

M. Victoria San Román Sigler^a
Jesús de la Rosa Fernández^a
Teresa Campelo Martínez^a
Miren Huarte Martínez^a
Cosme Ereño Zarate^b
Miguel López Valverde^a

^aServicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital de Basurto. Basurto. Bilbao. España.

^bServicio de Anatomía Patológica del Hospital de Basurto. Basurto. Bilbao. España.

Correspondencia:

Dra. M.V. San Román Sigler.
Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital de Basurto.
Avda. Montevideo, s/n. Bilbao. España.
Correo electrónico: tatisanro@hotmail.com

Fecha de recepción: 3/5/2005.

Aceptado para su publicación: 7/11/2006.

Actualización en el tratamiento del disgerminoma ovárico

*Treatment of ovarian
dysgerminoma. An update*

RESUMEN

Presentamos 2 casos de disgerminomas ováricos tratados en nuestro servicio en el último año. Son tumores que afectan a mujeres jóvenes, por lo que debemos realizar un tratamiento conservador que les permita mantener la fertilidad. La cirugía conservadora, asociada si es necesario a quimioterapia, consigue muy buenos resultados. En el primer caso se realizó cirugía conservadora por tratarse de una mujer joven.

PALABRAS CLAVE

Disgerminoma. Mujer joven. Fertilidad. Cirugía conservadora. Quimioterapia.

ABSTRACT

We present two cases of ovarian dysgerminoma treated in our hospital in the last year. These tumors affect young women and consequently conservative treatment should be provided to preserve fertility. Conservative surgery associated with chemotherapy, if necessary, provides good results. In the first case, conservative surgery was performed because the patient was a young woman.

KEY WORDS

Dysgerminoma. Young woman. Fertility. Conservative surgery. Chemotherapy.

INTRODUCCIÓN

Los disgerminomas son tumores derivados de las células germinales que aparecen en pacientes jóvenes, muchas veces adolescentes. Constituyen el 3-5% de todos los tumores malignos de ovario¹.

El tratamiento de estos tumores debe intentar ser lo menos agresivo posible para mantener la fertilidad posterior de la paciente.

En general, la combinación de cirugía conservadora asociada a quimioterapia consigue muy buenos resultados, incluso en estadios avanzados²⁻⁴.

Presentamos un caso de disgerminoma diagnosticado en nuestro servicio.

CASO 1

Mujer de 31 años de edad con un parto normal hace 40 días, que acude al ambulatorio a la revisión posparto. En la exploración se detecta una tumoración dura, de 10-12 cm, que ocupa la fosa ilíaca derecha por encima del útero.

104

En la ecografía se aprecia una tumoración sólida de ovario derecho de 10 × 12 cm, con vascularización no sospechosa. El útero y el otro ovario presentan un aspecto normal.

La tomografía computarizada (TC) pélvica reveló una masa pélvica compatible con un mioma pediculado.

Los resultados de los marcadores tumorales fueron los siguientes: AFP 1,07; CEA 0,68; Ca 125 139,3; Ca15.3 33,48; Ca 19,9 4,69; AFP 1,5; LDH 256; beta-HCG < 1.

La paciente fue intervenida y se realizó una biopsia intraoperatoria, que puso de manifiesto la presencia de un disfibroma ovárico. Se realizó una ooforectomía derecha, una citología peritoneal, una omentectomía y una linfadenectomía pélvica y aórtica homolateral. La anatomía definitiva fue informada como disgerminoma puro con ganglios negativos (estadio Ia).

A los 6 meses de la intervención quirúrgica, la paciente se encuentra asintomática y los marcadores tumorales son normales (figs. 1 y 2).

CASO 2

Mujer de 51 años de edad, remitida a consultas por presentar hipermenorreas. Como antecedentes ginecológicos destacan un embarazo y un parto normales, y la realización de una laparoscopia por una endometriosis bilateral. En la ecografía se observa una imagen sólida de 3 × 4 cm en el ovario izquierdo, con vascularización normal, compatible con un teratoma, y una imagen intracavitaria compatible con un pólipo endometrial. Tras la histeroscopia para la extirpación del pólipo se realizó a los 4 meses una ecografía de control. En el ovario izquierdo se apreciaba una imagen sólida de 6 × 9 cm con vascularización atípica.

Los marcadores tumorales son: Ca 125 195,10; AFP 2,23; LDH 362; beta-HCG 3,4.

La paciente fue intervenida y se realizó una biopsia intraoperatoria, que reveló un disgerminoma ovárico. Se realizó una histerectomía, una doble anexectomía, una citología peritoneal, una omentectomía y una linfadenectomía pélvica y paraaórtica. La anatomía definitiva fue informada como disgerminoma ovárico con ganglios negativos (Ia).

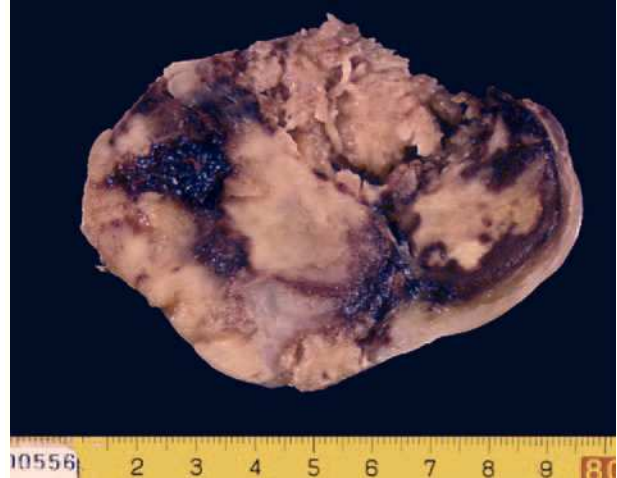


Figura 1. Disgerminoma 2. Anatomía patológica macroscópica. Sección de la pieza. Tejido compacto con áreas necrobemorrágicas.

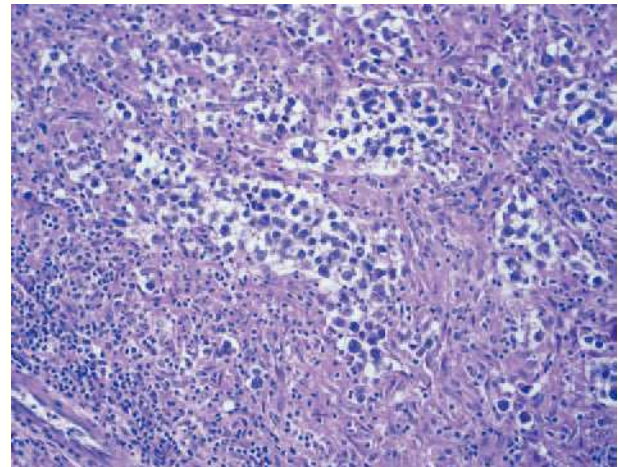


Figura 2. Disgerminoma 7. Anatomía patológica microscópica. Tinción de hematoxilina-eosina. Nidos de células germinales separadas entre sí por tabiques fibroblásticos con abundante tejido linfoide.

A los 3 meses de la intervención, la paciente se encuentra asintomática.

DISCUSIÓN

Los disgerminomas son tumores raros que afectan a pacientes jóvenes. La mayoría son unilaterales, de

predominio en el lado derecho², aunque hasta en un 10-12% de los casos pueden ser bilaterales¹. Se suele realizar cirugía conservadora para mantener la fertilidad de la paciente y se debe realizar un examen minucioso del ovario contralateral para descartar una posible lesión. Si hay un tumor bilateral o si el ovario contralateral es disgenético, se recomienda efectuar una anexectomía bilateral.

Es más frecuente en casos de disgenesias gonadales⁷, y en estos casos hay un mayor porcentaje de recidiva⁸.

El gran problema de estos tumores es que afectan a mujeres muy jóvenes y debemos intentar, siempre que sea posible, un tratamiento conservador si la paciente desea conservar la fertilidad.

En estadios precoces, la mayoría de autores recomienda realizar un tratamiento conservador con anexectomía unilateral y linfadenectomía pélvica y paraaórtica para su estadificación. Si fuese necesario, se puede asociar quimioterapia coadyuvante, con la que se obtiene muy buenos resultados en la mayoría de los casos^{2,3}. Como excepción, cabe citar el estadio Ia, en que sería suficiente con la cirugía^{1,3}.

En la literatura médica clásica se recomendaba realizar una histerectomía con doble anexectomía en estadios avanzados, pero los estudios recientes no demuestran diferencias significativas en cuanto a la supervivencia respecto a la cirugía conservadora o no conservadora^{2,5,8}. Sería razonable plante-

ar un tratamiento conservador asociado a quimioterapia (con etopóxido) incluso cuando hay metástasis³.

Los casos presentados son de estadios Ia, por lo que se realizó una cirugía conservadora en el primero (mujer en edad fértil) y una cirugía radical en el segundo. En ninguno de los casos fue necesario tratamiento adyuvante.

Tras 6 y 3 meses de seguimiento, respectivamente, ambas pacientes permanecen asintomáticas y libres de enfermedad.

Los nuevos tratamientos combinados de cirugía y quimioterapia consiguen supervivencias de hasta casi el 100% en estadios iniciales^{2,3,5,6}, y del 87% en estadios avanzados^{2,5}.

Durante el tratamiento de quimioterapia, hasta el 50% de las pacientes presenta amenorrea. La mayoría recupera su función ovárica normal al finalizar el tratamiento², y hasta el 85% consigue embarazos¹.

CONCLUSIÓN

El disgerminoma ovárico es un tumor poco frecuente que afecta a pacientes jóvenes. En la mayoría de los casos podemos realizar tratamientos con cirugía conservadora, con o sin quimioterapia, consiguiendo muy buenos resultados y manteniendo la fertilidad posterior de la paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Celorio A. Disgerminoma de ovario. Nuevas consideraciones terapéuticas. Actualidad Obstétrico-ginecológica. 1992;3:127-39.
2. Perrin LC, Low J, Nicklin JL, Ward B, Crandon AJ. Fertility and ovarian function after conservative surgery for germ cell tumours of the ovary. Aust NZ J Obstet Gynaecol. 1999;39:243-5.
3. Zuntova A, Sumerauer D, Teslik L, Kotecky J. Ovarian dysgerminoma in children and adolescents. Casopis Lekaru Ceskych. 2004;143:246-52.
4. Isaka K, Akaeda T, Itoh H, Hori K, Yudate T, Nagata J, et al. Dysgerminoma in a patient with a tumor of the neck. Empiric treatment of stage IV dysgerminoma. Gynecol Obstet Invest. 2002;54:109-13.
5. Ayhan A, Bildirici I, Gunalp S, Yuce K. Pure dysgerminoma of the ovary: a review of 45 well staged cases. Eur J Gynaecol Oncol. 2000;21:98-101.
6. Reddy KB, Ahuja VK, Kannan V, Vallikad E, Anantha N. Dysgerminoma of the ovary: a retrospective study. Aust Radiol. 1997;41:262-5.
7. Chih-Ping C, Schu-Rern C, Tao-Yeuan W, Wayseen W, Kung-Liahng W, Cherng-Jye J. Androgen receptor gene mutations in 46,XY females with germ cells tumours. Human Reprod. 1990;14:664-70.
8. Casey AC, Bhodauria S, Shapter A, Nieberg R, Berek JS, Farias-Eisner R. Dysgerminoma: the role of conservative surgery. Gynecol Oncol. 1996;63:352-7.