

NEOPLASIA BENIGNA DEL OVARIO EN LA ADOLESCENCIA

DR. CARLOS J. CASTELLANO

Aunque los tumores ováricos representan no más del 1% de toda las neoformaciones en niñas menores de 16 años, ellos constituyen, sin embargo, el tumor genital más frecuente en ese período de la vida. A pesar de su rareza, ellos deberán tenerse en mente para el diagnóstico diferencial de muchos desórdenes abdominales. Debido a su poca frecuencia, algunas veces no son diagnosticados y pueden dar lugar a problemas especiales. Cualquier tipo de tumor ovárico visto en la mujer adulta, ha sido encontrado también en niñas. Aproximadamente el 30% de todos los tumores ováricos en niñas y adolescentes son teratomas quísticos o dermoides; el resto incluye toda clase de tumores benignos y malignos.

Los síntomas y signos asociados con tumores ováricos en pacientes de cualquier edad, dependen del volumen del tumor, de su posición, si son benignos o malignos, si producen o no hormonas, si están adheridos o si han sufrido algún accidente. Estos accidentes incluyen: hemorragia, torsión del pedículo, ruptura, necrosis, infección y perforación. Los dos síntomas comunes en niñas son: dolor abdominal y tumor abdominal o pelviano. Vómitos, signos de irritación peritoneal, estreñimiento, disuria, poliaquiuria, fiebre y leucocitosis, son signos menos frecuentes, que pueden aclarar o confundir el cuadro clínico.

El examen de una adolescente en quien se sospecha un tumor de ovario, incluye una investigación de su condición general, inspección y palpación abdominal, inspección de genitales externos, vaginoscopía, palpación recto-abdominal, análisis de sangre y orina; estudios radiológicos, colpocitológicos y estudios hormonales en algunos casos. En la mayoría de casos, los hallazgos en el momento del examen dependen de la edad de la niña, del tamaño del tumor,

si es benigno o maligno, si ha sufrido algún accidente o si es funcionante. El hallazgo más común es el de una tumoración abdominal o pelviana; muchos tumores pequeños que quedan escondidos en la pelvis de las adolescentes, se palpan perfectamente en el abdomen de una infante o niña pequeña; es decir, los tumores ováricos en las niñas usualmente permanecen en el abdomen y no en la pelvis.

El diagnóstico diferencial de los tumores ováricos en niñas y adolescentes, incluyen otras causas de dolor abdominal y de tumoraciones abdominales y pelvianas. El diagnóstico precoz y el rápido tratamiento son esenciales, porque un gran número de tumores ováricos en esta fase de la vida son malignos y el peligro de un accidente de estos tumores en niñas es mayor que en la adulta.

La remoción quirúrgica está indicada toda vez que un tumor ovárico es descubierto en una paciente de cualquier edad. El procedimiento quirúrgico a usar, depende de la condición de la paciente y de la naturaleza del tumor, si es benigno o maligno. El estudio histopatológico por congelación ayuda algunas veces, así como puede fallar en otras oportunidades. El cirujano debe ser el árbitro final en tomar la difícil decisión en una paciente joven. La extensión de la operación a menudo depende del aspecto macroscópico del tumor y los hallazgos asociados.

Ciertos principios ginecológicos guían al cirujano en el manejo de los tumores benignos de ovario en niñas y adolescentes. Estos principios son en gran medida aplicables a ambos: adultos y pacientes jóvenes. La incisión abdominal debe ser lo suficientemente grande para extirpar el tumor sin aspirarlo o romperlo. La punción de un quiste para disminuir su tamaño es preferible evitarla porque el sembrío

del contenido del quiste en la cavidad peritoneal puede causar diseminación de células tumorales viables. El otro ovario es examinado y se biseccionará si es necesario para descartar la presencia de algún pequeño tumor oculto. Debe tratarse de salvar todo o parte del ovario, si el tumor puede ser separado de él; algunas veces es muy difícil o imposible separar el tumor del ovario. Un pequeño fragmento de ovario que se conserve será de un beneficio invaluable para la paciente. Todo tumor ovárico debe ser seccionado en la sala de operaciones y examinado por el cirujano y/o el patólogo antes de cerrar el abdomen. El lecho cruento que queda en el ovario al extirpar el tumor debe ser saturado cuidadosamente para evitar un hematoma. Areas despulidas en la pelvis causadas por la separación de un quiste adherido deben ser meticulosamente peritonizadas para prevenir el desarrollo de adherencias del intestino o del epiplon. Debe evitarse el trauma o pinzamiento innecesario de las venas ováricas por encima de la ligadura al hacer la ooforectomía, para no aumentar el riesgo de embolia postoperatoria. La trompa debe ser conservada aunque el ovario tenga que ser removido, pues el embarazo es posible aún con una trompa y un ovario de lados opuestos. En algunas instancias el cirujano tendrá que decidir qué hacer cuando ambos ovarios de una joven son portadores de tumores benignos; debe procurar en lo posible evitar la castración y preservar aunque sea un pequeño tejido ovárico. Algunas veces es imposible preservar tejido ovárico, aún siendo tumores benignos, y cuando esto sucede en mujeres adultas el útero es extirpado; en niñas y adolescentes, sin embargo, una histerectomía no debe hacerse, porque puede inducirse con hormonas un sangrado uterino cíclico que simula la menstruación y aunque el sangrado es iatrogénico, su efecto psicológico es muy beneficioso en las adolescentes.

Todos los ginecólogos no están de acuerdo en el tratamiento de los tumores unilaterales que tienen crecimiento papilífero en su interior con superficie externa lisa y sin perforación capsular; generalmente este tipo de tumor sugiere que no es probable que recurra si es extirpado sin derramar el contenido en la cavidad abdominal. La perforación de la cápsula con papilas en la superficie del quiste, ascitis, implantes peritoneales, son indicaciones para histerectomía total y salpingooforectomía bilateral aún en niñas.

En caso de torsión del pedículo, se sutura proximalmente y no se debe destorcer el pedículo para evitar una embolia. Si hay hemorragia en el tumor ovárico, los vasos ováricos y los vasos del ligamento ovárico y ancho que se anastomosan con la uterina son pinzados y un intento es hecho para conservar el ovario si el estado de la paciente lo permite. En caso de ruptura del quiste, se reseca el tumor, todos los fragmentos de su pared y todo el líquido libre en la cavidad abdominal; se hará la cirugía pertinente si está perforado en otra víscera.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—Huffman, John W. Ovarian Tumors in Children. The Gynecology of childhood and adolescence, 257-1968.
- 2.—Jones, Howard W. Tumors of the ovary. Pediatric and Adolescent gynecology. 143-1966.
- 3.—Heald, Felix P. Ovarian tumors in adolescence: Types and presenting features. Clin. Pediat: 401, 1967.

TUMORES BENIGNOS DE OVARIO EN RELACION A LA EDAD

Edad en Años	No. de Casos	Porcentaje
6 — 11	2	1.04%
12 — 21	8	4.14%
22 — 78	183	94.82%
TOTAL	193	100.00%

**TUMORES DEL APARATO GENITAL FEMENINO
EN LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA**

	Benignos	Malignos
Ovario	10	17
Cérvico-Vaginal		4
Vulva	1	1
TOTAL	11	22

**TUMORES DEL APARATO GENITAL FEMENINO
EN LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA**

Localización	No. Casos	%
Ovario	27	81.6
Cérvico-Vaginal	4	12.1
Vulva	2	6.1
TOTAL	33	

**TIPO HISTOLOGICO EN OCHO CASOS DE TUMORES
BENIGNOS DE OVARIO EN ADOLESCENTES**

Tipo Histológico	No. de Casos
Quiste Seroso	4
Quiste Mucinoso	2
Quiste Dermoide	2
TOTAL	8