



Disgerminoma anaplásico de ovario con componente trofoblástico

Dysgerminoma anaplastic ovary with trophoblastic component

Pedro Guillermo Coronel-Brizio¹, Edna Andrade Pinos²,
Lucia Vianey Cruz Muñoz³, Patricia Jarquin González⁴.

Recibido: 27/02/2012 - Aceptado: 14/06/2012

RESUMEN

El disgerminoma representa el 1 % de los tumores malignos de ovario y 40 % de los cánceres germinales. En el presente artículo se reporta el caso de una paciente de 48 años de edad, que acude al Centro Estatal de Cancerología "Miguel Dorantes Mesa" en la ciudad de Xalapa, Veracruz, a causa de síndrome paraneoplásico y dolor abdominal. Se le realizan estudios de extensión en los cuales se detecta un tumor a nivel pélvico dependiente de ovario izquierdo, se solicitan marcadores tumorales y se decide intervención quirúrgica en la paciente, encontrándose una tumoración de 6 cm, con reporte histopatológico de tumor germinal con componente disgerminoma y de otros componentes germinales (carcinoema embrionario y tumor del seno endodérmico) y con estudio de inmunohistoquímica de disgerminoma anaplásico con componente trofoblástico. Posteriormente recibe tratamiento con quimioterapia, con un buen pronóstico en la curación y/o sobrevida de la paciente.

Palabras clave: Disgerminoma, Anaplasia, Trofoblástico, Cáncer germinal de ovario

ABSTRACT

Dysgerminoma represents 1 percent of malignant ovarian tumors and 40 percent of cancers germ. This article reports the case of a 48 year old whom that goes to "Centro Estatal de Cancerología "Miguel Dorantes Mesa" in the city of Xalapa, Veracruz, due to paraneoplastic syndrome and abdominal pain. There have been studies in which extension is detected depending on pelvic tumor at a left ovarian tumor markers are requested and decide surgery on the patient, being a mass of 6 cm, with histopathologic tumor with component germinal dysgerminoma and other components germ (embryonal carcinoma and endodermal sinus tumor) and immunohistochemical study of dysgerminoma ANAPLASTIC with trophoblastic component. Subsequently treated with chemotherapy with a good prediction.

Key words: Dysgerminoma, Anaplastic dysgerminoma, Trophoblastic, ovarian cancer germinal.

¹Ginecólogo-Oncólogo. Investigador-Docente. Instituto de Ciencias de la Salud y Facultad de Medicina. Universidad Veracruzana y Centro Estatal de Cancerología #Dr. Miguel Dorantes Mesa"(CECAN)

²Dra. Edna Andrade Pinos. Maestra en Servicios de Salud. CECAN

³Dra. Lucia Vianey Cruz Muñoz. Residente de segundo año de cirugía del Hospital Regional de Veracruz.

⁴Dra. Patricia Jarquin González. Residente de segundo año de medicina integrada.

Correspondencia:

Dr. Pedro Guillermo Coronel-Brizio

Av. Avila Camacho # 290. Col. Centro. CP. 91000. Xalapa, Ver. México.

Tel: 228 8150039

Correo: pcoronel@xal.megared.net.mx

tel-fax: 2288150039

INTRODUCCIÓN

El tumor de células germinales más frecuente es el disgerminoma que representa alrededor del 40% de todos los cánceres ováricos de células germinales, pero sólo el 1% de todas las variedades de cánceres de ovario. Se presenta con mayor frecuencia en la juventud hasta en un 75% entre los 10 y 30 años de edad, 20% en menores de 20 años, 5% antes de los 10 años y rara vez después de los 50 años. Es la neoplasia que se presenta con mayor frecuencia concomitante con un embarazo. Son tumores de crecimiento rápido, por tal motivo su diámetro al momento del diagnóstico sea entre 5 y 15 centímetros. Cerca del 75% se detectan en estadio I y 5% de estos disgerminomas se detectan en mujeres fenotípicamente con gónadas anormales. El pronóstico es bueno en estadios iniciales ya que el tratamiento primario inicialmente es quirúrgico debiendo tener especial cuidado de preservar la fecundidad en mujeres jóvenes y teniendo la gran alternativa de la quimioterapia y radioterapia para su curación.^(1,2) El objetivo del presente estudio es dar a conocer el caso clínico.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 48 años de edad, soltera, en labores del hogar, medio socioeconómico bajo, antecedentes gineco-obstétricos de gesta 3, para 3, eumenorreica, antecedentes personales patológicos de Diabetes Mellitus tipo II controlada y tumorectomía de ovario izquierdo a los 38 años de edad con diagnóstico de tumor simple de ovario (13-10-2002).

Su padecimiento lo inicia en el mes de julio presentando dolor tipo cólico de moderada intensidad, intermitente localizado de manera predominante en fosa iliaca izquierda, acompañándose de astenia, adinamia, hiporexia y pérdida ponderal de superior a 14kg en 4 meses. Motivo por el cual solicita atención médica particular. Es valorada y se solicitan exámenes de gabinete complementarios: ultrasonografía pélvica y abdominal con reporte de una masa "mixta posiblemente dependiente de ovario izquierdo". Que mide aproximadamente 65mm. Se corrobora con tomografía abdominopélvica la cual reporta quiste complejo de ovario izquierdo probable teratoma de 103x 80mm. Los marcadores tumorales solicitados: Antígeno carcinoembrionario 0.3ng/mL; Antígeno CA 125 de 96.7U/ml; Alfafetoproteína 1.4 ng/ml. Con base en los resultados obtenidos se decide realizar intervención quirúrgica en el mes de noviembre de ese año en el medio privado, por diagnóstico de probable CA de ovario, donde se realiza una laparotomía exploradora con resección de ovario izquierdo de aproximadamente 6 centímetros de diámetro y omentectomía parcial por probables implantes metastásicos. Se envían muestras a estudio histopatológico, con los siguientes reportes:

Citología de líquido de lavado peritoneal y de contenido de quiste de ovario positivo a células neoplásicas malignas de tumor germinal ovárico de tipo disgerminoma y reporte histopatológico de tumor de ovario izquierdo y omento con tumor de ovario germinal puro de tipo disgerminoma, omento sin implantes.

Por estos resultados, se decide envío para su manejo en este centro oncológico de Xalapa, Veracruz.

Ingresa al servicio de onco-cirugía y se envían laminillas para revisión.

La revisión de 16 laminillas, (12 etiquetadas con el nombre de la paciente y con fragmentos teñidos con H-E; y 4 que corresponden a extendidos citológicos, 2 de ellos lavado peritoneal y los otros 2 como líquido de quiste) que reportan tumor germinal con componente de disgerminoma y datos histológicos sugerentes de otros componentes germinales (carcinoma embrionario 20% y tumor del seno endodérmico), complementándose el estudio con inmunohistoquímica dando como resultado final de disgerminoma anaplásico con componente trofoblástico.

Por lo anterior se decide inicio de tratamiento quimioterápico con monodrogableomicina, hasta el momento 3 ciclos y con buena evolución. Controlada por el servicio de oncología médica de esta institución

DISCUSIÓN

El disgerminoma (figura 1) ha demostrado la presencia de diferenciación focal a células sincitiotrofoblasticas capaces de secretar hormona gonadotropina coriónica (HGC), como secreción de AFP, indicando la capacidad de diferenciarse hacia otros tipos tumorales germinales (teratomas, coriocarcinoma y tumores vitelinos). La presencia de antígenos de diferenciación somática tales como los de grupo sanguíneo, las citoqueratinas o la proteína ácida glial fibrilar refuerza esta posibilidad.



Figura 1. Disgerminoma. Superficie de corte pero sin evidencia de necrosis (Grases JP).

En los pacientes portadores de disgerminoma, las alteraciones intersexuales tienen lugar en 5-12% de los casos. En la mayoría de estos, el disgerminoma se origina sobre un gonadoblastoma, una lesión situada en la frontera entre las malformaciones y tumores y asociada, casi invariablemente, a intersexos con un cariotipo XY. En estos casos, técnicamente corresponde considerarlos más como seminomas de tipo testicular que como verdaderos disgerminomas ováricos asociados a genotipo XX. Posiblemente esta es la razón de encontrar, en este tipo de pacientes, tumores de células germinales de fenotipo testicular (germinomas, carcinoma embrionario etc.)

En el 3% de los casos de disgerminoma con diferenciación focal sincitiotrofoblástica puede acompañarse por una sintomatología de pseudopubertad precoz isosexual o bien pseudogestación en jóvenes sexualmente maduras. Se han descrito, infrecuentemente, agrupamientos familiares, y de forma ocasional asociación con síndromes de riesgo de desarrollo tumoral tales como ataxia-telangiectasia y Li-Fraumeni. Algunos síndromes paraneoplásicos tales como hipercalcemia, hipoglucemia y enfermedades autoinmunes ceden tras la exéresis del tumor. Inmunohistoquímicamente muestran positividad para la fosfatasa alcalina (FA) de tipo placentario de distribución membranosa. Otros antígenos marcadores tales como la ferritina son muy inespecíficos siendo su positividad inconsistente. El CD117 (c-kit), puede ser positivo, así como en los seminomas, reforzando su similitud con éstos. La positividad focal de alfafetoproteína (AFP) o bien de citoqueratinas o incluso proteína acídica glial fibrilar (GFAP), no invalida el diagnóstico de disgerminoma⁽³⁾.

No hay un panel de marcadores bioquímicos homogéneo, aunque la HCG muestra niveles elevados en solo 2-3% de los casos, estos pueden ser lo suficientemente elevados como para simular una enfermedad trofoblástica. La AFP suele ser negativa o ligeramente elevada (hasta 10 ng/ml). A pesar de su buena supervivencia por su respuesta tanto radioterapia como quimioterápica, nunca hay que olvidar que el disgerminoma es un tumor muy agresivo y por lo tanto se debe insistir en la necesidad de efectuar un protocolo quirúrgico completo debido a que la recidiva de un tumor inadecuadamente operado, puede tener una respuesta parcial tanto a la radioterapia como a la quimioterapia.

La valoración histopatológica debe ser realizada no en base a la descripción de los subtipos histológicos que carecen de valor un pronóstico, incluido en el disgerminoma anaplásico, sino en función de los posibles diagnósticos diferenciales, pues la indicación del tratamiento depende de delimitar si se trata de un verdadero disgerminoma (figura 2 y 3) o bien de un tumor germinal con diferenciación (teratoma, carcinoma

embrionario). También se han de tener en cuenta otras posibilidades diagnósticas tales como linfomas, tumor de células de la granulosa, de células pequeñas con hipercalcemia cuyo pronóstico y tratamiento son radicalmente distintos^(3,4,5,6).

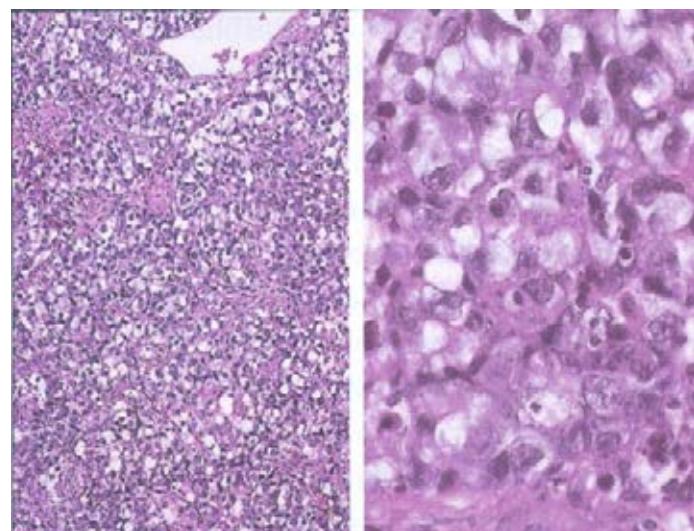


Figura 2 y 3. Disgerminoma. Histopatología del tumor en menor y mayor aumento (Grases JP).

CONCLUSIÓN

El presente caso se trata de un disgerminoma anaplásico con componente trofoblástico, realmente raro, pero la anatomía patológica menciona que aún siendo un disgerminoma puro puede producir hGC y la anaplasia presentada representa una variante sumamente agresiva, pero carece de valor pronóstico esta variedad si no se efectúan los posibles diagnósticos diferenciales, pues el tratamiento depende si se trata de un verdadero disgerminoma u otro tumor de células germinales como un linfoma, tumor de células de la granulosa de células pequeñas o neoplasias raras en esa localización anatómica como un linfoma con tratamientos totalmente distintos que repercuten directamente en la recuperación de la paciente. Referente a la cirugía efectuada 10 años antes debido a un tumor de ovario del mismo lado, podemos decir que efectivamente se trataba de una neoplasia benigna ya que es casi imposible una sobrevida de un tiempo tan largo y probablemente le efectuaron una resección parcial de ovario izquierdo, síndrome de ovario residual en el que una porción ovario es dejado intencionalmente en su lugar o de el síndrome de ovario remanente debido a excéresis incompleta de este órgano⁽⁷⁾.

Hasta el momento la paciente ha respondido satisfactoriamente a la cirugía y como tratamiento adyuvante, la quimioterapia a base de bleomicina con buenos resultados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tozzini IR. Ginecología. 1^a edición. Argentina: CORPU, 2012;303-307.
2. Berek SJ, Hacker FN. Ginecología oncológica. 5^a edición. Philadelphia:Lipincott Williams and Wilkins, 2010;509-534.
3. Nogales F. Los tumores de células germinales del ovario. Avances anatomoclínicos. VI Congreso Virtual de Anatomía patológica 2004. http://conganat.uninet.edu/6CVHAP/conferencias/conf_nogales.html
4. Donovan PJ, de Miguel MP. Turning germ cells into stem cells.CurrOpin Genet Dev. 2003;13:463-71.
5. Nogales FF, Talerman A, Kubik-Huch RA, Devouassoux-Shisheboran M, Tavassoli FA. Ovarian germ cell tumours (2.3). WHO Classification of Tumours (Blue Books). III. Pathology and Genetics of Tumours of the Breast and Female Genital Organs. Edited by F.A. Tavassoli and M.R. Stratton. IARC Lyon 2003.
6. Nogales FF, Merino J, Musto ML, Botticelli L. La patología de los tumores germinales del ovario. Avances anatomoclínicos en los últimos tres lustros. Revisiones en Cancer (Madrid). 2003;17:175-183.
7. Berek JS. Ginecología. 13 edición. México: Mc Graw Hill, 2010;509-535.