

11209  
2 y 121



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO**

**HCSCN de Petroleos Mexicanos**

**Carcinoma de Ovario. Experiencia en el HCSCN.  
Importancia del tratamiento Quirúrgico**

**T E S I S**

**que para obtener el título de la especialidad de  
CIRUGIA GENERAL  
presenta**

**DR. ARTURO RUIZ CRUZ**



**Cd. de México, D. F.  
Feb./88**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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 esta 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

Resumen	-----	-----
Introducción	-----	1
Objetivos	-----	4
Material y Métodos	-----	5
Resultados	-----	6
Discusión	-----	32
Conclusión	-----	34
Bibliografía	-----	36

## R E S U M E N

Se estudiaron 35 expedientes de pacientes en el servicio de oncología con el diagnóstico de cáncer de ovario en el HCSCN, del mes de agosto de 1984 a diciembre de 1987.

Es la tercera causa de enfermedad maligna de la mujer en nuestro medio. Se incidencia mayor entre los 50 y 70 años de edad ( 57 % ). El cuadro clínico se caracterizó por síntomas gastrointestinales y masa intraabdominal. El promedio del tiempo de evolución fue de 7 meses. De acuerdo a la OMS el tumor más frecuente fue de origen epitelial ( 85.7 % ). Se encontró error diagnóstico de ingreso en el 45.7% . Los estadios III y IV fueron los más frecuentes ( 74% ). 18 pacientes ( 51.4% ) se sometieron a cirugía completa. (13 pacientes ( 72.2% ) se encuentran sin evidencia de actividad tumoral. Con una supervivencia de 30 meses). 17 pacientes ( 48.5% ) fueron operados en forma parcial, (14 pacientes ( 82.3% ) tienen actividad tumoral con una supervivencia de 15 meses). Se realizó segunda revisión operatoria a 12 pacientes ( 34.2% ), 10 pacientes ( 83.3% ) sin evidencia de actividad tumoral.

En un 8,5% de las pacientes se asoció a cáncer de mama.

El manejo quirúrgico completo es parte esencial en el tratamiento inicial del cáncer de ovario. El cirujano general debe estar capacitado para llevar a cabo el manejo quirúrgico idóneo sin causar daño. Se requiere de un manejo multidisciplinario y el estudio bajo un protocolo.

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

En nuestro medio el cáncer de ovario ocupa el tercer lugar de frecuencia de las neoplasias malignas de la mujer en nuestro medio hospitalario.

Sin embargo no contamos con estudios completos que nos proporcionen los datos sobre el comportamiento de esta enfermedad en la población mexicana; de esto nace el interés de conocer la experiencia que se tiene de esta patología en los primeros tres años del HCSCN de Petroleos Mexicanos.

### Generalidades:

En la literatura publicada recientemente se menciona que el cáncer de ovario se asocia a alteraciones en la función endócrina; al carcinoma de mama, compartiendo con este factores etiológicos comunes, se ha relacionado con a factores genéticos, con sustancias como el talco y el asbesto, y que se presentan con más frecuencia con mujeres de baja paridad y en las que tienen disfunción ovárica como infertilidad o irregularidades menstruales.

### Patogenia:

Los carcinomas epiteliales del ovario que son los más frecuentes parecen que tienen un origen común partiendo del estrato mesotelial seroso de las gónadas se diseminan primariamente por implantación en superficie o por vía linfática siendo rara la vía hematogena.

El mecanismo más común de expansión es por continuidad y por diseminación intraperitoneal. La peristalsis intestinal, la presión intraabdominal y la respiración se cree que puedan ser los responsables de la diseminación a la superficie inferior del diafragma principalmente del lado derecho y continuar su diseminación linfática.

La formación de ascitis parece relacionarse con una lesión del drenaje linfático, la red linfática del ovario constitu-

ye una vía de diseminación, terminando en los ganglios paraaórticos, de los órganos genitales el útero es el lugar de afectación más frecuente, las trompas de Falopio afectadas por probable extensión directa y el ovario contralateral.

#### Tipo Histológico:

La clasificación según la OMS y la FIGO que se adoptó para los tipos histológicos se agrupo en tres tipos de tumores : epiteliales comunes, mesenquimatosos y tumores de las células germinales. El grado de diferenciación de los cánceres epiteliales grado histológico parece ser un importante factor pronóstico independiente.

#### Diagnóstico:

La mayoría de los carcinomas ováricos son - asintomáticos al principio de su evolución, presentando una variedad de síntomas en las etapas tardías, dificultando su diagnóstico. Es importante en la evaluación de una paciente sus antecedentes familiares y su historia, ginecológica se debe realizar una exploración detallada incluyendo ganglios regionales y a distancia, mamas y examen abdominal. El examen pélvico constituye el mejor método para evaluar la existencia de una probable masa ovárica maligna. Una masa sólida mayor de 5 a 10 cms. es altamente sospechosa, así como un ovario palpable en una mujer postmenopáusicas. Por eso el examen bimanual y rectal nos determina el estado de los anexos. La citología vaginal y cervical no son útiles en el cáncer de ovario así como la culdocentesis no ha demostrado ser importante en la detección precoz del cáncer de ovario. El ultrasonido puede ser de gran ayuda en la detección y presencia de masas pélvicas - diferenciando masas sólidas de quísticas o para detectar ascitis. La Tac nos puede ayudar en la definición clara de metástasis de masas abdominales y/o pélvicas o cuando el ultrasonido es

imposible de realizar.

#### Clasificación por estadios quirúrgicos:

El tratamiento quirúrgico inicial constituye la piedra angular en el tratamiento de estas pacientes, el cirujano debe tener en mente: que la incisión debe ser vertical; y de longitud apropiada para una buena exploración abdominal; describir la localización de la diseminación; los diámetros del tumor residual; mayor o menor a 2 cms. en cualquier localización y el porcentaje de enfermedad residual; la cantidad y característica de la ascitis y tomar muestra para estudio citológico; determinar el estado de la cápsula del tumor; en caso de que no haya ascitis realizar un lavado peritoneal con 200 mls. de suero salino y hacerlos circular por 5 mins. antes de la aspiración; de inicio explorar cuidadosamente el abdomen superior y en especial del diafragma derecha; la biopsia de todo nódulo hepático; inspección del epiplón; inspeccionar gotefas paracólicas; el tubo digestivo; fondo de saco; unión rectosigmoidea; peritoneo pélvico. Revisar la toma de biopsias de cualquier lesión sospechosa, peritoneo pélvico ( tres biopsia ) peritoneo de fondo de saco, correderas parietocólicas, superficie inferior del hemidiafragma derecho, epiplón y ganglios paraaórticos en algunos casos. Conocer la importancia de la cirugía citoreductiva en relación al tiempo de sobrevida, todo esto aunado a un tratamiento médico ideal. Es importante saber que si en la operación inicial no se efectuó una correcta evaluación es necesario una reoperación en nuestro medio por laparatomía exploradora.

Mi interés al realizar este estudio es de que todo cirujano general tenga presente esta enfermedad estudiadas bajo un protocolo para mejorar la calidad de vida de nuestras pacientes .

## O B J E T I V O S

El carcinoma de ovario es la tercera causa más frecuente de neoplasia maligna en la mujer encontrado en nuestro medio; por lo que decidimos revisar los expedientes de las pacientes con cáncer de ovario persiguiendo los siguientes objetivos;

### 1. - Conocer:

- a). - La experiencia que se tiene en el tratamiento del carcinoma de ovario en el HCSCN.
- b). - el no. de casos con diagnóstico comprobado.
- c). - El cuadro clínico de presentación y el tiempo de evolución.
- d). - El promedio de edad más frecuente.
- e). - El tipo histológico.
- f). - El diagnóstico de ingreso.
- g). - El tratamiento quirúrgico realizado fuera de esta Unidad.
- h). - El tratamiento quirúrgico realizado en este Servicio.
- i). - La clasificación por estadios.
- j). - El tipo de complicaciones quirúrgicas.
- k). - La importancia de la 2a. revisión operatoria y el lavado peritoneal.
- l). - La existencia de enfermedad residual y en que pacientes se presentó.
- m). - El tiempo de supervivencia de acuerdo al tratamiento quirúrgico y enfermedad residual.

- 2. - Comparar los resultados quirúrgicos realizados fuera y dentro de la Unidad.
- 3. - La importancia que tiene el cirujano general y el ginecologo en la primera intervención quirúrgica.
- 4. - Que las pacientes que ingresan a esta Unidad con diagnóstico probable o de certeza de ca. de ovario sean estudiadas bajo un protocolo integral.

## MATERIAL Y METODOS

El presente estudio se realizó en el HCSCN de Petroleos Mexicanos, del mes de agosto de 1984 a diciembre de 1987. Se revisaron 35 expedientes de pacientes del servicio de oncología con diagnóstico histopatológico de carcinoma de ovario. Se excluyeron aquellos casos que no contaban con expediente clínico; con patología de ovario secundario a metástasis y aquellos con carcinomatosis de primario desconocido.

Se determinó en que edades es más frecuente el cáncer de ovario. El tiempo de evolución y cuadro clínico desde su inicio hasta el momento del diagnóstico. Se utilizó la clasificación histológica de tumores malignos de ovario aceptada por la OMS. El tratamiento quirúrgico fue evaluado en 6 grupos: A). Cirugía completa en el HCSCN; B). Cirugía completa fuera de esta unidad; C). Cirugía parcial dentro del hospital; D). Cirugía parcial fuera de esta unidad; E). reoperados en forma completa; y F). reoperados en forma parcial. Los criterios para definir la cirugía completa fueron: salpingooforectomía bilateral, hysterectomía, omentectomía y exeresis de los posibles implantes que se hubieran encontrado durante el acto quirúrgico, realizándose sólo salpingooforectomía e hysterectomía en los casos que no existía enfermedad macroscópica. La cirugía parcial o incompleta fué cuando se realizó uno de los procedimientos quirúrgicos. Se determinaron los estadios quirúrgicos. Se reportan las complicaciones quirúrgicas fuera y dentro del servicio. Se define al second look: como segunda revisión operatoria. Se realizó para valorar el resultado al tratamiento quirúrgico y médico de la enfermedad y que no presentan evidencia clínica de actividad tumoral. Se compara y evalúan los resultados de los diferentes procedimientos quirúrgicos, la enfermedad residual y el tiempo de sobrevida.

## R E S U L T A D O S

Se revisaron 60 casos de pacientes con diagnóstico de neoplasia maligna de ovario que ingresaron al servicio de oncología de este hospital comprendidos entre el periodo de agosto de 1984 a diciembre de 1987. Se descartaron 25 casos por los siguientes motivos: no contar con expediente clínico; por patología de ovario secundaria a metastasis ; y por enfermedad benigna del ovario; y por carcinomatosis de primario desconocido. De los 35 expedientes completos se obtuvieron los siguientes resultados:

## Edad:

Se presentó entre los 13 y 84 años, la mayor incidencia fué entre los 50 y los 70 años - 20 pacientes ( 57% ). El promedio de edad fué de 50 años; 9 pacientes ( 8.8% ) se encontraban en edad fértil. ( cuadro 1 )

## Cuadro clínico:

Los síntomas en orden de frecuencia fueron: gastrointestinales 13 pacientes ( 37.1% ); dolor abdominal 12 pacientes ( 34.2 % ); ataque al estado general 10 pacientes ( 28.5 % ); urinarios 4 pacientes (11.4% ).

Los signos más frecuentes fueron: masa abdominal 12 pacientes ( 34.2% ); aumento del volumen abdominal 8 pacientes ( 22.8% ); - trastornos menstruales 7 pacientes ( 20% ); derrame pleural 2 pacientes ( 5.7% ); y edema de miembros pélvicos 1 paciente ( 2.8% ). ( cuadro 2 )

## Tiempo de evolución:

Desde el inicio del cuadro clínico hasta el momento de su diagnóstico fué un promedio de 7 meses aproximadamente, con un mínimo de 15 día y un máximo de 36 meses.

### Tipo histológico:

La estirpe más frecuente es: tumores epiteliales 30 pacientes (85.6%); seguidos en orden de frecuencia de tumores mesenquimatosos y células de la granulosa 3 pacientes - ( 8.5% ) y tumores de células germinales - 2 pacientes ( 5.7% ).

Dentro de los tumores epiteliales el más frecuente fué el cistoadenocarcinoma seroso 24 pacientes ( 80% ). ( cuadro 3 )

### Diagnóstico de ingreso al servicio:

De certeza 9 pacientes ( 25.7% ), de probabilidad a cáncer de ovario 10 pacientes ( - ( 28.5% ); de enfermedad benigna de ovario- 7 pacientes (20%); y con otros diagnósticos 9 pacientes ( 25.7% ). ( cuadro 4 ).

### Estadio:

De acuerdo a la FIGO fueron clasificadas las pacientes con los siguientes halazgos: estadio Ia - 2 pacientes; estadio Ib- 3 pacientes, estadio Ic- 1 pacientes, para un total de 6 pacientes ( 17.1% ); en estadio IIa- 3 pacientes ( 8.5% ); en estadio III- 22 pacientes ( -- ( 62.8% ) y estadio IV- 4 pacientes ( 11.4% ). ( cuadro 5 )

### Complicaciones quirúrgicas:

La complicación más frecuente fuera del hospital: fué ruptura del tumor 4 pacientes - ( 22.2% ), seguidad de perforación de viscera hueca ( 5.5% ). La complicación más frecuente : perforación de viscera hueca 2 pacientes ( 6.06% ), infecciones de la herida ( 6.06% ), lesión de uretero 1 paciente -- ( 3.03% ). En una segunda revisión operatoria 1 paciente presentó perforación de viscera hueca , evisceración y absceso subfrénico bilateral. El porcentaje de complicaciones quirúrgicas fuera del hospital es de 27.7% ( 5 - pacientes ). En este servicio es de 16.5% - ( 5 pacientes ). ( cuadro 5 ).

### Tratamiento quirúrgico:

Los tratamientos quirúrgicos los dividimos en 6 grupos para su estudio.

Grupo 1: Corresponde a pacientes que fueron enviadas sin ningún tratamiento en su lugar de adscripción y que fueron sometidas a tratamiento quirúrgico completo en esta unidad.

Grupo 2: Se trata de pacientes en las que se les realizó cirugía completa fuera de esta unidad enviándose para su control y manejo complementario.

Grupo 3 : está formado por pacientes que se sometieron a cirugía parcial en este servicio - por los hallazgos transoperatorios en la mayoría de los casos que se especifican más adelante.

Grupo 4: Son pacientes tratadas con cirugía - parcial fuera de la unidad por causas que se comentaran posteriormente.

Grupo 5 y 6: Son pacientes reoperadas en esta unidad en forma completa y parcial de acuerdo a los hallazgos transoperatorios que adelante se mencionan. ( cuadro 7 )

Grupo 1: Formado por 8 pacientes ( 22.8% ), las cuales se sometieron a salpingooforectomía bilateral e hysterectomía; de estas en 5 ( 62.5% ) se les realizó omentectomía y en una ( 12.5% ) detumorcación por la evidencia de enfermedad macroscópica. Actualmente 7 pacientes ( 87.5% ) - se encuentran sin evidencia de enfermedad residual, 5 de ellas ( 71.4% ) por clínica y 3 de ellas ( 42.8% ) sin evidencia de enfermedad residual por segunda revisión operatoria y lavado peritoneal negativo. Con una moda de supervivencia de 30 meses. ( cuadro 8 )

Grupo 2: Lo forman 3 pacientes ( 8.5% ), en las que se realizó salpingooforectomía bilateral, hysterectomía y omentectomía, en una paciente se realizó además apendicectomía y biopsia hepática. 2 pacientes (66.6% ) se encuentran sin enfermedad residual por segunda revisión operatoria y lavado peritoneal negativo, 1 paciente ( 33.3% ) con enfermedad residual clínica. Sobrevivida 35 m. ( cuadro 9 ).

Grupo 3: Está formado por 9 pacientes ( 25.7%) a 5 de ellas ( 55.5% ) se les practico salpingooforectomía unilateral o bilateral, 3 pacientes - ( 33.3% ) con sólo laparatomía exploradora y a dos de ellas biopsia; 1 paciente ( 11.1% ) con detumoración incompleta.

Todas las pacientes ( 100% ) tenían enfermedad residual.

Las causas de cirugía incompleta fueron: carcinomatosis 7 pacientes ( 77.7% ); 1 paciente bajo tratamiento médico y 1 paciente falleció.

La sobrevida es de 10 meses. ( cuadro 10 )

Grupo 4: Formada por 2 pacientes ( 5.7% ) que se sometieron a laparatomía exploradora; 1 paciente a salpingooforectomía bilateral otra a biopsia. Las dos se encuentran con enfermedad residual clínica. La causa de cirugía parcial = fue la carcinomatosis. Sobrevida promedio 27 m. ( cuadro 11 ).

Grupo 5: Formado por 7 pacientes ( 20% ) a las cuales se les completó su cirugía con salpingooforectomía unilateral o bilateral, dependiendo de la cirugía previa; a 5 pacientes ( 71.4 ) se les realizó histerectomía; a las 7 pacientes ( 100 % ) se les realizó omentectomía ; y a 3 ( 42.8% ) omentectomía; En el caso de las salpingooforectomía se les realizó a 6 pacientes ( 85.7%

Actualmente 5 pacientes ( 71.4% ) se encuentran sin enfermedad residual; 2 pacientes por clínica y 3 pacientes por segunda revisión operatoria; 2 pacientes ( 28.5 % ) con actividad tumoral, por clínica y por segunda revisión operatoria. El tiempo de sobrevida es de 41 m en promedio. ( cuadro 12 ).

Grupo 6: Integrado por 6 pacientes ( 17.1% ) siendo realizadas en esta unidad laparatomía exploradora 5 ( 83.3% ), dos de ellas con biopsia, 1 paciente se le completó la salpingooforectomía bilateral. El 50% se encuentra con actividad residual. Las causas de cirugía parcial fueron 3 carcinomatosis; 2 por edad y 1 abandono de tx. El promedio de sobrevida fue de 19m. ( cuadro 13)

\*detumoración

### Segunda revisión operatoria:

Se les efectuó a 12 pacientes ( 34.2% ), con los siguientes resultados: 8 pacientes ( 66.6% ) sin evidencia de enfermedad residual, cirugía completa previa. 2 pacientes ( 16.5% ) sin enfermedad residual, con cirugía parcial previa. 1 paciente con enfermedad residual ( 8.3% ), y cirugía completa previa. 1 paciente con enfermedad residual y cirugía parcial previa ( 8.3% ). ( cuadro 14 )

### Tratamiento quirúrgico y tiempo de sobrevida:

Los pacientes sometidos a tratamiento quirúrgico completo fueron 18 pacientes ( 51.4% ) 13 de ellas ( 72.2% ) sin evidencia de enfermedad residual, con una sobrevida de 30 meses. Las otras 5 pacientes ( 27.7% ) tenían enfermedad residual con una sobrevida de 34 meses.

Las pacientes sometidas a tratamiento quirúrgico parcial fueron 17 pacientes ( 48.5% ). 3 de ellas ( 17.7% ) no tenían enfermedad residual, con una sobrevida de 19 meses, las otras 14 pacientes ( 82.3% ) tenían enfermedad residual con una sobrevida de 15 meses. ( cuadro 15 ). ( gráfica 1 ).

### Tratamiento quirúrgico y enfermedad residual:

8 pacientes fueron operadas en forma completa dentro de esta unidad, 6 de ellas ( 75% ) sin evidencia de enfermedad residual, 2 pacientes ( 25% ) con enfermedad residual. 3 pacientes se operaron en forma completa fuera del hospital, 2 pacientes ( 75% \*) sin enfermedad residual, y 1 paciente ( 35% \*) con enfermedad residual. ( gráfica 2 )

9 pacientes sometidas a cirugía parcial en este servicio presentaron evidencia de enfermedad residual ( 100% ). 2 pacientes fueron tratadas en forma parcial fuera de la unidad, con evidencia de enfermedad residual ( 100% ). ( gráfica 3 ).

\*2 pacientes . 66.6%  
\*1 paciente . 33.3%

7 pacientes se reoperaron en forma completa en esta unidad, 5 pacientes ( 71% ) sin enfermedad residual, 2 pacientes ( 29% ) con enfermedad residual. 6 pacientes se reoperaron en forma parcial 3 pacientes ( 50% ), sin actividad de enfermedad y 3 pacientes ( 50% ) con enfermedad residual. ( gráfica 4 ) C cuadro 16 ).

33 pacientes de nuestro estudio fueron sometidas a algún tipo de tratamiento quirúrgico en esta unidad ( 94.2% ).

17 pacientes tenían ascitis en el momento de la cirugía.

En 3 pacientes ( 8.5% ) se encontró la asociación con cáncer de mama.

E D A D

	Pacientes	Porcentaje
Menos de 20	3	8.5%
20 - 29 .	1	0.28%
30 - 39	5	14.2 %
40 - 49	5	14.2 %
50 - 59	10	28.5 %
60 - 69	10	28.5 %
más de 70	1	0.28%

Promedio

50 años.

cuadro 1

S I N T O M A S

	Pacientes	Porcentaje
Síntomas gastrointestinales	13	37.1%
Dolor Abdominal	12	34.2%
Ataque al Estado General	10	28.5%
Síntomas Urinarios	4	11.4%

S I G N O S

	Pacientes	Porcentaje
Masa Abdominal	12	34.2%
Aumento del Vol. Abdominal	8	22.8%
Transtornos Menstruales	7	20.0%
Derrame Pleural	2	5.7%
Edema de Miembros Pélvicos	1	2.8%

cuadro 2

## CLASIFICACION DE LOS TUMORES DE OVARIO.

	Pacientes	Porcentaje
Tumores Epiteliales	30	85.7%
Tumores Mesenquimatosos y C. de la Granulosa.	3	8.5%
Tumores de C. Germinales.	2	5.7%

14

### Hallazgos dentro de la clasificación de Tumores Epiteliales.

	Pacientes	Porcentaje
Cistoadenocarcinoma seroso.	24	80.%
Cistoadenocarcinoma Mucinoso.	2	6.8%
Ca. Endometrial.	1	3.4%
Ca. De Células Claras.	2	6.8%
Tumor de Brenner Maligno	1	3.5%

cuadro 3

## DIAGNOSTICO DE INGRESO AL HCSCN

	Pacientes	Porcentaje
De certeza de Ca. de Ovario	9	25.7%
De probable Ca. de Ovario	10	28.5%
De enfermedad Benigna de Ovario	7	20.0%
Orros Diagnósticos	9	25.7%

cuadro 4

## CLASIFICACION POR ESTADIOS

	Pacientes	Porcentaje
1	6	17.1%
11	3	8.5%
111	22	62.8%
IV	4	11.4%

16

cuadro 5.

## COMPLICACIONES QUIRURGICAS

Tipo	HCSCN	%	Foraneo	%
Perforación viscera hueca.	2	6.06	1	5.5
Ruptura del tumor.	0	0	4	22.2
Infección de la herida qx.	2	6.06	0	0
Lesión de uretero.	1	3.03	0	0

17

\* En una segunda revisión operatoria 1 paciente presentó perforación de viscera hueca, evisceración y abscesos subfrénicos bilaterales.

cuadro 6

## TRATAMIENTOS QUIRURGICOS

	Pacientes	Porcentaje
Cirugia Completa en el HCSCN	8	22.8%
Cirugia completa fuera de la Unidad	3	8.5%
Cirugia Parcial en el HCSCN	9	25.7%
Cirugia Parcial fuera de la Unidad	2	5.7%
Reoperaciones Completas	7	20.0%
Reoperaciones Parciales	6	17.1%

cuadro 7

CIRUGIA COMPLETA EN EL HCSCN

Tipo	Enfermedad Residual	Supervivencia
sObHo	NEAT (sl- y lp-)	36 m
sObH	NEAT clínica	30 m
sObHo	NEAT clínica	25 m
sObHoD	NEAT clínica	4 m
sOb H	NEAT (sl- y lp-)	20 m
sObHo	NEAT (sl - )	9 m
sObH	AT clínica	31 m
sObH	NEAT clínica	12 m

19

sOb=salpingooforectomía bilateral; H= Histerectomía; o=omentectomía; D=detumoración; NEAT= no evidencia de actividad tumoral; AT=actividad tumoral; sl=segunda revisión operatoria y lp= lavado peritoneal.

cuadro 8

## CIRUGIA COMPLETA FUERA DE LA UNIDAD

Tipo	Enfermedad Residual	Supervivencia
sObHo	AT clínica	39 m
sObHoDA+Biopsia Hepática	NEAT (sl -)	31 m
sObHo	NEAT (sl- y lp-)	35 m

20

sOb=salpingooforectomía bilateral; H=Histerectomía; o=omentectomía; D=detumoración; A=apendicectomía; NEAT=no evidencia de actividad tumoral; AT=actividad tumoral; sl=segunda revisión operatoria y lp=lavado peritoneal.

cuadro 9

CIRUGIA INCOMPLETA EN EL HCSCN

Tipo	Enfermedad Residual	Causa	Supervivencia
sOb o D	AT clínica	carcinomatosis	20 m
LEB	AT clínica	carcinomatosis	13 m
Di o	AT clínica	carcinomatosis	5 m
LEB	AT clínica	carcinomatosis	3 m
sOi d	AT clínica	carcinomatosis	17 m
sOb B	AT clínica	carcinomatosis	21 m
LE	AT clínica	carcinomatosis	2 m
sOb	AT clínica	Quimioterapia	7 m
sOd	AT clínica	muerte	3 m

21

sOb=salpingooforectomía bilateral; sOi= salpingooforectomía izq.;  
sOd=salpingooforectomía derecha; D=detumoración; LE=Laparatomía  
exploradora; B=biopsia; AT= actividad clínica.

cuadro 10

CIRUGIA INCOMPLETA FUERA DE LA UNIDAD

Tipo	Enfermedad Residual	Causa	Supervivencia
LEB	AT clfnica	carcinomatosis	6 m
sOb	AT clfnica	carcinomatosis	48 m

22

LE=laparatomfa exploradora; B=biopsia; sOb=salpingooforectomfa bi-lateral; AT= actividad tumoral.

## REOPERACIONES COMPLETAS

Foraeno +	Tipo Local	Enfermedad Residual	Supervivencia
sOd	sOiHo	NEAT (sl- y lp -)	153 m
LEB	sObHoD	NEAT (sl- y lp -)	27 m
sObH	o	AT (sl +y lp +)	21 m
sOi	sOdHo	NEAT (sl -)	16 m
sOd	sOiHoD	NEAT clínica	15 m
sOi H	sOdo	NEAT clínica	8 m
sOi	sOdHoD	AT clínica	48 m

23

sOd=salpingooforectomfa derecha; sOi=salpingooforectomfa izquierda; LE= laparatomfa exploradora; B= biopsia; sOb=salpingooforectomfa - bilateral; H=histerectomfa; o=omentectomfa; D=detumoración; NEAT= no evidencia de actividad tumoral; AT=actividad tumoral; sl=segunda revisión operatoria y lp=lavado peritoneal.

cuadro 12

## REOPERACIONES PARCIALES

TIPO				
Foraneo	local	Enfermedad residual	causa	supervivencia
sOio	sOd	NEAT clínica	abandono tx.	10 m
LE	LEB	AT clínica	carcinomatosis	16 m
sOd	LE	NEAT (sl- y lp+)	Edad	36 m
Dincompleta	LE	AT (sl+ y lp+)	Carcinomatosis	34 m
LE	LEB	AT clínica	carcinomatosis	7 m
sOd y cuña Oi	LE	NEAT (sl-)	Edad	12 m

24

sOi= salpingooforectomía ovario izq.; sOd=salpingooforectomía ovario derecho; LE=laparatomía exploradora; B=biopsia D=detumoración; NEAT= no evidencia de actividad tumoral; AT= actividad tumoral; sl=segunda revisión operatoria; lp= lavado peritoneal.

cuadro 13

SEGUNDA REVISION OPERATORIA

Pacientes	Enfermedad Residual	Cirugia	Porcentaje
8	NEAT	C	66.6%
2	NEAT	P	16.6%
1	AT	C	8.3%
1	AT	P	8.3%

25

NEAT- no evidencia de actividad tumoral; AT= actividad tumoral;  
 C- cirugia completa; P= cirugia parcial o incompleta.

cuadro 14

TRATAMIENTO QUIRURGICO

Y

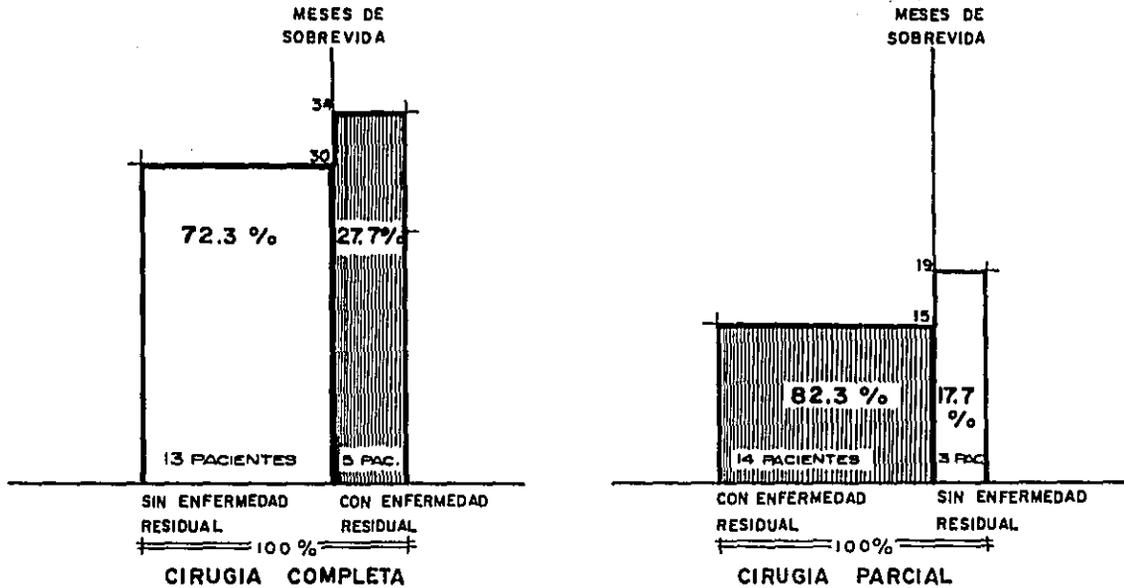
TIEMPO DE SOBREVIDA

	Completo			Parcial		Sobrevida
	Pacientes	%	sobrevida	Pacientes	%	
NEAT	13	72.2	30 m	3	17.7	19 m
AT	5	27.7	34 m	14	82.3	15 m

26

cuadro 15

GRAFICA No. 1



27

TIEMPO DE SOBREVIDA

## ENFERMEDAD RESIDUAL

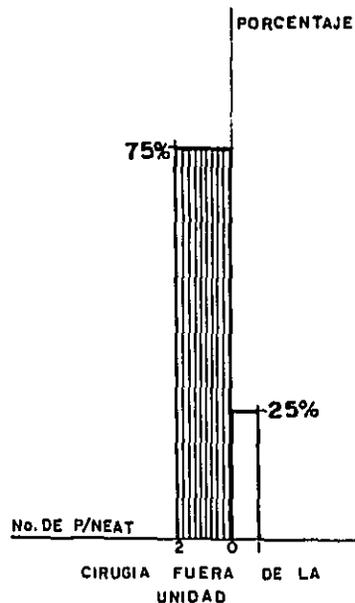
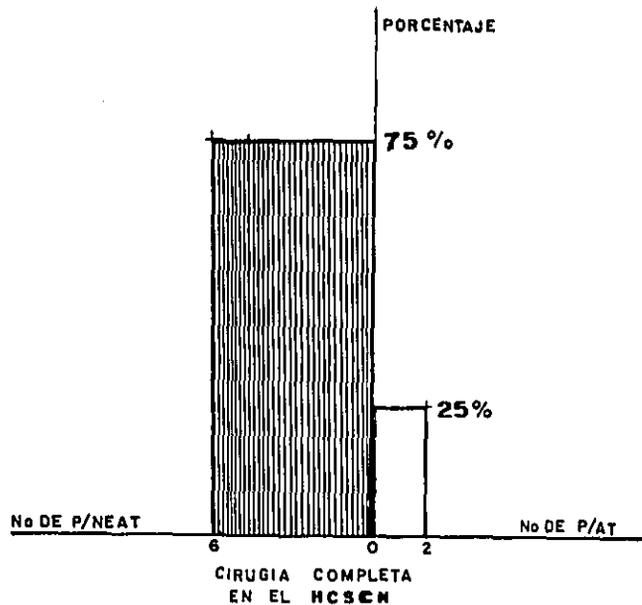
Cirugía	P/NEAT	porcentaje	P/AT	Porcentaje
completa en el HCSCN	6	75%	2	25%
completa fuera de la Unidad.	2	75%	1	25%
Parcial en el HCSCN			9	100%
Parcial fuera de la Unidad			2	100%
Reoperados completos	5	71%	2	29%
Reoperados parciales	3	50%	3	50%

28

P/NEAT= paciente con no evidencia de actividad tumoral;  
P/AT = paciente con actividad tumoral.

cuadro 16

GRAFICA No 2

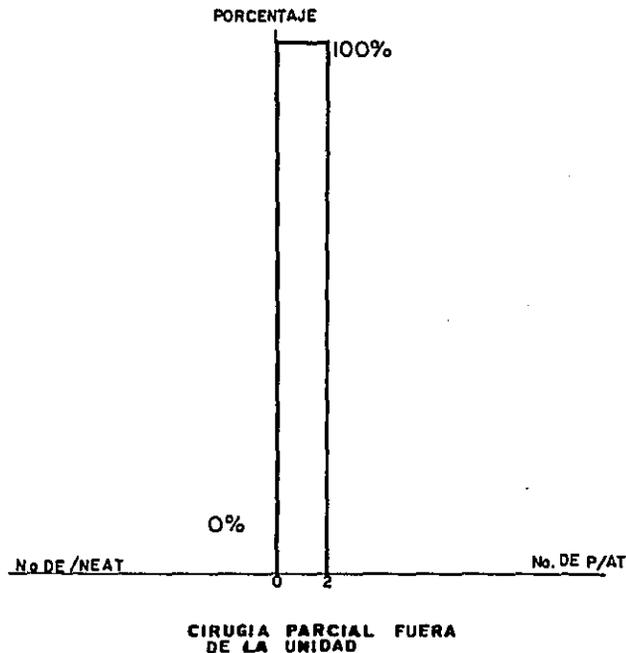
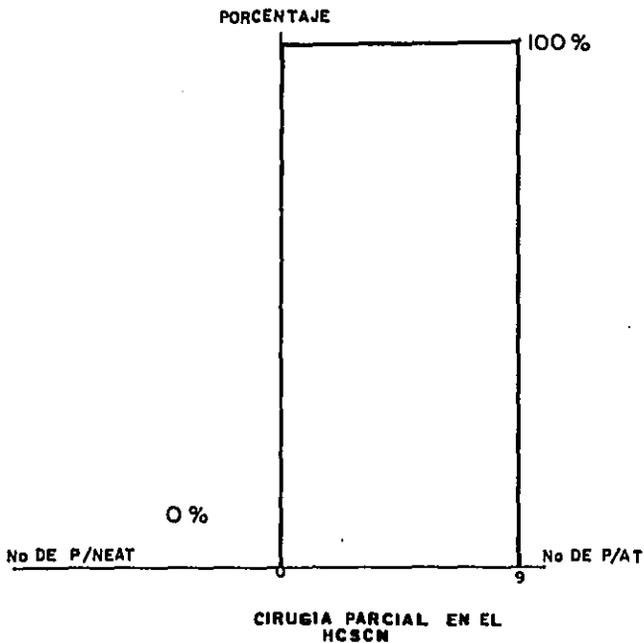


P/NEAT = Paciente con no evidencia de actividad tumoral  
P/AT = Paciente con actividad tumoral

## CIRUGIA COMPLETA Y ENFERMEDAD RESIDUAL

29  
ESTA TESIS  
NO DEBE  
SALIR DE  
BIBLIOTECA

GRAFICA No 3

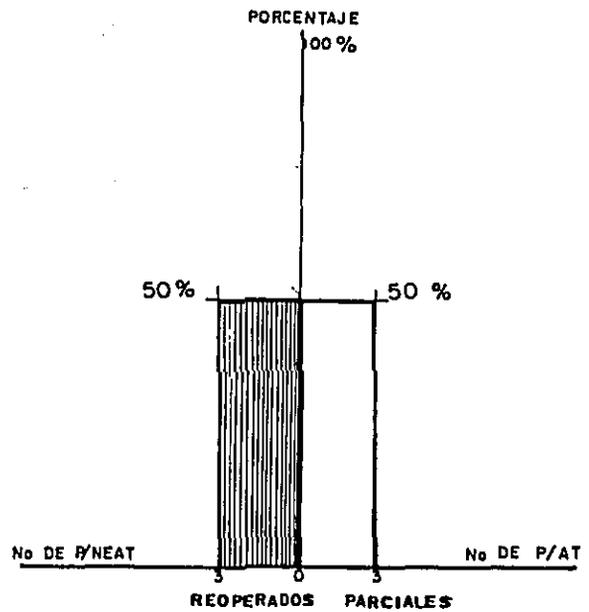
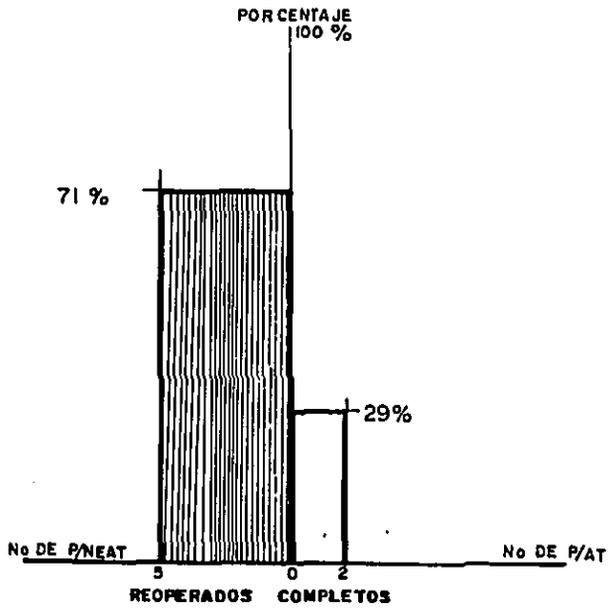


P/NEAT = Pacientes con no evidencia de actividad tumoral

P/AT = Pacientes con actividad tumoral

## CIRUGIA PARCIAL Y ENFERMEDAD RESIDUAL

GRAFICA No 4



P/NEAT = Pacientes con no evidencia de actividad tumoral  
P/AT = Pacientes con actividad tumoral

## REOPERACIONES Y ENFERMEDADES RESIDUALES

## D I S C U S I O N

De acuerdo con las publicaciones encontramos que el cáncer de ovario es la tercera causa de neoplasia maligna en la mujer siendo superado por el carcinoma cervicouterino y el carcinoma de mama en nuestro medio.

Es un reto para el médico el diagnóstico temprano de la enfermedad ya que en las primeras etapas es asintomático y en etapas avanzadas la sintomatología es tan vaga que simula enfermedades gastrointestinales, urinarias o bien tumores abdominales de origen a determinar. Por lo que estas pacientes son vistas y tratadas por servicios como gastroenterología, cirugía, ginecología, urología y medicina interna que en ocasiones retardan su diagnóstico y tratamiento adecuados.

En nuestra experiencia las pacientes fueron diagnosticadas entre la sexta y séptima década de la vida como se reporta en otros estudios.

El cistoadenocarcinoma seroso, tumor de origen epitelial fué el más frecuente. Sabemos que el carcinoma de ovario requiere de un tratamiento quirúrgico completo en la medida que sea posible seguido de un tratamiento médico para que posteriormente sea evaluada la respuesta al tratamiento mediante la segunda revisión operatoria, el hecho de encontrar una alta incidencia de error diagnóstico nos lleva a pensar que el médico que se enfrenta por primera vez a la patología no contó con la suficiente astucia para pensar en ella, de ahí que nuestras pacientes llegaron a estadios avanzados quedando en ocasiones fuera de tratamiento médico y quirúrgico.

Es de primordial importancia que el médico que se enfrenta a una masa ovárica de probable malignidad la estudie a fondo mediante una historia clínica completa, con una exploración ginecológica adecuada, que disponga de estudios paraclínicos complementarios y en el momento que decida la intervención quirúrgica cuente con un servicio de patología bien estructurado y un patólogo con experiencia dis-

ponible durante el acto quirúrgico para decidir en forma conjunta la cirugía conservadora o agresiva de acuerdo al diagnóstico histopatológico y transoperatorio.

El cirujano debe de saber que una de las formas de presentación de la enfermedad es el abdomen agudo causado por la ruptura del tumor, perforación intestinal, obstrucción intestinal o torsión del tumor por lo que debe estar capacitado para resolver la urgencia y tratar en la medida de lo posible de realizar una cirugía apropiada sin causar daño ya que las complicaciones pueden poner en peligro la vida de la enferma.

Ante el hallazgo de un tumor de ovario de aspecto maligno dudoso durante una intervención quirúrgica nos exige que realizemos una laparatomía exploradora protocolizada teniendo en mente las formas de diseminación de la enfermedad. Las tomas de biopsia de los sitios más frecuentes de implante y la importancia de un buen lavado peritoneal, así como estadiar la enfermedad. Ante esto que conocemos como cirugía completa en el tratamiento inicial del cáncer de ovario es importante que el dejar enfermedad residual mínima hasta menos de 2 cms. hay mejor respuesta al tratamiento médico, al pronóstico y a la calidad de vida sin definir en nuestro estudio si modifica la sobrevida que se reporta en la literatura ya que el tiempo sólo incluyó 3 años.

Sin embargo se comprueba de acuerdo a los resultados que la cirugía completa más el tratamiento médico ha llevado a nuestras pacientes a una sobrevida de 30 meses sin evidencia de actividad tumoral y que se encuentran bajo control clínico; que cuando se comparan con pacientes que se han sometido a cirugía parcial existe una disminución importante en el tiempo de sobrevida 15 meses con presencia de la enfermedad. Una aspiración de este estudio es que las pacientes sean estudiadas bajo un protocolo de carácter científico en el que sea posible llevar un control de las pacientes para estudios prospectivos, valorar tratamientos y mejorar la calidad de vida.

## C O N C L U S I O N E S

1. - La neoplasia maligna de ovario ocupa el tercer lugar en nuestro medio.
2. - Se presenta entre la sexta y séptima década de la vida.
3. - El cuadro clínico se caracterizó por síntomas gastrointestinales y masa intraabdominal, con un tiempo de evolución de 7 meses.
4. - Los tumores malignos de origen epitelial fueron los más frecuentes.
5. - La mitad de las pacientes venían con error diagnóstico.
6. - Las tres cuartas partes de las pacientes se encontraban en estadios III y IV.
7. - Más de la mitad de las pacientes llegan con tratamiento quirúrgico al servicio.
8. - La cirugía completa disminuye la enfermedad residual y aumenta el tiempo de sobrevida.
9. - El 80% de las pacientes operadas en forma parcial tienen actividad tumoral con una sobrevida de 15 meses.
10. - La causa más frecuente de cirugía parcial fué por carcinomatosis.

El manejo quirúrgico completo es parte esencial en el tratamiento inicial del cáncer de ovario. El cirujano general juega un papel de enorme importancia en la patología de ovario ya que él puede ser quien inicie el tratamiento quirúrgico, por lo que está obligado a conocer la enfermedad y estar capacitado para llevar a cabo el manejo quirúrgico, idóneo sin causar daño.

Se requiere de un manejo multidisciplinario por un grupo que esté formado por cirujanos patólogos, quimioterapeutas y radioterapeutas.

Se propone que las pacientes - sean estudiadas bajo un protocolo en el servicio médico de Petroleos Mexicanos.

## BIBLIOGRAFIA

1. - Ackerman; Juan Rosain; Tumores de Ovario. Patología Quirúrgica. 6a. Edición 1983. Editorial Interamericana.
2. - Luis Canedo D; Horacio García R; Los trabajos clínicos retrospectivos. Principios de Investigación médica. 1977. Impresiones Modernas.
3. - Jacques Dauplat, Jean Pierre Ferriere; Second look laparotomy in Managing Epithelial Ovarian Carcinoma Cancer. 57:1627--31. 1986.
4. - Vicent T. Devita, Robert C. Young, Robert C. Knapp y Carlos Pérez; Cáncer de Ovario. Cáncer Principios y Práctica Oncológica. Tomo I - 1984. Editorial Salvat.
5. - Philip J. Disala, William T. Creasman. The adnexal mass and early ovarian cancer. Clinical Gynecologica Oncology. 2a. Edición. 1984. Editorial Mosby.
6. David M. Gershenson, Larry S. Copeland. - Prognosis of Surgically Determined Complete Responders in Advanced Ovarian Cancer. Cancer 55:1129 35 1985.
7. - Henri Joyeux, Andrew W. Szawlowski. Aggressive Regional Surgery for Advanced Ovarian Carcinoma. Cancer. 57:142-47. 1986.
8. - Baruch Klein, Geoffrey Falkson. Advanced Ovarian Carcinoma. Factors influencing Survival. Cancer 55:1829-34. 1985.
9. - Richard F. Mattingly, John D. Thompson. Neoplastic Ovarian Tumors. Te linde's Operative Gynecology. 6a. edición. 1985. J.B. Lippincott Company.

10. - Chester B. McVay. Pelvic Viscera in the - female, Surgical Anatomy. 6a. Edición. Vol I. 1974. Editorial Saunders.
11. - Podczaski Es, Stevens CW Jr. Use of Second look Laparatomy in the Management of patients with ovarian Epithelial Malignancies. Gynecol. Oncol. 28(2):205-14. 1987.
12. - Carol S. Portlock, Donald R. Goffinet. Carcinoma Ovarico. Manual de problemas clinicos en Oncologia. 1983. Editorial Interamericana.
13. - D.C. Sabiston. Ginecologia: Utero, Ovarios y Vagina. Tratado de Patologia Quirurgica. Vol II. 1ta. Edición. 1985. Editorial Interamericana.
14. - Mariana Steiner, Raphael Rubinov. Multimodal Approach ( Surgery, Chemotherapy and Radiotherapy ) in the treatment of Advanded Ovarian Carcinoma. Cancer 55:2748 52. 1985.
15. - J.W. Sweetenhem, JMA Whitehouse. Treating Ovarian Cancer, British Medical Journal 293: 1435-36. 1986.
16. - Young R.C. Initial Therapy for early Ovarian Carcinoma. Cancer 60 (8) 2042-49. 1987.