

El quiste unilocular está constituido por una pared fibrosa de grosor variable, pudiendo alcanzar, aunque raramente, hasta un centímetro; su superficie externa es lisa y á veces lustrosa, y la interna aparece más rugosa y en ocasiones desigual. Los vasos, en número generalmente escaso, serpentean por la pared quística á partir de la zona pedicular (fig. 280).

Los quistes *pauciloculares* aparecen, generalmente, con la superficie dividida por surcos superficiales, formando abolladuras, y en el interior, la cavidad está dividida por grandes tabiques; á veces están éstos muy adelgazados, y en ocasiones se encuentra alguno incompleto, que desapareció y dejó comunicar dos cavidades que antes estaban separadas. El tamaño de las cavidades es sumamente variable, existiendo, por lo común, una grande y dos ó tres más reducidas.

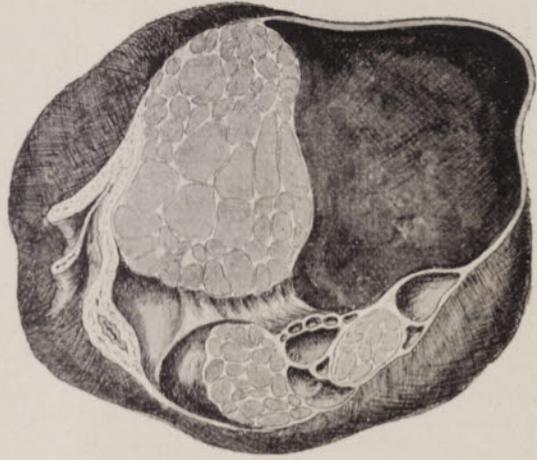


FIG. 281

Corte de un quiste multilocular con cavidades grandes y pequeñas (KELLY).



FIG. 282

Quiste multilocular y poliquístico.

(Quinto del tamaño natural.)

Los *multiloculares* ofrecen dos aspectos: uno en que el quiste, por su superficie externa, aparece único, aunque, generalmente, abollado, y en su interior dividido por gran número de tabiques que separan otras tantas cavidades, unas más grandes, otras más pequeñas, y con las paredes de separación de grosor muy variable, con algunas perforadas y en vías de desaparición; el número de divisiones es generalmente incontable. En otra forma, el tumor

se presenta poliquístico en la superficie, con pequeños ó grandes quistes, que forman relieves hemisféricos, ovalados ó planiformes; en su interior se encuen-

tra tabicado y con numerosas cavidades de tamaño variable, como en la forma



FIG. 283

Quiste multilocular reticulado, visto por su cara superior.

(Quinto del tamaño natural.)

propia, generalmente bastante delgada para dejar traslucir por transparencia el carácter del contenido. Generalmente, la superficie del quiste multilocular es menos lisa que la del unilocular, y su interior presenta también más desigualdades y rugosidades.

Los *reticulados* son quistes multiloculares llevados á la exageración. No hay ninguna cavidad de regular tamaño. Todo el quiste está constituido por un trabazón de tabiques que separan pequeñas cavidades, figurando un panal; en unos sitios son las cavidades muy diminutas, como granos de arroz, en otros como garbanzos, alternando á veces y comunicando á esos quistes un aspecto par-

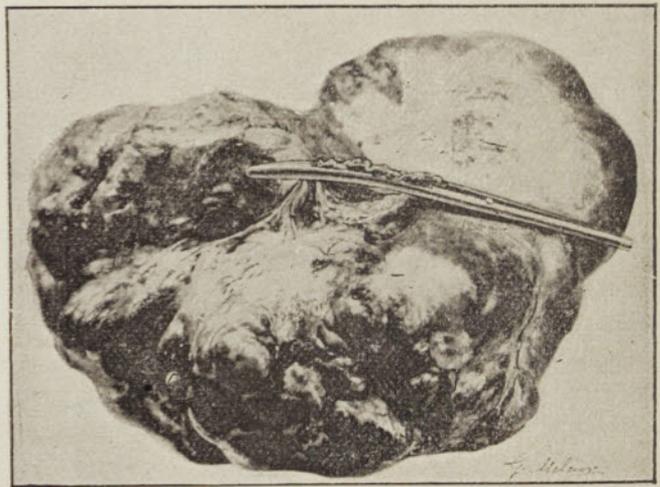


FIG. 284

Quiste multilocular reticulado, visto por su cara inferior, con el pedículo cogido con una pinza.

(Quinto del tamaño natural.)

anterior. La primera forma parece que tiene una cáscara que envuelve todas las cavidades (figura 281), como si éstas fuesen sólo divisiones de la gran cavidad; la segunda aparece como un conglomerado de quistes independientes (fig. 282).

Las paredes de los quistes multiloculares se presentan distintas en una y otra forma; en los verdaderamente multiloculares existe una pared fibrosa de grosor variable y sus tabiques tienen grosor distinto; en los multicísticos falta la pared fibrosa, y cada quiste ofrece su pared

ticular; cuando se cortan salen líquidos distintos, en bastante cantidad, por las muchas cavidades que se abren, pero el quiste no se vacía ni deforma como en los de grandes cavidades. Generalmente, aparecen lisos en su superficie y como englobados en una membrana delgada, casi transparente, que deja adivinar al simple examen ocular la constitución interna (figs. 283, 284 y 285).

El contenido de los quistes es sumamente variable, pero caben todos ellos en dos grupos: seroso y mucoso. Los quistes real ó aparentemente uniloculares están, por lo general, llenos de líquido claro más ó menos seroso, de color variable: citrino unas veces, como agua otras, de color amarillento en algunas ocasiones, y de un oscuro más ó menos subido



FIG. 285

Corte transversal de un quiste multilocular reticulado. (El mismo de las dos figuras anteriores.)

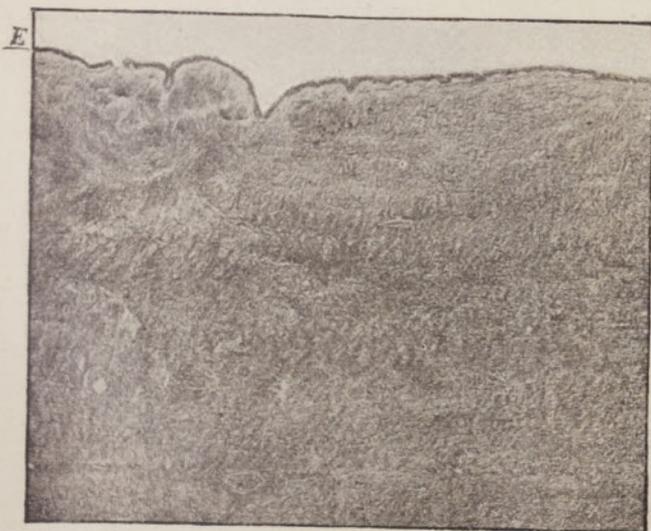


FIG. 286

Pared fibrosa de un quiste ovárico, recubierta de epitelio cúbico. (Aumento 40 diámetros.)

en ciertos casos, indicando este último que han ocurrido hemorragias intra-quísticas que le comunican matices variados, según la cantidad de sangre derramada y el tiempo transcurrido.

Los multiloculares y reticulados, aparte de que algunas de sus cavidades pueden aparecer llenas de líquido seroso, suelen presentarse ocupados por líquidos mucosos, de consistencia y coloración sumamente variables. En cuanto á consistencia, desde la siruposa á la gelatinosa pueden presentarse todas las variedades, formando á veces verdaderas masas coloides,

pegajosas y filamentosas; por esta razón algunos autores han designado algu-

nas de estas variedades con el nombre de *coloideas*. La coloración no es menos



FIG. 287

Corte de un quiste glandular de pequeñas cavidades, que comprende varias de ellas é indica el modo de fusionarse por su crecimiento propio y desaparición de los tabiques conjuntivos.

(Aumento 40 diámetros.)

tos: uno accesorio y otro principal. El elemento accesorio, constituido por tejido conjuntivo, tan denso á veces que llega á ser fibroso, y otras laxo, forma las paredes y tabiques, en cuyo espesor serpentean y se forman los vasos sanguíneos que nutren el tumor. El tejido conjuntivo no presenta ningún carácter especial; forma á veces en las paredes del quiste dos zonas: una externa, más densa, y otra interna, más laxa, corriendo por esta última los vasos sanguíneos que irrigan el tumor.

El elemento principal que da carácter al tumor y que permite calificarlo de neoplasia epitelial, es el epitelio, que recubre su superficie interna. Generalmente cilíndrico, y pudiendo, desde luego, clasificarse siempre entre esta clase, puede presentar dos tipos diferentes. Unas veces es cúbico (figura 286), de una manera más ó menos acentuada, pudiendo en algunos sitios des-

La coloración no es menos variable: transparente como gelatina, ó turbia; otras de color blanco más ó menos subido ó gris; amarillento á veces, otras negruzco, y presentando en ocasiones tonos azules ó verdosos; es digno de notar que en un mismo quiste pueden presentarse en sus distintas cavidades todas las variaciones de consistencia y coloración imaginables.

Estructura.—En la estructura de los quistes glandulares figuran dos elemen-

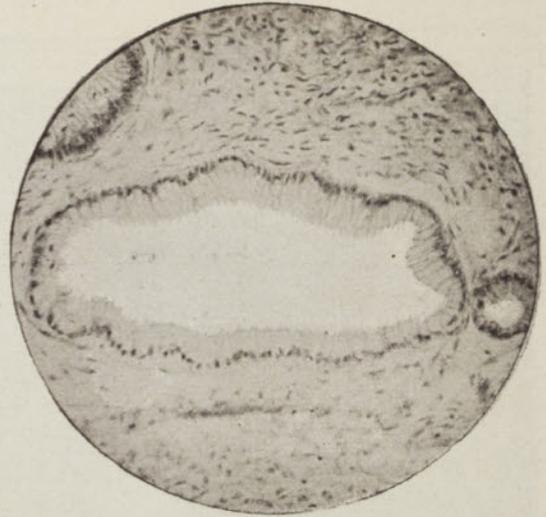


FIG. 288

Porción de la figura anterior, en que se ve una cavidad pequeña y otra más grande próximas á fusionarse. (Aumento 125 diámetros.)

La coloración no es menos variable: transparente como gelatina, ó turbia; otras de color blanco más ó menos subido ó gris; amarillento á veces, otras negruzco, y presentando en ocasiones tonos azules ó verdosos; es digno de notar que en un mismo quiste pueden presentarse en sus distintas cavidades todas las variaciones de consistencia y coloración imaginables.

cubrirse su procedencia de un epitelio francamente cilíndrico; los quistes serosos francamente uniloculares ofrecen esta clase de epitelio; cuando el quiste está muy desarrollado, existen porciones de pared que han perdido su epitelio, y cuando es pequeño, el epitelio es continuo y más cilíndrico, por lo que se atribuye la forma cúbica á una alteración consecutiva, producida por la compresión intra-quística. Algunos autores, como Staeffeck y Pfannenstiel, también se inclinan á ello; consideran estos quistes como de origen folicular, y naciendo del folículo de Graaff maduro, en que el huevo desaparecería, y el epitelio folicular sería el origen del quiste; el líquido seroso sería hijo de la trasudación y del desgaste epitelial, porque el epitelio se renueva constantemente.

Algunas veces el epitelio es francamente cilíndrico y aun con

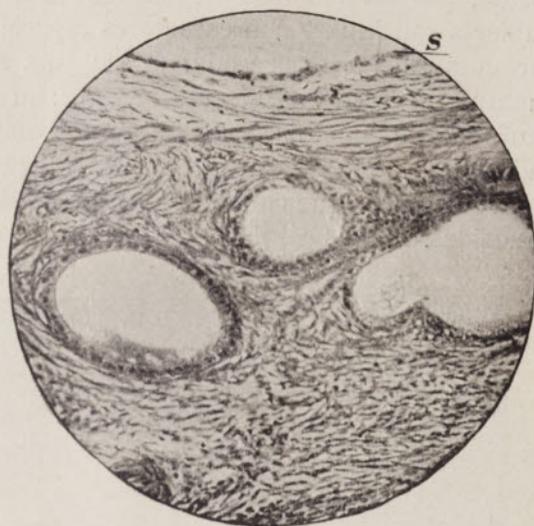


FIG. 289

Pequeñas cavidades quísticas incipientes próximas á la superficie del ovario (S), dos de las cuales están próximas á fusionarse.

(Aumento 130 diámetros.)

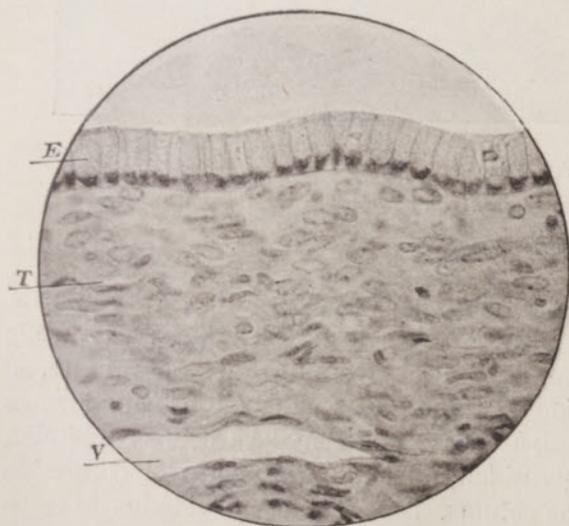


FIG. 290

Quiste glandular multilocular. Pared de una de las cavidades.

E, epitelio caliciforme, con protoplasma turbio, núcleos regulares, situados en la profundidad de la célula, y separado del tejido conjuntivo por una membrana basal bien visible.— T, tejido conjuntivo de fibro-células.— V, vaso capilar.

(Aumento 300 diámetros.)

pestañas vibrátiles, si no de una manera uniforme, por zonas; este epitelio se encuentra recubriendo las cavidades de los quistes multiloculares, y tiene su origen, según Pfannenstiel, en el epitelio germinativo de la cubierta del ovario, que degeneraría en epitelio cilíndrico vibrátil, formando tubos glandulares hacia el interior del ovario, que se aislarían, constituyendo una pequeña cavidad glandular; la secreción del epitelio, más ó menos mucosa, llenaría y distendería la pequeña cavidad de nueva formación, que podría adquirir dimensiones considerables por crecimiento propio y por la adición de cavidades próximas, previa la destrucción del tabique que las separa (figs. 287, 288 y 289).

El epitelio más genuinamente típico de los quistes glandulares es el caliciforme, que se encuentra en todos los multiloculares y reticulados, formando una cubierta continua y con caracteres especiales. El epitelio caliciforme es de una forma cilíndrica exagerada, forma una sola capa que tiene su asiento en una membrana basal manifiesta (fig. 290); su núcleo se encuentra en la extremidad profunda de la célula, y los diferentes matices que presenta hasta su superficie, indican claramente que la célula caliciforme es la encargada de elaborar la pseudo-mucina que constituye el elemento típico del contenido de los quistes mucoides. Dichas células se presentan en los quistes muy reticulados, formando

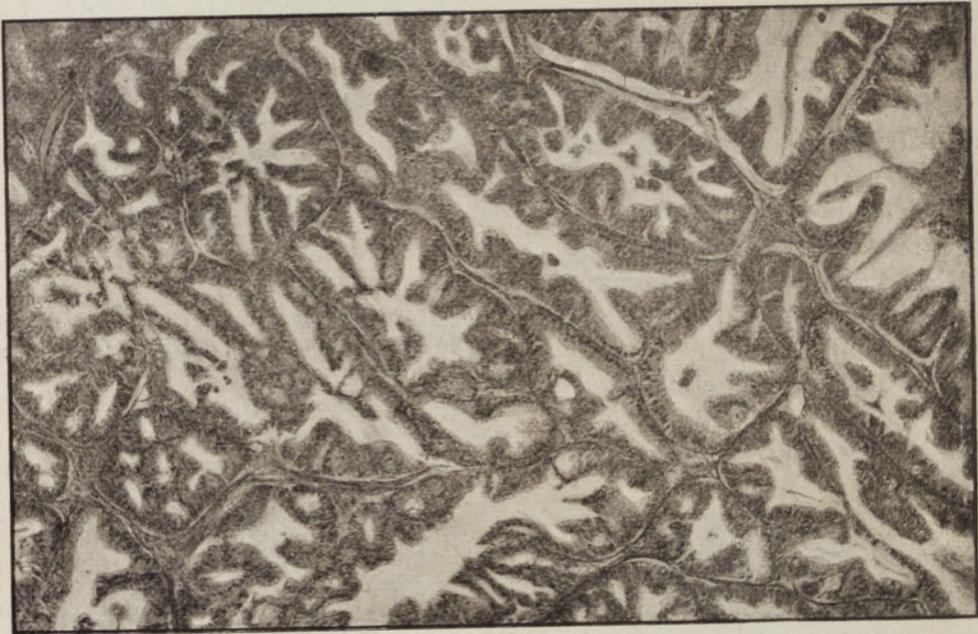


FIG. 291

Porción de quiste glandular reticulado.

(Aumento 50 diámetros.)

verdaderos tejidos adenomatosos, enteramente parecidos á tubos glandulares, entre los que apenas existe tejido conjuntivo que los separe (figs. 291 y 292); otras veces recubre grandes cavidades, pero si se examina cuidadosamente, se encuentran en sus paredes formaciones glandulares con células caliciformes que vierten su contenido en la cavidad; á veces se destruye á trechos el epitelio, y entonces trasuda por dichos sitios serosidad, haciendo más claro el contenido espeso del quiste producido por dichas células. Las grandes cavidades de estos quistes mucosos se forman por la proliferación glandular que existe en sus paredes y por la destrucción de tabiques que separan cavidades quísticas, ya adelantadas en su desarrollo.

Todavía no existe acuerdo acerca del origen de estas formaciones epiteliales caliciformes; unos las hacen depender, como queda dicho, de restos embrionarios de conductos de Pfluger, otros del epitelio germinativo y otros de los folículos primitivos antes de convertirse en folículos de Graaff, porque éstos, ya

más diferenciados, no podrían dar origen á un epitelio tan heteroplásico como el caliciforme. Sea cual sea el origen, el epitelio caliciforme es enteramente típico, constituye el elemento primordial de los quistes mucosos y les da el carácter neoplásico, justificando las distintas denominaciones que antes he apuntado.

La estructura y composición del contenido de los quistes glandulares es bastante variable, pero se ajusta á dos tipos distintos, según que se trate de quistes serosos ó mucosos.

En el contenido de los quistes serosos se encuentra gran cantidad de albúmina y restos de células epiteliales, desprendidas de la cubierta interior del quiste, que se ofrecen en períodos distintos de disgregación; además, debido á la frecuencia con que tienen lugar pequeñas hemorragias intra-quísticas, se encuentran elementos de la sangre que comunican color variado al contenido quístico.

En los quistes mucosos la composición cambia, puesto que además de la albúmina, restos celulares y detritus sanguíneos, se encuentra gran cantidad de colessterina y, sobre todo, en abundancia mayor ó menor, pero siempre muy acentuada, una sustancia que parece ser propia de los quistes ováricos mucosos ó mucinosos, que antes se creyó era una modificación de la albúmina y se describió con los nombres de meta-albúmina y para-albúmina, pero

que actualmente, gracias á los trabajos de Hammarsten, Pfannenstiel y otros, se ha demostrado que era parecida á la mucina y que se designa con el nombre de pseudo-mucina. Pfannenstiel ha demostrado que esta pseudo-mucina (1) puede ofrecer distintas variedades, pero siempre con los caracteres propios de la pseudo-mucina: no precipita con los reactivos de la albúmina, con lo que se distingue de ésta, y, por otra parte, siendo muy soluble en el agua, el ácido acético no la precipita como hace con la mucina.

Pfannenstiel ha demostrado que la pseudo-mucina no es un producto de degeneración ni de transformación, sino hija de la secreción de las células caliciformes, las que forman la pseudo-mucina sin destruirse ellas mismas.

La pseudo-mucina únicamente existe pura en alguna cavidad reciente y pequeña, puesto que en las demás se encuentra mezclada con la albúmina que la trasudación serosa, por el epitelio alterado, introduce en la cavidad quística,



FIG. 292

Quiste glandular reticulado (porción de la figura anterior). Células caliciformes mucuosas muy visibles. Escaso tejido conjuntivo interglandular.

E, hueso dejado por la retracción de los tejidos al endurecer la pieza.

(Aumento 150 diámetros.)

(1) PFANNENSTIEL: *Enciclopedia de Ginecología*, tomo III, pág. 340.

mezclándose con la pseudo-mucina y dándole variaciones de consistencia suma-

mente variable, desde la gelatinosa ó coloidea hasta la serosa.

El estudio de las células caliciformes, bajo la acción de distintos colorantes, demuestra claramente que en ellas se forma la pseudo-mucina: se encuentran tres zonas: la del núcleo en la base, la del protoplasma alrededor del núcleo, y el resto de la célula, hasta la superficie, contiene la pseudo-mucina en formación. Sin embargo, no está todo dilucidado en lo referente al origen de la mucina, pues si bien es indiscutible que las células calicifor-



FIG. 293

Papiloma ovárico sesil formando una masa uniforme sobre un ovario quístico.

(Mitad del tamaño natural.)

mes dan origen á la misma, parece que en algunos casos, en que el epitelio es cúbico, se encuentra también francamente el carácter mucoso ó coloideo del quiste; Gotschalk ha descrito recientemente un caso de esta índole, en el que parece demostrar que el epitelio cúbico, único que existía, era primitivo y no hijo de una alteración debida á la presión intra-quística (1) y, por tanto, que el contenido mucoso había sido segregado por dicho epitelio.

Aunque se ha dado un gran paso en el conocimiento de la estructura de los quistes ováricos, con todo, la variabilidad del contenido y

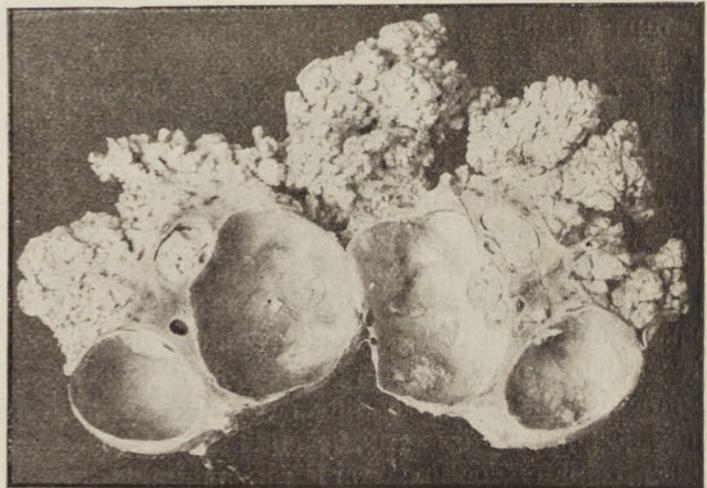


FIG. 294

Corte de la figura anterior, en el que se ven dos cavidades grandes mucoides y una pequeña llena de papilomas.

(1) *Revue de Gynecologie et Chirurgie abdominale*, 1902, pág. 336.

el polimorfismo del epitelio, no siempre correlativos uno de otro, dejan todavía una serie de problemas por resolver.

PAPILOMAS OVÁRICOS.—Llamados *tumores vegetantes del ovario* por algunos autores, *quistes proliferos papilares* por Waldeyer y Pozzi, *quisto-adenoma papilar* por Pfannenstiel, *quistes paraforíticos* por Bland-Sutton, etc.

Anatomía macroscópica. — En todos ellos la característica es la presencia de excrecencias, fungosidades ó vegetaciones papilomatosas en mayor ó menor número y disposiciones distintas, según la forma. Las vegetaciones, sean escasas ó abundantes, cavitarias ó superficiales, ofrecen siempre los mismos caracteres: se presentan en forma de coliflor, bien sean arborescentes, con un pequeño pedículo de inserción, bien sesiles, formando sobre una ancha base una elevación conoidea, y pudiendo presentar todos los tipos intermedios; su volumen es también muy variable, pues de simples elevaciones como un guisante pueden llegar á ofrecer el volumen de fresas y aun mayores en las formas arborescentes; su color, en general, es de un rojo bastante vivo, aunque pueden existir matices distintos, ofreciendo algunas veces un color casi blanco; son blandos y friables al tacto y sangran fácilmente, aunque á veces presentan nódulos de infiltración calcárea: su semejanza con los papilomas vulvares es completa.



FIG. 295

Quiste papilomatoso del ovario con excrecencias externas.
(Mitad del tamaño natural.)

Los papilomas ováricos ofrecen tres tipos distintos, según su número y agrupación y las lesiones que acompañan al ovario.

En una primera forma, la más característica, y que merece más que ninguna otra el nombre de *papiloma* ó de *tumor vegetante*, las vegetaciones constituyen por sí solas toda la masa tumoral y forman una neoplasia casi sólida, en la que toda su superficie está formada por vegetaciones papilomatosas, sin que en ninguna parte de la superficie de la neoplasia se vea otra alteración que las fungosidades rojizas; en el espesor se encuentra á veces el ovario con degeneración quística y alguna cavidad llena también de fungosidades; su volumen raras veces traspasa el del puño ó de una cabeza de feto y es casi siempre bila-

teral y sesil, de manera que frecuentemente enclava é inmobiliza el útero (figuras 293 y 294).

En una segunda forma, que sigue en orden de frecuencia á la anterior, el papiloma ovárico es un verdadero quiste papilar. El ovario está convertido en un quiste uni ó multilocular, pero, generalmente, cuando ostenta este último carácter es pauci-locular; en el interior de sus cavidades se encuentran papilomas, generalmente no muy abundantes ni voluminosos, que nadan en el líquido de los mismos; en la superficie se encuentran fungosidades en una ó varias zonas de la misma, pero, en general, de una manera discreta. Aunque estos



FIG 296

Quiste unilocular con papilomas internos numerosos.

quistes papilomatosos pueden alcanzar gran volumen, generalmente no traspasan el de uno ó dos puños. Son, á menudo; bilaterales y bastante pediculizados, de manera que su extirpación suele ser fácil. El contenido de las cavidades quísticas, en estos casos, suele ser más seroso que mucoso, pero no es raro encontrar al lado de una gran cavidad serosa otras más pequeñas, de contenido mucinoso como en los quistes glandulares; con todo, los quistes papilares son con mayor frecuencia serosos que mucosos (fig. 295).

En la tercera forma, la menos frecuente, el tumor ofrece todo el aspecto de un quiste unilocular, y lo es con frecuencia; su superficie es lisa y no presenta trazas de papilomas, pero en su interior se presenta una ó varias vegetaciones ó toda una gran zona sembrada de excrecencias papilomatosas más ó menos salientes, aunque, en general, relativamente pequeñas (fig. 296). El contenido de estos quistes puede ser seroso ó sero-mucoso, y generalmente de un color obscuro por los derrames sanguíneos. Esta forma puede decirse que es un quiste unilocular del ovario con papilomas internos, y como éste, suele ser unilateral y puede alcanzar gran volumen.

Es tan común en las dos primeras clases la existencia de ascitis, que la peritonitis exudativa que los acompaña puede considerarse como lesión concomitante y casi de rigor en tales casos. Algunos han creído que la ascitis era debida á la secreción de las papilas, pero aun contando que el producto de éstas pueda dar carácter al derrame peritoneal, puede creerse mejor que coexiste una peritonitis tóxica exudativa, ocasionada precisamente por los productos de secreción irritantes que se desprenden de las papilas; de otra manera no se comprende la rápida reproducción de la ascitis después de una punción; he visto una enferma que trece veces consecutivas sufrió una paracentesis cada quince días. Por otra parte, el aspecto deslustrado y arborizado del peritoneo en estos casos, indica claramente la parte que la gran serosa toma en la producción del derrame; repito que es éste tan común y frecuente, que no debe considerarse como una complicación sino como una lesión concomitante.



FIG. 297

Pequeño papiloma interno de un ovario papilomatoso.

S, superficie del ovario. — P, papiloma cortado en distintos sitios de su pedículo.

(Aumento 35 diámetros.)

Estructura.— Tanto si se trata de papilomas internos como superficiales, es siempre la misma, y resulta que el elemento fundamental es un epitelio.

El estroma de las papilas está constituido por tejido conjuntivo; su cantidad es tan variable, que algunas veces parece dominar sobre el tejido epitelial, por cuyo motivo Waldeyer y algún otro autor se inclinaron á creer que la neoplasia es más de naturaleza conjuntiva que epitelial; dicho tejido envía ramificaciones que forman el armazón de las fungosidades y por él corren los vasos que lo nutren. En la forma papilar pura, en el centro ó base del tumor se encuentran grandes zonas de tejido conjuntivo, así como en las formas quistopapilares se limita á formar el armazón de las papilas.

Las arborescencias del tejido conjuntivo están recubiertas por una capa de células epiteliales, que aparecen francamente cúbicas, otras veces cilíndricas,



FIG. 298

Porción de la figura anterior. El epitelio cúbico no caliciforme, con tendencia á ser cilíndrico, recubre el tejido conjuntivo de las papilas.

(Aumento 150 diámetros.)

presentando en ocasiones capas de renovación. Puede observarse una papila incipiente que no tiene tejido conjuntivo en su centro, lo que demuestra que éste representa un papel secundario en su constitución y que la neoplasia es francamente epitelial, aunque en algunos casos se encuentre constituida la papila por una gran masa de tejido conjuntivo recubierta de epitelio. Que éste sea cúbico ó cilíndrico, lo atribuyen muchos autores á que el primero es originado por una modificación del segundo, producida por la compresión intra-quística; realmente, las que presentan el epitelio cúbico suelen ser intra-quísticas (figs. 297, 298, 299 y 300).

Indudablemente, estas células segregan moco en más ó menos cantidad; dicha secreción da carácter al contenido de las cavidades en los

quisto-papilares, y si se derrama en el peritoneo, da origen á la peritonitis tóxica exudativa que les acompaña. La serosidad peritoneal está constituida por líquido ascítico con abundante albúmina, más ó menos mucoso, tanto, que á veces llega á ser filamentososo; entre los elementos figurados se descubren abundantes células epiteliales, desprendidas de las papilas, y á menudo, cuando han existido pequeñas hemorragias, elementos figurados de la sangre, que dan á la ascitis un color más ó menos obscuro.



FIG. 299

Papiloma ovárico externo (flotante en la cavidad peritoneal). La porción P aparece aislada, por estar cortada á distinto nivel del pedículo.

(Aumento 25 diámetros.)

En cuanto á la génesis del papiloma ovárico, se creyó antes que todas las papilas eran intra-quísticas, atribuyendo las superficiales á que alguna de las cavidades rellenas de vegetaciones se abría por rotura y las papilas se hacían superficiales; sin negar que esto pueda ocurrir alguna vez, es indiscutible que algunas excrescencias son primitivamente superficiales, y en particular en aquellos casos en que la parte quística del tumor apenas se hace visible.

Sin duda que la naturaleza del papiloma ovárico, fundamentalmente es análoga á la del quiste glandular y que el epitelio que lo forma procede también del epitelio germinativo.

Waldeyer creyó que si las células epiteliales formaban elevaciones hacia la superficie, en vez de formar hacia la profundidad botones glandulares, era debido á una proliferación activa del tejido conjuntivo, que formaba las papilas levantando el epitelio. Los estudios de Olshausen, Pfannens-tiel, Coblenz, Williams y otros han demostrado que la formación de las papilas era debida á una proliferación epitelial más activa que en los quistes glandulares, y por tal motivo las células forman elevación hacia la superficie en vez de penetrar en la profundidad; por otra parte, el carácter del epitelio, aunque polimorfo hasta cierto punto, como el de los quistes glandulares, ofrece caracteres diferenciales, porque no adopta la forma caliciforme que en los mucoides es su característica. Ciertamente que el hecho demostrado de que casi todas las variedades de quistes ováricos pueden presentar papilas en mayor ó menor número, pero siempre con análogos caracteres, parece indicar que la formación papilomatosa representa un grado más en la proliferación epitelial para acercarse á la malignidad; por otra parte, veremos que á menudo los quistes papilares toman un carácter verdaderamente más maligno que los glandulares; éstos presentan un tipo más definido y típico que aquéllos.

Dada esta concepción de los papilomas ováricos, claro está que no puede aceptarse la idea de Doran, robustecida por observaciones de Bland-Sutton y otros, de que los papilomas ováricos son neoplasias nacidas en el para-oforon y originadas en restos embrionarios de los conductos de Pfluyer, que dichos autores han podido demostrar en algunos ovarios de niñas recién nacidas. Los papilomas ováricos no tienen un origen único, sino que pueden tomar este carácter todas las variedades de quistes ováricos; el quiste para-ovárico puede hacerse



FIG. 300

Porción de la figura anterior.

T, tejido conjuntivo que forma el estroma de la neoplasia; sirve de base al epitelio y envía prolongaciones ó espigas papilares.—*E*, epitelio cilíndrico no caliciforme en actividad reproductiva.—*C*, células desprendidas y degeneradas.

(Aumento 300 diámetros.)

papilar; el de origen folicular puede ser papilar también; los quistes serosos uniloculares pueden asimismo ser papilares, y todas las variedades de quistes mucoides pueden también presentar papilas. De aquí una división de los papilomas ováricos, bajo el punto de vista histogénico, en primitivos y secundarios: los primeros, los verdaderos tumores excrecentes, en los que no existe ó existe apenas formación quística en el ovario y que constituyen los verdaderos *papilomas ováricos*, y los segundos, que comenzaron siendo quísticos, haciéndose



FIG. 301

Fragmento de un ovario papilomatoso.

C, pequeñas cavidades revestidas de epitelio, algunas de cuyas células, CV, tienen pestañas vibrátiles bien visibles. Probablemente son el origen de quistes papilares. El estroma que las rodea es francamente fibroso.

(Aumento 300 diámetros.)

luego fungosos, y que forman los que deben llamarse *quistes papilomatosos* ó *papilares* (fig. 301).

No es solamente en el concepto anatómico que los papilomas ováricos deben formar grupo aparte, sino también en el concepto clínico, según veremos al estudiar su curso y complicaciones. Confundirlos en una sola descripción, como hace Fritch, ó quitarles importancia nosológica, como lo hace Pfannenstiel, forzando analogías histológicas, es origen de confusión, y resulta mucho más preferible separarlos completamente, ya que tanto por su génesis como por sus caracteres macro y microscópicos como por sus síntomas y curso, ofrecen diferencias notables de los quistes glandulares. Clínicamente ofrecen fisonomía más propia los papilomas ováricos, comparados

con los quistes glandulares, que la que ofrecen los quistes dermoideos, que nadie ha pensado en confundir con aquéllos.

QUISTES DERMOIDES.—Llamados por algunos *teratoma simple*, los designa también Williams con el nombre de *parásitos ováricos*.

Anatomía macroscópica.—Los quistes dermoideos tienen semejanza completa con los quistes glandulares y principalmente con los uniloculares. Casi siempre unilaterales, pretenden algunos que son más frecuentes del lado derecho; en unos veintidós quistes dermoideos que he operado, sólo uno interesaba los dos lados. Su volumen es muy variable, pues aunque la mayoría no exceden del de un melón, siendo más frecuentes del tamaño de una manzana ó del puño, algunas veces pueden adquirir grandes proporciones; entre los de mi observación, uno llenaba y distendía el abdomen con una cabida de 12 litros.

En general, son esféricos y de superficie uniforme; su coloración blanca mate; su consistencia, uniforme generalmente y á veces pastosa, puede pre-

sentar induraciones en relación con su contenido. Algunos presentan abolladuras y un aspecto multilocular, porque se combinan á veces con quistes glandulares en el mismo ovario. Si el quiste es pequeño, puede encontrarse en algún punto de su superficie alguna elevación que representa la parte de ovario que se conserva normal; cuando es voluminoso no suele distinguirse relieve que recuerde el ovario.

Las paredes del quiste son, por lo común, resistentes y á veces de un grosor regular, hasta de medio centimetro; su superficie interna presenta el aspecto de piel ó de mucosa macerada, pero, por lo común, de apariencia francamente epitelial, presentándose adheridos á la misma y en una zona determinada los distintos órganos que constituyen la característica de los quistes dermoideos.

Lo que más frecuentemente se encuentra son pelos, en cantidad y longitud variables; están insertados en sitios determinados, generalmente formando mechones más ó menos abundantes que se replegan en forma de rizos hacinados ó aparecen completamente aislados y dispersos; su longitud es muy variable, y se los ha encontrado hasta de dos metros;

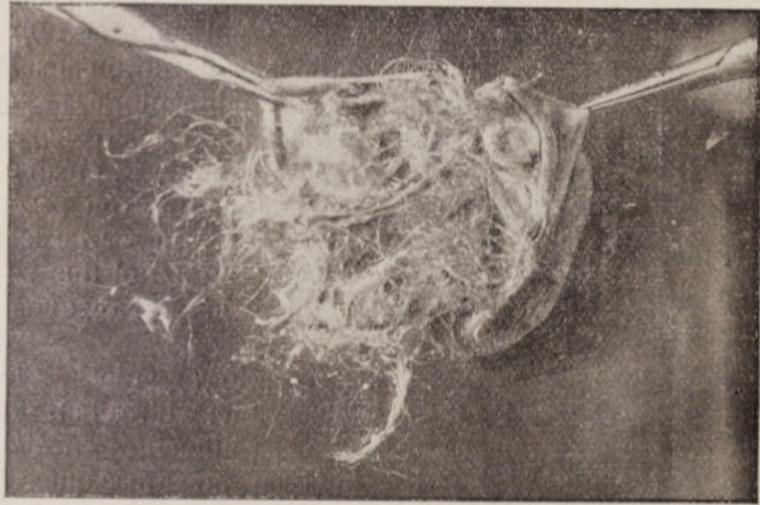


FIG. 302

Quiste dermoide abierto, lleno de pelos y substancia sebácea.

su color es tan variable como su longitud, con la particularidad que hace notar Olshausen, que no guarda relación con el de la cabellera de la enferma, pues se han encontrado rubios en individuos de la raza negra y negros en enfermas rubias. La existencia de pelo es casi de rigor en todo quiste dermoideo (fig. 302).

Los dientes se encuentran en la mitad de los casos, aproximadamente, pudiendo observarse todos los tipos bien desarrollados, aunque, por lo común, son algo indefinidos en su forma. Su número es muy variable: dos veces he encontrado una muela solitaria, pero no es raro hallarlas en gran número; Plonguet llegó á contar en un caso hasta trescientas. A veces son rudimentos dentarios los que se descubren. Algunos autores han hablado de una orientación determinada de los dientes, pero no se confirma en el examen de las piezas; se encuentran implantadas en la zona dermoidea en un relieve que se halla, por lo común, al lado ó en derredor de la zona pilosa; á veces este relieve es francamente óseo, y entonces su implantación es sólida; cuando los dientes no aparecen á la vista, no por eso se puede colegir que no existen, pues si se

practica un corte transversal en el relieve indicado, suelen encontrarse en su espesor dientes rudimentarios.

Se observan asimismo con cierta frecuencia porciones de hueso, más ó menos desarrollado, en donde se descubren implantados los dientes; por su forma se parecen á la mandíbula superior ó á la inferior (fig. 303). Generalmente, los huesos que existen son rudimentarios y muy imperfectos; sin embargo, Reverdin ha encontrado un dedo con tres falanges articuladas y la uña correspondiente, y Regnier describe un caso en que encontró un esqueleto entero (1); la existencia de diferentes tipos de hueso, más ó menos perfectos, tiene importancia bajo el punto de vista patogénico.



FIG. 303

Mandíbula rudimentaria con muelas, procedente de un quiste dermoide, y con una mata de pelo en su extremidad (KELLY).

Doran, Bland-Sutton y otros han descrito mamas rudimentarias (2), encontradas en la zona dermoidea de un quiste. Por lo general es una mama rudimentaria, pero puede ofrecer un desarrollo bastante perfecto, como en un caso, observado por Bantock, en que tenía el volumen de una mandarina, con pezón pigmentado y glándula en el espesor de la misma. Velitz ha descrito un caso en el que se encontró leche y calostro, y los caracteres de la glándula eran típicos.

Stilling, Bantock, Bland-Sutton, Baumgarten, Wilms y otros han descrito sustancias nerviosas, rudimentos encefálicos y del aparato de la visión; no parece que sea una rareza, sino, por el contrario, un hecho bastante común, la existencia de sustancia nerviosa.

El contenido del quiste lo constituye esencialmente una sustancia grasosa, verdadera sustancia sebácea, que se presenta formando una pasta de color amarillento y de consistencia uniforme como la manteca, unas veces, y otras bastante clara, como una sustancia siruposa, según la cantidad de suero que tiene mezclada. Algunas veces ofrece un aspecto enteramente típico, formando unas bolas esféricas y granulosas en número infinito, que nadan en un líquido más ó menos turbio ó seroso; en un caso observado por mí, eran del volumen de una cereza y existían á millares, pues llenaban un quiste voluminoso como dos cabezas de adulto; los pelos se encontraban amontonados en un rincón del quiste.

Estructura.—La pared del quiste está constituida por tejido conjuntivo más ó menos laxo, formando generalmente capas distintas, más tupidas unas

(1) CROMER: *Enciclopedia de Ginecología*, tomo III, pág. 387.

(2) BLAND-SUTTON: *Surgical diseases of the ovaries*, pág. 59.

que otras; la interna es muy vascular, y en ella se encuentra el epitelio, que recubre la pared quística, el cual es cúbico ó cilíndrico.

El punto más interesante es la zona ó relieve dermoideo; en ella se encuentran zonas en las que el microscopio descubre piel bien organizada con su capa epidérmica estratificada, glándulas sebáceas completamente desarrolladas, formando grupos alrededor de folículos pilosos (fig. 304). Algunas veces las glándulas se obturan y producen quistes por retención, que se encuentran á menudo en forma de pequeños tumores en el relieve dermoideo. Se encuentran también glándulas sudoríficas, fibras musculares y tejido adiposo.

Por debajo de esta cubierta, muy parecida al cuero cabelludo, se encuentran los rudimentos óseos ó cartilagosos y los dientes; la estructura de estos elementos es la normal. Si no se encuentra á simple vista, el microscopio descubre en esta zona, que representa la encefálica, tejido nervioso en una ú otra forma.

Finalmente, unido á la piel, se encuentra en algún sitio inmediato al relieve dermoideo una cubierta, de aspecto mucoso y de estructura enteramente análoga á dicha membrana; algunos autores (Baumgarten) creen haber encontrado un estómago rudimentario y elementos que representan el tubo digestivo ó el árbol respiratorio (fig. 305).

Wilms, Pfannenstiel y otros, sintetizando los elementos que el análisis microscópico descubre en la zona dermoidea de los quistes, hacen observar que en ellos se encuentran siempre, y formando como zonas separadas, representantes de las tres hojas del blastodermo, con lo que intentan deducir que un quiste dermoideo representa un embrión en miniatura.

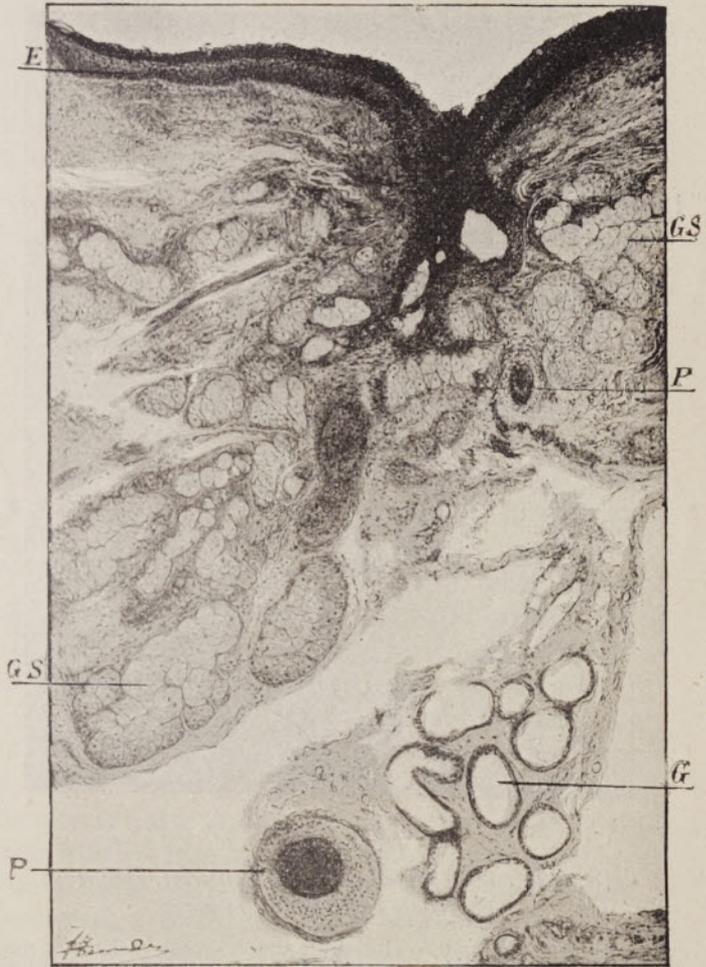


FIG. 304
Quiste dermoide del ovario.

E, epitelio malpighiano de la superficie interna del quiste con una depresión que corresponde á un pelo y á la abertura de glándulas sebáceas.— *GS*, glándulas sebáceas muy desarrolladas.— *P*, pelos.— *G*, glándula sudorípara cortada en varios sitios.

(Aumento 50 diámetros.)

Figurando entre los quistes dermoideos se encuentra cierto número de tumores llamados *teratomas*, que son verdaderos dermoides atípicos. Se diferencian del verdadero quiste dermoideo en que son sumamente irregulares en su desarrollo y no guardan ninguna relación en su textura; en distintas cavidades, unas más grandes y otras más pequeñas, se encuentran en completo des-

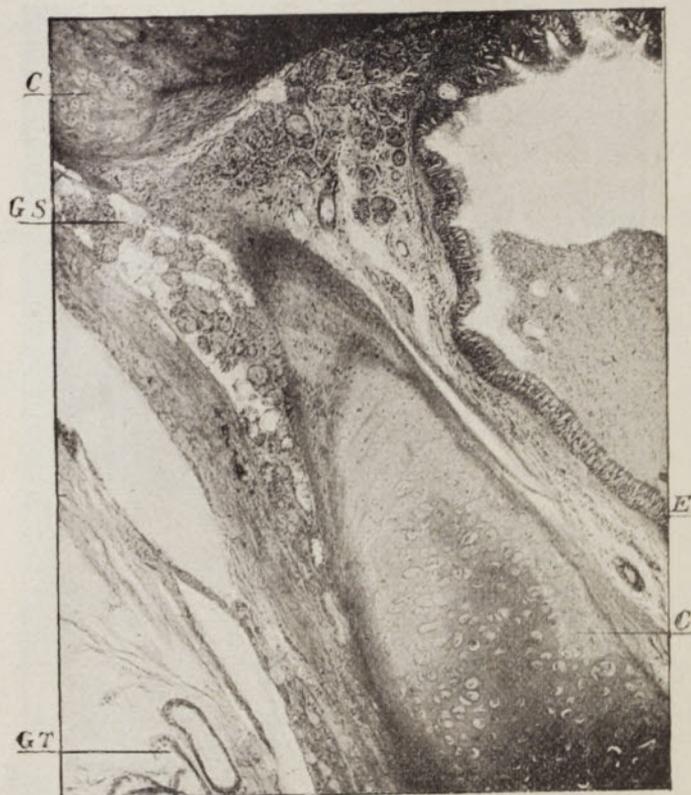


FIG. 305

Corte de la misma procedencia que el anterior, practicado en un nódulo enclavado en la pared.

C, cartilago. — E, epitelio vibrátil de tipo traqueal, revistiendo una cavidad con detritus epiteliales y hemáticos. — GS, glándulas del tipo de las salivales. — GT, glándulas tubulares del tipo de las sudoríparas.

(Aumento 50 diámetros.)

orden elementos representantes de las tres hojas blastodérmicas, pero sin ninguna organización topográfica; en una cavidad pelos, en otra substancia nerviosa, en la de más allá rudimentos dentarios, en otro sitio substancia cartilaginosa, más lejos substancia ósea ó piel, etc. Un autor ha dicho que el teratoma es al quiste dermoideo lo que el cáncer al adenoma típico; realmente, el teratoma parece un quiste dermoideo atípico.

En cuanto al origen é histogénesis de los quistes dermoideos del ovario, actualmente existen tres teorías para explicarlo: la de la *inclusión*, la de la *célula nodal* y la de la *partenogénesis*.

La teoría de la *inclusión*, atribuída por los franceses á Verneuil, y por los alema-

nes á Remak, explica los quistes dermoides por la inclusión en los cuerpos de Wolff, en los primeros tiempos de la vida embrionaria de repliegues de las distintas hojillas del blastodermo, que, desarrollándose más adelante, originarían la formación del quiste. Esta teoría parece deficiente para explicar los quistes que contienen partes fetales en perfecto desarrollo, y aun la multiplicidad de los elementos diferenciados que con frecuencia se encuentran.

La teoría de la *célula nodal*, sostenida por Bard, supone que las células gozan del principio de la especificidad celular y cree que las células diferenciadas proceden todas de una célula única, que es el óvulo, y que en la segmentación de éste existen células destinadas á formar ciertos elementos en su desarrollo

ulterior; una de estas células quedaría aletargada en el seno del tejido ovárico, y cuando en cualquier época de la vida entrara en actividad, daría origen á los elementos y órganos que tenía en germen desde el principio y en virtud de su especificidad. Tiene el inconveniente esta teoría de que la célula nodal no ha sido vista por nadie, y es, por ahora, de imposible demostración.

La teoría de la *parteno-génesis*, profesada por el vulgo y entrevista por muchos autores, ha sido formulada científicamente por Duval y hoy es la que reúne más partidarios. Cromer, Pfannenstiel, Kelly, Legueu, Wilms y muchos otros la consideran como la más verosímil, y de aquí el nombre de *quistes ovulógenos* que les dan algunos. Según la partenogénesis, el origen de los quistes dermoides se encontraría en el óvulo, el cual, espontáneamente, al sufrir los efectos de la causa formativa que obrara sobre el ovario, formaría todos los componentes del quiste dermoideo: como los efectos de la causa formativa los sufrirían á la vez que el óvulo las demás células ováricas, de aquí la asociación frecuente de los quistes dermoides con los quistes glandulares. En la parteno-génesis, el óvulo se segmenta espontáneamente sin necesidad de ser fecundado, como ocurre en ciertas especies zoológicas, como, por ejemplo, el gusano de seda; pero así como en éste los productos de la generación parteno-genésica son monstruosos á la segunda ó tercera generación, en las especies superiores lo son siempre, y la segmentación espontánea del óvulo origina tan sólo órganos rudimentarios é irregulares, que alcanzan más ó menos perfección, pero que en suma representan un verdadero teratoma. Aparte de esta base, la parteno-génesis cuenta con la observación de Morelli, quien sorprendió la segmentación de un óvulo sin fecundación; la de Steinlin, que halló un dermoide incipiente en un fólculo de Graaff y en el mismo sitio en que se encuentra el óvulo. Que el óvulo tiene una energía genésica es indiscutible, y no es de extrañar que cuando entra en juego sin la fecundación previa origine tan sólo órganos rudimentarios y desviados, como los que existen en los quistes dermoides. Si aceptamos el origen de los quistes glandulares en el epitelio folicular, la explicación de la coexistencia de ambas formas es fácil, y aun la comprensión de cómo á veces la cavidad de un quiste dermoideo presenta en ciertos lugares el epitelio glandular de los quistes mucosos; basta para ello que la irritación formativa obre á la vez sobre el óvulo y sobre el epitelio folicular; también explicaría la rareza de asociación de los quistes dermoides con los quistes papilares, hasta el punto de que no parece comprobada la coincidencia, lo que se comprendería no teniendo los quistes papilares su origen como los glandulares en el epitelio folicular. En suma, la teoría de la parteno-génesis parece la más lógica y es la que cuenta con mayor número de partidarios.

QUISTES PARA-OVÁRICOS. — Llamados por algunos *quistes wolffianos*.

Anatomía macroscópica. — En orden de frecuencia, representan un 10 ó 12 por 100 de los casos de tumores ováricos, comprendiendo tan sólo en esta proporción los que adquieren un desarrollo bastante grande para confundirlos con los quistes ováricos. Aparte de éstos, es sumamente frecuente encontrar pequeños quistes debajo del peritoneo y en la hoja posterior del ligamento ancho, que proceden del cuerpo de Rosenmuller lo mismo que los grandes quistes para-ováricos.

En cuanto á volumen, muchos quedan de reducido tamaño, pero algunos alcanzan desarrollo parecido al de los grandes quistes ováricos; los que alcanzan gran volumen suelen ser unilaterales, y, por el contrario, los pequeños son con cierta frecuencia bilaterales. He visto un caso de quiste para-ovárico doble en que cada uno era, por lo menos, como una cabeza de adulto.

La forma suele ser esférica y su consistencia, en general, bastante blanda, de manera que se amoldan en su configuración á la de la pelvis.

La superficie es lisa y brillante, y á simple vista se distinguen de los quistes ováricos porque están cubiertos por una hoja peritoneal dependiente del ligamento ancho distendido; por esta cubierta peritoneal, que por lo común desliza sobre la pared quística, se ven serpentear claramente vasos que con frecuencia se entrecruzan



FIG. 306

Quiste para-ovárico. Pared formada por tejido fibroso y cubierta en su cara interna de epitelio cúbico.

(Aumento 40 diámetros.)

con los de la pared quística y que se ven por transparencia. Debajo de la cubierta peritoneal se encuentra la verdadera pared del quiste, generalmente muy delgada y lisa, tanto en su superficie exterior como interior.

El quiste para-ovárico es, generalmente, unilocular; por rareza se encuentra uno multilocular. Es más frecuente hallar en la superficie interna algún papiloma característico, aunque, por lo general,

pocos en número; Pfannenstiel, Pozzi, Doran, Lawsson-Tait, Legueu y muchos otros han encontrado excrescencias papilomatosas en el interior de quistes para-ováricos.

El contenido de los quistes para-ováricos es casi siempre acuoso y transparente, alguna vez algo turbio y aun de color obscuro cuando ha ocurrido alguna hemorragia intra-quística; pero nunca se encuentra un verdadero quiste para-ovárico de contenido mucoso, aun en los contados casos en que es multilocular.

Estructura.—Es por demás sencilla: su pared está constituida por tejido conjuntivo algo denso; algunas veces es muy delgada y está separada de su cubierta peritoneal por tejido celular muy laxo, de manera que su aislamiento es sumamente fácil y por tal motivo el quiste para-ovárico puede enuclearse con gran facilidad; entre la pared del quiste y la cubierta peritoneal no existen conexiones vasculares, lo que facilita grandemente la enucleación.

La superficie interna está cubierta por una capa de epitelio polimorfo; en los quistes pequeños y recientes es francamente cilíndrico y á veces vibrátil, y

en los antiguos se presenta aplanado y de carácter cúbico. Las papilas que á veces se encuentran, unas son de tejido conjuntivo y otras ofrecen la estructura típica epitelial del papiloma (figuras 306 y 307).

La composición del contenido es distinta de los demás quistes ováricos; no contiene nunca pseudo-mucina; por lo general no existe albúmina, y si alguna vez la hay es en muy poca cantidad. Los residuos del líquido para-ovárico representan tan sólo el 1 por 100, y la mayor parte están constituídos por fosfatos y cloruros alcalinos. Cuando ha habido hemorragias, pueden encontrarse los elementos de la sangre.

Los quistes para-ováricos se desarrollan en el cuerpo de Rosenmuller, que representa un vestigio del cuerpo de Wolff; en sus canaliculos, cuyo epitelio es análogo al del quiste para-ovárico, tiene origen el quiste. No se sabe todavía si son quistes formados puramente por la retención de los productos formados en dichos canaliculos, como quiere Kossmann, ó bien si dichos quistes ofrecen una actividad productora parecida á la de los quistes ováricos, como parece debe ser para los que alcanzan gran desarrollo. Lo cierto es que su desarrollo es siempre sumamente lento.



FIG. 307

Porción de la figura anterior y aumentada. Pared francamente fibrosa y epitelio cúbico de una sola capa.

(Aumento 150 diámetros.)

Las observaciones de Thierry, Legueu, Pilliet y otros, ponen fuera de duda que su origen se halla en los canaliculos wolffianos del cuerpo de Rosenmuller; de manera que el tumor es esencialmente intra-ligamentoso y crece separando

las hojas peritoneales del ligamento ancho y distendiéndolas á veces enormemente; á consecuencia de este desarrollo, la trompa está muy á menudo distendida y se encuentra serpenteando por la superficie del quiste y con longitudes inverosímiles, y el ovario se descubre en algún sitio de la periferia del tumor, generalmente próximo al pabellón de la trompa, y presentando á veces una forma algo aplanada. En los quistes para-ováricos pequeños es cuando fácilmente se observa su carácter intra-ligamentoso, su desarrollo entre las hojas del meso-salpinx y la situación respectiva de la trompa y del ovario (figura 308).

QUISTES VARIOS.—Existe una variedad de quistes ováricos sumamente rara, que Koeberle fué el primero en describir y designó con el nombre de *quistes racimosos*; posteriormente Olshausen, Sanger y algunos otros los han descrito análogos, habiendo podido reunir Jayle y Bender, en su monografía, acerca de

un caso recogido en la clínica de Pozzi, hasta nueve casos completamente detallados (1).

Realmente, los quistes racimosos son raros y enteramente típicos: como indica su denominación, están constituidos por una serie de pequeños quistes independientes, de tamaño variable, desde el de una nuez á una manzana, completamente pediculizados y cuyo pedículo arranca de la superficie del ovario. El número de quistes es sumamente variable, figurando algunas veces un verdadero racimo y siendo otras menos numerosos, de modo que quedan reducidos á cuatro ó cinco. Todos ellos tienen su inserción en el ovario, el cual con-

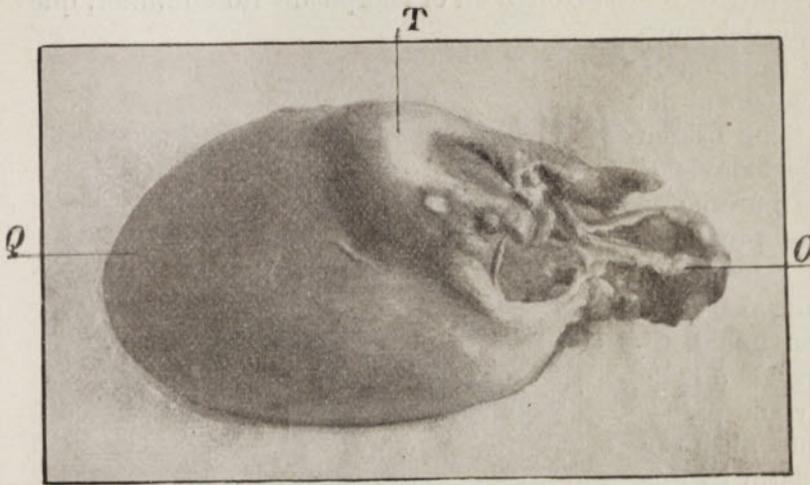


FIG. 308

Quiste para-ovárico derecho.

T, trompa. — O, ovario. — Q, quiste.

serva frecuentemente una porción de substancia sana y con la estructura propia de la víscera.

El contenido de los quistes es variable para un mismo tumor y enteramente parecido á lo que ocurre á los quistes glandulares; unos contienen un líquido seroso citrino, otros amarillo filamentosos, otros obscuro, etc.

La estructura recuerda enteramente la de los quistes glandulares; están cubiertos en su interior de epitelio polimorfo: cilíndrico, vibrátil, más ó menos alargado y en algunos puntos cúbico ó, aunque cilíndrico, sin pestañas.

En cuanto á su origen, parece ser análogo al de los quistes multiloculares, como opinó ya Olshausen; realmente las preparaciones de Jayle y Bender parecen demostrar que son debidos á invaginaciones glandulares del epitelio germinativo de la superficie del ovario, aunque Pfannenstiel cree que son debidos á quistes desarrollados en restos diseminados del cuerpo de Wolff, y por tal motivo se presentan completamente independientes.

Sin duda, algunos de los casos descritos como quistes racimosos entran en la categoría de la lesión que he descrito con el nombre de anexitis vesiculosa (2), y otros no son más que degeneraciones quisto-mixomatosas de origen papilomatoso; el carácter típico de la neoplasia es la existencia del epitelio polimorfo ó mejor cilíndrico, sin cuyo supuesto no debe aceptarse como quiste racimoso un tumor por el solo carácter de parecerse á una mola vesicular, con lo que algunos la han comparado.

(1) *Revue de Gynecologie et de Chirurgie abdominale*, 1903, pág. 755.

(2) Véase pág. 512.

Anatómicamente, forman una verdadera entidad, aunque bajo el punto de vista clínico ofrezcan una historia bastante obscura.

Doran, Sutton y otros han descrito quistes, generalmente papilares, que tienen su origen en la región del ligamento tubo-ovárico, así como se han encontrado un cierto número de quistes dermoides, cuyo punto de partida no estaba en el ovario. Estas variedades, raras y que no constituyen individualidad entre el gran número de quistes ováricos, se explican fácilmente por la existencia de los mal llamados ovarios accesorios ó sean restos ó pequeñas porciones de ovario de origen embrionario, y que se encuentran distribuídos en distintos sitios del ala posterior del ligamento ancho.

Una variedad rara es la que constituye lo que puede llamarse *quiste tubo-ovárico*, que no debe confundirse con los estudiados anteriormente. En el caso presente se trata simplemente de un quiste ovárico que por cualquier mecanismo está en comunicación con la trompa, sea porque ésta se ha adherido y abierto al quiste, ó al revés, que éste se ha comunicado con aquélla; los casos son raros, y no llegan á constituir entidad anatómica ni clínica, excepto cuando se confunden con los ya descritos (1).

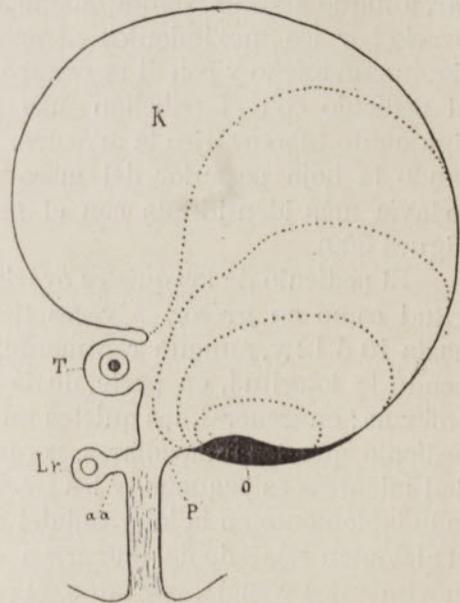


FIG. 309

Esquema del pedículo en los quistes ováricos.

O, ovario. — T, trompa. — Lr, ligamento redondo. — K, quiste. — P, meso-ovárico. — am, meso-salpinx. — aa, meso-redondo.

Los quistes mixtos ó combinados se observan con bastante frecuencia, sobre todo la asociación de los quistes dermoideos con los glandulares; ora en un mismo ovario se encuentra un quiste dermoideo junto con un quiste glandular, ora se encuentra en un lado quiste mucoide y dermoide en el otro; recuerdo un caso en que existía en ambos ovarios la combinación de quistes dermoides con glandulares.

La asociación de los quistes papilares con los glandulares es bastante más rara que la anterior, pero puede encontrarse, según queda indicado, y he tenido también ocasión de verla en más de una ocasión. Esas combinaciones tienen importancia para desechar las teorías patogenéticas que vinculan el origen de una determinada clase de quistes en elementos distintos y demuestran que existe todavía cierta confusión relativamente á este punto.

(1) Véase pág. 509.

IMPLANTACIÓN DE LOS QUISTES OVÁRICOS.—Según la forma en que están implantados, cabe dividirlos en *pediculados*, *sesiles*, *intra-ligamentosos* y *parásitos ó migratorios*.

Los quistes *pediculados* están sujetos por un pedículo al ala posterior del ligamento ancho. Este pedículo está constituido por el meso-ovario, y como él, se continúa por dentro con el repliegue útero-ovárico, por fuera con el ligamento tubo-ovárico y por fuera y detrás con el ligamento infundíbulo-pélvico; así resulta que su sección transversal tiene, por lo común, una figura triangular, aunque á veces resulta modificada y difícil de apreciar. Al estirarse el meso-ovario por los movimientos y tracciones del tumor, arrastra el peritoneo del ligamento ancho y con él la trompa, que casi siempre se encuentra bordeando el pedículo con el pabellón más ó menos estirado hacia el tumor, porque el ligamento tubo-ovárico la arrastra. Muchas veces el tumor ha crecido, levantando la hoja posterior del meso-salpinx, y entonces la trompa se encuentra todavía más identificada con el pedículo y á veces confundida con el mismo (figura 309).

El pedículo de los quistes ováricos puede ser muy variable, tanto en longitud como en grosor. A veces tiene tan sólo 3 ó 4 centímetros, otras llega hasta 10 ó 12 y, aunque raramente, puede alcanzar 15 ó 16 centímetros; depende la longitud, en parte, de la forma del tumor y de las condiciones de la enferma; en general, los quistes multiloculares y reticulados tienen más largo pedículo que los uniloculares, porque, sin duda, el tumor goza de gran movilidad mientras es pequeño, y las tracciones que el tumor puede ejercer influyen indudablemente en la longitud del pedículo, que va estirándose lentamente; en el abdomen relajado de una gran múltipara, goza también el tumor de más movimientos y suele, por tanto, el pedículo ser más largo. El grosor es también sumamente variable: por lo común está en relación inversa de la longitud; existen pedículos muy largos que tienen tan sólo uno ó dos centímetros de diámetro; lo común, sin embargo, es que tenga de tres á cuatro centímetros; á veces se encuentran pedículos cortos y gruesos como la muñeca, y otras presentan una forma membranosa. Se han descrito casos en que se encontraron dos pedículos para un mismo quiste.

El pedículo está constituido por un armazón de tejido conjuntivo más ó menos infiltrado y vascular, de modo que aunque aparezca muy grueso á simple vista, es siempre susceptible de una gran reducción.

Está atravesado por vasos arteriales que van á irrigar el tumor, y en general se descubren dos arteriolas ó grupos de arteriolas: uno hacia la parte externa del pedículo, procedente de la arteria ovárica, y otro hacia la interna, dependiente de ramas de la uterina.

Las venas son muy variables; existen pedículos en los que las venas están apenas visibles, y otros que son verdaderamente varicosos, con grandes plexos venosos que serpentean por su superficie formando manojos de venas, cuyo tamaño excede á veces del dedo meñique. Creo tiene importancia este detalle por la posibilidad de que en uno de estos senos venosos se forme un coágulo después de la intervención, que puede desprenderse y dar lugar á una embolia; el único caso que he tenido de muerte repentina después de la laparotomía, ocurrió catorce días después de una ovariectomía por quiste unilocular grande, en

una múltipara cuyo pedículo membraniforme estaba lleno de senos venosos como el meñique; la convalecencia fué feliz, sin que el pulso llegara á 100, ni la temperatura á 37'5, pero al décimocuarto día, antes de abandonar la cama, la enferma falleció, en cinco minutos, de embolia pulmonar.

Aparte de los vasos, se encuentran en el pedículo filetes nerviosos y fibras musculares.

En general, son pediculados los quistes glandulares y los dermoideos y algunos quistes para-ováricos pequeños.

Los quistes *sesiles* carecen de pedículo ó lo tienen tan corto que es difícil encontrarlo; se encuentran implantados en la parte posterior del ligamento ancho, con el meso-ovario más ó menos desplegado por el tumor. Éste tiene una base de implantación más ó menos ancha, que á veces se extiende desde el borde del útero á la fosa ilíaca, pareciendo como si estuviesen implantados en el borde superior y ala posterior del ligamento ancho. Estos quistes no tienen pedículo, pero si no han sufrido alteraciones flogísticas son pediculizables, porque tirando del tumor, ó buscando con los dedos su base de implantación, todo el ligamento ancho se estira y puede constituirse con él un pedículo más ó menos largo y asequible, constituido adentro por el ligamento tubo-ovárico y la trompa, afuera por el ligamento infundíbulo-pélvico y en el intermedio por las dos hojas del ligamento ancho; resulta un pedículo membraniforme, pero susceptible de una gran reducción con la ligadura.

Suelen ser *sesiles* los papilomas ováricos, tanto en la forma de tumor vegetante como de papiloma ovárico. Los primeros, particularmente, suelen ser completamente *sesiles* y aun su base de implantación está con frecuencia empotrada en el ligamento ancho, sin llegar á ser intra-ligamentosos, extendiéndose desde el borde del útero á la pared lateral de la pelvis; de manera que, en general, inmovilizan algo la matriz, porque adquieren adherencias íntimas con ella y con el peritoneo que la rodea; su base de implantación está en la parte posterior del ligamento ancho, de modo que la trompa suele estar por delante y encima; aunque pediculizables para su extirpación, casi siempre se rasga el peritoneo de la hoja posterior del ligamento ancho. El papiloma ovárico ó quiste papilomatoso, aunque *sesil*, puede pediculizarse más ó menos fácilmente porque su base de implantación no es tan extensa como en el anterior; en ciertos casos llega á formarse un pedículo que, aunque corto, es bastante delgado. Algunos quistes glandulares uniloculares son también *sesiles*, pero una vez evacuados se forma un pedículo en el que queda incluida parte de la pared del quiste en su porción más profunda. Quizás para algunas de estas formas tenga importancia el hecho invocado por Freund para explicar la falta de pedículo, ó sea que algunas veces el ovario normal carece de meso-ovario y se encuentra como engastado en el ala posterior del ligamento; sin embargo, si esto fuera la causa principal, indudablemente el que un quiste ovárico fuera pediculizado ó *sesil* estaría más relacionado con este fenómeno que no con la clase de quiste, según hemos visto que suele estarlo.

Los quistes *intra-ligamentosos* son los que se desarrollan en el espesor del ligamento ancho, desplegando sus hojas peritoneales, de manera que casi son quistes extra-peritoneales. El quiste va creciendo y desplegando las hojas del meso-ovario, si procede del ovario, luego las del meso-salpinx, separando la hoja

posterior de la anterior. Si ha nacido en el para-ovario, levanta primero la hoja posterior del ligamento ancho que luego se despliega y distiende todo, levantando y estirando la trompa hacia arriba y adelante. En estos casos el quiste está siempre recubierto por una hoja peritoneal en toda su superficie, exceptuando una pequeña porción del mismo, que está en contacto del tejido celular para-métrico.



FIG. 310

Esquema de un quiste ovárico que se desarrolla dentro del ligamento ancho.

O, ovario.—T, trompa.
—Lr, ligamento redondo.
—Ll, ligamento ancho.

Pertenecen á esta clase algún quiste ovárico, que, insinuándose en el meso-ovario (fig. 310), llega á desarrollarse intra-ligamentosamente, y la mayoría de quistes para-ováricos, pues tan sólo algunos de éstos llegan á formar un pedículo membranoso con el peritoneo posterior del ligamento ancho (fig. 311).

Estos quistes son enucleables, pero no pediculizables; sin embargo, cuando se evacúan, y dadas las adherencias laxas que tienen con el tejido celular, permiten dejar hueco el ligamento ancho y fruncirlo á manera de pedículo membranoso escurriendo el quiste de su espesor.

Entre estos quistes intra-ligamentosos ó sub-peritoneales existe una variedad, que Pozzi ha llamado *retroperitoneales*, que se desarrollan casi por completo fuera del peritoneo, deslizando por el tejido celular hacia la fosa ilíaca derecha ó izquierda, ascendiendo por delante del psoas y desplegando el meso-ciego y el meso-colon ascendente si es del lado derecho, ó la S ilíaca y el meso-colon si es del lado izquierdo; he visto un caso de esta índole, procedente del para-ovario derecho, que había levantado todo el peritoneo de la fosa ilíaca correspondiente y llegado por detrás del colon hasta el riñón derecho; por delante del tumor estaba el ciego y el colon ascendente; su enucleación fué muy fácil, dejando al descubierto el riñón y todo el trayecto del uréter derecho: contenía el quiste unos ocho litros de líquido seroso. Otro caso he visto que se corrió por debajo del peritoneo del fondo de Douglas y por el lado del recto, que quedaba á izquierda, subía por la gran escotadura sacro-ciática derecha hasta el mesenterio, cuya parte inferior había desplegado; era también un quiste unilocular procedente del para-ovario.

Si cupiera alguna generalización en lo referente á la implantación de los quistes ováricos, podría decirse, aceptando la clasificación de Bland-Sutton, que los que nacen en el o-oforon (glandulares) son pediculados, los que tienen su origen en el para-oforon (papilares) son sesiles, y los que se originan en el epo-oforon (para-ováricos) son intra-ligamentosos. Indudablemente algo de esto ocurre en la realidad, aunque no de una manera absoluta.

Por rareza se encuentra un quiste ovárico que no tiene conexión ninguna con el aparato genital y cuya implantación se halla en órganos distantes de la

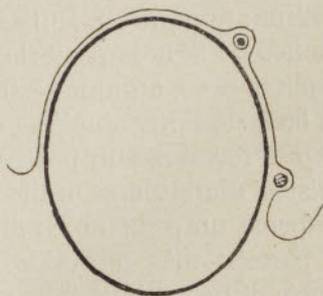


FIG. 311

Esquema de un quiste intra-ligamentoso con el ligamento ancho distendido.

pelvis (mesenterio, intestinos delgados, hígado, epiploon). Lawsson-Tait llamó la atención sobre tales hechos, que después han sido comprobados por Olshausen, Kelly y muchos otros ginecólogos. Llamados quistes *parásitos* ó *migratorios*, todos han tenido antes su implantación en la zona ovárica, y por un proceso, que luego estudiaremos, en virtud del cual el pedículo se tuerce y puede llegar á romperse, pierden sus conexiones con el aparato genital al tiempo que adquieren adherencias en otros sitios, merced á las que siguen viviendo y desarrollándose; he visto un solo caso en que no hallé una conexión evidente del quiste con la zona ovárica y en el que encontré un resto de pedículo en vías de reabsorción; el tumor, como una cabeza de feto, procedía del ovario izquierdo y lo encontré en la fosa iliaca derecha. Algunos autores han encontrado quistes muy voluminosos completamente separados de la pelvis y ocupando más bien zonas altas del abdomen.

TOPOGRAFÍA DE LOS QUISTES OVÁRICOS. — Bajo este punto de vista, pueden dividirse en quistes de *evolución pélvica*, *abdominal* y *pelvi-abdominal*.

En su comienzo, casi todos los quistes pediculados, son de *evolución pélvica*, sólo que unos lo son de una manera transitoria y otros permanente.

Son pélvicos transitoriamente casi todos los quistes del ovario, sean de la clase que fueren; el ovario, aumentado de volumen, cae en el Douglas, donde sigue creciendo hasta que por su volumen rebasa los límites del estrecho superior, y entonces se convierte en abdominal, ó de seguir siendo pélvico, adquiere ya el carácter de quiste de evolución pelviana. Se ha discutido mucho el mecanismo en virtud del cual un quiste pélvico pasa á ser abdominal; Freund, que es quizás quien mejor lo ha estudiado, dice que á medida que el tumor va creciendo sale por el arco del estrecho superior hacia la gran cavidad abdominal, hasta que por su propio peso bascula hacia adelante, saliendo del fondo de Douglas y quedando convertido en abdominal; en virtud de tal evolución el pedículo sufre cierto grado de torsión, como de un cuarto de círculo, que no constituye hecho patológico, porque no influye en la evolución de la neoplasia; la superficie del quiste que era superior pasa á ser anterior, y la que era posterior, superior, porque todo el tumor sufre una rotación de un cuarto de círculo sobre su eje transversal. Franz ha demostrado que esa torsión parcial del pedículo no era constante y que, por lo tanto, el tumor pelviano puede

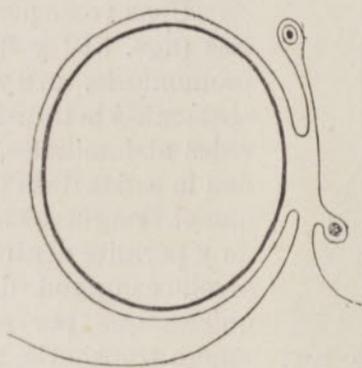


FIG. 312

Quiste libre desarrollado detrás del ligamento ancho, en el fondo de Douglas, y que puede convertirse en abdominal.

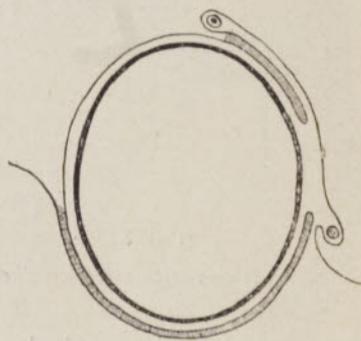


FIG. 313

El mismo sinfisiado con el peritoneo del fondo de Douglas, por lo que queda retenido en la pelvis.

hacerse abdominal sin necesidad de esta basculación, simplemente porque su expansión hacia arriba del estrecho superior hace que la parte situada por encima del mismo, adquiera mayor volumen y arrastre el segmento que continuaba en la pelvis. Sea cual sea el mecanismo, lo cierto es que la mayoría de quistes, comenzando por ser pélvicos, pasan á ser abdominales, y el tránsito entre los dos períodos se marca á veces de una manera evidente en el curso clínico de las enfermas.

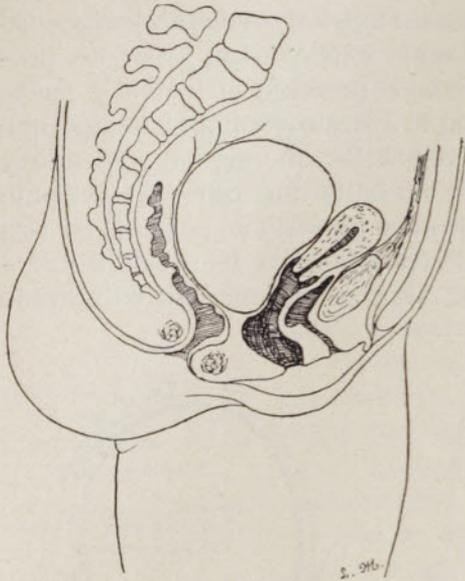


FIG. 314

Quiste ovárico retro-uterino.

plantación debían ser pélvicos de una manera transitoria, permanecen y siguen desarrollándose en el Douglas, al que distienden, llenando la pelvis y dislocando los órganos que en ella se encuentran. En estos casos el útero está dislocado hacia arriba y adelante contra el pubis, por encima del cual se eleva algunas veces, en tanto el tumor del fondo de Douglas distiende la pared vaginal posterior hacia adelante y forma abultamiento en la luz del recto, llegando bien pronto, en su crecimiento incesante, á producir los fenómenos de compresión, que estudiaremos como propios de los quistes *retro-uterinos* (fig. 314).

Alguna vez, por rareza, pueden estar las cosas totalmente invertidas y el quiste crecer por delante del útero en vez de hacerlo en el Douglas; casi siempre que ocurre esta contingencia, es porque precedió al desarrollo del tumor una retroflexión del útero, y el ovario se coloca en la mitad anterior de la pelvis, dando lugar á la variedad rara de quistes *ante-uterinos*. Estos, si siguen evolucionando, pasan siempre á ser abdominales, pues no pueden quedar rete-

Unas veces porque existen adherencias (figs. 312 y 313), otras porque el promontorio, muy prominente, opone obstáculo á la transición, ó porque las paredes abdominales, muy rígidas, impiden la salida de la pelvis, ó también porque el Douglas es muy amplio y profundo y permite dentro del mismo un desarrollo exagerado del tumor, ocurre que, quistes que por su naturaleza é im-

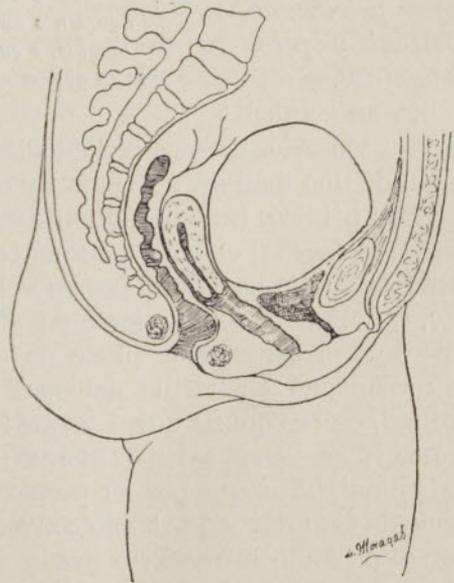


FIG. 315

Quiste ovárico ante-uterino.

nidos en la pelvis en cuanto su volumen la llena hasta el estrecho superior (fig. 315).

Aparte de los casos en que el quiste, por circunstancias accidentales, se convierte en pélvico de una manera permanente, existen otros que, por la índole misma de los quistes y por su implantación, son casi siempre de evolución pélvica; tales son los pequeños tumores para-ováricos, los dermoides sesiles, los tumores vegetantes y algunos quistes papilomatosos. Pero estos quistes, con ser pélvicos en su desarrollo, tanto por su implantación como por su escaso desarrollo, no provocan los fenómenos de los del caso anterior, porque raras veces llegan á determinar fenómenos de compresión. Crecen á los lados del útero, que con frecuencia enclavan é inmovilizan, y aun dislocan, si uno de ellos adquiere mayor volumen que su congénere, ya que con frecuencia son bilaterales; fácilmente ocupan el fondo de Douglas, pero no lo llenan y distienden como los anteriores. En rigor, quizás éstos son los verdaderos quistes de evolución pélvica, ya que los demás resultan retenidos por circunstancias accidentales, que si desaparecen ó se vencen, el quiste se convierte en abdominal.

Los quistes de *evolución abdominal* ocupan, por lo común, el hipogastrio cuando su volumen es poco mayor que una ó dos cabezas de feto; algunas veces están ladeados hacia una de las fosas ilíacas. Descansan por abajo sobre los órganos pelvianos, pero no los comprimen sino raras veces, porque se apoyan por su periferia en el cinturón del estrecho superior; por delante están en contacto con la pared anterior del abdomen y por arriba, detrás y los lados, están en relación con las asas intestinales.

A medida que el tumor va creciendo y llenando el abdomen, repele los intestinos hacia arriba y hacia los lados, arrinconándolos en el epigastrio y los vacíos. Cuando el quiste llega á adquirir gran volumen, ocupa por completo el epigastrio y fosas ilíacas, la zona umbilical y gran parte de los vacíos, el epigastrio y parte de los hipocondrios; hacia los vacíos y en el epigastrio, por detrás del quiste, quedan arrinconados los intestinos, y el quiste está en contacto inmediato con toda la pared abdominal, desde el pubis al apéndice xifoides, con el hígado y el bazo por arriba, con la columna vertebral por detrás, y con los intestinos delgados, que suelen estar arrinconados hacia el vacío derecho ó el izquierdo, más frecuentemente este último; por debajo está en relación con los órganos pelvianos, vejiga, útero y recto, que, sin embargo, ocupan la mayoría de veces su posición normal (lám. XII, I y II).

Conviene recordar, sin embargo, que á veces el tumor de evolución abdo-

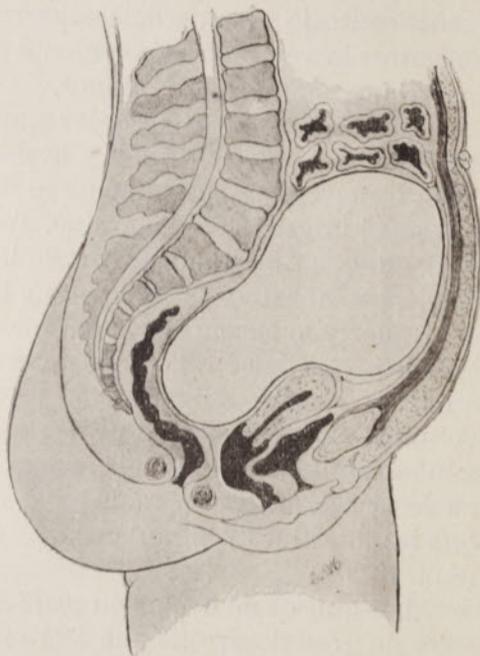


FIG. 316

Quiste pelvi-abdominal.

minal, que es sesil en su implantación ó tiene un pedículo corto y al evolucionar de pélvico á abdominal atraído y estiró el ligamento ancho, puede dislocar el útero, llevándolo hacia arriba y en general ladeándolo, tanto, que á veces resulta difícilmente asequible desde la vagina. Aunque, por lo general, en esa dislocación suele ser llevado el útero hacia delante y al lado, puede serlo hacia atrás; se comprende este mecanismo cuando un tumor, implantado sesilmente en el ligamento ancho, es llevado hacia el abdomen por su crecimiento sucesivo, que le obliga á salir de la pelvis, en cuyo caso todo el ligamento ancho sufre la tracción del tumor y arrastra el útero.

Alguna vez el tumor, en su evolución, arrastra la vejiga, porque anteriormente contraído su superficie adherencias con este órgano, y entonces podemos encontrar la vejiga, á más ó menos altura, interpuesta entre la pared abdominal y la cara anterior del tumor.

También conviene recordar que, como anomalía, puede encontrarse una asa intestinal entre el tumor y la pared abdominal; Quenu encontró una vez el colon transversal; generalmente es debido el fenómeno á alguna adherencia que retiene el intestino en dicho sitio. También puede ocurrir, y de ello he visto un caso, aunque único, que en vez de llevar el tumor, en su crecimiento desde la pelvis, los intestinos hacia lo alto y los lados, aquéllos se distribuyan alrededor del tumor y lo encontremos rodeado de intestinos por todos lados; precisamente el quiste glandular reticulado de la figura 283 tenía en la pelvis un gran paquete de intestino delgado, cosa verdaderamente rara tratándose de un quiste voluminoso; cierto que su pedículo era de unos veinte centímetros, y el tumor, aunque sin haber perdido las conexiones, parecía verdaderamente migratorio; en éstos, cuando han perdido toda conexión con la pelvis, puede darse el caso de que los intestinos vengán á ocupar la excavación y la parte baja del abdomen (lám. II, vi).

Los quistes de evolución *pelvi-abdominal*, generalmente son quistes bilaterales de gran desarrollo que están superpuestos, ocupando uno de ellos el fondo de Douglas y el otro el abdomen; en esta situación guardan relaciones distintas, puesto que, generalmente, el que evoluciona en el abdomen está inclinado hacia un lado del mismo; algunos casos que he visto de esta clase, pertenecían á quistes papilares; uno de ellos era dermoideo, el pélvico, y glandular el abdominal.

A veces se encuentran quistes pelvi-abdominales uniloculares y no muy tensos, de los que una parte ocupa la pelvis y la otra el abdomen, presentando una estrangulación á nivel del estrecho superior (fig. 316).

Un quiste multilocular puede presentar también una evolución pelvi-abdominal, existiendo alguna abolladura en la pelvis y el resto del tumor en el abdomen.

Sea por un quiste unilocular con prolongación pélvica, sea por uno multilocular, puede en estos casos encontrarse el útero dislocado hacia abajo y en prolapso irreductible por la existencia del tumor. Generalmente, cuando esto ocurre, el útero está en retroflexión y el quiste empuja útero y vejiga hacia abajo, presentándose por la vulva un prolapso completo; en estos casos, después de extirpado el quiste, la histereptosis se reduce espontáneamente, sin necesidad de intervención directa; en algún caso que he visto de esta clase, ha desaparecido el prolapso con la extirpación del quiste.

ADHERENCIAS EN LOS QUISTES DEL OVARIO. — En tanto el quiste conserva la integridad de su superficie y su epitelio no se altera, el tumor guarda con los órganos vecinos simples relaciones de contigüidad, pero puede deslizar y resbalar como todos los órganos abdominales.

Cuando el epitelio se altera, tanto en la superficie del tumor como por parte del peritoneo, se establecen adherencias entre la superficie quística y la serosa peritoneal. Waldeyer ha demostrado que sin la alteración previa de los endotelios no se fraguan adherencias, y la cirugía abdominal ofrece ejemplos múltiples que demuestran que la alteración epitelial ha de ser de ambas superficies para que la unión se establezca.

La alteración de las superficies serosas tiene distintos orígenes: es debida á un proceso irritativo, ocasionado ora por actos mecánicos, ora por irritación química ó bien por mecanismo infectivo.

Mecánicamente, cuando el quiste comprime y roza incesantemente una extensa superficie peritoneal, como ocurre entre el peritoneo parietal y la cara anterior del tumor; atendido que ésta no ofrece las condiciones de organización que presentan las demás superficies peritoneales, el simple roce repetido en el mismo sitio basta para desarrollar la peritonitis adhesiva necesaria para unir las dos superficies peritoneales.

La irritación química de la serosa peritoneal en los casos de quiste ovárico, es sumamente frecuente, ora por la composición del quiste, ora por alteraciones en su nutrición, como ocurre cuando la torsión del pedículo perturba su circulación y le convierte en cuerpo irritante. La distensión exagerada de las paredes quísticas cuando el tumor alcanza gran volumen, perturba su nutrición y le hace perder su normalidad convirtiéndolo, hasta cierto punto, en cuerpo extraño; por eso son casi de rigor las adherencias en los quistes voluminosos y antiguos.

Finalmente, por proceso flogístico infectivo, cuando el quiste es asiento de infecciones y aun de supuraciones que, por propagación, ocasionan la peritonitis adhesiva que se necesita para la formación de adherencias. No sólo del quiste pueden proceder esas peritonitis parciales, sino también del tubo digestivo, que puede infectar zonas determinadas.

Por acción mecánica, química ó infectiva del quiste, lo cierto es que la peritonitis adhesiva necesaria á la formación de adherencias, existe con frecuencia, y llega un momento en la evolución de los quistes ováricos en que la existencia de adherencias, más ó menos extensas, es casi de rigor. Antiguamente, cuando se puncionaban los quistes ováricos, seguramente alrededor del sitio de la punción, se encontraba una placa de adherencias más ó menos extensa, porque en dicho sitio se reunían dos de las principales causas que producen la peritonitis adhesiva; el traumatismo, como acto mecánico, y algunas gotas de líquido intraquístico, que salían por la punción al retirar el trócar y mojaban el peritoneo vecino, como efecto químico.

Otra causa de adherencias muy frecuente, por lo que se refiere á la zona pelviana, son los procesos infectivos de los anexos, tan frecuentes, y que no dejan de existir cuando se ha desarrollado un quiste ovárico.

Por todos estos motivos, se comprende cuán frecuente será la coexistencia de adherencias que pueden interesar cualquiera región del peritoneo.

Entre los quistes de evolución abdominal encontramos adherencias parietales, epiploicas y viscerales.

Las adherencias parietales unen la superficie del tumor con el peritoneo parietal; dichas adherencias, las más frecuentes de todas, se encuentran particularmente en la zona infra-umbilical, pero á menudo se extienden á toda la pared anterior del abdomen. A veces están constituidas por una simple aglutinación, muy fácil de separar; otras la adherencia es resistente, y la pared quística y el peritoneo parietal aparecen perfectamente sinfisiados, costando trabajo



FIG. 317

Extensas adherencias intestinales en la superficie de un quiste ovárico.

encontrar su intersticio. En algunos sitios, y cuando las adherencias son antiguas, existe verdadero desarrollo vascular; generalmente la vascularización es poca, pero en algunos casos puede originar hemorragias de alguna importancia. Cuando la unión es total y existe verdadera sínfisis, el punto en que es más fácil hallar el intersticio es la zona umbilical, porque con los repliegues que forma la cicatriz, nunca la unión es tan completa como llega á serlo entre dos superficies enteramente lisas. Es verdaderamente raro que el quiste tome adherencias á la pared posterior; sin embargo, puede ocurrir que se halle adherido por delante de la columna vertebral en la raíz del mesenterio.

Las adherencias epiploicas son también muy frecuentes, aunque no tanto como las parietales. Puede estar adherido simplemente por su borde en la superficie del quiste ó bien presentar una adherencia extensa por su cara anterior y posterior, que á manera de delantal, cubre al quiste. También las adherencias epiploicas, si son recientes, pueden aparecer como una simple aglutinación, pero frecuentemente ofrecen una unión perfecta y organizada, y á través de la misma se establecen comunicaciones vasculares entre el quiste y el epiploon, de manera que se ven verdaderos pedículos vasculares con plexos venosos enormes y arterias de gran calibre; muchas veces la vascularización epiploica sirve para nutrir el tumor, sobre todo en los casos de torsión de pedículo.

Las adherencias viscerales son las menos frecuentes, sin embargo, no es raro encontrar asas intestinales adheridas en largo trayecto á la superficie del tumor (fig. 317); generalmente se separan con cierta facilidad, pero ha de recor-

darse que alguna vez es tan íntima y sólida la unión que no pueden separarse sin que se resienta la integridad de la pared intestinal ó de la pared quística. Se han encontrado adherencias al estómago, al bazo, al hígado y á la vejiga biliar; más de una vez he tenido que proceder con gran cautela al separar esas adherencias en quistes antiguos. Ciertamente que esas adherencias son de cada día menos frecuentes, porque es raro que los quistes ováricos alcancen las proporciones y antigüedad que encontrábamos hace quince y veinte años.

Los quistes de evolución abdominal tienen generalmente pocas adherencias hacia la pelvis; sin embargo, á veces están unidos con el útero ó la vejiga por procesos adhesivos, ocurridos en el período de evolución pélvica.

Los quistes de evolución pélvica ofrecen también adherencias con alguna frecuencia, debidas la mayor parte de las veces á flogosis anexiales que establecen uniones entre las superficies peritoneales que están en contacto. Estas adherencias pueden, en ciertos casos, ser origen de confusión, haciendo confundir un quiste retro-uterino con uno intra-ligamentoso; si la superficie quística se adhiere por toda su periferia con el peritoneo vecino, formando una sínfisis algo sólida, el tumor imita perfectamente un quiste ligamentoso, exactamente como ocurre en la degeneración quística del ovario (1) cuando éste se adhiere á la cara posterior del ligamento ancho. Entonces resulta difícil encontrar el intersticio, y como el ligamento ancho aparece identificado con el tumor por la sínfisis peritonítica, simula perfectamente que el quiste está dentro del ligamento (figs. 312 y 313). Los quistes de evolución pélvica suelen estar adheridos fuertemente á la cara posterior del útero ó á la anterior del recto; ambas suelen ser bastante sólidas y vasculares. Cuando las adherencias pélvicas son extensas llegan á imposibilitar la transición del quiste de pélvico en abdominal, y si á tanto no alcanza, son motivo, según queda dicho, de que el tumor, al abandonar la pelvis, arrastre y disloque órganos puramente pelvianos, como el útero y la vejiga.

En los tumores intra-ligamentosos no tienen menos importancia las adherencias; en tanto un tumor sesil empotrado en el ligamento, ó bien que evoluciona en la atmósfera celular, no ha contraído adherencias con los tejidos vecinos porque no ha existido flogosis, el tumor permanece como libre entre los haces de tejido celular y puede aislarse fácilmente, pero cuando la unión se establece, el tumor se identifica con los tejidos vecinos y se hace verdaderamente difícil su aislamiento. Las adherencias llegan á veces á ser tan íntimas y sólidas, que útero y quistes forman como una sola pieza engastada en el fondo de la pelvis.

ASCITIS EN LOS QUISTES OVÁRICOS.— Ya he indicado anteriormente que existe una clase de quistes, los papilares, en los que la ascitis es casi constante. Pero, aparte de los papilomas, puede existir también en los demás, cualquiera que sea la forma y naturaleza del quiste.

Una cierta cantidad de ascitis existe casi siempre, pero la mayoría de veces no tiene bastante importancia para concederle la categoría de lesión concomitante. Ocurre lo mismo que con el útero en estado de gestación, que casi siempre provoca la formación de una pequeña cantidad de ascitis; en ambos casos

(1) Véase pág. 504.

ocurre igual fenómeno; el útero, como el quiste ovárico, por el simple roce estimula el poder secretorio del peritoneo y la serosidad aumenta hasta constituir una pequeña colección que debe considerarse como normal.

Pero en algunos casos la ascitis es bastante abundante para que constituya lesión y dé carácter al tumor, que aparece en estos casos complicados con ascitis. El proceso es el mismo que sirve para la formación de adherencias: se trata de una peritonitis que en vez de ser adhesiva es exudativa.

El mecanismo de producción de esta peritonitis consiste en que el tumor obra como irritante químico, generalmente provocando la exudación peritoneal. Ya he indicado cómo los productos de secreción del papiloma producen este efecto, dada su acción irritante. En los quistes no papilares esa acción procede de las condiciones del tumor; así en los quistes glandulares multiloculares y reticulados, alguna cavidad quística puede abrirse en el peritoneo ó bien algún utrículo glandular vierte en el mismo el producto de su secreción, y la peritonitis exudativa se declara y se mantiene activa en tanto persiste el tumor que la originó. Por eso, en general, la existencia de ascitis indica, por parte del tumor ovárico, cierta malignidad clínica; de aquí que sea más frecuente en los quistes multiloculares que en los uniloculares y más común en los glandulares en general que en los dermoideos, y sea casi constante en los papilares.

Indudablemente, aparte de esa acción casi específica que los quistes ováricos tienen sobre la serosa peritoneal para provocar su exudación, debe existir una acción indiferente, como cuerpo extraño, que en determinadas circunstancias hace que una peritonitis en vez de ser adhesiva sea exudativa, como lo prueba el hecho de que también los fibromas de naturaleza muy distinta de los quistes, provoquen á veces ascitis abundante. Quizás en las condiciones individuales de cada enferma exista una mayor facilidad al desarrollo de la peritonitis exudativa. No de otro modo se explica que la torsión del pedículo en un quiste ovárico, por ejemplo, provoque casi siempre una peritonitis adhesiva, pero que en algún caso sea el punto de partida del desarrollo de una gran ascitis.

Así como en los quistes papilares la ascitis es progresiva sin límites, en los demás suele permanecer estacionaria y aun presentar oscilaciones en la cantidad de líquido peritoneal; este fenómeno abonaría la creencia de los que opinan que la ascitis en estos casos es un producto de secreción del quiste papilar; sin embargo, por lo que ya he dicho antes, es más lógico suponer que la acción irritante de los productos quísticos obra constantemente en los papilares, mientras que en los demás su acción es más bien accidental.

La observación demuestra que, si debe considerarse la ascitis como fenómeno constante en los papilomas, en los demás es un hecho accidental, puesto que, si todos van acompañados de una cantidad insignificante de ascitis, tan sólo un 4 ó 5 por 100 la provocan en cantidad suficiente para considerarla como hecho patológico. Y que en estos casos el quiste es la causa del derrame, directa ó indirectamente, lo demuestra el hecho de que una vez extirpado el tumor, la ascitis no se reproduce.

ROTURA DE LOS QUISTES OVÁRICOS. — Generalmente ocurre el fenómeno cuando los quistes han alcanzado ya cierto volumen, ó bien en algunos quistes glandulares de desarrollo muy rápido.