



Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia

ISSN: 2304-5124

spog@terra.com.pe

Sociedad Peruana de Obstetricia y
Ginecología
Perú

Urbina, Claudia; Sandoval, Íther
TUMORACIÓN ANEXIAL EN ADOLESCENTES

Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia, vol. 51, núm. 1, enero-marzo, 2005, pp. 15-18

Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología
San Isidro, Perú

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=323428175003>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

TUMORACIÓN ANEXIAL EN ADOLESCENTES

Claudia Urbina, Íther Sandoval

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar las características de las tumoraciones anexiales en mujeres adolescentes. **DISEÑO:** Estudio retrospectivo y descriptivo. **MATERIAL Y MÉTODOS:** Se revisó las historias clínicas y los reportes de anatomía patológica de 27 adolescentes de 10 a 19 años de edad hospitalizadas en el Servicio de Ginecología del Hospital Edgardo Rebagliati Martins, EsSalud, entre julio de 1995 y julio 2001. **RESULTADOS:** Los hallazgos más frecuentes fueron cistoadenoma seroso (40,7%), quiste dermoide (11,1%), cuerpo lúteo (11,1%), disgerminoma (7,4%), cistoadenoma mucinoso (3,7%). **CONCLUSIONES:** La patología tumoral ovárica benigna (23 casos, 85%) es más frecuente que la maligna (4 casos, 15%) en adolescentes. La presentación de la patología tumoral ovárica de la adolescente de nuestro medio es similar a lo publicado en el Perú y en el extranjero.

PALABRA CLAVE: Adolescente, Tumor ovárico, Anatomía patológica.

Rev Per Ginecol Obstet 2005; 51:15-18

SUMMARY

OBJECTIVE: To determine ovarian tumor characteristics in adolescents. **DESIGN:** Retrospective, descriptive study. **MATERIAL AND METHODS:** Clinical histories and ovarian tissue reports of 27 10 to 19 year-old adolescents hospitalized at the Edgardo Rebagliati Martins Hospital, EsSalud's Gynecology Service between July 1995 and July 2001 were studied. **RESULTS:** Most frequent findings were serous cystadenoma (40,4%), dermoid cyst (11,1%), dysgerminoma (7,4%), mucinous cystadenoma (3,7%). **CONCLUSIONS:** Benign ovarian tumor pathology (23 cases, 85%) was more frequent than malignant pathology (4 cases, 15%) in our study. Presentation of ovarian tumors in our adolescents population is similar to that found in Peruvian and foreign literature.

KEY WORDS: Adolescent, Ovarian tumor, Pathology.

Rev Per Ginecol Obstet 2005; 51:15-18

Departamento de Obstetricia y Ginecología, Hospital Edgardo Rebagliati Martins, EsSalud
Correspondencia: Claudia Urbina Álvarez. Av. Perú 1372 San Martín de Porres
Teléfono 9-736-1822. e-mail: Claudiaurbina_alvarez@yahoo.es

INTRODUCCIÓN

Los tumores de ovario constituyen la neoplasia ginecológica más frecuente durante la infancia y la adolescencia. En segundo lugar están los tumores paraováricos, seguido de los tumores uterinos.⁽¹⁾ En la adolescencia, la mayoría de los tumores anexiales es benigno, siendo el porcentaje de malignidad 15 a 32%. Sólo 2 a 5% de las neoplasias pediátricas malignas ocurren en órganos reproductivos femeninos y de ellos el cáncer en 65 a 70%.⁽²⁾

En la adolescente, 50% de las neoplasias corresponde a teratoma quístico maduro y, en segundo lugar, a los cistoadenomas ováricos.⁽²⁾

El conocimiento de esta patología se ha visto complicado por la variedad de tumores ováricos, la dificultad de definir entre los cambios fisiológicos



y patológicos y la relativa inaccesibilidad del ovario. Es importante destacar que el ovario desciende a la pelvis después de la pubertad; así, su localización abdominal en la paciente prepuberal puede llevar a algunas dificultades en el diagnóstico de neoplasias ováricas. En la pubertad, el ovario mide 1,5 cm de largo y 0,5 de ancho; después de la menarquía mide 3 a 3,5 cm de largo y 1,5 a 2 cm de ancho.

La formación de quistes simples del ovario es muy común⁽¹⁵⁾. La patogénesis es el resultado de la estimulación ovárica por las gonadotropinas. En la mayoría de los casos consiste en una falla de involución de un folículo maduro.

La cirugía laparoscópica constituye un tratamiento seguro de muy baja morbilidad, con hospitalizaciones muy cortas, recuperación precoz a sus actividades habituales y un buen resultado estético.⁽³⁾ En la mayoría de casos de tumoraciones ováricas, los procedimientos quirúrgicos no invasivos pueden ser usados⁽³⁾. La laparoscopia constituye un método de exploración de tumores ováricos en niñas, pudiendo en casos estrictamente seleccionados ser también terapéutica. Su principal indicación es en aquella paciente en quien sus antecedentes clínicos se ajustan a los criterios ultrasonográficos de benignidad de la lesión.

La presentación clínica más frecuente de esta patología es el dolor abdominal, la tumoración anexial, o ambos.⁽¹⁾ El dolor es un síntoma mucho más frecuente en niñas con tumores ováricos que en adultas, siendo constante y referido como sensación de malestar en el hemiabdomen inferior. La torsión del pedículo vascular causa dolor agudo de tipo cólico acompañado con frecuencia de náuseas y vómitos. El crecimiento rápido y/o hemorrágico dentro del tumor también puede causar dolor. Una tumoración abdominal o pélvica descubierta por la madre o por el médico durante un examen por otro motivo puede ser la única manifestación.

El presente estudio se realizó para contribuir a la información en cuanto a patología tumoral ginecológica, así como establecer la casuística en pacientes adolescentes con esta patología que se presenta en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo sobre la base de todas las pacientes de 10 a 19 años de edad que fueron hospitalizadas en el servicio de Ginecología del Hospital Edgardo Rebagliati Martins, EsSalud, durante el periodo de julio de 1995 a julio 2001. El diagnóstico preoperatorio y postoperatorio fue compatible con patología anexial, las pacientes fueron sometidas a tratamiento quirúrgico y se envió la muestra de tejido ovárico para estudio anatomo-patológico. De un total de 34 pacientes, se excluyó 7 casos en los que no hubo correlación con la anatomía patológica en el postoperatorio⁽²⁾, así como en los casos en los que no se encontró historia clínica⁽⁵⁾.

Para la creación de la base de datos, se recolectó la información con una ficha diseñada que incluía el número de historia clínica, nombre y variables a evaluar. Se utilizó el programa Excel para el registro y análisis de datos.

RESULTADOS

El mayor porcentaje de las adolescentes tenía entre 15 y 19 años (22 pacientes, 81,4%), seguido de 5 pacientes entre 10 y 14 años (18,6%). La edad promedio de la menarquía fue 12,08 años. Se encontró vida sexual activa en una adolescente de 16 años (3,7%).

La sintomatología más frecuente fue dolor pélvico en 13 casos (48%), seguido de dolor abdominal y tumoración abdominal (Tabla 1).

Las pacientes fueron sometidas a laparotomía (13; 48%) y laparoscopia (14; 52%). Los tratamientos quirúrgicos realizados fueron quistectomía (19; 70,3%), anexectomía (4; 14,9%), ooforectomía (2; 7,4%), biopsia en cuña de ovario (1; 3,7%), histerectomía y anexectomía (1; 3,7%).

Tabla 1. Según sintomatología principal

Síntoma	N	%
• Dolor pélvico	13	48,0
• Dolor abdominal	7	26,0
• Tumoración abdominal	6	26,0
• Dismenorrea	1	3,7

**Tabla 2.** Histopatología

Tipo histológico	N	%
• Cistoadenoma seroso ovárico	11	40,7
• Teratoma quístico benigno	3	11,1
• Luteoma quístico y/o hemorrágico	3	11,1
• Disgerminoma	2	7,4
• Quiste seroso paratubario	4	14,8
• Cistoadenoma seromucinoso	1	3,7
• Cistoadenofibroma papilífero potencialmente maligno	1	3,7
• Carcinoma de ovario germinal	1	3,7
• Poliquistosis ovárica	1	3,7
Total	27	100,0

De los tumores anexiales, la patología predominante fue ovárica en 23 casos (85,2%) y paratubárica en 4 casos (14,8%). De los datos ecográficos, los tumores quísticos fueron los más frecuentes (16; 59,3%), mixtos (8 casos; 29,6%) y sólido (3; 11,1%).

Los tamaños de las tumoraciones fueron de 5 a 7 cm, en 16 casos (59,2%); de 8 a 12 cm, en 10 casos (37%) y más de 18 cm, en 1 caso (3,7%).

El estudio de anatomía patológica indicó patología tumoral benigna en 23 casos (85,2%) y maligna en 4 casos (14,8%). El cistoadenoma seroso, el teratoma quístico maduro y el luteoma quístico hemorrágico fueron los más frecuentes (Tabla 2).

DISCUSIÓN

Con relación a la sintomatología, hemos encontrado que 13 casos presentaron dolor pélvico, 7 casos dolor abdominal y 6 casos de tumoración. Otros autores comunican que muchos trastornos no neoplásicos de los anexos pueden dar sintomatología similar a la del tumor ovárico.

Los quistes foliculares ováricos surgen de una distensión quística de los folículos durante el proceso de atresia. Se presentaron 3 casos de torsión. Esta complicación debe ser tenida en cuenta, ya que da mucho dolor abdominal y es intermitente.

En pospúberes aparecen quistes funcionales cuando un quiste fisiológico normal, ya sea folicular o cuerpo amarillo, no expulsa el óvulo ni involucio-

na por desequilibrio hormonal. Puede producir dolor por torsión, hemorragia o rotura. Los quistes tecaluteínicos se originan de un hematoma del cuerpo lúteo.

La mayoría de los tumores ováricos que se encuentra en niñas y adolescentes es de condición benigna. En nuestro estudio, se encontró 23 casos (85%) y 4 casos de tumores malignos (15%), similar a lo encontrado por Varas, en Chile⁽¹⁾, en que 70% era benigno y 30% maligno. Otros autores encuentran que la tumoración maligna se halla entre 15 y 30%.⁽¹⁾

Dentro de los tumores no neoplásicos (10; 37%) y neoplásicos (17; 63%), sólo 4 (15%) fueron malignos, similar a lo encontrado en otros estudios. Dos casos fueron disgerminoma; uno, cistoadenofibroma potencialmente maligno y uno, cáncer de ovario germinal III.

La torsión del quiste ovárico constituye una complicación que siempre debe ser tenida en cuenta debido a que requiere intervención quirúrgica de urgencia. En nuestro estudio tuvimos 3 casos con esta presentación.

La edad de la menarquía fue de 12 años, similar a otros datos en el Perú.

La presentación clínica más frecuente es el dolor abdominal en la literatura. En nuestro estudio, hubo dolor pélvico en 13 casos (48%); dolor abdominal, en 7 (26%), y dismenorrea, en 1 (7,3%).

La técnica quirúrgica empleada fue laparotomía en 13 casos (48%) y laparoscopia en 14 casos (52%). La cirugía descrita por otros autores consiste en quistectomía 61%, anexectomía 24%, ooforectomía 6,5%, otros 8,5%. En nuestro estudio, se realizó quistectomía en 70%, anexectomía en 14,9%, ooforectomía 7,4% y otros 3,7%.

Nuestros hallazgos son similares a los Schilling; la mayoría de tumores hallados en niñas y adolescentes consiste en quistes funcionales (23 casos). Miranda, en Chile, describe 38 casos, donde 26 casos fueron benignos, 19 casos cistoadenoma seroso, 1 de cistoadenoma mucinoso, 2 de teratomas quístico maduros, 2 de quistes endometriósicos, 1 de cuerpo lúteo quístico y 1 de quiste folicular.

Pantoja⁽²⁾, en el Hospital Cayetano Heredia de Lima, encontró cistoadenoma seroso en 45,6%, quiste dermoide en 20,8%, cuerpo lúteo en 8,3%, quiste



funcional ovárico 6,3%, cistoadenofibroma de ovario 6,3%, disgerminoma 4,2%, cistoadenoma mucinoso 4,27%, similar a nuestros resultados.

En conclusión, la patología tumoral ovárica benigna (23 casos, 85%) es más frecuente que la maligna (4 casos, 15%). La presentación de la patología tumoral ovárica en adolescentes de nuestro estudio es similar a la publicada en el Perú y en el extranjero.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Varas J, Vinagre M. Tumores de ovario en niñas y adolescentes. Rev Chilena Ginecol Obstet. 1999;64(5):365-71.
2. Pantoja C, González C. Patología tumoral ovárica. Ginecol Obstet (Perú). 2000;46(3):258-61.
3. López J, Neumann T. Cirugía laparoscópica en lesiones anexiales. Rev Chilena Ginecol Obstet. 2000;6(4):28-32.
4. Teng N, Allen J. Masses in children and adolescents. Med J. 2001;1(2):6.
5. Golleday ES, Mollit DL. Ovarian masses in the child and adolescent. South Med J. 1983;76(8):954-7;961.
6. Cass DL, Hawkin, Brandt MI. Surgery for ovarian masses in infants, children and adolescents. J Pediatric Surg. 2001;36(5):693-9.
7. Berhman W, Klegman N, Vauhoun R. Tratado de Pediatría España: Mc Graw-Hill Interamericana. Healthcare Group, 14 Edición. 1992 Vol. 3.
8. Stenchever M, Droege Müller H. Tratado de Ginecología. Madrid, España: Harcost Brace Tercera edición. 1999:901-40.
9. Tun Van D T. Clinical gynecologic oncology review. En: Germ cells, stromal and other ovarian tumors. Texas: Mosby, Segunda edición. 1998:85-92.
10. Pacheco J. Ginecología y Obstetricia. Lima, Perú: MAD Corp SA. Primera edición, 1999:683-96.
11. Meneghelo. Pediatría, patología en la infancia y adolescencia, tercera edición. 438-40.
12. Chávez M, Zavaleta L. Neoplasia en niños. Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, 1987-1989. Rev Med. 1993;2:3.
13. López OJ, Sanjuán V. Fibromas de ovarios: 2 casos con apariencia de otra patología. Toko Ginecol Pract. 1999;58(1):31-6.
14. Bereck J, Hillard P, Adashki E. Ginecología de Novak. 12 edición México: Mc Graw-Hill Interamericana. 1996:1155-229.
15. Ibarra H. Quistes de ovario en pediatría y adolescentes, Buenos Aires, Argentina. D: quiste%20 de%20 ovario.htm
16. Molina R, Sandoval J. Tumores del aparato genital de la niña y del adolescente. Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo. 2003:352-62.
17. Méndez J. Tumores genitales más frecuentes en la niña y adolescente. Argentina: Editorial Ascune. 1993:253-72.