

TUMORES DE OVARIO EN NIÑAS

* Dr. Elbi Morla Báez
** Dr. Fernando Díaz Espinal.

INTRODUCCION:

Los ovarios de las niñas no presentan la actividad que caracteriza a los ovarios de la mujer adulta. Sin embargo, con relativa frecuencia son afectados por neoplasias benignas o malignas con diversas expresiones clínicas, las cuales nos proponemos revisar en este trabajo. Somos los Pediatras quienes detectamos y manejamos estas patologías, utilizando la interconsulta del Cirujano Pediátrico Ginecológico o Endócrina cuando el caso así lo amerite.

Presentaremos 25 casos de tumores de ovario operados durante los últimos 10 años 1967-1976, en el Hospital de Niños de Santo Domingo "Dr. Robert Reid Cabral".

MATERIAL Y METODOS:

Revisamos el historial clínico de todos los casos operados por tumores de ovario, 25 casos en total. Evaluamos los siguientes parámetros: edad, signos y síntomas, evolución de la enfermedad, hallazgos anatomopatológicos, tratamiento empleado.

RESULTADOS:

Las edades de las pacientes afectadas oscilaron desde los 2 hasta los 14 años. Con una frecuencia más elevada entre el 2do. y 8vo. año de la vida, con 15 casos = 60 o/o. Véase cuadro No.1.

Los signos y síntomas que predominaron en nuestras pacientes al momento de ingreso al hospital fueron: la presencia de una masa en abdomen en el 84 o/o de los casos, y dolor abdominal en el 80 o/o.

Signos y síntomas inespecíficos y que corresponden más bien a compresión causada por el tumor, pueden verse en el Cuadro No.2 La masa en abdomen: Suele ser de diferentes tamaños, pero generalmente ya ha sido detectada por los familiares antes del ingreso. La masa abdominal parece que no crea problemas de importancia a la paciente pues en algunas ocasiones, la evolución de la misma data de más de 1 año. Es el crecimiento progresivo de dicha

masa, lo que determina generalmente la consulta al Médico Pediatra. En ocasiones la masa tumoral llegó a pesar 8-1/2 libras. Se describe localizada en mitad inferior del abdomen, bien delimitada, a veces móvil, y en ocasiones lateralizada hacia el ovario afectado.

El dolor abdominal: Se describe generalmente como de

Cuadro No.1 Edad en las niñas con tumores de ovario.

EDAD (AÑOS).....	No. DE CASOS
0-2.....	1
2-4.....	5
4-6.....	5
6-8.....	4
8-10.....	0
10-12.....	5
12-14.....	4
14-16.....	1
TOTAL.....	25

Cuadro No.2. Signos y síntomas de las niñas con tumores de ovario al ingresar en el hospital.

Signos y Síntomas.....	No. DE CASOS
Masa Abdominal.....	21
Dolor Abdominal.....	20
Fiebres.....	5
Vómitos.....	4
Disuria.....	3
Constipación.....	3
Edema de Miembros Inferiores.....	2
Perdida de Peso.....	2
Anorexia.....	1
Signos de Pubertad Precoz.....	1
Metrorragia.....	1

* Médico Residente de 2do. Año del Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral".

** Médico Ayudante del Servicio de Cirugía del Hospital Infantil "Dr. Robert Reid Cabral".

Cuadro No.3 Niñas con Tumores de Ovario y Sintomatología de Larga Evolución.

TIEMPO DE EVOLUCION (MESES).....	No. DE CASOS
0-2.....	7
2-4.....	9
4-6.....	1
6-8.....	1
8-10.....	0
10-12.....	1
1 Año.....	3
TOTAL.....	22

una intensidad muy leve o más bien como una ligera molestia, aunque a veces puede ser de una instalación aguda acompañada de intensidad elevada.

Nuestras pacientes en estudio van a ser divididas en dos grupos, según la instalación de la sintomatología:

- Sintomatología de Instalación Aguda..... 3
- Sintomatología de Larga Evolución.....22

Una sinopsis de nuestras pacientes con sintomatología de instalación aguda es la siguiente:

Fem. 12 años de edad que ingresa por fiebres, vómitos, náuseas, dolor localizado en fosa ilíaca derecha. Leucocitosis con neutrofilia. El cuadro clínico de 24 horas de evolución. Se ingresa y se lleva a cirugía con diagnóstico de apendicitis aguda encontrándose y confirmado por patología quiste luteínico hemorrágico roto de ovario derecho. Se hizo resección en cuña de ovario y se practicó apendiceptomía profiláctica la cual demostró apéndice normal en el estudio histológico.

Cuando la sintomatología es de inicio agudo y relacionada al ovario derecho, puede dar un cuadro clínico que se nos confunda con una apendicitis aguda, según pudo verse en el caso antes descrito. En otros 3 pacientes se practicó apendiceptomía en centros médicos privados durante el período de evolución de su enfermedad. Al persistir la sintomatología, ya que su patología no era apendicular, llegaron a nuestro hospital encontrándose la patología ovárica.

El diagnóstico histológico más frecuente fue el de Teratoma de ovario en 12 casos = 48 o/o y quiste dermoide en 5 casos = 20 o/o. Los demás tumores encontrados fueron:

DIAGNOSTICO HISTOLOGICO	CASOS
Teratoma.....	12
Quiste Dermoide.....	5
Quistes Foliculares.....	2
Quiste Luteínico Hemorrágico.....	1
Quiste Necrótico y Hemorrágico.....	1

Tumor de Células Granulosa.....	1
Ovarios Escleroquísticos.....	1
Cistadenoma Mucoso.....	1
Disgerminoma.....	1
TOTAL.....	25

De estos tumores tan solo 3 se reportaron como malignos:

- Tumores Benignos..... 22 casos = 88 o/o
- Tumores Malignos..... 3 casos = 12 o/o

Los tumores malignos fueron:
Teratoma indiferenciado maligno.

Disgerminoma de ovario
Tumor de Células granulosas.

El ovario derecho fue afectado con más frecuencia que el izquierdo:

- Ovario Derecho..... 17
- Ovario Izquierdo..... 7
- Ambos Ovarios..... 1

El tratamiento realizado fue quirúrgico: Extirpación del tumor, salpingooforectomía, resección en cuña de ovario, apendiceptomía profiláctica, radioterapia, inmunosupresores, etc., según el tumor encontrado.

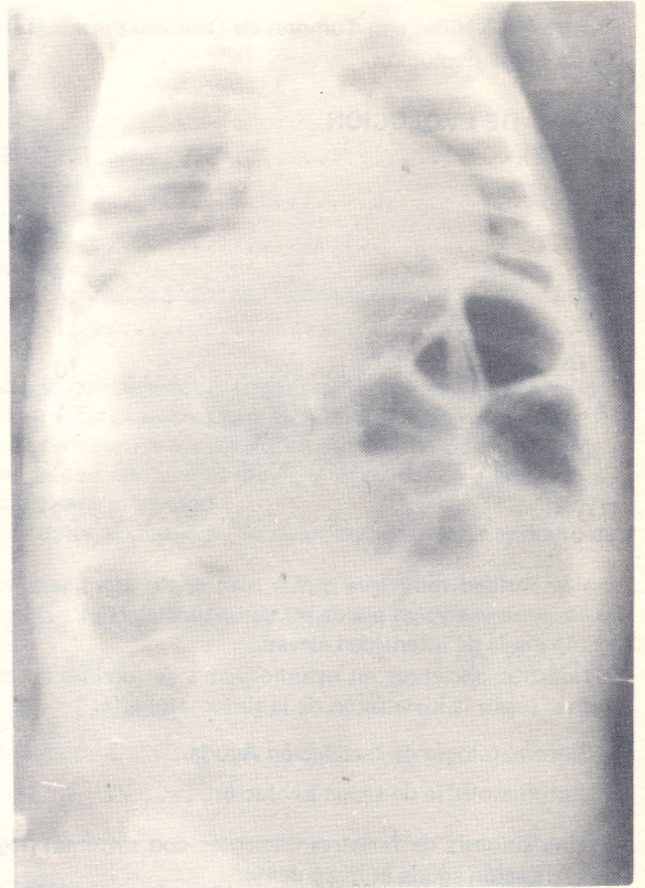
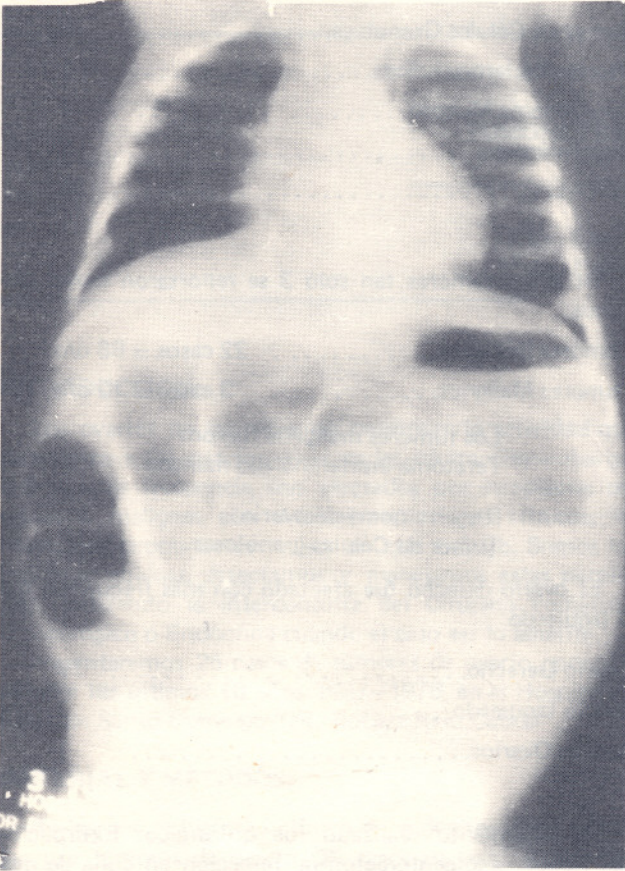
COMENTARIOS:

La evolución lenta y generalmente acompañada de poca sintomatología retardó la consulta médica y el diagnóstico más temprano en la mayoría de nuestras pacientes. En aquellos casos donde la sintomatología fue de instalación aguda, las pacientes fueron ingresadas y operadas por posible apendicitis aguda, no pensándose en la existencia de patologías ováricas que también pueden dar un cuadro abdominal agudo, como ocurrió en los 3 casos descritos.

Solo presentamos en este trabajo los tumores ováricos encontrados en 25 niñas operadas, pero es probable que algunas de las neoplasias de ovario encontradas por nosotros, se presenten con frecuencia más elevada si también se incluyeran los resultados de necropsias realizadas en niñas.

En la serie de 19 tumores ováricos reportados por GHAZALI, 12 de estos resultaron ser dermoides afectando principalmente al ovario izquierdo. En la muestra de 25 casos predominó el teratoma y el ovario derecho es el más afectado.

Tres de nuestros casos (12 o/o) resultaron ser malignos: teratoma maligno, disgerminoma, tumor de células granulosas. NORDIS en su serie de 353 pacientes con tumores de ovario por debajo de 20 años de edad, encontró que los tumores de células germinales representaban el 58 o/o,



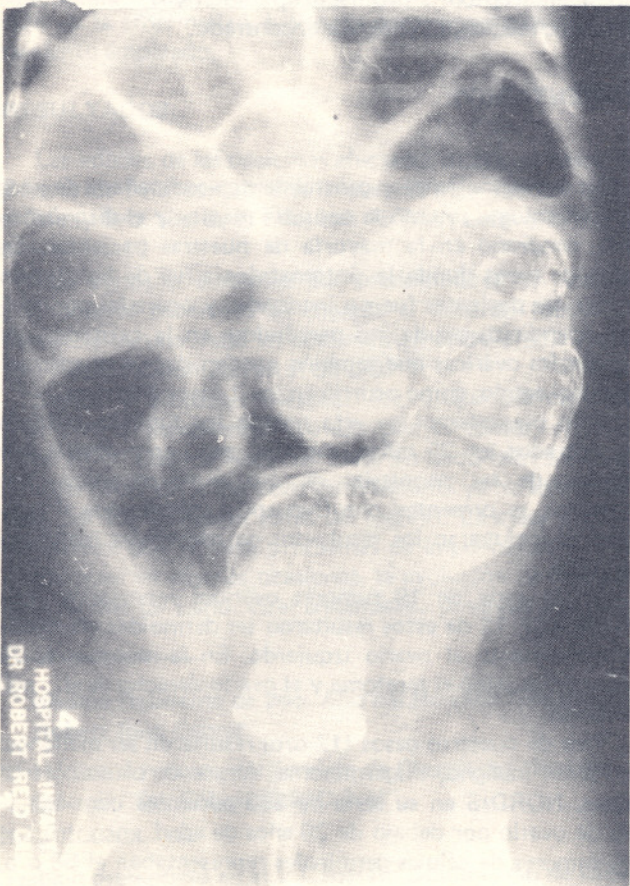
Radiografías simples de abdomen de pacientes con tumores de ovario.

y que la tendencia de estos a malignizarse—teratoma, carcinoma embrionario o disgerminoma es mayor en estas edades que en mujeres adultas.

Las madres de nuestras pacientes con tumores de ovario no refieren haber ingerido medicamentos durante el embarazo. HENDERSON investigó la correlación entre la ingestión de Stilbestrol durante el embarazo en 41 pacientes adolescentes y adultos jóvenes con tumores malignos de ovarios, testículos, próstata, vulva, ligamentos, no encontrando relación alguna. La asociación de la ingestión de Stilbestrol durante el embarazo y adenocarcinoma vaginal ha sido establecida.

Uno de nuestro casos revisados presentó pubertad precoz. No pudiendo establecerse correlación clínica patológica, pues el tumor reportado fue un cistadenoma, tumor ovárico no funcional. Otros tumores reconocidos como funcionales endócrinos como el de células granulosas no se acompañó de alteración endócrina en nuestras pacientes.

Los estudios auxiliares como las radiografías, a veces nos ayudan a localizar la patología y nos dan información sobre su probable constitución. La radiografía simple puede mostrar opacidad en el área de localización del tumor, y en ocasiones calcificaciones como en los teratomas. La uro-



grafía y cistografía nos pueden mostrar la presencia de una masa externa al árbol urinario, que hace presión sobre sus estructuras.

CUNCLUSIONES

Estudiamos los casos operados de tumores de ovario en la década 1967—1976, 25 en total, en el Hospital de Niños de Santo Domingo "Dr. Robert Reid Cabral", encontrando que estas patologías se presentan principalmente entre el 2do. y 8vo. año de la vida.

Con una evolución muy lenta de la enfermedad, predominando en el cuadro clínico la presencia de una masa en abdomen que va creciendo lenta y progresivamente, acompañándose de muy poca sintomatología, la cual cuando aparece se debe a compresión realizada por la masa tumoral sobre las estructuras vecinas. En tan solo 3 de nuestros casos la sintomatología tuvo una instalación aguda, confundándose el cuadro con el de una apendicitis aguda.

El teratoma fue el tumor más frecuentemente encontrado (48 o/o de los casos). El ovario derecho fue asiento del mayor número de tumores (68 o/o). Tan sólo 3 de

nuestras pacientes presentaron tumores malignos.

Nuestros pacientes no presentaron alteraciones endócrinas importantes relacionadas a su sintomatología.

BIBLIOGRAFIA

- 1.— Ghazali S.: Ovarian Tumor in Childhood. Ztschr. Kinderchird 11:316—325 June, 1972. Year Book of Pediatrics 1974.
- 2.— Nordis H. S. Jensen R.D. Ovarian Tumors. Cancer 30:713. 1972.
- 3.— Henderson B. E. Silbestrol and Cancer in varios urogenital tract sites. New England Journal Medicine 288—354, 1973.
- 4.— Kitsner R. W. Ginecology Principles and Practice First Edition 1968. Year Book Medical Publishers. Chicago, U. S. A.
- 5.— Robbins Stanley L.: Tratado de Patología. 3ra. Edición 1968. Ed. Interamericana. México.
- 6.— Barnett, Henry L.: Pediatric. 15th. Edition, 1972. Appleton C. Croff. New York, U. S. A.