

## QUISTES DERMOIDES DEL OVARIO

Estudio clínico-patológico realizado en el pabellón 5, sala primera del Hospital Arzobispo Loayza

Dr. ALBERTO ESPINOZA RAMIREZ

AL presentar este trabajo a consideración del Segundo Congreso Peruano de Ginecología y Obstetricia, he creído necesario hacer una revisión de los conocimientos que, sobre el quiste dermoide, se tienen en la actualidad a la luz de los modernos estudios sobre la embriología del ovario.

La estadística que presento ha sido recogida en los archivos del Pabellón 5, Sala 1a. del Hospital Arzobispo Loayza, durante el decenio 1951-1960.

**Embriología del ovario.**— Es sabido que embriológicamente el ovario resulta al atrofiarse el órgano de Wolff y es entonces que los conductos de Müller se van a desarrollar para formar los órganos genitales femeninos.

Las ganocitos provienen de la primera segmentación de la mórula y actualmente se les considera como los centros organizadores del aparato genital.

El ovario tiene su origen en una zona del epitelio celómico situada en la pared posterior de esa cavidad, entre el cuerpo de Wolff y la raíz del mesenterio.

Fischel demostró que las células ovulares que aparecen en las primeras divisiones del embrión provienen del endoderma y migran desde la cara dorsal de la futura gonada a través de la zona del hilio, llegando al centro mesenquimático indiferenciado.

Por diferenciación del mesénquima subcelómico, se constituye el estroma del ovario, las células de la granulosa y años más tarde las tecas interna y externa, cuando se inicia la maduración folicular.

Dados estos conceptos de Fischel, cobran extraordinaria importancia para explicar la **formación de los quistes dermoides**, la posibilidad de migración e inclusión de islotes de las diversas capas embrionarias, en una etapa

prematura del desarrollo, restos celulares o embrionarios no encontrados en el ovario normal (restos heterotópicos o fuera de sitio).

Ultimamente, W. Schiller ha propuesto una **clasificación histogenética** basada en gran parte en la concepción embriológica del ovario humano de Fischel.

**Anatomía patológica.**— Macroscópicamente, estos tumores aparecen dentro de la cavidad peritoneal, como formaciones relucientes ovoideas o globulosas de consistencia blanduzca.

El color es blanco-amarillento o blanco-nacarado. El contenido de estos quistes es fluido, dentro del quiste se encuentra un material aceitoso, el que está compuesto de grasa y epitelio descamado, glicéricos de ácidos grasos, caolesterol y otros alcoholes.

Asimismo, hay masas enredadas de pelos y frecuentemente dientes, huesos y cartílago.

En la superficie más interna de la pared se proyecta una eminencia llamada **ínsula protuberante**, que penetra en la luz del saco y que puede incluso fijarse en la pared opuesta de la bolsa, constituyendo una especie de tabique o puente.

Microscópicamente, la pared del quiste es gruesa. Se encuentran derivados de las tres hojas blastodérmicas.

A) **Derivados ectodermales.**— En el interior se encuentran estratificaciones de epitelio escamoso, sin tendencia marcada a la producción de elementos cárneos.

En la porción del quiste más alejado de la ínsula protuberante, hay cierta tendencia al epitelio estratificado y al escamoso, faltando en ciertas porciones del quiste toda epitelia comparable al de la piel, conformando un tejido de granulación.

**Folículos pilosos** se encuentran en el 99%, y están bien formados aun en ausencia de pelos reconocibles a simple vista.

**Glándulas sebáceas**, se encuentran en el 97% de los casos y son las que se encargan de formar el contenido del quiste.

**Glándulas apocrinas**, se encuentran en un 50%, estas dos últimas están bien desarrolladas.

**Sustancia cerebral**, se encuentra en un 40%, ya sea formando esbozos de circunvaluciones como también anexas, como: fibras de Purkinje, Oligodendrogliá, etc. Asimismo se encuentran calcificaciones de tejidos cerebrales, vesículas ópticas, retinas, células ependimarias, plexos coraideos, fibras nerviosas medulares con vainas de mielina, células ganglionales, etc.

B) **Derivados mesodermales.**— Se han encontrado hasta el 93% de estos elementos. Ellos son: tejido muscular liso frecuentemente, ya que el estriado es raramente encontrado, huesos, incluso con médula, dientes, maxilares, etc.

C) **Derivados endodermales.**— De esta hoja se han encontrado derivados hasta en un 71%, estos tejidos han estado representados por el epitelio del conducto gastrointestinal, el tejido glandular salival, tejido pulmonar, tejido pancreático, tejido prostático, tejido tiroideo, epitelio bronquiolar, cartílago, epitelio del tumor de Brenner y tejido graso.

Es posible encontrar evidencias de infección o irritación, así linfocitos, células xantomatosas, células gigantes a cuerpo extraño y tejidos de granulación.

Las porciones situadas fuera de las paredes del quiste se componen principalmente de tejidos fibrosos, los que contienen remanentes de tejido cortical ovárico, folículos a retención y corpórea-lútea. En otros casos el ovario está completamente destruido.

Cuando el quiste dermoide sufre degeneración maligna, se encuentran células características típicas.

## ESTUDIO CLINICO DE LOS QUISTES DERMOIDES

### 1. Clasificación

Desde que se conoce mejor el desarrollo embriológico del ovario y se acepta las comprobaciones de Fischel, es muy recomendable el esquema de W. Schiller, que divide los tumores ováricos, de acuerdo con el origen de los tejidos de los cuales se forman, en dos grupos: Ovarios Genéticos y Heterogénicos.

Se llaman tumores ovariogénicos a aquellos provenientes de restos embrionarios aislados del núcleo mesenquimatoso subepitelial primitivo, y que semejan formaciones ováricas fisiológicas, marcando el tumor a células de la granulosa y al fibroma.

Se llama tumores heterogénicos a las neoplasias que se originarían por transferencia al ovario de grupos celulares heterólogos, es decir, completamente extraños al órgano, en la edad adulta, ya sea por metástasis o por implantación y en la vida fetal precozmente: el Teratoma maduro o el inmaduro; situando al quiste dermoide entre los tumores heterogénicos, porque señala claramente su origen.

## 2. Etiopatogenia

Para explicar el origen de estos tumores, tenemos necesariamente que referirnos a la teoría histogenética establecida por W. Schiller que ya hemos tratado.

## 3.) Sintomatología

Los quistes dermoides no producen síntomas clínicos característicos; en algunos casos hay dolor con localización difusa en el abdomen, y en otros se evidencia la presencia del tumor.

## 4. Diagnóstico

El quiste dermoide no tiene caracteres clínicos particulares, el diagnóstico se hace en el mayor porcentaje de casualidad o como hallazgo operatorio.

Cuando estamos frente a un tumor de ovario o a un tumor parauterino, debemos tener presente la posibilidad de que sea un quiste dermoide de ovario. En este caso deberá completarse el examen de la ginecópata con un estudio radiológico.

El estudio radiológico simple o con sustancia opaca, es el único medio hasta hoy para hacer el diagnóstico exacto de esta entidad, sobre todo en presencia de estructuras calcificadas; en ausencia de ellas, en el área del tumor se aprecia menor densidad, rodeada de una zona angosta de mayor densidad, que en el interior presenta una apariencia moteada y rayada, la cual se debe al pelo y material sebáceo; la zona de mayor intensidad corresponde a la estructura de la cápsula.

El **diagnóstico diferencial** se hará mediante un buen examen radiográfico, unido con el examen clínico, que tiene un lugar privilegiado. Ambos nos ayudarán a hacer el diagnóstico exacto de esta neoplasia.

## ESTUDIO ESTADISTICO

Para realizar el presente trabajo se han revisado 7,302 historias clínicas en el Pabellón 5, Sola Primera del Hospital Arzobispo Loayza, correspondientes al decenio 1951-1960.

De la revisión efectuada, se han encontrado 308 casos de tumores de ovario, de los cuales 41 historias clínicas corresponden a quistes dermoides, constituyendo el 13.31%, porcentaje que está de acuerdo con el presentado por la mayoría de autores.

Las **edades** de los pacientes oscilan entre los 17 y los 67 años de edad. El 74% de ellas están comprendidas entre los 20 y los 40 años, o sea en la etapa reproductiva de la vida.

La localización más frecuente fue en el ovario derecho, en el 52.4% y bilateral en el 9%. Estos porcentajes son similares con los extranjeros.

No se ha encontrado sintomatología clínica característica; el 64% de las pacientes no han presentado sintomatología ginecológica alguna y el 36% restante, que la han presentado, bien podrían corresponder a procesos banales concomitantes, por ser el quiste dermoide una entidad benigna.

El estado general de las pacientes ha sido buena, en todos los casos, lo que indica que estos procesos no comprometen el estado general.

Durante el examen clínico se constató la presencia del tumor en un 64%. En el examen ginecológico se reconoció la presencia del tumor en el 86%, habiéndose encontrado el fondo saco anterior ocupado por la tumoración en 7 casos, lo que está en desacuerdo con lo expresado por la mayoría de los autores.

Un alto porcentaje de Quistes Dermoides pueden ser diagnosticados por el examen radiográfico, examen que debe ser sistemático en todos los casos de tumores de ovario.

De los 41 pacientes portadoras de Quistes Dermoides, 35, o sea el 81% han estado embarazadas; 2 han sido vírgenes, 1 no se ha registrado y solamente 2 no han tenido hijos. Deducimos pues que el Quiste Dermoide no es causa de infertilidad, ya que no altera el Plasma Germinativo.

Entre los antecedentes obstétricos encontramos que el 36% han presentado patología durante la gestación o en el parto. El Quiste Dermoide es causa mecánica de Distocia cuando es fijo y no cuando tiene pedículo.

El diagnóstico pre-operatorio exacto se ha hecho en el 7%. Esta cifra es similar al obtenido en un estudio sobre 50 casos en el Hospital Rivadavia de Buenos Aires, Argentina y también en otros centros especializados extranjeros.

El 90% de los casos presentados recibieron tratamiento **quirúrgico conservador**; sólo 4 enfermas recibieron tratamiento quirúrgico radical.

El diagnóstico en el acto operatorio sólo se pudo hacer en el 60% de los casos. De ello se desprende la importancia que tiene realizar el estudio histopatológico de los piezas operadas.

La **degeneración maligna** del Quiste Dermoide la hemos encontrado en 3.2% de nuestros casos, porcentaje éste que coincide casi con la totalidad de los autores consultados.

Los **exámenes auxiliares** de una manera general, excepto el radiográfico, no aporta evidencia que pueda orientarnos al diagnóstico del Quiste Dermoide.

La complicación más frecuente encontrada en nuestra serie ha sido la torsión del pedículo y la infección del quiste, aunque en menor proporción.

### CONCLUSIONES

**Primera.**— El quiste dermoide del ovario se presenta con relativa frecuencia en las pacientes ginecópatas. De 308 casos de tumores de ovario atendidos en el Servicio de Ginecología del Pabellón 5, Sala Primero del Hospital Loayza, durante el decenio 1951-1960, 41 casos corresponden a dicho tipo de neoplasias, la que representa 13.31%.

**Segunda.**— La mayor proporción de quistes dermoides incide en la etapa reproductiva de la vida; se observa entre las edades de 17 y 67 años. Se localiza de preferencia en el ovario derecho, aunque en un 9% puede presentarse bilateral.

**Tercera.**— Debe concederse especial atención al estudio radiográfico para el diagnóstico del quiste dermoide.

**Cuarta.**— Etiopatogenéticamente, el origen de los quistes dermoides debe referirse al hecho de la transferencia al ovario de elementos celulares extrañas, durante la vida intrauterina y que Schiller denomina **Tumores Heterogénicos**. En el transcurso de los primeros períodos del desarrollo, las inclusiones celulares heterólogas de las primeras semanas del desarrollo embrionario están formadas por células multipotentes (blastómeras) capaces por consiguiente de originar tumores que contienen tejidos de una o de varias hojuelas embrionarias.

**Quinta.**— El quiste dermoide no altera la condición del Plasma germinativo, y así el 82% de las pacientes han gestado, evolucionando el embarazo hasta su término de manera normal, y además durante el tiempo que han portado el tumor no han presentado alteraciones funcionales del ciclo sexual. Asimismo, en ninguno de los casos se ha observado compromiso del estado general, lo cual está de acuerdo con los hechos relativos a su origen.

**Sexta.**— La terapéutica del quiste dermoide es quirúrgica y fundamentalmente de tendencia conservadora, salvo la posibilidad de su degeneración maligna en cuyo caso el tratamiento quirúrgico debe ser radical.

### CONCLUSIONS

1. In 208 cases of ovarian tumors operated in the gyn Service of the "Pabellon V, Primera Sala" of the "Laayza Hospital" of Lima, Perú, from 1951-1960, forty one cases were dermoid cysts with a rate of 13.31%.

2. The highest rate was observed at the ages from 17 to 67 years. The preferred localization was in the right ovary 9% was bilateral.
3. Special attention should be dedicated to the X ray examination for the diagnosis of the dermoid cysts.
4. The etiopathogenic origin of the dermoid cyst should be referred to the fact of the transferens to the ovary of foreign cellular elements during the intrauterine life or the Heterogenetics tumors as called for Schiller.
5. The dermoid cyst do not alter the condition of the germinative plasm, so the 82% of the patients has had pregnancies with normal deliveries, and during the time they had the tumors no functional alterations of the sexual cycle were observed.
6. The treatment of the dermoid cyst in surgical and Fundamentally should be conservative. Only in the possibility of malignant degeneration the treatment should be radical

#### BIBLIOGRAFIA

1. AHUMADA, JUAN CARLOS. Tratado Elemental de Ginecología, 1962, Bs. As.
2. ASCHOFF, L. Tratado de Anatomía Patológica, Bs. As. 1950.
3. BRAINERD AREY, LESLIE. Anatomía del Desarrollo. Bs. As. 1962.
4. BORST, MAX. Histología Patológica. Bs. As. Barcelona 1949.
5. CROTTOGINI. Ginecología Radiológica. Ed. Delta. Bs. As. 1964.
6. CURTIS, HALE A. Ginecología. 1958. Philadelphia.
7. DIMILIPO, RAPAPORT. Anatomía Patológica.
8. ESPINOZA LOZADA, HUGO. Estudio Anatomoclínico de los Quistes Dermoides del Ovario. Lima, 1952.
9. LABRY et NEUMAN. Apropos d'une association fibrome uterin et kyste de l'ovaire. Lyon Medical 1961.
10. MAXIMOV. Tratado de Histología.
11. NARVAITZ, ROBERTO. Embriología. Edición 1963.
12. OPITZ, Tratado de Ginecología.
13. Pinkerton, J. H. M. Development of the Human Ovary, 1961. London.
14. REVISTA de Ginecología y Obstetricia de México, 1948, N° 4.
15. REVISTA Española de Obstetricia y Ginecología. Julio 1960. N° 25.
16. REVISTA de American Journal of Obst. Vol. 51. Feb. 1956.
17. RAVEN, CHR. Oogenesis Oxford 1961.
18. HOOKER D. The prenatal origen. Kansas 1952.