

GINECOLOGIA

"PSEUDOMYXOMA PERITONAEI"

Por el doctor Enrique Darnalt

Por tratarse de uno de los tumores más interesantes causados por diseminación y secundarios a la ruptura de un quiste pseudomucinoso del ovario o a un mucocele del apéndice, y además ser una entidad que no es frecuente siendo más bien un hallazgo quirúrgico, hemos querido hacer la descripción de la historia clínica de una enferma a quien tuvimos oportunidad de tratar y que presentó el cuadro clínico completo de un Pseudomyxoma peritonaei o enfermedad gelatinosa del peritóneo consecutiva a un quiste pseudomucinoso del ovario.

(1) Esta entidad está caracterizada por la formación de grandes masas gelatinosas, que están más o menos encapsuladas y se encuentran en cualquier parte de la cavidad peritoneal, (2) debido a la implantación de células epiteliales sobre el peritóneo, las cuales continúan creciendo y produciendo la secreción pseudomucinoso característica que causa la irritación peritoneal con transudación líquida formando una ascitis gelatinosa.

La enferma nos consultó especialmente en marzo de 1949 por la aparición de un prolapso genital consecutivo a una histerectomía sub-total que le había sido practicada en 1946 y que le ocasionaba fenómenos urinarios consistentes en incontinencia y polaquiuria. Además, había observado desde octubre de 1948 pequeñas hemorragias vaginales que se acentuaban con el ejercicio y que provenían del cuello uterino. Como dato interesante, la paciente anotaba una distensión abdominal, más marcada hacia el flanco derecho sin que provocara fenómenos generales o locales de ninguna naturaleza.

Antecedentes:

Menarquia a los 13 años. La menstruación se estableció de tipo III/30, abundante, sin fenómenos especiales. Embarazos: 1. Partos: 1, hace 22 años sin complicaciones puerperales ni de lactancia.

Histerectomía sub-total con ablación del anexo izquierdo (salpingo-ooforectomía) 1946, por quiste ovárico y fibromiomatosis uterina. Después de esta intervención se presentó una eventración, para lo cual fue operada posteriormente.

Enfermedad actual:

Cuatro meses después de la histerectomía comenzó a observar una sensación de pesantez en la región de los órganos genitales externos y luego la aparición progresiva del cuello de la matriz, hasta que se hizo completa, acompañada de la inversión de la vagina. A todo esto se añadieron fenómenos de incontinencia urinaria. Más tarde, por permanecer exteriorizado el cuello se presentó una erosión cervical que con alguna frecuencia sangraba, especialmente con el ejercicio. Secundariamente la enferma anotaba un aumento del volumen abdominal, sin darle mayor importancia, ya que éste no provocaba molestia alguna.

EXAMEN CLINICO

Estado general: Satisfactorio. Ligeramente pálida y anémica. 42 años.

Aparato respiratorio y cardio-vascular:

Normales clínicamente. Presión arterial: 135/80. Pulsaciones: 80 al minuto.

Aparato digestivo:

Dentadura en regular estado. Lengua limpia. Buen apetito. Deposición diaria. Abdomen aumentado de tamaño, depresible y no doloroso a la palpación; no se alcanza a apreciar tumor. Cicatriz quirúrgica mediana infraumbelical con eventración en el tercio inferior.

Examen pélvico:

Al practicar el examen ginecológico se encuentra lo siguiente:

Vulva: abierta, da salida a un prolapso completo del cuello uterino y de las paredes vaginales.

Cuello: de primípara, desgarro bicomisural, erosión cervical.

Fondos de saco: izquierdo: libre. Derecho: ocupado por un tumor, blando lobulado, liso, ligeramente móvil y de un diámetro aproximado de 20 cts.

Impresión clínica:

Quiste líquido del ovario derecho. Prolapso completo del cuello uterino e inversión de la vagina. Cervicitis, Eventración post-quirúrgica.

Por los datos anteriores se resuelve practicar una intervención quirúrgica para: a) extirpar el quiste; b) fijar el muñón cervical a la pared abdominal (cervicopexia) y así reducir el prolapso y mejorar el proceso cervical; y c) reforzar la pared abdominal a fin de corregir la eventración.

Exámenes de laboratorio:

Orina: albúmina: 0.15 por mil. Sedimento: glóbulos blancos y de pus, células epiteliales planas.

Cuadro hemático: Glóbulos rojos: 4.280.000. Glóbulos blancos: 10.000. Hemoglobina por 100: 75.

Tiempo de sangría: 2 minutos. Tiempo de coagulación 10 minutos.

Intervención:

Marzo 31 de 1949, anestesia general por ciclo, éter y oxígeno. Duración de la intervención: tres horas. Incisión media infraumbilical, resecaando la cicatriz antigua; al abrir la cavidad peritoneal comenzó a dar salida un líquido de aspecto gelatinoso, amarillento, que luego se comprobó que existía en toda ella. Al explorar ésta última se encontró el tumor correspondiente al ovario derecho con todas las características halladas en el examen clínico, que se extirpó y al examinarlo se encontró en él una ruptura de un diámetro aproximado de 1 cm, que daba salida también a líquido gelatinoso. Una vez extirpado se hizo una limpieza lo más completa posible de la cavidad peritoneal extrayendo todos los residuos de masas gelatinosas. Luego se fijó el muñón cervical a la pared muscular abdominal con puntos de seda. Se cerró la pared abdominal por planos, disecando la vaina anterior de los rectos y luego imbricándola, para dar mayor refuerzo.

No se presentaron accidentes anestésicos ni quirúrgicos; el postoperatorio fue normal, presentando solamente vómito los tres prime-

ros días para lo cual se practicaron lavados del estómago, con lo cual cedió. La enferma abandonó la Clínica a los 13 días en un estado completamente satisfactorio.

Diagnóstico anatómo-patológico:

Carcinosis mixo-papilar.

Descripción macroscópica: Consiste la muestra en cierta cantidad de un material de aspecto y consistencia gelatinosa, en el espesor del cual aparecen algunos grumos grisáceos y otros rojizos, de aspecto hemorrágico.

Descripción microscópica: En medio del material gelatinoso, el cual se presenta en forma de una substancia densa, eosinófila, de aspecto coloide, aparece cierto número de tallos neoplásicos. Estos elementos, un tanto autolizados aparecen formados por un muy poco denso estroma conjuntivo, escasamente celular y tapizado, a trechos, por epitelio simple o multiestratificado, de pequeñas células cuboides o aplanadas. Uno de los tallos, de gran tamaño y bastante bien preservado consiste en un estroma muy poco denso y edematoso, provisto de numerosísimos capilares dilatados y congestionados; aparece tapizado por epitelio cuboide multiestratificado. Además de los elementos neoplásicos obsérvanse numerosos linfocitos y fibroblastos.

Conclusión:

Trátase de una carcinosis peritoneal (enfermedad gelatinosa) proveniente de un neoplasma mixo-papilar, muy seguramente ovárico (por lo menos no sabemos qué otro neoplasma lo produzca).

Fdo. *Miguel Mariño Zuleta*. Abril 2 de 1949

BIBLIOGRAFIA

- (1) Cecil W. B. Textbook of Medicine. Saunders Company, 1943.
- (2) Davis Carl Henry. Gynecology and Obstetrics. II, 15: 25. W. F. Prior Company. Inc.