

11217
45
20



Universidad Nacional Autónoma de México

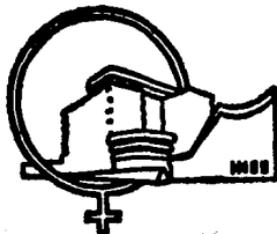
Facultad de Medicina
División de Estudios de Postgrado
Hospital de Ginecología y Obstetricia
"Luis Castelazo Ayala"
Instituto Mexicano del Seguro Social

SEGUNDA LAPAROTOMIA EN
EL CANCER DE OVARIO

TESIS DE POSTGRADO
Que para obtener el Título de Especialista en:
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
p r e s e n t a

ELISEO LOPEZ FLORES

Asesor: Luis Méndez Marán



México, D. F.

**TESIS CON
VALOR DE O.R.C.B.** 1987



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.

I N D I C E

PAG.

1.-	CLASIFICACION HISTOLOGICA DE LOS TUMORES OVARICOS DE LA ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD (WHO)	1
2.-	SISTEMA FIGO DE CLASIFICACION POR ETAPAS DE LOS - CANCERES OVARICOS (1975)	6
3.-	EMBRIOLOGIA DEL OVARIO	7
4.-	ANATOMIA DEL OVARIO	10
5.-	FUNCION DEL OVARIO	13
6.-	ETIOLOGIA	14
7.-	FACTORES PREDISPONENTES	14
8.-	FRECUENCIA	15
9.-	CUADRO CLINICO	17
10.-	SINTOMAS	18
11.-	DIAGNOSTICO	18
12.-	TECNICA QUIRURGICA A EFECTUAR EN LA PRIMERA CIRUGIA.	26
13.-	TRATAMIENTO	26
14.-	PREVENCION	28
15.-	SEGUNDA LAPAROTOMIA-HISTORIA	29
16.-	DEFINICION	30
17.-	TECNICA OPERATORIA DE LA SEGUNDA LAPAROTOMIA	32
18.-	ALTERNATIVAS A LA SEGUNDA LAPAROTOMIA	36
19.-	EVOLUCION DEL TRATAMIENTO CON LA QUIMIOTERAPIA	40
20.-	CISTOSTATICOS	41
21.-	CRITERIOS PARA QUE LA PACIENTE RECIBA QUIMIOTERA- PIA.	44
22.-	RESULTADOS	45
23.-	CONCLUSIONES	54
24.-	BIBLIOGRAFIA	56

I N T R O D U C C I O N .

SIENDO EL CÁNCER DE OVARIO UNA DE LAS PATOLOGÍAS QUE MÁS MUERTE CAUSA ENTRE LAS MUJERES Y SIENDO- ESTA PATOLOGÍA MANEJADA EN NUESTRO HOSPITAL Y NO TENIENDO ESTADÍSTICA ACERCA DE NUESTRO ÉXITO O - FRACASOS EN SU MANEJO, OPTAMOS POR REALIZAR ESTE ESTUDIO RETROSPECTIVO DE SEGUNDA LAPAROTOMÍA EN - EL CÁNCER DE OVARIO PARA ASÍ RETROALIMENTARNOS.

A LA VEZ ESTUDIAMOS EN NUESTRA POBLACIÓN ALGUNOS FACTORES QUE SE ENUMERAN COMO PREDISPONENTES PARA ESTA PATOLOGIA.

TODAS ESTAS PACIENTES FUERON ESTUDIADAS A TRAVÉS DE LOS DATOS REPORTADOS EN LOS EXPEDIENTES.

**CUADRO 1.- CLASIFICACION HISTOLOGICA DE LOS TUMORES OVARICOS
DE LA ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD (WHO).**

1. TUMORES EPITELIALES

A. TUMORES SEROSOS

1. BENIGNOS

- A) CISTADENOMA Y CISTADENOMA PAPILAR**
- B) PAPILOMA SUPERFICIAL**
- C) ADENOFIBROMA Y CISTADENOFIBROMA**

2. DE MALIGNIDAD MARGINAL

- A) CISTADENOMA Y CISTADENOMA PAPILAR**
- B) PAPILOMA INTERSTICIAL**
- C) ADENOFIBROMA Y CISTADENOFIBROMA**

3. MALIGNOS

- A) ADENOCARCINOMA, ADENOCARCINOMA PAPILAR Y CISTADENOCARCINOMA PAPILAR**
- B) CARCINOMA PAPILAR SUPERFICIAL**
- C) ADENOFIBROMA MALIGNO Y CISTADENOFIBROMA**

B. TUMORES MUCINOSOS

1. BENIGNOS

- A) HISTADENOMA Y CISTADENOMA PAPILAR**
- B) PAPILOMA SUPERFICIAL**
- C) ADENOFIBROMA Y CISTADENOFIBROMA**

2. DE MALIGNIDAD MARGINAL

- A) CISTADENOMA Y CISTADENOMA PAPILAR**
- B) PAPILOMA SUPERFICIAL**
- C) ADENOFIBROMA Y CISTADENOFIBROMA**

3. MALIGNOS

- A) ADENOMA Y CISTADENOMA
- B) ADENOFIBROMA Y CISTADENOFIBROMA
- C. TUMORES ENDOMETRIOIDES
 - 1. BENIGNOS
 - A) ADENOMA Y CISTADENOMA
 - B) ADENOFIBROMA Y CISTADENOFIBROMA
 - 2. DE MALIGNIDAD MARGINAL
 - A) ADENOMA Y CISTADENOMA
 - B) ADENOFIBROMA Y CISTADENOFIBROMA
 - 3. MALIGNOS
 - A) CARCINOMAS
 - I ADENOCARCINOMA
 - II. ADENOACANTOMA
 - III. ADENOFIBROMA MALIGNO Y CISTADENOFIBROMA
 - B) SARCOMA ENDOMETRIOIDE DEL ESTROMA
 - C) TUMORES MESODÉRMICOS MIXTOS
- D. TUMORES DE CÉLULAS CLARAS
 - 1. BENIGNOS
 - A) ADENOFIBROMAS
 - 2. DE MALIGNIDAD MARGINAL
 - 3. MALIGNOS
 - CARCINOMA Y ADENOCARCINOMA
- E. TUMORES DE BRENNER
 - 1. BENIGNOS
 - 2. DE MALIGNIDAD MARGINAL
 - 3. MALIGNOS
- F. TUMORES EPITELIALES MIXTOS
 - 1. BENIGNOS
 - 2. DE MALIGNIDAD MARGINAL
 - 3. MALIGNOS

- G. CARCINOMA INDEFERENCIADO
- H. TUMORES EPITELIALES NO CLASIFICADOS

II. TUMORES ESTROMÁTICOS DE LOS CORDONES SEXUALES

A. TUMORES DE CÉLULAS DE LA GRANULOSA Y ESTOMÁTICAS

- 1. TUMORES DE CÉLULAS DE LA GRANULOSA
- 2. TUMORES DEL GRUPO TECOMA-FIBROMA
 - A) TECOMA
 - B) FIBROMA
 - C) NO CLASIFICADOS

B. ANDROBLASTOMA (TUMORES DE LAS CÉLULAS DE SERTOLI Y LEYDIG)

1. BIEN DIFERENCIADOS

- A) ANDROBLASTOMA TUBULAR Y TUMORES DE CÉLULAS DE SERTOLI (ADENOMA TUBULAR DE PICK)
- B) ANDROBLASTOMA TUBULAR CON DEPÓSITO DE LÍPIDOS - Y TUMOR DE CÉLULAS DE SERTOLI CON DEPÓSITO EN - LÍPIDOS (FOLICULOMA Y PIPÓDICO DE LECENE)
- C) TUMOR DE CÉLULAS DE SERTOLI Y LEYDIG (ADENOMA - TUBULAR CON CÉLULAS DE LEYDIG)
- D) TUMOR DE CÉLULAS DE LEYDIG Y TUMOR DE CÉLULAS HILIARES.

2. DE DIFERENCIA INTERMEDIA

3. MAL DIFERENCIADOS (SARCOMATOIDES)

4. CON ELEMENTOS HETERÓLOGOS

C. GINADROBLASTOMAS

D. NO CLASIFICADOS

III. TUMORES DE CÉLULAS DE LÍPIDOS.

IV. TUMORES DE CÉLULAS GERMINALES

A. DIGERMINOMA

B. TUMOR DEL SENO ENDODÉRMICO

C. CARCINOMA EMBRIONARIO

D. POLIEMBRIOMA

E. CORIOCARCINOMA

F. TERATOMAS

1. INMADURO

2. MADURO

A) SÓLIDO

B) QUÍSTICO

I. QUISTE DERMOIDE (TERATOMA QUÍSTICO MADURO)

II. QUISTE DERMOIDE CON TRANSFORMACIÓN MALIGNA.

3. MONODÉRMICOS Y ALTAMENTE ESPECIALIZADOS

A) ESTRAMA OVÁRICO

B) CARCINOIDES

C) ESTRAMA OVÁRICO Y CARCINOIDES

D) OTRO

G. FORMAS MIXTAS

VI. GONADOBLASTOMA

A. PUROS

B. MIXTOS CON DISGERMINOMA U OTROS TUMORES DE CÉLULAS GERMINALES

VI. TUMORES DE TEJIDOS BLANDOS NO ESPECÍFICOS DEL OVARIO

VII. TUMORES NO CLASIFICADOS

VIII. TUMORES SECUNDARIOS (METASTÁSICOS)

IX. PADECIMIENTOS SEMEJANTES A TUMORES

A. LUTEOMA DEL EMBARAZO

B. HIPERPLASIA DEL ESTROMA OVÁRICO E HIPERTECOSIS

C. EDEMA MASIVO

D. QUISTE FOLICULAR SOLITARIO Y QUISTES DEL CUERPO AMARILLO.

E. QUISTES FOLICULARES MÚLTIPLES (OVARIOS POLIQUÍSTICOS)

F. QUISTES FOLICULARES LUTEINIZADOS MÚLTIPLES, DEL CUERPO AMARILLO O DE AMBOS

G. ENDOMETRIOSIS

- H. QUISTES DE INCLUSIÓN DEL EPITELIO SUPERFICIAL (QUISTES GERMINALES DE INCLUSIÓN)
- I. QUISTES MÚLTIPLES
- J. LESIONES INFLAMATORIAS
- K. QUISTES PARAOVÁRICOS.

SISTEMA FIGO DE CLASIFICACION POR ETAPAS DE LOS CANCERES OVARICOS (1975).

ETAPA I. CRECIMIENTO LIMITADO A LOS OVARIOS

- 1a. CRECIMIENTO LIMITADO A UN OVARIO-AUSENCIA DE ASCITIS**
 - I. CÁPSULA INTACTA Y AUSENCIA DE EXCRECENCIAS SUPERFICIALES.**
 - II. ROTURA DE LA CÁPSULA O PRESENCIA DE EXCRECENCIAS-SUPERFICIALES.**
- 1b. CRECIMIENTO LIMITADO A AMBOS OVARIOS-AUSENCIA DE ASCITIS.**
 - I. CÁPSULA INTACTA Y AUSENCIA DE EXCRECENCIAS SUPERFICIALES**
 - II. ROTURA DE LA CÁPSULA O PRESENCIA DE EXCRECENCIAS-SUP.**
- 1c. CRECIMIENTO LIMITADO A LOS OVARIOS, PERO CON PRESENCIA DE ASCITIS O LAVADOS PERITONEALES CON CITOLOGIA-POSITIVA.**

ETAPA II. CRECIMIENTO LIMITADO A LA PELVIS

- 11a. EXTENSIÓN AL ÚTERO O TROMPAS DE FALOPIO**
- 11b. EXTENSIÓN A OTROS TEJIDOS PÉLVICOS**
- 11c. LIMITADO A LA PELVIS CON ASCITIS O LAVADOS PERITONEALES CON CITOLOGÍA POSITIVA.**

ETAPA III. CRECIMIENTO LIMITADO AL ABDOMEN

INCLUYENDO METÁSTASIS GANGLIONARES O EPIPLOICAS

ETAPA IV. METÁSTASIS DISTANTES O AFECCIÓN PLEURAL

CUANDO HAY DERRAME PLEURAL, DEBE CONTENERE CÉLULAS MALIGNAS. LAS METÁSTASIS HEPÁTICAS PARENQUIMATOSAS (NO-SUPERFICIALES) SON DE ETAPA IV.

CON EL OBJETO DE PODER APRECIAR COMPLETAMENTE LA PATOGENIA DE UN TUMOR OVÁRICO ES NECESARIO REALIZAR UN BREVE ANÁLISIS DEL DESARROLLO EMBRIOLÓGICO Y DE LA ANATOMÍA DEL OVARIO.

EMBRIOLOGIA

LAS CÉLULAS GERMINALES PRIMITIVAS APARECEN PRIMERO EN EL ENDODERMO DEL SACO VITELINO, CERCA DE SU PORCIÓN POSTERIOR, EN EL EMBRIÓN DE 3 A 4 SEMANAS. ESTAS EMIGRAN EN RESPUESTA A ESTÍMULOS DESCONOCIDOS A TRAVÉS DEL MESENTERIO INTESTINAL HACIA LA CRESTA GENITAL, DONDE LAS GÓNADAS EMPIEZAN SU DESARROLLO.

LAS CÉLULAS GERMINALES SE CONCENTRAN EN LAS GÓNADAS ENTRE LA 6A. Y 10A. SEMANAS DE LA VIDA FETAL, Y EN ESTE LUGAR SE MULTIPLICAN Y DIFERENCIAN PARA FORMAS OOGONIAS EN EL OVARIO. EN EL OVARIO FETAL SE ENCUENTRAN MÁS DE 4 A 6 MILLONES DE CÉLULAS GERMINALES, DE LAS CUALES LA MAYORÍA DEGENERAN.

EL ESTROMA GONADAL ESPECIALIZADA ORIGINA LOS TEJIDOS HORMONALMENTE ACTIVOS. A LAS 6 SEMANAS DE LA VIDA EMBRIONARIA SE ENCUENTRAN EN LA CRESTA GENITAL LAS DESHIDROGENAZAS DE HIDROXIESTEROIDES QUE SON UTILIZADAS EN LA PRODUCCIÓN ESTEROIDEA.

EL ESTROMA GONADAL CONSISTE EN MESÉNQUIMA ESPECÍFICAMENTE SEXUAL - DE LA CRESTA GENITAL Y EN ESTRUCTURAS EPITELIOIDES CONOCIDAS COMO CORDONES SEXUALES. DURANTE LOS DOS PRIMEROS MESES DE VIDA EMBRIONARIA, LAS GÓNADAS MASCULINAS Y FEMENINAS SON MORFOLÓGICAMENTE SIMILARES Y POR ELLO A ESTE ESTADIO INICIAL SE LE CONOCE CON EL NOMBRE

DE ESTADIO INDIFERENCIADO.

SI SE DESARROLLA UN OVARIO FETAL, LOS CORDONES SEXUALES NO SE HACEN APARENTES Y NO SE DISTINGUEN FÁCILMENTE DEL MESÉNQUIMA.

APROXIMADAMENTE A LAS 28 SEMANAS, SE FORMA LA TECA ALREDEDOR DE LOS FOLÍCULOS PRIMORDIALES Y SE EMPIEZAN A DESARROLLAR LOS FÓLÍCULOS SECUNDARIOS (GRAFFIANOS).

EL DESARROLLO OVÁRICO AFECTA PREDOMINANTEMENTE LA REGIÓN CORTICAL DE LA GÓNADA. ASÍ, EL ESTROMA GONADAL ESPECIALIZADA DEL OVARIO SE DIFERENCIA DEL ESTROMA GONADAL ESPECÍFICO DE LA CORTEZA Y DE LA MÉDULA ASÍ COMO DE LAS CÉLULAS DE LA GRANULOSA Y TECA DEL FÓLÍCULO.

EL EPITELIO GERMINAL COMPRENDE LA SUPERFICIE DE LA CRESTA GENITAL Y CONTRIBUYE A LA FORMACIÓN DE LAS GÓNADAS. LAS CÉLULAS GERMINALES NO DERIVAN DEL EPITELIO CELÓMICO Y POR ELLO LA DESIGNACIÓN DE EPITELIO GERMINAL ES IMPROPIO, AUNQUE SU USO SEA POPULAR.

UNA CAPA DE EPITELIO SUPERFICIAL SE DIFERENCIA DEL EPITELIO CELÓMICO Y SE SEPARA DE LA CORTEZA OVÁRICA SUBYACENTE POR LA FORMACIÓN DE UNA FINA TÚNICA ALBUGÍNEA. ESTE MESOTELIO MODIFICADO PERSISTE COMO CAPA SIMPLE DE CÉLULAS CUBOIDEAS O COLUMNARES EN LA SUPERFICIE DEL OVARIO.

EL MESÉNQUIMA INESPECÍFICO Y NO ESPECIALIZADO DE LAS GÓNADAS DA ORIGEN AL TEJIDO CONJUNTIVO DE SOPORTE Y LA VASCULARIZACIÓN OVÁRICA. SE TRATA DE UN TEJIDO CONJUNTIVO FIBROSO, VASOS SANGUÍNEOS

Y LINFÁTICOS Y ELEMENTOS INESPECÍFICOS DEL OVARIO QUE SON COMPONENTES BÁSICOS DE TODOS LOS ÓRGANOS.

GRAN PARTE DE LA MÉDULA OVÁRICA ESTÁ FORMADA POR VASOS SANGUÍNEOS Y TEJIDO DE SOPORTE.

LOS COMPONENTES MORFOLÓGICOS DEL OVARIO SON HISTOLÓGICAMENTE DERIVADOS DE 4 DIFERENTES ELEMENTOS EMBRIOLÓGICOS, PERO INTIMAMENTE RELACIONADOS ENTRE SÍ: EL EPITELIO CELÓMICO, LAS CÉLULAS GERMINALES, PRIMITIVAS, EL ESTROMA GONADAL ESPECIALIZADO Y EL MESÉNQUIMA INESPECÍFICO. ESTOS ELEMENTOS GONADALES EMBRIOLÓGICOS DERIVAN DE LAS SIGUIENTES ESTRUCTURAS:

ELEMENTOS EMBRIOLÓGICOS

EPITELIO CELÓMICO

CÉLULAS GERMINALES PRIMITIVAS

ESTROMA GONADAL ESPECIALIZADA

MESÉNQUIMA INESPECÍFICO

ESTRUCTURA OVÁRICA

EPITELIO SUPERFICIAL.

QUISTE DE INCLUSIÓN

EPITELIAL.

RETE OVARI.

OOGONIA

CÉLULAS DE LA GRANULOSA.

CÉLULAS DE LA TECA

CÉLULAS DEL HILIO

TEJIDO CONJUNTIVO FIBROSO.

VASOS SANGUÍNEOS Y LINFÁTICOS.

TEJIDO LINFORRETICULAR.

ANATOMIA²

SE ANALIZARAN ALGUNAS CARACTERÍSTICAS ANATÓMICAS DEL OVARIO.

FORMA.

EN LA MUJER JOVEN TIENE LA FORMA DE ALMENDRA CON SURCOS MÁS O MENOS PROFUNDOS, EN LA VEJEZ EL OVARIO ES ESCLEROSO Y LEÑOSO, - LAS CICATRICES SE ATROFIAN.

NUMERO

NORMALMENTE SON DOS, PERO PUEDEN HABER OVARIOS SUPERNUMERARIOS, O LA AUSENCIA DE UNO O DE LOS DOS OVARIOS.

VOLUMEN

NORMALMENTE EL OVARIO IZQUIERDO ES MÁS PEQUEÑO QUE EL DERECHO; EL VOLUMEN VARÍA SEGÚN LA EDAD, AUMENTA EN FORMA PROGRESIVA DESDE LA NIÑEZ HASTA LA VIDA ADULTA, PERO, AL LLEGAR A LA VEJEZ DISMINUYE - EN TODOS SUS DIÁMETROS.

EL TAMAÑO PROMEDIO EN CENTÍMETROS EN LA NIÑEZ ES DE 25,2 Y 8,7 X 4,3 MM., EN LA ADULTA ES DE 36,2 X 17,3 X 12,5 MM., Y EN LA VEJEZ ES DE MENOR TAMAÑO.

CIERTAS CONDICIONES FISIOLÓGICAS: LA MENSTRUACIÓN Y EL EMBARAZO, - EJERCEN EN LAS DIMENSIONES DEL OVARIO UNA INFLUENCIA CONSIDERABLE, EN LA MENSTRUACIÓN, EL OVARIO QUE HA DE DAR ORIGEN AL ÓVULO ADQUIERE UN VOLUMEN DOBLE Y HASTA TRIPLE DEL QUE TENÍA ANTES DEL PERÍODO MENSTRUAL. EN EL EMBARAZO (PRIMER TRIMESTRE), EL OVARIO EN EL -

CUAL SE ENCUENTRA EL CUERPO AMARILLO ES MÁS VOLUMINOSO QUE EL DEL LADO OPUESTO (DIFERENCIA DE 4 MM., EN ESPESOR, 7 A 18 MM., DE ANCHO Y DE 10 A 15 MM., EN LONGITUD). DESPUÉS DE ESTOS EVENTOS EL OVARIO RECUPERA SU TAMAÑO NORMAL.

PESO

AL IGUAL QUE EL VOLUMEN, EL PESO AUMENTA SEGÚN LA EDAD DESDE LA NIÑEZ HASTA LA VIDA ADULTA, PERO AL LLEGAR A LA VEJEZ DISMINUYE.

UN PESO PROMEDIO EN LA NIÑA ES DE 2 A 4 GRAMOS, EN LA ADULTA DE 6 A 8 GRAMOS, Y EN LA VEJEZ DE 2 GRAMOS O MENOS.

COLOR

EN LA NIÑA ES BLANCO ROSADO, EN LA MUJER ADULTA DE COLORACIÓN-ROJIZA QUE SE ACENTÚA DURANTE EL PERIODO MENSTRUAL, Y EN LA MENOPAUSIA ES DE TINTE GRISÁCEO O GRIS AMARILLENTO.

CONSISTENCIA

DURO, RENITENTE, DE UNA CONSISTENCIA QUE RECUERDA HASTA CIERTO PUNTO LA DEL TESTÍCULO; PERO, SIN EMBARGO, ALGO MENOR. EN LA MENOPAUSIA SU CONSISTENCIA AUMENTA Y EL ÓRGANO, EN TODA SU EXTENSIÓN, ADQUIERE POCO A POCO AQUELLA DUREZA ESPECIAL QUE CARACTERIZA A LOS CUERPOS FIBROSOS.

MOVILIDAD DEL OVARIO.

A PESAR DE SUS NUMEROSOS MEDIOS DE FIJACIÓN, EL OVARIO ES UN ÓRGANO MUY MÓVIL.

HISTOLOGIA

EL OVARIO ESTÁ FORMADO POR LA CORTEZA Y LA MÉDULA. LA SUPERFICIE DE LA CORTEZA ESTA REVESTIDA POR UNA CAPA ÚNICA DE EPITELIO QUE PROBABLEMENTE EN FORMA EQUIVOCADASE LE HA DENOMINADO - EPITELIO GERMINATIVO.

EN LA MUJER JOVEN ES DE TIPO CÚBICO, A MEDIDA QUE PASAN LOS AÑOS TIENE FORMA MÁS PLANA PERSISTIENDO CUBOIDES EN LA HENDIDURA Y OQUEDADES PROFUNDAS.

EN LA CORTEZA SE LOCALIZAN LOS FOLÍCULOS QUE SE TRANSFORMAN EN CUERPOS LÚTEOS, Y LAS CÉLULAS INSTERTICIALES QUE SON PARTE DEL ESTROMA. EL FOLÍCULO ES LA UNIDAD FUNCIONAL MÁS IMPORTANTE DEL OVARIO. SU ORGANIZACIÓN HISTOLÓGICA CONSISTE EN UN HUEVO U OOCITO, RODEADO DE CÉLULAS DISPUESTAS EN FORMA MÁS O MENOS CONCÉNTRICA Y FORMANDO DOS CAPAS LLAMADAS ZONAS DE LA TECA Y LA GRANULOSA, QUE ESTÁN SEPARADAS ENTRE SI Y POR UNA MEMBRANA BASAL HOMOGÉNEA. DE ELLAS ÚNICAMENTE LA TECA ESTÁ VASCULARIZADA.

EL ESTROMA ES LA SUBSTANCIA CONECTIVA DEL OVARIO FORMADA PRINCIPALMENTE POR CÉLULAS FUSIFORMES Y SUBSTANCIA INTERCELULAR POBRE EN VASOS. LA MÉDULA ES PEQUEÑA COMPARADA CON LA CORTEZA - POR CONTENER MAYOR NÚMERO DE FIBRAS ELÁSTICAS, ALGUNAS CÉLULAS MUSCULARES LISAS Y ADEMÁS AMPLIAS FORMACIONES ESPIRALES DE VASOS SANGUÍNEOS SOBRE TODO VENAS.

LINFATICOS

NACEN DE LAS PAREDES DE LOS FOLÍCULOS, ALREDEDOR DE LOS CUALES FORMAN UNA TUPIDA RED, ÉSTA RED ENVUELVE AL FOLÍCULO EN TODA - SU EXTENSIÓN, EXCEPTO EN SU VÉRTICE, ES DECIR EN EL PUNTO EN - QUE SE PRODUCIRÁ MÁS TARDE LA RUPTURA. LOS LINFÁTICOS SON TAMBIÉN MUY NUMEROSOS EN LAS PAREDES DE LOS CUERPOS AMARILLOS.

LOS TRONCOS QUE SALEN DE LAS REDES DE ORIGEN SE DIRIGEN HACIA - LA PORCIÓN MEDULAR Y DE ALLÍ HACIA EL HILIO, DONDE SE CONDEN - SAN DE ORDINARIO EN 5 A 6 TRONCOS MÁS O MENOS FLEXUOSOS Y DI - VERSAMENTE ENTREMEZCLADOS, FORMANDO EL PLEXO SUBOVÁRICO. DE ES - TE PLEXO PARTEN 5 A 6 COLECTORES, LOS QUE MEZCLÁNDOSE CON EL - CORDON VASCULAR ÚTERO OVÁRICO ASCIENDEN HACIA EL ABDÓMEN Y FI - NALMENTE VAN A PARAR A LOS GANGLIOS EN QUE TERMINAN LOS LINFÁTI - COS ESCALONADOS, POR DELANTE O A LOS LADOS DE LA AORTA (GANGLIOS - PREAÓRTICOS Y YUXTAAÓRTICOS), DESDE LA BIFURCACIÓN DE ESTE VASO - HASTA EL ORIGEN DE LAS ARTERIAS RENALES.

FUNCION

LA RESPONSABILIDADES FISIOLÓGICAS DEL OVARIO SON LA LIBERACIÓN - PERIÓDICA DE GAMETOS (ÓVULOS) Y LA PRODUCCIÓN DE HRMONAS ESTEROI - DEAS (ESTRADIOL Y PROGESTERONA). ÁMBAS ACTIVIDADES ESTÁN INTEGRA - DAS EN UN PROCESO REPETITIVO Y CONTINUO DE MADURACIÓN FOLICULAR, OVULACIÓN, FORMACIÓN Y REGRESIÓN DEL CUERPO LÚTEO.

ETIOLOGIA

HASTA EL MOMENTO ACTUAL SE DESCONOCE LA ETIOLOGÍA DEL CÁNCER DE OVARIO. POR SU DIFERENTE FRECUENCIA EN LOS NÚCLEOS POBLACIONALES ESTUDIADOS, SE HAN INVOCADO FACTORES AMBIENTALES, CULTURALES Y SOCIOECONÓMICOS, SIN QUE HASTA LA FECHA, SE HALLA DILUCIDADO ALGO AL RESPECTO.

FACTORES PREDISPONENTES: (3,4)

- 1.- COLOR DE PIEL
- 2.- FIBRAS DE ASBESTO
- 3.- PARIDAD
- 4.- DIETA
- 5.- ANTICONCEPTIVOS
- 6.- HERENCIA
- 7.- EDAD
- 8.- OTROS

COLOR DE PIEL (3)

SE HA VISTO UNA RELACIÓN DE PRESENTACIÓN MAYOR EN MUJERES NEGRAS QUE EN BLANCAS.

FIBRAS DE ASBESTO. (5)

SE HA OBSERVADO MAYOR FRECUENCIA EN MUJERES QUE UTILIZAN TALCO (CONTAMINADO CON FIBRAS DE ASBESTO) EN LA REGIÓN GENITAL.

PARIDAD (6)

EN LAS MUJERES MULTIPARAS SU FRECUENCIA ES DE 30 A 60% MENOR QUE EN MULTIPARAS Y PRIMIPARAS.

DIETA⁽⁷⁾

AUMENTA DURANTE LA 4A. A 5A, DÉCADA EN MUJERES QUE CONSUMEN UNA DIETA BAJA EN FIBRAS Y VITAMINAS A.

ANTICONCEPTIVOS.⁽⁸⁾

POR SU EFECTO ANOVULATORIO TIENEN UN EFECTO PROTECTOR SUSTANCIAL CUANDO SE UTILIZAN POR MUCHO TIEMPO, EL EFECTO PROTECTOR ES DE DURACIÓN PROLONGADA, NO SE HA VISTO EFECTO CONSISTENTE ALGUNO EN LA FRECUENCIA DEL CÁNCER DE OVARIO EN LAS MUJERES QUE USAN -- TERAPEÚTICO HORMONAL SUSTITUVIA DESPUES DE LA MENOPAUSIA.

HERENCIA⁽⁹⁾

PUEDEN INFLUIR EN UN NÚMERO LIMITADO DE PACIENTES. LOS TUMORES PARECEN SER TÍPICOS EN UCANTO AL TIPO HISTOLÓGICO, PERO PUEDEN OCURRIR A UNA EDAD UN POCO MENOR QUE LA QUE SUCEDE EN LA POBLACIÓN GENERAL.

OTROS⁽³⁾

TENSIÓN PREMENSTRUAL, DISMENORREA, TIPO SANGUÍNEO A, RADIACIÓN PÉLVICA, ESTRATO SOCIO ECONÓMICO ALTO, CÁNCER DE MAMA, PAROTIDITIS,, INGESTIÓN DE GRASA, PROTEÍNAS TOTALES EN LA DIETA, USO DE VITAMINA C, CONSUMO DE TÉ, CAFÉ, CIGARRO.

EDAD.

LA MAYORÍA DE LOS CARCINOMAS SE PRESENTAN ENTRE LOS 40 Y 60 AÑOS, DE EDAD CON PROMEDIO DE 59 AÑOS.

FRECUENCIA⁽¹⁰⁾

EN LA CIUDAD DE MÉXICO ES POCO FRECUENTE, PORQUE COMO CAUSA DE MUERTE SE LE ATRIBUYE UNA TAZA DE 0.51% DEFUNCIONES POR 100 000 HAB. X AÑO, CAUSANDO EL 1.4% DE LAS MUERTES ANUALES POR CÁNCER,

EN EL HOSPITAL DEL IMSS DEL SERVICIO DE ONCOLOGÍA SE ENCONTRÓ UNA FRECUENCIA PROMEDIO DE 2,8% DE TODOS LOS TUMORES MALIGNOS DE AMBOS SEXOS OCUPANDO EL CÁNCER DE OVARIO EL 3ER. LUGAR DE LOS CÁNCERES GINECOLÓGICOS EN UNA PROPORCIÓN DE 7,6%.

EN E.U.N., LA TASA ANUAL DE FRECUENCIA ES DE 14,1 x 100 000 - HAB., OCUPANDO EL TERCER LUGAR DE LOS CÁNCERES GINECOLÓGICOS CON UNA FRECUENCIA DE 25%.

A PESAR DE SER POCO FRECUENTE EL CÁNCER DE OVARIO; PROPORCIONALMENTE CAUSA MÁS MUERTES QUE CUALQUIER OTRO CÁNCER DEL APARATO GENITAL FEMENINO.

(5) THE THIRD NATIONAL CÁNCER SURVEY, HA ESTIMADO QUE 1 DE C/70 R.N. MUJERES (1,4%) DESARROLLARÁN CÁNCER DE OVARIOS.

FRECUENCIA DE ACUERDO A LA CLASIFICACION HISTOGENETICA. ⁽¹¹⁾

TUMORES DE ORIGEN EPITELIAL	75 A 80%
TUMORES DE ORIGEN ESTROMÁTICO	10%
TUMORES DE ORIGEN DE CÉLULAS GERMINALES	5%
OTROS	5 A 10%

J. COLLE CH. CANCER OVARICO: CLASIFICACION HISTOGENETICA GRADACION, HISTOLOGIA, DIAGNOSTICO CLASIFICACION POR ETAPAS Y EPIDEMIOLOGIA. CLINICAS OBSTETRICAS Y GINECOLOGICAS 1985; 4:987.

CUADRO CLINICO.

COMUNMENTE EL CÁNCER DE OVARIO NO TIENE MANIFESTACIONES CLÍNICAS TEMPRANAS, LO CUAL INFLUYE PARA DETERMINAR UN MAL PRONÓSTICO AL SER DIAGNOSTICADO EN ETAPAS AVANZADAS. APROXIMADAMENTE 25% SON ASINTOMÁTICOS Y EL 75% TIENEN SÍNTOMAS DE MENOS DE 6 MESES DE DURACIÓN, POR ESO EL DIAGNÓSTICO SE HACE CUANDO EL CÁNCER ESTÁ AVANZADO.

LOS PRIMEROS SÍNTOMAS SON VAGOS Y BANALES APARENTEMENTE, Y SON DE ORIGEN GASTROINTESTINALES.

SINTOMAS TEMPRANOS⁽³⁾

- PLENITUD ABDOMINAL
- DISPEPSIAS
- INDIGESTIÓN
- FLATULENCIA
- ERUCTOS
- SENSACIÓN DE LLENURA POSTPRANDIAL
- ANOREXIA LIGERA.

SINTOMAS DE ENFERMEDAD AVANZADA ⁽³⁾

- PLENITUD ABDOMINAL
- DOLOR
- TUMOR
- GRAN ATAQUE AL ESTADO GENERAL
- ASCITIS

SINTOMAS PRESENTADOS MAS FRECUENTEMENTE EN EL CANCER DE OVARIO.

- PLENITUD ABDOMINAL	XXXX
- DOLOR ABDOMINAL	XXX
- DISPEPSIA	XX
- FRECUENCIA URINARIA	XX
- PÉRDIDA DE PESO	X

DI SAIA PJ, CREASMAN WT: CLINICAL GYNECOLOGY ONCOLOGY, ST LOUIS CV, MOSBY CO, 1981.

EN RELACIÓN A LOS SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES, QUE COMO SE MENCIONARON, SON LOS PRIMEROS SÍNTOMAS EN EL CÁNCER DE OVARIO, NO SE TIENE UNA EXPLICACIÓN FISIOPATOLÓGICA COMPLETA DE ÉSTOS SÍNTOMAS, ALGUNOS AUTORES PIENSAN QUE PUEDE SER UNA RESPUESTA A LA IRRITACIÓN PERITONEAL CAUSADA POR LOS IMPLANTES TUMORALES EN LA CAVIDAD ABDOMINAL.

OTROS (BARBER) REFIEREN QUE ESTAS PACIENTES TIENEN UNA MENOR REACCIÓN AL CALINA DE SU LÍQUIDO PERITONEAL, LO CUAL PUEDE EXPLICAR PARCIALMENTE LOS SÍNTOMAS TEMPRANOS GASTROINTESTINALES ³.

DIAGNOSTICO.

POR SU LOCALIZACIÓN INTRAABDOMINAL PROFUNDA Y PRESENTACIÓN INDOLORA, LOS CARCINOMAS OVÁRICOS POCAS VECES SE DIAGNOSTICAN EN ETAPAS TEMPRANAS.

LOS SIGUIENTES SIGNOS Y SÍNTOMAS PUEDEN AYUDAR A IDENTIFICAR A LOS PACIENTES DE ALTO RIESGO: EDAD DE 40 AÑOS O MÁS, PERSISTENCIA DE SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES LOS CUALES NO PUEDEN

SER DIAGNOSTICADOS EN CUANTO A SU ORIGEN, UNA LARGA HISTORIA DE DISFUNCIÓN OVÁRICA O MAL FUNCIONAMIENTO. (3)

POR LAS CARACTERÍSTICAS MENCIONADAS PREVIAMENTE CERCA DEL 60 A 70% DE LOS CÁNCERES DE OVARIO SON DIAGNOSTICADOS EN ETAPAS III Y IV.

EL DIAGNÓSTICO PUEDE REALIZARSE MEDIANTE: CLÍNICA, LABORATORIO, GABINETE E HISTOPATOLOGÍA.

LA MEJOR MANERA DE DIAGNOSTICAR LOS TUMORES OVÁRICOS ES LA EXPLORACIÓN GINECOLÓGICA, SIN EMBARGO AÚN EN LAS CONDICIONES MÁS FAVORABLES LOS TUMORES MÁS PEQUEÑOS PASAN INADVERTIDOS - SOBRE TODO EN LAS MUJERES OBESAS, ADEMÁS ES IMPROBABLE QUE EL EXÁMEN PÉLVICO DETECTE CÁNCER OVÁRICO EN ETAPAS TAN TEMPRANAS.

DIAGNOSTICO CLINICO. (10)

PUEDE REALIZARSE MEDIANTE: TACTO BIMANUAL, TACTO VAGINAL, TACTO RECTAL O TACTO RECTOVAGINAL CON LO CUAL ES FACTIBLE ENCONTRAR TUMORES EN FONDO DE SACO DOUGLAS, TABIQUE RECTO VAGINAL, LIGAMENTO ÚTERO SACRO.

CUANDO EL TUMOR ES GRANDE LA EXPLORACIÓN ABDOMINAL ES ÚTIL, LA EXPLORACIÓN DE GANGLIOS SUPRACLAVICULARES, AXILARES E INGUINALES ES ÚTIL PARA BUSCAR METÁSTASIS.

LABORATORIO.

BIOMETRÍA HEMÁTICA, QUÍMICA SANGUÍNEA, EXÁMEN GENERAL DE ORINA GRUPO Y RH, PRUEBA DE COAGULACIÓN, DE FUNCIONAMIENTO HEPÁTICO, ELECTROLITOS SÉRICOS Y ELECTROCARDIOGRAMA.

GABINETE.

CON EL USO DE MARCADORES TUMORALES ESPECIALMENTE EL CA125.

QUE HA SIDO EL MÁS INVESTIGADO ACTUALMENTE, SE HA VISTO -
CIERTO VALOR CUANDO EL TUMOR ES MACROSCÓPICO.

TELE DE TORAX.

NOS MUESTRA LA EXISTENCIA DE METÁSTASIS PULMONARES Y/O -
DERRAME PLEURAL. ES UN PROCEDIMIENTO SECUNDARIO POSTERIOR
AL DIAGNÓSTICO.

SIMPLE DE ABDOMEN. (10)

SE DIAGNOSTICA CUANDO REVELA LAS FORMACIONES ÓSEAS DE UN
QUISTE DERMOIDE. NOS AYUDA A DETERMINAR EL TAMAÑO DE LA-
TUMORACIÓN.

UROGRAFIA EXCRETORA. (10)

NOS AYUDA A DIAGNOSTICAR SI EL TUMOR ES INTRAPERITONEAL O
RETROPERITONEAL. MUESTRA LA POSIBLE PERCUSIÓN EN EL SISTE
MA URINARIO.

COLON POR ENEMA.

ES ÚTIL CUANDO HAY DATOS DE MALIGNIDAD O EL TUMOR ES GRANDE,
NOS SIRVE PARA DETERMINAR LA EXTENSIÓN A ESTAS ÁREAS, LO --
CUAL AYUDA A PLANEAR LA ESTRATEGIA OPERATORIA Y OBLIGA A -
INSTITUIR PREPARACIÓN INTESTINAL PREOPERATORIA. AYUDA TAM -
BIÉN A DIAGNOSTICAR SI EL TUMOR ES DE OVARIO, DE CIEGO O -
SIGMOIDES.

TOMOGRAFIA COMPUTARIZADA DE ABDOMEN.

SIN VENTAJAS SOBRE LOS PROCEDIMIENTOS ANTERIORES. PARA DIAG
NÓSTICO TEMPRANO, SIN EMBARGO ES ÚTIL PARA DETECTAR METÁSTA
SIS HEPÁTICAS.

LINFANGIOGRAFIA.

MEDIANTE ESTE ESTUDIO NOS AYUDA A DESCUBRIR METÁSTASIS EN-
GANGLIOS. (3) RETROPERITONEALES (25%) EN LAS ETAPAS I (12)

UESG. (10)

UTIL PARA CONFIRMAR O DESCARTAR TUMORACIÓN ANEXIAL SOSPECHADO EN LA EXPLORACIÓN GINECOLÓGICA Y PARA DIFERENCIAR - SI EL TUMOR ES UTERINO U OVÁRICO SI ES SÓLIDO O QUÍSTICO.

PARACENTESIS.

SE UTILIZA PARA EVACUAR ASCITIS Y A LA VEZ COMO PROCEDIMIENTO DIAGNÓSTICO CITOLÓGICO.

CITOLOGIA CERVICOVAGINAL.

CUANDO HAY INVASIÓN AL ÚTERO O AL FONDO DE SACO DE DOUGLAS EXISTE POSITIVIDAD EN EL 90%.

DIAGNOSTICO POR ETAPAS.

<u>ETAPA</u>	<u>No.</u>	<u>%</u>
I	17	12.4
II	28	20.4
III	78	57.0
IV	14	10.2

EL 70% SE DIAGNOSTICAN EN ETAPAS III Y IV.

STUART, G.C.E. M.D., JEFFRIES, M.R. ET AL
THE CHANGING ROLE OF SECOND LOOK LAPAROTOMY IN
THE MANAGEMENT OF EPITHELIAL CARCINOMA OF THE -
OVARY. A.M.J. OBSTET. GYNECOL. 1982; 142: 612

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

B E N I G N O

MUJER ADULTA O JÓVEN

TAMAÑO VARIABLE

GENERALMENTE ÚNICO (5%)

MÓVIL

CRECIMIENTO LENTO

ASCITIS RARA

NO AFECTAR AL ESTADO GENERAL.

PUEDE TENER CALCIFICACIÓN

CASI NUNCA ES PAPILAR

POCO FRECUENTE QUE SEA SÓLIDO,

LAS CARACTERÍSTICAS MENCIONADAS ANTERIORMENTE SON CLÍNICAS.

EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEFINITIVO SE REALIZA POR EL ESTUDIO HISTOPATÓLOGICO.

M A L I G N O

(3)

PERIMENOPÁUSICA O MUJER MUY JOVEN

RARO DE GRAN TAMAÑO

PUEDE SER BILATERAL (70%)

PUEDE ESTAR FIJO

CRECIMIENTO RÁPIDO

ASCITIS FRECUENTE

AFECTA GENERALMENTE EL ESTADO -
GENERAL.

RARO QUE TENGA CALCIFICACIONES

CON GRAN FRECUENCIA ES PAPILAR

CON MÁS FRECUENCIA ES SÓLIDO.

**CANCER DE OVARIO: PROCEDIMIENTO EN GINECOLOGIA DEL HOSPITAL
" LUIS CASTELAZOS AYALA", 1984.**

IDEAL DIAGNOSTICO.

LOS MÉTODOS DE ESTUDIOS SERIADOS EFICACES PARA LA DETECCIÓN DE PADECIMIENTOS MALIGNOS DEBEN SATISFACER VARIOS CRITERIOS PARA SER DE UTILIDAD CLÍNICA:

- 1.- DEBEN DETECTAR UN ESTADO PRECURSOR DEL CÁNCER O UNA ETAPA DE MALIGNIDAD EXTREMADAMENTE TEMPRANA, QUE ES CURABLE CON MÉTODOS SIMPLES EN UN MOMENTO EN QUE LA PROBABILIDAD DE METÁSTASIS ES BAJA.
- 2.- DEBE TRATARSE DE UNA PRUEBA DE GRAN SENSIBILIDAD, COSTOBAJO Y Poca INCOMODIDAD.

INDICACIONES DE LAPAROTOMIA EXPLORADORA (3)

- 1.- MASA PÉLVICA APARECIDA DESPUÉS DE LA MENOPAUSIA, PARTICULARMENTE MASA ANEXIAL.
- 2.- MASA ANEXIAL EN UNA MUJER DE CUALQUIER EDAD QUE PROGRESIVAMENTE AUMENTE MÁS ALLÁ DE 5 CENTIMETROS.
- 3.- RELATIVA INSENSIBILIDAD DE LA MASA.
- 4.- INCREMENTO EN EL TAMAÑO.

**SOBREVIVENCIA A 5 AÑOS EN 5254 CASOS DE CANCER DE OVARIO
(1973-1975), DE ACUERDO AL ESTADO.**

<u>ESTADO</u>	<u>NUMERO DE CASOS</u>	<u>% SOBREVIVENCIA</u>
IA	17.9	69.7
IB	4.3	63.9
Ic	3.0	50.3
TOTAL (MEDIO)	25.2	(66.4)
IIA	4.9	51.8
IIb y II c	12.8	42.4
TOTAL (MEDIO)	17.6	(45.0)
III	39.5	13.3
IV	17.8	4.1
TOTAL (MEDIO)	57.3	(10.4)
PARA III Y IV		
TOTAL MEDIO		
PARA I - IV	100.1	(30.6)

**ANNUAL REPORT OF THE RESULTS OF TREATMENT IN GYNECOLOGICAL
CANCER SWEDEN (1982) NEW ENG. J. OF MED. 1985;312:7;417**

SITIOS OCULTOS DE METASTASIS EN ESTADOS I Y II
EN CANCER DE OVARIO.

<u>S I T I O S</u>	<u>PIVER ET AL</u>		<u>YOUNG ET AL</u>	
	<u>ESTADO I</u>	<u>ESTADO II</u>	<u>ESTADO I</u>	<u>ESTADO II</u>
DIAFRAGMA	11%	23%	3%	
EPIPLON	3	-	0%	11%
NODULOS PARAAOR- TICOS,	10	-	10%	12%
NODULOS PELVICOS	8	-	-	9%
CITOLOGIA PERITO- NEAL MALIGNA	33	-	12%	-

PIVER M. STEVEN IMPORTANCE OF PROPER STAGING IN OVARIAN
CARCINOMA. CLIN. OBSTET. GYNAECOL. 1983; 10:2:223.

TECNICA QUIRURGICA A EFECTUAR EN LA PRIMERA CIRUGIA. (13)

INCISIÓN MEDIA O PARAMEDIA DEL TAMAÑO QUE PERMITA UNA BUENA EXPLORACIÓN ABDOMINAL. EL CIRUJANO NO SOLO DEBE EXPONER ADECUADAMENTE EL CÁNCER, SINO TAMBIÉN MOVILIZAR LOS GRANDES VASOS Y LOS URETERES, LO CUAL CON FRECUENCIA PERMITE LA EXTIRPACIÓN DE UN TUMOR VOLUMINOSO QUE INICIALMENTE SE CONSIDERABA INOPERABLE. SE DEBERÁ VISUALIZAR HEMIDIAFRAGMA DERECHO Y TOMAR BIOPSIA.

SE DEBE REALIZAR UNA TÉCNICA MINUCIOSA Y SISTEMÁTICA DE LAPAROTOMÍA EN LA PACIENTE CON CÁNCER OVÁRICO TEMPRANO, Y UNA PRÁCTICA REGULAR PERSISTENTE Y AGRESIVA EN LA QUE TIENE UN GRADO AVANZADO DE LA ENFERMEDAD. REALIZAR DOCUMENTACIÓN CUIDADOSA, INCLUYENDO EL TRAZADO DE DIAGRAMAS DE LOS SITIOS AFECTADOS Y MEDICIONES DE LA ENFERMEDAD QUE PERMANECE DESPUÉS DE LA CIRUGÍA. TAMBIÉN MENCIONAR ÁREAS EN RIESGO QUE PUEDEN REQUERIR BIOPSIA EN UNA SEGUNDA LAPAROTOMÍA, DEBERÁ REALIZARSE ETAFIFICACIÓN DE ACUERDO AL ESQUEMA DE LA FIGO.

LAS INCISIONES TRANSVERSALES BAJAS DEL ABDÓMEN (PFANNSTIELL,) NO TIENEN INDICACIÓN EN LA LAPAROTOMÍA INICIAL POR CÁNCER DE OVARIO, YA QUE NO PERMITEN UNA EXPLORACIÓN ADECUADA DE LA PARTE SUPERIOR DEL ABDOMEN Y RETROPERITONEO OCASIONANDO UNA ETAFIFICACIÓN INADECUADA.

TRATAMIENTO.

LA EXPLORACIÓN QUIRÚRGICA DEL ABDOMEN Y LA EXTIRPACIÓN DE LOS OVARIOS Y DEPÓSITOS METASTÁSICOS, SE ACEPTAN UNIVERSALMENTE COMO TRATAMIENTO INICIAL DEL CARCINOMA EPITELIAL DEL OVARIO.

A CONTINUACIÓN SE MENCIONARÁ EL TRATAMIENTO DE ACUERDO A LA ETAPA CLÍNICA.

ESTADO Ia a Ic.

HTA + SOB+ OMENTECTOMIA + APENDICECTOMIA.

ALGUNOS AUTORES REALIZAN LAS APENDICECTOMÍA, OTROS SOLAMENTE SI SE ENCUENTRA COMPROMETIDA.

ESTADO IIA A IIB

HTA + SOB + OMENTECTOMIA + APENDICECTOMIA + BIOPSIA DE TEJIDO CIRCUNDANTE A LA TUMORACION + QT.

ESTADO III

HTA + SOB + OMENTECTOMIA + APENDICECTOMIA + QUIMIOTERAPIA

ESTADO IV.

MANEJO ANTERIOR.

TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DESEOS DE PROCREACION.

SE PUEDE REALIZAR EL MANEJO CONSERVADOR EN MUJERES JÓVENES - CON NULIPARIDAD Y CON DESEOS DE PROCREACIÓN SIEMPRE Y CUANDO LLENE LOS SIGUIENTES REQUISITOS: (3)

- 1.- ESTADO IA1
- 2.- TUMOR BIEN DIFERENCIADO
- 3.- MUJER JOVEN CON DESEOS DE PROCREACIÓN
- 4.- PELVIS NORMAL
- 5.- TUMOR ENCAPSULADO Y LIBRE DE ADHERENCIAS
- 6.- NO INVASIÓN A LA CÁPSULA, LINFÁTICOS O MESOOVARIO
- 7.- LAVADO PERITONEAL NEGATIVO
- 8.- BIOPSIA DE OVARIO CONTRALATERAL NEGATIVA Y BIOPSIA DE EPIPLÓN NEGATIVA.
- 9.- PROBABILIDAD DE SEGUIMIENTO DE LA PACIENTE.
- 10.- EXCISIÓN DE OVARIO RESIDUAL DESPUÉS DE COMPLETAR SU PARIDAD.

TRATAMIENTO EN PACIENTES CON EMBARAZO.

GENERALMENTE, EL MANEJO DE UNA EMBARAZADA ES EL MISMO QUE PARA UNA MUJER NO EMBARAZADA, SI EL TUMOR ES DE BAJO GRADO Y CONFINADO SOLAMENTE A UN OVARIO, EL TRATAMIENTO CONSISTE EN OOFORECTOMÍA UNILATERAL Y BIOPSIA DE OVARIO OPUESTO, SEGUIMIENTO DEL EMBARAZO HASTA EL TÉRMINO.

APROXIMADAMENTE 12 DE CADA 1 000 MUJERES EN LOS U.S.A., - CON EDAD DE 40 AÑOS DESARROLLARÁN CÁNCER DE OVARIO, PERO SOLO DOS O TRES PODRÁN SER CURADAS.

EN RELACIÓN AL PRONÓSTICO DE SUPERVIVENCIA A 5 AÑOS DE ACUERDO A LAS ETAPAS CLÍNICA, ESTOS SON ALGUNOS RESULTADOS EN LAS SIGUIENTES ETAPAS: I:61%, II:40%, III:5%, IV:3%.⁽⁴⁾

EN OTRO ESTUDIO DE KOTT MEIR HI, ESTE ENCONTRÓ SIMILARES PORCENTAJES EN CUANTO A LA SOBREVIVIDA A 5 AÑOS, ETAPAS: I:66,7%, II:49,7%, III:7,8%, IV:6,5%⁽⁴⁾.

PREVENCIÓN.

EL ÚNICO MÉTODO CONOCIDO PARA PREVENIR LA POSIBILIDAD DE UN CÁNCER OVÁRICO ES LA CASTRACIÓN QUIRÚRGICA, SIN EMBARGO, DADO QUE EL RIESGO PARA CADA MUJER DE PRESENTAR CÁNCER DE OVARIO DURANTE SU VIDA ES DE 1%, DEBEMOS CONCLUIR QUE EL POSIBLE BENEFICIO DE LA OVARIECTOMÍA INDIVIDUALMENTE VISTA ES INSIGNIFICANTE, POR ELLO, NO PUEDE CONSIDERARSE SERIAMENTE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA EN MUJERES SIMPLEMENTE COMO PROFILAXIS ANTICANCEROSA, PERO NO HAY DUDA DE QUE LA OOFORECTOMÍA ORDINARIA EN EL MOMENTO DE LA CIRUGÍA PÉLVICA POR OTROS MOTIVOS REDUCIRÍA LA POSIBILIDAD DE CÁNCER OVÁRICO.

DE ACUERDO A LAS SERIES PUBLICADAS DE CÁNCER OVÁRICO, DEL 5 AL 10% DE CASOS SE PRESENTAN EN MUJERES QUE HABÍAN SIDO PREVIAMENTE HISTERECTOMIZADAS POR AFECCIONES BENIGNAS (DE NEEF HOLLENBECK).

SEGUNDA LAPARATOMIA (SECOND LOOK)

HISTORIA (14, 15, 16, 17, 18)

LA OPERACIÓN DE SEGUNDA LAPAROTOMÍA FUÉ INTRODUCIDA DENTRO DE LA CIRUGÍA ONCOLÓGICA POR WANGENSTEEN EN 1948 COMO UN MEDIO DE INVESTIGAR LA RECURRENCIA TEMPRANA DEL CÁNCER DE COLON ANTES DE SU COMIENZO CLÍNICO OBVIO (WANGESTEEN, - - LEWIS, ANDTONGEN, 1951),

LOS PACIENTES SELECCIONADOS PARA LA REOPERACIÓN FUERON -- AQUELLOS QUE SE LES ENCONTRARON NÓDULOS LINFÁTICOS METÁSTA SKOS EN SU PRIMERA OPERACIÓN. LOS LIBRE QUIRÚRGICAMENTE DE ENFERMEDAD EN LA SEGUNDA LAPAROTOMÍA NO RECIBIERON TERAPIA ADICIONAL.

EL CONCEPTO DE SEGUNDA LAPARATOMÍA POSTERIOR AL TRATAMIENTO CON AGENTES QUIMIOTERÁPICOS FUÉ INTRODUCIDO DENTRO DEL MANEJO EN PACIENTES CON CÁNCER DE OVARIO EN 1960 EN EL M. - D., ANDERSON HOSPITAL Y EL TUMOR INSTITUTE DE HOUSTON, - - TEXAS (RUTLEDGE AND BURNS 1966), EN UN INTENTO DE AUMENTAR LA INCIDENCIA DE PACIENTES QUE NO TUVIERAN EVIDENCIA DE EN FERMEDAD AL REALIZAR LA SEGUNDA LAPAROTOMÍA.

LA SEGUNDA LAPAROTOMÍA FUÉ DIFERIDA ANTERIORMENTE HASTA - QUE LOS PACIENTES NO PODÍAN CONTINUAR INGIRIENDO EL MELFALÁN MENSUALMENTE, DEBIDO A UNA SUPRESIÓN PROLONGADA DE LA MÉDULA ÓSEA. POR LOS AÑOS 60 LAS PACIENTES FUERON SOMETIDAS A SEGUNDA LAPAROTOMÍA HASTA QUE TERMINABAN UN PROGRAMA DE 10 CICLOS DE MELFALÁN POSTERIORMENTE EL PROGRAMA -- FUÉ AUMENTADO A 12 CICLOS Y ASÍ LA SEGUNDA LAPAROTOMÍA CO MENZÓ A INCORPORARSE DENTRO DEL MANEJO PLANEADO DE PACIENTES CON CÁNCER DE OVARIO ANTES DE QUE LOS GINECÓLOGOS, - ONCÓLOGOS DECIDIERON EN TODO CASO CON SEGURIDAD SUSPENDER EL TRATAMIENTO QUIMIOTERÁPICO.

DEFINICION. (19)

EL CONCEPTO DE SEGUNDA LAPARATOMÍA DEBE LIMITARSE A UNA LAPARATOMÍA REPETIDA EN UNA PACIENTE CON CÁNCER DE OVARIO Y SIN DATOS CLÍNICOS DE ENFERMEDAD DESPUÉS DE UN INTERVALO DE QUIMIOTERAPIA.

EL TÉRMINO HA SIDO UTILIZADO ERRONEAMENTE EN LAS SIGUIENTES SITUACIONES:

- A).- EXPLORACIÓN REPETIDA PARA ESTABLECER LA ETAPA EN PACIENTES CON CIRUGÍA PREVIA RECIENTE, PERO CUYA ETAPA FUÉ DETERMINADA EN FORMA INCOMPLETA.
- B).- EXPLORACIÓN POSTERIOR A LA QUIMIOTERAPIA, DIRIGIDA A REDUCIR EL VOLUMEN TUMORAL PERSISTENTE.

"TERMINOLOGIA PARA EVALUACION DE RESULTADOS"(19)

SEGUNDA LAPARATOMÍA MACROSCÓPICAMENTE POSITIVA.

PACIENTES CON TUMOR PERSISTENTE, IDENTIFICADO POR EL CIRUJANO Y CONFIRMADO POR EL PATÓLOGO.

SEGUNDA LAPARATOMÍA MICROSCÓPICAMENTE POSITIVA.

CUANDO EL CIRUJANO NO PUEDE IDENTIFICAR ÁREAS SUSPECTAS, PERO LA CITOLOGÍA DE LOS LAVADOS PERITONEALES O LAS BIOPSIAS MÚLTIPLES DESCUBREN TUMOR PERSISTENTE.

SEGUNDA LAPARATOMÍA NEGATIVA.

CUANDO NO HAY DATOS NI CITOLÓGICOS NI HISTOLÓGICOS DE UN TUMOR PERSISTENTE.

SEGUNDA LAPARATOMÍA INADECUADA.

CUANDO LA EXPLORACIÓN ES INCOMPLETA DEBIDO A LA PRESENCIA DE ADHERENCIAS EXTENSAS.

PROPOSITO DE LA SEGUNDA LAPAROTOMIA. (19)

EL DETERMINAR, CON LA MAYOR PRECISIÓN POSIBLE, EL ESTADO DE LA ENFERMEDAD, CON BASE EN ESTA INFORMACIÓN SE DECIDE LA TERAPÉUTICA SUBSECUENTE O LA SUSPENSIÓN DEL TRATAMIENTO. ASÍ, CUANDO LA SEGUNDA LAPARATOMÍA ES NEGATIVA, EL NO CONTINUAR CON LA ADMINISTRACIÓN DE QUIMIOTERÁPICOS -- PUEDE PREVENIR EL TENER REACCIONES SECUNDARIAS TALES COMO: LEUCEMIA AGUDA, NEUROTOXICIDAD, CARDIOTOXICIDAD Y -- OTROS EFECTOS. ADEMÁS, LAS PACIENTES CON ENFERMEDAD MÍNIMA PUEDEN BENEFICIARSE CON EL TRATAMIENTO ADICIONAL BASADO EN LOS HALLAZGOS DE LA SEGUNDA LAPARATOMÍA.

MOMENTO DE REALIZAR LA SEGUNDA LAPARATOMIA. (19)

EL MOMENTO MÁS ADECUADO PARA PRACTICAR LA CIRUGÍA A PARTIR DEL ÚLTIMO CICLO DE TRATAMIENTO QUIMIOTERÁPICO ADMINISTRADO, ES CASI UNIVERSALMENTE DE 4 A 6 SEMANAS.

ESTE RETRASO PUEDE PROPORCIONAR UN TIEMPO SATISFACTORIO PARA QUE SE LOGRE LA RECUPERACIÓN DE LOS RECuentOS DE CÉLULAS SANGUÍNEAS Y PERMITIR UNA VALORACIÓN CLÍNICA Y DE GABINETE ADECUADA DE LA PACIENTE QUE PERMITA DESCARTAR LA PRESENCIA DE ACTIVIDAD TUMORAL EN CUYO CASO NO TENDRÍA LUGAR LA SEGUNDA LAPARATOMÍA.

TECNICA OPERATORIA DE LA SEGUNDA LAPAROTOMIA. (18,19)

PARA ESTA CIRUGÍA SE REQUIEREN UNA SERIE DE REQUISITOS Y MINUCIOSIDAD DURANTE LA CIRUGÍA.

- A).- ESTUDIOS PREOPERATORIOS.
- B).- TIPO DE INCISIÓN
- C).- CITOLOGÍA PERITONEAL.
- D).- INSPECCIÓN Y PALPACIÓN MINUCIOSA
- E).- MÚLTIPLES BIOPSIAS

ESTUDIOS PREOPERATORIOS.

TELE DE TÓRAX:

PARA DESCARTAR METÁSTASIS U OTRA PATOLOGÍA.

UROGRAFÍA EXCRETORA.

SOLO SE SOLICITA SI EL ESTUDIO ANTERIOR SALIÓ ALTERADO, - CON FINES COMPARATIVOS Y QUE PERMITAN EVALUAR LA PERSISTENCIA O DESAPARICIÓN DE DICHA ALTERACIÓN.

EXÁMENES PÉLVICOS.

DE ESTA MANERA PODEMOS DETERMINAR PERSISTENCIA TUMORAL - POSTERIOR AL TRATAMIENTO DE QUIMIOTERAPIA.

TOMOGRFÍA COMPUTARIZADA DE ABDÓMEN.

NOS PUEDE PROPORCIONAR IMÁGENES DE METÁSTASIS PARENQUIMATOSAS DE HÍGADO CUANDO SON MACROSCÓPICAS, SIN EMBARGO NO DEBE CONSIDERARSE COMO ESTUDIO RUTINARIO, Y SU REALIZACIÓN DEBE BASARSE EN DATOS CLÍNICOS ORIENTADOS DE PATOLOGÍA HEPÁTICA.

LINFANGIOGRAFIA.

PERMITE UNA VALORACIÓN RELATIVA DEL RETROPERITONEO, PUDIENDO LLEGAR A SER EFECTIVA EN EL 25 AL 30% PARA LA DETECCIÓN PREOPERATORIA DE METÁSTASIS A ESE NIVEL.

BIOMARCADORES

VALORES ALTERADOS DE ESTOS PUEDEN AYUDAR A LA DETECCIÓN DE LA PERSISTENCIA DE UNA TUMORACIÓN MACROSCÓPICA.

TIEMPO OPERATORIO

TIPO DE INCISION.

LA INCISIÓN DEBE SER MEDIA O PARAMEDIA PERMITIENDO ACCESO A LA SUPERFICIE INFERIOR DEL DIAFRAGMA Y PARTE PROFUNDA DE LA PELVIS.

CITOLOGIA PERITONEAL.

ASPIRAR CUALQUIER LÍQUIDO EXISTENTE. EN SU AUSENCIA, DEBERÁ REALIZARSE INSTILACIÓN DE 100 C.C. DE SOLUCIÓN SALINA Y LAVAR LA CAVIDAD PERITONEAL, POSTERIORMENTE SE ASPIRARÁ EN SECUENCIA CADA ESPACIO PARACÓLICO LATERAL Y LA PELVIS. CADA ASPIRACIÓN ES ENVIADA PARA CITOLOGÍA Y EVALUACIÓN DEL BLOQUE DE CÉLULAS.

INSPECCION Y PALPACION. (18, 19)

LA CAVIDAD PERITONEAL ENTERA DEBE SER CUIDADOSAMENTE INSPECCIONADA Y PALPADA EN BUSCA DE PERSISTENCIA DE CÁNCER, ASÍ, TAMBIÉN SON IDENTIFICADOS PARA SUBSECUENTE RESECCIÓN EL TEJIDO CICATRIZAL O INTRAPERITONEA Y NÓDULOS RETROPERITONEALES.

PUEDE PROGRAMARSE POR SER NECESARIO UNA LISIS DE ADHERENCIAS EN ORDEN ACOMPAÑADO DE UNA CUIDADOSA APRECIACIÓN DE LA CAVIDAD PERITONEAL. LAS ADHERENCIAS DEBEN SER ENVIADAS A EVALUACIÓN HISTOPATOLÓGICAS, POR QUE PUEDEN CONTENER TEJIDO CANCEROSO.

MULTIPLES BIOPSIAS.

SE DEBEN REALIZAR MÚLTIPLES BIOPSIAS DE LOS LUGARES MÁS FRECUENTES DE PERSISTENCIA DE CÁNCER ADEMÁS DE LAS BIOPSIAS QUE SE DEBAN

REALIZAR DE LOS SITIOS SOSPECHOSOS DE CÁNCER,

LAS PACIENTES LIBRES DE ENFERMEDAD MACROSCÓPICA DEBEN REALIZAR SELE MÚLTIPLES BIOPSIAS, USUALMENTE ENTRE 20 Y 30 EN ORDEN ADECUADO.

EL PERITONEO PÉLVICO, ES EL SITIO MÁS COMÚN DE PERSISTENCIA DEL CÁNCER.

A CONTINUACIÓN SE DESCRIBEN LOS LUGARES DE DONDE RUTINARIAMENTE SE DEBEN OBTENER LAS BIOPSIAS:

- A).- PERITONEO QUE CUBRE CADA INFUNDÍBULO PÉLVICO Y ALREDEDOR DE LA LIGADURA.
- B).- PERITONEO VESICAL
- C).- FONDOS DE SACO
- D).- LIGAMENTO ANCHO
- E).- SEROSA DE COLCHON SIGMOIDES
- F).- SI EXISTE LA PRESENCIA DE ÚTERO, OVARIO; HAY QUE EXTIRPARLO.
- G).- SI EXISTE LA PRESENCIA DE ALGÚN NÓDULO RETROPERITONEAL HAY QUE EXCINDIRLO.

EL INTESTINO DELGADO Y EL GRUESO DEBEN SER CUIDADOSAMENTE INSPECCIONADO, Y SI SE DETECTA ALGUNA ANORMALIDAD EXCINDIRLA PARA ESTUDIO HISTOLÓGICO.

SI EXISTE EPIPLÓN, REALIZAR OMENTECTOMÍA, SI TENÍA PREVIA OMENTECTOMÍA BIOPSIAR RESTOS QUE PERSISTAN.

ESPACIO PARACÓLICO LATERAL DEL PERITONEO

PERITONEO QUE CUBRE EL DIAFRAGMA DERECHO, SE PUEDE BIOPSIAR CON UNA CÁNULA DE HEWORTHIAN O PUNCIÓNARSE.

EL ÁREA PEAÓRTICA ES CUIDADOSAMENTE PALPADA Y QUIRÚRGICAMENTE EXPUESTA, SI EXISTE ALGUNA NODULARIDAD DEBERÁ BIOPSIARSE.

PERITONEO DE LA PARED ABDOMINAL ANTERIOR.

POST OPERATORIO (18-19)

EL POST OPERATORIO GENERALMENTE ES SIN COMPLICACIONES, PERO -
DEBIDO A LA EXPLORACIÓN METICULOSA DE LAS VÍAS GASTROINTESTI-
NALES Y A LA TOMA DE MUESTRAS DE LOS GANGLIOS LINFÁTICOS RE -
TROPERITONEALES OCASIONALMENTE ALGUNA PACIENTE PUEDE EXPERI -
MENTAR EL ÍLEO PROLONGADO (5 A 10%)

EXPERIENCIAS PUBLICADAS.

LAS PACIENTES CON BUENOS FACTORES (BAJO GRADO DE DIFERENCIA--
CIÓN TUMORAL Y TUMOR RESIDUAL MÍNIMO) TIENEN UNA PROBABILIDAD
MAYOR DE NO TENER TUMOR DURANTE LA CIRUGÍA (SEGUNDA LAPARATO -
MÍA).²⁰ EN LA MISMA FORMA, LA SOBREVIVENCIA DE LAS PACIENTES, --
DESPUÉS DE LA SEGUNDA LAPAROTOMÍA ESTÁ DETERMINADA POR VARIOS
FACTORES PRONÓSTICOS, ENTRE ELLOS:

- A) EDAD
- B) GRADO
- C) HISTOLOGÍA
- D) ENFERMEDAD RESIDUAL DURANTE LA CIRUGÍA INICIAL
- E) RESULTADOS CITOLÓGICOS (13, 21)

EJEMPLO:

DE 100 PACIENTES CON CÁNCER EPITELIAL OVÁRICO AVANZADO ETAPA-
III Y IV TRATADAS CON QUIMIOTERAPIA; LOS RESULTADOS SON LOS -
SIGUIENTES:

ENTRE 50 Y 60 PACIENTES PERMANECEN O QUEDAN CLÍNICAMENTE SIN
LA ENFERMEDAD Y CALIFICAN PARA SEGUNDA LAPAROTOMÍA, ⁽²²⁾ CON -
LOS PROGRAMAS ACTUALES DE QUIMIOTERAPIA, UN TERCIO DE LAS PA-
CIENTES MENCIONADAS QUEDARÁN SIN LA ENFERMEDAD EN LA SEGUNDA-
LAPAROTOMÍA ⁽¹⁴⁾ Y UN 20% TENDRÁN DATOS PATOLÓGICOS O CITOLÓ-
GICOS DE PERSISTENCIA DEL TUMOR (HALLAZGOS MICROSCÓPICOS PO-
SITIVOS EN LA SEGUNDA LAPAROTOMÍA) ^{14,21}

SE HA CALCULADO QUE LA SOBREVIVENCIA A 5 AÑOS CON CÁNCER OVÁRICO AVANZADO ES DE 30%. SIN EMBARGO, APROXIMADAMENTE OTRO 10% DE LAS PACIENTES PUEDEN MORIR DESPUÉS DE LOS 5 AÑOS, YA SEA DE CÁNCER O POR TOXICIDAD DEL TRATAMIENTO.

ESTOS DATOS ESTADÍSTICOS FUERON TOMADOS DEL M.D. ANDERSON -- HOSPITAL Y TUMOR INSTITUTE (14, 21, 22)

LAS PACIENTES CON SEGUNDA LAPAROTOMÍA NEGATIVA TIENEN UNA RECURRENCIA DEL 25 AL 30% DURANTE LOS SIGUIENTES 5 AÑOS. 14
AQUELLAS PACIENTES CON TUMORES DE GIII O CON SEGUNDA LAPAROTOMÍA NEGATIVA TIENEN UNA RECURRENCIA DEL 25 AL 30% DURANTE LOS SIGUIENTES 5 AÑOS. (14)

AQUELLAS PACIENTES CON SEGUNDA LAPAROTOMÍA MACROSCÓPICA POSITIVA AL COMPLETARSE LA CIRUGÍA INICIAL TIENEN UN RIESGO SIGNIFICATIVAMENTE MAYOR DE RECURRENCIA. (14)

HASTA EL MOMENTO ACTUAL, PARA PACIENTES CON ALTO RIESGO DE RECURRENCIA COMO LAS MENCIONADAS PREVIAMENTE NO HAY UN PROTOCOLO ADICIONAL DE MANEJO PARA EVITAR LA RECURRENCIA. LAS PACIENTES CON TUMOR O CON SEGUNDA LAPAROTOMÍA MICROSCÓPICA POSITIVA TIENEN MEJOR PRONÓSTICO.

EN LA MAYOR PARTE DE LOS CASOS SE DISPONE DE INFORMACIÓN SUFICIENTE SOBRE EL COMPORTAMIENTO DE TUMOR PARA PODER TOMAR DECISIONES TERAPÉUTICAS, APROPIADAS, SIN LA NECESIDAD DE INFORMACIÓN ADICIONAL GENERADA POR UNA TERCERA LAPAROTOMÍA.

ALTERNATIVAS A LA SEGUNDA LAPAROTOMIA. (19)

SE HAN PROPUESTO ALTERNATIVAS BÁSICAS A LA PRÁCTICA DE UNA SEGUNDA LAPAROTOMÍA; ANALIZAREMOS CADA UNA DE ELLAS.

A).- DURACIÓN EMPÍRICA DE LA QUIMIOTERAPIA.

B).- EVALUACIÓN QUIRÚRGICA MEDIANTE LAPAROSCOPÍA.

C).- EL USO DE MÉTODOS RADIOLÓGICOS O DE FORMACIÓN DE IMÁGENES-

SIN PENETRACIÓN CORPORAL PARA EVALUAR UN TUMOR PERSISTENTE.

D).-EL USO DE MARCADORES TUMORALES SÉRICOS PARA DETECTAR LA PRESENCIA DE TUMOR.

DURACION EMPIRICA FIJA DE TRATAMIENTO QUIMIOTERAPICO. (18, 19)

ESTA CONDUCTA ESTÁ BASADA EN LOS FACTORES DE RIESGO DIVIENDO ASÍ A LAS PACIENTES EN: ALTO RIESGO (EDAD MAYOR DE 50 AÑOS, GRADO TUMORAL ELEVADO, TUMOR RESIDUAL MAYOR DE 1 CM, Y BAJO RIESGO) (EDAD MENOR DE 40 AÑOS, TUMOR DE GRADO BAJO, SIN TUMOR RESIDUAL), Y DE ACUERDO A ELLO SE PROPONE EL TRATAMIENTO. LAS PACIENTES DE BAJO RIESGO SE CREE QUE SE BENEFICIAN CON 6 A 12 CICLOS DE QUIMIOTERAPIA Y A LAS PACIENTES DE ALTO RIESGO EL BENEFICIO PUEDE SER CON 18 A 24 CICLOS.

SE HA OBSERVADO QUE LOS FACTORES DE RIESGO NO TIENEN UN ÍNDICE DE CONFIABILIDAD ELEVADO PARA PREDECIR LOS HALLAZGOS DE UNA SEGUNDA LAPAROTOMÍA Y SUCEDE QUE ALGUNAS PACIENTES EN GRUPO DE BAJO RIESGO PUEDEN RECIBIR TRATAMIENTO SUFICIENTE Y ALGUNOS DE ALTO RIESGO RECIBIR TRATAMIENTO EXTENSO Y PELIGROSO. ADEMÁS ES ÚTIL IDENTIFICAR A LAS PACIENTES QUE TENGAN ENFERMEDAD MICROSCÓPICA POSITIVA Y VOLUMEN PEQUEÑO POSITIVO QUE PUEDAN SER RESISTENTE A QUIMIOTERAPIA GENERAL O ADICIONAL, PERO QUE RESPONDAN A OTRAS FORMAS DE TRATAMIENTO COMO RADIOTERAPIA, INMUNOTERAPIA, O QUIMIOTERAPIA INTRAPERITONEAL.

EVALUACION QUIRURGICA MEDIANTE LAPAROSCOPIA. (18, 19)

CONSIDERANDO TODOS LOS FACTORES, LA EVALUACIÓN LAPAROSCÓPICA DE LAS PACIENTES CON CÁNCER OVÁRICO ES INSUFICIENTE Y NO ACEPTADA COMO RECURSO ADJUNTO, NI COMO SUSTITUTO DE LA SEGUNDA LAPAROTOMÍA. ALGUNAS DE LAS INCONVENIENCIAS SON QUE NO EXISTE UNA EXPLORACIÓN ADECUADA O COMPLETA, Y LA TOMA DE BIOPSIAS RESULTA INCOMPLETA, TÉCNICAMENTE IMPOSIBLE EN ALGUNOS CASOS.

EL USO DE METODOS RADIOLOGICOS O DE FORMACION DE IMAGENES SIN PENETRACION CORPORAL PARA EVALUAR UN TUMOR PERSISTENTE. (18,19)

PROBABLEMENTE ES ÚTIL EN PACIENTES CON ALTO RIESGO, AQUELLAS - CON TUMOR RESIDUAL DE VOLUMEN SIGNIFICATIVO O LAS QUE TIENEN - PRUEBAS FUNCIONALES HEPÁTICAS ANORMALES, QUE SE ENCUENTRAN -- CON RIESGO DE PADECER UNA ENFERMEDAD MACROSCÓPICA PERSISTENTE - Y QUE PUEDE DETECTARSE SIN PENETRACIÓN CORPORAL.

EL USO SELECTIVO DE ESTAS TÉCNICAS ES APROPIADO, SIN EMBARGO - COMO LA DISTORSIÓN ANATÓMICA DE TRATAMIENTOS PREVIOS PUEDE PRO DUCIR FALSOS POSITIVOS, DEBE TOMARSE EN CONSIDERACIÓN LA CON - VENIENCIA DE CONFIRMAR LOS HALLAZGOS POSITIVOS CON BIOPSIA DE- ASPIRACIÓN CON AGUJA DELGADA PARA ESTUDIOS CITOLÓGICOS.

MARCADORES TUMORALES. (19)

UN MARCADOR TUMORAL SEROLÓGICO ESPECÍFICO Y SENSIBLE CONSTITUI RÍA EL DISPOSITIVO IDEAL PARA LA EVALUACIÓN DEL ESTADO DE LA - ENFERMEDAD EN LAS PACIENTES CON CARCINOMA OVÁRICO POSTERIOR A- LA PRIMERA CIRUGÍA Y ANTES DE SOMETERLA A LA SEGUNDA LAPAROTO- MÍA.

EN LA ACTUALIDAD SE EMPLEAN EL CA-125, EXISTIENDO OTROS MARCA DORES TUMORALES COMO EL NB/70K Y EL 97K-GP QUE SE ENCUENTRA EN ESTUDIOS EN LA ACTUALIDAD.

EL ANTÍGENO CARCINOEMBRIONARIO (CAE), DESHIDROGENASA LÁCTICA, - ISOENZIMA REGAN Y GONADOTROFINAS CORIÓNICAS NO HAN SIDO DE AYU DA PARA REALIZAR DIAGNÓSTICOS TEMPRINOS SI SE ELEVAN, SIN EM - BARGO, ELLOS JUEGAN UN ROL EN MONITORIZACIÓN DE LA RESPUESTA - A LA TERAPIA.³

EL VALOR PREDICTIVO DE NIVELES NEGATIVOS DE ANTÍGENO CA 125 - FUÉ DE 56% (-35 U/ML.) LA PRUEBA NO EXCLUYE LA PRESENCIA DE - ENFERMEDAD EN 44% DE PACIENTES CON UNA SEGUNDA LAPAROTOMÍA -- POSITIVA.²³ CONSEQUENTEMENTE NIVELES NEGATIVOS DE CA 125 NO PUEDEN SER CONSIDERADOS COMO EVIDENCIA DEFINITIVA DE QUE ESOS PACIENTES ESTÁN LIBRES DE ENFERMEDAD.²³

LAS PACIENTES MÁS DIFÍCILES DE EVALUAR CON ESTOS MARCADORES-PROBABLEMENTE SEAN LAS QUE TENGAN ENFERMEDAD MÍNIMA, QUE SON LAS QUE TIENEN MAYOR PROBABILIDADES DE BENEFICIARSE CON TRATAMIENTO ADICIONALES.

ACTUALMENTE NO HAY UN PROCEDIMIENTO BIOQUÍMICO, SEROLÓGICO, RADIOGRÁFICO, NI SONOGRÁFICO QUE HALLA PODIDO REFLEJAR CON MÁS PRECISIÓN EL CURSO CLÍNICO Y LA RESPUESTA TERAPÉUTICA -- QUE EL EXÁMEN FÍSICO.

LA SEGUNDA LAPAROTOMÍA CONTINÚA SIENDO UN PROCEDIMIENTO QUE NO PUEDE SER SUSTITUIDO EN LA ACTUALIDAD, POSIBLEMENTE EN EL FUTURO SE DESARROLLE ALGUN PROCEDIMIENTO QUE LA DESPLACE POR NO SER INVASIVO.

UNO DE LOS PROBLEMAS BÁSICOS DE LA POLIQUIMIOTERAPIA ES LA SELECCIÓN ADECUADA DE SUS ASOCIACIONES, PARA ELLO SE UTILIZAN LOS SIGUIENTES CRITERIOS. (CARTER) (24)

LOS CITOSTÁTICOS ELEGIBLES PARA UN TRATAMIENTO POLIQUIMIOTERÁPICO DEBEN TENER DISTINTOS MECANISMOS DE ACCIÓN, ASÍ MISMO, CADA UNO DE ELLOS DEBE POSEER DISTINTA TOXICIDAD, PARA QUE NO SE SUMEN LOS MISMOS EFECTOS SECUNDARIOS. ÉSTOS FÁRMACOS DEBEN UTILIZARSE A DOSIS CERCANA A LAS CONSIDERADAS ÓPTIMAS-CUANDO CADA UNO DE ELLOS SE UTILIZAN EN RÉGIMEN MONOQUIMIOTERÁPICO.

LOS CITOSTÁTICOS QUE SE COMBINAN EN LA TERAPÉUTICA DE UN TUMOR DEBEN HABER DEMOSTRADO PREVIAMENTE SU SENSIBILIDAD INDIVIDUAL HACIA ESTE, POR MEDIO DE LOS ENSAYOS CLÍNICOS.

EVOLUCION DEL TRATAMIENTO CON LA QUIMIOTERAPIA. (24)

EN 1952 SE OBSERVÓ QUE EL MOSTAZÚ DE HEMISULFURO QUE ES UN-
ANÁLOGO DE LA MOSTAZA NITROGENADA PODÍA ALIVIAR SIGNIFICATI-
VAMENTE LA ASCITIS EN PACIENTES CON CARCINOMA OVÁRICO. ASÍ-
SE INICIÓ UNA ERA DE QUIMIOTERAPIA CON UN AGENTE SIMPLE.

INICIALMENTE LOS AGENTES MÁS UTILIZADOS COMUNMENTE FUERON -
LOS AGENTES ALQUILANTES. SE ADMINISTRABAN INTRAPERITONEAL-
MENTE DURANTE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA INTRAVENOSAMENTE-
A INTERVALOS, REGULARES, O POR VÍA BUCAL. UN ESQUEMA MÁS -
POPULAR DEPENDÍA DE LA RECUPERACIÓN DEL RECuento SANGUÍNEO
Y EL TRATAMIENTO DE 28 DÍAS SE CONVIRTIÓ EN UN ESQUEMA DE -
USO COMÚN. LOS AGENTES DE USO COMÚN FUERON EL CLORAMBUCIL,-
LEFENILALANINA MOSTAZA (ALKERÁN) Y CICLOFOSFAMIDA (CYTOXÁN).
LOS RESULTADOS COMUNICADOS FUERON CONSIDERABLEMENTE DIFEREN-
TES; PERO LA SUPERVIVENCIA MEDIA FUERON POR LO REGULAR IN-
FERIOR A 20 MESES, Y LOS ÍNDICES DE SUPERVIVENCIA A 5 - -
AÑOS NO EXCEDIERON EL 20% INDEPENDIENTEMENTE DEL AGENTE USA-
DO.

POSTERIOR A LOS RESULTADOS SATISFACTORIOS OBTENIDOS EN EL -
TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DE HODGKIN CON QUIMIOTERAPIA -
DE COMBINACIÓN SE ESTUDIÓ ESTA QUIMIOTERAPIA DE COMBINACIÓN
EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE OVARIO Y ASÍ EN 1970 EL DR.
EZRA D GREESPAN LA INTRODUJO UTILIZANDO TIO TEPA CONTINUAN -
DO POSTERIORMENTE CON METOTREXATO, ENCONTRÁNDOSE QUE EL IN-
DICE DE RESPUESTA FUÉ MÁS ELEVADO QUE CON LA UTILIZACIÓN DE
AGENTES SIMPLS, AUNQUE LA SUPERVIVENCIA A 18% DE LAS PACIEN-
TES A 2 Y 5 AÑOS AÚN ERAN SEMEJANTES A LA RESPUESTA OBTENIDA
CON EL USO DE UN SOLO AGENTE QUIMIOTERÁPICO.

A FINES DE LA DÉCADA (1970) SE REALIZÓ LA COMBINACIÓN DE HE-
XAMETIL MELAMINA CON METOTREXATO, CICLOFOSFAMIDA Y 5 FLUORA-
CILO (HEXA-CAF), Y EN SUS ESTUDIOS INICIALES ALCANZARON UN -
ÍNDICE DE RESPUESTA DE 75% LOS RESULTADOS DE ESTUDIOS INI - -

CIALES NO PUDIERON DUPLICARSE, Y ACTUALMENTE EL DESTINO A LARGO PLAZO DE LAS PACIENTES AÚN CONTINÚA INCIERTO, ROSEMBERG DESPUÉS DE UNA INVESTIGACIÓN CUIDADOSA DESCUBRIÓ EL CIS PLATINO (PLATINOL, CISDIAMINODICLOROPLATINO (D) O - DDP), ESTE AGENTE SE CARACTERIZA POR SER UN AGENTE ALQUI - LANTE BIFUNCIONAL.

ESTE MEDICAMENTO FUÉ EL PRIMER COMPUESTO METÁLICO ORGÁNICO QUE SE ENCONTRÓ CON ACTIVIDAD PRECLÍNICA POTENTE Y CON EFICACIA ELEVADA CONTRA EL CÁNCER DE OVARIO EN EXPERIENCIAS - CLÍNICAS.

HAY DATOS QUE CON 6 A 9 CURSOS DE TERAPÉUTICA DE COMBINACIÓN CON CISPLATINO SON TAN EFICACES COMO TRATAMIENTOS MÁS PRO - LONGADOS EN LOGRAR UNA MEJORÍA COMPLETA DOCUMENTADA QUIRÚR - GICAMENTE.

CITOSTATICOS. (25)

MECANISMO DE ACCION:

TIENEN DIFERENTES MECANISMOS DE ACCIÓN, SEGÚN EL MEDICAMEN - TO; PERO, DE FORMA GENERAL, PODEMOS DECIR QUE INTERFIERE - EL METABOLISMO CELULAR Y QUE ESTA ACCIÓN ES TANTO MÁS DES - TACADA CUANTO MÁS RÁPIDA ES LA CAPACIDAD DE DIVISIÓN CELU - LAR. EN GENERAL LOS FÁRMACOS QUIMIOTERÁPICOS PRODUCEN LA - MUERTE CELULAR POR INHIBICIÓN DIRECTA O INDIRECTA DE LA - SÍNTESIS DEL DNA Y DE LA DIVISIÓN CELULAR. POR ELLO, CUAN - TO MAYOR ES EL NÚMERO DE CÉLULAS EN LA FASE S, MAYOR SERÁ - LA CAPACIDAD DE DESTRUCCIÓN CELULAR DEL QUIMIOTERÁPICO SO - BRE EL TEJIDO. UNA CARACTERÍSTICA IMPORTANTE ES LA FALTA - DE SELECTIVIDAD DE LA AGRESIÓN DEL FÁRMACO.

EN SÍNTESIS, LA EFICACIA DE LOS CITOSTÁTICOS SE BASA EN LA - DIFERENTE ACCIÓN CUANTITATIVA DE ESTOS FÁRMACOS SOBRE EL - METABOLISMO DE LAS CÉLULAS CANCEROSAS Y DE LAS CÉLULAS NOR - MALES.

PERO DESGRACIADAMENTE, LOS TEJIDOS NORMALES EXPERIMENTAN MO - DIFICACIONES SIMILARES ANTE LA ACCIÓN DE LOS QUIMIOTERÁPI - COS, Y ESTAS MODIFICACIONES SON IMPORTANTES EN LOS TEJIDOS

CON GRAN RAPIDEZ DE CRECIMIENTO, COMO SUCEDE EN LA MÉDULA ÓSEA Y EN EL EPITELIO GASTROINTESTINAL.

MUY PARTICULARMENTE DEBEN CONTROLARSE LOS TEJIDOS QUE MUESTRAN UNA RÁPIDA DIVISIÓN CELULAR, COMO LA MÉDULA ÓSEA Y LA MUCOSA GASTROINTESTINAL, YA QUE ÉSTOS SON LOS QUE MÁS FRECUENTEMENTE MUESTRAN SIGNOS DE TOXICIDAD.

PODEMOS CONCLUIR QUE LA TOXICIDAD POTENCIAL DE LOS QUIMIOTERÁPICOS RÁPIDOS CONSTITUYE UN IMPORTANTE PROBLEMA EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER, POR CUANTO LIMITA LA DOSIS DEL FÁRMACO ADECUADO Y LA DURACIÓN TOTAL DEL TRATAMIENTO, Y QUE LA APLICACIÓN CLÍNICA DE LA QUIMIOTERAPIA ES EL RESULTADO DE UN DELICADO BALANCE ENTRE LA TOXICIDAD FRENTE AL TUMOR Y FRENTE AL HUÉSPED.

ES INTERESANTE DESTACAR QUE NO TODOS LOS TUMORES MALIGNOS-GENITALES RESPONDEN POR IGUAL A LA QUIMIOTERAPIA. ÉSTE HECHO PLANTEA EL PROBLEMA DE LOS TUMORES FRENTE A LOS AGENTES QUIMIOTERÁPICOS Y DE QUE FACTORES INFLUYEN EN LA RESPUESTA TUMORAL.

TOXICIDAD DE LOS CITOSTÁTICOS. (24)

LA FALTA DE SELECTIVIDAD DE LOS CITOSTÁTICOS ES CAUSA DE SU TOXICIDAD HACIA LOS TEJIDOS NO NEOPLÁSICOS DE UN INDIVIDUO PORTADOR DE UN CÁNCER.

EXISTEN DOS TIPOS FUNDAMENTALES DE EFECTOS TÓXICOS:
DE APARICIÓN INMEDITAS Y DE APARICIÓN TARDÍA.

LAS REACCIONES INMEDIATAS NO SUELEN ESTAR RELACIONADAS CON UN CITOSTÁTICO EN CONCRETO, Y PUEDEN PRESENTARSE CON LA MAYORÍA DE ELLOS. LAS REACCIONES TARDÍAS, POR EL CONTRARIO, SUELEN SER MÁS ESPECÍFICAS.

EN PERÍODOS TERAPÉUTICOS AVANZADOS PUEDEN SURGIR LEUCOPENIAS, Y PLAQUETOPENIAS PERMANENTES DEBIDAS A HIPOPLASIA MEDULAR. DE PERSISTIR EN ESTOS MOMENTOS CON LA ADMINISTRACIÓN

CIÓN DE CITOSTÁTICOS, SE DESARROLLAN CUADROS APLÁSICOS-COMPLETOS. CON TODO, ESTAS SITUACIONES DE APLASIA MEDULAR IRREVERSIBLE SON MENOS FRECUENTES HOY DÍA, YA QUE LA APLIACIÓN DE CICLOS INTERMITENTES PERMITE LA CÍCLICA RECUPERACIÓN DE LOS ELEMENTOS HEMATOPOYÉTICOS.

DURANTE LA ADMINISTRACIÓN DE CITOSTÁTICOS ES FACTIBLE COMPROBAR UNA PROGRESIVA PÉRDIDA DE PESO. LA MAYORÍA DE LOS CITOSTÁTICOS SON INMUNODEPRESORES POR LO QUE SU EMPLEO AUMENTA EL PELIGRO DE COMPLICACIONES INFECCIOSAS.

EFFECTOS SECUNDARIOS DE LA QUIMIOTERAPIA ANTINEOPLASICA. (24)

I.- DE PRESENTACIÓN AGUDA

NAÚSEAS
VÓMITOS
ASTENIA
ANOREXIA
REACCIONES FEBRILES
LEUCOPENIA
PLAQUETOPENIA

II.-DE PRESENTACIÓN TARDÍA

ALOPECIA
CISTITIS HEMORRÁGICA
LEUCOPENIA
PLAQUETOPENIA
HIPOPLASIA, APLASIA
NECROSPERMIA
AMENORREA
INMUNODEPRESIÓN
ARREFLEXIA TENDINOSA
NEURALGIAS
PARESIA INTESTINAL
ADELGAZAMIENTO
CARDIOTOXICIDAD

CRITERIOS PARA QUE LAS PACIENTES RECIBAN QUIMIOTERAPIA. (26)

- 1.- DEBE DESCARTARSE, CON UNA RAZONABLE SEGURIDAD QUE NI LA CIRUGÍA NI LA RADIOTERAPIA, AISLADAS O JUNTAS OFRECEN UNA OPORTUNIDAD DE CURACIÓN.
- 2.- LA ENFERMEDAD DEBE ESTAR CAPACITADA PARA MANTENER UNA NUTRICIÓN RAZONABLE.
- 3.- LA MÉDULA ÓSEA DEBE HALLARSE EN UNA SITUACIÓN NORMAL; EL RECuento DE LEUCOCITOS DEBE SER SUPERIOR A 3 500-MM³ Y EL DE PLAQUETAS A 100 000/MM³ Y LOS NIVELES DE Hb ADECUADOS.
- 4.- LA FUNCIÓN HEPÁTICA Y RENAL DEBEN SER NORMALES.
- 5.- SE DEBE ADVERTIR A LA PACIENTE Y A SU FAMILIA QUE SE LE ESTÁ HACIENDO UN TRATAMIENTO PALIATIVO PARA EL CÁNCER.
- 6.- DEBE DE HABER UNA ESPERANZA DE VIDA DE AL MENOS 3 MESES.

RESULTADOS.

EL TOTAL DE PACIENTES ESTUDIADAS FUERON 26, ENCONTRÁNDOSE LOS SIGUIENTES RESULTADOS EN LAS VARIABLES ESTUDIADAS.

1.- ANTECEDENTES FAMILIARES ONCOLÓGICOS.

12 PACIENTES (P.46) TUVIERON SU MENARCA A LOS 14 - AÑOS (VER CUADRO No. 3)

2.- ESCOLARIDAD.

11 PACIENTES (P.48) TUVIERON ESTUDIOS DE PRIMARIA - INCOMPLETA Y SOLO 2 (P07) TUVIERON ESTUDIOS DE PRE- PARATORIA Y PROFESIONAL.

3.- EDAD DE DETECCIÓN DEL CANCER DE OVARIO.

LAS EDADES EN QUE FUERON DETECTADAS FUERON ENTRE LOS 17 Y 74 AÑOS, SIENDO LA MAYOR INCIDENCIA ENTRE LOS - 35 Y 60 AÑOS, SIENDO PARA LA ESTIRPE EPITELIAL LA ME DIA DE LA EDAD DE 44,52 AÑOS Y PARA LA ESTIRPE GERMI NAL 25,5 AÑOS, (VER CUADRO No. 2)

4.- PACIENTES CON CANCER PREVIO AL DE OVARIO.

HUBIERON DOS PACIENTES (P.07) QUE PRESENTARON ESTE AN Tecedente, SIENDO UNA PORTADORA DE UN CÁNCER DE ENDO- METRIO Y DE UN CÁNCER CERVICOUTERINO.

5.- MENARCA.

12 PACIENTES (P.46) TUVIERON SU MENARCA A LOS 14 AÑOS. (VER CUADRO No. 3)

6.- PARIDAD.

13 PACIENTES (P.50) TUVIERON 4 O MÁS HIJOS (VER CUADRO No. 4)

7.- CIRUGIA INICIAL.

DE LAS 26 PACIENTES 24 (P.92) TUVIERON CIRUGÍA COMPLETAS (HTA+SOB+OMNTECTECTOMÍAS+APENDICECTOMÍAS) Y SOLO 2 (P-07) TUVIERON CIRUGÍA INCOMPLETA (OOFERECTOMÍA UNILATERAL).

8.- ESTIRPE HISTOLÓGICA.

LA ESTIRPE HISTOLÓGICA PREDOMINANTE FUÉ LA EPITELIAL CON UN TOTAL DE 24 CASOS (P.92), DE LA GERMINAL SOLO SE ENCONTRÓ 2 CASOS (P-07)

9.- QUIMIOTERAPIA.

EL TRATAMIENTO PREDOMINANTE FUÉ LA MONODROGA (MELFA - LÁN) SIENDO 15 EL NÚMERO DE PACIENTES TRATADOS (P.) LA POLIDROGA FUÉ USADA EN 11 PACIENTES (VER CUADRO 7)

10.- LAVADO PERITONEAL.

SOLO UN REPORTE CON LAVADO PERITONEAL POSITIVO, SIENDO EL REPORTE HISTOPATOLÓGICO DE LA BIOPSIA REPORTADO COMO BENIGNO.

11.- RESULTADOS DE LA SEGUNDA LAPAROTOMIA.

2 PACIENTES (P-07) TUVIERON RESULTADOS DE MACROSCÓPICOS Y MICROSCÓPICOS POSITIVO SIENDO ESTOS RESULTADOS DE LA ESTIRPE EPITELIAL.

RELACION DE PACIENTES LAS CUALES TUVIERON ANTECEDEN
TES FAMILIARES POSITIVOS ONCOLOGICOS.-----

<u>ANTEC. FAMILIAR</u>	<u>EPITELIAL</u>		<u>RELACION FAMILIAR</u>
	<u>No. de</u> <u>Paciente.</u>	<u>P.</u>	
<u>CANCER DE ENDOMETRIO</u>	1/26	.03	MADRE
<u>CANCER HEPATICO Y - PULMONAR</u>	1/26	.03	MADRE
<u>CANCER DE OVARIO</u>	1/26	.03	HERMANA
<u>CANCER DE MAMA</u>	3/26	.11	MADRE, HERMANA, PRIMA.
<u>CANCER CERVICOUTERINO</u>	5/26	.19	MADRE, ABUELA- MATERNA.

NINGUNA PACIEN TE ESTIRPE HISTOLOGICA GERMINAL TUVO
ANTECEDENTES ONCOLOGICOS.

P.- Porcentaje.

CUADRO NO. 1

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

RANGOS DE EDAD DE LAS PACIENTES AL SER DETECTADAS
EN ELLAS EL CANCER DE OVARIO .

<u>ESTIRPE HISTOLOGICA</u>	<u>RANGOS DE EDAD</u>		<u>MEDIA DE LA</u>
	<u>Minima</u>	<u>Máxima</u>	<u>EDAD</u>
<u>EPITELIAL</u>	23 a.	74 a.	44.52 años
<u>GERMINAL</u>	17a.	34a.	25.5 a.

CUADRO NO. 2

RELACION DE LA MENARCA CON LAS ESTIRPES HISTOLOGICAS DEL CANCER DE OVARIO.

<u>MENARCA</u>	<u>EPITELIAL</u>		<u>GERMINAL</u>	
	<u>No. de</u> <u>Pacientes</u>	<u>P*</u>	<u>No. de</u> <u>Pacientes</u>	<u>P</u>
<u>10 años</u>	2/24	.08	1/2	.50
<u>11 años</u>	3/24	.12	-	-
<u>12 a.</u>	1/24	.04	-	-
<u>13 a.</u>	4/24	.16	-	-
<u>14 a.</u>	7/24	.29	1/2	.50
<u>15 a.</u>	5/24	.20	-	-
<u>Desconocidos</u>	2/24	.08	-	-
<u>TOTAL</u>	24		2	- 26

P* .- Proporción.

CUADRO NO. 3

RELACION DE LA PARIDAD CON LAS ESTIRPES HISTOLOGICAS
DEL CANCER DE OVARIO.-----

<u>PARIDAD</u>	<u>EPITELIAL</u>		<u>GERMINAL</u>	
	<u>No. de Pacientes</u>	<u>P*</u>	<u>No. de Pacientes</u>	<u>P</u>
<u>0</u>	4/24	.16	1/2	.50
<u>1</u>	3/24	.12	-	-
<u>2</u>	7/24	.29	-	-
<u>3</u>	4/24	.16	1/2	.50
<u>4 o más</u>	8/24	.33	-	-
<u>TOTAL</u>	24		2	= 26

P* .- Proporción.

CUADRO NO. 4

RELACION DE LOS FACTORES ESTUDIADOS EN PACIENTES
CON PERSISTENCIA DE ACTIVIDAD TUMORAL DETECTADA-
EN LA SEGUNDA LAPAROTOMIA. - - - - -

<u>FACTORES ESTUDIADOS</u>	PACIENTE No.1	PACIENTE No. 2
<u>EDAD</u>	36 años	23 años
<u>CIRUGIA INICIAL</u>	Incompleta	Incompleta
<u>LAPSO ENTRE la Y 2a CIRUGIA.</u>	2 años 6 meses	2 años 8, meses
<u>QUIMIOTERAPIA</u>	Melfalán	Melfalán
<u>No. DE CICLOS</u>	24	7
<u>ESTIRPE HISTOLOGICA</u>	EPITELIAL	EPITELIAL
<u>LAVADO PERITONEAL</u>	Negativo	Perdido
<u>ANTEC. FAM. ONCOLO GICOS.</u>	Negados	Negados
<u>PARIDAD</u>	1	4
<u>MENARCA</u>	14 años	14 años
<u>ESCOLARIDAD</u>	Primaria	Primaria
<u>CANCER PREVIO</u>	No	No.

CUADRO NO. 5

RELACION DE LOS FACTORES ESTUDIADOS EN PACIENTES QUE SE LE DETECTO CANCER DE OVARIO ESTIRPE HISTOLOGICA - "GERMINAL".

<u>FACTORES ESTUDIADOS</u>	<u>PACIENTE NO.1</u>	<u>PACIENTE No. 2</u>
<u>EDAD</u>	17 años	34 años
<u>CIRUGIA INICIAL</u>	Completa	Incompleta
<u>LAPSO ENTRE la Y 2a CIRUGIA.</u>	8 meses	9 meses
<u>QUIMIOTERAPIA</u>	Cis Platino	Cis Platino
<u>No. DE CICLOS</u>	4	6
<u>LAVADO PERITONEAL</u>	Negativo	Perdido
<u>ANTEC. FAM. ONCOLOGICO.</u>	Negados	Negados
<u>PARIDAD</u>	1	3
<u>MENARCA</u>	10 años	14 años
<u>ESCOLARIDAD</u>	Preparatoria	Profesional
<u>CANCER PREVIO</u>	No	No.

PERDIDO : NO SE ENCONTRO EL RESULTADO , PERO SI SE TOMO LA MUESTRA.

CUADRO NO. 6

CUADRO EN EL CAUL SE MUESTRA EL TRATAMIENTO QUE SE LES EFECTUO
A LAS PACIENTES CON CANCER DE OVARIO Y SUS RESULTADOS.

QUIMIOTERAPIA	NO. DE PA CIENTES.	NO. DE CICLOS RECIBIDOS.	SEGUNDA LAPAROTOMIA	
			Negativa	Positiva
Monodroga (Melfalán)	15	* 13.....24	13	2
Polidroga sin cis- platino ni Adriami- cina.	1	1..... 9	1	-
Polidroga con -- Adriamicina. **	3	1.....15 1..... 9 1..... 8	3	-
Polidroga con - Cis Platino.	2	1.....4 1.....6	2	-
Polidroga con Cis Platino y Adria- micina.	5	1.....9 1.....6 1.....36 2.....12	5	-
TOTAL	• 26		24	2 = 26

*. - No. de pacientes

** - se utilizó ciclofosfamida más adriamicina.

CUADRO NO. 2

CONCLUSIONES.

1.- ANTECEDENTES FAMILIARES ONCOLOGICOS.

EXISTEN VARIOS REPORTES EN LA LITERATURA MUNDIAL QUE DESCRIBEN A FAMILIAS DE MUJERES DE LA MISMA GENERACION O SUBSECUENTES GENERACIONES QUE DESARROLLAN NEOPLASIAS OVARIICAS SIMILARES O DE OTRAS ESTIRPES. ADEMÁS DE QUE EL CÁNCER DE COLÓN, MAMA, OTROS - - OCURREN MÁS FRECUENTEMENTE EN MIEMBROS MUJERES DE ESAS FAMILIAS AFECTADAS.

EN NUESTRO ESTUDIO REALIZADO ENCONTRAMOS CARACTERÍSTICAS SIMILARES A LAS MENCIONADAS ANTERIORMENTE (VER CUADRO No. 1).

2.- EDAD DE DETECCION DEL CANCER DE OVARIO.

NO ENCONTRAMOS DIFERENCIA SIGNIFICATIVA COMPARANDO NUESTRA POBLACION CON LA DESCRITA EN LA LITERATURA EN RELACION A ESTE PUNTO.

ESTADÍSTICA INTERNACIONAL:	40 A 60 AÑOS
HOSPITAL DE GINECOOBST.	
DR. LUIS CASTELAZO A.	35 A 60 AÑOS.

3.- MENARCA.

VARIOS REPORTES EN LA LITERATURA DESCRIBEN LA EDAD DE LA PRESENTACION DE LA MENARCA COMO UN FACTOR DEL RIESGO, O SEA A MENOR EDAD DE PRESENTACION DE LA MENARCA MAYOR RIESGO DE CÁNCER DE OVARIO.

NOSOTROS ENCONTRAMOS QUE 12 DE 26 PACIENTES (P.46) TUVIERON SU MENARCA A LOS 14 AÑOS. POR LOS DATOS ENCONTRADOS PARA NUESTRA POBLACION ESTE FACTOR NO-

TUVO EL VALOR SIGNIFICATIVO MENCIONADO ANTES.

4.- PARIDAD.

LA PARIDAD SE HA MENCIONADO COMO UNA INFLUENCIA PROTECTORA FUERTE CONTRA EL DESARROLLO DEL CÁNCER OVÁRICO, DESCRIBIENDOSE QUE LAS MUJERES QUE HAN TENIDO PARTOS - PRESENTAN UNA FRECUENCIA DE 30 A 60% MENOR QUE LAS MULTIPARAS.

EL 50% DE NUESTRA POBLACIÓN ESTUDIADA TENÍAN 4 O MÁS HIJOS, NO ENCONTRANDO ASÍ VALIDERO CONCEPTO MENCIONADO ANTERIORMENTE.

5.- CIRUGIA INICIAL.

LAS DOS PACIENTES QUE PRESENTARON SEGUNDA LAPAROTOMÍA - POSITIVA TUVIERON LAS CIRUGÍAS INCOMPLETAS. CON ESTOS RESULTADOS ENCONTRAMOS QUE ESTE FACTOR SI ES PRONÓSTICO PARA LA SEGUNDA LAPAROTOMÍA.

6.- ESTIRPE HISTOLÓGICA.

NUESTRA POBLACIÓN PRESENTÓ EL MISMO PORCENTAJE DE PRESENTACIÓN A LA REPORTA EN LA LITERATURA MUNDIAL:

ESTADÍSTICA INTERNACIONAL: EPITELIAL: 75 A 80%, GERMINAL 5%

HOSPITAL LUIS CASTELAZOS A: EPITELIAL 92.5% GERMINAL 7.4%

7.- QUIMIOTERAPIA.

LOS MEJORES RESULTADOS OBTENIDOS FUERON CON EL USO DE LA POLIDROGA, (VER CUADRO No. 7)

8.- SEGUNDA LAPAROTOMIA.

CORROBORAMOS LA UTILIDAD Y NECESIDAD DE ESTE PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO PARA UN MEJOR MANEJO DE LAS PACIENTES CON CÁNCER DE OVARIO.

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

- 1.- ROMMEY SL, GRAY M.J. ET AL. LOS OVARIOS EN: GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA "CUIDADOS INTEGRAL DE LA MUJER", 1A. ED. - BARCELONA, SALVAT ED. 1979: 1135.
- 2.- TESTUT L., LA TARJET A. LOS OVARIOS EN: TRATADO DE ANATOMÍA HUMANA 9A. ED. BARCELONA, SALVAT ED. 1971: 1170.
- 3.- BARBER HUGH. OVARIAN CÁNCER CA-A. CÁNCER JOURNAL FOR CLINICIANS. 1986:36:149.
- 4.- DI SAIA PHILLIP J. MANAGEMENT OF OVARIAN CARCINOMA EN:- PROFESSIONAL SERVICE BY FARMITALIA, CARLO ERBA ED.S.P.A. 1981:1
- 5.- KEAL E. ASBESTOSIS AND ABDOMINAL NEOPLASM. LANCET 1960:2: 1211.
- 6.- HILDRETH NG, KELSEY JI-, ET AL. ANCEPIDEMOLOGIC STUDY OF- EPITHELIAL CARCINOMA OF THE OVARY. AM. J. EPIDEMIOL.1981 114:398.
- 7.- BYERS T, MARSHALL ET AL. A CASE CONTROL STUDY OF DIETARY AND NON DIETARY FACTORS IN OVARIAN CANCER. J. NATL. CÁNCER IST. 1983:71; 681
- 8.- THE CENTERS FOR DISEASE CONTROL CANCER AND STEROID HORMONE STUDY ORAL CONTRACEPTIVE USE AND THE RISK OF OVARIAN - CÁNCER. JAMA 1983; 249; 1956.
- 9.- PIVER MS, BARLOW JJ, SAWYER DM. FAMILIAL OVARIAN CANCER - INCREASING IN FREQUENCY. OBSTET. AND GYNECOL 1982;60 ;397
- 10.- ZARATE A, CANALES E. CÁNCER DE OVARIO EN GINECOLOGÍA, LA ED.MÉXICO, MÉNDEZ CERVANTES ED.1982,393

- 11.- J. JOLLE CH. CÁNCER OVÁRICO: CALSIFICACIÓN HISTOGENÉTICA, GRADACIÓN HISTOLÓGICA, DIAGNÓSTICO, CLASIFICACIÓN POR ETAPAS Y EPIDEMIOLOGÍA. CLÍNICAS OBSTÉTRICAS Y GINECOLÓGICAS. Ed. 1985;4: 987.
- 12.- MUSUMECI R., BANFI A., ET AL. LYMPHANGIOGRAPHY IN PATIENTS WITH OVARIAN EPITHELIAL CÁNCER. CANCER 1977;40:1444
- 13.- TAYLOR WHARTON, CREIGHTON E, ET AL. TÉCNICAS QUIRÚRGICAS PARA LA CLASIFICACIÓN POR ETAPAS Y CIRUGÍA CITORREDUCTORA. OBSTET. Y GINECOL. 1985:4:1004.
- 14.- GERSHENSON DAVID, COPELAND J., ET AL. PROGNOSIS OF SURGICALLY DETERMINED COMPLETE RESPONDERS IN ADVANCED OVARIAN-CÁNCER. CÁNCER 1985;55:1129.
- 15.- PODRATZ KARL, MALKASIAN GEORGE ET AL. SECOND LOOK LAPARATOMY IN OVARIAN CANCERE: EVALUATION OF PATHLOGIC VARIABLES. Am. J. OBSTET. AND GYNECOL. 1985;152:230.
- 16.- STUART G. JEFFRIES M. ET AL. THEN CHMAGING ROLE OF SECOND - LOOK LAPARATOMY IN THE MANAGEMENT OF EPHITELIAL CARCINOMA - OF THE OVARY. Am. J. OBSTET. AND GYNECOL. 1982;142:612.
- 17.- SMITH JULIÁN, DELGADO GREGORIO, RUTLEDGE FÉLIX. SECOND LOOK OPERATION IN OVARIAN CARCINOMA. CÁNCER 1976;38:1438.
- 18.- SCHWARTZ PETER. CURRENT STATUS OF THE SECOND LOOK OPERATION IN OVARIAN CÁNCER. CLIN. IN OBSTET. AND GINECOL. 1983;10:2:245.
- 19.- COPELAND LARRY. LAPARATOMÍA PARA SEGUNDA OBSERVACIÓN EN EL-CARCINOMA OVÁRICO CLIN. OBSTET. Y GINECOL. 1985;4:1023
- 20.- BEREK J. SECOND LOOK LAPARATOMY IN STAGE III EPITELIAL OVARIAN CÁNCER: CLINICAL VARIABLES ASSOCIATED WITH DISEASE STA

TUS, OBSTET. AND GYNECOL. 1984;64:207.

- 21.- COPELAND LARRY, GERSHENSON DAVID, ETA AL. MICROSCOPIO DISEASE AT SECOND LOOK LAPARATOMY IN ADVANCED OVARIAN CÁNCER. CÁNCER 1985; 55:472.
- 22.- EDWARDS CL. A. PROSPECTIVE RANDOMIZED CLINICAL TRIAL- OF MELPHALA AND CIS PLATINUM VERSUS HEXAMETHYLMELAMI- NE, ADRIAMCY AND CYCLOPHOSPHAMIDE IN ADVANCED OVARIAN CANCER. GYNECOL ONCOL. 1983;15:261
- 23.- BEREK J., KNAPP ROBERT, MALKASIAN G. CA 125 SERUM NI- VELS CORRELATED WITH SECOND LOOK OPERATION AMONG OVA- RIAN CÁNCER PATIENTS. OBSTET. AND GYNAECOL.1986;67:- 685.
- 24.- ESTAPÉ J., BASES FARMACOLÓGICAS Y APLICACIÓN CLÍNICA - DE LOS CITOSTÁTICOS EN GINECOLOGÍA EN: AVANCE EN GINE- COLOGÍA Y OBSTETRICIA. BARCELONA 1977:1
- 25.- GONZÁLEZ MERLO, BURZACO I. QUIMIOTERAPIA DEL CÁNCER GE NITAL, PERSPECTIVA EN: AVANCES EN GINECOLOGÍA Y OBSTE- TRICIA. BARCELONA SALVAT Ed, 1977.
- 26.- MALKASIAN G. JR. QUIMIOTERAPIA DEL CARCINOMA DE OVARIO REFERIDA A TODOS LOS ESTADIOS DE LA ENFERMEDAD EN: AVAN CES EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA. BARCELONA SALVAT Ed, 1977: