

11277
60



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

29.

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

HOSPITAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA No. 3
CENTRO MEDICO LA RAZA
INSTRUTO MEXIGANO DEL SEGURO SOCIAL

*Los
DR ROBLES*

EVOLUCION DE LAS PACIENTES CON
ANTECEDENTE DE CANCER DE
OVARIO EPITELIAL POSTERIOR A
LAPAROTORIA DE SEGUNDA MIRADA

T E S I S
PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y
O B S T E T R I C I A
P R E S E N T A
DR. JULIAN GOMEZ MORALES

[Signature]

ASESOR: DR. AGUSTIN ROBLES ROBLES



IMSS TESIS CON MEXICO, D.F.

1998

FALLA DE ORIGEN



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 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.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mi esposa Ma. de Lourdes todo el apoyo que me brindo durante toda mi carrera y sobre todo al amor que me ha dado.

A mi hijo Edgar Julián que ha sido desde su nacimiento el aliento más importante para salir adelante en todos los obstáculos de la vida.

A mi madre Cristina que me vio crecer y realizarme como médico y especialista y a quien brindo todos mis éxitos.

A mi padre Arturo quien siempre fue un ejemplo a seguir como persona

A mis hermanos Arturo, Elizabeth, y Cristina por todo el apoyo durante toda mi vida

Agradezco al **HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA No3 CENTRO MEDICO LA RAZA** a todos los médicos que fueron mis maestros , a mis compañeros y amigos quienes me ayudaron a crecer como especialista.

A Dios sobre todas las cosas que me brinda la oportunidad de la vida y la salud para lograr todas mis metas.

INDICE

JUSTIFICACIÓN	3
1 ANTECEDENTES CIENTÍFICOS	4
2 OBJETIVOS	8
3 MATERIAL Y MÉTODOS	9
4 METODOLOGÍA	11
5 RESULTADOS	12
CONCLUSIONES	19
ANEXOS	20
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	25

JUSTIFICACION

Como se asienta en el marco teórico, la laparotomía de segunda mirada presenta innumerables controversias, tanto a favor como en contra, a pesar de que su uso en el cáncer de ovario lleva ya más de una década.

El pronóstico de recurrencia posterior a la laparotomía de segunda mirada, incluso negativa oscila entre 20 y 50% por lo que en diversos centros oncológicos esta en desuso.

En el H.G.O.#3 la laparotomía de segunda mirada tiene uso continuo dentro del protocolo de tratamiento en las diversas etapas de cáncer de ovario, estando ya establecidas la conducta y el control de ésta.

En la unidad no se ha valorado la posible utilidad del procedimiento, como esta referido por múltiples autores en los antecedentes de este estudio.

Siendo la importancia principal para esto conocer el valor de su uso, en base a los hallazgos durante la intervención y la evolución posterior a ésta, ya sea el control a ser negativa o añadir una segunda línea de quimioterapia, por el costo beneficio que pueda implicar

Este estudio pretende sentar bases para el apoyo de la intervención, o en caso contrario desistir de su uso

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

El cáncer de ovario sigue siendo la causa del mayor número de muertes que cualquier otro cáncer genital femenino(1).

La mayoría de los tumores malignos del ovario son de tipo epitelial 85-90%, agrupándose por tipos histológicos en :Cistadenocarcinoma seroso 42%, cistadenocarcinoma mucinoso 12%,carcinoma endometrioides15%,carcinoma indiferenciado 17%,carcinoma de células claras 6%.(2)

La edad en que con mayor frecuencia se presentan es en mujeres en la cuarta década de la vida, duplicándose la incidencia posterior a los 50 años, y siendo máxima en el grupo entre 65 y 85 años.

Las neoplasias ováricas crecen rápidamente y de forma indolora, siendo esto una de las causas por las que se detectan frecuentemente en etapas avanzadas (70% en E III) (3).

El estadiaje del cáncer de ovario es quirúrgico y se basa en los hallazgos operatorios inspeccionando cuidadosamente todas las superficies peritoneales, debido a que es una enfermedad de difusión serosa.

El tratamiento del cáncer de ovario dependerá de varios factores, principalmente estadio y histología, durante la intervención quirúrgica hay que ser enfatizantes en tratar de realizar la mayor extirpación posible del tumor, incluyendo histerectomía total abdominal, salpingooforectomía bilateral, apendicectomía, omentectomía, triple biopsia ganglionar

complementándose con quimioterapia cuando lo amerite dependiendo de los factores pronósticos. Utilizándose en quimioterapia dentro de los productos más activos: alquilantes, hexometilmelanina, doxorubicina, cisplatino, carboplatino, 5-fluoracilo, metotrexate, VP, I6 taxol. (4)(5)(6)

La evaluación objetiva de la evolución clínica de la enfermedad se lleva a cabo con laparotomía de segunda mirada, la cual fue introducida hace más de 40 años como intervención diagnóstica y terapéutica en pacientes con cáncer gastrointestinal, y se tornó sistemática para el tratamiento de cáncer ovárico a fines del decenio de 1970 y principios de los 80's, **definiéndose la laparotomía de segunda observación como un procedimiento para evaluar o valorar el estado clínico de la enfermedad y el efecto de la quimioterapia, en mujeres sin enfermedad clínica, después de concluir el programa de tratamiento planeado.**(7)

La denominación "sin enfermedad clínica" se refiere a una exploración física en la que no se encuentran datos de actividad tumoral, estudios de imagen con resultados negativos y marcadores tumorales normales.(8)

Macroscópicamente positiva: no se identifican áreas sospechosas por el cirujano pero las citologías de los lavados peritoneales o las biopsias múltiples descubren un tumor persistente.

Observación negativa: Es cuando no hay datos ni histológicos ni citológicos de un tumor persistente.

Segunda observación inadecuada: una exploración incompleta debido a adherencias extensas.(9)(10)

El propósito primario de la laparotomía es determinar con la mayor precisión posible el estado de la enfermedad, con base en esta información se decide la terapéutica subsecuente o la suspensión del tratamiento (11)

El momento más adecuado para practicar la cirugía a partir del último ciclo de tratamiento es casi universalmente de 4 a 6 semanas, tomando en cuenta que el número de ciclos de tratamiento puede variar debido a los factores pronósticos.(12)(13)(14)

Existen numerosas variables clínicas que tienen influencia pronóstica en los hallazgos de la segunda observación, dentro de las que se tienen : etapa clínica, tumor residual después de la primera intervención, grado de malignidad, quimioterapia, etc.(15)

Por otro lado, también se critica el uso del procedimiento debido a las tasas de recurrencia en múltiples estudios, que van del 20 al 50% después de una laparotomía de segunda observación negativa. Teniendo en cuenta que las variables como la edad, estadio del tumor existencia de tumor residual y cirugía optima o subóptima, resultan tener mayor valor.(16)

Concluyendo que no existe mejoría, y no cambia el pronóstico éste procedimiento y en caso de implementar una segunda línea de quimioterapia o radioterapia posterior al hallazgo positivo de segunda laparotomía de observación, el resultado no es bueno por la alta morbilidad.(17)(18)

Cabe mencionar que se considera como una cirugía óptima a aquél procedimiento en el cual se realiza una resección del tumor dejando solo restos menores a 2 cms, y por el contrario una cirugía subóptima cuando se deja mayor a 2 cms.(19)(20)

OBJETIVOS

GENERAL

Conocer la evolución de las pacientes sometidas a laparotomía de segunda mirada con antecedente de cáncer de ovario epitelial en etapa III y IV.

ESPECIFICOS

- 1. Conocer la evolución de las pacientes vivas sin enfermedad con antecedentes de cáncer de ovario epitelial en etapa III y IV, con laparotomía de segunda mirada microscópicamente positiva.**
- 2. Conocer la evolución de las pacientes vivas con enfermedad y antecedente de cáncer de ovario en etapa III y IV , con laparotomía de segunda mirada macroscópicamente positiva.**
- 3. Conocer la mortalidad de las pacientes con antecedente de cáncer de ovario epitelial en etapa III y IV.**

MATERIAL Y METODOS

Se realizó en mujeres con cáncer de ovario epitelial sometidas a laparotomía de segunda mirada en el servicio de oncología del H.G.O. # 3 C.M.R. de enero de 1993 a diciembre de 1994, analizando su evolución clínica de acuerdo a los hallazgos obtenidos en la laparotomía de segunda mirada, en el manejo planteado entre cada situación dependiendo de las múltiples variables que puedan influir en su pronóstico.

Población:

Pacientes con antecedente de cáncer de ovario epitelial en etapa III y IV, sometidas a laparotomía de segunda mirada en el Hospital de Ginecoobstetricia. #3 C.M.R.

Criterios de inclusión:

Pacientes con cáncer de ovario de variedad epitelial en etapa III y IV.

Pacientes de cualquier edad, cuya etapificación, haya sido realizada en el H.G.O.

#3 CMR .

Laparotomía de segunda mirada realizada de enero de 1993 a diciembre 1994.

Pacientes con esquema completo de quimioterapia.

Pacientes clínicamente libres de enfermedad.

Criterios de no inclusión:

Complicaciones en la laparotomía de segunda mirada.

Criterios de exclusión:

Defunción de la paciente por causa no atribuible al cáncer de ovario epitelial

Abandono de la quimioterapia por complicaciones de la misma.

Defunción atribuible a la cirugía.

No encontrar la información completa en el expediente.

Laparotomía de segunda mirada inadecuada.

METODOLOGIA

El estudio realizado fue de tipo clínico observacional descriptivo, longitudinal y retrospectivo, realizado con pacientes portadoras de cáncer de ovario epitelial que fueron sometidas a laparotomía de segunda mirada en el H.G.O #3 C.M.R. en un periodo de dos años de enero de 1993 a diciembre de 1994, con el fin de valorar y evaluar la evolución clínica de las pacientes en estudio, y comprobar la utilidad de esta intervención en nuestra unidad.

La información fue obtenida de los expedientes clínicos que cumplieran con criterio de inclusión como no inclusión y exclusión.

Se realizó recolección de datos en hojas de tabulación incluyendo los hallazgos y el pronóstico de cada una de las pacientes. Posteriormente se realizó análisis estadístico

Con medidas de tendencia central y dispersión, para la realización de tablas y gráficas

RESULTADOS.

Se realizó el análisis de 13 expedientes clínicos y sus correspondientes estudios histopatológicos de las pacientes con cáncer de ovario epitelial en etapa clínica III y IV de enero de 1993 a diciembre de 1994, en el H.G.O. #3 CMR en el servicio de Oncología.

De las 13 pacientes estudiadas 4 fueron excluidas por no cumplir con todos los criterios de inclusión, una de ellas de 85 años abandono el tratamiento posterior a la 1er cirugía. otra no fue ya candidata a quimioterapia por pasar 4 meses sin recibir ningún tratamiento,, otra de ellas no concluyo los ciclos establecidos de quimioterapia (QT), todas ellas en etapa III y una más en etapa IV no acepta tratamiento abandonando el control.

De las 9 pacientes incluidas 5(55%) de ellas se encontraron en etapa III correspondiendo 3(60%) al tipo histológico seroso,1(20%) al mucinoso y 1(20%) tipo mixto. En la etapa IV 2 (5=%) seroso y 2(50%) mucinoso (cuadro I).

De las pacientes sometidas a cirugía por la sospecha de tumor ovárico maligno 4(80%) tuvo cirugía completa optima, y 1 (20%) subóptima en etapa clínica III, en la etapa IV 2(50%) , cirugía completa subóptima y otro 50% cirugía incompleta, esto debido a la diseminación peritoneal que impidió realizar la cirugía, siendo tomada únicamente biopsia (cuadro II).

La quimioterapia aplicada a todas las pacientes incluyo el esquema establecido por el servicio que fue cisplatino, epirrubicina y ciclofosfamida con un total de 6 ciclos. (cuadro III).

El resultado de la laparotomía de segunda mirada por etapa clínica fue de 2 pacientes con exploración negativa en etapa III correspondiendo a 40% , el restante 60% fue positivo teniendo 2(40%) hallazgos microscópicos el 20% restante microscópicos.(cuadro IV)

La evolución clínica de las pacientes en etapa clínica III y IV del CA de ovario serosos fue de 60% vivas con enfermedad pero con hallazgo positivo tanto microscópico como macroscópico, otro 20% murió sin enfermedad aparente y hallazgo macroscópico en la laparotomía de segunda mirada, y solo 1(20%) viva sin enfermedad con hallazgo negativo.

Para el tumor mixto la única paciente en etapa III se encontró sin enfermedad y hallazgo microscópico.(cuadro V).

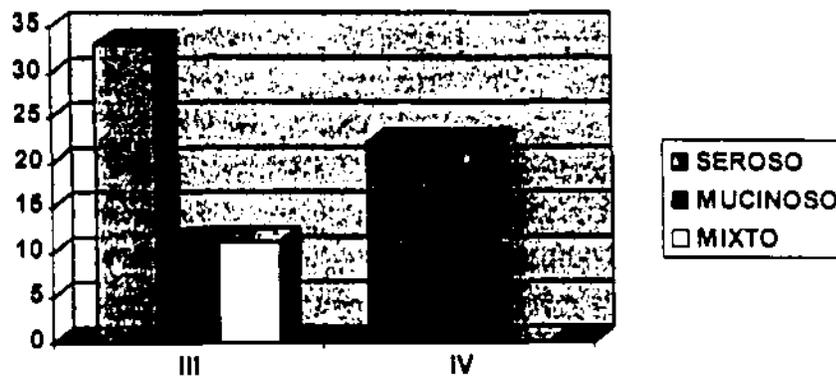
En el tipo histológico mucinoso una paciente (33%) en etapa clínica III el hallazgo de la laparotomía fue negativo encontrándose clínicamente viva sin enfermedad, y el restante 66% en etapa IV todos positivos pero 33% viva con enfermedad con hallazgo microscópico y el restante 33% muerta con enfermedad.(cuadro VI)

Con todos los datos encontrados fue evidente que al tener hallazgos negativos en la laparotomía de 2ª mirada la evolución de las pacientes es mejor tomando en consideración una observación de 3 y 4 año en las mujeres del estudio, que en aquellas que tienen hallazgos positivos siendo incluso fatal en una de ellas (cuadro VII)

CUADRO I
TIPO HISTÓLOGICO Y ETAPA CLINICA DEL CA DE OVARIO EPITELIAL

TIPO HISTOLÓGICO	ETAPA CLINICA	
	III	IV
CISTAADENOCARCINOMA SEROSO	3 (33%)	2 (22%)
CISTAADENOCARCINOMA MUCINOSO	1 (11%)	2 (22%)
CISTAADENOCARCINOMA MIXTO	1 (11%)	0

GRAFICA I



CUADRO II
TIPO DE CIRUGIA REALIZADA POR ETAPA CLINICA

ETAPA CLINICA	COMPLETA		INCOMPLETA
	OPTIMA	SUBOPTIMA	
III	4 (80%)	1 (20%)	
IV		2 (50%)	2 (50%)

CUADRO III
QUIMIOTERAPIA UTILIZADA POR ETAPA CLINICA

ETAPA CLINICA	NO. PACIENTES	FARMACO	NO. CICLOS
III	5	PEC*	6
IV	4	PEC*	6

*PEC : CISPLATINO, EPIRUBICINA, CICLOFOSFAMIDA.

CUADRO IV
RESULTADO DE LA LAPAROTOMIA DE SEGUNDA MIRADA POR ETAPA CLINICA

ETAPA CLINICA	NEGATIVA	POSITIVA	
		MICROSCOPICA	MACROSCOPICA
III			
SEROSO	1	1	1
MUCINOSO	1	0	0
MIXTO	0	1	0
IV			
SEROSO	0	0	2
MUCINOSO	0	1	1
MIXTO	0	0	0

CUADRO V
EVOLUCION CLINICA DEL CA DE OVARIO EPITELIAL EC III SEGUN RESULTADO DE LAPAROTOMIA DE SEGUNDA MIRADA Y TIPO HISTOLOGICO SEROSO

EVOLUCION	LAPAROTOMIA		
	NEGATIVO	POSITIVO	
		MICROSCOPICA	MACROSCOPICA
VIVA SIN ENFERMEDAD	1(33%)	0	1
VIVA CON ENFERMEDAD	0	1(33%)	1(33%)
MUERTA CON ENFERMEDAD	0	0	0
MUERTA SIN ENFERMEDAD	0	0	0

CUADRO III
QUIMIOTERAPIA UTILIZADA POR ETAPA CLINICA

ETAPA CLINICA	NO. PACIENTES	FARMACO	NO. CICLOS
III	5	PEC*	6
IV	4	PEC*	6

*PEC : CISPLATINO, EPIRRUBICINA, CICLOFOSFAMIDA.

CUADRO IV
RESULTADO DE LA LAPAROTOMIA DE SEGUNDA MIRADA POR ETAPA CLINICA

ETAPA CLINICA	NEGATIVA	POSITIVA	
		MICROSCOPICA	MACROSCOPICA
III			
SEROSO	1	1	1
MUCINOSO	1	0	0
MIXTO	0	1	0
IV			
SEROSO	0	0	2
MUCINOSO	0	1	1
MIXTO	0	0	0

CUADRO V
EVOLUCION CLINICA DEL CA DE OVARIO EPITELIAL EC III SEGUN RESULTADO DE LAPAROTOMIA DE SEGUNDA MIRADA Y TIPO HISTOLOGICO SEROSO

EVOLUCION	LAPAROTOMIA		
	NEGATIVO	POSITIVO	
		MICROSCOPICA	MACROSCOPICA
VIVA SIN ENFERMEDAD	1(33%)	0	0
VIVA CON ENFERMEDAD	0	1(33%)	1(33%)
MUERTA CON ENFERMEDAD	0	0	0
MUERTA SIN ENFERMEDAD	0	0	0

CUADRO VI

EVOLUCION CLINICA DEL CA DE OVARIO EPITELIAL EC IV POR RESULTADO DE LAPAROTOMIA DE SEGUNDA MIRADA TIPO HISTOLOGICO SEROSO.

EVOLUCION	LAPAROTOMIA		
	NEGATIVO	POSITIVO	
		MICROSCOPICA	MACROSCOPICA
VIVA SIN ENFERMEDAD	0	0	0
VIVA CON ENFERMEDAD	0	0	1
MUERTA SIN ENFERMEDAD	0	0	1
MUERTA CON ENFERMEDAD	0	0	0

CUADRO VII

EVOLUCION CLINICA DEL CA DE OVARIO EPITELIAL EC III SEGUN RESULTADO DE LAPAROTOMIA DE SEGUNDA MIRADA TIPO HISTOLOGICO MIXTO.

EVOLUCION	LAPAROTOMIA		
	NEGATIVO	POSITIVO	
		MICROSCOPICO	MACROSCOPICO
VIVA SIN ENFERMEDAD	0	1	0
VIVA CON ENFERMEDAD	0	0	0
MUERTA CON ENFERMEDAD	0	0	0
MUERTA SIN ENFERMEDAD	0	0	0

CUADRO VIII

EVOLUCION CLINICA DEL CA DE OVARIO EPITELIAL EC III SEGUN RESULTADO DE LAPAROTOMIA DE SEGUNDA MIRADA TIPO HISTOLOGICO MUCINOSO

EVOLUCION	LAPAROTOMIA		
	NEGATIVA	POSITIVA	
		MICROSCOPICA	MACROSCOPICA
VIVA SIN ENFERMEDAD	1	0	0
VIVA CON ENFERMEDAD	0	0	0
MUERTA CON ENFERMEDAD	0	0	0
MUERTA SIN ENFERMEDAD	0	0	0

CUADRO IX

EVOLUCION CLINICA DEL CA DE OVARIO EPITELIAL ECIV SEGUN RESULTADO DE LAPAROTOMIA DE SEGUNDA MIRADA TIPO HISTOLOGICO MUCINOSO.

EVOLUCION	LAPAROTOMIA		
	NEGATIVO	POSITIVA	
		MICROSCOPICA	MACOSCOPICA
VIVA SIN ENFERMEDAD	0	0	0
VIVA CON ENFERMEDAD	0	1	0
MUERTA SIN ENFERMEDAD	0	0	0
MUERTA CON ENFERMEDAD	0	0	1

CONCLUSIONES

La evolución de las pacientes en etapa clínica III es mucho mejor que aquellas encontradas en etapa clínica IV.

Las pacientes en etapa IV III con hallazgo positivo en la laparotomía de 2ª mirada presentaron persistencia de enfermedad.

Se presentó una muerte en una paciente en etapa IV.

En las pacientes con CA de ovario epitelial a pesar del tratamiento adecuado existe persistencia tumoral a 4 años en etapa III y IV , pero la sobrevida es mejor si se encuentran en etapa III.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. Garth DP, Julián PS, Robert St. Analysis of sites of persistent cancer at "second-look" laparotomy in patient with ovarian cancer. Am J Obstet Gynecol 1983, 147: 611-17.
2. Peter MH, Allan TV, J Baptist MC, et al. The treatment of advanced ovarian carcinoma (II) Interval Reassessment Operations during chemotherapy. Gynecol Oncol 1988; 30 359-71.
3. Stuart GC, Jeffries JL, Stuart M, Anderson RJ. The changing role of "second-look" laparotomy in the
4 management of epithelial carcinoma of the ovary. AmJ. Obstet Gynecol 1982, 142 612-16
- 5 Donald GG, Talledo E, Dudzinski MR, Brown KW, Another look at the second-assessment procedure for ovarian epithelial carcinoma, Am J Obstet Gynecol 1987; 157:590-6.
- 6 McCusker MC, Hoffman JS, Curry SL, Koulos JP, Gondos B, The role of second look laparotomy in treatment of epithelial ovarian cancer. Gynecol Oncol 1987; 28:83-88
- 7 Kirwan H, Naftalin J, Khanna S, Aukett RJ, The role of second look laparotomy in the management of patients with Stage II, III and IV ovarian cancer following chemotherapy with cisplatin, adriamycin and cyclophosphamide. Am J Obstet gynecol 1986; 93 629-33

8. Cain JM, Saigo PE, Pierce VK, et al. A review of second look laparotomy for ovarian cancer. *Gynecol oncol.* 1986; 23: 14-25.
9. Podratz KC, Malkasian GD, Hilton JF, et al. Second look laparotomy in ovarian cancer: Evaluation of pathologic variables *Am J Obstet Gynecol* 1985; 152: 230-38.
10. Walton L, Ellenberg S, Major F, et al. Results of second look laparotomy in patients with early-stage ovarian carcinoma. *Obstet Gynecol* 1987; 70: 770-73.
11. Richardson GS, Scully RE, Nikrui N, Nelson JH. Common epithelial cancer of the ovary. *N-Engl J Med* 1985; 312: 415-24.
12. Copeland LJ, Gershenson DM, Wharton JT, et al. Microscopic disease at second look laparotomy in advanced ovarian cancer. *Cancer* 1985; 55: 472-78.
13. Podratz Karl C, Cliby WA. Second look surgery in the management of epithelial ovarian cancer. *Gynecol oncol* 1994; 55: 128-33
14. Creasman WT, Second look laparotomy in ovarian cancer. *Gynecol Oncol* 1994; 55: 122-27.
15. Carmichael JA, Shelly WE, Brawn LB, et al. A predictive index of cure versus no cure in advanced ovarian carcinoma patients-replacement of second look laparotomy as a diagnostic test. *Gynecol Oncol* 1987; 27: 269-78.

16. Berek JS, Hacker NF, Lagasse LO, ET AL. **Second look laparotomy in Stage III epithelial ovarian cancer; Clinical variables associated with disease Status.** *Obstet Gynecol* 1984; 64: 207-12.
17. Podzaski ES, Stevs CW, Maneta A, et al . **Use of second look laparotomy in the management of patients with ovarian epithelial malignancies.** *Gynecol Oncol* 1987; 28: 205-14.
18. Chambers SK, Chambers JT, Kohorn EI, et al. **Evaluation of the role of the second look surgery in ovarian cancer.** *Obstet Gynecol* 1988; 72: 404-11.
19. Gershenson DM. **Management of early ovarian cancer : Germ cell and sex cord-Stromal tumors.** *Gynecol oncol* 1994; 55: 62-72.
20. Muder spach L, Muggia FM, Conti PS . **second look laparotomy for Stage III epithelial ovarian cancer: rationale and current issues .** *Cancer treat Rev* 1996 ; 21 (6) : 499-511.
21. Gershenson DM, Morris M, Burke TW , et al. **Combined cisplatin and carboplatin chemotherapy for treatment of advanced epithelial ovarian cancer.** *Gynecol Oncol* 1995; 58(3): 349-55.
22. Hording U, Toftager-Larsen K, Lund B, et al. **The value of CA 125 measurement before second look laparotomy in patient with ovarian carcinoma** *Eur J Gynecol Oncol* 1994; 15,3 : 217-21

23. Copeland LJ , Vacarello L ,Lewandowski GS. Second look laparotomy in epithelial ovarian cancer .*Obstet Gynecol Clin North Am* 1994; 21 : 155-66.
24. Morikawa Y, Kawai M , Kano T, et al. Clinical remision criteria for epithelial carcinoma of the ovari. *Gynecol Oncol* 1993; 48: 342 -8.
25. Rubin SC, Jones WB, Curtin JP , Barakat RR, Et al. Second look laparotomy in Stage I ovarian cancer following comprehensive surgical Stating. *Obstet Gynecol* 1993; 82(1) 139-42.
26. Podratz KC , Kinney WK. Second look loperation in ovarian cancer. *Cancer* 1993 , 15 71(4Suppl) 1951-8
27. Morgan MA, Noumoff JS, King S , Mikuta JJ. A formula for predicting the risk of a positive second look laparotomy in epithelial ovarian cancer: implication for A rabdomized trial *Obstet Gynecol* 1992; 80(6):944-8.
28. Potter ME, Hatch KD, song SJ, Partridge EE, Austin JM , Shingelton HM. Second look laparotomy and salvage therapy:a research modality only? . *Gynecol Oncol* 1992, 44(1) 3-9

29. Miller DS, Spirtos NM, Ballon SC, Cox RS, Soriero OM, Teng NN. Critical reassessment of second look laparotomy for epithelial ovarian carcinoma. Minimal diagnostic and therapeutic value in patients with persistent cancer. *Cáncer* 1992; 69(2): 502-10.
30. Philip J Disaia, William T Creasman . *Cáncer epitelial de ovario*. En *Oncología ginecológica clínica*. De Mosby Doyma. 4ta. Edición España. 1994: 332-423.

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

ANEXO A

CLASIFICACION HISTOLOGICA DE TUMORES DE OVARIO

1. NEOPLASIAS DERIVADAS DEL EPITELIO CELORICO

- A. TUMOR SEROSO
- B. TUMOR MUCINOSO
- C. TUMOR ENDOMETRIOIDE
- D. TUMOR MESONEFROIDE (CELULAS CLARAS)
- E. TUMOR DE BRENNER
- F. CARCINOMA INDIFERENCIADO
- G. CARCINOSARCOMA Y TUMOR MESODERMICO MIXTO

2. NEOPLASIAS DERIVADAS DE LAS CELULAS GERMINALES

A. TERATOMA

1. TERATOMA MADURO

- a. TERATOMA SOLIDO ADULTO
- b. QUISTE DERMOIDE
- c. ESTROMA DEL OVARIO
- d. NEOPLASIAS MALIGNAS QUE APARECEN SECUNDARIAMENTE AL TERATOMA QUISTICO MADURO

2. TERATOMA INMADURO (TERATOMA PARCIALMENTE DIFERENCIADO)

- B. DISGERMINOMA
- C. SARCOMA EMBRIONARIO
- D. TUMOR DEL SENO ENDODERMICO
- E. CORIOCARCINOMA
- F. GONADOBLASTOMA

3. NEOPLASIAS DERIVADAS DEL ESTROMA GONADAL ESPECIALIZADO

A. TUMOR DE CELULAS DE LA GRANULOSA-TECA

- 1. TUMOR DE LA GRANULOSA
- 2. TECOMA

B. TUMOR DE SERTOLI LEYDIG

1. ARENOBLASTOMA
 2. TUMOR DE SERTOLI

 - C. GINANDROBLASTOMA
 - D. TUMORES DE CELULAS LIPIDICAS
4. NEOPLASIAS DERIVADAS DEL MESENQUINMA INESPECIFICO
- A. FIBROMA, HEMANGIOMA, LEIOMIOMA, LIPOMA
 - B. LINFOMA
 - C. SARCOMA
5. NEOPLASIA QUE METASTATIZAN EN EL OVARIO
- A. TUBO GASTROINTESTINAL (KRUNKENBERG)
 - B. MAMA
 - C. ENDOMETRIO
 - D. LINFOMA

ANEXO B
CLASIFICACION POR ESTADIOS SEGUN NOMENCLATURA FIGO

ESTADIO	DESCRIPCION
I	Crecimiento limitado a los ovarios
Ia	Crecimiento limitado a un ovario; no hay ascitis que contenga células malignas; no hay tumor en las superficies externas; cápsula intacta.
Iba	Crecimiento limitado a ambos ovarios; no hay ascitis que contenga células malignas; no hay tumor en las superficies externas; cápsula intacta.
Ice	Tumor en estadio Ia o Iba, pero con tumor en la superficie de uno o ambos ovarios; o con la cápsula rota; o con ascitis que contenga células malignas; o lavados peritoneales positivos.
II	El crecimiento afecta a uno o ambos ovarios, con extensión pélvica.
Ila	Extensión y/o metástasis al útero y/o trompas.
Ilb	Extensión a otros tejidos pélvicos
Iic	Tumor en estadio Ila ó Ilb pero con afectación de la superficie de uno o ambos ovarios; o con la cápsula(s) rota(s); o con ascitis que contiene células malignas o con lavados peritoneales positivos.
III	Tumor que afecta a uno o ambos ovarios con invasión fuera de la pelvis y/o ganglios positivos retroperitoneales o inguinales, si existe metástasis hepáticas será un estadio III; tumor limitado a la pelvis verdadera; pero con extensión maligna al intestino delgado o epiplón, comprobada histológicamente
IIla	Tumor macroscópicamente limitado a la pelvis verdadera con ganglios negativos, pero siembra microscópica de las superficies peritoneales abdominales, histológicamente comprobadas.

- IIIb Tumor en uno o ambos ovarios; implantes en las superficies peritoneales abdominales histológicamente comprobadas,, nunguno de los cuales supera los 2 cms. De diámetro; ganglios negativos.
- IIIc Implantes abdominales de 2 cms. De diámetro; y/o ganglios retroperitoneales o inguinales positivos.

- IV. Crecimiento que afecta a uno o ambos ovarios con metástasis a distancia; si hay derrame pleural, los resultados de las pruebas citológicas tienen que ser positivos para incluir un caso en el estadio IV; las metástasis en el parénquima hepático equivalen al estadio IV.

ANEXO C

CONDUCTA DE LA SEGUNDA LAPAROTOMIA POR CÁNCER DE OVARIO EN EL SERVICIO DE ONCOLOGIA DEL H.G.O. #3 C.M.R.

1. **Incisión media infra y supraumbilical.**
2. **Protección adecuada de los bordes de la herida quirúrgica para evitar implantes tumorales.**
3. **Toma de muestra de ascitis o en su defecto lavado peritoneal de la cavidad con 100 ml. De solución salina para la cavidad pélvica, las cuales deben ser enviadas por separado y rotuladas como cavidad abdominal, ambas correderas parietocolicas y cavidad pélvica.**
4. **Lisis de adherencias y biopsias de ellas en caso necesario.**
5. **Exploración completa de la cavidad abdominal y pélvica.**
6. **Toma de muestra de todos los sitios sospechosos.**
7. **Ante ausencia de enfermedad macroscópica deberán tomarse muestras del peritoneo del piso pélvico, ambas paredes pélvicas, peritoneo vesical que serán rotuladas en conjunto peritoneo pélvico y de ambas correderas parietocolicas y peritoneo parietal que serán rotuladas en conjunto como peritoneo abdominal biopsias de ganglios pélvicos y paracavales para enviar ambos por separado biopsia de cúpula diafragmática.**
8. **En caso de enfermedad residual deberán especificarse los sitios y porcentaje o volumen en centímetros aproximados en conjunto.**