Revista Eletrônica
Acervo Saúde
Electronic Journal Collection Health ISSN 2178-2091

Disgerminoma ovariano em adolescente

Ovarian dysgerminoma in an adolescent

Disgerminoma ovárico en una adolescente

Elisabete Lopes Feijão[1], Hellen Taisa Carvalho Serpa Oliveira Silva[1], Sádia Martins de Paula Souza[1], José Lopes da Rocha Júnior[1], Bruna de Melo Rodrigues Marques Nunes[1], Isabela Araújo Gonçalves[1], Nívea Coelho Lastra[1], Rafaela Freire Camelo[1].

RESUMO

Objetivo: Apresentar relato de caso de disgerminoma ovariano em adolescente atendida na rede pública do Distrito Federal, para analisar a sobrevida de pacientes submetidas ao tratamento cirúrgico conservador, com foco nas evidências atuais. **Detalhamento do caso:** Paciente do sexo feminino, 17 anos, foi atendida em serviço de emergência do Distrito Federal devido a dor pélvica intensa, associada a aumento abdominal progressivo. Após investigação, por meio de exames de imagem (ultrassonografia e ressonância magnética pélvica) e marcadores tumorais, foi submetida a laparotomia exploradora com salpingo-ooforectomia à esquerda, com ruptura capsular intraoperatória. O diagnóstico histopatológico e imunohistoquímico confirmou disgerminoma ovariano, estadio FIGO IC1. A paciente foi encaminhada para vigilância, sem quimioterapia adjuvante, e encontra-se em seguimento com controle de marcadores tumorais. **Considerações finais:** Cirurgia conservadora com vigilância sem adjuvância inicial constitui abordagem padrão em disgerminoma estadio IA-IC em adolescentes, permitindo altas taxas de sobrevida e preservação da fertilidade comparável à população geral. A decisão terapêutica deve ser individualizada e multidisciplinar, considerando o estadiamento, o desejo de preservação da fertilidade e os fatores de risco.

Palavras-chave: Disgerminoma, Adolescentes, Tumores germinativos ovarianos.

ABSTRACT

Objective: To present a case report of ovarian dysgerminoma in an adolescent treated in the public healthcare system of the Federal District, to analyze the survival of patients undergoing conservative surgical treatment, with focus on current evidence. **Case details:** A 17-year-old female patient presented to an emergency department in the Federal District with severe pelvic pain associated with progressive abdominal enlargement. Following investigation through imaging studies (ultrasonography and pelvic magnetic resonance imaging) and tumor markers, the patient underwent exploratory laparotomy with left salpingo-oophorectomy, with intraoperative capsular rupture. Histopathological and immunohistochemical diagnosis confirmed ovarian dysgerminoma, FIGO stage IC1. The patient was referred for surveillance without adjuvant chemotherapy and is currently under follow-up with tumor marker monitoring. **Final considerations:** Conservative surgery with surveillance without initial adjuvant therapy constitutes the standard approach for dysgerminoma stage IA-IC adolescents, allowing high survival rates and preservation of fertility comparable to the general population. Therapeutic decision-making should be individualized and multidisciplinary, considering staging, the desire for fertility preservation, and risk factors.

Keywords: Dysgerminoma, Adolescents, Ovarian germ cell tumors.

RESUMEN

Objetivo: Presentar un reporte de caso de disgerminoma ovárico en una adolescente atendida en la red pública del Distrito Federal, para analizar la supervivencia de pacientes sometidas a tratamiento quirúrgico conservador, con enfoque en las evidencias actuales. **Detalles del caso:** Paciente de sexo femenino, 17

[1] Secretaria de Saúde do Distrito Federal, Brasília - DF.

SUBMETIDO EM: 1/2026 | **ACEITO EM: 1/2026** | **PUBLICADO EM: 1/2026**

años, fue atendida en el servicio de emergencia del Distrito Federal debido a dolor pélvico intenso, asociado a aumento abdominal progresivo. Tras la investigación, mediante estudios de imagen (ecografía y resonancia magnética pélvica) y marcadores tumorales, fue sometida a laparotomía exploratoria con salpingo-ooforectomía izquierda, con ruptura capsular intraoperatoria. El diagnóstico histopatológico e inmunohistoquímico confirmó disgerminoma ovárico, estadio FIGO IC1. La paciente fue derivada a vigilancia, sin quimioterapia adyuvante, y se encuentra en seguimiento con monitoreo de marcadores tumorales. **Consideraciones finales:** La cirugía conservadora con vigilancia sin adyuvancia inicial constituye el abordaje estándar para disgerminoma estadio IA-IC en adolescentes, permitiendo altas tasas de supervivencia y preservación de la fertilidad comparable a la de la población general. La decisión terapéutica debe ser individualizada y multidisciplinaria, considerando el estadiaje, el deseo de preservación de la fertilidad y los factores de riesgo

Palabras clave: Disgerminoma, Adolescentes, Tumores germinativos ováricos.

INTRODUÇÃO

Os tumores ovarianos malignos são raros na população pediátrica e adolescente, mas demandam atenção especializada devido às suas particularidades biológicas e ao impacto significativo na qualidade de vida e na capacidade reprodutiva das pacientes (ERGUN-LONGMIRE B e GREYDANUS DE, 2024; YANG J, et al., 2025). Dentre as neoplasias ovarianas malignas, os tumores de células germinativas são os mais prevalentes em adolescentes, respondendo por até 80% dos casos, destacando-se o disgerminoma como o subtipo mais comum, constituindo cerca de 30% a 35% desses tumores (FEBRASGO B, 2025; YANG J, et al., 2025).

Os disgerminomas ovarianos são mais frequentemente diagnosticados em mulheres jovens, com um pico de incidência observado no final da adolescência e no início da vida adulta (YANG J, et al., 2025). Eles normalmente ocorrem unilateralmente (85%), mas podem ser bilaterais (ERGUN-LONGMIRE B e GREYDANUS DE, 2024). O disgerminoma é uma neoplasia maligna de células germinativas do ovário, caracterizada por ser o equivalente ovariano do seminoma testicular, tendo a disgenesia gonadal com carótipo XY como uma de suas causas conhecidas (MITRANOVICI MI, et al., 2022; SALHI H, et al.,2021; YANG J, et al., 2025).

A compreensão da epidemiologia é fundamental para a suspeição clínica em pacientes jovens com massas pélvicas. A apresentação clínica dos disgerminomas ovarianos pode ser bastante variada e, muitas vezes, inespecífica, o que pode atrasar o diagnóstico (DANTKALE KS e AGRAWAL M, 2024; MOURA AA, et al.; 2022). Os sintomas mais comuns incluem: dor abdominal ou pélvica difusa, subaguda, sensação de pressão pélvica e a presença de uma massa abdominal de aumento rápido, frequentemente associada à distensão abdominal (MARGIOULA-SIARKOU C, et al., 2023). Em alguns casos, podem ocorrer alterações menstruais ou outros sintomas hormonais (ESMO, 2018).

Complicações agudas, como torção ovariana, ruptura tumoral, obstrução intestinal ou hemorragia causam dor intensa e súbita, exigindo atendimento de emergência, após exclusão de diagnósticos diferenciais como, por exemplo, gestação ectópica e apendicite (DANTKALE KS e AGRAWAL M, 2024; ERGUN-LONGMIRE B e GREYDANUS DE, 2024). A inespecificidade dos sintomas ressalta a importância de uma avaliação clínica cuidadosa e de exames complementares em adolescentes com queixasginecológicas ou abdominais persistentes (FEBRASGO B, 2025).

O diagnóstico de disgerminoma ovariano baseia-se em uma abordagem multimodal que integra achados clínicos, exames de imagem e marcadores tumorais (ERGUN-LONGMIRE B e GREYDANUS DE, 2024; MARGIOULA-SIARKOU C, et al., 2023). A ultrassonografia pélvica (USG) é geralmente o primeiro exame realizado, podendo revelar uma massa ovariana sólida, homogênea ou, por vezes, multilobulada, com fluxo sanguíneo proeminente nos septos fibrovasculares ao Doppler colorido (MOURA AA, et al.; 2022).

A ressonância magnética (RM) pélvica é um exame capaz de caracterizar melhor a lesão, avaliar sua extensão e a relação com estruturas adjacentes, sendo crucial para o planejamento cirúrgico (DANTKALE KS e AGRAWAL M, 2024). Os marcadores tumorais séricos, incluindo a Desidrogenase láctica (DHL), a subunidade beta da Gonadotrofina coriônica humana (β-HCG), a Alfa-fetoproteína (AFP) e o Antígeno

cancerígeno 125 (CA-125) desempenham um papel importante no diagnóstico e monitoramento dos disgerminomas. Esses marcadores são preditores de malignidade. Cabe ressaltar, no entanto, que eles não são específicos e que valores negativos não excluem o diagnóstico (MARGIOULA-SIARKOU C, et al., 2023; MITRANOVICI MI, et al., 2022).

A DHL é um marcador sensível para disgerminomas. A β-HCG pode estar elevada em aproximadamente 5% dos casos, e tendem a aumentar especialmente se houver elementos de outros tumores de células germinativas, como o coriocarcinoma. A AFP geralmente está elevada em carcinoma embrionário, tumores do seio endodérmico e teratoma imaturo, mas não em disgerminomas puros. Outros marcadores também podem ser solicitados. O CA-125 usualmente está elevado em tumores epiteliais, mas também pode estar presente em processos infecciosos, como abscessos tubo-ovarianos e apendicite.

O Antígeno cancerígeno 19-9 (CA19-9), mais comum em teratomas imaturos, e o Antígeno Carcinoembrionário (CEA), usualmente presente em tumores epiteliais (ERGUN-LONGMIRE B e GREYDANUS DE, 2024). A avaliação completa da paciente permite o estadiamento preciso da doença, que é fundamental para a definição da conduta terapêutica (ESMO, 2019). Adolescentes com suspeita de malignidade ovariana devem ser encaminhadas para um centro especializado, para avaliação por equipe multidisciplinar composta de oncologistas ginecológicos e pediatras experientes e treinados. Aconselhamento reprodutivo deve ser realizado previamente à decisão terapêutica (MARGIOULA-SIARKOU C, et al., 2023).

A confirmação diagnóstica definitiva é histopatológica, obtida por biópsia ou, mais comumente, após a ressecção cirúrgica da massa. (FEBRASGOa, 2025; FEBRASGOb, 2025). Macroscopicamente, os disgerminomas apresentam-se como tumores acinzentados a esbranquiçados, encapsulados, com eventuais áreas de necrose e hemorragia. Mitranovici MI, et al. (2022) ressaltam a importância do diagnóstico histopatológico. Microscopicamente, caracterizam-se por “ninhos” e nódulos de células tumorais uniformes, separadas por delgado tecido conjuntivo, contendo células inflamatórias.

Os marcadores imuno-histoquímicos (IHQ) são inestimáveis para alcançar um diagnóstico definitivo, particularmente em casos desafiadores, diferenciando os subtipos de tumores malignos de células germinativas do ovário. (DANTKALE KS e AGRAWAL M, 2024). O disgerminoma é frequentemente positivo para SALL4, OCT3/4, Fosfatase alcalina semelhante à placentária (PLAP), D2-40, NANOG e SCFR (ESGO, 2019; MARIA F, et al., 2025). É ainda conhecido por sua alta sensibilidade à radioterapia e quimioterapia, o que contribui para um prognóstico geralmente favorável, com taxas de cura que podem atingir 85 a 100% (DANTKALE KS e AGRAWAL M, 2024; MITRANOVICI MI, et al., 2022; NCCN, 2025).

Este relato de caso visa aprofundar a compreensão sobre o disgerminoma ovariano em adolescentes, discutindo a apresentação clínica, o processo diagnóstico e a decisão terapêutica conservadora, com base nas evidências atuais e na experiência de um caso real. O objetivo principal é analisar a sobrevida de pacientes submetidas ao tratamento cirúrgico conservador, com foco nas evidências atuais que suportam essa abordagem, enfatizando a preservação da fertilidade e a possibilidade de gestação espontânea.

DETALHAMENTO DE CASO

Trata-se de um estudo de caráter qualitativo descritivo do tipo relato de caso de uma paciente adolescente atendida em um serviço de emergência de um hospital da rede pública do Distrito Federal, que se submeteu a Laparotomia exploradora com salpingo-ooforectomia à esquerda, com diagnóstico de disgerminoma ovariano. Este relato de caso foi conduzido no Ambulatório de Ginecologia Oncológica de um Hospital Regional do Distrito Federal, com coleta de informações extraídas do sistema eletrônico “Trakcare” da Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal (SES/DF), abrangendo o período de junho de 2024 a dezembro de 2025.

Este artigo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos sob CAAE: 91087025.1.0000.5553 e parecer número 7.995.525, atendendo às Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (Resolução 466/2012/CNS). Adicionalmente, este trabalho contou com a concordância expressa da paciente, formalizada pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e

Esclarecido (TCLE). A paciente em questão, uma adolescente de 17 anos, buscou atendimento hospitalar em unidade da rede pública da SES/DF devido a quadro de dor pélvica intensa, súbita e progressiva, associada a aumento perceptível do volume abdominal. Em sua história clínica pregressa, estava em tratamento atual de anemia, em uso de Combiron®, e apresentava histórico de hernia inguinal e umbilical, submetida a hernioplastia ainda na infância. Relatou ser virgo, com última menstruação há cerca de 30 dias, sem outras queixas ginecológicas relevantes. Ao exame físico da admissão, apresentou abdome moderadamente distendido à inspeção visual e doloroso à palpação em abdome inferior e identificou-se massa móvel e endurecida abaixo da cicatriz umbilical, de aproximadamente 800cm³.

Na ocasião, apresentou exames complementares previamente realizados: USG pélvica que evidenciou, em topografia de anexo direito com extensão para região anterior ao útero, nódulo hipoecogênico, homogêneo, com margens regulares e fluxo aumentados ao Doppler, podendo corresponder a nódulo miometrial ou nódulo em ovário direito; e RNM pélvica (**Figura 1**, **Figura 2** e **Figura 3**), que revelou volumosa lesão tumoral na cavidade pélvica com volume estimado em 836cm³, causando efeito compressivo significativo sobre a bexiga e o útero, Os achados de imagem direcionaram para a suspeita de neoplasia ovariana.

Figura 1 - Corte sagital de RNM pélvica evidenciando tumoração ovariana.



Fonte: Feijão EL, et al., 2026.

Figura 2 - Corte coronal de RNM pélvica evidenciando tumoração ovariana.



Fonte: Feijão EL, et al., 2026.

Figura 3 - Corte axial de RNM pélvica evidenciando tumoração ovariana.



Fonte: Feijão EL, et al., 2026.

Nos exames laboratoriais da admissão, apresentou Teste Imunológico da Gravidez (TIG) negativo, o que descartou gravidez como causa da massa. Marcadores inflamatórios estavam alterados (Proteína C Reativa – PCR: 141 e Velocidade de Hemossedimentação – VHS: 6), indicando processo inflamatório significativo. Demais exames encontravam-se dentro da normalidade. Foram solicitados marcadores tumorais, com resultado de β-HCG: 53,4. Os marcadores DHL, AFP, CA19-9 e CEA não foram realizados, por falta de reagente, uma limitação do serviço no momento.

Diante do quadro clínico e de resultados de exames, paciente foi submetida à Laparotomia exploradora, em que foi realizada salpingo-ooforectomia à esquerda e omentectomia parcial. O inventário da cavidade revelou uma tumoração em região anexial esquerda, de superfície lisa, com conteúdo aparentemente sólido, medindo aproximadamente 12 cm no maior eixo. No momento de extração, observou-se ruptura da massa devido à sua friabilidade extrema, achado importante para estadiamento. Demais estruturas abdominais estavam compatíveis com a normalidade e sem evidências de disseminação da doença.

O conjunto de peças cirúrgicas foi encaminhado para biópsia com resultado histopatológico sugestivo, confirmado pela imunohistoquímica, que favoreceu o diagnóstico de disgerminoma. O lavado peritoneal realizado durante a cirurgia resultou negativo para malignidade, contribuindo para o estadiamento da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) em IC1, indicando um tumor confinado ao ovário, com ruptura intraoperatória e/ou invasão capsular.

Após confirmação diagnóstica e estadiamento, paciente foi avaliada pela Oncologia Clínica, que optou por estratégia de vigilância ativa e contraindicou quimioterapia devido estadio IC1 e ausência de outros fatores de alto risco. Essa decisão se suporta nas diretrizes atuais que preconizam a preservação da fertilidade em adolescentes com disgerminomas em estádios iniciais. RM pélvica pós-cirúrgica foi realizada, não evidenciando doença metastática residual. Foi observado um espessamento em ligamento uterossacro, sugestivo de endometriose, para o qual foi iniciado tratamento com Dienogeste®.

Atualmente, a paciente encontra-se em seguimento regular em hospital voltado ao público infantojuvenil, com realização de exame clínico e controle de marcadores tumorais mensalmente, e de exames de imagem trimestralmente. Os resultados dos marcadores tumorais disponíveis encontravam-se dentro da normalidade (**Tabela 1**). Todas as radiografias de tórax estavam sem alteração evidente, bem como as USG de abdome, exceto pela ausência de visualização de anexo esquerdo, uma vez que paciente foi submetida a tratamento cirúrgico.

Tabela 1 - Controles mensais de marcadores tumorais disponíveis.

Marcador	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês	7º mês	8º mês	9º mês
β-HCG	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1
AFP	0,75	1,04	1,20	0,91	1,28	1,27	0,97	1,37	1,31
DHL	-	-	-	-	-	-	-	138	116

Nota: Valores de referência dos marcadores séricos: β-HCG: < 0,1 mIU/ml, AFP: ≤ 7,0 ng/mL, DHL: 0 a 240,0 U/L. **Fonte:** Feijão EL, et al., 2026.

A programação de acompanhamento multidisciplinar visa monitorar a evolução clínica, a normalização dos marcadores e a detecção precoce de qualquer sinal de recorrência, garantindo a continuidade do cuidado e a manutenção da qualidade de vida da paciente.

DISCUSSÃO

O caso de disgerminoma ovariano em uma adolescente de 17 anos, aqui detalhado, oferece uma oportunidade valiosa para comparar a prática clínica com as diretrizes e evidências mais recentes da literatura, especialmente no contexto da preservação da fertilidade e dos desfechos de sobrevida e gestação espontânea. A apresentação clínica da paciente, com dor pélvica intensa, súbita e progressiva, associada a aumento perceptível do volume abdominal, é um cenário comum em tumores ovarianos na adolescência (MARGIOULA-SIARKOU C, et al., 2023).

A dor e distensão abdominal são os sintomas mais frequentes, e a urgência do quadro clínico da paciente reflete a necessidade de uma intervenção rápida, muitas vezes em ambiente de emergência (ERGUN-LONGMIRE B e GREYDANUS DE, 2024). A massa de aproximadamente 800 cm³ identificada no exame físico e confirmada pelos exames de imagem é um achado significativo que justifica investigação imediata (DANTKALE KS e AGRAWAL M, 2024). Esses achados, embora inespecíficos para o diagnóstico oncológico, são importantes para a avaliação clínica inicial e o manejo da paciente (FEBRASGOb, 2025).

Os exames de imagem desempenharam um papel crucial no direcionamento diagnóstico, corroborando a conduta adotada no caso. A USG pélvica inicial, que evidenciou um nódulo hipoecogênico e homogêneo com fluxo aumentado ao Doppler, levantou a suspeita de uma massa anexial. A RM pélvica subsequente foi fundamental, revelando uma lesão tumoral volumosa na cavidade pélvica com efeito compressivo sobre a bexiga e o útero. Ela é considerada superior na caracterização de massas anexiais, na avaliação da extensão da doença e na diferenciação entre lesões benignas e malignas, sendo uma ferramenta indispensável no estadiamento pré-operatório (DANTKALE KS e AGRAWAL M, 2024).

O teste imunológico da gravidez negativo descartou gravidez, um diagnóstico diferencial importante em adolescentes com massa pélvica (FEBRASGOb, 2025). A elevação discreta do β-HCG (53,4) foi um achado compatível com a literatura, pois o disgerminoma puro não é classicamente associado a níveis muito elevados de β-HCG, secretada pelas células de sinciciotrofoblasto do tumor, as quais também produzem a PLAP e a DHL (MOURA AA, et al., 2022). A avaliação dos demais marcadores tumorais foi prejudicada pela falta de reagente no serviço, uma limitação em sistemas públicos de saúde. A avaliação do DHL, por exemplo, por se tratar de marcador mais sensível para disgerminomas, seria de grande valia para o caso relatado.

A decisão pela laparotomia exploradora com salpingo-ooforectomia à esquerda e omentectomia parcial está em consonância com as diretrizes para o tratamento cirúrgico de massas ovarianas suspeitas em adolescentes. O objetivo primário da cirurgia é o estadiamento completo e a ressecção do tumor (ESGO, 2019). A ruptura da massa durante a extração, devido à sua friabilidade, é um achado intraoperatório de grande importância. Conforme a classificação FIGO, a ruptura tumoral intraoperatória classifica o tumor como estadio IC1, o que, embora ainda seja um estadio inicial, indica um risco ligeiramente maior de recorrência em comparação com tumores não rompidos.

No entanto, o lavado peritoneal negativo para malignidade é um fator prognóstico favorável (ESGO, 2019; ESMO, 2018; MITRANOVICI MI, et al., 2022; RENZ M, et al., 2025). O diagnóstico histopatológico de disgerminoma, confirmado por imunohistoquímica, alinha-se com a epidemiologia da doença em

adolescentes, onde os disgerminomas são os tumores malignos de células germinativas mais comuns em adolescentes (FEBRASGOb, 2025; DE MARIA F, et al., 2025). Pilarska I, et al. (2022) também destacam a importância da histopatologia e imunohistoquímica no diagnóstico preciso e destacam as mudanças do tratamento, objetivando a manutençao da fertilidade e mitigação dos riscos de efeitos colaterais tardios.

A sensibilidade do disgerminoma à quimioterapia e radioterapia é um fator que contribui favoravelmente para o prognóstico (DANTKALE KS e AGRAWAL M, 2024; NCCN, 2025). A decisão da Oncologia Clínica pela vigilância ativa e a contraindicação de quimioterapia adjuvante para este caso de disgerminoma em estadio FIGO IC1, sem outros fatores de risco, reflete as diretrizes atuais que buscam a preservação da fertilidade em pacientes jovens e a redução das complicações agudas e a longo prazo da toxicidade associadas à quimioterapia (DE MARIA F, et al., 2025; MORICE P, et al., 2024; MARGIOULA-SIARKOU C, et al., 2023; NCCN, 2025).

É crucial ressaltar que, para disgerminomas em estadios iniciais, como o apresentado, a abordagem cirúrgica conservadora, que permite a preservação da fertilidade, está associada a excelentes taxas de sobrevida global, inclusive com eliminação efetiva da doença (ESMO, 2018; DANTKALE KS e AGRAWAL M, 2024). A literatura demonstra consistentemente taxas de sobrevida global para disgerminomas em estadio I que variam de 90 a 100% em 5 anos, com tratamento conservador, e maior que 80%, mesmo em estadios avançados (ESMO, 2018; MITRANOVICI MI, et al., 2022; YANG J, et al., 2025).

Varlas VN, et al. (2023) reforçam que a cirurgia conservadora é uma estratégia promissora para mulheres jovens. Além disso, a preservação do ovário contralateral e do útero tem se mostrado altamente eficaz na manutenção da função reprodutiva, com estudos indicando que uma proporção significativa dessas pacientes (73 a 87,5%), mesmo com doença em estadio III, é capaz de conceber espontaneamente após o tratamento conservador, com taxas de gestação bem-sucedidas que se aproximam das da população geral, sem comprometer a sobrevida oncológica (GÖC G, et al., 2024; MORICE P, et al., 2024; FEBRASGOa, 2025).

Göç G, et al. (2024) relatam um caso de gravidez espontânea após cirurgia conservadora e quimioterapia adjuvante para disgerminoma avançado, o que reforça essa possibilidade mesmo em cenários mais complexos. Essa possibilidade de gestação espontânea é um desfecho extremamente positivo e reforça a validade da abordagem conservadora, que não compromete a sobrevida oncológica (FEBRASGO A, 2025).

No caso de a paciente necessitar tratamento de fertilidade, técnicas de reprodução assistida podem ser utilizadas após os primeiros 6 meses de seguimento negativo após o procedimento com preservação de fertilidade, orientando-a de que não está limitada a apenas uma gestação. A preocupação com a qualidade de vida e a capacidade reprodutiva futura da paciente é primordial, como enfatizado pelas diretrizes da ESGO, ESHRE e ESGE (MORICE P, et al., 2024; LEDERMANNJ, et al., 2024).

Não foi encontrada evidência de associação entre endometriose, achado imaginológico na RNM pós-operatória da paciente, e o disgerminoma. Segundo o guideline da NCCN (2025), esta está associada a carcinomas endometrioides e de células claras. A vigilância ativa é um pilar no manejo pós-tratamento, garantindo a segurança oncológica e a manutenção da qualidade de vida da paciente a longo prazo (LEDERMANN J, et al., 2024; NCCN, 2025). O seguimento regular com exame físico, controle periódico de marcadores tumorais, imagens e estratificação de risco, bem como o acompanhamento multidisciplinar são essenciais para monitorar a evolução clínica da paciente e detectar precocemente qualquer sinal de recorrência da doença (ESGO, 2019; ESMO, 2018; YANG J, et al., 2025). Salhi H, et al. (2021), em seu estudo sobre disgerminoma puro, destacam a importância dos marcadores tumorais no monitoramento pós-operatório, a fim de detectar qualquer recidiva, que pode ocorrer em 17 a 32% dos casos, independentemente do estadio do tumor, principalmente nos 2 primeiros anos pós-tratamento.

Em conclusão, o relato de caso desta adolescente com disgerminoma ovariano destaca a importância da suspeição clínica precoce em pacientes jovens com dor pélvica e massa abdominal, a relevância dos exames de imagem para o diagnóstico e estadiamento, e a necessidade de uma abordagem terapêutica individualizada e multidisciplinar. A opção pela vigilância ativa e o tratamento cirúrgico conservador, em conformidade com as diretrizes atuais, demonstra o compromisso não apenas com a preservação da

fertilidade, um aspecto fundamental na ginecologia oncológica pediátrica, mas também com a garantia de excelentes taxas de sobrevida e a possibilidade de gestação espontânea para pacientes adolescentes com disgerminomas em estadios iniciais.

Este caso reforça a complexidade do manejo dos disgerminomas ovarianos em adolescentes e a necessidade de constante atualização e adesão às recomendações das principais sociedades oncológicas para otimizar os desfechos clínicos, a sobrevida e a qualidade de vida dessas pacientes.

REFERÊNCIAS

1. DANTKALE KS e AGRAWAL M. A Comprehensive Review of Current Trends in the Diagnosis and Treatment of Ovarian Germ Cell Tumors. Cureus, 2024; 16(1): 52650.
2. DE MARIA F, et al. Malignant germ cells tumor of the ovary. J Gynecol Oncol, 2025; 36(3): 108.
3. ERGUN-LONGMIRE B e GREYDANUS DE. Ovarian tumors in the pediatric population: An update. Dis Mon, 2024; 70(6): 101691.
4. ESGO. EUROPEAN SOCIETY OF GYNAECOLOGICAL ONCOLOGY. Non-epithelial ovarian cancers in adolescents and young adults: pocket guidelines. ESGO, 2019. Disponível em: https://guidelines.esgo.org. Acessado em: 02 de dezembro de 2025.
5. ESMO. EUROPEAN SOCIETY FOR MEDICAL ONCOLOGY. Non-epithelial ovarian cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Ann Oncol, 2018; 29(4): 1-18.
6. FEBRASGO. FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. Preservação da fertilidade em mulheres com câncer ginecológico. 3ª ed. São Paulo: FEBRASGO, 2025. (Protocolos FEBRASGO, Ginecologia, no. 37). iv, 17p. Disponível em: https://www.febrasgo.org.br/pt/ginecologia/category/preservacao-da-fertilidade-em-mulheres-com-cancer-ginecologico. Acessado em: 02 de dezembro de 2025.
7. FEBRASGO. FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. Tumores ovarianos na adolescência. 3ª ed. São Paulo: FEBRASGO, 2025. (Protocolos FEBRASGO, Ginecologia, no. 33). iv, 26p. Disponível em: https://www.febrasgo.org.br/pt/ginecologia/category/tumores-ovarianos-na-adolescencia. Acessado em: 02 de dezembro de 2025.
8. GÖÇ G, et al. Spontaneous pregnancy after fertility-sparing surgery and adjuvant chemotherapy for advanced pure dysgerminoma: A case report. Clin Case Rep, 2024; 12(6): 9020.
9. LEDERMANN J, et al. ESGO-ESMO-ESP. Consensus conference recommendations on ovarian cancer: pathology and molecular biology and early, advanced and recurrent disease. Ann Oncol, 2024; 35(3): 248-266.
10. MARGIOULA-SIARKOU C, et al. Therapeutic Management and Prognostic Factors for Ovarian Malignant Tumours in Adolescents: A Comprehensive Review of Current Guidelines. Diagnostics, 2023; 13(6): 1080.
11. MITRANOVICI MI, et al. Diagnosis and Management of Dysgerminomas with a Brief Summary of Primitive Germ Cell Tumors. Diagnostics, 2022; 12(12): 3105.
12. MORICE P, et al. Fertility-sparing treatment and follow-up in patients with cervical cancer, ovarian cancer, and borderline ovarian tumours: guidelines from ESGO, ESHRE, and ESGE. Lancet Oncol, 2024; 25(11): 602-610.
13. MOURA AA, et al. Disgerminoma ovariano na gestação: relato de caso. Femina. 2022; 50(5): 316-20.
14. NCCN. NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK. Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®): Ovarian Cancer. Version 3.2025. Fort Washington: NCCN, 2025. Disponível em: www.nccn.org. Acessado em: 02 de dezembro de 2025.
15. PILARSKA I, et al. What is new about germ cell ovarian tumors? Oncol Clin Pract, 2022; 18(2): 115–118.
16. RENZ M, et al. FIGO (International Federation of Gynecology and Obstetrics). Cancer of the ovary, fallopian tube, and peritoneum: 2025 update. Int J Gynaecol Obstet, 2025; 171(1): 6-35.
17. SALHI H, et al. Pure dysgerminoma of the ovary: a study of 31 cases. Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol, 2021; 10(8): 3197-3203.
18. VARLAS VN, et al. Fertility-sparing surgery: a hopeful strategy for young women with cancer. J Med Life, 2023; 16(7): 974-980.
19. XIE W, et al. Global, regional, and national burden of ovarian cancer, 1990-2021, and projections to 2050: a cross-sectional analysis of the global burden of disease study 2021. Int J Surg, 2025.
20. YANG J, et al. Updates in the Management of Malignant Ovarian Germ Cell Tumors. O&G Open, 2025; 2(4): 95.