

"DISGERMINOMA PURO DE OVARIO EN EL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS 1971-1985

Dra. Lucy López de Necochea

Clave: Disgerminoma de Ovario - Cáncer de Ovario - Neoplasias

Key words: Dysgerminones-Ovary malignan neoplasias-Gynaecology oncology.

RESUMEN

48 casos de disgerminoma puro de ovario han sido atendidos en el INEN de 1971 a 1985. 5 casos fueron primariamente tratados en el INEN y 43 (90%) fueron transferidos de otros hospitales del país luego de tratamiento quirúrgico. La política del tratamiento en el INEN se baso en iniciar Radioterapia si era requerida, luego de confirmar la cirugía óptima de acuerdo al estadio clínico.

8 casos fueron estadio I, 1 caso de estadio II, 22 casos fueron estadio III, 8 casos con estadio IV y en 4 casos no se pudo establecer estadio clínico por falta de datos en la historia clínica de la paciente transferida.

La sobrevivida a los 5 años sin enfermedad para todos los estadios sólo fué posible seguir en 4 casos (3 de estadio III y 1 de estadio IV); sin embargo un grupo de 11 pacientes fue seguido sin enfermedad por 2 años (9 casos de estadio III y 2 de estadio IV). La mortalidad para todos los estadios en este grupo fué de 18.7% (9 pacientes) 6 de ellas en estadio IV de enfermedad y 3 con estadio III de enfermedad

A pesar de la numerosa casuística, los datos estadísticos de evaluar y comparar no fué posible por el gran número de pacientes perdidas de vista para el seguimiento (56.3%).

Se describe sucintamente el manejo por estadios clínicos, haciéndose hincapie en la primera intervención quirúrgica. Se enfatiza la necesidad de la mejor comunicación entre el hospital de referencia y el INEN para el uso óptimo del recurso del hospital especializado.

SUMMARY

48 cases of ovary dysgerminoma have been attended in the INEN in 1971 to 1985. 5 cases have seen primary in the INEN and 43 (90%) have been transfer of the hospitals of Perú, after the quirúrgico treatment.

The inical treatment in the INEN was radio therapy if was requered, after the confirmation of the optimous quirurgical option acording clínicl stage.

8 cases was stage, I, 1 case stage II, 22 cases stage III, 8 cases with stage IV and 4 cases we can not stablished the clinical stage because the ausent informs in the clinical story of the transfered patients.

Only in 4 cases we can follow up for 5 years (3 of stage III and 1 of stage IV) however 11 patients we can follow with out illness for 2 years (9 casses of stage III and 2 cases of stage IV).

The desertion percentage was very high (56.3%). This is the reason why we can not work, in statiscal terms.

We describe the treatment according the clinical stage and we make enphasys in the needless comunication between of specialited Hospital.

INTRODUCCION

El estudio de los 48 casos de pacientes con disgerminoma puro de ovario atendidas en el INEN desde 1971 a 1985 nos permite sacar algunas conclusiones del manejo, en general, del tumor de ovario en nuestros

hospitales; y en particular, del disgerminoma puro de ovario. Este, siendo un tumor poco frecuente, y que afecta a mujeres pre-púberes, púberes y jóvenes en su mayoría, responde bien en estadios tempranos a 2 tra-

tamientos invasivos y curativos como son: la cirugía y la radioterapia.

En este estudio, el 90% de los casos han sido primariamente tratados en hospitales diferentes del INEN, en Lima u otras provincias, por el gineco-obstetra o el cirujano general; por lo que conviene evaluar la experiencia del manejo del disgerminoma de ovario (que de por sí refleja el de otras clases de tumores ováricos más frecuentes), durante este lapso de 15 años; y conviene difundir de manera simple, la política de su manejo en el INEN para conocimiento en hospitales generales, ya que la primera intervención quirúrgica en estos casos, es la piedra angular del tratamiento y pronóstico de la paciente, y en ella se debe establecer cuidadosamente el estadio clínico y ejecutar la conveniente cirugía para evitar pérdida de tiempo y establecer oportuna radioterapia, y para utilizar mejor los recursos del hospital especializado en un trabajo de conjunto.

MATERIAL Y METODOS

Se ha revisado todos los casos de disgerminoma puro de ovario atendidos en el INEN de Enero de 1971 a Diciembre de 1985. Son en total 48 casos; habiéndose excluido todos aquellos casos que tuvieron un componente celular mixto o que no hubieron tenido confirmación diagnóstico histológica en el INEN.

RESULTADOS

La edad de las pacientes en estos 48 casos varia de 9 a 43 años, con una mediana a los 19 años (Tabla 1). 10 pacientes no habían tenido menarquia, 12 pacientes habían tenido hijos, un caso estuvo asociado con ame-

TABLA 1

DISTRIBUCION POE EDADES DEL DISGERMINOMA PURO DE OVARIO. (INEN 1970-85)

Edad (años)	6-10	11-15	16-20	21-25	26-30	31-35	36-40	41-45	Total
Nº casos	4	17	17	10	3	2	—	1	48

norrea primaria a los 20 años (e hipoplasia gonadal) (Tabla 1). En 6 casos se descubrió la enfermedad durante el embarazo, o en relación a el (Tabla 2), y el 40% refirió sintomatología de menos de tres meses de

evolución (Tabla 3). En 23 casos se describió compromiso del ovario derecho, en 20 casos se describió el compromiso del ovario izquierdo, en 4 casos el de

TABLA 2

CUADRO CLINICO ASOCIADO AL HALLAZGO DE DISGERMINOMA

Dolor Pélvico	13 casos
Tumor y distensión hipogástrica	12
Abdomen agudo	4
Hallazgo incidental	6
Hallazgo refacionado al embarazo	6
Dolor y tumor abdominal+síntomas digestivos	7
Total	48 casos

TABLA 3

DURACION DE SINTOMAS Y SIGNOS

menos de 1 mes	5 casos
de 1 a 3 meses	15
de 4 a 6 meses	11
más de 6 meses	11
asintomaticas	6
Total	48

ambos ovarios y no hubo precisión del ovario comprometido en 1 caso. (Tabla 2 y 3)

De los 48 casos, 5 fueron tratados primariamente en el INEN, y 43 en otros hospitales siendo éstos en su gran mayoría de Lima y ciudades de la costa (38), 2 casos

TABLA 4

HOSPITAL DONDE SE REALIZO EL TRATAMIENTO PRIMARIO

INEN	5	Chota	1 caso
Lima (H. Gral.)	23	Huacho	2
Lima (H. Niño)	2	Ica	1
Arequipa	2	Piura	1
Cartavio	1	Tacna	1
Cuzco	1	Tarapoto	1
Chiclayo	4	Trujillo	2
Chimbote	1		
Total	39	+	9 casos = 48 casos

transferidos de Arequipa, un caso de Cuzco, uno de Chota y otro de Tarapoto. (Tabla 4)

El estadio de mayor frecuencia fué el estadio III al inicio del tratamiento en el INEN (Tabla 5 y 6).

Todos los casos atendidos primariamente en el INEN tuvieron tratamiento quirúrgico y radioterapia. De los 43 casos referidos: 14 fueron reintervenidas en el INEN y recibieron curso completo de radioterapia (2 de ellas recibieron además Ciclofosfamida), 12 recibieron curso completo de radioterapia, 6 curso incompleto de radioterapia, 2 con estadio I no recibieron otro

TABLA 5

CASOS PRIMARIAMENTE TRATADOS EN EL INEN

Est.	Año	Ed.	Tratamiento quirúrgico	Radioterapia	Seguimiento
I					
III	1972	16	SOD, cuña Ov. I, apendicectomía	incompleta	7 ms S.E
III	1972	28	HTA, SOB, omentectomía, apendict	5000 rads p/a	5 a 4 ms SE
III	1976	11	SOD, Bp. gan. para-aort. D, apendict.	5000 rads p/a	9 a 5 ms SE
III	1982	13	HTA, SOB, omentc. apendic. Bp. gang.	5000 rads p/a	3 a SE
	1985	9	HTA, SOI, SOpexia D, apendicen. Bp.ga	inicio p/a	*ingreso Dic. 85

TABLA 6

CASOS REFERIDOS DE OTROS HOSPITALES Y REINTERVENIDOS EN INEN

Est.	Año	Ed.	Cirug. Previa	Reintervencion	Radio Tx.	Segmt.
IV	1971	21	Cesárea HTA, SOD Resec. Sigmoides colostomía	L.E.: enf. masiva	p/a-higado	falleció CE la 10ms
III	1972	31	SOD, apendictm.	HTA, SOI, SD, oment	—	2a3ms SE
III	1973	13	OI	SOD, Bp multiples	3300+Cfx	6a6ms SE
I	1976	20	SOD	Apendictm. oment.	5000 p/a	8a11ms SE
III	1979	19	SOD	HTA, SOI, omentct. apen.	5000 p/a	2a2ms SE
III	1979	33	Bp OD	HTA, SOB, omentct.	5000 p/a	1a5ms SE
III	1981	27	HTA, SOB	Bp multiples- irressec tumor 2nd look -ve	5000 p/a	2a10ms SE
III	1981	16	HTA, SOB	Bp. ganglios	1824 rads	abandonatto.
III	1981	13	Tumorect. OD	SOD, omentct. Bp. tm retroperitoneal	5000p/a re irrad.+Cix.	fallece CE 3a3ms
III	1983	21	HTA, SOB, omentct.	Apendictm. Bp gang.	4080 p/a	2a1ms SE
III	1983	22	SOB	HTA, SOI, omentct. apen	45000 p/a	2a SE
III	1983	10	SOI	HTA, SOB, omentct. apen.	4500 p3a	2a5ms SE
III	1984	22	HTA, SOB, omentct.	Apendicect. Bp. gan.	p/a mediast. supraclavic.	1a8ms SE
IIb	1984	15	HTA, SOB	Omentectm. Bp gang.	4000 p/a	1a1ms SE

p/a : a la pelvia y abdomen
Cfx : Ciclofosfamina
CE : con enfermedad
SE : sin enfermedad

tratamiento y 9 se perdieron de vista sin iniciar radioterapia. (Tabla 5).

La sobrevida a los 5 años sin enfermedad (3 casos de estadio III y 1 caso de estadio I), es poco significativa en el grupo estudiado, debido al gran porcentaje

de pacientes que abandonaron el tratamiento, o que habiendo recibido tratamiento solo concurren al control por un tiempo o no regresaron a control (27 pacientes en total -56.3%-, 3 de ellas con evidencia de enfermedad evolutiva al ser perdidas de vista).

La mortalidad por la enfermedad para todos los estadios en este grupo fue certificada en 9 casos (20%), con un tiempo de evolucion de enfermedad de 10 dias a 3 años luego de iniciado el tratamiento en el INEN. Los 9 casos se refieren al grupo de pacientes transferidas de otros hospitales.

CASOS REFERIDOS DE OTROS HOSPITALES Y NO INTERVENIDOS EN EL INEN

TABLA 7

Est.	Año	Edd.	Radioterapia/Qtx	Seguimiento
III	1971	17	p/a; Cfx, Thiotepa, Dexam.	fallecio CE 1 a 5 ms
III	1971	15	p/a, supraclv; Cfx.	3a 11 ms SE
III	1974	11	p/a	2 a 7 ms SE
IV	1976	11	p/a	2 a SE
III	1976	14	p/a	pérdida de vista al terminar curso Rtx
	1976	22	p/a, supraclavicular	fallecio CE 10 ms
IV	1973	20	p/a, torax, supraclv. mediastino	fallecio CE 5 ms
III	1979	18	p/a; 4 cursos VAC	2 a 1 ms SE
III	1979	20	p/a	3 ms SE
III	1980	19	p/a, supraclv, mediast.	8 ms CE
I	1980	25	p/a	2 ms SE
IV	1981	21	p/a, supraclav. mesdiast.	4 a 7 ms SE

9 casos tuvieron confirmacion diagnóstica y se perdieron de vista sin iniciar radioterapia.

6 casos tuvieron Rtx. incompleta, de los cuales 4 fallecieron a las pocas semanas de iniciada la Rtx, y 2 pacientes se perdieron de vista con enfermedad evolutiva a los pocos dias de iniciada Rtx.

2 casos de estadio I, no recibieron otro tratamiento, y habiendo sido vistas en 1971 y 1972, se perdieron de vista luego de 2 y 3 meses de atendidas respectivamente.

12 pacientes completaron el curso prescrito de Radioterapia:

DISCUSION Y RECOMENDACION

Los datos del comportamiento clínico del disgerminoma puro de ovario descritos en textos y otras publi-



caciones encajan en lo hallado en este grupo de pacientes; tales como menarquia (no retardada), paridad (no afectada), el grupo de edad de mujeres jóvenes en mayor riesgo para esta enfermedad, algunos síntomas y la evolución mas o menos rápida de los mismos, el hallazgo de la enfermedad manifiesta con la gestación y la coincidencia de anomalías gonadales (algunos autores la mencionan).

Lo que es conveniente remarcar es que siendo éste un tumor frecuente y a pesar de tener una buena casuística en el INEN, sin embargo no se puede tener un seguimiento satisfactorio de las pacientes. El hecho de que el 90% ha sido referido de otros hospitales y de fuera de Lima sirve como posible explicación, pero de todos modos hace difícil la comparación de nuestros datos con estadísticas convencionales.

Es también, remarcable, que estadíos avanzados, con cirugía apropiada y radioterapia en este grupo de pacientes se ha podido controlar por considerable tiempo la supervivencia sin enfermedad (mas de 2 años sin enfermedad en 9 casos de estadío III y 2 casos de estadío IV). Esto ratifica la importancia del tratamiento combinado de Cirugía y radioterapia en esta clase de tumores que parte de la rutina de la primera intervención: lavado peritoneal con solución de Na Cl 1 Normal (1 litro) apenas abierta la cavidad abdominal y enviar lo succionado para Patología para investigación de células malignas libres en la cavidad; seguido de la laparotomía exploradora de ambos ovarios, trompas, útero, peritoneo parietal y visceral, superficie hepática, intestinos y finalmente palpación de ganglios retroperitoneales sospechosos.

Establecida la extensión de la enfermedad, debemos remarcar que en el estadío I (enfermedad confinada a ovarios, siendo Ia= 1 ovario; Ib= 2 ovarios; Ic= Ia o Ib más ascitis positiva a células malignas), el pronóstico y tratamiento cambia mucho del estadío Ia al Ic; ya que Ic implica potencial siembra intraabdominal y en consecuencia un comportamiento tumoral semejante al esperado en el estadío III (enfermedad confinada a cavidad abdominal). De hecho, el número de casos del estadío II (enfermedad confinada a órganos de cavidad pélvica) es poco frecuente, ya que probablemente la vía de diseminación por contiguidad es mas viable una vez rota la serosa ovárica y la siembra a todo el abdomen es mas factible de hallar que la diseminación a trompas o útero.

No hay discusión en la radicalidad de la Cirugía en los estadíos III o IV (enfermedad hallada fuera de la cavidad abdominal), a pesar de la corta edad de las pacientes: Histerectomía abdominal total, salpingooforectomía bilateral, omentectomía y apendicectomía además del lavado peritoneal inicial. Tratamiento que se completa pocas semanas después con radioterapia conveniente. El uso de estrógenos sustitutorios de mantenimiento es la indicación.

El caso de estadío Ia en paciente muy joven o que no ha tenido descendencia se trata satisfactoriamente con la remoción del ovario comprometido, biopsia del ovario controlateral, omentectomía y apendicectomía; y el seguimiento clínico incluirá scanning con ultrasonido de abdomen y pelvis. En este estadío, si la paciente ha tenido ya su descendencia al manejo quirúrgico es semejante al estadío III y lo mismo sería en el caso del estadío Ib.

Pero si el caso revelara positividad del lavado peritoneal (estadío Ic) después de la primera cirugía: a) si la paciente ha tenido hijos se completará la cirugía semejante a un caso de estadío III seguida de Radioterapia y b) si es muy joven o no ha tenido descendencia, recibirá Quimioterapia (VAC) con la esperanza de preservar su fertilidad en el futuro.

En el caso del estadío IV, teniendo en cuenta que se debe extirpar la mayor cantidad posible de tumor que permita el estado de la paciente, se completará el tratamiento con radioterapia abdominal, pélvica y a los lugares donde este ubicada las metástasis.

Este servicio al paciente, implica contar con una cadena de servicios hospitalarios desde Patología hasta Servicio Social, tratando de centralizar los esfuerzos en quienes realmente necesitan viajar al INEN por el estado de su enfermedad. Del mismo modo se debe tratar de que terminada la radioterapia, la paciente sea razonablemente seguida por 5 años en el INEN y después de entonces, evaluada en su hospital de origen.

Ya que el manejo del disgerminoma a nivel de hospitales generales y su relación con el INEN es mas o menos semejante a como ha sido la conducta con respecto a otros tumores de ovario; conviene que remarquemos en este último párrafo, que el manejo quirúrgico es basicamente el mismo para todas las clases de tumores de ovario; siendo la diferencia en el manejo post-operatorio en relación al, uso de la Quimioterapia. Cuando el estadío de la enfermedad lo indique, sería

ideal proveer un Médico Oncologo que asesore en el uso de la Quimioterapia en el hospital de origen de la paciente, lo que tendría 2 ventajas: 1. se colaboraría con la descentralización, ya que poco a poco en los mismos hospitales se tendría un equipo de profesionales imbuidos del problema y 2. disminuiría el costo del tratamiento para el paciente, quien tendría mas, posibi-

lidad de adquirir sus medicinas, aumentando así la, probabilidad de éxito de su tratamiento; todo esto aparte de que se mejoraría la comunicación y a la larga podríamos evaluar mejor los índices de supervivencia y los resultados de los tratamientos que por acuciosidad clínica y terapéutica no se han quedado atrás en varias instituciones en nuestro país y eso es necesario rescatar y enseñar.

BIBLIOGRAFIA

1. De Palo, G., et al.: "Natural History of Disgerminoma". Am J. Obst and Gyn. 143: 799, 1982.
2. Freel J.H. et al.: "Dysgerminoma of the Ovary". Cáncer; 43: 789-805. 1979
3. Galdos R., Castellano C., Ortega L., Esteves L., y Barriga O.: "Disgerminoma de Ovario, Estudio de 23 casos." Tribuna Médica Peruana. Agosto, 1974.
4. Coppleson M.: "Gynaecologic Oncology". Melbourne. Australia. 1981.
5. Kingsbury, A. et al.: "Dysgerminoma, Gonadoblastoma and Testicular

- Germ Cell Neoplasia in Phenotypically Female and Male Siblings with 46XY genotype." Cáncer: 59: 288-291. 1987.
6. Krzysztof B., et al.: "Sibship XY gonadal dysgenesis with dysgerminoma". Am. J. of Obst. and Gyn. 113-7: 952. 1972.
7. Raney B. et al: "Malignan Ovarian Tumors in Children with Dysgerminoma of the Ovary". Cáncer, 49: 2608-2611. 1982.
8. Weinblat M.E., Ortega J.A.: "Treatment of Children and Adolescents". Cáncer. 59: 1214-1220. 1987. with Dysgerminoma of the Ovary; Cáncer, 49:2608-2611.1982

PREMIO HIPOLITO UNANUE

A la mejor Edición Científica sobre Ciencias Médicas 1989.

Con fecha 8 de marzo de 1990, en ceremonio especial del Concejo Directivo y el Consejo Consultivo de la fundación "INSTITUTO HIPOLITO UNANUE," ha otorgado el Premio Hipolito Unanue 1989, a nuestro consocio Dr. Carlos Bachmann Sanchez por la edición de su Libro: ADOLESCENCIA RIESGO REPRODUCTIVO.

Felicitamos muy sinceramente el Dr. Carlos Bachmann por la publicación de su experiencia en el estudio de las adolescentes y hacer conocer su problemática en nuestro país, a la cual ha dedicado durante mas de 20 años numerosas publicaciones charlas, conferencias en congresos nacionales e internacionales que hace de su libro una recopilación de su experiencia, única en nuestro medio y que representa una contribución muy valiosa para el estudio de nuestras adolescentes en RIESGO REPRODUCTIVO.

J.V.A. YL.