

Hace 55 años

Dos casos de tumor de Brenner*

Por el Dr. J. TRINIDAD GONZÁLEZ GUTIÉRREZ

Cuando se trata de poner a la consideración de los asistentes algunos casos de entidades nosológicas que se encuentran con poca frecuencia en la práctica diaria, y acerca de los cuales no existe una gran literatura al respecto, se antoja sólo exponer las historias clínicas sucintas de cada uno de los casos, hacer consideraciones de carácter único, exponer brevemente un resumen de la literatura referente al padecimiento, y para terminar hacer conclusiones respecto de las cuales el auditorio dirá si son o no de aprobarse.

Esto es precisamente la norma de conducta que me he trazado al traer a ustedes estas consideraciones acerca de tumores, formados por células epiteliales y por quistes recubiertos del mismo tejido y formando parte de la gónada femenina.

La exposición del presente trabajo será como sigue:

CURTIS describe el tumor de BRENNER como neoplasia no maligna implantada en el ovario, que no procede del mesénquima del mismo, sino que se cree originado en los nidos celulares de WALTHARD, los cuales tienen cierta tendencia a incluir epitelio cilíndrico pseudomucoso, lo cual constituye un aspecto importante.

Para simplificar la descripción hay que hacer notar que existen dos aspectos principales de tumores de BRENNER, uno sólido y otro cistadenomatoso.

El primero de ellos raras veces alcanza gran tamaño, algunos son de tamaño mayor que un huevo de gallina y de aspecto nodular, con zonas blanco-amarillentas a la sección y de consistencia semejante a la del fibroma, con

estroma denso que contiene nidos de células epiteliales y cavidades quísticas. Entre los nidos celulares pueden apreciarse, a la simple vista, sustancia coloide, y pequeñas aberturas semejantes a orificios glandulares.

El aspecto microscópico de las masas sólidas de epitelio escamoso es un hecho inconfundible desde el punto de vista del diagnóstico de estos tumores, algunos con tendencia a la degeneración quística.

El tipo cistadenomatoso, de ordinario, está constituido por un cistadenoma pseudomucoso más o menos voluminoso, en el cual existe un nódulo que contiene epitelio de BRENNER, con glándulas pseudomucosas o sin ellas; en esos casos las inclusiones embrionarias de epitelio glandular de los nidos de WALTHARD han sobrepasado el crecimiento del epitelio pavimentoso y de su fuerte estroma de tejido conjuntivo que son tan característicos del tumor de Brenner.

Aunque histológicamente recuerden los nódulos cancerosos de células planas, es raro que adquieran carácter maligno.

MÜLLER cree que dichos tumores se originan en el epitelio celómico de las proximidades del cuerpo de WOLP del que se deriva el conducto de MÜLLER que cree que puede organizar nódulos epiteliales macizos y grandes formaciones de epitelios indiferenciados de topografía anormal en las trompas y en los ligamentos y puede luego diferenciarse en epitelios mucoso y columnar, como el de la superficie del ovario.

Los islotes de WALTHARD, en ocasiones, llegan a formar tumores que contienen no sólo epitelio de BRENNER y quistes serosos y pseudomusinosos entremezclados en la trama neoplásica, sino también áreas puras en que ambas formaciones están aisladas unas de otras, pudiendo haber de esta manera quistes pseudomucosos sin epitelio de BRENNER. Los tumores que llevan este nombre están genéticamente ligados a la mayoría de los cistomas se-

Profesor Adscrito de Ginecología, Universidad del Estado. Guadalajara, Jal

* Leído en la Asociación Mexicana de Ginecología y Obstetricia. Reproducido de Ginecología y Obstetricia de México 1954;IX (mayo-junio):207-11.

La versión completa de este artículo también está disponible en: www.nietoeditores.com.mx

rosos, de los parcialmente fibrosos y de tumores mixtos pseudomusinosos; sólo un pequeño número de quistes pseudomucosos arranca de los islotes de WALTHARD; la mayoría constituye la presión endotérmica de un germen teratomatoso cuya filiación se remonta a la época de la segmentación del óvulo.

Una de las características de este tipo de tumores es el hecho de que se presentan ordinariamente en la meno-pausia y en la postmenopausia. En el caso particular de nuestras dos enfermas, apareció después de los 60 años y su sintomatología fue únicamente la de una tumoración pélvica que al hacerse abdominal llamó la atención de la enferma por su crecimiento más o menos rápido, pero sin ninguna otra molestia añadida.

Dado que esta tumoración no es endócrinamente activa y su único síntoma es el de cualquier tumoración pélvica libre, el diagnóstico no es posible hacerlo clínicamente sino que constituye en realidad un hallazgo post-operatorio y casi siempre del dominio exclusivo del patólogo.

El tumor sólido tiene el aspecto prácticamente igual y, en realidad, no se diferencia del tumor quístico, seroso y seromusinoso del mismo órgano. NOVAK asegura que hasta el presente han sido reportadas 122 observaciones e indica que su número aumenta cada vez con mayor frecuencia dado que la costumbre de enviar las piezas anatómicas al patólogo se ha prácticamente generalizado.

DOS HISTORIAS CLÍNICAS

Historia clínica de la señorita MARÍA DEL PILAR DÍAZ ÁLVAREZ.

Mayo 22 de 1952. Soltera. 65 años. Quehaceres domésticos.

Interrogatorio sintetizado

Trastornos digestivos, constipación, cefalea, mareos. De dos años a la fecha crecimiento del vientre. Metrorragia desde febrero último, espesa, unas cuantas horas, esporádica, la última fue 22 días antes de la operación, la ha tenido aproximadamente en tres ocasiones.

Leucorrea fétida en ocasiones serosanguinolenta de menor cantidad, aumenta en las mañanas al levantarse. Náuseas y vómitos ocasionales.

Antecedentes personales patológicos: sarampión, varicela, tos ferina, diabetes, neumonía e ictericia discreta.

Antecedentes familiares y hereditarios: el padre murió cardíaco, la madre de debilidad general; tuvo 15 hermanos.

Antecedentes no patológicos: tabaquismo intenso hasta agosto último.

Antecedentes ginecológicos: sin importancia.

Antecedentes terapéuticos: sin importancia.

Exploración ginecológica

Pelo genital escaso. Vulva pálida. Himen roto. Vagina atrófica. Periné íntegro. Cuello uterino central atrófico, orificio entreabierto da salida a una masa neoplásica que viene de la cavidad uterina, sumamente friable. Cuerpo uterino y anexos englobados en una tumoración que ocupa toda la pelvis y rebasa por encima hacia el abdomen, ocupando el hipogastrio y ambas fosas iliacas, multilobulada.

Exploración física general: sin importancia.

Fluoroscopia de tórax

Tórax óseo: normal.

Campos pulmonares: normales.

Hilos pulmonares: normales.

Pedículo vascular y área cardiaca: el pedículo vascular es bastante visible. En el área cardiaca es notable el aumento del arco superior izquierdo, así como del derecho.

Impresión fluoroscópica: probable aneurisma de la aorta.

Examen anatopatológico

“Se envía matriz y anexos para su estudio anatopatológico: metrorragia, leucorrea, dolor en el bajo vientre; hace 5 años tiene leucorrea, la metrorragia se presentó hace 22 días; en el anexo derecho se encontró una gran bolsa de paredes delgadas y lisas contenido un líquido blanco amarillento y de unos 22 cm de diámetro que rechazaba una placa fibrosa de color amarillento sumamente firme que al cortarla tenía aspecto fibroso y que media 12 cm en su mayor diámetro longitudinal por 5 de espesor.

El anexo izquierdo se encontró atrófico. El cuerpo uterino aumentado de volumen, de paredes gruesas y cavidad llena de una sustancia fungoide que invade toda la cavidad uterina hasta el orificio superior del cuello quedando libre todo el canal cervical; sin embargo, el cuello uterino se encontró dilatado, engrosado y a través del mismo se escapan fragmentos de la masa fungoide endometrial; en el portio vaginal no se observan alteraciones.

Recibimos para su estudio el material cuyos caracteres macroscópicos se describen más arriba; histológicamente los hallazgos fueron los siguientes:

Masa compacta del ovario derecho: está constituida por el estroma ovárico que se presenta sumamente fibroso y denso con núcleos fusiformes agrupándose en haces de direcciones caprichosas y las cuales engloban masas compactas o con el centro simulando imperfectamente una luz glanduloide de tejido epitelial con células fusiformes o poligonales, núcleos finamente granulosos y protoplasma muchas veces vacuolado y muy finamente grumoso: algunas veces la vacuolización es total y el núcleo se encuentra rechazado hacia la periferia.

Endometrio: se observan células epiteliales malignas separadas por finos cordones conjuntivos que se disponen en cavidades glanduloides; las células malignas son cuboidales o cilíndricas de núcleos cromatófilos y ligeramente desiguales, la actividad mitósica es media. El infiltrado invade la pared uterina pero no totalmente.

Interpretación

1º Tumor de BRENNER. Carcinoma difuso del endometrio. BRODERS III Estroma vascular.

2º Quiste seroso del ovario derecho.

Reporte operatorio

Bajo anestesia general con pentotal cicloéter se procedió a abrir la cavidad abdominal por medio de una incisión media supra e infra umbilical. Se encontró al aplicar el separador de O'SULLIVAN O'CONNOR, una tumoración de aspecto quístico aproximadamente de 25 cm de diámetro con una zona oval amarillenta de alrededor de 10 cm de longitud y colocada a nivel del pedículo ovárico, el cuerpo uterino se encontraba aumentado aproximadamente 100% su tamaño normal, de aspecto y superficies lisas, consistencia blanda, móvil, el anexo izquierdo era atrófico. Se practicó panhisterectomía, con extirpación de ambos anexos y parametros lo más amplio posible, pero sin llegar a constituir una verdadera operación de Werthein.

Se fijaron los ligamentos útero-sacros y redondos a los pedículos vaginales. Se peritonizó por encima de ellos, no se dejó canalización y se cerró la cavidad por planos. Postoperatorio normal. Al cuarto día la enferma abandonó el hospital. No aceptó radioterapia posterior. Ahora, después de 14 meses de operada ha mejorado notablemente en su aspecto general y no presenta ninguna manifestación de propagación cancerosa.

História clínica de la Sra. MAGDALENA PEÑA DE ANDRADE.

Fecha. Julio 21 de 1952. Casada. 65 años.

Quehaceres domésticos.

Interrogatorio resumido

La enferma refiere que de dos meses a la fecha nota una pequeña tumoración en la fosa iliaca derecha.

Dice tener hipertensión arterial, ocasionalmente molestias vesiculares, el interrogatorio por aparatos y sistemas así como antecedentes sin importancia.

Exploración general

Enferma emaciada, representa mayor edad que la que tiene, de movimientos ágiles para su edad, dentadura postiza, abdomen depresible, punto vesicular sensible, tumoración multilobular de aspecto quístico en la fosa iliaca derecha.

Exploración ginecológica

Monte de Venus atrófico, pelo genital atrófico. Periné íntegro atónico, vagina con ligero cistosele, tubular poco atrófica, amplitud relativa de los fondos de saco.

Cuello uterino atrófico. Útero chico. Tumoración del ovario derecho de 15 por 15 cm multilobulado de consistencia variable un poco enclavado en la pelvis.

Exámenes paraclínicos

Parasitoscópico de excremento. *Laemblia*, *Necator americanus*, *amiba histolytica*.

Examen general de orina: trasas de albúmina y escasos hematíes. Biometría hemática.

Hematíes 3.470,000, hemoglobina 62%, valor globular 0.9.

Leucocitos 8,400. Eosinófilos

Operación: julio 23 de 1952.

Cuidados preoperatorios: trasfusión de 500 cm cúbicos de sangre.

Operación practicada: extirpación de tumor poliquístico del ovario derecho de 15 por 20 cm. Útero atrófico.

Hallazgo quirúrgico: quistes del ovario derecho con zonas blandas y duras. Útero atrófico.

Anestesia: pentotal sódico.

Posoperatorio inmediato: bueno.

Aspecto de la cicatriz: bueno.

Pronóstico y observaciones: buenas.

Estudio histológico.

Examen: anatomico-patológico.

Nombre: MAGDALENA PEÑA

Especimen: tumor de ovario.

Sumario clínico

“Se envía tumor ovárico del lado derecho, trompa quística y ovario del mismo lado para su estudio anatomico-patológico: datos clínicos: crecimiento rápido, dos meses tumoración móvil en hipogastrio y fossa iliaca derecha, dolorosa. Diagnóstico operatorio: hidrosalpinx y tumor ovárico del lado derecho.”

Caracteres macro-microscópicos

Recibimos para su estudio una tumoración ligeramente ovalada, multilobulada, de 13 cm de diámetro mayor, poliquística, cada quiste tiene sus paredes muy delgadas y llenas de un líquido transparente, fluido o bien espeso de color amarillo y con grumos: hay una placa amarillenta gruesa y compacta de unos 4 cm de superficie por un cm de espesor.

Histológicamente las paredes quísticas tienen revestimiento epitelial mono o poliestratificado de células teca;

en la placa mencionada se observan haces conjuntivos gruesos que engloban a las células en acumulaciones macizas por la presión concéntrica ejercida sobre los quistes foliculares, lo que hace que una pared se junte con la otra y resulten estas masas macizas.

Interpretación

- 1º. Ovaritis serosa poliquística y tumor de BRENNER.
- 2º. No se observaron lesiones cancerosas

RESUMEN

- 1º. Existen dos clases de tumores de BRENNER.
- 2º. Sólidos y quísticos.
- 3º. Origen embrionario probable en los nidos epiteliales de WALTHARD.
- 4º. No son de tipo funcional.
- 5º. Excepcionalmente son malignos.
- 6º. Tiempo de presentación después de la menopausia.
- 7º. Se presentan dos casos de “tumores de BRENNER”.
- 8º. Unilateral casi siempre
- 9º. Pueden presentarse también en los ligamentos anchos y trompa uterina.



CONSEJO MEXICANO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA, A.C.

Nueva York 38, col. Nápoles, 03810, México, DF

Tel./fax: 5682-0156 / 5682-3895 / 5669-3743

consejog@prodigy.net.mx

www.consejogine.org.mx

CONVOCATORIA EXAMEN DE CERTIFICACIÓN PARA ESPECIALISTAS EN BIOLOGÍA DE LA REPRODUCCIÓN HUMANA, MEDICINA MATERNO FETAL Y UROLOGÍA GINECOLÓGICA

SEDE ÚNICA: MÉXICO, DF

EXAMEN ESCRITO*
MAYO

EXAMEN ORAL*
NOVIEMBRE

REQUISITOS EXAMEN ESCRITO:

1. Llenar la solicitud del Consejo
2. Fotocopia de los siguientes documentos (tamaño carta, legibles y sin manchas; los que tienen anverso y reverso, como los títulos y cédulas, en hojas separadas):
 - Constancia de Certificación en la especialidad de Ginecología y Obstetricia vigente.
 - Constancia de especialista de la institución donde realizó la especialidad y diploma de especialista de la institución de educación superior que avaló el curso. Si está cursando el segundo año de la residencia, constancias respectivas expedidas por la sede hospitalaria y por la institución de educación superior que avala el curso.
- Deberá presentarse el documento.
3. Una fotografía reciente tamaño infantil a color.
4. **Comprobante original** del depósito en efectivo en la cuenta maestra núm. 0443110648 de BBVA Bancomer a nombre del Consejo Mexicano de Ginecología y Obstetricia, A.C. por la cantidad de \$2,500.00.

REQUISITOS EXAMEN ORAL:

1. Llenar la solicitud del Consejo
2. Fotocopia de los siguientes documentos (tamaño carta, legibles y sin manchas; los que tienen anverso y reverso, como los títulos y cédulas, en hojas separadas):
 - Constancia de aprobación del Examen Escrito del Consejo (3 años de vigencia).
 - Constancia de especialista de la institución donde realizó la especialidad y diploma de especialista de la institución de educación superior que avaló el curso.
- Deberá presentarse el documento original el día del examen.
3. Una fotografía reciente tamaño infantil a color.
4. Una fotografía reciente tamaño diploma en blanco y negro sin retoque (vestimenta formal).
5. **Comprobante original** del depósito en efectivo en la cuenta maestra núm. 0443110648 de BBVA Bancomer a nombre del Consejo Mexicano de Ginecología y Obstetricia, A.C. por la cantidad de \$3,000.00.

◀ NO SE RECIBIRÁ DOCUMENTACIÓN INCOMPLETA SIN EXCEPCIÓN ALGUNA ▶

* De acuerdo con el orden progresivo de inscripción.

**INSCRIPCIONES ABIERTAS TODO EL AÑO
LUNES A VIERNES DE 9:00 A 17:00 HORAS**

Dr. Luis Carlos Uribe Ramírez
Presidente

Dr. Alberto Kably Ambe
Director de exámenes

Dr. Carlos Quesnel García Benítez
Secretario

Dr. Juan Carlos Hinojosa Cruz
Coordinador Biología de la
Reproducción Humana

Dr. José Niz Ramos
Coordinador Medicina Materno Fetal

Dr. Pablo Gutiérrez Escoto
Dr. Coordinador Urología Ginecológica