaron en mujeres jóvenes cuya edad se encontraba entre la segunda y cuarta década de la vida.
5. En tres casos de Disgerminoma y uno de Tumor de células de Teca-granulosa se encontró que las pacientes eran nulíparas, las siete pacientes restantes multíparas.
6. De los casos revisados, el típico por excelencia fue el caso de Arrenoblastoma.
7. El tratamiento de los tumores sólidos del ovario, es eminentemente quirúrgico.
8. En los casos presentados se dió el tratamiento adecuado y las pacientes presentaron un post-operatorio normal.

9. Todos los casos fueron comprobados por Anatomía patológica.

10. Todas las pacientes fueron controladas periódicamente en Consulta externa, y ninguna de ellas presentó recidiva.

BIBLIOGRAFIA

1. Abbud Ochoa, Angel. Tumores de Teca-granulosa. *Semana médica de Centroamérica y Panamá*. 3 (5): 141-147. Abril 1966.
2. Barber, Hugh R. K. Simposio sobre tumores ováricos. *Clin. Obs. ginec. Norteamérica*. Dic. 1969. pp. 929-936.
3. Benson, Ralph. *Manual de ginecología y obstetricia*. Trad. por Francisco Reyes R. y rev. por Fernando Alonso Ostalaza. México, El Manual Moderno, 1966. pp. 539-553.
4. Brenes Gutiérrez, Odilón. Disgerminoma del ovario. *Revista de la Federación Centroamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología*. 8 (4): 21-23, Octubre 1968.
5. Crossen, Robert James. *Enfermedades de la mujer*. 3a. ed. trad. por Antonio Capella Bustos, México. UTHEA, 1959. pp. 725-754.
6. Flores Zaragoza, Héctor. et al. Tumores ováricos: incidencia, diagnóstico y tratamiento en el Hospital General del Estado, *Ginecología y Obstetricia de México*. 28 (166): 151-161, Agosto 1970.
7. Haines, Magnus. and Claud W. Taylor. *Gynecological pathology*. Boston, Little, Brown and. Co., 1962. pp. 440-448.
8. Herbut, Peter. *Gynecological and obstetrical pathology*. Philadelphia. Lea & Febiger, 1953. pp. 487, 531-537.
9. Méndez Gonzáles, Javier. et. al. El problema diagnóstico de los tumores ováricos. *Ginecología y Obstetricia de México*. 25 (151): 551-559. Mayo 1969.
10. Novak, Edmund. et al. *Tratado de ginecología*, trad. por Alberto Folch y Pi. 7a. ed. México, ed. Interamericana, 1966. pp. 405, 466-488.

11. Novak, Emil. and. Edmund Novak. Gynecologic and obstetric pathology; with clinical and endocrine relations. 4a. ed. Philadelphia. W.B. Saunders. 1958. pp. 405-492.
12. Pérez Romero, Leonardo y Teodoro Miranda Orozco. Manejo de la mujer con cáncer del ovario. Ginecología y Obstetricia de México. 27 (161): 317-329. Marzo 1970.
13. Reich, Walter J. and Mitchell Nechtow. Practical gynecology. 2a. ed. Philadelphia J.B. Lippincott, 1957. pp. 435-442.
14. Robbins, Stanley L. Tratado de Patología con aplicación clínica. 3a. ed. trad. por Heberto Folch y Pi y Homero Vela Treviño. México, Ed. Interamericana, 1968. p. 920.
15. Taylor, E. Stewart. Essentials of gynecology. Philadelphia, Lea & Febiger, 1958. pp. 206-251.
16. Valenzuela A. Gilberto y Santos Silva Cota. Ginecología y Obstetricia de México, 27 (162): 461-466. Abril 1970.

Vo.Bo.

Sra. Ruth R. de Amaya
Bibliotecaria

Br. Ileana E. Lorenzana Arriaga

Dr. Guillermo Vásquez Blanco
Asesor

Dr. Francisco Bauer Paiz
Revisor

Dr. José Quiñónez A.
Director de la Fase

Dr. Carlos Bernhard
Secretario

Vo. Bo.

Dr. César Vargas M.
Decano