

TUMORES DEL CORDON GERMINAL — DISGERMINOMA

JORGE CHEHADE, MIGUEL MURGUÍA y JAIME QUINTANA

Hospital Centro de Salud "Hipólito Unánue"

RESUMEN

Se presenta un caso de disgerminoma en una mujer de 22 años de edad, nuligesta. El diagnóstico se realizó durante el acto operatorio pero fue ratificado con estudio histopatológico. El tratamiento consistió en ooforectomía izquierda y radiación post-operatoria.

PRINCIPIOS BASICOS A CONSIDERAR

1. Tumor maligno descrito por Chevassu en el año 1906, originado en las células que datan de la temprana fase indiferenciada del desarrollo de las gónadas por ende no orientadas a ninguno de los sexos, masculino o femenino; por ello es que también este tumor puede encontrarse en los testículos (seminoma asexual).

2. Poco frecuente dentro de los tumores malignos del ovario (3 a 5%, Morris y Scully) y prominentemente presente en temprana edad, por ello su apelativo "Carcinoma Puellarum".

3. Unilaterales en la mayoría de los casos, variando de tamaño, comparable desde un huevo de paloma hasta cabeza de un adulto; no obstante, se han reportado disgerminomas de mayor tamaño (5,300 gr. Wallis).

4. Tumores sólidos y de consistencia usualmente blanda y que al corte son

de color rosado grisáceo con zonas amarillentas, zonas con procesos hemorrágicos y cavidades quísticas.

5. Microscópicamente formado por células grandes redondas u ovoides, dispuestas típicamente en alvéolos separados por tabiques de tejido conectivo escaso, parcialmente hialinizado que presenta una infiltración característica de linfocitos.

Los núcleos de las células epiteliales son grandes y se tiñen intensamente pudiendo observarse un número variable de mitosis. Una de las características también a considerar es la presencia de granulomas similares a los granulomas del sarcoide.

6. Clínicamente, al igual que otros tumores del ovario es el hallazgo de tumor en el bajo vientre con sus variantes, especialmente del tamaño, ascitis y torsión del pedículo.

7. La terapia es discrepante, no obstante la tendencia conservadora por

tratarse de mujeres jóvenes, especialmente en aquellos casos de tumor unilateral bien encapsulado.

Teniendo en cuenta esta controversia debe resumirse en tres aspectos o formas a seguir en estos casos:

a) Ooforectomía o Salpingo-ooforectomía bilateral.

b) Cualquiera de las dos antes mencionadas, seguida por radiación dirigida a los ganglios linfáticos retroperitoneales y muy espaciado del ovario opuesto (escudo de protección).

c) Salpingooforectomía bilateral e histerectomía seguida de radiación. Debe considerarse, según un análisis por De Lima en 50 casos, que el método seguido que mencionamos en el procedimiento (a) tiene una supervivencia de 5 años en un 94%; de éstos el 22% de pacientes ha hecho una recurrencia interesando el ovario opuesto, habiendo sido tratadas la mayor parte de estas recurrencias satisfactoriamente por reoperación solamente o reoperación combinada con radiación.

8. La mayor parte de autores concluyen que el tratamiento conservador decrece la posibilidad de supervivencia de 5 años en un 7%.

9. Algunos autores no recomiendan la radioterapia con la cirugía conservadora por la posibilidad de daño genético en la primera o segunda generación; no obstante, esta teoría no está demostrada, por lo tanto no es concluyente.

10. En toda operación conservadora se debe realizar la biopsia del ovario opuesto, igualmente de los ganglios retroperitoneales (estudio por congelación), lo que nos dará la pauta para

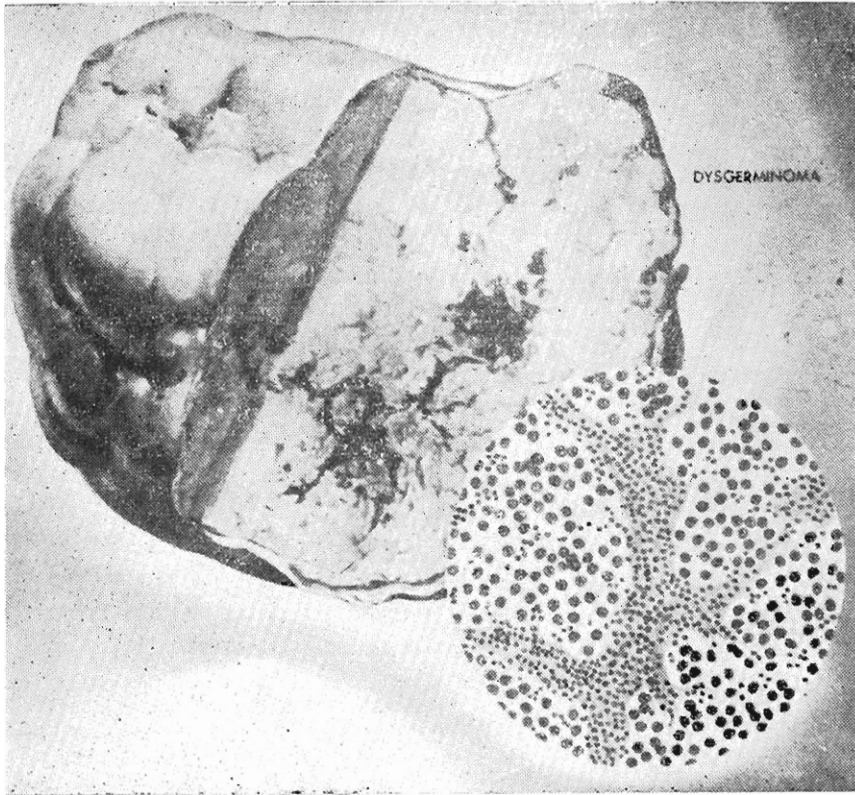
una apreciación más amplia en el tratamiento conservador del Disgerminoma.

OBJETIVO Y MATERIAL DE TRABAJO

Ya en el año 1969 el Servicio presentó un caso de Disgerminoma publicado en la Revista del Hospital y, secuencialmente, creemos de importancia en esta oportunidad, a propósito de un segundo caso, relacionar porcentualmente este tipo de tumor, tan poco frecuente, con las otras variedades de tumores de ovario cuyos hallazgos se han registrado en nuestra casuística desde Junio de 1966 a Junio de 1972, y siempre recordando que el medio comunitario donde se trabaja es de nivel cultural y socioeconómico bajo, así como la raza preponderante, mestiza e indígena.

Tabla 1. Tumores de ovario en el Hospital H. Unánue en un período de seis años (1966-1972).

Benignos	Nº casos
Cistoadenoma seroso	49
Quiste dermoide	16
Cistoadenoma pseudomucinoso	11
Quiste folicular	11
Cistoadenoma papilífero	7
Cistoadenofibroma	2
Poliquistosis ovárica	2
Fibroma de ovario	2
Quiste hemorrágico	2
Quiste de ovario izq. infectado sin informe anatomo patológico ...	1
Malignos	
Cistoadenocarcinoma papilar	6
Disgerminoma	2
Teratocarcinoma	2
TOTAL	119



Disgerminoma: tumor sólido blando, de color rosado grisáceo, mostrando al corte grandes células redondas típicamente dispuestas en alvéolos, separados por tabiques de tejido conectivo.

PRESENTACION DEL CASO

C. R. Y., de 22 años de edad, de raza mestiza, ingresa al Servicio el 10 de Junio de 1972.

Antecedentes fisiológicos: Menarquia a los 13 años. R. C. 5/28, Grávida O. Para O. U. R. Menstrual: Abril 14, 1972.

Antecedentes patológicos: Sin importancia.

Anamnesis: Paciente remitida del Servicio de Cirugía General por presentar tumoración abdominal y dolor tipo cólico en hipogastrio desde hace 15 días antes de su

ingreso. Amenorrea secundaria de dos meses de evolución.

Examen clínico: Paciente en aparente buen estado general.

Mamas: Con caracteres de nulípara no secretante a la expresión.

Abdomen: Se palpa en hipogastrio tumoración de más o menos 20 cm de diámetro, de consistencia algo renitente, no dolorosa y de relativa movilidad.

Cuello uterino: Con caracteres de nuligesta, de caracteres normales.

Cuerpo: Enmascarado por tumoración con los caracteres ya mencionados.

Impresión diagnóstica: Tumor sólido de ovario izquierdo.

Exámenes auxiliares: Sangre y orina de rutina, de caracteres normales. Foto Roentgen: Normal. Test de embarazo (Pregnoticon: negativo Mayo, 30, 1972).

Evolución: La paciente fue intervenida al 7º día de su hospitalización, procediéndose a la ooforectomía izquierda, con resección en cuña de ovario derecho.

Hallazgo operatorio: Ovario izquierdo reemplazado por tumor sólido de más o menos 15 cm de diámetro, concluyente macroscópicamente como Disgerminoma, bien encapsulado y con discretas adherencias a intestino de tipo inflamatorio. Múltiples quistes pequeños de ovario derecho.

Con buen post-operatorio es dada de alta y referida al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (I.N.E.N.) para su tratamiento pertinente de radioterapia selectiva.

Informe anatomopatológico:

Macroscópico: Se recibe tumor de ovario, previamente seccionado en forma sagital, que pesa 430 gr. mide 12 x 8 x 5 cm. encapsulado, de superficie lisa, consistencia elástica, la superficie de cortes muestra tejido de color rojo-pardo, con zonas hemorrágicas.

Además se recibe segmento de ovario de 5 x 4 x 1 cm de color blanco grisáceo, consistencia elástica, superficie lisa. Al corte se encuentra un quiste de 1.5 cm con contenido seroso claro, la pared es lisa y una concavidad de 1 x 1 cm ocupada por sangre.

Microscópico: La masa tumoral muestra extensa necrosis de tipo isquémico, encontrándose focos de tejido tumoral constituido por masa de células pequeñas, de escaso citoplasma, núcleo claro, voluminoso y nucleolo prominente; se distribuyen en nidos separados por tabiques de tejido conectivo con infiltrado de linfocitos.

El segmento de ovario muestra un cuerpo lúteo quístico y con cuerpo amarillo hemorrágico y algunos quistes foliculares.

Diagnóstico Tumor de ovario izquierdo: DISGERMINOMA.

Segmento de ovario derecho: Cuerpo lúteo quístico.

SUMARIO Y CONCLUSIONES

1. Se presenta un caso de Disgerminoma en una mujer de 22 años de edad, nuligesta, con el signo y síntoma tumor y dolor tipo cólico abdominal, concomitantemente amenorrea secundaria.

2. El diagnóstico se realiza en la mesa de operaciones y luego es ratificado con el estudio histopatológico.

3. Se toma para el tratamiento el criterio conservador, realizando la ooforectomía izquierda y dada de alta para su tratamiento selectivo de radiación en el I.N.E.N.

4. En un lapso de 6 años encontramos 119 tumores de ovario, de los cuales 10 representan tumores malignos (8.4%).

5. No obstante la pequeña estadística mostrada, el hallazgo de Disgerminoma (22%) en relación a tumores malignos traducen una incidencia bastante elevada.

SUMMARY AND CONCLUSIONS

1. A case of Dysgerminoma is presented in a woman of 22 years of age, nuligest with the sign and symptom, tumor and abdominal pain. Secondary amenorrhea.

2. The diagnosis is given in the operating room and then ratified with the histologic study.

3. For the treatment the conservative criterion is considered, performing the left ooforectomy and then the patient is discharged for its selective radiation treatment in the I.N.E.N.

4. In a lapse of six years 119 ovarian tumors have been found of which 10 represent malignant tumors (8.4%).

5. In spite of the small statistics shown the finding of Dysgerminoma (22%) in relation with malignant tumor, reveal an incidence greatly increased.

REFERENCIAS

- Brody, S.: "Clinical aspects of Dysgerminoma of Ovary". *Act. Radiol.* 56: 209-30, 1961.
- Chehade, J.; J. Mea y J. Planas: "Tumores de Ovario". *Tribuna Médica* 22: 90, 1970.
- Jackson, R. L.: "Ovarian Dysgerminoma: report of 8 cases". *Am. Journ. Obst. y Gyn.* 80: 442-48, 1960.
- Kawara, H.: "Dysgerminoma complicating pregnancy". *Am. Journ. Obst. y Gyn.* 83: 1531-33, 1962.
- Larrea, J.; Gonzales, Rosa: "Disgerminoma del Ovario". *Rev. Hosp. Tórax* 5: 68, 1969.
- Mc Arthur, J. W. Meigs, Y. y Sturgis: "Progress in Gynecology". London 4: 146, 1963.
- Misra, S.: "Dysgerminoma of Ovary, report of a case complicating pregnancy". *Obst. y Gyn.* 14: 685-87, 1959.
- Mueller, C. W.; Topkins, P. y Lapp, W. A.: "Dysgerminoma del Ovario", *Am. J. Obst. y Gyn.* 60: 153-59, 1950.
- Novak, E. R. y Woodruff, J. A.: "Diseases of Ovary", *Gyn. y Obst. Pathol.* Philadelphia W. B. Saunders Company p. 390, 1967.
- Pedowitz, P. y Grayzel, D. M.: "Dysgerminoma of Ovary": analysis of 17 cases with special reference to histogenesis and therapy". *Am. J. Obst. y Gyn.* 61: 124, 1252, 1951.
- Taylor, H.; Banter, R. H. y Jacobsin, C. B.: "Dysgerminomas". *Obst. y Gine.* 96: 8166, 1966.