

# PATOLOGÍA TUMORAL OVÁRICA EN ADOLESCENTES

Celia Pantoja, Carmen González, Gisella Mendoza, Fernando Salazar

## RESUMEN

**OBJETIVO:** Determinar el perfil de presentación de la patología ovárica tumoral en las mujeres adolescentes. **DISEÑO:** Estudio retrospectivo y descriptivo. **MATERIAL Y MÉTODOS:** Se revisó las historias clínicas y los reportes de biopsia de tejido ovárico de 48 adolescentes de 10 a 19 años de edad hospitalizadas en el Servicio de Ginecología del Hospital Nacional Cayetano Heredia, entre julio de 1992 y diciembre de 1998. Se excluyó las adolescentes embarazadas de más de 20 semanas de gestación. **RESULTADOS:** Los hallazgos más frecuentes fueron cistoadenoma seroso (45,6%), quiste dermoide (20,8%), cuerpo lúteo (8,3%), quiste funcional ovárico (6,3%), cistoadenofibroma de ovario (6,3%), disgerminoma (4,2%), cistoadenoma mucinoso (4,27%) y cistoadenoma mixto (2,1%). **CONCLUSIONES:** La patología tumoral ovárica benigna (37 casos, 77%) es más frecuente que la maligna (4 casos, 8,3%) en adolescentes. El perfil de presentación de la patología tumoral ovárica de las adolescentes de nuestro medio es similar a lo publicado en el Perú y en el extranjero.

Palabras clave: Adolescente, tumor de ovario, anatomía patológica.

Ginecol Obstet (Perú) 2000; 46 (3): 1

## SUMMARY

**OBJECTIVE:** To determine ovarian tumor presentation in adolescent women. **DESIGN:** Retrospective, descriptive study. **MATERIAL AND METHODS:** Clinical histories and ovarian tissue reports of 48 adolescents 10 to 19 year-old hospital-

ized at the Gynecology Service of Cayetano Heredia National Hospital between July 1992 and December 1998 were studied. Pregnant adolescents with gestation over 20 weeks were excluded. **RESULTS:** Most frequent findings were serous cystadenoma (45,6%), dermoid cyst (20,8%), corpus luteum (8,3%), functional ovarian cyst (6,3%), cystadenofibroma (6,3%), dysgerminoma (4,2%), mucinous cystadenoma (4,27%) and mixed cystadenoma (2,1%). **CONCLUSIONS:** Benign ovarian tumor pathology (37 cases, 77%) was more frequent than malignant pathology (4 cases, 8,3%). Presentation of ovarian tumors in our population of adolescents is similar to that of Peruvian and foreign literature.

Key words: Adolescent, ovarium tumor, pathological anatomy

Ginecol Obstet (Perú) 2000; 46 (3): 1

## INTRODUCCIÓN

Según la definición de la Organización Mundial De La Salud (OMS), un adolescente es una persona que tiene entre 10 y 19 años de edad, mientras en el término más amplio, joven se refiere a la persona que tiene entre 15 y 24 años de edad.

La patología ginecológica de la niña y de la adolescente es motivo de atención de los médicos generales y de los especialistas desde hace varias décadas<sup>1</sup>. Sin embargo era ya un aspecto concerniente a la práctica médica en el siglo XIX. Así existen publicaciones en dos grandes revistas de habla inglesa, The Obstetrical Journal of Great Britain and Ireland (vol 1-7, 1873-1880) y The American Journal of Obstetrics (vol 32, 1869-1895), en artículos relacionados a este tema. Se

Celia Estela Pantoja Rojas  
Jr. Río Chicama 5540. Los Olivós. Lima, Perú.  
Teléfono: 5289185 E-mail: cpantoja@tsi.com.pe  
Universidad Peruana Cayetano Heredia.  
Hospital Nacional Cayetano Heredia.

informa en estos artículos que las entidades más frecuentemente halladas fueron el manejo quirúrgico de la ausencia o atresia de la vagina y anomalías en órganos adyacentes, y se practica procedimientos quirúrgicos en relación a estas patologías desde 1881. En 1882, una revisión de artículos encontró una mortalidad postoperatoria de 43% en relación a niñas tratadas por tumores benignos y malignos. Un artículo de revisión de 1891 comunicó una mortalidad de 10% asociada al tratamiento del himen imperforado. Otro artículo de investigación de 1871 indica que la edad media de menarquía en Inglaterra era 14,9 años de edad.

También existen artículos referidos a enfermedades venéreas adquiridas en niños, advirtiendo acerca de la necesidad de una "evaluación rígida de los cuidadores y amigos de estos niños" (1893). Existen artículos relacionados a la violencia, ya tratados como "las atrocidades perpetradas contra las niñas-esposas de la India" (1895), "embarazo temprano en una revisión de recién nacidos de jóvenes adolescentes" (1874), "hermafroditismo" (1886); se publica un caso de "hemorragia fatal de órganos genitales", en el que una joven de 17 años se desangra por una laceración vaginal (1879); "sarcoma primario de la vagina en una niña de tres años de edad" (1881). Toda estas revisiones de artículos concluyen que la ginecología de la niña y de la adolescente puede trazar sus raíces desde el siglo pasado<sup>2</sup>. Sin embargo, la literatura médica actual es escasa respecto a la patología de tipo tumoral en la ginecología de la adolescente.

Nuestro medio está constituido por una población distinta a países en su mayoría desarrollados. En ellos se ha realizado estudios previos, desde los aspectos de grupo étnico, económico, social y cultural, que constituyen variables importantes al determinar prevalencias poblacionales con manifestaciones diferencias en entidades nosológicas. Por lo que estos estudios y casuísticas probablemente no se ajustarían a lo que se presenta en nuestra población. Asimismo, la patología tumoral ginecológica muestra cambios de perfil en cuanto a frecuencia de presentación entre grupos etáreos.

El presente estudio se realizó debido a que la información en cuanto a patología tumoral ginecológica es muy escasa en el Perú y no contamos con

casuísticas en pacientes adolescentes. Es importante saber cuál es dicho perfil de presentación, de manera de mejorar los protocolos de evaluación para el tratamiento adecuado de las pacientes.

El presente estudio es de tipo retrospectivo descriptivo, con revisión de historias clínicas y reportes de anatomía patológica de pacientes adolescentes a quienes se les realizó biopsia de ovario y estudio anatomopatológico correspondiente.

## MATERIAL Y MÉTODOS

La población incluida fue todas las pacientes de 10 a 19 años de edad (n= 49) que fueron hospitalizadas en el servicio de ginecología del Hospital Nacional Cayetano Heredia durante el período de julio de 1992 a diciembre de 1998. El diagnóstico de alta fue compatible con patología tumoral ovárica, que en el curso de su hospitalización fueron sometidas a tratamiento quirúrgico y se procedió a enviar muestras de tejido ovárico para estudio anatomopatológico

Se excluyó todas las pacientes embarazadas de más de 20 semanas de edad gestacional, mediante la verificación exhaustiva de la edad gestacional en las historias clínicas. También se excluyeron los casos en los que el reporte de anatomía patológica no correspondía a patología tumoral ovárica y aquellos en los que no se encontró el reporte anatomopatológico.

Para la creación de la base de datos se utilizó el paquete Excel 97 para Windows, en la que se ingresó los datos de las pacientes, incluyendo el número de historia clínica, nombre, fecha de ingreso, fecha de egreso del servicio y las variables a evaluar. Para el análisis estadístico de las variables, el paquete estadístico utilizado fue el SPSS versión 7,5 para Windows.

## RESULTADOS

La mayoría de las adolescentes tenía entre 17 y 19 años de edad (39 pacientes, 81,3%), hubo ocho pacientes entre 14 y 16 años de edad (16,7%) y una paciente de 12 años (2,18%) (Tabla 1).

La edad de menarquía fue en promedio 12,4 años de edad (Tabla 2).

**Tabla 1.** Distribución de las edades de las pacientes

Edad	Frecuencia	%
• 12	1	2,1
• 14	2	4,2
• 15	3	6,3
• 16	3	6,3
• 17	9	18,8
• 18	12	25,0
• 19	18	37,5
Total	48	100,0

Los hallazgos más frecuentes por estudio de anatomía patológica fueron cistoadenoma seroso, quiste dermoide y cuerpo lúteo, como se observa en la Tabla 3. En total 37 casos (77%) correspondieron a patología tumoral ovárica benigna y hubo cuatro casos de neoplasia maligna de ovario, dos de ellos disgerminoma (pacientes de 14 y de 19 años) y dos de cistoadenocarcinoma ovárico (pacientes de 17 y 19 años de edad).

## DISCUSIÓN

Hemos encontrado tres casos de cuerpo lúteo hemorrágico y cuatro de quiste funcional ovárico. Las pacientes ingresaron por presentar dolor abdominal y distensión. Otros autores comunican que muchos trastornos no neoplásicos de los anexos pueden dar sintomatología clínica similar a la de un tumor ovárico, y muchos de ellos no requieren tratamiento<sup>3</sup>.

**Tabla 2.** Edad de menarquía de las pacientes

Menarquía	Frecuencia	%
• 9	3	6,4
• 11	9	18,8
• 12	16	33,3
• 13	10	20,8
• 14	7	14,6
• 15	1	2,1
• 16	2	25,0
Total	48	100,0

**Tabla 3.** Tipos de diagnóstico por anatomía patológica

Diagnóstico por anatomía patológica	N	%
• Cistoadenoma seroso	22	45,8
• Quiste dermoide	10	20,8
• Cuerpo lúteo	4	8,3
• Quiste funcional ovárico	3	6,3
• Cistoadenofibroma de ovario	3	6,3
• Disgerminoma	2	4,2
• Cistoadenocarcinoma de ovario	2	4,2
• Cistoadenoma mucinoso	1	2,1
• Cistoadenoma mixto	1	2,1
Total	48	100,0

Los quistes foliculares ováricos surgen de una sobredistensión quística simple de los folículos durante el proceso de atresia<sup>3</sup>. Su aparición se puede dar desde el nacimiento hasta la pubertad y desaparecen espontáneamente al cabo de 3 a 32 semanas. La torsión de un quiste ovárico constituye una complicación que siempre debe ser tenida en cuenta, debido a que requiere intervención quirúrgica de urgencia. La torsión de un anexo suele dar lugar a un cuadro de dolor abdominal agudo e intermitente, que en muchos casos se irradia hacia la extremidad ipsilateral<sup>5</sup>. En pospúberes aparecen quistes funcionales cuando un quiste fisiológico normal, ya sea folicular o cuerpo amarillo, no expulsa el óvulo ni involuciona por desequilibrio hormonal; aunque casi siempre son asintomáticos, pueden producir dolor por torsión, hemorragia o rotura<sup>4</sup>. Los quistes luteínicos se originan de un hematoma del cuerpo lúteo. Este último se hace evidente por una hemorragia exagerada que normalmente tiene lugar en la cavidad del cuerpo en la etapa de vascularización. Cuando la hemorragia es excesiva, se produce un gran hematoma de cuerpo lúteo<sup>3</sup>. En cuanto a la conducta a seguir, cuando se encuentra quistes foliculares pequeños durante la operación, se les trata por punción simple con aguja o incisión, dependiendo del tamaño<sup>3</sup>.

En nuestro estudio se encontró que los tumores ováricos más frecuentes fueron benignos y comprenden cistoadenoma seroso, cistoadenofibroma, cistoadenoma mixto y cistoadenoma mucinoso en 37 casos (77%). En la literatura, al respecto, se afirma que los tumores benignos constituyen el 66%



de los tumores ováricos en niñas y adolescentes y, dependiendo de su ruptura, torsión o hemorragia, producirán sintomatología. Mientras tanto, los tumores ováricos malignos tienden a ocurrir en niñas pospuberales. En su mayor parte están constituidos por tumores de células germinativas<sup>4</sup>.

Los tumores ováricos constituyen el tipo de tumor pélvico que se observa con mayor frecuencia en pacientes menores de 18 años de edad, en quienes habitualmente debutan con una pequeña masa abdominal. En segundo lugar de frecuencia se sitúan los tumores paraováricos, seguidos de los tumores uterinos. La presentación clínica más frecuente es dolor abdominal, tumoración abdominal o ambos. En la adolescente, el tumor ovárico más frecuente es el teratoma<sup>5</sup>.

Nuestros hallazgos son similares a lo encontrado por Bachman, quien publica que la patología de tipo tumoral más frecuente en jóvenes del grupo de edad de 16 a 20 años es el cistoadenoma seroso, seguido por el cistoadenoma mucinoso y el quiste dermoide, estos dos últimos en proporción similar. Y en tercer lugar, el cistoadenoma papilífero. Todos ellos en conjunto son más frecuentes que la patología de origen no tumoral, como el quiste luteínico<sup>6</sup>.

En cuanto al origen del cistoadenoma seroso, se sabe que proviene del epitelio superficial del ovario, simula al epitelio cilíndrico ciliado de las trompas de Falopio, puede tener papilas y constituir el quiste papilomatoso seroso. El fibroadenoma y el cistoadenofibroma surgen del epitelio superficial del ovario, pero este se invagina y forma hendiduras rodeadas de tejido fibroso hiperplásico<sup>3</sup>.

De los cuatro casos de neoplasias malignas (8,3%) de ovario encontrados, dos casos fueron de disgerminoma (4,1%). Uno de ellos correspondió a una paciente de 19 años gestante de siete semanas. El otro caso se presentó en una paciente de 14 años de edad, quien acudió por presentar sensación de tumoración abdominal y hemorragia genital. Una paciente de 19 años con cistoadenocarcinoma indiferenciado de ovario y una joven de 17 años que presentó cistoadenocarcinoma acudieron por presentar dolor en hipogastrio. Con respecto a la frecuencia de presentación de las neoplasias malignas, existen publicaciones que mencionan que los tumores de células germinativas (disgerminoma,

teratoma inmaduro, tumor del seno endodérmico, carcinoma embrionario y coriocarcinoma) son los más frecuentes, constituyendo 60 a 90% de las neoplasias malignas. Los tumores del estroma (de células de la teca granulosa y neoplasias indiferenciadas) tienen una incidencia de 10 a 13% y los carcinomas epiteliales conforman 5 a 11% de las lesiones ováricas malignas<sup>4</sup>.

El cistoadenocarcinoma seroso es la forma maligna de los tumores ováricos serosos. Es el cáncer epitelial más frecuente y representa el 50% de su tipo. El grado de diferenciación es importante, en cuanto al pronóstico de sobrevida, observándose muy mal pronóstico y pobre respuesta al tratamiento en el carcinoma indiferenciado. Casi 1% de las mujeres adquiere esta forma de cáncer ovárico. El adenocarcinoma seroso se asocia con factores que, se presume, determinan una solución de continuidad con el epitelio de superficie, tal como la ovulación repetida. Estos tumores se les observa con mayor frecuencia en mujeres nulíparas y, en menor frecuencia, en aquellas con ovulación suprimida<sup>7</sup>.

En conclusión, en nuestro estudio se encontró que el perfil de presentación de la patología tumoral ovárica de las adolescentes de nuestro medio es similar a lo publicado por autores de trabajos anteriores, siendo más frecuente la patología tumoral benigna (77%) que la maligna (8,3%) y la no tumoral.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Serrano C, Silber T. La Salud Integral de los Adolescentes y los Jóvenes. Promoción y su Cuidado. El Embarazo en la Adolescencia. La Salud del Adolescente y del Joven. Organización Panamericana de la Salud. Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Washington DC, EU de A: Publicación Científica. 1995.
2. The early historical roots of pediatric and adolescent gynecology. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 1997; 10 (4): 183-91.
3. Jones, HW, Wentz AC, Burnett IS. Tratado de Ginecología de Novak. 12ª Edición. 1995. Editorial Interamericana.
4. Paige H, Pokorny S, Siegel M. Hemorragia uterina disfuncional. Vulvovaginitis prepuberales. Iconografía ginecológica pediátrica. En: Clínicas de Ginecología y Obstetricia. Temas Actuales. McGraw-Hill. Interamericana. Enero, 1992.
5. Nelson W, Behrman R, Kliegman R, Vaughan V. Tratado de Pediatría. McGraw-Hill. Interamericana. Healthcare Group. 14ª Edición. Interamericana de España. 1992. Volumen 3.
6. Bachman C. Adolescencia, Riesgo Reproductivo. Lima, Perú: Editorial Omega. 1990. CONCYTEC.
7. Rubin E, Farber J. Patología. México DF: Editorial Médica Panamericana. 1990.