

Un caso de quiste dermoide ovárico gigante⁽¹⁾

por el doctor

J. Vanrell

Ginecólogo del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo

Los quistes dermoides del ovario, o teratomas quísticos adultos — para adaptarnos a la terminología de ASKANAZY— son relativamente frecuentes. Así en la recopilación de MÜLLER (1), llevada a cabo en 1924 y que comprende 15.000 tumoraciones ováricas procedentes de estadísticas de diferentes países, el 11 % aproximadamente son quistes dermoides. Entre 78 neoplasias ováricas estudiadas por nosotros en otro trabajo (2), hallamos 7 quistes dermoides (9'7 %). En ciertas razas, como la japonesa, su frecuencia es mayor todavía: 35 % de todas las tumoraciones ováricas, según JAMASAKI (3). Relacionándola exclusivamente con los quistomas, su proporción es mayor todavía: así p. ej., en nuestra estadística ya citada ascendía al 12 % de las tumoraciones quísticas.

Se comprende que no osaría molestar, pues, vuestra benévola atención con la descripción de un hecho clínico vulgar, si no concurriese en nuestro caso una cir-

cunstancia especialísima que le hace digno de nota, por su rareza, y es el volumen considerable adquirido por la neoplasia.

Sabido es, en efecto, que el tamaño más frecuente de esta variedad de tumoraciones ováricas oscila entre el de un grano de uva y el de una cidra o naranja, siendo más raras las que alcanzan el tamaño de un melón pequeño. Tampoco son excepcionales los teratomas quísticos adultos de tamaño mínimo y aun microscópico, esparcidos por la masa de otras formaciones quísticas y su hallazgo sería todavía más frecuente si se examinaran sistemáticamente todas las neoplasias ováricas extirpadas. Así NOVAK ha descrito dermoides múltiples de 4 milímetros de diámetro. EMANUEL del tamaño de un guisante, etc.

Las descripciones de quistomas dermoides gigantes son por el contrario sumamente raras en la literatura. A este reducido grupo pertenece el caso cuya historia clínica sigue a continuación.

(1) Comunicación presentada al Cuerpo Facultativo del Hospital de Santa Cruz y San Pablo, sesión del 10 de Enero de 1935

M. R. de diecinueve años, soltera, natural de la provincia de Lérida. Padre muerto a consecuencia de hemorragia cerebral. Madre falle-

cida en el curso de un puerperio. Tres hermanos vivos y en buena salud. Una tía materna tuvo un parto gemelar.

Antecedentes personales sin interés. Menarquia a los trece años. Tipo menstrual 2/30-35. Hipomenorrea. Dismenorrea que comienza dos o tres días antes de la regla y a veces la obliga a guardar cama. Leucorrea en ocasiones muy abundante. Estreñimiento habitual.

Enfermedad actual: la enferma refiere que desde hace un año aproximadamente observa un progresivo aumento del volumen del abdomen, acompañado de dolor abdominal difuso, con astenia, inapetencia, mareos y a veces vómitos. Desde hace unos ocho meses, las reglas, que eran cada vez más escasas y dolorosas, han cesado por completo. En el momento del interrogatorio, los fenómenos generales se han ido acentuando; la cefalea y el enflaquecimiento son cada vez más pronunciados. El abdomen, que ha adquirido un volumen enorme, es asiento de dolores difusos. Tiene vómitos y últimamente se ha presentado edema en las extremidades inferiores. Ante el estado alarmante de la enferma, sus familiares se deciden, al fin, a someterla a reconocimiento facultativo.

Reconocimiento: Enferma de buena estatura. Peso, 54 kgs. Tipo asténico. Panículo adiposo escaso. Edemas que dejan fovea en las extremidades inferiores.

Tórax: Acusada separación de los arcos costales. Mamas flácidas. Areola poco pigmentada. Aparato respiratorio normal.

Aparato circulatorio: Desplazamiento de la punta. Ligeró soplo inorgánico de segundo tiempo. Tensión: 12-7.

Abdomen: abombado, tenso y prominente. Circulación suplementaria muy acusada. Veteado reciente. Edemas suprapúbico. Circunferencia abdominal máxima: 125 cms.

Por palpación se aprecia una gruesa tumoración regular lisa, tensa y no desplazable, que llega hasta apéndice xifoides y que da a la percusión una amplia zona de macidez central con dos áreas sonoras en los flancos, no modificables por el decúbito. La tumoración, renitente, no da clara sensación táctil de onda líquida, ni peloteo de masas densas en su interior.

Por tacto combinado, que a consecuencia de la presencia de membrana himeneal sólo puede ser unidigital, se halla: cuello uterino normal, no reblandecido. En el Douglas hace prominencia una masa redondeada y elástica que pa-

rece ser el fondo del útero. La presión sobre el fondo de tumoración se transmite al cuello y a la masa alojada en el Douglas. Los movimientos del cervix no se transmiten a la tumoración. El volumen de ésta impide la práctica de la contraprueba. Profundizando el tacto, se aprecia una masa elástica y tensa que ocupa toda la excavación. A la derecha una zona más dura e irregular, que no pelotea; auscultación negativa. Temperatura normal. El cateterismo da unos 90 c. c. de orina normal.

En posesión de estos datos de exploración se hace el diagnóstico de quiste ovárico a gran tensión, probablemente un quistoadenoma pseudo-mucinoso. En el curso de la exploración se va eliminando sucesivamente en diagnóstico diferencial: el tumor fantasma; la retención de orina: la ascistis libre; el quiste del epiplón (por su rareza, el tamaño de la tumoración, su poca movilidad y el escaso dolor a la movilización); el quiste del mesenterio (por los datos pleximétricos) y las tumoraciones sólidas (mioma uterino, tumor mixto del riñón, del bazo, etcétera.)

La uronefrosis gigante puede ser confundida en ocasiones con el quiste de ovario. Pero la forma circunscrita del tumor en su polo superior, la presencia de partes más duras en su polo inferior, y sobre todo la ausencia de manifestaciones urinarias en la anamnesis (cólicos, orina turbia o sanguinolenta, etc.), nos hicieron rechazar seguidamente esta idea. En efecto, una cistoscopia practicada con posterioridad muestra una cavidad vesical deformada por la compresión exógena, pero la integridad del aparato urinario es completa.

De la peritonitis enquistada podía también diferenciarse con facilidad por la forma circunscrita de la tumoración, la ausencia de febrícula, etc. Un Cazoni practicado con posterioridad eliminó también la posibilidad de un quiste hídatico.

El mioma reblandecido, o con formaciones quísticas, fué eliminado fácilmente por la edad de la enferma, los datos menstruales, etc. El tamaño de la tumoración, falta de periodicidad en el recrudecimiento de los dolores, etc., eliminaron el hematómetro por criptomenorrea.

Por el contrario, la posibilidad de un embarazo complicado de hidramnios debía ser tomada seriamente la consideración por la coincidencia de la amenorrea de ocho meses, presencia de masas duras en la excavación, etc., a

pesar de la integridad del himen; pero la falta de signos ciertos de embarazo y la ausencia de reblandecimiento cervical, de contracciones de la bolsa, junto con la localización del fondo del útero en el Douglas, nos hicieron rechazar esta suposición, que efectivamente desvaneció sin dejar dudas una reacción de Friedmann negativa en dos conejas.

Consecuentes, pues con el diagnóstico establecido en la primera exploración, fuimos a la operación: Laparotomía médica subumbilical, que seguidamente se amplía, extirpando el om-

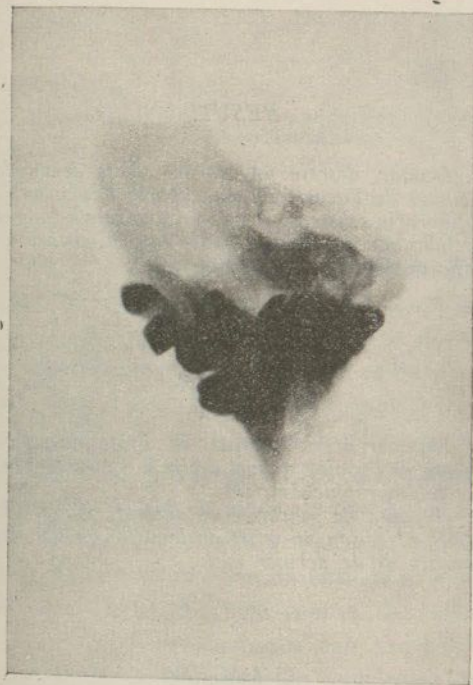


Fig. 1. - Radiografía del plastrón dermoideo.

bligo, hasta tres traveses de dedo por encima del mismo. Aparece una enorme bolsa quística de paredes brillantes y fina red vascular, imposible de exteriorizar sin reducir su tamaño. Trocar y aspirador que recoge unos 6 ó 7 litros de un líquido opalescente. La tracción de la bolsa con las pinzas de Nelaton pone tensas numerosas adherencias al epiplón y asas delgadas, que se pueden liberar. Exteriorizada al fin, se pinza el pedículo que corresponde al ovario derecho. Se liga por transfijión, se solidariza el muñón al cuerno uterino correspondiente, peritonizando mediante desplegamiento

del ala anterior del ligamento ancho por encima de la superficie cruenta. Cierre por planos; curso-post-operatorio normal.

El examen de la pieza extirpada muestra una tumoración constituida por una sola bolsa de paredes bastante gruesas, que contiene en su interior además de un líquido opalescente en gran parte aspirado, una considerable cantidad de mástic, constituido por pelos y materia sebácea, que se solidifica al enfriarse, de un peso como de dos kilos. En total, teniendo en cuenta el volumen del líquido retirado por aspiración, el peso de la bolsa, etc., podemos evaluar en unos doce kilos el peso total de la pieza entera.

En el polo inferior de la misma se halla el *plastrón dermoideo*, constituido por una masa de consistencia ósea y cartilaginosa, de un peso de 200 gramos, que recuerda groseramente por su tamaño y forma un maxilar superior, en la que emergen varias piezas dentarias bastante bien formadas con aspecto de caninos y molares dispuestas irregularmente en dos hileras y recubierta de piel con faneras pilosas, cuya coloración es igual a la del cabello de la portadora. La radiografía de la pieza (véase figura), debida a la amabilidad de los doctores Pinós y Gallart, pone de manifiesto su estructura. El examen histológico muestra la disposición típica de los dermoides con formaciones óseo-cartilaginosas.

Lo interesante del caso reseñado es el tamaño y peso desusados de la tumoración que dificultó su diagnóstico.

No son frecuentes, ciertamente, los dermoides puros de este tamaño. Pueden existir tumoraciones mixtas voluminosas formadas por quiste pseudomucinoso y dermoide. Recordemos que según MAYER estas formas de combinación se encuentran en 6'4 % de los quistomas examinados. Pero tales formaciones son fáciles de reconocer por su carácter polilocular, el aspecto inconfundible del líquido y el examen histológico.

En cambio los tetaromas quísticos adultos de este tamaño son muy raros en la literatura. Así, por ejemplo, en la monc-

grafía de STERNBERG sólo se recoge un caso, el de KAUFMANN, de un peso de 18 kilos. En la recopilación bibliográfica de HUABER y SCHMIDT, como apéndice al capítulo de Augusto MEYER (5), sobre clínica de los tumores ováricos, en el tratado de HALBAN SEITZ, sólo hemos hallado otro caso, el de PETERSON: un dermoide supurado que alcanzaba el nivel del ombligo.

Con anterioridad PEAN extirpó un dermoide de 20 kilos (6). FARGAS (7) en su clásica obra, refiere haber operado en toda su vida un solo caso de 12 kilos.

Recientemente el italiano TIMPANARO (8) describe como extraordinario un caso de 20 kilos, y ROJAS (9), de la Argentina, reseña otro caso de 5300 gramos.

Por su rareza, pues, nos decidimos a presentar a vuestra atenta consideración este caso clínico, a fin de contribuir, si quiera sea en forma asaz modesta, a la casuística de estas curiosas neoformaciones sobre las que en el actual momento científico no se ha dicho todavía la última palabra.

BIBLIOGRAFIA

- (1) GYNAEK BER. — H. 5, 6, 8. 1924. Cit. p. Runeskog.
- (2) VANRELL, J.—Contribución al estudio de los tumores primitivos del ovario. ARS MEDICA. Septiembre 1932.
- (3) RUNESKOG. — Über multiple Dermodeysten den Ovarien. Z. Gyn. Nov. 1932. p. 2898 y Sternberg (4).

(4) STERNBERG. — Halban Seitz. Edic. Esp., t. X.

(5) MEYER, A. — Clínica de los tumores ováricos. Ib. id., t. XI.

(6) Cit. por TEMPANARO.

(7) FARGAS.—Tratado de Ginecología, tomo II, p. 234.

(8) TIMPANARO. — Dermoide gigante. La clínica Ostétrica. Julio 1932, p. 450.

(9) ROZAS, DANIEL A.—Contribución al estudio de los grandes quistes dermoides o del ovario. Bol. de la Soc. de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires. Julio, 20, 1933, p. 343.

RESUM

L'autor descriu un cas de quiste dermoide gegant de l'ovari, del que aporta l'escassa bibliografia existene. Per la seva raresa i interès detalla aquesta afecció, sobre la qual encara no s'ha dit la darrera paraula.

RÉSUMÉ

L'auteur décrit un cas de kyste desmoide géant de l'ovaire, duquel il cite la peu nombreuse bibliographie existante.

A causa de sa rareté et intérêt, il détaille cette affection au sujet de laquelle on n'a pas encore dit le dernier mot.

SUMMARY

The author describes a case of a giant dermoide cyst of ovary, mentioning the few numbers existing biography.

Owing to the uncommonness and interest of this disease, he gives full of particulars about it, because the last wort referring to the same has not yet been spoken.