

# TUMOR DE BRENNER

## Presentación de un caso con virilización concomitante (\*)

G. LÓPEZ-ESCOBAR, F. A. C. S.

Profesor Agregado de la Clínica Ginecológica de la Universidad Nacional.

Con ocasión del caso de tumor de Brenner descrito en sesión pasada por el doctor H. Latorre (7), hemos querido presentar hoy la historia de la enferma cuyo caso parece haber sido el primero de tales tumores, señalado en nuestra literatura colombiana. Y nos parece oportuno hacerlo, pues si bien en publicaciones anteriores (1) (2) habíamos hecho mención de él, por una u otra circunstancia el resumen de la historia no había aparecido ni había sido comentado un poco más detalladamente.

Se trataba de una enferma de treinta y ocho años. M. R. de T. Historia número 26.659, del Instituto Nacional de Radium, en buen estado general, que consultaba por dolor en F. I. D. y metrorragias, vista por primera vez en agosto 14 de 1951. Antecedentes personales y familiares sin importancia. Antecedentes ginecológicos: menarquia, 15; ciclos, 30 x 3; grávida V. Para II. Sus tres primeros embarazos habían terminado en abortos de cuatro a seis meses. Los dos últimos a término, vivos. Último parto, un año antes. Las menstruaciones continuaron regulares por seis meses, pero desde entonces se había irregularizado con ciclos 20-22-25 x 2-3. Desde hacía unos veinte años había comenzado a notar cierto hirsutismo que se había ido aumentando progresivamente, hasta el punto de que a su ingreso presentaba un bigote masculinoide que la obligaba a afeitarse.

Al examen físico se encontraba una paciente un tanto obesa. Pulso, 84; T. A., 120/70, con hirsutismo apreciable en cara,

---

(\*) Presentado a la Sociedad de Biología en la sesión del 8 de julio de 1955.



FIGURA NUMERO 1.—Aspecto de la enferma. Nótese el bigote.

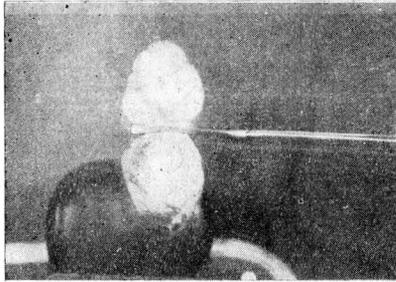


FIGURA NUMERO 2.—Aspecto macroscópico del tumor abierto.

extremidades inferiores y abdomen, con implantación pilosa del Monte de Venus que subía sobre la línea media hasta el ombligo. El examen ginecológico revelaba unos genitales externos relajados, con desgarradura perineal de segundo grado, cuello móvil con pequeña erosión. Cuerpo uterino móvil, un tanto aumentado de tamaño, con pequeñas nudosidades fibrosas, en retro-sinistrotrodesviación y sobre la cara anterior de la matriz una tumoración del tamaño de una mandarina, dura, móvil, desplazable hacia la región anexial derecha. El anexo izquierdo era negativo. El clítoris de tamaño normal.

Los exámenes de laboratorio mostraron discreta anemia. Orina, N. P. N., sedimentación y curva de glicemia normales. Colesterol, 130 mgm.%. La citología vaginal mostraba efecto estrogénico adecuado. Metabolismo basal de más de 10. La dosificación de 17-Cetosteroides fue intentada, pero desgraciadamente, en ese entonces (1951) por dificultades de laboratorio los datos no fueron concluyentes.

El 25 de agosto de 1951 se practicó laparotomía media a la enferma encontrándose un tumor sólido del ovario derecho y va-

rios nódulos uterinos fibromatosos. Se hizo miomectomía múltiple, salpingo-ooforectomía derecha y biopsia del hilio del ovario izquierdo.

La enferma hizo un post-operatorio sin complicaciones. Sale del Instituto a los diez días de intervenida. Es controlada de nuevo el 19 de septiembre de 1951, encontrándose en buen estado. El hirsutismo no se modificó en nada después de la intervención. Desgraciadamente, como sucede tantas veces entre nosotros, por

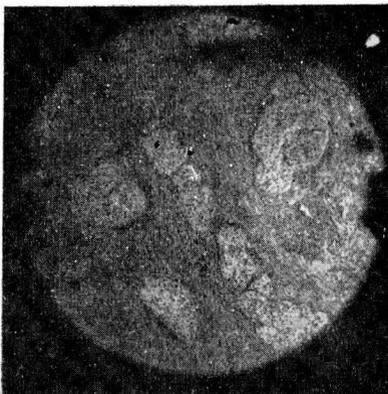


FIGURA NUMERO 3.—Aspecto microscópico del T. Nótese las inclusiones o nidos epiteliales (Las manchas corresponden a defectos de fotografía).

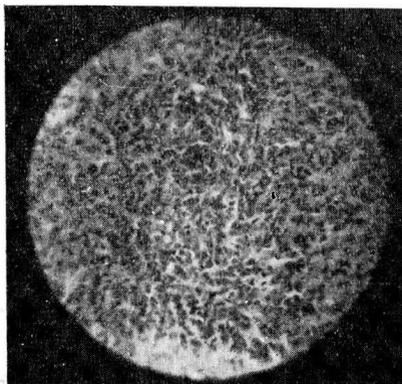


FIGURA NUMERO 4.—Otro aspecto microscópico del tumor, un poco menos típico.

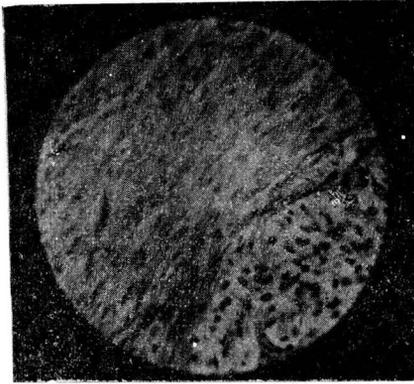


FIGURA NUMERO 5.—Otro aspecto microscópico que muestra parte de un nido epitelial y la trama conjuntiva circundante.

más que hemos escrito e indagado acerca del paradero de la enferma no hemos podido volverla a ver desde entonces.

El examen histopatológico confirmó la naturaleza fibromatosa de los nódulos uterinos extraídos. Los cortes del hilio del ovario izquierdo no demostraron proceso patológico alguno y al examen microscópico del tumor ovárico el patólogo dice: “el tumor ovárico aparece formado por un estroma conjuntivo esclerótico, en cuyo espesor aparecen numerosos canaliculos aislados o agrupados, unas veces de luz bien definida y otros provistos de una irregular y poco aparente cavidad. Los canaliculos están limitados por una especie de cápsula que parece ser una condensación del tejido conjuntivo ambiente. La pared de los canaliculos es bastante gruesa, multiestratificada y está formada por células cuboides o poliédricas relativamente grandes, bien articuladas, de núcleo vesiculoso poco denso y citoplasma abundante y más bien pálido. En el espesor de la pared aparecen delicadas láminas conjuntivas provenientes en la cápsula del tubo. En los túbulos de cavidad bien definida obsérvase que las células del estrato interior presentan una fina cutícula. Conclusión: la estructura del tumor corresponde a un ooforoma folicular (tumor de Brenner)”. (Fdo.), doctor M. MARIÑO Z.

No es mi intención hacer una descripción del tumor, su histogénesis clínica, etc. El completo trabajo del doctor Latorre, ya mencionado (7), así como los varios textos de Barzilai (3), Selye (4), Novak (5), etc., ya lo han hecho. Sólo quiero detenerme ligeramente en el “funcionalismo” de estos tumores. Si bien es cierto

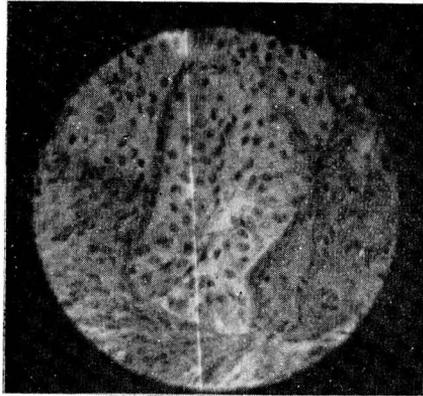


FIGURA NUMERO 6.—Uno de los niños epiteliales a mayor aumento. Nótense las células en grano de café.

que la mayoría de los autores están de acuerdo en que estos tumores son completamente afuncionantes, varios son los casos publicados en los que se les adscribe un cierto papel en la producción de algunos síntomas que los harían aparecer como tumores funcionantes. Los dos más importantes: la producción de metrorragias y la producción de signos de virilización. Te Linde, Bettinger y Freund (6) presentan casos con marcado hirsutismo y algunos otros signos de virilización y en un caso de Josefson (6) la extirpación de ambos ovarios que contenían tumores típicos, bilaterales, de Brenner, llevó a la desaparición de los caracteres virilizantes. Barzilai (3) anota que hemorragia vaginal puede ser observada en mujeres de edad avanzada con tumor de Brenner y varios otros autores citados por Novak (5) como Schiffman, Schiller, Abraham, etc., están acordes con esta opinión.

Los dos casos presentados en esta Sociedad muestran claramente cómo es posible la coincidencia del tumor de Brenner con otras lesiones productoras de los síntomas: metrorragias y virilización, que en ocasiones se le atribuyen al Brenner. En el caso de Latorre (7), el adenocarcinoma era el causante de las metrorragias y en el nuestro la fibromatosis uterina. Hubiera sido este adenocarcinoma más pequeño y pasado desapercibido, se le hubieran achacado las hemorragias al Brenner. Tal vez, en la misma forma se podrían interpretar los pocos casos publicados como malignos, sin descontar que como estos tumores no infrecuentemente son bilaterales, algunos de ellos en que parecería haber una metástasis contralateral, bien pudiera haberse tratado de un

Brenner bilateral desapercibido en un comienzo. El hecho de que exista una hiperplasia endometrial concomitante, productora de metrorragias no quiere decir tampoco que el Brenner fuera el causante de la hiperplasia, pues está demostrado que tales hiperplasias existen aún en mujeres post-menopáusicas, ocasionadas por trastornos endocrinos diferentes.

En cuanto a la producción del virilismo creemos como lo hemos interpretado en el caso presentado hoy, que existía una hiperplasia suprarrenal concomitante, el llamado hipersuprarrenalismo, causante ella sí de los fenómenos de hirsutismo. La no regresión de tales fenómenos después de la extirpación apoya tal hipótesis. El único caso que deja un interrogante es el de Joseffson en el que hubo regresión del hirsutismo posteriormente. Sin embargo, tal vez elucubrando un tanto, podría pensarse que no se trató en realidad de regresión por extirpación del tumor sino que como hubo una castración bilateral se sucedieron fenómenos de eunucoidismo con pérdida del vello, etc.

#### BIBLIOGRAFIA

1. LOPEZ-ESCOBAR G.—“Tumores del ovario”. Ccop. Nal. de Artes Gráficas. Ed. 1952. Bogotá.
2. LOPEZ-ESCOBAR G.—“Síndrome de virilización”. “Rev. Unidia”. Vol. 1. N° 4, julio 1953.
3. BARZILAI G.—“Atlas of Ovarian Tumors”. Grune & Stratton. Ed. New York. 1949.
4. SELYE H.—“Encyclopedia of Endocrinology”. Vol. VII. Richardson, Bond & Wright Ed. Montreal. 1946.
5. NOVAK E.—“Gynecological and Obstetrical Pathology”. W. B. Saunders Co. Ed. 1940.
6. Cit. por Selye H. - loc. cit.
7. LATORRE H.—“Tumor de Brenner”. En prensa.