

10º CONGRESO URUGUAYO DE CIRUGIA

MESA REDONDA

SECCIONAL DE GINECOTOCOLOGIA

Jueves 10 de diciembre

TEMA: \*

TUMORES DEL OVARIO

Registro nacional de los mismos

COORDINADOR:

Dr. ARTURO ACHARD

PONENCIAS: \*

“Criterio práctico en el manejo quirúrgico de los quistes y tumores del ovario”: *Dres. M. B. Rodríguez López, M. Novoa y E. Prina.*

“Clasificación y conceptos prácticos en quistes y tumores del ovario”:  
*Dres. J. Mautone y G. Canale.*

PREGUNTAS

DISCUSION

---

\* No fueron entregadas a Secretaría para su publicación.

## TUMORES DEL OVARIO

### Registro nacional de los mismos

### Preguntas y discusión

Dr. CARRANZA (Argentina).—No es mi propósito discutir sobre el completo relato del Dr. Crottogini, las atinadas palabras del Dr. Rodríguez López y el trabajo de la Srta. Canale; pero creo que debo contribuir también con mi experiencia a este tema tan importante de la patología genital. Mis cuarenta y cinco años de médico, me han dado ocasión de ver y hacer menos de treinta años era común ver en los consultorios ginecológicos, esas enfermas que venían con esos tumores y ascitis. A esas enfermas en aquella época se punzaba y a veces sobrevivían tres o cuatro años, porque esos tumores tienen distinto grado de malignidad. Hay dos sustancias químicas: mostazas nitrogenadas, oro radiactivo, que si no suprimen totalmente esa reproducción, por lo menos, la espacían. Hace más de veinte años, tuve ocasión de tratar muchas veces esas enfermas con radioterapia —estamos de acuerdo que la radioterapia no hace nada sin laparotomizar a esas enfermas— cuando el estado lo permitía, le hacíamos una cirugía paliativa, cirugía paliativa completada por radioterapia, que da resultados muy buenos y les da una sobrevivida de tres o cuatro años.

Los conceptos de operabilidad o inoperabilidad, siempre hay que certificarlos con la laparotomía exploradora, y lo que para un cirujano es inoperable, para otro es operable. A este respecto, voy a referir una historia: hace veinte años, fue un día al Instituto de Cáncer una enferma con un blastoma de ovario, con una biopsia de adenocarcinoma, era una mujer de 24 años, con la indicación de que se hiciera radioterapia. Como trabajábamos en equipo, yo era el encargado de revisarlas periódicamente; después de la primera serie, ese tumor no se modificó en lo más mínimo; conversé con el Director del Instituto, y le dí mi opinión de que debía ser operada, él estuvo de acuerdo, pero vino el ayudante y dijo que el tumor era inoperable y quedó así; se siguió haciendo radioterapia, y después de seis meses, en las vacaciones del Director, cuando la enferma estaba en estado caquéctico, con ictericia, con pésimo estado general, yo hablé con los familiares y les propuse operarla, aunque era un caso muy penoso; hice una pequeña laparotomía sobre la región hepática, para ver si había algunas metástasis, no había metástasis, y el tumor era quístico, y prolongué la incisión. Extirpé totalmente ese tumor, y esa señora que tuvo un postoperatorio tormentoso porque no contábamos con transfusiones, ni muchos recursos, salvó gracias a su físico, de mujer de 24 años, y ha sobrevivido; y ahora, a los veinte años, he tenido el placer de ver casada a su hija.

De manera que estoy de acuerdo con los relatores, que el cáncer de ovario, es eminentemente quirúrgico, pero que en los casos que no se pueda hacer cirugía radical, la cirugía paliativa ayudada por la radioterapia, sea de cualquier tipo, proporciona sobrevidas valdezas.

Voy a referir otro caso: hace cuatro meses, vino una enferma que había sido operada por un eminente cirujano, y esta enferma, a los nueve meses de operada, tenía una tumoración que le ocupaba toda la pequeña pelvis, con dolores intensos y era necesario hacerle algo; naturalmente, yo le propuse a la familia reoperarla; el estado general era bueno, y consulté con el cirujano que la operó, y me dijo que le encontró solamente unos nódulos en el hígado, pero solamente unos miomas en el útero, y nada más en el aparato genital; se reoperó la enferma, y me encontré con una tumoración que ocupaba toda la pequeña pelvis, y como ha dicho muy bien el Prof. Crottogini, lo primero que hay que hacer, es exteriorizar bien los dos anexos; del lado izquierdo el tumor era apreciable, pero se pudo exteriorizar fácilmente, pero del lado derecho, ese tumor quístico era un tumor enorme, que estaba fijado al recto y a la vejiga; al desprenderlo salió una cantidad de líquido achocolatado. Esto me hizo sospechar que era un endometrioma quístico; ese tumor estaba muy pegado y se pudo hacer una operación radical, pero en la parte derecha, que estaba muy pegada, como no podía ver el uréter, dejé una pequeña cavidad residual. La enferma evolucionó muy bien, pero, mujer que tenía todavía su menstruación, en la época de la misma volvió a tener dolores localizados a la pierna; a esa enferma se le hacía radioterapia diariamente, y se le hizo una serie de 5.000 r.; esa enferma mejoró con la radioterapia y en este momento está perfectamente bien.

Ahora quisiera hacer una pregunta, quisiera preguntarle, cuando operé la enferma que no tenía lesión visible, tenía 9 lts. de líquido en el vientre, ¿de dónde provenía ese líquido?, porque el examen histológico no demostraba nada y cuando se la operó no había líquido; de manera que es una interrogante, y quisiera preguntarle de dónde provenía ese líquido, porque no encontró nada fuera del mioma y lo raro es que un tumor que, según el cirujano, no tenía nada en la operación anterior.

Termino felicitando a los autores por el excelente trabajo.

Dr. SCHIAFFNER.— En las reuniones científicas, como ocurre en este Congreso, la discusión tiene sobre todo importancia cuando se discute, o cuando se trae un hecho nuevo en contradicción, o ampliando el relato del principal relator. Yo, como en esta oportunidad no tengo absolutamente ninguna discrepancia con el relator, al contrario, comparto todas sus conclusiones y sus observaciones; pero como yo estoy en un Servicio donde se hace mucha cirugía cancerológica y mucha radioterapia cancerológica, me ereo en la obligación de decir principalmente que comparto totalmente lo expresado por el relator. Nada más.

Dr. REY VERCESI.— Era para agregar un caso de carcinoma ovárico que cursaba junto con una gravidez, y lo interesante del caso, es que este matrimonio era estéril durante diez años, que la mujer desarrolló el carcinoma

rico y se embarazó, quizá por el mismo desarrollo del carcinoma ovárico, teniendo un embarazo que lo retuvo hasta los seis meses y terminó en aborto; fue operada cuatro meses después del aborto; el primer diagnóstico fue el de mioma en sufrimiento y se encontró una masa neoplásica ovárica, que fue analizada por el Prof. Lasnier: carcinoma ovárico microquístico papilar encefaloideo, que se disgregaba bajo la presión de la mano. Cirugía evidentemente incompleta, que fue completada por la radioterapia, y hoy, a los once años, vive, estando en perfecto estado de salud. De manera que coincide esta observación con las de los Dres. Carranza y Crottogini. Por lo tanto, me parece un caso interesante, así como juntar todos los casos similares de influencia recíproca los tumores malignos y el embarazo.

Dr. STABILE.— He oído con interés la brillante disertación sobre un tema que me interesa muy particularmente, puesto que en la docencia le he dado cierta preferencia, e incluso, en la docencia a los futuros profesores agregados en cirugía, me he dedicado a repetir este tema de los tumores de ovario, a los que van a ser profesores de cirugía; es decir, que es un tema que no solamente me ha interesado desde el punto de vista científico puro, sino también de transmitir al cirujano general, lo que consideramos que debe conocer del tema, para hacer aplicación útil en la cirugía general; es decir, que lo que aquí se debe destacar, porque estamos en un Congreso de cirujanos; naturalmente, que el tema es tan vasto que no se pudo haber agotado todo. El mismo profesor Crottogini, decía que dejaba de enumerar las distintas variedades de los tumores, nos ha puesto en evidencia que forzosamente se tienen que dejar muchos detalles que no se pudo traer en una síntesis, aunque perfecta y clara. Yo quería destacar, por ejemplo, hechos interesantes como el siguiente, las reglas generales de la ginecología, hablando de los tumores, es cirugía siempre, y que, tratándose de tumores malignos, hay que ir a la cirugía de exéresis amplia. Pero, estas dos reglas tienen sus excepciones y, precisamente, están esos casos, que los tumores, o las tumoraciones no neoplásicas, como es el caso de la mola; esto tiene mucha importancia para el cirujano general, puesto que tumores quísticos, la mola, que llegan al tamaño de una naranja grande de ombligo, sabemos que no merecen el nombre de tumores propiamente dichos y tienen como carácter la reversibilidad; hemos visto cirujanos que han hecho una exéresis de estos tumores, y hay que aconsejar de no ir a la exéresis. Por otra parte, la indicación absoluta en el caso de los tumores malignos de ir a la exéresis amplia, encuentra una excepción en los tumores, por ejemplo, de la granulosa en las viejas. De allí, vamos a otro punto, la dificultad de hacer el diagnóstico de los tumores malignos, aun histológicamente.

Otro hecho muy importante, es el otro capítulo que no se ha tocado aquí, que es el de tumores de ovario y embarazo. La regla general, es que los tumores coincidentes con el embarazo, se dividen en dos grandes grupos: uterinos, los miomas, y los tumores del ovario; y si en los miomas no había complicaciones, se debe ser conservador, no operar; mientras que la regla es que en los tumores ováricos, aunque no haya torsión ni complicaciones, hay que ir al tratamiento quirúrgico con algunas puntualizaciones que no puedo hacer ahora, en honor al tiempo. Es decir, un tema muy importante para el médico

general, es el de los tumores de ovario y embarazo y la conducta a seguir, en general, es ir al tratamiento quirúrgico, pero teniendo en cuenta la conservación del embarazo.

El otro capítulo muy importante es el estudio del diagnóstico diferencial de los tumores de ovario con todos los otros tumores del abdomen, y la conducta a seguir en los casos de errores de diagnóstico. Otro hecho interesante es que al hacer la exéresis de un tumor B., del tipo de los tumores mucoides, es no solamente la posibilidad de implantación de células, sino la implantación simplemente del contenido en el peritoneo, lo que puede dar desarrollo al pseudomixoma peritoneal que, pese a su benignidad histológica, puede matar a la enferma, de ahí la importancia de extremar los cuidados para evitar esto.

Otro hecho interesante es lo que refería la Dra. Canale en la clasificación de los tumores, es el hecho sumamente interesante, como decía el profesor Crottogini, que el ovario es la fuente de variedad más grande de tumores, pero, hecho curioso: el tumor de ovario puede ser originado en las células del ovario adulto, en las células del ovario embriogénico, pero la mayoría de los tumores del ovario, sobre todo los serosos, tienen un origen que no está ni en el tejido del ovario adulto, ni en el ovario embriológico y, por lo tanto, va todo el grupo de los tumores disontogénicos, cuya clasificación no sólo puede quedar en la parte especulativa de la embriogénesis, sino sus aplicaciones prácticas para poder explicar la presencia de tumores en el ovario, que hasta ahora parecían inexplicables.

La clasificación de los tumores en quísticos y no quísticos, ya se sabe perfectamente que en el ovario, salvo los no funcionantes, no son ninguno verdaderamente quísticos, todos tienen su parte adenomatosa, y el único quístico verdaderamente es el tumor, no del ovario, sino del paraovario. Y la clasificación en benignos y malignos, tiene dificultades histológicas, clínicas y de otra naturaleza, que hace que todas estas clasificaciones tengan una importancia grande, pero no se pueden tomar al pie de la letra; por eso digo y repito, que el ginecólogo y el cirujano, deben dominar a la clasificación, pero no dejarse dominar por ella.

La terapéutica, desde luego la quirúrgica, la asociada a la actinoterapia. La actinoterapia sola, da muy poca cosa en los tumores de ovario, salvo en las endometriosis. Y recordar que hay tumores muy vulnerables a la actinoterapia, pero repitiendo aquella frase, que la radiosensibilidad no es sinónimo de radiocurabilidad, sobre todo en los seminomas, es verdad eso. Hay mucho que esperar de las nuevas terapéuticas, por ejemplo, el oro radioactivo y la bomba de cobalto.

Dr. BELLOSO.—Después de haber oído los relatos, parecería que no hay nada que agregar de importancia a todo lo que se ha dicho. Creemos en la cirugía conservadora, y a propósito quiero referir un caso de una mujer, a la que hace veintitrés años le extirpé un tumor dermoideo del ovario izquierdo y el ovario derecho del tamaño de una nuez grande y que parecía tumoral; saqué el tumor del ovario izquierdo y cerré el vientre. Esa mujer siguió bajo vigilancia y pudo tener dos hijos y, hace un año, se recuperó por un tumor dermoideo izquierdo, el que dejé bajo vigilancia, haciéndole una anexectomía.

Otro caso interesante, es respecto al criterio de operabilidad o no de los tumores ováricos. Una mujer de 32 años con un enorme tumor de ovario, que fue sometida durante un tiempo a punciones; esa mujer fue vista por mí por una retención de orina, y comprobada la latencia que tenía ese tumor, con un relativo buen estado general, la operé: casi 7 kgs. de masa tumoral; y la histología hecha por el Dr. Scandroglio, dijo que era benigno, la mujer recuperó peso, vivió cinco años bien, y al cabo de esos cinco años, aparecieron nuevas masas tumorales, completamente inoperables, y el histólogo lo confirmó que era maligno. Eso demuestra lo difícil que es establecer la verdadera estirpe histológica de los tumores de ovario, no sólo para los patólogos nuestros, sino también en otros medios científicos. El segundo caso, es una enferma que llegó al Servicio del Prof. Rodríguez López, una enferma con una cicatriz infraumbilical, esa enferma había sido operada por un distinguido amigo, brillante cirujano, en un Sanatorio del Litoral, y rehusó la exéresis por la magnitud del tumor y la aparente malignidad; con el concepto que tenemos que todos los tumores, hasta prueba en contrario de malignidad, deben ser extirpados, la recuperamos en el Servicio y ahora lleva cuatro años de sobrevida, aunque esto no quiere decir que esté definitivamente curada.

Dr. ACHARI.—Habiéndose cumplido el tiempo reglamentario para esta Mesa Redonda, le voy a dar la palabra al Prof. Crottogini.

Dr. CROTTOGINI.—Voy a ser breve. La pregunta del Dr. Carranza, no la sé contestar, por qué había ligado al principio y después no; no hay una explicación todavía; de manera que no sé. Le agradezco su gentileza.

Con el Dr. Schaffner estamos de acuerdo, sí, pero voy a aprovechar, para evitar que quede en esta Sala, la idea de que la roentgenterapia no tenga nada que hacer en los tumores de ovario. Una cosa es decir que la roentgenterapia no cura, y otra, que no tenga nada que hacer. Hay mujeres que son inoperables, entonces se les hace roentgenterapia. Segundo, en los casos de metástasis hay que hacer radioterapia. Tercero, en los casos de recidiva. Cuarto, en los casos de cirugía incompleta, o porque fue técnicamente imposible o incompleta porque se sacó un ovario no tumoral, creyéndolo benigno y resultó maligno y todavía la indicación de la radioterapia, cuando el diagnóstico fue de seminoma, porque tiene una sensibilidad grande y puede dar tres o cuatro años de sobrevida. De manera que quería precisar que la roentgenterapia tiene un sitio aunque, naturalmente, no es el tratamiento ideal.

El Dr. Rey; es muy interesante su caso; siempre pasa así con los tumores de ovario, pero el hecho llamativo es el siguiente: diez años de esterilidad, desarrolla un carcinoma y se embaraza, de manera que lo más probable es que sea un tumor funcionante, salvo que sea una casualidad, y ese tumor funcionante trabaja como una pequeña usina ovárica, es una posibilidad.

En cuanto a la relación, posibilidad de transmisión en embarazos, hay pocos casos publicados en la literatura mundial, que una mujer que cursa un embarazo con un carcinoma, sea de ovario, de mama, de hueso, pueda transmitirlo al feto por la barrera placentaria. Curiosamente, tres o cuatro de esas observaciones, se tratan de melanomas que pasan el filtro placentario y colo-

nizan sobre todo en el hígado del feto; para tumores de la mama, también se ha encontrado; en una obra clásica, hay el caso de una mujer que tenía un sarcoma de rodilla y el feto nació con un sarcoma congénito. Pero en la práctica, no tiene valor. De manera que cuando se trata de problemas de simultaneidad del embarazo y carcinoma, son otras las razones que tienen que influir para la decisión, pero no la posibilidad que el feto nazca con carcinoma.

El Dr. Stábile; estamos de acuerdo, podía haberme faltado alguna cosa, no sé. La perforación, cuando el tumor es mixomatoso y se perfora, son las células, porque el líquido arrastra las células, y son las células que se siembran en la cavidad peritoneal, y allí siguen su proceso de secreción e hipersecreción patológica mucosa, y hacen entonces el mixoma, pero eso debe ser incluido en las células que se exteriorizan por la punción del quiste. En cuanto a la cuestión de las clasificaciones, estamos de acuerdo, pero me parece que para el médico práctico y para el cirujano, las clasificaciones histogenéticas no tienen mucha importancia, esto es más para el patólogo.

La clasificación de la doctora, tiene dos o tres defectos que después vamos a comentar. Uno de ellos, es que incluye el estruma entre los tumores funcionantes, y no ví que diera lugar a los no funcionantes; y en la literatura mundial, solamente nueve de ciento veinte son funcionantes; y alguna otra pequeña cosa.

Con respecto a los patólogos nuestros, quiero decir lo siguiente: he tenido oportunidad de ver la capacidad de la mayoría de los patólogos. Si se necesita un test para saber si un patólogo es bueno, puede estar en ciertos tumores de ovario, y ciertos tumores funcionantes de mama, y ciertos tumores de riñón; y he tenido oportunidad de llevar preparaciones a otros patólogos, sobre todo en EE. UU., a patólogos distinguidos, al propio Novak; y cuando aquí se ha dicho que es benigno seguro, allí se ha dicho benigno seguro; y cuando se dijo aquí maligno seguro, allí también se dijo maligno seguro; y lo mismo en los casos dudosos, cuando aquí era dudoso, allí también se dudó. Voy a decirlo, porque durante un tiempo se ha tenido la idea equivocada, seguramente equivocada de la capacidad de los histólogos; el complemento de la clínica, sea el radiológico, sea el laboratorio clínico habitual, sea el de anatomía patológica, es un procedimiento más, muy importante, pero al que no hay que exigirle más que lo que puede dar.

Dr. ACHARD.— Dos palabras para terminar. Agradezco en nombre de las autoridades del Congreso de Cirugía, el excelente relato completo y objetivo del Prof. Crottogini, a la vez que el sentido práctico de los comunicantes que intervinieron en la discusión, y destacar la segunda parte del relato del profesor Crottogini, en lo que se refiere al registro de los tumores de ovario, solicitándoles a todos los médicos y cirujanos del interior y de la capital también, que aporten sus casos para que ese registro sea una realidad, en beneficio de todos.

Nada más, y queda cerrada la sesión.