

**ALGUNAS CONSIDERACIONES RELATIVAS A UN CASO DE
QUISTE COLOIDE GIGANTE DEL OVARIO, ACOMPA-
ÑADO DE QUISTE COLOIDE APENDICULAR Y
DE FIBROMATOSA UTERINA**

Dr. Antonin Cornillon

HISTORIA CLINICA

Señorita E. A., soltera, de 50 años de edad, profesora, de nacionalidad francesa.

Gripas frecuentes entre los 10 y los 12 años; con tratamiento constante contra la anemia y los catarros.

Sarampión a los 16 años.

Congestión pulmonar a los 22 años, curándose después durante tres años, por pretuberculosis.

A los 25 y 26 años, en dos ocasiones presentó vómitos de bilis seguidos de hematemesis de abundancia moderada (de $\frac{1}{2}$ a 1 vaso).

A los 32 años, fiebre intestinal.

A los 35 años operada por un lipoma de $\frac{1}{2}$ kilogramo de la región epigástrica.

En su juventud ha sufrido numerosas caídas, de caballo, de un árbol, de una escalera, etc.

A la edad de 48 años, después de un susto, presentó una suspensión del período desde diciembre de 1931 hasta abril de 1932, fecha en que las reglas volvieron una sola vez en forma hemorrágica antes de desaparecer definitivamente.

A partir de junio de 1932, por primera vez notó que su vientre empezaba a aumentar de volumen con molestia y pesadez y con sensación de hinchazón interior con disnea y sofocaciones en el ejercicio en aumento progresivo.

A partir de diciembre del mismo año, la disnea se hizo insopor-

table y la alimentación difícil, sintiéndose llena después de tomar cualquier bocado.

En ningún momento hubo estreñimiento, ni trastornos de la micción.

En fin, todo enero de 1933 tuvo que guardar cama no pudiendo aguantarse las posiciones sentada o parada y siendo imposible agacharse o doblar el cuerpo hacia adelante. Dolores agudos en los flancos, y en las ingles iban en aumento desde diciembre hasta hacerse intolerables.

En estas condiciones, a principio de febrero entró al Hospital Francés.

A su ingreso al Hospital, la enferma, disneica, con respiración superficial, con los pies hinchados, con el facies pálido y demacrado, presentaba un estado de enflaquecimiento que contrastaba con un desarrollo enorme del vientre hacia adelante. La cavidad abdominal estaba ocupada desde la pelvis hasta el diafragma y la región epigástrica por una tumefacción dura, produciendo una enorme distensión de la pared abdominal.

La matidez de la región umbilical, unida con la sonoridad de los flancos en la percusión, permitían eliminar el diagnóstico de ascitis y una sensación no muy clara de fluctuación hacía pensar en la probabilidad de un tumor líquido.

Hecho el diagnóstico de quiste gigante del ovario, previo examen de las funciones renales y hepáticas que resultaron satisfactorias, siendo normal el funcionamiento cardíaco, con presión arterial baja (7 de mínima y 10 de máxima) y anemia marcada (3.900,000 glóbulos rojos y 8,000 glóbulos blancos por milímetro cúbico), con tiempo de coagulación normal, se decidió la intervención que se verificó el 7 de febrero.

Anestesia con balsoformo sin incidente.

Ayudante: doctor Benjamín Bandera.

OPERACION

Una incisión mediana, partiendo desde el pubis y terminándose a 3 dedos arriba del ombligo separó la pared abdominal delgada y puso a descubierto un enorme tumor, de color blanco azulado, renitente más que fluctuante, ocupando toda la cavidad abdominal.

Después de asegurar con grandes compresas la protección del campo operatorio y de los labios de la incisión contra una posible inunda-

ción por el contenido del quiste, se hizo una punción con aguja gruesa, sin obtener la salida de una sola gota de líquido.

Se retiró la aguja y se puncionó con un trocart mediano, y luego con otro trocart de grueso calibre conectado con el aspirador, obteniéndose el mismo resultado negativo.

Se practicó entonces con el bisturí una incisión de la pared del tumor, que resultó ser muy delgada, incisión que no dió lugar a ninguna pérdida de sangre.

Entonces, notamos que el quiste, en lugar de dar salida a un líquido filante, viscoso y más o menos hemorrágico como lo esperábamos, era lleno de una substancia de consistencia blanda, semi-sólida, fácil de cortar en fragmentos, de aspecto gelatinoso, de color amarillo claro, traslúcida, que no salía espontáneamente de la cavidad del quiste, a pesar de la fuerte presión interior de ese último que hizo separarse inmediatamente de 5 a 6 centímetros los labios de la incisión. La introducción en la cavidad del quiste de una cánula aspiradora resultó completamente ineficaz. Hubo necesidad, para vaciar el quiste, de hacer presión sobre las paredes abdominales laterales y de extraer esta substancia con la mano. Al hacer presiones laterales sobre el quiste pudimos notar que el contenido salía no como una sola masa uniforme, sino que era compuesto de bolas distintas, de un tamaño variable, desde el de una naranja hasta el de una toronja. Estas bolas eran netamente diferenciadas y como si fueran limitadas por una película transparente muy delgada que era imposible aislarla y apreciarla.

Para extraer del abdomen el quiste, ya en gran parte vacío, hubo que destruir unas adherencias blandas que unían sus paredes con la pared abdominal y con el intestino; adherencias que se dejaron fácilmente romper al pasar la mano alrededor del tumor.

Un pedículo espeso de 6 a 8 centímetros de ancho, que unía el tumor a la cara posterior del ligamento ancho del lado derecho, fue seccionado entre dos pinzas y la bolsa vacía del quiste fue extraída.

En este momento se pudo apreciar una matriz voluminosa, como de 15 centímetros de diámetro, de forma irregular, por la presencia de muchos fibromas, visibles y perceptibles a la palpación, y presentando al nivel de su fondo un tumor pediculizado de aspecto vegetante y de 8 centímetros aproximadamente y que, al examen histopatológico resultó ser un fibroma también.

Practicada una histerectomía subtotal, sin conservar el ovario izquierdo sano, en vista de la edad de la paciente y de la dificultad téc-

nica de su conservación, se pudo explorar las cavidades pélvicas y abdominales, encontrándose en el flanco derecho un tumor quístico de forma semilunar, de 14 centímetros de largo por 6 de ancho e implantado sobre el fondo del ciego, en la intersección de las vendaletas longitudinales del colon. Dicho tumor, reconocido por ser el apéndice, que había sufrido la transformación quística, fue extirpado y se pudo ver al puncionarlo con el bisturí que su contenido era idéntico al del quiste ovárico.

Limpiada la cavidad pélvica y hecha la reconstitución del peritoneo pélvico, se procedió a las suturas de las paredes abdominales, dejando un drenaje de seguridad que fue quitado a los 6 días.

Las secuelas operatorias fueron sencillas.

La enferma empezó a levantarse a los 15 días, y regresó a su domicilio al cabo de un mes, habiendo vuelto a sus ocupaciones habituales después de un mes y medio de operada.

Examinada nuevamente el día 18 de julio último, la enferma se encontraba bien, con sus fuerzas normales, con metabolismo basal normal, apetito normal, y en perfectas condiciones generales de salud.

No había trazas, ni indicio de reproducción del tumor.

El examen del contenido del tumor practicado por el señor doctor Tomás G. Perrin dió los resultados siguientes:

La substancia contenida en el enorme quiste ovárico de la señora doña E. M., no es de tipo mucinoso. Corresponde más bien a la llamada por antonomasia en histopatología "substancia coloide Q", estimada por algunos (Hammarsten) como una pseudo mucina y que según Eichwald y Scherer estaría integrada por una mezcla de mucina y de albúmina.

Los principales caracteres que la diferencian de la mucina son su consistencia sólida, aunque gelatinosa (la de aquella es viscosa o filante), el no presentar fenómenos de coagulación tratada por el ácido acético, la falta de metacromasia con la tionina, azul de metileno y de toluidina, etc., su metacromasia en sepia por la safrina (la mucina toma color amarillo) y su coloración anfótera—en anaranjado—por la picrocucsina de Van Giesson.

La degeneración coloide, como la mucosa, puede obedecer a una intensificación de fenómenos de índole secretoria, o a una transformación directa de los tejidos conjuntivos en esta substancia, debido a alteraciones metabólicas locales o generales (como el hipotiroidismo respecto del mixedema) aunque, al parecer, no muy bien conocidas.

El apéndice está totalmente transformado en un voluminoso quiste unilocular lleno de una substancia idéntica a la del quiste ovárico gigante, y de cuyas paredes han desaparecido totalmente la capa mucosa y casi totalmente la submucosa, estando aquellas reducidas a una muy delgada cubierta interna conectivo-vascular, limitada por elementos aplanados, de tipo mesotelial, dos exiguas capas musculares—de fibras transversales y de fibras longitudinales—y el revestimiento seroso.

Respecto al tumor pediculizado de la matriz, presenta la estructura de un fibromioma (fibroleiomioma) con equilibrio entre la formación fibrosa, y la muscular lisa.

*

* *

Tratando de clasificar el quiste de que nos ocupamos encontramos lo siguiente:

Dejando a un lado;

- 1o. los tumores quísticos inflamatorios y supurados;
- 2o. los quistes hidáticos;
- 3o. los quistes dermoides y de tipo embrionario;
- 4o. los quistes para-ovarianos;
- 5o. los pequeños quistes por retención de la degenerescencia esclero-quística de los ovarios;
- 6o. los tumores malignos quísticos, que sean carcinomatosos, sarcomatosos, papillomatosos, etc.

Vemos que los quistes ováricos de gran desarrollo y de evolución benigna, son todavía mal conocidos y clasificados. Los autores emiten opiniones divergentes sobre su naturaleza, su contenido y por consiguiente las clasificaciones varían con cada uno.

En 1911, **Juan Luis Faure**, bajo la única denominación de quistes mucoides, reúne todas las variedades de quistes, serosos o mucoides, uni e multiloculares, los papillomas del ovario y los quistes no vegetantes.

Crossen, de Saint Louis, en 1917, en "**Diseases of Women**" clasifica los quistes ováricos en:

- 1o. quistes simples (comprendiendo los foliculares, los de corpus luteum, los tubo-ováricos);
- 2o. en quistes dermoides y
- 3o. en quistes proliferantes. Estos últimos de que nos ocupamos ahora, los divide en **quistes serosos** (Cistadenomas invertens) que son los papilares con vegetaciones adentro y afuera de la cavidad y

seudomucocinosos (Cistadenoma everten) originados por la proliferación celular epitelial hacia afuera, es decir, en la pared del quiste.

En 1928, **Howard Kelly** de Baltimore en su "Gynecology" dá una clasificación más científica y clara, divide en 4 categorías los tumores epiteliales benignos del ovario. La primera comprende:

1o. **los quistes serosos simples** relativamente chicos, uniloculares, conteniendo un líquido claro y seroso, de paredes espesas, constituidas por tejido fibroso, como el estroma ovariano, cubierto interiormente por el epitelio germinal, revestido de una capa de células cúbicas, sin tejido adenomatoso ni papilar.

2o. la segunda categoría se refiere a los **adenomas quísticos ováricos multiloculares** (multilocular ovarian cystadenomas) que son los quistes ováricos clásicos y los más frecuentes.

Estos quistes originados por la proliferación de los elementos ováricos y la acumulación del fluido secretado por ellos, son generalmente unilaterales (6% solamente siendo bilaterales) y predominando al lado derecho, alcanzan frecuentemente enormes dimensiones; son libres en la cavidad abdominal, de superficie externa lisa y brillante, presentando numerosas gibosidades globulares; son formados de un quiste principal circundado de numerosas cavidades secundarias, cuyas divisiones interiores pueden ir desapareciendo bajo la influencia de la presión interior del quiste.

La superficie externa es cubierta generalmente por una capa de células planas.

Su pared es compuesta de tejidos conjuntivos en capas paralelas y rica en elementos celulares. Su superficie interna es, en sus capas internas, revestida interiormente de una capa epitelial cilíndrica única, con unas invaginaciones epiteliales parecidas a los acinis glandulares.

El contenido fluido, de 1.010 a 1.030 de densidad, conteniendo mucha albumina y productos de descamación. Señala que algunos quistes pequeños contienen una materia gelatiniforme. Atribuye a la formación de este fluido tres orígenes: La secreción del epitelio, la trasudación del suero de los vasos y la destrucción o degenerescencia celular.

Estos quistes se desarrollan en general libremente en la cavidad abdominal, son sesiles o pediculizados, algunas veces se insinúan entre las capas del ligamento ancho, unas veces presentan adherencias.

Su crecimiento es con frecuencia rápido, pudiendo romperse en la cavidad abdominal y a veces reproducirse.

Son más frecuentes entre los 35 y los 50 años.

3o. La tercera categoría comprende los **quistes mucoides** (pseudomucinous Cystoma) cuyo origen, sintomatológica, crecimiento y caracte-

rísticas generales son idénticos a los del quiste ceroso multilocular clásico.

Son frecuentemente uniloculares aunque siempre se encuentran subdivisiones, generalmente incompletas y reducidas a simples bridas. Son menos voluminosos que los anteriores, no pasando de 3 a 5 libras.

Sus paredes son delgadas, compuestas de tejido conjuntivo estratificado y revestido interiormente de una capa epitelial cilíndrica alta, con núcleo a la base y vacuolas más o menos grandes en la parte superior; estas células llamadas "Goblets Cells" tienen el aspecto del epitelio del colon. Todas las etapas de éstos, "Goblets Cells" en la formación y en la excreción de la seudomucina están representadas en el revestimiento celular quístico de un mismo quiste, revestimiento celular secretorio que forma la primera diferencia entre los quistes mucoides, seudomucinosos, y los quistes serosos multiloculares.

La segunda diferencia consiste en el contenido, espeso, viscoso, filante, rico en seudomucina, sustancia distinta de la albúmina y perteneciente como la mucina a la categoría de los glicoproteidos. Difiere de la mucina por su composición, sus solubilidades y sus precipitabilidades tal como por sus reacciones colorantes.

Según Pfamenstiel esta sustancia no proviene de una degenerescencia coloide de la célula, sino que es una secreción verdadera, continuando indefinidamente sin destrucción de la célula secretora.

Esta sustancia que no existe en ovarios normales, puede existir en algunos quistes papilares, pero es constante en los quistes seudomucinosos.

En caso de ruptura de un quiste en la cavidad abdominal, el derrame de esta sustancia provoca, a pesar de la más cuidadosa limpieza del peritoneo, una peritonitis muy especial llamada seudomixoma del peritoneo. Dicha sustancia es absorbida por los linfáticos que, distendidos acaban por reventar. Se produce una infiltración de células redondas, se desarrolla un tejido granuloso a la superficie del peritoneo, los "Globets Cells" siguen secretando, llenan la cavidad peritoneal de una sustancia gelatiniforme. La evolución, aunque lenta y pudiendo durar algunos años, es fatal y la muerte sobreviene poco a poco por adherencias y parálisis intestinal.

Frankel señala la coincidencia del mucocelo del apéndice y del seudomixoma peritoneal en algunos casos excepcionales.

4o. En fin la cuarta categoría de Kelly es integrada por los **quistes papilares** en que la proliferación celular se localiza principalmente sobre

el tejido conjuntivo produciendo vegetaciones tanto en el interior como en la superficie externa del quiste, mientras, en el caso anterior de los quistes mucoides, la proliferación celular está localizada en el epitelio germinal, produciendo las involuciones epiteliales de formas adenomatosas y los quistes secundarios en la pared del quiste principal. Estos tumores son de una malignidad mayor que los anteriores, dan frecuentes metastasis, y frecuentemente degeneran en carcinomas.

Esta última clasificación, la de Kelly, me parece la más satisfactoria por tener más claridad, por ser más conforme a la realidad y a los últimos adelantos en histología patológica y en química biológica. Sin embargo, varios puntos quedan todavía oscuros y contradictorios tanto en la clasificación aludida que, en las características de la substancia contenida en los quistes que, a veces, Kelly califica de espesa, viscosa, filante y a veces de gelatinosa (Jelly Like). Los casos que hemos visto y operados con anterioridad tenían los unos un contenido seroso, y los otros un contenido, espeso, viscoso y filante. En el caso actual, la consistencia era casi sólida como la gelatina obtenida por la cocción de patitas de pollo o de ternera; la substancia podía cortarse fácilmente en trocitos o en cubitos que permanecían en su forma y eran insolubles en el agua. Era de color amarillo claro y translúcida; tenía el aspecto y los atributos de las substancias llamadas coloides. Ahora bien, mientras algunos autores siguen hablando de substancia coloide, otros, principalmente los químicos como Arthus en su química biológica, hablan no de substancias coloide sino de un estado coloidal común a las substancias albuminosas a la mucina, a las mucoides y también a ciertas substancias minerales como la sílice soluble, el hidrato de fierro soluble, la albúmina soluble, etc.

Dichas substancias no son dialisables ni cristalizables, salvo excepciones; tienen reacciones comunes especiales de precipitabilidad y solubilidad, de coloración, etc., pero con ciertas diferencias individuales. De tal manera que sería difícil actualmente apoyarse exclusivamente sobre los caracteres coloides del contenido de un quiste para clasificarlo en una categoría distinta y separada de los quistes mucoides.

Una otra particularidad digna de ser señalada en el caso referido era la siguiente: el quiste, notable por su volumen (de 8 a 9 kilogramos) era unilocular. Pero, la cara externa de sus paredes presentaba en algunos puntos unas gibosidades globulosas que correspondían en su cara interna a unos divertículos ampliamente abiertos en la cavidad central. En cuanto al contenido, era compuesto no de una masa uniforme, sino de un

conjunto de bolas de tamaños variables, distintas las unas de las otras aunque no era posible distinguir ninguna membrana envolvente.

Lógicamente, es de suponer que cada bola correspondía al contenido de un quiste parcial, que secundariamente se unió al contenido del gran quiste central por desaparición progresiva de los tabiques que los separaban de la cavidad central o de las otras cavidades vecinas. Dicha desaparición pudo haberse producido bajo la fuerte presión inferior del quiste observado al abrir el tumor.

También digna de mencionarse es la coexistencia de un quiste del apéndice de volumen bastante grande, (aproximadamente de 14 centímetros de largo por 6 centímetros de diámetro) y de contenido idéntico al del quiste ovárico. Esta particularidad es un argumento de peso para atribuir al contenido de estos dos quistes un origen secretorio, no habiendo en la luz del apéndice ningún tejido que hubiera podido sufrir la degenerescencia coloide, ni tampoco siendo posible admitir la trasudación al través de la pared de los vasos de una substancia espesa, insoluble y no dializable.

Pudiera suponerse que dicha substancia era primitivamente fluída y que adquirió secundariamente la consistencia semi-sólida en que se encontró; pero esta hipótesis es desmentida por el hecho de que las formas de bolas distintas en que fué encontrado indica que dicha consistencia fué igual desde los principios de la formación del tumor.

En fin mencionaré, para terminar que en este caso había coexistencia del quiste del ovario y de la degenerescencia fibromatosa del útero; siendo muy frecuente ver los quistes ováricos acompañados de otras neoformaciones como los quistes dermoides, los fibromas, los papilomas y otros tumores.

México, a 26 de Julio de 1933.

RESUME

L'Histoire d'un cas observé dans tous ses détails actuels et dans les antécédents de la malade, ont servis de base au Dr. Cornillon, pour faire une étude anatomique et clinique des kistes de l'ovaire qui apparaissent rangés selon la pensée des auteurs qui se sont occupés de ces cas et permet a l'auteur de signaler quelques points de vue originaux.

SUMMARY

The story of a case observed in its actual details and in the antecedents of the patient, serves as a base to Doctor Cornillon to go into an anatomical and clinical study of the Kysts of the ovary, which appear regulated according to the idea of the authors that have treated the matter, and allows Doctor Cornillon to make original considerations.

Señores Académicos:

Para hacerme digno de la alta distinción que me estáis haciendo, hubiera querido presentar a vuestra consideración como trabajo recepcional un tema de gran interés y trascendencia.

Desgraciadamente, padezco como todos mis compañeros profesionistas de una incurable enfermedad de carencia: entre muchas otras cosas carecemos de tiempo.

Dedicados a la tarea, tan noble como ingrata de aliviar los sufrimientos de nuestros semejantes, apenas encontramos tiempo, la mayor parte de los días, para las imprescindibles necesidades de comer y dormir; casi no conocemos la dulzura del esparcimiento en el hogar en medio de nuestra esposa y de nuestros hijos.

Por esta sencilla razón, unida a la insignificancia de los méritos científicos del que os habla, atentamente os suplico señores Académicos me perdonéis la falta de méritos del modesto trabajo que acabo de presentar.

Señor Presidente de la Academia,
Señor Secretario Perpetuo,
Señores Académicos.

Me encuentro muy conmovido por el alto honor que acabáis de dispensarme. Muchas veces antes, he tenido el honor de concurrir a sesiones solemnes en este augusto recinto; y he asistido en él a ceremonias inaugurales y a recepciones oficiales de prominentes sabios extranjeros. Hoy, por primera vez, y gracias a Vuestra benevolencia, me toca concurrir como Académico de número y este honor tan alto como inmerecido me llena de confusión.

Sin duda la estimación en que tenéis las letras, artes y ciencias de mi patria, posiblemente la simpatía que surge con tanta facilidad entre franceses y mexicanos, han contribuido a la atribución de tan alta distinción a mi modesta personalidad.

Seguramente recordáis los orígenes de esta Ilustre Corporación, que contó entre sus fundadores un grupo de franceses, encabezado por Carlos Ehrmann y Julio Clément, que supieron en circunstancias difíciles conquistar y merecer la estimación de sus eminentes compañeros mexicanos: los Jiménez, Andrade y Lucio, los Erazo, Carpio, Ortega y Vértiz, cuyas nobles figuras realzan la grandeza de este recinto, y habéis querido que, hoy día también, un francés se sentara entre vosotros en uno de estos sillones académicos. Habéis querido que un francés se agregara a la distinguida falange de Académicos extranjeros para colaborar con vosotros en la noble lid para el engrandecimiento de la ciencia, y para participar en la lucha sagrada y fecunda contra las enfermedades y contra la muerte.

En nombre de mi país y en el mío propio, dignaos, Señores Académicos, recibir las más sinceras gracias y creer en mi profundo agradecimiento.