

SECCION EDUCACION MEDICA

CASO CLINICO

Paciente de 23 años, nulípara, quien consultó por presentar "Abombamiento del abdomen". Parece que esto venía ocurriendo desde hacía más de dos años, pero la paciente no le había prestado importancia. La menarquía ocurrió a los 12 años. Ciclos de 28 a 30 x 3-4. Los ciclos menstruales habían sido regulares toda su vida.

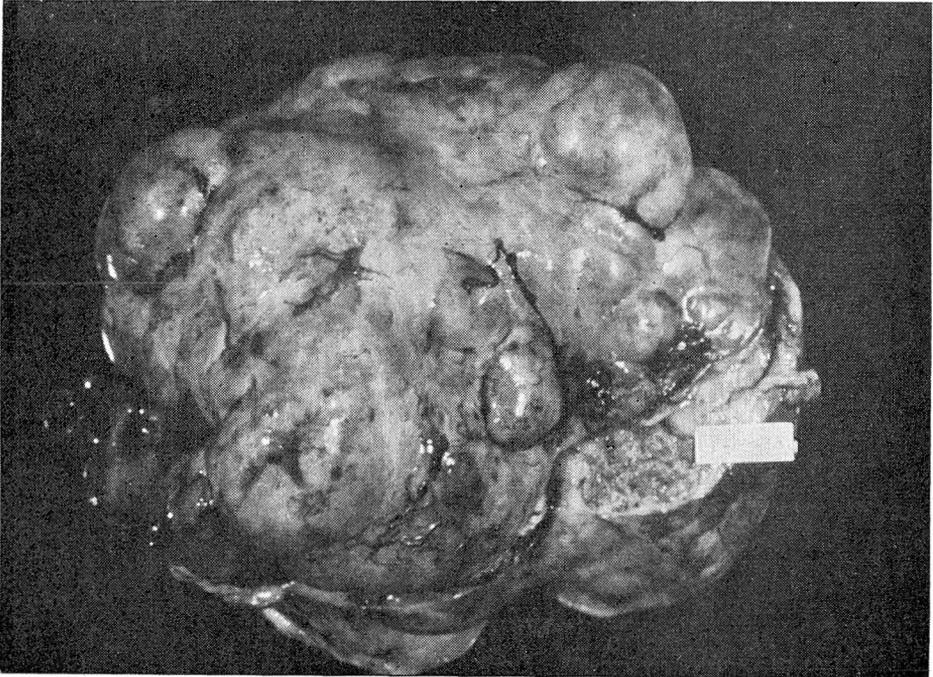
Al examen físico se encontró una paciente en buenas condiciones generales. Peso 63 kilos. T. A. 120/80. La palpación abdominal reveló una masa irregular, firme, poco móvil que ocupaba la mitad inferior del abdomen y se extendía hasta unos 3 ctms. por encima del ombligo. Genitales externos normales de nulípara, introito virginal. Tacto rectal reveló una masa firme

ocupando el fondo de saco de Douglas que hacía cuerpo con la masa descrita en el abdomen.—

Exámenes paraclínicos: Laboratorio: Ht. 37%, Hb. 12 Gms.%. Leucocitos 6.200. Eosinófilos 2%, Cayado 6%, Segmentados 56% y Linfocitos 36%. Glicemia 85.5 mgms.%. N. Ureico 15 mgmos.%. Proteínas totales 7,56%. Algúmina 5.20 mgmos.% y Globulina 2.36 mgms.%.

Citología funcional: Extendido hiperestrogénico.

Urograma intravenoso: Masa pélvica rechazando los uréteres y asas intestinales.



Función excretora del riñón normal, hidronefrosis bilateral y deformación de la vejiga por compresión extrínseca.

Rectosigmoidoscopia: Rechazo del sigmoide por compresión extrínseca.

Prueba de Gravindex: Positiva.

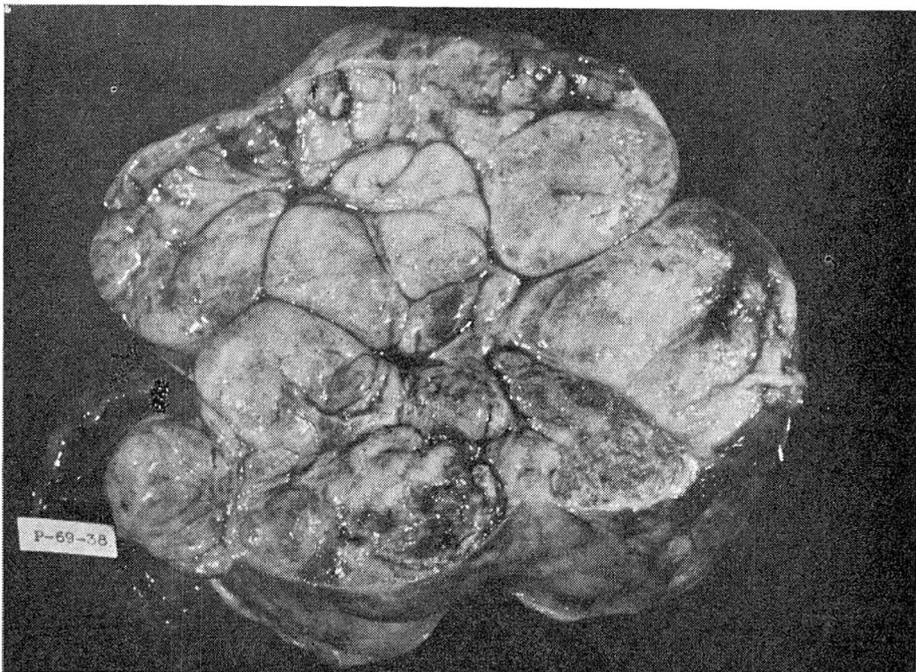
Radiografía de Tórax: Normal.

Se practica Laparotomía encontrándose un tumor sólido a expensas del ovario derecho

que ocupaba toda la pelvis, con algunas adherencias a epiplon, de forma irregular, cápsula íntegra de color blancuzco con áreas hemorrágicas.

Ovario izquierdo de caracteres normales, útero normal. Resto de la exploración abdominal dentro de límites normales.

Biopsia por congelación del tumor extirpado fue sugestiva de DISGERMINOMA.



Bogotá, Julio 2/70

Señores Doctores

Jorge Medina y Germán Palomares

Para dar cumplimiento a su gentil invitación, incluyo mis comentarios sobre el caso motivo de opinión clínica para la importante Revista que Uds. dirigen.

En el supuesto de que el tumor correspondía en realidad a un "DISGERMINOMA", como se concluye del

examen de la biopsia por congelación, del aspecto macroscópico y de la reacción biológica de Galli-Mainini y que además puede clasificarse al menos clínicamente, aún en el caso de que fuera maligno, como un ESTADO I, puesto que su cápsula fue descrita como completa e intacta, no se encontraron metástasis a distancia ni extensión local. Caben los siguientes comentarios: debe recordarse que este tumor de origen embrionario atribuido a una gónada aún no

diferenciada, es maligno aproximadamente en el 50% de los casos, es claramente radiosensible, se propaga y hace metástasis, especialmente por vía linfática, se puede identificar fácilmente al estudio anatomopatológico, da reacciones positivas para gonadotropinas en un buen número de casos y se ha descrito como bilateral en un porcentaje aproximado de un 25%, es frecuente en mujeres jóvenes; todas estas observaciones son base para orientar la conducta en cada caso.

En esta mujer nulípara de 23 años sin malformaciones congénitas aparentes, con un útero normal, ciclos normales y con un gran tumor encapsulado que apenas tenía casuales adherencias en su superficie, con un ovario opuesto macroscópicamente normal y con diagnóstico muy seguro de "Disgerminoma", la conducta, en mi opinión, sería practicar anexectomía en el lado en que se encontró el tumor, cuidando de llevarse la trompa y pinzar y cortar pedículos lejos del tumor, luego biopsia del ovario opuesto, extrayendo una cuña profunda de dicho órgano, exploración digital cuidadosa de las cadenas ganglionares ilíacas y para-aórticas y extracción para biopsia de cualquier adenopatía palpable.

Si es negativa la biopsia del ovario opuesto y se descartan adenopatías metastásicas, para lo cual podría hacerse además una linfografía posterior a la intervención, debe indicarse tratamiento actino-terápico con cobalto 60, que irradie la hemipelvis correspondiente al anexo tumoral y luego campos que cubran las cadenas ganglionares para-aórticas y mediastinales y la región supraclavicular izquierda (desembocadura del canal torácico), se protege útero y la zona pélvica opuesta con filtros de plomo, para que el ovario sano con-

tinúe su función, así como se busca que continúe la función menstrual y se conserve, en cuanto es posible, la posibilidad de embarazos posteriores. Esta técnica preconizada en el Radiumhemmet de Estocolmo, ha dado resultados excelentes y es utilizado por nosotros en el Instituto Nacional de Cancerología.

En el supuesto caso de comprobar metástasis al ovario opuesto o a los ganglios, la conducta debe ser radical practicando en una segunda laparotomía, histerectomía y extracción del otro anexo y complementando el tratamiento con irradiación de la pelvis y de las cadenas ganglionares descritas.

Atentamente,

Germán Jordan A.
Bogotá

Aunque en este caso no se hace una descripción de la consistencia del tumor ni hay una fotografía del corte del mismo que pudiera mostrar áreas de degeneración, hemorragia o necrosis que son características de los disgerminomas, confirmando así el diagnóstico presuntivo de la biopsia por congelación, o al menos haciéndolo más probable, debemos presumir que se trata del tumor mencionado, presente en una mujer joven y nulípara. No se hace referencia en la historia a ningún hallazgo que sugiera una disgenesia gonadal, que es común en este tipo de tumores.

Por la reacción biológica positiva se presume que el tumor está asociado a un teratoma con elementos trofoblásticos activos, lo cual le confiere mayor malignidad y hace el pronóstico más sombrío (1, 2). La asociación con teratoma da mayores posibilidades de recurrencia. La cura-

ción en estos casos alcanza solamente al 27% (3).

En mi opinión y por las consideraciones anteriores, yo creo que a esta paciente se le debe hacer una histerectomía total con salpingo-ooforectomía bilateral. Además, después de la intervención, se le debe hacer una urografía intravenosa para ver si hay desplazamientos de los ureteres por ganglios metastásicos y, si es posible, también una linfografía para determinar la presencia de metástasis pélvicas. Si estas existen, se deben irradiar totalmente la pelvis y la línea media hasta los ganglios supraclaviculares (4).

Se debe seguir esta paciente con controles mensuales durante un año y luego cada tres meses al menos por cinco años. Las recurrencias que se presentan son generalmente tempranas. (5).

BIBLIOGRAFIA

- 1 NOVAK, E. R. & WOODRUFF, J. D.: Novak's Gynecologic and Obstetric Pathology. ed. 5 Philadelphia, W. B. Saunders Co. 1962. p. 395.
- 2 Ovarian Tumor Registry. Case reports. Obstet. & Gynec. Surg. 24: 91, 1969.
- 3 DE LIMA FILHO, O. A. Disgerminoma de ovario. Contribucao para o seu estudo anatomoclinico. Sao Paulo, Brazil, 1966.
- 4 VI World Congress of Gynecology and Obstetrics. April 1970. Radical Surgery & Radium Irradiation for Pelvic Carcinoma. Correlated Seminar N° 20.
- 5 HUNT, A. B.: Ob-Gyn Collected Letters. International Correspondence. Society of Obstetrics and Gynecology. Series VI, 163. Nov. 1, 1965.

Atentamente,

Jaime Botero Uribe
Medellín

Tumor abdominal de crecimiento lento, en nulípara joven y sin presentar mayores síntomas o signos excepto la tumoración. Masa dura que ocupa la pelvis, se extiende al abdomen y está ocasionando fenómenos compresivos sobre uréteres y desplazamientos de asas intestinales. Además hiperestrogenismo y test de gravedad positiva.

La exploración y extirpación del tumor y la conducta quirúrgica primaria fue bien determinada. La falta de detalles operatorios sobre palpación de ganglios, hígado, adherencias a planos laterales etc., nos impide clasificar el estado de invasión del tumor. En presencia de tumor sólido de ovario, es conveniente practicar biopsia contralateral. Aproximadamente el 14% de los disgerminomas son bilaterales (1), de cuyo resultado depende la conducta posterior. Existen escuelas que no intentan la cirugía definitiva sino que practica luego radiación y reoperación. El Centro Médico Columbia-Presbiterian hace el esfuerzo quirúrgico completo en la cirugía primaria (4).

En el caso presente existe una circunstancia que hizo muy difícil el tratamiento inmediato, tal es la edad, el estado civil y la nuliparidad. Son consideraciones de gran trascendencia en el futuro social y psíquico y que deben ser consultados con el paciente. En otras circunstancias el tratamiento o el criterio es casi universal sobre la conducta a seguir y no hubiera presentado vacilación.

La extirpación total de la masa y al parecer se trataba de un estado o período la Clasificación de la Asamblea General de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia, (F.I.G.O.) en 1964, (3), mejora y permite consultar el caso con el

paciente. Riesgo calculado y evaluado por algunos autores. Está comprobado que hay disminución notable de la supervivencia después del cuarto decenio de la vida (5):

Menos de 40 años	47,3%
Más de 40 años	16,1%

La maternidad es una función trascendente hasta el punto que para algunas mujeres representa la única razón de su existir. En mi experiencia tengo múltiples casos donde han preferido un hijo a riesgo o cambio de su propia vida. (Lupus eritematoso, Ca. del cuello, enfermedad hipertensiva, diabetes, etc.). Una vez consultado el paciente y de acuerdo a su expresa voluntad, puede pensarse en completar la extirpación total del útero y anexos e irradiación.

Resumen

Tumor pélvico, sólido, dependiente de ovario, que presentó test positivo de gonadotropinas. Se citan algunos casos de producción de hormonas gonadotropas en disgerminomas (2).

Durante la cirugía Primaria debe tomarse biopsia contralateral por el alto porcentaje de lesiones bilaterales. En pacientes multíparas el tratamiento quirúrgico completo e irradiación. En el caso particular de jóvenes y nulíparas, se puede pensar en la extirpación de la masa tumoral y después de consulta con el paciente, completar el tratamiento con reoperación e irradiación.

A esta paciente se le practicó salpingooforectomía derecha y biopsia

de ovario izquierdo; el diagnóstico anatomo-patológico fue: Disgerminoma de ovario derecho y Ovario izquierdo normal. Dos semanas después de la cirugía se inició Telecobaltoterapia sobre hemipelvis derecha (evitando al máximo la irradiación del ovario izquierdo), sobre las cadenas ganglionares paraaórticas, el mediastino y la fosa supraclavicular izquierda en forma escalonada para mejor tolerancia, administrándosele aproximadamente 3.000 rads en "tumor" en cada zona en un tiempo que varió entre tres y cuatro semanas para cada sitio.

Año y medio después de la cirugía la paciente se encontraba en buenas condiciones y sus menstruaciones eran normales.

Atentamente,

Dr. Saulo Muñoz Delgado
Cali

BIBLIOGRAFIA

- 1 CORSCADEN J. A.: Gynecologic Cancer 3a. Edition. The Wilkins Company, 1962, p. 496.
- 2 CORSCADEN J. A.: The Wilkins Company, 1962. p. 477.
- 3 LONG M. E., SOMMERS S. C.: Clasificación por períodos y grados en Histoquímica de tumores epiteliales ováricos. Clin. Obst. Gynec., Dic. 1969, p. 938.
- 4 MUNNELL L. N.: Tratamiento quirúrgico del Carcinoma Ovárico. Clin. Obst. Gynec., Dic. 1969, p. 988.
- 5 STONE M. L., WEINGOLD A. B.: Factores que modifican la supervivencia de pacientes de carcinoma ovárico. Clin. Obst. Gynec. Dic. 1969, p. 1027.