

112402



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACIÓN  
SECRETARÍA DE SALUD  
INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA

UTILIDAD DE LA RELAPAROTOMÍA  
ESTADIFICADORA Y/O  
CITORREDUCTORA EN CÁNCER  
DE OVARIO EPITELIAL

TESIS DE POSTGRADO  
PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
CIRUJANO ONCOLOGO  
P R E S E N T A  
DRA. MARIELA DEL CARMEN MONTOYA  
MONTES DE OCA

ASESOR DE TESIS: DR. CARLOS M. LÓPEZ GRANIEL

MÉXICO, D.F.

NOVIEMBRE 2000





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**

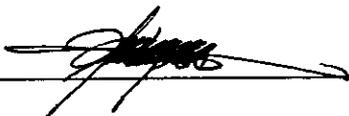
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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.

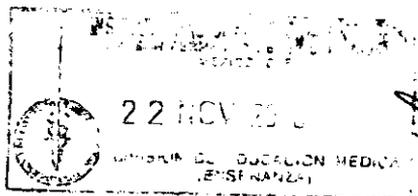
**UTILIDAD DE LA RELAPAROTOMIA ESTADIFICADORA  
Y/O CITORREDUCTORA  
EN CANCER DE OVARIO EPITELIAL.**

**Instituto Nacional de Cancerología de México  
Servicio de Ginecología  
Dra. Mariela del Carmen Montoya Montes de Oca**

**ASESOR DE TESIS**  
**Dr. Carlos M. López Graniel**  
**Médico adscrito al servicio de Ginecología.**  
**Jefe del Departamento de Postgrado**  
**Instituto Nacional de Cancerología**



---



## INDICE

	Página
Resumen.....	4
Introducción.....	6
Justificación.....	11
Metodología.....	12
Resultados.....	14
Discusión.....	17
Bibliografía.....	18
Anexo.....	22

## RESUMEN

En el Instituto Nacional de Cancerología de México (INCan) se reciben aproximadamente 100 pacientes por año con diagnóstico de cáncer de ovario epitelial, de las cuales 50 a 60% han sido sometidas a cirugía citorrreductora en forma incompleta por un ginecólogo o cirujano general.

Hasta la fecha, no se ha evaluado la utilidad de la Relaparotomía en nuestras pacientes, motivo por el cual llevamos a cabo la realización de este estudio.

**OBJETIVO:** Conocer cual fué el beneficio de la Relaparotomía estadificadora y/o citorrreductora en pacientes con cáncer de ovario epitelial, quienes fueron incompletamente citorreducidas fuera del Instituto Nacional de Cancerología de México.

**MATERIAL Y METODOS:** Se evaluaron los expedientes clínicos de 99 pacientes con cáncer de ovario epitelial operadas fuera de nuestro Instituto en forma incompleta, dividiéndolas en 3 grupos de estudio:

- A) Pacientes a quienes solo les realizaron ooforectomía uni o bilateral.
- B) Pacientes en quienes se hizo una rutina de ovario incompleta y
- C) Pacientes en quienes solo se tomó biopsia por actividad tumoral (AT) irresecable a juicio del cirujano.

**RESULTADOS:** En el grupo A, 45% de las pacientes todavía tuvieron AT en la relaparotomía y en 72.5% se logró una citorreducción óptima. En el grupo B, 61.5% tenían aún AT con posibilidad de citorreducción

óptima de 76%, mientras que en el grupo C el 100% de las pacientes tenían carga tumoral y solo el 40% se logró citorreducir, con un mayor porcentaje de morbilidad operatoria. En los grupos A y B, la reestadificación mostró una etapa clínica más avanzada, de I a III en 47.5% y 53.8% respectivamente, mientras que en el grupo C en el 90% de las pacientes se corroboró la EC III.

**CONCLUSIONES:** La Relaparotomía estadificadora y/o citorreductora está plenamente justificada en los grupos A y B, mientras que en las pacientes del grupo C pudiera no realizarse de primera intención a su ingreso a nuestro Instituto, sino ser enviadas a QT de inducción y posteriormente ser sometidas a Cirugía de Intervalo.

## INTRODUCCION

El cáncer de ovario epitelial representa la segunda neoplasia genital más prevalente en orden de frecuencia, pero la que más muertes causa anualmente por procesos malignos en la mujer, reportándose hasta 50 a 70% de mortalidad. (1,2)

La cirugía juega un papel preponderante en el manejo de pacientes con cáncer de ovario epitelial, no solo en un intento curativo mediante citorreducción primaria, secundaria o de intervalo, sino que también *permite establecer el diagnóstico y evaluar la enfermedad además de tener fines paliativos.*(3). No obstante, el porcentaje de supervivencia en estas pacientes aún en etapas clínicas tempranas es pobre, tanto por la historia natural de la enfermedad como por las limitaciones en las modalidades de tratamiento e incorrecta estadificación (4).

El objetivo inicial del procedimiento quirúrgico, es determinar la extensión intraabdominal de la enfermedad y la reducción de masas tumorales antes de iniciar terapia adyuvante con el propósito de inducir una mejor respuesta a la quimioterapia.(3). Sin embargo, a pesar de la adopción entusiasta de nuevas políticas de tratamiento como la destumorización quirúrgica agresiva, evaluaciones de segunda vista y programas citotóxicos agresivos, la supervivencia a 5 años para pacientes con cáncer de ovario epitelial no ha cambiado significativamente, sobre todo debido a la frecuencia tan alta (70-80%) de enfermedad en etapas avanzadas al momento del diagnóstico.(6).

La citorreducción primaria, es el procedimiento que de ser óptimo

constituye uno de los principales parámetros pronósticos y brinda a las pacientes la mejor oportunidad de curación (1,5). No obstante, en muchos de los casos, dicha citorreducción no se logra, ya sea por lo avanzado de la enfermedad o por falta de habilidad quirúrgica del ginecólogo o cirujano general (13).

La cirugía sigue siendo la faceta más importante en el tratamiento del cáncer de ovario a pesar de que por sí sola será curativa en pocos casos (3). Además, desde que la estadificación para este cáncer requiere de un procedimiento quirúrgico, la verdadera estadificación está en función de un adecuado y completo muestreo de los sitios conocidos de metástasis (4). El propósito de la estadificación quirúrgica, es determinar la extensión de la enfermedad, permitir la selección de la terapéutica postoperatoria óptima y dar información pronóstica (4,5,14)

El concepto de que la cirugía citorreductora confiere beneficio en la supervivencia de pacientes con cáncer de ovario epitelial avanzado, data desde los trabajos tempranos del Dr. Thomas Griffiths (7,8,9) quien reportó que la supervivencia está directamente relacionada al diámetro de la enfermedad residual mas grande que permanece después de la cirugía citorreductora primaria (3). Después de una citorreducción quirúrgica óptima, por lo menos el 70% de las mujeres que reciben quimioterapia con régimen basado en platino responden al tratamiento (18).

*El poder realizar una citorreducción primaria óptima es muy importante, Hoskin reportó una supervivencia media de 37 meses en pacientes con citorreducción óptima contra 16 meses si se hacía subóptima. Sin embargo, la citorreducción óptima en pacientes con*

etapas avanzadas puede no ser completa hasta en 35% de los casos (5). Varios estudios como el de Piver han demostrado que después de Histerectomía total abdominal más salpingooforectomía bilateral por un cáncer de ovario en etapa clínica aparentemente temprana, aproximadamente 30% de las pacientes tienen enfermedad más avanzada después de una estadificación quirúrgica completa (1,3,8,10), sin embargo sin precisar las posibles complicaciones de un segundo procedimiento quirúrgico (1).

La reexploración quirúrgica para completar la estadificación de un cáncer de ovario aparentemente temprano puede dar información pronóstica importante, con mínima morbilidad, sin embargo en etapas avanzadas da poco beneficio, sobre todo en aquellas pacientes quienes ya requieren de quimioterapia en base a los hallazgos quirúrgicos iniciales (2,5).

Varios investigadores consideran que la supervivencia es mejor en pacientes con cáncer de ovario etapas clínicas III y IV cuando el tumor residual no excede de 2 cm. al inicio de la quimioterapia (9,11). Además la citorreducción primaria óptima seguida de quimioterapia mejora la calidad de vida de las pacientes, sin embargo la controversia surge ante la posibilidad de dicha citorreducción y su morbilidad asociada (12) sobre todo cuando ésta es realizada por cirujanos no oncólogos (12,13). El porcentaje de pacientes con cáncer de ovario avanzado que pueden someterse eficazmente a la cirugía citorreductora oscila entre 43% y 87% (15), sin embargo la reducción quirúrgica del tumor sigue siendo muy importante en el manejo de estas pacientes, atribuyendo el beneficio de esta destumorización a la resección de clones quimiorresistentes en los tumores voluminosos (16,17).

Está bien establecido que la predicción de los sucesos de una cirugía citorreductora no pueden ser hechos sobre hallazgos clínicos o estudios radiológicos (18,17); no obstante, la técnica quirúrgica habitual puede ser insatisfactoria para reseca enfermedad en ciertos sitios como: diafragma, hígado, región paraaórtica alta, porta hepatis, mesenterio y omento gastroesplénico (18). En un intento de realizar abordajes alternativos a la laparotomía exploradora convencional y evitar la morbilidad asociada a dicho procedimiento, se ha evaluado el uso de la TAC y los niveles séricos de CA 125 (19,20).

La tomografía computada tiene muy baja sensibilidad en detectar lesiones pequeñas (sobre todo de milímetros) en peritoneo, mesenterio y epiplón mayor, lo cual la hace inadecuada como procedimiento estadificador; sin embargo se ha establecido un Sistema de Score Tomográfico para identificar pacientes que probablemente no se beneficien de una citorreducción primaria (Tabla 1). Un score de 3 ó más puntos indica que la enfermedad fue detectada en por lo menos 2 sitios, lo cual la hace teóricamente irresecable (19).

Se ha reportado que los niveles séricos de CA 125 están elevados (>35 U/ml) en el 90% de las pacientes con cáncer de ovario epitelial en etapa clínica avanzada y en menos del 50% en etapa clínica I (20) Además también se relaciona con progresión o regresión de la enfermedad por criterio clínico (21). Sin embargo, aunque el valor predictivo de un valor de CA 125 elevado es excelente, un valor normal ( $\leq$  35 U/ml) tiene una significancia limitada. Es decir, la producción de antígeno asociada a tumor se ve afectada tanto por la heterogenicidad como por el volumen del tumor (21). Está descrito,

que pacientes con niveles mayores de 500 U/ml pueden ser sometidas a laparoscopia diagnóstica para toma de biopsia y evaluar la posibilidad de citorreducción, sin embargo, la utilidad real del CA 125 aún está en discusión (20).

En base a esto, consideramos que la Relaparotomía no ofrece beneficio en todas las pacientes con cáncer de ovario epitelial que ya fueron sometidas a una cirugía citorreductora sin ser completa, por lo tanto nuestro objetivo fué conocer el beneficio de la Relaparotomía estadificadora y/o citorreductora en pacientes con cáncer de ovario epitelial que fueron operadas incompletamente fuera de nuestro Instituto.

## JUSTIFICACION

Hasta la fecha, no hay modalidad de tratamiento más importante que la cirugía estadificadora/citorreductora en mujeres con cáncer de ovario epitelial. Desafortunadamente, la mayoría de las pacientes son diagnosticadas en etapas avanzadas de la enfermedad cuando son sometidas a cirugías de urgencia por datos de abdomen agudo, muchas de las veces solo logrando obtener muestras de tejido para confirmación histológica.

Poco se ha escrito en la literatura mundial, sobre la mejor opción de tratamiento en este grupo de pacientes ¿Se benefician de una relaparotomía para estadificación o de ser posible citorreducción?, ¿Es mejor iniciar con tratamiento sistémico antes de ser citorreducidas?, ¿Se incrementa la morbi-mortalidad con la relaparotomía?, ¿ Que tanto se modifica la estadificación?

En el INCan se reciben aproximadamente 100 pacientes por año con Cáncer de Ovario Epitelial, de las cuales el 50 a 60% han sido sometidas a una citorreducción en forma incompleta. Hasta el momento, no se ha evaluado la utilidad de la relaparotomía en nuestras pacientes, motivo por el cual llevamos a cabo la realización del presente estudio.

## METODOLOGIA

Se revisaron en forma retrospectiva los expedientes clínicos de 615 pacientes con cáncer de ovario que se atendieron en el Instituto Nacional de Cancerología de México en un período comprendido del 1º. de enero de 1995 al 31 de diciembre de 1999, de las cuales 507 pacientes correspondieron a la estirpe epitelial. El grupo de estudio quedó conformado por 99 pacientes (19.5% del total) quienes fueron operadas fuera del Instituto y referidas con diagnóstico de cáncer de ovario epitelial y que no fueron completamente estadificadas y/o citorreducidas, independientemente de la etapa clínica. Se excluyeron pacientes con tumores de otra estirpe histológica así como aquellas que sí fueron completamente tratadas en la cirugía inicial, que recibieron tratamiento adyuvante o bien pacientes en quienes el tratamiento primario se llevó a cabo en el Instituto.

Se dividieron a las 99 pacientes en 3 grupos de estudio:

- A) Formado por 40 pacientes en quienes solo se realizó ooforectomía uni o bilateral, por hallazgo de tumor único dependiente de 1 ó ambos anexos.
  
- B) Formado por 39 pacientes, en las que se encontró enfermedad limitada a la pelvis y quienes fueron sometidas a un intento de rutina de ovario, siendo incompleta, notando que en la mayoría de los casos solo se realizó histerectomía y salpingooforectomía bilateral más omentectomía sin muestreo ganglionar, peritoneal ni citológico de ascitis o lavado peritoneal.

C) Formado por 20 pacientes en las que solo se logró tomar biopsia para confirmación histológica por la gran carga tumoral encontrada durante la cirugía primaria.

El estudio se realizó con un análisis descriptivo, con curvas de Kaplan-Meier y prueba de Log-rank para evaluación de la supervivencia.

## RESULTADOS

La distribución por edades muestra cierta tendencia a que las pacientes con EC aparentemente temprana son más jóvenes que las que tienen enfermedad más avanzada; sin embargo, en general la edad de las pacientes fluctuó entre la 5ª. y 6ª. década de la vida. La exploración física al ingreso al INCan en pacientes de los grupos A y B fué en la mayoría sin evidencia de enfermedad residual, contrario al grupo C donde predominó la presencia de tumor palpable y ascitis. En cuanto al reporte histopatológico con el que las pacientes fueron referidas, predominó la estirpe epitelial con más de 50% de casos, seguido del mucinoso. Sin embargo, al hacer correlación histológica con lo reportado en el INCan, hubo discrepancia en dichos porcentajes ya que en el 35% de las pacientes en las que se completó la rutina de ovario ya no había enfermedad macroscópica, pero también predomina la estirpe epitelial.

En relación a los niveles séricos del antígeno CA 125, las pacientes de los grupos A y B tienen valores menores a 100 U/ml en 65% y 71% respectivamente, con una media de 300 U/ml, mientras que en el grupo C, el 80% de pacientes sobrepasan este nivel, con una media de más de 1000 U/ml. Independientemente del grupo, la TAC preoperatoria no se realizó en el 75% de los casos, sin embargo en las pacientes en las que sí se realizó (25%) hubo presencia de enfermedad en casi el 60%.

En el grupo A, 22 de 40 pacientes (55%) ya no tuvieron enfermedad macroscópica durante la relaparotomía, el otro 45% si tenía AT, la mayoría de ellas con carcinomatosis. Al 72.5% de las

pacientes se les logró reestadificar y citorreducir óptimamente. En el resto, se hizo citorreducción subóptima especificando que en la mayoría solo se logró una toma de biopsia.

En el grupo B, ocurrió algo similar, encontrando que 15 de 39 pacientes (45%) ya no tenían enfermedad macroscópica y 55% aún la tenían, logrando hacer una citorreducción óptima en 76.9% de las pacientes y subóptima en 23.1%.

En el grupo C, todas las pacientes tuvieron enfermedad macroscópica durante la relaparotomía, de las cuales 45% tuvieron carcinomatosis irreseccable. La citorreducción óptima solo se logró en 40% de las pacientes, siendo subóptima en el 60%, haciendo hincapié que en la mayoría de ellas solo se tomó biopsia.

En la gráfica 1, se sintetizan los resultados sobre la posibilidad de citorreducción en relación a los valores de CA 125, notando que el poder realizar una citorreducción óptima Vs subóptima es prácticamente igual, con cierta tendencia a poder realizar más la óptima en los grupos A y B, teniendo en cuenta que el CA 125 se encontraba por debajo de 100 U/ml en 75 y 71% de las pacientes respectivamente. En el grupo C, ninguna paciente tuvo valores normales de CA 125, el 80% se encontraban por arriba de las 100 U/ml y el 40% por arriba de 1000 U/ml. En este grupo, a la mayoría de las pacientes (60%) solo se pudo realizar una citorreducción subóptima. Evidentemente, las pacientes con niveles séricos de CA 125 por debajo de 100 U/ml tuvieron mejor supervivencia.

Con respecto a la TAC preoperatoria, aunque se hizo en muy pocos casos, encontramos en el grupo A una concordancia entre los hallazgos tomográficos y quirúrgicos del 90%, logrando la

## DISCUSIÓN

El abordaje diagnóstico y terapéutico en las pacientes con carcinoma epitelial de ovario es mediante la laparotomía exploradora (laparotomía citorreductora estadificadora primaria), la que además de ser diagnóstica nos permite establecer la estadificación y pronóstico de la enfermedad, sin embargo, la mayoría de estas pacientes son operadas de manera incompleta durante la laparotomía inicial, dado que casi el 60% son intervenidas por médicos no oncólogos.

Poco se ha escrito en la literatura sobre la mejor opción de tratamiento para pacientes con cáncer de ovario epitelial ya confirmado por histología, pero que han sido incompletamente operadas y por lo tanto incompletamente estadificadas y/o citorreducidas.

En nuestro Instituto, que es un centro de referencia nacional; se reciben aproximadamente 100 pacientes por año con diagnóstico de cáncer de ovario epitelial, de las cuales del 50 al 60% ya han sido manipuladas quirúrgicamente en un intento de estadificación y/o citorreducción, sin embargo, dicho procedimiento comúnmente no se hace en forma completa.

En nuestro estudio las pacientes fueron divididas en 3 grupos, en base al informe y conocimiento de la extensión de la enfermedad advertida durante la cirugía inicial, denominadas A y B con enfermedad aparentemente temprana y el grupo C con enfermedad avanzada. En los 2 primeros grupos, 45% y 55% de las pacientes tuvieron enfermedad macroscópica en la relaparotomía, logrando una citorreducción óptima en 72.5% y 76.9% de los casos

respectivamente. Sin embargo, en el grupo C, la posibilidad de una citorreducción óptima fué de solo 40%, remarcando que el 100% de las pacientes tenían actividad tumoral diseminada.

No hay reportes a la fecha que comparen nuestros resultados en los grupos A y B, pero Disaia y Creasman (15) reportan una posibilidad de citorreducción óptima en pacientes con cáncer de ovario epitelial avanzado de 43 y 87%, lo cual nos ubica por debajo de su porcentaje, sin embargo esto puede estar justificado por el hecho de que su reporte es de pacientes en los que ellos realizan la citorreducción primaria, mientras que nuestras pacientes ya fueron sometidas a un intento de resección quirúrgica.

Buschbaun y cols. y Abu Rustum y cols. (2,5) concluyeron en sus trabajos que la reexploración quirúrgica, para completar la estadificación en pacientes con etapa clínica aparentemente temprana da importante información pronóstica, situación poco específica cuando se presentan con E.C. avanzada. Varios investigadores como Young, Buschbaun y Piver (1,3,10), reportan aproximadamente que 30% de las pacientes tienen enfermedad más avanzada después de una estadificación quirúrgica completa. Nuestras pacientes de los grupos A y B tuvieron un porcentaje de subestadificación de 47 y 54% respectivamente, mientras que en el grupo C el 90% de las pacientes ya tenían el diagnóstico de una E.C. III. Estos porcentajes son más altos que lo reportado por otros autores, muy probablemente debido a que la cirugía primaria fue hecha por ginecólogos o cirujanos generales quienes tienen mínima experiencia en cirugía oncológica.

Al igual que lo referido por Mayer-Kennedy (19) y Chi y cols. (20) tanto la tomografía computada como los niveles séricos de CA 125,

## BIBLIOGRAFIA

1. Soper J. and Johnson P. Comprehensive restaging laparotomy in women with apparent early ovarian carcinoma. *Obstet.Gynecol.*1992;80:949-953.
2. Buschbaum H., Delgado et al. Surgical staging of carcinoma of the ovaries. *Surg.Gynecol. and Obstet.* 1989;169:226-231.
3. Hoskin W.J. Epithelial ovarian carcinoma:Principles of primary surgery.*Gynecol.Oncol.*1994;55:S91-S96.
4. Helewa ME., Krepard GV and Lotocki R. Staging laparotomy in early epithelial ovarian carcinoma. *Am.J.Obst.Gynecol.*1986;154:282-286.
5. Abu Rustum NR, Chi DS and Curtin JP. Epithelial Ovarian Cancer. *Current Probl. Surg.*1999;36(1):32-44
6. Monga M.,Carmichael JA and Shelley WE. Surgery without adyuvant chemotherapy for early epithelial ovarian carcinoma after comprehensive surgical staging. *Gynecologic Oncology.*1991;43:195-197.
7. Griffiths CT. Surgical resection of tumor bulk in the primary treatment of ovarian cancer. *Natl.Cancer.Inst.Monogr.* 1975;42:101-104.
8. *Cancer Treat. Rep.* Rol of cytorreductive surgical treatment in the management of advanced ovarian cancer. 1979;63(2):235-240.
9. Liu PC., Benjamin I., Morgan MA et al. Effect of surgical debulking on survival in stage IV ovarian cancer. *Gynecologic Oncology.* 1997;64:4-8
10. Stier EA., Barakat R. and Curtis JP. Laparotomy to complete staging of presumed early ovarian cancer. *Obstet.Gynecol.* 1996;87:737-740.
11. Taylor J. and Herson J. Surgery for common epithelial tumors of the ovary. *Cancer.* 1981;48:582-589.
12. Heintz AP., Kacker NF., Berek JS. et al. Cytorreductive surgery in ovarian carcinoma:feasibility and morbidity. *Obstet.Gynecol.* 1986;67:783-788.
13. Eisen CP SM., Spirtos NM., Montag TW. et al. The impact of subspeciality training on the management of advanced ovarian cancer. *Gynecologic Oncology.*1992;47:203-209.

14. Hoskin WJ. Surgical staging and cytoreductive surgery of epithelial ovarian cancer. *Cancer*. 1993;71:1534-1540.
15. Disaia P. And Creasman W. *Oncología Ginecológica Clínica*. 5ª. Edición. Editorial Harcourt-Brace (Mosby). 1999:285-353.
16. Le T., Krepart GV., Lotocki RJ and Heywood MS. Does debulking surgery improve survival in biologically aggressive ovarian carcinoma? *Gynecologic Oncology*. 1997;65:208-214.
17. Munkarah AR., Hallum AV. And Morris M. Prognostic significance of residual disease in patients with stge IV epithelial ovarian cancer. *Gynecologic Oncology*. 1997;64:13-17.
18. Nelson BE., Rosenfield AT. and Schwartz PE. Preoperative abdominopelvic computed tomographic prediction of optimal cytoreduction in epithelial ovarian carcinoma. *J.Clin.Oncol*. 1993;11:166-172.
19. Meyer and Kennedy. Ovarian carcinoma: Value of CT in predicting suces of debulking surgery. *AJR*. 1995;165:875-878.
20. Chi DS and Curtin JP. The ability of preop. Serum CA 125 to predict optimal primary tumor cytoreduction in stage III epithelial ovarian carcinoma. *Gynecologic Oncology*. 2000;77:227-231.
21. Podczaski E., Whitney CH., Manetta A. Y cols. Use of CA 125 to monitor patients with ovarian epithelial carcinoma. *Gynecologic Oncology*. 1989;33:193-197.

# Anexo

## Figuras y Tablas

# CA 125 ALTO Y POSIBILIDAD DE CITORREDUCCION

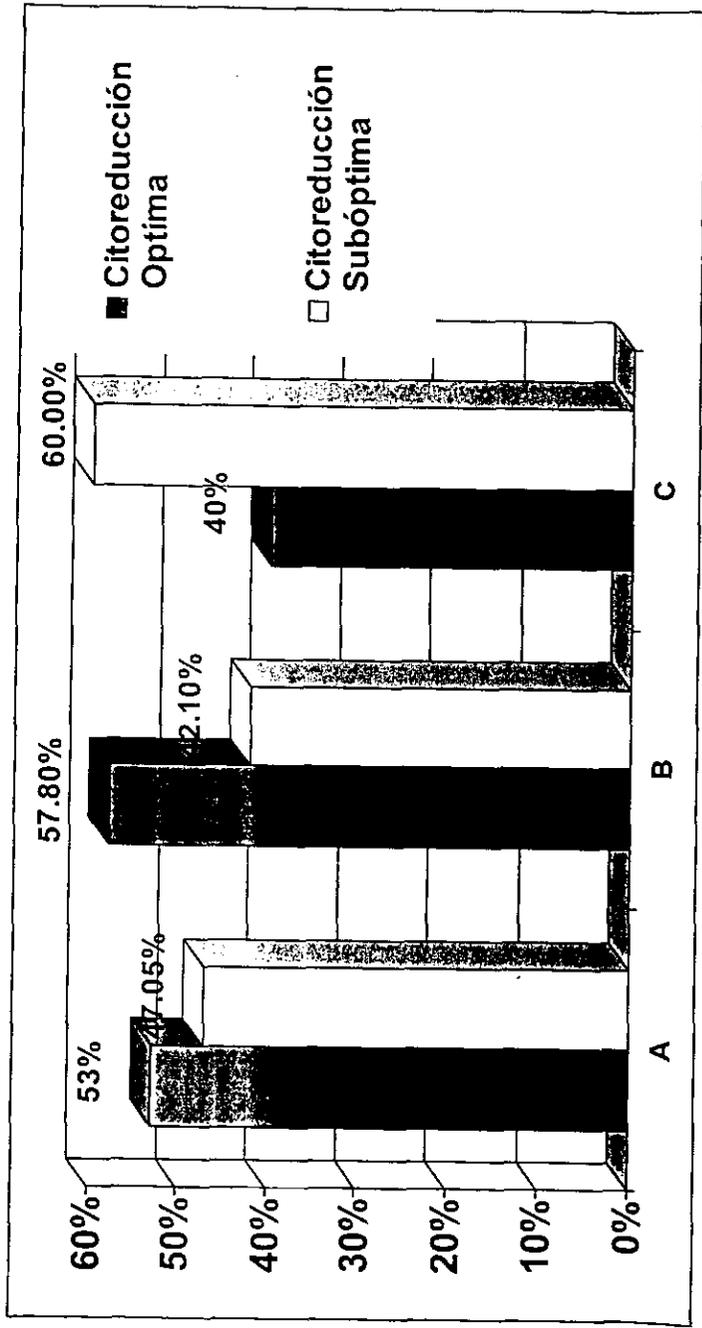


Figura 1

# TAC PREOPERATORIA Y POSIBILIDAD DE CITORREDUCCION

**GRUPO A n=8**

Hallazgos TAC	Hallazgos Sin enferm.	LAPE INC Con enferm.	Tipo de Citorreducción
Negativa n=5	5	0	Optima (100%)
Positiva n=3	1	2	Optima (100%)

Tabla 1

# TAC PREOPERATORIA Y POSIBILIDAD DE CITORREDUCCION

**GRUPO B n=9**

Hallazgos TAC	Hallazgos LAPE INC		Tipo de Citorreducción
	Sin enferm.	Con enferm.	
Negativa n=5	2	3	Optima (100%)
Positiva n=4	1	3	Optima (75%)

Tabla 2

# TAC PREOPERATORIA Y POSIBILIDAD DE CITORREDUCCION

GRUPO C n=7

Hallazgos TAC	Hallazgos LAPE INC		Tipo de Citorreducción
	Sin enferm.	Con enferm.	
Positiva n=7	0	7	Optima: 4/7 (57.1%)

Tabla 3

# RELAPAROTOMIA CA OVARIO

## Reestadificación

GRUPO	EC Hipotética	EC INCan
A n=40	EC I	EC I 53.8%
	(100%)	EC III 47.5%
B n=39	EC I y II	EC I y II 46%
		EC III 53.8%
C n=20	EC III b y c	EC I 10%
	(100%)	EC III 90%

Tabla 4

# SUPERVIVENCIA Optima Vs Subóptima

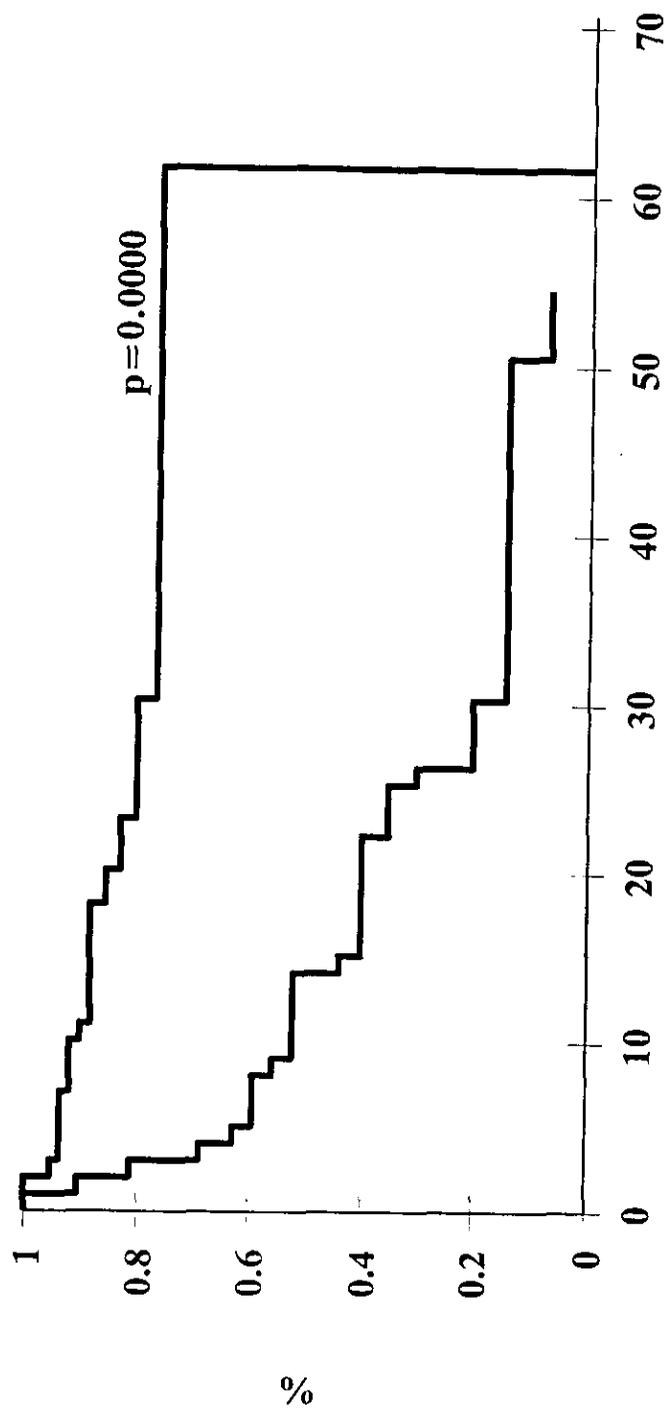


Figura 2