



El presente artículo tiene como propósito analizar el rol del docente en el aula de clase, considerando los aspectos pedagógicos, éticos y de gestión del aula.



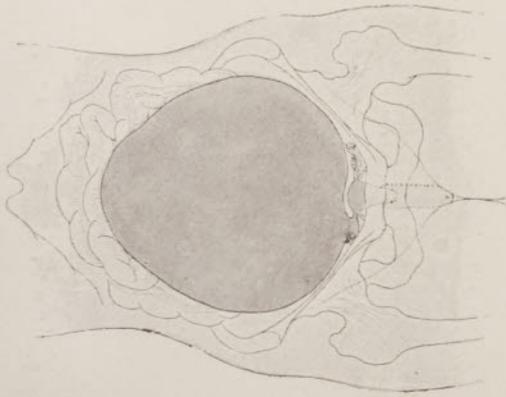
Figura 1. Docente en el aula de clase.

El docente es el responsable de la formación integral del estudiante, por lo que debe contar con una sólida base teórica y práctica. Además, debe ser capaz de motivar a los estudiantes y fomentar su participación activa en el proceso de aprendizaje.

El docente debe ser un profesional que se comprometa con su labor y con el desarrollo de sus estudiantes. Para ello, debe estar actualizado en los conocimientos de su disciplina y en las metodologías de enseñanza. Asimismo, debe tener habilidades de comunicación y de gestión del aula, para poder crear un ambiente propicio para el aprendizaje.

En conclusión, el docente es un actor fundamental en el proceso de enseñanza-aprendizaje. Su rol es complejo y requiere de una constante actualización y desarrollo profesional. Solo así podrá cumplir con su responsabilidad de formar a las nuevas generaciones.

LÁMINA XII  
 DIAGNÓSTICO DE LOS TUMORES ABDOMINALES



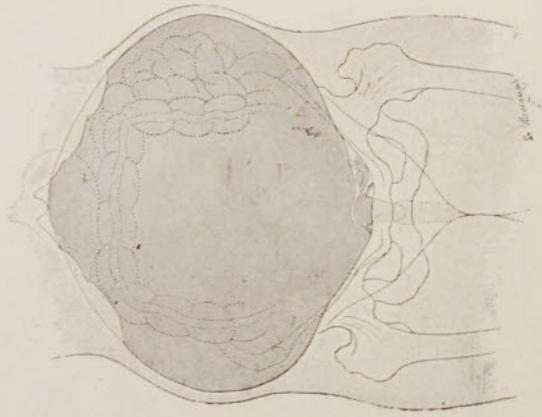
I.—Tumor *ortotrópico* de regular volumen (quiste ovárico). Zonas sonoras en los vacíos y epigastrio.



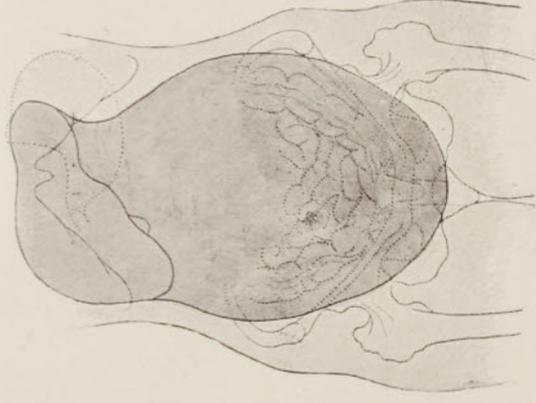
III.—Tumor *anatrópico* de regular volumen (quiste hidatídico del hígado). Zonas sonoras á izquierda y abajo.



V.—Tumor *amphitrópico* izquierdo (de origen renal). Sonoridad hacia abajo y lado derecho.



II.—Tumor *ortotrópico* muy grande (quiste del ovario). Zonas sonoras en los vacíos, por detrás del tumor.



IV.—Tumor *anatrópico* gigante (quiste hidatídico del hígado). Zonas sonoras hacia abajo, por detrás del tumor.



VI.—Tumor *mesotrópico* (quiste hidatídico del mesenterio). Sonoridad á todo alrededor.



Es muy difícil precisar una duración al quiste del ovario en general, desde que se inicia su desarrollo hasta la terminación espontánea de la dolencia. Los quistes glandulares, reticulados y multiloculares, suelen llegar á la caquexia en tres ó cuatro años; los uniloculares duran más y son mejor tolerados, no siendo raro encontrarlos que hace cinco ó seis años que existen, sin que hayan producido aún fenómenos de intolerancia; los dermoideos se ofrecen á menudo verdaderamente estacionarios y cuando evolucionan suelen hacerlo lentamente; los para-ováricos son los más lentos en su evolución y no es difícil encontrarles que llevan diez y doce años de existencia. Dentro de este tipo, que es el general y en el que se ve una enfermedad verdaderamente progresiva de curso no interrumpido, pueden presentarse variaciones hacia ambos extremos. Se citan casos de una tolerancia verdaderamente extremada y en los que el quiste ha podido persistir veinte, cincuenta y más años, como los de Frank, Olshausen y otros. En cambio, Spencer-Wells habla de quistes galopantes que recorren todo su círculo en menos de dos años: todos hemos tenido ocasión de ver ejemplares de una y de otra clase.

COMPLICACIONES. — Este curso espontáneo se ve con gran frecuencia interrumpido por alguno de los accidentes ya estudiados que aceleran el curso de la dolencia ó lo cambian por completo. La ascitis, las adherencias, la rotura, la torsión del pedículo, la supuración y las hemorragias perturban el curso de los quistes ováricos comunicándoles verdadera malignidad clínica, haciéndoles intolerables al organismo ó comunicándoles una gravedad perentoria é inusitada. Sin duda en el curso de los quistes ováricos hay que contar con ese sinnúmero de accidentes y complicaciones que pueden torcer su marcha espontánea; el quiste mejor tolerado, á veces completamente latente, se convierte en serio peligro por el fenómeno de rotación ó porque se infecta y supura. La enferma afecta de un quiste ovárico está constantemente amenazada de esos accidentes, que convierten una enfermedad relativamente tranquila y benigna en una enfermedad intolerada y clínicamente maligna. La gravedad de los quistes ováricos depende mucho más de los accidentes y complicaciones que de su curso espontáneo.

Así observamos que los quistes papilares son clínicamente los más graves, porque desarrollan siempre la ascitis de un modo prematuro y conducen á la caquexia mucho más rápidamente que los otros.

Aparte de los accidentes y complicaciones enunciados, pueden influir en el curso de los quistes ováricos la coexistencia con el embarazo y con otras enfermedades del aparato genital y la degeneración maligna de los quistes ováricos.

*Quistes y embarazo.* — La coexistencia de ambos estados no es nada rara, pues ya hemos visto que la fecundación no siempre se suprime cuando existe un tumor ovárico. El diagnóstico no suele ser difícil y varía según la época del embarazo y la clase de tumor coexistente. Es de notar que no coexiste la preñez, por regla general, con los tumores papilares, con los bilaterales, ni con los malignos; sin embargo, recuerdo haber visto un caso con sarcoma del ovario izquierdo. En general, son quistes glandulares, para-ováricos ó dermoideos los que complican un embarazo.

Si el embarazo está en la primera mitad y coexiste con un tumor pélvico, la palpación combinada, demostrando la existencia de un tumor uterino y otro extra-uterino, permite el diagnóstico, que queda reducido á eliminar del tumor uterino la existencia de un mioma, lo que se hace por la anamnesis y por los caracteres que la exploración descubre en el tumor. Si se trata de un embarazo en la primera mitad y de un quiste abdominal voluminoso que no permite la palpación combinada directa, se hará el diagnóstico apreciando que existe un tumor abdominal y otro uterino por la no transmisión á éste de los movimientos de aquél y porque tanto la anamnesis como los caracteres del útero inclinan al diagnóstico de embarazo.

Cuando el embarazo está en la segunda mitad el diagnóstico es más fácil, porque la auscultación permite establecer con seguridad el diagnóstico de preñez y sólo falta demostrar



FIG. 326

*Aspecto de un abdomen con un embarazo de cinco y medio meses y un quiste del ovario de igual volumen.*

que á la vez existe un tumor ovárico. Si éste es pélvico, ocupará siempre el fondo de saco posterior y el tacto vagino-rectal no dejará lugar á duda respecto á su existencia y caracteres; el útero está por encima del estrecho superior, gravitando sobre el quiste del fondo de Douglas; el diagnóstico es fácil. Si el quiste es abdominal, encontramos bien manifiestos en el abdomen, por la inspección, dos tumores, uno hacia abajo y derecha ó izquierda, que es el útero, y otro hacia arriba y lado opuesto, que es el quiste (fig. 326); la palpación comprueba la existencia de dos tumores, apreciando el surco de separación de ambos y la distinta consistencia que pueden tener, aparte de que la auscultación revela cuál corresponde al útero y cuál al quiste. Únicamente existen dificultades cuando el quiste, por su gran volumen, llena toda la cavidad abdominal, en cuyo caso la exploración se hace difícil, pero no infructuosa.

La influencia recíproca que pueden ejercer el quiste sobre el embarazo y viceversa, es muchas veces completamente nula; empero, existen casos que parecen sufrir las consecuencias de tal coexistencia.

Respecto á la influencia que el embarazo puede producir sobre los quistes, es muy variable. Se ha dicho por Spiegelberg, Olshausen, Veit y otros que los quistes ováricos se desarrollan más rápidamente cuando sobreviene el embarazo, explicando el fenómeno por la congestión de que es asiento todo el aparato genital durante la gestación, particularmente en los tres primeros meses; Shonlein pretende lo contrario, ó sea que la influencia más bien es beneficiosa que contraria. Ello prueba que no es muy manifiesta y, realmente, se ven muchos casos en que no se hace visible su acción.

Se ha dicho por algunos que durante el embarazo el quiste mostraba mayor tendencia á sufrir la degeneración maligna, pero los hechos no lo demuestran.

Lo que sí no es dudoso es que determinados accidentes son favorecidos por el embarazo y, sobre todo, por el parto y puerperio. No hay duda que la rotura es más fácil y frecuente durante el embarazo por la presión inusitada que sufre el quiste en virtud del crecimiento rápido del útero. Tampoco es dudoso, y ya lo consigné oportunamente, que la rotación del quiste no sólo es mucho más frecuente, sino usual después del parto. Como tampoco es dudoso que durante el puerperio ocurra con mayor frecuencia que en otra ocasión la supuración del quiste.

En conclusión, resulta que, sin que el embarazo ejerza ninguna acción especial evidente en el desarrollo de los quistes del ovario, perturba su evolución de tal modo y con tal frecuencia, que le comunica verdadera gravedad, hecho que debe tenerse muy en cuenta al sentar las indicaciones.

Respecto á la influencia que los quistes ejercen en la evolución del embarazo, parece que existe por parte de éste la misma indiferencia que por parte de aquél. Aunque Remy creyó demostrar que el aborto es relativamente más frecuente en el embarazo con quiste ovárico, observaciones posteriores, en vez de confirmar el fenómeno, lo han puesto en duda: precisa recordar que el aborto es un hecho frecuente en el curso de la preñez para que se atribuya su aparición á la coexistencia de un quiste ovárico; yo pienso, por lo que he visto, que si algún quiste tiene influencia, son más bien los quistes pelvianos que los grandes quistes abdominales, porque aquéllos ejercen compresión sobre el útero en un período en que el aborto es fácil, ó sea durante el primer trimestre; por mi parte, he visto algunos de estos casos, bastantes para creerlos algo más frecuentes que cuando no hay tal complicación; en cambio, he visto muy pocos con gran tumor. Indudablemente que ciertos accidentes son favorables á la presentación del aborto; he visto una múltipara de cinco meses, que no había abortado jamás, subseguir inmediatamente de una torsión de pedículo incompleta, pero bastante ruidosa, un aborto fetal de cinco meses; he visto otro caso de aborto de cuatro meses en una enferma con sarcoma del ovario, acompañado con abundante ascitis. Empero, aparte estas contingencias, creo que los quistes abdominales que evolucionan normalmente, ejercen poca influencia en el curso de la concepción.

La influencia de los quistes en el acto del parto, tratándose de quistes abdominales, parece ser muy insignificante; ciertamente que existen á menudo desviaciones del útero, pero cuando sobrevienen las contracciones el parto suele realizarse fácil y felizmente, aun tratándose de grandes tumores, como he tenido ocasión de verlo repetidas veces. En cambio, los pequeños tumores pélvicos tienen, bajo este punto de vista, más importancia, puesto que si no se reducen oportunamente, la presentación los empuja hacia abajo y una vez iniciado el parto la reducción es difícil y á veces imposible, oponiendo un obstáculo invencible al paso de la presentación hasta que se rompe el quiste ó se interviene; recuerdo un caso en el que un parto con dilatación completa y buena presentación de vértice en una múltipara, estaba atascado hacía horas por un quiste ovárico, que más tarde extirpé, que obstruía la vagina desde el fondo de

Douglas: practiqué una punción evacuadora porque la reducción me fué imposible y en dos minutos salió espontáneamente el feto.

El puerperio de una mujer con quiste del ovario suele ser accidentado, aunque no existan fenómenos infectivos, por los accidentes que ocurren por parte del quiste, ya mentados, y bastante serios para comunicar al período puerperal una gravedad inusitada.

En conclusión, la influencia del quiste sobre el embarazo, sin tener nada de especial para modificar el curso de la preñez, es bastante importante para considerar que puede comprometer seriamente la vida de la mujer, así durante la gestación como en el parto y en el puerperio.

*Cóexistencia con otras enfermedades.* — No es raro que un quiste del ovario coexista con otras lesiones del aparato genital: miomas uterinos, salpingitis, embarazo extra-uterino, tuberculosis peritoneal, etc. Todas estas enfermedades influyen poco en la evolución de los quistes ováricos, pero hay que añadir siempre á la importancia de la afección ovárica la de la enfermedad coexistente. Claro está que ciertas complicaciones, como por ejemplo la supuración de los quistes ováricos, son más fáciles y frecuentes cuando existen determinadas enfermedades, tales como una anexitis supurada, una tuberculosis peritoneal ó una neoplasia maligna del útero. Puede decirse, por término general, que el curso y pronóstico resulta en estos casos agravado por la entidad de la complicación: así, por ejemplo, si en el curso de un quiste ovárico aparece un epiteloma del cuello, el quiste queda casi relegado á segundo término como importancia clínica, y lo único que hará la coexistencia de ambas lesiones, será complicar los términos del problema y de la intervención.

*Degeneración de los quistes ováricos.* — Entenderemos que un quiste del ovario ha degenerado en carcinoma ó sarcoma cuando en algún punto de sus paredes se encuentran nódulos recientes, en los que el epitelio ha perdido el carácter típico adenomatoso para formar grupos atípicos cancerosos, ó bien en algún punto de la pared del quiste coexiste un nódulo de infiltración sarcomatosa.

La degeneración carcinomatosa es más frecuente que la sarcomatosa, teniendo siempre buen cuidado de no involucrar como degeneración de los quistes las neoplasias malignas que afectan la forma quística. Así y todo, la degeneración maligna de los quistes ováricos no es una rareza ni mucho menos, y se comprende que así sea, pues representando el quiste ovárico una proliferación epitelial de carácter adenomatoso típico, fácilmente en algún punto puede desviarse y dar origen á una degeneración.

Los que más fácilmente degeneran son los papilares, y no es raro encontrar un papiloma algo antiguo con algún nódulo reciente de epiteloma ó carcinoma. Los quistes dermoideos ofrecen también con alguna frecuencia tal degeneración. Los glandulares siguen á los dermoideos, y se encuentra á veces en algún punto de la pared quística de un quiste aparentemente unilocular una placa reciente carcinomatosa; parece el fenómeno más frecuente en los quistes pauciloculares que en los multiloculares y reticulados, probablemente no porque tengan aquéllos mayor aptitud, sino porque siendo su curso más

lento ofrecen por su larga duración más tiempo para que la degeneración se declare. Los quistes para-ováricos parecen menos propensos que todos los demás á la degeneración maligna.

Respecto á la frecuencia con que ocurre esta degeneración, no hay acuerdo entre los autores. Así, Leopold cree que ocurre en un 22 por 100 de los casos y Schultze llega hasta un 27 por 100. Probablemente son estas proporciones exageradas ó es que están incluídas en ellas ciertas formas de neoplasias malignas de apariencia quística, que no son degeneraciones sino neoplasias primitivamente malignas. No es menos grave, sin embargo, el fenómeno, sin que deba contundirse con el que antes he descrito de la propagación y generalización de un quiste que conserva todo su tipo de benignidad, porque cuando ha ocurrido la degeneración cancerosa, el quiste se parece en su curso más al de la neoplasia maligna que al del quiste del ovario, y las recidivas locales son, como en ella, frecuentes.

Realmente, debe tenerse muy en cuenta la posibilidad de la degeneración cancerosa, porque cuando ocurre, cambia por completo el curso y pronóstico del quiste del ovario. Un quiste bien tolerado durante meses y aun años, toma inopinadamente un curso rápido y desmejora á pasos agigantados el estado general de la enferma, sin que exista ninguno de los accidentes y complicaciones estudiadas; es muy probable que ha sufrido la degeneración maligna y que en la intervención encontraremos placas carcinomatosas y aun propagaciones inmediatas al peritoneo y órganos vecinos. La benignidad del pronóstico desaparece. He tenido ocasión de ver bastantes casos en tales condiciones, entre ellos un quiste dermoide, bien tolerado durante cinco ó seis años, que en seis meses cambió por completo el cuadro local y general de la enferma, y en la intervención se encontró una degeneración cancerosa reciente. Recuerdo el caso de un quiste glandular unilocular, que la enferma llevaba, al parecer, por lo menos hacía tres años, que en tres ó cuatro meses se hizo intolerable, encontrando en la operación, y en un punto de su superficie, una placa reciente de degeneración cancerosa adherida al peritoneo y con pequeños nódulos alrededor.

Por ello es muy conveniente recordar la posibilidad de esta degeneración, que tanto influye en el curso y pronóstico, para no olvidarla al sentar indicaciones.

PRONÓSTICO.—Desde luego cabe afirmar que el quiste del ovario, en cualquiera de sus variedades, es una enfermedad eminentemente progresiva; lo único que varía es la rapidez con que evoluciona y recorre todos sus períodos para llegar á su término natural, que es la muerte de la enferma.

Entre todos los accidentes y complicaciones que ocurren, hemos visto que ninguno tiene por finalidad conducir á una curación espontánea, sino que, por el contrario, todos agravan su curso y su pronóstico.

Ciertamente, se cita algún caso de curación espontánea por torsión del pedículo y muerte consecutiva del quiste, otros por reabsorción ó por infiltración calcárea, ó bien algún caso de rotura que no se reprodujo, y aun se comprende que un quiste entrado en supuración se evacúe y acabe por desaparecer. Pero todas estas contingencias son verdaderas rarezas, con las que no debe contarse como factor para variar el pronóstico grave que requiere semejante dolencia.

Spencer-Wells decía que, cuando un quiste ovárico ha adquirido bastante desarrollo para producir alguna alteración en la salud de la enferma, ésta suele tener una supervivencia de dos años. Olshausen calcula que las enfermas de quistes ováricos mueren en un 60 á 70 por 100 en los tres años siguientes á la aparición de los primeros síntomas, y otro 10 por 100 en el cuarto año. Los casos de enfermas que durante años han conllevado bien un quiste del ovario, son rarezas, y no pueden influir en variar el pronóstico.

El pronóstico general de los quistes ováricos abandonados á su curso espontáneo es, por lo tanto, mortal dentro de un plazo muy variable, siguiendo en orden de menor á mayor, el siguiente: papilomas ováricos, quistes glandulares, tumores dermoideos y quistes para-ováricos. El plazo de terminación espontánea de la dolencia puede ser adelantado por los múltiples accidentes y complicaciones que pueden sobrevenir.

Una cuestión capital para el pronóstico es la relativa á la benignidad ó malignidad de los quistes ováricos. Aunque se trata de una neoplasia epitelial, ciertamente, en la inmensa mayoría de los casos, resulta ser perfectamente benigna. Se ha discutido mucho si los quistes papilares eran ó no benignos; creo deben considerarse como benignos, dado que existen numerosos ejemplares de curación definitiva, aun en casos en que la extirpación fué deficiente; el caso que aparece en la figura 295, en el que existían algunas papilas peritoneales, murió catorce años después de una afección pulmonar aguda. Poseo algún otro caso más convincente todavía, así como tengo alguno en que ha habido recidiva; creo que las recidivas en los tumores papilares son debidas á que el tumor era mixto ó había ya degenerado en el momento de la intervención.

Entendiendo por malignidad la tendencia á la recidiva y á la destrucción, ó sea una verdadera malignidad anatómica muy distinta de la malignidad clínica, creo deben considerarse los quistes ováricos como tumores benignos. Teniendo en cuenta ciertas metastasis, la relativa frecuencia con que sobreviene la degeneración cancerosa con todos los atributos de ésta, y algunos muy contados casos de recidiva, después de la intervención, en tumores que parecían benignos, cabría expresar los hechos tal como ocurren, diciendo que los quistes ováricos son *los tumores benignos que más propensión presentan á la malignidad*. Así se comprende que, con ser ciertos determinados hechos, que todos hemos visto, de recidiva y generalización, prácticamente, y por lo que á los resultados de la intervención se refiere, sean considerados como benignos.

De modo que si no existen episodios ni accidentes capaces de convertir en buen sentido el curso clínico, manifiestamente maligno de los quistes ováricos, puede variarlo por completo y, por lo tanto, hacerlo de un pronóstico absolutamente favorable, la intervención quirúrgica. En el concepto de cambiar por completo el pronóstico de una dolencia, sin duda que la página más brillante de la cirugía es la de la intervención quirúrgica en los quistes del ovario.

**Tratamiento.**—Tengo para mí que no hay en Ginecología problema más sencillo, actualmente, que el tratamiento de los quistes del ovario; puede todo él encerrarse en esta sencilla fórmula: *una vez diagnosticado con certeza un quiste del ovario, cuanto antes se extirpe mejor.*

De manera que la indicación es única é invariable, y, por tanto, dependiente del diagnóstico. Pasaron los tiempos de un tratamiento médico y de tratamientos paliativos, cuya ineficacia está demostrada, como está perfectamente evidenciado que causan más perjuicios que ventajas, porque con él pierden las enfermas, en espera del resultado curativo, la ocasión oportuna para la intervención.

Dada la benignidad alcanzada por la ovariectomía, cuya mortalidad en los casos favorables y libres de complicaciones no pasa de un dos por ciento, justifica perfectamente el precepto de su extirpación *cuanto antes mejor*.

Ciertamente que se diagnostican muchos quistes ováricos incipientes ó poco desarrollados todavía y que tienen por delante un período de tolerancia bastante largo, de meses y aun de años si se quiere, durante el cual la enferma sigue haciendo su vida ordinaria; pero en estos casos, con demorar la intervención, lo que se va ganando es la posibilidad de que algún accidente, como la torsión del pedículo ó la inflamación del quiste, cambie por completo el curso de la dolencia y haga que la enferma, después de los sufrimientos, á veces peligrosos, de la inesperada complicación, se encuentre en peores condiciones locales y generales para la intervención y adquiera ésta una gravedad que no debía tener. He visto en mi práctica varios casos de pequeños quistes del ovario perfectamente tolerados y del todo ignorados por la enferma, que han dado lugar á complicaciones serias, convirtiendo una operación benigna y fácil en complicada, y, por tanto, más grave. Tengo la convicción que es mucho mayor el peligro eventual que corre la enferma contemporizando con un pequeño quiste ovárico, que el que lleva consigo la intervención, aparte de que sin ésta queda en pie el peligro seguro y á plazo variable de la evolución espontánea de la neoplasia; en otras palabras, creo son mayores los peligros de los accidentes que pueden sobrevenir en un quiste del ovario, durante su período de tolerancia, que los de la intervención.

Aparte de esto, no debe olvidarse la posibilidad, y aun la facilidad, según algunos autores, de una degeneración maligna que malogre los resultados de nuestra intervención.

Por todos estos motivos, una vez hecho el diagnóstico, la indicación podrá no ser *vital ó urgente*, pero es siempre *oportuna*. ¿Para qué aplazar intervenciones necesarias porque la enferma no corre peligros inmediatos ni tiene sufrimientos? ¿Para que vengan unos y otros y nuestra intervención deje de ser casi absolutamente benigna? Bastantes veces, en los primeros años de mi práctica, dejé de aconsejar, con carácter perentorio, la intervención en pequeños tumores que no producían molestia ninguna, pero en muchas de ellas he visto las complicaciones cambiar el cuadro en un momento, para que considere que toda contemporización es peligrosa.

Cuando se diagnostica un quiste en un período algo adelantado, en que comienzan á presentarse fenómenos de intolerancia ó ha ocurrido alguno de los accidentes ó complicaciones dichas, entonces la indicación ya no es de *perentoria oportunidad*, sino francamente *vital y urgente*, á menos de existir contra-indicaciones.

Las contra-indicaciones que en otro tiempo se aceptaban contra la intervención quirúrgica en los quistes del ovario, van desapareciendo y actualmente son limitadísimas.

Las condiciones locales del tumor podemos decir que no producen en ningún caso contraindicación; realmente, si antes pudo considerarse una contraindicación la existencia de adherencias, hoy sólo consideramos que hacen la operación más laboriosa y grave. La misma degeneración maligna raras veces llega á constituir una contra-indicación, que únicamente existirá en el caso de ser técnicamente imposible la extirpación de la neoplasia, pero semejante contingencia sólo se aprecia en el acto operatorio, de modo que no existe tampoco dificultad por este lado. Sea cual sea la topografía del tumor, no retrocede hoy el ginecólogo en ningún caso.

La existencia del embarazo fué, durante mucho tiempo, una dificultad para la práctica de la ovariectomía. Ya Spencer-Wells había sostenido que podía operarse durante el embarazo, y posteriormente ha aumentado tanto el número de casos, que actualmente no se discute ya, y la coexistencia de un quiste ovárico con un embarazo, más bien se considera como una indicación de urgencia que como una causa de aplazamiento. Se comenzó por practicar la operación durante el primer trimestre del embarazo, y se notó por parte del útero una gran tolerancia; luego se hizo extensiva al segundo trimestre y se observó que también el útero tenía tolerancia para las intervenciones durante este período. En el último trimestre hay que tener en cuenta la viabilidad del feto, la cual estará más garantida cuanto más retardemos la intervención, por si ésta provoca un parto prematuro; de aquí que, si no existen complicaciones que den á la intervención un carácter vital, se hará bien en aguardar que el embarazo siga su curso hasta serlo de término, ya que el parto se realiza normalmente para los quistes abdominales, y estar arma al brazo durante el puerperio para intervenir en cualquier momento. Olshausen, Gerdon y otros habían calculado que después de la ovariectomía sobrevenía el aborto ó el parto prematuro en un 20 por 100 de casos, proporción que no es muy grande, habida cuenta de la frecuencia con que el accidente ocurre en circunstancias normales; no siempre se observa esta proporción, pues por mi parte, en doce casos, incluso uno rayando á los seis meses, sólo se presentó el aborto en uno, que operé á los tres meses del embarazo y abortó á los cinco, ó sea dos meses después de la intervención, lo que hace difícil atribuir el accidente á la operación. Aun cuando el tumor sea bilateral, no constituye el embarazo una contra-indicación, pues el útero se presenta tolerante, á pesar de que *á priori* sea de temer la expulsión por la frecuencia con que se presenta metrostaxis después de la ovariectomía doble; sin embargo, Mainzer ha reunido 17 casos de esta índole, de los que sólo se presentó en tres el aborto y en dos el parto prematuro. Siempre que se trate de quistes operables por la vía abdominal, no existe, por lo tanto, contra-indicación por la existencia del embarazo. Una circunstancia puede hacer la indicación discutible, cuando se trata de quistes pélvicos y de embarazos adelantados: la de que el útero haga embarazosa la operación por la vía alta; entonces es preferible aguardar el acto del parto, y llegado éste, si el quiste es unilocular y puede evacuarse por una punción, como el caso que antes cité, ó siguiendo el consejo de Fritch de hacer una incisión vaginal suturando los bordes á la herida de la vagina, se procederá así; pero si el quiste es reticulado ó semisólido, es preferible equipararlo á un mioma del útero y proceder por laparotomía á la operación cesárea y ovariectomía inmediata. Durante el puerperio no existe contraindicación especial, y puede

operarse en cualquier momento; sin embargo, de no existir motivo alguno, es preferible dejar pasar unos días después del parto; en dos casos en los cuales pude escoger el momento oportuno, operé quince días después del parto, sin permitir á la enferma abandonar la cama.

La mayoría de complicaciones y accidentes, son más bien causa de indicación urgente que otra cosa; sin embargo, hay que tener en cuenta que, como la rotura y la misma torsión del pedículo, tales accidentes pocas veces producen la muerte, pero si á los fenómenos peritoneales agudos se añade el traumatismo de la intervención, pueden aquéllos revestir mayor gravedad; la irritación traumática de la operación, unida á la irritación peritoneal producida por la rotura ó la torsión, y todo ello unido á la entrada de microbios saprógenos, crean condiciones de especial gravedad para el peritoneo; he operado con éxito algunos casos de rotura, y el único que he perdido se refiere á una señora que sufrió la rotura la noche antes de la operación y falleció de una peritonitis adhesiva, sin temperatura ni vómitos y sólo con un cuadro de parálisis intestinal, seis días después de la intervención; la reapertura del vientre al quinto día, me permitió apreciar una peritonitis adhesiva generalizada; en mis operadas no he visto un cuadro parecido, y por esto concedo importancia á la rotura reciente, que había producido un comienzo de peritonitis tóxica, pero no había dado lugar á despertarse la tolerancia de la serosa; á la peritonitis tóxica se unió la acción traumática y dieron lugar al fenómeno descrito. Como sabemos que la rotura no suele producir una muerte inmediata, aunque agrave el curso de la dolencia, creo que en estos casos será bueno dejar que las defensas orgánicas desplieguen su poder y establezcan una tolerancia que será muy beneficiosa para el acto de la intervención. Por lo que se refiere á la torsión del pedículo, tengo la misma idea; de los muchos casos que he visto, sólo recuerdo uno en que intervine con urgencia, porque la enferma tenía 40° y 140 pulsaciones, con vómitos y dolores intensos, y falleció á las veinticuatro horas; en los demás que he visto, he esperado siempre que desaparecieran los fenómenos más agudos para no encontrar en el peritoneo esa susceptibilidad especial que, en igualdad de condiciones, crea un estado grave para la operación; por otra parte, la torsión tampoco suele causar la muerte de un modo inmediato.

Los autores antiguos hablaban de la *madurez* de los quistes ováricos, y muchos la esperaban para intervenir con mayores garantías; esa madurez significaba tolerancia por parte de la serosa peritoneal, y salvaba en parte las imperfecciones de la técnica y de la asepsia. Actualmente no necesitamos esa tolerancia para que nuestras intervenciones peritoneales sean inmunes; la técnica perfeccionada y la asepsia extremada pueden prescindir de aquella tolerancia obtenida á costa de sufrimientos y peligros innumerables. Pero así como hay condiciones de *tolerancia*, las hay de *susceptibilidad*, de las que debe huir el ginecólogo, porque su intervención no es tan inofensiva que, dada esta susceptibilidad, no pueda adquirir cierta importancia. Esa susceptibilidad la encontramos en las roturas y torsiones recientes, como la encontramos durante la agudez de los procesos infectivos; así en los quistes supurados nos atenderemos también á cuanto queda dicho en las supuraciones anexiales, y de no existir algún motivo apremiante, esperaremos á operar en *frío*, como lo hacemos en aquéllos. He operado bastantes quistes supurados con éxito satisfactorio, y el

único que recuerdo falleciera después de la intervención, era un caso de quiste bilateral, supurado en ambos lados y con altas temperaturas en el acto de la intervención.

Las contraindicaciones dependientes del estado general, son muy pocas. Se creyó que la edad en ambos extremos podía ser una contraindicación, pero la experiencia ha demostrado que la edad avanzada no agrava la intervención, á no ser en los casos en que existen ciertos estados bronquiales; en los que existe mayor propensión á la bronco-pneumonía *post operatoria*; pero, aparte esta contingencia, no resulta más grave. Mi operada de más edad tenía ochenta y dos años y su convalecencia fué completamente feliz. En una estadística de Kelly, que recopila más de cien casos que pasan de los setenta años, figura una mortalidad de 12 por 100; entre ellos hay tres casos de más de ochenta años, todos los cuales curaron. En el otro extremo de la vida parece que la operación reviste más gravedad; mi operada más joven tenía quince años y, por lo tanto, carezco de experiencia sobre el particular. Aldibert ha reunido 47 casos de quiste del ovario en niñas de las que la de más corta edad tenía diez y ocho meses; entre cinco operadas que tenían menos de tres años murieron cuatro, lo que indica una gravedad excepcional; pero entre las otras 37 sólo hubo una defunción, lo que demuestra que en niñas crecidas es perfectamente tolerada la operación.

Durante la evolución de enfermedades agudas febriles, está contraindicada la ovariectomía como toda otra laparotomía, y, en general, está contraindicada siempre que existe otra enfermedad que ha de producir la muerte en breve plazo, de manera que los beneficios de la intervención apenas serían sensibles.

Como contraindicación especial puede apuntarse la que depende del tumor mismo, cuando ha alcanzado los últimos grados de su evolución y la enferma se encuentra en tal estado de caquexia y de marasmo que se juzga incapaz de soportar el traumatismo operatorio. Todos los autores señalan esta contraindicación; sin embargo, me parece de las más difíciles de precisar porque no existen hechos que puntualicen en qué punto se hace la operación impracticable; haciendo un recuerdo de los casos de mi práctica en que he intervenido en condiciones muy desfavorables por los progresos de la dolencia, me resulta muy difícil precisar cuándo comienza á cobrar fuerza esta contraindicación: casi estoy por decir que no existe límite en tanto el organismo conserva cierta integridad funcional; la falta de resistencia del organismo está en relación con las dificultades de la operación, y éstas no pueden precisarse con exactitud hasta que se pone por obra el acto quirúrgico: casos que parecían difíciles, resultan fáciles, y al revés, y aquéllos serán viables en un estado de caquexia adelantada en tanto que éstos resultarán gravísimos en condiciones aparentemente aceptables. La verdad es que llega á ser incomprensible la tolerancia del organismo para estas grandes maniobras cuando no sobrevienen complicaciones; así es que, sin negar que pueda existir algún caso en que el ginecólogo pueda rehusar la intervención por los progresos de la dolencia, serán realmente muy raros. Poquísimas veces se estará autorizado á rehusar los posibles beneficios de una intervención, si en vez de pensar en los resultados estadísticos se atiende al beneficio que la enferma pueda reportar.

Generalmente se dice que la menstruación es una contraindicación de la

ovariotomía. Olshausen dice que más contraindicada está en los días pre-menstruales que durante el menstruo, porque en aquéllos la congestión pélvica es más intensa, ya que el molimen menstrual disminuye en cuanto comienza la pérdida, y que, por lo tanto, no hay inconveniente en operar durante la menstruación. Por regla general, procuro apartarme del período menstrual, pero he de consignar que algunas veces que por circunstancias especiales he intervenido en pleno período, nunca me ha ocurrido el más pequeño contratiempo.

Pueden sintetizarse las indicaciones y contraindicaciones de la intervención quirúrgica, en los quistes ováricos, en los siguientes extremos:

- 1.º La indicación existe cuando queda hecho el diagnóstico.
- 2.º Es oportuno realizarla cuanto antes mejor.
- 3.º Las complicaciones como torsión del pedículo, rotura, peritonitis, supuración, embarazo, etc., dan á la indicación carácter de urgencia.
- 4.º A pesar del carácter urgente de la intervención, conviene apartarse de la excesiva susceptibilidad del peritoneo en ciertos estados y buscar en una demora mejor oportunidad.
- 5.º No existen contraindicaciones absolutas por los progresos de la dolencia.
- 6.º Las únicas contraindicaciones absolutas dependen de la existencia de otras enfermedades mortales á plazo más ó menos remoto.

Al decir intervención quirúrgica entiendo que no debe ser más que una: la extirpación del quiste ú ovariotomía. Sin embargo, en muy contados casos, cada día más raros, porque difícilmente llegan las enfermas á períodos tan adelantados sin reclamar antes la intervención, podrá estar indicada una operación paliativa preparatoria de la radical, cual es la punción.

Podrá estar indicada la punción cuando en un quiste ovárico que tenga una gran cavidad llega la enferma á un estado de marasmo en que la operación se hace poco menos que imposible; recuerdo una enferma, hace de ello bastantes años, la que por miedo á la intervención llegó á un extremo inconcebible; me llamó para que la operara estando con fenómenos de compresión generales: respiración frecuente y superficial, pulso pequeño á 120, secreción urinaria escasísima, edema grande de las extremidades inferiores, insomnio y perfrigeración de las extremidades; no me atreví á operarla en este estado y practiqué una punción que evacuó 25 litros de líquido de una gran cavidad: los fenómenos se regularizaron y al cabo de un mes pude hacer con éxito una ovariotomía en un quiste multilocular. Otro caso parecido, ocurrido también al principio de mi práctica, me dió análogo resultado. Posteriormente, hace años que no he encontrado una enferma en la que creyera precisa una punción previa, pero comprendo que es una indicación que alguna vez puede presentarse y que podrá ser de gran utilidad, aun en casos en que, sin ser desesperado el estado de la enferma, produzca el tumor dificultades respiratorias que representen un peligro para la anestesia: una punción previa en estos casos, seguida de una laparotomía inmediata, puede ser muy útil.

Spencer-Wells y otros autores aceptaron que algunos quistes para-ováricos podían curar definitivamente por la punción: la dificultad de diagnóstico, por una parte, los inconvenientes de la punción, por otra, y sobre todo la benignidad de la intervención en tumores de esta índole, hacían de la punción una indicación dudosa; pero si se tiene en cuenta que las curaciones, de existir, eran

muy pocas (algunas probablemente eran peritonitis tuberculosas enquistadas), todavía resultará menos justificada; en los primeros casos de mi práctica, cuando sólo venían á mis manos antiguos y grandes tumores, operé algunos quistes para-ováricos que habían sufrido inútilmente dos ó más punciones.

Cuando la indicación no aparezca clara porque el diagnóstico sea dudoso, ya se trate de la probabilidad de una degeneración maligna que se tema pueda inutilizar la operación, ya sea un quiste papilar de dudoso diagnóstico, ya un gran quiste de definición difícil como aquél que antes referí, en que los cambios de zonas sonoras despiertan dudas, no debe renunciarse nunca á los beneficios de una incisión exploradora. No ocurrirá esto en los quistes del ovario con la frecuencia que en las neoplasias malignas, pero algunas veces es el único recurso, y por cierto, frecuente en sorpresas agradables. Al fin y al cabo la incisión exploradora, en tanto queda reducida á la condición de tal, no es más grave que una paracentesis, y si una vez hecho el diagnóstico resulta el caso favorable, los beneficios para la enferma habrán sido grandes. Más de una vez he podido felicitarme de recurrir á semejante práctica.

La técnica de la intervención quirúrgica en los quistes del ovario la estudiaré en un capítulo único, junto con las demás neoplasias de los anexos.

---

## TUMORES SÓLIDOS DEL OVARIO

---

### FIBROMA

Es poco frecuente; algunos le calculan una frecuencia de 2 á 3 por 100 entre todos los tumores del ovario, proporción que me parece muy aproximada á la verdad, pues yo he visto cinco casos entre mis intervenciones. Debe tenerse en cuenta que figuran entre los fibromas algunas neoplasias que no pertenecen verdaderamente á esta clase, porque son fibro-sarcomas ó fibro-miomas, cuyo origen se encuentra en algún punto vecino del ovario, pero no en el ovario mismo.

Generalmente son unilaterales: Pfannenstiel dice que son bilaterales en un quinto de los casos; los míos eran todos unilaterales.

Pueden presentarse en todas las edades, pero la época de mayor frecuencia es de los treinta á los cuarenta años.

Su punto de origen en el estroma del ovario; en general, se desarrollan de un modo difuso, de manera que semejan una verdadera hipertrofia del órgano; pero se han señalado por Virchow, Olshausen y otros, fibromas circunscritos y limitados, que respetan una parte del ovario que se encuentra sana en algún punto de la superficie del tumor. Algunos autores han señalado como sitio pre-

ferente la extremidad interna del ovario. Los casos que he tenido ocasión de observar eran todos difusos.

Su volumen es sumamente variable, y aunque se citan algunos muy voluminosos, en general no exceden del tamaño de una cabeza de adulto; éste era el que tenía uno de los observados por mí, á pesar de contar una existencia de doce años (fig. 327). En general, no alcanzan volumen tan considerable. Su superficie es, por lo común, lisa y de color blanquecino, á veces con abolladuras. Su consistencia es dura, excepto cuando en algún punto existe degeneración quística (fig. 328).

Su textura se presenta al corte, uniforme y tupida, como la de un mioma uterino (fig. 329); á veces se descubren en la superficie de sección hacecillos conjuntivos entrelazados; su vascularización, muy variable, llega á veces á ser verdaderamente telangiectásica. En pocos casos (uno entre mis cinco) existen cavidades quísticas variables en número, pero generalmente pequeñas; por lo común, estas cavidades tienen igual origen que las que se desarrollan en los miomas uterinos y son debidas á infiltraciones serosas, en los sitios en que el



FIG. 327

*Fibroma del ovario con degeneración quística.*

tejido propio del tumor está reblandecido por degeneración de sus fibras; algunas veces parecen cavidades linfáticas dilatadas, y algunos autores creen que pueden ser debidas á folículos dilatados.

La estructura del fibroma del ovario es la típica de un fibroma: hacecillos de tejido conjuntivo, dispuestos paralelamente ó entrecruzados, pero sin mezcla de otros elementos (fig. 330). Parece ser que los fibromas puros son los menos, pues muchas veces se encuentran entremezcladas fibras

musculares que le dan el carácter de fibro-mioma, lo que no debe extrañar, pues en el ovario normal de la mujer adulta, aparte de los elementos musculares de los vasos, existen en el estroma fibras musculares, aunque no

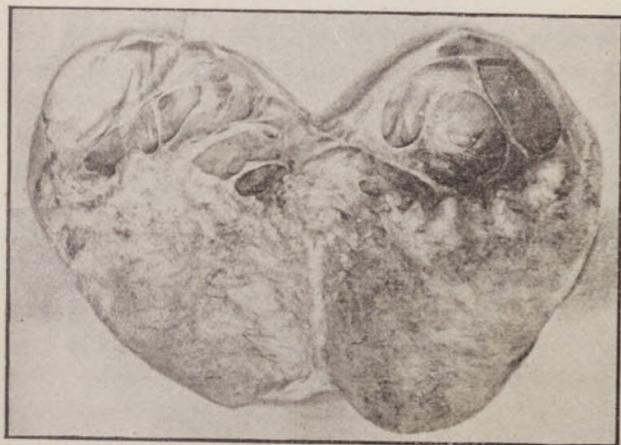


FIG. 328

*Fibroma del ovario con degeneración quística.  
(El mismo de la figura anterior, partido por la mitad.)*

muy abundantes. A veces se encuentran infiltraciones calcáreas más ó menos difusas.

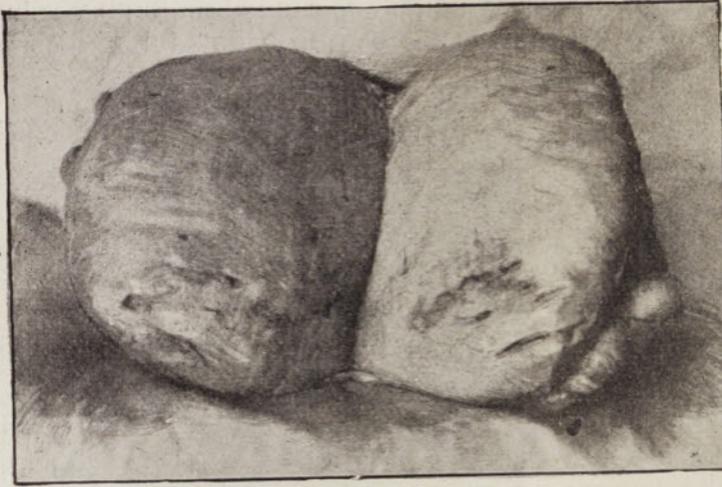


FIG. 329

*Fibroma del ovario sólido, partido por la mitad (peso 4 kilos.)*

Los síntomas de fibroma ovárico son enteramente iguales á los del mioma uterino sub-seroso; una sensación desagradable y fenómenos dispépticos reflejos, suelen ser todos los síntomas que existen. Algunos autores dicen que existe tendencia á la esterilidad; es posible que así ocurra en los bilaterales, pero en los unilaterales ya es distinto; de mis cinco casos, una era soltera, la otra menopáusica, y las otras tres, una tuvo un hijo, teniendo ya el fibroma, la otra cuatro, durante los doce años que ella tenía conocimiento de la existencia del tumor, y la última era también múltipara. La menstruación, el embarazo, ni el parto, no suelen sufrir por la existencia de un fibroma ovárico. No es raro que provoquen el desarrollo de una cierta cantidad de ascitis por acto puramente mecánico de roce sobre la serosa, dada su movilidad.

Por lo común, son tumores absolutamente benignos, anatómica y clínicamente: su presencia es perfectamente tolerada, y aunque están expuestos á la inflamación y á provocar peritonitis, en general el único accidente que suele ocurrir, y cambia su curso, es la torsión del pedículo, como

Topográficamente, el fibroma ovárico está siempre pediculado; los pocos casos que se citan como incluidos en el ligamento ancho, son discutibles respecto á su origen. La trompa, por lo general, es más independiente del tumor que en los casos de quiste. El pedículo suele ser largo y delgado, lo que se comprende, dada la extrema movilidad de que disfruta el tumor.



FIG. 330

*Fibroma puro del ovario. Se ven las fibras conjuntivas amorfas de forma ondulada.*

(Aumento 150 diámetros.)

acontecía en el caso á que antes hice referencia, que durante doce años fué tolerado perfectamente á pesar de los cuatro partos, con la particularidad de que en el acto de la operación estaba la enferma embarazada de dos meses, sin que dicho embarazo sufriera interrupción, á pesar de la torsión del pedículo y de la intervención.

Generalmente ofrecen una evolución lenta, y aun estacionaria, al llegar á cierto volumen.

El diagnóstico no es difícil, en cuanto se refiere á establecer la existencia de un tumor y á aceptar que sea sólido y benigno, pero existe una afección anatómicamente del todo parecida, aunque de origen distinto: los miomas uterinos sub-peritoneales y pediculados, á poco que su pedículo sea largo para no transmitir al útero los movimientos de elevación, es imposible diferenciarlos del fibroma ovárico. En clínica tiene este diagnóstico poca importancia, porque la indicación es en ambos casos la misma.

Aunque la enfermedad sea de evolución lenta y perfectamente tolerada, las indicaciones son las mismas que si se tratara de un quiste del ovario. Por una parte, la frecuencia con que suele sobrevenir la torsión del pedículo, comunicando á su curso una gravedad inusitada, y por otra, la facilidad con que puede sufrir la degeneración sarcomatosa, comunican á la indicación quirúrgica cierta perentoriedad. Realmente, muchos sarcomas han comenzado por ser fibromas que han degenerado luego; ello explica el por qué algunos autores dicen que el síntoma capital de los fibromas ováricos es la ascitis, porque cuando el fibroma ha sufrido la degeneración maligna se comporta como á tal, y la ascitis abundante y rápida ya veremos que es hecho común en las neoplasias malignas, en tanto que el fibroma origina una cantidad de ascitis reducida y estacionaria, como algunos miomas del útero, sin que llegue á tener la importancia clínica de una complicación; también señalan algunos la posibilidad de una recidiva, porque confunden fibro-miomas con sarcomas primitivos ó secundarios; el fibroma es esencialmente benigno, y no recidiva después de su extirpación.

Todo ello obliga á considerar los fibromas, en el concepto terapéutico, enteramente análogos á los quistes, y sentar para su tratamiento una indicación única: la extirpación. En cuanto á oportunidad, nada se gana contemporizando, si no es exponernos á un accidente como la torsión ó una complicación como la degeneración sarcomatosa; por lo tanto, cuanto antes se extirpe, mejor.

## SARCOMA Y CÁNCER

**Etiología y patogenia.** — Poco sabemos de la etiología de esas neoplasias malignas del ovario. Menos frecuentes que en otros sitios del organismo, pueden presentarse en todas las edades, pero, por lo común, el sarcoma aparece hacia los primeros lustros de la vida y el cáncer hacia los últimos. Poco sabemos de la influencia que en su desarrollo ofrecen las condiciones de la enferma, pues la enfermedad ofrece poca frecuencia para reunir datos de conjunto.

En cuanto á su patogenia, bastará con decir que es análoga á la de iguales neoplasias de otros sitios del organismo; el sarcoma y sus variedades tienen su origen en el tejido conjuntivo ó en los vasos y el cáncer en el epitelio, que tan

abundante es en el ovario. El sarcoma del ovario es neoplasia conjuntiva, como el cáncer es neoplasia epitelial.

**Anatomía patológica.** — SARCOMA. — Es, quizás, la neoplasia menos frecuente del ovario, sobre todo como neoplasia primitiva. Olshausen ha calculado un 1 por 100, y en verdad que no parece mayor su frecuencia; dos casos típicos he visto tan sólo entre mis operadas.

Generalmente es bilateral, al contrario de lo que ocurre en el fibroma; de mis dos casos, uno era bilateral y otro unilateral.

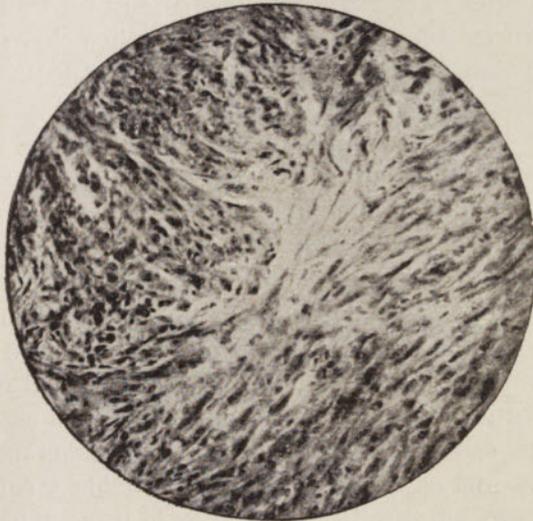


FIG. 331

*Sarcoma fusocelular desarrollado en la pared de un quiste ovárico glandular, en forma de pequeños nódulos como garbanzos.*

(Aumento 150 diámetros.)

Es neoplasia estromatógena y aparece de un modo difuso en todo el ovario; así es que éste, como en el fibroma, suele conservar su forma, aunque, por lo común, algo abollada. Su superficie es lisa, y á veces ofrece un color uniforme y blanquecino y otras un color jaspeado, en consonancia con su textura. Su estroma es unas veces uniforme y otras quístico, con cavidades generalmente pequeñas, que, cual en los fibromas, pueden ser utriculares ó debidas á la degeneración de sus fibras propias; á esto es debido el diferente aspecto que presentan en su superficie.

La consistencia no es tan dura como la del fibroma y á veces llega á ser bastante blanda, según la variedad de sarcoma de que se trate.

El volumen es muy variable, pero generalmente no pasa de una ó dos cabezas de feto, porque pronto sobreviene la caquexia y no há lugar á que el tumor siga toda su evolución; pero en los casos de desarrollo rápido en los que la caquexia no sobreviene tan rápidamente que llegue á impedir el desarrollo del tumor, pueden alcanzar gran volumen; Villard observó uno que pesaba 7 kilos; Chrobak y Burney han observado casos en que el tumor llenaba toda la cavidad abdominal, pero ambos se desarrollaron en poco tiempo.

Por su evolución y textura, presentan dos variedades: el sarcoma primitivo típico, que es el que acabo de describir, y el sarcoma consecutivo, debido á la degeneración de un fibroma ó de un quiste del ovario; esta última bastante frecuente, y conocida con el nombre de *fibro-sarcoma*. En los quistes degenerados se encuentran placas en las paredes quísticas, de estructura sarcomatosa, únicas ó múltiples, de manera que en estos casos es un verdadero cisto-sarcoma lo que existe, y el tumor, sin perder la categoría de quiste, adquiere toda la importancia de un sarcoma (fig. 331). Lo mismo ocurre con el fibroma, en el

que, aun dada la degeneración sarcomatosa, persisten grandes zonas con el carácter de fibroma.

En cuanto á estructura, existen distintas variedades. El sarcoma puro puede ser fuso-celular ó globo-celular, y cuando tiene su asiento en un fibroma ó un quiste, encontramos las variedades de fibro-sarcoma y adeno-sarcoma. Los elementos constitutivos nada tienen de especial. Existe una variedad de sarcomas, que no es del todo rara, debida á la proliferación de los elementos vasculares, y que fueron conocidos antes con los nombres de *angio-sarcomas* y *linfangio-sarcomas*, y que, desde Eckard, se designan con el nombre de *endoteliomas*; esta variedad se ha confundido muchas veces con el cáncer.

El *endotelioma* tiene su origen en los vasos sanguíneos ó linfáticos, ó en ambos á la vez; según Brouha, de 19 casos, 11 eran de origen linfático, 4 sanguíneo y 4 indeterminados (1);

presenta en su estructura muchas variedades, tanto, que los autores los clasifican unos entre el cáncer y otros entre el sarcoma; indudablemente, parecen de naturaleza conjuntiva, y si bien histológicamente forman un grupo aparte y muy digno de estudio, clínicamente se confunden perfectamente con el sarcoma ó el cáncer. Realmente, en su estructura se encuentra que unas veces dominan los caracteres francamente sarcomatosos con hacillos de células conjuntivas, circunscribiendo alvéolos llenos de células redondas endoteliales, muy



FIG. 332

*Cáncer primitivo del ovario.*

(Dos quintos del tamaño natural.)

desparramadas, y otras, células endoteliales forman grupos celulares unidos unos á otros á manera de cuentas de rosario, con tejido conjuntivo reticulado, ó bien grupos celulares tubulares, como si todavía guardasen la forma de los linfáticos ó capilares que les dieron origen; estas últimas formas semejan perfectamente la estructura de un carcinoma.

A medida que se van estudiando nuevos casos de endotelioma, aparecen más variedades de estructura, pues las diferentes formas del mismo se entremezclan unas con otras, dando una estructura muy variable y originando entre los histólogos desacuerdos acerca la manera de considerarlos; si á esto se añade que en ocasiones se mezclan con fibromas ó con adenomas, se comprenderá que todavía tardarán en ponerse de acuerdo los histólogos acerca de su naturaleza. Sin embargo, clínicamente se confunden con el sarcoma y á veces con el cáncer, pero no forman, hoy por hoy, entidad independiente, y son en gran número los autores que los consideran de naturaleza sarcomatosa, como Pfannenstiel y Brouha mismo en el trabajo citado. Realmente, comprobado como está que el

(1) *Revue de Gynecologie et de Chirurgie abdominale*, 1900, pág. 445.

mayor número tienen su punto de partida en el endotelio linfático, parece indiscutible su naturaleza conjuntiva.

Los autores que describen la forma macroscópica de los endoteliomas dan los mismos caracteres que presentan los sarcomas, ó sea que unas veces son lisos



FIG. 333

*Epitelioma primitivo del ovario. Masas epiteliales separadas por tejido conjuntivo; una de ellas, N, está necrosada en su centro.*

(Aumento 60 diámetros.)

es que permanecen más tiempo aislados que los tumores epiteliales, y susceptibles, por lo tanto, de una extirpación.

**CÁNCER.**—El cáncer del ovario puede ser primitivo, consecutivo y metastásico. El primero es el verdadero cáncer del ovario, el segundo es el combinado con quistes del mismo órgano, y el tercero, debido á la existencia del cáncer en otro órgano más ó menos distante, sobre todo abdominal.

El cáncer primitivo es, generalmente, bilateral, aunque el desarrollo de ambas neoplasias no sea simultáneo. Raras veces alcanza gran volumen, pues casi nunca es mayor que una cabeza de feto (fig. 332). Su consistencia es muy

y otras abollados, densos ó quísticos en su textura, etcétera, y como caracteres clínicos se confunden de la misma manera.

El sarcoma, tanto en su forma común como en la endoteliomatosa, se presenta pediculado, y como neoplasia maligna que es, ofrece las propagaciones propias de esta neoplasia en general; son más que propagaciones, metastasis por la vía sanguínea, así es que no se encuentran en el peritoneo vecino los nódulos injertados que se encuentran en el cáncer. Invade en su evolución las zonas próximas, pero no produce los injertos propios de los tumores epiteliales, así es que las propagaciones metastásicas aparecen más bien á distancia que en las zonas próximas; el hígado, el riñón, la pleura, el pulmón, ofrecen esas metastasis del sarcoma del ovario. Debido á ello

variable, pudiendo ser muy duro y generalmente pequeño en la forma escirrosa, y más ó menos blando y más voluminoso en la encefaloide; coloración parecida á la del sarcoma y superficie lisa ó abollada; presenta textura variable, pues á veces existen también quistes en su espesor. Su frecuencia es mayor que la del sarcoma, aunque no mucho.

La estructura varía, según que se trate de la forma escirrosa ó encefaloide; el primero con predominio del tejido conjuntivo y escasos grupos epiteliales, y el segundo todo lo contrario, encontrándose múltiples tipos de transición (figuras 333 y 334).

El cáncer primitivo del ovario es, al principio, pediculado, y el ovario está libre, pero muy prematuramente envía propagaciones hacia las regiones vecinas (peritoneo y tejido celular); adhiriéndose muy pronto, da lugar á injertos en distintos puntos (peritoneo parietal é intestinos), que se encuentran en forma de nódulos neoplásicos, y produce metastasis linfáticas hacia los ganglios mesentéricos.

El cáncer consecutivo más frecuente es el que acompaña al quiste papilar y forma la variedad conocida con el nombre de *adeno-carcinoma papilar*. Algunos autores calculan que la mitad de quistes papilares acaban por ser adeno-carcinomas; la proporción es, indudablemente, exagerada. El adeno-carcinoma papilar á veces se desarrolla ya con tal carácter desde el comienzo de la neoplasia, pero más á menudo precede á su aparición el desarrollo del quiste papilar; sobre todo en la región ovárica y en los papilomas internos es donde se halla la degeneración, formando grupos estratificados de células epiteliales, que frecuentemente adquieren un carácter polimorfo; las cavidades quísticas son más ó menos desarrolladas, según lo que haya tardado en aparecer el elemento epiteliomatoso. Tiene tendencia á la propagación como el cáncer primitivo, aunque quizás menos marcada, y da lugar también á injertos peritoneales que desarrollan masas papilo-epiteliomatosas con tendencia á la recidiva. De aquí la regla sentada, al hablar de los quistes papilares, de que su extirpación sea lo más precoz posible, pues en tanto no existe la degeneración epiteliomatosas cabe una curación radical, aunque existan propagaciones peritoneales, pero si esta última ha sobrevenido, la recidiva es muy probable. Este hecho explica por qué unos autores consideran más benignos y otros menos los quistes papilomatosos: depende el hecho de la degeneración epitelial.

Otra forma de cáncer consecutivo del ovario es la que algunos han llamado



FIG. 334

*Detalle de la figura anterior.*

*M*, masas de células epiteliales. — *T*, tejido conjuntivo invadido por la neoplasia, sin barrera limitante.

(Aumento 150 diámetros.)

*cáncer colóideo*; no es más que un adeno-carcinoma glandular con sus cavidades llenas de pseudomucina. Mucho menos frecuente que el anterior, cuando la evolución cancerosa empieza en los primeros períodos de la evolución quística, las masas cancerosas forman gran parte del tumor y justifican casi la denominación de *cáncer colóideo*, pero es más frecuente encontrar pequeñas induraciones en las paredes quísticas que indican el desarrollo maligno secundario (fig. 335). Cuando la degeneración epitelial sobreviene, el curso del quiste

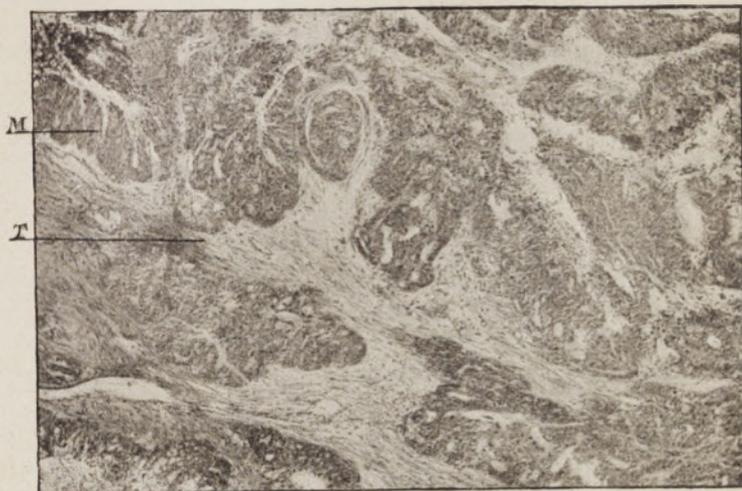


FIG. 335

*Epitelioma consecutivo, procedente de un quiste degenerado, enteramente parecido al anterior.*

M, masas tumorales de tejido epitelial.— T, tejido conjuntivo interalveolar.

(Aumento 25 diámetros.)

adquiere también todos los caracteres de malignidad. El cáncer metastásico del ovario parece ser más frecuente de lo que hasta ahora habíase creído. No es sólo la neoplasia epitelial del útero la que produce metastasis en el ovario, sino que también las ocasiona el cáncer intestinal y del estómago; estos últimos parecen ser más frecuentes de lo que se creía, según se desprende de los estudios de Ammann, Reichel, Hempel y otros. Se ha reconocido que el cáncer del píloro ó de cualquiera sitio del tramo intestinal produce á menudo metastasis ováricas, que por su gran desarrollo obscurecen á veces la neoplasia originaria. Entre los pocos casos de cáncer del ovario que he operado, recuerdo uno, localizado en el ovario derecho, que seguramente era una metastasis de un epitelioma concéntrico de la S iliaca. Existen algunos casos comprobados, dependientes de cáncer del estómago; uno he visto enteramente típico en el que existía un cáncer primitivo del píloro y una metastasis en ambos ovarios, comprobado en una laparotomía exploradora. Parece ser que el ovario, por su riqueza en linfáticos, tiene condiciones especiales para las metastasis entre órganos abdominales; las células epiteliales, nadando en la linfa peritoneal, anidarían de preferencia en el estroma ovárico.

**Síntomas y diagnóstico.**—Excepto algún dolor en la región ovárica, que no es constante, y algún desarreglo menstrual, apenas existen síntomas hasta que la neoplasia se propaga á las regiones vecinas y aparece las ascitis, que es el síntoma primordial de la neoplasia ovárica maligna. Si la neoplasia es unilateral, no se suprime la fecundación, tratándose de una enferma joven; uno de

mis casos de sarcoma recaía en una mujer embarazada del quinto mes y fué operada seis días después de haber sobrevenido el aborto.

El síntoma dolor es muy variable; por lo que he visto, no es, por lo general, muy agudo, y más bien tiene un carácter sordo, tanto que las enfermas no suelen venir á nuestra observación hasta que el desarrollo de las ascitis se hace visible.

Realmente, la ascitis es un fenómeno constante y precoz en toda neoplasia maligna del ovario; cuando una enferma viene en tales condiciones á nuestra observación, el tacto vaginal revela la existencia de algún tumor ovárico; pero como ya suele haber propagaciones, se revelan éstas por una falta de movilidad del útero, que llega, en ocasiones, al verdadero enclavamiento; los fondos de saco presentan una verdadera infiltración peri-uterina, particularmente hacia el fondo de Douglas, en donde se encuentra lo mismo que si existiese una pelvi-peritonitis plástica; y realmente, esta lesión es la que existe, sólo que en vez de ser de origen flogístico, es de carácter neoplásico.

Si existe algún tumor de cierto volumen, podrá tocarse por la palpación de la parte baja del abdomen, descubriéndose el peloteo característico; pero muchas veces es el tumor poco voluminoso, y basta para el diagnóstico la ascitis y el tumor ó infiltración que se toca por los fondos de saco vaginales.

El diagnóstico diferencial no es difícil cuando se reúnen los síntomas dichos, pues sólo debe diferenciarse la infiltración peri-uterina de una flogosis; el curso clínico y los síntomas propios de esta última son bastante característicos para disipar la confusión. Sin embargo, en la pelvi-peritonitis tuberculosa se reúnen una porción de circunstancias para hacer el diagnóstico difícil, y aun á veces imposible: evolución larvada, sin fiebre, dolor escaso, ascitis precoz é infiltración con tumoraciones peri-uterinas, hacen que el diagnóstico llegue á ser imposible; únicamente el curso, á veces la edad y las condiciones generales de la enferma, pueden orientarnos; la edad tiene importancia, porque la peritonitis tuberculosa es frecuente en las mujeres jóvenes y el cáncer en las mujeres de edad, y aunque el sarcoma es también más frecuente entre aquéllas, precisamente el sarcoma no ofrece tan fácilmente esa infiltración de las regiones vecinas.

La infiltración ó placas peritoneales que se tocan en el fondo de Douglas, tienen el mismo valor diagnóstico cuando se trata de un adeno-carcinoma papilar ó glandular de evolución algo adelantada.

Algunas veces estará indicada la paracentesis para evacuar la ascitis y poder hacer una buena palpación abdominal que nos permita descubrir las tumoraciones, y conviene recordar que en tales casos la ascitis suele ser sanguinolenta.

**Curso, complicaciones, pronóstico.**—Tanto la neoplasia maligna conjuntiva como la epitelial, tienen un curso progresivo y rápido. Prontamente se ve desmejorar las enfermas, porque las lesiones, en cuanto se generalizan al peritoneo, no tardan en producir fenómenos de caquexia. Podríamos aceptar tres períodos en su evolución: en el primero la enfermedad se presenta localizada, da pocos síntomas y permanece casi siempre ignorada; en el segundo, ó período de estado, la dolencia desarrolla todo su síndrome, y las lesiones peri-

toneales conducen muy de prisa al tercero ó de caquexia, que se acentúa, por lo común, rápidamente. De seis á ocho meses dura el periodo de estado.

Cuando en el curso de un quiste ovárico, aparte sus complicaciones propias, aparece esa marcha rápida y de malignidad, es de sospechar su degeneración maligna. Empero no suelen ser tan rápidos los progresos ni su marcha tan aguda como en las neoplasias malignas primitivas.

La caquexia conduce rápidamente á la muerte por generalización de la neoplasia hacia la pleura, pulmones, riñón, etc., y entre los mecanismos frecuentes de muerte que se presentan, por lo que he podido observar, figura la muerte súbita por embolia; las lesiones pleurales quizás ocupan el primer lugar; la inanición y los trastornos renales conducen también fácilmente á la muerte.

El pronóstico es fatal á corto plazo, abandonada la enfermedad á su evolución espontánea. El tratamiento puede modificar algo el pronóstico, pero aun así es de las dolencias más graves y frecuentemente mortales del aparato genital.

**Tratamiento.**—El tratamiento de las neoplasias ováricas malignas, no puede ser otro que el quirúrgico. Dos razones poderosas hacen que sea poco eficaz y que muchos autores sean poco partidarios del mismo. Por una parte la operación reviste mayor gravedad que en las demás neoplasias del ovario, y por otra el diagnóstico precoz es sumamente difícil, y en cambio las propagaciones se presentan muy pronto.

Estor y Puech (1), en un trabajo de recopilación, encuentran una mortalidad operatoria de 21 por 100 en 132 casos que han reunido desde 1890 á 1900. En los casos de épocas anteriores la mortalidad operatoria es mucho mayor.

En 176 historias de enfermas curadas de la operación, recogidas por dichos autores, consta una curación durable de más de tres años en 28 casos ó sea un 15 por 100. Las recidivas son muy rápidas: en casi el 50 por 100 ocurre en los tres primeros meses que siguen á la operación, y antes de acabar el primer año aparecen el 80 por 100 del total de recidivas.

Estos resultados son poco alagüeños, pero vienen compensados por algunos bien averiguados y con examen histológico, en que la curación se ha sostenido bastantes años. Tanto en el concepto de gravedad operatoria como de recidiva, el cáncer resulta más grave que el sarcoma.

Las condiciones para aplicar el tratamiento quirúrgico quedan reducidas á que la neoplasia esté limitada y sea, por lo menos al parecer, extirpable por completo. Lo difícil es apreciar tales circunstancias, pues existen muchos casos propagados, cuyas propagaciones no son apreciables á la exploración, y esto explica por qué en las neoplasias malignas del ovario está frecuentemente indicada la laparotomía exploradora para apreciar las condiciones de la dolencia y proceder á su extirpación. Pero hay casos en los que puede apreciarse por la exploración la propagación peritoneal, como cuando se encuentra infiltrado el fondo de Douglas ó existen placas peritoneales apreciables por la palpación abdominal, una vez sentado, por supuesto, el diagnóstico de tumor maligno, y en tales casos considero preferible abstenerse.

Así resulta que pocas veces podremos *á priori* decir que vamos á practicar

(1) *Revue de Gynecologie et de Chirurgie abdominale*, 1900, pág. 1.011.

la extirpación; la mayoría de ocasiones será una laparotomía exploradora lo que propondremos; en bastantes casos será mucho mejor rehusar toda intervención y circunscribirnos á un tratamiento paliativo, en el que tendremos alguna vez ocasión de practicar la paracentesis.

En bastantes casos de mi práctica he rehusado en absoluto la intervención, en otros no fué aceptada la laparotomía exploradora, y en conjunto habré intervenido 24 veces con el supuesto diagnóstico de neoplasia maligna: he tenido 7 muertes operatorias, 4 operaciones simplemente exploradoras y las 13 restantes me han dado 2 casos de curación radical (uno de papiloma y otro de sarcoma), 3 recidivas precoces y 9 tardías (desde seis meses á seis años), presentando alguna enferma larga supervivencia y buen estado general, cuando la recidiva era manifiesta. Estos casos se refieren á neoplasias malignas primitivas ó adeno-carcinomas muy adelantados; los quistes con focos limitados de degeneración quedan excluidos.

---

## TUMORES DE LAS TROMPAS

**PÓLIPOS.** — Su existencia es dudosa. Sanger no los admite, la mayor parte de autores no se ocupan de ellos, y cuando se ha encontrado algún caso y se ha estudiado bien, casi siempre se ha visto que eran restos de embarazo tubárico.

**QUISTES.** — Se encuentran con frecuencia pequeñas producciones quísticas, sea hacia el pabellón ó en la cubierta peritoneal y aun debajo de la mucosa. Carecen en absoluto de importancia clínica.

**FIBROMAS Y MIOMAS.** — Parece averiguado que existen, aunque muy raramente, tumores miomatosos y fibro-miomatosos en la pared de la trompa. Fabricius, Taylor, Bland-Sutton, Recklinghausen, etc., los han descrito. No llegan á adquirir gran volumen: en general no pasan de una nuez. Carecen de importancia como entidad clínica.

**TUMORES DERMOIDEOS.** — Ritchie describe un caso, y Pozzi, Jacobs y Mosso, otros de tumores típicamente dermoideos, contenidos en el espesor de las paredes tubáricas. Son verdaderas rarezas.

**SARCOMA.** — Pocos casos se conocen de sarcoma bien averiguado y primitivo de la trompa (Gostchalck, Sanger, Senge, Khalde, Franque, Dixon-Jones). Siempre se ha comprobado que su origen estaba en la capa muscular: afectan la forma más ó menos papilar, y unas veces se han encontrado células redondas, otras fusiformes y alguna vez células gigantes. No existen datos bastantes para trazar la historia clínica del sarcoma, que es un hallazgo anatómico, pero nunca resultado de un diagnóstico.

PAPILOMAS.—Bland-Sutton, Doran y otros describen estas producciones, que Sanger acepta, atribuyéndolas como ellos á naturaleza papilar de origen flogístico; otros autores, como Pozzi, Veit, etc., las describen como neoplasias. Queda hecha indicación de una de sus formas al hablar de la anexitis vesiculosa (1); el verdadero papiloma de la trompa, análogo al papiloma vulgar, aceptado por

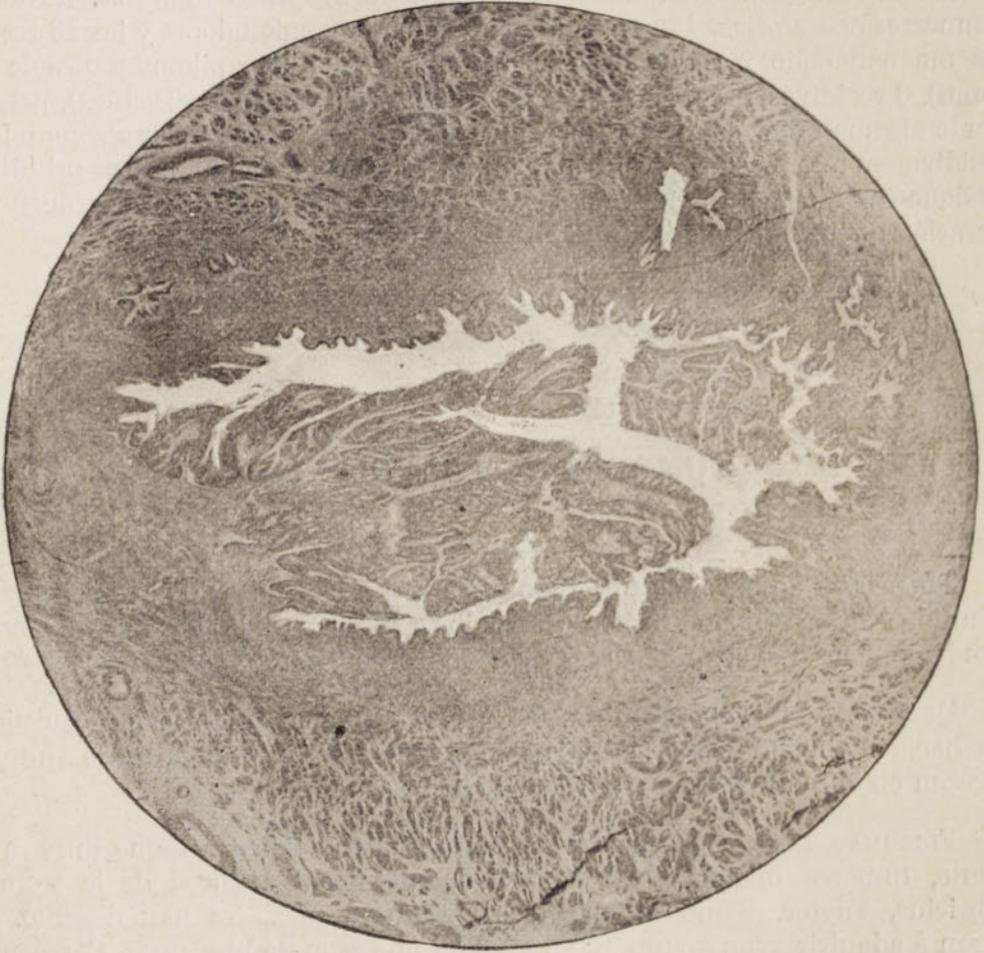


FIG. 336

*Epitelioma primitivo de la trompa. De la parte izquierda arrancan grandes masas epiteliomatosas que casi llenan la luz de la trompa.*

(Aumento 20 diámetros.)

algunos autores, es muy raro, y no aceptado por todos. En todo caso, estas formas se confunden con la salpingitis.

CÁNCER.—El cáncer de la trompa puede ser primitivo y secundario. Este último es el más común, ya sea debido á una propagación de cáncer del útero,

(1) Véase pág. 512.

ya proceda de un cáncer del ovario; Ortmann demostró que la neoplasia epitelial *primitiva* de la trompa existía y los trabajos y observaciones de Sanger, Duret, Quenu, Longuet, Boursier, Gutiérrez, Novy, Dittrich, Martin, Doleris y otros, han puesto fuera de duda su existencia y demostrado algunos de sus caracteres.

Aparece en general hacia la menopausia y más tarde; es más frecuentemente unilateral que bilateral (el único que he visto era bilateral); la forma recuerda la trompa dilatada irregularmente; el volumen muy variable, desde una nuez al de un puño. En general existen adherencias y no es raro encontrar obturado el pabellón.

En el interior de la trompa la zona neoplásica presenta un aspecto marcadamente papilar, parecido al de los tumores papilares, de color rojizo ó rosado y de consistencia blanda. A veces preséntase en forma de placas y nódulos indurados, y de aquí que algunos autores describan la forma *papilar* y la *tuberosa*.

La estructura ofrece dos tipos: uno papilar, en que las producciones ofrecen el aspecto arborescente de los papilomas ováricos con el epitelio estratificado, y á veces alterado en su forma, que deja de ser cilíndrica para hacerse cúbica ó plana (figs. 336, 337 y 338), y una forma alveolar en la que se desarrollan las celdillas conjuntivas que sostienen las masas epiteliales (epitelioma y carcinoma).

El dolor, variable en intensidad, la leucorrea á veces en forma profluente, y metrorragias atípicas en general no muy copiosas, suelen ser los síntomas que distinguen el cáncer de la trompa. En algunos casos se hace constar la existencia de ascitis y en todos el estado general se resiente muy pronto.

La exploración revela la existencia de un tumor anexial análogo al de las salpingo-ovaritis y desviación del útero. La ausencia de fenómenos flogísticos anexiales y la integridad del útero establecida después de una exploración intrauterina, junto con los síntomas dichos, podrán en una menopáusica despertar la sospecha de un cáncer tubárico, pero en general el diagnóstico pre-operatorio no se hace y se confunde con una anexitis ú otra clase de neoplasia más frecuente que ésta, que al fin es verdaderamente rara.

El pronóstico es tan grave como el de toda neoplasia maligna abandonada á su curso espontáneo, y con el tratamiento quirúrgico, único que cabe si la



FIG. 337

Detalle de la figura anterior. Parte media de la trompa.

E, epitelio todavía normal.—N, epitelio neoplásico.—M, tejido conjuntivo de la mucosa, más denso que en estado normal.

(Aumento 150 diámetros.)

propagación no inutiliza la intervención, sólo se obtienen resultados parecidos á los del cáncer del ovario; únicamente siendo muy precoz podrá esperarse un resultado completamente favorable.

Quenu recomienda la castración total en los casos de cáncer tubárico para mejor extirpar la neoplasia y tejidos vecinos y prevenir la recidiva. En 20 casos así tratados, reunidos por Quenu y Longuet, la recidiva sobrevino el primer año en 12; existe alguna supervivencia de más de un año, de dos, y aun un caso de siete; de modo que los resultados son parecidos á los que se obtienen en las demás neoplasias malignas, y si parecen peores es porque las operaciones son más tardías.

Mi enferma falleció de una metástasis pleural á los tres meses de operada, lo que impidió que tuviera tiempo de manifestarse la recidiva local; venía el cáncer complicado con pio-salpinx del mismo lado, lo que parece inclinarnos á aceptar la importancia que Sanger y otros han concedido á la preexistencia de la salpingitis en la aparición del epiteloma tubárico.



FIG. 338

Detalle de la figura 336. Corte en el extremo ovárico de la trompa. Las franjas están convertidas en masas epiteliomatosas, con un eje de tejido conjuntivo fibroso.

(Aumento 300 diámetros.)

## TUMORES DEL LIGAMENTO REDONDO

QUISTES. — Se encuentran á veces en la porción inguinal del ligamento redondo, quistes generalmente pequeños, á lo sumo como una nuez, llenos de serosidad transparente, indoloros y que se reducen fácilmente hacia el interior del abdomen, aunque vuelven á salir con el más pequeño esfuerzo.

Se ha discutido mucho su origen; la mayoría de autores creen que son debidos á la persistencia del canal de Nuck, que llenándose de serosidad daría lugar á la colección, en el centro de la que suele encontrarse el ligamento redondo. Como el quiste es á veces central, se ha invocado la persistencia del canal que, según Weber, existe en el *gubernaculum* de Hunter, que viene á formar el ligamento redondo. Duplay cree que son sacos herniarios deshabitados y parece confirmar esta creencia un caso de Schröder, en el que dicho autor pudo comprobar que el líquido podía ser repelido hacia el peritoneo.

Se distinguen de una hernia ovárica por ser indoloros y de una hernia epiploica por falta de pedículo.

El único tratamiento es la extirpación.