

Disgerminomas

(Disgerminomas en Hospital San Juan de Dios y México. Revisión General y Enfoque Terapéutico a través del tiempo)

Roberto Obando Venegas (*)

Víctor E. Hernández Gutiérrez (**)

Teodoro Mangel León (***)

Disgerminoma es un tumor maligno de ovario, caracterizado por originarse a partir de células germinativas, ser de tipo sólido, generalmente encapsulado, de color rosado grisáceo a la superficie de corte y que representa el 3-5^o/o de los tumores malignos de ovario. Por ser una neoplasia común en edades tempranas de la vida y como el tratamiento ha variado a través del tiempo consideramos interesante y provechoso, hacer un análisis de los disgerminomas diagnosticados y tratados en los Hospitales México y San Juan de Dios, enfatizando el enfoque terapéutico y sus cambios a través del tiempo.

MATERIAL Y METODOS

Se analizan 13 casos de disgerminomas encontrados en los centros mencionados, de 1968 a 1976. Se analizará la incidencia, la edad de presentación, los signos y síntomas más frecuentes, los hallazgos operatorio y el tratamiento y pronóstico.

ANALISIS Y DISCUSION

Los disgerminomas representan en nuestro medio el 7^o/o de los tumores malignos de ovario y el 0.8^o/o de todos los tumores de ovario. Estos datos están de acuerdo, o por lo menos dentro de límites aceptables, con los datos obtenidos en la literatura. Novak establece una incidencia de 3-5^o/o, Taylor y Munnelli del 15^o/o, Kawahara del 5^o/o y Lima del 5^o/o (7) (9) (4).

TABLA No. 1

PORCENTAJE DE DISGERMINOMAS EN RELACION CON EL TOTAL DE TUMORES MALIGNOS DE OVARIO.

AUTOR	PORCENTAJE	PAIS
Novak	3-5 %	U. S. A.
Munnell	15 %	U. S. A.
Kawahara	10 %	Europa
Kawahara	5 %	Japón
Lima	5 %	Brasil
Hernández y Obando.	7 %	Costa Rica.

La edad de presentación tiene en las estadísticas mundiales un ámbito bastante amplio. En nuestro estudio la edad de las pacientes osciló entre los 5 y los 35 años, con un promedio de 17.8 años.

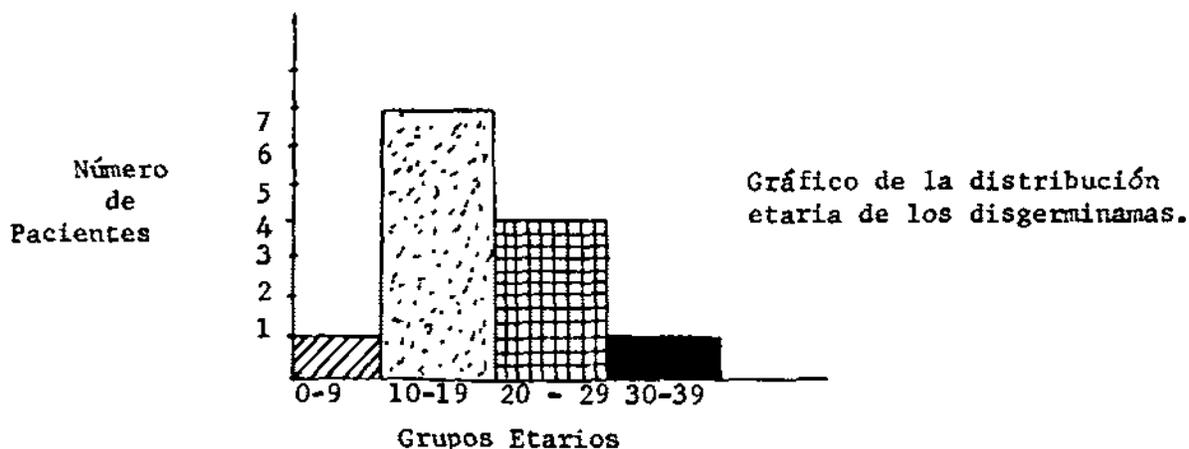
TABLA No. 2

DISTRIBUCION ETARIA DE LOS DISGERMINOMAS EN COSTA RICA

AÑOS	PACIENTES	PORCENTAJE.
0-9	1	7.7 %
10-19	7	53.8 %
20-29	4	30.8 %
30-39	1	7.7 %

Como se desprende de la tabla No. 2, el ámbito de edad es amplio, pero el mayor número de estas neoplasias se presenta en la segunda y tercera década de la vida.

* Residente de Gineco-Obstetricia Hospital México
 ** Residente Gineco-Obstetricia Hospital San Juan de Dios
 *** Jefe de Clínica de Ginecología Hospital México.



Como ya se mencionó, la variación etaria es grande y los diferentes estudios, dan cifras también diferentes, que en cierto grado dependen de la muestra estudiada. Así Wider presenta edades que van desde 9 a 11 años con un promedio en 34 años (9). Asadourian, con una muestra bastante amplia, presenta edades que oscilan de 6 a 56 años, con un promedio en 22 años (1). Novak por su parte tiene pacientes con edades desde los 9 meses hasta los 67 años (7). En nuestro trabajo la muestra es relativamente pequeña, pero por la rareza de la patología, es aceptable. La sintomatología es en realidad variable. Tanto es así que Novak y Lima, consideran que ésta está sujeta en gran parte, a los órganos afectados por la extensión del tumor (7) (4). Para Wider, con una serie de 10 pacientes, 6 presentaron masas abdominales, 2 alteraciones gastrointestinales y 2 fueron asintomáticas (9). Hay que aclarar que a la exploración física, 9 de las 10 pacientes presentaron masas abdominales. En una serie más amplia, con 117 casos, Asadourian encuentra un 52% con tumor abdominal, 48% con dolor abdominal o pélvico, 15% con trastornos menstruales y 10% asintomáticas (1). Pedowitz y Grayzel reportan un 5% asintomáticas, 38% con dolor abdominal, 45% con sensación de masa abdominal y 56% con tumor abdominal palpable (8). En nuestra causística de 13 pacientes, resulta aventurado tratar el tópico en términos porcentuales. El síntoma más frecuente descrito en nuestro estudio fue el dolor abdominal o pélvico, que se presentó en 10 de las 13 pacientes. Luego el crecimiento abdominal o sensación de masa en 6 pacientes, pérdida de peso en dos casos, trastornos gastrointestinales en dos ocasiones y una paciente que fue totalmente asintomática, descubriéndose su patología a raíz de cursar con un embarazo concomitantemente con el tumor. Cabe mencionar en este momento, que embarazo asociado a este tipo de tumor también

ha sido descrito por Brody, Jakson, Pace, Postner y Muller (5). Los síntomas en general aparecieron con anterioridad variable al diagnóstico y su duración máxima pre diagnóstico fue de 5 meses. Asadourian reporta que los síntomas y signos pre diagnóstico variaron de 1 mes a 2 años, y que en el 70% de los casos fue de 6 meses o menos (1). Los hallazgos operatorios los hemos tratado de presentar en formas similares a otros autores que han publicado revisiones con números mayores de casos, pero nos pareció importante agregar el dato de ascitis, ya que en la literatura es considerado como punto que tendrá influencia en el pronóstico. Los resultados obtenidos por nosotros, quedan resumidos en la siguiente tabla.

TABLA No. 3

HALLAZGOS OPERATORIO EN CASO DE DISGERMINOMA

HALLAZGOS OPERATORIOS	NUMERO DE CASOS
Ascitis	2
Tumor Unilateral	12
Tumor Bilateral	1
Ext. local y metas	6

De los 12 casos que presentaron localización unilateral del tumor, 7 fueron derechos y 5 fueron izquierdos. Estos 12 tumores de localización unilateral, viene a representar el 92% de nuestra revisión, cosa que coincide con un 90% que presenta Wider en su artículo (9). Sin embargo Asadourian, con una revisión mucho más extensa que la nuestra y la de Wider, encuentra tumores unilaterales solamente en el 71% de los casos (1). Para Novak el porcentaje

de unilateralidad asciende a 96% (7). El tratamiento es un punto importante, pues tendremos que analizarlo a través del tiempo; y observar como con la variación de este se ha disminuído la mortalidad y se ha aumentado la sobrevivida. Además interesante notar que dependiendo de la institución en donde se trató el caso, hay una

tendencia al uso de la quimioterapia, cosa que según la literatura mundial, no tiene objeto, excepto en los casos en donde también exista coriocarcinoma asociado (10) El resumen de los tratamientos empleados y los resultados obtenidos se dan a continuación.

TABLA No. 4

METODO DE TRATAMIENTO Y SUS RESULTADOS.

METODO DE TRATAMIENTO	EXTENSION DEL TUMOR			RESULTADO TRATAMIENTO		
	unil.	bilat.	ext.	sobre vida	mort.	se ign.
Ooforectomía unilat.	4	--	1	2	1	2
Histerectomía & salpingooforectomía	--	1	--	--	1	--
Ooforectomía & radiación	1	--	2	3	--	--
Ooforectomía & radiación & quimioterapia	--	--	1	1	--	--
Histerectomía & ooforectomía & radiación	1	--	1	2	--	--
Excenteración pélvica & radiación	--	--	1	1	--	--

Como podemos observar en el cuadro anterior, la ooforectomía unilateral como tratamiento único se uso en 5 casos, 4 de los cuales tenía el tumor confinado a un ovario y uno tenía extensión extragenital. De estos casos, el que presentaba extensión murió, considerando su tratamiento insuficiente, pero lo que es aún más interesante es que todos los 5 casos fueron tratados antes del año 1973. Así también el caso en que se practicó histerectomía total con salpingooforectomía bilateral y que murió, fue tratado en 1971. No es sino hasta después de 1973 cuando se usó la radioterapia como complemento de la cirugía, posiblemente porque muchos de estos casos eran tratados en servicios de Cirugía General y no es hasta entonces que se canalizan al servicio especializado de oncología. No podemos dejar de mencionar en este análisis, el hecho de que las dos muertes sucedidas en este estudio, se presentan antes de 1973, o sea antes de que los casos de disgerminoma fueran debidamente canalizados. Finalmente también llama la atención que el único centro que utiliza la quimioterapia como una arma más del arsenal terapéutico fue el Hospital México. Sin embargo, la literatura se refiere que ésta no es necesaria y

que solo cabría su uso en el caso de existir coriocarcinoma asociado o cuando la extensión fuese tal, que no se puede abarcar con cirugía y radioterapia (10) En cuanto a que tipo de cirugía y de radioterapia se deba usar, la literatura se presenta controversial. Así Munnelli dice que en los estadios I de cancer de ovario (clasificación de la F.I.G.O.) no es necesario el uso de la radioterapia y si es conveniente para el resto de los estadios (6). También afirma que la quimioterapia no da ningún beneficio en el cancer de ovario (6). Bliss y Barnett establecen que el esquema aconsejaba para el tratamiento de los germinomas es la cirugía seguida de radioterapia, aunque especifica que en otros estudios, la radioterapia sola ha dado resultados aceptables (9). Asadourian obtiene iguales porcentajes de sobrevividas con radioterapia que sin radioterapia, pero hay que notar que sus casos más favorables fueron los tratados con cirugía solamente (1). Para Wider el mejor esquema es la histerectomía total con salpingooforectomía bilateral y seguida de radioterapia. Sin embargo, en mujeres de edad avanzada y con su papel materno concluído, no hay duda en cuanto a la radicalidad de la cirugía, pero el caso controver-

sial sucede en la mujer joven con tumor encapsulado unilateral. Pedowitz dice que aún en casos así, la cirugía debe ser radical, pues la estadística de sobrevida es mejor con este tipo de cirugía (9) (8).

CONCLUSIONES

1.- Las pacientes con disgerminoma deben ser referidas a los Servicios especializados de Ginecología y Oncología para su estudio y tratamiento. 2.- Se obtiene mayor sobrevida, con tratamiento de cirugía seguida de radioterapia. 3.- La quimioterapia no es de elección, excepto en casos de coriocarcinoma o con extensión significativa. 4.- La cirugía radical pélvica se deja reservada solo para casos con extensión importante dentro de la pelvis. 5.- En todo dolor abdomino-pélvico, con sensación o presencia de masa en hemiabdomen inferior, debe tenerse presente el diagnóstico de disgerminoma.

RESUMEN

Se hace una revisión general de los disgerminomas encontrados en los Hospitales San Juan de Dios y México hasta la fecha, y cuyo diagnóstico fue debidamente corroborado con estudio de anatomía patológica. Se analiza la incidencia, la edad de presentación, la sintomatología, los hallazgos operatorios, y el tratamiento así también los cambios que este ha sufrido a través del tiempo en los centros mencionados.

SUMMARY

This work is a attempt to make a general review about the Dysgerminomas founded in the San Juan de Dios Hospital and Mexico Hospital up to the day. The incidence, age of appearance, symptoms, special findings at the time of surgery, and in special way the treatment and its evolution on time, were analyzed.

ZUSAMMENFASSUNG

Es werden alle Fälle von Dysgerminomen untersucht, die bisher in den Krankenhäusern San Juan de Dios und Mexico vorgekommen

sind, deren Diagnose anatomisch-pathologisch bestätigt wurde. Es werden analysiert; Häufigkeit, Alter des Auftretens, Symptomathologie, Poerations befunde und die Behandlung, sowie die Änderungen die diese in Laufe der Zeit in den obengenannten Krankenhäusern erfahren hat.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Asadourian L.A., Taylor H.B. "Dysgerminoma: An Analysis of 105 casos" *Obstet. Gynec.* 33: 370-79, 1969.
- 2.- Bliss W.R., Barnett W.H. "Retroperitoneal germinoma without evidence of testicular involvement" *Amer. J. Surgery* 120; 363-6 Sept. 1970.
- 3.- De Bacalao E.B., Dominguez I., Unilateral gonadoblastoma in a pregnant woman. *Amer. J. Obstet. Gynec.* 105: 1279-81, 15 Dic. 1969.
- 4.- De Lima F.O.A. "Disgerminoma de ovario".
- 5.- Jackson R.L. "Ovarian Dysgerminoma: Report of 8 cases". *Obstet. Gynec.* 80: 442, 1960.
- 6.- Munnell E.W. The changing prognosis and treatment in cancer of the ovary. *Amer. J. Obstet. Gynec.* 100: 790-805, 1968.
- 7.- Novak E.R., Jones G.S. Jones H.W. *Novak's Textbook of Gynecology*. The Williams & Wilkins Company, Octava Edición, 1970.
- 8.- Pedowitz P., Felmus L.G., Grayzel D.M. "Dysgerminoma of the ovary: Prognosis and treatment", *Amer. J. Obstet. Gynec.* 70: 1284, 1955.
- 9.- Wider J.A. "Dysgerminoma: A Clinical review" *Obstet. Gynec.* 31:560-5, 1968.
- 10.- Wider J.A. et al. Sustained remissions after chemotherapy for primary ovarian cancer containing choriocarcinoma". *New England J. Med.* 280: 1439-42 26 Jun. 1969.