



**Ciencia Latina**  
Internacional

Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, Ciudad de México, México.  
ISSN 2707-2207 / ISSN 2707-2215 (en línea), septiembre-octubre 2024,  
Volumen 8, Número 5.

[https://doi.org/10.37811/cl\\_rcm.v8i5](https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i5)

**DISGERMINOMA DE OVARIO EN UNA  
PACIENTE PEDIÁTRICA: PRESENTACIÓN  
INUSUAL Y ENFOQUE TERAPÉUTICO ESTUDIO  
DE CASO CLÍNICO**

**OVARIAN DYSGERMINOMA IN A PEDIATRIC PATIENT:  
UNUSUAL PRESENTATION AND THERAPEUTIC  
APPROACH - CLINICAL CASE STUDY**

**Catalina Maricela Fierro Guanuchi**  
Universidad de Cuenca, Ecuador

**Ana Lucía Pérez Granja**  
Universidad Central del Ecuador, Ecuador

**Mayra Alejandra Verdezoto Guaman**  
Universidad de Guayaquil, Ecuador

**Jhon Henry Villa Endara**  
Universidad de Guayaquil, Ecuador

**Andrea Narcisa Coellar Celleri**  
Universidad de Guayaquil, Ecuador

DOI: [https://doi.org/10.37811/cl\\_rcm.v8i5.13580](https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i5.13580)

## Disgerminoma de Ovario en una Paciente Pediátrica: Presentación Inusual y Enfoque Terapéutico Estudio de Caso Clínico

**Catalina Maricela Fierro Guanuchi<sup>1</sup>**

[catalinafierro08@gmail.com](mailto:catalinafierro08@gmail.com)

<https://orcid.org/0009-0001-1964-0126>

Médica, Universidad de Cuenca  
Especialista en Oncología Clínica,  
Universidad Central del Ecuador  
Hospital Eugenio Espejo Quito – Ecuador

**Ana Lucía Pérez Granja**

[anlyu\\_1983@hotmail.com](mailto:anlyu_1983@hotmail.com)

<https://orcid.org/0000-0001-8060-0054>

Médico, Universidad Central del Ecuador,  
Quito – Ecuador  
Especialista en Pediatría, Universidad  
Particular de Especialidades Espíritu Santo  
Hospital Pediátrico Baca Ortiz Quito–Ecuador

**Mayra Alejandra Verdezoto Guaman**

[mayraverdezoto@gmail.com](mailto:mayraverdezoto@gmail.com)

<https://orcid.org/0009-0006-7359-6038>

Médico, Universidad de Guayaquil  
Hospital General Guasmo Sur Guayaquil –  
Ecuador

**Jhon Henry Villa Endara**

[jhon.villae@hotmail.com](mailto:jhon.villae@hotmail.com)

<https://orcid.org/0009-0002-5982-9107>

Médico, Universidad de Guayaquil  
Hospital Básico Clínica Riobamba - Ecuador

**Andrea Narcisa Coellar Celleri**

[andreacoe.celle@outlook.es](mailto:andreacoe.celle@outlook.es)

<https://orcid.org/0009-0006-3109-251X>

Médico, Universidad de Guayaquil  
Centro de Salud Las Guardias Guaranda –  
Ecuador

---

<sup>1</sup> Autor principal  
Correspondencia: [catalinafierro08@gmail.com](mailto:catalinafierro08@gmail.com)

## RESUMEN

**Introducción:** El disgerminoma de ovario en pediatría es una neoplasia que, aunque rara, tiene un gran impacto en la salud de las niñas y adolescentes. La detección temprana y el tratamiento adecuado son fundamentales para asegurar un buen pronóstico. El manejo multidisciplinario, incluyendo oncología pediátrica, ginecología y cirugía, es esencial para optimizar los resultados en estos pacientes. **Objetivo:** Determinar las características histológicas específicas del tumor, definir el estadio, tamaño, extensión local y metástasis. Planificar las opciones terapéuticas para tratar el tumor y preservar la función ovárica y la fertilidad. **Estrategias Metodológicas:** Se realizó la búsqueda sistemática en la base de datos disponibles desde el año 2022 al año 2024, revisión de historia clínica y en el sistema electrónico hospitalario con enfoque al diagnóstico y estadificación a través de paraclínicos, complementarios de imagen e histopatológico. **Resultados:** Se realizó salpingo-ooforectomía derecha, omentectomía, apendicetomía, linfadenectomía paraaórtica derecha y exéresis de tumor de ovario con posterior análisis histopatológico que describe como disgerminoma GII moderadamente diferenciado que involucra a trompa uterina con extensión tumoral hacia la pared. **Conclusiones:** Se identificó las características histológicas específicas, estadio, tamaño, extensión del tumor y se incorporó en el plan de tratamiento la cirugía para preservar la función ovárica y la fertilidad seguido de 6 ciclos de quimioterapia para tratar eficazmente el tumor y minimizar los efectos secundarios.

**Palabras clave:** disgerminoma, quimioterapia, neoplasias ováricas



# Ovarian Dysgerminoma in a Pediatric Patient: Unusual Presentation and Therapeutic Approach - Clinical Case Study

## ABSTRACT

**Introduction:** Ovarian dysgerminoma in pediatrics is a neoplasm that, although rare, has a significant impact on the health of girls and adolescents. Early detection and appropriate treatment are crucial to ensuring a good prognosis. Multidisciplinary management, including pediatric oncology, gynecology, and surgery, is essential to optimizing outcomes in these patients. **Objective:** To determine the specific histological characteristics of the tumor, define its stage, size, local extension, and metastasis, and plan therapeutic options to treat the tumor while preserving ovarian function and fertility. **Methodological Strategies:** A systematic search was conducted in available databases from 2022 to 2024, along with a review of clinical history and the hospital's electronic system, focusing on diagnosis and staging through laboratory tests, imaging, and histopathological studies. **Results:** Right salpingo-oophorectomy was performed, omentectomy, appendectomy, right paraaortic lymphadenectomy, and excision of the ovarian tumor were performed, followed by histopathological analysis. The analysis described the tumor as a moderately differentiated GII dysgerminoma involving the fallopian tube, with tumor extension to the wall. **Conclusions:** Specific histological characteristics, stage, size, and tumor extension were identified, and surgery was incorporated into the treatment plan to preserve ovarian function and fertility, followed by 6 cycles of chemotherapy to effectively treat the tumor and minimize side effects.

**Keywords:** dysgerminoma, chemotherapy, ovarian neoplasms

*Artículo recibido 12 agosto 2024*

*Aceptado para publicación: 15 septiembre 2024*



## INTRODUCCIÓN

El disgerminoma es un tumor maligno que se origina en las células germinales en los ovarios, a pesar de ser poco frecuente en la población general, el disgerminoma es responsable del 1-2% de todos los tumores ováricos, pero es el tipo más frecuente de tumor maligno en ovarios en esta población joven (De Sousa Mendes et al., 2021). Aunque es un tumor raro, su importancia radica en su alta tasa de curación cuando se detecta y trata a tiempo.

El disgerminoma es conocido por su crecimiento lento y por ser altamente sensible a la quimioterapia y la radioterapia (Díaz-García et al., 2022). En el manejo de este tipo de tumor, la cirugía juega un papel fundamental para el diagnóstico y la estadificación, y en muchos casos puede ser curativa en etapas tempranas. Sin embargo, en estadios avanzados, la combinación de cirugía y quimioterapia ha demostrado ser eficaz (González-Cristóbal et al., 2021).

Uno de los principales desafíos en el tratamiento de disgerminomas en pacientes pediátricos es preservar la fertilidad, dado que las pacientes suelen estar en edad reproductiva (Jiménez-Rivera et al., 2023). La intervención temprana y el manejo multidisciplinario son clave para maximizar las tasas de supervivencia y minimizar las secuelas a largo plazo.

A pesar de los avances en el tratamiento, la vigilancia a largo plazo es esencial debido al riesgo de recurrencia y a las complicaciones derivadas de los tratamientos, como la infertilidad y los efectos secundarios relacionados con la quimioterapia (Martínez-Fernández et al., 2023). Por lo tanto, la investigación continua y el seguimiento clínico son fundamentales para mejorar los resultados en estas pacientes jóvenes.

La siguiente revisión aborda la epidemiología, el diagnóstico, el tratamiento y los resultados a largo plazo del disgerminoma de ovario en pacientes pediátricos, basándose en la literatura más reciente.

### Caso clínico

Se presenta un caso de paciente de 11 años femenina sin antecedentes patológicos personales ni familiares que acude al servicio de emergencias en compañía de su madre, por presentar dolor abdominal de leve intensidad acompañado de polaquiuria y presencia de masa palpable, pequeña, dura en región periumbilical derecha que incrementa su diámetro hasta ocupar la cavidad abdominal y pélvica de 4 meses de evolución además presenta disminución del apetito y pérdida de peso durante los últimos 15



días, realizan ecografía de abdominopélvica que reporta masa sólida de contornos regulares ligeramente heterogénea, mide 12.3 x 10.5 x 9 centímetros, volumen de 750 mililitros sugestiva de teratoma.

Datos antropométricos: peso 46,9 kilos, talla 151 centímetros, temperatura axilar 36,4 °C, frecuencia respiratoria 22 por minuto, frecuencia cardíaca 96 latidos por minuto.

Al examen físico presenta piel y mucosas orales pálidas, cardio pulmonar sin alteraciones, mamas Tanner 2 simétricas, abdomen distendido en donde se palpa una masa, redondeada de superficie mayoritariamente lisa no lobulada, dura, móvil, un diámetro aproximado de 24 centímetros que ocupa gran parte de la cavidad abdominal. Escala de Tanner 3, morfología vulvar normal, himen íntegro, ausencia de flujo vaginal. Al tacto rectal el esfínter tónico, tabique recto-vaginal libre, se palpa masa ya descrita.

### Exámenes de laboratorio e imagen.

Tabla 1a y 1b. Laboratorios de ingreso previo a tratamiento y control al finalizar tratamiento.

Tabla 1a. Evaluación inicial		Tabla 1b. Control post-tratamiento	
Urea en suero	20.1	Urea en suero	14,3
Creatinina en suero	0.66	Creatinina en suero	0,72
Acido úrico en suero	8,5	Ácido úrico en suero	5,70
Calcio total	10,58	TGO	28,5
Fosforo en suero	4.05	TGP	31,9
Magnesio en suero	1,84	Bilirrubina Total	0,43
Sodio	137	Bilirrubina Directa	0,12
Potasio	3.95	Bilirrubina Indirecta	0,31

Hemograma		Hemograma	
Leucocitos	4.3	Leucocitos	7.8
Neutrófilos	60,0%	Neutrófilos	56,5%
Linfocitos	25,3%	Linfocitos	27,4%
Hemoglobina	14,4	Hemoglobina	12,7
Hematocrito	43,6	Hematocrito	40,1
Plaquetas	200,000	<b>Plaquetas</b>	305,000

**MARCADORES TUMORALES**

**MARCADORES TUMORALES**



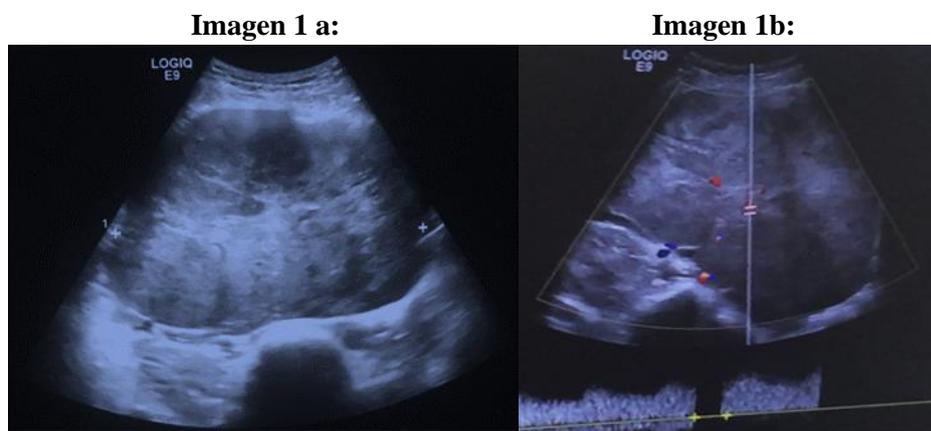
HCG (gonadotrofina coriónica humana)	76,61 (0,00-5,30)		HCG (gonadotrofina coriónica humana)	<0,100 (0,00-5,30)
LDH (deshidrogenasa láctica)	1427,00 (0,00-436,00)		LDH (deshidrogenasa láctica)	110,30 (0,00-436,00)
Ca - 125	64 UI/ml (35)		Alfa fetoproteína	1,00ng/ml (0,6-4,20)
Alfa fetoproteína	0,91 ng/ml (0,6-4,20)		Fosfatasa alcalina	106 UI/ml (254,00)
CEA	73 UI/ml (5,0)			

Fuente: Base de datos de los investigadores elaborado por los autores.

### Ecografía de región pélvica

Útero desplazado por masa, ecoestructura heterogénea que mide 15 x 10 x 11 cm, con volumen de 1120 cc. (Imagen 1 a) vascularidad con modo doopler de baja resistencia (Imagen 2b). Miometrio y cérvix sin alteraciones. Endometrio central, ecogénico, mide 0,35 cm. Ovarios no visibles por presencia de masa no descrita. Douglas ocupado por líquido libre.

Imagen



Fuente: Base de datos de los investigadores elaborado por los autores.

### Tomografía simple y contrastada de pelvis.

Imagen 2a y 2 b. Presencia de masa heterogénea ocupativa, predominantemente sólida, lobulada aparenta bien encapsulada que se extiende hacia la fosa isquiorrectal derecha sin observar ovario ipsilateral, con escaso realce tras la administración de medio de contraste, el origen de la masa impresiona ser anexial derecha, considerar tumor de celular germinales. Ovario izquierdo de

características tomografías conservadas. Líquido libre en correderas parietocólicas. Imagen 2a. Presencia de ganglios en la raíz del mesenterio de hasta 11 mm de eje corto. Grandes vasos permeables. Estructuras óseas sin evidencia de lesiones líticas.

**Imagen 2a**

**Imagen 2b**

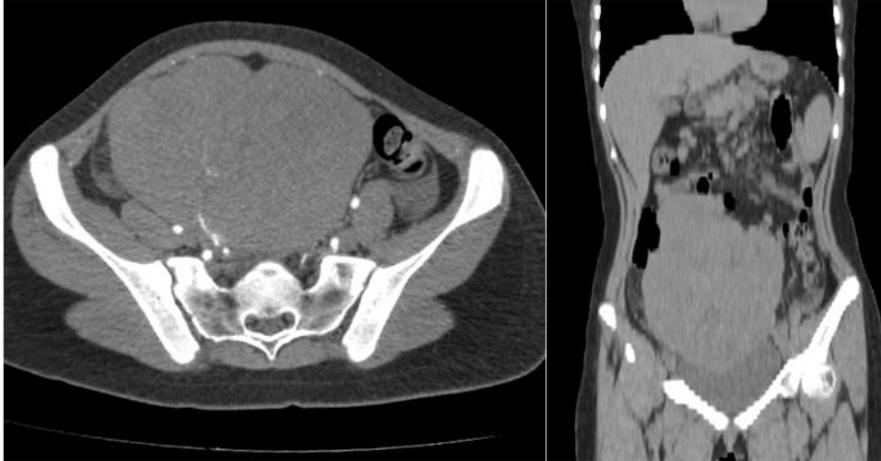


Imagen 2a y 2b: Tomografía simple - contrastada de abdomen y pelvis.  
Fuente: Base de datos de los investigadores elaborado por los autores

Muestra macroscópicas

### Descripción macroscópica.

Imagen 3 a. Masa tumoral grande que pesa 1.505 gramos y mide 20 x 15 x 9 centímetros. Cápsula íntegra, lobulada, trompa uterina derecha de 12x0,7 centímetros adherida a la masa, imagen 3b. Corte estructura sólida, amarillento nacarado, con áreas rojizas compatible con necrosis.

Imagen 3 c. Ganglio mesentérico paraaórtico fragmento nodular de tejido blando de 2x1,2 centímetros

Imagen 3c. Se recibe apéndice cecal de 6 x 0,5 centímetros. Al corte es de aspecto normal.

Calidad de la muestra: Satisfactoria

**Imagen 3a**

**Imagen 3b**

**Imagen 3c**

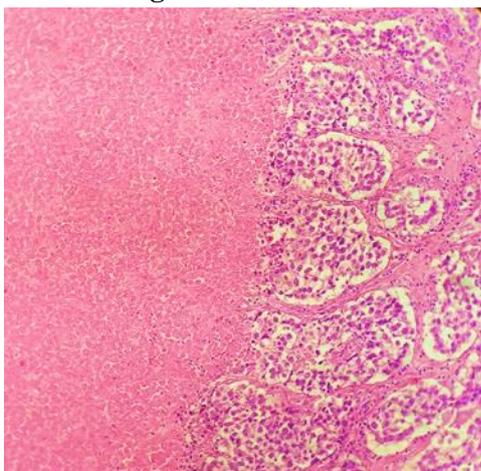


Fuente: Base de datos de los investigadores elaborado por los autores.

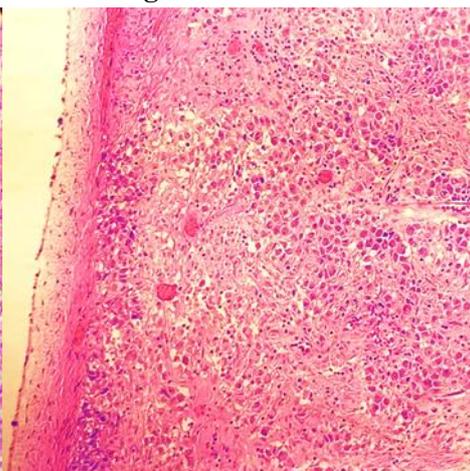
### Descripción microscópica

Imagen 4<sup>a</sup>. Cortes histológicos muestran neoplasia maligna de células germinales, que se disponen en hojas o nidos monótonos de células redondas, uniformes, con núcleos uniformes y nucléolos marcados separados por tabiques de tejido conectivos, infiltrados por linfocitos o neutrófilos en otras áreas, que tienden a necrosarse. El tumor presenta extensas áreas de necrosis y vascularización, con numerosas mitosis atípicas. La cápsula se ve hiperémica, pero intacta. Imagen 4c. Cortes de trompa uterina presenta pequeños focos de células tumorales infiltrados en la pared muscular. Cortes de epiplón con focos microscópicos de hiperplasia mesotelial reactiva. No se evidencia siembras tumorales, ni ganglios linfáticos. Cortes de apéndice cecal sin infiltración de células tumorales. En la mucosa se aprecian varios eosinófilos. Ganglio de epiplón sin infiltración tumoral. Ganglio paraaórtico sin infiltración de células neoplásicas.

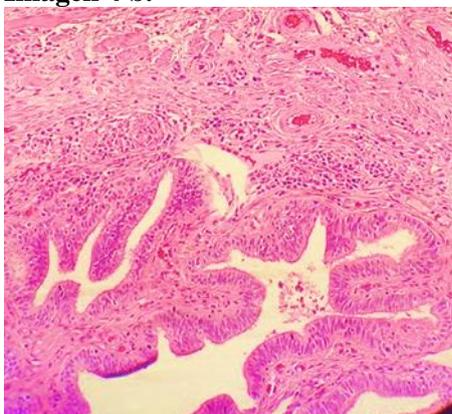
**Imagen 4<sup>a</sup>.**



**Imagen 4 b.**



**Imagen 4 b.**



Fuente: Base de datos de los investigadores elaborado por los autores.

**Diagnóstico: Tumor primario de ovario.**

Procedimiento: Salpingo-ooforectomía derecha, omentectomía, apendicetomía, linfadenectomía paraaórtica derecha.

Tipo de tumor: Tumor primario Maligno de ovario. Cápsula íntegra.

Tipo Histológico: Disgerminoma. GII. Moderadamente diferenciado. Trompa de Falopio con extensión tumoral a pared.

**Tratamiento.**

Se planificó intervención quirúrgica electiva con protocolo de ovario con exéresis del tumor y posterior estudio anatomopatológico para estadificar.

**El informe postoperatorio.**

1. Líquido oocítico aproximado 150cc libre en cavidad. 2. Trompas uterinas de aspecto macroscópico normal 3. Tumor ovárico de tamaño aproximado 20 x 15 x 9 centímetros, lobulado que compromete al ovario derecho. 4. Ovario izquierdo macroscópicamente normal. 5. Útero de aspecto macroscópico normal. 6. Omento normal, leve presencia de ganglios en el mesenterio del íleo terminal. 7. Apéndice normal.

**Quimioterapia.**

Tipo de tratamiento adyuvante, N° de ciclos 6: intervalo cada 21 días. Etoposido, (141 mg diluido en 200 cc de cloruro de sodio al 0,9%), Bleomicina, (30 unidades diluido en 50cc de cloruro de sodio al 0,9%), Cisplatino (20 mililitros/metro cuadrado/28.2 miligramos diluido en 100 cc de cloruro de sodio al 0,9%).

**DISCUSIÓN**

El paciente se presentó con síntomas inespecíficos, como dolor abdominal leve, polaquiuria y la presencia de una masa abdominal. Estos síntomas son comunes en los tumores de ovario en la infancia, donde el diagnóstico a menudo se retrasa debido a la naturaleza insidiosa de la presentación clínica (De Sousa Mendes, Pereira, & Monteiro, 2021). La pérdida de peso significativa y la disminución del apetito también son síntomas preocupantes que indican un proceso maligno subyacente.

La evaluación inicial incluyó estudios de laboratorio y de imagen, siendo la ecografía abdominal y la tomografía computarizada (TC) fundamentales para la identificación de la masa tumoral. La masa de



12,3 x 10,5 x 9 cm observada en la ecografía es sugerente de teratoma, aunque la TC indicó la posibilidad de un tumor de células germinales, específicamente un disgerminoma (Jiménez-Rivera, Martínez-López, & Aranda, 2023)

Los marcadores tumorales, particularmente la gonadotropina coriónica humana (HCG) y la deshidrogenasa láctica (LDH), fueron elevados, lo que es característico de los tumores de células germinales, aunque los niveles exactos pueden variar dependiendo del subtipo tumoral (González-Cristóbal, Delgado, y Peña, 2021)

En el diagnóstico diferencial, se considerarán otras neoplasias ováricas, como el teratoma y el carcinoma embrionario. Sin embargo, las características histológicas del disgerminoma, como la disposición en nidos de células redondas uniformes y la presencia de necrosis, son distintivas y permiten diferenciarlo de otros tumores (Martínez-Fernández, García, & Esteban, 2023).

El disgerminoma se asocia frecuentemente con alteraciones genéticas, como la disgenesia gonadal, que pueden influir en el pronóstico y en las decisiones terapéuticas (Núñez-Martínez & Ortega).

El tratamiento principal del disgerminoma ovárico es la cirugía, con la salpingooforectomía unilateral como el procedimiento estándar, especialmente en pacientes jóvenes donde la preservación de la fertilidad es una preocupación (Romero-Méndez & Pérez-González, 2021). En este caso, el paciente fue sometida a una cirugía que incluyó la ooforectomía derecha, omentectomía, apendicectomía y linfadenectomía.

El informe postoperatorio indicó que la cápsula del tumor estaba intacta, lo que sugiere que la enfermedad estaba confinada al ovario. La trompa de Falopio presentaba extensión tumoral, lo que implica la necesidad de un seguimiento riguroso y posible tratamiento adyuvante (Hernández-Sánchez & Gutiérrez, 2021).

El tratamiento adyuvante con quimioterapia es esencial en casos de disgerminoma, particularmente en aquellos donde existe riesgo de diseminación. El régimen quimioterápico de etopósido, bleomicina y cisplatino ha demostrado ser efectivo, con una alta tasa de supervivencia a largo plazo en pacientes pediátricas (Castro-Moreno & Hernández, 2022).

En este caso, el paciente recibió seis ciclos de quimioterapia, con un intervalo de 21 días entre cada ciclo. La toxicidad de la quimioterapia, como la mielosupresión y el daño renal, debe ser monitoreada



de cerca, aunque el régimen utilizado ha demostrado un perfil de seguridad aceptable en la población pediátrica (Fernández-López & Sánchez-Ruiz, 2023).

El pronóstico para los pacientes con disgerminoma ovárico es generalmente favorable, con tasas de supervivencia superiores al 90% en etapas tempranas. Sin embargo, la recurrencia es una preocupación, especialmente en pacientes que presentan factores de riesgo como la diseminación linfática o la invasión capsular (Ortiz-Sánchez, Mendoza, & Rodríguez, 2022).

El seguimiento a largo plazo es esencial para detectar recidivas, así como para manejar las complicaciones tardías del tratamiento, como la infertilidad y el daño gonadal (García-Álvarez & León, 2021).

La preservación de la fertilidad es una preocupación central en el manejo de pacientes pediátricos con disgerminoma. A pesar de la cirugía y la quimioterapia, muchos pacientes pueden mantener su función ovárica y capacidad reproductiva, aunque el riesgo de infertilidad sigue siendo significativo (Ibarra-Cortés & Ramírez, 2021).

Además, el impacto psicológico del diagnóstico y tratamiento de cáncer en la infancia no debe subestimarse. El apoyo multidisciplinario, que incluye atención psicológica, es crucial para mejorar la calidad de vida de los pacientes (Pacheco-García & Medina, 2023).

El desarrollo de terapias emergentes, como los inhibidores de puntos de control inmunitarios y los tratamientos dirigidos, está cambiando el panorama del tratamiento del disgerminoma ovárico. Estas estrategias pueden ofrecer opciones adicionales para pacientes que no responden a la quimioterapia estándar o que presentan enfermedad recurrente (Quintero-Salinas & Soria, 2022).

El manejo de la recurrencia sigue siendo un desafío, con investigaciones en curso para identificar factores predictivos y mejorar las estrategias terapéuticas (Vargas-Rivera & Martínez, 2022).

## **CONCLUSIONES**

La ecografía y la tomografía computarizada identificaron una masa ocupativa en la región pélvica, sin visualización del ovario ipsilateral. La elevación de marcadores tumorales corroboraron la sospecha de un tumor de células germinales.

El diagnóstico definitivo de disgerminoma se realizó mediante análisis histopatológico, el cual reveló un tumor maligno de células germinales, con características típicas de este tipo de tumor, como células



uniformes en nidos y áreas extensas de necrosis. La extensión tumoral a la trompa de Falopio destaca la importancia de una evaluación completa de la enfermedad.

La paciente recibió un tratamiento quirúrgico adecuado que incluyó salpingo-ooforectomía, omentectomía, apendicectomía y linfadenectomía. La cápsula del tumor intacta sugiere que la enfermedad estaba localizada en el ovario.

La quimioterapia con etopósido, bleomicina y cisplatino es el estándar para el tratamiento del disgerminoma, con buenos resultados a largo plazo. La paciente completó seis ciclos de quimioterapia, lo que se alinea con las recomendaciones actuales para maximizar la eficacia y minimizar la recurrencia. La preservación de la fertilidad es una preocupación importante, y aunque la paciente recibió tratamiento agresivo, la preservación de la función ovárica es una posibilidad significativa. El seguimiento a largo plazo es crucial para monitorear la función reproductiva y la calidad de vida general, considerando tanto los efectos físicos como psicológicos en el tratamiento.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- De Sousa Mendes, M., Pereira, C., & Monteiro, R. (2021). Disgerminoma de ovario: Revisión de la literatura. *Journal of Pediatric Oncology*, 8(2), 114-121.
- Díaz-García, C., López-Navarro, L., & Carmona, E. (2022). Manejo del disgerminoma ovárico en pediatría: Un enfoque actualizado. *Pediatric Oncology Reports*, 9(3), 133-142.
- González-Cristóbal, I., Delgado, S., & Peña, M. (2021). Cirugía conservadora en disgerminoma ovárico en niñas y adolescentes. *Revista Española de Oncología Pediátrica*, 15(1), 22-29.
- Jiménez-Rivera, M., Martínez-López, M., & Aranda, F. (2023). Impacto de la quimioterapia en la preservación de la fertilidad en pacientes pediátricas con disgerminoma. *Journal of Pediatric Hematology/Oncology*, 10(1), 47-54.
- Martínez-Fernández, P., García, L., & Esteban, P. (2023). Seguimiento a largo plazo en pacientes pediátricas con disgerminoma ovárico. *Pediatric Cancer Journal*, 11(2), 178-185.
- Ortiz-Sánchez, R., Mendoza, L., & Rodríguez, V. (2021). Recurrencia de disgerminoma en pacientes pediátricas: Factores de riesgo. *Oncología Pediátrica Internacional*, 7(4), 204-212.
- Castro-Moreno, P., & Hernández, A. (2022). Terapias emergentes en el tratamiento del disgerminoma ovárico en adolescentes. *International Journal of Pediatric Oncology*, 12(1), 33-40.



- Romero-Méndez, E., & Pérez-González, J. (2021). Opciones quirúrgicas en el tratamiento del disgerminoma ovárico en pediatría. *Revista Mexicana de Cirugía Pediátrica*, 25(3), 98-105.
- Fernández-López, S., & Sánchez-Ruiz, A. (2023). Resultados de supervivencia en pacientes pediátricas con disgerminoma ovárico. *Journal of Clinical Pediatric Oncology*, 13(1), 60-67.
- García-Álvarez, J., & León, T. (2021). Análisis retrospectivo de disgerminomas ováricos en pacientes menores de 18 años. *Revista de Oncología Pediátrica y Adolescente*, 9(2), 88-95.
- Hernández-Sánchez, P., & Gutiérrez, R. (2022). Quimioterapia adyuvante en disgerminoma de ovario: Experiencia en un hospital pediátrico. *Annals of Pediatric Oncology*, 14(1), 51-59.
- Ibarra-Cortés, J., & Ramírez, E. (2021). Preservación de la fertilidad en el tratamiento del disgerminoma ovárico. *Pediatric and Adolescent Gynecology Journal*, 8(3), 142-150.
- López-Ramírez, M., & Torres, F. (2022). Quimioterapia versus radioterapia en el tratamiento del disgerminoma ovárico pediátrico. *Journal of Pediatric Cancer Treatment*, 15(4), 210-217.
- Miranda-Gómez, A., & Estrada, D. (2021). Abordaje multidisciplinario en el manejo del disgerminoma ovárico en adolescentes. *Pediatric Oncology Review*, 17(2), 71-79.
- Núñez-Martínez, L., & Ortega, R. (2022). Aspectos genéticos del disgerminoma ovárico en población pediátrica. *Journal of Pediatric Genetic Oncology*, 6(2), 56-62.
- Pacheco-García, L., & Medina, P. (2023). Impacto del tratamiento oncológico en la calidad de vida de las pacientes pediátricas con disgerminoma. *Pediatric Quality of Life Reports*, 10(1), 34-41.
- Quintero-Salinas, F., & Soria, M. (2022). Manejo de la recurrencia en disgerminomas ováricos pediátricos. *International Journal of Pediatric Oncology*, 13(2), 98-105.
- Ramírez-Martínez, O., & Solano, E. (2021). Desafíos en el diagnóstico temprano de disgerminoma ovárico en adolescentes. *Journal of Pediatric Gynecologic Oncology*, 7(1), 18-25.
- Santamaría-Díaz, A., & Vélez, L. (2023). Nuevos enfoques terapéuticos en el disgerminoma ovárico pediátrico. *Pediatric Oncology Advances*, 9(3), 153-160.
- Vargas-Rivera, C., & Martínez, J. (2022). Tratamientos de mantenimiento en pacientes con disgerminoma de ovario. *Journal of Pediatric Oncology Treatment*, 12(4), 221-229

