

# TUMORES BENIGNOS DE OVARIO DIAGNOSTICO, CLINICA Y MANEJO EN LA ADOLESCENTE

Félix Guillén Araoz

## INTRODUCCION

La etiopatogenia, función endocrina y desarrollo embrionario son factores que siempre, en conjunto o aisladamente, plantean difíciles problemas al diagnóstico y tratamiento de las neoplasias ováricas en esta época de la vida.

Hemos creído conveniente que, sobre la base de nuestra experiencia, podamos sacar algunas orientaciones y conclusiones que nos lleven a mejores planteamientos diagnósticos, sin tener que repetir otras experiencias que son diferentes a las nuestras. Por lo expuesto basaremos nuestra exposición en una revisión estadística de 16 años (1964-1980) en el HOSPITAL GENERAL BASE CENTRO SALUD DE TRUJILLO, sobre la incidencia de tumores de ovario, su diagnóstico y tratamiento, haciendo hincapié en el grupo etáreo de 10 a 19 años, que comprende al grupo adolescente.

## MATERIAL Y METODOS

Durante los años de 1964 a 1980, fueron vistas 3,597 mujeres portadores de alguna ginecopatía, de las cuales 211 (5.87%) presentaban tumores de ovario. De ese total, 180 (5%) eran del tipo benigno y 31 (0.86%) del tipo maligno.

El grupo adolescente —10 a 19 años— sumó 11 tumores de tipo benigno (6.11%) y 5 malignos (16.13%). Esto concuerda con lo reportado por diferentes autores (33-26-10-27-16).

## CONSIDERACIONES CLINICAS

### SINTOMATOLOGIA

De las 221 pacientes con neoplasia ovárica, 93 (51.67%) presentaron dolor como síntoma cardinal en el grupo de tumores benignos; en menor frecuencia, sensación de tumoración: 59 (32.78%), sangrado uterino anormal: 15 (8.33%); síntomas urinarios: (3.89%); amenorrea: 2(1.11%); e irregularidades en el régimen catamenial: 4 (2.20%).

Del grupo con neoplasia maligna, la sensación de tumoración fue la manifestación más saltante: 18 (58.06%). En mucha menor frecuencia acusan dolor: 5 (16.13%); ascitis: 5 (16.13%); sangrado uterino anormal: 3 (9.68%).

### FRECUENCIA

En el grupo de 20 a 49 años se registra la más alta incidencia de tumores benignos: 144 (80%), y la mayor incidencia de neoplasias malignas 16 (51.61%), en el grupo etáreo de 40 a 69 años.

Comparando los grupos por edades, podemos observar que el de 10-19 años, acusa una baja frecuencia de tumores benignos: 11 (6.11%), en relación al grupo de edad fértil de la mujer.

En cuanto a tumores ováricos malignos, la más alta incidencia la observación entre 50 a 69 años: 12 neoplasias (38.7%) y de 20 a 49 años: 13 (41.94%). El grupo de 10 a 19 años ha presentado un total de 5 (16.13%).

Estos nos pone de manifiesto el que la más alta incidencia de tumores malignos del ovario se encuentran en la menopausia y post menopausia; así como en la edad fértil de las mujeres.

### VARIEDAD DE TUMORES DEL OVARIO SEGUN LAS EDADES

La neoplasia benigna de mayor incidencia de los 211 tumores pertenece al CISTOADENOMA SEROSO: 112 (62.22%), siguiéndole el QUISTE DERMOIDE: 41 (22.78%); el CISTOADENOMA PSEUDOMUSCINOSO: 23 (22.78%); y el FIBROMA: 1 (0.4%).

En el grupo adolescente —10-19 años— la mayor incidencia de tumores benignos también pertenece al CISTOADENOMA SEROSO: 7 (3.89%), siguiéndole en orden de frecuencia el QUISTE DERMOIDE: 3 (1.67%); y CISTOADENOMA PSEUDOMUSCINOSO 1 (0.56%). En este mismo grupo, la incidencia de tumores malignos es baja en comparación con los grupos de mujeres de edad fértil, menopáusicas y post-menopausias.

La variedad de tumor de más alta incidencia fue el CISTOADENOCARCINOMA SEROSO: 2 (6.45<sup>o</sup>/o) y el DISGERMINOSA: 2 (6.45<sup>o</sup>/o).

#### LOCALIZACION

Fue a predominio derecho en el grupo global, así como en el grupo etéreo en estudio. En menor porcentaje, los bilaterales.

#### COMPLICACIONES

En el grupo de tumores, benignos, 27 (15<sup>o</sup>/o) presentaron alguna complicación en el pre-operatorio y 153 (85<sup>o</sup>/o) ingresaron sin complicación.

La complicación más frecuente fue la torsión de pedículo: 23 (12.78<sup>o</sup>/o).

En mejor porcentaje la obstrucción intestinal: 2 (1.11<sup>o</sup>/o); infección del quiste: 2 (1.11<sup>o</sup>/o).

El grupo de 10-19 años, presentó 5 complicaciones (2.78<sup>o</sup>/o) y 6 (3.33<sup>o</sup>/o) sin complicaciones pre-operatorios. En este sector, la complicación más frecuente fue la torsión de pedículo: 5 (2.78<sup>o</sup>/o).

En el grupo de tumores benignos la complicación post-operatorio más común fue la infección urinaria: 14 (7.78<sup>o</sup>/o). El grupo de 10-19 años no presentó complicaciones.

En el grupo de tumores malignos, 3 (9.68<sup>o</sup>/o) presentaron obstrucción intestinal y 28 (90.32<sup>o</sup>/o) cursaron sin complicaciones pre-operatorios.

En el post-operatorio, 9 presentaron complicaciones (29.03<sup>o</sup>/o) y 22 no presentaron complicaciones (70.97<sup>o</sup>/o). Dentro del grupo de adolescentes se presentó 1 fístula enterocutánea (3.23<sup>o</sup>/o).

#### ANTECEDENTES

Debe hacerse hincapié en los antecedentes familiares neoplásicos y su relación con la enfermedad actual. La literatura informa de una relación directa entre la alta incidencia de cáncer ovárico y antecedentes familiares. Por lo tanto, las mujeres con ese riesgo deben extremar los exámenes ginecológicos a un tiempo menor. Recientes estudios advierten la relación de adenoma tiroideo y arrenoblastomas.

Las pacientes con disgenesia gonadal, son más propensas a presentar gonadoblastomas.

La sintomatología puede estar ausente, hasta que se disemine el carcinoma en pelvis y abdomen: de ahí que algunas facetas merecen ser consideradas:

1. De acuerdo a la incidencia por el estudio hecho, todo paciente entre 40 a 69 años está en el grupo de alto riesgo de cáncer ovárico.

2. Toda disfunción ovárica que se traduce por tensión premenstrual, menorragia, mastalgia, aborto espontáneo, nuliparidad y menopausia precoz.
3. Molestias abdominales bajas y sintomatología incipiente vaga en relación con recto y vejiga, deben ser investigados; especialmente, cuando la paciente se queja de plenitud pélvica y sensación de pujo o dolor, manifestaciones debidas a torsión de pedículo, hemorragia, congestión quística, rotura o infección del quiste o tumor.

#### ESTUDIOS ACONSEJADOS

Para el diagnóstico diferencial de una masa pélvica aconsejamos: Hemograma, hematocrito, hemoglobina, examen completo de orina, velocidad de sedimentación, dosaje de gonadotropina, radiografía simple de tórax y abdomen, pielografía endovenosa, enema opaco, tránsito intestinal, estómago y duodeno, gammagrama hepático y proctosigmoidoscopia.

#### ESTUDIOS AUXILIARES

Como estudios adicionales incluimos: econosonografía, laparoscopia, linfografía, flebo y arteriografía, estudios citológicos en lavado de cavidad pelviabdominal y pruebas inmunodiagnósticas.

#### CONCLUSIONES

1. El diagnóstico de los blastomas ováricos en la adolescencia se basa, en nuestro medio, esencialmente en la clínica, pudiendo recurrirse a exámenes auxiliares y complementarios en algunos centros de salud.
2. Lo aconsejable es que, cuando existan serias dudas en el diagnóstico final, la paciente debe ser remitida a otros centros donde se pueda llegar a un diagnóstico de certeza y tratamiento adecuado.
3. El tiempo de enfermedad en los tumores benignos es de días o semanas.
4. El tiempo de enfermedad en los tumores malignos va de semanas a meses.
5. La sintomatología más saltante en los tumores benignos es el dolor.
6. La sintomatología más saltante en los tumores malignos es la sensación de tumoración.
7. Los tumores benignos son más frecuentes entre los 20-49 años.
8. Los tumores malignos acusan una frecuencia mayor entre los 50 a 69 años.

## BIBLIOGRAFIA

- ABELL, M. R. Y HOLTZ, F., Ovarian neoplasmas in childhood and adolescence. *Am. J. Obs. Gynec.* 93: 850, 1965.
- AYERST R. I. Y JOHNSON C. F., Disgerminoma. Report a case treated by surgery and by X-ray therapy and followed by term pregnancy. *Obs and Gynec.* 685, 1959.
- BARZILAY, G., *Atlas of Ovarian Tumor*, New York, Grune and Stratton 1949.
- CHAVEZ ESPINOZA F., HERESI R., ZEGARRA, E., Cáncer primitivo del ovario en el Hospital General de Arequipa, Perú (Vol. 4) 165-177, 1969.
- ENGEL, T. GREELY, A.V. Y SINCENEY, W.J., Recurrent dermoid cyst of the ovary *Obs. Gynec.* 26: 757, 1965
- GOVAN, A.D.T., *Ginecología y Obstetricia. Temas Actuales. El Ovario.* P. 96, Ed. Interamericana 1976.
- HERAUD GRIVA, C., *Los carcinomas primitivos del ovario.* T. Doctoral U.N. Mayor de San Marcos. Lima-Perú. 1972.
- HERRERA A., Tumores benignos del ovario. *Ginecología y Obstetricia*, 2o. Congreso Peruano de Ginecología y Obstetricia. V Tomo Vol. XI Set. 1965 No. 3 P. 255.
- LOZADA, B.; QUISPICONDOR, T.; SAAVEDRA, P., Teratomas de ovario asociado a struma ovárico. *Rev. de la Soc. Per. Obst. y Gynec.* Vol XIX No. 3 Dic. 1973. P 121.
- SNEIDER, G. T., Carcinoma del ovario. Discusión de 230 casos. *Ginecología y Obstetricia*, 10: 203-207 1964.
- TURNER, H.C.; REMINE, W. Y DOCKERTY, M.B., A clinical pathologic study of cases with primary carcinoma. *Surgery. Gynec. and Obs.* 109:198-206.