

11217



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

65
2E

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HOSPITAL DE LA MUJER, SSA

IVB

CANCER DE OVARIO EN PACIENTES POSTMENOPAUSICAS



S. S. A.
T H O S E A M H S
HOSPITAL DE LA MUJER
JEFATURA DE ENFERMERIA

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALISTA EN GINECO OBSTETRICIA

P R E S E N T A:
DR. EDGAR ALEJANDRO GOMEZ VILLA

Asesor:
Dr Arturo Zárate Santamaría

MEXICO, D. F.

1995





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

INTRODUCCION.	página 1
JUSTIFICACION.	página 4
OBJETIVOS.	página 4
MATERIAL Y METODOS.	página 5
RESULTADOS.	página 6
DISCUSION Y COMENTARIOS.	página 20
CONCLUSIONES.	página 24
BIBLIOGRAFIA.	página 26

CANCER DE OVARIO EN PACIENTES POSTMENOPAUSICAS

INTRODUCCION

Es difícil dar una definición de cáncer de ovario, debido a la diversidad de tipos histogenéticos de cáncer que se forman en esa glándula. Este cáncer se considera como toda una familia de neoplasias. El ovario es complejo en su embriología, histología, esteroidogénesis y potencial para desarrollar neoplasias malignas. (1,2).

El ovario está constituido de epitelio germinal, células germinales, células del estroma gonadal, células mesenquimatosas, células hiliares, lipoides, remanentes embriológicos de la gonada, indiferenciada, vecindad suprarrenal, etc. cada una con su propio potencial para el desarrollo de un tumor, elementos en que se basa la clasificación histogenética vigente (OMS).

Es un órgano singular, no sólo por que origina una gran variedad de cánceres, sino también por ser un sitio favorito de metástasis provenientes de otros órganos. (1,2,3,4,8) por lo que es esencial llevar a cabo un análisis y eliminación cuidadosa de los órganos que probablemente metastaticen a ovario, en particular en las pacientes de alto riesgo como lo son las postmenopáusicas. (2,4,10) En diversas publicaciones se ha mencionado que existen factores predisponentes para padecer cáncer de ovario, como son: herencia, raza, edad temprana de la menarca, baja paridad, edad avanzada (más de 52 años) en el momento en que se presenta la menopausia, así como el tener grupo sanguíneo "A" positivo y quizá el factor ambiental, más observado en los países industrializados como Noruega, Suecia, USA. (1,2,6,11,13,16,28)

El reto que presenta el cáncer de ovario, es el hecho de que cada año mueren muchas mujeres por esta enfermedad. En México en la década de los 70 ocupó el séptimo lugar como causa de muerte por cáncer, con una tasa de mortalidad de 1.9x100000 mujeres por año. (9,16) Y los resultados del año pasado no fueron mejores que en las dos décadas previas. En la actualidad el cáncer de ovario ocupa el tercer lugar de las malignidades de la cavidad pélvica después del cérvix y endometrio. (1,2,3,8,9,13) Además es la principal causa de muerte por cáncer Ginecológico. (2,8,9)

Las muertes por cáncer de ovario manifiestan un incremento de manera lenta en los últimos 50 años y la tasa de mortalidad es 2.5 veces mayor que en 1930. (2) El cáncer de ovario puede presentarse prácticamente a cualquier edad, desde la vida intrauterina hasta la senectud. En USA, más del 1.4% de las niñas recién nacidas desarrollarán cáncer de ovario, alguna ocasión en sus vidas. Cada año se reportan alrededor de 18,000 nuevos casos de cáncer ovárico. Las tasas de incidencia por edades muestran un aumento sostenido hasta la edad de 80 años en que presentan una ligera disminución. (2,7) En el Hospital de la Mujer de la SSA, en la Clínica de Tumores de Ovario se encontró una mayor incidencia en pacientes entre 40 y 60 años de edad. (8,9) Estas estadísticas deben tener algún peso para decidir si se dejan o no los ovarios, como profilaxis para carcinoma en pacientes de más de 42 años, a quienes se les realiza histerectomía. El cáncer de ovario constituye cerca del 25% de los cánceres Ginecológicos, pero en forma dramática representan el 47% de todas las muertes por cáncer del tracto genital, excluyendo el cáncer de mama. (1,2,16) Actualmente 10 de cada 1000 mujeres de más de 40 años desarrollan cáncer de ovario y solo una o dos con verdadero cáncer invasor podrá curarse. (1,2) A pesar de los avances técnicos en todos campos de la Medicina las neoplasias de ovario, persisten como el problema más complejo de la Patología Ginecológica.

Diversos reportes señalan que el índice de sobrevida a 5 años por cáncer ovarico epitelial no se ha superado en los últimos 30 años, con el empleo de la quimioterapia de combinación incluyendo el platino la sobrevida global a 5 años es de 37%.

En la Clínica de Tumores de Ovario del Hospital de la Mujer, en una revisión de 22 años de experiencia la tasa de sobrevida a 5 años fué de 38.5% en pacientes con neoplasia de estirpe epitelial. (9) Cuando el cáncer es incipiente confinado a los ovarios esta tasa aumenta hasta el 90% de tal manera, que el pobre índice de supervivencia se relaciona con la dificultad para la detección temprana. múltiples informes (1,2,3,4,7,8,9) indican que el 65% de los carcinomas ovaricos se diagnostican en etapas avanzadas III-IV de la FIGO, en consecuencia es urgente contar con algún método de detección oportuna. En la actualidad el diagnóstico oportuno es más un asunto azaroso que de método científico, pero por fortuna debido a los avances tecnológicos y en experiencia con la ultrasonografía, así como la detección de antígenos tumorales utilizados como marcadores (CA 125), a la aparición de las técnicas de citometría de flujo, al perfeccionamiento en técnicas de Biología Molecular e Ingeniería Genética para la detección e identificación de los oncogenes, es posible que con el tiempo pueda realizarse el tan ansiado diagnóstico oportuno que nos ayudaría a mejorar el pronóstico de las pacientes con cáncer de ovario. (9,12,15,16,17,18,19,20,21,22,23)

La capacidad de crecimiento y diseminación del cáncer hace que la detección temprana de la enfermedad sea muy importante. Un tumor canceroso de 1 cm³ con peso aproximado de 1gr es lo menor

que puede detectarse por palpación (cuando es posible por las condiciones de la paciente y experiencia del explorador) o ultrasonografía, pero aún así un tumor de este tamaño contiene aproximadamente 1 billón de células cancerosas, cada una capaz de desarrollar un nuevo foco de enfermedad^(1,2). El descubrimiento de cánceres cuando son aún mucho menores (microscópicos) mejora importantemente la tasa de curación (90%).

Los cánceres ordinarios del epitelio ovárico diseminan a lo largo de la superficie peritoneal y sus órganos, hasta que involucran estructuras del abdomen superior. En muchos reportes se encuentra que los cánceres de tipo epitelial ocupan el 80% de las estadísticas y cerca del 8% de estos afecta a mujeres de menos de 35 años. ^(1,2,17) En la Clínica de Tumores de Ovario de nuestro Hospital, en una revisión de 22 años de experiencia se encontró que los cánceres epiteliales ocuparon el 57.6% de las neoplasias malignas de ovario ⁽⁹⁾, con una mayor incidencia en mujeres entre los 30 y 60 años de edad ⁽⁹⁾.

Aunque se establece que no hay síntomas tempranos del cáncer de ovario, una historia cuidadosa revela síntomas vagos abdominales y ligeros trastornos digestivos que pueden presentarse durante meses antes de hacer el diagnóstico. Lo que en una mujer premenopáusica se toma como un ovario de tamaño normal representa un tumor en una postmenopáusica, considerándose que las dimensiones promedio de un ovario en la premenopausia son de 3.5 x 2 x 1.5 cms., en la postmenopausia temprana (1-2 años) las dimensiones son de 2 x 1.5 x 0.5 cms., y en la postmenopausia tardía (2-5 años) las dimensiones son de 1.5 x 0.75 x .05 cms ^(1,2). En el momento actual continúa vigente la conducta de someter a laparotomía exploradora a una mujer postmenopáusica en la cual se detecte un ovario palpable, que en mujeres de menor edad sería normal pero en estas pacientes puede tratarse de un cáncer en etapa temprana, así como siempre que se detecta masa tumoral pélvica y/o abdominal, se tiene la obligación de descartar cáncer de ovario.

Hasta hace relativamente poco tiempo las ancianas eran tan pocas que desde el punto de vista estadístico se les daba poca importancia como grupo, gracias a los avances tecnocientíficos en todas las ramas de la Medicina, así como a los cambios propios de la constitución genética, la esperanza de vida ha incrementado en forma considerable y se espera un mayor incremento. Se calcula que para el año 2030 el 21% de la población tendrá más de 65 años de edad y que el número de mujeres de esa edad superará al hombre en proporción de 3/2, estimándose que la esperanza de vida en una paciente de 75 años sea de 10, una de 80 sea de 6.5 y una de 85 de 5 años respectivamente ⁽²⁵⁾.

Por lo tanto será inevitable que junto con el incremento en la esperanza de vida, se incremente también el número de casos de pacientes postmenopáusicas con neoplasias malignas de ovario.

JUSTIFICACION

Como se mencionó en líneas anteriores, a los ancianos a través del tiempo no se les ha brindado la importancia que se merecen, debido a que hasta hace relativamente poco tiempo desde el punto de vista estadístico representaban un grupo poblacional reducido y desde el punto de vista económico se les ha considerado un grupo improductivo, sobre todo a la mujer anciana.

En un futuro no lejano como consecuencia del incremento de la esperanza de vida y a la disminución en el índice de natalidad, la pirámide poblacional se invertirá quedando como grupo dominante el de ancianos. Por lo tanto es de esperarse un incremento en el número y variedad de padecimientos neoplásicos y degenerativos, los cuales ocuparan los primeros lugares como causas de muerte.

Las neoplasias malignas de ovario actualmente ocupan el primer lugar como causa de muerte, de las neoplasias malignas del tracto genital excluyendo el cáncer de mama.

Las pacientes postmenopáusicas son un grupo de edad, que sufre de los cambios físicos y fisiológicos propios de la edad, los cuales con frecuencia se exageran por algún padecimiento de tipo degenerativo y los convierte en un grupo de pacientes que aún en etapas clínicas iniciales, tienen pocas posibilidades de sobrevivir. (11,12,16)

El presente trabajo pretende identificar algún o algunos factores de riesgo para la presentación de cáncer de ovario en pacientes postmenopáusicas, para incrementar el número de casos diagnosticados en etapas tempranas y mejorar las tasas de supervivencia.

OBJETIVOS

- 1.- Determinar la incidencia de cáncer de ovario en pacientes postmenopáusicas.
- 2.- Investigar si existen factores hereditarios para padecer cáncer de ovario.
- 3.- Concluir si la Menarca a edad temprana, y la Menopausia a edad avanzada son factores predisponentes a padecer cáncer de ovario en la Postmenopausia.
- 4.- Establecer si la baja paridad es un factor predisponente de cáncer en pacientes postmenopáusicas.
- 5.- Verificar si existe predisposición a padecer cáncer de ovario en pacientes postmenopáusicas grupo sanguíneo "A" Rh positivo.

- 6.- Confirmar la estirpe Histopatológica más frecuente de las Neoplasias Malignas de ovario en pacientes postmenopáusicas.
- 7.- Evaluar el tratamiento quirúrgico que se realiza en pacientes postmenopáusicas con cáncer de ovario.
- 8.- Clasificar la etapa clínica en que se diagnostica el cáncer de ovario en pacientes postmenopáusicas.
- 9.- Valorar la sobrevida a 5 años en este grupo de edad.

DISEÑO DE ESTUDIO

Se realizó un Estudio Longitudinal Observacional Retrospectivo.

MATERIAL Y METODOS

Se realizó una revisión de los registros de las pacientes atendidas en la Clínica de Tumores de Ovario del Hospital de la Mujer de la Secretaría de Salud, en el período de tiempo de 1971 a 1994. Identificandose los expedientes de las pacientes postmenopáusicas con diagnóstico, de cáncer de ovario.

En dichos expedientes se investigó el antecedente familiar de cáncer de ovario y otro tipo de neoplasias malignas, así como edad de la menarca, paridad, grupo sanguíneo, edad de presentación de la menopausia, edad a la que se realizó el diagnóstico, sintomatología, así como estirpe Histopatológico, etapa clínica y sobrevida.

CRITERIOS DE INCLUSION

Se incluyeron todas las pacientes postmenopáusicas atendidas en la Clínica de Tumores de Ovario, en el período de tiempo de 1971 a 1994 a quienes se les realizó el diagnóstico de cáncer de ovario, y fueron sometidas a laparotomía exploradora para tratamiento quirúrgico protocolizado, etapificación y que se halla corroborado el diagnóstico de cáncer primario o metastásico de ovario, mediante estudio Histopatológico efectuado en el Departamento de Anatomía Patológica del Hospital.

CRITERIOS DE EXCLUSION

Se excluyeron todas las pacientes premenopáusicas y las pacientes postmenopáusicas con neoplasias benignas de ovario o en las que no se pudo demostrar el diagnóstico con estudio Histopatológico.

RESULTADOS

En el lapso de 23 años que comprendió de 1971 a 1994 se sometieron a intervención quirúrgica por tumores de ovario a 1926 pacientes (100%), de las cuales 1574 (81.7%) resultaron benignas. 339 (17.6%) se reportaron malignas y 13 (0.6%) se diagnosticaron como neoplasias limitrofes.

De las 339 (100%) neoplasias malignas, 234 (69.02%) correspondían a pacientes premenopáusicas y 105 (30.97%) a pacientes postmenopáusicas. En todas estas pacientes se corroboró mediante estudio histopatológico el diagnóstico de cáncer ovarico (primario o metastásico). De 105 pacientes postmenopáusicas (100%) sólo 21 (20%) tenían menos de 50 años de edad al hacer el diagnóstico, y 12, (11.42%) tenían más de 70 años en el momento que se hizo el diagnóstico, y 72 (66.65%) tenían una edad entre 50 y 70 años. En la gráfica No. 1 aparece la distribución por quinquenios, de acuerdo a la edad en que se realizó el diagnóstico.

De las 105 pacientes en sólo 12 (11.42%) se identificó el antecedente familiar de neoplasia maligna, de los cuales 6 eran positivos para cáncer cervicouterino, 2 de próstata, 2 de estómago, 1 de pulmón, 1 de mama, y sólo 1 de ovario. (ver cuadro No. 2).

De las 105 pacientes en 4(3.80%) se ignora la edad en que se presentó la menarca, sólo 1 (0.95%) tuvo la menarca a los 10 años, y 2 después de los 15 años (1.94%). La mayor parte de las pacientes presentó su primer menstruación entre los 13 y 15 años (81 pacientes= 77.13%) ver gráfica No. 3.

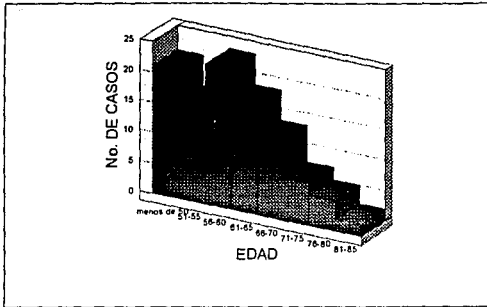
De los 105 pacientes en 4 se desconoce la edad de presentación de la menopausia, sólo en 3 (2.85%) la menopausia se presentó antes de los 40 años de edad, y en 4(3.80%) se registró después de los 50 años, la mayoría de las pacientes presentó su menopausia entre los 41 y 50 años (94 pacientes=89.51%) existiendo un franco predominio entre los 46 y 50 años. Ver gráfico No. 4.

En cuanto a la paridad de estas 105 pacientes, 20(19.04%) eran nuligestas, 25(23.80%) tenían baja paridad (I o II), 16 (15.23%) multiparidad (III o IV), y 40 (38.09%) pacientes tenían una gran multiparidad (V a XIV). En 4 pacientes se ignora el número de gestaciones (3.80%) ver gráfica No. 5.

En cuanto a el grupo sanguíneo tipificado en estas pacientes 90 tenían grupo sanguíneo "O" (85.71%), en 89 el factor RH fué positivo y sólo 1 negativo. 12 (11.42%) pacientes tenían grupo

CANCER DE OVARIO EN PACIENTES POSTMENOPAUSICAS 1971-1994

Edad de la Paciente al hacer el Diagnóstico:

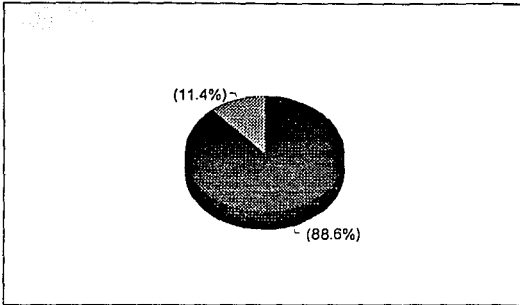


Edad de la Paciente	No. de Casos	%
menos de 50	21	20%
51-55	16	15.23%
56-60	23	21.90%
61-65	18	17.14%
66-70	13	12.38%
71-75	7	6.66%
76-80	5	4.76%
81-85	2	1.90%
Total	105	100.00%

GRAFICA No. 1

**CANCER DE OVARIO EN PACIENTES POSTMENOPAUSICAS
1971-1994**

Pacientes con Antecedente Familiar de Neoplasias Malignas:



Total de Pacientes con Cáncer de Ovario 105 = 100.00%
Pacientes con Antecedente Familiar de Cáncer 12 = 11.42%

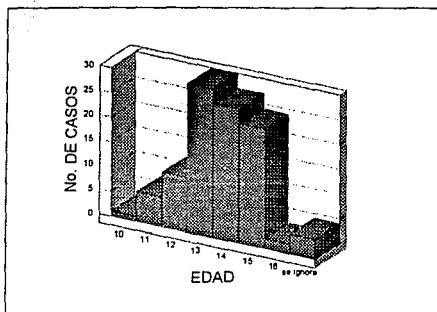
Antecedente de Ca Cu;	6 = 5.71%
Ca. de Próstata :	2 = 1.90%
Ca. de Estómago:	2 = 1.90%
Ca. de Pulmón:	1 = 0.95%
Ca. de Mama:	1 = 0.95%
Ca. de Ovario:	1 = 0.95%

Un paciente tenía antecedente de Ca Cu. y Ca. de Estómago
Sólo una paciente tenía antecedente familiar de Ca. de Ovario

GRAFICA No.2

**CANCER DE OVARIO EN PACIENTES POSTMENOPAUSICAS
1971 - 1994**

Edad de la Menarca en Pacientes Postmenopáusicas con Cáncer de Ovario:

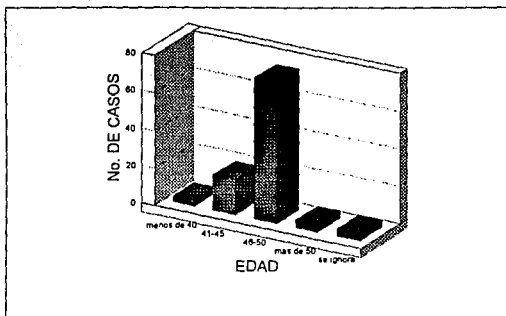


Edad en años	No.Pacientes	%
10	1	0.95%
11	6	5.71%
12	11	10.47%
13	30	28.57%
14	27	25.71%
15	24	22.85%
16	2	1.90%
se ignora	4	3.80%
Total	105	100.00%

Grafica No.3

CANCER DE OVARIO EN PACIENTES POSTMENOPAUSICAS 1971 - 1994

Edad de Presentación de la Menopausia:

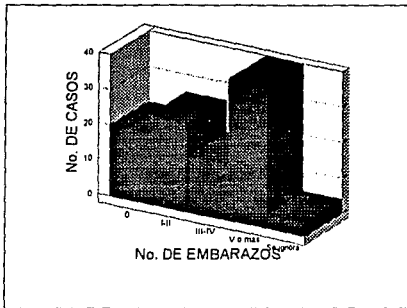


Edad de la Paciente	No. de Casos	%
menos de 40	3	2.85%
41-45	19	18.09%
46-50	75	71.42%
más de 50	4	3.80%
se ignora	4	3.80%
Total	105	100.00%

GRAFICA No. 4

**CANCER DE OVARIO EN PACIENTES POSTMENOPAUSICAS
1971-1994**

Número de Gestaciones En Pacientes Postmenopáusicas con Cáncer de Ovario:



Número de Embarazos	No. de Casos	%
0	20	19.0%
I-II	25	23.80%
III-IV	16	15.23%
V o más	40	38.09%
Se ignora	4	3.80%
Total	105	100.00%

GRAFICA No.5

sanguíneo "A" y todas tenían el factor RH positivo, y solamente 3 (2.85%) fueron grupo sanguíneo "B" con factor Rh positivo.

De los reportes del estudio Histopatológicos 82 (77.35%) correspondían a neoplasias malignas de estirpe epitelial, de los cuales 43 (40.56%) eran de tipo seroso-papilar, 15(14.15%)de tipo endometriode, 14 (13.20%) eran de tipo mucinoso y 8 (7.61%) de células claras, 2 (1.88%) fueron seromucinosos. El estirpe histopatológico de 11 (10.47%) pacientes se reportó del estroma de los cordones sexuales; de los cuales 6 (5.66%) correspondían a tecomas, 3 (2.85%) de las células de la granulosa y 2 (1.88%) de células de SertoliLeydig.

En 1 (0.95%) caso el estirpe histológico fue de células germinales (disgerminoma).

En 12 (11.42%) el diagnóstico corroboró que se trataba de tumor metastásico y de estos 5 casos el primario se identificó en el endometrio, 2 tumores mixtos mesodérmicos, 1 de salpinge, 1 rabdomiosarcoma de útero, 1 en vesícula biliar, 1 de recto y otro de estómago (Krukenberg). Ver gráfica No. 6

El 94.28% (99 pacientes) de las pacientes presentó sintomatología, la cual consistía primordialmente en dolor abdominal, sensación de pesantez, crecimiento abdominal y pérdida de peso, en 11 de estas (99) pacientes se presentó además sangrado postmenopáusico, en 4(3.80%) pacientes se ignora si se presentaron o no algún tipo de sintomatología y 2 (1.90%) cursaban asintomáticas, el diagnóstico se realizó en forma casual, por hallazgos transoperatorios en 1 caso (histerectomía vaginal) y el otro por hallazgo ultrasonográfico. (ver gráfica No. 7)

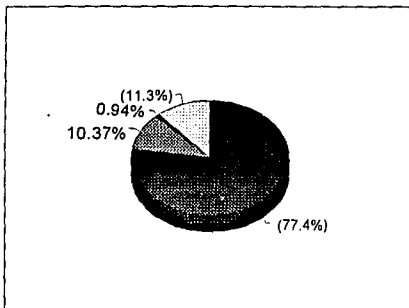
En cuanto al tratamiento quirúrgico establecido; En 94 (89.52%) pacientes se pudo realizar el tratamiento quirúrgico protocolizado consistente en Histerectomía total abdominal con salpingooforectomía bilateral, omentectomía y apendicectomía. En 8 (7.6%) casos el tratamiento consistió en citorreducción y en 3(2.85%) casos únicamente fué posible tomar biopsias. (ver gráfica No. 8)

La etapa clínica encontrada en esta serie de pacientes fué, Etapa I=45(42.85%) pacientes, 26 I-A, 3 I-B, 16 I-C, Etapa II=7(6.66%), 3 II-A Y 4 II-B, Etapa III=32(30.47%) pacientes, 5 III-A I III-B y 26 III-C, Etapa IV=8(7.61%) pacientes. 12(11.42%)eran metastásicos.(ver gráfica No.9)Únicamente 43 (40.95%) pacientes recibieron tratamiento complementario; 18 (17.14%) recibieron quimioterapia, 22 (20.95%) recibieron radioterapia y, 3 (2.85%) recibieron quimio y radioterapia.

La sobrevida a 5 años en este grupo de pacientes, únicamente se tiene documentada en 21 pacientes (22.5%), En 12 pacientes la muerte se presentó en el período postoperatorio inmediato o mediato, en 9 pacientes más la muerte ocurrió antes de 3 años, y en el resto se ignora debido a que desertaron a todo tratamiento y vigilancia postoperatoria. (ver gráfica No. 10)

13
**CANCER DE OVARIO EN PACIENTES POSTMENOPAUSICAS
 1971-1994**

Estirpe Histológica de las Neoplasias Malignas de Ovario en Pacientes Postmenopáusicas:



Estirpe Histopatológico	No. de Casos	%
Carcinoma Epitelial:		
Adenocarcinoma Seroso	43	40.56%
Carcinoma Endometrioide	15	14.15%
Adenocarcinoma Mucinoso	14	13.20%
Carcinoma de Células Claras	8	7.61%
Carcinoma Seromucinoso	2	1.88%
Total Carcinoma Epitelial	82	77.4%
Carcinoma del Estroma Gonodal:		
Tecoma	6	5.66%
Granulosa	3	2.83%
Sertoli-Leydig	2	1.88%
Total Carcinoma del Estroma Gonoda	11	10.37%
Celulas Germinales:		
Disgerminoma	1	0.94%
Metastásicos	12	11.30%

GRAFICA No. 6

Metastásicos:

De Endometrio	5	4.72%
Mixto Mesodérmico	2	1.88%
Salpínges	1	0.94%
Rabdomiosarcoma	1	0.94%
Vesícula Biliar	1	0.94%
Recto	1	0.94%
Krukenberg	1	0.94%
Total Metastásicos	12	11.30%
Total	106	100.00%

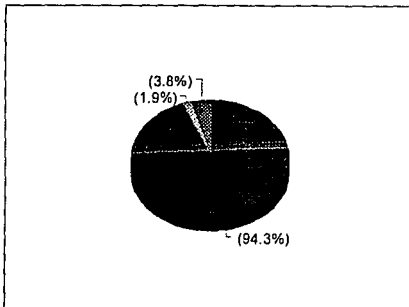
Nota: Un Caso tenía dos primarios de ovario.

GRAFICA No. 6

**CANCER DE OVARIO EN PACIENTES POSTMENOPAUSICAS
1971-1994**

Sintomatología en Pacientes Postmenopáusicas con Cáncer de Ovario:

Síntomas:	No. de Casos:
Sensación de Pesantez	99
Crecimiento abdominal	99
dolor en abdomen	99
Pérdida de peso	99
Sangrado postmenopáusico	11

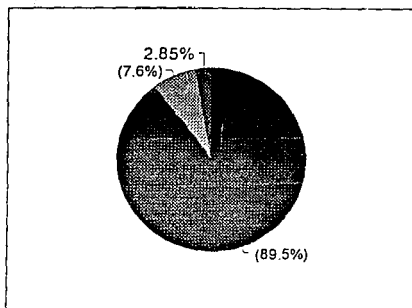


Total de pacientes con Cáncer de Ovario:	105 =	100.00%
<hr/>		
Pacientes con sintomatología:	99 =	94.28%
Pacientes asintomáticas:	2 =	1.90%
Se ignora	4 =	3.80%
<hr/>		
Total	105	100.00%

GRAFICA No.7

**CANCER DE OVARIO EN PACIENTES POSTMENOPAUSICAS
1971-1994**

Tratamiento Quirúrgico Realizado en Pacientes con Cáncer de Ovario:



Tratamiento quirúrgico completo: Histerectomía total abdominal + Salpingooforectomía Bilateral + Oménectomía + Apendicectomía.

Tratamiento realizado:	No. de Casos	%
Tratamiento completo	94	89.52%
Citorreducción	8	7.61%
Toma de Biopsias	3	2.85%
Total	105	100.00%

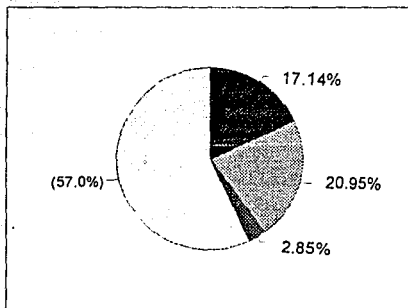
GRAFICA No. 8

**CANCER DE OVARIO EN PACIENTES POSTMENOPAUSICAS
1971-1994**

Tratamiento Quirúrgico Realizado en Pacientes con Cáncer de Ovario:

Tratamiento Complementario Recibido por Pacientes con Cáncer de Ovario

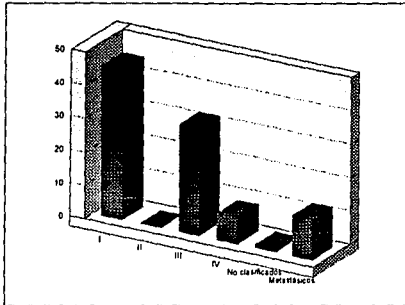
Quimioterapia	18 pacientes =	17.14%
Radioterapia	22 pacientes =	20.95%
Radio y Quimioterapia	3 pacientes =	2.85%
Total	43	40.95%



GRAFICA No. 8

CANCER DE OVARIO EN PACIENTES POSTMENOPAUSICAS 1971-1994

Etapa Clínica del Cáncer de Ovario en Pacientes Postmenopáusicas:

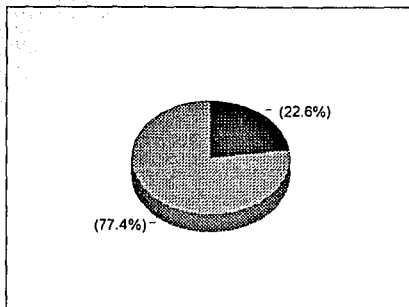


Etapa Clínica	No. de Casos	%
I-A	26	24.76%
I-B	3	2.85%
I-C	16	15.23%
total Etapa I	45	42.84%
II-A	3	2.85%
II-B	4	3.80%
II-C	0	0.00%
total Etapa II	7	6.65%
III-A	5	4.76%
III-B	1	0.95%
III-C	26	24.76%
total Etapa III	32	30.47%
IV-	8	7.61%
No clasificable	1	0.95%
Metastásicos	12	11.42%
Total	105	100.00%

GRAFICA No.9

**CANCER DE OVARIO EN PACIENTES POSTMENOPAUSICAS
1971-1994**

Sobrevida a 5 años en Pacientes Postmenopáusicas con Cáncer de Ovario:



Pacientes con sobrevida a 5 años:	21 = 22.58%
Pacientes con muerte postoperatoria:	12 = 11.42%
Pacientes con muerte antes de 3 años:	9 = 8.57%
Pacientes sin ningún control Postoperatorio:	53 = 50.47%

GRAFICA No. 10

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

DISCUSION Y COMENTARIOS

Este estudio abarca un período bastante amplio en tiempo, así como una casuística extensa, nos revela en sus resultados una gran diferencia a lo reportado por otros autores que han publicado sobre las neoplasias malignas de ovario en pacientes postmenopáusicas.

De las 339 pacientes con cáncer de ovario sólo el 30.97% se registró en pacientes postmenopáusicas a diferencia de lo señalado, por otros autores (26,27) quienes han encontrado 48-50% en este grupo de edad. En cuanto a la edad en que se presenta se observó que las pacientes con mayor riesgo son las pacientes de 48 a 65 años, y a partir de esta edad se apreció una importante declinación, encontrándose sólo el 25.7% en este grupo de edad, otros reportes afirman que hasta el 60% afecta a este tipo de pacientes, apreciándose el mayor incremento después de los 75 años. Respecto a otros factores epidemiológicos puestos a consideración por diferentes estudios, como predisponentes para presentar cáncer de ovario también se encontró que en nuestras pacientes no parecen tener aplicación, ya que únicamente el 11.42% de las pacientes tenían el antecedente familiar de neoplasias malignas y solo una paciente tenía el antecedente de cáncer de ovario. En la literatura se han identificado familias en las cuales existen más de una de las mujeres con cáncer ovarico (1,2,5,7,12,15). Llegando incluso a recomendar la ovariectomía profiláctica. En algunos países se ha encontrado que en pacientes en las cuales la menarca se inicia a edades muy tempranas (8-9 años), así como en aquellas en las cuales se retira la menstruación a edades avanzadas (más de 52 años) el riesgo de padecer cáncer de ovario se incrementa hasta de 3 veces, cuando los años de ovulación continúa superan los 35 años (5,11,26,27). En nuestras pacientes la edad a la que se presentó en forma más temprana la menstruación fue a los 10 años (una sola paciente 0.95%) la mayoría de las pacientes iniciaron entre los 13 y 15 años (.77,13%). Y la edad en que se registró la menopausia solo en 4 (3.80%) esta se presentó después de los 50 años de edad, encontrándose que el 71% de los casos ocurrió entre los 46 y 50 años de edad, con un promedio de 48 años.

Además el otro factor a que se ha hecho mención con relativa frecuencia es a la nuliparidad (1,2,5,16,18,21,26). En nuestras enfermas tampoco este factor predisponente puede aplicarse, ya que únicamente el 19.04% eran nuligestas, el 23.80% tenían entre 1 y 2 gestaciones, el 15.23% entre 3 y 4 embarazos y la mayor parte eran gran multigestas (entre 5 y 14 gestaciones). Esta observación sólo puede relacionarse con aspectos sociales, culturales y educacionales. Debe mencionarse que las

referencias son de origen anglosajón, donde los programas de planificación familiar y medicina preventiva se encuentran bien establecidos.

A través del tiempo en las revisiones epidemiológicas de las neoplasias malignas no solo de ovario, sino del tracto digestivo, pulmón y otros, han encontrado cierta predisposición en pacientes tipificadas con el grupo sanguíneo "A" factor RH positivo.

Los resultados obtenidos de la población estudiada nos indican que únicamente el (11.42%) de las pacientes tenían este grupo sanguíneo y la gran mayoría fueron pacientes con grupo sanguíneo "O" factor Rh positivo (85.71%). Por lo tanto tampoco este factor predisponente es aplicable en la población atendida en nuestro Hospital.

Debido a que con mucha frecuencia los tumores malignos de ovario en etapas incipientes son totalmente asintomáticos. A el ovario se le ha denominado como la "gonada silenciosa" (1,2,3,8,9). Lamentablemente cuando se hace manifiesta la sintomatología ésta es vaga y generalmente se relaciona con datos compresivos de estructuras vecinas, comunmente vejiga y recto. Y cuando el crecimiento rebasa la cavidad pélvica aparece sensación de pesantez o la percepción del tumor abdominal, ataque al estado general, pérdida ponderal, datos de oclusión intestinal, ascitis, hidrotórax, compresión venosa y linfática.

En las pacientes estudiadas en el 94.28% (99) presentaron síntomas como dolor y crecimiento abdominal, sensación de pesantez, pérdida de peso y de estas pacientes 11 tuvieron sangrado postmenopáusico. Dicha sintomatología se presentó practicamente sin guardar relación con la etapa clínica. Debido a que lo inespecífico y poco valor predictivo de esta sintomatología para poder fundamentar un diagnóstico de certeza es realmente necesario contar con algún procedimiento que nos ayude a detectar en fase inicial estas neoplasias malignas del ovario. Gracias a los avances que han tenido practicamente todas las ramas de la Medicina, en la actualidad la sensibilidad y especificidad de la ultrasonografía a mejorado bastante, convirtiéndose en uno de auxiliares de diagnóstico que podrian aplicarse en forma masiva para la detección de cáncer de ovario en las pacientes postmenopáusicas. (7,9,15,18,19,22) ya que cuenta con la sensibilidad de detectar tumores realmente pequeños que desde el punto de vista clínico practicamente seria imposible palpar. debido por una parte a los cambios propios de los genitales en este grupo de pacientes como son atrofia y fibrosis vaginal, así como el acúmulo de tejido adiposo en región abdominal. Por otra parte la falta de capacidad y experiencia del Médico explorador. Se han investigado múltiples sustancias producidas por el tumor maligno del ovario, y otras producidas por el organismo en respuesta a la presencia de la neoplasia, pero en realidad hasta el momento ninguna tiene la sensibilidad, especificidad ni el valor predictivo deseable para poder utilizarse como un marcador tumoral confiable. (4,9,17). Afortunadamente en estos momentos se abre una esperanza con lo

marcadores tumorales al poderse detectar el antígeno tumoral CA 125, el cual parece tener relación con las neoplasias malignas de tipo epitelial, el cual nos sirve para diagnosticar y evaluar la respuesta a los tratamientos establecidos en estas pacientes. (9,12,17,22,23) Además con los avances en el conocimiento de la Ingeniería Genética, tal vez en un futuro no lejano pueda precisarse la participación e identificación de los oncogenes en el desarrollo y comportamiento biológico de los tumores malignos, no solo de ovario sino del organismo en general, facilitando no únicamente el diagnóstico, sino además poder evitar la aparición de estas Patologías. (11,12,13)

Se concluye que el módulo para detección temprana de carcinoma ovárico debe incluir:

1.- Identificación de factores de riesgo. 2.- Examen pélvico periódico. 3.- Rastreo ultrasonográfico. 4.- Empleo de marcadores tumorales: CA 125, antígeno carcinoembrionario, de estirpe epitelial y alfa fetoproteínas, HCG para tumores de células germinales disponibles actualmente en la práctica clínica. En el grupo etario que nos ocupa, se hace énfasis con el síndrome de Ovario Postmenopáusico palpable cuyas portadoras deberán someterse al protocolo de estudio y aún a la exploración quirúrgica. (9,15,29,30)

En cuanto al estirpe histológica de las neoplasias resecaadas el 77.35% correspondían a tumores epiteliales, el 11.42% correspondían a tumores metastásicos a ovario, convirtiéndose en el segundo tipo en frecuencia en este grupo de edad, seguidos por los tumores del estroma de los cordones sexuales con el 10.47% y una paciente (0.95%) con un tumor de células germinales (disgerminoma), el cual es realmente raro en pacientes postmenopáusicas. Respecto a la incidencia de la neoplasias de tipo epitelial, es acorde a otras publicaciones (60-80%) (1,2,4). En cuanto al segundo tipo en frecuencia que fueron los tumores metastásicos. En otras publicaciones (3,8,9) se ha hecho mención que los órganos que generan tumores primarios son poco susceptibles a las metástasis, sin embargo el ovario es la excepción. Se encuentran metástasis primordialmente de endometrio, de tumores mixtos mesodérmicos, de salpinge, estómago, recto, vesícula biliar, mama y tiroides, de estos dos últimos no se detecto ninguno en nuestra casuística. Habitualmente los tumores de mama, estómago y colon tienden a dar metástasis antes de la menopausia (3,8,9).

La frecuencia con que se encuentran de acuerdo a lo reportado en la bibliografía oscila entre el 15 y 60% (9). En esta revisión en postmenopáusicas fué del 11.42%.

En cuanto a las etapas clínicas en que se clasificaron de acuerdo a los hallazgos quirúrgicos y reporte histopatológicos, el 49.51% (52 pacientes) se encontraron en etapa I-II, y el 38,08% (40 pacientes) se encontraron en etapas clínicas III-IV, lo cual difiere de publicaciones en este grupo de edad, reportándose que el 74% se encuentra en etapa I-II y hasta el 48% en etapas III-IV (26,27). Es diferente además de los hallazgos en las casuísticas de la población femenina en general, donde se encuentran hasta 65-70% en etapas III-IV.

A pesar de que el porcentaje de pacientes postmenopáusicas detectadas en etapas más iniciales es mayor que de la población femenina, en general los índices de mortalidad son mayores en ellas, debido a que tal vez el comportamiento biológico de estas neoplasias sea más agresiva o bien que debido a que física y fisiológicamente el organismo sufre de los cambios propios del envejecimiento. En nuestros resultados encontramos que sólo el 22.5% (21 pacientes) tuvo una sobrevida a 5 años, el 11.42% murió en el postoperatorio inmediato o mediato, 9 durante los 3 años que siguieron al diagnóstico y lo que es más lamentable es que la gran mayoría de las pacientes perdieron todo control terapéutico postoperatorio. Son múltiples los factores que originan esta deserción y baja sobrevida, en primer lugar indudablemente la edad es un factor primordial ya que se suman los estragos de la neoplasia a los que origina el tiempo, el trabajo y el tipo de vida de nuestras pacientes, por otro lado la carencia de recursos Hospitalarios y de nuestras pacientes para poderse costear los tratamientos complementarios a base de quimioterapia, la cual es sumamente cara e inaccesible para la mayoría de las pacientes, de la Clínica de Tumores de Ovario de nuestro Hospital. Pero debe mencionarse que un número también importante de nuestras pacientes o sus familias rechazan todo tipo de tratamiento complementario por considerarlo inútil. En el total de pacientes postmenopáusicas 18 (17.14%) recibieron quimioterapia, 22 (20.95%) radioterapia y 3 (2.85%) recibieron radio y quimioterapia. En cuanto al tratamiento quirúrgico, idealmente a todas estas pacientes debería completarse el protocolo operatorio establecido, pero desafortunadamente por lo avanzado de la enfermedad y los hallazgos transoperatorios siempre deberá adecuarse para cada paciente en particular pretendiendo realizar el tratamiento quirúrgico completo para poder estadificar adecuadamente y mejorar la respuesta con los tratamientos complementarios y superar los índices de sobrevida. En la casuística que nos ocupa en el 89.52% (94 pacientes) se completó el tratamiento, en el 7.6% (8 pacientes) únicamente fue posible realizar citorreducción y en el 2.85% (2 pacientes) únicamente toma de biopsias.

Como puede verse el carcinoma de ovario, efectivamente afecta a todos los grupos de edad, y hasta la fecha no existe mujer alguna que se encuentre libre de riesgo de padecer esta enfermedad, ya que como hemos podido analizar los factores de riesgo conocidos no pueden ser aplicables en todos los casos, por lo tanto es imposible evitarlos.

Así que continúa vigente esa imperiosa necesidad de encontrar algún método de detección temprano y sobre todo algún método de predicción que nos ayudara a evitar esta Patología.

CONCLUSIONES

1.- En la población de pacientes atendidas en la Clínica de Tumores de Ovario del Hospital de la Mujer de la Secretaría de Salud, durante un período de 23 años, el 17.6% (339 pacientes) correspondían a neoplasias malignas y de estas el 30.97% (105 pacientes)

afectaron a mujeres postmenopáusicas, por lo que se calcula que uno de cada tres tumores malignos de ovario afecta a una mujer postmenopáusica.

2.- En las pacientes atendidas en nuestro Hospital, el antecedente familiar de neoplasias malignas no fue un factor predisponente muy importante, ya que sólo en el 11.42% (12 pacientes) tenía el antecedente familiar de cáncer. Y sólo en una paciente existía el antecedente de cáncer avarico.

3.- En la población estudiada ni la menarca a edad temprana, ni la menopausia fueron factores predisponentes para presentar cáncer de ovario.

4.- La nuliparidad o la baja paridad no fueron factores predisponentes para desarrollar cáncer de ovario, ya que el 53.32% eran multiparas y grandes multiparas.

5.- Debido a las características raciales propias de nuestra población, el ser portador del grupo sanguíneo "A" factor Rh positivo, no influyó de manera importante para presentar cáncer de ovario ya que sólo en el 11.42% (12 pacientes) tenían este tipo sanguíneo y el 85.71% (90 pacientes) eran grupo sanguíneo "O".

6.- Al igual que en otros grupos de edad las neoplasias malignas de ovario que más afecta a las pacientes postmenopáusicas, son las de estirpe epitelial y a diferencia de otras estadísticas, en la población estudiada el segundo tipo de neoplasias encontradas, fueron las metastásicas a ovario y en tercer lugar fueron tumores del estroma de los cordones sexuales.

7.- Solamente cuando las condiciones de la paciente contraindiquen el tratamiento quirúrgico, se justificará el no realizarlo. Y siempre que sea posible este deberá ser completo, siendo obligada la histerectomía total abdominal con técnica extrafacial, salpingooforectomía bilateral, omentectomía y apendicectomía así como la resección de todos los depósitos primarios de cáncer, y en los casos en que por los hallazgos, técnicamente sea imposible realizar el tratamiento completo, debe intentarse citorreducción o toma de biopsias para poder realizar diagnóstico histopatológico.

8.- A diferencia de otros grupos de edad, en las pacientes postmenopáusicas las etapas clínicas en que se realizó el diagnóstico fué en etapas I-II en el 49.51% (52 pacientes) y en etapas clínicas III-IV solo el 38.08% (40 pacientes)

9.- A pesar de que en el grupo de edad de las postmenopáusicas, se encontraron etapas clínicas menos avanzadas, su comportamiento clínico fué más agresivo ya que solo el 22% de estas pacientes tuvo una sobrevida a 5 años.

BIBLIOGRAFIA:

- 1.- Barber H.R, Ovarian Carcinoma, Etiology, Diagnosis and Treatment Sec. Ed. 1982 Masson Publishing, USA.
- 2.- Barber H.R.K. Manual de Oncología Ginecológica. 2a Edición 1992 Interamericana McGraw-Hill México,D.F.
- 3.- Zárate Santamaria A. Arellano Lara S. Fuentes Mora E. Normas y Procedimientos de la Clínica de Tumores de Ovario del Hospital de la Mujer de la SSA. 1983.
- 4.- P.D DePriest M.D. J.R. Van Nagell M.D. H.H.Gallion M.D. Ovarian Cancer Screening in Asintomatic Postmenopausal Women. Gynecologic Oncology 1993;51,205-209.
- 5.- Wiley Liss Is the risk of Cancer related to age at menarche and age at menopause? Int. J.Cancer 51,333-334; 1992.
- 6.- Franceschi S. La Vecchia C. Booth M. Tzonou A. Pooled Analysis of European case-control studies of Ovarian Cancer ; Age at menarche and at menopause. Int. J. Cancer 49. 57-60 1991.
- 7.- C.I. Amos Ph.D. and J.P. Struwing M.D. Genetic Epidemiology of Epithelial Ovarian Cancer Supplement 71 No. 2;565-572-1993.
- 8.- Zárate Santamaria A. León Ramírez N. Villaseñor, V.M. Guarneros C.Enriquez C.R. Neoplasias Malignas de Ovario. Estudio y Seguimiento de 100 Casos en el Hospital de la Mujer SSA. Rev. Med. Hosp.Mujer SSA 1;3-II. 1989.
- 9.- Zárate Santamaria A. Medina H.E. Gómez V.E. Escobedo G.A. Gómez B.J. Protocolo de Clínica de Tumores de Ovario del Hospital de la Mujer SSA. Análisis de 1786 Casos. Rev.Med.Hosp. Muj. Vol.4 Núm. 1 1994.
- 10.-Dov, Luxman M.d Arich Bergman M.D. Sagi Joseph M.D. The Postmenopausal Adnex Mass: Correlation Between Ultrasonic and Pathologic Findings. Obstetrics and Gynecology 77; 726-728. 1991.
- 11.-Henry T.Lugch M.D. Patrice Watson, Ph.D. J.F. Lynch, B.S.N. Hereditary Ovarian Cancer. Cancer, 71,573-581. 1993.
- 12.-M.Steven Piver M.D. Trudy R.Baker M.d. Mohannand F.Jishi M.S. Familial Ovarian Cancer. Cancer Supplement 71;582-8, 1993.
- 13.- P.D.Depriest, M.D. E.R. Banks M.D. D.E.Powell M.D. Endometrioid Carcinoma of the Ovary and Endometriosis: The association in Postmenopausal Women. Gynecologic Oncology 47, 71-75. 1992.
- 14.-Zárate Santamaria A.Escobedo G.A. Laparotomía de Segunda Observación. Análisis de 141 Caso de Carcinoma de Ovario Rev.Med.Hosp.Mujer SSA 1;61-76 . 1989.

- 15.- Campion M.J. Reid R. Detección Inicial del Cáncer Ginecológico. CLIN.GINEC.OBSTET. 4;655-687. 1990.
- 16.- Ruiz Moreno, J.A. Epidemiología y Diagnóstico del Cáncer de Ovario. Temas Actuales de Ginecología y Obstetricia, 321-327. 1991.
- 17.- Berchuck, A. Boente, M.P. Bast R.C. Empleo de los Marcadores Tumorales en el Diagnóstico y Tratamiento de Mujeres con Carcinoma del Aparato Reproductor. Clin.Obste.Ginecol. 1;43-52. 1992.
- 18.- Tepper R. Zalel Y, Markov S. Cohen I. Ovario Volume in Postmenopausal Women suggestions to an Ovarian size nomogram for menopausal age. Acta.Obstet.Gynecol.Scand 74:208-211. 1995.
- 19.- Curtin J.P. Management of the adnexal mass. Gynecol.Oncol. 55;42-46. 1994.
- 20.- Kurjak A. Shalan H. Kupesic D. An attempt to screen asymptomatic Women for Ovarian and Endometrial Cancer with transvaginal color and pulsed Doppler sonography. 13;295-301. 1994.
- 21.-Goldman G.A. Levavi H. Ovadia J. Ovarian tumors in Women over 70. Int. J.Gynaecol.Obstet. 44;143-7. 1994.
- 22.-Maggino T. Gadduci A. D'Addario V. Prospective multicenter study on CA 125 in Postmenopausal pelvic masses. Gynecol.Oncol. 54;117-23. 1994.
- 23.- Schutter E.M. Kenemans P.Sohn C. Kristen P. Diagnostic value of pelvic examination, ultrasound, and serum CA 125 in Menopausal Women with pelvic mass. Cancer. 15;1398-406. 1994.
- 24.-Casey A.C. Bell D.A Lage J.M. Fuller A.F. Epithelial ovarian tumors of Borderline malignancy, long-term Follow-up. Gynecol.Oncol. 50;316-22. 1993.
- 25.-Parker Roy Cirugía Ginecológica en la Paciente de Edad Avanzada. Clin.Obst. y Ginecol. Vol. 2; 581-591. 1986.
- 26.- Walter Lawrence Jr. MD. Preface to Perspectives on Ovarian Cancer in Older-Aged women: current Knowledge and Recomendations for Research. Cancer Supplement Vol. 71;514-16. 1993.
- 27.- Yancik Rosemary MD. Ovarian Cancer. Cancer Supplement vol.71;517-523. 1993.
- 28.-Tortolero Luna, G. Follen-Mitchell, M., Rhodes Morris, E., Epidemiología y Detección Primaria del Cáncer Ovárico. Actualización en Cáncer Ovárico Epitelial. Clin.Ginecol. Obstet. 1;1-23.1994.
- 29.- Jacobs, I. Bridges, J. Reynolds, C. Multimodal approach to screening for ovarian cancer. Lancer 1:268-271. 1988.
- 30.-Boente, M.P.Godwin A.K., Hogan, W.M., Muestreo, Imagenología y Diagnóstico Temprano del Cáncer Ovárico, Cáncer Ovárico Epitelial. Clin.Obstet.Ginecol. 2;345-357.1994.