

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LOS TUMORES DEL OVARIO NO NEOPLASICOS

Dr. ALFONSO ALVAREZ BRAVO (*)

De acuerdo con la estructura que se ha dado a este symposium y con el enunciado del tema que se me ha asignado, he de referirme a la cirugía de los tumores del ovario no neoplásicos, es decir, de aquellos que no tienen crecimiento autónomo independiente del de otro tejido u órgano.

A propósito de cuales tumores del ovario han de considerarse no neoplásicos hay diferencias de criterio. Así, p. ej. Goodall (7) acepta que los quistes foliculares y los quistes del cuerpo amarillo son neoplasias; otros muchos autores y entre ellos Barzilai (4) y Geist (6) los clasifican entre los tumores no neoplásicos por no haber crecimiento verdadero de sus elementos estructurales, y finalmente, otros autores, como Ahumada y colaboradores (1), consideran que no merecen siquiera el nombre de tumores.

Igualmente hay divergencias de criterios a propósito de la endometriosis, pues mientras para unos ni es neoplasia, ni es tumor clínicamente hablando, para otros como Sanmartino (8) esto es discutible, pues su aparición heterotópica, su tendencia invasora con gran capacidad proliferativa, que adhiere órganos y los penetra, destruye tejidos, hace implantes, entra a la luz de los vasos y se desarrolla en ellos y aún, según algunos, es capaz de dar metástasis, la asemeja no sólo a las neoplasias en general sino aún al cáncer. Sin embargo, el hecho primordial que la diferencia de las neoplasias malignas, anatómica y funcionalmente, es que en la endometriosis prolifera un tejido entero, con proporciones y caracteres semejantes a los del tejido ortotópico, adulto, con sus glándulas, su estroma citágeno y sus vasos y, en cambio, en las neoplasias malignas no prolifera un tejido organizado, una mucosa, como en el caso de la endometriosis, sino un solo tipo de célula con un estroma secundario.

El criterio sostenido en mi Cátedra, basado en la realidad clínica e histológica, es que hay masas ováricas que clínicamente deben considerarse como tumores, pero que no llenan el requisito elemental señalado al principio de este trabajo para ser calificadas como neoplasias verdaderas, es decir, que

(*) Profesor titular de Ginecología, División de Estudios Superiores de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de México. Jefe del Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Español de México.

sus elementos estructurales tengan un desarrollo autónomo independiente del crecimiento de cualquier otro tejido u órgano. Por esa razón, como ya lo he señalado otras veces (2), debe aceptarse la entidad de "tumores del ovario no neoplásicos" en la cual deben agruparse los siguientes:

- 1.—Quistes foliculares.
- 2.—Quistes luteínicos.
- 3.—Quistes de rete y de los cordones medulares.
- 4.—Endometriosis.

Las operaciones utilizadas para tratar quirúrgicamente a estos tumores son generalmente sencillas, aunque en algunos casos, sobre todo en la endometriosis, pueden ser difíciles debido a que las adherencias y la pérdida de las relaciones anatómicas normales pueden favorecer la herida del asa sigmoidea, del recto o de los ureteres. No creo pues necesario el cansar a ustedes detallando la técnica de operaciones tan simples, tan bien conocidas y con tan pocas variaciones técnicas de importancia, como la ovariectomía, la excisión de quistes ováricos o la ovariectomía, indicadas en estos casos. Por el contrario, me parece que este relato debe referirse principalmente a los conocimientos de patología ovárica que es indispensable tener para identificar el tumor y decidir el tipo de operación que debe practicarse. Por otra parte, es conveniente también analizar las particularidades de cada tipo de tumor y de su diagnóstico clínico, pues no siempre hay indicación quirúrgica para su tratamiento.

Consideraciones generales sobre los tumores ováricos no neoplásicos.

Interesa señalar a este respecto algunos hechos aplicables a todos ellos en general, que tienen importancia para decidir la intervención quirúrgica y el tipo de operación a practicar:

1.—Estos tumores se presentan con frecuencia en la edad procreativa de la mujer e interfieren con su capacidad reproductiva, por lo que, salvo condiciones particulares que después precisaré, deben tratarse con criterio conservador y procurando restablecer la capacidad funcional del aparato genital.

2.—Estos tumores nunca son pediculados, por lo que para su extirpación debe recurrirse a la disección, a la resección parcial del ovario o a la ovariectomía.

3.—Estos tumores pueden ser uni o bilaterales. En este último caso debe hacerse un balance adecuado de las condiciones locales de ambos ovarios antes de decidir la operación que conviene practicar en cada uno de ellos.

4.—Tanto en los quistes foliculares como en los del cuerpo amarillo pueden producirse hemorragias intratumorales que llegan a tomar aspecto bi-

tuminoso, lo cual hace que puedan confundirse con los quistes endometriósicos. La ausencia de adherencias fuertes y la falta de lesiones similares en otros sitios de la pelvis, permite hacer el diagnóstica diferencial durante la operación.

5.—Cualquiera de estos tumores no neoplásicos y en particular los quistes foliculares y los luteínicos pueden dar hemorragias intraperitoneales por erosión de sus vasos o por ruptura de sus paredes, dando un cuadro similar al del embarazo ectópico roto. Este accidente constituye en todo caso una emergencia que requiere intervención quirúrgica inmediata.

6.—Los tumores ováricos no neoplásicos no siempre deben operarse, sea porque su tamaño y los trastornos que producen sean de poca importancia, o porque sea posible su tratamiento médico. Más adelante precisaré estas indicaciones a propósito de cada uno de ellos.

Quistes foliculares. Pueden ser de tres tipos: folículos persistentes o de retención, quistes foliculares u ovarios poliquísticos con o sin Síndrome de Stein-Leventhal. El quiste folicular propiamente dicho es una exageración cuantitativa del quiste de retención. Su tamaño varía de 1 a 4 cm. pero pueden llegar a tener 12 a 15 cm. de diámetro. Los quistes grandes pueden ser hidrópicos o pueden formarse por coalescencia de varios folículos menores. Habitualmente son bilaterales, son más comunes en la pubertad y el climaterio y con frecuencia se manifiestan clínicamente por trastornos menstruales o por hemorragia uterina disfuncional. Su aspecto característico con paredes delgadas de color opalescente, el ser raramente solitarios y el engrosamiento típico de la corteza ovárica, permite reconocerlos durante el acto quirúrgico.

Los quistes foliculares chicos y asintomáticos no deben operarse; basta vigilarlos periódicamente para proceder en consecuencia según su evolución. Los quistes de 5 ó más cm. de diámetro deben someterse a tratamiento médico de prueba antes de indicar su extirpación quirúrgica. El tratamiento continuo con dosis altas de estrógenos durante 3 a 6 meses, o el método de amenorrea iatrogénica con estrógenos-progestágenos hace a veces desaparecer quistes relativamente grandes. Cuando persisten debe operarse. En muchas ocasiones encontramos que en realidad se trató de un cistoadenoma o de otro tumor del ovario.

En la mujer en edad de procreación la operación indicada es la extirpación del quiste por disección, con reconstrucción consecutiva del ovario previa extirpación de otros quistes menores casi siempre presentes. Nunca está indicado sacrificar un ovario por esta condición; debe hacerse siempre el esfuerzo por dejar tejido ovárico funcional, sobre todo en mujeres jóvenes.

Durante el climaterio, por el contrario, si los quistes son grandes o múltiples, con más razón si son bilaterales y han ocasionado hemorragias uterinas, es preferible la ovariectomía uni o bilateral e inclusive la histerectomía, con

el fin de resolver definitivamente el problema de una enferma que puede volver a formar quistes y tener hemorragias uterinas y que ya no tiene por que conservar peligros potenciales cuando su aparato genital ya ha declinado.

En los casos de ovarios poliquísticos con o sin Síndrome de Stein-Leventhal, debe ensayarse primero el tratamiento con estrógenos continuos o con cortisona. Si la poliquistosis persiste, si hay hirsutismo o no se ha resuelto un problema de trastornos menstruales o de esterilidad, debe indicarse la operación. La intervención más generalmente aceptada para estas casos es la resección cuneiforme del ovario; la decorticación y la eversión del ovario tienen inconvenientes y no han demostrado ser eficientes. En mi Servicio hacemos raramente lo resección cuneiforme que sacrifica tejido ovárico; la utilizamos solamente cuando técnicamente es indispensable a cuando hay hirsutismo, con el fin de reducir el tejido medular. Preferimos en general hacer una ovariectomía longitudinal simple, extirpación de los quistes a través de los superficies del corte ovárico y resección del tejido medular parahiliar, cuya hiperplasia (células de Berger) puede ser responsable del síndrome. Reconstruimos después el ovario con puntos separados de cántut fino, alternando puntos profundos de hemostasis con puntos superficiales de coaptación de lo albugínea. Algunos autores, como Porsons y Ufelder (9) prefieren suturar el ovario con un surjete continuo de ida y vuelta, cruzado. De acuerdo con mi experiencia son indispensables los puntos profundos de hemostasis para evitar hematomas intraováricos que actúen como espinas irritativas de Exner que producen ovarios dolorosos o disfunción ovárica.

Algunos autores, como Bunster (5) asocian a estas operaciones la resección del plexo presacro con el fin de mejorar la irrigación ovárica. Nosotros lo hicimos así hace algunos años, sin encontrar reales ventajas.

Quistes luteínicos. Estos tumores, descritos por primero vez por Rokitsanski, son de dos tipos: las que provienen de folículos atrésicos o quistes tecoluteínicos y los que se forman en el cuerpo amarillo o quistes granuloso-luteínicos. Se deben a alteraciones hormonales, a inflamación ovárica asociada, a tumores coriales o a tratamientos con dosis altas de gonadotrofinas. Se manifiestan clínicamente por polihipermenorreo o por amenorrea y o veces dan un cuadro de pseudociosis. Su aspecto a la exploración quirúrgica es bastante típica, pero a veces son asiento de hemorragias intraquísticas que hacen confundirlos con los quistes endometriósicos. Puede, sin embargo diferenciarse de ellos, según hemos dicho anteriormente. Los quistes luteínicos son los tumores no neoplásicos que con más frecuencia sufren rupturas y producen hemorragias intraperitoneales que obligan a la operación de urgencia.

Los quistes luteínicos que acompañan a la mola no requieren operación pues habitualmente regresan después de la evacuación del útero; algunos

persisten y deben extirparse. Los quistes luteínicos que con tanta frecuencia se asocian al embarazo ectópico, deben respetarse, pues también regresan después de extraer el huevo; no hay pues razón para prolongar la operación y para dejar una cicatriz ovárica. Tampoco hay indicación quirúrgica en los casos de quistes luteínicos producidos por la administración de hormonas gonadotróficas, salvo que persisten, lo que es raro, o den lugar a complicaciones hemorrágicas como lo he observado en dos ocasiones.

Los demás quistes luteínicos deben ser sometidos a la resección conservadora pues casi siempre dan síntomas (dolor, trastornos menstruales) y son peligrosos por su posibilidad de ruptura.

Quistes de la red y de los cordones medulares del ovario. Estos quistes son raros, estacionarios y asintomáticos. No requieren, pues, terapéutica alguna. Cuando en el curso de una operación por otros motivos se encuentra un ovario aumentado de volumen, es conveniente hacer ovariectomía longitudinal, la cual a veces muestra quistes de esta naturaleza que deben extraerse por disección.

Endometriosis. Con gran frecuencia la endometriosis tiene asiento en los ovarios (60%), sea bajo la forma de implantaciones o infiltrados, o dando lugar a los llamados "quistes de chocolate". Su cuadro clínico es proteiforme e inespecífico, pero se piensa en ella cuando hay dismenorrea adquirida, localizada y progresiva, trastornos menstruales, esterilidad y tumor ovárico cuya sensibilidad y tamaño aumentan en el período perimenstrual. El diagnóstico quirúrgico se hace por la presencia de adherencias firmes, quistes de chocolate y senos hemáticos agrupados "en morera", asociados a equimosis peritoneales y a esclerosis peritoneal subumbilical. En la actualidad se diagnostican con frecuencia endometriosis ováricas, inclusive discretas, por medio de la pelvoscopia transvaginal.

En vista de la dependencia ovárica de la endometriosis, el único tratamiento radical es la supresión de la función ovárica por castración quirúrgica o radioterápica. Por otra parte, el mejor recurso para mejorar la endometriosis es el embarazo. Sin embargo, no siempre es posible el embarazo por tratarse de mujer no casada o estéril, lo cual es muy frecuente, ni puede siempre justificarse la castración de una mujer joven, sobre todo cuando la extensión de las lesiones es reducida. Por ello debe siempre proporcionarse el tratamiento a las condiciones particulares de la enfermedad y de la enferma, tomando en cuenta la edad de la paciente, la necesidad de tener hijos, la intensidad de la sintomatología y la importancia de las lesiones.

El tratamiento más lógico, más efectivo y que puede individualizarse mejor es el quirúrgico. Sin embargo, cuando hay contraindicación quirúrgica,

cuando las lesiones no son accesibles a la cirugía, cuando hay reactivación de una endometriosis previamente tratada con cirugía o cuando la pelviscopia transvaginal ha diagnosticado una endometriosis discreta, debe recurrirse al tratamiento hormonal. Como he indicado en un trabajo anterior (3) el mejor tratamiento médico en la actualidad es el método de amenorrea iatrogénica por un tiempo no menor de 7 a 12 meses, con el cual se obtienen resultados aceptables en el 80 a 85% de los casos.

Cuando se decide la intervención quirúrgica, el tratamiento, que puede ir desde la simple fulguración de las lesiones hasta la histerectomía total con salpingo-ovariectomía bilateral, debe proporcionarse a las condiciones del caso. En mi Servicio de Ginecología se ha establecido la siguiente rutina:

1.—En mujeres de más de 35 años, salvo la necesidad imperiosa de tener hijos, si esto se considera posible, o salvo que las lesiones sean muy discretas, no debe dudarse en extirpar el útero y sus anexos.

2.—En toda mujer menor de 35 años que desee conservar su función reproductiva, si esto es posible y conveniente, la mejor actitud que puede adoptar el cirujano, es la tendencia conservadora. Aunque se dejen algunas lesiones y persista la función ovárica, pueden obtenerse buenos resultados, sobre todo si la enferma se embaraza. A la virgen le aconsejamos el matrimonio y a la casada el embarazo repetido.

3.—Las lesiones ováricas pequeñas y circunscritas se tratan por fulguración.

4.—La endometriosis ovárica más extensa debe researse, cosa que habitualmente es posible porque a diferencia de la endometriosis invasiva de otras localizaciones, en el ovario tiene siempre un claro plano de disección.

5.—La endometriosis ovárica unilateral extensa, requiere ovariectomía.

6.—Si hay lesiones en los dos ovarios se tratan individualmente de acuerdo con los principios precedentes. Si la endometriosis es extensa se extirpa el ovario más enfermo y se fulguran o resecan las lesiones del otro. Las lesiones peritoneales frecuentemente asociadas se fulguran o se resecan según su localización e importancia.

7.—Las lesiones anexiales importantes, con quistes de chocolate, requieren anexectomía uni o bilateral. En este último caso es preferible extirpar también el útero.

8.—La endometriosis pélvica muy extensa, que congela la pelvis y hace difícil y peligrosa la histerectomía, puede ser tratada por ovariectomía bilateral, si esta es posible, o se dejan sin tratar. Posteriormente se recurrirá al tratamiento hormonal o a la castración radiológica.

Después de esta breve revisión del problema quirúrgico de los tumores ováricos no neoplásicos, se comprenderá mejor que, como dije al princi-

pio, para su tratamiento es más importante el conocimiento de la patología ovárica, la correcta interpretación de la anatomía macroscópica quirúrgica y el buen criterio para decidir la operación convenientemente a cada caso, que los problemas de técnica quirúrgica que, en general, son sencillos.

REFERENCIAS

- 1.—AHUMADA, J.C., SALABER, J.A. y AHUMADA, J.L.— Tratado elemental de Ginecología. Ed. López Librera Ed., Buenos Aires, 1962.
- 2.—ALVAREZ BRAVO, A y LOPEZ SANTIBANEZ, L.M.— Tumores del Ovario. Relato en las III Jornadas Médicas del Hospital Español de México, 1961.
- 3.—ALVAREZ BRAVO, A.— Endometriosis. En Actualidades y Progresos en Medicina. Editado por la Academia Nacional de Medicina, México, D.F., 1963, pág. 274.
- 4.—BARZILAI, G.— Atlas of Ovarian Tumors. Ed. Grune & Stratton, New York, 1943, pág. 15.
- 5.—BUNSTER, E.— Citado por Geist, S.H. Loc. cit. 6, pág. 394.
- 6.—GEIST, S.H.— Ovarian Tumors. Ed. Paul B. Hoeber, New York, 1942, pág. 102.
- 7.—GOODALL, J.R.— Tumors of the ovary. En Curtis, Obstetrics and Gynevology, Mosby, St. Louis, 1933, Vol. III, pág. 980.
- 8.—SANMARTINO, R.— Boletín Científico de la Soc. Med. de Mendoza, 11:553, 1960.
- 9.—PARSONS, L. y ULFELDER, H.— Pelvic Operations, Ed. W.B. Saunders Co., Philadelphia, 1953, pág. 52.