

616-99465
B8626
1957
F. Med.
g. 2.

0699



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA

CONTRIBUCION AL ESTUDIO DE TUMORES DEL OVARIO EN
EL SALVADOR.

TESIS DE DOCTORAMIENTO PRESENTADA POR
JOSE LUIS BRIZUELA

SAN SALVADOR FEBRERO DE 1957.



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

RECTOR:

DR. ROMEO FORTIN MAGAÑA

SECRETARIO GENERAL:

DR. JOSE ENRIQUE CORDOVA

FACULTAD DE MEDICINA

DECANO:

DR. SATURNINO CORTES MARTINEZ

SECRETARIO:

DR. ROBERTO CUELLAR.

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD DE MEDICINA

Primer Examen de Doctoramiento Privado:

C L I N I C A M E D I C A :

Dr. Luis Edmundo Vásquez

Dr. Lázaro Mendoza h.

Dr. J. Benjamín Mancía

Segundo Examen de Doctoramiento Privado:

C L I N I C A Q U I R U R G I C A :

Dr. Luis A. Macías

Dr. Saturnino Cortés Martínez

Dr. José Cepeda Magaña.

Tercer Examen de Doctoramiento Privado:

C L I N I C A O B S T E T R I C A :

Dr. Roberto Orellana Valdez

Dr. Antonio Lazo Guerra

Dr. Jorge Bustamante.

JURADO DE DOCTORAMIENTO PUBLICO:

Dr. Salvador Batista Mena

Dr. Narciso Díaz Bazán

Dr. Ricardo J. Burgos.

D E D I C A T O R I A

A la memoria de mi padre Dr. Agustín Brizuela
(Q. D. D. G.)

A mi Madre Doña Dolores v. de Brizuela

A mi Esposa y mis Hijos

A Mi hermano Dr. Miguel Angel Brizuela
Con Cariño y Gratitud

A mis Hermanas

A mis Maestros

Dr. Luis Edmundo Vasquez

Dr. César Emilio López

Dr. Carlos González Bonilla

Respetuosamente.

CONTRIBUCION AL ESTUDIO DE TUMORES DEL OVARIO EN EL
SALVADOR. -

PLAN DE TRABAJO:

- Capítulo 1° - INTRODUCCION E INTERES DEL TEMA
- Capítulo 2° - GENERALIDADES
- Capítulo 3° - CASUISTICA
- Capítulo 4° - ESTUDIO ANALITICO
- Capítulo 5° - RESUMEN DEL ESTUDIO DE LITERATURA NACIONAL
- Capítulo 6° - RESUMEN GENERAL
- Capítulo 7° - CONCLUSIONES
- Capítulo 8° - BIBLIOGRAFIA.

CAPITULO PRIMERO

INTRODUCCION:

Un trabajo de tesis constituye el último requisito que la UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR exige, para obtener nuestro Doctoramiento, con el objeto de aumentar el caudal científico con trabajos verificados en el país, es decir: conocer mejor nuestra Patología, la que vemos a diario en Hospitales Salvadoreños, donde hasta el momento ha sido casi exclusivamente guiada por trabajos de Escuelas Extranjeras.

Buscando el ideal del Médico Salvadoreño, de conocer la Patología Propia, he desarrollado este trabajo auspiciado y dirigido por el Jefe del Servicio de Ginecología del Hospital Rosales Dr. Salvador Batista Mena y los Doctores Narciso Díaz Bazán, Ricardo J. Burgos y Oscar Beneke, todos Ginecólogos agregados al Servicio de Ginecología; quienes me han proporcionado material de trabajo y estudio, básicos para llevar a cabo esta pequeña contribución al Estudio de Tumores del Ovario en El Salvador.

He tomado en estudio trabajos publicados sobre el presente tema, de autores Salvadoreños Dr. Batista Mena, Dr. Díaz Bazán, Dr. Roberto Orellana Valdez y Dr. Alfonso Cruz Palacios al mismo tiempo que Literatura Mundial; esperando que de ser continuados estos trabajos podremos tener en el futuro, un capítulo completo de Nuestra Patología.

INTERES DEL TEMA

Aparte del interés general que ofrece el estudio de Tumores del Ovario desde el punto de vista frecuencia, Clínico, Histopatológico y cierta sintomatología extraña que presentan los Tumores Funcionantes, cuya histogénesis está aún en discusión; hago un estudio analítico, en lo posible completo de la edad, insidencia, paridad, evolución, síntomas tamaño, diagnóstico, pronóstico y tratamiento de los casos netamente encontrados entre nosotros:

1° .- En 184 casos presentados por el Dr. Salvador Batista Mena en el Segundo Congreso Centroamericano de Obstetricia y Ginecología celebrado en Panamá en

febrero de 1956; 2° - Revisión de 420 pacientes ingresados al Servicio de Ginecología del Hospital Rosales durante el año de 1956 y estudio de 28 casos de Tumores del Ovario encontrados entre ellos, verificado por mí; monografías publicadas por el Dr. Díaz Bazán, Dr. Roberto Orellana y Tesis Doctoral del Dr. Alfonso Cruz Palacios, para poder ofrecer en las conclusiones la relación y estadísticas comparadas con la Literatura Mundial y así darnos cuenta de la Patología Salvadoreña para beneficio de nuestro pueblo.

CAPITULO SEGUNDO

GENERALIDADES:

Los tumores del Ovario son neoformaciones cuya génesis es desconocida y pueden desarrollarse a expensas de todos los tejidos que forman el organismo humano desde su primer estadio de aparición hasta su completo desarrollo. La clasificación de los Tumores del Ovario es el punto obscuro para los Ginecólogos y Patólogos como dice el Profesor Novak, pues en el estado de nuestros conocimientos actuales, no parece posible poder ofrecer una clasificación que merezca la aprobación universal. La principal dificultad estriba en que conocemos poco o nada de la histogénesis de ciertos Tumores del Ovario y cualquier clasificación debe estar basada en una mezcla de criterios, tales como histogénesis cuando es conocida o sospechada; consideraciones patológicas en general, Patología Especializada y características clínicas; debe por consiguiente ser: en parte una clasificación y en parte una enumeración de síntomas. Novak ha colocado los tumores a Células Granulosas y los Arrenoblastomas en el grupo de los tumores malignos donde él cree que deben ser colocados, a pesar del hecho que muchos de estos tumores han resultado clínicamente benignos, sin embargo en gran número de casos su alta malignidad ha caracterizado este tipo de tumores, especialmente los tumores a Células Granulosas, lo que hace imposible clasificarlo en el grupo de los benignos. También ha

incluido en el grupo de malignos el Mesonefroma descrito por Shiller pero a pesar de que éste autor dice que pueden ser malignos y benignos, Novak manifiesta que estos tumores están lejos de poder ser considerados como una entidad patológica definida.

El Quiste Dermoide benigno debe ser discutido en asociación con su prototipo maligno: El Teratoma. El tumor Adrenal ovárico y Arrenoblastoma por la similitud en sus efectos biológicos deberían ser colocados juntos, a pesar del hecho que uno está colocado entre los benignos y el otro en los malignos, sin embargo la clasificación de Novak es la mas aceptada Universalmente y por esta razón es la que hemos adoptado en nuestro estudio de los dos grupos de casos que más adelante presentamos.

DIAGNOSTICO DE LOS TUMORES DEL OVARIO:

En primer lugar debe tomarse en cuenta para el diagnóstico de tumores del ovario, su tamaño. Los tumores pequeños presentan una historia vaga de trastornos menstruales e irritabilidad de la vejiga; es necesario practicar un examen ginecológico bimanual; que nos revela una masa, fluctuante redonda e independiente del útero, esta masa puede ser anterior al útero y muy próxima a la vejiga, puede ser móvil o fija; algunas veces es imposible diferenciarla del útero, pero usualmente puede delimitarse; raras veces es dolorosa salvo en los casos de Quistes Endometriales, estos generalmente son fijos de contorno nodulares e irregulares.

Los grandes Quistes del ovario pueden extenderse desde el púbis al apéndice Xifoides, puede ser lisos, móviles, fluctuantes, algunas veces dolorosos, con Macicés sobre el tumor, timpanismo en los flancos, el abdomen es redondo y no aplanado (como la ascitis) visto de perfil con la paciente en decúbito dorsal. El examen pélvico es dudoso y hay una sensación de llenura en los fondos de saco vaginales.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

Un Quiste pequeño del ovario debe ser diferenciado con una salpingitis o un hidrosalpinx, con un embarazo ectópico, con un útero grávido retrovertido o con la llamada ovaritis escleroquística.

La Salpingitis e Hidrosalpinx están caracterizadas por la historia de un ataque agudo, dolor marcado, límites irregulares, fijeza de la pélvis, sangramiento, fiebre leucocitosis, velocidad de sedimentación aumentada (signos de infección.)

2 - El embarazo ectópico está caracterizado por amenorreas e irregularidades menstruales; poco sangramiento uterino; dolor repentino sin fiebre, defecación dolorosa, cuello blando ligeramente aumentado de tamaño; útero blando, reacciones biológicas del embarazo positivas, tumor lateral o en la línea media y apreciación de una masa ovoide dolorosa en la fosa ilíaca correspondiente, y signos precoces del embarazo.

3 - Utero grávido retrovertido; en esta afección se encuentra historia de embarazo, reacciones biológicas del embarazo positivas, tumor en la línea media, y signos tempranos de embarazo.

4 - Ovaritis escleroquística; Ovarios aumentados de volumen, remitentes por la degeneración micro-poliquística, a menudo caídos en el Douglas, móviles y muy dolorosos, menorragias con mayor frecuencia.

Los grandes tumores del ovario deben ser diferenciados de: ascitis, embarazo, fibromas del útero, obesidad, hidrosalpinx gigante.

La Ascitis se distingue por historia de afecciones Cardio Renales, Cirrosis del hígado, Tuberculosis Peritoneal o tumor maligno Abdominal de otra naturaleza, el perfil del abdomen es redondeado y no aplanado en posición decúbito dorsal, ausencia de masas palpables.

2 - El embarazo debe ser distinguido por signos objetivos y subjetivos; palpación fetal, cambios en los senos, pigmento, tuberculosis de Montgomery, Rayos X y reacciones Biológicas.

3 - Debe ser distinguido del Fibroma, por su masa dura, densa y a menudo nodular, dicho tumor hace cuerpo con el útero, el cuello sigue sus movimientos, hay persistentes menorragias y metrorragias. Otros diagnósticos diferenciales serían con Quistes del mesenterio, del hígado, del bazo y del riñón, de los uréteres y de un globo vesical distendido por retención de orina.

COMPLICACIONES DE LOS QUISTES DEL OVARIO:

- 1 - Rotación del quiste con torción del pedículo.
- 2 - Inflamación y supuración del quiste con peritonitis.
- 3 - Ruptura del quiste.
- 4 - Obstrucción ureteral o intestinal.

En la torción del pedículo se obstruye la circulación de retorno, el quiste se congestiona y pueden haber hemorragias en su misma cavidad o cavidades, trombosis de los vasos, extravasación de sangre en la cavidad abdominal, gangrena y peritonitis, rigidez abdominal, schok, leucocitosis, fiebre, vómitos y disuria.

3 - La ruptura por traumatismo o hiperdistensión puede ser seguida de un ligero grado de peritonitis, cambios de forma y tamaño del abdomen; a menudo cura solo, si el quiste no se vuelve a llenar; más a menudo el líquido sigue derramándose.

La obstrucción ureteral puede llegar a producir una hidronefrosis, pielitis o pielonefritis con uremia. Cuando el quiste se adhiere a los intestinos, causa obstrucción, con los síntomas consiguientes.

TRATAMIENTO:

El tratamiento de los Tumores del Ovario, es eminentemente quirúrgico necesitando un tratamiento complementario con Rayos X en los casos malignos con invasión, recidiva o generalización. En las pacientes jóvenes debe procurarse hacerse una Cirugía conservadora y en las viejas menopáusicas, cirugía radical seguida de Rayos X.

CAPITULO TERCERO

CASUISTICA

SERVICIO DE GINECOLOGIA

Diagnóstico de 184 Tumores del Ovario

Cinco Años.

I.- QUISTES FOLICULARES (Simples o Serosos)	90
Derechos.....	46
Izquierdos	30
Bilaterales	14
II.- QUISTES LUTEINICOS.....	3
Derechos	1
Izquierdos	1
Bilaterales	1
III.- CISTO ADENOMA SEROSO SIMPLE.....	8
Derechos	4
Izquierdos	3
Bilaterales	1
IV.- CISTO ADENOMA SEROSO PAPILAR	3
Derechos	1
Izquierdos	1
Bilaterales	1
V.- QUISTE PSEUDOMUCINOSO SIMPLE	19
Derechos	10
Izquierdos	8
Bilaterales	1
VI.- QUISTE PSEUDOMUCINOSO PAPILAR	1
Izquierdo	1
VII.- QUISTE ENDOMETRIAL	4
Derechos	2
Izquierdos	1
Bilateral	4

VIII.- DERMOIDES	27
Derechos	12
Izquierdos	11
Bilaterales	4
IX.- FIBROMAS	2
Derechos	1
Izquierdos	1
X.- CARCINOMA SOLIDO	2
Derechos	2
XI.- ADENOCARCINOMA NO PAPILAR	5
Derechos	1
Izquierdos	1
Bilaterales	3
XII.- TUMOR A CELULAS GRANULOSAS	5
Derechos	2
Izquierdos	2
Bilateral	1
XIII.- LUTEOMA	1
Izquierdo	1
XIV.- CISTOADENOCARCINOMA SEROSO PAPILAR	7
Derechos	2
Izquierdos	1
Bilaterales	4
XV.- CARCINOMA EPIDERMOIDE	1
Izquierdo y Quístico	1
XVI.- HIPERNEFROMA	2
Izquierdos	2
XVII.- TERATOMA	2
Izquierdo Sólido	1
Derecho quístico	1
XVIII.- SARCOMA	2
Izquierdo	1
Derecho	1
RETORCIDOS	25

SERVICIO DE GINECOLOGIA

Diagnóstico de 28 Tumores del Ovario (Segundo Grupo)

Un Año.

I.- QUISTES FOLICULARES (Simples o Serosos)	10
Derechos	8
Izquierdos	2
V.- QUISTES PSEUDOMUCINOSO SIMPLE	8
Derechos	3
Izquierdos	4
Bilaterales	1
VII.- QUISTES DERMOIDES	4
Derechos	2
Izquierdos	2
XI.- ADENOCARCINOMA NO PAPILAR	1
Derecho	1
XII.- TUMOR A CELULAS GRANULOSAS	1
Bilateral	1
XIV.- CISTOADENOCARCINOMA SEROSO PAPILAR	4
Derechos	1
Izquierdos	3
RETORCIDOS	3
Derechos	2
Izquierdos	1

Como se vé los Quistes Foliculares Simples o Serosos, constituyen el tipo de tumor más frecuente.

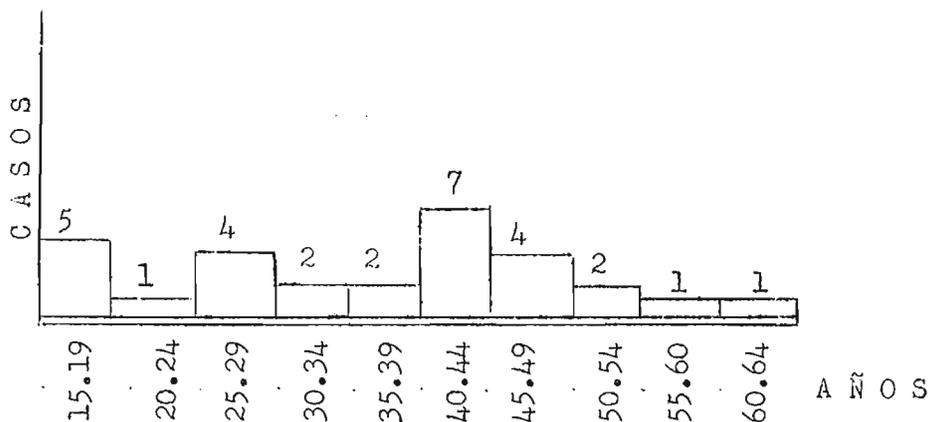
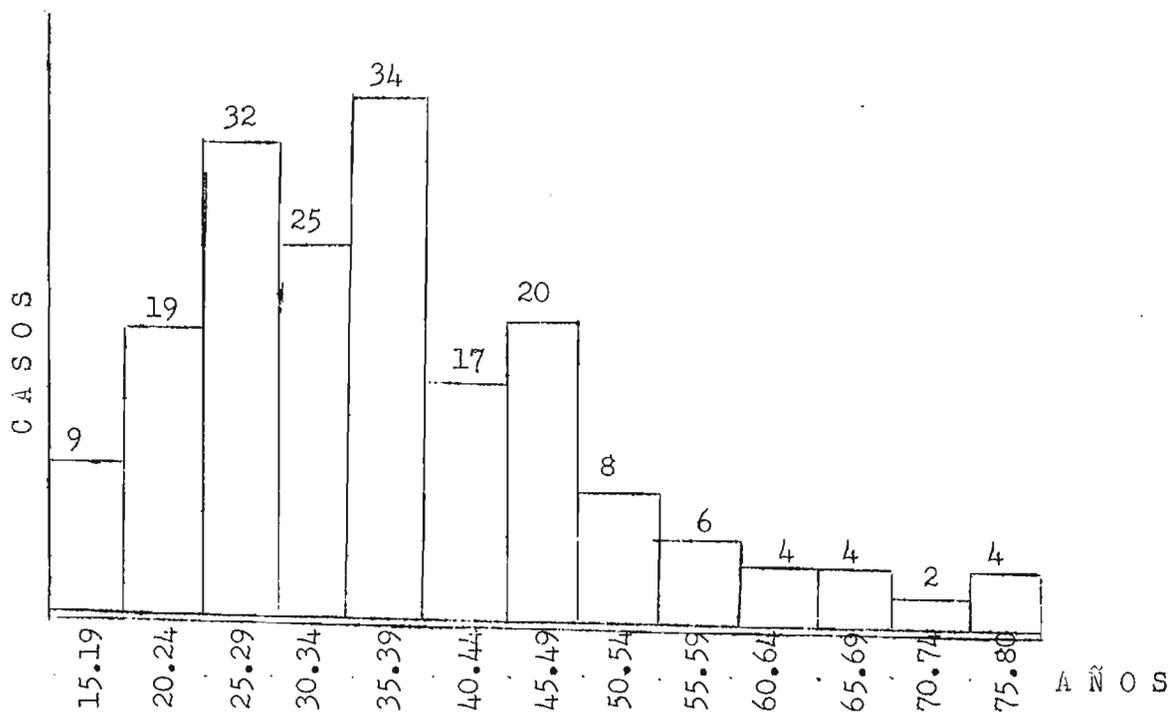
En el primer grupo de 184 casos fueron incluidos cuatro casos de Quistes Endometriales en el Grupo de quistes benignos, aunque legítimamente corresponden a otra afección; sin embargo todos eran del Ovario. En el Segundo grupo de 28 casos no se presentaron tumores de este tipo.

Los Quistes Dermoides del primer grupo fueron 27, en 4 pacientes eran bilaterales y en las 23 restantes unilaterales a predominio derecho, estos tumores

en pacientes en que el tumor estaba infectado o en casos de torción del pedículo, en el segundo grupo no se encontraron casos febriles. Al mismo tiempo es digno de hacer notar que en el primer grupo el tumor creció notoriamente, después de uno o más partos en 20 casos, en el segundo grupo solamente se observó este fenómeno en 2 pacientes. Ninguna había sido operada de tumor del lado opuesto en el segundo grupo, en cambio en el primer grupo habían sido operadas de tumor del ovario opuesto 5 pacientes, 2, 6, y 10 años antes, en las otras dos no se pudo saber la fecha. Náuseas y vómitos fueron síntomas poco frecuentes en ambos grupos; 21 en el primero y 6 en el segundo.

CUADRO N° 3

EDAD.



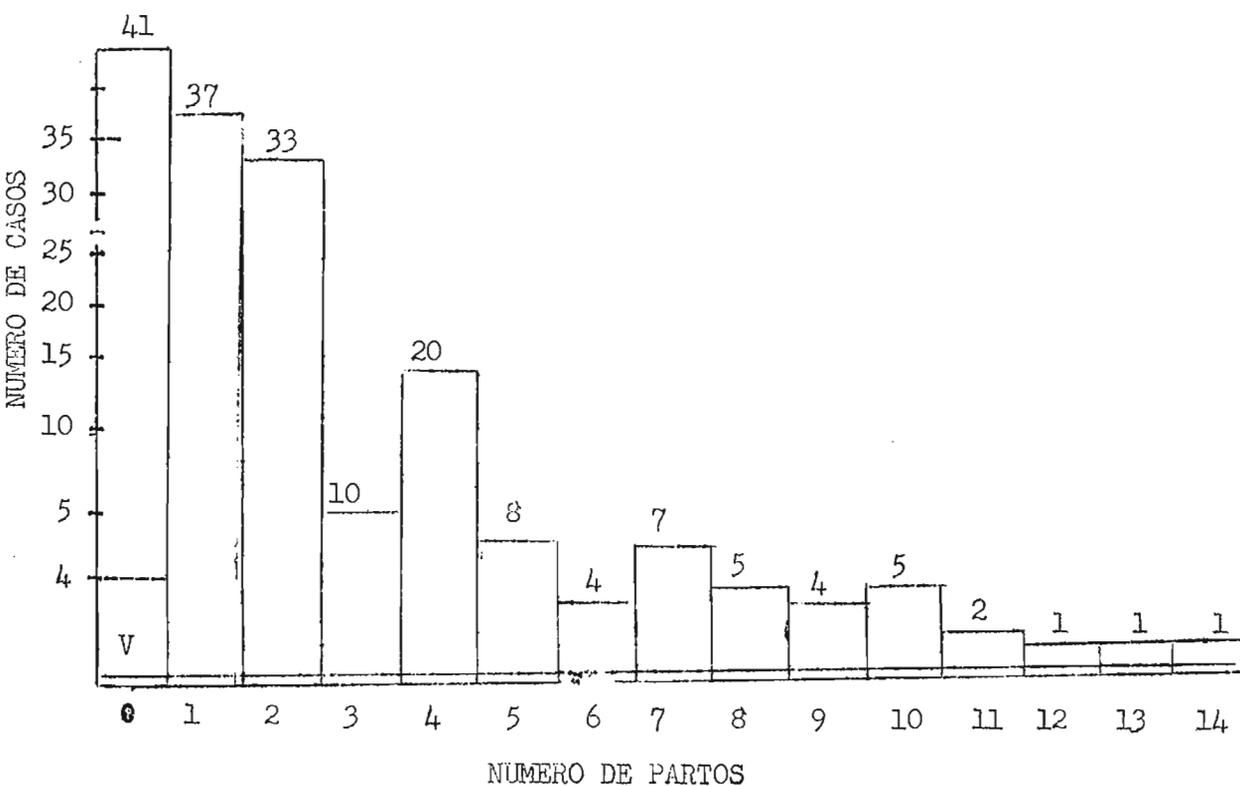
El cuadro N° 3 corresponde a la gráfica en que se encuentran las edades de las pacientes estudiadas en ambos grupos 184 pacientes en el primero y 28 en el segundo.

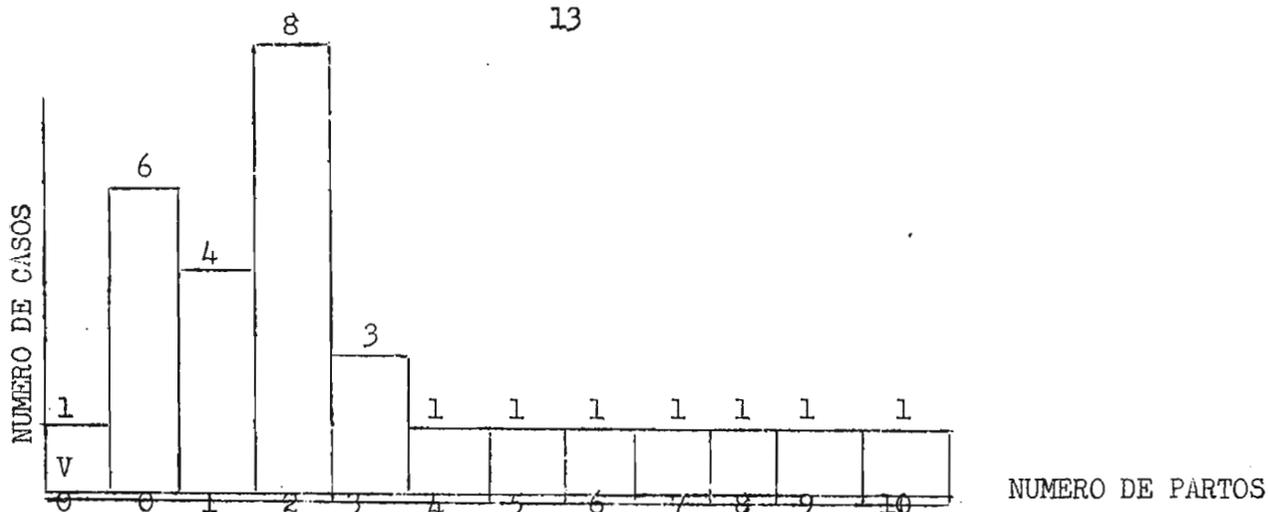
En el primer grupo los tumores del ovario se presentaron con mayor frecuencia entre los 20 y 49 años, con un total de 155 pacientes que corresponden a la edad genital activa de la mujer es decir un 84% de los casos estudiados; la paciente más joven fué de 15 años y la más vieja de 80 años, en los Tumores Malignos del primer grupo la paciente más joven tenía 20 años las otras de 26 y 28 y en resto entre 35 y 50 años.

En el segundo grupo la mayor frecuencia se observó entre 25 y 49 años con un total de 20 pacientes, hago notar que se presentaron 5 pacientes entre 16 y 18 años siendo la menor del grupo de 15 años y la mayor de 60 años. Entre los tumores malignos del 2° grupo la más joven tenía 18 años, 2 de 40 años; las demás de 42, 45 y 55 años de edad.

CUADRO N° 4

LAS GRAFICAS DEL CUADRO NUMERO 4 CORRESPONDEN A LA PARIDAD DE LAS PACIENTES ESTUDIADAS.





Como se ve en un total de 212 pacientes, encontramos 5 vírgenes y 47 nulíparas haciendo un total de 52 pacientes con 0 partos, es decir un 24.5% - 116 pacientes de 1 a 4 partos inclusive = 54.7% - y 44 pacientes de 5 a 14 partos = a un 20.7%.

CUADRO N° 5

SERVICIO DE GINECOLOGIA

Primer Grupo

TAMAÑO EN CENTIMETROS DE LOS 184 CASOS DE TUMORES DEL OVARIO

De 3 Centímetros..... 2	De 15 Centímetros31
De 4 a 5 Centímetros.....38	De 20 Centímetros16
De 6 Centímetros.....12	De 25 Centímetros5
De 7 Centímetros..... 11	De 30 Centímetros..... 14
De 8 Centímetros..... 20	De 35 Centímetros..... 2
De 10 Centímetros..... 19	De 40 Centímetros..... 3
De 12 Centímetros..... 18	De 50 Centímetros..... 3

CUADRO N° 5

SERVICIO DE GINECOLOGIA

Segundo Grupo

TAMAÑO EN CENTIMETROS DE 28 CASOS DE TUMORES DEL OVARIO

De 5 Centímetros 1	De 13 Centímetros..... 1
De 7 Centímetros..... 2	De 14 Centímetros..... 2

De 8 Centímetros.....	3	De 15 Centímetros.....	4
De 9 Centímetros.....	2	De 16 Centímetros.....	1
De 10 Centímetros.....	3	De 17 Centímetros.....	1
De 11 Centímetros.....	1	De 20 Centímetros.....	3
De 12 Centímetros.....	3	De 35 Centímetros.....	1

En el primer grupo los Tumores de 30 a 50 centímetros fueron 22, algunos tenían en su interior 10 1/2 12, 15 y hasta 18 litros de líquido de diferentes colores y consistencia, los de mayor volumen fueron los de tipo Cistoadenoma Pseudomucinoso 11 casos, sobresaliendo el número que midió 50 centímetros y pesó 44 libras.

En el segundo grupo de 28 Tumores los más frecuentes fueron los de 15 centímetros encontrándose 5, 3 de 10 centímetros y 3 de 20 centímetros, 2 de 12 y 3 de 8 centímetros. El de mayor tamaño de este grupo fué de 35 centímetros.

CUADRO N° 6
SERVICIO DE GINECOLOGIA
Primer Grupo

EVOLUCION DEL TUMOR (anterior al ingreso al servicio)

Menos de 3 a 4 meses.....	9	De 4 años.....	2
De 6 meses.....	5	De 5 años.....	7
De 7 meses.....	3	De 10 años.....	3
De 10 meses a un año.....	15	De 15 a 18 años.....	4
De 2 años.....	13	De 25 años.....	2
De 3 años.....	5	De 30 años.....	1

CUADRO N° 6
SERVICIO DE GINECOLOGIA
Segundo Grupo

EVOLUCION DEL TUMOR (anterior al ingreso al servicio)

De 2 a 3 meses.....	3
De 5 meses.....	4
De 6 a 9 meses.....	7
De 1 año.....	8

De 2 años.....	2
De 3 a 4 años.....	2
De 5 años.....	2

En estos cuadros se expresa la evolución anterior del tumor, a la fecha en que fué visto en el Servicio de Ginecología del Hospital Rosales. Sólo se tomaron en cuenta los casos en que se creyó que el dato era exacto, ya que es muy difícil recogerlo en todas las pacientes.

Es de hacer notar que hubo 37 pacientes con Tumores de 2 a 30 años de evolución, sin que hayan consultado al médico; pero la mayoría son gentes de zonas rurales, ignorantes y alejadas de los Centros Asistenciales.

En el 2° grupo, menor y más reciente, se logró obtener el dato en las 28 pacientes, es posible que sea debido a la acuciosidad de los Jefes del Servicio y Colaboradores tratando siempre de mejorar los records del Servicio; o a la mejor educación del pueblo que poco a poco se va dando cuenta de la necesidad de ver al Médico por síntomas que antes hubieran dejado en manos de curanderos.

CUADRO N° 7
SERVICIO DE GINECOLOGIA
Primer Grupo
TUMORES MALIGNOS

CISTOADENO CARCINOMA PAPILIFERO.....	7	casos
CISTOADENO CARCINOMA SEROSO.....	5	"
ADENOCARCINOMA SOLIDO.....	2	"
TUMOR A CELULAS GRANULOSAS.....	5	"
TERATOMA SOLIDO.....	1	"
TERATOMA QUISTICO.....	1	"
CARCINOMA EPIDERMOIDE EN QUISTES DERMOIDE.....	1	"
SARCOMA.....	2	"
HIPERNEFROMA.....	2	"
LUTEOMA.....	1	"

CUADRO N° 7
SERVICIO DE GINECOLOGIA

Segundo Grupo

TUMORES MALIGNOS

CISTOADENOCARCINOMA PAPILIFERO..... 6 Casos
TUMOR A CELULAS GRANULOSAS..... 1 " Bilateral.

En el 2° grupo no encontramos: Cistoadenocarcinomas Serosos, Adenocarcinoma Sólido, Teratoma Sólido, Teratoma Quístico, Carcinoma Epidermoide, Sarcoma, Hipernefroma y Luteoma, que se presentaron en el 1er. grupo de 27 casos. Como vemos el Cistoadenocarcinoma Papilífero fué el más frecuente en ambos grupos. Se encontraron pues 27 tumores malignos en el total de 184 tumores del ovario o sea el 14.7%. Adenocarcinomas se encontraron en sus diversas variedades 14 casos, casi un 50% de los tumores malignos encontrados.

Las edades de estas pacientes fueron 2 casos de 18 años, 3 casos de 25 años, 4 casos de 27 y 28 años, 6 casos de 35 y 37 años y 3 casos de 50 a 68 años.

Los 5 tumores a Células Granulosas se encontraron en pacientes de 20 años, 2 casos de 30 a 31 años, un caso de cada edad; sus tamaños fueron de 6 centímetros de diámetro 2 bilaterales en una paciente, de 8 centímetros 2 casos y de 30 centímetros en una paciente complicado con torción del pedículo.

Se encontraron 2 Teratomas según la clasificación de Novak, en pacientes de 25 y 60 años, respectivamente, que curaron después de Salpingo Ovariectomía. Un Carcinoma Epidermoide en Quiste Dermoide bilateral que midieron 35 centímetros el derecho y 7 centímetros el izquierdo, pacientes de 20 años con metastasis generalizada que falleció 3 meses después de operada.

Un Sarcoma del ovario en una paciente de 35 años en quien se encontró un tumor del ovario izquierdo de unos 15 centímetros de diámetro, con metastasis generalizada al abdomen y pélvis, en la que solo se tomó biopsia después de Laparotomía, falleció el 5° día post-operatorio. Un Hipernefroma en paciente de 55 años de edad con tumor del ovario derecho de 15 centímetros de

diámetro que curó después de Salpingo-Ovariectomía. Un Luteoma en el ovario izquierdo de 5 centímetros de diámetro en paciente de 37 años que curó después de Salpingo-Ovariectomía.

En el 2° grupo se encontraron 7 tumores malignos. Uno de ellos un Cistoadenocarcinoma Papilífero izquierdo que había sido operada 9 años antes de un tumor de lado derecho, se encontró metastasis en la vejiga y parametrio, se extirpó un tumor de 7 centímetros en pacientes de 55 años, se le hicieron 2 series de aplicaciones de Rayos X con un total de 16.000 r., salió mejorada, Dos casos de Cistoadenocarcinoma Papilífero en pacientes de 43 a 46 años, uno bilateral y otro derecho, ambos con metastasis en la vejiga, epiplón, mesenterio e hígado, los primeros de 2 y 8 centímetros - el 2° de 20 centímetros, los primeros con 9 meses de evolución, el 2° un año, en ambos se practicó Salpingo-Ovariectomía, el 2° únicamente fué radiado con 4.000 r, en total ambos salieron mejorados del Servicio. Los demás Cistoadenocarcinomas no tenían metastasis y salieron del Servicio en buen estado. El único Quiste a Células Granulosas se presentó en una paciente de 18 años en la que al extirparle un ganglio de la cadena lateral anterior derecha del cuello se descubrió un Linfosarcoma 4 años antes; al practicar la Laparotomía se encontró un tumor bilateral a Células Granulosas, el derecho de 15 centímetros y el izquierdo de 20 centímetros, con 2 años de evolución, uno de los tumores el derecho se encontró retorcido en su pedículo, se practicó Ovario-Salpingectomía bilateral y se hicieron 45 aplicaciones de 200 r. con un total de 9.000 r, fué dada de alta curada.

CUADRO N° 8

SERVICIO DE GINECOLOGIA

Primer Grupo

TAMAÑO DE LOS TUMORES MALIGNOS

De 5 Centímetros..... 2

De 8 Centímetros.....	3
De 10 Centímetros.....	2
De 15 Centímetros.....	7
De 20 Centímetros.....	7
De 25 Centímetros.....	2
De 30 Centímetros.....	3
De 35 Centímetros.....	1

UNILATERAL 17

BILATERAL 10

CUADRO N° 8

SERVICIO DE GINECOLOGIA

Segundo Grupo

TAMAÑO DE LOS TUMORES MALIGNOS

De 8 Centímetros.....	1
De 14 Centímetros.....	2
De 15 Centímetros.....	2
De 20 Centímetros.....	2

UNILATERALES 6

BILATERALES 1

Las edades de estas pacientes fueron respectivamente de 18 una, de 40 dos, de 43, 45 y de 55 una de cada edad. En el 1er. grupo los tamaños de estos tumores malignos variaron entre 5 y 35 centímetros de diámetro y se encontraron 10 casos bilaterales y 17 unilaterales.

En el 2° grupo el tamaño varió entre 8 y 20 centímetros de diámetro, encontrándose uno bilateral, tres derechos y tres izquierdos. Una paciente de 18 años, las demás oscilaron entre 40 y 55 años de edad.

CUADRO N° 9

SERVICIO DE GINECOLOGIA

Primer Grupo

TRATAMIENTO

OVARIECTOMIAS.....	32
SALPINGO-OVARIECTOMIA.....	71
HISTERECTOMIA ABDOMINAL TOTAL	
CON OVARIO-SALPINGECTOMIA.....	57
SALPINGO OVARIECTOMIA UNILATERAL.....	7
SALPINGO OVARIECTOMIA BILATERAL.....	47
HISTERECTOMIA VAGINAL CON	
SALPINGO OVARIECTOMIA.....	5
" " UNILATERAL.....	3
" " BILATERAL.....	2
LAPAROTOMIA EXPLORADORA Y TOMA DE BIOPSIA.....	4
TERAPIA CON RAYOS X	20
NO SE OPERARON.....	17
POR ENFERMEDAD INTERCURRENTE.....	4
POR RECHAZARLO LA PACIENTE.....	11
POR ESTALLAMIENTO DEL QUISTE DURANTE	
O DESPUES DEL EXAMEN GINECOLOGICO.....	2

CUADRO N° 9

SERVICIO DE GINECOLOGIA

Segundo Grupo

TRATAMIENTO

OVARIECTOMIAS.....	11
SALPINGO OVARIECTOMIAS.....	13
HISTERECTOMIA ABDOMINAL TOTAL.....	
CON SALPINGO OVARIECTOMIA.....	3
SALPINGO OVARIECTOMIA UNILATERAL.....	10
SALPINGO OVARIECTOMIA BILATERAL.....	3
TERAPIA CON RAYOS X	3
NO SE OPERARON.....	1
POR RECHAZARLO LA PACIENTE.....	1

Como se ve en este 2° grupo no se practicaron Histerectomías Vaginales ni Laparotomía exploradoras por no haber habido indicación precisa para ello y posiblemente por ser el grupo más reducido.

En cambio en el 1er. grupo en que fueron intervenidas 167 pacientes, practicándoles diversas técnicas operatorias según el caso. En 4 pacientes solo se pudo hacer Laparotomía exploradora y toma de biopsia para confirmar el diagnóstico y la variedad del tumor; 4 Histerectomías Vaginales con Salpingo Ovariectomía Uni- o - Bilaterales según la necesidad del caso.

Veinte pacientes fueron tratados con Terapia de Rayos X, para completarles su tratamiento quirúrgico o paliativamente. No se operaron 17 pacientes: 4 por enfermedades intercurrentes como Tuberculosis Pulmonar y Anemia Grave (de 4 a 6 gramos de Hemoglobina), 11 pacientes rechazaron la intervención y 2 porque los quistes no se encontraron en exámenes practicados posteriormente debido a estallamiento del quiste al momento del examen ginecológico. En el 2° grupo se practicaron 11 Ovariectomías, 13 Salpingo Ovariectomías y 3 Histerectomías abdominales totales con Salpingo Ovariectomías.

Haciendo notar que varias pacientes que tenían enfermedades intercurrentes fueron tratadas de las mismas, hasta ponerlas en condiciones de ser intervenidas con éxito, entre ellas encontramos: Amibiasis Aguda Intestinal, Cardiopatía Coronariana descompensada, Hipertrofia del Tiroides sin fenómenos tóxicos, Hernia Crural que fué curada en la misma sesión operatoria, Paludismo, Gastroenteritis Aguda, Prolapso Genital de Segundo grado, un caso de cada una de las afecciones mencionadas.

En una paciente de 60 años en la que se diagnosticó un tumor maligno del lado derecho, se encontraron lesiones pulmonares tuberculosas cicatrizadas y tuberculosis ganglionar, esta paciente hizo una trombosis cerebral, la familia exigió su alta del Servicio.

En 3 pacientes de este grupo habían sido intervenidas anteriormente: de tumor del ovario opuesto 1, Cura de Hernia Inguinal Bilateral 1, Colecistectomía, esterilización y Hernia Umbilical 1.

CUADRO N° 10

SERVICIO DE GINECOLOGIA

RESULTADOS

PRIMER GRUPO

CURADAS DEFINITIVAMENTE.....	153 = 83.1%
MEJORADAS AL SALIR DEL SERVICIO.....	1 = 0.5%
MISMO ESTADO AL SALIR DEL SERVICIO	17 = 9.4%
FALLECIERON.....	13 = 7. %

SEGUNDO GRUPO

CURADAS DEFINITIVAMENTE.....	24 = 85.7%
MEJORADAS AL SALIR DEL SERVICIO.....	3 = 1.7%
MISMO ESTADO AL SALIR DEL SERVICIO.....	1 = 3.5%
FALLECIERON EN EL SERVICIO.....	0 = 0. %

Fueron curadas definitivamente 153 pacientes de 185 casos encontrados = 83.1 %, algunas pacientes han sido controladas en exámenes posteriores; un caso de Adenocarcinoma del ovario izquierdo de 15 centímetros, operada y tratada con Rayos X- en el post-operatorio, controlada 14 meses después se la encontró en muy buenas condiciones; recientemente fué vista por el Jefe del Servicio de Ginecología Dr. Salvador Batista Mena, encontrándola en excelentes condiciones.

El grupo en que consideramos las pacientes que salieron en el mismo Estado, corresponde a las que no se operaron, Fallecieron 13, 12 con Carcinomas y 1 con Sarcoma, es decir el 7. 27% de los casos, este porcentaje corresponde al resultado inmediato post-operatorio

En el 2° grupo curaron definitivamente 24 pacientes después de cirugía y Rayos X, es decir 85. 7%, ninguna de las pacientes de tumores malignos que incluimos en este porcentaje tenía metastasis. 3 pacientes se consideraron mejoradas después de ser operadas y tratadas con Rayos X, al encontrar metastasis, habiendo salido del Servicio en condiciones bastantes buenas. Se

consideraron en el mismo estado al salir del Servicio a las pacientes que no fueron operadas. En este 2° grupo no falleció ninguna en el Servicio, pero es posible que en este momento hayan fallecido algunas de las que padecían de Tumores Malignos avanzados.

RESUMEN DEL PRIMER GRUPO (184 CASOS)

Se reportaron 184 casos de tumores del ovario, 157 Benignos y 27 Malignos, encontrados entre 2.500 pacientes ingresadas en el Servicio de Ginecología del Hospital Rosales entre el primero de enero de mil novecientos cincuenta y uno al primero de enero de mil novecientos cincuenta y seis.

Se encuentra una incidencia de 7.3% para tumores del ovario.

La variedad de tumor más frecuente fué Quiste Folicular en 90 pacientes = 63.6%.

Entre los tumores malignos los más frecuentes fueron Adenocarcinomas 14 pacientes = 51.8 %

Después del tratamiento quirúrgico se curaron 153 pacientes un = 83.1%. Fallecieron en el primer grupo 13 pacientes 7.0 %, todas las que fallecieron padecían de tumores malignos.

RESULTADOS DEL SEGUNDO GRUPO (28 CASOS)

En este grupo se reportaron 28 casos, de estos tumores del ovario 21 fueron benignos y 7 malignos encontrados entre 420 pacientes internados en el Servicio de Ginecología del Hospital Rosales durante el año de mil novecientos cincuenta y seis.

La incidencia fué de 6.6%.

La variedad más frecuente fué el Quiste Folicular de los que se encontraron 10 = a 35.7%. Entre los tumores malignos los más frecuentes fueron los Adenocarcinomas Papilíferos en número de 6 = 85.7%.

Curaron después de tratamiento Quirúrgico reforzados con Rayos X en algunos casos, 24 es decir un 85.7%.

Mejoradas 3 = 1.7%. En el mismo estado al salir del servicio 1 = 3.5%

que no fué operada. En el Servicio no falleció ninguna paciente.

CAPITULO CUARTO

ESTUDIO ANALITICO

INSIDENCIA.

En un total de 2.920 pacientes que ingresaron al Servicio de Ginecología del Hospital Rosales, se encontraron 212 casos de tumores del ovario, es decir una insidencia de 7. 2%.

EDAD.

Las pacientes que padecieron de tumores del ovario en el total de 212 casos se encontraron entre 15 y 80 años.

La edad más frecuente fué entre 20 y 49 años, siendo estas, 155 pacientes o sea el 73.1%. Habiendo encontrado pacientes de 15 y 17 años, una de cada edad siendo estas las de menor edad, en nuestra serie.

PARIDAD.

En el total de casos estudiados se presentaron pacientes, desde vírgenes hasta multíparas de 14 partos.

El siguiente cuadro es arbitrario, habiendo clasificado las pacientes en nulíparas, pequeñas multíparas de uno a cuatro partos inclusive y grandes multíparas de 5 a 14 partos:

NULIPARAS (5 vírgenes y 47 con 0 partos)	52 = 24.5%
PEQUEÑAS MULTIPARAS DE UNO A 4 PARTOS INCLUSIVE.....	116 = 54.7%
GRANDES MULTIPARAS DE 5 A 14 PARTOS.....	44 = 20.7%

TAMAÑO.

Respecto al tamaño de los tumores del ovario, se ha visto que depende con bastante frecuencia del tipo del tumor y del tiempo de evolución, siendo los de mayor tamaño los Cistoadenomas Pseudomusinoso, sobresaliendo el número 63 que midió 53 centímetros en su mayor diámetro y pesó 44 libras. Entre los tumores malignos el de mayor tamaño midió 35 centímetros de diáme-

tro (SPOHN citado por Novak encontró uno de 375 libras de peso)

EVOLUCION.

La evolución de los tumores que se presentaron en el Servicio de Ginecología del Hospital Rosales, varió notablemente entre 2 meses a 15, 25 y 30 años, esto nos demuestra la ignorancia, abandono personal o temor de la gente del medio rural de acudir al médico; necesitamos más educación en este sentido, pues me imagino cuantos casos habrá que no vienen al médico y que necesitan tratamiento.

SINTOMAS.

Los síntomas más frecuentes encontrados en nuestros casos fueron los siguientes:

TUMORACION AL EXAMEN GINECOLOGICO O ABDOMINAL.....	212 = 100 %
DOLOR PELVICO, ABDOMINAL O LUMBAR.....	178 = 83.9 %
SENSACION DE PESANTEZ O DISCONFORT.....	150 = 70. %
Amenorrea.....	28 = 13. 2%
Meno-Metrorragias.....	134 = 63. 2%
Oligomenorrea.....	23 = 10. 8%
ASCITIS.....	26 = 12. 3%
NAUSEAS Y VOMITOS.....	30 = 14. 1%
VERTIGOS Y DESMAYOS.....	5 = 2. 03%
ESTREÑIMIENTO.....	19 = 8. 9%
DISURIA Y POLIURIA.....	29 = 13. 6%
FIEBRE.....	15 = 7. 7%
FENOMENOS DE TORCION.....	28 = 13. 2%
MENOPAUSIA.....	32 = 11. 4%

Analizando este cuadro vemos que los síntomas más frecuentemente encontrados fueron: Tumor, Dolor y Trastornos menstruales con sensación de pesantez o disconfort en la pélvis, siguiéndoles en orden de frecuencia los trastornos urinarios, náuseas, vómitos y ascitis. Correspondiendo esta frecuencia a la observada por la mayoría de los autores, en la Literatura Mundial.

TUMORES MALIGNOS DEL OVARIO

En un total de 34 tumores malignos estudiados, fué el Cistoadenocarcinoma Papilífero el más frecuente, 13 casos = 38.1%, siguiendo en orden de frecuencia el Cistoadenocarcinoma Seroso, 5 casos = 14.7%.

Tumor A Células Granulosas 6 casos = 17.6%. El total de tumores malignos que fué de 34 corresponde a un 16.3% entre todos los tumores encontrados (Benignos y Malignos). Novak refiere que según Meyer el 14.9% de todos los tumores del ovario son malignos.

TRATAMIENTO

El tratamiento de los tumores del ovario es eminentemente quirúrgico y en nuestra serie las técnicas usadas fueron adecuadas a cada caso, pues como se sabe es el Cirujano quien decide su procedimiento al ver la realidad del caso con su abdomen abierto, aunque previamente hubiere planeado la técnica y extensión apropiadas, teóricamente.

Es el Cirujano que conoce más a fondo la patología macroscópica el que obtiene mayor éxito, aunque en ciertos tumores es muy difícil precisar el diagnóstico de benignidad o malignidad a menos que se haga un estudio histopatológico en el momento operatorio.

En las mujeres jóvenes en período activo de reproducción debe procurarse hacer una cirugía conservadora, en presencia de tumores pequeños y unilaterales.

En las adultas menopáusicas hay que hacer una cirugía Radical amplia, pues un 15% de todos los tumores del ovario son malignos (Te Linde). Siempre hay que tener en cuenta el deseo de la paciente de tener hijos o seguir teniendo y en los resultados psíquicos que puedan acarrear una menopausia precoz.

La Radioterapia puede emplearse como paliativo de tumores malignos avanzados y como complemento de la Cirugía.

En el momento actual el Oro Radioactivo, es un precioso medio terapéutico, desgraciadamente en nuestro medio carecemos de los Isotopos necesarios.

Las intervenciones que se practicaron están descritas en el capítulo anterior en forma parcial para cada grupo, el número total es el siguiente:

OVARIECTOMIA SOLAS.....	43
SALPINGO OVARIECTOMIAS.....	84
HISTERECTOMIA ABDOMINAL TOTAL	
CON OVARIOS SALPINGECTOMIA.....	60
SALPINGO OVARIECTOMIA UNILATERAL.....	29
SALPINGO OVARIECTOMIA BILATERAL.....	55
HISTERECTOMIA VAGINAL CON SALPINGO OVARIECTOMIA.....	5
" " " UNILATERAL.....	3
" " " BILATERAL.....	2
TERAPIA CON RAYOS X.....	23
NO SE OPERARON.....	18
POR ENFERMEDAD INTERCURRENTE.....	4
POR RECHAZARLO LA PACIENTE.....	12
POR ESTALLAMIENTO DEL QUISTE.....	2

Como se ve la intervención más frecuente fué la Salpingo Ovariectomía 84 = 45.1%, siguiéndole en orden de frecuencia la Histerectomía Abdominal total con Ovario Salpingectomía 60 = 32.2%. Ovariectomías 43 = 23.1% Histerectomías Vaginal con Ovarios Salpingectomía 5 = 2.96%, todos estos datos corresponden a un total de 186 intervenciones.

Fueron tratadas con Rayos X 23 casos = al 12.3% de los casos operados, de todos los casos de tumores del ovario el 10.8%. Y de los Malignos 67.6%.

PRONOSTICO

En la serie estudiada por nosotros el Pronóstico de los tumores del ovario es favorable, haciendo notar por supuesto la severidad de éste pronóstico en los tumores malignos complicados con metástasis en órganos vitales o generalizados y recidivas. El tiempo de evolución y el tipo del tumor son importantísimos factores, habiendo nosotros tenido ayuda con los Rayos X.

TUMORES DEL OVARIO COMPLICADOS CON EMBARAZO

La coexistencia de tumor del ovario y embarazo es una seria complicación desde el momento que aumenta las probabilidades de aborto, frecuentemente sufre torción y ofrece un obstáculo insuperable en el momento del parto. Habiendo encontrado en nuestra serie tres pacientes embarazadas dos de 2 meses y 1 de un mes hago un resumen del estudio de esta complicación.

Todos los tipos de tumores del ovario pueden complicar el embarazo, pero ha sido el Quiste Dermoides el más frecuentemente encontrado en esta asociación, en 107 casos de Mc Kerron encontró 46 Dermoides, 9 tumores malignos, 5 Fibromas 47 Cistomas y 2 Coloides.

Spencer en 41 pacientes observó 12 Quistes Dermoides- Child y Douglas en 23 casos que observaron 7 eran Dermoides. Reny en 321 casos de embarazo complicado con quiste del Ovario encontró aborto espontáneo o parto prematuro en 17% de los casos.

En el momento del parto pueden ocasionar serias distocias y el peligro para las pacientes no termina con el parto; en algunos casos se presenta peritonitis por gangrena del tumor que resulta de la excesiva presión a que está sometido.

En otros casos la torción del pedículo puede conducir a una terminación fatal. Al romperse el quiste su contenido se derrama en la cavidad abdominal, sin ningún peligro en los quistes foliculares, pero los quistes dermoides producen frecuentemente peritonitis.

Cuando el tumor es pélvico puede conducir a la ruptura del útero, la ruptura espontánea del quiste puede ocurrir, pero es sorprendente que no es frecuente, en una paciente de Stander un quiste unilocular con paredes muy delgadas, que estaba impactado en la pelvis dió lugar a la ruptura del útero en vez de romperse el quiste, aunque su pared no excedía de un milímetro de espesor.

Desgraciadamente la presencia del tumor pasa frecuentemente inadvertida. Un

examen cuidadoso debe ser hecho en los primeros meses del embarazo, que es la época en que puede hacerse más fácilmente el diagnóstico.

Cuando el diagnóstico es hecho en los primeros tres meses, hay que practicar su extirpación, siempre con el riesgo de aborto que es grande, dependiendo de varios factores: tamaño, situación y estado general de la paciente. En general, aumenta las probabilidades de un parto prematuro en el 19.4% según Heill en cambio Syzmanowicz en una serie estudiada por él, encontró únicamente el medio por ciento.

Cuando el diagnóstico es hecho en un embarazo avanzado es mejor no operar a menos que se trate de un tumor maligno.

La cicatriz reciente no es propicia para el trabajo del parto. Si el tumor no está en la pélvis, hay que procurar que se verifique un parto espontáneo y extirpar el tumor en el puerperio.

En casos de tumor abdominal el diagnóstico puede confundirse con un embarazo gemelar o hidramnios y es muy difícil hacerlo. En los casos encontrados en nuestra serie de embarazos complicando quistes del ovario, se resolvieron favorablemente.

CAPITULO QUINTO

RESUMEN DEL ESTUDIO DE LITERATURA NACIONAL

Después de estudiar detenidamente los trabajos hechos por Autores Salvadoreños, creo que son éstos el tipo de estudios que necesitamos para beneficiar a nuestro Pueblo y ser conocidos en el extranjero a través de trabajos científicos que colaboran efectivamente en el mejoramiento de nuestra Medicina.

En el año de 1948 fueron reportados dos casos de Arrenoblastoma, que se presentaron en el Hospital Rosales, por los Doctores Narciso Díaz Bazán y Roberto Masferrer.

El Arrenoblastoma es un tumor sólido del ovario, de tipo funcionante, sumamente raro; se necesitan para su diagnóstico, los síntomas de desfemini-

zación y masculinización en presencia de un tumor sólido del ovario.

En la histopatología se aceptan 3 tipos: forma altamente diferenciada (adenoma testicular de Pick), forma altamente indiferenciada (sarcomatosa, atípica) y una forma intermedia. Hasta 1947 habían reportados 94 casos.

En El Salvador se reportan los primeros casos en 1948.

Su malignidad no está bien establecida, generalmente con la simple extirpación del tumor se obtiene la curación y rápida desaparición de los síntomas de masculinización.

Está clasificado histológicamente entre los tumores malignos, pero no hay duda que su malignidad es menor que en el cáncer corriente del ovario, en ciertos casos es definitivamente maligno. Siempre hay que considerarlo como potencialmente maligno. Son pocos los casos que se presentan malignos en alto grado y sus recurrencias son muy pocas. En la Literatura Mundial se encuentra un porcentaje de malignidad de 12.7% según O'Connor y Diddle.

Las modificaciones de la hipófisis han sido señaladas por Huffman, Hamilton y Wolfe, cambios basófilos de la Glándula Pituitaria después de la inyección de Testosterona; Díaz Bazán y Masferrer encuentran modificaciones de la hipófisis en 2 casos reportados de Arrenoblastomas, en un caso al aspecto Radiológico en el otro al aspecto Histopatológico. Kann y Zelle manifiestan que la asociación de cambios en la glándula pituitaria con los tumores masculinizantes del ovario es muy interesante y significativa, pero aún no se ha establecido si es o no incidental.

La importancia de estos casos es que han tenido evolución maligna y fallecimiento de las 2 pacientes, pues solamente 14 casos de Arrenoblastoma con terminación fatal habían sido reportados previamente en la Literatura Mundial.

El estudio Histopatológico reveló un aspecto sarcomatoso con formación de algunos túbulos tapizados por epitelio cúbico, fué clasificado como de tipo intermedio y después de un aparente buen resultado post-operatorio presentó recurrencia pélvica y metástasis peritoneales con marcada ascitis falleciendo

2 años y 9 meses después, estos datos corresponden al 2° caso pues el primero falleció poco después de operada comprobándose en la autopsia y estudio histopatológico su alto grado de malignidad.

SEGUNDO

El Doctor Díaz Bazán hace un reporte complementario del caso anterior en 1951, en el que demostró la malignidad del tumor.

Fué operada el 2 de Junio de 1948 y fué vista de nuevo en Enero de 1951, consultando por marcada ascitis y disnea pronunciada; se hace el diagnóstico de Arrenoblastoma con recurrencia pélvica y probables metástasis en todo el abdomen. Se considera inoperable. Los síntomas de masculinización que había regresado en parte, se vuelven a acentuar sobre todo el hirsutismo facial, teniendo la paciente que rasurarse con frecuencia, habitus masculinos, voz grave varonil e hipertrofia del clítoris, falleció el 14 de Abril de 1951. Clasificado en el Ovarian Tumor Registry N° 526.

TERATOMA FUNCIONANTE DEL OVARIO CON SINDROME DE MASCULINIZACION. Reporte de un caso estudiado por los Doctores Narciso Díaz Bazán, Ernesto Núñez y Roberto Masferrer.

El interés principal que presenta este caso es que el Teratoma no se encuentra clasificado entre los tumores funcionantes de tipo masculinizante.

El único tipo de Teratoma funcionante es el Estruma Ovarii o Tumor Tiroideo del Ovario, variedad rara del Teratoma que puede asumir propiedades funcionantes de tipo Hipertiroideo.

El Teratoma del Ovario se conoce también como Teratoblastoma, es un tumor sólido de alta malignidad que está caracterizado porque siempre presenta una conglomeración de elementos derivados de las 3 capas germinales (Ectodermo, Mesodermo y Endodermo).

Aunque se puede encontrar en otros órganos y tejidos del cuerpo, el Teratoma es predominantemente un tumor del ovario y es aquí donde revista su forma característica (Curtis). Es sólido, compacto, pudiendo presentar áreas

de degeneración quística; con gran tendencia a infiltrar la cápsula e invadir los tejidos vecinos e implantarse en el peritoneo. Al corte presenta una configuración muy variada, debido a la complejidad de su estructura histológica, toda clase de tejidos u órganos han sido descritos: cartílago, dientes, hueso, ojo, intestino, tiroides etc. El diagnóstico microscópico generalmente no es difícil, macroscópicamente es un caos.

Es muy raro, en 1.3000 tumores estudiados durante 30 años, 2 fueron Teratomas (Clínica Kermauner de Viena). Su histogénesis es oscura, no habiendo una teoría aceptada universalmente, las 2 principales son: teoría blastómera y 2° teoría de células sexuales infertilizadas, ambas puramente especulativas.

El caso reportado fué operado por el Dr. Ernesto Núñez ayudado por el Dr. Díaz Bazán, el 30 de Junio de 1950.

Reporte Operatorio: Laparotomía media infraumbilical, se encuentra tumor sólido del ovario derecho con zonas quísticas, del tamaño de un coco, de superficie irregular no adherente, útero pequeño, retrovertido, trompa izquierda normal, ovario izquierdo atrófico. Se practica ovario Salpingestomía derecha. Los Cirujanos habían hecho diagnóstico de Arrenoblastoma y con la pieza operatoria en la mano siguieron creyendo en lo mismo.

La evolución inmediata fué excelente y fué dada de alta el 13 de Julio en aparente buen estado de salud.

El diagnóstico Histopatológico fué de Teratoma sólido maligno del ovario. La paciente no pudo ser localizada, pero se supo que falleció 2 meses después de la operación.

Desde el punto de vista clínico, la paciente presentó un cuadro completo de desfeminización (amenorrea, atrofia de las mamas) y de masculinización (hipertrofia del clítoris, hirsutismo, habitus masculino, voz ronca, la paciente es virgen y dice no sentir ninguna atracción por el sexo masculino)

Su evolución fué altamente maligna. Desde el aspecto histopatológico

se trata indiscutiblemente de un Teratoma, con múltiples tejidos (cartílago, tejido glándular, tejido testicular altamente diferenciado, tejido testicular indiferenciado, tejido sarcomatoso y fibroso. No puede corresponder a los tipos de Arrenoblastoma descritos, tampoco al llamado grupo Masculinivoblastoma de Rottino y Grath. Es el 3er. caso reportado en la Literatura Médica, el primero por Kanter y Klawns, el 2° por Lester y el presente caso, primero en El Salvador y el 3° en el mundo.

DISGERMINOMAS DEL OVARIO Dr. Roberto Orellana Valdez.

El Disgerminoma es raro y se presenta de preferencia en los primeros años de la vida, se origina según Meyer en Células indiferenciadas de las Gónadas primitivas cuando no han sido revestidas aún por sus caracteres masculinos o femeninos, por lo que estos tumores no ejercen ninguna acción en los caracteres sexuales de la paciente, una mujer pseudohermafrodita en cuyo ovario se desarrolla un Disgerminoma, será siempre pseudohermafrodita antes y después de extirpado el tumor. El mismo origen ha sido adscrito al llamado Seminoma del Ovario, apoyado por la tesis de que se encuentra un tumor idéntico en los testículos.

El nombre de Seminoma fué aplicado por Chevassu al prototipo ovárico, y es popular en la Literatura Francesa, sin embargo la denominación de Disgerminoma dada por Meyer es más expresiva y ha sido más ampliamente aceptada.

Son sólidos, cuando son pequeños son encapsulados, pero los grandes dan muestra de malignidad. No tiene efecto sobre la menstruación y el primer síntoma es la presencia del tumor en el vientre, a veces se observa Amenorrea por deficiencia gonadal.

Su grado de malignidad es variable, puede curar con la simple extirpación pero también puede tener un carácter infiltrativo dando metástasis lejana, generalmente son unilaterales y su tamaño varía de muy pequeños a muy grandes.

Microscópicamente se caracterizan por la presencia de células grandes

redondas u ovoides, dispuestas en alveolos separados por tabiques de tejido conjuntivo escaso que amenudo se hialiniza y presenta una infiltración característica de leucocitos. La Cirugía conservadora es indicada en pacientes jóvenes, no olvidando en este caso practicar exámenes frecuentes en el post-operatorio y hacer una cirugía radical a la primera señal de recidiva. Si el tumor es infiltrativo, hacer Cirugía Radical y Roentgenterapia profunda. Se han observado casos con torción del pedículo (Klein y Novak) y en 2 casos había un Teratoma asociado del ovario.

Su malignidad no puede ser negada habiendo mucha variedad en casos individuales, como grupo son menos malignos que los tumores a Células Granulosas, pero más malignos que los Arrenoblastomas.

El número de casos adecuadamente estudiados es muy poco para poder valorizar la proporción de curas o recurrencias, sin embargo en 53 casos adecuadamente reportados Doderlein encuentra que 13, mas o menos un 25%, tenían metástasis extrapélvicas y 10 de estos, 18.8% fallecieron.

Se considera como un tumor sexualmente indiferente, que no influye en el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios como lo hacen los tumores a Células Granulosas y Arrenoblastomas.

TESIS DOCTORAL DEL DOCTOR CRUZ PALACIOS.

El Dr. Alfonso Cruz Palacios presentó en Diciembre de 1953 como tesis de doctoramiento, el trabajo (Estudio Analítico de 104 casos de Tumores del Ovario en el Hospital Rosales)

Su material de estudio fueron 104 casos de tumores del Ovario y revisión de 6.700 Biopsias practicadas por el Departamento de Anatomía Patológica del Hospital Rosales, de Enero de 1950 a Agosto de 1953. Después de estudiar este interesante trabajo, encontró en él datos útiles que me orientaron en el estudio de la Patología Salvadoreña de los Tumores del Ovario.

CAPITULO SEXTO

RESUMEN

Fueron ingresadas al Servicio de Ginecología del Hospital Rosales 2.500 pacientes, entre el 1° de Enero de 1951 al 31 de Diciembre de 1955 y 420 pacientes durante el año de 1956, dando un total de 2.920 pacientes en esta serie.

Se encontraron 212 casos de tumores del ovario, es decir una incidencia de 7.2%.

Fueron tumores Benignos 178 casos, = 83.9% Para Meyer y Novak 85.1%

Fueron tumores Malignos 34 casos, = 16.5% Para Meyer y Novak 14.9%

La variedad más frecuente entre los tumores benignos fué el Quiste Follicular, 190 casos, = 47.1% Para Meyer y Novak 59.1%

Entre los tumores malignos el más frecuente fué el Adenocarcinoma,
20 casos, = 58.8%

El Cistoadenoma Pseudomusinoso fué el más frecuente entre los Quistes Neoplásicos (Clasificación de Novak, Benignos)

72 casos, = 38.8% Lippert = 53.6%

Pfannenstiel 75 %.

Estos constituyen entre todos los tumores del ovario

28 casos en 212 = 13.2% 20 a 70% según Brazzil
zilai.

Entre nosotros se presentó entre 20 y 50 años y para la serie estudiada por Bernstein y Geist entre 20 y 60 años.

En la Literatura Médica se citan casos en niños y aún en recién nacidos, 3% Olshousen. Se han reportado 2 casos de voluminosos quistes en niñas de pocos días de nacidas, que fueron operadas con éxito, Kundstadter y Lappage. Los mismos una niña prematura con parto distócico por el volumen del abdomen, que tenía un quiste pseudomusinoso hemorrágico de 9 por 12 centímetros de

diámetro. Groves y Hudson. La frecuencia de su unilateralidad entre nosotros fué de 26 casos entre 28 = 92.8%. Pfannenstiel = 83% Meyer = 94.4%.

Cistoadenomas Serosos

Son menos frecuentes que los Pseudomucinosos; constituyen un 20% para Novak entre todos los tumores del ovario.

Son unilaterales en su mayoría 60% Frank. 60 a 80% Kermauner. Se presentan entre los 20 y 50 años y son muy raros antes de la pubertad.

Entre nosotros: Fueron 9 el 15% de los Neoplásicos Benignos (Novak).

Entre todos los tumores del ovario 5.1%

Unilaterales 81.8%

Se presentó entre nosotros entre 20 y 45 años.

QUISTES DERMOIDES:

Se presentó este tipo de tumores entre 10 y 60 años en una serie de 175 casos estudiados por Bernstein y Geist, sin embargo una revisión general en 1948 sobre 200 casos publicados en niñas de menos de 14 años, se encontraron quistes Dermoides en 50 casos, Costin Quennedy. En nuestra serie no se encontraron pacientes de esta edad.

Se encontraron Bilaterales 12.9% (4 casos). Lippert 10 a 15%.

Berstein y Glockner 25%.

Entre los Unilaterales 27 casos = 87.9% entre nosotros.

Entre todos los tumores constituyeron el 14.6% y para Costin Quennedy un 25%.

Se refieren en la Literatura Médica, casos "Familiares"; 2 series de 3 primas hermanas, una citada por Mandelstamm y la otra por Sippel.

Resultados finales del tratamiento

Curados definitivamente	177 = 83.4 %
Mejorados al salir del Servicio	4 = 1.8 %
Mismo estado al salir del Servicio	18 = 8.4 %
Fallecieron	13 = 6.1 %

Se encontraron retorcidos del pedículo 28 = 13.2 %. En una serie de 119 casos estudiada por Benjamín en 1941 encontró 11 retorcidos = a un 13 %.

CAPITULO SEPTIMO

CONCLUSIONES

- 1° - Los tumores del Ovario son muy frecuentes en El Salvador.
- 2° - Los tumores benignos son mucho mas frecuentes que los tumores malignos.
- 3° - El grupo mas numeroso fué el de Quistes Foliculares.
- 4° - El Adenocarcinoma fué el mas frecuente entre los tumores malignos.
- 5° - Se encontraron tumores funcionantes de tipo Feminizante 6 tumores a Células Granulosas, sus caracteres, no fueron ostensibles por presentarse en pacientes adultas. Fuera de esta serie fueron reportados 3 casos de tumores Masculinizantes por los Doctores Díaz Bazán, Masferrer y Núñez, dos Arrenoblastoma y un Teratoma funcionante del ovario con síndrome de Masculinización, los tres casos con evolución maligna.
- 6° - Entre los tumores del Ovario de tipo neoplásico (Clasificación de Novak) el Cisto adenoma Pseudomucinoso fué el mas frecuente y entre ellos se encontró el de mayor tamaño.
- 7° - Estos tumores se distinguieron por su unilateralidad y se presentaron entre los 20 y 45 años.
- 8° - Los Quistes Dermoides en número de 31 constituyen el 14.5% de todos los tumores de nuestra serie, un 14.2% fuéron bilaterales y la paciente de menor edad fué de 17 años, la herencia no jugó ningún papel en los casos estudiados en nuestra serie.
- 9° - Con torción del pedículo se encontraron 28 casos, ameritando intervención de urgencia 22, con éxito, los 6 restantes fueron hallazgos operativos.
- 10° - El tamaño varió entre 5 y 50 centímetros, siendo el más frecuentemente encontrado entre 3 y 10 centímetros, 119 casos en nuestra serie.

- 11° - El número mayor de tumores en general se presentó entre los 20 y 49 años
- 12° - En 17 casos se observó que la tumoración creció notoriamente después de uno o más partos.
- 13° - Se encontraron tumores con una evolución de 15, 25 y 30 años; por este dato se ve que necesitamos una propaganda activa, para que las pacientes acudan al Médico o a los Centros Asistenciales.
- 14° - Se encontraron en nuestra serie 5 pacientes que habían sido operadas de tumores del ovario opuesto 2, 6 y 10 años antes, las otras dos no se pudo averiguar.
- 15° - Se incluyen 4 casos de Quistes Endometriales, que aunque legítimamente corresponden a otra afección, todos eran del ovario.
- 16° - Los síntomas más frecuentemente observados fueron: Tumoración al examen Ginecológico o Abdominal 100%, Dolor Pélvico, Abdominal o Lumbar 72.2%, Sensación de pesantez o disconfort 70%, Trastornos menstruales 90%.
Les siguieron en orden de frecuencia trastornos debidos a compresión.
- 17° - El resultado total en nuestra serie es halagador con un 83.4% de curaciones definitivas y un 6.1% de fallecidos.
Todas las que fallecieron padecían de tumores malignos avanzados.
- 18° - Casi todos los porcentajes encontrados en nuestra serie son semejantes a los de la Literatura Médica Mundial, habiendo encontrado mayor diferencia en los Cistoadenomas Pseudomucinosos, cuya frecuencia entre nosotros fué de 12.9% de todos los tumores del ovario y para Brazilai un 70%.
- 19° - Los casos de Quistes del Ovario con embarazo presentados en nuestra serie, se resolvieron favorablemente.
- 20° - Es urgente la introducción en nuestro medio de Oro Radioactivo, para beneficio del Pueblo Salvadoreño.
- 21° - Fueron tratados con Rayos X, 23 casos o sea un 12.3% de los casos operados, un 10.8% de todos los tumores del ovario y un 67.7% de todos los

tumores malignos encontrados.

22° - Padecían de tumores del ovario 5 vírgenes y 47 con 0 partos, haciendo un total de 52 Multíparas = 24.5%

De 1 a 4 partos inclusive, las que llamé pequeñas multíparas 116 = 54.7%

De 5 a 14 partos, las que llamé grandes multíparas 44 = 20.7%.

CAPITULO OCTAVO

B I B L I O G R A F I A

- Batista Mena Salvador - Trabajo presentado en el Segundo Congreso Mexicano de Ginecología y Obstetricia del 5 al 11 de Junio de 1955. Memorias del Segundo Congreso Mexicano de Ginecología y Obstetricia, del 5 al 11 de Junio de 1955
- Batista Mena Salvador - Trabajo presentado al Segundo Congreso Centro Americano de Ginecología y Obstetricia Celebrado en Panamá en Febrero de 1956. Memoria del Segundo Congreso Centro Americano de Ginecología y Obstetricia Celebrado en Panamá en Febrero de 1956.
- Christopher, Frederik. A B - M D / O - S C - (Hon Dublin) F A C S. Textbook of Surgery Second Edition.
- Duplay - Rochard - Demoulin - Stern. DIAGNOSTICO QUIRURGICO. 10a. Edición.
- Díaz Bazán Narciso y Masferrer Roberto.- ARENOBLASTOMAS DEL OVARIO. Archivos del Colegio Médico de El Salvador - Volumen Uno- Página 37- 384. Diciembre 1948.
- Díaz Bazán Narciso.- ARENOBLASTOMA DEL OVARIO A EVOLUCION MALIGNA- (REPORTE COMPLEMENTARIO). Archivos del Colegio Médico de El Salvador, Volumen 4, Páginas 16-21. Marzo de 1951.

- Díaz Bazán Narciso, Núñez Ernesto y Masferrer Roberto. TERATOMA FUNCIONANTE DEL OVARIO CON SINDROME DE MASCULINIZACION. Archivos del Colegio Médico de El Salvador- Volumen 4- Páginas 42-58.- Marzo de 1951.
- Curtis Arthur Hale. TEXTBOOK OF GYNECOLOGY Cap. 23 Crossen H. S. & Crossen R. S. OPERATIVE GYNECOLOGY Sixth Edition.
- Ewin James. NEOPLASTIC DISEASE. W. B. Saunders Co. 1942.
- ENCYCLOPEDE MEDICO CHIRURGICALE GYNECOLOGIE. A Laffont- Ed Chomé- Ed Douay- G. Menegaux-
- ENDOCRINOLOGY OF NEOPLASTIC DISEASES. A SYMPOSIUM BY EIGHTEEN AUTHORS. Oxford University Press 1947 Páginas 13-14-25-108 a 127.
- Novak Emill A B - M D - O S C- (Hon Dublin) F A C S TEXTBOOK OF GYNECOLOGY 3a. Edition.
- Novak Emill A B - M D - O S C- (Hon Dublin) F A C S GYNECOLOGICAL AND OBSTETRICAL PATHOLOGY WITH CLINICAL AND ENDOCRINE RELATION. Second Edition.
- Orellana Valdez Roberto. DISGERMINOMA DEL OVARIO Archivos del Colegio Médico de El Salvador- Vol. 4- N° 1 Pág. 30. Marzo 1951.
- Palacios Cruz Alfonso. Estudio Analítico de 104 casos de Tumores del Ovario en el Hospital Rosales TESIS DOCTORAL - Diciembre de 1953.
- Te Linde Richard W. OPERATIVE GYNECOLOGY. Second Edition 1953.
- Wharton Laurence R. GINECOLOGIA. 1950.
- Williams OBSTETRICS By Nicholson J Eastmann. Pág. 894 a 896.

Nº ARCHIVO	NOMBRES	EDAD	INGRESO Y SALIDA	DIAGNOSTICO FINAL	HISTO-PATOLOGIA	TRATAMIENTO
62776	Julia' Belaños	20	1 9 5 6 4 - VIII -17	Quieste del Ovario D.	Quieste Spandomusinoso	Ovariectomía Salpinges
20600	Rosalinda A. de Cisneros,...	42	I- 3	Quieste del Ovario I.	Quiesté Dermoide	Ovariectomía I.
24038	Angela Cestona	17	II- 25	Quieste Spseudomusinoso	Quieste Spseudomusinoso	Ovariectomía
7423	Angela Ma. Gaitán	42	II- 8	Quieste Seroso D.	Quieste Seroso	Ovario Salpingestomía
22733	Ma. Campos Tellez	40	I- 18	Cistoadenocarcinoma D.	Cistoadenocarcinoma	Histerectomía Y. O. S.
28620	Bertila Osegueda M.	25	II- 4	Quieste del Ovario D.	Quieste Seroso	Ovario Salpingestomía
61650	Graciela de Hernández	27	IV- 7	Quieste del Ovario D.	Quieste Seroso	Ovariectomía Parcial
28065	Nelly De J. Larios	15	IV- 4	Quieste Spseudomusinoso	Cistoadenoma Spseudomusinoso.....	Salpingo Ovariectomía
154459	Juventina de Avilés	31	V- 17	Quieste del Ovario I.	Quieste Seroso	Ovariectomía
29244	Ma. Abrego de Abrego	60	V- 25	Tumor Maligno OV.	Cistoadenocarcinoma	-----
49659	Alicia Cerros Roque	26	V- 11	Quieste Ovario I.	Quieste Seroso	Ovariectomía
168464	Magdalena Vásquez G.	17	V- 14	Quieste Ovario I.	Quieste Dermoide	Ovariectomía
4918	Lydia Sánchez V.	18	VI- 16	Quieste Bilateral	Tumor a Células Granulosas.....	O. Retorcido Ovariectomía lateri
30702	Fidelina Alvarado	39	V- 25	Quieste Ovario I.	Quieste Spseudomusinoso	Histerectomía Y.O.S.
34190	Ercilia Lemus de Miranda...	46	VII- 27	Quieste Ovario I.	Quieste Spseudomusinoso	Salpingo Ovariectomía
37084	Dora Lemus Alfaro....	30	VIII- 17	Quieste Retorcido OV.	Cistoadenoma Spseudomusinoso.....	Salpingo Ovariectomía
33995	Rosa López de Meléndez	46	VIII- 20	Quieste del Ovario I.	Cistoadenoma Spseudomusinoso.....	Salpingo Ovariectomía
35020	Magdalena Renderos A.	28	VII- 4	Quieste Dermoide D.	Quieste Dermoide	Ovariectomía Bilateral
36829	Albertina R. de Her-	45	VII- 4	Cistoadenocarcinoma I.	Cistoadenocarcinoma Pa-	Salpingo Ovariectomía.

Nº REGISTRO	AUTORES	EDAD	DIAGNÓSTICO Y SÍMPT.	ALGEBRAICOCINÉTICO	TIPO DE TUMOR	TRATAMIENTO
5636	Tránsito Hernández J.	55	12- VII - 20 1956	IX Carcinoma Ov. I.	Cistadenocarcinoma Papi- lífero....	Ovarioectomía Bilateral
39808	Lydia de Menéndez	54	19- IX - 30	III Quiste Ovario D.	Quiste Seroso D. Ov. S. I.	Ovarioectomía Bilateral
42675	Eréndice P. Fleitez	40	23- X - 16	III Quiste Ovario D.	Quiste Seroso	Extirpección de quiste
38565	Candelaria Alvarado	45	5- X - 12	XI Quiste Seroso D.	Quiste Seroso	Salpingo Ovarioectomía
121379	Emilia A. de Ventura	35	7- XI - 6	XIII Quiste Dermóide	Quiste Dermóide	Histerectomía S. O.
40443	Matilde Solís Perdomo	43	29- X - 20	XII Adenocarcinoma D.	Cistadenocarcinoma	Ovarioectomía D.
47024	Graciela C. Alvarado	20	22- X - 30	Quiste del Ovario D.		
29790	Juana López Vides	40	9- V - 22	VI Cistadenocarcinoma I.	Bilateral Cistadenocarcinoma cinema....	Salpingo Ovarioectomía
166312	Santos Maldonado	45	25- V - 30	Quiste Ovario D.	Bilateral Quiste Seroso	Salpingo Ovarioectomía
29820	Paula Velásquez	50	3- V - 2	VI Cistadenoma Pseudonuc- lino....	Cistadenoma Pseudonuc- lino....	Ovarioectomía I.