MESONEFROMA DE OVARIO

Doctores **Arturo Alvarez H., Paolo Giannuzzi y Rafael S. García Solano**

Presentación de un caso

El caso que presentamos es de un mesonefroma de ovario, el cual consideramos de interés por su escasa frecuencia entre la patología de los neoplasmas ováricos.

No tenemos bases experimentales que nos permitan afirmar o contradecir las teorías expresadas por varios autores, tales como Schiller, Kazancigil-Laqueur, Ladewing, Teilun u otros; por lo tanto nos limitaremos a presentar el aspecto morfológico del tumor que estudiamos detalladamente mediante necropsia.

En 1939 y más tarde en el año de 1942, Schiller describió un tumor de ovario que presentaba una morfología diferente a todos los descritos hasta entonces en el grupo de neoplasmas ováricos; este tumor contenía estructuras parecidas a los glomérulos renales, considerándolos por esta razón como originarios de restos del mesonefro, que hubieran permanecidos incluídos en el tejido ovárico y por lo cual les dio el nombre de "mesonefroma". Al lado de estas formaciones de aspecto glomerular, encontró también cavidades quísticas de tamaño variable tapizadas por células mesodérmicas de tipo estrellado.

Por otro lado Kazancigil, Laqueur, Ladewing reportaron tres casos más de tumores ováricos, encontrados en mujeres jóvenes y después de estudios detallados de ellos, incluyendo la reconstrucción plástica en uno de los casos, no pudieron evidenciar lo que pudiese confirmar su derivación de restos de mesonefro primitivo. No aceptando la denominación de "mesonefroma" expuesta por Schiller, y por considerar que estos neoplasmas estaban compuestos por un laberinto vascular con canales irregulares y comunicantes, los clasificaron Papiloendotelioma. Este concepto fue refutado más tarde por Schiller, puesto que esa explicación no podría ser aceptada, ya que deberían encontrarse tumores con estructuras glomeruloides en todos los órganos que contienen vasos; lo cual no sucede.

Teilun en su trabajo titulado: *Endodermal Sinus Tumors of the Ovary and Testis* hace un análisis comparativo entre algunos casos de mesonefroma de ovario y las estructuras extraembriónicas de placentas de ratas, y no acepta ni la teoría de Schiller ni la de Kazancigil en relación a la histogénesis de este

tipo de tumor, proponiendo una interpretación histogenética enteramente diferente.

Este autor reconoció al mesonefroma de Schiller como de origen germinal, es decir, de desarrollo embriomatoso, señalando su identidad morfológica y clínica con otros tumores germinales del testículo, tales como el carcinoma embrionario, los teratomas y los tumores trofoblásticos. Teilun llama a este tipo de neoplasmas, Tumores de Senos Endodérmicos, por su similitud con el complicado sistema de canales vasculares, que reflejan el soporte mesodérmico vascular del alantoides, en las placentas laberínticas, como es la placenta de la rata. Las estructuras parecidas a glomérulos, en las cuales Schiller basa su diagnóstico de mesonefroma, las homologa a los senos endodérmicos de Duval; es decir divertículos del saco vitelino, que disecan alrededor de los vasos sanguíneos del alantoides, a medida que entran en el laberinto de la placenta de la rata y el ratón. Consecuentemente conceptúa que este tipo de tumor debe considerarse originado en membranas extraembriónicas.

Creemos haber encontrado en nuestro caso todos los cuadros morfológicos descritos por los diversos autores, pero creemos de justicia por el momento, conservar el nombre de mesonefroma para este tipo de tumores.

CASO

Se trata de una paciente de 21 años de edad, de sexo femenino, natural de Juan de Acosta (Atlántico), que es admitida en el Hospital de Barranquilla, el día 1º de diciembre de 1960, quejándose de aumento progresivo del vientre, edema de miembros inferiores, disuria y tenesmo rectal, enflaquecimiento progresivo y disnea.

Refiere la paciente que desde hace 9 meses, después de un parto que fue atendido por una comadrona en su casa, comenzó a notar el aumento progresivo del vientre, con sensación de masa abdominal, acompañado de dolor moderado, pérdida de peso y vómitos; además de dolor al orinar y períodos de diarrea, alternados con constipación. Posteriormente observó edema de los miembros inferiores.

La paciente es G I, P I, presentó menarquía a los 13 años con ciclo de 28 x 4 abundantes y dolorosos, vida marital a los 18 años.

Al examen físico se encontró T A, 90 x 50. Lúcida y en malas condiciones nutricionales y ligera cianosis de los labios; linfadenopatía inguinal discreta.

Disminución del murmullo vesicular en el pulmón derecho y taquicardia (120 x M).

El abdomen es globuloso, escasamente doloroso, con circulación subcutánea marcada y líquido en la cavidad peritoneal; palpándose una masa en región hipogástrica, poco móvil, dura, irregular, que llega hasta el epigastrio.

Al examen genital se encuentra secreción blanco-amarillenta en la vagina, cuello corto y orificio cervical cerrado. El cuello está rechazado hacia la derecha y el cuerpo uterino hacia la izquierda, debido a una masa que ocupa todo el fondo de saco derecho, poco móvil, do-

lorosa y que se confunde con la masa que se palpa en el abdomen.

El día 2 de enero, la exploración quirúrgica reveló una masa tumoral voluminosa que se confunde con el ovario izquierdo, móvil y cubierto por epiplón.

El ovario derecho y el cuello uterino son de aspecto macroscópico normales. La cavidad peritoneal contiene además 1.500 ctms. cúbicos de un líquido hemorrágico y en el lóbulo derecho del hígado se palpan nódulos de consistencia firme.

Los estudios de laboratorio revelaron una anemia marcada con 2.800.000 Gr. y 9.85 gr. de Hb. Después de la intervención quirúrgica la paciente reproduce un cuadro similar al anterior, el cual aumenta en intensidad progresivamente hasta provocar su muerte el día 23 de marzo a las 3 p.m., practicándosele autopsia inmediata.

PIEZA QUIRURGICA

Se recibió una masa tumoral de consistencia blanda en algunas zonas y elástica en otras, que mide 22 cmts. de diámetro y presenta una forma redondeada con una superficie externa de color rosado grisáceo en algunas áreas y rojo obscuro en otras, lisa y brillante. Sobre la superficie externa descansa una trompa uterina que mide 18 cmts. de largo por 1.5 cmts. de diámetro, con la serosa de color carmelita claro lisa y brillante. El lumen es permeable en todo su trayecto y la mucosa es de aspecto aterciopelado. Al corte de la masa tumoral se encuentran algunas cavidades quísticas, que varían entre 6 y 8 ctms., llenas unas de un material de color rojo obscuro, otras de un material espeso amarillento y las otras de un líquido turbio acuoso, de color blanco grisáceo de aspecto cartilaginoso.

En la autopsia se encontraron cerca de 2,000 cc. de un líquido acuoso hemorrágico en la cavidad peritoneal; numerosas metástasis en el peritoneo parietal y visceral, ovario y trompa de lado opuesto, cuerpo uterino, ganglios retroperitoneales e hígado. Edema de miembros inferiores.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

1. Hemos presentado un caso de mesonefroma maligno de ovario, en una mujer de 21 años, con metástasis al ovario opuesto, cuerpo uterino, peritoneo parietal y visceral e hígado.
2. Se han revisado las diferentes concepciones histopatogénicas sobre este neoplasma, y no creemos que existan todavía bases suficientes que modifiquen las apreciaciones originales de Schiller.
3. El cuadro morfológico de nuestro caso, y en especial la presencia de estructuras glomeruloides típicas, nos permiten justificar por el momento el nombre de mesonefroma.
4. Creemos que nuestro caso es el primero de mesonefroma ovárico, reportado con necropsia, en nuestro país.

BIBLIOGRAFIA

1. ANDERSON, W. A. H.: The Edition 1104-1105, 1961.
2. EVANS, R. W.: Developmental stages of embryolike-bodies in teratoma testis. **J. Clin. Path. 10:** 31-39, 1957.
3. FOOT, N. C.: **Identification of Tumors:** Essential Grow and Microscopic Pathologic Features Systematically Arranged for Easier Identification. Philadelphia, Pa. J. B. Lippincott Company, 1948.
4. JENSIK, R. J. and FALLS, F. H.: Mesonephroma of ovary. **Am. J. Obst. Gynec. 46:** 810-816, 1943.
5. JONES, H. W., and SEEGAR, G. E.: Mesonephroma of ovary. **Am. J. Obst. Gynec. 39:** 322-329. 1940.
6. KAZANCIGIL, T. R., LAQUEUR, W. and LADEWING, P.: Endothelioma ovarii; report of 3 cases and discussion of Schiller's "mesonephoroma ovarii". **Am. J. Cancer 40:** 199-212, 1940.
7. NOVAK, E. and NOVAK, E. R.: **Ginecologic and Obstetric Pathology:** With Clinical and Endocrine Relations, 4 th. ed. Philadelphia, Pa. W. B. Saunders Company 1958.
8. SCHILLER, W.: Histogenesis of ovarian mesonephroma. **Arch. Path. 30:** 443-451. 1942.
9. SCHILLER, W.: Parvilocular tumors of ovary. **Arch. Path. 35:** 391-413, 1943.
10. SCHILLER, W.: Female genitalia. In ANDERSON, W. A. D. Ed. **Pathology,** 32d. St. Louis, Mo. C. C. Mosby Company.
11. STOWE, L. M.: On genesis of so-called mesonephroma ovarii. **Cancer 8:** 446-453, 1955.
12. TEILUN GUNNAR, M. D.: Endodermal sinus tumors of the ovary and testis, 1.092-1.104. **Cancer,** Nov.-Dic. 1959.