

TECOMA DEL OVARIO

DR. ABELARDO HERRERA CALMET*

EL tecoma podemos definirlo como un tumor del ovario, constituido por elementos celulares semejantes, sobre todo, por su contenido en lípidos, a los que se encuentran bajo condiciones fisiológicas, en la teca interna de los felículos de De Graff maduros, proliferativos y regresivos.

Por su actividad biológica y a partir de los estudios de MORETTY y ARRIGONI, LOEFFLER y PRIESEL, BROSSIG, NOVAK y GRAY, HUBER y otros, todos los autores están de acuerdo en el carácter funcional de esta neoplasia y junto con los tumores de células de la granulosa, son los únicos tumores funcionantes del ovario con actividad feminizante, a tal punto que aquellos tumores que fueron diagnosticados, por error de interpretación, como sarcomas y carcinomas que evolucionaron con manifestaciones de feminización, deben ser incluidos en este grupo como lo afirman SCHILLER y MEYER.

La actividad hormonal del tecoma así como del tumor de células de la granulosa, tienen su expresión clínica en las manifestaciones feminizantes que producen en la gran mayoría de los casos, como resultado del exceso de producción de hormonas estrogénicas.

Sinonimia:

LOEFFLER y PRIESEL llamaron a este tumor fibroma teca celular xantomatoso del ovario; THWAITES LASTRA y COLILLAS, tumor de células de la teca; NOVAK lo denominó mesenquimoma feminizante y engloba con este término también, a los tumores de la célula de la granulosa.

Historia:

THWAITES LASTRA y COLILLAS, en la Argentina, en 1926, fueron los que describieron por primera vez los caracteres histológicos de este tumor. Posteriormente MORETTI y ARRIGONI, en 1927, observaron un tumor similar; KERMAUNER, en 1930, describió un fibroma del ovario con alto contenido en grasa endocelular. En 1932, LOEFFLER y PRIESEL lo consideran como entidad anátomo-clínica separándolos del resto de los tumores del ovario.

Después de este trabajo, numerosos autores como GEIST, MELNICK y KANTER, BANNER y DOCKERTY, NOVAK y GRAY, SPELLMAN, HUBER, GAINES, GIL VERNET y otros, estudian varios casos de tecomas, precisando mejor los caracteres anatómopatológicos, biológicos, histoquímicos y completan el estudio del cuadro clínico.

En Sud América, después de THWAITES LASTRA y COLILLAS, han observado tumores de células de la teca, ARENAS, SANMARTINO, BLANCHARD y BETTINOTTI, SCHWARTZ, PINTO, MOLINA, WATANABE y NAZARETH y AHUMA-

* Médico Asistente del Pab. 5 Sala II del Hospital Arzobispo Loayza.

DA, habiendo hecho, este último autor una recopilación de 200 casos publicados, de los cuales ha obtenido datos en 173. Entre nosotros, en 1951, CARLOS MAGGI, en su tesis de Bachiller, describe un caso de tecoma intraligamentario, siendo el primero que se conoce con esta localización.

Histogénesis:

El origen de los tecomas así como el del tumor de células de la granulosa es aún no bien conocido.

LIEPMAN, BLAN e INGIER creían que estos tumores se formaban a partir de los elementos tecales o de la granulosa del folículo maduro, teoría que ha sido totalmente abandonada. R. MEYER, WERDT y otros aceptan que estos tumores derivan de núcleos celulares residuales e indiferenciados dependientes del epitelio germinativo y que quedan desde el período embrionario segregados de la normal formación del órgano.

A esta teoría se han hecho importantes objeciones, principalmente por SCHILLER y NOVAK, los que afirman que la teoría de R. MEYER no explica la existencia de formas indiferenciadas con aspecto mesenquimatoso, ni tampoco el polimorfismo de estos tumores.

SCHILLER y NOVAK, siguiendo las opiniones de FISCHER sobre la organogénesis del ovario, opinan que los tecomas y los tumores de células de la granulosa derivan del núcleo mesenquimatoso de la gonada y explicarían en esta forma: 1º, la semejanza más o menos acentuada entre la estructura histológica de estas neoplasias y la del ovario en los diversos estadios de su evolución; 2º, el polimorfismo de estos tumores, y 3º, la idéntica actividad hormonal entre los tumores de células de la granulosa y los tecomas dado el mismo origen mesenquimatoso.

Anatomía patológica:

El estudio anatómopatológico de estos tumores es el que nos va a permitir hacer el diagnóstico, sobre todo el examen microscópico porque macroscópicamente dan la apariencia de fibromas.

Son generalmente esféricos u ovoideos, de superficie lisa, aunque a veces son abollonados, como constituídos por diversos nódulos tumorales y separados por surcos de variada profundidad. Su tamaño es muy variable desde los 3 mm., como el caso de BANNER y DOCKERTY, hasta el tamaño de una cabeza de adulto, como el caso comunicado por MC GOLDRICK y LAPP, de 5380 grs., o el de BURKE, que pesaba 11 kilos. Generalmente son pequeños de 2 a 6 cm. de diámetro; el caso nuestro era de 3 cm. Son unilaterales, habiendo sido descritos sólo 3 casos de tecomas bilaterales (BERDJIS CHANSI; HUANG y CHEN; FALLS, RAQUIS y GOLDENBERG): De consistencia dura y en muy contados casos muestran consistencia quística. El color es habitualmente blanco amarillento, a veces con tono parduzco, otras blanco rosado y en ocasiones tienen el aspecto y color del fibroma de ovario. Las adherencias a los órganos vecinos son poco frecuentes.

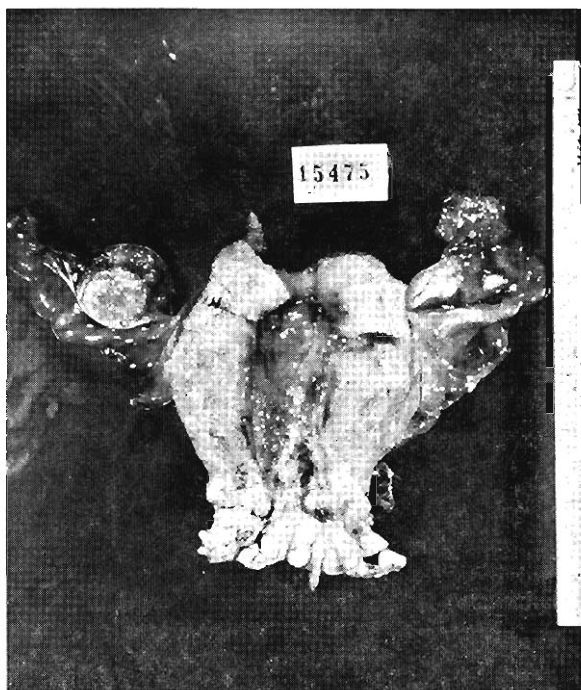


Fig. 1.—Pieza operatoria. Se aprecia tumor esférico bien circunscrito en ovario derecho.

Al corte se observa casi siempre una cápsula de grosor variable, delgada en las prominencias, más gruesa en los surcos; de esta cápsula se desprenden gruesas bandas de tejido conjuntivo que se anastomosan constituyendo una red de mallas irregulares y cuyos espacios están ocupados por tejido de consistencia más blanda, de color amarillo grisáceo o amarillo rosado, formando nódulos de tamaño y forma diversa e incluídos en la masa fundamental. En ocasiones, al corte, se aprecia un abundante componente conjuntivo brillante de tipo mixomatoso y en esta sustancia fundamental aparecen irregularmente zonas amarillo ocre, aisladas o confluentes que dan un aspecto marmóreo. Se pueden observar, a veces, en las zonas densas, partes reblandecidas correspondiendo a degeneración coloide del conjuntivo; cuando esta degeneración es mayor se produce necrobiosis del tejido, constituyéndose cavidades que contienen líquido claro o turbio mezclado con detritus celulares y cristales de colesterol; estas cavidades pueden ser muy grandes y dan la apariencia de cistadenomas de ovario, como los casos observados por GEIST, SHARNOFF y LISA.

Aspecto microscópico

Los elementos celulares que son los que hacen el diagnóstico definitivo de tecoma, se encuentran en las partes amarillas encerradas entre la red

fibrosa descrita en el examen macroscópico. Se distinguen tres tipos de células:

1º—Células de tipo conjuntivo, fusiformes con prolongaciones fibrilares en sus extremos, con núcleo pequeño, alargado y que se tiñen perfectamente. El protoplasma es abundante, conteniendo acúmulos diminutos de lípidos. Este tipo de célula recuerda los elementos celulares de la teca interna del folículo de De Graff en vías de maduración.

2º—Células ovoideas o redondeadas, con fibrillas que se tiñen débilmente o no existen. El núcleo es pequeño, redondeado, central la mayoría de las veces y se tiñen fuertemente. El protoplasma es esponjoso y cargado de grasa; una delgadísima red de reticulina, demostrable por la impregnación argéntica, separa a cada elemento celular. Estas células recuerdan a las de la teca interna de los folículos maduros en el momento del estallido folicular.

3º—Células poliédricas, sin proyecciones fibrosas, de aspecto epitelioide, cargadas de grasa en su protoplasma; son semejantes a las células tecales después de la ruptura del folículo.

Se han observado transiciones de uno a otro de los tipos celulares, lo que evidencia su común origen.

Los elementos celulares se disponen dentro de un estroma de tejido conjuntivo de aspecto definido, en forma variable: unas veces formando bandas; otras, acúmulos de diverso tamaño e irregularmente diseminados. La relación entre el acúmulo celular y la matriz fibrosa varía grandemente.

TRAIT y MARCHETTI consideran que la fina malla reticular, que separa los elementos celulares, serviría de diferenciación diagnóstica con los tumores de células de la granulosa cuyas células se encuentran en íntimo contacto. Consideran, además, que las células de la granulosa tienen en su protoplasma granulaciones argentófilas de las que carecen las células tecales.

La grasa se distribuye de manera irregular en las diferentes partes del tumor; no existe, o es escasa, en las porciones compuestas por tejido conjuntivo adulto; es abundante en las zonas amarillas dentro de los elementos celulares y distribuida irregularmente en el estroma. La grasa se dispone en forma de polvillo o pequeñas gotas, y por encontrarse en zonas bien conservadas sugiere que no se trata de un fenómeno regresivo, sino que es expresión de una actividad incretora, tal como se encuentra en otros tumores funcionantes del ovario, como el tumor de células de la granulosa y en el arrhenoblastoma.

El estudio histoquímico de los lípidos contenidos en el tecoma es colesterol y sus ésteres, y al examen con el microscopio polarizador son birrefringentes.

La irrigación del tumor es escasa en las partes conjuntivas fibrosas, apreciándose abundantes vasos gruesos, de paredes delgadas en las zonas celulares.

En algunos casos coexisten los tumores de células tecales con tumores de células de la granulosa, lo que hace pensar a algunos autores, como GIL

VERNET, que los tecomas no son una entidad patológica especial, sino un grado mayor de diferenciación de algunos tumores de células de la granulosa. Sin embargo, GEIST y otros consideran que hay signos histológicos que los diferencian: 1º, el tecoma está formado por células de aspecto conjuntivo y su estructura es más uniforme que la de los tumores de células de la granulosa; 2º, el contenido de lípidos en los tecomas es abundante y es intra y extracelular, mientras que en los tumores de células de la granulosa es escaso y extracelular; el estudio histoquímico de los lípidos de los T. C. G. demuestra que son fosfolípidos y grasas neutras, y en los tecomas son colesterol y sus ésteres como ya hemos manifestado.

Se ha observado, también, la coexistencia de tecomas con los diversos tipos de cistoadenomas de ovario.

Estudio de los otros órganos pelvianos

El ovario opuesto es atrófico o se encuentra normal. El útero, debido a la acción hormonal del tumor, es asiento de las mayores modificaciones, sobre todo en el endometrio, el cual se halla, en la mayoría de los casos, con marcada hiperplasia. MC GOLDRICK y LAPP, en un estudio estadístico, encuentran que de 46 casos de la literatura en el que se describe el estado del endometrio, en 36 existía hiperplasia, 32 de los cuales ocurrió en menopáusicas, en 2 casos se encontró atrófico y en el resto el endometrio era normal. La hipertrofia difusa del útero es lo frecuente; sólo en 11 observaciones el útero se ha señalado como normal o aún pequeño. La endometrosis interna ha sido descrita 6 veces entre 52 casos en que se estudió el útero; en nuestra paciente también se encontró endometrosis interna. Los miomas uterinos se presentan en el 50% de los casos.

El carcinoma de endometrio se ha encontrado asociado al tecoma en varias oportunidades. DOCKERTY ha señalado un 10% de coexistencia de tecoma con carcinoma endometrial o adenocarcinoma de la mama, por lo que piensa que esta coexistencia es debida a la acción cancerinógena de la estrina, ya que experimentalmente, en animales, ha obtenido la producción de cáncer endometrial inyectando grandes cantidades de estrina.

Otros autores, como WOLFE y NEIGUS; PORTER y BRAMHALL; HENDERSON; J. C. AHUMADA, SARDI y SANMARTINO, etc., han señalado la misma coexistencia.

Esto ha sugerido la hipótesis de que el cáncer uterino sería la consecuencia última, del estímulo prolongado de la mucosa endometrial, por el principio estrogénico procedente del tumor y no compensado por la acción, probablemente protectora, de la progesterona. En favor de esta hipótesis hablan la reconocida acción hormonal del tecoma ovárico que se traduce por estados de hiperplasia patológica del endometrio, así como también el hallazgo, en ocasiones, de estados de proliferación atípica de la mucosa uterina, como pueden demostrarlo las cifras comunicadas por HENDERSON, por BANNER y DOCKERTY y por AHUMADA.

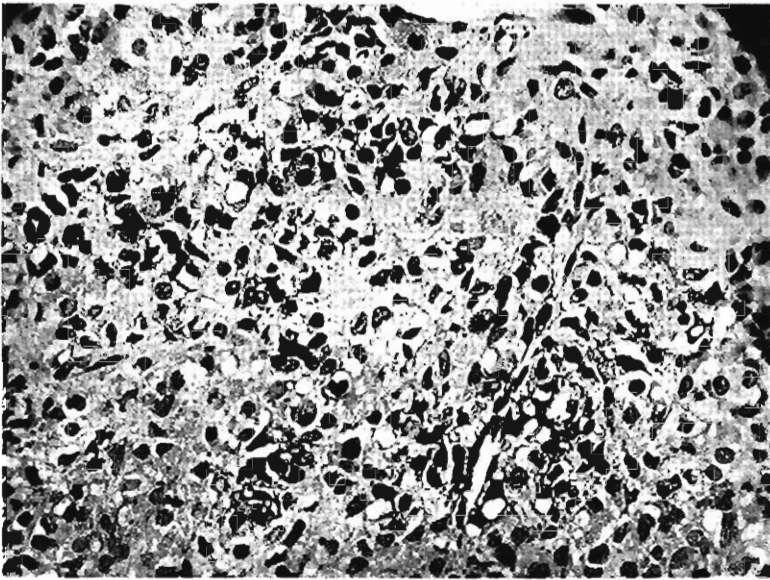


Fig. 2.—Aspecto histológico del tumor ovárico. El tipo celular es característico del Tecoma.

Debido al hecho clínico de que la gran mayoría de estos carcinomas endometriales no recidivan después de operados, así como también a la circunstancia de tratarse, a veces, de lesiones circunscritas dentro de un estado de hiperplasia difusa del endometrio o que presentan un aspecto histológico no del todo característico, se plantea la cuestión de si en todos estos casos se trata o no de verdaderos carcinomas.

La naturaleza carcinomatosa es indiscutible cuando hay invasión del miometrio o metástasis, así como también en presencia de un cuadro histológico característico. En los restantes queda, por el momento, la duda de si se trata de una hiperplasia carcinoide del endometrio o de un estado de transición entre la hiperplasia y el carcinoma.

Estudio Clínico

Frecuencia.—Los tumores de células de la teca son raros; sin embargo, creemos que un estudio más completo de las piezas extirpadas nos permitiría encontrar algunos tumores de este tipo.

Entre nosotros, QUINTANA, MENDOZA y MAGGI, en trabajos estadísticos realizados, separadamente, en el servicio de Ginecología del Hospital "Arzobispo Loayza", desde los años 1931 a 1950, han encontrado que de 9,870 ginecópatas, de las cuales correspondían 857 a tumores de ovario, sólo 1 caso de tecoma.

En nuestro servicio ginecológico del pabellón 5, sala II, desde 1951 hasta el mes de febrero del presente año, han sido atendidas 2,117 ginecópatas,

de las cuales 207 han sido portadoras de tumores de ovario, habiéndose presentado un caso de tecoma, lo que representa un porcentaje de 0,5% del total de enfermas portadoras de tumores ováricos.

Edad

Los tecomas son más frecuentes en edades avanzadas de la vida o sea después de la menopausia. No han sido descritos antes de la menarquia. Estudios estadísticos hechos por MC GOLDRICK y LAPP en 74 casos; por BANNER y DOCKERTY en 23, y por KNIGHT en 15, concluyen que la mayor incidencia de estos tumores, en un porcentaje de 61,5%, se encuentra entre los 50 y 79 años, mientras que entre los 30 y 49 años la incidencia es de 38,5%. El caso más joven es de 15 años y el de mayor edad de 95. Nuestra enferma tenía 69 años.

BANNER y DOCKERTY en su estudio de 23 casos, encuentran 43,48% de nulíparas; 13,15% de primíparas, y el resto corresponde a multíparas.

Sintomatología

Las manifestaciones clínicas de los tecomas están condicionadas por su actividad hormonal que se traduce por un síndrome de hiperestrogenismo, con las modificaciones objetivas y subjetivas propias de él.

Geist y Spellman, en 1935, usando extractos de tejidos de estos tumores, comprueban que contienen estrógenos en cantidades considerables.

Si tenemos en cuenta la acción biológica de los estrógenos sobre el organismo en general y sobre el aparato genital en particular, comprenderemos que el cuadro clínico si bien, fundamentalmente, es análogo en todas las edades de la vida, presentará características y rasgos propios en relación a la época en que se manifiestan, lo que creemos de interés para plantear el diagnóstico diferencial, según sea la edad de la enferma.

En la menopausia, en donde es más frecuente la incidencia de los tecomas, el síntoma característico está dado por metrorragias, que pueden ser más o menos intensas, irregulares o simular menstruaciones con cierto carácter cíclico. Este síntoma es de mucha importancia en estas edades y lo primero que debemos descartar es el carcinoma endometrial. La metrorragia en los tecomas es debida a la actividad estrogénica del tumor, que se refleja en el endometrio, el cual se encuentra proliferativo o hiperplásico.

El cuadro metrorrágico se acompaña, generalmente, de un rejuvenecimiento de variable intensidad, según los casos, y caracterizado por aumento de volumen de las mamas, exaltación de la libido; los genitales externos se vuelven turgentes, rosados y con cierta humedad que indica el remozamiento experimentado.

El examen ginecológico nos pone de manifiesto. en la mayoría de las veces, la presencia de una tumoración anexial de tamaño variable, de forma más o menos regular, de consistencia dura o quística, móvil casi siempre, a no

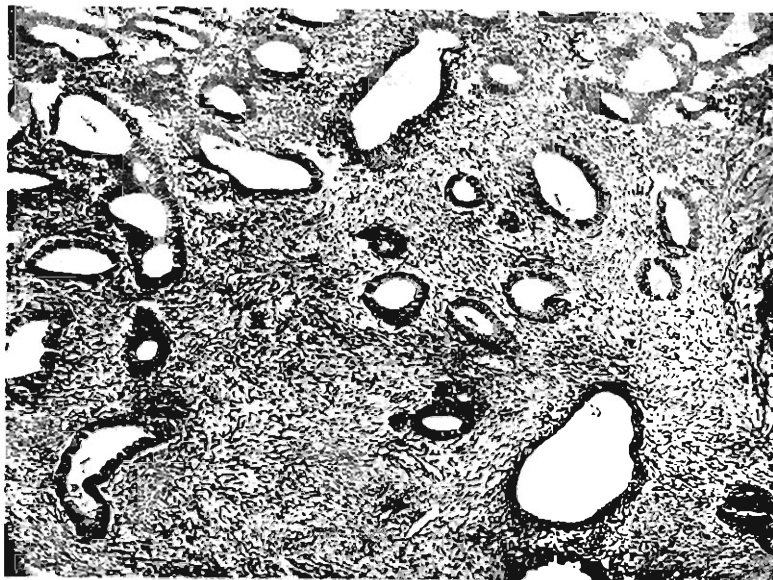


Fig. 3.—Mucosa endometrial hiperplásica. Esta sección corresponde a la pieza quirúrgica.

ser que sea un caso francamente maligno que lo fije. El útero se encuentra generalmente aumentado de volumen.

Debemos tener presente que los tecomas pueden ser muy pequeños, y aunque no se puedan descubrir clínicamente, debemos pensar en dicho tumor, en toda menopáusica que haya metrorragias y que el raspado endometrial revela mucosa hiperplásica.

La ascitis ha sido encontrada en 17 casos de tecomas; es clara citrina, raramente hemorrágica (2 casos), de cantidad variable y no se observan en ella elementos neoplásicos. La coexistencia de ascitis e hidrotórax constituyendo el síndrome de Meiggs, ha sido descrito en 7 casos.

En la mujer adulta el síntoma principal es, igualmente, la hemorragia uterina, que puede presentarse en forma de menorragias o de metrorragias más o menos intensas y en ocasiones precedidas con períodos de amenorrea de diferente duración. Los síntomas de feminización son difíciles de apreciar; sin embargo se pueden observar las mamas tumefactas, tensas y aún dolorosas debido a la proliferación celular.

El examen ginecológico nos revela la presencia de la tumoración anexial, y la hipertrofia del útero; igualmente se puede presentar ascitis, con las características señaladas, y el raspado endometrial demuestra siempre hiperplasia de la mucosa.

El diagnóstico clínico de tecoma en la mujer adulta es difícil, debido a que varios procesos ginecológicos pueden dar síntomas metrorrágicos, y si recor-

demos que las manifestaciones feminizantes propias del tumor que estudiamos no se pueden precisar de una manera evidente, en esta época de la vida, la dificultad se hace aún mayor.

Clínicamente es posible sospechar esta neoplasia en pacientes que presentan una tumoración parauterina, acompañada de meno o metrorragias que no cesan con el raspado endometrial y que el examen histológico de la mucosa extraída nos revela hiperplasia de la misma.

Los síntomas que acabamos de describir son los más frecuentes y característicos de este tipo de tumor, pero no son constantes, habiéndose observado tecomas no acompañados de metrorragia ni de otros signos de actividad estrogénica, e inclusive en 3 casos el tecoma se acompañó de ciertos signos de virilización e hipertriosis (GEIST y GAINES; COLLINS, VARINO y WEED; FRAENKEL).

Como medios auxiliares de diagnóstico, además del raspado endometrial, que es de gran valor, deben ser considerados los tests o medios de valoración de estrógenos y que pueden ser biológicos o químicos.

Los métodos biológicos se fundan en los cambios que los estrógenos producen en el tracto vaginal. Entre estos, los más importantes son: El Test de ALLEN y DOYSY, que tiene su fundamento en la aparición del esiro en ratas castradas, después de la inyección de sustancias estrogénicas, lo que se aprecia por las modificaciones producidas en el epitelio vaginal de la rata. El Test de DOYSY y CURTIS; estos investigadores han establecido como "Unidad" a la "mínima cantidad de estrógeno necesaria para producir el canal vaginal en 3, de 5 ratas impúberes, durante diez días". La prueba de FLUHMAN; tiene su fundamento en la mucificación del epitelio vaginal de la rata. por acción de los estrógenos.

Pronóstico:

Novak considera que todo tumor funcionante de ovario debe ser considerado como maligno. Sin embargo, las estadísticas demuestran que los tecomas son generalmente benignos. Para valorar el pronóstico de estos tumores debemos considerar el cuadro clínico y el estudio histológico del tumor.

PAUL PEDOWITZ, LAURENCE y D. GRAYZEL, en un trabajo publicado en 1954, refieren que la exacta incidencia de malignidad de los tecomas es relativa, porque de 300 casos hasta ahora reportados, sólo 8 fueron clasificados como evidentemente malignos; es decir, un porcentaje de 2,6 %.

Tratamiento.

El tratamiento es inminentemente quirúrgico. NOVAK, DOCKERTY, KNIGHT, BARSILAY y otros, establecen que el tratamiento más adecuado en mujeres menopáusicas es el radical, recomendando la histerectomía, que puede ser total o subtotal y la salpingooforectomía bilateral.

En mujeres en plena actividad sexual, se recomienda sólo la extirpación del tumor.

El tratamiento por radiaciones no ha sido empleado en estos tumores, dada, generalmente, su naturaleza benigna.

HISTORIA CLINICA

Enferma: M. C./M, de 69 años de edad, natural de Quintay (provincia de Sayán); procede de Huacho; estado civil; viuda, y se ocupa en los quehaceres de su casa.

Tiempo de enfermedad: 7 meses.

Ingresa al servicio el 20 de enero de 1956 por presentar metrorragias de carácter periódico, dolor hipogástrico y en ambas fosas ilíacas.

Enfermedad actual:

Refiere la paciente que hace 7 meses, al realizar un esfuerzo, siente dolor a nivel de la región lumbar y al día siguiente tiene pérdida sanguínea por sus genitales, en pequeña cantidad, de color rojo vivo, y dolor tipo pesadez a nivel del hipogastrio y fosas ilíacas, síntoma, este último, que es constante acentuándose con la marcha, con el cuadro hemorrágico y en ocasiones espontáneamente cuando la enferma adopta la posición de cúbito dorsal. La pérdida sanguínea duró 4 días, siendo tratada por un facultativo, con sustancias coagulantes. Por esta sintomatología, la paciente es hospitalizada en un servicio, donde le practican exámenes especializados con el fin de descartar un carcinoma uterino, siendo estos exámenes negativos en ese sentido y se encuentra una cervicitis crónica. 2 meses después se le presenta nuevamente la hemorragia genital, con los caracteres de una regla, acompañada de dolor, y de 4 días de duración. En los meses sucesivos se repite la pérdida sanguínea con los mismos caracteres, hasta 1 mes antes de su ingreso en que la sangre es oscura, con coágulos pequeños, de mayor cantidad y con 6 días de duración. Manifiesta haber bajado de peso, aunque conserva buen apetito.

Antecedentes familiares: Padre, muerto a los 70 años; Madre, muerta de cáncer uterino a los 50 años; Cónyuge, muerto a avanzada edad.

Antecedentes personales: Fisiológicos.—Nacida a los nueve meses en parto eutócico. Ignora datos de su primera infancia. Escolaridad hasta 5º de primaria.

Patológicos.—Paludismo a los 14 años; enfermedades eruptivas hasta los 20 años; ciática hace 5 años; hipertensión desde hace 8 meses; operada de hernia umbilical en el año 1938.

Historia sexual.—Menarquia a los 13 años; régimen catamenial 5/25-26 en regular cantidad, con dolor en ambas fosas ilíacas e hipogastrio en el primer día; Menopausia a los 54 años de edad; R. S. a los 27 años; ha tenido 7 gestaciones con partos normales; 1 aborto espontáneo de 1 mes a los 32 años.

Examen clínico:

Cráneo normocéfalo; cabello entrecano, escaso; cuero cabelludo de conformación normal.

Cara. Macizo facial de características normales; piel surcada de arrugas que predominan sobre todo en la región frontal, en las comisuras labiales y oculares. Ojos, nariz y oídos de caracteres normales. Boca: mucosas ligeramente pálidas; no existen piezas dentarias; lengua húmeda y de aspecto normal. Cuello y tórax de conformación normal. Mamas flácidas, pendulares y normales a la palpación.

Aparato respiratorio: Normal.

Aparato cardiovascular. Pulso normal; late a 80 por minuto, lleno, sincrónico en ambas radiales. Presión arterial: Máx. 170 mm. Mín. 80,5 mm.

Corazón: dentro de los límites normales; reforzamiento del 2º tono en la base.

Abdomen: Lo único positivo es la presencia de una cicatriz operatoria dispuesta en sentido transversal y que ocupa la parte media del abdomen.

Hígado y Bazo dentro de límites normales.

Examen Ginecológico:

Genitales externos. Normales e involución senil; vulva entreabierta, con mucosas ligeramente pálidas, bañada en secreción serohemática. Cicatriz de rasgadura perineal de 2º grado. Ligero ectropión del meato urinario.

Vagina: Amplia y corta con paredes flácidas.

Cuello Uterino: Pequeño, corto, duro, dirigido hacia adelante, con O. E. circular.

Cuerpo uterino: En retroversión, pequeño, móvil, duro, ligeramente doloroso.

Fondos de saco: elásticos.

Anexos: no se palpan.

Espéculum: Confirma los datos anteriores; además se aprecia una cicatriz operatoria que corresponde a amputación de cuello.

Histerometría.—El histerómetro penetra con facilidad, confirmando la retroversión uterina y mide 7 cm.

Tacto rectal: Parametrios libres.

Exámenes de laboratorio:

Numeración y fórmula: hematías, 4,000,000; leucocitos, 8,800; hemoglobina, 11,5 gms. %; Neutrófilos, 63 %; bastonados 9 %, segmentados 54 %. Eosinófilos, 4 %; Monocitos, 8 %; Linfocitos, 25 %.

Eritrosedimentación con el método de Cutler da un índice de sedimentación de 26 mm., siendo el carácter de la gráfica una curva diagonal. El análisis de orina está dentro de los límites normales. Reacción de Kahn, Car-

diolipina y Mazzini negativos. Dosaje de glucosa en sangre 0,93 grs. %; Urea 0.18 gms. %. Radioscopia pulmonar da como resultado refuerzo hilar derecho.

Se practica una biopsia de endometrio, por aspiración, con cureta de Novak y el resultado es el siguiente: Endometrio con glándulas de contorno circular en la sección transversal, limitadas por células altas de núcleo hiper-cromático. Hay reduplicación celular y mitosis. Estroma compacto. No hay proliferación epitelial atípica. Diagnóstico: Endometrio en fase proliferativa.

Después de este resultado y tratando de descartar, en lo posible, cualquier proceso maligno, se procede a un raspado amplio de la cavidad uterina, extrayéndose mucosa en cantidad apreciable y el estudio histopatológico, no hace sino confirmar el resultado anterior de endometrio en fase proliferativa. Con este dato de gran valor y tomando en consideración la sintomatología y la edad de la enferma, se planteó el diagnóstico de tecoma de ovario y no de tumor de células de la granulosa, ya que el primero es más frecuente en post-menopáusicas.

El report operatorio es el siguiente:

Operación: Histerectomía total con salpingooforectomía bilateral.

Abierta la cavidad peritoneal se aprecia útero pequeño, ovario derecho aumentado ligeramente de volumen, duro, móvil, sin adherencias; ovario izquierdo, atrófico. Se procede a la H. T. con salpingooforectomía bilateral y apendicectomía profiláctica. Después de 18 días de post operatorio sin incidentes salió de alta. Un examen de control practicado hace 2 días demuestra perfecto estado general y local.

Resultado del examen anatomopatológico:

Pieza remitida: útero y anexos.

Examen macroscópico:

Utero de 8,5 cm. de longitud por 5 de diámetro transverso y 3 cm. de espesor a nivel del cuerpo. Cérvix sin orificio transversal con labios de 1,5 cm. de espesor mayor, con quistes de Naboth. Cavidad uterina de 5 cm. de longitud. Endometrio de 1,6 cm. de espesor con vasos esclerosados. Trompa izquierda de 8 cm. de longitud, serpigínea en el tercio distal, de 0,8 cm. en la sección transversal. Ovario izquierdo de 2,5 x 1 x 0,5 cm. de aspecto atrófico con algunos pequeños quistes en la superficie de sección. En el mesosalpinx ovárico algunos pequeños quistes vesiculosos. Trompa derecha de 7 cm. de longitud por 0,5 cm. en la sección transversal de caracteres semejantes al anterior. Ovario derecho de 3 cm. que a la superficie de sección muestra formación nodular dura, constituida por tejido amarillento con zonas blanquecinas de aspecto lobulado.

Examen microscópico:

La estructura del tumor del ovario es característica de un tecoma con zonas de luteinización. Cérvix con quistes de Naboth, infiltrado inflamatorio crónico. El endometrio es de tipo proliferativo con hiperplasia quística. El

miometrio muestra vasos esclerosados y focos de endometriosis superficial. Trompas uterinas sin alteraciones significativas. El otro ovario con marcada esclerosis y pequeños quistes germinales de inclusión.

Diagnóstico: Tecoma con zonas de luteinización. Hiperplasia de endometrio. Endometriosis. Cervicitis crónica.

RESUMEN

Hemos hecho un breve recuerdo del tecoma de ovario, tumor funcionante de tipo feminizante, abordando su histogénesis, anatomía patológica, sintomatología, diagnóstico, pronóstico y tratamiento. Al mismo tiempo se ha presentado un caso clínico, en el que se hizo el diagnóstico de tecoma, por la sintomatología que presentaba la enferma y sobre todo por el resultado de la biopsia endometrial.

BIBLIOGRAFIA

- Ahumada Juan C.—Tratado elemental de ginecología.
 Ahumada Juan C.—Cáncer Ginecológico 1953.
 Brunner y Dockerty.—Theca Cell Tumors of the ovario. A. J. Obs. y Gin. 1945.
 Ahumada, San Martino y Sardi.—Obstetricia y Ginecología Latino Americana. Vol. 6 Pág. 34-42 — 1-48.
 Arenas, San Martino, Blanchar y Bettinotti.—Tecoma de ovario Vol. de la Sociedad de Sociedad de Obstetricia y Ginecología. Buenos Aires Vol. 21-1942.
 Calatróni Carlos — Ruiz Vicente.—Terapéutica Ginecológica 1944.
 Crossen and Crossen.—Riseases of Women. St. Louis Mosby Co. 1944.
 Gil Vernet E.—Tumores del ovario con actividad hormonal. Barcelona J. M. Masso Editor. 1949.
 Maggi C. A.— Tumor de células tecales del ovario. Tesis 1951 Lima.
 Mendoza R. Germán.—Tumor de células de la granulosa del ovario. Tesis 1949. Lima.
 Novak Emil.—Texts Book of Ginecology 1948.
 Opits.—Tratado de Ginecología. 1948.
 Osma Ernesto.—Los tumores funcionantes del ovario. Tesis 1943. Lima.
 Peralta y Fortunato.—Tecoma del Ovario. Vo. Instituto Materno. Buenos Aires 1944.
 Rubin, Novak, Squere.—Ovarian fibroms and theca cell tumors repord of 18 cases with especial reference to production of ascitis and hidrotorax. A. J. Obs. and Gin. Vol. 48. 1944.
 Quintana Francisco.—Estudio estadístico de los tumores del ovario. Tesis 1941. Lima.
 Watanabe y Nazareth.—Fibroma teco celular xantomatoso del ovario. Rev. Med. y Cir. San Paulo. Vol. 7. 1947.
 R. W. Te Linde.—Ginecología Operatoria Ed. José Bernades 1948.
 Pedowitz P. Felmus L. and Grayzel D.— Criterio for the Diagnosis of malignancy in theca cell tumors. American Journal of Obs. and Gin. Vol. 68 N° 6 Pag. 1519-1521- Diciembre 1954.