

Conservación de la gónada en la exéresis de tumores benignos del ovario.

Dra. M.M. Bailez

Area de Cirugía General, Hospital de Pediatría "J.P. Garrahan", Buenos Aires, Argentina.

Resumen

Se presentan 4 pacientes con tumores benignos de ovario en los que se realizó la resección del tumor conservando la gónada. En tres de ellos eran tumores bilaterales habiendo sido sometidos previamente a ooforectomía unilateral dos pacientes. Con el uso de magnificación óptica y suturas con material delicado fue posible realizar la resección tumoral exclusiva, manteniendo la función hormonal y reproductiva de las pacientes.

La posibilidad de realizar el procedimiento depende del diagnóstico precoz, considerando que el dolor es el síntoma inicial más frecuente. La ecografía es fundamental para el diagnóstico y seguimiento post-operatorio.

Palabras clave: Tumor de ovario.

Summary

Benign ovarian tumors can safely be resected and the gonad preserved, provided an early diagnosis is made and a precise surgical technique is followed. Lower abdominal pain is often the first symptom and ultrasound is of utmost importance for appropriate diagnosis and for the postoperative follow up as well.

Using magnification and fine suture materials, the reconstruction of the ovary can preserve its endocrine and reproductive functions. Four patients with this type of approach are herein presented: bilateral tumors were present in three, whereas in two of these an oophorectomy had previously been made elsewhere. The remaining ovary was preserved in all of them.

Index words: Ovarian tumor.

Resumo

São apresentados 4 pacientes com tumores benignos do ovário nos quais foi realizada a ressecção do tumor com conservação da gônada. Três deles eram tumores bilaterais dos quais dois haviam sido submetidos previamente à ooforectomia unilateral. Com o uso de magnificação ótica e suturas com material delicado foi possível realizar a ressecção tumoral, conservando-se a gônada e mantendo a função hormonal e reprodutiva no paciente. A possibilidade de realizar este procedimento depende do diagnóstico precoce, considerando que a dor é o sintoma inicial mais frequente e que a ecografia é fundamental para o diagnóstico e seguimento pós-operatório.

Palavras chave: Tumor de ovário.

Introducción

Se presentan 4 pacientes con tumores benignos de ovario a quienes se efectuó "tumorectomía" con conservación del órgano. Esta técnica pudo utilizarse gracias al diagnóstico precoz y al uso de técnicas de magnificación.

Presentación de los casos

Caso 1- Paciente de 6 años de edad, que consulta por presentar sangrado vaginal. No hay datos po-

sitivos en su examen físico. Se constata el desarrollo de *Shigella* en cultivo de flujo vaginal (que podría justificar el sangrado) y se indica medicación antibiótica de acuerdo al antibiograma. En la ecografía ginecológica se describe una imagen heterogénea de 2 x 2 cm con calcificación en el ovario derecho. En la laparotomía exploradora se encuentra una formación de 3 x 2,5 cm, encapsulada, blanquecina en un polo del ovario derecho que se reseca en forma completa con cápsula indemne. Se sutura el lecho del parénquima con el uso de magnificación óptica y sutura reabsorbible monofilamento 7/0. El ovario contralateral es normal.

Anatomía patológica: teratoma maduro.

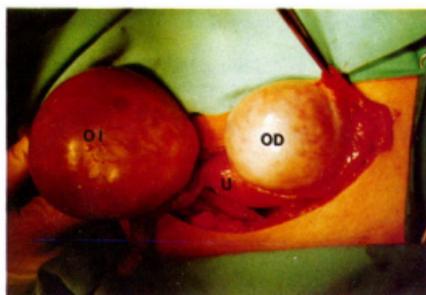
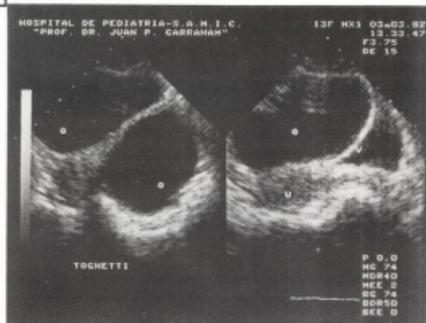


Fig. 1: caso 4; ecografía e intraoperatorio de un cistadenoma bilateral de ovario. Nótese el tamaño de ambos tumores. U: útero OD: ovario derecho OI: ovario izquierdo

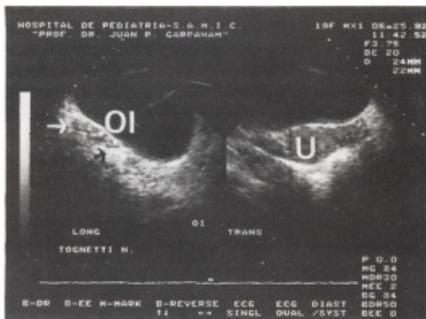
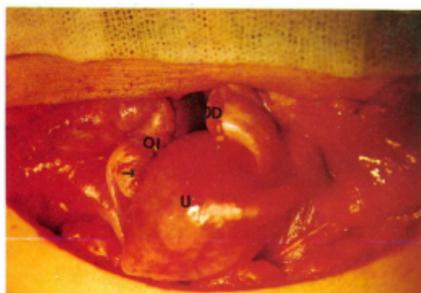


Fig. 2: aspecto de ambos ovarios luego de la resección del tumor y reconstrucción de las gónadas. la flecha muestra la línea de sutura.

Aspecto ecográfico del ovario izquierdo luego de 3 meses de la intervención.

U: útero OD: ovario derecho OI: ovario izquierdo

Evolución: seis meses después, las ecografías seriadas fueron normales.

Caso 2- Paciente de 12 años de edad con antecedente de una ooforectomía derecha por un teratoma maduro un año antes. Consulta por el hallazgo de una imagen quística compleja en el ovario contralateral durante una ecografía de control.

En la laparotomía se evidencia una formación de 7 cm de diámetro, que se reseca en forma completa y encapsulada.

Anatomía patológica: teratoma maduro.

Evolución: siete meses después, la paciente presenta menstruaciones regulares y ecografías de control sin hallazgos patológicos.

Caso 3- Paciente de 11 años de edad con el antecedente de una ooforectomía izquierda previa por un teratoma maduro 2 años atrás. En una ecografía de control se constata una imagen quística compleja en el ovario derecho. Se efectúa tumorectomía seguida de reconstrucción ovárica.

Anatomía patológica: teratoma maduro.

En su evolución de 8 meses no se constatan anomalías del ovario.



Fig. 3: plano de disección subcapsular que permite la resección completa del tumor.

Caso 4- Paciente de 14 años que consulta por presentar dolor pelviano e irregularidades menstruales de 6 meses de evolución. En la ecografía ginecológica se constata una formación quística simple de 4,5 cm en el ovario derecho. Se adopta conducta expectante con controles ecográficos y evaluación endócrina.

En una de las ecografías de control, 3 meses después, aparece una imagen quística simple de 8 cm en ovario izquierdo y un aumento del tamaño de la formación derecha que alcanza 6 cm (Fig. 1). Se decide realizar una laparotomía exploradora. Se resecan 2 formaciones quísticas de paredes finas (la izquierda de 12 cm y la derecha de 8 cm) y se reconstruye el parénquima residual (Fig. 2).

Anatomía patológica: cistadenoma seroso bilateral. Evolución: luego de 6 meses la paciente presenta menstruaciones regulares y ecografías de control sin anomalías.

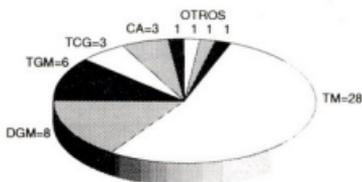


Fig. 4: clasificación de los tumores de ovario.
 TM: teratomas Mad = 28 DGM: disgerminomas = 8
 TGM: tumores germinales mixtos = 6
 CAS: cistadenomas serosos = 3 TCG: tumores de células de la granulosa = 3 Otros: 4

Discusión

Los teratomas maduros constituyen las neoplasias ováricas más frecuentes en la infancia y adolescencia (1-2-3). Clásicamente, el tratamiento quirúrgico de los mismos fue la ooforectomía (4). Teniendo en cuenta que se trata de tumores benignos, la ooforectomía constituiría un tratamiento demasiado agresivo (5). Es posible la resección completa del tumor y la reconstrucción del tejido ovárico preservado (6).

Los tumores de ovario en niñas son bilaterales en el 10% de los casos, por lo tanto es importante preservar la función hormonal y reproductiva (3-6-7).

Es posible conservar el parénquima ovárico en la resección de neoplasias benignas. Se logra un plano de disección cerca del hilo, resecando completamente el tumor encapsulado (Fig.3). Es conveniente el uso de magnificación óptica y material delicado para la reconstrucción. La superficie del ovario reconstruido se sutura con material monofilamento 7 y 8/0, lo que evita la producción de adherencias (8).

Desde octubre de 1987 hasta mayo de 1992, fueron asistidas en el Hospital Garrahan 52 pacientes con neoplasias de ovario. Veintiocho (53,8%) presentaron teratomas maduros (Fig. 4). Se realizó ooforectomía en veintitrés. El análisis retrospectivo de las piezas quirúrgicas mostró que sólo en dos de ellas se podría haber efectuado la resección tumoral con conservación del ovario; en el resto de las pacientes existían factores que lo impedían: infarto secundario a torsión y/o tamaño tumoral excesivo.

Se deduce la importancia del diagnóstico precoz: ninguna de las 4 pacientes presentó masa palpable en el momento inicial; la ecografía fue definitiva en todos los casos y de especial interés en el seguimiento de pacientes ooforectomizadas por presentar neoplasias. Tres de las 4 pacientes aquí relatadas presentaban tumores bilaterales y 2 de ellas habían sido ooforectomizadas previamente, lo cual justifica aún más la conducta conservadora. Es necesario investigar estos tumores cuando su tamaño permite efectuar un tratamiento conservador. El dolor abdominal es el síntoma inicial más frecuente (1).

Se incluye el caso de un cistadenoma teniendo en cuenta que se trata de un tumor benigno aunque recidivante. De no haberse asumido un enfoque conservador, hubiera significado la castración de la paciente.

Es necesario un seguimiento alejado para excluir la posibilidad de recidiva.

Se considera que con algunas condiciones (diagnóstico precoz, técnica adecuada y posibilidad de seguimiento a largo plazo), la cirugía conservadora en las neoplasias benignas de ovario es el tratamiento de elección.

Bibliografía

- Bailez MM, Amaral D, Gonzalez S et al: Tumores de ovario en la infancia y adolescencia. Experiencia en un sólo centro. Rev de Cir Infantil 1:4-9, 1992.
- Breen JL, Maxson WS: Ovarian tumors in children and adolescents. Clin Obstet Gynecol 20:607, 1977.
- Breen JL, Bonano JF, Maxson WS: Genital tract tumors in children. Pediatric Clinics of North America Vol 28, N°2 :360, 1981.
- Cavett CM (ed): Pediatric surgery problems (ed 4) Chicago, Year Book Medical, 1986.
- Ein SH, Dart JMM, Stephens CA: Cystic and solid ovarian tumors in children: A 44 year review. J Pediatr Surg 5:148-156, 1970.
- Emans JS, Goldstein DP: Pediatric and adolescent gynecology. 3rd Ed. Boston, Little Brown and Co., 1990, p. 426.
- Jona JZ, Burchby K, Vitamvas G: Castration-sparing management of an adolescent with huge bilateral cystic teratomas of the ovaries. J Pediatr Surg 23:973-974, 1988.
- Jones HW, Rock JA: Reparative and constructive surgery of the female generative tract. Williams & Wilkins Baltimore, 1983, p. 116.

Trabajo presentado en el 26° Congreso Argentino de Cirugía Infantil, Noviembre de 1992.

Dra. M. M. Bailez

Pichincha 1850
 (1245) Buenos Aires
 Argentina