

11209
30
2oj.



Universidad Nacional Autónoma de México

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO
SECRETARIA DE SALUD

OOFORECTOMIA PROFILACTICA EN EL
GRUPO DE ALTO RIESGO

TESIS DE POSGRADO

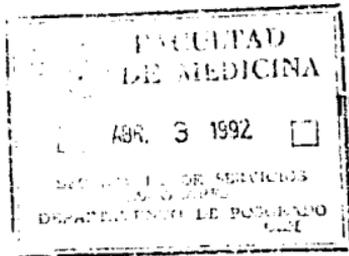
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN

CIRUGIA GENERAL

PRESENTA

ISAAC GARCIA RAMIREZ

MEXICO, D.F.



1992

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



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.

TABLA DE CONTENIDO

	PAG.
INTRODUCCION -----	1
A. Antecedentes -----	1
B. Situación actual -----	11
C. Objetivos -----	13
D. Justificación -----	13
MATERIAL Y METODO -----	14
RESULTADOS -----	15
DISCUSION -----	21
CONCLUSIONES -----	23
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICOS -----	24

RESUMEN

La ooforectomía profiláctica constituye parte fundamental en la prevención del cáncer de ovario. La prevención del cáncer de ovario deberá realizarse durante la cirugía abdominal, ya sea de tipo ginecológica o no ginecológica, por medio de la ooforectomía en todos los pacientes del grupo de alto riesgo.

El presente trabajo consiste en el estudio de los expedientes clínicos de 94 casos de cáncer de ovario atendidos en los servicios de cirugía general y de oncología del Hospital General de México de la Secretaría de Salud.

En el estudio se obtuvieron los antecedentes heredofamiliares así como los antecedentes quirúrgicos para determinar el grupo de alto riesgo. El grupo de alto riesgo se constituyó por mujeres mayores de 36 años de edad, con antecedentes heredofamiliares de cáncer de ovario, cáncer de mama y cáncer de colon. De esta manera, se identificaron 8 pacientes de alto riesgo, todas ellas atendidas en el servicio de cirugía general.

Al investigar si se les había realizado ooforectomía -- profiláctica se encontró que no se realizó en ninguna de las pacientes. En relación con los resultados concluimos que no se buscó intencionalmente al grupo de riesgo y no se dio el valor preventivo de la ooforectomía cuya importancia resulta indiscutible.

INTRODUCCION

A. ANTECEDENTES

La cirugía pélvica nació en Kentucky cuando Ephraim McDowell extirpó con buen éxito un gran tumor de ovario. Esta ovariectomía fue realizada en el año de 1809 sin anestesia ni asepsia (12).

En el siglo XX, al conocer mejor la fisiología ovárica se encontró en una era de conservación del ovario u ovarios y al mismo tiempo ganaba aceptación el concepto de la cirugía preventiva. Dicha prevención nació a raíz de la frustración de los cirujanos y ginecólogos para diagnosticar y curar el cáncer de ovario, así pues, se discutieron los méritos de la extirpación preventiva de los ovarios normales en mujeres pre y postmenopáusicas en operaciones ginecológicas (histerectomía básicamente). (12)

Embriología del ovario: La primera manifestación de la formación de una gónada aparece sobre la superficie ventral del riñón embrionario, entre el octavo segmento dorsal y el cuarto segmento lumbar, hacia las cuatro semanas de gestación. Es un engrosamiento del epitelio celómico donde se forman grupos de células en el mesénquima subyacente, esta zona de peritoneo recibe el nombre de epitelio germinal. En la cuarta semana cuando las células germinales primordiales han llegado al área genital, unas penetran en el epitelio germinal y otras se juntan con los grupos de células que han proliferado del epitelio o que están situadas en el mesénquima. Al final de la quinta semana de gestación la rápida división de todos estos tipos de células ha dado lugar a la formación de un pliegue genital que sobresale en la cavidad celómica y contiene los conductos de Wolff y de Müller. En el tercer mes se diferencia la médula y la corteza; la corteza forma la mayor parte del órgano y consta de una mul

titud de células germinales y epiteliales que muestran algunos signos de agrupamiento pero no forman cordones como en los testículos. En el cuarto mes algunas células germinales de nuevo en la región medular empiezan a crecer, al principio de esta fase de crecimiento se llama oocitos de primer orden. Este pronto queda rodeado de una capa de células foliulares aplanadas que proceden del epitelio germinal; esta formación recibe el nombre de folículo primordial y aparece primero en la médula y después en la corteza. A los ocho meses el ovario se ha convertido en un cuerpo lobulado, largo y estrecho que está unido a la pared corporal a nivel del hilio mediante el mesoovario (14).

Anatomía del ovario: Los ovarios en número de dos, tienen la forma de una almendra y miden en la pubertad de 25 a 26 mm de longitud, por 14 a 16 mm de ancho y de 9 a 10 mm de grosor. Después de la menopausia se atrofian poco a poco -- siendo de consistencia dura y resistente en general. Se encuentran suspendidos de la hoja posterior del ligamento ancho, por un mesenterio, el mesoovario. Desde el polo superior del ovario a la pared lateral de la pelvis se extiende el ligamento infundibulopélvico que contiene los vasos ováricos. Desde el polo inferior del ovario a la pared lateral -- del útero se extiende otro cordón fibromuscular llamado el ligamento ovárico. Las arterias ováricas nacen como ramas directas de la aorta abdominal de 1.5 a 2 cm por debajo de las arterias renales. En su descenso por la cavidad abdominal pasan sobre el uréter al que envían una rama llamada ureteral. Las arterias ováricas llegan después a la pelvis y cruzan -- los vasos iliacos primitivos para entrar al ligamento infundíbulo pélvico. Llegan después al mesoovario donde se anastomosan con la rama ovárica de la arteria uterina y envían varias ramas tubáricas al infundíbulo y ampolla de la trompa. La vena ovárica nace en el plexo pampiniforme del ovario del

cual parte una sola vena que acompaña a la arteria del mismo nombre. La vena ovárica desagua, en el lado derecho, directamente en la vena cava inferior, mientras que en el izquierdo se convierte en afluente de la vena renal izquierda. El rico plexo de capilares linfáticos de los ovarios da origen a vasos colectores que en el lado derecho drenan en los ganglios laterovenosos y pre venosos en cualquier punto entre el nivel de la bifurcación aórtica y el pedículo renal. En el lado izquierdo, los vasos linfáticos terminan en los ganglios preaórticos y lumbares izquierdos por debajo del nivel de la pelvis renal. A veces se extienden hacia afuera por el ligamento ancho con vasos de conexión que terminan en un ganglio de la cadena iliaca externa (6,20).

Hormonas ováricas: Las hormonas ováricas incluyen dos esteroideos fenólicos: estradio y estrona; además incluye un progestágeno: progesterona. El estradiol es el principal y el más activo de los estrógenos producidos por el ovario y constituye más del 90% del estradiol circulante. La estrona es un estrógeno ovárico débil. En la mujer premenopáusica la mayor cantidad de estrona circulante es derivada del estradiol por conversión por medio de la vía de la enzima 17-hidroxiesteroide deshidrogenasa; en la mujer postmenopáusica la estrona es el principal estrógeno plasmático y se deriva de la conversión de la androstenodiona, adrenocortical en tejidos periféricos (principalmente hígado). Sin embargo en las mujeres obesas existe una conversión periférica significativa de androstenodiona a estrona por tejido adiposo. Más del 70% de estrógenos circulantes se encuentran unidos a proteínas plasmáticas, la globulina fijadora de hormonas sexuales, el otro 25% están unidos a la albúmina plasmática. En el caso de la progesterona ésta se une a la transcortina y a la albúmina. El metabolismo de los esteroides ováricos se lleva principalmente en el hígado y son excretados en la orina en forma de conjugados solubles, ya sea, con ácido glucorónico

o con sulfatos (21). Los efectos fisiológicos de los esteroides ováicos son:

- a. Los estrógenos tienen un importante efecto anabólico-proteico, ya que, son responsables del crecimiento y desarrollo de las trompas de falopio, útero, vagina y genitales externos. También promueven la proliferación celular en la mucosa que cubre dichas estructuras.
- b. Los estrógenos estimulan la regeneración del extracto funcional durante la fase proliferativa del ciclo endometrial.
- c. Los estrógenos incrementan la cantidad de proteínas contractiles en el miometrio incrementando así la contracción muscular espontánea. También sensibilizan al miometrio a la acción de la oxitocina.
- d. Bajo la influencia estrogénica el cervix uterino secreta moco delgado y filante.
- e. Los estrógenos promueven el desarrollo del sistema ductal tubular de la glándula mamaria y actúan sinérgicamente -- con la progesterona en la estimulación del crecimiento de la porción lobuloalveolar de la glándula.
- f. Los estrógenos junto con los andrógenos ejercen un doble efecto para el crecimiento y desarrollo de los huesos.
- g. Los estrógenos estimulan la síntesis hepática de las globulinas de transporte incluyendo la globulina fijadora de tiroxina y transcortina.
- h. El endometrio, el cual proliferará gracias a los estrógenos llega a una fase secretora bajo la influencia de la progesterona.
- i. Bajo la influencia de la progesterona el moco secretado por las glándulas cervicales es reducido en volumen y se hace viscoso.

- j. La progesterona disminuye la frecuencia y la amplitud de la contracción del miometrio.
- k. La progesterona también promueve el crecimiento lobulovascular de la glándula mamaria.

Histogénesis de los tumores ováricos: Actualmente se considera que los tumores del ovario se originan de los cuatro tipos de tejido que constituyen el ovario y sirve esto para la clasificación de dichos tumores (16,17).

- a. Epitelio superficial, epitelio celómico o también llamado epitelio germinal: Es una estructura estrechamente relacionada tanto topográfica como funcionalmente al epitelio que cubre los conductos Mülllerianos que es progenitor de la mucosa tubaria, endometrial y endocervical.
- b. Células germinales: Estas se originan del endodermo del saco de "yolk" y migran hacia dentro del ovario donde se desarrollan más tarde a oogonias y oocitos.
- c. Cordones sexuales: Es una acumulación de células situadas por detrás de la superficie epitelial y posteriormente cubriendo el hilio del ovario.
- d. Estroma ovárico especializado: Deriva del mesénquima de la porción medular, por lo tanto, tiene una participación relativa de los cordones sexuales y el estroma ovárico en la formación de la granulosa y las células de Leydig.

A continuación se muestra la clasificación actualizada y modificada de los tumores del ovario según la Organización Mundial de la Salud (OMS), (17):

- a. TUMORES DE LA SUPERFICIE EPITELIAL
 - tumores serosos
 - tumores mucinosos
 - tumores endometrioides
 - tumores de células claras (mesonéfricos)

- tumor de Brenner
- tumores mixtos epiteliales
- tumores epiteliales indiferenciados y no clasificados

b. TUMORES DE CELULAS GERMINALES

- disgerminoma
- tumores del saco de yolk
 poliembriomas
- carcinoma embrionario
- coriocarcinoma
- teratoma inmaduro (maligno)
- tumor maligno neuroectodérmico
- ependimoma
- teratoma sólido maduro
- teratoma quístico o maduro
 con cambios malignos.
- struma ovárico
- tumor carcinoide
- tumores mixtos de células germinales

c. TUMORES DEL ESTROMA DE LOS CORDONES SEXUALES

- tumor de células de la granulosa
 tipo juvenil.
- tecoma y fibroma
 luteoma estromal
 tecoma luteinizante
 tumor del estroma de las células de Leydig
 fibroma celular
 tumor del estroma esclerosante
 fibromatosis
- carcinoma de células pequeñas
- tumor de células de Sertoli-Leydig (arrenoblastoma y
 androblastoma)

 bien diferenciado
 intermedio
 poco diferenciado

- tumor de células de Sertoli puro
 - tumor de células lipoides
 - otros tipos
 - tumor ovárico de probable origen Wolffiano
- d. TUMORES ESTROMALES DE LOS CORDONES SEXUALES DE LAS CELULAS GERMINALES.
- gonadoblastoma con disgerminoma u otros elementos de las células ger.
 - otros.
- e. TUMORES NO ESPECIFICOS DEL OVARIO
- leucemias y linfomas malignos
 - sarcomas
 - fibrosarcoma
 - sarcoma estromal endometrial
 - otros.
 - otros tumores primarios.
 - tumores metastásicos
 - tumor de Krukemberg

El factor pronóstico más importante en el cáncer de ovario es por medio del conocimiento de la presencia y extensión de la invasión más allá de la glándula; así está expresado en la estadificación clínica elaborada recientemente por la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) que se muestra a continuación (17,18):

CLASIFICACION CLINICA DE LA FIGO DEL CARCINOMA DE OVARIO:

- Etapa I Neoformación limitada a los ovarios.
- Ia. Neoformación limitada a un ovario y sin ascitis.
1. Sin tumor en la superficie externa y cápsula intacta.
 2. Tumor en la superficie externa, cápsula rota o - ambas cosas.
- Ib Neoformación limitada a ambos ovarios y sin ascitis.

1. Sin tumor en la superficie externa, cápsula intacta.
 2. Tumor en la superficie externa, cápsula rota o - ambas cosas.
- Ic. Tumor en etapa Ia ó Ib pero con ascitis obvia o lavados peritoneales positivos.
- Etapa II Neoformación que toma ambos ovarios con propagación pélvica.
- IIa. Propagación y/o metástasis a útero y/o trompas:
 IIb. Propagación a otros tejidos pelvianos.
 IIc. Tumor en etapa IIa ó IIb pero con ascitis obvia o lavados peritoneales positivos.
- Etapa III Neoformación que toma uno o ambos ovarios junto con metástasis intraperitoneales fuera de la pelvis, -- ganglios retroperitoneales positivos o ambas cosas. Tumor limitado a la pelvis verdadera con propagación maligna histológicamente comprobada al intesti no delgado o epiplón.
- Etapa IV Neoformación que toma uno o ambos ovarios y ha dado metástasis a distancia. Si hay derrame pleural la - citología tiene que ser positiva para incluir un ca so en la etapa IV. Las metástasis en el parénquima hepático equivalen a etapa IV.

Categoría

Especial Casos inexplorados que suponen ser de carcinoma -- ovárico (Krukenberg).

Diagnóstico y tratamiento del cáncer de ovario: El diagnóstico del cáncer del ovario puede establecerse por la interrelación de los siguientes puntos o herramientas tanto clínicos como paraclínicos (2): La historia clínica por medio de la recuperación de datos tales como dolor pélvico u abdominal

tumor abdominal, ascítis y demás datos obtenidos por el tacto vaginal. La exploración instrumental por medio de la culdocentesis para la obtención de líquido para citología. Se ha empleado de la misma forma la biopsia con aguja con guía ultrasonográfica con gran fiabilidad diagnóstica. La ultrasonografía pélvica sola o en combinación con los estudios anterior - también tiene gran fiabilidad pévica. La pelviscopia y culdocopia son útiles por la toma de biopsia directa. Existen algunos marcadores biológicos, tales como, la alfa fetoproteína y las gonadotropinas coriónicas humanas útiles para el diagnóstico de los tumores de células germinales; el antígeno carcinoembrionario útil para el diagnóstico en pacientes con tumores de las células epiteliales que tienen ascítis y metástasis y hepáticas. Este último resulta de mayor utilidad en el seguimiento de los pacientes operados por la misma causa.

Evaluación del estadio deberán llevarse a cabo, una vez fundamentado el diagnóstico, por medio de cirugía como se señala a continuación (2): a. Salpingo-ooforectomía bilateral - (o biopsia del ovario sano según tipo histológico y paridad - de la paciente). b. Histerectomía. c. Omentectomía. d. inspección y biopsia de hígado, diafragma y peritoneo sobre todo sospechoso. d. También examen citológico de ascítis en caso de encontrar y de lo contrario hacer un lavado peritoneal para estudio citológico.

Con respecto al tratamiento del cáncer de ovario nos enfocaremos principalmente al manejo quirúrgico del mismo que - se lleva a cabo con protocolo oncológico (2,12): La cirugía - curativa se lleva a cabo en lesiones grado I y en estadio Ia ya que de lo contrario la cirugía es paliativa y bien radical según el caso. A continuación se muestra una estrategia quirúrgica empleada según el estadio:

Estadio Ial,Ibl: Salpingooforectomía bilateral e histerectomía total. Existen algunas excepciones en cuanto el esta

dio Ial, ya que, en caso de tumores epiteliales de tipo mucinoso y seroso grado I y también en caso de tumores del estroma y de las células germinales en pacientes muy jóvenes y con un ovario sano (diagnóstico de biopsia) entonces puede llevarse a cabo ooforectomía unilateral y vigilancia estrecha.

Estadio Ia2, Ib2, Ic: Salpingooforectomía bilateral, hysterectomía total y radioterapia transcutánea sobre la pelvis. Si la radioterapia no puede realizarse entonces aplicar quimioterapia. También puede ser radioterapia intraperitoneal, -

Estadio IIa: Ovariosalpingectomía bilateral con hysterectomía total complementaria más radioterapia transcutánea sobre la pelvis.

Estadio IIb: Cirugía exploradora diagnóstica o reductora más radioterapia transcutánea sobre la pelvis.

Estadio IIc, estadio III peritoneal, estadio III peritoneal y retroperitoneal: Ovariosalpingectomía bilateral con hysterectomía total complementaria (o cirugía reductora) y quimioterapia. En el estadio III peritoneal y retroperitoneal, en caso de regresión peritoneal comprobada mediante estudio laparoscópico, la terapia se completa con irradiación ganglionar. La radioterapia también se puede utilizar en caso de progresión a nivel retroperitoneal.

Estadio III retroperitoneal: Ovariosalpingectomía bilateral con hysterectomía total complementaria más radioterapia. En presencia de únicamente metástasis lumboaórticas dar radioterapia sobre los grupos ganglionares positivos; y lo mismo sobre las metástasis lumboaórticas y pélvicas.

Estadio IV por metástasis hepáticas o por metástasis a distancia: Sea en uno u otro caso, la cirugía exploradora diagnóstica o reductora representa siempre la primera conducta terapéutica. El tratamiento médico con fármacos antiproliferativos sigue a la cirugía. Las metástasis ganglionares su-

praclaviculares o laterocervicales y cualquier metástasis como manifestación única del estadio IV de la enfermedad deben ser tratadas con cirugía siempre que sea posible o con radioterapia. La radioterapia se aplica también sobre las metástasis ganglionares u óseas sintomática.

B. SITUACION ACTUAL

Inicialmente la ooforectomía profiláctica era realizada única y exclusivamente después de una histerectomía, por ejemplo, Dickers y cols., del Centro Nacional de Estadísticas de la Salud, informaron que de 1970 a 1978 casi 5.8% de las mujeres de 40 a 44 años de edad que habían sido sometidas a histerectomía abdominal también fueron sometidas a ooforectomía bilateral. El motivo principal de tal conducta era el desarrollo de carcinoma en los ovarios retenidos con cifras que pueden ser de hasta 14% (13). Otro motivo para extirpar los ovarios, después de una histerectomía, es que el ovario pierde su función (1,4).

Posteriormente se señaló otra causa para realizar ooforectomía que está en relación con la incidencia de reintervención quirúrgica por problemas relacionados con el ovario u ovarios retenidos, ya que, han reportado cifras de reintervención de 2 a 7% (3,8,12,15,19).

Otro punto señalado recientemente y que motiva a realizar ooforectomía es la enfermedad metastásica maligna a los ovarios, de tal manera, que al realizar una celiotomía el ovario es el sitio más frecuente de metástasis debido a una susceptibilidad natural, tal parece ser de origen embrionario del parénquima ovárico (9).

El cáncer de ovario continua siendo uno de los tumores más letales del tracto reproductor femenino. Ocupa el tercer lugar como causa de muerte en todas las mujeres y es la primera causa de muerte en América (3,18). Continúa con un pronóstico muy pobre que no ha cambiado desde los últimos 30 --

años y la sobrevida a más de 5 años, con la enfermedad fuera del ovario, es de sólo 15% (5,7,8,18,19). El grupo más frecuentemente afectado es entre 40 y 65 años de edad y los estadio avanzados, III y IV de la FIGO, llegan a 70% (4,12,15).

No queda lugar a duda que la única prevención que se conoce para el cáncer de ovario es la ooforectomía bilateral y resulta muy aconsejable en las pacientes perimenopáusicas y postmenopáusicas sometidas a cirugía pélvica.

La genética humana ha reportado datos interesantes que refuerzan los avances de la cirugía ovárica. El cáncer de ovario tiene asociación familiar con el cáncer de mama, cáncer de colon, sarcoma de tejidos blandos, leucemias y obviamente el cáncer de ovario. Lynch y Fraumeni han reportado grupos de cáncer de ovario con pedigrées extensos (4,7,8,10,11). Sin embargo para Lynch el riesgo es hasta de 50% en hermanas y madres que padecen la enfermedad (11,13).

La ooforectomía profiláctica se define en el momento actual como la extirpación de ambos ovarios, de características macroscópicas normales, durante procedimiento quirúrgicos abdominales para prevenir el cáncer de ovario. Vale la pena hacer las siguientes consideraciones: En primer lugar la ooforectomía unilateral no reduce la incidencia de cáncer, ya que el potencial maligno persiste en 100% (8,12). En segundo lugar, la ooforectomía deberá realizarse durante procedimientos quirúrgicos abdominales, ya sea, de naturaleza ginecológica o no ginecológica. Por ejemplo, en un estudio realizado de 250 casos y otro de 407 casos mostraron que la prevención del cáncer pudo haber sido de 15 a 20% aproximadamente; además en el grupo mayor de pacientes se mostró que en el 9% de estos casos habían tenido cirugía ginecológica y el 5.7% habían tenido cirugía no ginecológica (5,7,8,19).

Finalmente se ha creado un grupo poblacional con una gran posibilidad de padecer cáncer de ovario y queda consti-

tuido por aquel grupo de mujeres con antecedentes heredo-famililiares de cáncer de ovario, cáncer de colon, cáncer de mama y que sean mayores de 36 años de edad por lo que deberá de realizárseles ooforectomía profiláctica bilateral en un momento - determinado (3,5,12,19).

C. OBJETIVOS

1. Conocer los casos de cáncer de ovario para describir la -- conducta y/o manejo en el servicio de cirugía general y el servicio de oncología en un lapso de 5 años.
2. Describir las características clínico-quirúrgicas del grupo de alto riesgo de padecer cáncer de ovario.
3. Describir las características quirúrgicas para realizar la ooforectomía profiláctica en el grupo de riesgo.
4. Conocer la incidencia de la ooforectomía en el grupo.

D. JUSTIFICACION

La enfermedad maligna del ovario se presenta ordinaria-- mente en aquellas mujeres con antecedentes de cáncer de ova-- rios, colon y glándula mamaria; la ooforectomía profiláctica constituye parte del tratamiento integral en estas enfermas - durante un procedimiento quirúrgico abdominal previo.

También constituye un arma terapéutica fundamental para prevenir el cáncer de ovario y mejorar los graves índices de morbimortalidad de la enfermedad maligna del ovario.

Es importante la unificación de criterios en los procedi-- mientos quirúrgicos desde el punto de vista epidemiológico en una patología como ésta.

Los beneficios de un estudio multidisciplinario son vita-- les para mejorar la calidad de la enseñanza de los residentes de cirugía en preparación, y así evitar decisiones quirúrgi-- cas dudosas en el tratamiento de estas pacientes

MATERIAL Y METODO

Se revisaron los libros de biopsias y autopsias de archivo del servicio de Patología del Hospital General de México - de la S.S., en el período comprendido de mayo de 1986 a mayo de 1991, seleccionando aquellos casos diagnosticados como cáncer de ovario.

Se obtuvo un total de 94 casos con diagnóstico de cáncer de ovario. Posteriormente se revisaron los expedientes clínicos de cada uno de los casos para llenar la hoja de recolección de datos y así obtener antecedentes heredofamiliares y quirúrgicos de importancia para el presente estudio. De esta manera, con los antecedentes obtenidos se integró el grupo de alto riesgo de padecer cáncer de ovario; este grupo se inte-gró por aquellas mujeres mayores de 36 años con antecedentes hereditarios de cáncer de ovario, cáncer de mama y cáncer de colon y además como característica fundamental el antecedente de haber sido sometidas a cirugía abdominal previa.

Conjuntamente con los datos heredofamiliares y quirúrgicos se revisó la estadificación (FIGO), e histogénesis de los tumores de ovario para determinar la incidencia de ooforectomía profiláctica en el grupo de alto riesgo.

R E S U L T A D O S

Se obtuvieron 94 casos con diagnóstico de cáncer de ovario; la distribución por edad y servicio donde se les atendió se muestra en la tabla 1. En el servicio de cirugía general la paciente de menor edad contaba con 16 años, y la de mayor edad contaba con 84 años. En el servicio de oncología, la paciente más joven tenía 14 años de edad y la paciente de mayor edad tenía 90 años. Las pacientes atendidas en el servicio de cirugía general fueron 42 y las atendidas en el servicio de oncología fueron 52.

La estadificación del cáncer de ovario en las pacientes estudiadas se basó en los hallazgos clínicos y quirúrgicos de acuerdo a los criterios postulados por la FIGO, como se muestra en la tabla 2. La mayoría de los casos atendidos en el servicio de cirugía general se encontraban en estadio Ia los cuales suman 22 casos que corresponden al 50.4% del grupo tratado en cirugía general. En el servicio de oncología, el mayor número de casos se encontraban en estadio III sumando 24 casos que corresponden al 46.1% de este grupo.

La histogénesis del cáncer de ovario de las pacientes estudiadas mostró que los tumores más frecuentemente hallados son los que derivan del epitelio celómico sumando 71 casos que corresponden al 75% del total de la población estudiada como se indica en la tabla 3.

Se identificó el grupo de alto riesgo, constituido por 8 pacientes, cuyas características clínico-quirúrgicas se encuentran en la tabla 4. Las 8 pacientes constituyen el 8.5% del total de las pacientes estudiadas con las siguientes características: 4 pacientes padecían concomitantemente cáncer de colon. Tres pacientes tuvieron el antecedente de cáncer de ovario (hermana, madre y tía respectivamente). Por último un

paciente tuvo el antecedente de cáncer de intestino, ignorando cuál de sus familias lo padeció.

En los antecedentes quirúrgicos encontramos que sólo dos pacientes fueron sometidas con anterioridad a cirugía abdominal y de tipo ginecológico, es importante señalar que en ninguno de estos dos casos se realizó la ooforectomía profiláctica.

**TABLA 1. DISTRIBUCION POR GRUPOS DE EDAD
 Y SERVICIOS DE ATENCION.**

EDAD AÑOS	<u>S E R V I C I O S</u>		TOTAL
	CIRUGIA GENERAL	ONCOLOGIA	
14-19	3	3	6
20-29	5	3	8
30-39	11	8	19
40-49	8	10	18
50-59	4	14	18
60-69	9	7	16
70-79	1	4	5
80-89	1	2	3
90-99	0	1	1
TOTAL	42	52	94

TABLA 2. ESTADIFICACION DEL CANCER DE OVARIO
DE LAS PACIENTES ESTUDIADAS SEGUN -
LA FIGO.

FIGO ESTADIOS	<u>S E R V I C I O S</u>		TOTAL
	CIRUGIA GENERAL	ONCOLOIGA	
Ia	22	10	32
Ib	1	2	3
Ic	8	4	12
IIa	1	1	2
IIb	2	1	3
IIc	3	3	6
III	4	24	28
IV	1	7	8
TOTAL	42	52	94

TABLA 3. HISTOGENESIS DEL CANCER DE OVARIO
DE LAS PACIENTES ESTUDIADAS.

HISTOGENESIS	<u>S E R V I C I O S</u>		TOTAL
	CIRUGIA GENERAL	ONCOLOGIA	
Epitelio celómico	33	38	71
células germinales	6	8	14
Estroma especializado gonadal	1	2	3
Mesénquima	1	1	2
Metástasis (Krukemberg)	1	3	4
TOTAL	42	52	94

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

TABLA 4. GRUPO DE ALTO RIESGO DE PADECER CANCER DE OVARIO
EN LAS PACIENTES ESTUDIADAS.

CASO	EDAD	GESTAS	SERVICIOS	CIRUGIA	OOFORECTOMIA	ANTECEDENTE
‡	(años)			PREVIA	PROFILACTICA	DE CANCER
1	90	4	Oncología	NO	NO	COLON
2	55	2	"	NO	NO	INTESTINO
3	42	8	"	NO	NO	COLON
4	45	4	"	NO	NO	COLON
5	63	10	Cirugía	NO	NO	OVARIO
6	39	2	"	SI *	NO	OVARIO
7	50	5	"	SI **	NO	OVARIO
8	50	?	"	NO	NO	COLON

* La cirugía previa realizada fue resección de quiste de ovario derecho 3 años antes.

** La cirugía previa realizada fue histerectomía abdominal 4 años antes.

DISCUSION

El cáncer de ovario sigue en la delantera en la morbi- - mortalidad a pesar de los adelantos tecnológicos de la medici na moderna. Sin embargo, la historia natural de la enfermedad sigue siendo la misma, así pues, los tumores malignos del ova rio son más frecuentes en el grupo de edad de 40 a 65 años -- (4,12,15).

En el presente estudio encontramos que se pudo hacer el diagnóstico más temprano en los casos atendidos en el servi- - cio de cirugía general (H.G.M.S.S.). Siendo diagnosticados en el grupo de edad que va de 30 a 39 años. Además en el mismo - servicio se pudo realizar la detección del cáncer de ovario - en estadios tempranos (Ia) en el 50.4% de sus pacientes.

Por otra parte en el servicio de oncología (HGMSS) el -- grupo de edad más afectado fue entre 40 y 65 años y la detec- ción se realizó en estadios más avanzados (III y IV). Lo cual coincide con las cifras reportadas en la literatura (4,12,15).

Con respecto a la histogénesis del cáncer de ovario, los tumores más frecuentemente hallados en esta serie, son aque- - llos que derivan del epitelio celómico (75%) lo cual concuer- da totalmente con las cifras reportadas en la literatura mun- dial (16,17).

El grupo de alto riesgo en el presente estudio quedó - - constituido por 8 pacientes (8.5%) de los cuales sólo pudo -- haberse prevenido, el cáncer de ovario, en dos pacientes -- (2.12%). Sin embargo, no fue así, ya que no se practicó la -- ooforectomía profiláctica a pesar de tener el antecedente de cáncer, paridad satisfecha, edad avanzada y cirugía previa.

Analizando los casos atendidos en el servicio de cirugía general se encontraron 10 casos con diagnóstico de cáncer de

ovario unilateral. Las cuales fueron sometidas a ooforectomía únicamente del lado afectado preservado el contralateral sin biopsia transoperatoria del mismo.

Consideramos a estas pacientes como un nuevo grupo de -- riesgo debido a manejo inadecuado, ya que, el tratamiento convencional del cáncer de ovario en estadio Ia es la histerosalpingooforectomía bilateral (2,12). En estos casos para preservar un ovario, en caso de cáncer del otro ovario, es necesario tener la certeza de que se trata de un cáncer de ovario grado I y bien diferenciado y con cápsula intacta. Por lo tanto, el manejo en el servicio de cirugía general no fue el más adecuado y por consiguiente deberá implantarse protocolos -- bien establecidos en el manejo de cáncer de ovario para disminuir las cifras de morbimortalidad.

CONCLUSIONES

1. El grupo de alto riesgo de padecer cáncer de ovario constituyó el 8% de la población estudiada. La cual es acorde -- con las cifras reportadas en la literatura, que corresponden 3 a 12%.
2. La prevención del cáncer de ovario pudo haber sido en el grupo estudiado de sólo 2%, no resultando así; además de -- que dicho porcentaje no se acerca ni al mínimo de las cifras reportadas en la literatura que son de 15 a 20%.
3. Para mejorar la cifra reportada en el punto anterior deberá buscarse intencionalmente el grupo de alto riesgo y así realizar la ooforectomía profiláctica en la cirugía abdominal ginecológica y no ginecológica.
4. El cirujano general forma parte activa de esta prevención ya que sigue siendo el primer contacto para la cirugía abdominal de tal manera que, tiene la posibilidad de prevenir y detectar la patología en estudio, tal como se muestra en el estudio.
5. La ooforectomía unilateral como práctica común, no previene la reintervención por enfermedades del ovario y mucho -- menos del cáncer de ovarios.
6. La decisión de conservar o extirpar los ovarios no deberá hacerse bajo la valoración macroscópica simple, sino que -- deberá apoyarse en cualquier caso, por estudio histológico transoperatorio, el cual deberá ser interpretado por un patólogo experimentado.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Alexander E S, Aksel S, Hazelton M J, Yeoman R R, Gilmore M S: THE EFFECT OF AGING ON HYPOTALAMIC FUNCTION IN OOFERECTOMIZED WOMEN. Am J Obstet Gynecol 162:446-1990.
2. DePalo G, Bonadonna G: NEOPLASIAS DEL APARATO GENITAL FEMENINO en: MANUAL DE ONCOLOGIA MEDICA (Ed: Cortés F H). - Barcelona. Masson S.A. 1983 p:607-627.
3. Finazzo S M, Hoffman S M, Roberts S W, Cavanagh M D: PREVIOUS PELVIC SURGERY IN PATIENTS WITH OVARIAN CANCER. - - South Med Jor 81:1518, 1988.
4. Garcia C R, Cutler B.W: PRESERVATION OF THE OVARY: A RE--EVALUATION. Fertil Steril 42:512, 1984.
5. Gibbs K E: SUGGESTED PROPHYLAXIS FOR OVARIAN CANCER. Am - J Obstet Gynecol 111:756, 1971.
6. Healey E J, Seybold D W: ORGANOS GENITALES PELVICOS FEMENINOS en: ANATOMIA CLINICA (Ed: Arrubarrena C F). México. Nueva interamericana. 1972 p:228-232.
7. Jacobs I, Oram D: PREVENTION OF OVARIAN CANCER: A SURVEY OF THE PRACTICE OF PROPHYLACTIC OOPHORECTOMY BY FELLOWS - AND MEMBERS OF THE ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS. Br J Obstet Gynaecol 96:510, 1989.
8. Jacobs I, Oram D: PROPHYLACTIC OOPHORECTOMY. Br J Hosp -- Med 38:440, 1987.
9. Knaus V J, Barber R R H: METASTATIC LESIONS PRESENTING AS PELVIC MAS in: PELVIC SURGERY: A MULTIDISCIPLINARY APPROACH (Ed: Isaacs J H, Byrne M P). Mount Kisco N Y. Futurá - Publishing Co. 1987 p:69-77.

10. Lynch T H, Harris E R, Guirgis A H, Maloney K, Carmody -- L L, Lynch F J: FAMILIAL ASSOCIATION OF BREAST/OVARIAN -- CARCINOMA. Cancer 41:1543, 1978.
11. Lynch T H, Bewtra C, Lynch F J: FAMILIAR PERITONEAL OVA--RIAN CARCINOMATOSIS: A NEW CLINICAL ENTITY? Med Hypothe--ses 21:171, 1987.
12. Mattingly R F, Thompson J D: MANEJO DE LOS OVARIOS EN LA HISTERECTOMIA POR ENFERMEDADES BENIGNAS en: GINECOLOGIA - OPERATORIA (Ed: Mattingly R. F, Thompson J D). Argenti--na. El Ateneo. 1987 p:192-196.
13. McGowan L: OVARIAN CANCER AFTER HYSTERECTOMY. Obstet Gyn_ecol 69:386,1987.
14. Pritchard J A, MacDonald P.C, Gant N F: ANATOMIA DEL AP_ARATO REPRODUCTOR FEMENINO en: WILLIAMS OBSTETRICIA (Ed: - Salvat Editores).México. Salvat. 1987. p:24-30
15. Randall L C, Hall W D, Armenia S C: PATHOLOGYC IN THE PRE SERVED OVARY AFTER UNILATERAL OOPHORECTOMY. Am J Obstet - Gynecol 84:1233, 1962.
16. Robbins L S, Cotran S R, Kumar V: OVARIO en: PATOLOGIA -- ESTRUCTURAL Y FUNCIONAL (Ed:Robbins L S, Cotran S R, Ku--mar V). México. Nueva Interamericana, 1983 p:1123-1136.
17. Rosai J: OVARY in: ACKERMAN'S SURGICAL PATHOLOGY VOL. II (Ed: Stamatidis G). St Louis Missouri. C.V. Mosby Company. 1989 p: 1108-1173.
18. Rutledge F N: TUMORES OVARICOS NEOPLASICOS en: GINECOLO--GIA OPERATORIA (Ed: Mattingly R F, Thompson J D). Argenti--na. El Ateneo. 1987 p: 776-804.
19. Stud J: PROPHYLACTIC OOPHORECTOMY. Br J Obstet Gynaecol - 96:506 1989.

20. Testud L, Jacob O: CONTENIDO DE LA PELVIS EN LA MUJER en: TRATADO DE ANATOMIA TOPOGRAFICA TOMO II (Ed: Salvat Editores). Barcelona. Salvat. 1982 p: 459-469.
21. The National Medical Series for Independent Study: THE -- OVARY in: PHYSIOLOGY (Ed: Bullock J, Boyle J, Wang MB). - Pennsylvania. Harwal Publishing Co. 1984 p:335-343.