Tumores ováricos malignos en la infancia

Drs. Margarita Reyes,* M. Inés Simis D.,** A. Del Río,*** H. Del Pozo,**** V. Beresi,**** J. J. Latorre.*****

ABSTRACT

Nine cases of malignant ovarian tumors was registered in the Oncology Service of the Luis Calvo Mackenna Hospital, from 1971 to July 1979.

Two of nine patients came from the principal city Santiago and seven cases were from other cities.

The most frequent reason of consultation was abdominal distention or expansion.

In eight cases, the abdominal mass was clearly perceptible or palpable at the first physical examination.

The patients that came from the other cities were operated before being reported to us.

In two cases, the first anatomopathological diagnostic was a benign Teratoma. But after the relapse of the tumor, the diagnosis was changed to malignant Teratoma.

The final diagnostic of the nine cases was based following the histological classification proposed by the OMS, v.g. Immature Teratoma in seven cases; ovarian Disgerminoma in one case, and Tumor of the Sero-endodermic in one case.

All the cases were classified in stages in accordance with FIGO classification. Seven cases were in stages III and IV.

The treatment indicated was of different types: Surgery, multiple chemotherapy and radiotherapy.

Survival time was from 4 month to 4 years 5 month. Four of them died in this periode.

Los tumores ováricos malignos son una patología poco frecuente en la infancia. En estadísticas mundiales sólo constituyen el 1% de todas las neoplasias en niñas menores de 16 años. Por esto plantean al clínico problemas de diagnóstico, clasificación y conducta terapéutica. Se debe tener muy en cuenta que el tratamiento médico y quirúrgico de estos tumores, en este grupo etario, debe considerar cuanto sea posible el desarrollo de la niña y la conservación de la capacidad menstrual y reproductora de la futura mujer.

Es por todo esto que nos pareció de interés revisar la experiencia que al respecto tiene el Servicio de Oncología de nuestro hospital.

MATERIAL Y METODO

Se revisaron las fichas de los casos de tumor ovárico maligno que aparecen en el Libro de Registro del Servicio de Oncología del Hospital Luis Calvo Mackenna, que data del año 1968, encontrándose el 1er caso de tumor ovárico en 1971. Hasta julio del presente año se recopilaron 9 casos.

Se analizó la edad de las pacientes, procedencia, síntomas y signos al consultar, diagnóstico de traslado, estado al ingresar a nuestro Servicio,

estudio que se le practicó en el mismo en base a exámenes de laboratorio y Anatomía Patológica, tratamiento y sobrevida.

Se clasificaron histológicamente según la clasificación propuesta por la OMS y en grados según la clasificación recomendada por la FIGO.

CLASIFICACION HISTOLOGICA DE TUMORES OVARICOS HECHA POR LA ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

A. TUMORES EPITELIALES COMUNES.

1. Seroso.
2. Mucinoso.
3. Endometriode.
4. De células claras (mesonefroide).
5. De Brenner.
6. Mixto.
7. Indiferenciado.
8. No clasificados.

B. TUMORES DEL ESTROMA DE CORDONES SEXUALES

1. Tumores de células de granulosa y de estroma:
 - a) Tumor de células de granulosa.
 - b) Grupo de tecomafibroma.
 1. Tecoma.
 2. Fibroma.
2. Androblastomas: tumores de células de Sertoli-Leydig.
3. Ginandroblastomas.
4. No clasificados.

*Trabajo de Ingreso a la Sociedad de Pediatría.

**Jefe Depto. Ginecología Infantil y Adolescencia.

***Jefe Servicio de Cirugía Hospital Luis Calvo M.

****Servicio Oncología Hospital Luis Calvo M.

*****Jefe Depto. Anatomía Patológica Hospital Luis Calvo M.

- C. TUMORES DE CELULAS LIPOIDES.
 D. GONADOBLASTOMAS.
 E. TUMORES DE CELULAS GERMINATIVAS:
 1. Disgerminoma.
 2. Tumor de seno endodérmico.
 3. Carcinoma embrionario.
 4. Poliembrioma.
 5. Coriocarcinoma.
 6. Teratomas:
 a) Teratoma inmaduro.
 b) Teratoma maduro.
 c) Tumores monodérmicos y especializados.
 7. Formas mixtas.

- F. TRASTORNOS "CANCERIFORMES".
 G. TUMORES METASTATICOS SECUNDARIOS.

CLASIFICACION DE TUMORES OVARICOS RECOMENDADA POR LA FIGO.

- Etapla Ia. Tumor limitado a un ovario - sin ascitis.
 Ib. Tumor limitado a ambos ovarios - sin ascitis.
 Ic. Tumor limitado a uno o ambos ovarios pero con ascitis o lavado peritoneal(+).
 Etapla IIa. Tumor ovárico con extensión a útero y/o trompas.
 IIb. Con extensión a otros tejidos pelvianos.
 IIc. Etapla IIa. o IIb., pero con ascitis o lavado peritoneal (+).

- Etapla III. Tumor de uno o ambos ovarios con metástasis intraabdominal.
 Etapla IV. Tumor de uno o ambos ovarios con metástasis a distancia fuera de la cavidad abdominal (pulmón, cerebro).
 Nota: Si existe derrame pleural debe existir citología (+) en el líquido pleural para poder catalogarlo en Etapla IV.
 Metástasis intrahepática automáticamente clasifican al tumor en Etapla IV.

RESULTADOS

De los 9 casos revisados, sólo 2 son de Santiago, los restantes fueron enviados de provincias: Rancagua, Curicó, 2 de Talca, Parral, Victoria y Puerto Varas.

La edad en el momento de consultar fluctuó en 4 años 8 meses y 13 años 4 meses, observándose un leve predominio en menores de 10 años.

Nombre	Edad	Procedencia
NT	12años	Talca
MK	13 años 4 meses	Puerto Varas
AM	5 años 6 meses	Rancagua
MC	11 años 1 mes	Curicó
MV	12 años 2 meses	Santiago
FA	8 años	Parral
AL	9 años 7 meses	Santiago
VÑ	7 años 11 meses	Victoria
VCH	4 años 8 meses	Talca

DISTRIBUCION POR EDADES

Los síntomas que motivaron la consulta, en la mayoría (6 casos), fueron por distensión y/o aumento del volumen abdominal. Sólo 3 por dolor abdominal, presentándose en 2 casos como cuadro agudo y agregándose adelgazamiento en 2 casos.

En cuanto al examen físico: en 8 pacientes se palpó la masa abdominal y en una fue un abdomen agudo. Se agregó palidez en 2 casos y gravedad en 1. A ninguno se le practicó examen ginecológico.

MOTIVOS DE CONSULTA

Distensión abdominal y/o aumento de volumen abdominal	6
Dolor abdominal	3
Adelgazamiento	2
Cuadro Agudo	2

EXAMEN FISICO

Palpación de masa abdominal	8
Palidez	2
Grave	1
Abdomen Agudo	1
Sin examen ginecológico	9

De las 7 pacientes que venían de provincias, 6 habían sido intervenidas extirpándoseles el tumor (1 incluso reintervenida) y a la restante sólo se le practicó biopsia por considerarse el tumor inextirpable.

A 2 de estas niñas se les hizo el diagnóstico post-operatorio de teratoma benigno y ante recidiva del tumor, una fue reintervenida y se llegó al diagnóstico de Teratoma maligno y en la otra se volvieron a revisar las placas concluyendo también en el diagnóstico de Teratoma maligno.

OPERACION EN PROVINCIA

Extirpación Tumor	6
Sólo biopsia	1
Reintervención	1

Fueron enviadas a Santiago con los Diagnósticos de:

Teratoma maligno	5
Tumor de Willms	1
Cistoadenocarcinoma ovárico	1

A su ingreso al Servicio de Oncología se comprobó que presentaban buen estado general 7 niñas y mal sólo 2; había 3 enflaquecidas y palidez en 2, taquipnea en 1 caso.

Al examen abdominal: en 6 pacientes había aumento de volumen y masa palpable abdominal e incluso circulación colateral en 3 casos. En 3 niñas la palpación abdominal fue normal.

EXAMEN FISICO INGRESO a ONCOLOGIA

Buen estado general	7
Mal estado general	2
Enflaquecimiento	3
Palidez	2
Taquipnea	1
Aumento de volumen abdomen	6
Circulación colateral	3
Palpación masa abdominal	6
Abdomen normal	3

La evaluación de laboratorio nos mostró anemia en 2 pacientes y leucopenia sólo en 1. La VHS estuvo alterada en 5 casos. Las alfa-fetoproteínas fueron + en 3 casos de los 7 a los cuales se les hizo el examen.

La Radiología nos dio en 3 casos Radiografía de Tórax alterada: 1 derrame pleural, 1 proceso intersticial y 1 proceso agudo.

La Radiografía de abdomen simple nos mostró calcificaciones en 2 casos.

La Pielografía mostró dilatación de pelvis renal y rechazo de uréteres en 1 caso. Rechazo y compresión extrínseca de uréteres en 2 casos.

La Radiografía de E.E.D. que se solicitó en un caso, reveló un desplazamiento de asas intestinales hacia arriba y a la izquierda.

Primer DG.
Post-operatorio

Segundo DG.
Post-operatorio

MK	Teratoma benigno	Recidiva	Reintervención	Teratoma maligno
VN	Teratoma benigno	Recidiva	Revisión placas	Teratoma maligno

EXAMENES DE LABORATORIO

INGRESO A ONCOLOGIA

	Alterado	Normal	No se hizo o no consignado
Anemia (Menos de 10 g de Hb)	2	7	(-)
Leucopenia (Menos de 4.000)	1	8	(-)
VHS (sobre 20)	5	2	2
Alfa Fetoproteínas (+a+++)	3	4	2
RX Tórax	3	5	1
RX Abdomen simple	2	1	6
Pielografía	3	(-)	6
RX E.E.D.	1	(-)	8

Los diagnósticos histopatológicos se hicieron en base a biopsia practicada en el Servicio en 5 casos; revisión de placas enviadas de provincias en 3 casos y en 1 caso por necropsia y los diagnósticos fueron:

Teratoma ovárico inmaduro	7
Disgerminoma	1
Tumor Senoendodérmico	1
La clasificación en Etapas clínicas fue:	
Etapa I a	1
Etapa II b	1
Etapa III	4
Etapa IV	3

El tratamiento que recibieron fue quirúrgico, quimioterapia y radioterapia.

En 4 casos no se hizo tratamiento quirúrgico: ya habían sido operadas en provincias. En un caso se practicó sólo biopsia por considerarse inextir-

pable la recidiva tumoral. En otro caso se extirpó el tumor recidivado. En otro, se extirpó el tumor recidivado más ooforectomía contralateral y resección de sigmoides por adherencias.

De las 2 pacientes de Santiago que no habían sido operadas, a una se le practicó extirpación del tumor y de metástasis en diafragma, epiplón y Douglas; a la otra se le extirpó el tumor, la mitad de la trompa del mismo lado, el apéndice y se tomó biopsia del Douglas.

Quimioterapia se les hizo a todas las pacientes, recibiendo distintas asociaciones de drogas. La más usada fue VACM.

Radioterapia se aplicó en 5 casos, sobre pelvis en dosis que fueron de 2.000 a 4.600 rads.

Sobrevida: De las 9 pacientes han fallecido 4, en períodos de 1 mes a 1 año 5 ms.

En las restantes, la sobrevida va de 4 años a 5 ms.

TRATAMIENTO EN SERVICIO DE ONCOLOGIA

QUIRURGICO		QUIMIOTERAPIA		RADIOTERAPIA	
No se hizo	4	VACM	3		
Sólo biopsia	1	VAC	1	Realizado	5
Extirp. tu recidivado	1	VACA	2		
Extirp. tu + ooforectomía	1	VAC→AC→MAC	1	No realizado	4
izda. + resección de sigmoides.		VC→C	1		
Extirp. tu + metástasis (diafragma, epiplón y Douglas).	1	MAC	1		
Extirp. tu 1/2 trompa y apéndice. Biop. Douglas	1				
TOTAL	9		9		9

Nombre	Diagnóstico	Etap	Tratamiento Quirúrgico	Quimio-terapia	Radio-terapia	Sobrevida a VII-79
NT	Teratoma ovárico inmaduro	IV	(-)	VACM	(-)	+ 1 ms.
MK	Teratoma ovárico inmaduro OP	III	(-)	VACM	(+)	+ 1 a 5 ms.
AM	Teratoma ovárico inmaduro OP	III	(-)	VAC	(+)	+ 5 ms.
MC	Tumor senoendodérmico OP	IV	Biopsia	VC→C	(-)	+ 2 ms.
MV	Disgerminoma ovárico	I Ib	TU + 1/2 Trompa + Apéndice + Biop. Douglas	VAG→AC→MAC.	(+)	4 a 5 ms.
FA	Teratoma ovárico inmaduro OP	III	TU recidivado	MAC	(+)	3 a 5 ms.
AL	Teratoma ovárico inmaduro	IV	TU y Metástasis (Diafragma, Epiplón y Douglas)	VACM	(+)	1 a 8 ms.
VÑ	Teratoma ovárico inmaduro OP	III	TU + ooforectomía izq. resección sigmoides	VACA	(+)	1 a 5 ms.
VCH	Teratoma ovárico inmaduro OP	I a	(-)	VACA	(-)	4 ms.

CONCLUSIONES

De acuerdo a lo que hemos revisado podemos concluir: En cuanto a la edad en que se presentan este tipo de tumores, no hubo lactantes ni menores de 4 años. El disgerminoma y el tumor del senoendodérmico se presentaron en niñas mayores de 10 años.

En cuanto al principal motivo de consulta fue aumento de volumen y/o distensión abdominal.

Al examen, en casi la totalidad de los casos, se palpó una masa abdominal y no pélvica. La ascitis no constituyó un elemento tan importante de malignidad como ocurre en las mujeres adultas.

En cuanto a los diagnósticos de tumores benignos en 2 casos, que posteriormente se debió cam-

Distribución por edades

biar por el de tumor maligno ante recidiva, esto no es raro que ocurra en los teratomas, y las publicaciones internacionales al respecto, así lo señalan y recomiendan un mínimo de 50 cortes para tener un diagnóstico histopatológico seguro.

Los exámenes de laboratorio que son de apoyo diagnóstico claro serían: VHS, alfafetoproteínas cuando son (+) y el estudio radiográfico en base a radiografía de abdomen simple y pielografía, fundamentalmente.

En cuanto a los diagnósticos definitivos todos los tumores pertenecían a tumores de células germinativas, coincidiendo con revisiones mundiales que destacan un franco predominio en las niñas de los tumores de células germinales en relación a los de células epiteliales, que son mucho más frecuentes en la mujer adulta. Casi todas las estadísticas dan mayor frecuencia a los disgerminomas que a los teratomas inmaduros entre los tumores germinales. Sin embargo, en nuestra revisión el predominio franco es de los teratomas inmaduros.

En cuanto al tratamiento, la cirugía fue conservadora, pero no debemos olvidar que venían en su mayoría operadas y se encontraban en etapas III y IV.

En cuanto a la Quimioterapia las drogas que se asocian han sido diferentes a través del tiempo, siendo opinión del Servicio, en este momento, que la más apropiada sería la de Vincristina + Actinomicina D + Ciclofosfamida + Adriamicina, por cuanto es la que tiene mayor posibilidad de éxito y menor toxicidad hematológica, gastrointestinal o neurotóxica.

La Radioterapia fue útil unida a la cirugía y quimioterapia que fue el tratamiento de elección en el caso de disgerminoma. Esta paciente tiene una sobrevida actual de 4 años 5 ms. y 16 años 7 ms. de edad y se encuentra en tratamiento estrogénico sustitutivo tendiente a estimular su desarrollo y presencia de caracteres sexuales secundarios.

Como conclusión final diremos que este tema es de enfoque multidisciplinario; en él participan el oncólogo, ginecólogo, cirujano, quimioterapeuta, radioterapeuta, radiólogo, anatomopatólogo además del pediatra general que recibe a estas pacientes en el consultorio o en el Servicio de Urgencia por alguna complicación.

Deseamos por último mostrarles cuál es nuestra conducta actual a seguir en estos tumores de acuerdo a la clasificación de la FIGO.

Etapas I b : Exéresis del tumor

Quimioterapia

Etapas I b : Panhisterectomía - Omentectomía -
Apendicectomía
Quimioterapia

Etapas I c : Panhisterectomía - Omentectomía -
Apendicectomía
Radioterapia a la pelvis
Quimioterapia

Etapas IIa, IIb y IIc :

Panhisterectomía - Omentectomía -
Apendicectomía

Biopsia de ganglios inguinales y
lumbosacrales

Radioterapia a la pelvis

Quimioterapia

Etapas III : Quirúrgico (la mayor extirpación razonablemente posible del tumor).
Quimioterapia fundamentalmente
Radioterapia como tratamiento coadyuvante

Etapas IV : El tratamiento fundamental es la quimioterapia, reservando la cirugía como coadyuvante.

RESUMEN

Se presentan 9 casos de tumor ovárico maligno, que son los registrados en el Servicio de Oncología desde 1971 hasta julio del presente año. La edad de las pacientes va desde 4 a 13 años.

De los 9 casos, 2 eran de Santiago y 7 de provincia.

El motivo de consulta más frecuente fue distensión y/o aumento de volumen abdominal.

Al primer examen físico casi todas (8) presentaron masa abdominal palpable.

Las pacientes de provincia fueron todas laparotomizadas antes de ser referidas. En 2 de ellas se hizo el diagnóstico anatómo-patológico en primera instancia de Teratoma benigno y ante recidiva del tumor se llegó al diagnóstico de Teratoma maligno.

En el Servicio de Oncología se llegó a los diagnósticos definitivos según la clasificación histológica propuesta por la OMS de: Teratoma inmaduro en 7 casos. Disgerminoma ovárico, 1 caso. Tumor del Senoendodérmico, 1 caso. Fueron clasificados en etapas según la clasificación de la FIGO, encontrándose la mayoría de ellos (7) en etapas III y IV.

En cuanto al tratamiento éste fue asociado: cirugía, quimioterapia múltiple y radioterapia.

La sobrevida va de 4 meses a 4 años 5 meses y con 4 pacientes fallecidas.

REFERENCIAS

- ¹Fox, Ch. Adnexal malignancy detected by cervical cytology". *Am J. Obstet. Gynecol* 132 (2): 143-50, 15 Sep. 1978.
- ²Curry, S. L. *et al.* "Malignant teratoma of the ovary: pronostic factors and treatment". *Am J. Obstet Gynecol* 131 (8): 845-9, Aug. 1978.
- ³Kanalf *et al.* "The development of a double-antibody radioimmunoassay for detecting ovarian tumor - associated antigen fraction OCA in plasma." *Am J. Obstet Gynecol* 131 (7): 780-7, 1^o August. 1978.
- ⁴Piver, M. S. *et al.* "Incidence of subclinical metastasis in stage I and II Ovarian carcinoma". *Obstet Gynecol* 52 (1): 100-4. Jul. 1978.
- ⁵Julian, G. C. *et al.* "Radioactive phosphorus and external radiation as an adjuvant to surgery for ovarian carcinoma". *Obstet Gynecol* 52 (2): 155-60. Aug. 1978.
- ⁶Slayton, R. E. *et al.* "Treatment of malignant ovarian germ cell tumors: response to vincristine, dactinomycin and cyclophosphamide" (preliminary report). *Cancer* 42 (2): 390-8, Aug. 1978.
- ⁷Pall, B. Underwood, J. R. and Kreutner, J. R. "Neoplasms and Tumors Conditions of the ovary and Tube". *Adolescent obstetrics and Gynecology*: 503-530. 1978.
- ⁸Huffman, W.: "The Gynecology of Childhood and Adolescence". (Philadelphia: W. B. Saunders Company, 1968).
- ⁹Breen, J. L. y Maxon, W. S. "Tumores Ováricos en Niñas y Adolescentes". *Clínicas Obstétricas y Ginecológicas*: 515-633, Sept. 1977.