

EXTRACTOS DE REVISTAS

EL PROBLEMA QUE PLANTEA EL TRATAMIENTO CONSERVADOR DE CIERTOS TUMORES DEL OVARIO

ARMANDO E. NOGUÉS Y ROBERTO INZA

Tomado de "Obstetricia y Ginecología Latino-Americana". Volumen VIII.
Número 8. Agosto, 1955.

Dicen los mencionados autores que el tratamiento conservador de los tumores del ovario plantea consideraciones interesantes, aunque sea una exigencia cuando se trata de mujeres jóvenes, ya que en ellas la conservación ovárica es imperiosa para asegurar el equilibrio endocrino y la fertilidad. Es en ocasiones fácil respetar este principio, pero cuando la lesión es bilateral o múltiple, la conservación es difícil y lo que se logra conservar de la glándula puede ser insuficiente, presentándose síndromes similares o iguales a la castración.

Ahora bien: la conservación ovárica además de ser suficiente debe evitar que queden gérmenes blastomatosos y es necesario recordar que los tumores teratomatosos y cistadenomas están muy expuestos a la recidiva. También se pone de presente que los cistadenomas, especialmente los papilares y los teratomas adultos, tienen gran tendencia a ser bilaterales, lo que obliga al cirujano a la exploración cuidadosa del ovario contralateral. Por otra parte el cistadenoma papilar por su inclinación a la degeneración maligna agregada a la bilateralidad obliga a una observación y precauciones exageradas; en cambio representan menor preocupación el cistadenoma pseudomucinoso y el teratoma adulto, los que poseen menor tendencia a la degeneración maligna y a la bilateralidad.

El conocimiento de estos principios autoriza a la cirugía conservadora del ovario en la mujer joven, siempre y cuando se someta a extremada observación el ovario contralateral y el tejido ovárico restante por respetar.

Después de presentar numerosa casuística comentan los autores que la operación conservadora es posible de realizar en un elevado porcentaje de pacientes, que su práctica es compatible con la conservación del parenquima indispensable para conservar la función gonadal y en ocasiones la fertilidad.

Finalmente la operación conservadora podrá practicarse siempre que se reúnan algunas condiciones de topografía tumoral en relación al tejido ovárico y jamás deberá efectuarse cuando exista un carcinoma ovárico o genital.

R. R.

RELACION ENTRE LA HIPERPLASIA ENDOMETRIAL Y EL ADENOCARCINOMA DEL ENDOMETRIO

DOCTOR JUAN WOOD Y OTROS

(“Ginecología y Obstetricia” – Lima)

Resumen y conclusiones

- 1) El material histopatológico que se considera en esta ocasión demuestra que la hiperplasia endometrial, como manifestación de un estado estrogénico persistente e incontrarrestado, desempeña un rol importante en la génesis del carcinoma endometrial. Las imágenes histológicas en estas circunstancias pueden corresponder a una hiperplasia glándulo-quística o a una hiperplasia adenomatosa.
- 2) La hiperplasia endometrial glándulo-quística durante la menarca y el climaterio premenopáusico, reflejo de desequilibrios endocrinos, no tiene mayor importancia en estos períodos, pero cuando se hace presente en la post-menopausia adquiere una significativa influencia en relación con el desarrollo del carcinoma endometrial.
- 3) La hiperplasia adenomatosa que evoluciona durante el período de madurez sexual reviste mayor importancia que la variedad glándulo-quística, pues si bien traduce al igual que ella la existencia de una disfunción endocrina y como ella constituye también una lesión reversible, su existencia requiere una mayor preocupación aun dentro de este período y en relación directa

con la mayor edad de la mujer. Cuando evoluciona en la postmenopausia adquiere mayor significación que la variedad glándulo-quística en la génesis del carcinoma del endometrio.

4) El estudio de 26 casos de coexistencia de hiperplasia y adenocarcinoma del endometrio, nos permitió establecer en 7 de ellos la concurrencia simultánea de las dos variedades de hiperplasia, glándulo-quística y adenomatosa con adenocarcinoma; en 6 la evolución concomitante de hiperplasia adeno-quística y adenocarcinoma; en otras 6 de hiperplasia adenomatosa y adenocarcinoma y, finalmente, en las 7 restantes se reveló la transformación gradual de una hiperplasia adeno-quística en una hiperplasia adenomatosa y, por último, en un carcinoma, dentro de un plazo variable de uno a cuatro años.

5) Si se analizan las edades de las pacientes que constituyen cada uno de estos tres grupos, en el momento en que se estableció el diagnóstico de degeneración maligna, se comprueba que la edad media más baja —cuarenta y ocho años— correspondía a la coexistencia de hiperplasia adenomatosa y adenocarcinoma. En cambio, ella era de cincuenta y dos años para la asociación hiperplasia glandular quística, hiperplasia adenomatosa y adenocarcinoma y de cincuenta y ocho para la asociación hiperplasia glándulo-quística adenocarcinoma.

Sin pretender establecer conclusiones, dado su número escaso de observaciones, llamamos la atención a que exista una mayor propensión a la degeneración maligna y que ésta se establece más tempranamente, cuando concurre la hiperplasia adenomatosa. Esta afirmación se confirma si establecemos la edad media en los dos grupos de adenocarcinomas en los cuales se hizo presente esta modalidad de hiperplasia en las imágenes histológicas, comprobando que ella es de 50,5 años por 58 en el grupo en que ella no existe.

6) Las comprobaciones anteriores conducen a una conclusión importante en relación con la profilaxia del carcinoma del endometrio en el sentido de que la existencia de una hiperplasia endometrial, glándulo-quística o adenomatosa en el período postmenopáusico, haría aconsejable la histerectomía. La radioterapia en general y la curieterapia intrauterina en especial, por constituir el método terapéutico al cual se recurre en las metrorragias disfuncionales del climaterio, sólo podría indicarse cuando existiera una contraindicación quirúrgica absoluta o bien an-

te la negativa de la paciente para aceptar la intervención. En ambas circunstancias se deberán exigir controles periódicos, los que necesariamente deberán comprender exámenes citológicos y nuevos raspados-biópsicos.

7. Las comprobaciones señaladas en la conclusión número 4 conducirán a aceptar el concepto de carcinoma "in situ" del endometrio, a pesar de algunas autorizadas opiniones en contrario. Se considera que debe mantenerse vigente para que en la práctica diaria del laboratorio se investiguen las imágenes correspondientes y poder así acumular mayor documentación que permita en el futuro emitir un juicio con mayor fundamento. Conviene recordar que el Comité de Estocolmo, sin pronunciarse sobre las características propias del carcinoma "in situ" del endometrio, ha incluido al igual que en el carcinoma cervical un período 0, definiéndolo así: casos que el patólogo considera que muy probablemente son de naturaleza carcinomatosa, aunque no es posible establecer un diagnóstico definitivo en este sentido.