

DOLOR ABDOMINAL RECIDIVANTE CRONICO POR UN DISGERMINOMA DE OVARIO EN UNA NIÑA DE 9 AÑOS

* Dr. Antonio Raposo P.
* Dr. Juan Ramírez T.
* Dra. Rosa Puello
* Dra. Rosaida Fañas

Pediatra
Pediatra
Obstetra
Médico General

INTRODUCCION

Los quistes o tumores sólidos de ovario no son comunes en niñas; cuando existen, con frecuencia son causa de abdomen agudo por torsión de su pedículo; se considera que el 25% de los tumores benignos de ovario presentan torsión. Más raramente pueden presentarse como un cuadro de dolor abdominal crónico.

Nosotros reportamos un caso de un disgerminoma de ovario cuya primera manifestación fue de dolor abdominal crónico, al cual de inicio se le atribuyó un origen psicógeno.

Con él queremos enfatizar la necesidad de un seguimiento adecuado en pacientes pediátricos con este cuadro, ya que un porcentaje significativo de ellos puede tener un origen orgánico, y con frecuencia se debe a enfermedades poco frecuentes y de diagnóstico difícil.

REPORTE DEL CASO

Récord 45883, clínica Chan Aquino.

Nombre: G.H.

Femenina de 9 años de edad; mestiza.

Desde hace un año presenta dolor abdominal, tipo cólico, periumbilical, que se acompaña de náuseas y vómitos que se presentan en cualquier momento y que a veces dura varios días, por este cuadro fue vista en varias ocasiones en consulta, la última vez 6 meses antes de su ingreso cuando le fue realizada una serie gastrointestinal con bario, hemograma, examen de orina, urocultivo y coprológico, reportándose todos los estudios normales. Esta vez se consideró que el dolor tenía un origen psicógeno, ya que había un ambiente familiar muy desfavorable, y se refirió al psicólogo.

Una semana antes de su ingreso se agrega a su cuadro de dolor abdominal, incontinencia urinaria.

Antecedentes personales: gastroenteritis a los 2 años; hepatitis viral a los 3 años; Salmonellosis a los 4 y a los 5 años parasitismo intestinal.

Antecedentes familiares: sin importancia.

Examen físico: F.C.: 88/min.; F.R.: 16/min. T.A.: 90/60 Mm de Hg. Peso: 60 1/2 libras (90 percentil); talla: 54 pulgadas (50 percentil).

A la inspección del abdomen se observa prominencia suprapúbica (figura 1). A la palpación masa en hipogastrio y fosa ilíaca izquierda, de superficie irregular, no dolorosa y fija de más de 10 cm. de diámetro.

(* De los servicios de pediatría y ginecobstétrica de la clínica Chan Aquino, Santo Domingo, D.N.

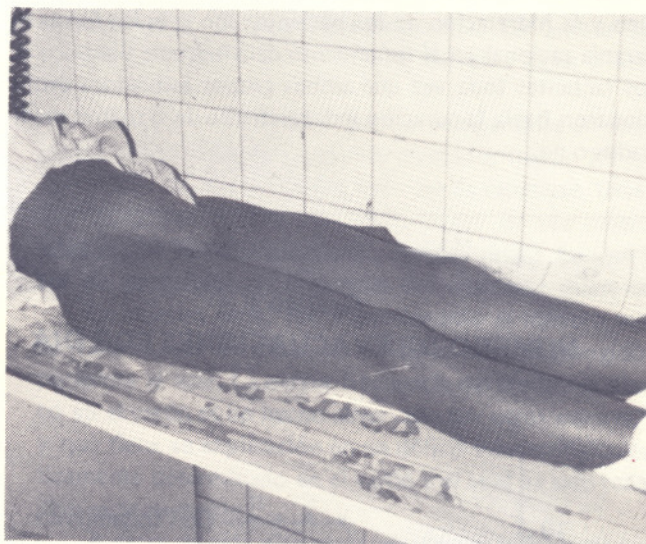


FIGURA No. 1

Al tacto rectal se papa masa anterior, con las mismas características, no unida a la pared rectal.

No hay desarrollo de caracteres sexuales secundarios (figura 2). Resto del examen físico negativo.

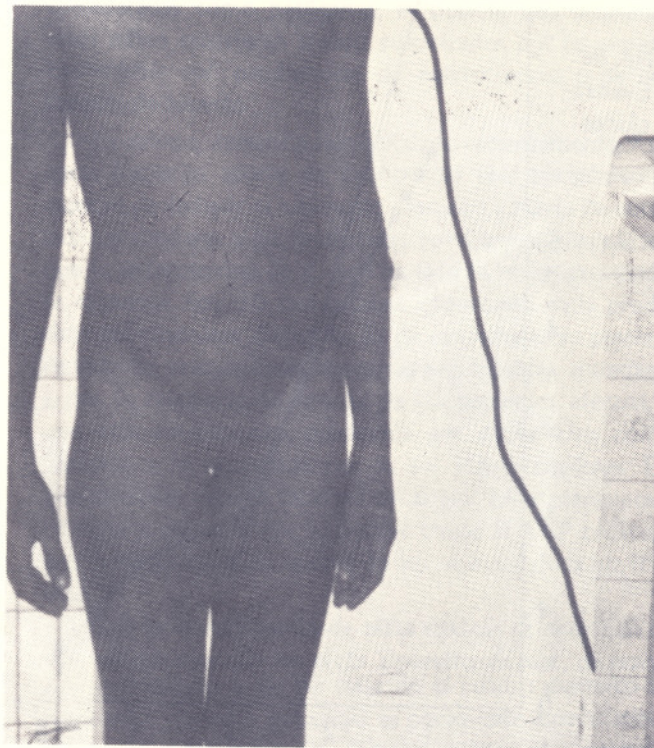


FIGURA No. 2

Estudios de laboratorio: G.R.: 4,100,000; Hb: 11.9 g.%; Ht: 38%; G.B.: 4,950; N: 54%; L: 26%; M: 2%; Eos: 4%. Ex. de orina: normal; Coprológico: negativo. Rx de tórax: normal. Rx simple de abdomen: opacidad en el hueco pélvico, no hay calcificación.

Urografía: Se aprecia buena excreción renal derecha, siendo la morfología normal. La excreción renal izquierda es retardada y existe hidronefrosis por compresión del uréter izquierdo por la masa pélvica.

Sonograma pélvico (figura 3). Se observa masa muy irregular que se extiende arriba de la vejiga, cubriendo los anexos midiendo alrededor de 11 centímetros de diámetro.

En el acto quirúrgico se encuentra tumoración multilobulada del ovario izquierdo (figura 4) que infiltra la pared del uréter izquierdo en su extremo distal; hay dilatación marcada del uréter en su porción proximal. La masa comprime pero no infiltra la vejiga. La trompa, ovario y ganglios paraórticos están aumentados de tamaño y adheridos entre sí. Ligamento ancho derecho de aspecto normal. Se practica SALPINGO—OFORECTOMIA IZQ.

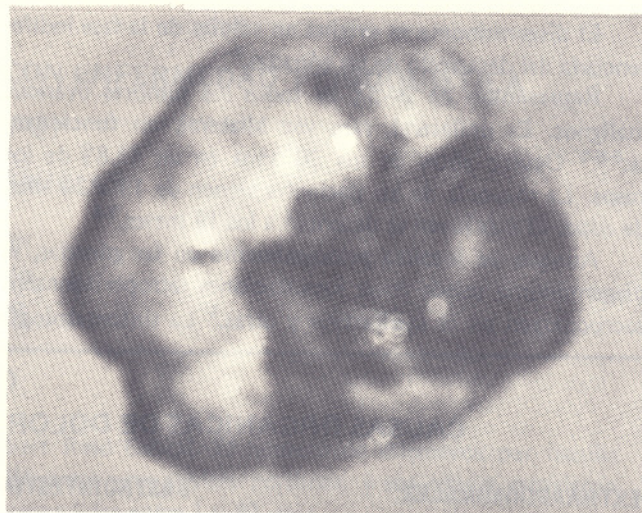


FIGURA No. 4

COMENTARIOS

Existe una gran cantidad de niños que son llevados al pediatra por dolor abdominal crónico. Aparece en un 10% de los niños en edad escolar. Otros reportan una incidencia de 9—15%.¹⁻²⁻³

El diagnóstico y tratamiento de cualquier caso individual es difícil. La causa más frecuente es la psicógena, debida a una reacción exagerada al Stress; pero hay que distinguirlos de los que tienen una causa orgánica.

Se reporta que del 5—8% la tienen; otros reportan que de un 4—20%.¹⁻³

La edad a la cual se inicia el dolor suele ser entre los 5 y 10 años con límites hasta los 3 y 14 años.

El dolor suele ser episódico, de duración breve y con períodos de buena salud. Puede ser una molestia continua con exacerbaciones episódicas, generalmente es espasmódico. A menudo es de localización periumbilical; mientras más alejado del ombligo está el dolor, más probable es que se encuentre una causa orgánica.

Es muy importante determinar síntomas asociados con el dolor como son: palidez, náuseas, dolor de cabeza, somnolencia después del episodio, ligera fiebre inexplicable, vómitos, diarrea, etc.

El padecimiento de dolor abdominal recidivante en niños menores de 5 años o más de 13 debe ser examinado con gran cuidado, pues es más probable que sea por una causa orgánica y no psicógena.¹

La causa más frecuente de tipo orgánica es de origen genitourinario; otras causas son: enfermedad péptica, estreñimiento, enf. inflamatoria intestinal crónica, divertículo de Meckel y vólvulo intermitente asociado con malrotación.

Causa menos probables son la linfadenitis mesentérica o la hiperplasia ganglionar linfoidea.

También son causas de dolor recidivante crónico la teniasis, ascariasis, giardiasis, envenenamiento crónico por plomo y la pancreatitis fibrosante crónica.³

Una muestra de la gran variedad de causas del dolor abdominal recidivante crónico es el caso de esta niña cuyo cuadro se debió a un disgerminoma del ovario.

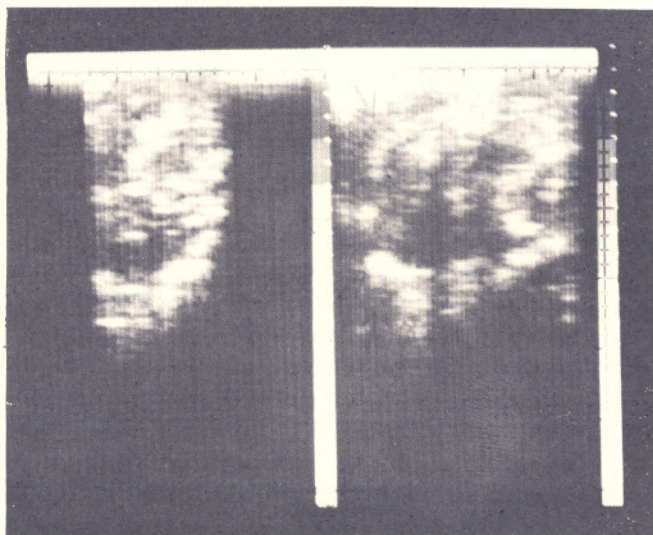


FIGURA No. 3

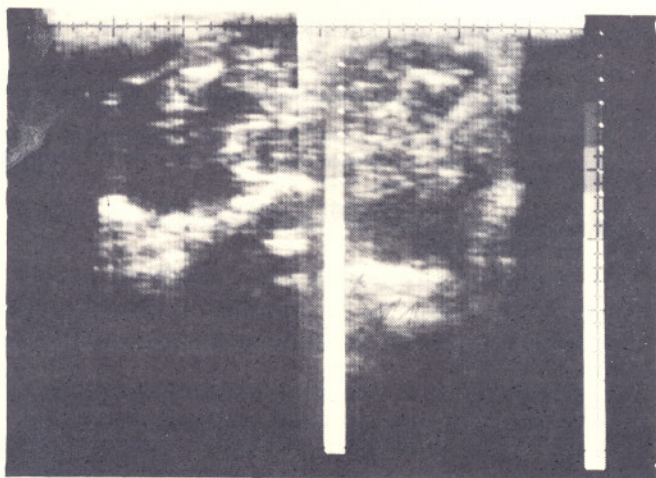


FIGURA No. 3-A

Reporte del patólogo: Disgerminoma del ovario izquierdo con invasión del mesosalpinx.

La evolución post—quirúrgica fue satisfactoria y actualmente la paciente recibe radioterapia.

El disgerminoma se origina en células de la fase indiferenciada del desarrollo de las gónadas.⁴

Representan de 2-5% de todos los tumores ováricos malignos. Es unilateral, rara vez bilateral, no funcionante.⁵⁻⁶⁻⁷ Ocurre antes de los 20 años en un 43.8% de los casos. La mayoría de los pacientes tienen de 15 a 24 años de edad. El más joven se describió a los 19 meses.⁷⁻⁸

Aunque se localiza principalmente en las gónadas, el disgerminoma puede tener localizaciones retroperitoneales, sacrocóxigen en el mediastino y otras.⁶ La sintomatología

se produce cuando es muy grande, provocando sensación de pesadez o dolor sordo en el lado afectado.⁹⁻¹⁰ Hay tres factores importantes a considerar en esta neoplasia que van a ser determinantes en el tratamiento: a) Son altamente sensibles a la radioterapia. b) Alta frecuencia de metástasis a ganglios preaórticos, por lo que generalmente se le va a encontrar en estadios avanzados. c) Alta incidencia de recurrencia con cirugía conservadora.⁷⁻¹¹

El tratamiento es: quirúrgico combinado o no con radioterapia.⁷

Cuadro I CAUSAS ORGANICAS DE DOLOR ABDOMINAL RECIDIVANTE EN NIÑOS

EXTRAABDOMINALES	GASTROINTESTINALES	INTRAABDOMINALES	OTRAS
Envenenamiento por plomo porfiria, epilepsia, diabetes, asma, fiebre reumática, anemia drepanocítica, púrpura de Henoch Schonlein.	Mal rotación, duplicación, estenosis congénita, enf. péptica, hernia hiatal o inguinal, tumores, cuerpos extraños, vólvulo, invaginación, deglución excesiva de aire, enf. de Crohn, colitis ulcerosa, adherencias, enf. de Hirschsprung, enf. celíaca, hiperplasia nodular linfoidea. Hipersecreción de jugo gástrico, alergia a los alimentos.	Pielonefritis Hidronefrosis Obstrucción del cuello de la vejiga Cálculos.	Hepatomegalia Esplenomegalia Colecistitis Colelitiasis Pancreatitis crónica.

(Extraído de Silverman A., Roy C., Cozzetto F. *Gastroenterología Pediátrica*. Salvat Editores, 1974.)

BIBLIOGRAFIA

- (1) Silverman A.; Roy C. Cozzetto, F.: *Gastroenterología Pediátrica*. Salvat Editores, 1974.
- (2) Liebman, W.M.: "Serum group I pepsinogens in children with recurrent abdominal pain". *Clinical Pediatrics*, 20:324; 1981.
- (3) Liebman, W.M.: Recurrent abdominal pain in children: a retrospective survey. *Clinical Pediatrics*, 17:149; 1978.
- (4) Ghazali S.: Ovarian tumors in childhood years book of pediatrics; 1981.
- (5) Morla E., Díaz F.: Tumores de ovario en niñas. *Acta Médica Dominicana*, 1:259; 1979.
- (6) Brodeur M.G. et Al.: Malignant germ cell tumors in 57 children and adolescents. *Cancer* 48:1892, 1981.
- (7) Piver, M.S.: Management of children with unilateral ovarian malignancies. *Pediatrics Annals*, 10:193, 1981.
- (8) Eln S.H.: Cystic and solid ovarian tumors in children a 44 year review. *J. Ped., Surgery*; 5:148; 1970.
- (9) Novak E.: *Tratado de Ginecología*. Editorial Interamericana, 9na. edición; 1977.
- (10) Jones H., Heller R.: *Ginecología pediátrica y de la adolescencia*. Editorial Montalvo, 1970.
- (11) Robbins S.: *Tratado de Patología*. Editorial Interamericana, 3ra. edición, 1968.