

ADENOCARCINOMA DEL OVARIO DEL TIPO MESOMETANEFRICO PRESENTACION DE UN CASO

Del Servicio de Oncología Ginecológica
del Hospital Central N° 2, S.S.P.

Dres. MARTIN GARCIA LA MADRID (*)
EDUARDO VALDIVIA PONCE (*)
RICARDO NUÑEZ VIDALON (*)

Se revisa la literatura admitiendo las características de este tumor como primitivo del conducto mesonéfrico, pero por su vecindad con el ovario se le incluye en este órgano. Se analiza su histogénesis y se refiere casos representativos de la literatura. Comunicamos un solo caso registrado en el Hospital Central N° 2 de la Seguridad Social del Perú, en 15 años de existencia. Su localización ha sido en ovario derecho con invasión a parametrio derecho y epiplon. Al mes siguiente de su intervención hay recurrencia de la enfermedad con metástasis pulmonar y de cúpula vaginal que no ceden a tratamiento de cobalto, quimio ni hormonoterapia. Fallece a los 5 meses de la intervención quirúrgica.

El tumor meso-metanéfrico del ovario es un tumor muy raro, habiendo sido separado como entidad neoplásica primitiva y especial del ovario de acuerdo con el criterio unánime actual de numerosos autores, aún cuando haya desacuerdo en cuanto a su histogénesis. Esta falta de acuerdo de su origen a llevado a tal plétora de términos que uno frecuentemente se pierde con ellos, tales como: "Carcinoma hipernefroide" del ovario. "Adenocarcinoma con células claras del ovario", "Carcinoma mesonéfrico de células claras del ovario" y el término que se alude "Meso-metanefroma del ovario" (1).

Este tumor fue primeramente descrito por el alemán Pehan en 1899, pero fue Schiller quien en 1939 le dió categoría más definida.

Morfológicamente corresponde a un carcinoma de células claras siendo una reproducción de estructura muy semejante a las de hipernefoma renal, es un tumor inerte. Este esquema clásico muestra algunas variantes que han dado lugar a nuestro parecer, a las diferencias en la nomenclatura y a las distintas hipótesis sobre su histogénesis.

Respecto a la histogénesis, la hipótesis más sugestiva es la que introdujeron

(*) Profesores de la Universidad San Marcos, Departamento de Obstetricia y Ginecología.

Saphir y Lackner en 1944, la cual supone un origen en estructuras mesonefricas anormalmente desplazadas al ovario como resultado de la yuxtaposición de la gonada y del mesonefros en el estado embrionario de 7 mm. El cordón nefrogeno, embriológicamente los túbulos de los tres órganos excretorios tienen origen en el mesoderma intermedio. El pronefros, en los embriones humanos, es una estructura completamente transitoria. Estos nunca llegan a adquirir actividad funcional en los embriones mamíferos, no es necesario prestarle mayor consideración. El túbulo mesonefrítico en el sexo masculino se conecta con la gonada en desarrollo, siendo utilizado como pasaje de descarga para las células sexuales. El Metanefros, nace de un divertículo metanéfrico, como una reducida evaginación, semejante a un brote, inmediatamente cefálico con relación al punto en que el conducto mesonefrítico se abre en la cloaca. Casi desde su aparición, el extremo ciego del divertículo metanéfrico está dilatado, anunciando su ulterior ensanchamiento para formar la pelvis renal. La porción del divertículo cercana al conducto mesonefrítico permanece delgada, presagiando su eventual conversión en uréter.

Si el embrión está destinado a convertirse en hembra los conductos masculinos permanecen rudimentarios (3).

Hablando con propiedad, como dice Novack, el mesonefroma del ovario es realmente un tumor autóctono del ovario, ya que sus células matrices están situadas en las proximidades, no en su interior, y hay veces en que el ovario mismo está completamente destruido y reemplazado por el tumor.

De este modo, el tumor meso-metanéfrico ovárico resulta una neoplasia cuya frecuencia precisa es muy difícil de establecer, ya que en general solamente se dan reportes aislados en la literatura; así Novak y Woodruff (2), analizan con detenimiento 35 casos de mesonefomas del ovario recogidos en las fichas del Registro de Tumores de Ovario en 1960; en ese mismo año Parker, Dockerty y Randall agregaron 24 casos producto de la experiencia de la Clínica Mayo de Rochester (Minnesota) en un período de 30 años, constituyendo el 2% de los carcinoma primarios de ovario. Henry J. Norris y Max Robinson, reportan 40 casos en la revista *Cáncer* de octubre de 1971. Saphir y Lackner reportaron 2 casos en 1944. Welch y Hellwig en 1960 también hacen patente su rareza reportando un solo caso en cerca de 500 laparotomías pélvicas por patología ovárica durante un período de 20 años. Existe también un caso reportado por Murphy en Méjico D.F. (4).

Según la literatura, usualmente ocurre entre la quinta y sexta década de la vida. Asociados a un alto grado de infertilidad y a un grave pronóstico. Se localizan en igual frecuencia en uno u otro ovario y a veces en ambos. (2, 4, 5, 6, 7).

PRESENTACION DE UN CASO

J. Y. Q. N° de Seguro: L64-069849, paciente de 40 años de edad, soltera sin hijos. Como antecedente de importancia tiene el hecho de haber sido operada en Mayo de 1971 por un cuadro de apendicitis aguda, habiéndose practicado una apendicetomía y ooforectomía parcial derecha por presencia de un saco quístico de 5 X 3 cms. y cuyo resultado anátomo-patológico fue: endometriosis apendicular y endometriosis ovárica.

11 meses después, el 3 de Abril de 1972, la paciente reingresa por presentar dolor en F.I.D., fie-

bre que no cedía pese a tratamiento con antibióticos, ya que tenía aglutinaciones positivas a Brucellas, al examen ginecológico se constató la presencia de un gran tumor anexial derecho de 15 cms. de diámetro.

El 11 de Abril de 1972, se practica histerectomía total con Anexectomía bilateral.

El diagnóstico pre-operatorio fue: Tumor de Anexo Derecho, probablemente infectado.

El diagnóstico post-operatorio fue: Cistoadenocarcinoma de ovario derecho con infiltración al peritoneo pélvico.

En el acto operatorio se encontró líquido ascítico citrino, 1,500 cc.

En el anexo derecho se constata una tumoración sólida, intraligamentaria, de 15 cms. de diámetro, fija al fondo de saco lateral derecho y de Douglas. En el anexo izquierdo se aprecian 2 tumoraciones, una de 5 X 5 cms. de diámetro de contenido achocolatado y otra de 5 cms. de diámetro de tipo seroso. Se aprecia también un ganglio en epiplon de 1 cm. de diámetro.

El resultado anatómo patológico B72 - 3603 fue:

- CANCER DE OVARIO DERECHO, DE LA VARIEDAD MESOMETANEFRICO, con extensión a parametrio y fondo de saco derecho. Metástasis a ganglio de epiplón.
- Parametrio derecho e izquierdo con endometriosis ovárica.
- Ovario izquierdo con cuerpo amarillo.
- Trompa izquierda con quiste paratubarario.

La paciente evolucionó normalmente por un mes en que hace otro reingreso por sentirse muy decaída, dolor en el bajo vientre y alza térmica por lo que el servicio de quimioterapia decide instalar tratamiento con 5 FU 500 mg e.v. y CTX 200 mg p.O., ambos por 5 días. Este esquema repetir cada 3 meses. (Esto sucedía el 17 de Mayo de 1972).

Sin embargo, el 7 de Junio de 1972, se re-evalúa a la paciente y se constata una gran tumoración que ocupa la F.I.D. por lo que se continúa utilizando 5 FU. X 500 mg e.v. semanal, y CTX. 200 mg diario oral por 10 días y Prednisona 20 mg. por 10 días.

En vista de no haber respondido a la quimioterapia se sugiere la necesidad de someterlo a Cobaltoterapia, por lo que recibe 4,000 rads en forma continua, hasta el 10 de Agosto de 1972 (con la técnica de banda móvil para tratar la región abdómino-pélvica).

Con este tratamiento la tumoración que ocupaba toda la pelvis, disminuyó en un 25%.

Pese a estos dos tipos de tratamientos complementarios, la paciente continúa en mal estado general, muy febril y con presencia de formaciones macro y micronodulares difusas, diseminadas en los dos tercios inferiores de ambos campos pulmonares compatibles con metastasis.

Con fecha 29 de Agosto de 1972, en una nueva placa radiográfica, se demuestra que las lesiones pulmonares han adquirido mayores dimensiones.

Se insiste en tratamiento con quimioterapia de 5 FU 500 mg E.V. y EDX 800 mgs. Además Pro-lutón Depot 500 mg. interdiario por 2 semanas. Pese a todos estos tratamientos, la paciente fallece el 5 de Setiembre de 1972 por un cuadro de insuficiencia cardiorrespiratoria debida a la extensión de la enfermedad.

Se presenta el caso de un tumor ovárico, que como todos ellos suele acarrear un mal pronóstico, indudablemente a causa de su curso silencioso e ignorado. Una vez que hay extensiones extraováricas la mortalidad ha sido del 100%, pero aún limitados al ovario los decesos se aproximan o rebasan el 50%, hágase cirugía, irradiación o ambas intervenciones (2).

BIBLIOGRAFIA

- 1) NORRIS J. HENRY AND MAX ROBINOWITZ. Cáncer. Abril 7, 1971. Pág. 1074.
- 2) NOVAK-WOODRUFF. Ginecología y Obstetricia. Pág. 362-364. 2da. Edición.
- 3) PATTEN BRADLEY M. Embriología Humana. Quinta Edición 1969. Pág. 476-499.
- 4) PARKER T.M. DOCKERTY M.B. Y RANDALL L.M. Am. J. Obst. Gynec. 80. 417, 1960.
- 5) PEDOWITZ P. POMMERANCE W. Obst. and Gynec 19: 183, 1962.
- 6) WILLIAM R. HART, NORRIS HENRY. Cáncer 1972, págs. 106-113.
- 7) SUAREZ FERNANDEZ JOSE. Revista cubana de cirugía, Junio 30, 1965.