

HOSPITAL UNIVERSITARIO
"DR. CELESTINO HERNÁNDEZ ROBAU"
SANTA CLARA, VILLA CLARA

INFORME DE CASO

TUMOR DE CÉLULAS GERMINALES DE OVARIO. TERATOMA INMADURO

Por:

Dr. Sergio Santana Rodríguez¹, Dr. Luis A. Estévez Cobo² y Dra. Ileana Gómez Delgado³

1. Especialista de II Grado en Oncología. Hospital Universitario "Celestino Hernández Robau". Santa Clara, Villa Clara. Profesor Auxiliar. ISCM-VC.
2. Especialista de I Grado en Oncología. Hospital Universitario "Celestino Hernández Robau". Santa Clara, Villa Clara. Instructor. ISCM-VC.
3. Especialista de I Grado en Oncología. Hospital Universitario "Celestino Hernández Robau". Santa Clara, Villa Clara. Profesora Auxiliar. ISCM-VC.

Descriptores DeCS:

GERMINOMA
NEOPLASMAS OVARICOS
TERATOMA

Subject headings:

GERMINOMA
OVARIAN NEOPLASMS
TERATOMA

El ovario es un órgano que puede desarrollar tumores de variada diferenciación hística: del epitelio celónico de revestimiento, de células germinales y del mesénquima, con evolución y pronóstico diferentes. Clínicamente son quísticos y sólidos, y no existen síntomas precoces ni medios de pesquisaje para su diagnóstico precoz^{1,2}. Representan el 23 % de los cánceres ginecológicos y el 47 % de las muertes por cáncer en el sexo femenino, debido a su diagnóstico tardío en cerca del 70 % de los casos (etapas III-IV)³. En países como Suecia, EE.UU. y Noruega, ha venido creciendo su incidencia. En Canadá y Nueva Zelanda, aproximadamente 12 de cada 1000 mujeres mayores de 40 años padecen la enfermedad, y solo se curan dos o tres de ellas. La edad promedio es de 50 años para los tumores epiteliales y menos de 20 para los de células germinales⁴.

Existen factores de riesgo que favorecen la aparición del cáncer de ovario: edad avanzada, nuliparidad, antecedentes patológicos familiares y personales de cáncer de ovario, el uso de talco, la contaminación con el asbesto y radiaciones ionizantes en la pelvis. Existen factores protectores para prevenirlo, como el uso de anticonceptivos orales, la multiparidad y la lactancia materna⁵. Desde el punto de vista histológico, los tumores ováricos se dividen en tres grandes grupos: los epiteliales, que representan el 80-90 % de los casos, los germinales del 15 al 20 %, y los de estroma, con aproximadamente el 5 %⁶.

Los tumores germinales aparecen generalmente en las mujeres jóvenes; en un 80 % de los casos son funcionales y se manifiestan especialmente con la maduración sexual precoz, pero esto tiende a ser más común en las pacientes que han presentado disgerminomas, combinados con otros elementos neoplásicos de células germinales, como el coriocarcinoma. En el 60 % de estas pacientes, los marcadores tumorales (alfafeto proteína, gonodotropina coriónica y Ca 125) están elevados.

Clasificación de los tumores de células germinales según la organización mundial de la salud:

- Tumores de células germinales
 - Disgerminoma
 1. Tumor del seno endodérmico
 2. Carcinoma de células embrionarias
 3. Poliembrioma
 4. Coriocarcinoma
 5. Teratoma:
 - Inmaduro
 - Maduro
 - Monodérmico
 6. Formas mixtas
- Tumores compuestos de células germinales y derivados del estroma del cordón sexual.

Entre los tumores ginecológicos de células germinales, el más frecuente es el disgerminoma, que puede aparecer a cualquier edad, desde la infancia hasta la vejez; le sigue el tumor del seno endodérmico⁷.

Presentación del paciente

Paciente del sexo femenino, de 30 años de edad, raza mestiza, sin antecedentes patológicos personales ni familiares, remitida de la consulta de Ginecología en el año 2005, con cuadro clínico de seis meses de evolución aproximadamente, caracterizado por crecimiento progresivo de masa abdominal, que se acompaña de pérdida de peso, por lo que fue intervenida quirúrgicamente. Se encontró una gran masa tumoral, líquido ascítico e implantes nodulares en la superficie hepática. En estudios complementarios, se detectó anemia marcada (7g); en la tomografía axial computadorizada (TAC) de abdomen y pelvis se informó derrame pleural derecho, proceso expansivo que se extiende desde la región pélvica hasta el epigastrio, de aspecto heterogéneo y desplazamiento de órganos adyacentes. Se le realizó histerectomía abdominal con doble anexectomía y omentectomía. El resultado histológico reveló un teratoma inmaduro con infiltración a la cápsula y pared abdominal.

Comentario

El cáncer de ovario ocupa el cuarto lugar en Ginecología, después del de mama, endometrio y cérvix, y sigue siendo el de mayor mortalidad debido a la dificultad que existe para realizar un diagnóstico precoz, pues la mayoría se diagnostica en etapas avanzadas, tanto los epiteliales como los de células germinales. En los teratomas es muy importante la diferenciación en maduros (benignos) e inmaduros (malignos). El teratoma maligno ocurre con mayor frecuencia en los primeros 20 años de la vida, y es casi desconocido después de los 40 años. Estos tumores son los únicos de células germinales en los cuales la gradación histológica posee importancia pronóstica y puede ser el principal factor determinante de la enfermedad. La intervención quirúrgica sigue siendo la forma de tratamiento que prima en este tipo de tumores⁸. En este caso, se presentó en una paciente que comienza la tercera década de la vida, y se ubicó en la etapa III B por tener un tumor grande, extrapélvico, con implantes peritoneales. Después recibió quimioterapia adyuvante con platino y adriamicina, con lo que se logró la remisión hasta el momento actual, con valoraciones cada tres meses en consulta y exámenes complementarios de hemoquímica sanguínea, TAC de pelvis y abdomen, así como radiografías de tórax^{9,10}.

Referencias bibliográficas

1. De Vita V, Hellman S. Cáncer: Principios y Prácticas de Oncología. 6^{ta} ed. Philadelphia: Lippincott. Williams & Wilkins; 2005.
2. Hogg R, Friedlander M. Biology of epithelial ovarian Cancer: Implications for screening women at high genetic risk. J Clin Oncol. 2004;22(7):1315-27.
3. Smith LH, Morris CR, Yasmeeen S. Ovarian Cancer: can we make the clinical diagnosis earlier? Cancer. 2005;104(7):1398-1407.
4. Friedman GD, Skilling JS, Udaltsova NU. Early symptoms of ovarian cancer: Place - Control study without recall bias. Fam Pract. 2005;22(5):548-53.
5. American Cancer Society. Cancer Facts and Figures 2006. Atlanta, 6: American Cancer Society. Last Accessed August; 2006:7.
6. Talerman A. Clasificación de la OMS de los tumores de ovario 1994: ovarian patología. Curren Opinion Obstet Gynecol. 1992;4:608815.
7. Creasman D. Tumores de células germinales del estroma y otros tumores ováricos. Ginecol Oncol. 2002;12:315-6.
8. Dwight DI, Mc Guire PW. Contemporary management of ovarian cancer. Obstet Gynecol Clin. 2005;28:1-12.
9. Thigpen J. Current controversies in ovarian cancer: maintenance chemotherapy as standard care: In: American Society of Clinical Oncology. Educational boxx: 40th. Annual Meeting. 2004;281-4.
10. Pignata S. Topotecan vs nihil after response to carboplatin and paclitaxel in advanced ovarian cancer: Early results of the Multicenter Italian trials in Ovarian Cancer Study. Proc Am Soc Clin Oncol. 2003;(22):446.

Recibido: 3 de febrero de 2007

Aprobado: 8 de mayo de 2007