

DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL MILITAR DOCENTE
"DR. CARLOS J. FINLAY"

Quiste ovárico en pacientes infantiles.

Revisión de 22 casos

Por los Dres.:

ANTONIO SOLA HERNANDEZ,* OSCAR REDONDO PEREZ**

Sola Hernández, A. et al. *Quiste ovárico en pacientes infantiles. Revisión de 22 casos.* Rev Cub Ped 48: 4, 1976.

Se revisa en la literatura médica sobre el quiste de ovario. Se estudian 22 casos ingresados en dos hospitales pediátricos; se analizan sus componentes clínicos, fundamentalmente, y se destacan las causas de diagnóstico preoperatorio erróneo. Se señala la necesidad de exploración selectiva en casos de dolor abdominal bajo, sobre todo si se han descartado otras enfermedades más frecuentes. Se llama la atención sobre la frecuencia de torsión y se analizan los factores que la propician. Se establece comparación con publicaciones foráneas.

INTRODUCCION

El primer caso de una paciente a la que se le realizó ovariectomía por tumor, de que tenemos conocimiento, fue practicada por *Giraldes*, en 1866, a una niña de trece años.

Un verdadero suceso constituyó el caso que en 1883 fue exitosamente intervenida por el doctor *Marion Sims*; esta paciente presentaba un gigantesco quiste multilocular de 27,5 kg de peso, en una niña de once años de edad.

En 1932, *Loeb* informa un quiste teratoide, en una niña de cuatro años, "simulando apendicitis aguda".

En 1942, *Bulfamonte*¹ publica el caso de una recién nacida con gran quiste ovárico.

Charache,² en una revisión hasta 1958, refiere que sólo eran conocidos 257 casos de pacientes con tumor ovárico en la niñez.

El ovario es la más frecuente localización de formaciones tumorales en el aparato genital femenino en los grupos de edad pediátrica.

Los tumores de ovarios no constituyen una rareza, aunque no son frecuentes.

En nuestro medio parece cumplirse lo señalado en trabajos extranjeros, donde plantean que entre todos los tumores pediátricos alrededor del 1% corresponde al tumor de ovario, (de los cuales no menos del 60% son quistes).

Nosotros hallamos que de 31 tumores ginecológicos, 22 eran quiste de ovario;

* Instructor del departamento de pediatría. Hospital militar docente "Dr. Carlos J. Finlay". La Habana, 16.

** Residente de segundo año de pediatría. Hospital militar docente "Dr. Carlos J. Finlay". La Habana, 16.

4 hidrometrocolpos; 4 hematócolpos y 1 leiomioma vaginal.

Por no considerarse el tumor de ovario, —y nosotros nos referiremos siempre al quiste—, o al menos, por tenerse poco presente y por supuesto, no ser como hemos dicho, esta entidad frecuente, más aún, acostumbra a enmascararse o presentarse con los caracteres semióticos de entidades comunes como: parasitismo intestinal, infección urinaria, trastornos de la menarquía, etc.; suele preterirse en un planteamiento diagnóstico y no son pocas las veces en que posteriormente debemos enfrentarnos con su más frecuente complicación: la torsión, en forma de un abdomen agudo, donde aun veremos repetirse la marginación de este diagnóstico.

El dolor abdominal recurrente, de baja localización, es en la niña un motivo repetido de consulta y como es sabido, dependiente de múltiples mecanismos etiopatogénicos; uno de ellos, la torsión parcial o incompleta del pedículo de un ovario quístico, con frecuencia no es sometido a una completa exploración abdominal y ginecológica, lo que impide establecer un diagnóstico precoz que permita instaurar la terapéutica efectiva en tiempo y forma, para de esta manera evitar la intervención de urgencia.

MATERIAL Y METODO

El material del presente trabajo lo constituyen las historias clínicas de 22 niñas portadoras de quiste ovárico tomado de un total de 31 pacientes con tumores ginecológicos hallados en los archivos de los hospitales pediátricos "William Soler" y militar docente "Carlos J. Finlay", donde fueron intervenidas quirúrgicamente, en un periodo de cinco años comprendido entre 1968 y 1973.

El diagnóstico fue comprobado por examen histológico realizado en los departamentos de anatomía patológica de ambos hospitales.

Clasificación del tumor ovárico en pediatría

Una clasificación satisfactoria de tumores de ovario ha resultado difícil. Múltiples de ellas han sido propuestas por diversos autores.^{3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13}

Nosotros hemos adoptado la presente clasificación, realizada por Willis y posteriormente modificada por Boles, por creerla más completa, de elocuente sencillez y mejor adaptada a lo hallado en nuestro medio.

Willis parte del principio de que toda la gran variedad de tumores primarios del ovario, con excepción del teratoma, derivan del tejido gonadal y que muchos de ellos se interrelacionan.

Clasificación

I. Neoplasias del estroma ovárico

- A. Tumor de la granulosa
- B. Disgerminoma
- C. Cistodenoema
- D. Carcinoma embrionario

II. Teratomas

- A. Quistes benignos
- B. Sólidos benignos malignos

III. Quistes —no neoplásicos—

- A. Folicular
- B. Del cuerpo lúteo
- C. Simples o no clasificados

Una simple, pero intencionada clasificación, ésta de Jones y Heller, que desde el punto de vista clínico agrupa los tumores ováricos en la niñez de la siguiente forma:

- 1. Tumores ováricos en la recién nacida.
- 2. Tumores ováricos no funcionantes de la niñez y adolescencia.

3. Tumores ováricos endocrinos funcionantes.

Motivados fundamentalmente por el aspecto clínico de la cuestión se analizó en cada paciente: procedencia, edad, raza, motivo de consulta, tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas hasta el ingreso, examen físico, impresión diagnóstica, exámenes complementarios, diagnóstico preoperatorio, factores de error, etc. Se estableció relación entre constitución histológica y localización, volumen del quiste, complicaciones, etc. Se realizó un análisis de los motivos de torsión y su alta incidencia.

Por último, se hacen sugerencias alrededor de aquellas cuestiones que favorezcan una mejor comprensión de la entidad, tendientes a reducir las situaciones de urgencia, tales como: un examen ginecológico más completo, donde no debe faltar el tacto rectal y los exámenes complementarios selectivos, etc.

DISCUSION

La presencia de tres pacientes procedentes de Oriente, Camagüey y Matanzas respectivamente, parece indicar que todavía se observa cierta tendencia en los pacientes llamados del interior a concurrir espontáneamente o por indicación de los médicos a los hospitales de la capital (cuadro 1).

El quiste ovárico puede presentarse a cualquier edad. El mayor porcentaje de pacientes lo recogimos en edades entre los 6 y 10 años. El menor de los pacientes tenía 17 meses y el de mayor edad 14 años.

Algunos autores hablan de dos "picos" de frecuencia según la edad, uno en el período neonatal, el otro entre los 9 y 14 años. El primero se relaciona con el efecto prenatal de la hormona gonadotrópica materna sobre el ovario infantil; el segundo, se asociaría con los flujos hormonales implícitos en la me-

CUADRO I
PROCEDENCIA

	Casos	Subtotal	
Habana metropolitana	Marianao	5	11
	Centro Habana	3	
	10 de Octubre	1	
	Guanabacoa	1	
	Plaza	1	
Habana campo	Guayabal	1	5
	Calabazar	1	
	Alquizar	1	
	S. Antonio de los Baños	1	
	Güira de Melena	1	
		1	
Matanzas	1	1	
Camagüey	1	1	
Oriente	1	1	

En tres pacientes no se recogió el dato.

narquia. La capacidad involutiva del quiste folicular, en realidad, reduce la frecuencia sobre todo en el recién nacido. Entre nuestros pacientes no hubo ningún recién nacido.

Al grupo de 11 - 15 años, casi todos los autores (*Boles,³ Costin,⁴ Garfinkel,⁵ Reis,⁶ etc.*) coinciden en atribuirle la mayor incidencia. Nosotros tuvimos sólo un 40,9% de enfermos dentro de este grupo de edad (cuadro II).

CUADRO II
DISTRIBUCIÓN SEGUN EDAD

Años	Casos	%
0 - 5	3	13,6
6 - 10	10	45,4
11 - 15	9	40,9

Un 77,2% de los pacientes (17 de un total de 22) fueron niñas de la raza blanca y sólo un 22,8% de la raza negra; no tuvimos pacientes de otras razas. Este hecho se señala, sin pretender establecer que exista una mayor predisposición de la raza blanca para este tipo de tumor ovárico.

A la raza blanca correspondieron los extremos de la ubicación por edades, el de menor edad, 17 meses y el de más edad, 14 años. Los pacientes de la raza negra se ubicaron todos en las edades entre 7 y 12 años.

En la raza negra como ovario afectado predominó el izquierdo.

El quiste simple sólo incidió en la raza negra.

No parecen existir peculiaridades de esta entidad relacionados particularmente con una u otra raza. La literatura extranjera no recoge variaciones dependientes de la raza.

No existe el signo o síntoma patognomónico de quiste ovárico; el dolor abdominal es el síntoma más frecuente por el cual concurren los niños mayores y la masa abdominal el signo que más pacientes de poca edad trae al hospital.

En términos generales, un 30% de los pacientes consulta por masa abdominal y un 80% por dolor abdominal, casi siempre hipogástrico, a veces irradiado a la fosa iliaca. El vómito es el segundo en frecuencia, aunque alrededor del 75% de los pacientes concurren por más de un síntoma, signo o por ambos.

La literatura extranjera,^{2,3,5,6} señala en pacientes contorsión del pedículo, como siempre presente la tétada: dolor abdominal agudo, vómito, fiebre, náuseas. En nuestra serie los dos primeros nunca faltaron y los otros lo observamos pocas veces. El vómito no tuvo carácter peculiar. En otros medios, algunos^{3,6,12} dan carácter patognomónico de la torsión al dolor abdominal irradiado a reborde costal inferior.

En general, el quiste no torcido es bien tolerado. Cuando hay manifestaciones extragenitales, urinarias, digestivas, etc., dependen del fenómeno comprensivo. En un enfermo nuestro con poliuria, ésta fue provocada por un quiste gigante no torcido.

Cuando en una fosa iliaca, derecha o izquierda, apareció el dolor, siempre se correspondió con el ovario afectado (cuadro III, figura 1).

CUADRO III
MOTIVOS DE CONSULTA

	Casos	%
Dolor abdominal	18	81,8
Vómito	11	50,0
Masa abdominal	7	31,8
Fiebre	2	9,1
Constipación	1	4,5
Escalofríos	1	4,5
S. urinario	1	4,5
Dolor en flanco	1	4,5
Náuseas	1	4,5
Impotencia para la marcha	1	4,5



Figura 1. Masa abdominal.

El tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas hasta el ingreso osciló, entre nosotros, desde 18 horas hasta 13 meses; fue significativo que en niños mayores se produjo un "hiatus" o sea evolucionaron por meses o por horas exclusivamente. Los pacientes con torsión se tardaron en evolucionar entre 10 y 36 horas desde el último episodio hasta el ingreso. Tiempo que creemos excesivo, aunque no se pudieron recoger las causas de este fenómeno.

Es aceptado por todos los autores^{2,3,4} que en los pacientes que refieren antecedentes más o menos prolongados de recurrencias de dolor, vómito, etc., se trata de torsiones incompletas o reversibles y es curioso que estos pacientes niegan se les haya practicado examen ginecológico y tacto rectal en ocasión de dichos episodios. La palpación abdominal, si se les practicó y sólo en dos ocasiones facilitó el diagnóstico e intervención en frío (cuadro IV).

A un 15% de los enfermos se le detectó masa abdominal a la palpación, lo que unido al 30% que ya consultó por este signo hacen un 45% que de entrada

CUADRO IV

TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE EL INICIO DE LOS SÍNTOMAS HASTA EL INGRESO

	Casos	%
Horas	7	31,8
Días	3	13,6
Semanas*	1	4,5
Meses	4	18,1
No precisa	7	31,8

* Más de dos y menos de cuatro.

aportan este valioso elemento diagnóstico. Siempre esta masa abdominal resultó lisa, renitente y de gran movilidad, no dolorosa en ausencia de torsión; de localización hipogástrica, a veces tomando una fosa ilíaca.

Hubo casos de torsión que consultaron por dolor abdominal y al examen se palpó masa abdominal, lo que hace presumir que un examen previo hubiese evitado el abdomen agudo.

Debe practicarse examen ginecológico y tacto rectal a toda niña que consulti-

te por masa abdominal, dolor abdominal bajo o ambos, sobre todo si ya han sido descartadas patologías más frecuentes como parasitismo intestinal, infección urinaria, etc. En realidad la niña púber suele oponer reparo a dicho examen que debe ser vencido con gentileza y paciencia. A veces es preciso el examen bajo anestesia. En nuestro medio el examen ginecológico se practicó en el 54,5% de las pacientes y siempre fue negativo (no incluyó tacto vaginal).

En las enfermas que hubo participación de ambos ovarios la palpación abdominal no permitió detectarla.

El tacto rectal se practicó sólo al 77,2% de las pacientes y fue positivo en el 82,4% de las veces. De gran valor, sobre todo en quistes de pequeño tamaño que hubieran escapado a otro tipo de exploración.

A todas las pacientes de la raza negra se les practicó este examen; sus resultados fueron siempre positivos. En términos generales se practica menos a la niña mayor, excepto si media la impresión de apendicitis aguda (cuadro V).

CUADRO V
EXAMEN FISICO

	Casos	%
Palpación abdominal		
Dolor	13	59,0
Tumor	10	45,4
Descompresión brusca		
Positiva	3	13,6
Examen ginecológico		
Positivo	0	00,0
Temperatura axilar y rectal		
Fiebre	4	18,1
Tacto rectal		
Positivo	14	63,6

Un tercio de los pacientes a los que no se les practicó tacto rectal ya tenían palpación abdominal positiva de tumor,

pero los otros dos tercios fueron al salón con diagnóstico erróneo.

Este paralelismo: ausencia de tacto rectal-diagnóstico erróneo, se repite en la casuística extranjera.^{5,6}

Hubo pacientes en los que el tacto rectal fue negativo, a pesar de la existencia de un quiste gigante. Atribuible al hecho de que éste se encajó en porciones superiores de la pelvis haciéndose inasequible al tacto.

Tampoco entre nosotros el tacto rectal permitió diagnosticar los casos de bilateralidad (cuadro VI).

En el 81,8% de los pacientes, el tumor ovárico fue impresión diagnóstica (única posibilidad 54,5%; primera, pero no única 18,2%; secundaria 9,1%) desde los primeros momentos. El segundo lugar lo ocupó la apendicitis aguda. En total se manejaron 14 patologías ajenas al ovario. En la casuística de la literatura extranjera^{2,3,5,6} revisada por nosotros excluyen con mucha mayor frecuencia la patología del ovario como impresión diagnóstica (ID) en estos pacientes.

Es obvio que la ID está muy relacionada con el momento de emisión de la misma.

No existe cuadro clínico propio de quiste ovárico (cuadro VII, figura 2).

La placa simple de abdomen, en contraste con lo informado en el extranjero,^{2,3,5,6,7,8} siempre fue negativa; no se detectó tejido dentario, óseo, etc. La pelvineumografía, de gran valor diagnóstico, fue poco utilizada —13,6%—. El urograma excretor fue muy utilizado 22,7%.

A dos pacientes (9,1%) se les practicó laparoscopia, lo que creemos pudo obviarse con mejor exploración clínica y complementarios selectivos (cuadro VIII).

Tuvimos un 22,7% de diagnóstico preoperatorio erróneo, pues se planteó apendicitis aguda en niñas mayores con quiste dermoide derecho torcido; un 9,1% de diagnóstico dudoso, donde se

CUADRO VI
RELACION ENTRE TAMAÑO DEL QUISTE Y LA
EXPLORACION

(Sólo dieciocho fueron medidos)

No. de casos	Diámetros en cm	Palpación abdominal	Tacto rectal
1	15×10×10	positiva	positivo
2	13× ×	positiva	positivo
3	12×10× 6	negativa	negativo*
4	12×10×	positiva	positivo
5	10× 9× 7	positiva	positivo
6	10× 8× 8	positiva	positivo
7	10× 8× 7	negativa	no se realizó
8	10× 8× 6	negativa	no se realizó
9	10× 6× 6	positiva	no se realizó
10	10× 2× 1**	positiva	positivo
11	9× 6× 6	positiva	no se realizó
12	8× 7× 4	negativa	positivo
13	8× 6× 6	negativa	positivo
14	8× 6× 6	negativa	positivo
15	8× 6× 6	negativa	positivo
16	7× 6× 4	negativa	positivo
17	6× 4× 3	negativa	positivo
18	18× 6× 3	negativa	no se realizó

* En este paciente la exploración abdominal fue muy dolorosa lo que propició su negatividad. Posiblemente el quiste se encajó arriba lo que impidió su tactación rectal.

** Quiste puncionado por el radiólogo (?).

planteó "tumor abdominal" en lactantes que tenían tumor palpable y tránsito intestinal más urograma normales.

Nuestro error diagnóstico preoperatorio absoluto fue 31,8 y es a la vez el más bajo encontrado en la literatura revisada.^{2,3,4,5,6,7,8,9,10,11} En otros medios factores de error diagnósticos fueron los mismos que en el nuestro. Siempre que el diagnóstico preoperatorio erróneo fue apendicitis aguda concurren los siguientes factores (cuadro IX, figura 3).

- Niña mayor de diez años.
- Dolor abdominal agudo, vómitos, fiebre
- Exploración dolorosa en fosa iliaca derecha

—Tacto rectal no practicado o negativo

—Placa simple de abdomen negativa

—Torsión del pedículo

El ovario izquierdo y el derecho fueron afectados con igual frecuencia: cuando ambos están involucrados el quiste es de la misma variedad histológica. Hubo bilateralidad en el 28% de los casos, siempre en niñas mayores (¿factor tiempo?) todo lo cual coincide con lo informado por la literatura extranjera.^{3,5,6,12}

El ovario izquierdo fue el afectado en el 80% de las pacientes de la raza negra: el quiste simple siempre afectó este lado y esta raza.



Figura 2. Afecciones no ováricas manejadas en pacientes con quiste ovárico, como impresión diagnóstica, por nosotros y otros autores (en mayúscula las coincidentes).

CUADRO VII

IMPRESION DIAGNOSTICA

No.	Casos	%
1	Tumor de ovario	12 54,5
2	O. ovárico torcido	6 27,2
3	Apendicitis aguda	6 27,2
4	Divertículo de Meckel	2 9,1
5	Hematocolpo	2 9,1
6	Linfosarcoma	2 9,1
7	Infección urinaria	1 4,5
8	Adenitis mesentérica	1 4,5
9	Quiste mesentérico	1 4,5
10	Hidrometrocolpo	1 4,5
11	Neuroblastoma	1 4,5
12	Tumor de Wilms	1 4,5
13	Plastrón apendicular	1 4,5
14	Duplicidad digestiva	1 4,5
15	Ingesta	1 4,5
16	Globo vesical	1 4,5

El ovario derecho fue el afectado, siempre que se planteó apendicitis aguda (cuadro X).

El volumen del quiste es determinante en las manifestaciones clínicas, complicaciones, proceder, etc. Los de gran tamaño o fueron ya motivo de consulta

CUADRO VIII

INVESTIGACIONES COMPLEMENTARIAS

	Casos	%
Radiografía de abdomen simple	16	72,7
Radiografía de tórax simple	15	68,1
Urograma excretor	5	22,7
Pelvineumografía	3	13,6
Tránsito intestinal	2	9,1
Laparoscopia	2	9,1
Examen óseo	1	4,5

o siempre se palparon por vía abdominal o rectal. A la mayoría de los pacientes con quiste de gran tamaño se les practicó la intervención en frío; igualmente las manifestaciones extragenitales (tracto urinario, vías digestivas, etc.) fueron producto de la compresión del quiste gigante. También el quiste grande se tuerce con menor frecuencia.

En los quistes pequeños se produce el mayor número de torsiones y su tacción es más difícil, ya sea por vía abdominal, rectal o por ambas. Y lógicamente son los que propician el error diagnóstico.

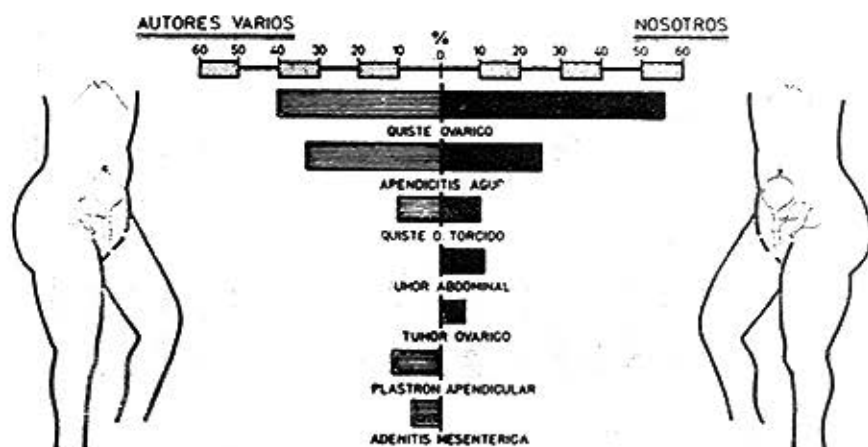


Figura 3. Diagnóstico preoperatorio. Comparativo con otros medios.

CUADRO IX

DIAGNOSTICO PREOPERATORIO

	Casos	%
Quiste ovárico	12	54,4
Apendicitis aguda	5	22,7
Quiste ovárico torcido	2	9,1
Tumor abdominal	2	9,1
Tumor de ovario	1	4,5

Hubo un 83% de torsión entre pequeños quistes; un 66% entre medianos y un 33% entre los grandes (cuadro XI).

La variedad histológica del quiste no parece influir en las manifestaciones clínicas, evolución, etc.

El teratoma es el tumor ovárico más frecuente, casi siempre quístico y benigno (alrededor del 60%) y su incidencia en nuestro medio es en niñas mayores.

Los quistes no neoplásicos, foliculares, luteínicos o simples, son los segundos en frecuencia. Entre nosotros el quiste folicular incidió algo más en niñas mayores.

Entre los quistes dermoides hubo un 33% de bilateralidad y sólo un 17% entre los quistes foliculares.

CUADRO X

OVARIO AFECTADO

Lado	Casos	%
(D) Derecho	9	40,9
(I) Izquierdo	7	31,8
(Di) Derecho-izquierdo	2	9,1
(Id) Izquierdo-derecho	4	18,1

La inmensa mayoría de los tumores no funcionantes de ovario son benignos. El quiste maligno primitivo es extremadamente raro (cuadro XII, figuras 4, 5 y 6).

Entre nosotros la torsión se produjo en el 56% de quistes foliculares; en el 54% de quistes dermoides; en el 50% de quistes simples. En otros medios el dermoide aporta el mayor número de torsiones absolutas y relativas. Se dice que el gran peso relativo propicia la torsión y el gran tamaño se opone a ella (cuadros XIII, XIV).

El 47% de los quistes torcidos habían tenido crisis dolorosas abdominales recurrentes. Lo que hace suponer que en cerca de la mitad de estos pacientes se pudo prevenir esta complicación.

CUADRO XI
NUESTRA CLASIFICACION SEGUN VOLUMEN
RELACION CON LA EXPLORACION Y OTROS PARAMETROS

	Diámetros en cm	Edad del caso	Variedad histológica	Lado	Palpación abdominal	Tacto rectal	Torsión
Grandes	15×10×10	10 años	Dermoide	Id	Positiva	Positivo	No
	13× ×	12 años	Simple	Id	Positiva	Positivo	No
	12×10×6	11 años	Dermoide	D	Negativa	Negativo	Sí
	12×10×	18 meses	Dermoide	D	Positiva	Positivo	No
	10× 9×7	11 años	Dermoide	Di	Positiva	Positivo	No
	10× 8×8	13 años	Folicular	Id	Positiva	Positivo	Sí
Medianos	10× 8×7	10 años	Dermoide	D	Negativa	No realiz.	Sí
	10× 8×6	12 años	Dermoide	D	Negativa	No realiz.	Sí
	10× 6×6	17 meses	Dermoide	I	Positiva	No realiz.	No
	10× 2×1	9 años	Dermoide	I	Positiva	Positivo	Sí
	9× 6×6	5 años	Dermoide	D	Positiva	No realiz.	No
	8× 7×4	7 años	Dermoide	I	Negativa	Positivo	Sí
Pequeños	8× 6×6	8 años	Dermoide	D	Negativa	Positivo	Sí
	8× 6×6	9 años	Folicular	I	Negativa	Positivo	No
	8× 6×6	9 años	Dermoide	I	Negativa	Positivo	Sí
	7× 6×4	11 años	Folicular	I	Negativa	Positivo	Sí
	6× 4×3	10 años	Folicular	D	Negativa	Positivo	Sí
	6× 3×	11 años	Folicular	D	Negativa	No realiz.	Sí

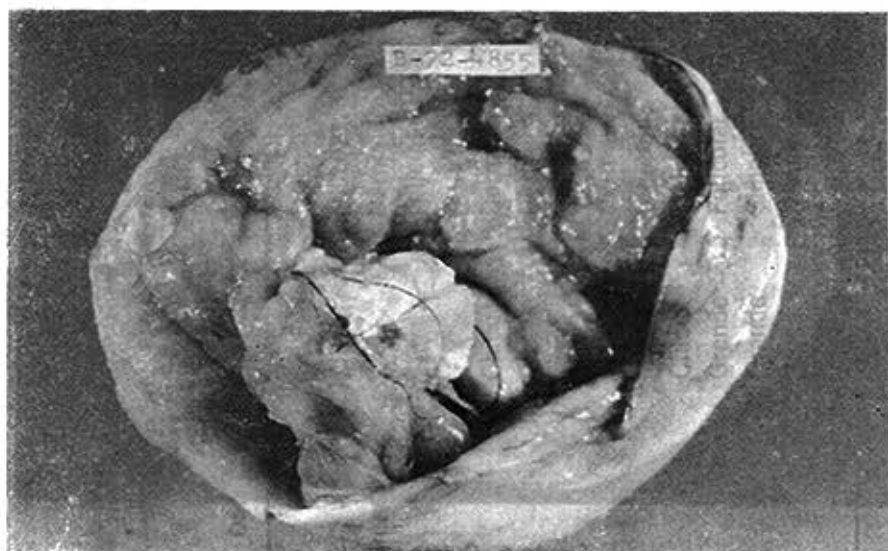


Figura 4. Quieste dermoide.

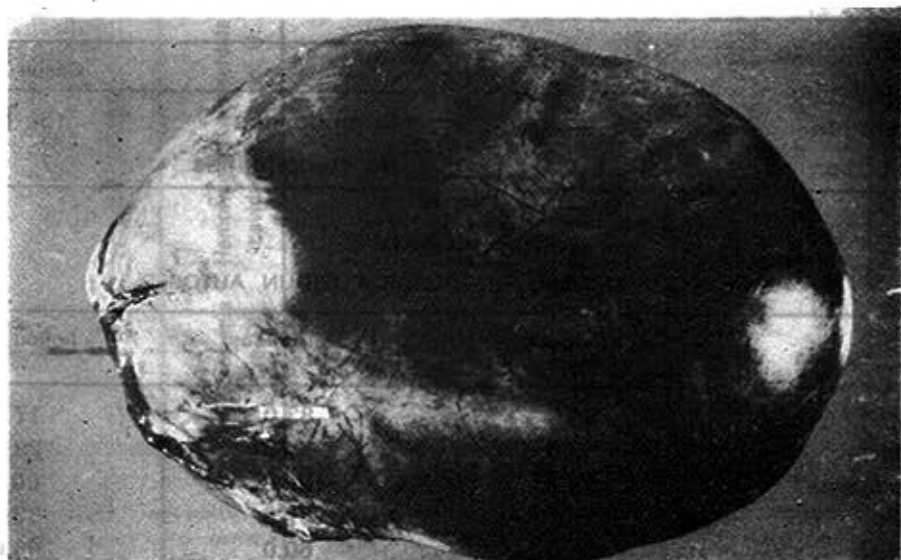


Figura 5. Quieste folicular.

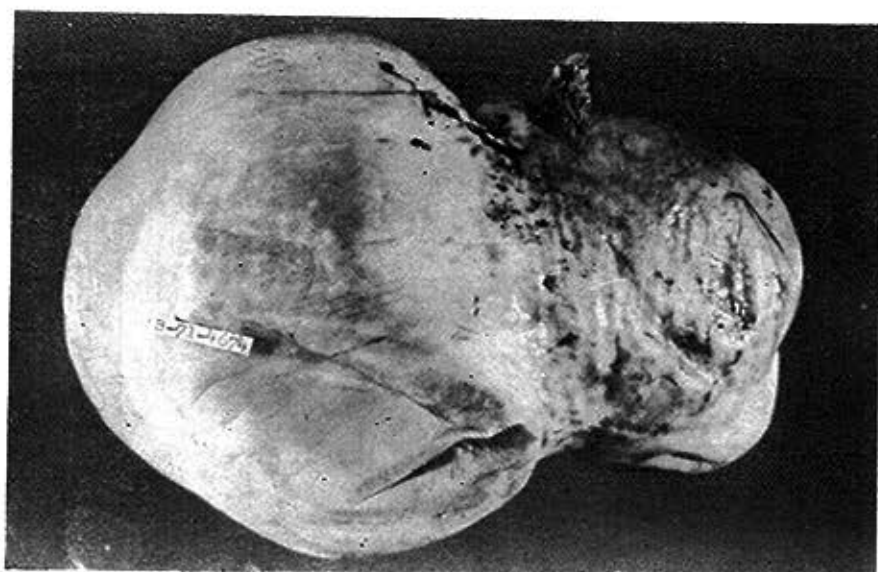


Figura 6. Quiste simple.

CUADRO XII

HISTOLOGIA

	Casos	%
Quiste dermoide	13	61,0
Quiste folicular	6	30,0
Quiste simple	2	9,0
Sin recibirse	1	

CUADRO XIII

COMPLICACIONES

	Casos	%
Complicados	15	68,2
No complicados	7	31,8

CUADRO XIV

TORSIÓN Y VARIEDAD HISTOLOGICA SEGUN AUTORES

Autores	Torsiones %	Dermoides %	Foliculares %
<i>Boles</i>	50,0	83,0	17,0
<i>Costin</i>	50,0	71,0	29,0
<i>Garfinkel</i>	53,7	100,0	00,0
<i>Reis</i>	17,1	67,0	33,0
<i>Smith</i>	52,0	60,0	40,0
<i>Thatcher</i>	44,1	60,0	40,0
<i>Marshall</i>	12,0	no discrimina entre ambas variedades	
<i>Nosotros</i>	59,0	63,0	37,0

CUADRO XV
COMPLICACIONES. SU RELACION CON OTROS PARAMETROS

Caso	Torsión	Hemorragia intra O.	Hemorragia cavidad	Necrosis del O.	Material (No sang.) Cavidad	Otros	Tamaño del O.	Variedad	Lado
1	Sí	Sí					Mediano	Dermoide	D
2	Sí			Sí			Chico	Folicular	D
3						Hidronefros.	?	Dermoide	Id
5	Sí		100 ml				Chico	Folicular	D
6	Si		Abund.				?	?	Di
7	Sí		80 ml				Chico	Dermoide	I
8	Si						Grande	Dermoide	D
9	Sí		80 ml		?		?	Simple	I
12	Si						Mediano	Dermoide	D
14	Sí						Mediano	Dermoide	I
17	Sí	Sí					Chico	Folicular	I
18	Sí		Abund.				Grande	Folicular	Id
19					Seroso		Grande	Simple	Id
21	Si		Abund.				Chico	Dermoide	D
22	Sí			Sí			Mediano	Dermoide	I

La torsión se produce con mucho mayor frecuencia en niñas (50-60%) que en mujeres (11-21%) siendo propiciada por:

- Largo pedículo
- Ovario abdominal
- Pequeño tamaño del quiste
- Gran peso
- Movimientos, ejercicios, etc.

La torsión es la más frecuente complicación del quiste ovárico y se acompaña siempre de dolor abdominal agudo, vómitos, fiebre, etc. (cuadro XV).

En recién nacidos, donde casi todos los tumores no son neoplásicos, se sugiere extirpar el quiste dejando parénquima funcionante.

En la infancia y adolescencia es la ovariectomía unilateral el proceder de elección.

En tumor funcionante algunos autores recomiendan el riesgo calculado de ovariectomía unilateral si no existen indicios de afectación fuera del ovario.

CONCLUSIONES

El tumor de ovario es infrecuente, pero no raro, con gran predominio del quiste.

Existen dos "picos" de incidencia en grupos de edad.

En todos los medios ocurre el error diagnóstico con la apendicitis aguda en pacientes con torsión del pedículo ovárico; casi siempre en niñas mayores con exploración incompleta.

El dolor abdominal recurrente en pacientes con quiste ovárico parece deberse a torsiones parciales o incompletas.

La torsión se produce en más de la mitad de los enfermos con quiste ovárico, sobre todo, de gran peso y mediano tamaño.

Puede reducirse la intervención de urgencia si se tiene presente este diagnóstico.

No debe faltar la exploración ginecológica y el tacto rectal cuando la niña presenta dolor abdominal, sobre todo cuando se han descartado patologías más frecuentes.

SUMMARY

Solá Hernández, A., et al. *Ovarian cyst in infantile patients. Report of 22 cases.* Rev Cub Ped 48: 4, 1976.

Medical literature on ovarian cyst is reviewed. Twenty-two girls admitted to two pediatric hospitals are studied. Clinical aspects are fundamentally analyzed, and the causes of erroneous preoperative diagnosis are stressed. The need of a selective exploration when lower abdominal pain exists, mainly if other more frequent diseases have been discarded is pointed out. Emphasis is made on the frequency of torsion, and factors propitiating it are analyzed. Results are compared with those appeared in several foreign publications.

RESUME

Solá Hernández, A. et al. *Kyste ovarien chez des patientes infantiles. Révision de 22 cas.* Rev Cub Ped 48: 4, 1976.

La littérature médicale est révisée à propos du kyste de l'ovaire. Vingt-deux cas hospitalisés dans deux hôpitaux pédiatriques sont étudiés: leurs composants cliniques sont analysés, et les causes de diagnostic préopératoire erroné sont soulignées. On signale le besoin d'exploration sélective, quand il y a douleur abdominale basse, surtout si d'autres maladies plus fréquentes ont été écartées. On signale la fréquence de torsion, et les facteurs qui la rendent propice sont analysés. On établit la comparaison avec des publications étrangères.

РЕЗЮМЕ

Сота Эрнандез ., и др. Киста яичника у детских пациентов. Рассмотрение 22 случая. Rev Cub Ped 48:4, 1976.

Рассмотрели медицинскую литературу о кисте яичника. Изучили 22 случая, лежащих в двух педиатрических стационарах; рассматриваются в основном их клинические компоненты и отмечаются ошибочные диагностические дооперационные причины. Указывается необходимость селективной диагностики 30 случаев боли низкой брюшки, особенно если были обнаружены другие более частые торсии и обсуждаются факторы по которым они возникли. Устанавливается совпадение с иностранными публикациями.

BIBLIOGRAFIA

1. Bullamonte, J. C. Large ovarian cyst in newborn child. Am J 55: 175-76, 1942.
2. Charache, H. Ovarian tumors in childhood. Arch Surg 79: 573, 4, 1959.
3. Boles, E. T., Jr. et al. Ovarian tumors and cyst in infants and children. Arch Surg 83: 112, 1961.
4. Costin, M. E.; R. Kennedy. Ovarian tumors in infants and in children. Am J Dis Child 76: 127, 1948.
5. Garfinkel, B. Teratomas and follicular cyst of the ovary in children. Am J Obstet Gynec 83: 1, 1962.
6. Reis, R. L.; C. E. Koop. Ovarian tumors in infants and children. J Pediat S. Louis, 60: 96, 1, 1962.
7. Botella, J. Tratado de ginecología. Vol. III, Ed. Científico Médica, 1965.
8. Gómez Barry, H. Patología. Tomo I, pp. 264. Instituto del Libro, 1969.
9. Gross, R. E. The surgery of infancy and childhood 497. Philadelphia W. B., Saunders Company, 1953.
10. Jones, H. W.; H. H. Richard. Pediatric and adolescent gynecology. Williams and Wilkins Co. Baltimore, 1966.
11. Longino, L. A.; L. W. Martin. Abdominal masses in the newborn infant. Pediatrics 21: 596-604, 1958.
12. Novak, E.; E. R. Novak. Textbook of gynecology. Baltimore Williams & Wilkins, Co. 1956.
13. Thatcher, D. S. Ovarian cyst and tumors in children. Surg Gynec Obstet (Chicago) 117: 477-483, 4, 1963.

Recibido el trabajo: junio 18, 1975.