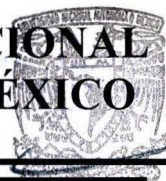


11217



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



S.

SUBDIVISIÓN DE ESPECIALIZACIÓN
 DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
 FACULTAD DE MEDICINA
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA No. 3
CENTRO MÉDICO NACIONAL "LA RAZA"

**UTILIDAD DE LA LAPAROTOMIA DE SEGUNDA
 MIRADA POSTERIOR AL USO DE
 QUIMIOTERAPIA DE RESCATE EN EL CANCER
 DE OVARIO AVANZADO**

No DE PROYECTO NACIONAL 2002-692-0039

**TESIS DE POSTGRADO
 PARA OBTENER EL TITULO DE:**

**MEDICO ESPECIALISTA EN
 GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

**PRESENTA
 DR. JOSE VICENTE MORALES CARBAJAL**

**ASESORES:
 DR. OSCAR ENRIQUE JIMÉNEZ HERNANDEZ
 DR. ALEJANDRO EL LAZZIN BRITO HARO**



MEXICO D.F.  AGOSTO 2004

CENTRO MEDICO LA RAZA
 Hosp. de Gineco-Obstetricia
 Depto de Enseñanza e Investigación

[Handwritten signatures and stamps]



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.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

CENTRO MEDICO NACIONAL
“ LA RAZA “

UTILIDAD DE LA LAPAROTOMIA DE SEGUNDA MIRADA POSTERIOR AL USO
DE QUIMIOTERAPIA DE RESCATE EN EL CANCER DE OVARIO AVANZADO

TESIS

PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN GINECOOBSTETRICIA

PRESENTA

JOSE VICENTE MORALES CARBAJAL

TUTOR: DR. OSCAR ENRIQUE JIMENEZ HERNANDEZ
DR. ALEJANDRO ELIAZZIN BRITO HARO

AGOSTO 2004

MEXICO D.F.

No DE PROYECTO NACIONAL 2002-692-0039



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

CENTRO MEDICO NACIONAL

“LA RAZA “

DR. JUAN CARLOS HINOJOSA CRUZ

DIRECTOR DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD DEL HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA No 3 DEL CENTRO MEDICO NACIONAL “LA RAZA” DEL IMSS

DR. SANTIAGO ROBERTO LEMUS ROCHA

JEFE DE LA DIVISION DE EDUCACION EN SALUD DE GINECO-OBSTETRICIA No 3 DEL CENTRO MEDICO NACIONAL “LA RAZA “

ASESOR

DR. OSCAR ENRIQUE JIMENEZ HERNANDEZ

MEDICO GINECOOBSTETRA DEL HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA No 3 DEL CENTRO MEDICO NACIONAL “LA RAZA”

DR. ALEJANDRO ELIAZZIN BRITO HARO

MEDICO ONCOLOGO DEL HOSPITAL DEL GINECOOBSTETRICIA No 3 DEL CENTRO MEDICO NACIONAL “LA RAZA”

COLABABORADOR

DRA. MARIA ANTONIA BASAVILVASO RODRIGUEZ

COORDINADOR CLINICO DE INVESTIGACION EN SALUD MEDICO GINECO-OBSTETRA DEL HOSPITAL DE GINECON-OBSTETRICIA No3 DEL CENTRO MEDICO NACIONAL “LA RAZA”



AGRADECIMIENTOS

A DIOS:

Por permitirme conocer la génesis de la humanidad y poder agradecerle así mi oportunidad en este mundo.

A MI MADRE, SRA. MARGARITA CARBAJAL:

Gracias por realizar en mí tus sueños y anhelos, guerrera incansable.

A MI PADRE, SR. VICENTE MORALES

Gracias por creer en mí y a tu apoyo, porque sin él, el camino de la vida se me hubiera hecho más difícil

XOCHITL:

MI ESPOSA, Por su amor, los días de espera y sumar sus esfuerzos a los míos y con ello lograr el éxito.

MITZY:

Hija: eres el motor de mi vida.

A MIS SUEGROS, HORTENSIA Y RAUL.

Saber que existe gente que está al pendiente de ti y que es incondicional en los momentos importantes, es parte de mi éxito.

YUCE:

Gracias por creer en mí y por tu apoyo incondicional.

CUAUHTEMOC, ALMA Y RAULITO:

Gracias por su apoyo.

A MIS TIOS:

Jose, Toño, Rosa, Enedina, Miguel, Naty, Carmen, Arturo.

AL SR. LUIS ABRAHAM SALAS:

Ese consejo atinado, sin saberlo me guió como una estrella marinera, y coronado con su apoyo siempre oportuno y desinteresado, hizo que lograra muchas de mis metas.

DR. OSCAR ENRIQUE JIMENEZ HERNADEZ : por su ayuda desinteresada siempre con el objetivo de transmitir sus conocimientos a las nuevas generaciones, gracias por ser amigo, maestro y consejero.

DRA. MARIA ANTONIA BASAVILVASO: Por su gran apoyo incondicional ya que sin su atinada guía no hubiera sido posible la conclusión de este trabajo

Ya que sin su guía y orientación no hubiese sido posible la conclusión de este trabajo.

A LOS MEDICOS DEL HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA NO. 3 DEL C.M.N.

“LA RAZA “

AL IMSS

A CADA UNO DE LOS PACIENTES QUE CON SU SUFRIMIENTO
CONTRIBUYERON A FORMAR EL MEDICO QUE LLEVO DENTRO.



INDICE

• Resumen	05
• Marco teórico	06
• Planteamiento del problema	11
• Justificación	12
• Objetivos	13
• Material y métodos	15
1. variables	16
2. definición y medidas de variables	16
3. criterios de inclusión	18
4. criterios de exclusión	18
5. análisis estadístico	19
6. recursos	20
• resultados	22
• anexos	27
• conclusión	28
• bibliografía	41



RESUMEN

Utilidad de la laparotomía de segunda mirada posterior al uso de quimioterapia de rescate en el cáncer de ovario avanzado, en el HGO No 3 CMN "LA RAZA".

DR. Oscar Enrique Jiménez Hernández. DR. José Vicente Morales Carbajal. DRA. María Antonia Basavilvaso Rodríguez.

HOSPITAL DE GINECOOBSTETRICIA No 3 CMN « LA RAZA »

OBJETIVO: Analizar los resultados de pacientes sometidas a laparotomía de segunda mirada en un periodo de seis meses valorando si existe beneficio o no, posterior al manejo con quimioterapia y el costo que genera en el hospital.

MATERIAL Y METODOS: Se revisaron expedientes clínicos de las mujeres con cáncer de ovario, sometidas a laparotomía de segunda mirada, en el servicio de oncología del Hospital de ginecología y obstetricia No 3 del Centro Medico Nacional La raza, del turno vespertino de marzo del 2002 a agosto del 2002.

RESULTADOS: Se estudiaron veintidós pacientes que fueron sometidas a laparotomía de segunda mirada posterior al tratamiento con seis ciclos de quimioterapia, en donde la edad promedio, tuvo una media de 47.18, el inicio de vida sexual tuvo una media de 20.64, el valor del costo hospitalario, de 21 de los 22 pacientes fue de 39372.19, con una media de 38321.00 todas ellas reportadas como negativas, la laparotomía positiva fue una la cual genero un costo de 33906.00 con una media de 33906. Las complicaciones generaron un costo de 37585.17 la que corresponde a una media de 38321, los días de estancia hospitalaria marcaron una media de 4.83.

CONCLUSIONES: En nuestro estudio observamos que los resultados obtenidos se corroboran con lo reportado con la literatura mundial, ya que sólo un caso de el total de la muestra, fue positivo, sin embargo el costo hospitalario que se genero fue muy elevado, además la morbimortalidad se presento en cuatro de los veintidós pacientes, lo cual nos hace reflexionar hasta donde se sustenta este procedimiento quirúrgico ya que la tomografía axial computarizada fue positiva y corroborada en el estudio histopatológico, lo cual la hace ser un estudio confiable, que nos permitiría seleccionar a las pacientes que podían someterse o no a una laparotomía de segunda mirada,



ANTECEDENTES CIENTIFICOS.

La laparotomía, de segunda mirada es un acercamiento quirúrgico sistemático que permite evaluar a pacientes que han completado un programa de quimioterapia, que posterior a los exámenes clínicos y estudios de diagnóstico por imágenes están libres de evidencia de cáncer persistente. Tiene como finalidad explorar completamente la cavidad abdominal, hallazgos de muestras de alguna anomalía y biopsia de superficies peritoneales donde el cáncer de ovario microscópico es más susceptible de ser encontrado. Si la enfermedad está persistente, La terapia adicional debe ser recomendada por norma.

Las operaciones de revisión fueron introducidas dentro de la cirugía oncológica por Wangenstein en 1948 como un medio para investigar la recurrencia temprana del cáncer de colon antes de su comienzo clínico obvio (1).

El concepto de laparotomía de segunda mirada posterior a tratamiento con agentes quimioterapéuticos fue introducido dentro del manejo en pacientes con cáncer de ovario en 1960 en el M. D. Anderson Cancer Center y el instituto de Houston, Texas (Rutledge and Burns 1966), en un intento de aumentar la incidencia de pacientes que no tuvieran evidencia de enfermedad al realizar la segunda laparotomía.

El propósito primario es determinar con precisión el estado de la enfermedad, y con base a esta información se decide la terapéutica subsiguiente o la suspensión del tratamiento.



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

La cirugía se realiza a través de una incisión vertical que permite acceder a la cavidad peritoneal desde la pelvis al diafragma. Cuando la cavidad abdominal está implicada, se realizan lavados de espacios pélvicos y paracólicos. Las adherencias son aisladas y enviadas para informe histológico. La toma de muestras empieza en la pelvis con la extracción de bandas anchas de peritoneo (2X3 CM) desde las paredes del peritoneo en las áreas de los ligamentos redondos e infundibulopélvicos, el peritoneo del repliegue vesical y peritoneo de fondo de saco. Se extirpa el apéndice epiploico del colon sigmoidees. Los espacios intraperitoneales son involucrados y cualquier ganglio linfático residual o tejidos grasos que rodean la arteria iliaca externa, la vena o la arteria hipogástrica, es extirpado.

Los restos del omento son extirpados en tiras anchas de peritoneo (3x5 cm.) en los espacios pericólicos derecho e izquierdo. El diafragma se inspecciona con cuidado, toda anomalía es extirpada. Si no está presente ninguna anomalía, se retira también una banda del peritoneo que cubre la superficie inferior del diafragma. El intestino es cuidadosamente inspeccionado. Cualquier nódulo en la superficie del intestino es extirpado. Cualquier implante mesentérico es resecado. El espacio retroperitoneal se explora movilizándolo el intestino. Las áreas de la vena cava y paraórtica son exploradas y las nodularidades y grasas son extirpadas.



La pared anterior abdominal del peritoneo es analizada también. Al completar el procedimiento, entre 20 y 40 biopsias del peritoneo y la grasa incluyendo los ganglios linfáticos retroperitoneales que los contienen deberían ser obtenidos. La totalidad de la revisión quirúrgica está menos determinada por el número de muestras y más por el tamaño de las hojas del peritoneo que son extirpadas. Cuanto mayor es el volumen de tejido disponible para que el patólogo investigue, mayores son las posibilidades de que se identifique la enfermedad oculta.(2)

La laparotomía de segunda mirada tiene tres indicaciones principales:

- Volver a determinar el estadio de una paciente que probablemente tiene la enfermedad localizada, pero que no ha sido objeto de un procedimiento de estadiaje óptimo.
- Valorar el efecto de la quimioterapia en enfermas en tratamiento tanto con regímenes estándar como de investigación.
- Valorar a las pacientes que están clínicamente libres de enfermedad después de recibir lo que se considera un ciclo suficiente de quimioterapia y que, por tanto, son elegibles para la valoración como posible curación y la interrupción del tratamiento. (3)



Algunos de los cirujanos oncólogos y oncólogos médicos creen en la utilidad de cirugía de segunda mirada sólo en situaciones especiales y otros raramente o nunca la realizan porque consideran que esta es ineficaz, aumenta el riesgo para la paciente al someterla a un nuevo procedimiento, además de el costo y la pérdida de recursos que esto representa. Sin embargo otros opinan que la laparotomía de segunda mirada es la prueba más fiable disponible para determinar el estado de cáncer. (4)

La normalización de niveles de Ca 125 después de tres ciclos de quimioterapia es un predictor pobre de hallazgos de laparotomía exploradora. Dado que se encontró que su sensibilidad posterior a la quimioterapia fue del 17.9% y su especificidad fue del 94.7, y el valor predictivo negativo fue de 43.9% (5)

El cáncer de ovario es una de las causas de mortalidad por tumores malignos en ginecología, de acuerdo con la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia en el anual reporta en 1991, la sobrevida a 5 años, tiene un rango del 40.9% en una serie de 11596 pacientes con cáncer de ovario, se presento en estadio I en 79.0%, en estadio II en 57.0%, en estadio III 22.5% y en estadio IV en 8.4%. en un estudio multicentrico retrospectivo, basándose en 192 pacientes con cáncer de ovario avanzado con resultados completos de patología, 94 pacientes desarrollaron enfermedad recurrente en un tiempo medio de 18 meses, representando el 48.9%, el sitio donde se encontró recidiva fue la pelvis en 45 (47.9%) pacientes, en abdomen 42 (44.7%) en linfa retroperitoneal en 13 pacientes (13.8%) y en sitios distantes en 20 (21.2%).(6)



La laparotomía de segunda mirada, no tiene utilidad en cuanto a la supervivencia de la paciente. No se ha demostrado mejoría de la supervivencia posterior a tratamientos de primera línea de quimioterapia posterior a una laparotomía de segunda mirada. (7)

El valor del funcionamiento de la laparotomía de segunda mirada en el cáncer de ovario todavía es polémico, sobre todo debido a la ineficacia en resultados negativos. Hasta ahora, la estructura de remisión de cáncer ovárico es exclusivamente posible en base a un resultado negativo de la laparotomía de segunda mirada. Las pruebas clínicas, bioquímicas y radiológicas no son capaces de demostrar esta conclusión, según la ACOG, la laparotomía no es considerado como un procedimiento de rutina u obligatorio, y su aplicación debe personalizarse.(7)

La presencia de tumor macroscópico en laparotomía de segunda mirada, representa un pronóstico adverso, considerando que la cirugía cito reductora secundaria parece estar limitado en la dirección rutinaria de pacientes con cáncer de ovario. (8).

El impacto clínico de un diagnóstico en laparotomía de segunda mirada ha sido considerado limitado porque incluso en casos con histología negativa en un 40-60% los pacientes presentan recaída dentro de los siguientes 5 años. (6, 9)

El valor de la laparotomía de segunda mirada con o sin cirugía citoreductora en enfermedad residual permanece aún en polémica y no hay un ensayo clínico que demuestre el valor de esta cirugía (9, 10).



PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La realización de la laparotomía de segunda mirada, posterior al uso de quimioterapia de rescate en el cáncer de ovario avanzado, actualmente se encuentra en controversia, ya que no le ofrece a la paciente un cambio en la conducta terapéutica y sin embargo, si eleva la morbimortalidad de la misma, al someter a esta, a una intervención quirúrgica y lo que conlleva el procedimiento propiamente dicho, además el costo hospitalario es elevado en este tipo de intervenciones así como los días de estancia en los nosocomios se multiplican, sobre todo en las pacientes que puedan tener una complicación posquirúrgica, y sin recibir un beneficio real con esta conducta, ya que el tratamiento en un alto porcentaje no cambia y sin embargo el riesgo de la cirugía es alto así como se genera un alto índice monetario por un mínimo beneficio.

¿Es útil la laparotomía de segunda mirada posterior al uso de quimioterapia de rescate en el cáncer de ovario avanzado que se realiza en el hospital de gineco-obstetricia del centro medico nacional “la raza” del Instituto Mexicano del seguro Social?



JUSTIFICACIÓN

La laparotomía de segunda mirada es la que se realiza en las pacientes con cáncer de ovario, clínicamente libre de enfermedad después de completar seis ciclos de quimioterapia de primera línea. Sin embargo este no es un procedimiento inocuo, que escape de complicaciones cardiovasculares, hematológicas, pulmonares originando una morbilidad elevada dado que la mayoría de las pacientes tienen un riesgo previo anestésico y quirúrgico alto. El propósito de la laparotomía de segunda mirada es identificar a las pacientes que tienen enfermedad persistente, la evaluación de la quimioterapia de primera línea valorando su eficacia y de acuerdo a ello continuar con tratamiento de segunda línea o la suspensión de quimioterapia.

Por lo anterior consideramos valorar este procedimiento quirúrgico ya que existen muchos ginecólogos oncólogos que tienen diferentes puntos vista en relación a la utilidad que pueda ofrecer la laparotomía de segunda mirada.; siendo su análisis basado en la morbilidad de la paciente, costo beneficio (y este ultimo punto en el ámbito institucional tiene una gran importancia ya que los días cama, y los recursos materiales se ven afectados), motivo por el cual se llevo a cabo esta investigación en una época donde el costo beneficio es muy importante



OBJETIVO GENERAL.

Analizar los resultados obtenidos de pacientes sometidas a laparotomía de segunda mirada en un periodo de seis meses.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer si las pacientes con cáncer de ovario que son sometidas a la laparotomía de segunda mirada con resultados positivos a enfermedad demostrado, se beneficiaron con el tratamiento de rescate a base de quimioterapia
- Conocer si la cirugía citorreductora secundaria beneficia el pronóstico de las pacientes.
- Analizar si el esquema de quimioterapia influye en la respuesta del paciente.
- Determinar si los esquemas de quimioterapia de rescate justifican el costo beneficio en relación a los tiempos de sobrevida mayores, periodo libre de enfermedad, calidad de vida.



HIPÓTESIS

Todas las pacientes que cuentan con resultados positivos de tumor viable demostrado por una laparotomía de segunda vista se benefician de tratamientos de rescate con quimioterapia.

Hipótesis nula

Ninguna de las pacientes que cuentan con resultados positivos de tumor viable demostrado por una laparotomía de segunda vista se beneficia de tratamientos de rescate con quimioterapia

Hipótesis alterna

Todas las pacientes que cuentan con resultados positivos de tumor viable demostrado por una laparotomía de segunda vista se benefician de tratamientos de rescate con quimioterapia.



MATERIAL Y METODOS

Se revisaron los expedientes clínicos de las mujeres con cáncer de ovario sometidas a laparotomía de segunda mirada en el servicio de oncología del H. G. O. no 3, del turno vespertino de marzo del 2002 a agosto del 2002.



VARIABLES:

VARIABLE INDEPENDIENTE:

La laparotomía de segunda mirada evalúa a las pacientes que han completado un programa de quimioterapia, que posterior a los exámenes clínicos y estudios de diagnóstico están libres de enfermedad aparente, con el fin de volver a determinar el estadio clínico de una paciente, ver el efecto de la quimioterapia en enfermas posterior a tratamiento y valorar si las pacientes clínicamente están libres de enfermedad.

VARIABLE DEPENDIENTE;

Cáncer de ovario es una de las causas de mortalidad frecuente en el cáncer genital femenino. Constituye el 5% de todos los cánceres femeninos. La mayoría de los tumores malignos del ovario son epiteliales en un 85 al 90%. El diagnóstico del cáncer de ovario de manera precoz es muy difícil dado que su comienzo es insidioso y la mayoría de las pacientes son diagnosticadas en estadios avanzados.



TIPO DE ESTUDIO: Casos en Serie

Retrospectivo, descriptivo, longitudinal, observacional, efecto causa.



Criterios de inclusión:

- Pacientes con cáncer de ovario de variedad epitelial en estadios II en adelante
- Pacientes de cualquier edad, cuya etapificación, haya sido realizada en el H.G.O. #3
- C.M.N. "LA RAZA"
- Pacientes con esquema completo (seis ciclos) 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.



Método estadístico

El método estadístico utilizado para este tipo de estudio incluyeron medidas de tendencia central como: media, mediana, moda, así como medidas de dispersión desviación estándar, máxima y mínima



Cronograma de actividades

- Noviembre: recabar expedientes.
- Diciembre: Citar a la pacientes para estudios complementarios: USG hepática, tele de tórax, Ca 125, LAB (BH completa, pruebas de funcionamiento hepático)
- Enero: recabar resultados.
- Febrero: análisis estadístico y publicación.



ASPECTOS ETICOS

El procedimiento propuesto esta de acuerdo con las normas éticas, del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud y con la declaración de Helsinki de 1975, enmendada en Tokio en 1989.



Resultados

Se revisaron un total de 22 pacientes con cáncer de ovario de estirpe epitelial, quienes cumplieron con los criterios de inclusión del presente estudio, en las que se pudo observar que la edad de las pacientes tuvo una media de 47.18 una mediana de 51.00, una moda de 51 y la desviación estándar fue de 15.52, la edad de presentación de la menarca reporto media de 13.00, mediana de 13.00, moda de 13 y desviación estándar de 1.27, el número de parejas sexuales arrojó media de 1.41, mediana de 1.00, moda de 1, y desviación estándar de .67, con respecto a las gestaciones se obtuvo una media de 3.41, mediana de 3.00, moda de 1 y desviación estándar de 2.75. Como podemos observarlo en la grafica No

1

El inicio de la vida sexual de estas pacientes tuvo una media de 20.64, mediana de 18.50, moda de 18 y la desviación estándar con 5.44. con respecto al método anticonceptivo que utilizaron los resultados quedaron de la siguiente manera, los hormonales orales tuvieron una frecuencia de 2 que equivalen al 9.1%, el DIU con de frecuencia de 6 con el 27.3%, la OTB con 4 de frecuencia Y 18.2% se reporto una frecuencia de 10 que equivale a un 45.5% de pacientes que negaron haber utilizado algún tipo de anticonceptivo. Grafica 2



Los marcadores tumorales juegan un papel muy importante el ca 125 se comporto con media de 27.900, mediana de 8.050, moda de .0 y con una desviación estándar de 46.386, el alfafetoproteina marco media de 13.3818, mediana de.0000, moda, .00, y desviación estándar de 1.3301. Grafica 3.

El objetivo principal de este procedimiento es descubrir la posibilidad de actividad tumoral o no del cáncer de ovario, ya que es la base para modificar el manejo de quimioterapia, la intención del este estudio, es valorar el costo hospitalario que generan los días de estancia en el nosocomio, así como la intervención quirúrgica de manera que en la grafica N o 4 observamos que las laparotomías de segunda mirada que se practicaron en 22 pacientes 21 de ellas reportas como negativas por el análisis histopatológico definitivo obtuvo una media en el costo hospitalario de 39372.19, mediana de 38 321.00, moda de 38321, desviación estándar de 5907.65, con un máximo de 33906 y un mínimo de 60396.

La laparotomía de segunda mirada reportada como positiva fue solo en un caso; el cual generó un costo en promedio de 33906.00, moda de 33906, con un mínimo de 33906 y un máximo de 33906, con respecto a los días de estancia estos generaron una media de 4.00, moda de 4, mínimo de 4 y máximo de 4 representados en la grafica No 5.



La correlación de la tomografía axial computarizada (TAC) y el reporte final histopatológico se comporto de la siguiente manera se reportaron TAC normal en 19 de las pacientes lo cual equivale a un 90.5%, las TAC con probable actividad tumoral sólo fueron dos lo cual equivale al 9.5%, asiendo un total de 21 estudios que representan a la muestra reportada como laparotomía de segunda mirada negativa del estudio esquematizada en la grafica 6. la única TAC positiva y que se correlaciono con el estudio histopatológico final fue una que equivale al 9.5%.

Las complicaciones juegan un papel muy importante en esta intervención quirúrgica ya que consideramos que la morbilidad es alta con respecto al beneficio que recibe la paciente, en la grafica 7 se observan a las pacientes que cursaron sin complicaciones postoperatorias haciendo un total de 18 pacientes así como la relación que se genera con respecto a los días de estancia y el impacto que se produce en el costo hospitalario de cada una de ellas de esta manera la media del costo hospitalario es de 37585.17, la mediana de 38321, la moda de 38321, la desviación estándar de 3121. 88 con un máximo de 33906 y un máximo de 42736. los días de estancia hospitalaria marcaron una media de 4.83, mediana de 5.00, moda de 5, desviación estándar de.71, máximo de 4 y mínimo de 6.



La grafica 8 representa la frecuencia y los porcentajes que se generaron durante la estancia hospitalaria de las pacientes que no presentaron ningún tipo de complicación quirúrgica observamos que de 4 pacientes tuvieron una frecuencia de 6 que equivalen a un porcentaje del 33.3% de 5 la frecuencia es de 9 que representa un 50.0% y de 6 intervenciones la frecuencia es de 3 y el porcentaje correspondiente es de 16.7% haciendo un total de 18 casos

Con respecto a las cirugías que si se complicaron la grafica No 9 demuestra la relación que existe entre los días de estancia hospitalaria y el costo monetario que esto represento de manera que el costo hospitalario obtuvo de sólo 4 pacientes complicadas una media de 46047.25, mediana de 42736.00, moda de 38321, desviación estándar de 10432.24, con un máximo de 38321 y un mínimo de 60396 y los días de estancia hospitalaria resultado de la complicación arrojaron una media de 6.75, mediana de 6.00, moda de 6, desviación estándar de 2.36, un máximo de 5 y un mínimo de 10



De veintidós pacientes de la muestra cuatro tuvieron complicaciones posquirúrgicas y las dieciocho restantes no reportaron estas, en el esquema No 10 observamos esta afirmación donde se ve que de las 18 pacientes no complicadas su porcentaje corresponde al 81.8% y con respecto a las que si son positivas a la complicación que son 4 las cuales representan el 18.2% del total de la muestra

Los días de estancia intrahospitalaria están representados en la gráfica 11 en donde observamos el total de 22 pacientes con un media de 5.18, mediana de 5.00, moda de 5 desviación estándar de 1.33 máximo de 4 y mínimo de 10.



LAPAROTOMIA DE SEGUNDA MIRADA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA No 3
DELEGACION 2 NOERESTE
CENTRO MEDICO NACIONAL "LA RAZA"
HOJA DE RECOLECCION DE DATOS
LAPAROTOMIA DE SEGUNDA MIRADA COSTO - BENEFICIO

Nombre del paciente _____

No de filiación _____

AGO: M: _____ Ciclos _____ IVSA _____ PS _____ G _____ P _____ A _____

C _____ EC _____ MPF _____ FUM _____

Dx de ingreso: _____

Dx postoperatorio: _____

Estudios de extensión:

TAC _____ Rx de tórax _____ Marcadores tumorales _____

Laboratorios completos

SI _____ NO _____

Tratamiento previo:

Medico: QT. _____

Líneas de tratamiento _____ Dosis _____

Cirugía completa _____

Hallazgos quirúrgicos _____

Estudio histopatológico:

Grado de diferenciación _____ Estirpe _____

Días de estancia _____

Costo por paciente:

Días _____ QT _____ Qx _____

Modifico el tratamiento: _____

En que se modifico _____



CONCLUSIONES

En nuestro estudio observamos que se trata de una población de mediana edad ya que el promedio fue de 47 años, lo cual coincide con la literatura mundial.

Es importante comentar que el número de parejas sexuales así como el inicio de vida sexual en nuestro grupo de estudio no fue alto como se ha reportado en la literatura en donde no se corrobora la promiscuidad con el alta incidencia de cáncer de ovario.

En nuestro estudio observamos que la posibilidad de actividad tumoral detectada por una laparotomía de segunda mirada es muy baja ya que sólo un uno de los 22 casos estudiados fue positivo, por lo que concuerda con lo reportado en la literatura mundial, por ello actualmente debe analizarse en forma crítica y reflexiva sobre continuar con el protocolo anteriormente establecido de laparotomía de segunda mirada, aunado al alto costo intrahospitalario que genera esta intervención.

Igualmente la morbilidad se encontró en el grupo de estudio en forma elevada por lo que es otro punto de análisis de que tanto vale la pena llevar a cabo esta intervención que no modifica en el manejo de la paciente y si conlleva a una alta morbilidad y un costo hospitalario de días cama elevado.



Respecto a la correlación de la tomografía axial computarizada y el reporte histopatológico, fue adecuada ya que aquellas que se reportaron como negativas lo fueron negativas, debiendo dar la importancia adecuada a la utilidad de la tomografía antes de pensar en una laparotomía de segunda mirada. Por lo que aquellas pacientes que contaran con una TAC con datos de probable positividad serian las únicas pacientes candidatas a una intervención quirúrgica. Incluso utilizar estudios auxiliares como la resonancia magnética que nos permiten observar la anatomía y poder evitar la morbimortalidad de una intervención quirúrgica

Proponemos posterior a estos estudios encontrados, el seguimiento de este grupo de pacientes durante 5 años para bajo valoración oncológica se corrobore o no la positividad de actividad tumoral.

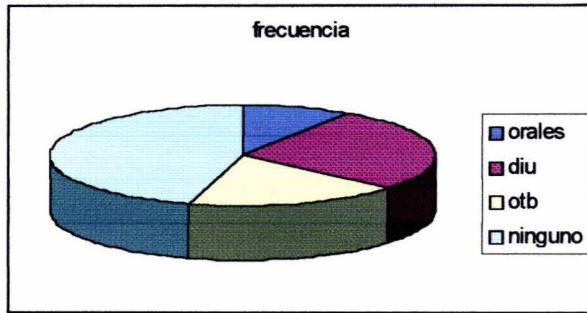
**TABLAS Y GRAFICAS**

TABLA A

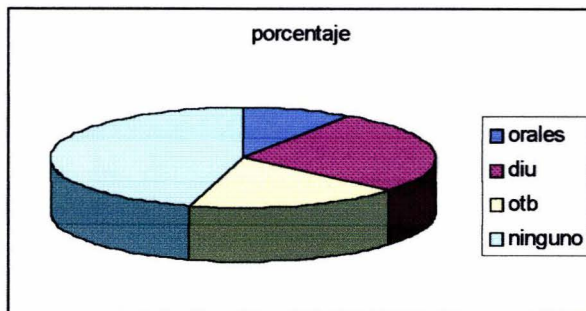
	EDAD	MENARCA	P. SEXUALES	GESTAS	M.P.F	I.V.S.A
MEDIA	47.18	13.00	1.41	3.41	3.00	20.64
MEDIANA	51.00	13.00	1.00	3.00	3.00	18.5
MODA	51	13	1	1	4	18
DESV STD	15.52	1.27	.67	2.75	1.07	5.44



GRAFICA 1

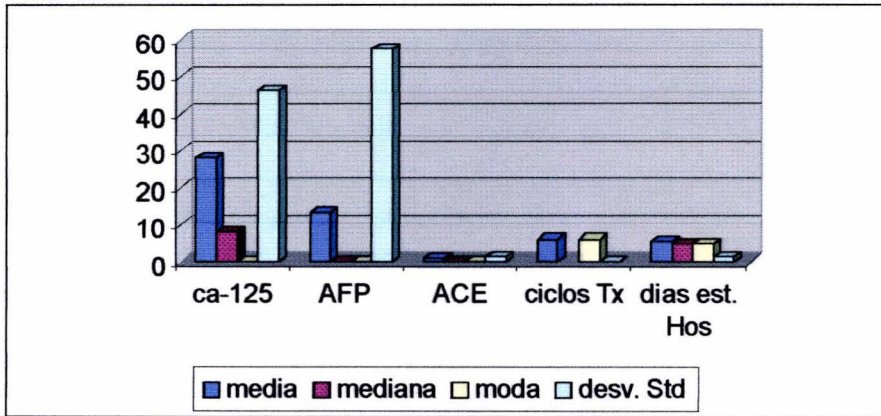


GRAFICA: No 1 A



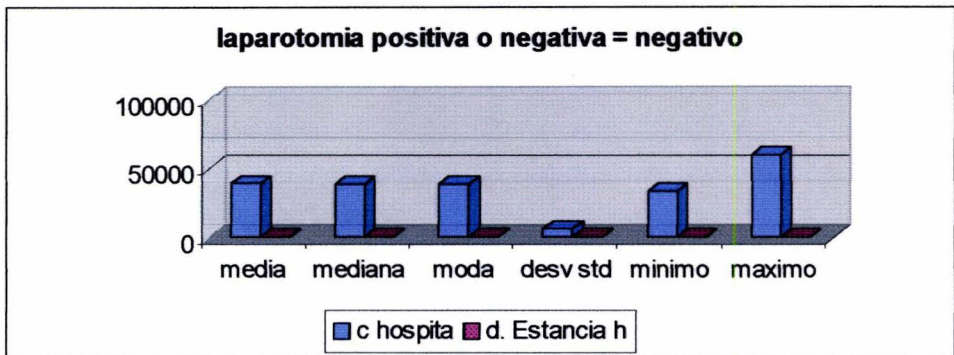


GRAFICA: No2



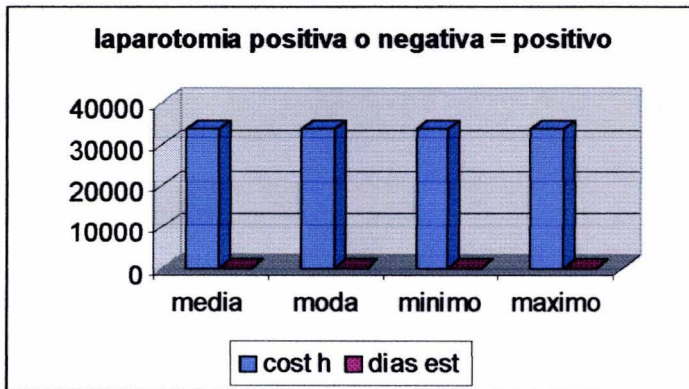


GRAFICA No: 3



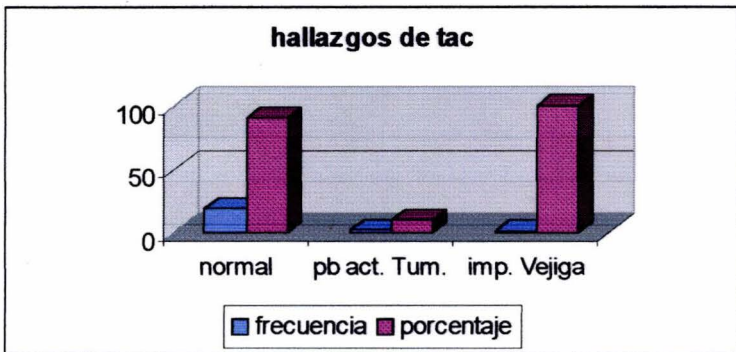


GRAFICA No.4



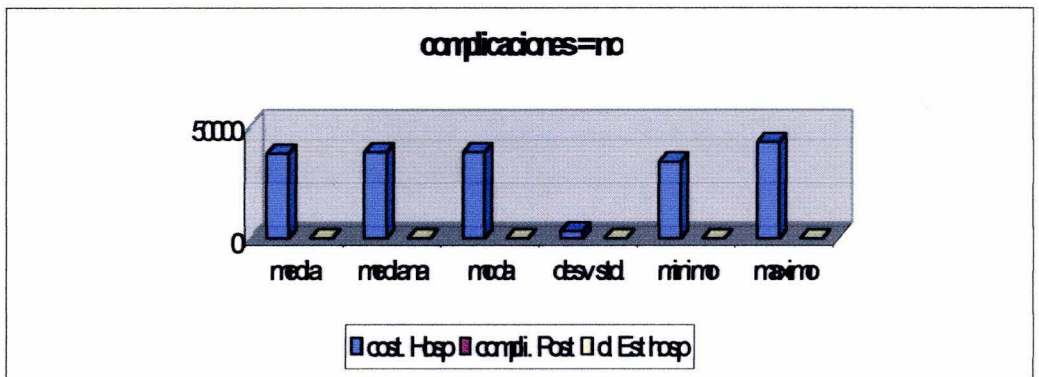


GRAFICA No. 5



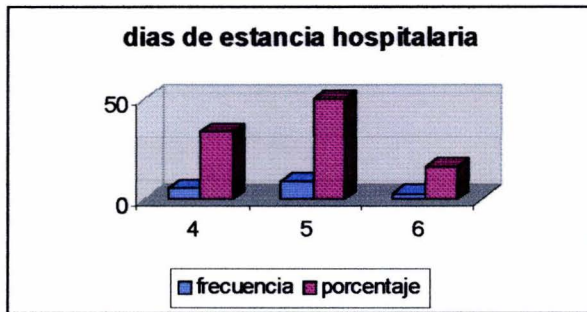


GRAFICA No. 6



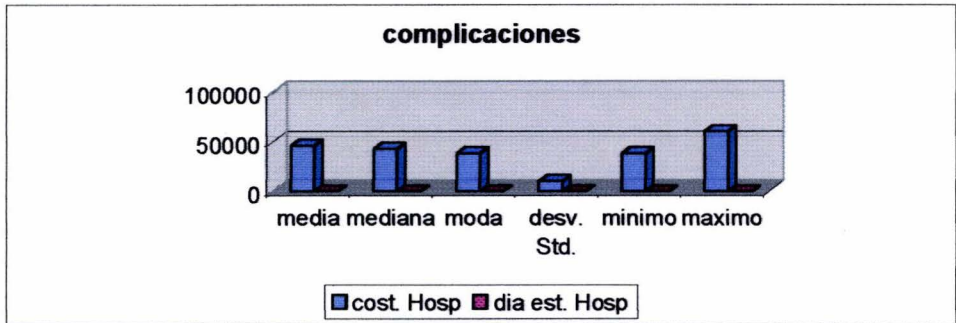


GRAFICA No. 7



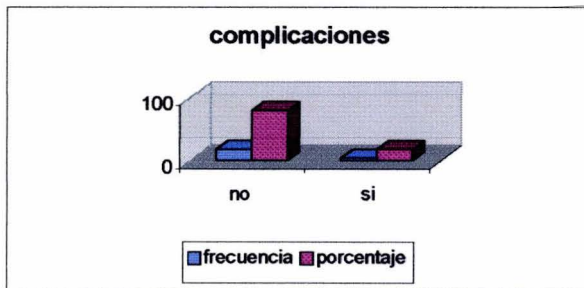


GRAFICA No. 8



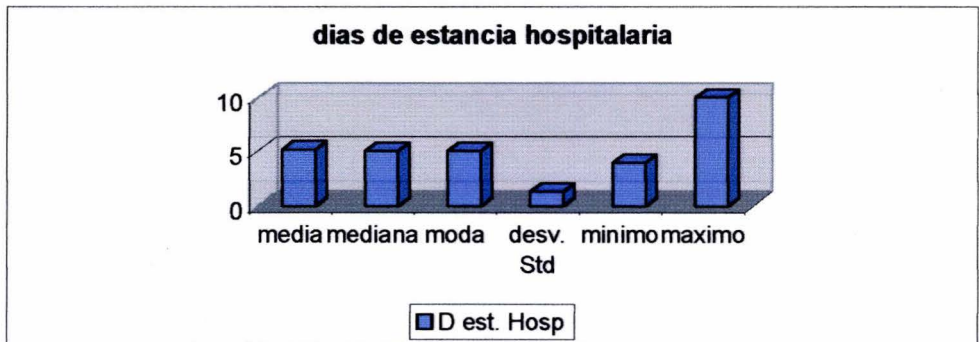


GRAFICA No.9





GRAFICA No. 10





BIBLIOGRAFIA

1. Wangentein OH, Lewis FJ, Tongen L. The second look in cancer surgery. Lancet 1951; 71:303.

2. Vincent T De Vita, Jr Hellmann, Rosenberg. Cáncer Principios y práctica de oncología, Madrid, España. 5ª edición, editorial panamericana.2000. Pp1502-1534.

3. Disaia, M.D, Creasman M.D. Oncología Ginecológica Clínica, Madrid España, 5ª edición, editorial Harcourt Brace.

4. Paul Morrow, M. D. An Opinion in Support of Second-Look Surgery in Ovarian Cancer. Gynecologic Oncology 2000; 79:341-343.

5. Richard L. Friedman, M.D. Scott M. Eisenkop, and He-Jing Wang, Ph. D. Second-look Laparotomy for Ovarian Cancer Provides Reliable. Prognostic Information and Improves Survival. Gynecology Oncology 1997;67:88-94.

6. Gadducci, M.D., Enrico Sartori M.D., et al. Analysis of Failures after Negative Second- Look in Patients with Advanced Ovarian Cancer: An Italian Multicenter Study. Gynecologic Oncology 1998; 68:150-155.



7. Mark E. Potter, M.D., Hatch, M.D. et al. Second-Look Laparotomía and Salvage Therapy: A Research Modality only?. *Gynecologic Oncology* 1992; 44:3-9.

8. Markowska, Wilkoszarska, et al. Factors influencing period of time between negative second-look laparotomy and ovarian carcinoma recurrence Multicenter study in Poland. *Eur,J. Gynecologic Oncology* 2000;2:164-167.

9. Obermair and Sevelde. Impact of second look laparotomy and secondary cytoreductive surgery at second-look laparotomy in ovarian cancer patients. *Acta Obstet Scand* 2001; 80:432-436.

10. Hoskins, Rubin et al. Influence of Secondary Cytoreduction at the Time of Second-Look Laparotomy on the Survival of Patients with Epithelial Ovarian Carcinoma. *Gynecologic Oncology* 1989; 34:365-371.