

Seccional de Ginecología

SESION CIENTIFICA

Cuordinador: Dr. Ernesto J. Tarigo

TUMORES INCLUIDOS EN EL LIGAMENTO ANCHO

Dr. Juan C. Crottogini

Este trabajo no fué publicado por no haberse enviado los originales.

— 0

CONTRIBUCIONES:

Sr. COORDINADOR. — Tiene la palabra el Dr. Manuel B. Rodríguez López.

NUESTRA EXPERIENCIA SOBRE LOS PROBLEMAS QUE SE PRESENTAN EN LAS INCLUSIONES TUMORALES EN EL LIGAMENTO ANCHO

Dr. Manuel B. Rodríguez López

Es evidente que en Ginecología operatoria el tema que ha sido tratado tan exhaustivamente por el relator J. J. Crottogini, presenta un alto interés práctico, al mismo tiempo que tiene un alto interés técnico cuya utilidad es necesario puntualizarla, por las dificultades operatorias que crea esta inclusión y los peligros que encierra la exéresis quirúrgica tumoral, si no se tiene en cuenta algunos elementos fundamentales de la técnica y táctica operatoria a efectuar en el acto quirúrgico.

Este tema fué abordado por mí, varias veces y en especial en las III Jornadas de Obstetricia y Ginecología Rioplatenses, efectuadas en el año 1941. El mismo mantiene hoy igual interés que entonces y que siempre. Ya en 1874 Terrillón en Fran-

cia al referirse a este problema decía: "El problema más difícil de la cirugía abdominal, es la inclusión de los tumores en el ligamento ancho". Esta frase del célebre y distinguido cirujano francés, hacen ver las dificultades que tenía en aquel tiempo la Escuela Ginecológica Francesa, frente a este problema quirúrgico, que hoy está prácticamente solucionado. En el correr de los años, las directrices quirúrgicas y la evolución de las técnicas, ha modificado y simplificado el problema y hoy la ginecología moderna, con sus técnicas más ajustadas, con su conocimiento más acabado de los índices biológicos en el preoperatorio, con las técnicas de anestesia más perfectas y con el conocimiento completo y seguro del post operatorio, ha simplificado y ha puesto realmente en su justo punto, este importante problema quirúrgico de la patología de la mujer.

La noción precisa de los espacios celulosos de la pelvis, hacen posible seguir en la cirugía los planos de clivaje preestablecidos, por el cual estos tumores avanzan desviando los órganos vecinos y dándole la pauta al cirujano, de cómo debe moverse para extirpar el tumor incluido lo que a veces es ayudado por una histerectomía.

De esta manera elementos que parecen estar vedados a la excéresis quirúrgica se abordan con una matemática y estricta precisión técnica, trayendo como corolario feliz los positivos resultados de la intervención practicada.

El conocimiento antedicho de los desplazamientos viscerales, hace posible una correcta y eficaz hemostasis en los pedículos normales o anormales, lo que junto a la correcta y cuidadosa peritonización da una terminación feliz al acto quirúrgico, en intervenciones que antes había que recurrir a desastrosas marsupializaciones o a abandonar el campo operatorio en una intervención que quedaba inconclusa por dificultades técnicas que entonces eran insalvables.

Es después de haber actuado intensamente durante muchos años en Ginecología operatoria que hoy podemos con conocimiento de causa traer a estas reuniones quirúrgicas el aporte personal a este problema que conceptuamos de tantísimo interés y que los que poseemos una práctica prolongada de los mismos al reimplantarlos tratamos de marcar las dificultades que se presentan y la manera de salvarlas con éxito.

Es necesario ante todo, frente a un tumor incluido en el ligamento ancho el conocimiento exacto de los espacios celulosos de la pelvis, cuyas logias en sus límites y ubicación deben ser perfectamente conocidas por el cirujano, para comprender de esta manera la forma cómo estos tumores distienden el ligamento ancho y pueden invadir fuera de sus límites los lugares de menor resistencia. Estos desplazamientos de los órganos, ante el empuje tumoral, alteran las relaciones importantes de la región, creando anormalidades cuya situación y características el cirujano debe prever para no ser sorprendido.

Hay un elemento que es necesario puntualizar por su carácter primordial en las ulteriores consecuencias de expansión tumoral que la neoformación puede crear, y este elemento fundamental en este tipo especial y delicado de cirugía, es la situación inicial de la tumoración que luego, en su crecimiento ha desbordado la logia del ligamento ancho.

Hay una clasificación que aunque no es de una absoluta verdad anatómica sirve en la práctica quirúrgica para abordar y resolver con técnica la extirpación de los procesos tumorales inculidos, con seguridad y corrección.

Esta clasificación que la adoptan los autores alemanes, es la clasificación de Rosthorn y que fija en tres sectores las logias pélvicas del "cavum subperitoneal pélvico" de Luschka.

- 1.—Hacia adelante del útero la logia paravesical.
- 2.—Hacia atrás la logia pararrectal.
- 3.—Hacia los lados la logia parauterina, al nivel del útero, que viene a ser el espacio medio intraligamental.

TUMORES DESARROLLADOS EN LA LOGIA PARAVESICAL

Cuando el tumor se desarrolla en esta logia anterior, una vez llenado el ligamento ancho, toma contacto con la vejiga desplegándola, haciendo a veces que ella se levante por encima del ombligo y pegándose a ella en los casos de tumores vegetantes. Esta manera de desplazar la cavidad vesical, crea dificultades que si no se conocen en el abordaje y en el decolamiento tumoral, causarían verdaderos desastres.

TUMORES DESARROLLADOS EN LA LOGIA PARARRECTAL

Cuando el tumor se desarrolla hacia atrás después de haber llenado el ligamento ancho levanta la hoja posterior de este li-

gamento, borra el fondo de saco de Douglas y puede encarcelarse adaptándose a la logia que le ofrece el sacro.

Cuando sigue creciendo subperitonealmente puede desplazar en los tumores izquierdos, el meso del anza sigmoidea y a la derecha el meso cecocólico. En este proceso de invasión al desplazar estos mesos tan importantes puede tomar contacto íntimo con la superficie intestinal y con los elementos vasculares del meso, haciendo a veces muy dificultosa la decorticación.

TUMORES QUE INVADEN HACIA LOS LADOS LA LOGIA PARAUTERINA

Cuando el tumor queda en pleno ligamento ancho, después de haberlo llenado totalmente, toma contacto con el útero desplazándolo hacia adentro y hacia arriba produciendo en algunas circunstancias prolongaciones supravaginales del cuello. A veces desplaza al útero hacia arriba y hacia afuera buscando camino hacia la fosa ilíaca por debajo del plano peritoneal llegando en algunas circunstancias a tomar inmensas dimensiones.

Lo que interesa en la marcha expansiva de estas tumoraciones incluídas, es estudiar de una manera exacta los desplazamientos viscerales de los cuales por ser los más importantes nos detendremos en ellos.

Así enfocaremos los desplazamientos uterinos, vesicales, intestinales, pediculares y ureterales.

El útero que forma el pivot central (llave fundamental de orientación en toda intervención que se efectúe en la pelvis) al desplazarse hacia arriba, origina una elongación importante de su cuello que obliga muchas veces a la histerectomía previa o complementaria para abordar la masa tumoral, decolándola desde abajo hacia afuera y arriba.

Desplazamientos uterinos éste, que va acompañado ya sea con el desplazamiento hacia un lado o hacia otro, lo que hace, volvemos a repetirlo, necesario que el clínico que está frente a un problema de inclusión tumoral ligamentaria, busque como punto de referencia inicial, la ubicación del cuerpo uterino, para después conocer las características tumorales y poder solucionar el caso correctamente.

La vejiga puede ser desplazada de una manera tan intensa que llegue a levantarse, rechazada contra la pared anterior del

abdomen, hasta límites muy altos y que en el abordaje laparotómico previo, si no estamos precavidos por el tipo de tumor en causa de esta posible anomalía, con toda seguridad la podemos cortar en la incisión.

El intestino, elemento visceral que está en contacto con los órganos genitales de la pequeña pelvis, sufre desplazamientos y compresiones, en la marcha ulterior expansiva de los tumores incluidos, creando posiciones anómalas que desconocidas, pueden complicar o hacer insalvables el acto quirúrgico. El colon sigmoideo a la izquierda, el ciego y el colon ascendente a la derecha, pueden ver desplegados sus mesos, tomando contacto con los elementos carnosos dando el tipo de adherencias de las hernias por deslizamientos.

Otras veces los elementos vasculares toman tan íntimo contacto con el tumor que es imposible o muy dificultosa su liberación, habiéndose visto muchos cirujanos obligados a efectuar resecciones intestinales por haber herido en el proceso de liberación tumoral los elementos vitales de irrigación.

Los pedículos fundamentales de los órganos genitales internos se desplazan tomando posiciones muy variadas de acuerdo a la iniciación del proceso tumoral. De todos estos pedículos evidentemente el más importante es el pedículo de la uterina; pedículo éste que va a ser desplazado hacia afuera cuando el tumor es de procedencia uterina y hacia adentro cuando el tumor es autóctono del ligamento ancho.

Conviene con este fin, tratar de hacer una clasificación de los principales tumores incluidos.

Tumores primitivos o autónomos de ligamento ancho: fibromas, sarcomas, lipomas, quistes dermoideos, quistes para ováricos, hipernefomas aberrantes, quistes hidáticos.

Tumores desarrollados secundariamente en el ligamento ancho, de origen genital: tumores uterinos, tumores salpingianos, tumores ováricos, tumores del ligamento rebondo.

Tumores de origen gravídico: embarazos extrauterinos, hematoceles gravídicos incluidos en ligamento ancho, corioepitelio-
ma, etc.

El ureter, elemento canalicular de una importancia extraordinaria en la cirugía ginecológica más o menos típica, adquiere en esta cirugía atípica por excelencia, una jerarquía de tanta im-

portancia que es necesario puntualizarla con caracteres perfectamente definidos.

Este elemento baja hacia la pelvis y adquiere contacto fijándose en la hoja posterior del ligamento ancho y esta fijeza es a tener en cuenta en cirugía ginecológica puesto que es allí sobre la hoja posterior del ligamento ancho donde debe írsele a buscar cuando es necesario disecarlo. Y es necesario saber que cuando el tumor es autóctono del ligamento ancho, es desviado hacia adentro y arriba mientras que cuando procede la tumoración del útero el ureter es desviado hacia afuera y hacia arriba.

En algunas circunstancias muy excepcionales el ureter puede estar incluido en la masa tumoral neoformada y es necesario descubrirlo disecándolo para no herirlo en el curso de la intervención

Con estos procesos y elementos fundamentales y elementales que hemos ido puntualizando en el correr de esta sintética exposición, queremos llamar la atención de las dificultades técnicas que el problema de la inclusión ligamentaria presenta y para completar aún mismo desde el punto de vista esquemático tan interesante tema, es necesario hablar de la sintomatología, del diagnóstico y del tratamiento de estos elementos tumorales cuyo valor nosotros una vez más queremos remarcar.

SINTOMATOLOGIA

La sintomatología que lleva al diagnóstico de los tumores incluidos no es muy precisa.

Vale decir, no tiene una nitidez clínica exacta en todos los casos.

A veces esta inclusión verdadera es imposible a diferenciarla de las falsas inclusiones, las cuales pueden ser de origen inflamatorio o las llamadas falsas inclusiones por encapuchonamiento.

Otras veces a estas dificultades que sólo pueden resolverse en el acto quirúrgico se la ve complicada en su sintomatología física con otros elementos como ser supuraciones, hemorragias, torsiones de los quistes incluidos que pueden pediculizarse, roturas de los tumores ya sean traumáticas, mecánicas por distensión o inflamatorios, etc., etc.

En general sobre un cuadro semiología en que los signos y los síntomas dan un diagnóstico exacto de tumoración pélvica

se agregan como signo de presunción de la inclusión los distintos elementos: desplazamientos uterinos laterales o en sentido vertical a veces de muy grande extensión inmovilidad tumoral con presiones vesicales, intestinales, y nerviosas. Estos son en general los elementos semiológicos que hacen a veces diagnosticar el tumor incluido y otras veces sospecharlo.

En este pequeño y breve capítulo de la sintomatología debemos hacer notar que este tipo especial de tumor pélvico y de tumor incluido en el ligamento ancho puede complicar en la mujer gravídica la marcha ulterior de su parto, porque como tumor previo fijo bloquea el canal de salida del contenido uterino obligando a solucionar el problema obstétrico del útero parturiento por la cesárea abdominal.

DIAGNOSTICO

Cuando por los exámenes semiológicos metódicamente hechos surge la posible inclusión ligamentaria como diagnóstico del caso clínico en estudio, el médico ha efectuado fundamentalmente algunas orientaciones semiológicas de importancia.

Es así como vemos que la palpación del vientre inferior acusa la existencia de una tumoración inmóvil o con poca movilidad, cuando el tumor ha crecido extraordinariamente y ha desbordado el campo de la pequeña pelvis al invadir la gran cavidad.

El tacto simple dará un elemento importantísimo en el diagnóstico que es la situación del cuello uterino y la situación y la situación del cuerpo, los caracteres de los fondos de saco frente al tumor que se tacta más o menos inmóvil.

Pero es el tacto combinado el que mejor nos orienta frente a la inclusión tumoral ligamentaria al dar los caracteres propios de tumor en cuanto a su localización a la forma, al volumen, a la consistencia, a la regularidad y a la más o menos movilidad, etc..

Pero un elemento semiológico a no olvidar en el examen clínico es el tacto rectal que completa muchas veces por el tacto vaginal un estudio que puede ser difícil.

La histerometría es un elemento que nos puede ayudar en el proceso de diagnóstico que el clínico plantea.

La histerografía y la histerosalpingografía son elementos importantes para que el clínico relacionándolo con los datos encontrados en el examen semiológico metódica y exhaustivamente he-

cho, le dé un elemento más para perfección y justeza del diagnóstico cuando éste pueda ser posible.

Todos estos elementos semiológicos nos dan a nosotros una seguridad aproximada de la inclusión verdadera siendo el campo operatorio en definitiva el lugar donde el cirujano ratificara o rectificará su diagnóstico y precisará el tipo de tumor incluido para plantear ya las posibles contingencias que se pueden presentar de acuerdo a los elementos que ya anteriormente hemos indicado y sin los cuales es imposible hacer una correcta y honesta intervención.

TRATAMIENTO

El tratamiento de tumores incluidos es como sabemos el tratamiento quirúrgico.

La posición de Trendelenburg y la anestesia raquídea dan una luz extraordinaria y un silencio abdominal completo con relajamiento muscular, lo que facilita la intervención.

El abordaje puede hacerse ya sea por laparatomía mediana o por Pfannenstiel teniendo presente la posible elevación de vejiga en los tumores a desarrollo anterior para poder sortearla antes de abordar la cavidad abdominal.

Rechazadas las vísceras hasta el vientre superior y mantenidas por compresas, tenemos bajo la vista el tumor o los tumores incluidos.

Una vez más repetimos que es este el momento en que el cirujano debe ubicar el útero guía ulterior de todos los tiempos operatorios en una cirugía que a pesar de atípica es completamente lógica.

Y antes de efectuar nada activo en ese vientre operatorio, el cirujano debe completar con el estudio visual el diagnóstico exacto complementado por una palpación visceral y tumoral para trazarse un plan de acción correcto y eficaz.

A veces es necesario ir a una histerectomía previa para poder nuclearlo desde abajo por ser la única vía de decolamiento posible.

Lo primero a efectuar en general es la abertura del ligamento ancho recordando que siempre conviene abordarlo o por cara anterior o por el vértice, pero teniendo cuidado cuando el abordaje posterior se impone que sobre esta hoja corra adherido el ureter,

elemento visceral de importancia en ginecología; es en estos casos que conviene descubrirlo primeramente alto.

Abierto el ligamento ancho después de haberse orientado por el tipo de tumor hacia qué lado están desplazados los pedículos viscerales, lentamente bajo el control de la vista y siguiendo planos de decolamiento se seguirá enucleando el tumor hasta extirparlo.

En algunos casos como hemos dicho, es necesario histerec-tomizar previamente a la enferma, ya sea haciendo la histerec-tomía con la técnica habitual o el procedimiento de histerec-tomía americana entrando por un lado para continuar el decolamiento hacia el lado contrario y en algunos casos difíciles debemos recurrir a la hemisección del útero para poder abordar al base de la pelvis como puerta de entrada al clivaje tumoral.

Esta exposición esquemática de un problema que plantea la clínica ginecológica diaria, en muchas circunstancias, es necesario tenerlo presente para evitar maniobras indebidas que conspiren contra el buen éxito de la cirugía y que hacen muchas veces transformar en gravísimas operaciones que con el perfecto conocimiento del problema son operaciones relativamente sencillas.

En los innumerables casos de tumores incluidos que hemos desarrollado en nuestra larga experiencia ginecológica, estas nociones esquemáticas que hemos desarrollado frente al problema planteado nos han servido para sortear y terminar con éxito operaciones que al principio parecían difíciles o imposibles.

RESUMEN

Se insiste sobre los peligros que pueden presentarse en los tumores incluidos en el ligamento ancho y se exponen normas, tácticas y técnicas para solucionarlo.

RESUMÉ

L'a. insiste sur les dangers qui peuvent se présenter dans les tumeurs inclus dans le ligament large, et expose les normes, tactiques et techniques pour les résoudre.

SUMMARY

The A. insists upon the dangers that would arise from tumors included in the broad ligament. and exposes rules, tactics and techniques to solve them.

DISCUSION:

Sr. COORDINADOR. —Tiene la palabra el Dr. Carlos Stajano.

Dr. CARLOS STAJANO. — Los señores relatores dijeron con mucha razón que este tema de tumores incluidos en el ligamento ancho era un tema perfectamente abordado, estudiado, y prácticamente agotado por los cirujanos ginecólogos.

Evidentemente hay algo que la experiencia vivida en muchos años de hacer ginecología, me hace recordar una contingencia realmente muy seria: es la contingencia que realmente me preocupó en el curso de todas las experiencias de tumores incluidos en el ligamento ancho, dado que las falsas inclusiones es un problema que fácilmente un cirujano de experiencia, un ginecólogo de experiencia soluciona correctamente siempre. Las inclusiones de tumores procedentes de ovario y de útero, exactamente igual, más o menos caprichosas las formas de progresión, pero el conocimiento quirúrgico, como en ninguna otra rama de la ginecología, es necesario conocer regionalmente la zona para manejarse con comodidad y con tranquilidad.

De manera que esos tumores, tanto uterinos como ováricos, no preocupan en realidad. Desde el punto de vista didáctico las apreciaciones hechas son correctas, perfectas, y no puedo agregar absolutamente nada más. Pero voy a decir las contingencias graves de los tumores incluidos en el ligamento ancho.

Yo estaba oyendo y estaba haciendo memoria de cosas pasadas y vividas. Los tumores de origen Wölfiano, restos-wölfianos, quísticos, de la base del ligamento ancho, son para mí problema terrible, más difícil, más terrible que la operación de pelvis más completa. Y respecto de esos tumores, esas formaciones quísticas en la base del ligamento ancho, en la parte interna del cuello uterino y tomando la parte baja del ligamento ancho, tengo el recuerdo de tres situaciones distintas, o de quiste incluido, o de formación quística alargada que termina, no continúa toda la progresión del Wölf hacia la parte de iliaca y alta sino limitada exclusivamente a la pelvis, tengo el recuerdo de tres casos.

Uno, que apareció de primera intención, y que pude hacer diagnóstico de tumor wölfiano —no puedo precisar detalles— por exclusión con otras formaciones tumorales de la base del ligamento ancho. Esa enferma fué operada con dificultad, puesto que esos procesos quísticos muchas veces están ligeramente infectados y hay procesos de peri saculitis o de peri quiste, que hacen difícil el clivaje en una zona muy vascularizada venosamente, descontado que el úreter es una cosa que se descarta el peligro porque en esa región uno aborda el úreter como si fuera una operación de Wölf. Lo que incomodan son las venas vesico uterinas, es la vascularización venosa, que realmente hace laboriosa esa intervención. Ese caso, el más simple de todos, no me preocupó mayormente. Lo resolví felizmente bien.

Segundo caso, un caso que vino de segunda intención. Una enferma que había tenido un tumor wölfiano quístico, que había sido tratada por un cirujano general por un proceso inflamatorio intra-quístico, había abordado por vía abdominal esa enferma, no pudo llegar, no se decidió a entrar puesto que vió el útero con el ligamento ancho más o menos desplegado, una formación quística, una enferma febril, no sabía lo que podía hacer, cerró el vientre y lo dejó. Esa enferma fué drenada por vía vaginal por otro cirujano y se hizo el diagnóstico entonces de que era un tumor wölfiano; se le drenó por vía vaginal y se vació la bolsa quística, pero la bolsa quística quedó. Ví a esa enferma en esas condiciones, supurando, una supuración y la operamos en la sala 24 del Hospital Pasteur. Esa enferma fué drenada, se desinfectó, se limpió la bolsa, y hubo que intervenir. Y ahí está la táctica quirúrgica, lo que yo aprendí en ese caso, que lo aproveché en un tercer caso, después: por vía abdominal el abordaje total de la bolsa era prácticamente imposible; se liberó perfectamente todo, pero quedaba a parte distal, la parte de tapón del saco haciendo irrupción hacia la vagina, en plena inclusión, en plena incrustación de tejido escleroso y duro. A esa enferma la operé por abajo, en un segundo tiempo, y le hice una disección amplia del fondo del saco vaginal, liberé totalmente la bolsa y la movilité totalmente, y entonces fui por arriba y le saqué completamente por encima, sin inconveniente, y con seguridad total de todos los elementos de la región.

El tercer caso es la madre de un colega, que la trató un distinguido urólogo porque tenía la complicación ureteral de un tumor quístico de esta clase de había horadado el úreter, había hecho una supuración, una perforación ureteral, una esterosis del uréter y aparecía con un cuadro urinal. Tuve ocasión de ver esa enferma: la estudié; la examiné; hice diagnóstico de tumor quístico wölfiano y fué operada. No la operé yo; yo ayudé a operarla. Finalmente se realizó la intervención, de la que yo no quedé muy satisfecho, puesto que fueron una serie de maniobras muy complejas, no realizada en su totalidad, esa enferma marchó mal.

De manera que tengo el recuerdo de esos tres casos, ahora al pasar, de esas cosas vistas.

Sintetizando, diré que los tumores incluidos en el ligamento ancho son siempre delicados, cosa reconocida por los ginecólogos viejos y también por los cirujanos modernos. Es una intervención donde se deben aplicar los conocimientos quirúrgicos y la táctica quirúrgica más perfecta, puesto que es la operación más anatómica de la ginecología.

En tercer lugar, debo decir que cuando hay un tumor wölfiano de esos quísticos que llegan a la vagina y que llegan más o menos alto a la base del ligamento ancho para seguir luego para arriba, no debe abordarse de primera intención por arriba, sino que debe hacerse la liberación por vía vaginal, liberar el polo inferior juxta vaginal, y después

por arriba se saca sencillamente por una maniobra o táctica quirúrgica bien anatómica y bien simple.

De manera que yo quería aportar algo al relato tan didáctico, tan interesante y tan práctico de los relatores que han hecho uso de la palabra.

Pero deseo insistir en el terrible convidado de piedra que es el quiste wólfiano incluido, como está siempre, en esa parte baja del ligamento ancho. Se requiere una táctica y una técnica adecuada, sin olvidarse que la vía vaginal es indispensable para abordarlo bien, para poder sacarlo con libertad por arriba luego, sin inconvenientes, sino mirando el campo completamente. Claro que se puede sacar arrancando, pero no es el caso; se debe sacar operando.

Otro caso que también recuerdo es asimismo de la sala 24 del Hospital Pasteur. Una chica que la mandaron del servicio del Dr. Plá o del Dr. Piaggio Blanco, no recuerdo, con una anuria completa y con un tumor pélvico bloqueando la pelvis. Se operó en anuria completa; se hizo diagnóstico de quiste hidático, y era una hidatidosis de la base del ligamento ancho, bilateral. Esa enferma se operó, se drenó, se disminuyó la tensión y esa enferma a duras penas, después de un post operatorio muy accidentado, volvió a orinar, se restableció, se operó después de la hidatidosis restante que tenía.

Era lo que quería decir.

— 0 —

Sr. COORDINADOR. — Tiene la palabra el Dr. Manuel B. Rodríguez López.

Dr. MANUEL B. RODRIGUEZ LOPEZ. — Yo felicito al relator. Evidentemente, no se puede dejar pasar por alto el trabajo enjundioso, completo, interesante, eminentemente práctico, agotando el tema, que el Profesor Crottogini ha realizado en este relato a pesar de que la angustia del tiempo le ha imposibilitado exponerlo en toda su amplitud.

Evidentemente es una revisión completa de todo lo dicho con el aporte de las cosas nuevas, especialmente marcadas por él, y fundamentalmente lo que a lo clásico hay que agregarle, que son los elementos que nos pueden dar la radiografía ya sea del aparato genital, agregando a esto una cosa que siempre debe hacerse: radiografía de contraste del árbol urinario y de los elementos vitales más próximos, en especial del cuando los tumores se desplazan muy a la derecha.

Yo felicito al relator por su trabajo interesante, por haber agotado el tema y haberlo presentado con la brillantez que es propia del Dr. Crottogini.

Sr. COORDINADOR. — Tiene la palabra el Dr. Juan J. Crottogini, para cerrar la discusión.

Dr. JUAN J. CROTTOGINI. Yo agradezco al Dr. Rodriguez Lopez y al Dr. Stajano. A propósito de lo que ha dicho el Dr. Stajano de esos tumores wölfianos, hay una situación a la que yo no me referí en el sumario, que es la de la endometriosis, que tiene, por lo menos, con el caso al que él se ha referido, de un quiste previamente supurado, el común denominador de la esclerosis pélvicoumoral y del ambiente de celulitis fibroquistica a su alrededor. Y además la tendencia a empujar, vamos a decir si se nos permite la expresión poco académica, hacia abajo. La endometriosis del ligamento ancho, sobre todo cuando es perforante, cuando va a la vagina, cualquiera que sea su tipo de los tres conocidos, o endometriosis primitiva perforante, o endometriosis secundaria a endometriosis uterina, o endometriosis secundaria a endometriosis anexial preferentemente ovárica, en cualquiera de los tres casos hay que hacer un primer tiempo vaginal, despegando en todo lo posible, sobre todo para tener cuidado de no lesionar el recto, haciendo una especie de manguito alrededor del tumor, para luego operar por vía abdominal.

La cirugía de la endometriosis está ya bien asentada, y realmente puede considerarse como un conocimiento de anatomía quirúrgica y de técnica quirúrgica adquiridos hoy día en el tratamiento de la endometriosis del ligamento ancho, cuando ésta tiende a hacerse perforante. Y es similar al caso que ha relatado el profesor Stajano.

En cuanto a quistes hidáticos del ligamento ancho, voy a aprovechar para pedirle los casos que él tenga, y voy a abusar de la generosidad reconocida del Dr. Stajano, porque yo no tengo ningún caso, ni he visto nunca, ni en anatomía patológica tampoco, ningún caso auténtico de quiste hidático del ligamento ancho. Tengo el recuerdo nada más que de un caso en que se había hecho diagnóstico de quiste del ligamento ancho, y que estudios del profesor Domínguez demostraron que se trataba de quistes intraperitoneales, con un proceso de fibrosis y de reacción alrededor, más acentuada que lo habitual todavía, impresionando como un verdadero quiste del ligamento ancho, pero siendo un quiste intraperitoneal, con una falsa inclusión. La revisión de la literatura de los verdaderos quistes hidáticos del ligamento ancho parece haber puesto de manifiesto que en la gran mayoría de los casos se trata de siembras de quistes hidáticos rotos que se pegan, que se adhieren, anteriores, posteriores o laterales, y se hacen falsamente incluidos, achatados, y con esa consistencia especial del quiste hidático pélvico. Es mucho más fácil suponer esa vía que la vía hematogena: posible es; pero yo no conozco ningún caso.

Muchas gracias.