

## Contribución al estudio de los tumores primitivos del ovario

Por el doctor **J. Vanrell**,  
Ginecólogo del Hospital de la Santa Cruz  
y San Pablo

El estudio de los tumores del ovario constituye en el momento actual un tema de extraordinario interés, tanto desde el punto de vista clínico como del anatomo-patológico. Como ocurre en otros capítulos de la Ginecología, es de aportación relativamente reciente. El primer trabajo de conjunto sobre la materia, data, en efecto, de 1874 (tesis de ZIESWICKI). Con anterioridad se encuentran tan sólo en la literatura observaciones aisladas, debidas principalmente a CLEMENS, LAWSON-TAIT, etc. Desde este momento la aportación al estudio de semejantes blastomas se intensifica, llegando poco a poco a ser considerable. En una primera época es el sarcoma el que atrae preferentemente la atención de los autores (DUBOIS en Francia, BOHRN en Alemania). Siguen luego sucesivamente los trabajos de ROKITANSKY, RIBBERT, PFANNENSTIEL, HORS, KRUKENBERG, PICK, MAYER, MARCHAND, BLAU, Robert MEYER, BARÉS, MASSABUAU, MASSON, TE-SAURO, etc., que estudian el problema desde un punto de vista principalmente histológico e intentan su clasificación histo-genética sobre todo de los blastomas epiteliales. A ello se añaden observaciones clínicas cada vez más completas como las de D'ARTIGUES, MERIEL, DREYFUS, GYBE, CHIFFMANN, etc., hasta llegar a los trabajos de

conjunto más recientes como los de MAYER, STERNBERG, MORA, etc. En resumen, una bibliografía copiosa que en la monografía de MAYER ocupa más de sesenta páginas y constituye el exponente de una labor formidable.

No obstante, hay que confesar con sinceridad que es relativamente poco lo conseguido hasta el día, no sólo en el terreno histo-genético, sí que también en el clínico. Aun desde el punto de vista práctico, nuestros conocimientos quedan reducidos a la esquematización de algunos síndromes y datos de exploración sentados en lecciones clínicas generalmente llenas de ambigüedades y de reservas. Incluso en el momento operatorio se hace difícil establecer a veces macroscópicamente un diagnóstico correcto y precisar la naturaleza benigna o maligna del proceso. En el terreno histológico la puntualización diagnóstica y sobre todo la clasificación histo-genética presenta en algunos casos dificultades insuperables. Es cierto que en estos últimos tiempos los trabajos de MINIWARTER en Alemania y de MASSON en Francia han aportado alguna luz en lo que hace referencia a la génesis de los tumores epiteliales y que GLOCKNER, GYBERT y SCHIFFMANN, entre otros, han precisado datos clínicos de interés para el

mejor conocimiento semeiológico de esos tumores. Pero no hay duda que estamos todavía muy lejos de la meta apetecida.

Por esto nos ha parecido oportuno volver a insistir sobre el tema con ocasión de habernos sido dable recoger un cierto número de observaciones interesantes sobre la materia, habida cuenta, sobre todo, la relativa rareza de esos tumores, sus dificultades de clasificación y sobre todo la escasa bibliografía aportada por nuestro país al estudio de semejantes cuestiones.

• • •

Los blastomas, tanto sólidos como quísticos del ovario, son relativamente raros: en 2.042 enfermas, pertenecientes las más al servicio de ginecología de San Pablo y otras a nuestra clientela particular, que se hallan registradas en nuestros ficheros, encontramos tan sólo 72 neoplasias ováricas, es decir, un 3,5 por 100 entre las diversas afecciones ginecológicas.

De ellas, 45 eran variedades de quistoma ovárico, 6 quistes del paraovario, 7 quistes dermoideos y 6 tumores sólidos. Como vemos, la relación es aproximadamente de un tumor sólido por cada 10 quistomas (0,35 por 100 del total).

Si nos atenemos al concepto de malignidad, entre 45 quistes de ovario, 5 eran evidentemente malignos según el análisis histológico. Reuniendo en un solo grupo, los quistes dermoideos, los paraováricos y los ováricos, arrojan en conjunto un 8 por 100 total de malignidad.

De los 6 tumores sólidos 2 eran benignos (43 por 100) y 4 malignos (57 por 100 del total). Si a los tumores malignos sólidos les añadimos los quistomas degenerados obtendremos un total de 9 tumores malignos de toda clase entre 2.042 enfermas, es decir,

un 0,5 por 100 aproximadamente. Limitando la relación de malignidad a las tumoraciones ováricas de toda clase, hallaremos aquélla en el 13,8 por 100 de los casos; la mitad para los quistes y la otra mitad para los tumores sólidos; en estos últimos la malignidad se presenta en el 57 por 100 de los casos.

Estas cifras son algo más altas que las consignadas en los tratados clásicos: en una recopilación de 3.122 tumores ováricos de diferentes autores alemanes llevada a cabo por DREYFUS halló este autor un 10,3 por 100 de malignidad.

Estudiando la relación entre tumores epiteliales y mesenquimatosos, hallamos en nuestros 6 ejemplares 4 estromatógenos y 2 parenquimatógenos. Limitándonos a la relación sarcoma-epitelioma, hallamos en nuestra estadística 1 sarcoma y 3 epitelomas (25 y 17 por 100 respectivamente).

DREYFUS halló una relación de 19 por 100 para el sarcoma contra 81 por 100 para el epitelioma; por el contrario, la estadística de HEINE asigna al sarcoma el 40 por 100 de las neoplasias malignas sólidas.

*Características de las tumoraciones sólidas del ovario.*—Todos los autores están acordados en que la edad más castigada fluctúa entre el cuarto y el quinto decenio de la vida, pero no es infrecuente entre los quince y los veinte años. DREYFUS, de quien tomamos parte de estos datos, señala en su gráfica elaborada a base de 120 observaciones, 2 "fastigiums", que corresponden entre los quince y los veinticinco y los cuarenta y cuarenta y cinco años respectivamente; períodos óptimos que corren parejas con momentos críticos de la vida genital de la mujer: menofanía y climax, como si la irritación fisiológica produjera el despertar de latencias oncogénicas.

Se citan, no obstante, casos de sarcoma y

aun de carcinoma en niñas de pocos meses. DONHAUSER pudo reunir 64 casos malignos dentro de los quince primeros años de la vida; de ellos, 8 sarcomas y 1 carcinoma pertenecían a enfermas menores de cinco años.

A partir de los 50 las estadísticas bajan rápidamente de lustro en lustro y a los 70 años las observaciones son rarísimas. En nuestra estadística, el caso más joven (correspondiente a un tumor de KRUKENBERG) tenía 25 años y 64 el de edad más avanzada (carcinoma).

La puerperalidad no parece tener gran influencia; en nuestra estadística la mayor parte de enfermas han tenido varios hijos, algunas hasta cinco, pero siempre entre el puerperio y el descubrimiento del tumor transeurren varios años. En lo que hace referencia a la clase de tumoración, el fibroma es patrimonio de todas las edades (MAVER), los sarcomas abundan en la juventud, en tanto que los carcinomas se desarrollan de preferencia en la vejez.

La bilateralidad es frecuente. Para DREYFUS se presentaría en el 43 por 100 de los cánceres epiteliales del ovario y en el 56 por 100 de los sarcomas. ZANGENMEISTER en 39 sarcomas operados halla bilateralidad en el 26 por 100 de los casos. Los papilomas serían bilaterales en más del 75 por 100 de ocasiones.

Es curiosa, realmente, la coincidencia de la bilateralidad en las neoplasias ováricas, y diversas hipótesis han sido establecidas para explicar un fenómeno que es excepcional en la historia del cáncer humano, si se exceptúa en el ovario y en la mama; dos explicaciones pueden ofrecerse a nuestro espíritu: o se trata del desarrollo simultáneo en los dos ovarios de gérmenes, incluidos o no embriogénicamente, que evolucionan al compás de la misma causa irritativa, o bien

se produce la duplicidad por metástasis, linfógena o hematógena, o por simple injerto de uno al otro ovario, teniendo en cuenta que se trata de un órgano que rompe periódicamente su cubierta protectora. En nuestra estadística, en tres casos existía bilateralidad tumoral y solo en uno había manifiesta diferencia entre el tamaño de ambas tumoraciones; en las restantes diríase que ambas eran gemelas, lo que abogaría en favor de su génesis simultánea.

Otro aspecto interesante de la cuestión es el que se refiere a la frecuencia de las metástasis cancerosas y de la degeneración secundaria, estudio llevado a cabo principalmente por FRANKL, RIBBERT y SCHOTT-LAENDER. Según este último autor, las metástasis se presentarían en el 90 por 100 de los casos avanzados, y asentarían en los órganos más variados: intestino, hígado, epiploon, bazo, riñón, páncreas, pleura, pulmón, etc., con excepción del estómago, donde nunca las ha observado; las vías preferentemente utilizadas para la metástasis son la hemática para los sarcomas, la linfática para los epitelomas, y el injerto por contigüidad o por contacto. Mencionemos, por último, la especial coincidencia de formaciones tumorales en el ovario y en la mama o en el útero, unas veces por metástasis simple y otras por desarrollo simultáneo autóctono, a veces heterólogo como en uno de los casos reseñados en nuestra casuística.

*Síntomas de las neoplasias ováricas primitivas.*—Como los quistomas, los tumores sólidos del ovario, no complicados, apenas si dan síntomas en un principio. Profundamente situados en la excavación pelviana, por regla general bien pediculados y constituyendo una simple hipertrofia de la glándula, ya que generalmente conservan groseramente la forma del órgano, pueden permanecer silenciosos durante mucho tiempo

en forma que en muchas ocasiones constituyen un simple hallazgo de exploración. Otras veces, por el contrario, por su crecimiento rápido, su malignidad o bien por su especial situación, por ejemplo intraligamentaria, determinan tempranamente molestias, dolores y trastornos funcionales del recto y la vejiga; hemorragias y edemas.

Los tres síntomas más constantes son: los trastornos menstruales, los dolores y la ascitis.

Los trastornos menstruales constituyen, por regla general, el síntoma predominante. Casi siempre se trata de hipermenorrea, polimenorrea o bien de franca metrorragias que traducen el estímulo de la cortical ante la invasión neoplásica. En otras ocasiones existe oligomenorrea o bien amenorrea primitiva: MEYER cree que existe en el 10 por 100 de tumores malignos y PFANNENSTIEL en el 3 por 100 de los casos. Pero generalmente se trata de amenorreas secundarias consecutivas a la destrucción total del elemento noble de la glándula y consecutivas a la hipermenorrea.

Es curioso observar que en ocasiones la amenorrea no se presenta tan sólo en tumores bilaterales; ciertos casos de neoplasia única influyen sobre el ovario sano que suspende su función o trabaja con irregularidad, volviendo a adquirir el ritmo habitual después de extirpada la neoplasia.

Las metrorragias ofrecen más valor todavía, sobre todo si se presentan en período post-menopáusico y la exploración uterina es negativa. GLOCKNER y su discípulo LIPPNER parecen haber sido los primeros en evidenciar la dependencia de estas metrorragias sin lesión uterina con los tumores malignos del ovario, singularmente el carcinoma, observación de gran valor práctico. LIPPNER halló entre 635 pacientes examinadas, 31 que presentaban metrorragias atípicas

post-menopáusicas; sólo en 8 de ellas pudo descubrirse un foco uterino: pólipo, mioma o carcinoma. De las 23 restantes, 10 presentaban carcinoma ovárico, 3 sarcoma, 2 quistoma papilar y 1 degeneración secundaria maligna. En el 70 por 100 se trataba, por lo tanto, de neoplasias malignas. PFANNENSTIEL, que por otra parte menciona este síntoma sólo de paso en el capítulo de tumores ováricos de la antigua edición de VERT, halla un 50 por 100 de metrorragias debidas a degeneraciones malignas. DREYFUS en su excelente tesis hace hincapié en el papel de la amenorrea y afirma que las hemorragias son mucho más raras. Por otra parte los trastornos menstruales no se hallan en relación con el tipo de tumor ni traducen su malignidad; un simple fibroma del ovario puede ocasionar pérdidas más abundantes que un epiteloma.

En orden de frecuencia, no obstante, el causante de las metrorragias es por regla general el carcinoma (STEINBERG). Por su parte MAYER no considera este síntoma, constante. En su estadística, los carcinomas primarios del ovario dan 75 por 100 de menstruación normal, 14 por 100 de menstruación irregular y 11 por 100 de amenorrea.

En nuestras enfermas hemos hallado trastornos menstruales en el 75 por 100 de los casos y metrorragias atípicas en los casos malignos. El tipo hemorrágico es variable; en ocasiones, grandes metrorragias, otras veces pérdidas ligeras de escasa duración o bien un simple derrame sero-sanguinolento.

En general, concluiremos, que en ausencia de datos vaginales, uterinos, o de otros órganos de la economía (cardiopatía, hipertensión, glucosuria, hematopatía, etc.), en todos los casos de metrorragia atípica post-menopáusica debe pensarse en el carcinoma del ovario, concediendo que este síntoma tie-

no ya menos valor en las mujeres en plena madurez sexual.

En la niñez y en la senilidad se añaden a éste, otros signos reveladores del despertar de la hormona genital, que en ocasiones puede evidenciarse en la sangre, junto con cambios orgánicos en los senos, en los genitales externos, en la voz y en la pilificación.

Es elíptico el conocimiento de que en las niñas la presencia de un tumor ovárico determina generalmente pubertad precoz, aparición de caracteres sexuales secundarios y meno-metrorragias (FUSINO, ASKANAZY) y que estos síntomas son indicio casi seguro de neoplasia ovárica maligna.

El dolor es un síntoma precoz que debe ser estudiado con atención.

A menudo precede al descubrimiento del tumor y sus modalidades son variables: unas veces se trata de sensación de molestia vaga en el bajo vientre; otras, de dolor ya más intenso, gradualmente progresivo, o bien paroxístico, con irradiación a la vejiga, periné, muslo y regiones inginal y lumbar que puede presentarse bruscamente en plena salud. Algunas de esas enfermas presentan verdaderas crisis dolorosas acompañadas en ciertos casos de vómitos; a menudo se exacerba el dolor en el momento de las reglas o bien hace su aparición exclusivamente en esta época. LEGRUCE cree que el dolor es más vivo y constante en los tumores malignos que en los benignos; nada se puede aventurar sobre ello, pero conviene desde luego distinguir entre los dolores precoces que no faltan casi nunca y los dolores por compresión o por neuritis que existen a menudo en todos los tumores voluminosos de la pequeña pelvis. Este segundo tipo de dolor es desde luego más precoz en los tumores incluidos que en los provistos de pedículo.

*En nuestros casos el síntoma dolor no*

*jaltó en ninguno de ellos e hizo su aparición más rápida que los restantes signos de presunción.*

La leucorrea como no sea sanguinolenta no tiene significación sintomática alguna.

La ascitis, es otro signo de presunción que se presenta por regla general en período más avanzado. Nos referimos naturalmente a la ascitis clínicamente evidenciable por datos de exploración ya que una cantidad moderada de líquido en el peritoneo puede pasar desapercibida; su presencia, sin ser constante, es bastante frecuente y nada presupone respecto al tipo de benignidad o de malignidad de la neoplasia; se observa en todos los tumores del ovario. LEOPOLD la considera rara en los fibromas y sarcomas. DARTIGUES comparte esta opinión; LADOUCE y MASSABEAU la hallan en el 70 por 100 de los carcinomas. Lo cierto es que puede encontrarse tanto en el fibroma como en los tumores malignos y muy a menudo constituye la señal de alarma para la enferma, que le obliga a consultar por el desarrollo anormal del abdomen, cuyo volumen puede a veces ser considerable. En nuestra casuística hallamos ascitis en el 50 por 100 de los casos y siempre en los malignos (carcinomas, tumor de KRUCKENBERG).

Notemos de paso, que el examen del líquido ascítico puede suministrar al clínico datos de interés: DRICYPUS distingue dos variedades de ascitis; en la primera la punción retira un líquido citrino, transparente, de poca densidad; el examen del centrifugado pone de manifiesto células endoteliales aisladas o en placas, a veces células neoplásicas y por regla general leucocitos; el conteo de éstos acusa una proporción de 10 por 100 de polinucleares y 45 por 100 de linfocitos y de mononucleares; la reacción de PRIMAVERA-RIVALTA es positiva; se trata de un exudado irritativo del peritoneo.

Otras veces la ascitis es hemorrágica, carácter no tan frecuente como afirma DARTIGUES, y es dable evidenciar eosinófilos y células neoplásicas (dato importante, pero a veces difícil de buscar, porque a menudo se confunden con las endoteliales y muchas veces unas y otras se hallan en degeneración grasosa).

Más raramente el líquido es espeso, mucoso, filante, parecido al contenido de los quistomas pseudomucinosos; no se trata de un exudado peritoneal sino de una verdadera secreción de la neoplasia; esta variante es frecuente en los quistomas papilíferos y rara en las neoplasias.

La presencia de ascitis hemorrágicas es un buen signo para sospechar la malignidad del tumor.

*Datos clínicos.* — En el período de comienzo la exploración suministra escasos datos, pero casi siempre es posible percibir un tumor anexial, en posición lateral o posterior, móvil, desplazable, de consistencia dura, regular e independiente del útero. En algunas ocasiones es factible la palpación de su pedículo. Los antecedentes de la enferma no aensan ni flujo ni infección previa del tramo genital inferior, ni reacción flogésica previa que pueda hacer sospechosa una anexitis.

Pocas veces, no obstante, se llega a explorar a las enfermas en este período, generalmente silencioso. En otras ocasiones el ginecólogo consultado por dolores, dismenorrea, trastornos menstruales o amenorrea, piensa en otro proceso cualquiera (fibroma, embarazo, quiste, dermoide, anexitis), antes que en una neoforación ovárica maligna. Poco a poco los signos aumentan en intensidad y van precisándose al pasar al período siguiente.

*Período de estado.* — En este estadio es cuando por regla general se diagnostica el

tumor; éste continúa ubicado en la pelvis, y provoca de preferencia molestias funcionales, o es de desarrollo ya francamente abdominal y determina signos físicos.

Los síntomas son los reseñados en el anterior período, a veces más acentuados, añadiéndose fenómenos de compresión y trastornos generales.

Los trastornos menstruales son en este estadio más intensos, a veces con tendencia a las grandes metrorragias; la menorrea es más frecuente y traduce la desaparición del parénquima ovárico ante la progresión del tumor, o cuando menos el desfallecimiento orgánico general.

Los dolores son persistentes, agravados en ocasiones por fenómenos de compresión, de origen nervioso, con irradiaciones a los lomos, muslos, nalgas, etc. Pueden describirse todas las formas y todos los grados, desde la simple sensación de peso a los dolores del cólico uterino, y al síndrome se añaden otros síntomas vecinos como constipación, cistalgia, iscuria, retención vesical, tenesmo rectal, etc., que hacen orientar a primera vista el diagnóstico hacia los órganos próximos.

Los trastornos de compresión dependen, más que del tamaño, del grado de enclavamiento de la neoplasia en el Douglas o en el parametrio; también han sido excepcionalmente señaladas crisis de oclusión intestinal (Dubois). La compresión de los vasos ilíacos determina en ocasiones un edema considerable de las piernas.

De existir ascitis es ya importante en este período y lo primero que llama la atención es el desarrollo extraordinario del vientre que ostenta además una marcada circulación colateral (*caput medusae*) en contraste con la demacración de la enferma. En otras ocasiones no existe ascitis pero el vientre está abultado; el abultamiento es entonces

irregular y ligeramente asimétrico (dato importante para el diagnóstico); la piel puede presentar veteado; a veces existe infarto ganglionar en las regiones inguinal e ilíaca, pero es poco frecuente.

Poco a poco se agrava el cuadro pasando al período siguiente.

*Período terminal.* — En ese momento e diagnóstico se impone por sí solo; el estado general se halla seriamente alterado; los vómitos, la anorexia, los dolores violentos, la disnea, las pérdidas hemáticas han ido debilitando paulatinamente la enferma, que entra en pleno período caquético: aparece el color pajizo característico, la facies es inconfundible, el vientre enorme y contrasta con la extrema emaciación de la paciente. Es fácil el diagnóstico de neoplasia abdominal pero muchas veces imposible precisar su localización. El desenlace no se hace esperar; su mecanismo es análogo, por otra parte, al de las restantes neoplasias malignas del abdomen. La muerte sobreviene unas veces bruscamente, otras a consecuencia de una complicación cualquiera: anemia, infección de la neoplasia, compresión, oclusión intestinal, escaras por decúbito, septicemia, etcétera. En algún caso son las complicaciones pulmonares o la uremia las que abrevian el cuadro, en otras es la generalización de la neoplasia con su cortejo de serositis, miocarditis, embolias, etc., que extinguen una vida desde largo tiempo vacilante tras largos meses de sufrimiento y desesperación.

*Exploración.* — Los datos más importantes son proporcionados por el *tactus eruditus*.

La *percusión* rinde tan sólo el dato pleximétrico de la matidez central en caso de tumor sólido y de matidez en los flancos y sonoridad central en los casos de ascitis abundante. La combinación de ambos procesos puede determinar una extensa zona de

matidez infraumbilical que contrasta con la sonoridad de los cuadrantes supraumbilicales y, en ocasiones, de los flancos.

La palpación puede ser negativa en los casos incipientes y en otros hallarse dificultada por la ascitis o la presencia de un pániculo adiposo excesivo, proporcionando en ambos casos, datos poco seguros. Si existe ascitis el tumor da a veces sensación de peloteo, impresión táctil semejante al de una cabeza fetal. Si no hay derrame peritoneal y las paredes abdominales son plácidas y de poco grosor puede palparse con facilidad la tumoración, siendo posible precisar sus caracteres: masa voluminosa, indolente a la presión, de consistencia unas veces dura y homogénea, otras desigual y en ciertos sitios renitente por la presencia de quistes.

El tecto combinado y en su defecto el recto abdominal amplían los datos de exploración y precisan las características topográficas del tumor: En el fondo del tractus vaginal, el cuello se halla desplazado, generalmente hacia un lado, otras veces hacia arriba y a un lado; por excepción, descendido. Los fondos de saco libres en los casos de tumor abdominal y ascitis; uno de los dos o ambos a la vez se hallan ocupados en los casos de tumoración pelviana.

La prehensión bimanual de la neoplasia permite precisar el grado de movilidad de la misma: unas veces es fácilmente desplazable siendo posible incluso palpar su pedículo; en otras se halla fija y como empotrada en la excavación.

En ocasiones es lisa y regular, otras lobulada, siempre independiente del útero. La noción de independencia en los casos de tumoración móvil la da el desplazamiento de la misma, no transmisible al cuello del útero; inversamente haciendo presa del hocico de terca y descendiendo el útero sus movimientos no se transmiten a la tumoración.

Abarcando el fondo del primero es fácil hallar un espacio de depresión entre ambas prominencias.

En otros casos el diagnóstico es más delicado, a veces muy difícil, sobre todo en los casos empotrados, pero si la histerometría muestra una cavidad uterina normal o poco aumentada, el útero se encuentra en buena posición y el tacto afinado permite adivinar un intersticio entre éste y la tumoración a través del fondo de saco, es presumible el diagnóstico de tumoración anexial. En ocasiones el acto rectal poniendo en evidencia la altura y posición del fondo uterino, detalle clave, añadirá eficazmente al diagnóstico.

En los casos difíciles la histerografía es un recurso cuyo valor pone de relieve L. HERNÁNDEZ: para este autor las tumoraciones ováricas van acompañadas de aumento de longitud de las trompas; por efecto del crecimiento de la neoplasia la trompa queda al principio más tensa, pierde sus flexuosidades normales y se transforma en una línea recta; ayudándose con el método de BECLÈRE de limitación abdominal del tumor mediante un hilo de plomo puede comprobarse el desplazamiento lateral de la cavidad uterina cuando el tumor alcanza un volumen regular. Aconseja tomar radiografías de frente y de perfil, o bien recurrir a la estereografía para precisar mejor el asiento y relaciones de la tumoración.

En algún caso, como por ejemplo, después del vaciamiento de una ascitis puede aconsejarse la inyección de un volumen moderado de gas para establecer un pneumo peritoneo (método de LOREY).

La insuflación tubaria podrá ser en ocasiones de utilidad para poner de manifiesto la permeabilidad de las trompas en casos de tumoración anexial y para aplicar eventualmente el método de LOREY.

No obstante hay que confesar que en ocasiones el diagnóstico es sumamente difícil y el tacto aun practicado por persona hábil no logra resolver el difícil problema.

*Diagnóstico diferencial.* — Las mayores confusiones se cometen, naturalmente, con las neoplasias de desarrollo uterino y, sobre todo, con el embarazo. Las neoplasias de las trompas son a menudo imposibles de distinguir de las neoplasias ováricas. Quizás la salpingografía pueda en alguna ocasión precisar el diagnóstico.

El mioma del útero, sobre todo subseroso, se presta con facilidad al error. Nos guiaremos para separarle de aquéllas por los conmemorativos, la hipermenorrea típica, la histerometría aumentada, la presencia de nódulos miomatosos en el cuerpo uterino y la dependencia de ambos a la movilización; eventualmente la palpación de los ovarios normales y del pedículo del tumor implantado en alguna región del útero nos sacarán de nuestro error.

El mioma intraligamentario es muy difícil prácticamente de diferenciar de un tumor incluido del ovario. Tan sólo la presencia de un intersticio en pleno parametrio entre el cuello y la tumoración nos hará inclinarse por un tumor independiente; así como la histerometría aumentada, el *latido de la uterina por fuera del relieve de la tumoración* nos hará pensar en un mioma ístmico de desarrollo intraligamentario.

A veces la confusión tiene lugar con el embarazo, sobre todos en los casos en que coinciden con el tumor la amenorrea de pocas fechas y el reblandecimiento del cuello. Como sabemos, el reblandecimiento cervical, sobre todo en la punta, es un fenómeno que a veces coincide con el desarrollo de un tumor ovárico (HAMERSCHLAG, HERZBERG). Pero los conmemorativos, la ausencia de trastornos simpáticos, los caracteres de la

tumoración y nuestro sentido clínico, nos llevarán casi siempre al buen camino. En caso de duda el método de LOEWINCZ (inyección intravenosa de pituitrina o pitocin) permitirá en ocasiones hacer un buen diagnóstico diferencial. En último término recórrase a los métodos biológicos (test de ZONDECK, de FRIEDMANN), pero exigiendo las reacciones segunda y tercera (presencia de folículos hemorrágicos y cuerpos amarillos atrécticos), ya que en estos casos existe a menudo un exceso de pregnadina A. que puede enmascarar la reacción.

El test de FRANCK, para la hormona sexual, sería de poco valor al comienzo del embarazo ya que se encuentra, contrariamente a la opinión de GARCÍA TRIVIÑO, escasa cantidad de folliculina en la sangre de la mujer grávida al comienzo de la gestación.

También es difícil distinguir a veces los tumores ováricos de los tumores inflamatorios de los anejos, de la anexitis tuberculosa, de los quistes a gran tensión, del embarazo extrauterino y de los exudados paramétricos y abscesos del ligamento ancho.

La confusión ocurre generalmente con tumores ováricos complicados (torcidos, adherentes, infectados) y en ocasiones es muy incierto el diagnóstico. Sólo una anamnesis y exploración minuciosa ayudada de los datos complementarios de laboratorio y rayos X permitirán establecer un diagnóstico correcto: pero por regla general la impermeabilidad de las trompas, la parametritis, la leucocitosis alta y la fiebre hablarán en favor del proceso supurado. La prueba de la sedimentación globular no tiene en estos casos valor alguno.

En el aborto tubario, los conmemorativos, la amenorrea, el tipo doloroso, los vómitos, la reacción peritoneal, las pérdidas sanguíneas y la expulsión de una membrana nos conducirán al buen diagnóstico.

En lo que hace referencia al diagnóstico diferencial con otras afecciones extragenitales conviene ir eliminando sucesivamente la ascitis libre, la ascitis tuberculosa enquistada, la ptosis renal, los tumores renales, la hidronefrosis y el hipernefroma, la apendicitis, los tumores estereocóccicos, la actinomicosis del ciego, los cánceres cecales y sobre todos los del asa sigmoidea, la diverticulitis, los tumores vesicales, la hernia estrangulada (BRUNZEL), las eventraciones (HAMAN) y los tumores retroperitoneales, sin contar otras afecciones menos corrientes como son la hepatoptosis de tercer grado, el carcinoma hepático, la vesícula biliar descendida a la pelvis, el mal de Pott dorsolumbar, los tumores del brazo, etc. La impresión clínica basta en la mayoría de los casos y si precisa debe recurrirse a las investigaciones complementarias, laboratorio, rayos X, pneumo-peritoneo, cistoscopia, cateterismo uretral, tránsito intestinal, etc., que facilitarán en gran manera el diagnóstico. No insistimos mayormente en estos extremos en gracia a la brevedad y por ser en su mayor parte del dominio corriente y hallarse descritos magistralmente en los tratados.

• • •

Si el diagnóstico clínico de los tumores ováricos es a veces dificultoso no lo es menos en ocasiones el diagnóstico histológico y más todavía la clasificación histogenética de algunas especies, singularmente de las variedades epiteliales y de los teratomas.

Se trata de una cuestión todavía no resuelta y por lo tanto muy discutida. Derivados de una verdadera encreujada y semillero de órganos y tejidos como es el cuerpo de WOLFF del que emanan a la par órganos definitivos y estructuras y disposiciones transitorias que desaparecen en el transeur-

so del desarrollo ontogénico, para no dejar otros rastros que leves inclusiones embrionarias y esbozos atrésicos, se comprende que la oncología del ovario como la del testículo



Fig. 1.ª — Fibroma puro del ovario. Aspecto histológico

y del riñón, lugares por otra parte de frecuente asiento teratoideo, todos ellos procedentes de idéntico origen, sea compleja y una de las cuestiones más difíciles de la anatomía patológica contemporánea. En apoyo de lo consignado citemos como ejemplo que en la clasificación de Graves se incluyen, entre benignas y malignas, 40 variedades de tumores del ovario, de ellas 28 neo-formaciones sólidas, y que no existe en el mundo clínica ginecológica ni Instituto de anatomía patológica que pueda envanecerse de poseer todas las variedades descritas.

Así pues, no es de extrañar que las clasificaciones propuestas sean innumerables sin que ninguna de ellas llene a completa satisfacción su cometido. Pueden dividirse en

morfológicas, histogenéticas y morfológico-histogenéticas. Las morfológicas distinguen estos tumores en primitivos y secundarios, sólidos y quísticos, benignos y malignos. Son las más antiguas y útiles para un estudio esencialmente clínico. Las histogenéticas puras apenas si pueden interesar al ginecólogo práctico; por otra parte constituyen en algunos puntos verdaderas fantasías habida cuenta que es muy cuestionable el origen de buen número de formas tumorales; las histogenético-morfológicas desde las de WALDEYER y PFANNENSTIEL hasta las recientes de STERNBERG y de MAYER tienden a conciliar ambos puntos de vista en su mayor parte dispares, con poca fortuna. A título de curiosidad transcribimos la clasificación de GRAVES que es la que nos parece más completa y racional de las elaboradas hasta la fecha:

Clase A. — *Tumores no proliferantes:*

- Degeneración microquística del folículo
- Quiste del folículo de Graaf.
- Quiste del cuerpo lúteo.
- Quiste de theca luteina.
- Quiste tubo-ovárico.
- Cistoma simple.
- Quiste de la rete-ovari.

Clase B. — *Tumores proliferantes:*

GRUPO I.

- Cisto-adenoma seroso.
- Cisto-adenoma pseudomucinoso.
- Papiloma.
- Quiste racemoso.
- Adenoma sólido.
- Seminoma.
- Follicula, Ooforoma, tumores de la glándula, Pflugeroma.
- Carcinoma sólido primario.
- Luteoma.
- Carcino-sarcoma.

## GRUPO II.

## Teratomas:

Teratoma Quístico (dermoide).

Teratoma sólido (embrional).

De un solo elemento:

Colesteatoma.

Struma ovárico.

Corio epitelioma.

Encondroma, osteoma, condrosarcoma.

Sarcoma de células redondas, *id.* fusocelular.

Endotelioma.

Linfoblastoma.

No es nuestro propósito pasar revista a todas estas variedades; nos limitaremos tan sólo a los tumores sólidos, con exclusión de los embriomas, y dentro de ellos a las variedades, benignas y malignas, que nos ha

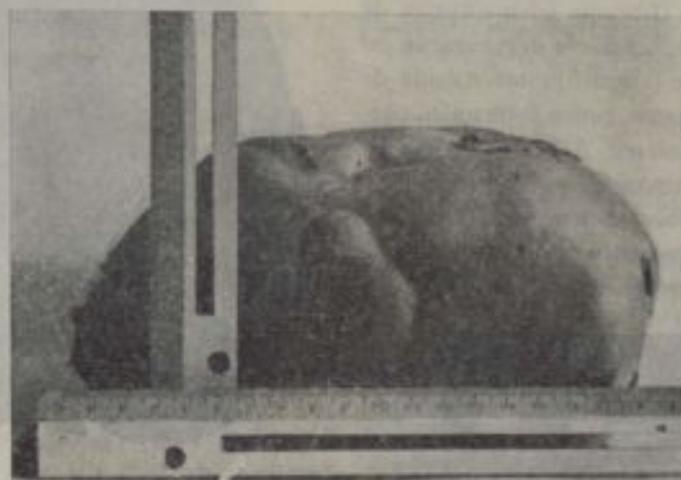


Fig. 2.ª - Voluminoso fibroma del ovario

melanosarcoma, mixosarcoma, osteosarcoma.

## GRUPO III (Metastáticos).

Quistes endometriales.

Krukenberg.

Hipernefroma.

## GRUPO IV (Tumores conectivos).

Fibroma, fibromioma, mioma.

Papiloma.

Adeno-fibroma.

Fibroma del cuerpo lúteo.

sido dable estudiar clínicamente, y cuyas piezas hemos recogido pacientemente, durante años, en el quirófano.

Primer caso. *Fibroma primitivo del ovario.* — Los fibromas del ovario son relativamente raros. MAYER dice que las formas estromatógenas maduras equivalen al 5,7 por 100 de todos los tumores de las glándulas germinales. MARTÍN habla del 3 por 100 y KELLY del 0,4 por 100 de laparotomías. MORA halló 10 casos en 24 tumores sólidos; nosotros un caso en 6 tumores.

Pueden ser circunscritos (excoeleables de SCANZONI) o difusos; los fibromas difusos conservan aumentada la forma del órgano y

pueden llegar a tener un volumen y peso considerables (desde una nuez a una cabeza de adulto; el caso de SPIEGELBERG pesaba 30 kilos; el nuestro 2,50 kilos).

Se describen diversas variedades: sólidos; puros; en combinación con miomas, quísticos con pequeñas cavidades en su interior, unas veces por necrosis o degeneración edematosa o mioxomatosa, otras constituyendo un verdadero fibradenoma con cavidades tapizadas de epitelio glandular o cordones celulares sólidos (fibroma adenoquistico de FRANKL), que en ocasiones degenerarán en sustancia coloidal (adenofibroma coloidal de FRANKL). Señalemos como formación particular la descrita por ADLER; estroma fibroso denso en cuyo seno se veían pequeñas lagunas y hendiduras longitudinales bordeadas de epitelio en forma parecida al fibradenoma intracanalicular de la mama.



Fig. 3.ª — Papiloma ovárico, primera fase de un quiste papilífero

ADLER le denomina por esta causa adenoma intracanalicular del ovario, contra el parecer de STENBERG, y lo considera derivado de los restos del epioforo.

Los fibromas del ovario, que a veces son bilaterales (en un quinto de los casos según PFANNENSTIEL), se presentan a toda edad; verosíblemente proceden de los fibro-



Fig. 4.ª — Papiloma superficial del ovario. Sección longitudinal, a poco aumento

blastos del hilo del ovario. ROKITANSKY creía que procedían del cuerpo amarillo. Esta concepción ha sido abandonada desde que SEITZ ha sometido a una estrecha crítica los trabajos anteriores sobre neo-formaciones estromatógenas (VOIGT).

El cuadro histológico de estos tumores no ofrece nada de particular; son exactamente iguales que los que se presentan en el resto del cuerpo: fibras conjuntivas de variada longitud, dispuestas en fascículos que se entrelazan en diversas direcciones, más o menos ricos en células. En algunos casos ofrecen numerosos vasos sanguíneos (fibroma, hemangiectásico) o linfáticos (fibroma linfangiectásico) y están expuestos a degeneración.

raciones semejantes a las de los fibromas del resto del organismo.

La figura 1.<sup>a</sup> representa la imagen microscópica de un caso de fibroma puro del



Fig. 5.ª - Sarcoma fusocelular ovario

ovario, correspondiente a la fotografía (figura 2.<sup>a</sup> de la pieza de exéresis (historia número 1 que sigue a continuación).

M. J., 53 años. — Anamnesis familiar: padre muerto de hemiplejía, madre de tuberculosis. Cuatro hermanos, dos ya fallecidos. Antecedentes personales sin interés. Operaciones anteriores: legrado uterino. Menarquia a los 14 años. Menstruación normal tipo 4-5/32. Casó a los 23 años; dos hijos vivos y dos abortos de poco tiempo. Menopáusica desde hace 4 años. Desde hace un año sensación de peso en el bajo vientre; dolor en el vacío derecho; vientre ligeramente aumentado de volumen; estreñimiento. Micción normal, sin tenorrea ni pérdidas hemáticas.

Exploración. — Abdomen voluminoso, graso, péndulo, con vírices antiguas. Por percusión, matidez en la fosa ilíaca derecha. Sensibilidad profunda en la misma región. Palpación: abdominal: masa tumoral irregular en la fosa ilíaca derecha que llega hasta la espina ilíaca

anterior superior. Por tacto combinado, cuello normal, desviado a la izquierda; fondos de saco despleables y depresibles. Utero a un centímetro por encima del pubis. A la derecha el tacto profundo pone de manifiesto una tumoración móvil, no dolorosa. Los movimientos de la tumoración no se transmiten al útero. Histerometría: 6 cm.

Diagnóstico clínico: Neoplasia derecha de origen anexial.

Intervención: Laparotomía media. Neoplasia ovárica derecha que rechaza el útero a la izquierda. Anejos izquierdos normales. No existe ascitis. Extirpación de la neoplasia. Cierre por planos. Curso post-operatorio normal.

Examen histológico: Fibroma puro de ovario.

2.º caso. *Papiloma ovárico superficial.* — La mayor parte de papilomas superficiales son neoplasias asociadas al cistoadenoma seroso papilar (fig. 3.<sup>a</sup>); en realidad no son neoplasias sólidas; en algún punto de la colíflor es dable observar quistes llenos de

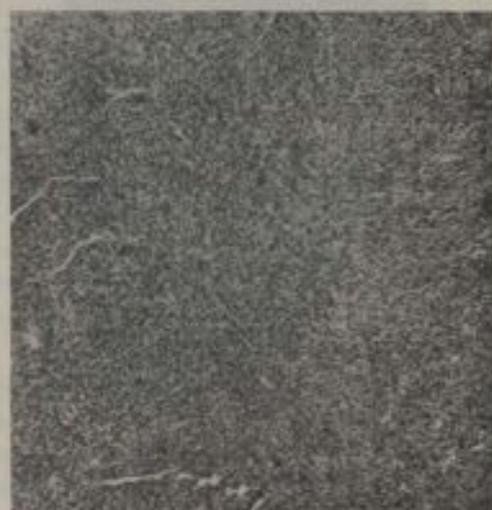


Fig. 6.ª - Imagen histológica de un sarcoma fusocelular del ovario

pseudomicina. Derivan del epitelio germinativo superficial que entra en proliferación y forma excrecencias papilomatosas que se desarrollan al mismo tiempo que el



Fig. 7.ª — Tumor de Krukenberg bilateral autóctono del ovario

epitelio, que recubre las pequeñas cavidades quísticas. Otras veces las excrecencias representan el trabajo de una proliferación endoquística que se abre paso hasta la superficie, como ocurre por ejemplo en el carcinoma cilíndrico papilar. Un caso semejante es el de la fig. 3.ª, que representa un pa-



Fig. 8.ª — Carcinoma foliculoide bilateral

piloma superficial del ovario, en el que comienzan a hacerse aparentes las cavidades quísticas que acompañaba a un quistoma pseudo-mucinoso de gran tamaño en el ovario congénere.

Existen, no obstante, papilomas de la superficie ovárica que crecen independiente-



Fig. 9.\* — Pieza de excisión correspondiente a un carcinoma folículoide del ovario derecho. En la cavidad uterina adeno-carcinoma independiente de la neoplasia ovárica, y de tipo histológico distinto.

mente. La mayor parte son pequeños y tienen escasa importancia. Algunos autores creen que pueden convertirse a la larga en quistomas (GOTTSCHALK). Se trata en realidad de neoplasias fibro-epiteliales, consti-

tuidas por un eje conjuntivo vascular, revestido de epitelio germinal. Pero en atención a la actividad anómala de la superficie epitelial, y a su probable relación con el cisto-adenoma, merecen ser separados de las neo-formaciones genuinamente conectivas y clasificados entre los blastomas piteliales (GRAVES). Abona esta consideración el hecho de que pueden sembrar de metástasis todo el peritoneo y provocar ascitis. Esta implantación secundaria de la neoplasia regresa a menudo una vez extirpado el brote original (ASCHOFF). Pueden ser sesiles o pediculadas y desarrollarse en un ovario o en ambos a la vez. Conviene distinguirlos de los plegados ováricos de HOPSTÄTTER (*ovarium giratum*) y de las formaciones acuminadas, de origen inflamatorio, dependientes según GOTTSCHALK de afecciones de las trompas. Negadas por OLSHAUSEN y RUGE, los trabajos de KAUFMANN y FROMMEL, aceptados por STERNBERG, evidencian la posibilidad de proliferaciones superficiales de los ovarios, semejantes a los tumores vellosos de la vejiga e independientes de los quistomas y de las proliferaciones inflamatorias. Desde el punto de vista histogenético, la parte epitelial de los papilomas superficiales, procede de la proliferación del epitelio germinal y el estroma tiene su origen en el tejido conjuntivo del ovario.

La microfotografía n.º 4 muestra un papiloma superficial autóctono del ovario, de desarrollo bilateral e incipiente, hallazgo operatorio de la observación que sigue a continuación.

M. R., de 28 años, soltera. Padre falleció de neumonía. Madre viva, enferma desde hace tiempo con trastornos vasculares y neurovegetativos. Tres hermanos sanos. Antecedentes personales patológicos sin interés. Menarquía a los 13 años, tipo 4-5/28. Enfermedad actual: desde hace seis años, con ocasión de una amigdalitis aguda, comienza a sentir molestias caracterizadas por as-

tenia, febrícula, falta de apetito y enflaquecimiento. Ligero estreñimiento. Sensación de peso en el bajo vientre y lomos. Estos síntomas aumentan en intensidad en el momento menstrual que se acompaña de un cuadro dismenoréico grave que va acentuándose con el tiempo, con cólestinas gástricas y vómitos.

*Exploración.*—Abdomen normal sin puntos dolorosos a la presión. Útero en retroflexión móvil muy acentuada. Anejos sanos. Aparatos

Extirpación del apéndice y ligamentopexia según DOUGLAS. Curso postoperatorio sin incidentes. Resultado completamente favorable.

Caso 3.<sup>o</sup> *Sarcoma fusocelular.* — Los sarcomas del ovario son tumores raros. Para FORGUE y WOHLGEMUTH representan el 3,87 por 100 de todos los tumores ováricos. En este punto las estadísticas se hallan en

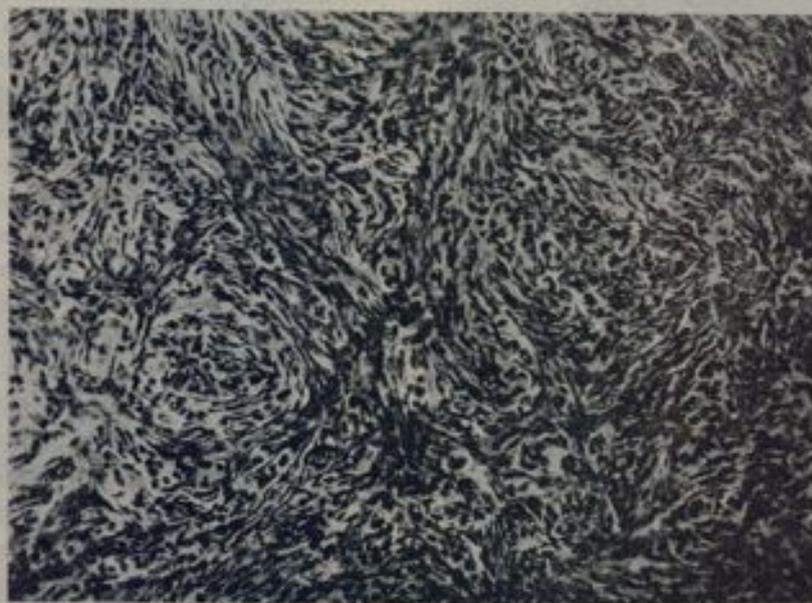


Fig. 10.<sup>a</sup> — Aspecto histológico de un caso de carcinoma foliular. Obsérvese la disposición cordal y la formación de acúmulos celulares de tipo circular y pseudo-folicular conteniendo algunas de ellas una célula de mayor tamaño.

respiratorio, circulatorio y digestivo normales. Ante un cuadro de dismenorrea grave con retroflexión acentuada, luego de agotados los recursos terapéuticos más corrientes, se propone la intervención, que es aceptada por la enferma. Laparotomía media infraumbilical. Útero en retroflexión; ligero varicocele del ligamento ancho. Trompas sanas. Ambos ovarios exhiben a nivel de su polo superior una formación papilomatosa del tamaño de un guisante. Resección bilateral de una cuña ovárica según WALTHER que comprende la masa de implantación del papiloma. Resección del nervio presacro. Isofenolización de las cadenas simpáticas retroperitoneales y del hilo de ambos ovarios.

completo desacuerdo, obedeciendo las diferencias, como veremos, a la inseguridad del diagnóstico histológico.

Se trata de tumores sólidos de vario tamaño (hasta el de una cabeza de adulto) que conservan groseramente la forma del órgano. Su superficie es lisa o granulosa y su consistencia variable según su estructura histológica o los cambios regresivos que puede experimentar.

Son bilaterales en el 43 por 100 de los casos según RAVANO y en el 27 por 100 se-

gún STUEBLER. Por regla general se acompañan de dolores y ascitis.

Las mayores divergencias entre los autores se refieren a su clasificación histogénica. STERNBERG distingue entre los tumores de células jóvenes, el sarcoma de células redondas y el sarcoma fuso-celular.

En el grupo de sarcomas de alta maduración textural, con intersubstancia que re-

En lo que respecta a los sarcomas perivasculares, cree ASCHOFF que los endoteliomas son más bien carcinomas en la mayor parte de los casos. Otros autores incluyen en el mismo grupo al sarcoma alveolar, al peritelioma, al polimorfo celular y al sarcoma de mieloplaxias. Como vemos, la reducción de este grupo es notable en las clasificaciones histogénicas modernas. Su

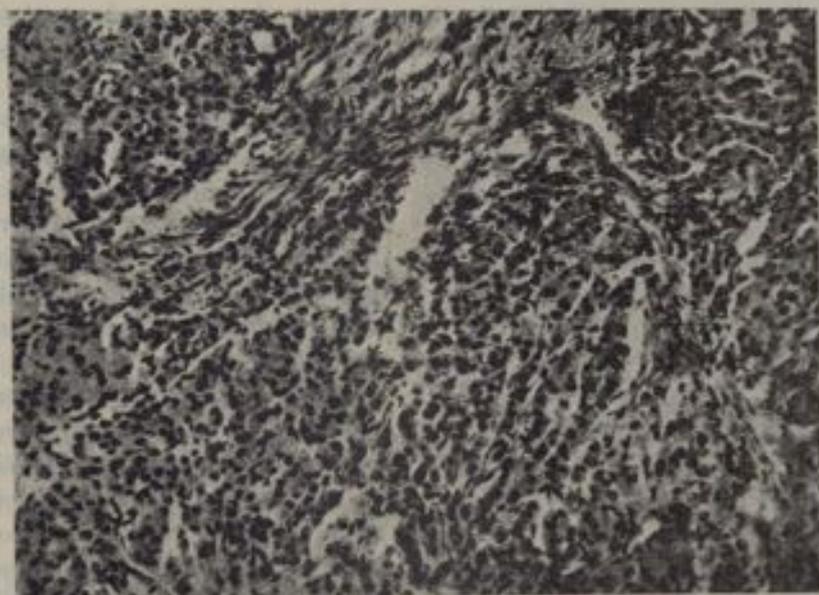


Fig. 11.\*— Caso de carcinoma folículoide; la disposición folicular no está marcada, pero ostensible

uerda variedades del tejido conjuntivo normal, incluye los fibro-sarcomas y los mixo, condro y osteo-sarcomas. Niega la existencia del micsarcoma, si bien desde los trabajos de MINIWARTER descubriendo células musculares en el parénquima, aparte de las halladas en la medular, no puede ponerse en duda su posibilidad. Otros autores consideran la mayoría de estas formaciones como teratomas y posiblemente al mismo grupo pertenecerían los melanosarcomas descritos en el ovario como de origen autotono no metastizante.

jurisdicción queda todavía más limitada si se tiene en cuenta que la mayor parte de neoplasias descritas como fibro-sarcomas, no son, para muchos, otra cosa que fibromas jóvenes, ricos en núcleos, y a la misma categoría pertenecerían algunos sarcomas fusocelulares después de bien estudiados.

Resulta de todo ello que en realidad los sarcomas fusocelulares auténticos son más raros que los de células redondas, contra la opinión hasta hoy día generalmente aceptada. STERNBERG en la enciclopedia de HALVAN insiste sobre ello. KROMER en el Tra-

tado de VERT considera los sarcomas fusocelulares puros del ovario como excepcionales. FRANK afirma que dichos sarcomas figuran en minoría y no deben ser incluidos entre las formas maduras.

Tenemos ocasión de presentar en las microfotografías núms. 5 y 6 la imagen macro y microscópica de una de estas raras tumoraciones en cuya descripción no entramos por ser la clásica en todas las obras de anatomía patológica y que se refiere a la historia clínica que sigue a continuación.

M. L. A., de 33 años. Natural de Alicante. Padre fallecido de cardiopatía; madre viva; 5 hermanos, de los que fallecieron 2. Antecedentes personales sin importancia. Menarquia a los 15 años tipo 7/8/30. Disminorrea de bastante intensidad tipo ovárico y uterino con irradiación dolorosa a abdomen, sacro, lomos y crisis paroxísticas. Cusó a los 31 años, tres partos con puerperio normal; del último hace 2 años. Disparennia intensa.

Desde hace una temporada acusa dolores en la fosa ilíaca izquierda y en los últimos meses menometrorragias casi continuas. Ha enflaquecido, pierde sus fuerzas y tiene tos seca y paroxística. La exploración muestra: abdomen ligeramente abultado; percusión y palpación normales; sensibilidad en la fosa ilíaca derecha. Genitales externos normales. Por tacto combinado cuello en buena posición, útero normal, con histerometría de 9 cm. Parametrio derecho ocupado por una tumoración anexial lisa, redondeada del tamaño de una mandarina.

*Diagnóstico clínico.* — Tumoración sólida ovárica derecha.

Laparotomía media: ligera ascitis. Se describe una tumoración ovárica del tamaño de una mandarina, de consistencia blanda, superficie lisa y bien pediculada. El resto del aparato genital es normal. Creyendo que se trataba de un simple fibroma reblandecido, se practica la ooforectomía.

La pieza de exéresis se ofrece al corte como una masa homogénea, de aspecto en-

cefaloideo; toda traza de parenquima ovárico ha desaparecido. El dictamen histológico (1) es de sarcoma fusocelular. Curso post-operatorio sin otro incidente que un foco de congestión pulmonar derecha. Alta a los 15 días, practicándosele seguidamente sesiones de radioterapia profunda.

Observación 4.<sup>a</sup> Tumor de KRUKKENBERG. Sabido es que la mayoría de autores consideran al tumor de KRUKKENBERG desarrollado en el ovario, como metástasis de un tumor primario de origen digestivo, generalmente gástrico intestinal o de la vesícula biliar, verificada preferentemente por vía linfática (WAGNER, KUESTNER, NEUMANN, etcétera).

Descrita en 1895, con la denominación de fibro-sarcoma mucocelular, KRUKKENBERG lo asimiló en un principio al endotelioma y consideró que se trataba de un tumor autónomo del ovario.

La característica de esta tumoración consiste en la presencia en el estroma, entre las finas redes conjuntivas, de células grandes, vesiculosas, con núcleo excéntrico, en forma de media luna y rechazado hacia uno de los lados, bordeando un protoplasma globuloso y pletórico, en degeneración mucosa. Las células ofrecen por esta causa un aspecto especial, en anillo de sello; se trata de tumores malignos, de crecimiento rápido y génesis epitelial; carcinomas a veces derivados de otro de distinto aspecto histológico (WAGNER).

Tan sólo KROEMER cree que estas neoplasias son tumores de combinación formados por dos componentes que crecen con igual

(1) Mi profundo reconocimiento al doctor R. Roca de Vinyals anatómo-patólogo distinguido del mismo Hospital, que con el mayor interés ha practicado las investigaciones histológicas correspondientes a los tumores que presentamos y establecido su clasificación histogénica.

intensidad: de una parte el tejido epitelial, con células mucosas atípicas que recuerdan los epitelomas y de otra la proliferación conjuntiva que se desarrolla como un sarcoma.

La unanimidad no es absoluta en lo que se refiere al constante origen metastásico de la tumoración. STERNBERG cree que existen algunos casos realmente primitivos. Los ejemplares de KRUKKENBERG, SCHENK, MARCHAND y algún otro, son demostración de ello. GREIL se ha ocupado insistentemente de este extremo defendiendo la naturaleza primaria de estos tumores, considerándolos como derivados de las células basales del primitivo epitelio eclómico. Por nuestra parte nos complacemos en presentar las fotografías adjuntas de un tumor bilateral de este tipo, de origen posiblemente primario porque la investigación clínica ha dado hasta ahora resultado negativo, sin que nos atrevamos a afirmarlo rotundamente, faltos del dato necrópsico decisivo, imposible de obtener para fortuna de la interesada.

(Fig. 7.<sup>a</sup>)

C. C. F., de 25 años. Padres vivos, 4 hermanos, 2 de ellos fallecidos sin poder precisar la causa.

Antecedentes patológicos personales: cólico nefrítico hace 2 años, con expulsión del cálculo. Menarquia a los 12 años, menstruación tipo 4/40 con oligomenorrea e hipomenorrea. Casó a los 20 años. Un solo embarazo hace 4. Desde entonces ligera leucorrea.

Enfermedad actual: desde hace 6 meses, sensación de peso en el bajo vientre y dolor en el hipocondrio izquierdo. En estos últimos tiempos reglas anómalas de duración superior a 15 días. Hace 2 meses las pérdidas hemáticas cesaron bruscamente y desde entonces presenta amenorrea.

Exploración: Buen estado general; abdomen voluminoso con nacides en toda la zona subumbilical y en ambos cuartos derecho. Presencia de ascitis libre bastante abundante. Por palpación, tumoración lisa y regular, dura y polilobulada

(gran lóbulo derecho que sobrepasa el nivel del ombligo; lóbulo izquierdo menor, que da sensación clara de peloteo). Por tacto combinado, cuello duro; tumoración fija que ocupa la excavación; útero rechazado hacia el sacro y ocupando el fondo de saco posterior. Los movimientos de la tumoración no se transmiten al cuello. La obesidad de la enferma y el gran volumen del tumor, impiden precisar la forma del útero. En atención a la amenorrea, se prescinde, en los primeros momentos, del dato histerométrico. Reacción de FRIEDMANN negativa. El diagnóstico clínico fluctuaba entre un fibro-sarcoma uterino y una tumoración ovárica de tipo maligno.

Laparotomía infraumbilical; tumoración ovárica bilateral; la derecha ocupa la excavación y el fondo de saco vesico uterino; la izquierda es de desarrollo abdominal. Abundante ascitis serosa, ligeramente hemática. Por exploración manual directa no se encuentra ningún nódulo sospechoso en el estómago, el intestino o la vejiga. Histerectomía total. Cierre por planos. Curso post-operatorio normal. Explorada con posterioridad no acusa trastorno alguno, salvo ligeras molestias ovarioprávicas. La exploración radiológica del aparato digestivo es negativa. Por todo ello creemos en el origen autóctono de la tumoración que describimos.

Observ.<sup>nes</sup> 5.<sup>a</sup> y 6.<sup>a</sup>.—*Dos casos de epiteloma germinal primitivo.*—En estos últimos años, hemos tenido ocasión de estudiar dos casos poco corrientes de carcinoma primitivo del ovario. En ambos el aspecto histológico de la tumoración era idéntica, pero uno de ellos ofrecía la particularidad de que conjuntamente con la neoformación ovárica presentaba una degeneración epitelial incipiente del endometrio, un deno-carcinoma de textura completamente diferente al de la neoplasia ovárica.

Las historias de ambas enfermas siguen a continuación.

J. V. R., de 49 años, sin antecedentes personales ni familiares de interés; menarquia a los 17 años y menstruación tipo 2 3/32 completamente normal. Dos hijos después de dos abortos de menos de 3 meses; desde entonces leu-

correa abundante. Desde hace ocho meses hiper y polimenorrea con períodos cada 15 días. Desde hace 5 meses dolores en el bajo vientre con disuria y disquesia. Poco después, proceso gripal que duró un mes con temperaturas no muy altas y tos. Desde entonces anorexia, enflaquecimiento y mal estado general, sin hipertermias.

La exploración muestra enferma anémica con ligeros roncós y sibilantes en la base pulmonar izquierda; aparato circulatorio y digestivo normales. Vientre algo abultado, doloroso a la presión en la fosa iliaca derecha. Por tacto combinado, tumoración irregular polilobulada, que ocupa el Douglas y ambos fondos de saco laterales y parece comprimir el útero que es poco movilizable y se halla en anteflexión acentuada. Histerometría de 9 cm. Siendo dudosa la independencia del útero a la movilización del tumor y habida cuenta sus antecedentes, se hace diagnóstico de miomatosis subserosa de nódulos múltiples. Laparatomía media: peritoneo congestionado y con algún punto equimótico; ligeros ascitis; tumoración ovárica bilateral de regular tamaño, cuyos nódulos se hallan empujados en la baja pelvis bloqueando el útero. Castración total. El desarrollo excesivo de ambas tumoraciones por otra parte absolutamente independientes, obliga a practicar la castración bilateral previa y seguidamente la histerectomía total.

T. G. B., de 64 años, 4 hermanos, uno de ellos muerto de tifoides. Antecedentes personales sin interés; menarquia a los 18 años; menstruación tipo 2-3/28, indolora y regular con períodos de oligomenorrea y amenorrea. Casó a los 24 años, 5 partos normales.

Hace más de medio año, dolor súbito de bastante intensidad en el hipogastrio y fosa iliaca derecha; al siguiente día metrorragia que duró 18 horas desapareciendo el cuadro agudo; una semana más tarde nueva metrorragia menos copiosa y desde entonces las pérdidas sanguíneas se repiten caprichosamente a intervalos hasta el presente. En la actualidad pierde sin interrupción desde hace 15 días.

El examen general y la palpación del abdomen, no suministran ningún dato de interés. Por tacto combinado, útero de regular tamaño, cuello ligeramente entreabierto y sangrante. A la derecha, masa tumoral del tamaño de una naranja, móvil ligeramente dolorosa independiente

del útero y provista de un grueso pericilio. Se sienta diagnóstico de neoplasia ovárica.

Laparatomía. Utero aumentado de tamaño, escleroso y móvil.

Gruesa tumoración oblongada del tamaño de una naranja que corresponde al ovario derecho. Anejos izquierdos sanos. Ligera ascitis. Histerectomía total. Curso post-operatorio normal. Examinada la pieza se aprecia un útero fibromatoso, cuya cavidad se halla ocupada por masas fungosas; en el fundus formación papilosa; en la pared anterior una ulceración sospechosa.

Ovario izquierdo atrofico. Ovario derecho constituido por la tumoración mencionada, de consistencia encefaloidea lisa al corte y de color amarillento, con poca vascularización y algún pequeño quiste. El examen histológico muestra dos tipos completamente distintos de carcinoma. La neoplasia uterina es glandular, con aspecto de adenocarcinoma, a tumoración ovárica es por el contrario un cáncer masivo de estructura completamente distinta y de aspecto idéntico al del caso anterior. (Dr. Roca de Vinyals.)

El examen de las piezas de exéresis correspondientes a los ovarios de las dos historias anteriormente reseñadas, es idéntico. Macroscópicamente se trata de tumores sólidos de color grisáceo y de consistencia regular que recuerdan groseramente la forma del órgano invadido, recubiertos por una membrana lisa y brillante sobre cuya superficie se extiende a manera de cimera la trompa correspondiente, levantada y distendida por el rápido crecimiento tumoral. En el primer caso la degeneración ovárica era bilateral, en el segundo uno de los ovarios era normal, más bien atrofico. (Figuras 8.<sup>a</sup> y 9.<sup>a</sup>).

Al corte ofrecían una disposición lisa y brillante poco vascularizada, con organización fascicular evidente y en algún punto se podía apreciar, aunque escasos, la existencia de pequeñas cavidades.

En ambos, la imagen microscópica era característica de la neoplasia epitelial (Fi-

guras 10.\* y 11 \*) conglomerados de células, rodeadas por haces conjuntivos, pequeñas, redondas o alargadas, con protoplasma escaso, homogéneo y netamente acidófilo; núcleos bien teñidos, ricos en cromatina, con pocas mitosis, constituyendo un tejido denso y apretado cuyos elementos adoptan disposición cordonal. En ciertos sitios exhiben formaciones circulares, de células aplanadas que rodean una célula central más gruesa, que muestra un núcleo bien teñido. Esta disposición, quizá debida al efecto óptico de la sección transversal de un cordón macizo, recuerda a grosso modo la disposición de los folículos primordiales, y se repite en todo el campo de la preparación. En los puntos con formaciones quísticas, por otra parte escasas, el tejido periecavitario está alterado, presentando núcleos mal teñidos afectos de cariólisis; ninguna estructura celular bordea estas cavidades exclusivamente debidas a procesos colicuativos. La tinción de los cortes por el método de DEL RÍO, para el estudio del retículo conjuntivo (permanganato potásico-ácido oxálico. Carbonato de plata amoniacal-formol) demuestra la ausencia de intersubstancia entre las células de los cordones.

Es evidente, pues, que nos hallamos en ambos casos ante un tipo de neoplasia epitelial primitiva del ovario y vamos a intentar su clasificación.

Las neoplasias parenquimatógenas del ovario tienen estos orígenes: derivan de las inclusiones epiteliales del cuerpo de WOLFF (son los carcinomas denominados por MORA excreto-genitales), o de inclusiones endodérmicas, o bien proceden más o menos directamente del epitelio germinativo de la glándula; son neoplasias de origen germinal.

Los epitelomas wolffianos, son los cánceres primitivos del ovario más frecuentes.

Según LECENE, derivan de restos mesonéfricos incluidos. Los restos aberrantes del cuerpo de WOLFF pueden dar lugar a dos tipos de epiteloma: el *cilíndrico* (tubos neoplásicos cuya luz está revestida de células cilíndricas poliestratificadas) y el *alveolar*, más corriente (células atípicas, poliédricas, dispuestas en forma tubular, con aspecto pseudo-glandular). Según la participación del conjuntivo, tomarían la forma escirrosa o la encefaloidea. Es de advertir para mayor confusión, que algunos autores hacen derivar este tipo del folículo de GRAAF o de la membrana granulosa. MASSABEAU dice que derivan del epitelio superficial del ovario. Pero el aspecto de estas células no deja lugar a dudas, según LECENE, y deben ser clasificados entre los tumores wolffianos.

Las formaciones derivadas de inclusiones endodérmicas, sobre todo quistes, deben mejor ser considerados como teratomas. LECENE cree en la existencia de ciertos adenocarcinomas de origen *enteroide*, por la presencia de ellos de un fermento específico, *sucrasa*, que sólo existiría en la pared intestinal.

En lo que hace referencia a los tumores germinativos, la confusión es mayor todavía. Se describen tipos de adeno-carcinoma, carcinoma sólido, seminoma, foliuloma, ooforoma, pfluggeroma, tumores de células de la granulosa, luteoma, corioepiteliomas primitivos, cilindromas, carcino sarcomas, etc.

Las comunicaciones de los diversos autores hechas sin plan alguno, califican a su capricho las piezas estudiadas y describen nuevas variedades a poco que la imagen histológica se aparte los cuadros conocidos.

Reconozcamos no obstante que los trabajos de MIXIWARER, poniendo de relieve la importancia de la noción de los sucesivos brotes proliferativos del epitelio germinati-

vo de WALDEYER, han puesto fin, en parte, a semejante confusión. MASSON y PEYRON siguen racional y comprensivamente, en su clasificación las etapas de desarrollo de las formaciones derivadas del estrato germinativo, con arreglo a estos principios.

Según MENETRIER el epitelio germinal presenta tres brotes proliferativos. Los dos primeros correspondientes en período embrionario; el tercero acaecido durante la pubertad.

El primer brote, en pleno período embrionario, ocurre en el momento en que aparecen entre el estrato germinal y la zona de los canaliculos del cuerpo de WOLFF, puentes celulares en forma de cordones irregulares, anastomosados entre sí, constituyendo los cordones sexuales o cordones medulares. Este brote es el único que existe en el macho y evoluciona hasta la formación de conductos seminíferos. En la hembra no da lugar a la ovulogénesis, se atrofia y desaparece.

En tanto que los cordones medulares tienen su desarrollo, el epitelio germinativo vuelve a entrar en activa proliferación, constituyendo el *segundo brote germinativo* las células cúbicas germinales avanzan nuevamente en profundidad a través del mesenquima, constituyendo un sistema de cordones, *cordones de Valentín Pflugger*, que envueltos por la proliferación conjuntiva se disgregan en pelotones de células que constituirán los *foliculos priocordiales*, con una célula central gruesa, rodeada de otras células aplanadas (células foliculosas, futuras células de granulosa).

En el momento de la pubertad, coincidiendo con el desarrollo de los óvulos maduros y los foliculos adultos, el epitelio superficial vuelve a proliferar fraguando a veces divertículos en el espesor de la cortical, constituyendo el *tercer brote*. En co-

rrespondencia con estos distintos estados pueden ocurrir anomalías que dan lugar cada una de ellas un tipo especial de tumor.

Si en el curso del segundo brote, en una glándula orientada hacia el tipo femenino, no se produce la atrofia de los cordones celulares, la mezcla de ambos tipos celulares da lugar a una glándula mixta a un *ovotestis*, verdadero hermafroditismo glandular.

El desarrollo patológico de las células de la proliferación primera dan lugar en la mujer al *epitelioma de células claras* de MASSON y CHENOT, tumor de tipo macho, seminegro, verdadero *serunoma del ovario*.

Las neoplasias correspondientes al desarrollo de los cordones de FLAGGER y sus representantes adultos, dan lugar a los *epiteliomas fluggerianos*, neoplasias de células jóvenes, a los *coforomas y foliculomas*, formaciones más adultas derivadas del folículo de Graaf y a las *lutomas* derivados del cuerpo amarillo. Por último la tercera proliferación da lugar a los *epiteliomas vegetantes superficiales del ovario*.

Volviendo a las tumoraciones estudiadas por nosotros es evidente que no pueden ser consideradas como cánceres excreto-genitales. En estos el tipo de células es cúbico y de mayor tamaño; adoptan generalmente una disposición tubular o pseudoglandular, formando al corte luces revestidas de epitelio cilíndrico. En el grupo de *carcinomas germinativos* los más frecuentes son los vegetantes superficiales; pero se trata de neoplasias, que se extienden en superficie formando papilas recubiertas de epitelio cúbico y conteniendo a menudo acúmulos de *calciferitos*. Si invaden masivamente el ovario la tumoración continúa ostentando sus características. No hay duda que ninguna relación tiene esta descripción, con las piezas que estamos estudiando. El *carcinoma*

de células claras de MASSON es un tumor característico y muy raro.

Por exclusión tenemos, pues, que clasificar nuestros especímenes dentro de las formaciones epiteliales constituidas a expensas de elementos de la 2.<sup>a</sup> "poussée" germinativa.

En este grupo se incluyen bajo nombres diversos tumoraciones cuya génesis es muy discutida, y que encajan en parte en el grupo de los adenomas, en parte en el de los carcinomas. La confusión estriba sobre todo en que los autores que han estudiado estas neoplasias han querido ver siempre en ellas remedos de las formaciones foliculares del ovario y encontrar *óvulos neoplásicos*: como dice STERNBERG; ocurre en esta clase de neoplasias con los óvulos lo que con los parásitos en el cáncer; el deseo de descubrirlos es el padre del descubrimiento. ACCONCI fué el primer en querer hallar óvulos patológicos en un tumor ovárico papilar (1890). A este trabajo siguieron los de EMANUEL PALADINO, MENGERHAUSEN y KAHLDEN. Todos describieron en las preparaciones gruesas células con núcleos centrales que interpretaron como óvulos, basándose en la hipótesis de WALDEYER y KLEIS sobre la formación post-embriónica de folículos primordiales. LIPMANN atacó estos trabajos demostrando que los pretendidos folículos primordiales eran transformaciones regresivas y llamó "disparate biológico" a este pretendido descubrimiento.

La idea no obstante hizo camino y de tiempo en tiempo continuaron apareciendo descripciones análogas, como en los trabajos de KAHLDEN, GOTTSCHALK (folliculoma maligno) SCHROEDER (folliculoma) WOIGT y LEMBERG (adeno-carcinoma foliculoide) MEYER y BLAU (carcinoma foliculoide y cilindromatosa), etc.

Por otra parte BRENNER publicó con el

nombre de *ooforoma folicular* tres especímenes de neoplasia con numerosas formaciones aparentemente análogas a la de los folículos de Graaf: disposiciones alveolares, con las dimensiones de folículos primordiales, tapizadas por una sola hilera de células el interior, alguna célula de mayor tamaño y de aspecto diferente que recuerda el óvulo.

WERDT publicó 6 casos de tumor ovárico, constituido células de tamaño relativamente pequeño con núcleo grande y bien coloreado a las que identifica como derivados de las células de la granulosa por su aspecto y a causa del origen que les atribuye: Esta posibilidad adquiere cada día más fundamento, sobre todo desde los trabajos de WALTARD y de MEYER. El primero describió en la superficie del ovario islotes de células de la granulosa (*granulosa zell haufen*), y el segundo conglomerados celulares (*granulosocellballen*) en los fetos a término. Ambos creen que se trata de derivados del epitelio germinativo que no llega a la madurez, es decir a la formación de folículos. Para unos estas formaciones darían lugar a todos los tumores germinativos del ovario. WERDT, MEYER y BABÉS, son de esta opinión. Para otros darían lugar únicamente a las formas granulosas, foliculoideas y cilindromatosas. En grupo aparte tendrían que colocarse los casos de BRENNER, MASSON, BABÉS, etc.; en total 11 casos. KROMPECHER considera todos los cánceres foliculoideos y cilindromatosos como originarios de las células de la granulosa y admite tres grupos: *oofoma* (parecido al folículo de Graaf) *adenocarcinoma foliculoide*, y *carcinoma medular*; según SEIFRIED el cáncer medular representa el estadio más bajo de diferenciación y el oofoma el más alto.

Aceptada esta tesis quedaría todavía para discutir la génesis de estas formacio-

nes, relacionada con la distinta apreciación conjuntiva (FOULS, 1879) o epitelial (WALDERER, 1870) de la granulosa.

Por nuestra parte, sin ánimo de tereciar en una discusión para la cual no nos juzgamos suficientemente preparados, creemos que la cuestión del foliuloma es todavía muy oscura. En las microfotografías presentadas, algunas formaciones recuerdan groseramente al folículo primordial, si bien en su mayor parte la célula central, ovular, no existe. En cambio en los dibujos la esquematización no puede ser más perfecta. Aun admitiendo la posibilidad de que una estructura tan compleja y diferenciada como es el folículo pudiera multiplicarse oncogénicamente, dejando de ser una sencilla hipertrofia, sería preciso admitir la existencia en el testículo de una neoplasia invasora, de textura equivalente, y que sepamos este tipo no ha sido nunca señalado entre las variadas formas de las neoplasias de los didimos. Para los que admiten un origen heterólogo del óvulo y de la granulosa, la cuestión ya está juzgada; o la neoplasia de este tipo no puede lógicamente existir o se tratará en todo caso de un tumor de combinación.

En lo que respecta a las neoformaciones

derivadas de las diversas porciones de que consta el aparato folicular, creemos posibles todas las variedades, desde el tipo más joven al más adulto.

Resumiendo: si damos como probable el origen germinal de las neoplasias objeto del presente trabajo podríamos calificarlas de *carcinomas cilindromatosos germinales* incluyéndolos en el grupo de los *pseudofoliulomas*.

Apuntamos, por último, la posibilidad de que quizás se trate de blastomas derivados de las células de la *teca interna*, del folículo en maduración, atribuyendo a aquella una génesis epitelial. Abona nuestra suposición el tipo foliuloso y aplanado de las células que estudiamos. Por otra parte atribuir a una neoplasia germinativa un origen *tecal* de células tecales jóvenes, no es ninguna herejía histológica por cuanto en el momento actual se acepta la posibilidad de degeneración neoplásica de los restantes elementos foliculares: la descripción del coforma de BRENNER, del tumor de células de la granulosa de MEYER, y del luteoma, abonan nuestra suposición que brindamos a los que con más autoridad que nosotros pueden enjuiciar sobre estas delicadas cuestiones.