

## NOTAS CLÍNICAS

### INJERTO AUTOPLÁSTICO DE OVARIO DE DIECISEIS AÑOS DE EVOLUCIÓN (\*)

A. MORERA BRAVO.

De Santa Cruz de la Palma.

Instituto de Fisiología y Patología Regionales de Tenerife.  
Director: T. CERVÍA.

Hospital Insular Central. Santa Cruz de Tenerife.

Historia clínica núm. 7.018, de 18 de junio de 1957.  
P. P. P., de treinta y siete años, casada, de Breña Alta.

Hace unos nueve años que empezó a notar un bulbo en el bajo vientre, que le crecía y le producía un dolor muy fuerte, pero de muy corta duración, de aparición

Exploración.—Aparte de la presencia de una tumoreación en el bajo vientre, situada parietalmente, no se encuentra nada de particular. La punción de la tumoreación no provoca la salida del líquido.

Intervención.—Incisión en línea media para llegar a la tumoreación, que resultó ser el ovario injertado, enormemente aumentado de tamaño. Se reseca todo él y se cierra en un plano.

Postoperatorio.—A los seis días se palpa un colección líquida que se drena y que, al analizarla, se demuestra la existencia de un contenido serohemático. Se resuelve fácilmente. Retirados los puntos, y por voluntad de la enferma, se le da de alta para que continúe el tratamiento en su casa.

Diagnóstico quirúrgico.—Hipertrofia de ovario, injertado anteriormente, sobre la vaina del recto anterior derecho, en tejido adiposo abdominal (figs. 1 y 2).

Diagnóstico histopatológico (doctor ALBELA).—Tejido conjuntivo vascular con zonas de estroma ovárico. En



Fig. 1.



Fig. 2.

irregular, pues lo mismo se le presentaba cada cuatro o cinco días que cada tres o cuatro meses. Convencida de la existencia de un cáncer, solicita del cirujano la intervención.

A. G. U.—Menarquia a los catorce años, tipo 8/29-30, sin flujo. Casada hace dieciséis años, no ha tenido hijos.

Resto de aparatos sin interés.

A. P.—Hace unos dieciséis años notaba dolor durante el primero y segundo días del menstruo. No tuvo menorrhagias, pero fué operada y se le encontró un fibroma. Se le practicó una histerectomía subtotal con injerto autoplástico supraponeurótico de un ovario sobre la inserción del recto derecho. El postoperatorio fué normal y durante todo este tiempo no ha notado ni vapores ni sudores, ni ninguna otra molestia.

A. F.—El padre, vive; fué operado de próstata hace unos trece años y desde hace unos años padece de diabetes. Madre, muerta del corazón. Once hermanos, todos saludables.

(\*) Comunicación a la III Reunión Hispano-Lusa de Endocrinología. Valladolid, octubre 1957.

estas zonas no se ven mitosis ni alteraciones de tipo neoplásico. No hay nada más que estroma y vasos. Algunas luces pequeñas parecen haber correspondido a folículos primarios. No hay restos funcionales (cuerpos candicanos, albos o fibrosos) ni se han encontrado ningún nido de células intersticiales. Algunos vasos de mayor diámetro parecen proceder del tejido implantado y están degenerados (fig. 3).

Tratamiento.—Resección.

3 de agosto de 1957.—Después de un mes de la operación la enferma dice que no se le han presentado vapores ni sudores, pero que, sin embargo, ha notado que tiene la cabeza como "ida", que está mucho más nerviosa, tiene temblores, pitos y "grillos" en los oídos y palpitations. Ha aumentado de peso (4 kilos).

Exploración.—Buena coloración de piel y mucosas con signo de Marañón fuertemente positivo. No exoftalmos, ligera tumoreación tiroidea difusa, virilización ligera, manos sudosas y calientes con temblor fino y de cortas oscilaciones. Noventa y dos pulsaciones mínimas. Máxima, 14; mínima, 9,5.

## COMENTARIO.

Presentamos el caso de una mujer (fig. 4) de treinta y siete años, a quien le fué practicada una histerectomía subtotal cuando contaba veintiún años, por fibromatosis uterina. La amplitud de la resección obligó a la extirpación de los ovarios, previa sección de una tercera parte de uno de ellos, que se injertó supraaponeuróticamente en la región pubiana derecha. Transcurri-

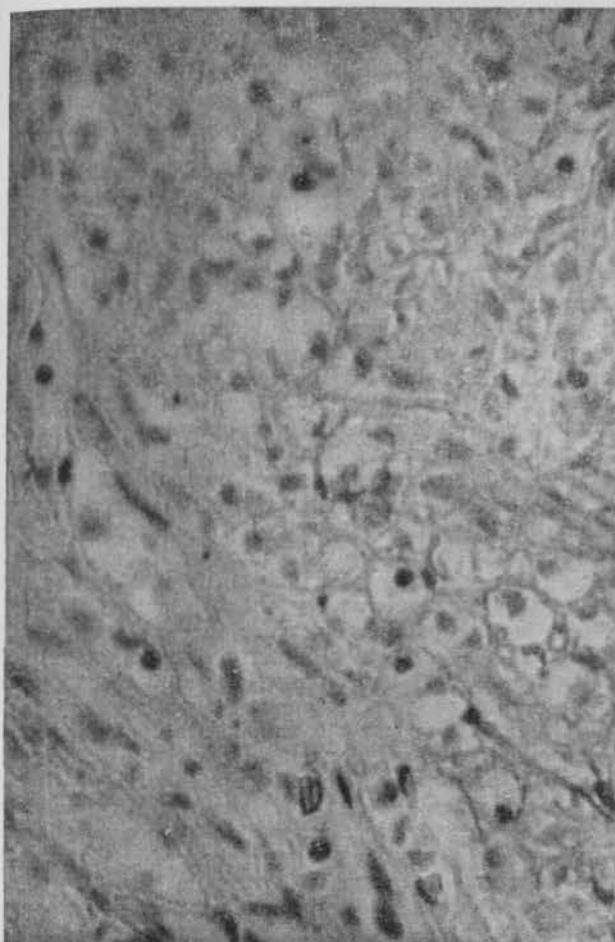


Fig. 3.

dos dieciséis años, el aumento rápido del tumor, que no daba líquido a la punción, hizo temer a la enferma la existencia de un cáncer. Le fué practicada la intervención, que obtuvo la pieza cuya fotografía publicamos (fig. 3). No ha tenido fenómenos de castración en el tiempo que su injerto se mantuvo funcionando. El muñón cervical uterino existente no contenía mucosa suficiente para dar lugar a menstruaciones, que no vió la enferma en su postoperatorio de dieciséis años.

La sinergia funcional entre útero y ovario fué mantenida—si es indispensable para que adquiriera el tamaño que mostramos prácticamente—en ausencia de mucosa uterina.

El estruma, que crecía constantemente, fué secretor; buena prueba resultó la observación postoperatoria. En la actualidad se ha presentado una crisis hipertiroides que ahora tratamos.

El ovario aumentó de volumen y no hizo con degeneración quística (TAKAKUSE, WARTRIN y BARBANT). Creció parenquimatosamente y con escasos elementos intersticiales. Este aumento de tamaño se nos aparece compensador, y el mismo sentido tiene para nosotros el crecimiento de los bociostrumos, tan abundantes en



Fig. 4.

esta isla. La falta de poder secretante de un volumen glandular es compensada con la multiplicación del tamaño del parénquima.

La glándula injertada había quedado libre de conexiones vasculares regulares y de vinculaciones nerviosas; no obstante, destaca la sensibilidad adquirida, seguramente a través del sistema neuronal perivasculares de la invasión circulatoria neoformativa. Ella se quejaba de molestias locales y las percibía como pinchazos y dolores, pese a que la zona de proximidad a la vaina rectal contenía tejido laxo que formaba una almohadilla, limitando, bien claramente, la independencia del injerto, envuelto en todas sus restantes partes por celuloadiposo. Así fué permitida la enucleación fácil, sin más relación de continuidad macroscópica que los vasos.