

# DISGERMINOMA OVARICO ASOCIADO CON EL EMBARAZO

*Dr. Leonel Pérez H. \**

*Dr. Gaspar Vallecillo H. \**

## RESUMEN

En una revisión de la literatura médica se encontraron veintisiete casos reportados hasta el mes de marzo de 1979. La mayor parte de los casos se referían a pacientes con baja paridad. Nuestro caso es el de una gran multípara con veinte y tres semanas de embarazo y un disgerminoma "puro" de ovario, estadio IIa. El tratamiento consistió en histerectomía abdominal total con salpingooforectomía bilateral, seguida de radioterapia.

Aunque el disgerminoma "puro" es una neoplasia con bajo potencial de malignidad, el tratamiento en pacientes no embarazadas es relativamente simple, sin embargo, en la paciente embarazada el tratamiento continúa siendo controversial.

Un seguimiento minucioso es esencial en el manejo de estos casos, debido a que las recurrencias suelen ser altas, máxime en

---

\* Departamento de Ginecología y Obstetricia de la Facultad de Ciencias Médicas.  
Universidad Nacional Autónoma de Honduras.

los primeros cinco años posteriores al tratamiento inicial.

## REPORTE DEL CASO

Paciente de 29 años de edad, grávida 6, para 5, abortos 0, cesáreas 0, hijos vivos 5. Fue admitida en la Sala de Embarazo Patológico del Hospital-Escuela, el día 15 de Octubre de 1979, con el diagnóstico de embarazo de 23 semanas y masa en el anexo izquierdo. El cuadro clínico se inició a las 12 semanas de embarazo con dolor leve en hipogastrio. A su ingreso, la paciente estaba en buenas condiciones generales.- El examen físico mostró una masa en el anexo izquierdo, de superficie irregular, sólida, fija y con leve dolor al movilizar el útero; este correspondía a un embarazo de 23 semanas. La frecuencia cardíaca fetal era de 140 por minuto.

Después de los cuidados preoperatorios la paciente fue llevada a Sala de Operaciones. Se encontró un tumor del ovario izquierdo, con múltiples adherencias pélvicas, sólido, con excrescencias. No había ascitis. El ovario del lado derecho estaba normal macroscópicamente. La biopsia transoperatoria reportó un dis-

germinoma por lo que se practicó histerectomía total con salpingooforectomía bilateral. B informe anatomopatológico reveló disgerminoma puro de ovario de 614 g. con un tamaño de 13 x 12 x 8 cms. Se encontraron metástasis a la serosa de la Trompa de Falopio del lado derecho. El ovario derecho era normal, ; el útero y placenta normales. La paciente fue programada para radioterapia. Hasta la fecha 1 paciente se encuentra en buenas condiciones.

## DISCUSIÓN

Los disgerminomas son tumores oválicos de tipo embrionario que se originan de las células germinativas, en el estadio indiferenciado de la gónada en desarrollo, origen: sugerido por el Dr. Robert Meyer. La frecuencia del disgerminoma "puro" de ovario es un 1-2% de todos los tumores de ovario. Se presenta en paciente con edades comprendidas entre los diez y treinta años, en un 80% de los casos.

Aproximadamente un 15% de los disgerminomas son mixtos contando otros elementos de células germinales, tales como cé-

lulas del seno endodérmico, teratoma inmaduro o coriocarcinoma (1)-

Asociado al embarazo los tumores más frecuentes son el teratoma quístico y el cistadenoma seroso. Las neoplasias se encuentran aproximadamente en uno de cada 18.000 partos, y de todos los tumores asociados- al embarazo la malignidad es de un 3 al 6 o/o.

Macroscópicamente estos tumores tienen una cápsula densa, son lobulados, con consistencia de hule comprimido y superficie lisa. El de mayor tamaño reportado tenía 28 cms. de diámetro (2) y el de menor tamaño 12 cms. El cuadro microscópico se caracteriza por células grandes poligonales, separadas por tabiques de tejido fibroso infiltrados por linfocitos.

Las complicaciones de los tumores de ovario son bien conocidas: ruptura, torsión, distocia y otras menos frecuentes. Durante el embarazo, el riesgo para el feto por una neoplasia maligna de ovario se relaciona con el tratamiento, dado que las metástasis al feto o a la placenta, no ocurren o suceden raramente. El riesgo de torsión (10-15o/o en la mayor parte de los reportes), es mayor entre las 8-16 semanas, cuando el útero crece rápidamente, o cuando disminuye de tamaño, como sucede durante el puerperio.

Muchos autores opinan que el momento apropiado para la laparatomía está entre las 14-16 semanas de gestación, con el objeto

de disminuir las posibilidades de aborto. La cirugía en el primer trimestre está asociada con aborto espontáneo en un 33o/o de los casos (4).

La laparotomía se difiere siempre que sea posible hasta las 14-16 semanas de embarazo, por dos razones: a) Factores endocrinológicos y b) Porque los quistes funcionales del ovario han disminuido de tamaño en esta edad gestacional, evitando así una laparatomía innecesaria

El hallazgo de una neoplasia maligna durante el embarazo, debe ser manejado como en el estado de no embarazo. En el carcinoma de ovario, la sobrevivida a cinco años en el estadio II es de un 42o/o (6). En el disgerminoma "puro" de ovario es del 73o/o y para la variedad mixta, únicamente de 27o/o (11 casos) (7).

En el disgerminoma localizado unilateralmente, la posibilidad de curación es de 80-90o/o, pero si es bilateral o con extensión local, la posibilidad de curación desciende a un 20-30o/o (8). Las recurrencias suelen presentarse en los primeros dos a cinco años después del tratamiento inicial y se estima que se presentan en un 25 a 40o/o de los casos.

Nuestra paciente pertenece a una clase socioeconómica baja y vive en una área rural muy alejada de la capital, por lo que es extremadamente difícil su seguimiento. El tratamiento en nuestra paciente se practicó con base a la edad, cinco hijos vivos y ala dificultad que esta paciente presentaba para su seguimiento post-operatorio.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Disaia PJ, Morrow CP, Townsend DE: Synopsis of Gynecologic Oncology. John Wiley & Sons, 1975. Página 174.
2. Karlen JR, Akbari A, Cook WA: Dysgerminoma Associated with Pregnancy. *Obstetrics & Gynecology*, 53: 330, 1979.
3. Barber HRK, Grater EA: Surgical Disease in Pregnancy. W.B. Saunders Company 1974. Página 428-439.
4. Novak ER., Lambrou CD., Woodruff JD.,: Ovarian Tumor in Pregnancy. *Obstetrics & Gynecology*, 46: **401**, 1975.
5. Greenwald EF: Ovarian Tumors. *Clinical Obstetrics and Gynecology*. Volumen 18, Diciembre 1975. Página 79.
6. Kent SW., McKay DG: Primary Cancer of the Ovary. *A.M.J.Obst. & Gynecology* 80:430, 1960.
7. De Lima FOA: Disgerminoma Do Ovario, Contribucao para o seo Estudio Anatomico-Clinico. Sao Paulo, Brazil 1966.
8. Barber HRK, Graber EA: Managing Ovarian Tumors of Childhood and Adolescent. *Contemporary Ob/Gyn*. Marzo 1974, página 123.