

11217

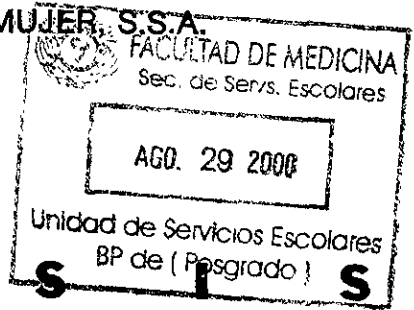


# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION

S.S.A.  
"HOSPITAL DE LA MUJER"  
DEPTO. DE ENSEÑANZA MEDICA

CARCINOMA DE OVARIO ESTUDIO Y  
SEGUIMIENTO DE 321 CASOS EN EL HOSPITAL  
DE LA MUJER, S.S.A.



**T E S I S**  
QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE  
**ESPECIALISTA EN GINECO-OBSTETRICIA**  
P R E S E N T A :  
**DR. JOSE MAGNO GOMEZ BALANZAR**

ASESOR: DR. ARTURO ZARATE SANTAMARIA



MEXICO, D. F.

11217-2000



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.

A MI FAMILIA, PRESENTE  
Y AUSENTE, A MI ESPOSA  
Y MIS HIJOS CON AMOR.

AL HOSPITAL DE LA MUJER DE LA S. S. A.  
Y SUS PACIENTES QUIENES  
CONTRIBUYERON A MI FORMACIÓN.

CON AGRADECIMIENTO POR  
SIEMPRE AL DR. ARTURO  
ZARATE SANTAMARIA

# Í N D I C E

	PÁGINAS
RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
CLASIFICACIÓN HISTOGENÉTICA (OMS)	5
CLASIFICACIÓN POR ETAPAS (FIGO)	12
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
OBJETIVOS	16
JUSTIFICACIÓN	17
MATERIAL Y MÉTODO	18
RESULTADOS	28
DISCUSIÓN Y COMENTARIOS	42
CONCLUSIONES	53
BIBLIOGRAFIA	56

## RESUMEN

ESTUDIO RETROSPECTIVO REALIZADO EN LA CLÍNICA DE TUMORES DE OVARIO DEL HOSPITAL DE LA MUJER DE LA S.S.A. QUE COMPRENDE EL PERIODO DE 1971-1993 (22 AÑOS). DE ACUERDO CON EL PROTOCOLO DE LA CLÍNICA DE REFERENCIA, SE TRATARON UN TOTAL DE 1786 NEOPLASIAS OVÁRICAS DE LAS CUALES 1454 (81.4%) RESULTARON BENIGNAS, 321 (18.6%) FUERON MALIGNAS Y 0.6% (11 PACIENTES) DE MALIGNIDAD MARGINAL. EL TIPO HISTOLÓGICO PREDOMINANTE FUE EPITELIAL (70.5%). SE OBSERVO ALTA INCIDENCIA DE CARCINOMA OVÁRICO EN PACIENTES MENORES DE 30 AÑOS (28.6%) CON PREDOMINANCIA ENTRE 31 Y 60 AÑOS (50.7%), ASÍ MISMO EN 44 ENFERMAS (17.5%) EL CARCINOMA FUE METASTÁSICO A OVARIO, DESTACANDO EL PRIMARIO EN ENDOMETRIO (3.9%). SE HACE MENCIÓN A LA CLASIFICACIÓN POR ETAPAS EN DONDE RESALTAN LOS ESTADIOS AVANZADOS (42.5%) ETAPA III-IV FIGO. SOLAMENTE EL 22% DE NUESTRAS PACIENTES FUERON SOMETIDAS A LAPARATOMÍA DE 2ª MIRADA Y LA TASA DE SOBREVIVENCIA A 5 AÑOS, DE 38.5% (97 PACIENTES). SE EXPRESA EL SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO.

## INTRODUCCIÓN

EL CARCINOMA DE OVARIO NO CONSTITUYE UNA ENFERMEDAD, SINO UNA FAMILIA DE ENFERMEDADES, CUYOS INTEGRANTES, AUNQUE CONSERVAN SEMEJANZAS, SON DIFERENTES. ESTO SE EXPLICA SENCILLAMENTE POR LA COMPLEJA ESTRUCTURA HISTOLÓGICA DEL ÓRGANO Y SU DIVERSIDAD FUNCIONAL. EL POTENCIAL NEOPLÁSICO DEL OVARIO HUMANO ES AMPLIAMENTE CONOCIDO, AL IGUAL QUE LA AUSENCIA DE MANIFESTACIONES CLÍNICAS TEMPRANAS, MOTIVO POR EL CUAL SE LE HA LLAMADO LA "GONADA SILENCIOSA", EXISTE ADEMÁS UNA GRAN VARIABILIDAD DE TUMORES DE OVARIO QUE SOLO TIENEN EN COMÚN SU TENDENCIA O YA DECLARADA MALIGNIDAD. SE PUEDEN OBSERVAR EN TODAS LAS ÉPOCAS DE LA VIDA, INCLUYENDO LA ETAPA INTRAUTERINA Y SENECTUD. LA SINTOMATOLOGÍA APARECE HASTA QUE LA TUMORACIÓN REBASA LA CAVIDAD PÉLVICA, OCASIONALMENTE LOS TUMORES OVÁRICOS SON SUSCEPTIBLES DE PRESENTAR ACCIDENTES DE TIPO TORSIÓN EN SU PEDÍCULO, INFECCIÓN Y/O NECROSIS, PRESENTANDO ENTONCES SINTOMATOLOGÍA AGUDA. TAMBIÉN DIFICULTA EL DIAGNÓSTICO LA AUSENCIA DE MÉTODOS DE LABORATORIO Y GABINETE PARA DETECCIÓN TEMPRANA MASIVA

A PESAR DE LOS AVANCES TÉCNICOS EN TODOS LOS CAMPOS DE LA MEDICINA, LAS NEOPLASIAS DE OVARIO PERSISTEN COMO EL PROBLEMA MAS COMPLEJO DE LA PATOLOGÍA GINECOLÓGICA.

DIVERSOS REPORTES (1, 2, 3, 4, 5, 6, 8), SEÑALAN QUE EL ÍNDICE DE SOBREVIVENCIA A 5 AÑOS DE CÁNCER OVÁRICO EPITELIAL NO SE HA SUPERADO EN LOS ÚLTIMOS 30 AÑOS. CON EL EMPLEO DE LA QUIMIOTERAPIA DE COMBINACIÓN, INCLUYENDO EL PLATINO, LA SOBREVIVENCIA GLOBAL DE 5 AÑOS ES APENAS DE 37% (5) SIN EMBARGO CUANDO EL CÁNCER ES INCIPIENTE, CONFINADO A LOS OVARIOS, ESTA TASA AUMENTA HASTA UN 90% (8,9,10,12), DE TAL MANERA QUE EL BAJO ÍNDICE DE SUPERVIVENCIA ESTA RELACIONADO CON LA DIFICULTAD PARA LA DETECCIÓN TEMPRANA, MÚLTIPLES INFORMES (1,2,3,5,6,9,11), INDICAN QUE EL 65% DE LOS CARCINOMAS OVÁRICOS SE DIAGNOSTICAN EN ETAPA AVANZADA (III –IV- FIGO), EN CONSECUENCIA, ES URGENTE CONTAR CON UN MÉTODO DE DETECCIÓN OPORTUNO, EFICAZ Y PRÁCTICO.

ES IMPORTANTE ENFATIZAR QUE EL CÁNCER OVÁRICO SE OBSERVA EN TODAS LAS ÉPOCAS DE LA VIDA (1,3,6,12,13,14,15,16,17,18,19,20) Y QUE DE 5 A 7 DE CADA 100 MUJERES SERÁN SOMETIDAS A UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA POR UN TUMOR OVÁRICO EN CUALQUIER ÉPOCA DE SU VIDA. ESTA NEOPLASIA OCUPA EL 3ER. LUGAR DE LAS MALIGNIDADES DE LA CAVIDAD PÉLVICA DESPUÉS DE CERVIX Y ENDOMETRIO. EN MÉXICO OCUPÓ EL 7º LUGAR COMO CAUSA DE MUERTE POR CÁNCER EN LA MUJER, EN LA DÉCADA DE 1972-1981 (6), CON UNA TASA DE MORTALIDAD DE 19 X 100,000 MUJERES POR AÑO. EN LA CIUDAD DE MÉXICO DURANTE EL AÑO DE 1987, SE REGISTRARON 432

EN EL PRESENTE ESTUDIO SE EMPLEÓ LA CLASIFICACIÓN HISTOGENÉTICA (OMS) Y LA CLASIFICACIÓN POR ETAPAS SANCIONADA POR LA FIGO.

**CLASIFICACIÓN HISTOGENÉTICA DE LOS TUMORES DE OVARIO  
(OMS)**

I TUMORES DEL EPITELIO.

A) TUMORES SEROSOS.

1) BENIGNOS.

A) CISTOADENOMA Y CISTOADENOMA PAPILAR.

B) PAPILOMA SUPERFICIAL.

C) ADENOFIBROMA Y CISTOADENOFIBROMA.

2) TUMORES DEL "TIPO BORDELIN" (CARCINOMA DE BAJO POTENCIAL MALIGNO O DE LENTA ACTIVIDAD MALIGNA). LIMÍTROFES.

A) CISTOADENOMA Y CISTOADENOMA PAPILAR.

B) PAPILOMA SUPERFICIAL.

ADENOFIBROMA Y CISTOADENOFIBROMA.

3) MALIGNOS.

A) ADENOCARCINOMA, ADENOCARCINOMA PAPILAR Y CISTOADENOCARCINOMA PAPILAR.



B) CARCINOMA PAPILAR SUPERFICIAL.

C) ADENOFIBROMA MALIGNO Y

CISTOADENOFIBROMA MALIGNO.

B) TUMORES MUCINOSOS.

1) BENIGNOS

A) CISTOADENOMA Y CISTOADENOMA  
PAPILAR.

B) ADENOFIBROMA Y CISTOADENOFIBROMA.

2) TUMORES DEL "TIPO BORDELIN" (CARCINOMA  
DE BAJO POTENCIAL MALIGNO O DE LENTA  
ACTIVIDAD MALIGNA). LÍMITROFES

A) CISTOADENOMA.

B) ADENOFIBROMA Y CISTOADENOFIBROMA.

3) MALIGNOS

A) ADENOCARCINOMA Y  
CISTOADENOCARCINOMA

B) ADENOFIBROMA MALIGNO Y  
CISTOADENOFIBROMA MALIGNO

C) TUMORES ENDOMETRIOIDES.

1) BENIGNOS.

A) ADENOMA Y CISTOADENOMA.

B) ADENOFIBROMA Y CISTOADENOFIBROMA.

- 2) TUMORES DEL TIPO "BORDELIN" (CARCINOMA DE BAJO POTENCIAL MALIGNO O DE LENTA ACTIVIDAD MALIGNA) LIMÍTROFES.
  - A) ADENOMA Y CISTOADENOMA
  - B) ADENOFIBROMA Y CISTOADENOFIBROMA.
- 3) MALIGNOS
  - A) CARCINOMA
    - (I) ADENOCARCINOMA.
    - (II) ADENOCANTOMA
    - (III) ADENOFIBROMA MALIGNO Y CISTOADENOFIBROMA MALIGNO
  - B) SARCOMAS DEL ESTROMA ENDOMETRIAL.
  - C) TUMOR MIXTO (MULLERIANO) MESODÉRMICO MALIGNO, HOMÓLOGO Y HETERÓLOGO.
  - D) TUMORES DE CÉLULAS CLARAS (MESONÉFRICOS)
    - 1) BENIGNOS. ADENOFIBROMA
    - 2) TUMORES DEL "TIPO BORDELIN" (CARCINOMA DE BAJO POTENCIAL MALIGNO O DE LENTA ACTIVIDAD MALIGNA)
    - 3) MALIGNOS. CARCINOMA Y ADENOCARCINOMA.
  - E) TUMORES DE BRENNER
    - 1) BENIGNOS
    - 2) TUMORES DE "TIPO BORDELIN" (PROLIFERANTES)

- 3) MALIGNOS
  - F) TUMORES EPITELIALES MIXTOS.
    - 1) BENIGNOS
    - 2) TUMORES DE “TIPO BORDELIN”
    - 3) MALIGNOS
  - G) CARCINOMAS INDIFERENCIADOS
  - H) TUMORES EPITELIALES NO CLASIFICABLES.
- II. TUMORES DEL ESTROMA DE LOS CORDONES SEXUALES.
- A) TUMORES DE CÉLULAS DEL ESTROMA-GRANULOSA.
    - 1) TUMORES DE CÉLULAS DE LA GRANULOSA
    - 2) TUMORES EN EL GRUPO DE TECOMA-FIBROMA
      - A) TECOMA
      - B) FIBROMA
      - C) INCLASIFICABLES
  - B) ANDROBLASTOMAS. TUMORES DE SERTOLI –LEYDIG
    - 1) BIEN DIFERENCIADOS
      - A) ANDROBLASTOMA TUBULAR: TUMORES DE LAS CÉLULAS DE SERTOLI (ADENOMA TUBULAR DE PICK)
      - B) ANDROBLASTOMA TUBULAR CON LÍPIDOS INTRACITOPLASMÁTICOS; TUMORES DE LAS CÉLULAS DE SERTOLI CON LÍPIDOS INTRACITOPLASMÁTICOS (FOLICULOMA LIPIDICO DE LECENE)

C) TUMOR DE CÉLULAS DE SERTOLI-LEYDIG  
(ADENOMA TUBULAR CON CÉLULAS DE  
LEYDIG)

D) TUMOR DE CÉLULAS DE LEYDIG; TUMOR DE  
CÉLULAS HILIARES.

2) DE DIFERENCIACIÓN INTERMEDIA

3) POBREMENTE DIFERENCIADO (SARCOMATOSO)

4) CON ELEMENTOS HETERÓLOGOS.

A) GINANDROBLASTOMA

B) INCLASIFICABLE.

III. TUMORES LIPOIDICOS (CÉLULAS LIPOIDEAS)

IV TUMORES DE CÉLULAS GERMINALES.

A) DISGERMINOMA

B) TUMOR DE SENOS ENDODÉRMICOS

C) CARCINOMA EMBRIONARIO

D) POLIEMBRIOMA

E) CORIOCARCINOMA

F) TERATOMAS

1) INMADURO

2) MADURO

A) SÓLIDO

B) QUISTICO

(I) QUISTE      DERMOIDE      (TERATOMA

QUISTICO MADURO)

(II) QUISTE DERMÓIDE CON  
TRANSFORMACIÓN MALIGNA

3) MÓDULOS Y ALTAMENTE ESPECIALIZADOS.

A) STRUMA OVARIUM

B) CARCINOIDE

C) STRUMA OVARIUM Y CARCINOIDE

D) OTROS

G) FORMAS MIXTAS.

V. GONADOBLASTOMA

A) PURO

B) MEZCLADO CON DISGERMINOMA O CON OTRAS  
FORMAS DE CÉLULAS GERMINALES.

VI. TUMORES DE TEJIDOS Blandos NO ESPECÍFICOS AL  
OVARIO

VII. TUMORES NO CLASIFICABLES

VIII. TUMORES SECUNDARIOS (METASTÁSICOS)

IX. LESIONES NO TUMORALES Y QUE SE CONFUNDEN CON  
TUMORES DEL OVARIO

A) LUTEOMA DEL EMBARAZO.

B) HIPERPLASIA DEL ESTROMA OVÁRICO E  
HIPERTRICOSIS

C) EDEMA MASIVO

D) FOLÍCULO QUISTICO SOLITARIO Y CUERPO LUTEO  
QUISTICO

- E) MÚLTIPLES FOLÍCULOS QUISTICOS (OVARIOS POLIQUISTICOS)
- F) MÚLTIPLES QUISTES FOLICULARES LUTEINIZADOS Y/O CUERPO LUTEO
- G) ENDOMETRIOSIS
- H) QUISTES DE INCLUSIÓN DEL EPITELIO SUPERFICIAL (QUISTES DE INCLUSIÓN DEL EPITELIO GERMINAL)
- I) QUISTES SIMPLES
- J) LESIONES INFLAMATORIAS.
- K) QUISTES PARAOVÁRICOS.

## CLASIFICACIÓN DEL CARCINOMA OVÁRICO.

### F I G O.

- ESTADIO I.      LIMITADO A OVARIOS
- Ia   UN OVARIO, CÁPSULA INTACTA.
  - Ib   AMBOS OVARIOS, CÁPSULA INTACTA
  - Ic.  CÁPSULA ROTA, TUMOR EN SUPERFICIE, CÉLULAS MALIGNAS EN ASCITIS O EN LAVADO PERITONEAL
- ESTADIO II.     EXTENSIÓN PÉLVICA.
- IIa.  ÚTERO, TROMPA (S)
  - IIb.  OTROS TEJIDOS PÉLVICOS
  - IIc.  CÉLULAS MALIGNAS EN ASCITIS O EN LAVADO PERITONEAL
- ESTADIO III    IMPLANTES PERITONEALES MAS ALLÁ DE LA PELVIS Y/O METASTASIS EN GANGLIOS LINFÁTICOS REGIONALES
- IIIa METASTASIS PERITONEAL MICROSCÓPICA
  - IIIb METASTASIS PERITONEAL MICROSCÓPICA IGUAL O MENOR A 2 CM.
  - IIIc METASTASIS PERITONEAL MAYOR A 2CM. Y/O METASTASIS EN GANGLIO LINFÁTICO REGIONAL

ESTADIO IV METASTASIS A DISTANCIA (EXCLUYE IMPLANTES PERITONEALES).

METASTASIS EN CÁPSULA HEPÁTICA ES ESTADIO III EN PARENQUIMA HEPÁTICA Y DIAFRAGMA CORRESPONDE A ESTADIO IV.

EL DERRAME PLEURAL DEBE TENER CITOLOGÍA POSITIVA.



## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

SE PLANTEAN LOS SIGUIENTES PROBLEMAS PARA EL DIAGNÓSTICO PRECOZ Y TRATAMIENTO OPORTUNO DE TUMORES OVÁRICOS.

- ◆ NO SE CUENTA CON METODOLOGÍA ACTUAL PARA DETECCIÓN MASIVA Y TEMPRANA DE TUMORES DE OVARIO.
- ◆ ENTRE 65-70% DE NEOPLASIAS MALIGNAS, SE DIAGNOSTICAN EN ETAPAS AVANZADAS (III-IV-FIGO).
- ◆ EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO ES DIFÍCIL PORQUE LA ENFERMEDAD TIENDE A DISEMINARSE AL PERITONEO Y ESTRUCTURAS ABDOMINALES.
- ◆ LOS CRITERIOS DE CIRUGÍA CONSERVADORA DE CARCINOMA OVÁRICO EN PACIENTES JÓVENES, NIÑAS Y ADOLESCENTES NO SE ENCUENTRAN BIEN ESTABLECIDOS.
- ◆ FRECUENTEMENTE LAS NEOPLASIAS DE OVARIO COINCIDEN CON EMBARAZO Y REQUIERE DE TRATAMIENTO ESPECIAL.
- ◆ ADEMÁS DE TRATAMIENTO QUIRÚRGICO, LAS PACIENTES PORTADORAS DE TUMOR OVÁRICO MALIGNO, REQUIEREN TERAPÉUTICA COMPLEMENTARIA CON QUIMIOTERAPIA Y RADIOTERAPIA

- ◆ LAS PACIENTES CON NEOPLASIA OVÁRICA REQUIEREN UN SEGUIMIENTO PERMANENTE PARA ESTABLECER LA EVOLUCIÓN E ÍNDICES DE SOBREVIDA.

## OBJETIVOS

### GENERAL

EFECTUAR LA DETECCIÓN Y DIAGNÓSTICO PRECOZ DE LOS TUMORES DE OVARIO.

### ESPECÍFICOS

1. OBTENER ELEMENTOS DE DETECCIÓN Y DIAGNÓSTICO DE NEOPLASIAS OVÁRICAS MEDIANTE UN ESTUDIO SISTEMATIZADO.
2. ESTABLECER LOS MÉTODOS DE TRATAMIENTO EN PROCESOS BENIGNOS Y MALIGNOS.
3. DETERMINAR LOS CRITERIOS DE CIRUGÍA CONSERVADORA EN MALIGNIDADES OVÁRICAS.
4. EMPLEAR LOS PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS DISPONIBLES EN LA ACTUALIDAD.
5. CLASIFICACIÓN HISTOGENETICA DE LOS TUMORES DE OVARIO
6. CLASIFICACIÓN POR ESTADIOS DE CARCINOMA OVÁRICO, SANCIONADOS POR LA FIGO.
7. ESTABLECER ÍNDICES DE SOBREVIDA A 5 AÑOS Y A LARGO PLAZO.

## JUSTIFICACIÓN

EN EL HOSPITAL DE LA MUJER DE LA S. S. A., EL 80% DE LOS TUMORES OVÁRICOS SON BENIGNOS Y 20% SON MALIGNOS. EL 57.7% DE LOS MALIGNOS SE OBSERVA EN PACIENTES ENTRE LOS 31 Y 50 AÑOS DE EDAD Y EL 42.2% ENTRE 11 Y 30 AÑOS (12,18,22). EL 19% DE LOS TUMORES OVÁRICOS COINCIDEN CON EMBARAZO Y EL 7.7% SE PRESENTAN EN NIÑAS Y ADOLESCENTES Y DE ESTAS, EL 1.9% SON MALIGNOS (18) ANTE ESTA COMPLEJIDAD SE CONCLUYE QUE LAS NEOPLASIAS OVÁRICAS REQUIEREN UN PROGRAMA TERAPÉUTICO INTEGRAL, ES MOTIVO DE LA PRESENTE COMUNICACIÓN, EL ANÁLISIS DE LA CASUÍSTICA DE LA CLÍNICA DE TUMORES DE OVARIO DEL HOSPITAL DE LA MUJER DE LA S. S. A. FUNDADA EN 1971 Y SU EXPERIENCIA DE 22 AÑOS.

## MATERIAL Y MÉTODO

DE ACUERDO CON EL PROTOCOLO DE LA CLÍNICA DE REFERENCIA (12), EL ESTUDIO COMPRENDE EL PERIODO DE 1971-93. CON EL OBJETIVO PRIMORDIAL DE EFECTUAR LA DETECCIÓN Y DIAGNÓSTICO DE LAS NEOPLASIAS OVÁRICAS, LLEVÁNDOSE A CABO UN ESTUDIO SISTEMATIZADO Y PROPORCIONANDO UNA TERAPÉUTICA INTEGRAL BAJO EL MISMO CRITERIO Y SEGUIMIENTO PARA OBTENER RESULTADOS SUSCEPTIBLES DE EVALUACIÓN. SE INVESTIGARON DATOS CLÍNICOS Y PARACLÍNICOS DE MALIGNIDAD. SE PRACTICÓ ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO TRANSOPERATORIO Y DEFINITIVO, ESTABLECIENDO LA CLASIFICACIÓN POR ETAPAS EN LAS MALIGNIDADES, SIGUIENDO LAS RECOMENDACIONES DE LA FIGO. SE EVALUARON LOS ÍNDICES DE SOBREVIVENCIA A 5 AÑOS Y A LARGO PLAZO. SE ANALIZA LA HISTORIA NATURAL DE ESTA ENTIDAD Y SE OBTIENEN DATOS EPIDEMIOLÓGICOS Y LOS RESULTADOS SE COMPARAN CON OTROS REPORTES DE OBJETIVOS SIMILARES.

LAS VARIABLES DEL PRESENTE PROTOCOLO PREOPERATORIO SE EXPRESAN EN EL CUADRO 1

CARCINOMA DE OVARIO	
ESTUDIO PREOPERATORIO	
1.	HISTORIA CLÍNICA.
2.	ANÁLISIS PREOPERATORIOS
3.	CITOLOGÍA. BIOPSIA ENDOMETRIAL.
4.	RADIOGRAFÍA DE TÓRAX.
5.	SERIE ÓSEA METASTÁSICA.
6.	UROGRAMA EXCRETOR.
7.	COLON POR ENEMA
8.	SERIE ESÓFAGO GASTRODUODENAL.
9.	ULTRASONOGRAFÍA.
10.	MARCADORES TUMORALES.

CUADRO # 1

EN LA INVESTIGACIÓN DE DATOS CLÍNICOS SE CONSIDERARON EN EL CUADRO 2.

DATOS CLINICOS	
1.	ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES DE NEOPLASIA OVARICA.
2.	SENSACIÓN DE PESANTEZ E HIPOGASTRIO.
3.	CRECIMIENTO ABDOMINAL PROGRESIVO.
4.	DISTENSIÓN ABDOMINAL.
5.	DOLOR VAGO EN HEMIABDOMEN INFERIOR.
6.	PERCEPCIÓN DE TUMORACIÓN ABDOMINAL
7.	TRANSTORNOS MENSTRUALES.
8.	SANGRADO POSTMENOPAÚSICO.
9.	SÍNTOMAS DIGESTIVOS (DISPEPSIA, DISTENSIÓN POSTPRANDIAL, CONSTIPACIÓN, PUJO, ETC.)
10.	DATOS DE OCLUSIÓN INTESTINAL
11.	PERDIDA PONDERAL.
12.	ATAQUE AL ESTADO GENERAL.

CUADRO # 2

LOS DATOS DE LA EXPLORACIÓN FÍSICA CONSIDERADOS, SE ENUMERAN EN EL CUADRO 3

<b>CLÍNICA DE TUMORES DE OVARIO</b>	
<b>EXPLORACIÓN</b>	
1	VOLUMEN DE LA TUMORACIÓN.
2	MOVILIDAD
3.	CONSISTENCIA.
4.	IRREGULARIDADES EN LA SUPERFICIE
5.	SOLIDEZ
6.	RENITENCIA
7.	BILATERALIDAD
8.	ADHERENCIA A ESTRUCTURAS VECINAS Y A PAREDES PÉLVICAS
9.	ASCITIS Y/O HIDROTÓRAX
10.	PRESENCIA DE NÓDULOS EN EL FONDO DE SACO DE DOUGLAS
11.	ESTADO DE LOS PARÁMETRIOS
12.	PELVIS CONGELADA.

CUADRO # 3



LAS INDICACIONES QUIRÚRGICAS SE ANOTAN EN EL CUADRO 4

<b>CLÍNICA DE TUMORES DE OVARIO</b>	
<b>INDICACIONES DE CIRUGÍA</b>	
1.	TUMOR OVÁRICO QUISTICO.
2.	TUMOR OVÁRICO SÓLIDO
3.	TUMOR OVÁRICO MIXTO (SÓLIDO-QUISTICO).
4.	TUMOR OVÁRICO BILATERAL.
5.	TUMOR OVÁRICO HORMONALMENTE ACTIVO.
6.	TUMOR OVÁRICO CON ACCIDENTE, TORSIÓN, RUPTURA, NECROSIS Y/O INFECCIÓN (URGENCIA QUIRÚRGICA).
7.	MASA OVÁRICA MAYOR DE 6.0-8.0 CM DE DIÁMETRO.
8.	QUISTE "FUNCIONAL" PERSISTENTE, MAYOR DE 6.0-8.0 CM DE DIÁMETRO (DESPUÉS DE 8-12 SEMANAS)
9.	OVARIO EN "REPOSO", PERSISTIENDO CRECIDO, UN AÑO DESPUÉS DE LA MENOPAUSIA, UN AÑO ANTES DE LA MENARCA.
10.	TUMOR OVÁRICO DURANTE LA GESTACIÓN.
11.	TUMOR OVÁRICO CON ASCITIS.
12.	SÍNDROME DE MEIGS.
13.	ASCITIS MALIGNA INEXPLICABLE.
14.	CIRUGÍA INCOMPLETA DE TUMOR OVÁRICO.
15.	TUMOR RESIDUAL DE OVARIO.
16.	"SEGUNDA MIRADA"

CUADRO # 4

LA APENDICECTOMÍA Y LA OMENTECTOMÍA COMO COMPLEMENTO DE LA CIRUGÍA SE LLEVARON A EFECTO POR LAS RAZONES QUE SE ENUMERAN EN LOS CUADROS 5 Y 6.

<b>CLÍNICA DE TUMORES DE OVARIO</b>	
<b>APENDICECTOMÍA</b>	
1.	POSIBLES IMPLANTES (7%)
2.	EXTIRPACIÓN DE TEJIDO LINFOIDE
3.	CLASIFICACIÓN POR ETAPAS.
4.	PROFILAXIS DE APENDICITIS SIN EPIPLON.
5.	TUMOR PRIMARIO.

CUADRO # 5

<b>CLÍNICA DE TUMORES DE OVARIO</b>	
<b>OMENTECTOMÍA</b>	
1.	INVASIÓN MACRO O MICROSCÓPICA (25%).
2.	CLASIFICACIÓN POR ETAPAS.
3.	EVITAR ASCITIS.
4.	MAYOR DISTRIBUCIÓN DE MATERIAL RADIATIVO (CUANDO SE USAN RADIOCOLOIDES INTRAPERITONEALES)

CUADRO # 6

LA LAPAROTOMIA DE 2ª MIRADA COMO COMPLEMENTO DEL PROTOCOLO PARA SUSPENDER LA QUIMIOTERAPIA, SE EXPRESA EN LOS CUADROS 7, 8, 9 Y 10.

<b>CLÍNICA DE TUMORES DE OVARIO</b>	
<b>SEGUNDA MIRADA</b>	
LAPAROTOMIA DE SEGUNDA MIRADA EN CARCINOMA DE OVARIO ES UNA LAPAROTOMIA REPETIDA EN UN PACIENTE SIN DATOS CLÍNICOS DE ENFERMEDAD, DESPUÉS DE UN INTERVALO DE QUIMIOTERAPIA.	
SINONIMIA: OPERACIÓN DE SEGUNDA MIRADA.	
SEGUNDA LAPARATOMÍA. SECOND-LOOK. LAPAROTOMIA DE SEGUNDA OBSERVACIÓN.	

CUADRO # 7

<b>CLÍNICA DE TUMORES DE OVARIO</b>	
<b>SEGUNDA MIRADA</b>	
	CONDICIONES:
1.	CONCLUSIÓN DE QT.
2.	SIN DATOS CLÍNICOS DE ACTIVIDAD TUMORAL.
3.	ICONOGRAFIA NEGATIVA
4.	BUEN ESTADO GENERAL.
5.	FORMULA ROJA Y LEUCOCITARIA
6.	PTH. PLAQUETAS. PFH NORMALES

CUADRO # 8

<b>CLÍNICA DE TUMORES DE OVARIO</b>	
<b>SEGUNDA MIRADA</b>	
	<b>OBJETIVOS:</b>
1.	DETERMINAR EL ESTADO DE LA ENFERMEDAD
2.	CONOCER LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO.
3.	ELUDIR QT. INNECESARIA.
4.	SUSPENDER TERAPEÚTICA.
5.	PROGRAMAR TERAPEÚTICA SUBSECUENTE.

CUADRO # 9

<b>CLÍNICA DE TUMORES DE OVARIO</b>	
<b>SEGUNDA MIRADA</b>	
	<b>RESULTADO:</b>
	MACROSCÓPICAMENTE POSITIVA.
	MICROSCÓPICAMENTE POSITIVA.
	NEGATIVA.
	INADECUADA.

CUADRO # 10

LOS CRITERIOS DE CIRUGÍA CONSERVADORA SE SEÑALAN A CONTINUACIÓN EN LOS CUADROS 11, 12, 13 Y 14.

CIRUGÍA CONSERVADORA	
1.	TUMOR OVÁRICO MALIGNO EN NIÑAS Y ADOLESCENTES
2.	PACIENTES JÓVENES CON DESEO DE CONSERVACIÓN DE LA FUNCIÓN REPRODUCTIVA

CUADRO # 11

CIRUGÍA CONSERVADORA	
INDICACIONES	
1.	TUMORES EPITELIALES DE BAJO GRADO DE MALIGNIDAD.
2.	TUMORES OVÁRICOS EN EL LINDERO O LÍMITROFES. (BORDER-LINE)
3.	TUMORES DERIVADOS DEL MESENQUIMA SEXUAL DIFERENCIADO. (CORDONES SEXUALES).
	A) TUMORES DE CÉLULAS DE LA GRANULOSA B) TUMORES DE CÉLULAS DE LA TECA. C) ANDROBLASTOMA. (LEYDIG-SERTOLI). D) TUMOR DE CORDONES SEXUALES CON LÓBULOS ANULARES (SCULLY) E) TUMOR DE CÉLULAS DEL HILIO (BERGER). F) GINANDROBLASTOMA.

CUADRO # 12

CIRUGÍA CONSERVADORA	
CONDICIONES	
1.	ETAPA IA
2.	PELVIS NORMAL.
3.	TUMOR ENCAPSULADO Y SIN ADHERENCIAS
4.	SIN INVASIÓN.
5.	SIN INVASIÓN LINFÁTICA O DEL MESO-OVARIO.
6.	SIN ASCITIS.
7.	CITOLOGÍA DE "LAVADO PERITONEAL" NEGATIVA.
8.	CUÑA CONTRALATERAL NORMAL.
9.	EPIPLÓN NORMAL; INCLUSIVE BIOPSIA NEGATIVA.
10.	ESTUDIO TRANSOPERATORIO.
11.	VIGILANCIA PERIÓDICA INCLUYENDO RASTREO ULTRASONOGRÁFICO.
12.	EXTIRPACIÓN DEL OVARIO RESIDUAL E HISTERECTOMÍA DESPUÉS DE INTEGRACIÓN DE NÚMERO DE HIJOS.

CUADRO # 13

CIRUGÍA CONSERVADORA	
EN DISGERMINOMA ADEMÁS	
13.	QUE EL VOLUMEN NO EXCEDA DE 10 CM
14.	LINFOGRAFÍA NEGATIVA.
15.	DISGERMINOMA PURO (DESCARTADO EN ASOCIACIÓN CON CORIOCARCINOMA, POLIEMBRIOMA, DEL SENO ENDODÉRMICO, TERATOMA MALIGNO, GONADOBLASTOMA).

CUADRO # 14

## RESULTADOS

EN EL LAPSO COMPRENDIDO DE 1971-93 (22 AÑOS), EN LA CLÍNICA SE TRATARON UN TOTAL DE 1786 NEOPLASIAS OVÁRICAS, DE LAS CUALES, 1454 (81.4%), RESULTARON BENIGNAS, 321 (18.0%) FUERON MALIGNAS Y EN 11 PACIENTES (0.6%), EL REPORTE FUE DE MALIGNIDAD MARGINAL CUADRO NO.1.

<b>CLÍNICA DE TUMORES DE OVARIO</b> <b>1971 - 93</b>		
BENIGNOS	1454	81.4%
MALIGNOS	321	18.0%
LIMITROFES	11	0.6%
<b>TOTAL</b>	<b>1786</b>	<b>100%</b>

CUADRO # 1

LA ESTIRPE DE LAS NEOFORMACIONES BENIGNAS SE SEÑALAN EN EL CUADRO NO 2.

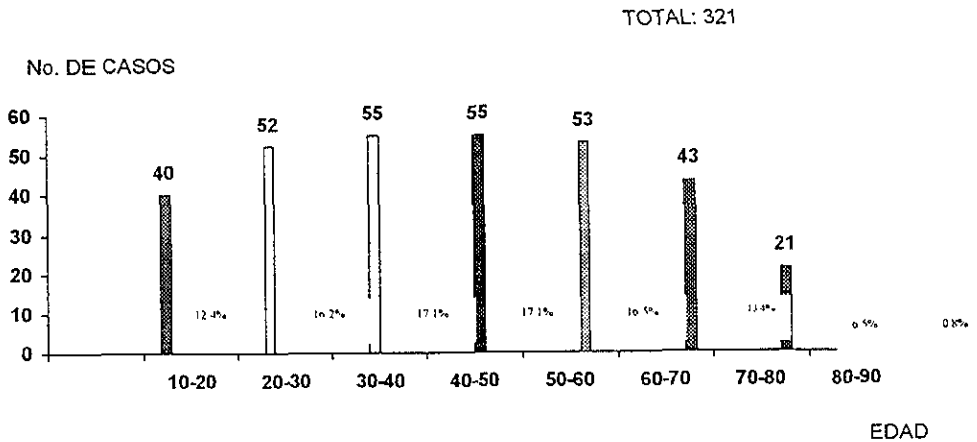
<b>NEOPLASIAS BENIGNAS</b>		
CISTOADENOMA SEROSO	860	59 15%
TERATOMA	419	28.82%
CISTOADENOMA MUCINOSO	112	7 70%
CISTOADENO-FIBROMA	21	1.44%
TUMOR ENDOMETRIOIDE	20	1.37%
TUMOR DE BRENNER	10	0 69%
FIBROMA	8	0.55%
LEIOMIOMA	2	0.14%
LUTEOMA GRAVIDARUM	1	0.07%
ANGIOLEIOMIOMA	1	0.07%
<b>TOTAL</b>	<b>1454</b>	<b>100%</b>

CUADRO # 2



EL ANÁLISIS DE LA EDAD EN MALIGNIDADES SE EXPRESA EN EL CUADRO NO. 3, EN EL QUE SE DESTACA QUE 92 PACIENTES (28.6% SON MENORES DE 30 AÑOS, Y QUE ENTRE 31 Y 60 AÑOS (50.7%), SE TRATARON 163 AFECTADAS, DE 61 A 90 AÑOS SOLAMENTE 66 ENFERMAS (20.7%).

**CUADRO NO. 3**  
**CARCINOMA DE OVARIO**  
**EDAD**



C T O HOSPITAL DE LA MUJER SSA

LA GESTA Y PARIDAD SE APRECIA EN EL CUADRO NO 4, EN DONDE 94 PACIENTES FUERON NULIGESTAS (29.2%), 78 (24.2%) CON BAJA PARIDAD (1-2 PARTOS). LA MULTIPARIDAD SE OBSERVO EN 78 ENFERMAS (24.2%) Y LA GRAN MULTIPARIDAD ESTUVO PRESENTE EN 71 PACIENTES (22.1%).

<b>CARCINOMA DE OVARIO</b>		
NULIGESTAS	94	29.2%
BAJA PARIDAD	78	24.2%
MULTIPARIDAD	78	24.2%
GRAN MULTIPARA	71	22.1%
<b>TOTAL</b>	<b>321</b>	<b>100%</b>

**CUADRO # 4**

EL CARCINOMA EPITELIAL FUE MAS FRECUENTE CON UN TOTAL DE 185 CASOS (57.6%), PREDOMINANDO EL ADENOCARCINOMA SEROSO, MUCINOSO Y ENDOMETRIOIDE, SIGUIÉNDOLE EL CARCINOMA DE CÉLULAS CLARAS CUADRO NO. 5.

<b>CARCINOMA DE OVARIO</b>		
<b>EPITELIAL</b>		
ADENOCARCINOMA SEROSO	98	30.5%
ADENOCARCINOMA MUCINOSO	36	11.2%
CARCINOMA ENDOMETRIOIDE	22	6.8%
CARCINOMA DE CÉLULAS CLARAS	16	4.9%
CARCINOMA SEROMUCINOSO	12	3.7%
TUMOR DE BRENNER MALIGNO	1	0.3%
<b>TOTAL</b>	<b>185</b>	<b>57.6%</b>

**CUADRO # 5**

CONTINUARON EN INCIDENCIA LOS CARCINOMAS DERIVADOS DE LAS CÉLULAS GERMINALES CON 59 PORTADORAS (18.3%), DESTACANDO EL DISGERMINOMA EN 31 PACIENTES (9.6%); LOS RESTANTES SE ANOTAN EN EL CUADRO NO. 6.

<b>CARCINOMA DE OVARIO</b>		
<b>CÉLULAS GERMINALES</b>		
DISGERMINOMA	31	9.6%
TERATOMA INMADURO	9	2.8%
CARCINOMA EMBRIONARIO	6	1.8%
MIXTO GERMINAL	6	1.8%
SENO ENDODÉRMICO	4	1.2%
CARCINOIDE	2	0.6%
GONADOBLASTOMA	1	0.3%
<b>TOTAL</b>	<b>59</b>	<b>18.3%</b>

CUADRO # 6

EL CUADRO NO 7 REVELA QUE LOS TUMORES DEL ESTROMA GÓNADAL OCUPARON EL 10.2% EN 33 PACIENTES

<b>CARCINOMA DE OVARIO</b>		
<b>ESTROMA GÓNADA</b>		
TECOMA	19	5.9%
GRANULOSA – TECA	9	2.8%
SERTOLI – LEYDIG	4	1.2%
CÉLULAS LIPOIDES – HILIO	1	0.3%
<b>TOTAL</b>	<b>33</b>	<b>10.2%</b>

CUADRO # 7

EN 44 ENFERMAS (17 5%) EL CÁNCER FUE METASTÁSICO A OVARIO, EN PRIMERA INSTANCIA DE ENDOMETRIO, CORIOCARCINOMA, MAMARIO Y TUMOR MIXTO MESODÉRMICO DE ÚTERO, EL TOTAL SE RELACIONA EN EL CUADRO NO 8.

<b>CARCINOMA METASTASICO DE OVARIO</b>		
CA. ENDOMETRIO	10	3.9%
TUMOR DE KRUKENBERG	9	3.6%
CORIOCARCINOMA	4	1.6%
CA. MAMARIO	4	1.6%
T. MIXTO MESODÉRMICO	4	1.6%
LINFOMA	3	1.2%
CA. TROMPA	2	0.8%
CA. RECTO	2	0.8%
SARCOMA	2	0.8%
METS INDIFERENCIADO	2	0.8%
PÁNCREAS – HÍGADO	2	0.8%
<b>TOTAL</b>	<b>44</b>	<b>17.5%</b>

CUADRO # 8

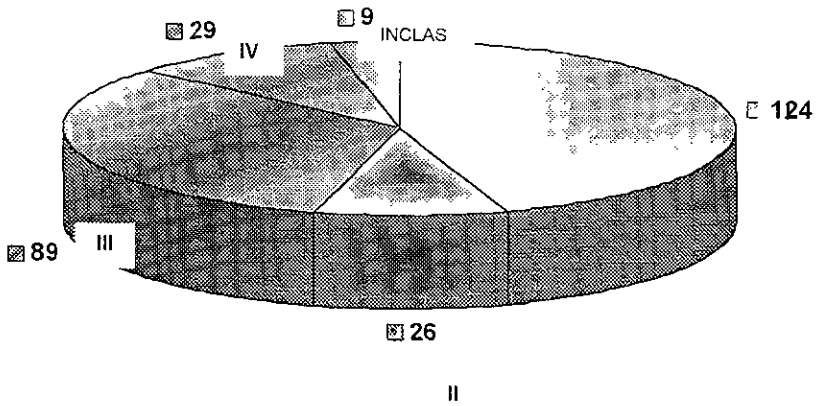
LAS CLASIFICACIONES POR ETAPAS DE ACUERDO CON LA FIGO, SE EXPRESA EN EL CUADRO NO. 9 Y GRÁFICA COMPLEMENTARIA.

<b>CARCINOMA DE OVARIO</b>		
<b>ETAPA- FIGO</b>		
<b>ETAPA</b>	<b>Nº DE CASOS</b>	<b>PORCIENTO</b>
la	67	24.1%
lb	12	4.3%
lc	45	16.2%
IIa	10	3.6%
IIb	9	3.2%
IIc	7	2.5%
III	89	32.1%
IV	29	10.4%
INCLAS	9	3.2%
<b>TOTAL</b>	<b>277</b>	<b>100%</b>

**CUADRO # 9**

**OBSERVACIÓN: SE ASIGNÓ COMO INCLASIFICABLE POR METODOLOGÍA INADECUADA EN LA PRIMERA INTERVENCIÓN O POR DESCONOCIMIENTO DE LOS HALLAZGOS QUIRÚRGICOS EXTRAHOSPITALARIOS.**

CARCINOMA DE OVARIO  
ETAPA - FIGO



C.T O. HOSPITAL DE LA MUJER S.S.A.



EN 189 PORTADORAS DE CARCINOMA OVÁRICO QUE INCLUYEN ESTIRPE EPITELIAL Y CÉLULAS GERMINALES, SOMETIDAS A QUIMIOTERAPIA DE COMBINACIÓN SOLAMENTE A 42 (22.2%), SE LES EFECTUÓ LAPAROTOMIA DE SEGUNDA MIRADA. LOS HALLAZGOS DE ESTE PROCEDIMIENTO QUEDA MANIFIESTO EN EL CUADRO NO. 11.

<b>CARCINOMA DE OVARIO LAPAROTOMIA DE SEGUNDA MIRADA. 189 CASOS</b>		
NEGATIVA	22	11.6%
POSITIVA MACROS.	13	6.8%
POSITIVA MICROS.	2	1.0%
INADECUADA	3	1.5%
TERCERA MIRADA	2	1.0%
<b>TOTAL</b>	<b>42</b>	<b>22.2%</b>

CUADRO # 11

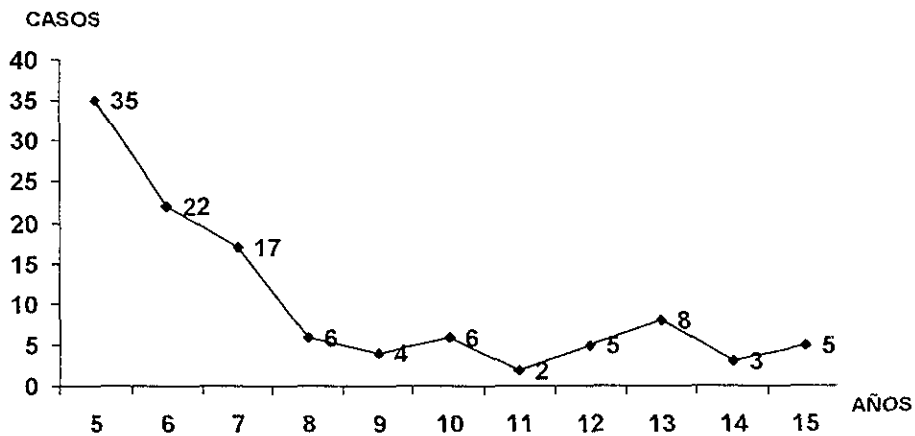
EN EL CUADRO NO. 12, SE ANALIZA LA SOBREVIDA A 5 AÑOS DE 97 PACIENTES (38.5%) Y EL DESGLOSE POR ETAPAS.

<b>CARCINOMA DE OVARIO SOBREVIDA</b>		
<b>ETAPA</b>	<b>NO. DE CASOS</b>	<b>PORCIENTO</b>
IA	42	16.7%
IB	5	1.9%
IC	15	5.9%
IIA	4	1.6%
IIB	3	1.2%
IIC	2	0.8%
III	22	8.7%
IV	0	0%
INCLAS.	4	1.6%
<b>TOTAL</b>	<b>97</b>	<b>38.5%</b>

CUADRO # 12

EL SEGUIMIENTO DE LAS ENFERMAS DEL PRESENTE ESTUDIO ES PERMANENTE, DESTACANDO 55 MUJERES CON SOBREVIDA HASTA DE 10 AÑOS Y 23 CASOS CON SOBREVIVENCIA Y VIGILANCIA PERIÓDICA HASTA DE 15 AÑOS. CUADRO NO. 13.

CUADRO NO. 13.  
CARCINOMA DE OVARIO  
SOBREVIDA



C.T.O. HOSPITAL DE LA MUJER SSA.

SE OBSERVARON 6 PACIENTES CON CARCINOMA DOBLE PRIMARIO, 2 DE ELLAS CON TECOMA MALIGNO Y CARCINOMA MAMARIO, 1 PORTADORA DE CISTA-ADENOCARCINOMA SEROSO Y SARCOMA MAMARIO, OTRA CON CISTA-ADENOCARCINOMA MUCINOSO Y CÁNCER CERVICOUTERINO, OTRA CON CARCINOMA ENDOMETRIOIDE DE OVARIO ASOCIADO A CARCINOMA MAMARIO Y OTRA CON CISTA-ADENOCARCINOMA SEROSO CON TUMOR DE LA GRANULOSA TECA, UNA ENFERMA PRESENTO 3 CARCINOMAS PRIMARIOS SIMULTÁNEOS: CISTA-ADENOCARCINOMA SEROSO, CARCINOMA DE ENDOMETRIO Y TUMOR DE CÉLULAS DE LA GRANULOSA, CUYA SOBREVIDA FUE DE 4 MESES.

EN 189 DETERMINACIONES DEL TIPO SANGUÍNEO Y FACTOR RH EN CARCINOMAS EPITELIALES Y DE CÉLULAS GERMINALES, RESULTARON CON GRUPO O RH POSITIVO, 126 CASOS(66.6%), CON A RH POSITIVO, 42 ENFERMAS (22.2%), AB POSITIVO 9 (4.7%),B POSITIVO 9 (4.7%) Y O RH NEGATIVO 3 (1.6%)

## DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

CONSIDERANDO QUE LAS NEOPLASIAS OVÁRICAS PERSISTEN COMO UN PROBLEMA ACTUAL EN GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA Y ANTE LA IMPOSIBILIDAD DE MEJORAR LAS TASAS DE VIDA DE CARCINOMA OVÁRICO CON LA METODOLOGÍA ACTUAL, SE ESTABLECIÓ EN EL HOSPITAL DE LA MUJER DE LA S S A. UNA CLÍNICA DE TUMORES DE OVARIO CON UN PROTOCOLO DE ESTUDIO Y CRITERIOS DE TRATAMIENTO A PARTIR DEL AÑO DE 1971, EXPERIENCIA DE 22 AÑOS QUE SE EXPRESA EN EL PRESENTE ESTUDIO

UNA CASUÍSTICA TAN IMPORTANTE EN LA CLÍNICA DE REFERENCIA REVELA UN PANORAMA REAL DE LAS NEOFORMACIONES OVÁRICAS EN UN GRUPO DE POBLACIÓN MARGINADA, Y ASÍ ENCONTRAMOS QUE LOS PROCESOS BENIGNOS REPRESENTAN EL 81.4% (1454 PACIENTES) Y 18.0% DE LOS MALIGNOS (321 PACIENTES). EN CAMBIO SE OBSERVO UN BAJO NÚMERO DE NEOPLASIAS CONSIDERADAS COMO LÍMITROFES (0.6%) AMPLIAMENTE SEÑALADOS EN DIVERSOS REPORTES, MAS ELEVADOS YA QUE OTROS ESTUDIOS REFIEREN UNA INCIDENCIA HASTA DE 10-20% DE TUMORES EN EL LINDERO (2,3,5,7,9,27,31) EN CONCLUSIÓN CABE ESPERAR UNA MALIGNIDAD POR CADA 5 TUMORES EN GENERAL COMO SE HA DEMOSTRADO AMPLIAMENTE LOS TUMORES DE ESTIRPE EPITELIAL TANTO BENIGNOS COMO MALIGNOS OCUPA UNA

IMPRESIONANTE PREDOMINANCIA (1023) (70.35%) SIGUIENDO LOS TERATOMAS CON 419 CASOS REPRESENTANTE DE CÉLULAS GERMINALES (28.8%). EL RESTANTE 10.2% CORRESPONDIERON A TUMORES DEL ESTROMA GÓNADAL

LOS DATOS OBTENIDOS PONEN EN EVIDENCIA EL IMPORTANTE POTENCIAL NEOPLÁSICO DEL EPITELIO GERMINAL MULLERIANO (1,2,3,4,20,23). DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA HISTOGÉNESIS ESTE DATO ES TRASCENDENTE EN VIRTUD DE QUE HA PERMITIDO ESTABLECER EL EPITELIO DE ORIGEN, OBSERVÁNDOSE LA SIMILITUD DE LOS TUMORES DEL EPITELIO SEROSO CON EL EPITELIO QUE CUBRE LAS SALPINGES, LOS TUMORES MUCINOSOS CON EPITELIO SIMILAR AL EPITELIO ENDOCERVICAL Y LOS TUMORES DE BRENNER CON EL EPITELIO TRANSICIONAL DE LA VEJIGA COMÚNMENTE PUEDEN SER MIXTOS PERO MAS IMPORTANTE AUN ES QUE ESTA ESTIRPE TUMORAL HA PERMITIDO LA IDENTIFICACIÓN DE ANTÍGENOS ONCOASOCIADOS A TRAVÉS DE LA PRODUCCIÓN DE ANTICUERPOS MONOCLONALES (OCC-125) AL IMPLANTAR UN CARCINOMA SEROSO PAPILAR HUMANO EN RATONES, LLEGANDO A OBTENER EL ANTÍGENO CA-125 COMO EL PRIMER MARCADOR TUMORAL ÚTIL EN LA PRACTICA CLÍNICA, ABRIENDO UN CAMPO EXTENSO DE INVESTIGACIÓN PARA LA RESOLUCIÓN DE ESTA PROBLEMÁTICA QUE NOS OCUPA.

EL PROTOTIPO DE CÁNCER OVÁRICO SE REFIERE A LA ESTIRPE EPITELIAL, Y LA MAYORÍA DE LAS EXPERIENCIAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS, PROTOCOLOS DE TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO INCLUYENDO LA

QUIMIOTERAPIA Y SEGUNDA MIRADA SE RELACIONAN A ESTE TIPO HISTOLÓGICO. COMO YA SE HA DESCRITO SON NEOPLASIAS PROCEDENTES DEL EPITELIO DE REVESTIMIENTO, SU AGRESIVIDAD ES SIMILAR EN LA ESTIRPE SEROSA Y MUCINOSA Y DE TIPO MIXTO EN APRECIACIONES DE DIFERENTES AUTORES (2,4,9,11), SE HA ENFATIZADO MAYOR AGRESIVIDAD EN LA ESTIRPE ENDOMETRIOIDE Y CÉLULAS CLARAS, TOMÁNDOSE EN CONSIDERACIÓN ESTE ASPECTO PARA HACER MAS PROLONGADOS LOS PROTOCOLOS DE QUIMIOTERAPIA. ES TAMBIÉN CONVENIENTE MENCIONAR QUE ESTOS DOS TIPOS DE NEOPLASIAS COMÚNMENTE SE ASOCIA A ENDOMETRIOSIS OVÁRICA Y/O ENDOMETRIOSIS PÉLVICA Y QUE HAY NUMEROSOS REPORTES QUE ESTA ENTIDAD NOSOLÓGICA PUEDE SUFRIR DEGENERACIÓN MALIGNA PRODUCIENDO LOS CARCINOMAS DEL TIPO ANOTADO, COMO EN OTROS ESTUDIOS, EL TUMOR DE BRENNER DE TIPO MALIGNO ES SUMAMENTE RARO.

EN TODA LA LITERATURA DE ESTA ENTIDAD NOSOLÓGICA SE HA PUESTO EN EVIDENCIA COMO FACTOR DE RIESGO DE CARCINOMA OVÁRICO LA EDAD AVANZADA Y SE INSISTE LA ALTA INCIDENCIA EN LA SEXTA Y SÉPTIMA DÉCADA DE LA VIDA ( 5,6,8,17,19) SIN EMBARGO EN EL PRESENTE ANÁLISIS SE PONEN DE MANIFIESTO TRES CONSIDERACIONES DIGNAS DE MENCIÓN EN RELACIÓN A LA EDAD:

- 1 ALTA INCIDENCIA DE CARCINOMA OVÁRICO EN PACIENTES MENORES DE 30 AÑOS (28 6%), ENTRE UN TOTAL DE 321

2 LA MAYOR PREDOMINANCIA DE LAS NEOFORMACIONES MALIGNAS SE ENCONTRARON ENTRE 31 Y 60 AÑOS QUE CORRESPONDEN A UN 50.7%.

3 LA TASA MAS BAJA CORRESPONDE A PACIENTES ENTRE 61 Y 90 AÑOS (20%)

ESTAS APRECIACIONES EN EL ESTUDIO, NO TIENEN UNA EXPLICACIÓN ACTUAL, SIN EMBARGO NOS HACE PENSAR EN QUE EXISTE UN FACTOR DE RIESGO HEREDO-FAMILIAR, O AMBIENTAL O QUIZÁS SOCIAL, EN VISTA DE QUE SON PACIENTES DE UNA CONDICIÓN SOCIOECONÓMICA LIMITADA.

SE REITERA QUE NUESTRO ANÁLISIS PONE DE MANIFIESTO UN RIESGO DE CARCINOMA OVÁRICO ENTRE 10 Y 20 AÑOS COMPARADO CON EL DE 60 Y 70 AÑOS Y SOLAMENTE LA MITAD DE ESTOS CON 80 AÑOS.

EN MÚLTIPLES REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS SE HA INSISTIDO UN FACTOR DE RIESGO PARA NULIPARIDAD Y BAJA PARIDAD, SIN EMBARGO ESTA OBSERVACIÓN EN LA EXPERIENCIA NUESTRA ESTE DATO ESTUVO PRESENTE EN EL 53.4% DE LOS CASOS Y EL RESTO 46.3% CORRESPONDIÓ A MULTIPARAS Y GRANDES MULTIPARAS, NO CONGRUENTE CON LA LITERATURA REVISADA. ESTA OBSERVACIÓN SOLAMENTE PUEDE SER RELACIONADA CON ASPECTOS SOCIALES, CULTURALES Y EDUCACIONALES, ES CONVENIENTE ENFATIZAR EN QUE LA BIBLIOGRAFIA REFERIDA ES DE ORIGEN ANGLOSAJONA Y PROCEDENTE DE PAÍSES CON MEJORES ÍNDICES DE VIDA Y DONDE SE



HALLAN PERFECTAMENTE ESTABLECIDOS LOS PROGRAMAS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR, MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA

DE LOS CARCINOMAS DERIVADOS DE LAS CÉLULAS GERMINALES 2º EN INCIDENCIA (18.3%) PREDOMINO EL DISGERMINOMA, AL IGUAL QUE EN TODOS LOS REPORTES DE ESTA ESTIRPE, SIGUIENDO EL TERATOMA INMADURO Y EL CARCINOMA EMBRIONARIO, MENOS FRECUENTE EL DEL SENO ENDODÉRMICO, CARCINOIDE Y GONADOBLASTOMA. DE ESTE GRUPO CONVIENE SEÑALAR SU TENDENCIA A DESARROLLARSE EN MUJERES JÓVENES NIÑAS Y ADOLESCENTES, TENDENCIA A LA BILATERALIDAD, MAYOR FRECUENCIA DE DISEMINACIÓN LINFÁTICA, LA PRODUCCIÓN DE MARCADORES TUMORALES DEL TIPO ALFA-FETOPROTEINA, ANTÍGENO CARCINOEMBRIOGÉNICO COMÚNMENTE Y AL HACER CORTES MÚLTIPLES SE APRECIAN QUE SON MIXTOS AUNQUE ESTE DATO PARECE NO MODIFICAR SU COMPORTAMIENTO BIOLÓGICO. OCASIONALMENTE SE HAYA ASOCIADO UN CORIOCARCINOMA, MANIFIESTO POR LA PRODUCCIÓN DE GONADOTROFINA CORIÓICA FRACCIÓN BETA, ACONTECIMIENTO QUE SE UTILIZA EN CLÍNICA JUNTO CON LAS ALFA-FETOPROTEÍNAS PARA DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE BENIGNIDAD Y MALIGNIDAD DE MASAS PÉLVICAS Y COMO PARÁMETRO PARA MEDIR ACTIVIDAD DESPUÉS DE CIRUGÍA, QUIMIOTERAPIA O RADIOTERAPIA. ES NECESARIO TAMBIÉN INSISTIR QUE ESTE GRUPO DE NEOFORMACIONES ES ALTAMENTE SENSIBLE A QUIMIOTERAPIA. EL DISGERMINOMA TAMBIÉN TIENE SENSIBILIDAD A RADIOTERAPIA Y QUE ES DEL TIPO DE

CARCINOMA EN DONDE SE PUEDE LLEVAR A EFECTO CIRUGÍA CONSERVADORA CON EL PROTOCOLO ANOTADO PREVIAMENTE OCUPANDO EL 3ER. LUGAR OBSERVAMOS A LOS TUMORES DEL ESTROMA GÓNADAL (10.2%) INTERESANTES DESDE EL PUNTO DE VISTA HISTOLÓGICO, DERIVAN DE LOS CORDONES SEXUALES (11,13,14,15,16,17,18,25), SON PRODUCTORES DE ESTEROIDES LLAMADOS FUNCIONANTES Y PRODUCIENDO EL SÍNDROME DE FEMINIZACIÓN, PRODUCTORES DE ESTRÓGENOS EXPRESÁNDOSE CLÍNICAMENTE CON PUBERTAD PRECOZ, SANGRADO POSTMENOPAÚSICO Y REPERCUSIONES EN ENDOMETRIO Y GLÁNDULAS MAMARIAS. EN CONTRAPARTIDA LOS PRODUCTORES DE ANDRÓGENOS DENOMINADOS VIRILIZANTES, DESTACANDO EL ANDROBLASTOMA O ARRENOBLASTOMA Y TUMORES DE SERTOLI LEYDIG OCASIONALMENTE SU PRODUCCIÓN HORMONAL ES PARADÓJICA, DE MANERA SIMILAR SU PRODUCCIÓN HORMONAL ES SUSCEPTIBLE DE UTILIZARSE COMO MARCADOR TUMORAL. SE HACE HINCAPIÉ EN QUE ESTOS NEOPLASMAS SON DE BAJO GRADO DE MALIGNIDAD, CRECEN POR EXTENSIÓN, RARAMENTE METASTATIZAN, SON DE LENTA EVOLUCIÓN, SE PUEDEN TRATAR CON CIRUGÍA CONSERVADORA PARTICULARMENTE EN MUJERES JÓVENES NIÑAS Y ADOLESCENTES, NO REQUIEREN RADIOTERAPIA NI QUIMIOTERAPIA AUNQUE SE RECOMIENDA QUE CUMPLIDA LA FUNCIÓN REPRODUCTIVA, SE EFECTÚE LA HISTERECTOMÍA CON EXTIRPACIÓN DE LA GÓNADA CONTRALATERAL, SU SOBREVIDA SE MIDE A LARGO PLAZO A 10 Y 20 AÑOS.

SIEMPRE HA SIDO MOTIVO DE INTERÉS EN QUE LA GÓNADA FEMENINA SEA ASIENTO DE TUMORES METASTÁSICOS (28,30). EL DR. VIRCHOW SEÑALABA QUE LOS ÓRGANOS DONDE SE GENERAN TUMORES PRIMARIOS SON POCOS SUSCEPTIBLES A LAS METASTASIS, SIN EMBARGO EL OVARIO ES LA EXCEPCIÓN. ES DE INTERÉS TAMBIÉN COMENTAR LA DIVERSIDAD DE NEOPLASIAS DE DIFERENTE ORIGEN, PERO SE ENFATIZA EN EL PRESENTE ESTUDIO LA PROCEDENCIA DE PRIMARIO DE ENDOMETRIO, TUBO DIGESTIVO Y DE MAMA; ES CONVENIENTE MENCIONAR QUE ALGUNOS CARCINOMAS PRIMARIOS COMO EL DE MAMA, ESTÓMAGO Y COLON, TIENEN MAYOR TENDENCIA QUE OTROS A DAR METASTASIS A LOS OVARIOS CON ALTA INCIDENCIA ANTES DE LA MENOPAUSIA (10,12,22), Y COMO CARACTERÍSTICA LA NEOPLASIA METASTÁSICA DEL OVARIO PUEDE APARECER CON LOS OVARIOS DE TAMAÑO NORMAL (MICROS), O EN EL OTRO EXTREMO, MODERADAMENTE VOLUMINOSO, GENERALMENTE ES BILATERAL (80%), (5,7) FRECUENTEMENTE LA METASTASIS A OVARIO ES LA PRIMERA MANIFESTACIÓN DE ENFERMEDAD MALIGNA DEL ORGANISMO, SIENDO EL ORIGEN PRIMARIO SILENCIOSO (28,30). OCASIONALMENTE LAS METASTASIS OVÁRICAS PUEDEN OCURRIR ALGUNOS AÑOS DESPUÉS DE LA APARENTEMENTE ÚTIL RESECCIÓN DEL CÁNCER PRIMARIO (1,2) LA INCIDENCIA DE TUMOR METASTÁSICO DE OVARIO ES VARIABLE, DE 15.5 A 61.5% JANOVSKI-PARAMANANDHAN SEÑALAN UN 20%. EN LA CLÍNICA DE TUMORES DE OVARIO DEL HOSPITAL DE LA MUJER, SSA: 17.5% 1993

ACORDE CON LO REPORTADO EN CUANTO A LA CLASIFICACIÓN POR ETAPAS DE CARCINOMA OVÁRICO, PREDOMINAN LOS ESTADIOS AVANZADOS, QUE OCUPAN EN EL ESTUDIO ACTUAL EL 42.5% ( ETAPA III - IV), EN CAMBIO EN ETAPA I EN NUESTRA CASUÍSTICA EL 44.6% EN TODAS LAS SUBCLASIFICACIONES A, B Y C. SIEMPRE HA SIDO MOTIVO DE MORTIFICACIÓN LA POSIBILIDAD DE DISEMINACIÓN CELÓMICA DE LA ETAPA IC, QUE EN ESTA SERIE FUE DE 16.2% Y QUE EN POTENCIA RÁPIDAMENTE PASARÍA A ETAPA III EN CUANTO LAS CÉLULAS SE IMPLANTEN EN EL RESTO DE LA CAVIDAD CELÓMICA Y QUE POR TANTO ESTA ULTIMA ETAPA ES DE MAYOR MAL PRONOSTICO. EN ESTE ESTUDIO UN PEQUEÑO NUMERO DE CASOS (3.2%) SE LES ASIGNO COMO INCLASIFICADOS POR METODOLOGÍA INADECUADA EN LA PRIMERA INTERVENCIÓN O POR DESCONOCIMIENTO DE LOS HALLAZGOS QUIRÚRGICOS EXTRAHOSPITALARIO

AUNQUE WANGESTEEN REPORTÓ LA UTILIDAD DE LA OPERACIÓN DE SEGUNDA MIRADA EN 1951 (5,7,29), PARA CÁNCER DE ESTOMAGO Y COLON ESTE PROCEDIMIENTO SE INVOLUCRÓ HASTA LA DÉCADA DE LOS 70 PARA CÁNCER OVÁRICO, PARTICULARMENTE LA SEGUNDA MIRADA EN ALGUNOS REPORTES ES DISCUTIBLE (7,29), FUNDAMENTALMENTE POR NO AJUSTARSE A LA DEFINICIÓN PROPUESTA: LAPAROTOMIA DE SEGUNDA MIRADA EN CARCINOMA DE OVARIO ES UNA LAPAROTOMIA REPETIDA EN UNA PACIENTE SIN DATOS CLÍNICOS DE ENFERMEDAD, DESPUÉS DE UN INTERVALO DE QUIMIOTERAPIA. Y CON OBJETO DE USAR LA MISMA TERMINOLOGÍA ENFATIZAMOS LO QUE NO ES SEGUNDA

MIRADA: LA EXPLORACIÓN QUIRÚRGICA REPETIDA PARA ESTABLECER ESTADIO DE LA ENFERMEDAD, CUANDO LA ETAPA FUE DETERMINADA DE MANERA INADECUADA EN LA PRIMERA LAPAROTOMIA. TAMPOCO UNA EXPLORACIÓN QUIRÚRGICA POSTERIOR A LA QUIMIOTERAPIA PARA REDUCIR VOLUMEN TUMORAL O CON DATOS CLÍNICOS O ICONOGRÁFICOS DE ACTIVIDAD TUMORAL NO DEBE APLICARSE EL TERMINO SEGUNDA MIRADA A LA REINTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PARA COMPLETAR O HACER MAS EXTENSIVA LA CIRUGÍA INICIAL. PERSISTE LA VIGENCIA DEL PROCEDIMIENTO DE SEGUNDA MIRADA EN CARCINOMA DE OVARIO, CON LAS CONDICIONES E INDICACIONES YA ANOTADAS EN EL PROTOCOLO, LAMENTABLEMENTE SOLO EL 22% DE NUESTRAS PACIENTES FUERON SOMETIDAS A ESTA INTERVENCIÓN; ESTA SITUACIÓN OBEDECE QUE LAS PACIENTES HAN ABANDONADO EL TRATAMIENTO, NO ACEPTAN EL PROCEDIMIENTO O BIEN PRESENTAN INCAPACIDAD ECONÓMICA PARA CONCLUIR EL PROGRAMA DE QUIMIOTERAPIA, YA QUE NUESTRA INSTITUCIÓN NO APORTA ESTOS FÁRMACOS. ES CONVENIENTE SEÑALAR QUE EN ALGUNOS CASOS EXISTEN ALTERNATIVAS DE LAPARATOMÍA DE SEGUNDA MIRADA PARTICULARMENTE CUANDO ESTA REPRESENTA UN RIESGO QUIRÚRGICO, ENTRE LOS CUALES MENCIONAMOS. DURACIÓN EMPÍRICA DE QUIMIOTERAPIA CON APOYO CLÍNICO E ICONOGRÁFICO, ES MAS, EXISTEN REPORTES AISLADOS (7) DE LAPAROSCOPIA COMO OTRO MÉTODO DE APOYO. PROCEDIMIENTO QUE EN LA CLÍNICA LO CONSIDERAMOS LIMITADO Y DE RIESGO POR SER PACIENTES

PREVIAMENTE SOMETIDAS A CIRUGÍA COMÚNMENTE Y FRECUENTEMENTE COMO CIRUGÍA EXTENSA, MAYOR POSIBILIDAD DE ADHERENCIAS PLÁSTICAS QUE DIFICULTARÍAN ESTE PROCEDIMIENTO EN EL ESTUDIO QUE NOS OCUPA NO SE TIENE SUFICIENTE EXPERIENCIA CON EL USO DE MARCADORES TUMORALES PARA EXPRESAR SU UTILIDAD COMO ALTERNATIVA DE SEGUNDA MIRADA PERO SIN EMBARGO HAY REPORTES (5,6,19,25) QUE EXPRESAN QUE ESTOS ESTUDIOS AUN SIENDO NEGATIVOS NO EXCLUYEN LA ACTIVIDAD TUMORAL

LA TASA DE SOBREVIVENCIA A 5 AÑOS , EN LA CLÍNICA RESULTO DE 38.5% (97 PACIENTES) LLAMAMOS LA ATENCIÓN EN EL BUEN PRONOSTICO DE ESTA NEOPLASIA CUANDO EL CÁNCER ESTUVO LIMITADO A LOS OVARIOS, TAL COMO CUANDO SE REFIERE EN MÚLTIPLES REPORTES (2,6,9,10,31) ASÍ MISMO EN NUESTRO ESTUDIO TAMBIÉN SE HACE HINCAPIÉ EN LA POBRE RESPUESTA EN ETAPAS AVANZADAS 8.7% DE SOBREVIVENCIA EN LA ETAPA III Y 0% DE SOBREVIVIENTES EN ETAPA IV, DATOS QUE NO HACEN MAS QUE REFLEJAR EN FUNESTO PRONOSTICO QUE TIENE EL CÁNCER OVÁRICO NO SOLO EN NUESTRO AMBIENTE, SI NO EN ESTUDIOS REPORTADOS EN LA LITERATURA UNIVERSAL, CONSIDERÁNDOSE POR TANTO QUE ESTA ENTIDAD PERSISTE COMO UN RETO A LA MEDICINA ACTUAL. DEBE HACERSE NOTAR QUE UNO DE LOS OBJETIVOS DE LA CLÍNICA DE TUMORES DE OVARIO ADEMÁS DE LA DETECCIÓN PRECOZ, DE TRATAMIENTO INTEGRAL, ES LA DEL SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO DESTACANDO QUE HALLA PACIENTES CON SOBREVIVENCIA DE MAS DE 5

AÑOS Y VIGILANCIA PERIÓDICA HASTA POR 15 AÑOS. FINALMENTE SE SEÑALAN ALGUNOS OTROS DATOS DE INTERÉS EN LA PRESENTE SERIE, LOS CASOS DE CARCINOMA DOBLE PRIMARIO (6 CASOS), ALGUNOS INTERRELACIONADOS COMO TECOMA Y CÁNCER MAMARIO, CON SU INTRÍNSECA HORMONODEPENDENCIA Y COMO UN HALLAZGO VERDADERAMENTE EXCEPCIONAL, UN CASO DE 3 CARCINOMAS PRIMARIO SIMULTÁNEOS, NATURALMENTE TODOS ELLOS CON UN MAL PRONOSTICO DE LOS CUALES NINGUNA PRESENTO SOBREVIVENCIA DE 5 AÑOS.

COMO COMENTARIO ADICIONAL SE SEÑALA QUE EL 11% DE PACIENTES, MANIFESTARON ANTECEDENTES HEREDO-FAMILIARES DE NEOPLASIAS MALIGNAS, PERO CABE SEÑALAR QUE NINGUNA DE ELLAS SE OBSERVÓ EL ANTECEDENTE DE CARCINOMA OVÁRICO. AUTORES COMO PIVE Y LYNCH (2,3,4,5) HAN INSISTIDO EN QUE EXISTEN COMPONENTES GENÉTICOS EN CARCINOMAS GINECOLÓGICOS, ESTE ACONTECIMIENTO NO FUE DEMOSTRADO EN EL ANÁLISIS QUE NOS OCUPA.

## CONCLUSIONES

1. BASADOS EN NUESTRO ESTUDIO LOS DATOS EPIDEMIOLOGICOS OBTENIDOS SON:
  - A) EN EL HOSPITAL DE LA MUJER DE LA S.S A. EL 81 4% (1450 CASOS) CORRESPONDEN A PROCESOS NEOPLÁSICOS BENIGNOS EL 18.0% (321 PACIENTES) RESULTARON CARCINOMAS. LAS NEOPLASIAS DE MALIGNIDAD MARGINAL SOLO REPRESENTARON EL 0.6% (11 PACIENTES) DE UN TOTAL DE 1786
  - B) LA ESTIRPE HISTOLÓGICA PREDOMINANTE (70.3%) CORRESPONDE A LA EPITELIAL SIGUIENDO LOS DERIVADOS DE CÉLULAS GERMINALES (18.3%) Y 10.2% SON DERIVADOS DEL ESTROMA GÓNADAL
  - C) SE OBSERVA UNA ALTA INCIDENCIA DE CARCINOMA EN PACIENTES MENORES DE 30 AÑOS (28 6%) ENTRE 31 Y 60 AÑOS UNA TASA DE 50 7% Y ENTRE 61 Y 90 AÑOS SOLO 20%.
  - D) EN CARCINOMA EPITELIAL Y DE CÉLULAS GERMINALES EL GRUPO SANGUÍNEO Y FACTOR RH DOMINANTE ES O POSITIVO (66.6%)
  - E) LA NULIPARIDAD Y BAJA PARIDAD NO DEMOSTRÓ SER FACTOR DE RIESGO EVIDENTE PARA CÁNCER OVÁRICO.



- F) EL OVARIO ES TAMBIÉN ASIENTO DE TUMORES METASTÁSICOS (17.5%).
- G) EL 42.2% DE LAS PACIENTES CON CÁNCER OVÁRICO INGRESARON AL HOSPITAL EN ETAPA AVANZADA (III-IV FIGO) EN CAMBIO EL 44.6% SE CLASIFICARON EN ETAPA I.
2. SE ESTABLECIÓ UN PROTOCOLO SISTEMATIZADO PARA DIAGNÓSTICO Y DETECCIÓN DE NEOPLASIAS OVÁRICAS QUE TIENE COMO PUNTOS BÁSICOS: IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO, EXAMEN PÉLVICO PERIÓDICO, ULTRASONOGRAFÍA PÉLVICA Y MARCADORES TUMORALES
  3. LOS CRITERIOS DE CIRUGÍA CONSERVADORA EN CARCINOMA DE OVARIO SE FUNDAMENTARON SOLAMENTE PARA NIÑAS Y ADOLESCENTES Y MUJERES JÓVENES CON DESEO DE FUNCIÓN REPRODUCTIVA, CONDICIONADO A ESTADIO IA BIEN DIFERENCIADOS Y BAJO POTENCIAL DE MALIGNIDAD.
  4. EL TRATAMIENTO PRIMORDIAL DE CARCINOMA OVÁRICO ES LA RESECCIÓN DE LOS DEPÓSITOS PRIMARIOS DE LAS NEOPLASIAS, LAS METASTASIS ACCESIBLES HISTERECTOMÍA, SALPINGO-OFORECTOMÍA BILATERAL, OMENTECTOMÍA Y APENDICECTOMÍA COMPLEMENTADOS CON TOMA DE MUESTRA DE LIQUIDO DE ASCITIS Y/O LAVADO PERITONEAL PARA CLASIFICACIÓN, COMPLEMENTADO CON QUIMIOTERAPIA DE COMBINACIÓN Y/O RADIOTERAPIA CON LA PRACTICA DE

LAPAROTOMIA DE SEGUNDA MIRADA PARA INTERRUPCIÓN DE LA ANTERIOR

5. LA CLASIFICACIÓN HISTOGÉNÉTICA DE LOS TUMORES OBSERVADA EN EL PRESENTE ESTUDIO APORTA:
  - A) CARCINOMA OVÁRICO DE ESTIRPE EPITELIAL 185 CASOS (57.6%).
  - B) TUMORES DERIVADOS DE LAS CÉLULAS GERMINALES MALIGNOS 59 PACIENTES (18.3%).
  - C) NEOPLASIAS DEL ESTROMA GÓNADAL 33 PACIENTES (10.2%).
6. EL ÍNDICE DE SOBREVIDA A 5 AÑOS FUE DE 38.5% CON 97 PACIENTES Y SEGUIMIENTO HASTA POR 15 AÑOS

## BIBLIOGRAFÍA

1. JANOVSKI, N.A., AND PARAMANANDHAN, T.L., OVARIAN TUMORS. MAJOR PROBLEMS IN OBSTETRICS AND GYNECOLOGY W.B. SAUNDERS COM 1973. CLIN. OBSTET. GINEC. 4: 941-1041. 1979.
2. JOHNSON, G.M., MASA PÉLVICA Y DIAGNÓSTICO DE CARCINOMA OVÁRICO. SIMPOSIO SOBRE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE CARCINOMA OVÁRICO. CLIN. OBSTET. GINEC. 4: 941-1041. 1979.
3. BARHER, H.R., OVARIAN CARCINOMA ETIOLOGY, DIAGNOSIS AND TREATMENT. SEC ED. 1982. MASSON PUBLISHING. USA.
4. WHARTON, T.J, EDWARDS, C.L, STRINGER, C.A., DELCLOS, L., QUIMIOTERAPIA EN EL TRATAMIENTO DEL CARCINOMA OVÁRICO DE ORIGEN EPITELIAL COMÚN. CLIN. OBSTET. GINEC 4: 1011-1021. 1985.
5. CAMPOR, M.J., REID, R. DETECCIÓN INICIAL DEL CÁNCER GINECOLOGICO. CLIN. GINEC. OBSTET 4: 655-687 1990.

- 6 RUIZ MORENO. J.A , EPIDEMIOLOGIA Y DIAGNÓSTICO DEL CÁNCER DE OVARIO TEMAS ACTUALES DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA 321-327. 1991
7. JOLLES, CH.J., CÁNCER OVÁRICO: CLASIFICACIÓN HISTOGÉNÉTICA, GRADACION HISTOLÓGICA, DIAGNOSTICO. CLASIFICACIÓN POR ETAPAS Y EPIDEMIOLOGÍA. CLIN. OBSTET., GINEC. 4. 987-1002. 1985.
8. WEBB, M.J. DECKAN, D.G., MUSSEY, E, WILLIAMS, T.J., FACTORS INFLUENCING SURVIVAL IN STAGE I OVARIAN CÁNCER. AMER. J. OBSTET. GYNEC. 116: 222-228. 1973.
9. OZOLS, R.F., GARVIN. J.A., COSTA. J , SIMON R.M., YOUNG, R.C., CARCINOMA AVANZADO DE OVARIO. CORRELACIÓN DE GRADO HISTOLÓGICO CON LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO Y LA SOBREVIDA. CÁNCER 45: 572-581. 1980.
- 10 TENORIO, G.F., DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DEL CÁNCER DEL OVARIO CRITERIO QUIRÚRGICO TEMAS ACTUALES DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA 328-334 1991.
- 11 ERAZO VALLE, A A , CERVANTES, G , TORRECILLAS TORRES, L , DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE OVARIO

QUIMIOTERAPIA. TEMAS ACTUALES DE GINECOLOGÍA Y  
OBSTETRICIA 340-349 1981

- 12 ZARATE 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.
13. HARRIS, B.H., BOLES, E.T., CIRUGÍA RACIONAL PARA TUMORES DE OVARIO EN NIÑAS. ,J. PEDIATR. SURG 9: 289-293. 1974.
14. JAMES, B.L., TUMORES OVÁRICOS EN NIÑAS Y ADOLESCENTES CLIN. OBSTET. GINECOL. 615-633. 1977
- 15 COWELL, A.C., TUMORES DE LAS VÍAS GENITALES EN NIÑAS CLIN PEDIATR. NORTEAMER. 2.355-366 1981.
- 16 BRAVO MARTÍNEZ, C., SARINANA NATERA, C , TUMOR DE OVARIO EN PEDIATRÍA. BOL MED HOSPITAL INFANTIL, MEX 2: 211-219 1981.

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

17. LA VECCHIA, C., MORRIS, H.B., DRAPER, G.J., MALIGNANT  
OVARIAN TUMORS IN CHILDHOOD IN BRITAIN. 1962-78 BR J  
CÁNCER 48 363-374. 1985
  
- 18 ZARATE SANTAMARIA, A, GÓMEZ DE LA TORRE, M.I., RIOS  
T.J., ESCOBEDO, G.A., TUMORES DE OVARIO EN NIÑAS Y  
ADOLESCENTES. CRITERIOS DE CIRUGÍA CONSERVADORA.  
REV. MED. HOSP. MUJER. SSA. 2: 3-8. 1990.
  
19. DIAMOND, M.P., BAXTER, J. W. , PEERMAN, C G, AND  
BURNETT, L.S., OCURRENCE OF OVARIAN MALIGNANEY IN  
CHILDHOOD AND ADOLESCENCE: A COMMUNITY WIDE  
EVALUATION. OBSTET GYNECOL. 71: 858-860 1988
  
20. SAITA, S , SAKAGUCHI, T, IKEDA, K., AND NAKANO, H ,  
THERAPEUTIC DILEMMAS ASSOCIATED WITH ANTENATALLY  
DETECTED OVARIAN CYSTS. SUGR. GYNECOL. OBSTET 171:  
502-508. 1990.
  
- 21 LA SALUD DE LA MUJER EN MÉXICO. PROGRAMA NACIONAL  
"MUJER, SALUD Y DESARROLLO" SISTEMA NACIONAL DE  
SALUD. MÉXICO 1990
  
- 22 ZARATE SANTAMARIA, A , LEÓN RAMÍREZ N., VILLASEÑOR,  
V.M., GUARNEROS C.A, ENRÍQUEZ C R , NEOPLASIAS

- MALIGNAS DE OVARIO. ESTUDIO Y SEGUIMIENTO DE 100 CASOS EN EL HOSPITAL DE LA MUJER DE LA SSA. REV. MED. HOSP. MUJER. SSA 1: 3-11. 1989.
- 23 ZARATE SANTAMARIA, A., ESCOBEDO, G A LAPAROTOMIA DE SEGUNDA OBSERVACIÓN ANÁLISIS EN 141 CASOS DE CARCINOMA DE OVARIO REV MED. HOSP MUJER. SSA 1: 61-76 1989
24. DEPRIEST, P.D., VAN NAGELL, J.R., DETECCIÓN PRIMARIA DEL CÁNCER OVÁRICO POR ULTRASONIDO TRANSVAGINAL. CLIN. OBSTET. GINECOL. 1: 39-42. 1992
- BERCHUCK, A., BOENTE, M.P, BAST, R.C., EMPLEO DE LOS MARCADORES TUMORALES EN EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE MUJERES CON CARCINOMA DEL APARATO REPRODUCTOR CLIN OBSTET. GINECOL. 1:43-52. 1992
- 25 HICKS, M.L., PIVER, M.S CIRUGÍA CONSERVADORA MAS TRATAMIENTO COADYUVANTE PARA RABDOMIOSARCOMA VULVOVAGINAL, ADENOCARCINOMA VAGINAL DE CÉLULAS CLARAS CAUSADO POR DEB Y TUMORES UNILATERALES DE CÉLULAS GERMINATIVAS OVÁRICAS GINECOLOGÍA

PEDIÁTRICA Y DE LA ADOLESCENTE. CLIN. GINECOL.  
OBSTET. TEMAS ACTUALES 1. 227-241 1992

26. NOVOA, V. A., CONDUCTA ANTE LOS TUMORES DE BAJO POTENCIAL MALIGNO. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE CÁNCER DE OVARIO. TEMAS ACTUALES DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA 11: 335-339 1991.
27. GREENBERG, B.R., LAWRENCE, H J., CÁNCER METASTÁSICO CON FOCO (ORIGEN) PRIMARIO DESCONOCIDO. J. CLIN. ONCOL. 2: 46-50. 1987
28. RUBIN, S.C., HOSKINS, W J., HAKES, T B., MARKMAN, M., CAIN, J.M., LEWIS, J.L., RECURRENCE AFTER NEGATIVE SECOND LOOK LAPAROTOMY FOR OVARIAN CÁNCER: ANÁLISIS OF RISK FACTORS. AMER. J. OBSTET. GYNECOL. 159:1094-1098. 1988.
29. DAUPLAT, J., HACKER, N.F., NIEBERG, R.K., BEREK, J.S., ROSE, T P SAGAE, S., DISTANT METASTASES IN EPITHELIAL OVARIAN CARCINOMA. CÁNCER. 60. 1561-1566. 1987.
30. SNIDER, D.D., STUART, G E , NATION, J.G., ROBERTSON, D.I., EVALUATION OF SURGICAL STAGING IN STAGE I WITH