

DISGERMINOMA DE OVARIO EN EL HOSPITAL GENERAL DE AREQUIPA *

(Agosto de 1960 - Agosto de 1968)

Drs.: B. LOZADA STANBURY y T. QUISPICONDOR

INTRODUCCION

Nos ha parecido de particular interés, el estudio de este tumor de ovario, por cuanto su frecuencia en los ocho años de labor del Hospital General de Arequipa, supera la incidencia porcentual, anotadas por otros autores, en relación a los tumores malignos de ovario.

ORIGEN Y CARACTERISTICAS

El disgerminoma, según se conoce hasta la fecha, tiene su origen en las células indiferenciadas del desarrollo gonadal. Por esta misma razón, el disgerminoma, no ejerce acción sobre los caracteres sexuales de las pacientes, por cuanto estas células indiferenciadas, aún no han tomado los caracteres definidos de su sexo.

Es conocido que Meyer, fue el primero que sugirió este origen, basado en el hecho de que el seminoma del testículo, es un tumor de idénticas características, nombre que aún en Francia se le da al tumor de ovario. Es apoyada esta teoría, por el hecho de que muchas pacientes con este tumor de ovario, tienen un cierto grado de disfunción gonadal, que puede llegar a un pseudohermafroditismo manifiesto.

Hay dos casos reportados por Hudhesdon, con un estudio histológico muy serio, atribuyendo el origen, en un caso a un oocito maduro y otro a una relación íntima con el corioepitelioma.

El origen del disgerminoma en base a un teratoma, puede ser notado raramente, como los tres casos reportados por Mueller sobre 427 casos y más recientemente por Jones.

En un cierto número de casos, el disgerminoma no tiene relación causal con la anormalidad del sexo, que persiste cuando el tumor es extirpado; esto es un

(*) Presentado al Tercer Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología.

contraste con ciertos tumores de ovario que directamente producen cambios en los caracteres sexuales, con retorno a la normalidad, una vez extirpado el tumor.

PATOLOGIA

Macroscópicamente, se presentan como tumores de tipo sólido, de tamaño mediano, pudiendo alcanzar dimensiones mayores, hasta llenar la cavidad pélvica, de superficie por lo general lisa, a veces lobulada, de color blanco gris, a menudo con áreas amarillentas y focos de degeneración y cavidades quísticas. Otras veces son de tamaño pequeño de unos cuantos centímetros de diámetro.

Cuando son pequeños están rodeados de una cápsula densa, pero al crecer el tumor, ésta se rompe y puede infiltrar los tejidos vecinos.

Al corte, tiene un color gris rosado, con consistencia pastosa, otras de goma o en fin firme. Generalmente unilateral, en pocos casos es bilateral.

Microscópicamente, es un tumor con un cuadro distintivo típico, por lo cual el diagnóstico se facilita grandemente. El tumor está formado de acuerdo a la descripción de Hertig y Gore, por células, grandes, redondas u ovoides, vesiculares que son indistinguibles de las células germinales primordiales de la gónada embrionaria indiferenciada. Estas células están dispuestas en cordones o alvéolos, separadas por tabiques o septos de tejido conjuntivo, a menudo hialinizado e infiltrado de linfocitos. La cápsula que envuelve el tumor es de naturaleza conjuntiva fascicular de espesor variable y de cuya superficie interna parten bandas conjuntivas delgadas que se introducen en la masa tumoral.

Los núcleos de las células epiteliales son grandes y tienen variado número de mitosis, muchas de ellas atípicas.

Ocasionalmente se encuentran células plasmáticas gigantes, que han llevado algunas veces al diagnóstico errado de tuberculosis.

Se encuentran además zonas degenerativas y hemorragias extensas.

Malignidad.— Este tumor pertenece al grupo de malignos, pero hay variabilidad respecto a casos individuales. Su grado de malignidad puede ser comparado a los otros tipos comunes de cáncer primario de ovario, y por tanto muchas veces cura con la extirpación del anexo correspondiente.

La malignidad está de acuerdo a: perforación de la cápsula, infiltración a tejidos adyacentes, metástasis, tumor bilateral (14.17 % según Paul Pedowitzs), desarrollo del tumor antes de la pubertad o después de la menopausia, ascitis hemorrágica, etc.

Si el tumor se asocia a teratoma o coriocarcinoma, es particularmente maligno. La supervivencia de 5 años o más según Mueller es de 27.3% sobre 427 casos estudiados. Pedowitzs da cifras parecidas: 27.1% sobre 70 casos.

ESTUDIO DE TRES CASOS DEL HOSPITAL GENERAL DE AREQUIPA

(Desde Agosto de 1960 hasta Agosto de 1968)

CLINICA

Incidenia.— Sobre un total de 171 neoplasias de ovario analizadas en el Departamento de Anatomía Patológica del Hospital General, se encontró 140 neoplasias benignas (81.8%) y 31 neoplasias malignas (18.2%). De estas últimas, correspondieron a disgerminoma tres casos, lo que da una incidencia de 9.67% dentro de las neoplasias malignas de ovario y 1.75% para el total de neoplasias de ovario.

Comparando con otras estadísticas, tenemos que Morris y Scully observan una incidencia del 3 al 5% de disgerminoma comparado con tumores malignos de ovario. Valdivia Ponce del Inst. Nacional de Enferm. Neoplásicas de Lima, reportó 4 casos, con una incidencia de 7.2%. Hasta la fecha en la literatura mundial hay publicados cerca de 600 casos.

Fauvet dice que el disgerminoma se presenta con una frecuencia de un tercio de los carcinomas de células de la granulosa, que a su vez son el 10% de la totalidad de tumores malignos de ovario primarios.

Edad.— Nuestras pacientes tuvieron:

1er. caso	20 años	H.C.	65651
2do. caso	15 años	H.C.	88716
3er. caso	14 años	H.C.	146144

El disgerminoma es un tumor de los primeros años de la vida, de allí la denominación de carcinoma puellarum. Lo común es encontrarlo en la segunda

y tercera década de la vida. No es raro encontrarlo en la más temprana infancia. Raramente se presenta en la edad post-menopáusica. Mueller presenta un caso de dos años y Weintraub uno de 78 años.

ANTECEDENTES FISIOLÓGICOS

Menarquía:

Ritmo Menstrual: Embarazos:

1er. caso a los 13 años	3/30	3 a T. y E. 1 aborto.
2do. caso a los 13 años	3/28	0
3er. caso a los 13 años.	5/30	0

Se aprecia la ausencia de alteraciones menstruales y un ciclo catamenial regular y completamente normal. Además el primer caso tuvo cuatro embarazos.

Sintomatología y Signología

	1er. caso	2do. caso	3er. caso
Crecimiento abdom.	+	+	+
Tumor Unilateral	+	+	+
Dolor	+	+	—
Ascitis	—	—	—
Alteración caract. sex.	—	—	—
Estado general	B	B	B
Exámenes Auv. rutin.	—	—	—

Como es sabido, el signo más sobresaliente en el desarrollo de estos tumores, es el agrandamiento abdominal y la presencia del tumor. Estos signos aparecieron en nuestros tres casos y además en los dos primeros dolor, probablemente en relación al crecimiento del tumor y a focos de degeneración. Es de anotar la ausencia total de alteración en los caracteres sexuales.

Diagnóstico.— En los tres casos, clínicamente se hizo el diagnóstico simple de: Tumor de Ovario.

Tratamiento.

1er. caso Ooforosalingectomía derecha. Resección cuneiforme ovario izquierdo. Apendicectomía.

2do. caso Ooforosalpingectomía izquierda. Apendicectomía. Biopsia de Epiplon.

3er. caso Ooforosalpingectomía derecha. En segunda intervención: histerectomía total y ooforosalpingect. izquierda. Radioterapia (resultado de A.P. dio infiltración en la primera operación).

De acuerdo a todos los autores, no hay discrepancia, en cuanto al tratamiento quirúrgico. Sí la hay más bien, en cuanto a la extensión de la exéresis.

Como la mayor parte son pacientes jóvenes, hay tendencia a evitar una operación radical, siempre que sea posible. Cuando son jóvenes y los tumores son encapsulados, una anexectomía unilateral da resultados favorables.

No tiene discusión que la histerectomía total y la anexectomía bilateral, es el método adecuado, siempre que la paciente no desee tener más hijos y sea cual fuere su edad. Se seguirá además con un tratamiento de irradiación.

Sin embargo, cuando el tumor es encapsulado y la paciente desee tener hijos, debe procederse a la cirugía conservadora. Ayerst y Johnson nos han comunicado casos de mujeres que salieron embarazadas con tratamiento conservador.

Si el tumor es infiltrante, no hay duda del tratamiento radical, seguido de radioterapia, pues hay acuerdos de que el disgerminoma es particularmente radiosensible. Pedowitz, da una recurrencia del tumor del 52.9% en tumores aparentemente encapsulados. Además en el 36.4% con tratamiento conservador hay aparición contralateral del tumor.

Anatomía Patológica

Aspecto Macroscópico:

	Dimensión	Cápsula	Superf.	Color	Quistes
1er. caso	20x15x10 cm.	no	irreg.	blancogris	no
2do. caso	20x19x11 cm.	si	lisa	blancogris	si
3er. caso	18x15x10 cm.	si	lisa	blancogris	no

Aspecto Microscópico:

1er. caso Disgerminoma no infiltrante de ovario derecho

2do. caso Disgerminoma no infiltrante de ovario izquierdo

3er. caso Disgerminoma infiltrando trompa y ovario derecho

Supervivencia

- 1er. caso Observado hasta 3 años después, no hay recurrencia ni metástasis.
2do. caso Observado sólo hasta 4 meses después y se perdió de vista.
3er. caso Observado hasta dos años después, no hay recurrencia ni metástasis.

SUMARIO

Hemos presentado tres casos de Disgerminoma, con los siguientes resultados:

- 1.— La incidencia fue de 9.67 % en relación a neoplasias malignas de ovario.
- 2.— Nuestros tres casos ocurrieron en la segunda década de la vida.
- 3.— No encontramos alteraciones menstruales. En un caso ocurrieron cuatro embarazos previos.
- 4.— La sintomatología común fue: crecimiento abdominal y tumor. En dos casos además dolor. No se encontró alteración en los caracteres sexuales.
- 5.— El tratamiento fue conservador en dos casos. En el tercero se hizo radical en una segunda intervención, por haberse encontrado infiltración en el resultado de Ant. Pat. de la primera operación.
- 6.— En nuestros casos hasta donde fueron controlados, hay supervivencia de 3 años en dos casos; el 3er. fue controlado durante 4 meses.

SUMMARY

The authors have studied three cases of dysgerminoma of the ovary occurred between 171 ovarian tumors at the Hospital General of Arequipa, Peru; this number means an incidence of 9.67 % between the 31 malignant tumors of the ovary. All the women were between 14 - 20 years of age and did not present menstrual disturbances; the clinical picture was abdominal distension and pain and none of them presented virilization; the surgical treatment, in two cases was conservative, however, the verified survival was 3 years in these two patients.

BIBLIOGRAFIA

- 1.— AYERST R. I. AND JOHNSON: "Disgerminoma; report of a case treated by surgery and x-ray therapy, followed by term pregnancy". *Obs. Gynec.* 14: 685, 1959.
- 2.— ANDERSON: *Pathology*. Third Edition. Pag. 1054. 1961.
- 3.— BLOCKSONE R.: "Bilateral Dysgerminoma of ovary with pseudohermaphroditism" *Am. J. Obs. Gynec.* 69: 879, 1955.

- 4.— JONES E.: "Disgerminoma of the ovary, report of a case, associated with teratoma of the ovary". *Am. J. Obs. Gynec.* 78: 825, 1959.
- 5.— KANTER A. E.: "Ovarian Tumors". *Surg. Cl. N. Am.* 33: 279, 1953.
- 6.— MUELLER C. W.: "Disgerminoma of Ovary: and analysis of 427 cases". *Am. J. Obs. Gynec.* 60: 153, 1950.
- 7.— NEIGUS I.: "Ovarium disgerminoma with chorioepithelioma". *Am. J. Obs. Gynec.* 69: 838, 1955.
- 8.— NOVAK E. R.: "Textbook of Gynecology. Sixth Edition. Baltimore. 1965.
- 9.— NOVAK WOODDRUFF: "Gynecologic and Obstetric Pathology". Fifth Edition. Edit. Saunders. 1962.
- 10.— PEDOWITZS: "Disgerminoma of Ovary". *Am. J. Obs. Gynec.* 66: 1243, 1951.
- 11.— PEDOWITZS: "Disgerminoma of Ovary". *Am. J. Obst. Gynec.* 70: 1285, 1955.
- 12.— WHELTON J. A.: "Tumores Ginecológicos de la Adolescencia". *Cl. Obs. y Ginec.* Setiembre. 1966.