

CONTRIBUCION AL ESTUDIO DE LOS QUISTES DEL PARAOVARIO

DR. ABELARDO HERRERA CALMET*

LOS quistes del paraovario llamados también quistes Wolfianos o quistes Epooofóricos, tienen su origen en el órgano de Rosenmüller (vestigios del tubo de Wolff o mesonefros) que se encuentra en el ligamento ancho entre la trompa y el ovario y pertenecen por su situación a la patología genital de la mujer.

Estas formaciones quísticas son de naturaleza benigna y constituyen la enfermedad más frecuente del epoóforo o paraovario siendo de menor importancia por su frecuencia los tumores sólidos, sin embargo se meciona casos de adenomioma y adenocarcinomas (Pick, Aschoff, Brunet y Werth) Sylvio Lengruben, de Brasil ha encontrado un fibrolipomixocondroma del epoóforo.

Consideraciones históricas.—

El epoóforo o paraovario fue descubierto en 1802 por Joahn Christian Rosenmüller, quien comprobó en las recién nacidas una formación cónica compuesta de tubos glandulares y situada en el pliegue peritoneal que se extiende entre la trompa y el ovario. La base de dicha formación mira al oviducto y su punta a la glándula germinal. En las mujeres adultas Rosenmüller no describió dichas formaciones.

Kobelt, en 1827 afirma que el órgano de Rosenmüller existe en ambos lados en los distintos períodos de la vida extrauterina de la mujer y en comunicación siempre con el ovario. El referido órgano se comporta en todo sentido, lo mismo que el epidídimo con respecto al testículo y debe ser descrito con el nombre de paraovarios.

En cuanto se demostró fisiológicamente que los epoóforos están constituidos por restos del cuerpo de Wolff (del protorrión) se empezó a estudiar su patología.

Virchow, en el año 1847 enunció la posibilidad de formaciones quísticas a partir de este órgano, pero por no tener comprobaciones concluyentes dejó de lado ese enunciado.

Heinrich Meckel, en 1848 describió dilataciones quísticas de los tubos epooofóricos y lo mismo hicieron otros autores entre los que citamos a Follin, (1850), Broca (1851), Verneuil (1852) y Rokitansky (1853). Virchow, en 1863

(*) Médico Asistente del Pab. 5. II Sala del Hospital Arzobispo Loayza. Lima, Nobre. 1959.

creyó posible que ciertos quistes deberían su desarrollo a la acumulación de secreciones en los fondos de saco de los cuerpos de Wolff. Esta explicación la daba para los pequeños quistes.

En cuanto a la génesis de los grandes quistes no reinaba unanimidad de criterio. Así Klebs, Bantock y Coblenz, afirmaron que el hecho de encontrarse estos tumores quísticos entre la trompa y el ovario no demostraban su origen epooofórico. Tirillon, Atlee y Doran, creyeron que derivaban del tejido conjuntivo del ovario. De Sineti, pensó que procedían de ovarios aberrantes.

La teoría de la génesis específica de los quistes del paraovario fue abriéndose camino cada vez más, bajo el influjo de las comunicaciones de Spiegelberg, Schatz y Clhausen. Gusserow afirmó que continuaba careciéndose de la demostración indiscutible del origen epooofórico de los grandes quistes por no haberse comprobado relación alguna entre ellos y los canalículos epooofóricos.

En el año 1894, se abrió intensa controversia con respecto a este asunto. Kossman, en una comunicación a la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Berlín, manifestó que los tumores considerados como quistes del paraovario no eran otra cosa que trompas accesorias quísticamente desarrolladas y las denominó hidroparasalpinx, fundamentaba su hipótesis en que las paredes de los llamados quistes paraováricos contienen fibras musculares lo que ocurre con los tubos del epooóforo.

Posteriormente Gebhard, Karl Ruge y Ampt comunicaron que en las paredés de los tubos epooofóricos normales no dilatados hay elementos musculares lisos. Kosmann defendió sus puntos de vista y señaló, como ya lo había hecho Gusserow, que mientras no se demostrara las comunicaciones entre los tubos epooofóricos y las paredes o la cavidad del quiste no podría asegurarse que las dilataciones procedan del epooóforo.

Recklinghausen descubrió la desembocadura de un tubo epooofórico en un quiste del tamaño de una manzana, demostrando así el origen de estos tumores. Nuevas investigaciones concluyeron de edificar la histogénesis y la clínica de estos tumores admirablemente descritos por Pfannenstiel y por Wichmann y por los estudios embriológicos de R. Meyer, Forssner, Aschof y otros. Actualmente todos los ginecólogos aceptan el origen-epooofórico de los quistes situados en un punto típico entre la trompa y el ovario.

Estudio Clínico y Estadístico de los Quistes del Paraovario de nuestra Casuística

Este estudio se basa en la revisión de las historias clínicas de las enfermas ginecópatas hospitalizadas durante los años 1951-1957, en el pabellón N° 5 sala II del Hospital Arzobispo Loayza.

De un total de 2,746 ginecópatas, 19 eran portadoras de quiste del paraovario dándonos un porcentaje de 0.69% (Cuadro N° 1).

C U A D R O N º I

Clasificación por años de las Ginecópatas asistidas y relación de los Quistes del Paraovario y su porcentaje

Año	Ginecópatas	Quistes del Paraovario	%
1951	441	1	0.22
1952	424	5	1.17
1953	368	0	0.00
1954	368	4	1.08
1955	444	4	0.90
1956	410	4	0.97
1957	291	1	0.34
Totales	2746	19	0.69

En este cuadro indicamos los años observados, el número de enfermas ginecópatas atendidas en cada año, así como el número de quistes del paraovario y su porcentaje.

En el cuadro N º 2 señalamos la relación de quistes del ovario y del paraovario observados en los mismos años, comprobamos que se han atendido 295 casos de quistes del ovario y 19 de quistes de paraovario, lo que da una relación de 7 a 8 quistes paraováricos por cada 100 quistes del ovario.

C U A D R O N º II

Relación comparativa de la frecuencia entre los Quistes de Paraovario y los Quistes de Ovario

Año	Quistes del Ovario	Quiste Paraovario	Relación Comparativa
1951	36	1	36 a 1
1952	47	5	9½ a 1
1953	41	0	41 a 1
1954	43	4	10½ a 1
1955	43	4	10½ a 1
1956	47	4	12 a 1
1957	38	1	38 a 1
Totales	295	19	15½ a 1

En el cuadro N º 3 representamos la edad de las enfermas portadoras de quiste del paraovario.

C U A D R O N° III

Edad por lustros en que se presentaron los Quistes del Paraovario en nuestra Casuística

Años	Nº de Casos	Porcentaje
20 a 24	4	21.05
25 a 29	5	26.31
30 a 34	4	21.05
35 a 39	2	10.52
40 a 44	3	15.99
45 a 49	1	5.21
Totales	19	

Observamos que la mayor frecuencia de estos tumores se presentaron entre los 25 y 29 años con un porcentaje de 26,31 %; siguen en orden de frecuencia las edades entre los 20 a 24 años y de 30 a 34 años con porcentajes iguales de 21.05 %. La menor frecuencia se encontró entre los 45 a 49 años de edad con un porcentaje de 5.21 %.

En el cuadro N° 4 apreciamos que de las 19 enfermas 13 o sea el 68.42 % eran casadas.

C U A D R O N° IV

Estado Civil

E. Civil	Total	Porcentaje
Casadas	13	68.42 %
Solteras	6	31.57 %
Totales	19	

Los síntomas presentados en nuestras enfermas están reunidos en el cuadro N° 5.

Observamos que el síntoma primordial con 12 casos y un porcentaje de 63.13 % fue el dolor referido por las pacientes unas veces como hincadas, otras como pesadez y siempre en el bajo vientre, manifestándose con mayor intensidad con el ejercicio y desapareciendo con el reposo. Le sigue en orden de frecuencia el síntoma tumor, que se encontró en 5 casos con un porcentaje de 26.31 % y en los que el quiste alcanzó un tamaño apreciable en el

C U A D R O N.º V

Resumen de la Sintomatología de nuestras enfermas

Sintomas	Nº de Casos	Porcentaje
Dolor	12	63.13%
Tumor	5	26.31%
Adormecimiento de miembros Inf.	3	15.99%
Dificultad en la Micción	2	10.52%
Náuseas y Vómitos	5	26.31%
Metrorragias	1	5.26%
Asintomáticos	6	31.57%

abdomen inferior. Las náuseas y vómitos se presentaron igualmente en 5 casos y consideramos que se deben a causas reflejas. Los síntomas por compresión, tales como el adormecimiento de los miembros inferiores y dificultades a la micción, le siguen en orden de frecuencia. Metrorragia se encontró en un solo caso en que además había un quiste folicular de uno de los ovarios. En 6 casos las enfermas no refirieron síntomas, descubriéndose al examen ginecológico una tumoración anexial.

De los 19 casos estudiados por nosotros, 7 fueron hallazgos operatorios, es decir, que se intervino a las pacientes por otros diagnósticos, encontrándose además quiste del paraovario; en 10 casos se hizo el diagnóstico de quiste de ovario y sólo en dos casos se hizo el diagnóstico correcto previo al acto operatorio.

Esto nos da idea de las dificultades para hacer un diagnóstico correcto de quiste del paraovario, sin embargo si al examen ginecológico palpamos el ovario separado de la tumoración quística debemos pensar en quiste del paraovario, debiendo hacer el diagnóstico diferencial con los fibromas del ligamento redondo, con el fibroma subseroso pediculado del útero, con el embarazo ectópico y con la salpingitis quística.

La histerosalpingografía con pneumoginecografía es un método de diagnóstico muy útil, así como también la culdoscopia.

La complicación más frecuente presentada en nuestras enfermas fue la torsión del pedículo del quiste con 3 casos, es decir, en el 15.8%. La infección del quiste se presentó en un solo caso. (Cuadro N.º 6).

Los más frecuentes son los de tamaño mediano con 10 casos y 52.82% y los menos frecuentes son los grandes con 3 casos y un porcentaje de 15.51%. Nunca llegan a tener el tamaño de los grandes quistes del ovario, sin embargo en la literatura se conocen casos como el de Fergue que tenía 23 litros de líquido, el de Hummel que pesaba 42 libras y el de Lawson que pesaba 49 kilos, pero estos grandes quistes son excepcionales.

Son siempre uniloculares, con líquido que no contienen albúmina pero

CUADRO N° VI

Relación de las complicaciones en los Quistes del Paraovario

Complicación	Nº de Casos	Porcentaje
Torsión de pedículo	3	15.8%
Infección	1	5.2%
Sin complicaciones	15	
Totales	19	

El tamaño de los quistes paraováricos encontrados en nuestras enfermas están consignados en el cuadro N° 7.

CUADRO N° VII

Relación del tamaño del Quiste del Paraovario en nuestras enfermas

Tamaño	Nº de Casos	Porcentaje
Tamaño chico 2 x 2	6	31.57%
Tamaño mediano 5 x 5	10	52.82%
Tamaño grande 10 x 10	3	15.51%

es rico en cloruro de sodio. Las paredes son delgadas y formada por 2 capas, una externa constituida por tejido conjuntivo fibroso y una capa interna de tejido epitelial, unas veces monoestratificado cúbico o cilíndrico y otras veces epitelio plano con 2 capas de células.

El tratamiento realizado en nuestros casos es el siguiente:

Extirpación del quiste en 6 casos.

Salpingooforectomía en 6 casos.

Salpingectomía con extirpación del quiste en 6 casos.

Histerectomía con extirpación de anexos en 1 caso.

El tratamiento indicado es el quirúrgico y se intentará siempre la conservación del ovario y la trompa del lado correspondiente.

CONCLUSIONES

1ª—Los quistes del paraovario son tumores de naturaleza benigna que tienen su origen en el órgano de Rosenmüller, epoóforo o paraovario (restos

del cuerpo de Wolff) que se encuentra situado entre las hojas del ligamento ancho y cuya etiología no es conocida hasta el momento.

2ª—En nuestra casuística del Pabellón 5, Sala II del Hospital Arzobispo Loayza, encontramos que de 2,746 ginecópatas 19 eran portadoras de quiste paraovárico, es decir en un 0.69%. Observamos igualmente que por cada 100 quistes del ovario hay de 7 a 8 quistes del paraovario, lo que nos indica que no dejan de ser frecuentes.

3ª—La edad en que se presentaron con más frecuencia oscila entre los 20 a 30 años.

4ª—Los quistes del paraovario en general son de mediano tamaño, así lo confirma nuestra casuística y nunca alcanzan el tamaño de los grandes quistes del ovario, aunque hay casos excepcionales por su volumen (Forgue, Hummel y Lawson).

5ª—Los síntomas se presentan cuando el tumor adquiere cierto volumen y en nuestro estudio los síntomas se presentaron, en orden de frecuencia, como sigue: dolor, tumor, adormecimiento de miembros inferiores, náuseas y vómitos, síntomas urinarios y metrorragia.

6ª—El diagnóstico es muy difícil. Cuando son palpables se confunden por su localización, movilidad y consistencia con los quistes del ovario a tal punto que es casi imposible diferenciarlos. El examen ginecológico puede darlos alto porcentaje de certeza cuando encontramos el ovario separado de la tumoración quística. Como métodos auxiliares de diagnóstico señalamos la pneumoginecografía con histerosalpingografía y la culdoscopia.

7ª—La complicación más frecuente encontrada por nosotros es la torción del pedículo del quiste.

8ª—El tratamiento de los quistes del paraovario es su extirpación quirúrgica, procurando ser conservadores.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—AHUMADA JUAN C. Tratado elemental de Ginecología.
- 2.—AMENGUAL F. A. Revista de la Sanidad. Obs. y Gin. Mendoza Argentina, 1953.
- 3.—AREY LESLIE BRAINERD. Anatomía del desarrollo. 1954.
- 4.—ASHOFF L. Anatomía Patológica. 1950.
- 5.—BOTELLA LLUSIA. Enfermedades del aparato genital femenino. 1957.
- 6.—CONILL VICTOR. Tratado de Ginecología. 1956.
- 7.—CROSSEN Y CROSSEN. Enfermedades de la mujer. Tomo II. 1949.
- 8.—DA-COSTA A. CELESTINO. Elementos de embriología. 1945.
- 9.—FAURE SIREDEY: Tratado de Ginecología. 1926.
- 10.—LEGRUBER SILVIO. Revista de Ginecología e D'Obstetricia. Brasil. 1956.
- 11.—MORALES J. M. Patología y Clínica Ginecológica. Paraguay. 1951.
- 12.—NOVAK EMIL. Ginecología y Obstetricia. 1952.
- 13.—STOECKEL W Tratado de Ginecología. 1943.