

PAGE

11217
24
2ej.



Universidad Nacional Autónoma de México

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE GINECO - OBSTETRICIA
NO. 3**

**CENTRO MEDICO "LA RAZA"
SUBDIRECCION Y JEFATURA DE
SERVICIO VESPERTINAS**

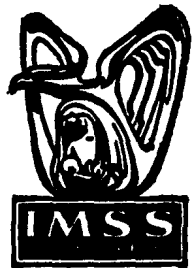
**DISGERMINOMA
ANALISIS DE 12 CASOS**

T E S I S

Que presenta el

DR. FELIPE DE JESUS COYOC SOLIS

Para obtener la Especialidad de
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA



**TESIS CON
MARRA DE COCORN**

MEXICO, D. F.

MARZO 1985



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DISGERMINOMA

ANALISIS DE 12 CASOS

El disgerminoma es una forma especializada de tumor ovárico (15), aparece en cualquier edad pero su frecuencia máxima se observa en las décadas 2a y 3a. de la vida (2,8,9,14,15). Es un tumor relativamente raro que representa del 3 al 5 % de los tumores malignos del ovario en Europa y el 10% en Japón - (8,10,15,20). Se origina de las células germinales en un periodo indiferenciado de la gónada por lo que no tiene efectos hormonales (5,13) y en algunos casos se asocia a hipogonadismo o diferentes estados de intersexualidad (5,8,20). Debido a que se presenta en mujeres jóvenes es frecuente su asociación con el embarazo (6,9,10,20,24). No presenta síntomas ni signos específicos y su tratamiento ha estado sujeto a controversias - pues mientras algunos autores recomiendan la ovariectomía o - salpingooforectomía unilateral exclusivamente, otros agregan - radioterapia o bien efectúan histerectomía total abdominal con anexectomía bilateral con radioterapia subsiguiente de la red linfática colectora (3,8,10,16,20). El pronóstico es variable dependiendo fundamentalmente del estadio clínico en que se encuentra (13,14).

Estas observaciones nos motivaron a revisar la experiencia al respecto en el Hospital de Gineco Obstetricia No. 3, - del Centro Médico La Raza, IMSS.

MATERIAL Y METODO

Los archivos del Servicio de Anatomía Patológica tienen registrados 16 casos de disgerminoma del ovario. Al revisarlos no correspondieron a este diagnóstico, un tercero es un disgerminoma con áreas de tumor de los senos endodérmicos y un cuarto fue un disgerminoma con áreas de adenocarcinoma de células claras por lo que fueron descartados. Las historias clínicas de las 12 pacientes restantes fueron tabuladas y el período de seguimiento fue de 1 a 10 años.

El número de cortes de cada tumor fue de 3 a 11. Los hallazgos microscópicos fueron correlacionados con el comportamiento clínico y comprendieron: grado de malignidad, el tipo y la cantidad de respuesta del estroma y la presencia de invasión vascular o penetración capsular. El grado de malignidad fue basado en la atipia celular y actividad mitótica (de leve a severa) de la misma manera fue gradada la cantidad del infiltrado en el estroma ovárico. El tejido fue fijado en formol y los cortes fueron teñidos con hematoxilina y eosina y en 5 casos se hizo también la coloración de PAS.

RESULTADOS

EDAD: El promedio de edad de las pacientes fue de 24.8 años con un rango de 17 a 40 años y una mayor frecuencia en la tercera década de la vida.

ANTECEDENTES GINECO OBSTETRICOS: Cuatro pacientes eran vírgenes y dos nuligestas. Las 6 restantes habían tenido de 1 a 12 gestaciones.

Se apreciaron alteraciones menstruales en 5 enfermas del tipo de la hipermenorrea. La dismenorrea estuvo presente en un número similar de enfermas. Esterilidad secundaria la presentaron dos enfermas.

CUADRO CLINICO: El tiempo de evolución de la sintomatología fue variable sin embargo en la mayoría de las pacientes fue de dos meses. Los síntomas y signos más importantes se muestran en el Cuadro No. 1.

El dolor no fue característico, presentándose más frecuentemente en fosas iliacas o en hipogastrio. En una paciente se presentó en epigastrio.

Los síntomas generales fueron astenia, adinamia y pérdida de peso. La masa anexial descubierta en 6 enfermas se describió con superficie irregular, de consistencia sólida y frecuentemente se acompañó de dolor.

EXAMENES PARACLINICOS: La citología del líquido ascítico mostró células compatibles con disgerminoma en dos pacientes.

Por medio de la teleradiografía de tórax se diagnosticó derrame pleural en una paciente. La placa simple de abdomen mostró una masa abdominal en dos casos.

La histerosalpingografía efectuada en 3 pacientes no reportó ningún dato. La urografía excretora que se realizó en 4 enfermas, mostró pieloureteroectasia en una, fue normal en otra y en dos mostró lesiones inflamatorias. La linfografía pedicular bilateral realizada en el Hospital de Oncología del C.M.N. en dos enfermas, fue normal en una y en la otra mostró datos suges-

CUADRO I
DISGERMINOMA
(ANALISIS DE 12 CASOS)

CUADRO CLINICO

SINTOMAS Y SIGNOS	NUMERO DE PACIENTES
DOLOR ABDOMINAL	10
CRECIMIENTO ABDOMINAL	7
SINTOMAS GENERALES	4
MASA ANEXIAL PALPABLE	6
ASCITIS	3
SINDROME ABDOMINAL AGUDO	3

tivos de metástasis en ganglios iliacos y para aórticos.

En la ecosonografía pélvica reportaron observar tumoración sólida y de superficie regular.

DIAGNOSTICO: El diagnóstico se efectuó en dos enfermas por medio de la citología del líquido de ascitis. En dos más se sospechó por el cuadro clínico, la edad de la paciente y el estudio radiológico. En 3 enfermas el diagnóstico preoperatorio fue de miomatosis uterina (dos pacientes) y fibroma de ovario (una enferma). En 3 más el diagnóstico de tumor ovárico con pedículo torcido fue confirmado en el transoperatorio. En las pacientes restantes fue hallazgo. (Cuadro No. 2)

HALLAZGOS TRANSOPERATORIOS: El hallazgo más frecuente fue el de un tumor sólido multilobulado, con superficie nodular de color blanco, violáceo o gris amarillento, de aspecto cerebroides al corte, vascularizado en su superficie. En 3 casos el pedículo estaba torcido y en uno había ruptura de la cápsula. En cinco pacientes el tumor era derecho y en 7 izquierdo. No hubo casos bilaterales. En un caso había un nódulo de tejido tumoral en el ovario opuesto. Líquido de ascitis se encontró en 3 enfermas.

El estadio clínico encontrado se señala en el Cuadro No. 3.

HALLAZGOS MICROSCOPICOS: Microscópicamente el patrón histológico era variable, siendo más frecuente el de agregados alveolares separados por tabiques de espesor variable de tejido conjuntivo. El siguiente patrón frecuente fue el de cordones ce-

CUADRO II
DISGERMINOMA
(ANALISIS DE 12 CASOS)

DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO	NUMERO DE ENFERMAS
ERRONEO	3
PREOPERATORIO	2
SOSPECHADO	2
DIAGNOSTICO DE TUMOR CON PEDICULO TORCIDO	3
HALLAZGO	2

CUADRO III

DISGERMINOMA

(ANALISIS DE 12 CASOS)

ESTADIO CLINICO

ETAPA CLINICA	NUMERO DE PACIENTES
ETAPA Ia	8
ETAPA Ib	1
ETAPA Ic	3

lulares. Las células eran uniformes, grandes, ovoideas o poliédricas, el núcleo redondo u ovoide y el citoplasma claro. En cuatro casos se observaron necrosis y hemorragia microscópicamente. En 4 más se identificó tejido ovárico con el tumor. Hubo infiltrado linfocitario en todos los tumores, leve en 10 y moderado en los dos restantes. En dos tumores se apreció reacción granulomatosa formada por histiocitos y células gigantes multinucleadas. En otro más había células gigantes multinucleadas aisladas.

Se observó invasión vascular en 5 tumores y extensión a la cápsula en grado variable en 10 (cuadro No. 4)

Respecto al grado de malignidad histológica en 5 fue leve, en cinco más moderada y en dos casos severa.

De las 3 pacientes a las que se les efectuó resección en cuña del ovario opuesto, en dos el tejido ovárico fue normal y en uno había un pequeño nódulo tumoral.

TRATAMIENTO QUIRURGICO: El tipo de tratamiento quirúrgico efectuado se señala en los cuadros 5 y 6. Una paciente fue sometida a una segunda laparotomía no encontrándose actividad tumoral. En otra cuyo tratamiento inicial fue salpingooforectomía izquierda y biopsia contralateral, al corroborarse en el estudio de la pieza quirúrgica un nódulo de disgerminoma en el ovario derecho se decidió efectuar histerectomía total abdominal, salpingooforectomía derecha y omentectomía. En otras paciente que se embarazó durante el tratamiento, un-

CUADRO NUMERO IV
DISGERMINOMA
(ANALISIS DE 12 CASOS)
HALLAZGOS MICROSCOPICOS

HALLAZGOS	NUMERO DE PACIENTES
INFILTRADO LINFOCITARIO	12
EXTENSION CAPSULAR	10
INVASION VASCULAR	5
NECROSIS Y HEMORRAGIA	4
REACCION GRANULOMATOSA	2
NODULO TUMORAL CONTRALATERAL	1

CUADRO V

DISGERMINOMA

(ANALISIS DE 12 CASOS)

TRATAMIENTO QUIRURGICO EN HGO No 3 C.M.R.

TIPO DE TRATAMIENTO NUMERO DE PACIENTES.

ANELECTOMIA UNILATERAL	5
ANELECTOMIA UNILATERAL MAS	
BIOPSIA CONTRALATERAL	3
HISTERECTOMIA TOTAL ABDOMINAL MAS	
SALPINGOFORECTOMIA BILATERAL MAS	
OMENTECTOMIA	3
ANELECTOMIA BILATERAL	1

mes después del parto se le efectuó exploración bajo anestesia, legrado uterino, biopsia y lavado del fondo de saco de Douglas= por culdocentesis.

RADIOTERAPIA: La radioterapia fue administrada según se aprecia en el cuadro No. 7. La dosis total de radiación se aplicó en 32 a 48 sesiones por la técnica de franja móvil en una paciente y por campos opuestos abiertos en el resto, protegiéndose hígado y riñón.

QUIMIOTERAPIA: Se indicó quimioterapia intraperitoneal con thiohepa a dosis de 15 mg, diarios en una paciente a la -- que se le había efectuado histerectomía total abdominal, sal -- pingoforectomía bilateral y omentectomía con radioterapia post operatoria pélvica, a ganglios para aórticos y a mediastino que desarrolló metástasis a peritoneo, hígado y pulmón, muriendo a los dos años del tratamiento inicial. Se presentó leucopenia.

COMPLICACIONES DE LA RADIOTERAPIA: Se señalan en el --- Cuadro No. 8.

TIEMPO DE VIGILANCIA: Se señala en el Cuadro No. 9. Una paciente murió a los dos años de iniciado el tratamiento. Otra desarrolló un nódulo pulmonar compatible con metástasis supra -- diafragmática. Fue tratada con radioterapia a tórax, mediastino y hueso supraclavicular controlándose la actividad tumoral hasta la fecha del presente estudio.

DISGERMINOMA Y EMBARAZO: Se describe en el cuadro No.10

CUADRO NUMERO VII
DISGERMINOMA
(ANALISIS DE 12 CASOS)
RADIOTERAPIA

DOSIS	NUMERO DE PACIENTES
2,500 a 3,500 RADS	7
SOBREDOSIS DE 1,500 RADS A:	
1) GANGLIOS PARAAORTICOS	4
2) GANGLIOS PARAILIACOS	2
3) GANGLIOS PARACAVALES	1
SOBREDOSIS DE 200 RADS A PELVIS	3

CUADRO NUMERO VIII

DISGERMINOMA

(ANALISIS DE 12 CASOS)

COMPLICACIONES DE LA RADIOTERAPIA

COMPLICACIONES	NUMERO DE PACIENTES
LEUCOPENIA	4
PROCTITIS	1
ANOREXIA	1
VOMITOS	1

CUADRO NUMERO IX

DISGERMINOMA

(ANALISIS DE 12 CASOS)¹

TIEMPO DE VIGILANCIA

TIEMPO DE VIGILANCIA	NUMERO DE PACIENTES
SIN CONTROL	3
2 AÑOS	2
3 AÑOS	1
4 AÑOS	2
5 a 10 AÑOS	3

CUADRO NUMERO X
DISGERMINOMA
(ANALISIS DE 12 CASOS)
ASOCIACION CON EMBARAZO

EMBARAZOS	NUMERO DE PACIENTES
ABORTOS 1 MES ANTES DEL	
DIAGNOSTICO	2
EMBARAZO DURANTE EL TRATAMIENTO	2
EMBARAZOS ULTERIORES AL DIAGNOSTICO	
(1 a 3 AÑOS)	2

Dos pacientes presentaron un aborto un mes antes del diagnóstico de disgerminoma. En una el diagnóstico se efectuó al 7o. día de puerperio cuando se complicó con deciduomietritis y pelviperitonitis. Dos más se embarazaron durante el tratamiento. Dos más se embarazaron 1 y 3 años más tarde presentando partos eutócicos.

DISCUSION: En el hospital en el que laboramos en el mismo lapso de tiempo se han presentado 60 casos de cáncer ovárico, representando el disgerminoma el 18.3% de estos tumores, ésto es una frecuencia mucho más alta que la reportada por la mayoría de los autores (8,10,20,24). Ello probablemente se deba a que tratándose de un tumor que se presenta en mujeres jóvenes como pudimos demostrarlo, fue considerado benigno en 8 enfermas y por lo tanto fueron canalizadas a un servicio de Ginecología como es el nuestro. La edad de presentación también explica porque la mitad de las pacientes eran nuligestas. Cuadro No. 11

Como era de esperarse, el cuadro clínico no es característico de malignidad por lo que solo la sospecha de cáncer ovárico en toda paciente con un tumor anexial hasta que no se demuestre que es benigno permitirá el diagnóstico temprano(4) Los procedimientos paraclínicos como la placa simple de abdomen, la teleradiografía de tórax, la culdocentesis, la linfografía pedia bilateral, la urografía excretora, el colon por enema, la ecosonografía pélvica y la determinación de la deshidrogenasa láctica en sangre solo son de utilidad cuando el-

CUADRO NUMERO XI

DISGERMINOMA

(ANALISIS DE 12 CASOS)

FRECUENCIA

TIPO HISTOLOGICO	NUMERO	%
CISTADENOCARCINOMA SEROSO	17	29.4
DISGERMINOMA	12	20
CISTADENOCARCINOMA MUCINOSO	8	13.3
SEROSO DE BAJO POTENCIAL MALIGNO	7	12
CARCINOMA ENDOMETRIOIDE	3	5
TUMOR DE LOS SENOS ENDODERMICOS	3	5
TUMOR DE CELULAS DE LA GRANULOSA	2	3
ARRENOBLASTOMA	2	3
TERATOMA SOLIDO MALIGNO	2	3
KRUKEMBERG	2	3
CARCINOMA EMBRIONARIO	1	2
CORIOCARCINOMA	1	2

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

padecimiento está diseminado en la cavidad peritoneal o bien se sospechan metástasis (18). Dos de nuestras enfermas fueron -- diagnosticadas por medio de citología en líquido de ascitis y en una más se sospecharon metástasis en ganglios iliacos izquierdos y cadenas para iliaca y para aórtica, por medio de linfografía (19).

Estos datos revelan la importancia de descubrir nuevos procedimientos para el diagnóstico temprano del cáncer de ovario. La determinación del antígeno carcinoembriogénico y de la alfa-feto proteína son intentos que persiguen este fin. No obstante no solo no son específicos sino que además se incrementan exclusivamente cuando la enfermedad está diseminada (18,22).

Los hallazgos transoperatorios en este grupo de pacientes fue muy satisfactorio pues solamente tres pacientes tuvieron ascitis clasificándose en etapa Ic de acuerdo con la clasificación propuesta por la F.I.G.O. (4). Esto indudablemente influyó en la conducta quirúrgica y en el pronóstico pues en aquellas pacientes jóvenes, vírgenes o nulíparas el tratamiento fue eminentemente conservador efectuándose exclusivamente salpingo- oforectomía unilateral seguida o no de radioterapia. En cambio en las pacientes con más de una gestación o presencia de líquido ascítico el tratamiento fue la histerectomía total abdominal con salpingo- oforectomía bilateral y radioterapia subsecuente y quimioterapia (una enferma).

Esta conducta es discutible pues algunos autores como Asadourian (2), Govan (8), Kottmeier (11), Munnell (16,17) y -

Scully (21) recomiendan efectuar cirugía conservadora en mujeres jóvenes que desean conservar la función reproductora si se reúnen los siguientes requisitos:

- 1.- El tumor esta localizado a un ovario.
- 2.- Está encapsulado.
- 3.- No hay evidencia de invasión o perforación de la cápsula.
- 4.- No hay ascitis hemorrágica.
- 5.- El disgerminoma es puro.
- 6.- No hay evidencia de metástasis.

Malkasian y Symmonds (13) y Scully (21) agregan además que debe efectuarse una palpación cuidadosa de los parametrios, el área retroperitoneal y para aórtica, evaluación del ovario afectado y biopsia contralateral y de los ganglios retroperitoneales con examen microscópico de secciones congeladas cuando se va a efectuar cirugía conservadora, esto es salpingooforectomía u ooforectomía unilateral y radioterapia subsiguiente con protección del ovario opuesto. Con esta conducta estos mismos autores han obtenido sobrevividas a 5 años que varían del 81 al 95% aunque también recurrencias que oscilan entre 18% para Brody (3) y 52% para Kalkasian (13) fácilmente controladas en las 2/3 partes de las pacientes.

Otro grupo de autores como Felmus (7) y Mc Carthy (14) abogan por la histerectomía total abdominal más salpingooforectomía bilateral y radioterapia subsiguiente aun cuando el tu -

mor sea unilateral y encapsulado basados en los siguientes parámetros:

- 1.- Tasa de recurrencia alta (43 a 63.2%) (7,14).
- 2.- Sobrevida a 5 años baja según sus series.
- 3.- Complicación del ovario opuesto que varía del 8 al 36.4%
- 4.- Posibilidad de invasión de la cápsula no apreciables macroscópicamente.

Por otra parte si el tumor está encapsulado, hay evidencia de ruptura de la cápsula, de metástasis, ascitis hemorrágica o el tumor es mixto la mayoría de los investigadores están de acuerdo en que debe efectuarse histerectomía total abdominal salpingooforectomía bilateral, omentectomía y radioterapia postoperatoria (9, 23) debido al pobre pronóstico que estos hallazgos representan.

En pacientes de menos de 20 años de edad con disgerminoma de mas de 15 cms. de diámetro, configuración anatomopatológica medular con células anaplásicas y abundantes mitosis e infiltración linfática leve (3,8,21) es recomendable no solo una vigilancia estrecha sino incluso efectuar nuevas operaciones exploratorias en busca de recurrencias sobre todo durante el primer año, debido al mal pronóstico.

En el estudio de las piezas quirúrgicas de nuestras pacientes no pudimos corroborar estas afirmaciones ya que aunque la mayoría de las pacientes tuvieron un patrón histológico de agregados alveolares y poca infiltración linfocitaria, sólo una murió a los dos años de instituido el tratamiento.

Tampoco pudimos correlacionar el grado de malignidad con el comportamiento clínico, ya que incluso la paciente que murió tenía un grado de malignidad leve.

La asociación de disgerminoma con el embarazo ha sido reportada por varios autores. Aranda (1) en nuestro medio refiere esta contingencia en 4 de 16 pacientes con disgerminoma Asadourian (2) en 105 casos de disgerminoma encontró que esta asociación es del 14.3%. Mueller (15) en 427 disgerminomas reporta 11 diagnosticados durante el embarazo y 6 que obstruían el canal del parto. Pece (20) en cerca de 600 disgerminomas... reporta 23 asociados a la gestación y Dogherty (6) en 30 casos de tumores sólidos coexistentes con la gestación encontró 9 disgerminomas. Otros autores como Mc Carthy (14), Kawahara (10) y Horton (9) refieren asociaciones similares, así como embarazos subsecuentes a cirugía conservadora.

En el grupo de pacientes estudiadas por nosotros encontramos que dos habían presentado un aborto un mes antes -- del diagnóstico, una se encontraba en el 7o. día de puerperio, dos se embarazaron durante el tratamiento y dos más se embarazaron al año y 3 años respectivamente.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

Los archivos del Hospital de Gineco Obstetricia No. 3,- del Centro Médico La Raza, IMSS. Tienen registrados 16 casos de disgerminoma de ovario. Al revisarlos dos no correspondieron a este diagnóstico, un tercero es un disgerminoma con áreas de tumor de los senos endodérmicos, y un cuarto es un disgerminoma - con áreas de adenocarcinoma de células claras por lo que fueron descartados. Las historias clínicas de las 12 pacientes fueron tabuladas y el periodo de seguimiento fue de 1 a 10 años.

El promedio de edad de las pacientes fue de 24.8 años.- 4 pacientes eran vírgenes, 2 nuligestas y 6 habían tenido de 1- a 12 gestaciones.

El cuadro clínico tuvo como promedio una evolución de 2 meses. El síntoma más importante fue el dolor localizado en fosas ilíacas y el signo más característico, la presencia de una masa anexial sólida y dolorosa. Cuadro No. 1.

La citología del líquido ascítico efectuada en 3 enfermas permitió el diagnóstico de disgerminoma en 2. La teleradiografía de tórax mostró derrame pleural en una paciente y la placa simple de abdomen mostró masa abdominal. La histerosalpingografía y la urografía excretora no dieron datos de interés. La linfografía pedía bilateral realizada en dos enfermas fuera del hospital mostró datos sugestivos de metástasis en ganglios iliacos y para aórticos en una paciente. La ecosonografía pélvica - solo reporto tumoración sólida con superficie regular.

El diagnóstico se efectuó en dos enfermas, en dos se sospechó y en las restantes fue erróneo o hallazgo. Cuadro No.2

Todas las pacientes fueron clasificadas en la etapa clínica 1, correspondiendo 8 a la, una a lb y tres a lc. Cuadro No.3

El hallazgo más frecuente fue el de un tumor sólido multilobulado, con superficie nodular, de color blanco, violáceo o gris amarillento, de aspecto cerebroide al corte. En tres casos el pedículo estaba torcido y en uno había ruptura de la cápsula. En 5 pacientes el tumor era derecho y en 7 izquierdo.

Mediante el estudio microscópico se observó infiltrado linfocitario en 12 tumores, extensión capsular en 10, invasión vascular en 5, necrosis y hemorragia en 4 y reacción granulomatosa en 2. Cuadro No. 4.

El tratamiento en las pacientes jóvenes con el tumor en etapa clínica la fue la anexectomía unilateral con biopsia contralateral (3 enfermas) seguido o no de radioterapia. En pacientes multiparas o con tumor no encapsulado y presencia de líquido ascítico se efectuó histerectomía total abdominal con salpingooforectomía bilateral, omentectomía y radioterapia postoperatoria de la red linfática colectora. Cuadros Nos. 5,6,7 y 8.

El tiempo de vigilancia fue de 1 a 10 años. Una paciente murió con metástasis generalizadas a los dos años de iniciado el tratamiento. Otra más desarrolló metástasis de cúpula diafragmática que fueron controladas con radioterapia. Cuadro No.9

En tres pacientes el disgerminoma coexistió con gestaci-

ón y dos más presentaron embarazos subsecuentes a cirugía conservadora. Cuadro No. 10.

Se concluye que el disgerminoma es un tumor maligno que se presenta en la tercera década de la vida, en mujeres jóvenes frecuentemente sin hijos, aunque también puede coexistir -- con la gestación. No da síntomas ni signos específicos por lo que sólo la sospecha ante cualquier masa anexial de tipo tumoral permitirá el diagnóstico temprano. El tratamiento en una mujer joven sin hijos y con tumor unilateral encapsulado es la salpingooforectomía unilateral, seguida de radioterapia de la red linfática colectora, con protección del ovario opuesto.

Cuando el tumor no está encapsulado el tratamiento de elección es la histerectomía total abdominal con salpingooforectomía bilateral, omentectomía y radioterapia postoperatoria.

La sobrevida en pacientes con tumor en etapa Ia y Ib es muy alta.

F E D E R R A T A S

- 1.- En la hoja número 3, en el cuarto párrafo en el renglon numero 3 debe decir como superficie irregular.
- 2.- En la hoja número 8, en el tercer párrafo en la última línea debe decir otra en lugar de otras.
- 3.- En la hoja número 19, en el segundo párrafo en el cuarto renglon debe decir persiguen.

B I B L I O G R A F I A

- 1.- Aranda, F.J., Castro, C.F., Valenzuela, L.S., Delgado, V.J. Dysgerminoma Análisis de 19 casos. Ginec Obstet Méx. 46:45, 1979.
- 2.- Asadourian, A.L. and Taylor, B.H. Dysgerminoma. Analisis - of 105 cases. Obstet Gynecol. 33:370, 1969.
- 3.- Brody, S. Clinical Aspects of Dysgerminoma of the ovary. Acta Radiol. 56:209, 1961.
- 4.- Chauser, M.B., Green, P.J. and Klein, Z.H. Bilateral Meta - chronous Dysgerminoma with a 15-year interval. Cancer:27, - 939, 1971
- 5.- Diddle, W.A., Connor, K.A., Knoxville, M.D. Feminizing ova - ry tumors and pregnancy. Am. J. Obstet and Gynec, 62:1071, 1951
- 6.- Doherty, L.M., Rouge, B. and Lund, J.C.: Solid ovaric tumo - rs complicating pregnancy. A clinical pathological study. Am J. Obstet and Gynec. 60: 261, 1950
- 7.- Felmus, L.B., Pedowitz, P., and Graysel, A.M.: Dysgerminoma of the ovary.: Am J. Obstet Gynecol. 70: 1284, 1955.
- 8.- Govan, A.B.T. Tumores Ovaricos: Signos clínicos e histopato - logicos. Clinics in obstet and Gynec 3(1): 89, 1976.
- 9.- Horton, E.D.: Primary ovarian carcinoma in Pr^egnancy. Am J. Obst^et gyn^ecol., 85: 345, 1963.
- 10.- Kawahara, H. Dysgerminoma complicating pregnancy. Am J. obs - tet. and gynec 83:1531, 1962.
- 11.- Kottmeier, L.H. Carcinoma de ovario y su tratamiento. Progre - sos en ginecología. Meigs y Sfurgis. Vol IV, pág. 397, Editó - rial científico médica. Barcelona, 1971.
- 12.- Kaser, T., Friedberg, V., Ober, G.K., Thomsen, K., Zander, J Ginecología y Obstetricia. Pag. 522-590. Tomo III, Salvat -- Editores, S.A. Barcelona 1974.
- 13.- Malkasian, D.G., Symmonds, E.R.: Treatment of the unilater - al encapsulated ovarian dysgerminoma. Am J. Obstet and Gynec 90 (3): 379, 1964
- 14.- Mc Cartney, J.S. Malignant granulosa cell tumor. Archives of Pathology, 29: 263, 1940

- 15.- Mueller, W.C., Topkins, P., and Lapp, A.W.: Dysgerminoma of the ovary. An Analysis of 427 cases. Am J. Obstet and Gynec 60: 153, 1950.
- 16.- Munnell, W.E.: Thechnaging prognosis and treatment in cancer of the ovary. Am J. Obstet and Gynec. 100 (6): 790, 1968
- 17.- Munnell, W.E. Surgical Treatment of ovarian carcinoma. Clin-Obstet. gynec. 12: 980, 1969.
- 18.- Nayell, J.R., Meeker, R.W., Parker, C.J. and Harralson, D.J.- Carcinoembrionic antigen in patients with gynecologic Malignancy. Cancer. 35:1372, 1975.
- 19.- Parker, R.B., Castellino, A.R., Fuks, Y.Z., Bagsnaw, A.M., - The rule of Lymphography in patients with ovarian cancer. Cancer. 34: 100, 1974.
- 20.- Pece, G. Dysgerminoma of the ovary in pregnancy. Obstet gy - nec 24: 768, 1964.
- 21.- Scully, E.R. Tumores ováricos originados a partir de las células germinales. Progresos de la ginecologia. Meigs y Sturgis. Vol IV. Pag 407. Editorial científico médica. Barcelona 1971.
- 22.- Seppola, M., Pihko, H., Ruslahfi, E. Carcinoembriogenic anti gen and alpha fetoprotein in malignant tumors of the female - genital tract. Cancer. 35: 1377, 1975.
- 23.- Smolth, P.J., Rutledge, F. Advances in Chemotherapy for gy - necologic cancer. Cancer, 36: 669, 1975.
- 24.- Wider, A.J. Dysgerminoma a Clinical Review. Obstet and gynec. 31 (4): 560, 1968.