

HOSPITAL PEDIATRICO DOCENTE PROVINCIAL "JOSE L. MIRANDA". SANTA CLARA.
VILLA CLARA

Incidencia de quistes y tumores del ovario en nuestro medio. Revisión de 10 años

*Dr. Carlos Martínez García**

*Dra. Omalda Mendoza Navarro***

*Dr. Rafael López Sánchez****

Martínez García, C. y otros: *Incidence de quistes y tumores del ovario en nuestro medio. Revisión de 10 años.*

Se revisan las historias clínicas de 32 pacientes que presentan quistes o tumores del ovario, y que son atendidas en nuestro servicio durante los años 1972-1982. Se expresa que la edad de mayor incidencia de estas afecciones fue por encima de los 11 años (53,2%), y que predominaron las pacientes de la raza blanca (78,2%). Se señala que el síntoma principal fue el dolor abdominal (78,2%), seguido por los vómitos (50,0%), y que el 65,6% de las pacientes tenían un tumor palpable. Se informa que el hallazgo más común en el urograma descendente resultó ser la compresión extrínseca de la vejiga (29,4%), y que el 25,0% de los casos fueron operados con el diagnóstico de apendicitis aguda. Se expresa que el teratoma dermoide quístico benigno resultó ser la entidad más frecuente con el 56,2% de los casos, y que hubo 3 disgerminomas, 2 teratocarcinomas y un linfoma de ovario, como tumoraciones malignas en nuestra serie.

INTRODUCCION

La primera coforectomía que se realizó en niños, fue practicada por *Giraldes*, en 1866,¹ a una niña de 13 años. *Marion Sims*, en 1883, intervino a una niña de 11 años que presentaba un gigantesco quiste de 27,5 kg de peso. En 1942, *Bulfamonte* publica un trabajo acerca de una recién nacida con un gran quiste ovárico; en 1945, *Zeigler* describe un carcinoma ovárico bilateral, en examen necrópsico practicado a un feto.²

El ovario es la más frecuente localización de formaciones tumorales en el aparato genital, en los grupos de edad pediátricos.^{1,2} Los tumores malignos del ovario representan el 1% de todos los tumores malignos en

* Especialista de I Grado en Cirugía Pediátrica.

** Especialista de I Grado en Pediatría.

*** Especialista de I Grado en Cirugía Pediátrica. Profesor Titular.

niños menores de un año. En general, los quistes y tumores del ovario representan alrededor del 1% del total de tumores informados en edades pediátricas, y de ellos, aproximadamente, el 60% son quísticos.

La Organización Mundial de la Salud, clasifica los tumores del ovario, desde el punto de vista histológico, en 9 grupos mayores y 26 subgrupos; para señalar los estadios clínicos se utiliza con gran frecuencia la clasificación de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia.³

El tumor o quiste de ovario puede enmascarse o presentarse con los caracteres semiológicos de otras entidades más comunes en niños, como parasitismo intestinal, sepsis urinaria, trastornos menstruales, etcétera, y por el hecho de no considerarse una entidad frecuente o por lo menos tenerse poco presente, suele excluirse de los planteamientos diagnósticos, y no son pocas las veces que nos enfrentamos a su complicación: la torsión, donde aún mostrándose como un abdomen agudo quirúrgico, vemos repetirse la marginación de este diagnóstico.

MATERIAL Y METODO

Se revisan las historias clínicas de 32 pacientes que presentan quistes o tumores del ovario, las que son atendidas en el Servicio de Cirugía del Hospital Pediátrico Docente Provincial "José Luis Miranda", en Santa Clara, Villa Clara, durante los años 1972-1982, y se analiza en ellos: edad; raza; sintomatología; complementarios realizados; diagnóstico preoperatorio; operación realizada; ovario afectado; diagnóstico anatomopatológico y mortalidad.

RESULTADOS Y DISCUSION

El 53,2% de nuestras pacientes tenían edades entre 11-14 años, y le seguía en orden de frecuencia el grupo de 6-10 años con el 37,5% y el grupo de 1-5 años con el 9,3%; no tuvimos pacientes menores de 1 año en nuestra serie (tabla 1). En la serie de *Solá Hernández*,³ la mayor incidencia de pacientes la informa en el grupo de 6-10 años con el 45,4%. Nuestros resultados en este aspecto coinciden con las series de *Norris*⁴ y *Junaid*.⁵

Predominaron las pacientes de la raza blanca, las que representaron el 78,2%, siguiéndole la raza negra (15,6%) y la mestiza (6,2%) (tabla 2). En la serie de *Solá*, las pacientes de la raza blanca tuvieron una participación porcentual de 77,2, similar a la nuestra y las de la raza negra un porcentaje ligeramente superior: 22,8%.

En la tabla 3 representamos el motivo de consulta de nuestras pacientes, y el dolor abdominal es el síntoma más frecuente, al estar presente en el 78,2% de ellas. La mitad de las pacientes analizadas presentaron vómitos como parte de una serie de síntomas y la fiebre estuvo presente en el 28,1%.

Tabla 1. *Quistes y tumores del ovario en la infancia. Presentación de 32 casos.*

Distribución de pacientes según grupos etarios	No.	%
1 año	—	—
1-5 años	3	9,3
6-10 años	12	37,5
4-14 años	17	53,2
Total	32	100,0

Fuente: Historias clínicas.

Tabla 2. *Quistes y tumores del ovario en la infancia. Presentación de 32 casos*

Distribución de pacientes según la raza	No.	%
Blanca	25	78,2
Negra	5	15,6
Mestiza	2	6,2
Total	32	100,0

Fuente: Historias clínicas.

Tabla 3. *Quistes y tumores del ovario en la infancia. Presentación de 32 casos*

Motivo de consulta	Casos	%
Dolor abdominal	25	78,2
Vómitos	16	50,0
Fiebre	9	28,1
Disuria	3	9,3
Distensión abdominal	1	3,1
Constipación	1	3,1

Fuente: Historias clínicas.

Incidieron en menor grado la disuria (9,3%), así como la distensión abdominal y la constipación (3,1% respectivamente). Todos los autores coinciden en señalar que el dolor abdominal es el síntoma más frecuente con el cual concurren las niñas mayores, mientras que la masa abdominal visible o palpable lo es en las niñas de corta edad. La incidencia del dolor abdominal se informa, generalmente, alrededor del 80%, siguiéndole en frecuencia los vómitos; más del 75% de las pacientes muestran dos o más síntomas o signos evidentes. En nuestra serie no se consigna en las historias clínicas revisadas la observación o palpación previa de una masa tumoral por parte de los familiares o la paciente misma, por lo que éste no se expresa como el motivo principal de consulta.

En la tabla 4 se muestran los hallazgos al examen físico. El tumor abdominal palpable estuvo presente en el 65,6% de los casos, aunque hemos señalado que éste no fue el motivo principal de consulta en ninguna de nuestras pacientes. El 78,2% de los casos mostraron un abdomen doloroso a la palpación. El tacto rectal fue positivo en el 34,3% de las pacientes, ya que éste sólo se realizó en 14 de los 32 casos estudiados

Tabla 4. *Quistes y tumores del ovario en la infancia. Presentación de 32 casos*

Examen físico	Casos	%
Palpación abdominal dolorosa	25	78,2
Tumor palpable	21	65,6
Tacto rectal positivo	11	34,3
Blumberg +	8	25,0

Fuente: Historias clínicas.

Tabla 5. *Quistes y tumores del ovario en la infancia. Presentación de 32 casos*

Resultado de rayos X de abdomen simple	No.	%
Radiopacidad en hipogastrio	8	40,0
Calcificaciones	3	15,0
Distensión de asas	1	5,0
Normal	8	40,0
Total	20	100,0

Fuente: Historias clínicas.

(43,7%). El 25,0% de las pacientes mostró signos de irritación peritoneal. En la serie de Solá el 30% de los casos se consultó por un tumor abdominal palpable y en el 15% fue palpado por el médico y no referido por el familiar, lo que hace el 45%; en dicha serie el tacto rectal fue practicado al 77,2% de los casos y fue positivo en el 72,4% de ellos; nuestros resultados en este sentido hubieran sido mejores de haberse practicado el tacto rectal a la totalidad o la mayoría de las pacientes atendidas. Este examen es de gran valor, sobre todo en quistes de pequeño tamaño, ya que pueden escapar a la palpación abdominal.

En la tabla 5 se expresan los hallazgos encontrados en la radiografía simple de abdomen, examen que fue realizado en 20 de las 32 pacientes para el 62,5%. La radiopacidad en el hipogastrio fue el signo más común, presente en el 40%; se constataron calcificaciones en el 15% e igual porcentaje mostró distensión de asas intestinales.

Se realizó urograma descendente a 17 de los 32 casos estudiados (53,1%). En el 35,3% de ellos este examen fue normal. El hallazgo más frecuentemente encontrado fue la compresión extrínseca de la vejiga presente en el 29,4%. Se comprobó desplazamiento del uréter derecho más

Tabla 6. Quistes y tumores del ovario en la infancia. Presentación de 32 casos

Resultados del urograma descendente	Casos	%
Compresión de vejiga	5	29,4
Desplazamiento de uréter derecho y compresión de vejiga	3	17,6
Desplazamiento de uréter izquierdo y compresión de vejiga	2	11,8
Dilatación del uréter derecho	1	5,9
Normal	6	35,3
Total	17	100,0

Fuente: Historias clínicas.

Tabla 7. Quistes y tumores del ovario en la infancia. Presentación de 32 casos

Diagnóstico preoperatorio	Casos	%
Quiste del ovario	12	37,5
Apendicitis aguda	8	25,0
Teratoma del ovario	6	18,8
Tumor ginecológico benigno	2	6,25
Quiste de ovario torcido	2	6,25
Tumor abdominal benigno	1	3,1
Quiste ovárico roto (laparoscopia)	1	3,1
Total	32	100,0

Fuente: Historias clínicas.

compresión de la vejiga en el 17,6%, y ocurrió lo mismo pero en el lado izquierdo en el 11,8% de los casos. Sólo una paciente mostró dilatación del uréter por la compresión del tumor (tabla 4). Nuestros resultados en este sentido son similares a los de los autores revisados.

El diagnóstico preoperatorio ha sido reflejado en la tabla 4. Tuvimos el 25% de casos en que se planteó una apendicitis aguda, que constituye el error diagnóstico más frecuente en relación con el tumor del ovario, según opinión generalizada de los distintos autores. En la serie de *Solá Hernández*, el diagnóstico erróneo de apendicitis aguda se presentó en el 22,7% de sus casos. En general, se señala que condicionan este planteamiento erróneo el siguiente cuadro clínico: niña mayor de 10 años; dolor abdominal; vómitos; fiebre; exploración dolorosa en fosa ilíaca derecha; tacto rectal no practicado, dudoso o negativo de tumor ginecológico. Se planteó un quiste de ovario en el 37,5% de los casos. En el 18,8% se pensó en teratoma de ovario, con el diagnóstico de tumor ginecológico benigno se operó el 6,25% de los casos. Se planteó un quiste ovárico torcido en igual porcentaje. Se hizo el diagnóstico laparoscópico del quiste

ovárico roto en un caso, y otro se operó con el diagnóstico de tumor abdominal benigno. *Bukhny*⁶ señala que las principales causas de error en el preoperatorio se basan en una palpación insuficientemente cuidadosa o fallo en la palpación bimanual mediante el tacto rectal.

En la tabla 8 se expresa la operación practicada a nuestras pacientes, y la anexectomía derecha con apendicectomía fue el proceder más comúnmente realizado (34,4%). Se realizó anexectomía izquierda y apendicectomía en el 18,8% de los casos y con igual por ciento se hizo anexectomía derecha solamente; igual proceder pero en el lado izquierdo se realizó en el 15,6%.

Tabla 8. Quistes y tumores del ovario en la infancia. Presentación de 32 casos

Operación realizada	Casos	%
Anexectomía derecha y apendicectomía	11	34,4
Anexectomía izquierda y apendicectomía	6	18,8
Anexectomía derecha	6	18,8
Anexectomía izquierda	5	15,6
Ooforectomía derecha	1	3,1
Exéresis del quiste y apendicectomía	1	3,1
Ooforectomía bilateral y resección de asa ileal	1	3,1
Anexectomía bilateral	1	3,1
Total	32	100,0

Fuente: Historias clínicas.

El ovario afectado por excelencia fue el derecho (62,5%). El ovario izquierdo se vio afectado por el 34,4% y hubo afectación bilateral en el 3,1% (tabla 9). En la serie de *Solá Hernández* se informa afectación similar para ambos ovarios y su porcentaje de bilateralidad es muy superior al nuestro (28% contra 3,1%). Todas estas pacientes con lesión bilateral eran niñas mayores, lo cual coincide con lo informado al respecto en la literatura mundial revisada.^{7,8}

En la tabla 10 se recoge el diagnóstico definitivo de nuestras pacientes. El 56,3% correspondió al teratoma dermoide quístico benigno; el 15,6% al quiste simple torcido; el 9,4% al disgerminoma de ovario; el 6,3% al teratocarcinoma; al linfoma ovárico, al quiste folicular, al cistadenoma papilar benigno y al quiste paraovárico derecho les correspondió el 3,1% respectivamente. Todos los autores coinciden en señalar que el teratoma es el tumor ovárico más frecuente, casi siempre de tipo quístico y benigno, señalándosele una participación porcentual de 60 en las diferentes series. Nuestros resultados son similares a los de *Breen*,⁷ que informa el 57,4% de teratomas maduros en su estudio; *Norris* (citado por *Solá Hernández*)³ informa en su serie el 24,5% de disgerminomas, y *Breen*⁷ el 16,4%, aunque este porcentaje ha sido calculado sobre la base del total de tumores de células germinales, mientras que nuestros resultados al respecto han sido calculados sobre la base del total general. En Nigeria⁵ predominan los linfomas de tipo Burkitt; los teratomas dermoides representan el 15,5% y los disgerminomas, el 3,2%.

Tuvimos 3 fallecidos en nuestra serie, todos por tumores malignos: linfoma, teratocarcinoma y disgerminoma.

Tabla 9. *Quistes y tumores del ovario en la infancia. Presentación de 32 casos*

Lado afectado	Casos	%
Derecho	20	62,5
Izquierdo	11	34,4
Bilateral	1	3,1
Total	32	100,0

Fuente Historias clínicas

Tabla 10. *Quistes y tumores del ovario en la infancia. Presentación de 32 casos*

Diagnóstico al egreso	Casos	%
Teratoma dermoide quístico benigno	18	56,3
Quiste simple torcido	5	15,6
Disgerminoma de ovario	3	9,4
Teratocarcinoma de ovario	2	6,3
Quiste folicular	1	3,1
Linfoma de ovario	1	3,1
Cistadenoma papilar	1	3,1
Quiste paraovárico derecho	1	3,1
Total	32	100,0

CONCLUSIONES

1. Los quistes y tumores del ovario en la infancia son más frecuentes en la niña mayor.
2. El dolor abdominal es el síntoma de presentación más frecuente en esta afección, y su asociación con vómitos y fiebre condicionan que sea la apendicitis aguda el principal diagnóstico erróneo en estas pacientes.
3. El tumor abdominal palpable o visible es un hallazgo frecuente en esta afección, por lo que debe interrogarse o buscarse siempre en una niña mayor con dolor abdominal.
4. El tacto rectal es un examen de gran valor, sobre todo para detectar quistes o tumores ováricos pequeños, por lo que no debe faltar en el examen físico de estas pacientes.
5. El teratoma dermoide quístico benigno es la principal afección del ovario en la infancia, la cual representa en nuestra serie más de la mitad de los casos estudiados.

Agradecimiento

Queremos reconocer por este medio la valiosa colaboración prestada en la realización de este trabajo a la alumna Carmen Mesa González, la cual cursa el quinto año de Medicina en el Instituto Superior de Ciencias Médicas de Villa Clara.

SUMMARY

Martínez García, C. et al. *Incidence of ovarian cysts and tumors. Ten year review.*

The clinical histories of 32 patients presenting ovarian cysts or tumors, assisted at our service during 1972-1982, are reviewed. Age of higher incidence of these affections was over 11 years (53,2%), prevailing white patients (78,2%). Main symptom was abdominal pain (78,2%), followed by vomits (50,0%), and 65,6% of the patients presented palpable tumor. It is reported that the most current finding in descending urogram was extrinsic compression of the bladder (29,4%) and 25,0% of the cases were submitted to surgery with diagnosis of acute appendicitis. Benign dermoid cystic teratoma was the most frequent entity found, accounting for 56,2% of the cases, and as malignant tumors there was three dysgerminomas, two teratocarcinomas and one ovarian lymphoma in our series.

RÉSUMÉ

Martínez García, C. et al.: *Incidence de kystes et de tumeurs de l'ovaire dans notre milieu. Revue de 10 années.*

Une revue est faite des dossiers de 32 malades qui présentent des kystes ou des tumeurs de l'ovaire, et qui sont traitées dans notre service au cours des années 1972-1982. L'âge où l'incidence de ces affections a été plus élevée a été supérieur à 11 ans (53,2%); il y a eu une prédominance des malades de la race blanche (78,2%). Le symptôme le plus fréquent a été la douleur abdominale (78,2%), suivi par les vomissements (50,0%); 65,6% des malades avaient une tumeur palpable. La trouvaille la plus commune dans l'urogramme descendant a été la compression extrinsèque de la vessie (29,4%); 25,0% des cas ont été opérés avec le diagnostic d'appendicite aiguë. Le tératome dermoïde kystique bénin a été l'entité la plus fréquente (56,2% des cas); il y a eu aussi 3 dysgerminomes, 2 tératocarcinomes et un lymphome de l'ovaire, comme tumeurs malignes dans cette série.

BIBLIOGRAFIA

1. Welch, K. J.: Ovarian Cysts and Tumors. Pediatric Surgery. Third ed. Vol. II. Philadelphia. Year Book Medical Publishers Inc., 1979 Pp. 1437-1451.
2. Nelson, W. E. y otros: Tumores del ovario en la infancia. Tratado de pediatría. 6ta. ed. Tomo II. Salvat Editores, S.A. Pp. 1502-1505.
3. Solá Hernández, A.: Quistes ováricos en pacientes infantiles. Rev Cub Ped 48(4): 403-417, 1976.
4. Norris, H. J.; R. D. Jenses: Relative frequency of ovarian neoplasm in children and adolescents. Cancer 30: 3, 713-719, 1972.
5. Junaid, T. A. et al.: Ovarian neoplasm in children and adolescents in Abadan, Nigeria. Cancer 47(3): 610-614, Feb., 1981.
6. Bukhny, A. F.; V. I. Zolotova: Abdominal syndrome and acute abdomen in tumors of the ovarian in children. Khirurgiia 10: 57-60, 1980.

7. *Breen, J. L.; W. S. Maxson: Ovarian tumors in children and adolescents. Clin Obstet Gynecol 20: 601-625, 1982.*
8. *Durnov, L. A.; V. F. Savnova: Treatment of malignant ovarian tumors in girls. Akush Ginekol 9: 26-28, Sept., 1981.*

Recibido: 29 de diciembre de 1984

Aprobado: 21 de enero de 1985

Dr. Carlos Martínez García
Villuendas No. 416
entre Síndico y Caridad
Santa Clara, Villa Clara
Cuba