

FALSOS TUMORES DE LA ESFERA GENITAL*

Dr. AUGUSTO ESTEVES FLORES

LA Cirugía Ginecológica moderna trata de enfocar los problemas de las ginecopatías, desde un punto de vista regionalista, debido a la íntima relación entre los diferentes sistemas, que ocupan la pelvis femenina.

La importancia de esta práctica, se ha visto acrecentada, últimamente al abarcar el tratamiento de los órganos vecinos, que por razón de su anatomía y patología, los liga al aparato genital de la mujer.

Es así cómo, el discurrir de una porción, del tracto intestinal, a través de la pelvis, le forma, dijéramos así, un techo protector a los genitales internos femeninos.

Ya que el diagnosticar, será siempre un arte imperfecto, el ginecólogo, se encontrará en algunas ocasiones, que al practicar una laparotomía, con el fin de tratar un proceso de índole ginecológica, hallé en su lugar un cuadro originalmente intestinal. (3).

Me voy a referir, a estas afecciones digestivas con síntomas ginecológicos, presentando 3 casos clínicos, que sustentan esta exposición.

Revisemos la anatomía quirúrgica del colon sigmoide, que continuando al descendente, mide unos 40 cms. de longitud. Corre a lo largo de la pared pélvica izquierda y ocupa la fosa ilíaca del mismo lado. En su trayecto semeja una letra sigma y a nivel de la 2ª ó 3ª vértebra sacra, se une al recto.

Por razón de vecindad, los tumores de este segmento colónico, simulan tumores de ovario y vice versa, los tumores malignos del ovario, útero y trompas, lo invaden, teniendo muchas veces el cirujano, que hacer su extirpación, como un procedimiento paliativo. Las enfermedades inflamatorias de la pelvis y la endometriosis, pueden producir lesiones estenosantes, de aspecto maligno, de este segmento intestinal.

C A S O N.º 1

Historia Clínica 6364.— M. V. 39 años de edad.

Desde hace 1 año refiere dolor tipo pesadez, en la fosa ilíaca derecha y que 3 meses antes de ingresar al servicio de ginecología, había presentado un cuadro de pequeñas enterorragias, que desaparecieron con tratamiento médico.

El examen ginecológico reveló el anexo derecho constituido por una tumoración del tamaño de una cabeza de feto a término.

(*) Trabajo de incorporación a la Soc. de Obst. y Ginec.

Sus índices hemáticos sólo arrojaron una discreta anemia.

El estudio radiológico con enema opaco concluía: moderado dolico colon.

El diagnóstico clínico de quiste de ovario, llevó a la enferma a una laprotomía. El hallazgo operatorio fue de una tumoración infiltrante, del asa sigmoide, del tamaño de un puño grande, a la cual se adhería una de las últimas asa ileales, presentando esta última, signos evidentes de invasión neoplásica.

Se llevó a cabo una doble exéresis aséptica, de unos 25 cms. de sigmoide e ileo respectivamente, con abocamiento término-terminal.

Los genitales internos se apreciaban normales.

Anatomía patológica: Adenocarcinoma de intestino grueso. Grado III. Bröders. Dukes "C" con metastasis a la serosa y plano superficial del segmento de intestino delgado remitido.

La enferma fue controlada radiológicamente en el post-operatorio y se encuentra libre de síntomas de metastasis o recidiva, a los 2 años de internada.

A manera de preámbulo, antes de exponer el siguiente caso, veamos la anatomía quirúrgica, de la porción inferior del intestino delgado mesentérico: el ileo, cuyo paquete de asas inferior, ocupa el cuadrante inferior derecho de la cavidad abdominal y en parte la pelvis menor, entrando a constituir una porción de lo que hemos llamado techo protector del tracto genital femenino.

El puede ser asiento de procesos infecciosos, de carácter específico en algunos casos y que por su situación limítrofe, se fistulicen al útero o a las trompas.

Por el hecho, además, de ser portador de tumores malignos o de metastasis, como en el caso anterior, y comportarse como un buen elemento en la reparación o sustitución de diversos órganos, se hace muchas veces necesaria, su extirpación parcial en la cirugía de la pelvis.

C A S O N.º 2

Historia clínica 7382.— Á. C. de 31 años de edad.

Enferma pálida y febril, que presentaba desde 1 y medio meses dolor en la fosa ilíaca derecha y una tumoración de tamaño no bien precisable por la enferma, en la misma región.

Examen ginecológico: a través del fondo de saco lateral derecho, se palpaba una tumoración, esférica, de unos 10 cms. de diámetro, muy dolorosa.

Los análisis de laboratorio, arrojaron intensa anemia. En el pre-operatorio 1 litro de sangre total, recibe la enferma.

Con el diagnóstico de quiste de ovario, a pedículo torcido, se le practicó una laparotomía: genitales internos normales. A nivel de una de las

últimas asas ileales, se encontró una zona tumoral, que comprometía alrededor de unos 15 cms. de este segmento, adherida firmemente a la vejiga urinaria, lo mismo que a la región inguinal derecha.

Resección intestinal aséptica, de aproximadamente 30 cms. de ileo y anastomosis término-terminal. La enferma recibió 1.500 cc. de sangre durante el acto operatorio.

Anatomía Patológica: Linfoma linfoblástico de intestino delgado. Bordes quirúrgicos libres.

Posteriormente se produce, diseminación neoplásica a nivel del abdomen y metastasis a la glándula tiroides. La radioterapia profunda logra fundir transitoriamente esta extensión tumoral, la enferma fallece 8 y medio meses después de la exéresis.

Otra porción del aparato gastro-intestinal, es el epilón mayor que limitado por el marco cólico, se desliza por delante de los intestinos. En la mayor parte de los casos, su porción caudal, se encuentra libre, flotando a nivel del pubis y zonas inguinales y en otros, se adhiere a las trompas, útero u ovarios.

C A S O N° 3

Historia clínica 6356.— M. B. 49 años de edad.

Sintomatología: desde hace 2 años, sensación de peso en la fosa ilíaca derecha y región lumbar del mismo lado, que se acompaña de polaquiúrea.

Examen ginecológico: a través del fondo de saco lateral derecho, se aprecia una tumoración de 10 x 12 cms., de consistencia renitente, móvil, dolorosa, correspondiente al anexo del mismo lado.

Índices hemáticos: normales.

Con el diagnóstico de quiste de ovario, se le practica una laparotomía genitales internos en involución. A nivel de la porción inferior del epilón mayor se aprecia una tumoración quística de 8 x 12 cms., siendo reseca, previa hemostasia.

Anatomía patológica: quiste enterógeno.

C O M E N T A R I O

Se presentan 3 casos, que demuestran ligazón entre ambos aparatos, digestivo y genital femenino.

El diagnóstico diferencial, aun si se agotan todos los medios auxiliares es difícil, en algunos casos. (4, 5, 7).

La casuística corresponde, al Servicio de Ginecología del Hospital Arzobispo Loayza, Pab. N° 5, II Sala en el bienio 1958-59. La sintomatología, en todos ellos fue de dolor pelviano o abdominal bajo y tumor palpable. En dos casos, de tumores malignos, del tracto intestinal, hubo necesidad de reseca una porción de él, y diagnosticados erróneamente como quistes de ovario, la Cirugía fue orientada en tal sentido.

En el primer caso, con un episodio de enterorragias, la investigación radiológica, resultó insuficiente, para llegar al diagnóstico certero.

En el 2º caso, la anemia intensa, sin pérdida aparente de sangre, no fué bien estudiada, por orientarse el cuadro, doloroso y febril hacia una torsión sub-agua del pedículo ovárico.

El tercer caso, se trata de un tumor benigno, cuya casuística es rara y no requiere mayor comentario.

Para obviar estas dificultades, en la cirugía pélvica, debemos poner énfasis en los siguientes puntos:

- 1.—El estudio roentgenológico, del tracto intestinal, no descarta siempre una lesión a este nivel y se debe completar con la investigación instrumental.
- 2.—La radioneumopelvigrafía o la culdoscopía, debe generalizarse en la práctica ginecológica.
- 3.—La adecuada preparación del intestino (antibióticos) debe hacerse sobre todo, en las tumoraciones de cierto volumen, de la esfera genital.
- 4.—Durante el acto operatorio, hacer una cuidadosa inspección de todo el tracto gastro-intestinal.

S U M A R I O

Se presentan 2 casos de tumores malignos del aparato digestivo, tracto intestinal, y del epiplón mayor, que equivocadamente recibieron el diagnóstico de quiste de ovario.

Dos corresponden a tumores malignos, en que hubo necesidad de extirpar una parte del segmento intestinal.

Se dan normas para prevenir las dificultades del diagnóstico diferencial.