MANEJO QUIRÚRGICO DEL CÁNCER DE OVARIO ANÁLISIS DE CINCO AÑOS EN EL HOSPITAL ESCUELA

*Dra. Francés A. Hernández**
Dr. Osear R. Flores Funes **

RESUMEN

Fueron revisados 47 casos diagnosticados como cánceres de ovario, durante cinco años, de enero 1981 a diciembre de 1985.
Las pacientes se trataron con Cirugía y Quimioterapia en el Hospital-Escuela, y los casos radiados recibieron su tratamiento en el Departamento de Oncología del Hospital General ("San Felipe").

En nuestro país el cáncer de ovario constituye el 3o/o de las neoplasias malignas, y los 47 casos representan el 0.24o/o de los ingresos a la sala de Ginecología durante los años del estudio.

El 59.5o/o correspondieron a estadios III y IV, lo que explica una sobrevida baja, de 21.2o/o, en períodos que varían de 1 a 5 años.

INTRODUCCIÓN

En nuestro país el cáncer de ovario representa el 3o/o de los tumores malignos (7), no es de los más frecuentes, sin embargo aunque ocupa el tercer lugar, precedido por los cánceres cérvico-uterino y mamario, es la segunda causa de muerte atribuible a cáncer, en la mujer, siguiéndole al cáncer de cérvix.

La alta letalidad del cáncer de ovario se explica porque no da síntomas ni signos patognomónicos tempranos, no existe ningún método que diagnostique tempranamente la enfermedad, y no hay un grupo de mujeres que se puedan identificar como población de alto riesgo para cáncer de ovario (14).

Cerca de 2/3 de los cánceres de ovario se presentan en mujeres de 40 a 65 años y mas del 90o/o entre los 20 a 65 años (14). En esta revisión el 51o/o de los casos estuvieron entre los 41 a 60 años.

Consideramos que en este trabajo, de 47 casos, se ha logrado obtener una muestra representativa de la frecuencia, pronóstico y sobrevida (leí cáncer de ovario en nuestro medio, porque hemos tomado como referencia al bloque Materno-Infantil del Hospital-Escuela, que es un centro hospitalario de referencia nacional donde acuden pacientes que provienen de los distintos departamentos del país. También es posible lograr un tratamiento multidisciplinario con la ayuda del servicio de Hemato-Oncología del Hospital-Escuela y del Departamento de Oncología del Hospital General ("San Felipe").

MATERIAL Y MÉTODOS

Este estudio es el producto del análisis de los casos diagnosticados histopatológicamente como cáncer de ovario, en un período de 5 años - enero de 1981 a diciembre de 1985 - en el Hospital-Escuela.

Todos los casos fueron tratados quirúrgicamente en el departamento de Gineco-Obstetricia, durante 1981 y 1982 las cirugías fueron efectuadas por distintos Ginecólogos y de 1983 a 1985 un buen nú-

---

Médico General. Resumen de trabajo de tesis previa opción al título de Doctora en Medicina y Cirugía.

Profesor Titular III de pre y postgrado del Departamento de Gineco-Obstetricia, Facultad de Ciencias Médicas, U.N.A.H.

mero (21 casos), las realizó uno de los autores de este informe; este segundo grupo correspondiente a 21 casos representa el 44.6o/o del total.

En algunas ocasiones las pacientes son vistas por Oncólogos en la consulta externa, pero la mayoría son ingresadas y casi siempre se evalúan con muchos estudios ya solicitados, como pielogramas intravenosos (28 de los 47 casos), enemas baritados (12 de 47), radiografías simples de abdomen (18) y series óseas metastásicas (5); la distribución de los distintos métodos diagnósticos se presenta en el cuadro número 1. Como se sabe estos estudios aumentan excesivamente los costos, no aportan datos para el diagnóstico del cáncer de ovario y ofrecen mínimas ventajas en el tratamiento de este tipo de tumores, y en el caso de las series óseas metastásicas no deben solicitarse porque los cánceres de ovario no se caracterizan por dar metástasis óseas. La T.A.C. incluso, no ha reemplazado a la laparatomía como método diagnóstico y para estudiar la enfermedad (5,6,23).

CUADRO 1
METODOS DIAGNOSTICOS EFECTUADOS EN PACIENTES CON CANCER DE OVARIO

TIPO DE ESTUDIO	No. DE CASOS	o/o
R–X de tórax	46	97.8
Pielograma intravenoso	28	59.5
R–X de abdomen	18	38.2
Enema baritado	12	25.5
Serie ósea metastásica	5	10.6
Laparoscopia	5	10.6
Ultrasonografía	4	8.5
Tomografía axial computarizada	1	2.1
Histerografía	1	2.1
Serie gastroduodenal	1	2.1

El cáncer de ovario es relativamente infrecuente en nuestro país, de 1981 a 1985 hubo 93813 ingresos al servicio de Gineco-Obstetricia, y en la sala de Ginecología, que es donde son tratadas estas pacientes, hubo 17647 ingresos con 47 casos diagnosticados como cánceres de ovario, lo que representa el 0.24o/o del total de los padecimientos ginecológicos.

Similar a lo descrito en muchas publicaciones la mayoría de las pacientes se encontraban en la quinta y sexta décadas de la vida, con 1£ casos en cada grupo, lo que representó el 51o/o como se aprecia en el cuadro número dos.

CUADRO 2 DISTRIBUCIÓN DE LAS PACIENTES POR GRUPOS DE EDAD

EDAD	No. DE CASOS	o/o	
1 – 10	3	6.3	
11 – 20	6	12.7	
21 – 30	6	12.7	
31 – 40	4	8.5	
41 – 50	12	25.5	51o/o
51 – 60	12	25.5	
61 – 70	2	4.2	
71 – 80	2	4.2	
TOTAL	47	100.0	

Entre las 47 pacientes hubo cinco que tuvieron el antecedente de neoplasias malignas en otros órganos, el 12o/o, significando para el cáncer de ovario un segundo primario (ver cuadro número tres).

TIPO DE ANTECEDENTE	PERSONALES No.	PERSONALES o/o	FAMILIARES No.	FAMILIARES o/o
Neoplasias benignas de Ovario	1	2		
Neoplasias malignas de Ovario	1	2	2	5
Neoplasias malignas de otros órganos	5	12	2	5
Endometriosis	3	7		

CUADRO 3
ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES EN PACIENTES CON CÁNCER DÉ OVARIO

CUADRO 4

DISTRIBUCIÓN DE LAS PACIENTES EN RELACIÓN AL NUMERO DE GESTACIONES

No. DE GESTACIONES	No. DE CASOS	o/o
0 – 2	27	57.4
3 – 5	7	14.8
6 – 8	3	6.3
9 y más	10	21.2
TOTAL		

Las pacientes con baja paridad o nulípara tuvieron mayor incidencia, 27 casos ó 57.4o/o, como se ve en el cuadro número cuatro, y que es coincidente

con lo publicado por otros autores. Aunque ha sido informado que los anticonceptivos orales ofrecen un efecto protector (13), en nuestro estudio la gran mayoría de pacientes, 26, o sea el 55.4o/o, no utilizaron ningún método, esto se resume en el cuadro número cinco.

CUADRO 5 CÁNCER DE OVARIO Y USO DE ANTICONCEPTIVOS

METODO	No. DE CASOS	o/o
Anticonceptivos orales	5	10.6
Ninguno	26	55.4
No consignado	16	34.0
TOTAL	47	100.0

En distintas series de la literatura mundial, los tumores epiteliales representan del 85 al 90o/o (6), en la nuestra, probablemente por el pequeño número de casos, constituyeron el 48.5o/o, con 23, y aunque fueron los más frecuentes su predominio no fue tan grande. El cuadro número seis presenta la distribución de los 47 casos de acuerdo a su clasificación histológica.

CUADRO 6

FRECUENCIA DE LOS DIFERENTES TIPOS HISTOLOGICOS DE CANCER DE OVARIO

GRUPOS DE EDAD	TUMORES EPITELIALES		TUMORES GERMINALES		TUMORES ESTROMALES		TUMORES NO CLASIFICADOS		TUMORES METASTASICO	
	No.	o/o	No.	o/o	No.	o/o	No.	o/o	No.	o/o
1 – 10			3	6.3						
11 – 20	2	4.2	3	6.3	1	2.1				
21 – 30	3	6.3	1	2.1					1	2.1
31 – 40			2	4.2					2	4.2
41 – 50	7	14.8			2	4.2	2	4.2	1	2.1
51 – 60	7	14.8	1	2.1						
61 – 70	2	4.2					3	6.3	1	2.1
71 – 80	2	4.2								
TOTAL	23	48.5	10	21.0	3	6.3	5	10.5	5	10.5

En los cuadros 7,8,9 y 10 se informan los subtipos de cada vacante histológica, en los epiteliales, por ejemplo, el más frecuente de los tumores es el seroso, tal como se presenta en los diferentes informes.

La mayoría de las pacientes dieron una evolución de la enfermedad inferior a los seis meses, 28 casos

CUADRO 7 CÁNCER DE OVARIO: VARIANTES EPITELIALES

TIPO DE TUMOR	No.	o/o
SEROSO	14	60.8
MUCINOSO	4	17.3
INDIFERENCIADO	3	13.0
ENDOMETRIOIDE	2	8.6
TOTAL	23	100.0

CUADRO 8

CANCER DE OVARIO: TIPO CELULAS GERMINALES

TIPO DE TUMOR	No.	o/o
DISGERMINOMA	4	40
TERATOMA INMADURO	4	40
CARCINOMA EMBRIONARIO	1	10
TUMOR DE SENOS ENDODERMICOS	1	10
TOTAL	10	100.0

CUADRO 9 CÁNCER DE OVARIO ESTROMAL

TIPO DE TUMOR	No.	o/o
CELULAS DE LA GRANULOSA	1	33.4
SERTOLI–LEYDIG	1	33.3
MIXTOS (TECA–GRANULOSA)	1	33.3
TOTAL	3	100.0

CUADRO 10

SITIOS PRIMARIOS DE TUMORES METASTASICOS A OVARIO

Sitio primario	No.	o/o
MAMA	2	40
TUBO DIGESTIVO	2	40
NO DETERMINADO	1	20
TOTAL	5	100

o el 59.5o/o, que en parte explica la gran agresividad que caracteriza al cáncer de ovario. Estas pacientes acuden de los diferentes departamentos, pero casi la mitad de los casos proceden de Francisco Morazán, en el que se encuentra el Hospital-Escuela. La evolución de la enfermedad y la distribución geográfica se presenta en los cuadros 11 y 12.

Los síntomas y signos, reflejos en su mayoría de enfermedad avanzada, pueden verse en" la figura número 1.

CUADRO 11 EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD

TIEMPO	No.	o/o
–6 MESES	28	59.5
6M – 1 AÑO	9	19.1
1 – 2 AÑOS	3	6.3
3 AÑOS Y MAS	6	12.7
DESCONOCIDO	1	2.1
TOTAL	47	100.0

RESULTADOS

El diagnóstico definitivo de cáncer de ovario se establece con la biopsia, que en general se toma al realizar una laparotomía (6). Además de servir para establecer el diagnóstico la laparotomía establece el estadio clínico (6) del cáncer de ovario, el 59.5o/o de los casos de este informe se estudiaron como III (42.5o/o) y IV (17.0o/o) que son los tumores con enfermedad avanzada y representan la mayoría de los casos mortales. La distribución de los casos por estadios se presenta en el cuadro No. 13. 24 casos (51.lo/o) se trataron con Cirugía y Quimioterapia, 12 (25.5o/o) únicamente con Cirugía, y la Radiación combinada con Cirugía se utilizó en 5 casos (IO.60/0); los tres esquemas de tratamiento se aplicaron en 4 casos (8.5o/o).

CUADRO 12

DISTRIBUCION GEOGRAFICA EN CANCER DE OVARIO

DEPARTAMENTO	No.	o/o
FCO. MORAZAN	20	42.5
OLANCHO	6	12.7
EL PARAISO	5	10.6
VALLE	3	6.3
LA PAZ	3	6.3
CORTES	3	6.3
CHOLUTECA	3	6.3
ATLANTIDA	2	4.2
COLON	1	2.1
YORO	1	2.1
TOTAL	47	100.0

CUADRO 13

ESTADIOS CLINICOS SEGUN LA FIGO

ESTADIO CLINICO	No.	o/o	
IA	7	14.8	
IB	3	6.3	
IC	7	14.8	
IIA	1	2.1	
IIB	1	2.1	
IIC	0		
III	20	42.5	59.5
IV	8	17.0	
TOTAL	47	100.0	

En el 95.7o/o de las pacientes fue posible realizar algún tipo de procedimiento quirúrgico; todos estos datos se describen en el cuadro número 14.

CUADRO 14

DIFERENTESMODALIDADES DE TRATAMIENTO

TIPO DE TRATAMIENTO	No.	o/o
CIRUGIA Y QUIMIOTERAPIA	24	51.1
CIRUGIA	12	25.5
CIRUGIA + RADIOTERAPIA	5	10.6
CIRUGIA + QUIMIOTERAPIA + RADIOTERAPIA	4	8.5
QUIMIOTERAPIA	2	4.3

El cuadro número 15 se refiere a los diferentes tipos de cirugías utilizadas en las 47 pacientes, el total de procedimientos es de 50 porque se incluyen algunas operaciones de segunda vista ("second look") que se realizan en pacientes ya operadas y tratadas posteriormente, casi siempre, con Quimiterapia.

CUADRO 15

TRATAMIENTOS QUIRURGICOS EN PACIENTES CON CANCER DE OVARIO

PROCEDIMIENTO QUIRURGICO	No.	o/o
H.A.T. + S.O.B. + OMENTECTOMIA	16	34.0
H.A.T. + S.O.B.	4	8.5
H.A.T. + S.O.B. + APENDICECTOMIA	2	4.2
TUMORECTOMIA	6	12.7
S.O.U.	9	19.1
S.O.B. + BIOPSIA DE EPIPLON	1	2.1
S.O.U. + APENDICECTOMIA	1	2.1
LAPAROTOMIA	2	4.2
H.A.T. SUPRACERVICAL + S.O.B.	1	2.1
"SECOND LOOK"	8	17.0
TOTAL	**50**	

La histerectomía abdominal total con salpingooforectomía y omentectomía, o sin ella, se hizo en 22 casos (46.7o/o), de los que 16 (34o/o) tuvieron omentectomía, la gran mayoría en el grupo incluido de 1983 a 1985.

En ocho pacientes se hizo una operación de segunda vista y 4 de ellas fueron positivas por malignidad.

Las complicaciones que se presentan en el cuadro 16, casi todas están en relación con el tumor y su comportamiento biológico, y no a los métodos de tratamiento; 11 de los 47 casos presentaron complicaciones, y esto representa el 18.9o/o,

La sobrevida del cáncer de ovario ha tenido cambios en los últimos trece años, y aunque algunos informes hablan de una sobrevida global de 30o/o, en estudios más recientes se han logrado grandes cambios gracias a las nuevas técnicas de cirugía citoreductiva y al uso de nuevos esquemas de Quimioterapia como PAC y CHAD, incluyendo Adria-

CUADRO 16 COMPLICACIONES EN PACIENTES CON CÁNCER DE OVARIO

TIPO	No.	o/o
HEMORRAGIA	3	6.3
TORSION	2	4.2
CHOQUE SEPTICO	2	4.2
ICTERICIA (POR METASTASIS)	2	4.2
OBSTRUCCIONES INTESTINALES	2	4.2
TOTAL	11	18.9

micina, Ciclofosfamida y sobre todo Cisplatino (20).

En nuestros casos no podemos tomar como definitiva la sobrevida, por el corto período de observación, en el cuadro 17 se presenta el control de ellos con 10 pacientes (21.2o/o) sobrevivientes de 1 a 5 años. Hubo tres muertes intrahospitalarias que se suman a las 34 restantes, víctimas de la enfermedad.

CUADRO 17 CONTROL DE PACIENTES CON CÁNCER DE OVARIO

CONTROL	No.	o/o
V.S.A.T.	10	21.2
V.C.A.T.	7	14.9
P.C.A.T.	22	46.9
P.S.A.T.	5	10.6
MUERTES	3	6.4
TOTAL	47	100.0

DISCUSIÓN

En los Estados Unidos una de cada 70 niñas desarrollarán cáncer de ovario alguna vez durante su vida(l)

Ocupa el octavo lugar de todos los cánceres y el 4o/o de los cánceres femeninos (1,9). Es la principal causa de muerte por cáncer ginecológico (24), representando el 52o/o (1), y ocupa el cuarto lugar como causa más común de muerte por cáncer en mujeres de los Estados Unidos (13); como habíamos dicho en nuestro país constituye el 3o/o (7) y es el segundo lugar como causa de muerte después del cáncer cérvico-uterino. La sobrevida global en muchos estudios es de 30o/o (4), la mortalidad ocurre en los períodos peri y postmenopáusicos (3), con el mayor número de casos en los grupos de edad de 55 a 59 años (1). En nuestro estudio la mayoría se distribuyeron entre los 40 y 60 años. Es raro a edad temprana o tardía (14), pacientes premenárquicas o después de los 70 años. Nosotros encontramos 3 casos en edad premenárquica lo que representó el 6.3o/o, y 2 en pacientes mayores de 70 años, equivalente al 4.2o/o. El cáncer de ovario varía de acuerdo a la localización geográfica, es más frecuente en países industrializados (14, 15), excepto en el Japón (2), donde es raro aunque su incidencia está aumentando (15). Se observa con menor incidencia en Oriente y América Latina cuyas tasas son de 19 a 42o/o menores que en los Estados Unidos (2); nuestro país no es la excepción y eso explica el porqué del pequeño número de casos (47) en un período de cinco años.

Como los ovarios están expuestos indirectamente al medio extemo a través de trompas de falopio, útero y vagina, se supone que existen agentes carcinógenos como el asbesto, contaminante de talcos, preservativos y diafragmas, que es capaz de producir cáncer de ovario, sobre todo del tipo epitelial (2, 13,15)

Además de la exposición a estos productos industriales un gran número de factores se han mencionado en asociación con el cáncer de ovario: nuliparidad, infertilidad, marcada tensión premenstrual, desarrollo anormal de las mamas, dismenorrea marcada, aumento del número de abortos, menopausia temprana, tipo sanguíneo A, radiación a órganos pélvicos, alto nivel socioeconómico, celibato, enfermedades de Tiroides, Endometriosis, resistencia al virus de la parotiditis, consumo de dieta grasa y otros cánceres como mama, colon, trompas y endometrio (1,2,3,14,19,21).

Tomando en cuenta la prevalencia en ciertos grupos como las monjas y nulíparas, o de baja paridad, tal como se demostró también en nuestra pequeña

serie, se cree que los anticonceptivos orales y los embarazos ejercen efecto protector, lo que sugiere que las "ovulaciones incesantes" pueden predisponer al desarrollo de estas neoplasias (1,13,14)

El cáncer de ovario no se considera como una enfermedad silenciosa, que rara vez da síntomas en sus estadios iniciales (8, 20)Cuando un tumor de ovario crece puede causar malestar pélvico, dolor abdominal y síntomas compresivos como disuria y constipación, también aumento del perímetro abdominal; todo lo anterior representa la mayor parte de las veces enfermedad incurable (3,8,13,20)

La mayoría de los tumores de ovario, en un 85o/o o más (6), son neoplasias derivadas del epitelio celómico. Presentan tres variantes: benignos, de bajo grado de malignidad y malignos. Los tumores de bajo grado de malignidad tienen la capacidad de diseminarse mas allá de los ovarios, pero a diferencia de los carcinomas su diseminación es baja y en ellos falta la invasión estromal (4, 10) Los tipos histológicos epiteliales son: serosos, mucinosos, endometrioides, células claras, tumor de Brenner, indiferenciados, mixtos, no clasificables y mixtos mesodérmicos (O.M.S.)

En nuestro estudio los tumores epiteliales representaron el 48.5o/o, lo que sin duda está en contraposición a lo informado en los distitnos trabajos de la literatura mundial, probablemente por lo pequeño del número revisado.

Los tumores derivados de las células estromales pueden ser del grupo Granulosa estromal: tumor de células de la granulosa, thecomas, fibromas y no clasificados; androblastomas o tumores de sertoli leydig, ginandroblastomas y no clasificables (OMS.). Constituyen de 5 a 10o/o de todos los tumores de ovario (24), pueden estar asociados a fenómenos de virílización y feminización porque muchos de ellos son productores de hormonas. Los 3 casos de nuestro reporte significaron el 6.38o/o del total, y uno de ellos fue un tumor de células de sertoli-leydig maligno, que es un caso de muy rara presentación, aun en series grandes.

Las neoplasias que se originan en las células germinales representan menos del 5o/o de todas las enfermedades malignas del ovario. Este grupo incluye las variantes histológicas: Disgerminoma, Tumor de senos endodérmicos, carcinoma embrional, poliembrioma, cario carcinoma, teratoma y formas mixtas (OMS.). Estos tumores tienen marcadores en la alfa feto proteína y la hormona gonadotropina coriónica humana pero la rareza de ellos hace impráctico su rastreo con estos marcadores (25) De los 47 casos, 10 fueron del tipo germinal, constituyéndose en el 21o/o del total. También en este grupo se observaron diferencias porque tanto el Disgerminoma con 4 casos, y el Teratoma inmaduro con otros 4, fueron los más frecuentes, en igual proporción, mientras que casi todos los informes dan como el más frecuente al Disgerminoma (11)

Estos son los tres grupos principales y que constituyen la mayoría de los tumores de ovario, pero existen todavía otros más como los tumores de células lipídicas, el Gonadoblastoma (puro y mixto con tumores germinales), los metastásicos como Krukenberg, etc.

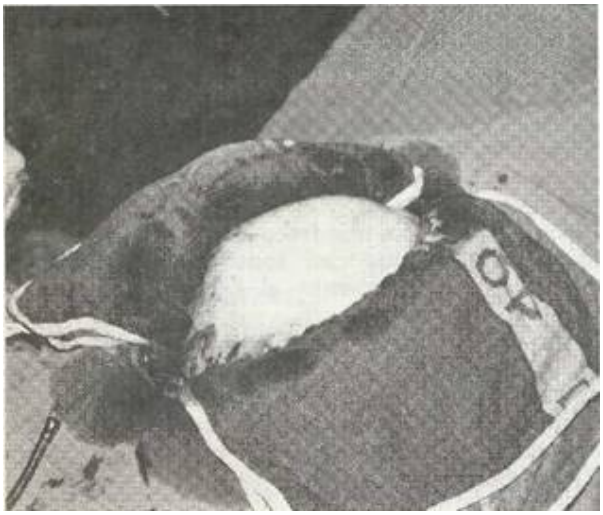
Al realizar la laparotomía se establece el diagnóstico histopatológico y además se determina el estadio clínico del cáncer, siguiendo los criterios dados por la FIGO; es la única malignidad femenina que es estudiada quirúrgicamente (2,6,9)

El estadio es uno de los factores pronósticos más importantes, la baja tasa de sobrevida total (32o/o) está asociada con la alta proporción de estadios III y IV (57-70o/o) Otros factores pronósticos son: ruptura del tumor en el tran sopera torio, edad de la paciente y grado de diferenciación en estadios tempranos (12,16) También si el diámetro residual es menor de 2 cm, sobreviven el 35o/o de las pacientes, y son raras, casi anecdóticas, si el tumor que queda después de la cirugía es mayor de 2 cm (17,26)

El tratamiento del cáncer de ovario es multidisciplinario, involucra la Cirugía y la Quimioterapia, y en menor grado a la Radioterapia (8)

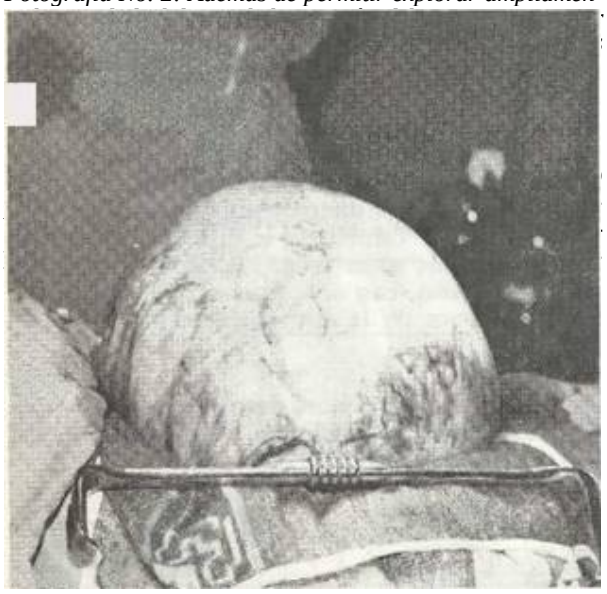
La sobrevida en estadios I y II es solo del 50o/o (60-70o/o) para EC. I y 40o/o para E.C. II) en los estadios III y IV es inferior al l0o/o (20). El tratamiento debe ser agresivo, teniendo el cuidado de no producir una morbilidad excesiva (20,24)

La fase inicial es casi siempre quirúrgica, con una incisión amplia, media infra y supraumbilical, que facilita la extirpación del tumor y explorar la cavidad abdominal (6), con biopsia de cualquier zona sospechosa (8, 16); (ver fotografías 1 y 2)



Fotografía No. I: Se hace una incisión amplia, media, supra e infraumbilical, lo que permite explorar cuidadosamente toda la cavidad abdominal.

Fotografía No. 2: Además de permitir explorar ampliamen-



producto de este lavado se envía a estudio citológico (22)Un 25o/o de pacientes con cáncer que parece confinado a los ovarios pueden tener lavados peritoneales con citología positiva (22)

El tratamiento quirúrgico en general consiste en resecar útero, ovarios y el omento (10, 13, 14, 22,23) Los ovarios y el útero se resecan en bloque como se ve en la fotografía No. 3.

Fotografía No. 3: El tumor debe resecarse en bloque con el útero y el ovario contalateral, debe evitarse cortar a través del tumor por el riesgo de enviar trombos tumorales.

Puede realizarse salpingo-oforectomia unilateral en pacientes jóvenes, cuando se desea conservar la fertilidad y llenando algunos requisitos: a) la enfermedad está limitada a un ovario (E.C. la), b) los lavados peritoneales son negativos, c) la biopsia en cuña del ovario contralateral es negativa, d) que no hayan excrecencias en la superficie del ovario, e) ganglios linfáticos y omento negativos, f) los tipos histológicos pueden ser: mucinosos (bien diferenciados), endometrioides, tumor de células de la granulosa, tumor de sertoli leydig, y disgerminomas u otros tipos germinales; y g) la paciente puede mantenerse bajo control. (13, 16,19,23)

No siempre es posible realizar la H.A.T, con S.O B., pero debe intentar resecarse la mayor cantidad de volumen tumoral, a esto se llama cirugía citoreductiva, y en pacientes con estadios III y IV puede hacerse en el 60 a 80o/o de los casos (15) En un 5 a I00/0 será necesario hacer resecciones intestinales, y en un 2 a 3o/o de estructuras urinarias (14,23)

Realizada la cirugía, en general, las pacientes deben recibir tratamiento con Quimioterapia, involucrando varios medicamentos, y por un período de seis meses a un año de acuerdo a los esquemas utilizados; para suspender estos tratamientos se realiza una segunda operación, siempre que clínica, laboratorial y radiológicamente no hayan datos de actividad tumoral (15,18,21, 23) En caso de persistencia tumoral y buena respuesta puede continuarse el tratamiento inicial, si la respuesta fue mala se cambia a otra línea de Quimioterapia (27)

El propósito de este informe no es analizar las formas de tratamiento médico con Quimio y/o Radioterapia, por lo que no se discutirán los distintos métodos y esquemas de ambas modalidades.

CONCLUSIONES

1- El cáncer de ovario representa múltiples variantes, con predominio dé los tumores letales.
2- Aunque no es tan frecuente en nuestro país, es causa de un alto porcentaje de muertes por cáncer.
3- En la actualidad no hay ningún método de diagnóstico oportuno del cáncer de ovario, cuando se diagnostican en estadios iniciales es producto de casualidades y no de algún estudio orientado a ese fin.
4- Se abusa de muchos estudios de gabinete que en general retardan el procedimiento quirúrgico, aumentan los costos y no aportan datos de mayor importancia en el diagnóstico y tratamiento del cáncer de ovario.
5- A pesar de los tratamientos multidisciplinarios, las sobrevidas en los cánceres de ovario son bajas, por lo que el tratamiento en estadios iniciales sigue siendo un gran reto para los Oncólogos.

BIBLIOGRAFÍA

1.- Barber, Hugh R.K., M.D. Ovarian cáncer. CA—A Cáncer Journal For Clinicians. 1986: 36:3: 149-183.

2.- Bárber, Hugh R.K., M.D. Ovarían Cáncer: Diagnosis and management. Am J Obstet Gynecol 1984: 150: 910-916.

3.- Barber, Hugh R.K., M.D. Ovarian Cáncer: Part I. CA-A Cáncer Journal For Clinicians 1979:29:6: 341-351.

4.- Bostwick, David G., M.D., Tazelaar, Henry D., M.D., Bailón, Samuel C, M.D., Hendeickson, Michael R., M.D., and Kempson, Richard L., M.D. Ovarian epithelial Tumors of borderline malignancy. A clínical and pathologic study of 109 cases. Cáncer 1986:58: 2052-2065.

5.- Brenner, Dean E. "TAC and Second Look". Obst and Gynecol 1985: 65:5: 715-718.

6.- Buchsbaum, Herbert J., and Lifshitz, Samuel. Staging and surgical evaluation of ovarian cáncer. Seminars in Oncology 1984:11:3: 227-236.

7.- Bueso Ramos, C.E., Castillo Hernández, J.C. "Cáncer en Honduras 1969-1979". Tesis Tegucigalpa, D.C., Honduras, 1982.

8.- Cline, Martin and Haskell, Charles. Cáncer Chemotherapy. 3a. Edition, W.B. Saunders company. Phyladelphia, London, Toronto, 1980, Pag. 131-136.

9.- Creasman, William T. M.D., Bandy Laurence C, M.D. Surgical management of ovarian cáncer. Surgical Rounds. Marzo 1985: 120-133.

10. Chaitin, Barbara A., M.D., Gershenson, David M., M.D., and Evans, Harry L., M.D. Mucínous Tumors of the ovary. A clinicopathologic study of 70 cases. Cáncer 1985: 55: 1958-1962.

11. Ehren, Ingrid M., M.D., Mahour, G. Hossein, M.D., Isaacs, Hart, M.D. Benig and malignant ovarian tumors in children and adolescents. A review of 63 cases. Am JSurgl984: 147: 339-344.

12. Einhom, Nina, M.D., Milsson, Bo, BSC, and SJOVall, Kerstin, M.D. Factors in fluencing survival in carcino ma of the ovary. Study from a well-defíned swedish population. Cáncer 1985: 55:2019-2025.

13. Greene, Mark H., Clark, Jeffrey W., and Bleyney, Douglas W. The epidemiology of ovarían cáncer. Seminars in Oncology 1984:11:3: 209-226.

14. Haskei, Charles M. Cáncer Treatment. Second edition, W.B. Saunders. St Louis, London, Toronto, 1985: Pág 409,429.

15. M. Heintz, A. Peter, M.D., Hacker, Neville F., M.D., and Lagasse, Leo D., M.D. Epidemiology and etiology of ovarian cáncer: A review. Obstet and Gynecol 1985: 66:1: 127-134.

16. Micha, John P., M.D., Kucera, Paul R., M.D., Berman, Michael L., M.D., Romansky, Stephen, M.D., Flamm, Marshall, M.D., Reynolds, James, M.D., and Disaia, Philip J., M.D. Malignant ovarían germ cell tumors: A review of Thirty-six cases. Am J Obstet Gynecol 1985: 152:842-846.

17. Ozols, Robert F., and Young, Robert C. Chemotherapy of ovarian cáncer. Seminars in Oncology, 1984: 11:3:251-263.

18. Phibbs, Garth D., M.D. Smith, Jualin P., M.D., and Stanhope, C. Robert, M.D. Analysis of sites of persistent cáncer at "second look" laparotomy in patients with ovarian cáncer. Am J Obstet Gynecol 1983:147: 611-617.

19. Pitkin, Roy M., and Zlatnik, Frank J. The year book Obstetrics and Gynecology. Year Book Medical Publisher Inc. Chicago, London, 1980: psg. 317,332.

20. Piver, M. Steven, M.D. Ovarian carcinoma. A decade of progress. Cáncer 1984:54:2706-2715.

21. Rose, David P., M.D., PhD, DSC., Boyar, Andrea P., PhD, R.D., and Wynder, Ernst L.,M.D. International comparisons of mortality rates for cáncer of the Breast, Ovary, Prostate, and colon, and per capita Food consumption. Cáncer 1986:58:2363-2371.

22. Seltzar, Vicki L., M.D., Citrón, Marc L., M.D. Ovarian cáncer. Hospital Therapy: l985:Mayo: 4146.

23. Shiels, R.A., Peel, K.R., Macdonald, H.N.,Thorogood, J., Robinson, P.J. Br. J Obstet Gynaecol 1985:92:407412.

24. Slayton, Robert E. Management of Germ cell and stromal tumors of the ovary. Seminars in Oncology 1984:11:3:299-313.

25. Smith, Lloyd H., and Oi, Richard H. Detection of malignant ovarian neoplasms: A review of the literature. II. Laboratory detection. Obstetrical and Gynecological Survey. 1984:39:6:329-341.

26. Vogl, Steven E., M.D., Seltzer, Vicki, M.D., Calanog, Antonio, M.D., Moukhtar, Mamdouh, M.D. Camacho, Fernando, M.D., Kaplan, Barry H., M.D., PhD., and Greenwald, Edward, M.D. "Second-effort" surgical resection for bulky ovarían cáncer. Cáncer 1984:54: 2220-2225.

27. Wiltshaw, E., Raju, Kankipatis S., and Dawson, I. The role of cytoreductive surgery in advanced carcinoma of the ovary: an analysis of primary and second surgery. Br J Obstet Gynaecol 1985:92:522-527.