

DISGERMINOMA EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO DE AREQUIPA (Julio 1960 - Julio 1986)

Drs. Carlos Cornejo Gutiérrez Ballón, Ana I. Murillo Polar, Fortunato Sélis Gutiérrez, y Alejandro Sosa Gómez.

RESUMEN

Se realiza un estudio de nueve casos de disgerminoma registrados en el Servicio de Ginecología del Hospital Regional Honorio Delgado (Arequipa - Perú), entre 1960 y 1986. Los disgerminomas son tumores relativamente raros, corresponden alrededor de 1% de las neoplasias ováricas. En nuestra serie constituyó el 0.32% de los tumores de ovario primarios, y el 13.24% de las malignas. Se demuestra una mayor incidencia entre la segunda y tercera década de la vida. No se encontró alteración significativa con la menarquia; el régimen catamenial conservó su regularidad. La presencia de tumoración y dolor abdominal son hechos constantes y deben orientar hacia la presunción diagnóstica de esta patología. Hubo asociación con embarazo en dos pacientes. En la mayoría de casos, el tratamiento quirúrgico fue conservador. Se discute los hallazgos clínico-patológicos dentro del contexto de publicaciones similares, deduciéndose que es difícil precisar el diagnóstico, debido a que las manifestaciones clínicas de los disgerminomas habitualmente son similares a las producidas por otro tipo de tumoraciones pélvico-abdominales.

SUMMARY

Nine cases of dysgerminoma were attended at the service of Gynecology, Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa, Per, between 1960 and 1986. Dysgerminomas are relatively rare tumors, about 1% of ovarian neoplasmas. In our series, they represented 0.32% of primary ovarian tumors and 13.24% of malignant tumors. Incidence was higher in the second and third decades, with no difference on age of menarche or menstrual pattern. Tumor and abdominal pain were constant and should be considered for diagnosis. Two cases were associated with pregnancy. Surgical treatment was conservative. Clinical and pathological findings are compared with those of the literature, concluding that diagnosis is difficult because the clinical symptoms of dysgerminomas are similar to those of other pelvic and abdominal tumors.

INTRODUCCION

El disgerminoma es un tumor poco común, constituye, aproximadamente, el 2% de los tumores ováricos primarios. Debido a su predominio en mujeres jóvenes, a su asociación ocasional con otro tipo de neoplasias malignas de células

germinales y a su coexistencia rara con embarazo, continua siendo un tema de interés.

El objeto del presente trabajo es reportar los diggerminomas en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa, incidiendo en el aspecto de su tratamiento.

Trabajo presentado al: IX Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología Trujillo - Perú, 05 al 09 de Julio de 1987.

MATERIAL Y METODOS

Los 9 pacientes objeto del presente trabajo han sido atendidos en el Hospital "Honorio Delgado" de Arequipa en un periodo de 26 años, comprendidos entre Julio de 1960 y Julio de 1986. Se ha revisado las historias clínicas, los informes anatomopatológicos y la revisión de láminas histológicas.

La correlación clínico patológica de los resultados se ha realizado mediante cuadros estadísticos y porcentajes simples.

Se ha utilizado la clasificación TNM, empleándose una gráfica para ello.

Finalmente, con el propósito de indagar la evolución de las pacientes, se trató de localizarlas, lo que ha sido posible con 4 de ellas.

RESULTADOS Y DISCUSION

El análisis de la Tabla N° 1, nos permite apreciar un gran predominio de los tumores ováricos benignos, con 2,759 (97.60%), sobre los malignos con 68 casos (2.40%).

TABLA N° 1

HOSPITAL GENERAL HONORIO DELGADO CLASIFICACION MICROSCOPICA DE TUMORES DE OVARIO

Tumores de Ovario	N° Casos	Porcentaje
Benignos	2,759	97.60
Malignos	68	2.40
T O T A L	2,827	100.00

El disgerminoma representa el 0.32% de los tumores ováricos en general y el 13.24% de los tumores malignos, como se aprecia en la tabla N° 2.

TABLA N° 2

HOSPITAL GENERAL HONORIO DELGADO RELACION DE TUMORES OVARICOS Y DISGERMINOMA

Tumores de Ovario	N° Casos	Porcentaje
Total de tumores de ovario	2,827	100.00
Disgerminoma	9	0.32

La literatura refiere que este tumor representa el 2% de los tumores ováricos primarios y hasta el 5% de los malignos (11, 18, 27, 28, 29, 38, 39).

En un trabajo realizado anteriormente en este mismo nosocomio por Lozada y Col. (20), reportaron una incidencia del disgerminoma de 9.67% del total de tumores malignos del ovario.

Nuestro hallazgo del 13.24% es elevado en relación a lo que refiere la literatura; pero tal vez podría explicarse por el hecho que el Hospital General "Honorio Delgado" de Arequipa recibe pacientes derivados de otros centros hospitalarios de la Región Sur del país, lo que haría que la patología se concentre.

Hubo cinco personas naturales de Puno y cuatro de Arequipa; quizá, el estado socioeconómico, hábitos higiénicos y dietéticos, tenga cierta influencia en la presentación de dicha patología.

No hemos encontrado pruebas concluyentes de que la dieta o los contactos con el medio sean carcinogénicos para el ovario; pero, es posible que el análisis de nuevos datos estadísticos y variables asociados a la enfermedad lleguen a proporcionar, con el tiempo, claves vitales en cuanto a su etiología (3). Es por ello que incluimos la distribución en base a su lugar de origen.

En relación a la edad de las pacientes, los diferentes autores reportan que la mayor incidencia se encuentra entre la segunda y tercera década de la vida (4, 7, 11, 12, 18, 24, 28, 29, 33, 38). En nuestra casuística coincidimos con ellos, ya que el 88.89% de nuestros pacientes se encuentra dentro de las décadas antes mencionadas, como se aprecia en la Tabla N° 3.

TABLA N° 3

HOSPITAL GENERAL HONORIO DELGADO DISTRIBUCION POR EDADES

Edad en años	N° Casos	Porcentaje
00 a 10	01	11.11
11 a 20	05	55.56
21 a 30	03	33.33
T O T A L	09	100.00

Los aspectos fisiológicos de la menarquía y el régimen catamenial estuvieron dentro de lo normal y la regularidad esperada. Esto, en con-

cordancia con la literatura, ya que la mayoría de disgerminomas no tienen actividad hormonal que podría cambiar el inicio y características del régimen catamenial (24, 27, 29).

En las dos pacientes que no presentaron menarquia, sus edades fueron de 03 y 11 años.

El cuadro clínico que presentaron las pacientes fue coincidente con lo referido por otros autores de tumoración (dos) dolor abdominal (dos) o ambos (cinco) (7, 8, 21, 24, 27, 28, 38, 39).

Otros hallazgos concomitantes fueron hipertricosis, coexistencia con el embarazo, sangrado genital, amenorrea, hipertrofia de labios genitales externos, ausencia de mamas e hipertrofia. Sin embargo, este tumor no tiene nada que ver con el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios o el pseudohermafroditismo, puesto que sus células constituyentes no tienen naturaleza sexual, son indiferenciadas y las anormalidades existentes persistirán después de extirpado el tumor (8, 24, 29).

Su asociación con el embarazo, para algunos autores, es relativamente frecuente (1.7%), mientras que, para otros, es excepcional 0.0004% (8, 10, 24). Nosotros coincidimos con los últimos en su rareza de presentación, habiéndose atendido un total de 121,198 partos, en los 26 años de labor del Hospital General "Honorio Delgado" de Arequipa, estableciéndose que la relación de disgerminoma con el parto, para nosotros, es del 0.0017%.

El crecimiento de los tumores es silencioso en su inicio, más bien, la aparición de signos y síntomas que hacen reparar en su presencia al paciente, son de corta evolución. En nuestro estudio, el 77.77% de los casos presentó una evolución dentro del primer mes.

Pedowitz, citado por Castro (6), manifiesta que el tiempo de evolución de los signos y síntomas es relativamente corto. Otros autores manifiestan que esta duración oscila entre un mes y dos años, con una media de cuatro meses (7, 8, 27, 38, 39).

El estado general de las pacientes, al momento de la consulta, fue bueno en el 66.67%. Esto indica la poca influencia de la neoplasia sobre la paciente. Además, por ser un tumor silencioso en el mayor tiempo de su desarrollo, sólo compromete el estado general de las etapas tardías.

De la revisión de nuestra serie concluimos que, el diagnóstico se plantea difícilmente; puede sospecharse de la presencia de disgerminoma por sus manifestaciones similares a otras tumoraciones pélvico abdominales. En estos casos, debe considerarse que dichas tumoraciones pueden depender de otras estructuras abdominales: gastrointestinal, genitourinaria, pared y cavidad abdominal, ginecológicas: (útero, trompas).

La etiología sospechada de la masa permite una clasificación ulterior, a saber, inflamatoria, neoplásica, metabólica, congénita, traumática o yatrogénica. Clasificar los tumores pélvicos o ginecológicos de esta manera ayuda al investigador a considerar todas las posibilidades (14).

El diagnóstico post-operatorio sólo permite precisar la confirmación de una tumoración ovárica, quedando el diagnóstico final supeditado al informe histopatológico.

El hallazgo operatorio más común fue la combinación de tumoración y ascitis en el 33.33% de los casos, seguido por la presencia de tumoración sola en el 22.22%. La presencia de ascitis es considerada como un signo de mal pronóstico (4, 8, 12, 18, 25, 34). Solamente en uno de nuestros casos, ésta fue de aspecto hemorrágico.

Pedowitz, citado por Duarte (8), refiere que, en sus estadísticas, el líquido ascítico es habitualmente hemorrágico y que ninguna de las pacientes sobrevivió 5 años.

TABLA Nº 4

HOSPITAL GENERAL HONORIO DELGADO
HALLAZGOS OPERATORIOS

Hallazgos Operatorios	Nº Casos	Porcentaje
Tumoración - Ascitis	03	33.33
Tumoración	02	22.22
Tumoración - Ascitis - Adherencias	01	11.11
Tumoración - Adherencias - Metástasis	01	11.11
Tumoración - Adherencias Torción de Pedículo	01	11.11
Tumoración - Torción de Pedículo - Metástasis	01	11.11
TOTAL	09	99.99

El tumor estuvo localizado en el ovario derecho en el 88.89% de los casos, lo que concuerda con lo referido en la literatura de ser un tumor unilateral y que muestra predilección por el lado derecho, sin encontrar una razón para ello.

En lo referente a características macroscópicas del tumor, encontramos que es de gran tamaño, aunque no se pudo agrupar la información por falta de estandarización en los reportes, ya que algunos fueron informados en una dimensión, otros en dos o en tres dimensiones; igualmente, el peso no fue consignado en todos los casos, pero se ve que pueden alcanzar un gran peso. Debido a que el desarrollo de la tumoración es silencioso, este alcanza gran tamaño y peso. Asimismo, en la mayoría de casos, el color de la tumoración fue violeta, lo que es una manifestación de la complicación mecánica.

En su mayoría, presentaron cápsula completa; sin embargo, algunos presentaron ruptura de cápsula, que es un signo de malignidad y de estado avanzado.

En la Tabla N° 5, podemos observar el tipo de intervención quirúrgica que se realizó a las pacientes. En el 77.77% de los casos la cirugía fue de tipo conservador, lo que está de acuerdo con lo recomendado por otros autores (4, 8, 11, 18, 29, 33, 37, 39).

TABLA N° 5

HOSPITAL GENERAL HONORIO DELGADO
TRATAMIENTO QUIRURGICO

<i>Tratamiento Quirúrgico</i>	<i>N° Casos</i>	<i>Porcentaje</i>
Ooforosalingectomía Derecha		
Salpingectomía Izquierda		
Resección en Cuña de Ovario Izquierdo	01	11.11
Histerectomía total Abdominal		
Ooforosalingectomía Bilateral	02	22.22
Ooforosalingectomía	06	66.67
TOTAL	09	100.00

Se realizó cirugía radical en dos casos. En el primero de ellos, esto se debió a que el informe histopatológico reportó la infiltración de la neoplasia a la trompa homolateral. En el segundo caso, la decisión fue tomada en sala de operacio-

nes después de realizar una biopsia por congelación, en que salió una neoplasia maligna.

Como observamos en la Tabla N° 6, el 77.78% de nuestras pacientes sólo recibió tratamiento quirúrgico. No tenemos experiencia en nuestro medio sobre el uso de quimioterapia y radioterapia en el tratamiento de disgerminoma.

TABLA N° 6

DISGERMINOMA EN EL HOSPITAL GENERAL
HONORIO DELGADO

TIPO DE TRATAMIENTO

<i>Tratamiento</i>	<i>N° Casos</i>	<i>Porcentaje</i>
Quirúrgico	07	77.78
Quirúrgico + Quimioterapia	01	11.11
Quirúrgico + Quimioterapia + Radioterapia	01	11.11
TOTAL	09	100.00

La literatura refiere que, la presencia de linfocitos, es un signo de mejor pronóstico (11, 12, 18, 24, 29, 38). En la Tabla N° 7 observamos que, el 33.33% de los pacientes presentaron ausencia de linfocitos, lo que, teóricamente implicaría un pronóstico.

TABLA N° 7

DISGERMINOMA EN EL HOSPITAL GENERAL
HONORIO DELGADO

PRESENCIA DE LINFOCITOS EN EL
DISGERMINOMA

<i>Linfocitos en el Disgerminoma</i>	<i>N° Casos</i>	<i>Porcentaje</i>
Ausencia de linfocitos	03	33.33
Moderada a escasa cantidad de linfocitos	03	33.33
Abundante cantidad de linfocitos	01	11.11
No consta	02	22.22
TOTAL	09	99.99

Sin embargo, una de estas pacientes presentan una sobrevida de 09 años libre de complica-

ciones dependientes de esta tumoración; y ha tenido tres partos eutócicos posteriores a su intervención. En la revisión de las láminas histológicas de la tumoración se encontró presencia de una cápsula sumamente gruesa, lo que podría explicar esta evolución favorable.

La presentación de partos posteriores a la cirugía conservadora justifica este tipo de tratamiento, a pesar que, para algunos autores, asociación de tumores y embarazo acelera el crecimiento de la neoplasia y disminuye la sobrevida.

El estudio clínico FIGO predominantemente fue Ic, lo que equivale a la categoría histopatológica TNM post-quirúrgica (p TNM) de: pT Ic pNO pMO.

TABLA N° 8

DISGERMINOMA EN EL HOSPITAL GENERAL HONORIO DELGADO

ESTADOS Y CATEGORIAS TNM POSTQUIRURGICA

Estado FIGO	Categoría UICC	N° Casos	Porcentaje
I a i	pT1 a 1 pNO pMO	02	22.22
I a ii	pT1 a 2 pNO pMO	02	22.22
Ic	pT1c pNO pMO	04	44.44
IIa	pT2 a pNO pMO	01	11.11
TOTAL		09	99.99

Una de las pacientes presentó metástasis renal 3 años después de la extirpación del disgerminoma. En esa oportunidad, sólo se le realizó biopsia de la tumoración debido a que estaba adherida a estructuras vecinas y comprometía a las venas cava y aorta. Con la presencia de este caso, podemos afirmar que la recidiva en nuestra casuística es de 11.11%.

En cuanto al seguimiento de nuestras pacientes, dos de ellas tienen menos de 6 meses de operadas; actualmente se encuentran asintomáticas. Una paciente presenta 9 años de sobrevida, se le realizó ooforosalingectomía. En estos 9 años ha presentado tres partos eutócicos. Actualmente, se encuentra asintomática y libre de complicaciones dependientes de la tumoración.

Otra paciente sólo pudo ser seguida hasta el año 84, 10 años después de haber sido interveni-

da. En ese entonces, se le realizó una rectoscopia con biopsia; el informe histopatológico fue adenocarcinoma bien diferenciado.

Lamentablemente, no se pudo hacer el seguimiento del resto de las pacientes por que la dirección estuvo deficientemente consignada en la historia clínica de cada una de ellas.

CONCLUSIONES

1. En el Hospital General "Honorio Delgado" de Arequipa, encontramos un predominio de los tumores ováricos benignos (97.60%) sobre los malignos (2.40%).

2. El disgerminoma representa el 0.32% de los tumores ováricos primarios y el 13.24% de los malignos.

3. Se presenta con mayor frecuencia en la 2ª y 3ª década de la vida (88.89%).

4. No afecta la menarquia ni el régimen catamenial. Tampoco tiene relación con el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios o el pseudohermafroditismo, ya que la mayoría de estos tumores no tienen actividad hormonal.

5. No parece afectar la vida reproductiva, mientras no sea por medios mecánicos o por asociación con otra enfermedad, como, por ejemplo, una disgenesia gonadal o agenesia de órganos relacionados.

6. Mayormente no compromete el estado general de la paciente.

7. El cuadro clínico principal, en la mayoría de los casos, ha sido la asociación de tumoración y dolor abdominal (55.56%).

8. Su asociación con el embarazo es del 0.0017%.

9. El tiempo transcurrido, hasta solicitar atención médica por parte de la paciente, es corto.

10. El diagnóstico definitivo solo puede hacerse con estudio histopatológico.

11. Con frecuencia, la tumoración es unilateral; muestra predilección sobre el ovario derecho (88.89%).

12. La infiltración a órganos vecinos es del 11.11%.

13. Presentó recurrencia en el 11.11% de los casos.

14. Un buen pronóstico está en relación a la integridad y grosor de la cápsula, a pesar de encontrarse ausencia de linfocitos.

15. La presentación de partos posteriores

a la cirugía conservadora justifica este tipo de tratamiento, siempre que no se agrave la evolución en general.

16. El pronóstico varía de acuerdo al esta-

dio de la enfermedad, al tipo de tratamiento, su asociación con otros tumores malignos y a un factor personal que se presenta en todo cáncer, que es la relación tumor-huesped.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—Alcalá, H. y Col.: *Digerminoma maligno del ovario*. Bol. Med. Hosp. Inf. México. 39 (4): 297-309, Abr., 82.
- 2.—Baker, T.G. y Wai, SUMO.: *Desarrollo del ovario y ovogénesis*. Ginecología y Obstetricia. Temas Actuales 3-26. Abr., 1976.
- 3.—Balagero, L.: *Oncología Ginecológica*. Barcelona, 260-307. Toray, 1983.
- 4.—Benson, R.C.: *Diagnóstico y tratamiento Gineco-Obstétricos* 2a. ed. México, Manual Moderno, 14-61: 272-311. 1982.
- 5.—Botella, J. y Col.: *Enfermedades del aparato genital femenino*. 12a. ed. Barcelona, Científico Médico 728-791, 1981.
- 6.—Castro, C.F. y Col.: *Disgerminoma*. Análisis de 19 casos. Ginec. Obst. México 46 (273): 45-49, Ju' 79.
- 7.—De Palo, G. y Col.: *Natural history of dysgerminoma*. Am. J. Obstet. Gynecol. 143 (7): 799-807, 1 Aog. 82.
- 8.—Duarte, C. y Col.: *Disgerminoma en niñas y adolescentes*. Rev. Colomb. Obstet. Ginecol. 30 (6): 227-238, 1979.
- 9.—Farreras, V.P. y Rozman, C.: *Medicina Interna*, Barcelona 1069-1113. Marin, 1985.
- 10.—Gómez, A.E.: *Disgerminoma*. Ginec. Obstet. Méx. 40 (239): 193-206, Sep. 76.
- 11.—Gory, R.M. y Col.: *Ginecología*. Buenos Aires, Ateneo, 265-287, 1982.
- 12.—Govan, A.D.T.: *Tumores ováricos: Signos clínicos e histopatológicos*. Ginecología y Obstetricia. Temas Actuales. 125-128, Abr. 1976.
- 13.—Guzmán, A. Ruben, D. y Col.: *Disgerminoma*. Rev. Colomb. Obstet. Ginecol. 27 (6): 313-321, 1976.
- 14.—Johnson, C.H.: *Masa pélvica y diagnóstico de carcinoma ovárico*. Clin. Obstet. Ginecol. (4): 941-961, 1979.
- 15.—Kissane, J.M. *Anderson's Pathology*. 8th. ed. St. Louis, Mosby, 1503-1517, 1985.
- 16.—Kurman, R.J.: *Contribuciones de la inmunocitoquímica en la patología ginecológica y obstétrica*. Temas Actuales (1): 5-22, 1984.
- 17.—Kurman, R.J. and Norris, H.J.: *Malignant mixed germ cell tumors of the ovary*. Obstet. Gynecol. 48 (5): 579-588, 1976.
- 18.—Kistner, R.W.: *Tratado de Ginecología*. 2a. ed. Barcelona, 388-391. Toray, 1983.
- 19.—Lagman, J.: *Embriología Médica*. 3a. Ed. México, Interamericana; 159-182, 1976.
- 20.—Lozada, S.B. y Quispicóndor, T.: *Disgerminoma de ovario en el Hospital General de Arequipa (Agosto de 1960 Agosto de 1968)*. Ginecol. Obstet. (Lima). 15 (1): 105-111, 1969.
- 21.—Magrina, J.F. y Col.: *Ovarian tumors*. J. Kansas Med. Soc. 82 (3): 119-121. Mar. 1981.
- 22.—Morow, P.C.: *Clasificación y Características del cancer ovárico*, Clin. Obstet. Ginecol. (4): 963-976, 1979.
- 23.—Newlands, E.S.: *Potential for cure in metastatic ovarian teratomas and dysgerminomas*. Br. J. Obstet. Gynecol. 89 (7): 555-560, Jul. 82.
- 24.—Novak, E. y Col.: *Patología Ginecológica y Obstétrica con referencias clínicas y endocrinas*. 8a. ed. Buenos Aires, Panamericana; 385-489, 1982.
- 25.—Novak, E. y Col. *Tratado de Ginecología*. 9a. ed. México, Interamericana; 494-499, 1977.
- 26.—Petersdorf, R.G. y Col.: *Harrison's Principles of Internal Medicine* 10th. ed. New York, Mc. Graw-Hill 751-764, 1983.
- 27.—Prazak, M.L.: *Disgerminoma de ovario. Realizado en el INEN durante 15 años 4 meses*. Tesis Br. Lima, Universidad Cayetano Heredia, 1969.
- 28.—Robbins, S.L. y Col.: *Patología estructural y funcional*. 2a. Ed. México, Interamericana, 1187-1196, 1984.
- 29.—Rosai, J.A.: *Patología quirúrgica*. 6a. ed. Buenos Aires, Panamericana, 1058-1060, 1983.
- 30.—Salazar, H. y Col.: *Diagnosis ultraestructural en la patología ginecológica*. Ginecología y Obstetricia. Temas Actuales (1) 5-24, 1984.
- 31.—Sellers, A.H.: *TNM clasification of malignant tumours; a brochure of checklists and revised*. UICC tech. Rep. Ser. 51: 15, 1982.
- 32.—Sheiko, M.C. y Col.: *Ovarian germinoma (dysgerminoma) with elevated serum lactic dehidrogenase*. Cancer 49 (5): 994-998, Mar., 82.
- 33.—Solidoro, S.A.: *Tratamiento médico del cáncer*. Liga Peruana de Lucha contra el cancer. Edit. Unidas, 147-157, Lima, 1983.
- 34.—Stanhope, C.R. y Col.: *Tumores de célula germinales*. Ginecología y Obstetricia. Temas Actuales (2): 367-374, 1983.
- 35.—Vugrin, D. y Col.: *Combined chemotherapy and surgery in treatment of advanced germ-cell tumors*. Cancer. 47 (9): 2228-2231, 1 May., 81.
- 35.—Sutherland, C.M. y Col.: *Chemotherapy of germ cell tumors in women*. Arch. Int. Med. 142 (4): 840-841, Ap. 82.
- 37.—Weinblatt, M.E. y Col.: *Treatment of children with dysgerminoma of the ovary*. Cancer. 49 (:) 2608-2611. Jun. 15, 82.
- 38.—Zaitzwan, de S.M.: *Disgerminoma del ovario*. Rev. Obstet. Venez. 39 (2): 117-123, 1979.
- 39.—Zaloudeka, Ch. y Col.: *Recientes avances en la patología del cancer de ovario*. Ginecología y Obstetricia. Temas Actuales. (2): 161-192, 1983.
- Zapater, M.J.G.: *Disgerminoma del ovario en el Hospital General de Arequipa*, Tesis Br. Arequipa, Universidad Nacional de San Agustín., 1969.