

16.99265
557e
953
Med.
:4

074035

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD DE MEDICINA

"ESTUDIO ANALITICO DE 104 CASOS DE TUMORES DEL OVARIO EN EL
HOSPITAL ROSALES"

TESIS DE DOCTORAMIENTO

PRESENTADA POR

ALFONSO CRUZ PALACIOS

SAN SALVADOR, DICIEMBRE DE 1953.

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

UES BIBLIOTECA CENTRAL

INVENTARIO: 10125514

RECTOR:

INGENIERO ANTONIO PERLA

SECRETARIO GENERAL

DOCTOR JOSE SALINAS ARIZ

FACULTAD DE MEDICINA

DECANO

DOCTOR ERNESTO FASQUELLE

SECRETARIO

DOCTOR ROBERTO A. JIMENEZ

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD DE MEDICINA

Primer examen de Doctoramiento Privado:

CLINICA MEDICA:

Dr. Luis Edmundo Vásquez
Dr. Lázaro Mendoza h.
Dr. Eduardo Navarro

Segundo Examen de Doctoramiento Privado:

CLINICA QUIRURGICA:

Dr. Luis A. Macías
Dr. Ricardo Posada h.
Dr. Saturnino Cortés M.

Tercer Examen de Doctoramiento Privado:

CLINICA OBSTETRICA:

Dr. Roberto Orellana V.
Dr. José González Guerrero
Dr. Antonio Lazo Guerra

JURADO DE DOCTORAMIENTO PUBLICO:

Dr. Roberto Masferrer
Dr. Salvador Batista Mena
Dr. Narciso Díaz Bazán

DEDICATORIA

A MI MADRE

DOÑA LUCILA v. DE PALACIOS

CON TODO CARIÑO Y GRATITUD

**"ESTUDIO ANALITICO DE 104 CASOS DE TUMORES DEL OVARIO
EN EL HOSPITAL ROSALES."**

PLAN DE TRABAJO

Cap. 1- INTRODUCCION

Cap. 2- DATOS HISTORICOS

Cap. 3- RECUERDO ANATOMICO

Cap. 4- TIPOS HISTOPATOLOGICOS DE LOS TUMORES DEL OVARIO

Cap. 5- CASUISTICA

Cap. 6- ANALISIS DE LA CASUISTICA

Cap. 7- CONCLUSIONES

Cap. 8- BIBLIOGRAFIA

CAPITULO PRIMERO

INTRODUCCION.

Presento este trabajo, con la inteneión de colaborar en el conocimiento de nuestra propia patología. Acusará deficiencias que no se han podido subsanar debido a la pobreza de medios para hacer una investigación científica.

Para desarrollar este tema sobre los tumores del ovario, revisé 6700 biopsias practicadas por el Departamento de Anatomía Patológica del Hospital Rosales desde el mes de Enero de 1950 al mes de Agosto de 1953, donde encontré 136 estudios histopatológicos de tumores de los ovarios.

Después recurrí al Archivo de Fichas Clínicas de dicho centro hospitalario donde pude examinar sólo 104 casos de estos tumores debido a la escasez de datos y a la ausencia de algunas fichas.

Quiero agradecer al Dr. Roberto Masferrer, Jefe del Departamento de Anatomía Patológica del Hospital Rosales y al Dr. Carlos Pérez Cotera, Jefe del Departamento de Consultorios Externos de dicho Hospital, las facilidades que me prestaron para la realización de mi trabajo.

CAPITULO SEGUNDO

DATOS HISTORICOS.

Hago una reseña histórica debido a que con la extirpación de un tumor del ovario se dio comienzo a la ginecología operatoria y a la cirugía abdominal.

En 1795, un Joven Efraín McDowell, de 24 años, se estableció en Danville, Kentucky, para practicar la medicina. Sus estudios de medicina los hizo como aprendiz del Dr. Alexander Humphreys, de Staunton, Virginia, desde los 19 años hasta los 21. Después se fue a Edimburgo para continuar allí su instrucción médica. Su padre no pudo sostenerlo hasta que se titulara de médico por lo que regresó McDowell a América a ejercer en Danville.

El 13 de Diciembre de 1809 McDowell a petición de dos médicos que la estaban atendiendo fue a ver a una mujer llamada Juana Todd Crawford. Los médicos creían que estaban ante una embarazada, pero no podían hacerla parir. El reconocimiento hecho por McDowell le convenció de que la mujer no estaba embarazada sino que tenía un gran tumor ovárico. McDowell dijo: "No habiendo visto nunca extraer una masa tan grande, ni habiendo oído que se hubiera hecho una tentativa semejante, o de que se hubiera alcanzado éxito en cualquier operación de la índole de la que se precisaba, hice saber a la desgraciada mujer la peligrosa situación en que se encontraba. La enferma pareció dispuesta a someterse a un experimento que yo le prometí realizar si quería ir a Danville (la población en la que yo vivo) a una distancia de sesenta millas del lugar en

y tan lleno estaba el abdomen por el tumor, que no fue posible --- volverlos a colocar en su sitio durante la operación que estuvo --- terminada en unos veinticinco minutos. Entonces volvimos a la pa--- ciente sobre su costado izquierdo para permitir escapar la sangre; luego cerramos la abertura externa con suturas separadas dejando -- fuera, en el extremo inferior, una ligadura que rodeaba la trompa - de Falopio. Entre cada dos puntadas pusimos una tira de esparadra- po, que, manteniendo las partes en contacto, apresuró la cicatriza- ción de la herida. Después aplicamos los vendajes usuales, la en-- camamos y le prescribimos un régimen antiflogístico riguroso. Cin- co días después, al visitarla, con gran asombro mío, la encontré -- haciendo su cama. Le aconsejé algunas precauciones especiales para el futuro; y a los veinticinco días volvió a su casa como había ve- nido, pero con buena salud, que continuó disfrutando."

Esta es la narración sencilla de la primera opera--- ción realizada para extraer un ovario enfermo.

Que no fue este un caso esporádico y accidental lo - demuestra el hecho de que McDowell realizó después la operación por lo menos ocho veces; en cinco casos pudo extraer el tumor; en tres casos no pudo extraerlo a causa de las adherencias o el shock qui-- rúrgico. Siete de estas pacientes vivieron; una murió, al tercer - día, de peritonitis.

El trabajo de McDowell colocó los cimientos de la - cirugía abdominal y sobre ellos edificaron con seguridad Lawson -

CAPITULO TERCERO

RECUERDO ANATOMICO.

Dada la gran variedad de células que intervienen en la formación de los ovarios y que pueden dar una diversidad de tumores, me permito hacer un recordatorio de la anatomía de estos órganos.

Los ovarios se desarrollan a partir de los tejidos no diferenciados del pliegue urogenital. Son cuerpos blanquecinos, de contorno oval, algo aplastados. Su tamaño varía considerablemente; el órgano normal sexualmente activo tiene 3 ó 4 cm. de largo, 2 ó 3 cm. de ancho y 1.5 ó 2 cm. de grueso. En la infancia y en la vejez no son mayores de la mitad del tamaño que alcanzan en el período de la vida sexual activa.

La superficie del ovario en actividad funcional suele ser irregular, con hoyuelos y concavidades formadas al desintegrarse los folículos previamente rotos, o protuberancias debidas a pequeños quistes foliculares. El órgano senil es frecuentemente de aspecto fibroso o arrugado. El ovario está unido a la superficie posterior del ligamento ancho. Sobre él, separado por el mesosálpinx, hállase la trompa de Falopio; el extremo franjeado de ésta puede caer libremente sobre el ovario o ponerse en estrecho contacto con él, lo cual le permite recoger el óvulo cuando escapa del folículo.

La red sanguínea del ovario es doble; una parte precede las arterias ováricas y otra de las uterinas. Las arterias ováricas derivan de la aorta. La vena ovárica derecha desemboca en la cava inmediatamente debajo de la vena renal derecha; la vena ovárica izquierda desemboca en la vena renal izquierda.

Los nervios del ovario derivan del sistema simpático. Proviene de ganglios relacionados con los plexos aórtico y renal, desde donde se unen a la vena y arteria renales. Están agrupados en tres o cuatro troncos nerviosos bastantes grandes. Cerca del ovario estos troncos se subdividen en innumerables fibrillas, que penetran en el hilio del ovario. Algunas de estas fibrillas continúan por el mesosálpinx hasta la ampolla de la trompa de Falopio.

Los vasos linfáticos del ovario se reúnen en la parte medular formando troncos, que según Piersol desembocan en los ganglios linfáticos lumbares a lo largo de la aorta. Pueden comunicarse con los linfáticos que proceden del fondo del útero o de la trompa de Falopio.

Recordemos ligeramente los folículos ováricos: estos folículos descubiertos por Regnier de Graaf son individualizados por una célula voluminosa: el óvulo. Alrededor de él se agrupan, en corona, pequeños elementos epiteliales, las células foliculares. Pueden apreciarse tres formas:

1) Folículos primordiales: están constituidos por una célula central, el óvulo u ovocito que se rodea de una sola ca--

lículo, es el epitelio folicular.

c) Líquido folicular (liquor folliculi): la membrana granulosa circunscribe una gran cavidad, el antro, que está distendida por el líquido albuminoso, el liquor folliculi.

d) Vítrea: una capa vítrea separa la granulosa de la teca interna: es la membrana de Slavjansky.

e) Teca: fuera de la vítrea, se disponen dos membranas concéntricas de igual espesor: la teca interna y la teca externa. La primera da una envoltura incompleta al foliculo, es abierta hacia la superficie del ovario (estigma); la segunda rodea al foliculo de una capa esférica y continua.

Nos falta por estudiar los vestigios de órganos masculinos en la pelvis femenina que aunque no tienen función en la mujer adulta, si tienen interés en patología, pues pueden dar lugar a quistes o tumores, a veces malignos. Algunos quistes del ligamento ancho, como los paraováricos, pueden ser de origen wolffiano.

Con el tiempo, la glándula genital indiferenciada se hace masculina o femenina; a partir de entonces el sexo del individuo es evidente. En respuesta a esta diferenciación sexual, los órganos reproductores del sexo definitivo continúan desarrollándose, mientras que los del sexo opuesto o recesivo empiezan a atrofiarse o permanecen estacionarios y rudimentarios. En casi todos los individuos es posible encontrar estos órganos rudimentarios del sexo opuesto. En el mesosálpinx, entre la trompa y el ovario, casi siem-

CAPITULO CUARTO

TIPOS HISTOPATOLOGICOS DE LOS TUMORES DEL OVARIO.

Ninguna clasificación de los tumores del ovario es enteramente satisfactoria a causa del inadecuado conocimiento de la histogénesis y causa de estos tumores.

La siguiente clasificación está basada en la morfología e incorpora tanto la información clínica y endocrinológica hasta donde está probado;

- I. QUISTES DE RETENCION
 1. Folicular.
 2. Luteínico.
 3. Atrésico.

- II. CISTOADENOMA
 1. Seroso.
 2. Pseudomucinoso.

- III. ENDOMETRIOSIS y ENDOMETRIOMA.

- IV. TUMORES INTRINSECOS SOLIDOS DERIVADOS DEL EPITELIO GONADAL DE CUALQUIER SEXO
 1. Funcional con excesivo estrógeno.
 - a) Tumor de células granulosas.
 - b) Tumor de células tecales.
 - c) Tumor de células luteínicas.
 2. Funcional con excesivo andrógeno.
 - a) Arrenoblastoma.
 3. No funcional.
 - a) Disgerminoma.
 - b) Carcinoma no clasificado.

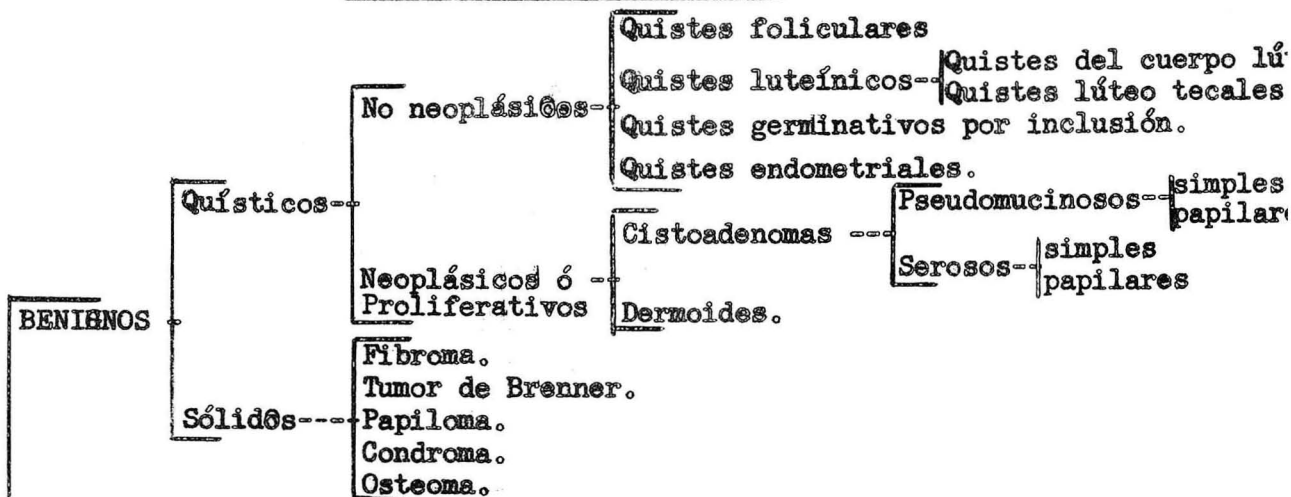
- V. TUMORES DERIVADOS DE ELEMENTOS MESENQUIMATOSOS
Fibroma, mioma, angioma, etc.

- VI. TUMORES APARENTEMENTE DERIVADOS DE INCLUSIONES FETALES DE OTROS ORGANOS
 1. Tumor de Brenner.
 2. Mesonefoma del ovario.
 3. Tumor de células adrenales.

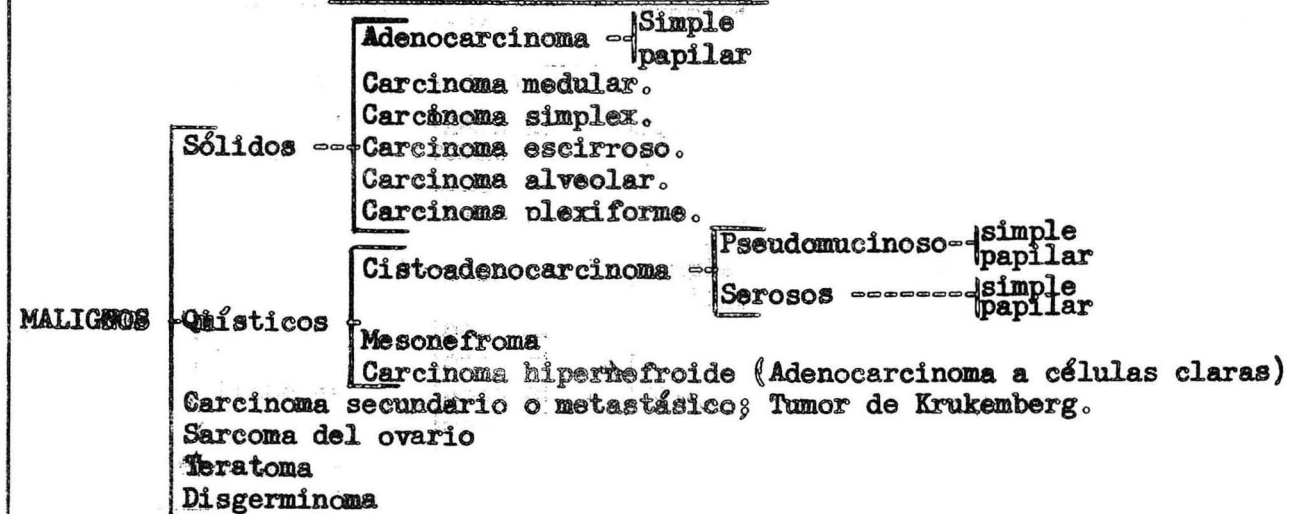
- VII. TERATOMA y QUISTE DERMOIDE.

La siguiente clasificación de los tumores del ovario es la Novak, siendo la más aceptada y la que seguiré en el estudio de los 104 casos que presento:

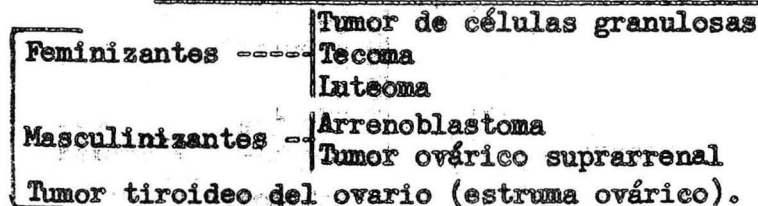
TUMORES BENIGNOS DEL OVARIO



TUMORES MALIGNOS DEL OVARIO



TUMORES FUNCIONALMENTE ACTIVOS DEL OVARIO



C A S U I S T I C A

PACIENTE	EDAD	ARCHIVO	BIOPSIA	CONSULTA POR	DIAGNOSTICO DEL CONSULTORIO	DIAGNOSTICO DEL SERVICIO	DIAGNOSTICO H
1-I.R.H.	53	27343	1574	Dolor de nuca.	Fibroma. Embarazo	Quiste del ovario.	Quiste pseudo
2-I.M.H.	25	28574	1583	Pelota en el bajo vientre Dolor en la espalda.	Fibroma uterino. Tumor del mesenterio. Quiste ovárico.	Quiste del ovario.	Quiste dermo
3-T.M.	42	34323	1739	Tumor en el vientre.	Tumor en el vientre.	Fibroma uterino. TUMOR del ovario.	Endometriosis
4-T.R.M.	20	12726	1927	Metrorragia.	Embarazo ectópico derecho.	Quiste del ovario.	Cuerpo lúteo
5-O.Y.P.	55	53125	1943	Tumor en el vientre.	Quiste del ovario.	Quiste del ovario.	Quistes dermo
6-S.de M.	33	40714	1947	Dolor en el abdomen. Dolor en el vientre.	Quiste del ovario. Neo. Embarazo.	Fibroma del útero además probable embarazo.	Quiste pseudo
7-R.F.A.	31	46317	2039	Hemorragia genital.	Placenta previa. Amenaza de parto prematuro.	Placenta previa.	Quiste dermo
8-M.v.de C.	60	49257	2161	Dolor en el vientre. Tumor uterino.	Fibroma uterino.	Fibroma uterino. Tumor del anexo derecho.	Adenocarcinoma granulosa.
9-G.C.H.	50	50092	2213	Pelota en el vientre.	Fibroma uterino. Quiste del ovario.	Fibroma uterino. Disgerminoma recidivante.	Disgerminoma.
10-L.A.B.L.	19	51645	2266	Dolor en el estómago.	Oclusión intestinal. Vólvulo intestinal.	Tumor retorcido del ovario.	Quiste dermo
11-E.A.	18	53516	2385	Tumor.	Tumor abdominal.	Quiste del ovario.	Quiste pseudo
12-D.R.	17	98033	2450	Tumoración en la fosa ilíaca izquierda.	Adenitis ilíaca crónica.	Anexitis residual.	Carcinoma sólido
13-D.L.F.	24	9975	2500	Dolor en el hipocóndrio derecho.	Crisis histeriforme por piatiatismo.	Embarazo ectópico. Anexitis izquierda.	Cuerpo lúteo
14-E.C.M.	45	56188	2527	Dolor de rabadilla.	Quiste del ovario.	Tumor ovárico.	Cistoadenocarcinoma
15-M.J.G.A.	19	56672	2552	Hemorragia vaginal. Dolor en las fosas ilíacas.	Metrorragia funcional. Embarazo ectópico.	Embarazo ectópico.	Tumor de Brenner
16-F.G.	39	62623	2635	Tumor en el vientre.	Quiste del ovario derecho.	Quiste del ovario izquierdo.	Quiste simple
17-A.M.C.	23	62636	2668	Faltarle su regla.	Quiste del ovario derecho.	Anexitis bilateral.	Quiste simple
18-J.D.C.	25	65598	2731	Dolor en la fosa ilíaca izquierda.	Apendicitis. Psocitis.	Apendicitis aguda complicada con embarazo.	Teratoma
19-C.de Q.	45	64577	2737	Dolor en la fosa ilíaca izquierda.	Quiste del ovario.	Quiste del ovario izquierdo.	Quiste dermo
20-C.R.	35	65621	2753	Hemorragia genital.	Fibromatosis del útero.	Pólipo uterino. Fibroma uterino.	Ovario poli
21-A.L.U.	35	63038	2761	Pelota en el vientre.	Neo del cuerpo uterino.	Fibroma uterino. Anexi-	Sarcoma del ovario

PACIENTE	EDAD	ARCHIVO	BIOPSIA	CONSULTA POR	DIAGNOSTICO DEL CONSULTORIO	DIAGNOSTICO DEL SERVICIO	DIAGNOSTICO I
27-A.de L.	20	42399	3028	Dolor lumbar.	Pielonefritis. Anexitis derecha. Quiste del ovario.	Quiste ovárico.	Quistes mucosi
28-M.R.	17	81042	3086	Hemorragia genital.	Metroanexitis? Aborto. Embarazo ectópico.	Piosalpinx. Hidrosalpinx.	Quiste folioli
29-H.R.H.	21	67711	3098	Dolor en el vientre.	Anexitis derecha.	Embarzo ectópico. Anexitis.	Quistes simpl
30-R.B.de T.	24	63023	3153	Molestias abdominales.	Anexitis izquierda. Salpingitis.	Cervicitis. Anexitis.	Cuerpo lúteo
31-S.v.de C.	58	82089	3191	Se le emboea la matriz.	Prolapso uterino.	Quiste ovárico derecho.	Quiste simple
32-C.M.	45	82491	3192	Dolor en el vientre y hemorragia genital.	Fibroma o neo del cuerpo uterino.	Prolapso uterino.	Quiste simple
33-C.L.G.	56	85249	3308	Tumor en el vientre.	Quiste ovárico.	33333 44444 Fibroma uterino. Cervicitis.	Quiste folioli rrágico. Cistoadenoma
34-M.C.P.	53	83488	3316	Se le hincha el cuerpo.	Hiponutrición. T.B. pulmonar.	Quiste del ovario.	Fibroma con c hialina.
35-M.v.de V.	58	87710	3444	Tumor por la vulva.	Neoplasma genital. Prolapso uterino.	Tumor sólido del ovario. Krukemberg.	Quiste dermo
36-D.M.	36	46399	3559	Tumor abdominal.	Utero miomatoso.	Prolapso genital.	Oooforitis qui
37-E.v.de R.	42	79776	3582	Se le emboea la matriz.	Uretrocele, cistocoele, rec-tocoele.	Tumor del ovario. Embarazo?	Oooforitis qui
38-E.M.de M.	20	87789	3618	Dolor en el vientre y tumoración genital.	Fístula en la Bartholin	Fibroma uterino. Neo del cuello.	Oooforitis qui
39-R.A.E.	20	91851	3803	Tumoración del abdomen.	Quiste del ovario.	Anexitis. Cervicitis. Bartholinitis.	Oooforitis par
40-M.E.F.C.	40	93645	3915	Hemorragia genital y dolor en el vientre.	Fibroma uterino.	Quiste retorcido del ovario.	Tumor a célula con degenerac
41-V.G.H.	27	87491	3916	Dolor en el vientre.	Anexitis?	Fibroma uterino. Anexitis izquierda. Anexitis. Tumor del ovario?	Quiste simple
42-I.M.M.	18	95417	4000	Tumoración abdominal.	Fibroma uterino.	Fibroma uterino.	Quiste dermo
43-R.A.A.	21	15962	4007	Mal de orín. Dolor de rabadilla.	Cólico nefrítico.	Quiste retorcido del ovario.	Quiste simple
44-M.R.C.	42	94224	4046	Dolor en el abdomen superior.	Fibroma uterino.	Fibroma uterino.	Quistes simpl hemorrágico.
45-G.C.H.	50	50092	4121	Pelota en el vientre.	Fibroma uterino.	Disgerminoma. Fibroma uterino.	Cistoadenoma
46-D.L.G.	60	95033	4122	Tumor y dolor en el higastro.	Fibroma uterino.	Fibroma uterino.	Carcinoma pa
47-R.A.M.	28	97761	4299	Dolor en el vientre.	Anexitis crónica.	Tumor del anexo derecho.	Quiste simple

NOMBRE	EDAD	ARCHIVO	BIOPSIA	CONSULTA POR	DIAGNOSTICO DEL CONSULTORIO	DIAGNOSTICO DEL SERVICIO	DIAGNOSTICO H.
53-M.C.Q.	48	106400	4895	Flujo blanco.	Pólipo intrauterino.	Fibroma uterino	Oooforitis quí.
54-F.R.DE M.	44	55771	4930	Dolor en el vientre. Se le emboca la matriz.	6istocels.	Fibroma uterino	Oooforitis quí.
55-B.B.G.	25	108009	4980	Hemorragia genital.	Fibroma uterino.	Embarazo normal. Fibroma uter. Quist. ovárico derec	Cisteadenoma papilífero.
56-E.M.G.	40	15877	4990	Hemorragia vaginal y dolor en el vientre	Quiste del ovario derecho.	Embarazo ectópico.	Quiste lúteo
57-M.S.A.	25	106633	5005	Hemorragia genital.	Fibroma uterino.	Fibroma uterino.	Adenocarcinoma
58-N.de A.	17	96327	5057	Dolor abdominal.	Embarazo. Fibroma uterino. Mola hidatidiforme.	Tumor del ovario.	Fibroma con quística.
59-J.M.B.	38	109832	5124	Dolor en el vientre.	Fibroma uterino.	Fibroma uterino.	Oooforitis quí
60-Cál.de R.	37	112001	5276	Dolor en la fosa ilíaca derecha.	Tumor sólido del ovario. Colitis espástica.	Anexitis residual.	Oooforitis quí
61-T.M.P.	37	111976	5297	Dolor abdominal.	Anexitis bilateral	Apandicitis.	Oooforitis quí
62-M.O.M.	35	46215	5324	Catarro. Hemorragia genital.	Tumor sólido del ovario.	Tumor sólido del ovario. Teratoma.	Adenocarcinoma
63-M.R.M.	30	111374	5380	Irregularidad en sus reglas.	Neumonía. Fibromatosis uterina.	Neumonía. Fibromatosis uterina.	Adenocarcinoma
64-C.P.de C.	27	88624	5532	Dolores de parto.	Utero fibromatoso.	Anexitis residual.	Tumor a células
65-D.M.	65	113321	5585	Dolor en el vientre y tumor.	Mola hidatidiforme. Restes placentarios.	Overitis escleroquistica.	Quistes simple
66-F.C.T.	30	113906	5652	Dolor en el estómago.	Quiste ovárico.	Tumor quístico ovárico.	Quiste simple.
67-I.L.de C.	24	116334	5842	Tumoración abdominal.	Quiste??	Quiste dermoide.	Quiste dermoide
68-H.F.R.	35	115950	5872	Pelota en el vientre	Fibroma uterino.	Quiste seroso.	Quiste dermoide
69-E.C.G.	44	116100	5874	Hemorragia vaginal.	Metropatía hemorrágica.	Quiste del ovario?	Fibroadenoma I del ovario.
70-C.D.de Q.	45	56358	6028	Hemorragia por la parte.	Fibroma uterino.	Fibroma.	Quistes simple
71-T.V.A.	42	116768	6049	Se le sale la matriz.	Fibromatosis uterina. Prolapso vaginal.	Prolapso uterino.	Oooforitis quí
72-C.B.V.	26	118187	6059	Dolor abdominal.	Prolapso uterino.	Prolapso uterino.	Teratoma.
73-J.E.C.	36	114454	6076	Dolor en el vientre y	Apandicitis.	Apandicitis.	Quistes simple ma angiomatoso
					Amenaza de aborto.	Embarazo ectópico.	Oooforitis escl

PACIENTE	EDAD	ARCHIVO	BIOPSIA	CONSULTA POR	DIAGNOSTICO DEL CONSULTORIO	DIAGNOSTICO DEL SERVICIO	DIAGNOSTICO
79-F.C.C.	48	117530	6231	Dolor en el vientre.	Tumoración de los anexos.	Fibroma uterino y quiste ovárico. Eventración.	Cistoadenoma
80-M.A.de G.	22	116617	6328	Dolores en el vientre y pelota.	Dismenorrea. Anexitis.	Embarazo extrauterino y anexitis.	Ooforitis ex
81-S.E.de M.	25	119127	6374	Tumoración y dolor.	Quiste del ovario derecho. Embarazo de 2 ^o meses.	Tumores de ambos ovarios.	Quiste dermo
82-M.H.	23	51894	6399	Metrorragia.	Disfunción ovárica.	Anexitis residual.	Ooforitis es
83E.A.DE G.	33	120524	6419	Dolor en el vientre.	Quiste del ovario.	Quiste del ovario	Quiste endom
84-R.O.L.	45	121706	6728	Dolor en el bajo vientre.	Fibroma uterino. Quiste del ovario.	Tumores de los ovarios.	Quistes pseu
85-T.E.A.	24	122607	6756	Dolor en el vientre y hemorragia.	Metrorragia. Tumor abdominal.	Quiste del ovario derecho	Quiste simpl
86-A.M.D.	51	114995	6826	Dolor en la fosa ilíaca.	Celulitis pélvica.	Anexitis residual.	Tumor a célu
87-M.S.de A.	24	119471	6983	Escurrecimiento vaginal.	Leucorrea.	Quiste del ovario izq.	Quiste simpl
88-S.B.U.	37	123044	7138	Dolor en el vientre.	Embarazo extrauterino. Tumor del ovario.	Fibromatosis uterina.	Quiste simpl
89-S.P.O.	43	125920	7282	Dolor en el vientre.	Quiste del ovario.	Quiste del ovario derecho	Quiste simpl
90-M.D.C.	24	123851	7342	Hemorragia genital y dolor.	Embarazo ectópico.	Embarazo ectópico.	Quiste folic
91-N.Q.de C.	28	123697	7526	Inflamación del abdomen.	Cirrosis hepática.	Anexitis residual.	Carcinoma sc
92-R.B.R.	27	128326	7546	Anorrea y dolor en la fosa ilíaca izquierda.	Embarazo ectópico.	Tumor ovárico.	Quiste simpl
93-M.S.R.	23	127268	7666	Hemorragia genital y dolor en el vientre.	Desviación uterina. Metrorragia.	Metrorragia funcional. Anexitis derecha. Emb.ect.	Ooforitis ex
94-V.R.S.	29	122040	7697	Hemorragia genital.	Aborto completo.	Quiste ovárico bilateral.	Quiste dermo
95-A.G.	38	128177	7699	Hemorragia genital.		Hiperplasia endometrial. Adenocarcinoma. Fibromat.	Ooforitis es
96-V.R.		122680	7728	Tumoración abdominal.	Fibroma. Embarazo ectópico.	Quiste dermoide infectado.	Tumor a célu
97-C.C.R.	24	129930	7854	Dolor en la fosa ilíaca derecha.	Apendicitis crónica.	Absceso perivesical. T.B.	tipo luteoma
98-R.M.G.	29	23377	7906	Hemorragia genital.	Aborto incompleto. Embarazo ectópico.	Aborto incompleto.	Quiste simpl
99-J.R.	48	126529	7937	Hemorragia genital y	Fibroma uterino.	Colpitis a tricomonas.	Quistes simpl

CAPITULO SEXTO

ANALISIS DE LA CASUISTICA.

CONSIDERACIONES GENERALES: Ningún órgano del cuerpo humano produce una variedad tan grande de neoplasias como el ovario. Estas neoplasias se presentan en niñas, jóvenes, adolescentes, adultas y ancianas. Algunas son macizas, otras quísticas; pueden ser de cualquier color; pueden contener cualquier tejido humano, desde un líquido claro hasta cabellos, dientes o piel.

Según Te Linde el 15% de los tumores del ovario son malignos, por lo que es de la opinión de que todos los tumores del ovario deben ser extirpados (benignos y malignos). Además de la malignidad potencial, existen otros factores que justifican su extirpación: los más frecuentes son, la torsión del pedículo, las infecciones y roturas. La infección de un quiste ovárico a veces es secundaria a salpingitis, apendicitis, diverticulitis; también es posible la contaminación por vía hemática.

Los verdaderos quistes malignos del ovario raramente se rompen, complicación que es más frecuente en los quistes por retención o en los endometriales.

En la elección del tratamiento influye: la edad de la enferma, número de ~~tratamientos~~ embarazos, si desea tener más hijos, psicología de la paciente y su modo de reaccionar ante la posible menopausia artificial. No obstante lo que más interesa es determinar si el tumor es benigno o maligno.

CONSIDERACIONES PARTICULARES: Analicemos primero los

Dentro de este grupo puede incluirse el caso que tenemos en la casuística, de ovario poliquístico. Estos ovarios están formados por muchos quistes foliculares, algunos de los cuales están rodeados por una teca interna, manifiesta y bien desarrollada. Por regla general, esta alteración va acompañada con irregularidades menstruales. Ocasionalmente puede observarse menometrorragia y un endometrio hiperplásico típico. En otros casos tienen por consecuencia amenorrea y esterilidad.

Siguiendo la clasificación de Novak nos toca analizar los seis casos de quistes del cuerpo lúteo, que en la casuística se presentan como cuerpos lúteos hemorrágicos. Estos se producen por la abundancia de la hemorragia que normalmente tiene lugar en la cavidad del cuerpo lúteo durante la fase de vascularización. Después progresivamente los elementos sanguíneos se reabsorben dejando un líquido claro o ligeramente sanguinolento.

Los síntomas pueden asemejarse a los del embarazo tubario. La menstruación suele estar ligeramente retardada y a continuación de ella se presenta una hemorragia ligera; en nuestros casos cuatro consultaron por hemorragia genital. El dolor a menudo se manifiesta en uno de los cuadrantes abdominales inferiores; cinco de nuestros casos tuvieron dolor.

El diagnóstico de los quistes del cuerpo lúteo es difícil, principalmente porque la generalidad no da síntomas. Es conveniente cuando se tienen dudas con respecto al embarazo ectópico hacer las pruebas del embarazo.

mas (pseudomucinosos y serosos) y a los quistes dermoides.

En nuestra casuística tenemos 12 casos de la variedad pseudomucinosa y 4 de la variedad serosa, más 12 quistes dermoides.

El cistoadenoma del ovario difiere de los quistes de retención en que está limitado por una sola capa de células cuboidales o columnares que no tienen parecido al folículo de De Graaf normal. En el tipo seroso las cavidades están llenas con líquido claro, límpido y la limitante epitelial es una sola capa de células cuboidales. En el tipo pseudomucinoso el líquido es grueso y viscoso siendo el epitelio de la variedad columnar alta.

Los cistoadenomas pseudomucinosos pocas veces presentan degeneración maligna (5% según Meyer).

Los cistoadenomas serosos son menos frecuentes que los pseudomucinosos, y menos voluminosos. Tienen más tendencia a convertirse en bilaterales y a sufrir degeneración maligna que los pseudomucinosos (25%).

El origen exacto del cistoadenoma es desconocido. Por lo menos siete estructuras o tejidos han sido sugeridos: epitelio germinal de los ovarios, epitelio folicular, restos del sistema wolffiano, desarrollo colateral de un teratoma e inclusión de glándulas tubarias, endometriales o cervicales en los ovarios.

En el cistoadenoma raramente hay una cantidad apreciable de estrógeno biológicamente activo en el líquido quístico.

El cistoadenoma es el más común durante la vida

dad peritoneal está llena con un líquido claro. Con la variedad - pseudomucinoso hay las mismas masas papilomatosas pero la cavidad - peritoneal está llena con un mucus grueso, viscoso, condición conocida como "pseudomyxoma peritonei".

Los síntomas de los cistoadenomas son poco característicos; pueden hasta faltar y la paciente a veces consulta cuando siente la tumoración en el abdomen.

Generalmente cuando el tumor está en su fase pélvica, la mujer no se da cuenta de su presencia, aún con tumoraciones del tamaño de una pelota de tenis y su constatación no es más que un hallazgo del examen ginecológico pudiéndose apreciar una tumoración libre, renitente, pediculada, de superficie libre, indolora, etc. Al alcanzar mayor tamaño se manifiesta por pesantez y al hacerse abdominal puede causar trastornos mecánicos, ya sean vesicales, intestinales o rectales pero por lo general no dan fenómenos dolorosos muy agudos.

La función menstrual no sufre un efecto manifiesto. Puede dar menorragias probablemente por la hiperemia producida por el tumor; puede producirse hipomenorrea especialmente cuando se trata de tumores bilaterales voluminosos que han destruido la mayor parte del parénquima ovárico.

Algunas veces la presencia del quiste ovárico puede pasar desapercibida hasta que se nota la ascitis, esto sucede especialmente con los tumores papilomatosos serosos en la variedad be-

desde las primeras fases del desarrollo embrionario. La otra, más aceptada, sostiene que se originan a consecuencia de la actividad de crecimiento de los óvulos no fecundados que abundan en el ovario.

Lós síntomas son parecidos a los dados por los cisto adenomas.

En el diagnóstico hay que tomar en cuenta al quiste anexial que da una sensación blanduzca como de cera; es indoloro, - salvo cuando hay torsión. Generalmente el diagnóstico no se hace - con precisión.

Antes de concluir con los quistes neoplásicos benignos del ovario diremos algunas palabras sobre las complicaciones y tratamiento de estos quistes.

Las complicaciones pueden ser: la torsión del pedícu lo que se manifiesta por un dolor abdominal más o menos agudo, que puede pasar a la curación si se trata de una torsión incompleta o - parcial pero que si llega a ser total el cuadro es el de un abdomen agudo seguido de shock, defensa abdominal, vómitos, taquicardia, leu cocitosis y un poco de temperatura. La torsión del pedículo se e--fectua por lo general en el sentido de las agujas del reloj. Puede evolucionar hacia la necrosis o hacia la gangrena del quiste, supu-rando y dando un cuadro terminal de pelviperitonitis. Muchas de es-tas enfermas son intervenidas con el diagnóstico de apendicitis agu-da.

Otra complicación aunque poco común es la ruptura -

so degenera en más del 25%. La degeneración maligna de los quistes dermoides es relativamente rara, ya sea hacia un carcinoma epidermoide o de células pavimentosas o hacia el sarcoma.

El tratamiento de los tumores ováricos menores del tamaño de un huevo debe ser la observación. Cuando el quiste se manifiesta por síntomas agudos, debidos a alguna complicación, debe intervenir lo más rápidamente posible. Hay que insistir en un nuevo examen ginecológico en el caso de los quistes pequeños puesto que el examen posterior revelaría el aumento del tumor, en cuyo caso se impone la intervención.

La terapéutica será siempre quirúrgica cuando el tamaño del quiste sobrepase el de un limón. En toda intervención la extirpación del ovario se impone; generalmente es unilateral.

No se debe aplicar rayos X a los quistes del ovario porque es dar un latigazo e inclinar hacia la degeneración maligna.

En los quistes pseudomucinosos el problema es más delicado; lo más conveniente es practicar una biopsia por congelación, durante la intervención y se practicará según la benignidad o malignidad del proceso una cirugía conservadora o radical.

Si hay implantación en el peritoneo, hacer un tratamiento radical.

Seguiremos con los tumores benignos sólidos del ovario, pero antes nos referiremos al fibroadenoma del cual hay un caso en la casuística. Este tumor tiene una relación íntima con el

tis. Este síndrome también puede observarse en los tumores de Brenner, carcinoma, etc. Antes se creía que este síndrome era patognómico de malignidad; hoy se sabe que es benigno, si se extirpa el tumor sólido, desaparece el hidrotórax y la ascitis.

El diagnóstico es casi imposible, pues en nada se diferencia del tumor de Brenner y del carcinoma del ovario.

El tratamiento es quirúrgico, pues es el indicado en cualquier tumor sólido del ovario.

Otro tumor sólido benigno del ovario es el tumor de Brenner del cual tenemos un caso. Se le observa en el 0.1%, siendo descrito por primera vez por Brenner en 1907 e investigado por Robert Meyer. Macroscópicamente no difiere del fibroma. Microscópicamente se caracteriza por la presencia de nidos de células epiteliales o columnas de disposición fibromatosa que puede hacer pensar en malignidad pero las células presentan notable uniformidad y ninguna actividad anaplásica. Estos nidos celulares contienen con frecuencia una cavidad central y una masa central que semeja un óvulo en el interior del folículo, por lo que se les llamó a estos tumores "ooforomas foliculares"

Estos tumores tienen tendencia a sufrir una transformación pseudomucinoso que lo asemeja al cistaadenoma pseudomucinoso.

Los tumores de Brenner se presentan en mujeres de bastante edad, menopáusicas. Si su tamaño es pequeño pueden pasar desapercibidos; si son grandes dan una sintomatología igual a la de

Departamento de Anatomía Patológica del Hospital Rosales no especificó de que variedad eran (papilar, medular, simple, escirroso, alveolar, plexiforme).

El tamaño es variable el de estos tumores, la superficie externa es lisa, pero puede presentar excrecencias. Al corte el aspecto es granuloso grisáceo. Tienen tendencia a la bilateralidad.

De la variedad quística de carcinomas tenemos tres casos de los cuales no se dice en el diagnóstico histopatológico si son pseudomucinosos o serosos. Generalmente los cistoadenocarcinomas se originan ya sea del cistoadenoma pseudomucinoso o del seroso, siendo el más común el último.

En la mitad de los casos de carcinoma ovárico el ovario del lado opuesto está también tomado y no es raro que la trompa y el útero tengan metástasis. También se extiende al peritoneo, ganglios linfáticos. Pueden haber metástasis lejanas como al hígado, páncreas, pulmones, pleura y huesos.

El comienzo de estos tumores generalmente es insidioso; puede ser el primer signo una tumoración en el bajo vientre, sensación de pesantez. Los trastornos menstruales son variables: menorragia, metrorragia y la mayoría de las veces ningún desarreglo. La ascitis es frecuente, especialmente en las variedades papilares. En los procesos avanzados aparecen el debilitamiento progresivo, pérdida de peso, ascitis recurrente, trastornos gastrointestinales

la operación. Puede sospecharse en un sarcoma cuando el tumor es voluminoso y unilateral, pues el carcinoma es más propenso hacia la bilateralidad. Da ascitis y produce metástasis rápidamente.

Pasamos a referirnos a los teratomas de los cuales tenemos tres casos en la casuística.

Los teratomas incluyen elementos de las tres capas germinativas. Pueden ser sólidos o semisólidos; son de alta malignidad. Se pueden encontrar en otros órganos y tejidos del cuerpo pero predominan en el ovario.

Según algunos autores (Ewing, Moore) hay poca justificación para separar en dos grupos diferentes a los teratomas de los quistes dermoides, pues afirman que haciendo múltiples cortes de todas las partes de los quistes dermoides se demuestran pequeños islotes de tejido que podría ser llamado "no ectodérmico" lo cual no estaría de acuerdo con la definición de los quistes dermoides como "tumores quísticos compuestos de tejidos derivados del ectodermo". Novak en cambio hace la separación de estas variedades de tumores.

Los teratomas tienen tendencia a perforar la cápsula infiltrando los tejidos vecinos e implantándose en el peritoneo. Puede contener cualquier clase de tejido u órgano: pelos, dientes, hueso, cartílago, ojos, cerebro, intestino, etc.

Se pueden presentar en cualquier edad pero son más frecuentes en la adolescencia y en la temprana madurez; la edad de nuestras pacientes fue de 25, 42 y 20 años.

son de origen teratomatoso.

En nuestro país ha sido reportado por los doctores - Narciso Díaz Bazán, Ernesto Núñez y Roberto Masferrer, un caso de - teratoma funcionante con síndrome de masculinización que viene a ser el tercer caso en la literatura médica y el primero en El Salvador. La paciente que sufrió de esta neoplasia presentó un cuadro de des-feminización y de masculinización. El estudio histopatológico del tumor mostraba cartílago, tejido glandular, tejido testicular altamente diferenciado, tejido testicular indiferenciado, tejido sarcomatoso, tejido fibroso, etc. La evolución fue altamente maligna -- habiendo fallecido la paciente dos meses después de la intervención.

El tratamiento de los teratomas es quirúrgico, siendo el pronóstico desfavorable. No son radiosensibles.

Encontramos en nuestros casos uno de disgerminoma, - tumor que describiremos en las siguientes líneas. El disgerminoma es poco frecuente; se observa preferentemente en los primeros años de la vida (la edad de nuestra paciente era de 50 años). Son sólidos; cuando son de tamaño pequeño están encapsulados, cuando son -- grandes dan muestras de malignidad.

Muchas veces el primer signo de su existencia es la constatación de una tumoración en el bajo vientre. No produce ningún efecto sobre la menstruación, aunque se observa en mujeres que han padecido de amenorrea debida a la deficiencia gonadal que se observa en estas pacientes con disgerminoma. También anomalías sexua

se un tratamiento quirúrgico conservador, teniendo el cuidado de --
hacer subsiguientes exámenes y recurrir a la operación radical si --
se observa alguna señal de recidiva. Si el tumor es infiltrativo --
hay que practicar la extirpación radical de los órganos pelvianos --
seguida del uso de roentgenterapia profunda. Aunque Meyer conside--
ra a estos tumores radiorresistentes, otros investigadores emplean
la roentgenterapia postoperatoria en los casos de cirugía radical.

Con el anterior caso hemos revisado los tumores ma--
lignos del ovario que existen en la casuística.

Ahora continuaremos con los tumores funcionantes ac--
tivos del ovario, aunque en nuestros casos las malas fichas clíni--
cas no nos dan los datos suficientes de la evolución de estas pa--
cientes, siendo el diagnóstico solo histológico.

En la casuística tenemos cuatro casos de tumores a --
células granulosas y uno a células lipóideas tipo luteoma o hiperne--
foma. A este respecto precisa una aclaración: algunos autores con--
sideran a los luteomas así como a los tumores adrenales del ovario
como masculinizantes; en cambio Novak sostiene que los luteomas son
feminizantes y que los casos de masculinización reportados como lu--
teomas son en realidad tumores del tipo adrenal. Debido a esta con--
fusión y a su oscura histogénesis, Rottino y Grath les han dado el
nombre de masculinivoblastoma. En nuestro estudio hemos seguido --
la clasificación de Novak y consideraremos a los luteomas como tumo--
res feminizantes.

Si aparecen estos tumores en niñas pequeñas se producen las manifestaciones clínicas de la pubertad precoz: menstruación prematura, aparición precoz de los caracteres sexuales secundarios como hipertrofia mamaria, aparición del vello púbico y axilar, desarrollo puberal de los genitales externos y además hipertrofia del útero. Una demostración de que estos tumores son los causantes de esa sintomatología es que cuando se extirpan desaparecen las manifestaciones clínicas.

En el grupo postmenopáusico estos tumores determinan un restablecimiento de la hemorragia periódica semejante a la menstruación y también una hipertrofia uterina. Los caracteres sexuales secundarios sexuales no se modifican posiblemente porque los órganos ya no responden en este período de la vida. Esta menstruación patológica se suspende al extirpar el tumor y hasta pueden aparecer trastornos de una segunda menopausia.

La malignidad de estos tumores es inferior a la del cáncer del ovario en general y por ello ciertos autores prefieren llamarles tumores de células granulosas en vez de carcinomas de células granulosas. Novak y Brawner han encontrado una malignidad clínica de 28.1%, otros han reportado una cifra mucho más alta.

Con respecto a la histogénesis de estas neoplasias Meyer sostiene la teoría de que se originan de los restos de las células granulosas superfluas que van quedando en las tempranas fases de la formación de los folículos primitivos. También está la

La sintomatología, diagnóstico y tratamiento son los mismos de los tumores a células granulosas que hemos descrito anteriormente.

Hemos revisado los tumores del ovario que aparecen en nuestra casuística, describiendo sus características, ahora analizaremos aspectos globales:

EDAD: Número de casos que se presentaron en las diferentes edades:

CASOS	AÑOS
1	11 - 15
14	16 - 20
20	21 - 25
14	26 - 30
9	31 - 35
12	36 - 40
14	41 - 45
7	46 - 50
5	51 - 55
5	56 - 60
2	61 - 65
0	66 - 70
0	71 - 75
1	76 - 80

La paciente de menor edad de nuestra revisión, tenía trece años y la paciente de mayor edad tenía ochenta años.

El mayor número de casos se presentó entre las edades de 21 y 25 años; también se puede apreciar que los tumores del ovario fueron notablemente más comunes durante la vida reproductiva de la mujer (16 a 45 años) presentándose 83 casos de los 104 en ese período.

LOCALIZACION: De los 104 casos, 59 de tumores del ovario, 45 se presentaron en el ovario derecho, 29 en ovario izquierdo.

Caso # 64, falleció el 6-I-53, dos meses quince días después de ser intervenida por mola hidatidiforme, siendo el diagnóstico histopatológico quistes simples y corioepitelioma.

TRATAMIENTO: Solo está reportada la intervención quirúrgica en las fichas clínicas, no pudiendo por lo tanto dar un detalle de si las pacientes fueron tratadas con Rayos X o si hubo un tratamiento combinado. También poco se puede decir sobre la evolución postoperatoria de todos los casos.

CAPITULO SEPTIMO

CONCLUSIONES.

- 1.- La mayor frecuencia de los tumores del ovario en el Hospital R sales se presenta en la época reproductiva de la mujer.
- 2.- Los antecedentes hereditarios y personales no tienen gran importancia en los tumores del ovario.
- 3.- El síntoma más común de la consulta fue el dolor.
- 4.- La localización del tumor más común fue al lado izquierdo.
- 5.- Se observó ascitis sólo en dos casos de carcinoma del ovario, - en dos ooforitis crónicas y el tumor de Brenner.
- 6.- El tamaño de los tumores del ovario varió desde las dimensiones de 3 por 5 cm (limón) hasta uno que midió 35 por 38 cm. y que - pesó 32 libras.
- 7.- Unicamente 26 pacientes de las 104 consultaron por tumoración - en el abdomen.
- 8.- El tiempo de padecimiento varió desde un día hasta veinte años.
- 9.- Hay que insistir en una labor educacional para que la mujer con sulte a los primeros síntomas.
- 10.- De las 104 pacientes que presentamos hay constancia de que cua- tro fallecieron.
- 11.- El tratamiento de elección de los tumores del ovario es el qui- rúrgico.
- 12.- Hay peligro de emplear sólomente la roentgenterapia pues se fug- tiva a los tumores hacia la malignidad.

CAPITULO OCTAVO

BIBLIOGRAFIA.

Calatroni Carlos J.- Terapéutica Ginecológica- Cap. XXXI- XXXII, Pag. 841-883.

Christopher Frederick.- Tratado de Patología Quirúrgica- Pag. Pag. 1430-1437.

Cowan Irwing J. and Selmer M. Feld.- Disgerminoma of the ovary- American Journal of Obstetrics and Gynecology- Vol. 65, No. 2, Pag. 447, Feb. 1953.

Curtis Arthur Hale.- Textbook of Gynecology- Cap. 23, Pag. 354-429.

Díaz Bazán Narciso, Ernesto Núñez, Roberto Masferrer.- Teratoma funcionante del ovario con síndrome de masculinización- Archivos del Colegio Médico de El Salvador- Vol. 4, Pag. 16-21, Marzo 1951.

Díaz Bazán Narciso.- Arrenoblastoma del ovario de evolución maligna.- Archivos del Colegio Médico de El Salvador- Vol.4, Pag.42-58, Marzo 1951.

Greenhill.- Benign Tumor and Endometriosis- Year Book of Gynecology- 1952- Pag. 421.

Greenhill.- Special ovarian tumors.- Year Book of Gynecology- 1952. Pag. 438.

Greenhill.- Malignant tumors.- Year Book of Obstetrics and Gynecology.- 1952- Pag. 492-498.

Golub Leib J.- The diagnosis of ovarian cancer.- A.J.O.G.-Vol. 66, No. 1, Pag. 169, July 1953.

Johnson G.Gordon and John P. Michaels.- Successful removal of a 71 pound papillary serous cystadenoma of the ovary.- A.J. of O.and G. Vol. 65, No. 2, Pag. 447, Feb. 1953.

Moore, Robert Allan.- A Textbook of Pathology.- 1945- Cap. XCII, Pag. 1111-1121.

Novak Emil.- Texto de Ginecología.- Cap. 26, Pag. 461-546.

Orellana Valdez Roberto.- Disgerminoma del ovario- Archivos del Colegio Médico de El Salvador- Vol. 4, No. 1, Pag. 30, Marzo 1951.