

INCIDENCIA DE CANCER DE OVARIO EN EL HOSPITAL CENTRAL DE LA SANIDAD DE LAS FUERZAS POLICIALES

Jorge Vidal Amat y León* y Guillermo Castro**

R S U M E N

Se presenta la incidencia de cáncer de ovario en un Hospital General, como es el Hospital Central de la Sanidad de las Fuerzas Policiales, haciendo un estudio de todos los casos presentados en el lapso de 25 años (1959-1983) diagnosticados en el Departamento de Anatomía Patológica del HCSFP. Sobre un total de 296,704 pacientes que han tenido examen de detección de cáncer en el Departamento de Ginecología se diagnosticaron 647 casos de cáncer ginecológico, con 61 casos de cáncer de ovario con una incidencia de 9.5%, con 70% de estadios avanzados y 30% de iniciales, con una supervivencia de 5 años sin enfermedad de 21.3%.

Mostramos el nuevo enfoque del tratamiento de cáncer de ovario que debe ser conocido por todo cirujano que incursiona en el abdomen.

S U M M A R Y

All cases of ovarian cancer seen in 25 years (1959-1983) at Police Forces Central Hospital, Lima, Perú, where 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% per cent, seventy per cent were advance cases, five-year survival, free of cancer, was 21.3 per cent.

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

INTRODUCCION

Ante las cifras estadísticas palpables de la alta tasa de mortalidad que presenta el cáncer de ovario y ante lo inevitable de que toda mujer corre el riesgo de 5 a 7% de presentar neoplasia ovárica en alguna etapa de la vida y que el 15% de los tumores ováricos serán malignos. Ante esta preocupación de que la incidencia del cáncer de ovario aumente en nuestro medio y con estadios avanzados, ofrecemos este trabajo de información de lo que sucede en el tratamiento del cáncer de ovario en un Hospital General, en pacientes tratados por innumerables especialistas. Damos a conocer la incidencia de cáncer de ovario en el HCSFP,

haciendo un estudio de todos los casos que se han presentado en el transcurso de 25 años (1959-1983) habiendo revisado todos los casos de cáncer ginecológico diagnosticados en el Dpto. de Anatomía Patológica y revisando cada una de las historias clínicas en el archivo Central.

Remarcamos que en la actualidad el concepto de manejo del cáncer de ovario debe ser conocido por todo cirujano que incursiona en el abdomen, pues si antes lo que nos parecía tratamiento suficiente la extirpación de un tumor ovárico maligno en aparente estadio clínico I A, ahora es insuficiente si no se ha seguido con el protocolo operatorio para todo tumor que se sospeche pueda ser un cáncer y que el estadio real del caso nos lo va a dar el informe de las biopsias remitidas.

* Jefe Departamento de Ginecología Hospital Central de la Sanidad de las Fuerzas Policiales.

** Jefe Departamento de Anatomía Patológica HCSFP.

MATERIAL Y METODOS

En el lapso de 25 años (1959-1983) sobre un total de 296, 704 pacientes que han tenido examen de detección de cáncer en el Dpto. de Ginecología y Anatomía Patológica, se diagnosticaron 647 casos de cáncer ginecológico, con 61 casos de cáncer de ovario habiéndose evaluado en estos casos la sintomatología, tratamiento, estudio histopatológico y evolución en las historias revisadas.

Señalamos los casos clínicos más saltantes.

Niña de 12 años, con HC 025743, (la de menor edad en nuestra estadística) que ingresa por emergencia por dolor en fosa ilíaca izquierda de 4 días de evolución, con el diagnóstico: Quiste de ovario a pedículo torcido, es laparotomizada el 22 de julio 1973. Con hallazgo: tumor de ovario izquierdo de 12 x 9 x 8 cm., de consistencia firme, con cápsula rota, el ex. A.P. informe: neoplasia con caracteres de carcinoma embrionario tipo mesonefoma, alternando con áreas de disgerminoma, focos de necrosis y hemorragia, presencia de células neoplásicas en el líquido peritoneal. Catalogada como Estadío clínico I-C. AP. N° 49863. Se efectuó Junta Médica para re-intervención quirúrgica radical: Histerectomía Total Ooforosalingiectomía del ovario que quedaba, omentectomía. Puesto en conocimiento de este tratamiento a los padres de la niña, estos rechazan dicha intervención solicitando su alta. Evolución posterior fallecida.

Caso de paciente de 80 años HC 078527, la de mayor edad en nuestro estudio, que consultó por masa tumoral abdominal de aumento progresivo a predominio de FII de 15 cms. de diámetro multilobulado. Con hallazgo operatorio de siembra tumoral en epiploon e intestino delgado, con informe AP. 76021 Cistadenocarcinoma papilífero del ovario izquierdo. Catalogada como estadío clínico III. Fallece a los pocos meses de operada.

Caso paciente de 29 años, con HC 146656 operada insuficientemente en otro hospital con criterio conservador por infertilidad con diagnóstico post operatorio: Cistadenocarcinoma papilífero del ovario derecho, líquido ascítico positivo a células neoplásicas. Recibe Co-60, posteriormente se efectúa cirugía radical: Histerectomía Total con salpingooferectomía del ovario que quedaba, omentectomía, a la exploración intraabdominal no se encuentra signos de metástasis. Se diagnostica Estadío Clínico I C. A los 5 años de operada

se encuentra asintomática. (no se efectuó estadiage por que en esa época no se hacía).

Caso paciente con gestación y cáncer de ovario de 25 años, HC 088583 que consulta por dolor abdominal y masa tumoral en flanco derecho que crecía progresivamente asociado a utero gestante de 22 semanas. Es laparatomizada con el diagnóstico de: Quiste de ovario o pedículo torcido y gestación 22 semanas. Como hallazgo se encuentra: tumor de ovario derecho de 11 x 8.5 x 6 cms., con cápsula íntegra. El informe AP 43405 Disgerminoma de ovario derecho. Catalogada como estadío clínico I-A- Evolución satisfactoria, logra parto normal. Posteriormente logra otro embarazo con evolución normal. A los 13 años de operada se encuentra sana.

Caso de paciente de 16 años HC 166974, que consulta por masa intraabdominal como 22 semanas de gestación. Con diagnóstico de Quiste de ovario es operada el 9 de julio 1976 en el Centro Médico Guardia Republicana, hoy Hospital Augusto B. Leguía SFP., efectuándose: Ooferectomía izquierda correspondiendo al tumor quístico y resección cuneiforme del ovario derecho, apendicectomía. Informe AP 67309: Cistadenoma Papilífero mucinoso del ovario izquierdo. Quistes foliculares de la cuña del ovario derecho; apéndice sin alteraciones significativas. A los 4 años de operada presenta masa tumoral dependiente del ovario derecho, vista por el Dpto. de Cirugía en el CMGR; determinan con fecha 25 de marzo 1980: extirpación de quiste de ovario derecho, conservando un cuarto de ovario. El tumor era encapsulado, no había líquido ascítico, la exploración fué negativa, el informe AP 97710 revela: Cistadenoma mucinoso papilífero. Macroscópicamente fué descrito como tumor encapsulado de 12 x 10 x 3 cms.; irregular con áreas hemorrágicas remitente 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 marzo del 80 se efectúa: Histerectomía Total, anexectomía derecha, salpingectomía izquierda, omentectomía. Extirpación de gran masa tumoral intraabdominal, aspiración de líquido ascítico, la masa en referencia era multiquística de 25 x 30 cms. de membranas transparentes, con áreas de necrosis y otras de aspecto hemático adheridas parcialmente al epiploon, al cuerpo uterino y trompa izquierda, útero ligeramente aumentado, no adenopatías 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 durante un año. Con fecha 19 de setiembre 81 se efectúa laparoscopia: encontrándose hígado normal, no evidencia de siembra metastásica. Con fecha 4 de junio 82 re-operación: Laparotomía, evacuándose ascitis, biopsias múltiples, existiendo diseminación metastásica peritoneal en forma miliar, que se extiende al Douglas. Recibe ciclofosfamida. Falleció en marzo 1983.

Comentario

En los tumores de ovario se debe hacer un estudio anatómo patológico muy minucioso con obtención de múltiples cortes del tumor para su adecuada catalogación. En este caso la segunda intervención 4 años después del quiste de ovario izquierdo fué reportada como Cistadenoma papilífero mucinoso y que 4 meses después en la reintervención se encontró: Cistadenocarcinoma mucinoso papilífero con metástasis intraabdominales. Probablemente se trataba de un cistadenocarcinoma mucinoso en el límite de la malignidad "Borderline".

Caso de paciente de otro hospital, controlada después en el CMGR, hoy Hospital Augusto B. Leguía, con HC 103936 Hospital Cayetano Heredia (Rímac) de 19 años de edad que presentó Gestación 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 de noviembre de 1972. Por la masa quística abdominal se indica análisis pre-operatorios y RQ., en espera de estos resultados presenta un cuadro de abdomen agudo, con el diagnóstico de: apendicitis aguda, quiste de ovario infectado, es laparotomizada el 18 de noviembre 72, encontrándose tumoración quística de ovario izquierdo con perforación de su cápsula y derrame del líquido mucinoso en la cavidad peritoneal y apéndice supurado y perforado. La tumoración alcanzaba 17 x 17 x 17 cms. con caracteres de cistadenoma mucinoso.

El informe AP 722362 indica: Cistadenocarcinoma mucinoso del ovario izquierdo perforado, apendicitis aguda. (Láminas revisadas en el INEN confirman

el diagnóstico). Se le indica 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.

A los 3 meses de operada presenta gestación que evoluciona normalmente. Es operada de cesárea a las 37 semanas con miras a exploración y tratamiento radical. En la operación cesárea se obtiene feto vivo, sexo femenino de 3.100 K. Exploración intraabdominal negativa. La biopsia en cuña del ovario que quedaba fué reportada como quistes foliculares no N.M. Al año de esta gestación presenta nuevo embarazo que termina igualmente en operación cesárea y nueva re-exploración, la cual es negativa, se realizó cuña de ovario. Así ha concebido tres hijos. A doce años del diagnóstico de Cáncer de Ovario "Cistadenocarcinoma Mucinoso" con cápsula rota y derrame de líquido mucinoso en cavidad peritoneal, Estadío Clínico I-C., esta asintomática.

Comentario

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

TABLA N° 1

TIPOS DE TUMORES DE OVARIO DIAGNOSTICADOS EN EL HCSFP

Tumores	Casos	Porcentaje
Benignos	541	89.8
Malignos	61	10.1
TOTAL	602	100.0%

TABLA N° 2

INCIDENCIA DE CANCER DE OVARIO EN EL HCSFP 1959-1983

Cuello uterino	524	80.9%
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 N° 3

INCREMENTO DE LA DETECCION DE CANCER GINECOLOGICO EN EL HCSFP

Años	N° 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	100.0%

TABLA N° 4

ESTUDIOS CLINICOS DE LOS HALLAZGOS DE CARCINOMA EN OVARIO

Estadio Clínico	Casos	Porcentaje
I A	15	} 30%
I B	3	
I C	18	} 70%
II B	1	
III	12	
IV	12	
TOTAL	61	

TABLA N° 5

HALLAZGOS HISTOPATOLOGICOS

T. Epitelial	{	Cistadenocarcinoma seroso, papilífero	35 casos
		Cistadenocarcinoma mucinoso	8 casos
C. Sexual		Carcinoma células de la granulosa	12 casos
C. Germinales	{	Carcinoma embrionario	1 caso
		Disgerminosa	3 casos
		Teratoma quístico maduro (quiste dermoide maligno)	2 Casos
TOTAL			61 casos

TABLA N° 6

RESULTADOS POR ESTADIOS CLINICOS DE CANCER DE OVARIO

Estadíos Clínicos	Viven	Fallecidos	Péridas 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 Nº 7

SUPERVIVENCIA MAS DE 5 AÑOS

Estadios Clínicos	Nº Casos	Porcentaje	Viven más 5 años sin enfermedad
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
TOTAL	61	100.0	13

Supervivencia 5 años 4 años 3 años 2 años
 13 s/e 1 s/e 2 c/e 4 c/e : 20 casos
 32.8%.

Fallecidas 25 pacientes 40.9%

Perdidas de vista 16 pacientes 26.2%

Supervivencia más 5 años Estadios I A 11 pacientes
 I C 2 pacientes 21.3%

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

- 1 Laparatomía: incisión amplia, si es necesario incisión xifopubiana para realizar una buena exploración y evitar la ruptura de la tumoración quística.
- 2 Constatación de presencia de líquido ascítico o peritoneal que se considera patológico.
- 3 Si no hay líquido ascítico, lavado con 20 cms. de suero fisiológico de la cavidad de la pélvis y espacios parietocólicos derechos e izquierdos y recuperación del líquido para estudio por Papanicolaou.
- 4 Exploración visual y manual minuciosa de la cúpula diagramática, el hígado, espacios parietocólicos, ganglios paraórticos 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 paraórticos 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

En primer lugar debemos considerar el diagnóstico, para lo cual se valora que, és 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-menopáusica o post-menopáusica, que presenta tumor anexial palpable de más de 5 cms., debe ser motivo de laparatomía.

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

El nuevo enfoque del carcinoma de ovario que ya esta establecido 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 pélvis, pero los estudios actuales indican que los cánceres ováricos en apariencia localizados, en realidad se diseminan de manera oculta más alla de los confines de la pélvis 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 remoción de masa tumoral, es mayor la supervivencia, debiéndose considerar el estadio.

Cuando se efectúa la cirugía de ovario debemos preguntarnos: ¿Cuánto estoy dejando de tumor?

Se debe tener siempre en cuenta la cirugía citoreductora, es decir extirpar la mayor parte posible de tumor.

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

Las drogas más usadas como quimioterapia son: adriamicina, melfalan o alkeran, 5-fluor uracilo, cisplatino. 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 ésta manera la recidiva se detecta en su fase incipiente y se tiene oportunidad de re-intervención eficaz. Una vez que ocurre una recidiva tumoral pélvica considerable, es poco probable que se llegue a controlar el tumor (11).

CONCLUSIONES

- 1 En el HCSFP, en el período de 25 años (1959-1983) se ha 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 un 10.1%
- 3 Los estadios clínicos iniciales fueron 30% y los estadios avanzados el 70%.
- 4 Los hallazgos histopatológicos han correspondido al epitelio germinal: cistadenocarcinoma seroso papilífero y al mucinoso con el 70%.
Al cordón sexual: carcinoma de las células de la granulosa 20%.
Al epitelio germinativo: carcinoma embrionario, teratoma 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 y si éste es positivo debe actuarse de acuerdo a protocolo operatorio establecido.
- 7 El examen de la pelvis es el método más eficaz para detectar masa pélvica.
- 8 El tratamiento del cáncer de ovario es multidisciplinario: cirugía, quimioterapia, radioterapia.
- 9 La cirugía debe ser citoreductora, es decir se debe extirpar la mayor cantidad posible de tumor.
- 10 Dentro del tratamiento debe considerarse la re-exploración después del tratamiento con quimioterapia, para detectar recidivas.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—Barber, H.; Kwen, T. and Graber E.A. Ovarian cancer Ca. 24: 339-350. 1975.
- 2.—Casanova, A.; Sánchez, R.; Cáncer de ovario epidemiología y aspectos clínicos VII Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología Pág. 207-213 - 1981.
- 3.—Castellano, C.; Galdos, E.; Barriga, O. Tumores genitales en las niñas y adolescentes. Ginecología y Obstet. XX: 1; 23. 1974.
- 4.—Day Thomas; Smith, J. Diagnóstico y determinación de etapas en el carcinoma de ovario. Cap. IV pág. 50-60. Cáncer de ovario Seminario de Oncología De Vita 1975.
- 5.—Galdos, R.; Castellano, C.; Barriga, O. Cáncer de ovario. Oncología I.N.E.N. Pág. 529-540. 1975.
- 6.—Kanapp, R.; Friedman, E. Aortic metastases early ovarian cancer Am. J. Obstet. Gynec. 119: 613-1017.
- 7.—Novak, J. Tumores malignos de ovario. Cap. 23 pág. 483-511. Tratado de Ginecología 1970.
- 8.—Rosenoff, S.; De Vita; V.; Hubbard, S.; Young, R. Peritoneoscopia en la determinación de etapas y seguimiento del cáncer de ovario. Pág. 61-70. Seminario de oncología Carcinoma de ovario. De Vita V. 1976.
- 9.—Solidoro, A. Tratamiento médico del cáncer. Cáncer de ovario. Pág. 143-157. 1981.
- 10.—Valdivia, E. Cáncer de ovario. Cap. VIII pág. 113-130. Oncología Ginecológica. 1982.
- 11.—Wallach, R.; Kabakow, B.; Blinick, G. Importancia de los procedimientos quirúrgicos de revisión en la determinación de etapas y tratamientos del carcinoma de ovario. Cap. 8 pág. 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.