

MANEJO DEL CANCER DE OVARIO EN UN HOSPITAL GENERAL

ACTUALIZACION

Dr. Jorge Vidal Amat y León*,
Dr. Jorge Enrique Vidal Olcese**

Key Word: Tumores, Ovario, Cáncer de ovario.
Neoplasias, Ovarian, Ovarian Cancer.

RESUMEN

Presentamos el manejo del Cáncer de Ovario en un Hospital General, como es el Hospital Central de la Policía Nacional del Perú, haciendo un estudio de todos los casos presentados en el transcurso de 25 años 1959-1983, sobre un total de 296,704 pacientes que han tenido examen de detección de cáncer, habiéndose diagnosticado 647 casos de cáncer ginecológico, con 61 casos de cáncer de ovario, y una incidencia de 9.5%, correspondiendo a estadios avanzados el 70% y el 30% a los estadios iniciales.

Presentamos una supervivencia del 21.3% para cinco años sin enfermedad.

Mostramos el nuevo enfoque del tratamiento del cáncer de ovario, el cual debe ser conocido por todo cirujano que incursiona en el abdomen. Recomendamos la presencia del Ginecólogo Oncólogo en todo Hospital General. Hacemos énfasis que el porvenir de una paciente está en el primer cirujano que opera.

Se ha continuado con el estudio de la evolución de las pacientes, actualizando los nuevos conceptos del manejo del cáncer de ovario.

SUMMARY

All cases of ovarion cancer seen in 25 years 1959-1983 at Police Forces Sanidad Hospital N.P. Lima-Perú, were reviewed.

From 296,704 patient who had Papanicolaou smear 647 cases of Gynecological cancer where found, 61 of them cancer of the ovary. Incidence was 9.5%. 70% were advance cases. Five years survival free of cancer was 21.3%.

We want to emphasize the latest aproach, in the managment of cancer of the ovary that has to be followed by any surgeon who deals with the abdomen.

We recomend the assitence of the oncology surgeon gynecology for these interventions and the need of following the established management of ovarian cancer. The first surgeon who operates on these patients determines their survivals.

INTRODUCCION

La alta incidencia de mortalidad por cáncer de ovario se debe a que las pacientes son diagnosticadas

en estadios avanzados en la mayoría de los hospitales generales del País, y ante lo inevitable de que toda mujer corre el riesgo de 5 a 7%, de presentar neoplasia de ovario en alguna etapa de la vida y que el 15% de estos tumores serán malignos, es inexorable que la frecuencia del cáncer de ovario irá en aumento progresivamente, lo que motiva preocupación y la presentación

* Ex-Jefe Dpto de Ginecología HCSPN.

** Médico Cirujano - Serumista UNMSM.

de este trabajo mostrando lo que sucede en el tratamiento del cáncer de ovario en un Hospital General, donde los pacientes son tratados inicialmente por ginecólogos no oncólogos.

Remarcamos que en la actualidad el concepto del manejo del cáncer de ovario debe ser conocido por todo cirujano que incursiona en el abdomen, estando ya establecido hace varios años el concepto de la diseminación linfática de un tumor maligno del ovario que aparentemente parece corresponder a un estadio I A, siguiendo el estadiage de acuerdo a protocolo operatorio para cáncer de ovario, nos encontramos que la neoplasia ha sobrepasado los confines de la pélvis y se ha hecho una cirugía insuficiente.

MATERIAL Y METODOS

En el transcurso de 25 años 1959-1983 sobre un total de 296,704 pacientes que han tenido examen de detección de cáncer en el Departamento de Ginecología y Anatomía Patológica, se logro diagnosticar 647 casos de cáncer ginecológico, con 61 casos de cáncer de ovario, habiéndose evaluado en estos casos la sintomatología, tratamientos, estudio histopatológico y evolución.

Señalamos casos clínicos más saltantes:

Niña de 12 años con HC 025743 la de menor edad en nuestra estadística, que ingresa como, emergencia por dolor en fosa ilíaca izquierda de (5) días de evolución, con el diagnóstico de: Quiste de ovario a pedículo torcido. Es laparatomizada el 22 de julio de 1973, con hallazgo de: tumor de ovario izquierdo de 12 x 9 x 8 cm. de consistencia firme, con cápsula rota, el examen A.P. informa: neoplasia con caracteres de carcinoma embrionario tipo mesonefro-ma, alternando con áreas de disgerminoma, focos de necrosis y hemorragia, presencia de células neoplásicas en el líquido peritoneal (AP 49863). Estadío Clínico I C. Se indicó reintervención quirúrgica para cirugía radical: Histerectomía Total, Ooforosalingectomía del ovario que quedaba, omentectomía. Puesto en conocimiento el tratamiento a los padres de la niña, rechazan dicha intervención, solicitando su alta, constatándose su fallecimiento al año y medio después.

Caso de paciente de 80 años con HC 078527, la de mayor edad en nuestro estudio, que consultó por masa tumoral abdominal de aumento progresivo a predominio de FII de 15 cm de diametro multilobulado, con hallazgo, operatorio de siembra tumoral en epiplon e intestino delgado, con informe AP cistadenocarcinoma papilífero del ovario izquierdo. Catalogada como estadío III. Fallece a los 6 meses de operada.

Caso de paciente de 29 años, con HC 14656 operada insuficientemente en otro hospital, con criterio conservador por infertilidad, con el diagnóstico post operatorio de: cistadenocarcinoma papilífero del ovario derecho, líquido ascítico positivo a células neoplásicas, en esa época recibe Co 60. Posteriormente se efectuó: histerectomía total con salpingooferec-tomía del ovario que quedaba, omentectomía, siendo la exploración intraabdominal negativa. Estadío clínico IC. Pasados los cinco años de su intervención se encontraba asintomática. (No se efectuó estadiage).

Caso de pacientes con gestación y cáncer de Ovario: de 25 años con HC 088583 que consulta por dolor abdominal y masa tumoral en flanco derecho que crecía progresivamente asociada a útero gestante de 22 semanas, recurre a consulta como emergencia por dolor pélvico, siendo diagnosticada de: quiste de ovario a pedículo torcido y gestación de 22 semanas. Es laparatomizada, encontrándose tumor de ovario derecho de 11 x 8.5 x 6 cms con cápsula íntegra. El informe A.P 43405: Disgerminoma ovario derecho. Clínicamente catalogada como Estadío I A. Evolución satisfactoriamente. Logra parto normal y dos años después otra gestación con parto normal. A los 15 años de operada se encuentra asintomática.

Caso de paciente de 16 años con HC 166974, que consulta por tumoración abdominal con 22 semanas de gestación. Con el diagnóstico de quiste de ovario, es laparatomizada el 9 de julio de 1976 en el Centro Médico Guardia Republicana, hoy Hospital Augusto B. Leguía SFP., efectuándose Ooferec-tomía Izq. y resección cuneiforme del ovario derecho, apendicectomía. Informe A.P 67309: Cistadenoma Papilífero Mucinoso del ovario izq., quistes foliculares de la cuña del ovario derecho. Apéndice sin alteraciones significativas. Evolución satisfactoria. A los 4 años de esta operación recurre a consulta con masa tumoral abdominal, siendo, diagnosticada en ese entonces por el *Departamento de cirugía* en el CMGR, y

operada el 25 de marzo de 1980, efectuándose resección del quiste de ovario derecho, conservándose un cuarto de ovario. Con la finalidad de conservar su futuro reproductivo.

El tumor era encapsulado, describían ausencia de líquido en cavidad, el informe A.P 97710: Cistadenoma mucinoso papilífero. Macroscopicamente fué descrito como tumor encapsulado de 12x10x3 cm, irregular con áreas hemorrágicas renitente al corte, nodulos irregulares de 0.3 x 0.5 cms con contenido mucoso.

A los 4 meses de operada presenta masa tumoral intraabdominal con líquido ascítico. Con fecha 7 de agosto 1980 se efectua: Histerectomía Total, anexectomía derecha, salpingectomía izquierda omentectomía. Extirpación de gran masa tumoral, aspiración de líquido ascítico, la masa en referencia se presentaba multiquística de 25 x 30 cms de membranas transparentes, con áreas de necrosis y otras de aspecto hemático adheridas parcialmente al epiplon, al cuerpo uterino y trompa izquierda, útero ligeramente aumentado de volumen, no adenopatía, hígado normal.

El informe AP: 97710: Cistadenocarcinoma mucinoso del ovario con zonas de metástasis en la grasa epiploica.

Con fecha 27 de agosto 80, recibe tratamiento con quimioterapia por el curso de un año. Con fecha 17 Set. del 81 se efectuó laparoscopia encontrándose hígado normal y no evidencia de siembra metastásica. Con fecha 4 de junio 82 reexploración: laparatomía, evacuándose líquido ascítico, se efectua cirugía citoreductora, comprobándose diseminación metastásica peritoneal en forma miliar, que se extiende al Douglas. Recibe posteriormente quimioterapia. Falleció Mar. 83.

Comentario: Los tumores de ovario deben tener un estudio anátomo-patológico muy minucioso con obtención de múltiples cortes del tumor para su adecuada catologación, en este caso la segunda intervención 4 años después de la operación del quiste de ovario izquierdo fué reportada esta resección parcial del tumor quístico del ovario derecho como benigna, 4 meses después en la reintervención como: Cistadenocarcinoma mucinoso papilífero con metástasis intradominales.

Revisadas las laminas posteriormente nos revelan que existía un foco de carcinoma no reportado en el segundo informe A.P.

Caso de paciente de otro hospital, controlada después en el CMGR, hoy Hospital A.B. Leguia, con HC 103936 del Hospital Cayetano Heredia Rimac. Se trata de una paciente de 19 años de edad que presentaba gestación de 22 semanas y tumoración quística cuyo tamaño era semejante a una gestación de 20 semanas, y que en forma súbita presenta aborto fetal en su domicilio, con retención de placenta, por lo que fué conducida al H. Cayetano Heredia, efectuándosele extracción manual de placenta con fecha 9 noviembre 1972. Por la masa quística se indica análisis pre operatorios y R. Q, en espera de estos resultados presenta un cuadro de abdomen agudo de: Apendicitis aguda, quiste de ovario infectado. Siendo laparatomizada el 18 de noviembre de 1972; encontrándose: tumoración quística de ovario izquierdo con perforación de su cápsula y derrame de líquido mucinoso en la cavidad peritoneal, con apéndice supurado y perforado. La tumoración alcanzaba 17 x 17 x 17 cms, con caracteres de cistadenoma mucinoso.

El informe A: P 722362 del HCH: Cistadenocarcinoma mucinoso del ovario izquierdo cápsula rota, apendicitis aguda supurada. Laminas revisadas en INEN, confirman el diagnóstico.

Se indico en el HCH reintervención para tratamiento radical, lo cual es rechazado por la paciente, solicitando su alta.

En estas condiciones es atendida, indicándosele la necesidad del tratamiento indicado, lo cual no es aceptado por la paciente, manifestando el deseo de tener un hijo sin importarle las consecuencias. Pasados tres meses de operada se presenta en estado de gestación, la cual evoluciona satisfactoriamente, llegando a las 38 semanas en la que es sometida a intervención de Cesárea, con miras a exploración y tratamiento radical. En la operación cesárea se obtiene feto vivo, sexo femenino de 3,100 Kg. La exploración intraabdominal fué negativa, la biopsia en cuña del ovario que quedaba fué reportada como quistes foliculares, no, NM., al año de esta gestación presenta nuevo embarazo que termina igualmente en operación cesárea y nueva reexploración, la cual es negativa lo mismo que la cuña de ovario. Así ha concebido 3 hijos.

A los 15 años del diagnóstico de CISTADENOCARCINOMA MUCINOSO DEL OVARIO. ESTADIO CLINICO I C ESTA ASINTOMATICA. Habiéndose efectuado una cirugía insuficiente.

COMENTARIO

En este caso podemos concluir que el comportamiento de un carcinoma de ovario es diferente de un huesped a otro, teniendo el mismo estadio clínico y tipo histológico, debiéndose considerar el grado de malignidad del tumor y el factor inmunológico.

RESULTADOS:

TABLA I

Tumores	CASOS	PORCENTAJE
Benignos	541	89.8
Malignos	61	10.1
TOTAL	602	100.00%

TABLA 2

INCIDENCIA DE CANCER DE OVARIO EN EL HCSFP
L959 - L983

Cuello uterino	524	81.9 %
Ovario	61	9.5
Endometrio	50	7.7
Vulva	6	0.9
Vagina	6	0.9
Trompa	0	0.0
TOTAL	647	100.0 %

TABLA 3

INCREMENTO DE DETECCION DE CANCER
GINECOLOGICO EN EL HCSFP

AÑOS	Nº PACIENTES ATENDIDOS	PORCENTAJE
1959 - 1963	48,760	16.4
1964 - 1968	51,933	17.5
1969 - 1973	56,947	19.1
1974 - 1978	73,091	24.7
1979 - 1983	65,973	22.3
TOTAL	296,704	100.00 %

TABLA 4

ESTUDIOS CLINICOS DE LOS HALLAZGOS DE
CARCINOMA DE OVARIO

ESTADIO CLINICO	CASOS	PORCENTAJE
I A	15	30 %
I B	3	
I C	18	70 %
II B	1	
III	12	
IV	12	
TOTAL	61	

TABLA 5

HALLAZGOS HISTOPATOLOGICOS

T. EPITELIAL	Cistadenocarcinoma seroso papilífero.....	35
	Cistadenocarcinoma mucinoso.....	8
C. SEXUAL	Carcinoma células de la granulosa.....	12
C. GERMINALES	Carcinoma embrionario	1
	Disgerminoma	3
	Teratoma quístico maduro quiste dermoide malignizado	2

TABLA 6

RESULTADOS POR ESTADIOS CLINICOS DE
CANCER DE OVARIO

ESTADIOS CLINICOS	VIVEN	FALLECIDOS	PERDIDAS DE VISTA
I A	13	0	2
I B	0	0	3
I C	5	3	10
II B	1	0	0
III	0	11	1
IV	1	11	0
TOTAL	20	25	16

TABLA 7

SUPERVIVENCIA MAS DE CINCO AÑOS

ESTADIOS CLINICOS	Nº CASOS	PORCEN- TAJES	VIVEN MAS DE 5 AÑOS SIN ENF.
I A	15	24.6	11
I B	3	4.9	0
I C	18	29.5	2
II	1	1.6	0
III	12	19.7	0
IV	12	19.7	0
SUPERVIVENCIA	5 años 13 s e 32.8%	4 años 2 c e	3 años 5 c e
Fallecidas	25 Pac.		40.9 %
Pérdidas de vista	16		26.2
Supervivencia mas 5 años:			
Estadío I A	11 pacient.		
I C	2		
Supervivencia:	21.3 %	13 pacient.	

PROTOCOLO OPERATORIO FRENTE A UN TUMOR DE OVARIO QUE SE SOSPECHA SEA UN CANCER DE OVARIO

1. Laparatomía: incisión amplia, si es necesario xifopubiana, para poder realizar una buena exploración y evitar la ruptura de la tumoración quística.
2. Constatación de presencia de líquido ascítico o peritoneal que se considere patológico.
3. Si no hay líquido ascítico, lavado con 20 cc de suero fisiológico de la cavidad pélvica y espacios parietocólicos derechos e izquierdos y recuperación del líquido para estudio por Papanicolaou.
4. Exploración visual y manual minuciosa de la cúpula diafragmática, hígado, espacios parietocólicos derecho e izquierdo, ganglios paraaórticos y pélvicos.
5. Ablación de la tumoración ovárica y estudio por congelación. Si nos contestan carcinoma, se realizará el tratamiento de acuerdo al caso clínico.

6. Puede ser Histerectomía total con ooforosalingectomía bilateral, más omentectomía.
7. Procediéndose a las biopsias múltiples de: peritoneo fondo de saco de Douglas, espacios parietocólicos derecho e izquierdo, subdiafragmático.
Ganglios paraaórticos y paracavales. Ganglios pélvicos. Biopsia de hígado en caso de sospecha metastásica.
8. Finalmente un informe detallado de los hallazgos operatorios y de la cirugía practicada.
Con este procedimiento se establece el estadio quirúrgico real del caso, indicándose un tratamiento adecuado, además se puede dar un pronóstico más acertado.
9. Tener presente la cirugía cito reductora extirpando la mayor parte posible de tumor (10).

DISCUSION Y REVISION

En primer lugar debemos considerar el diagnóstico, para lo cual se valora que es el examen de la pélvis el procedimiento más útil para descubrir a la paciente con cáncer de ovario.

La sintomatología no es muy precisa, debiéndose considerar que la valoración de una masa pélvica es el único método constante y práctico disponible para descubrir cáncer de ovario.

Como síntomas principales: tumor, dolor, distensión abdominal, ascítis, que ya señala enfermedad avanzada.

De manera general debemos considerar que toda niña o mujer pre menopausica o post menopausica, que presenta tumor anexial palpable de más de 5 cm, debe ser motivo de laparatomía.

Las mujeres en edad reproductiva que presentan lesiones quísticas de 5 cm, deben mantenerse en observación 1 o 2 meses y en nuevo examen si persiste la masa quística, debe ser laparatomizada. Si el tumor es sólido el tratamiento debe ser inmediato.

El nuevo enfoque del carcinoma de ovario que ya está establecido hace ya varios años en centros especializados en cirugía de cáncer, así como, en hospitales que cuentan con ginecólogos oncólogos, se basa en reconocer que este no es un tumor pélvico sino una neoplasia que toma la cavidad peritoneal. Los sistemas

de etapas del pasado se concentraron a los cuadros de diseminación pélvica hacia el ovario contralateral y las estructuras y paredes de la pelvis, pero los estudios actuales indican que los cánceres ováricos en apariencia localizados, en realidad se diseminan de manera oculta más allá de los confines y se hallan en etapas avanzadas (4).

Se debe poner énfasis en las vías de propagación en la extensión de la enfermedad, siendo los linfáticos del peritoneo cuya cadena linfática es de interés considerable en la diseminación transperitoneal, debiéndose conocer las diferentes áreas de metástasis que son de interés para la toma de las biopsias.

Señalamos que es importante conocer el tipo histológico y el grado de malignidad del tumor y el estadio clínico.

El tratamiento es multidisciplinario, la mayoría de las veces: Cirugía, Quimioterapia y radioterapia.

El cáncer de ovario debe tratarse como, si hubiese avanzado un estadio más de lo real, teniendo en mente que en el primer cirujano que opera está el porvenir de la paciente.

A mayor remisión de masa tumoral, es mayor la supervivencia, debiéndose considerar el estadio.

Cuando se efectúa la cirugía de ovario, debemos preguntarnos:

Cuanto estoy dejando del tumor.

La radioterapia se usa a manera de baño abdominal en tumores cuya dimensión alcanza menos de 2 cms y localizados en la pelvis, complementa el tratamiento.

En cuanto al uso de la quimioterapia las drogas más usadas son: Adriamicina, melfalán o alkerán, 5 fluor uracilo, cisplatino, carboplatino, ciclofosfámid. La eficacia es circunstancial al tamaño del tumor.

La conveniencia de descubrir las recidivas lo antes posible hizo que se recomendasen estudios laparoscópicos al año o dos del tratamiento en pacientes que aparentemente tenían controlada la enfermedad con quimioterapia. De esta manera la recidiva se detecta en su fase incipiente y se tiene oportunidad de reintervención eficaz. Por que una vez que ocurre una recidiva tumoral pélvica o intraabdominal, considerable, es poco probable que se llegue a controlar el tumor (11).

DIAGNOSTICO POR IMAGENES

Uno de los aportes importantes para el diagnóstico de Cáncer de ovario es el ultrasonido, pudiéndonos mostrar la ecografía: una masa quística en ovarios con ecos heterogeneos en su interior o imágenes que revelan proliferaciones intraquísticas, zonas sólidas induradas que alternan con zonas quísticas. La presencia de tabiques o papilas son signos de alta sospecha de malignidad.

Las tumoraciones sólidas de ovario son sospechosas de malignidad sobre todo si no presentan una homeogeneidad ecográfica.

En las tumoraciones quísticas: engrosamientos en sus paredes, existencia de tabiques, especialmente si no son lineales y presentan engrosamiento.

En tumores solidos se sospecha de malignidad por su forma irregular con excrescencias, con areas de necrosis o quistificación, y presencia de ascitis.

Los tumores sólidos de ovario son inicialmente sospechosos de malignidad.

En nuestro estudio no hemos encontrado: tumores borderline del ovario, pero debemos tenerlo presente para su manejo, por que estos tumores las células no infiltran el estroma, las metástasis peritoneales o implantes pueden corresponder a multicentricidad, son de bajo grado de malignidad (BGM), comparten algunas características del carcinoma invasivo como la proliferación epitelial y las atípicas celulares, siendo la característica que los distingue, es que la invasión del estroma caracterizada por crecimiento infiltrativo y destructivo que está invariablemente en el carcinoma está ausente en los tumores de bajo grado de malignidad. En estas pacientes, cabe tratamiento conservador en adolescentes y adultas jóvenes en quienes es importante conservar la fertilidad debiendo efectuarse: salpingooforectomía unilateral, biopsia del ovario contralateral y estadiage (14).

LAPARASCOPIA

En nuestra casuística se ha empleado.

Se debe considerar que la laparoscopia tiene zonas ciegas: mesenterio, retroperitoneo, parte alta del diafragma, peritoneo parietocólico con adherencia anterior, el epiploon gastro hepático.

SECOND LOOK

Los casos que clínicamente son negativos con examen ecográfico, tomográfico y laparoscópicamente negativo, 50% de estas pacientes muestran enfermedad: cito o histológicamente con el SECOND LOOK.

Es importante señalar que los Second look negativos: 30 a 50% hacen recurrencia y mueren por cáncer y obstrucción intestinal antes de los dos años.

Contraindicado hacer reestadiage, Second Look en pacientes que han recibido radiación: PELIGRO DE OBSTRUCCION INTESTINAL.

ESTADIAGE

CAMBIO O EMPEORAMIENTO DE ESTADO:

I al III	30 %
II al III	50 %

MARCADORES TUMORALES

El término, se puede definir como la sustancia que es producida en forma selectiva por las células tumorales y que se libera en la circulación en cantidades detectables.

Dentro de los avances en carcinoma de ovario, no podemos dejar de mencionarlo, su uso en cáncer de ovario es grande, como diagnóstico y como pronóstico, monitoreo bioquímico de la respuesta de la enfermedad al tratamiento.

Alfa feto proteína, Gonadotrofinas coriónicas, Ca 125. El que más se usa: Ca 125: únicamente para seguimiento para monitoreo post tratamiento, de todos los carcinomas de ovario epiteliales.

Alfa feto proteína: para los tumores del seno endodermal. Antígeno carcinoma embrionario C.E.A. para el teratoma inmaduro, carcinoma embrionario.

Gonadotrofina coriónica: para el coriocarcinoma primario del ovario.

A pasar que los marcadores tumorales AFP, GCH, son de valor diagnóstico, su uso más efectivo es para monitorizar la respuesta a la terapia y para detectar recurrencia pronto.

RADIACIONES:

Ha disminuido su rol en el tratamiento del cáncer de ovario, solo se utilizan para siembras peritoneales y pélvicas microscópicas o para paliar algún síntoma sobre una masa tumoral.

La radioterapia es inadecuada con grandes tumores residuales.

QUIMIOTERAPIA

Esta demostrado estadísticamente la buena supervivencia a la quimioterapia múltiple, en estadíos avanzados III.

Con Cisplatino y mejor aún con Carboplatino, y además Ciclofosfamida. Acompañadas de buena hidratación antieméticos, vale considerar que el platino es nefrotóxico, además puede producir desmielización que se traduce por parestesias.

Si bien la quimioterapia mejora al paciente, se debe considerar el riesgo de tratar indefinidamente, a un paciente en remisión completa, cual es el incremento de la posibilidad de desarrollar una segunda neoplasia especialmente: Leucemia Linfocítica Aguda.

Ahora el riesgo de interrumpir la quimioterapia en paciente en remisión completa, es la posibilidad de recurrencia y quimiorresistencia, siendo aquí que el ReEstadiage Quirúrgico "Second Look" la forma de determinar con precisión si la paciente debe continuar su tratamiento.

Si en la laparatomía y múltiples biopsias de re estadiage son estas negativas, la indicación de interrumpir el tratamiento es indiscutible.

SOBREVIDA

ES LO MAS IMPORTANTE EN UN TRABAJO DONDE VALORAMOS LA BONDAD DEL TRATAMIENTO, Y LO QUE SE HA LOGRADO CON LOS AVANCES DE LA ESPECIALIDAD. CUAL ES LA REALIDAD EN CANCER DE OVARIO:

A LOS 10 AÑOS DE SECOND LOOK NEGATIVO, SOLO 10% VIVEN SIN ENFERMEDAD, QUIERE DECIR QUE CANCER DE OVARIO ES MUY AGRESIVO Y QUE NO DA MAYOR EXPECTATIVA DE VIDA.

QUIERE DECIR QUE SOLO HEMOS LOGRADO PROLONGAR EL ESPACIO LIBRE DE ENFERMEDAD.

RECOMENDACIONES

EN TODO HOSPITAL GENERAL SE DEBE CONTAR CON GINECOLOGO ONCOLOGO.

EN TODA OPERACION DE TUMOR DE OVARIO QUE SE SOSPECHA PUEDA SER CANCER SE DEBE SEGUIR PASOS DE:

PROTOCOLO, OPERATORIO PARA CANCER DE OVARIO.

ESTANDO EL PATOLOGO PRESENTE PARA LA BIOPSIA CONGELACION.

TENER PRESENTE QUE DEL PRIMER CIRUJANO QUE OPERA ESTA EL PORVENIR DE LA PACIENTE.

CONCLUSIONES

1. En el Hospital Central de la Policía Nacional del Perú, en el período de 25 años 1959 1983 se han diagnosticado 602 casos de cáncer ginecológico, correspondiendo al cáncer de ovario 61 casos o sea el 9.5%.
2. Los tipos de tumores de ovario han sido benignos en 541 casos con un 89.8% y malignos en 61 casos con 10.1%.

3. Los estadios clínicos iniciales fueron el 30% y los estadios avanzados el 70%.
4. Los hallazgos histopatológicos han correspondido al tejido epitelial: cistadenocarcinoma seroso papilífero y al mucinoso con el 70%. Al cordón sexual: carcinoma de las células granulosas 20%, Células Germinativas: carcinoma embrionario, teratoma maligno con el 10%.
5. Supervivencia: viven más de cinco años sin enfermedad 13 pacientes: 21.3%.
6. Tumor de ovario sospechoso de malignidad debe tener biopsia por congelación; si ésta es positiva, debe actuarse de acuerdo a protocolo operatorio para cáncer de ovario.
7. El examen de la pélvis es el método más eficaz para detectar masa pélvica.
8. El tratamiento del cáncer de ovario es multidisciplinario: cirugía, quimioterapia y radioterapia.
9. La cirugía debe ser cito reductora, es decir se debe extirpar la mayor cantidad posible de tumor.
10. Dentro del tratamiento se debe considerar la reexploración después del tratamiento con quimioterapia, para detectar recidivas, y determinar con precisión si la paciente debe continuar con tratamiento.
11. En todo Hospital General se debe contar con ginecólogo oncólogo.
12. En el primer cirujano que opera esta el porvenir de la paciente.

REFERENCIAS

1. Barber H, Kwen T. and Graver E. A. Ovarian cancer Ca. 24:339 - 350. 1975.
2. Casanova A., Sanchez R., Cáncer de ovario epidemiología y aspectos clínicos VII Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología Pág. 207 - 213, 1981.
3. Castellano C., Galdos R., Barrioga O. Tumores genitales en las niñas y adolescentes. Rev. Ginecología y Obst. Vol. XX: 1 - 23, 1974.
4. Day Thomas Smith J. Diagnóstico y determinación de etapas en el carcinoma de ovario. Cap. IV 50 - 60. Cáncer de ovario. Seminario de Oncología. De vita 1975.
5. Galdos R. Castellano C., Barriga O., Cáncer de ovario. Oncología INEN. 529 - 540. 1975.
6. Knapp R., Friedman E., Aortic metastases early ovarian cancer. Am J. Obst Gynecology. 119: 613 - 1047.
7. Novak J. Tumores malignos de ovario. Cap. 23 483 - 511. Tratado de Ginecología; 1970.
8. Rosenoff S. De Vita V, Hubbard S, Young R., Peritoneoscopia en la determinación de cáncer de ovario. 61 - 70 De Vita V. 1976.
9. Solidoro A. Tratamiento médico del cáncer. Cáncer de Ovario 143 - 157; 1981.
10. Valdivia E. Cáncer de ovario. Cap. VIII 113 - 130. Oncología Ginecológica. 1982.
11. Wallach R., Kabakow B., Blimnick G., Importancia de los procedimientos quirúrgicos de revisión en la determinación de etapas y tratamientos del carcinoma de ovario. Cap. 8: 93 - 98. Carcinoma de ovario. Seminario de oncología. De Vita 1975.
12. Young R., Knapp R., Pérez C., Cáncer principales practice of oncology. De Vita V., Heelman S., Rosenberg S., Chapter 26.
13. Year Book of Obstetric and Gynecologic. Mishell Kirschbaum M.: 321 - 328: 1988.
14. Galdos, R., Sánchez, Juvenal Barriga O., Santos Carlos Alvarez M., Castellano C. Tumores Epiteliales del Ovario. Tumores en el límite de la malignidad; Cuadro Clínico Patológico, manejo terapéutico actual. Acta Cancerológica Vol. XIX N° 2, 1988.