OBSERVACIONES PRELIMINARES

SOBRE EL TRATAMIENTO DE LOS TUMORES MALIGNOS DEL OVARIO CON LAPAROTOMIA DE REPETICION

DR. GERMÁN JORDÁN A., M. D.

(Del Servicio de Ginecología del Instituto Nacional de Cancerología)

Trabajo leído en la sesión del 1º de marzo en la Sociedad Colombiana
de Obstetricia y Ginecología. 1956.

Es difícil, por no decir imposible, establecer una pauta definida para el tratamiento de los tumores malignos del ovario. La gran variedad de éstos y su diferente grado de malignidad, aún en un mismo tipo, hacen que el tratamiento difiera en cada escuela.

Considerando que ocupan el tercer puesto de frecuencia en los tumores malignos de los genitales femeninos (después del cáncer del cérvix y del cuerpo uterino) y que la mortalidad es mayor que en los ya citados, es necesario esforzarse para mejorar el pronóstico.

El mejor conocimiento de su clasificación y evolución, han permitido en líneas generales seguir un tratamiento más lógico.

Después del informe previo de Wangenstein y sus colaboradores sobre el procedimiento que llamaron "second look" para cáncer del estómago, colon y recto y para carcinosis peritoneal limitada, en el cual lo aconsejaba para cáncer del ovario, hipernefomas y cáncer de la mama, el autor inició este tratamiento en los casos apropiados de la consulta de Ginecología del Instituto Nacional de Cancerología con un plan definido de reoperar hasta no encontrar metástasis.

El plan propuesto por Wangenstein comprendía laparotomías exploradoras de repetición en pacientes con lesiones malignas viscerales si se encontraban ganglios metastásicos, aproxi-

madamente a los 6 meses de la intervención original, y cuando aun la paciente estaba asintomática sin evidencia clínica de cáncer residual. Además en los casos en que la primera operación dejaba residuos tumorales limitados evidenciados posteriormente por el examen clínico, de rayos X, o de laboratorio aconsejaba una conducta semejante.

Es aceptable de acuerdo con las observaciones del trabajo citado, que el uso sistemático de laparotomías de repetición en casos apropiados, cura un porcentaje alto de pacientes con metástasis carcinomatosas localizadas.

Los casos escogidos y presentados en este trabajo tienen una modalidad especial no contemplada, puesto que a pesar de presentar metástasis peritoneales, no reseca en la intervención inicial, la irradiación posterior modificó el cuadro clínico, al menos en dos de ellos, de tal modo que no se podía asegurar clínica ni radiológicamente que persistieran residuos tumorales en evolución; el tercer caso hacía pensar "en carcinosis abdominal limitada" persistiendo el cuadro después del tratamiento actinoterápico.

Estas observaciones preliminares tienen por objeto presentar los pocos casos tratados, sin pretensiones estadísticas, con la seguridad de que algunos detalles de las historias pueden contribuir a aclarar los resultados del tratamiento quirúrgico y radioterápico del cáncer ovárico.

Cirugía de los tumores malignos del ovario.—Parece conveniente recordar de manera esquemática algunos principios de la cirugía de cáncer aplicables a la cirugía de los tumores malignos del ovario. En cuanto sea posible, estos deben ser extraídos "in toto" si son quísticos y su gran tamaño dificultan la aplicación de este principio, se pueden puncionar con un trócar conectado a un succionador protegiendo la cavidad de contaminación y si es factible obturando la abertura posteriormente. El pedículo y las adherencias conviene pinzarlos sin hacer compresión sobre el tumor, por el peligro de provocar embolias de células, sangre o de contenido tumoral. En caso de adherencias con el epiplón se aconseja omentomía amplia. Las pequeñas metástasis localizadas deben researse y remitirse al laboratorio clasificando su lugar de implantación. A veces es necesario resear parte de la pared vesical, si esta es sospechosa macroscópicamente de infiltración tumoral o a causa de sus adherencias al tumor. Si hay ganglios palpables aislados en las cadenas ilíacas y aun para-aór-

ticas, debe intentarse la linfadenectomía. Si las adenopatías son generalizadas conviene tomar algunas para biopsia, pinzanado previamente sus pedículos. La exploración minuciosa de los órganos de la cavidad es de regla. Si el tumor es unilateral y encapsulado y no hay metástasis aparentes ni adenopatías palpables, una vez extraído se hace escindir para observar su aspecto y si se cuenta con medios apropiados solicitar biopsia por congelación. Si se sospecha o confirma la malignidad y el cirujano decide conservar el otro anexo, se aconseja tomar biopsia en cuña del ovario contralateral. En enfermas pre-menopáusicas no se justifica conservar el otro anexo y la mayoría de los autores aconseja la histerectomía total con salpingo ooforectomía bilateral. Puede pensarse que con la tendencia a ser cada día más radicales en la cirugía de cáncer, se agregará con el tiempo la linfadenectomía bilateral.

Algunas escuelas han abogado por la conservación del útero si no presenta sospechas de invasión tumoral, para utilizar radium intracavitario y permitir más altas dosis de Rayos X en el centro de la pelvis. En casos avanzados con ascitis, si el estado general de la enferma lo permite, está indicada la laparotomía exploradora intentando extraer el tumor primario, para irradiar posteriormente, así sea con fines paliativos. En el Instituto Nacional de Cancerología se irradia en ocasiones antes de la intervención y se ha observado la reducción de las masas tumorales que permiten en muchos casos extraer un tumor que se había considerado inoperable. Debe recomendarse al patólogo el estudio del pedículo del tumor y de múltiples cortes de diferentes zonas tumorales, en vista de que el cuadro histo-patológico puede variar coexistiendo diferentes aspectos, de cuyo estudio en conjunto se obtiene un dato apropiado para orientar el tratamiento posterior.

Podría parecer fútil este recuento, pero se observa con frecuencia en estos casos cuando son operados por el cirujano general y aún por el especialista, que prescinde de estos principios con perjuicio del paciente.

Actinoterapia en los tumores malignos del ovario.—Sobre la conveniencia o inutilidad del tratamiento actinoterápico, son muy variadas las opiniones y es difícil dar conceptos definitivos; dificultad tanto mayor si se considera el factor radiosensibilidad, francamente favorable para algunos de ellos, pero discutible en la mayoría. Es sabido que como tratamiento paliativo, en especial si hay ascitis, los Rayos X y los Isótopos Radioactivos dan

en muchos casos resultados satisfactorios. Puede a veces el tratamiento ser profiláctico con el fin de destruir posibles células tumorales en la cavidad o metástasis intangibles en la superficie peritoneal, o con el fin de obtener un bloqueo por fibrosis de las vías linfáticas. Puede utilizarse, como ya se dijo, para reducir tumores en apariencia inoperables e intentar su extracción posterior. La aplicación de Rayos X está indicada después de la intervención en los casos de metástasis no viscerales y en las historias presentadas se demuestra la acción sobre pequeñas metástasis observadas en la primera intervención, que desaparecieron posteriormente.

Sobre los ganglios linfáticos metastásicos, en las dosis utilizables, su efecto es discutible, excepto en algunos casos de franca radiosensibilidad. En los casos estudiados no fueron esterilizados por la irradiación.

En las metástasis pulmonares localizadas se ha utilizado irradiación como tratamiento paliativo. Clayton, Peale y Robbins irradian con una dosis de 2.100r en el plano medio del pulmón, adicionando el tratamiento con mostaza nitrogenada (0.5 miligramos por kilo de peso), en metástasis de coriocarcinoma de origen uterino o primitivos del ovario.

Respecto al Au 198, cuya aplicación se ha iniciado entre nosotros en el Departamento de Isótopos Radioactivos del Instituto Nacional de Cancerología, las dosis usadas comúnmente son de 100 a 150 milímetros cúbicos en pleura y 100 a 200 milímetros cúbicos en la cavidad abdominal en una dosis. Sus acciones principales son la destrucción de células tumorales libres en la cavidad, destrucción de pequeños implantes cancerosos en el peritoneo y endarteritis obliterante en los vasos pequeños de las serosas, disminuyendo la producción de fluido. Además se han observado reacciones sub-mesoteriales y fibrosis de la cápsula tumoral, que al parecer cooperan al bloqueo de las zonas tumorales. Su acción sobre los ganglios linfáticos con células cancerosas difiere según la radiosensibilidad de éstas, pero es discutible. En resumen, se utiliza con fines paliativos o profilácticos.

Tratamiento combinado: cirugía, actinoterapia y laparotomías de repetición

Agregado al tratamiento convencional, quirúrgico y actinotérapico de los tumores del ovario, se ha iniciado en casos apropiados el procedimiento aconsejado por Wangenstein, practicando

laparotomía de repetición con el fin de extraer posibles metástasis residuales después del tratamiento inicial (cirugía o cirugía y radioterapia). Sería deseable que dichas laparotomías fueran practicadas cuando aún no hay evidencia alguna de metástasis en evolución, pero en el caso de que evidenciadas y practicado el tratamiento actinoterápico se pueda suponer que éste las haya controlado, al menos provisionalmente, es aconsejable una conducta similar. Si bien son pocos los casos que se han estudiado, vale la pena comentarlos, pues están en favor de la conducta propuesta y dan aparentemente una probabilidad más de mejorar el pronóstico.

Desafortunadamente aún el tratamiento por irradiaciones indicado después de la intervención inicial suele ser tardío, ya sea porque el enfermo no acude oportunamente a pesar de las indicaciones del cirujano, o porque éste no lo remite hasta no comprobar que la cirugía ha sido insuficiente; se observa también que en ocasiones no se le ha explicado a la enferma o a sus familiares el resultado de la intervención y la necesidad de tratamientos complementarios, por lo cual hasta no presentar nueva sintomatología no acuden a las consultas especializadas. Aun en el caso de tumores unilaterales, encapsulados y sin metástasis aparentes, en los cuales no se resuelve hacer radioterapia posterior, parece conveniente seguir esta conducta en vista del alto porcentaje de reproducción o de metástasis relatado por la mayoría de los autores. Tanto más si se conserva el otro anexo, recordando que a pesar de aparecer normal en la intervención inicial, puede tener metástasis o tumor primitivo no diagnosticables macroscópicamente.

Muchos tumores ováricos no son diagnosticados como malignos hasta que se practica el estudio anatomopatológico y el mismo patólogo no puede prejuzgar de la malignidad de algunos de ellos por el examen microscópico como sucede, por ejemplo, en los tumores de células de la granulosa. Una laparotomía exploradora de repetición en un tiempo prudencial sería seguramente salvadora en muchos de estos casos, más si se tiene en cuenta que con los ganglios linfáticos sucede cosa semejante y sólo algún tiempo después de la extracción del tumor primitivo, muchas veces antes de presentarse metástasis pulmonares a otros órganos, se hipertrofian y presentan evidencia de invasión tumoral.

El cirujano que practica una laparotomía de repetición en casos de cáncer debe estar preparado para la resección de órga-

nos importantes, pues en el caso que estén invadidos sin que se haya generalizado el tumor y su extracción sea aconsejable, está en la obligación de realizarla. La enferma debe estar en buenas condiciones y es de regla hacer los exámenes complementarios que ayuden a descartar invasión tumoral a los órganos vecinos o metástasis a distancia no diagnosticables clínicamente.

Se presentan las historias de 3 casos seguidos cuidadosamente y operados en el Instituto Nacional de Cancerología; una de las enfermas murió y en las dos restantes, si bien no se ha llegado al fin propuesto de operar hasta no encontrar metástasis, se ha logrado la extracción de restos tumorales localizados y están actualmente sin evidencia clínica de tumor después de un año y un mes y de once meses, respectivamente, de la primera intervención, en la cual para juntos casos se comprobaron metástasis peritoneales y en las laparotomías de repetición después de R x metástasis residuales.

Caso número 1.—W. R., v. de S. Historia número 35.879 del Instituto Nacional de Cancerología. Fecha de la primera consulta: enero 3 de 1955.

Remitida por el Hospital de San José con su respectiva historia clínica a los 30 días de haberle practicado una laparotomía por tumor ovárico del lado derecho. Encontraron tumor ovárico derecho de 10 centímetros de diámetro, de aspecto quístico encapsulado y pequeñas masas tumorales implantadas en el peritoneo del fondo de saco de Douglas; había ascitis, no encontraron ganglios palpables ni evidencia de metástasis a otros órganos de la cavidad. Practicaron histerectomía total y salpingo-ooforectomía bilateral y extracción para biopsia de 2 pequeñas metástasis al peritoneo.

Examen anatomopatológico practicado por el doctor Latorre: Cistoadenocarcinoma seroso papilar. Metastasis a peritoneo.

Datos de la consulta en el Instituto: edad: cuarenta y tres años. Peso: 56 kilos. Buen estado general. Menarquía: 13. Grávida: 15, Para: 13; último parto hacía 15 meses. Ciclos: 30 x 3 normales. Desde 5 meses atrás sintió dolor sordo suprapúbico y desde hacía 4 notó una masa en F. I. derecha.

Examen: cicatriz tipo Pfannenstiel normal. No adenopatías. No se palpan masas abdominales. T. V.: cúpula normal, en la pelvis hacia la derecha y hacia la izquierda de la cúpula se encuentran sendas masas duras, esféricas, móviles, de unos 4 centíme-

tros de diámetro. T. R.: parametrios libres; a través de la pared rectal se palpan las masas descritas. Diagnóstico: Ca. Seroso papilar ovárico con masas pélvicas metastásicas residuales.

Conducta: se propone tratamiento con Roentgenterapia profunda y laparotomía de repetición (**second look**).

Se ordenaron exámenes de rutina: recto y cistoscopia normales. Cuadro hemático: eritrocitos: 4.800.000; Hb: 110%: 16 gramos. Sedimentación: 10 milímetros en una hora, 20 milímetros en dos horas. Azohemia, glicemia, orina: normales. Radiografía del tórax: negativa para metástasis.

En enero 17 de 1955 el examen en el Departamento de Radioterapia confirma los datos de la primera consulta. Se inicia tratamiento con Rayos X profundos en dos campos pélvicos (anterior y posterior) hasta 3.096 "r" en piel y 1.360 "r" en tumor por cada campo. 16 aplicaciones en 30 días.

Abril 14 de 1955. Control: el tumor pélvico del lado derecho palpado al tacto vaginal disminuyó de tamaño, quedando apenas una pequeña zona empastada. El izquierdo disminuyó de tamaño, se palpaba de 2 x 2 centímetros. Se hospitaliza para la laparotomía.

Abril 21 de 1955. 2 meses después de terminada la radioterapia, pues al enferma regresó hasta entonces para control después de ser llamada por escrito, se practicó la laparotomía. Se exploraron los órganos de la cavidad sin encontrar metástasis viscerales. No se encontraron metástasis peritoneales. En la pelvis se palparon ganglios aumentados de tamaño, uno de cada lado en las cadenas de la zona obturadora. Se extirparon y se hizo biopsia por congelación, que fue reportada negativa para tumor. No se hizo linfadenectomía completa por dificultades técnicas (empastamiento por irradiación). Post-operatorio normal.

Examen anatomopatológico número 11.326: Ganglios con proceso granulomatoso, focos supurativos y grupos celulares sospechosos de pertenecer a residuos carcinomatosos.

El patólogo anota que el tejido incluido fue el congelado previamente y no permite una buena identificación celular.

Controles: mayo 27 de 1955: bien. Al tacto vaginal no se palparon masas. Julio 28 de 1955: T. V.: se palpó una pequeña masa en fondo de saco derecho de 2 centímetros de diámetro, sospechosa de ser tumoral. La enferma no aceptó nueva laparotomía. Septiembre 15 de 1955: T. V.: se palparon de nuevo dos masas pélvicas móviles por encima y a cada lado de la cúpula de 4 x 3

centímetros. Aceptó la laparotomía. Octubre 27 de 1955: nueva laparotomía (**Third look**). No se encontraron metástasis en vísceras abdominales; se palpó una adenopatía en la cadena ilíaca interna derecha de 4 x 3 centímetros; abierto el peritoneo parietal se disecó y extrajo. Se abrió el peritoneo parietal del lado izquierdo sin encontrar, ni a la palpación ni a la inspección, ganglios aumentados de tamaño. No se palparon ganglios en la cadena para-aórtica.

Examen anatomopatológico número 12 688. Doctor Méndez, doctor Mondul: Adenocarcinoma papilar metastásico. Tejido que recuerda ganglios linfático con esclerosis. En las células tumorales no se ven mitosis.

Controles: enero 4 de 1956. Enferma en buenas condiciones generales. T. V.: no se palpan masas. Se da control de 2 meses para decidir si se practica nueva laparotomía, en vista de que se encontraron residuos carcinomatosos.

Caso número 2.—T. S. P. Historia número 35.910 del Instituto Nacional de Cancerología. Fecha de la primera consulta: febrero 11 de 1955.

Remitida por el Hospital de La Samaritana. En dicha institución fue operada 50 días antes con diagnóstico de tumor del ovario. El cirujano encontró un gran tumor de ovario izquierdo con adherencias a la cara posterior del útero y a peritoneo de fondo de saco de Douglas y tejido tumoral metastásico en el peritoneo del fondo de saco (de Douglas). Practicó histerectomía total con salpingo-ooforectomía bilateral.

Examen anatomopatológico practicado por el doctor Méndez: Adenocarcinoma del ovario. Metástasis peritoneal.

Datos de la consulta en el Instituto. Edad: cuarenta y cuatro años. Peso: 42 kilos. En regulares condiciones generales. Aspecto anémico. Menarquia: 13. Ciclos, 30 x 3. Grávida: 3; Para: 3. Último parto hacía 15 años. Menopausia hace un año. Consultó en La Samaritana por dolor suprapúbico con molestias vesicales de un mes de evolución. No había notado tumoración.

Examen: abdomen, cicatriz en buenas condiciones. Reborde hepático un dedo por debajo de la reja costal, liso. Al palpar en F. I. D. se encuentra un tumor duro, alargado, empastado, de 12 x 5 centímetros, no adherente a los planos superficiales; más bien fijo a los profundos. T. V.: vagina normal, no se palpan tumores pélvicos. T. R.: parametrios libres.

Diagnóstico de impresión: Metástasis de Ca de ovario (A ganglios de íliaca primitiva o de mesenterio?).

Conducta: se propone tratamiento con Roentgenterapia profunda para realizar laparotomía de repetición (**second look**).

Se ordenaron exámenes de rutina y radiografía del colon por enema; recto y cistoscopia normales. Cuadro hemático: glóbulos rojos: 4'000.000. Hb: 80%. Sedimentación: 17 milímetros en una hora; 30 en 2 horas. Proteínas: 5.8 gramos. Orina, N. P. N. y glicemia: normales. Radiografía del tórax: negativa para metástasis. Colon por enema: en la radiografía se comprueba compresión extrínseca y fijación del ciego por masa extracecal en el borde interno del órgano; mucosa normal.

Marzo 14 de 1955: el Departamento de Radioterapia inicia tratamiento por Rayos X. Se realiza en 4 campos que cubren el abdomen (dos anteriores y dos posteriores) con 2.624 "r" en piel y 1.230 "r" en T. como dosis total por cada campo.

El tratamiento se hizo en 34 sesiones, en 60 días.

Junio 23 de 1955: un mes después de terminado el tratamiento anterior el tumor de fosa I. D. había disminuído de tamaño y aumentado su movilidad. El estado general haba mejorado. Se practicó laparatomía de repetición; se encontró una masa de epiplón acartonado, envolviendo ciego e ileon terminal, con ganglios de aspecto tumoral en epiplón gastrocólico y gastro-hepático y en cadenas para-aórticas. Pared del ciego normal. Se liberaron las adherencias y se tomó un ganglio para biopsia, que fue positivo para metástasis (congelación). Post-operatorio: normal. Estudio por inclusión: Adenocarcinoma metastásico con contenido mucoide.

Controles: en agosto 10 y septiembre 22 de 1955 la enferma conservaba buen estado general; la tumoración de F. I. D. se palpaba más pequeña y difusa. En octubre 11 de 1955 una radiografía pulmonar fue negativa para metástasis y una de colon, previo enema dio resultados semejantes a la anterior.

En noviembre 2 de 1955 fue remitida a la consulta de gastroenterología por fenómenos pseudo-obstructivos. Por causas no aclaradas se hospitalizó 15 días después para colectomía. El cirujano del servicio de gastroenterología encontró carcinomatosis generalizada y realizó ileosigmoidostomía. La enferma estaba en malas condiciones generales. 14 días más tarde murió en el hospital a causa de graves disturbios del equilibrio electrolítico por vómito y diarreas continuas. No se practicó autopsia. El re-

sultado anatomopatológico de un ganglio tomado para biopsia durante la intervención fue de carcinoma metastásico con contenido mucoso.

Caso número 3.—M. A. C. Historia número 36.453 del Instituto Nacional de Cancerología. Fecha de la primera consulta: abril 25 de 1955.

Remitida al Instituto Nacional de Cancerología por el Hospital de San Juan de Dios con su correspondiente historia quirúrgica. Intervenida el 14 de abril con diagnóstico de tumor del ovario. Le practicaron laparatomía, encontrando dos grandes tumores quísticos en los ovarios. El del lado derecho, de 30 centímetros, fue puncionado para extraerlo. El izquierdo, de 20 centímetros de diámetro, con adherencias al peritoneo del fondo de saco de Douglas, pero con su cápsula completa. Había líquido ascítico en poca cantidad y pequeños nódulos múltiples de aspecto tumoral en cara posterior de vejiga, peritoneo de fondo de saco de Douglas y de ligamentos anchos. Realizaron con buen criterio salpingo-ooforectomía bilateral. Tomaron biopsia de los nódulos metastásicos.

Examen anatomopatológico practicado por el doctor Lichtenberger: tumores quísticos multiloculados con múltiples papilas de aspecto tumoral, que en algunos puntos del de mayor tamaño han perforado la cápsula. Al microscopio: papilas con células cúbicas estratificadas con polimorfismos, hiperchromatismo y formación de acinos; depósitos de cristales cálcicos. En las biopsias de pequeños tumores metastásicos, el cuadro histológico era semejante. Diagnóstico: Cistadenocarcinoma seroso papilar, bilateral. Metástasis peritoneales.

Datos de la consulta en el Instituto: edad treinta y ocho años. Peso: 66 klg. Menarquia: 12. Grávida: 1. Para: 1. Parto hace 18 años. Hace 3 años notó un tumor en fosa iliaca izquierda. Ciclos irregulares y regla escasa desde hacía un año. Desde 2 meses antes el tumor creció rápidamente.

Examen: cicatriz media infraumbilical en buenas condiciones. No adenopatías. No se palpan masas abdominales. T. V.: Vagina, fondos de saco, normales. Utero: cuello liso, cuerpo ligeramente aumentado de tamaño, móvil, liso. Parametrios: al tacto rectal el izquierdo normal, el derecho empastado sin endurecimiento.

Conducta propuesta: Radium intrauterino seguido de roentgenoterapia profunda y laparotomía de repetición (**second look**).

Se ordenaron exámenes de rutina: recto y cistoscopia normales. Cuadro hemático: eritrocitos: 4'100.000, Hb: 90: 13 gramos. Sedimentación: una hora: 37 milímetros; 2 horas: 60 milímetros. Radiografía del tórax: negativa para metástasis.

Mayo 9 de 1955: Radium intrauterino (3 tubos de 13.33 miligramos; dosis total: 5.198 miligramos h.), seguido de 23 aplicaciones de R x en dos campos irradiando abdomen, con una dosis en cada campo de 2.551 "r" en piel y 957 en tumor.

Agosto 4 de 1955: una semana después de terminar irradiación se practica laparotomía de repetición. Se encontró: algunas adherencias por irradiación. Organos abdominales: normales. No se encontraron rastros de las metástasis peritoneales. Ganglios paraaórticos no palpables. Se palpó un ganglio de 5 centímetros de diámetro en la región obturadora derecha adherido a la vena. Se disecó sin romper la vena. No se extendió la disección, por dificultades técnicas, a los demás ganglios, pero estos no eran palpables. Se abrió el peritoneo de la región iliaca obturadora del otro lado, sin encontrar ganglios palpables. Se practicó apendicectomía.

Examen anatomopatológico: número 12.040. Agosto 12 de 1955: el ganglio linfático ha sido reemplazado casi en su totalidad por tejido tumoral con células "en anillo de sello". El apéndice muestra reacción inflamatoria crónica. Carcinoma papilífero metastásico. Apendicitis crónica.

Controles: agosto 31 de 1955: Palpación abdominal y T. V.: no se palparon tumoraciones. Buen estado general. Edema blanco del miembro inferior derecho. Noviembre 18 de 1955: datos similares, disminuyó el edema. Enero 1º de 1956: datos similares. Enero 24 de 1956: datos similares. Se ordenan exámenes de laboratorio, recto y cistoscopia y radiografía pulmonar con el fin de realizar laparotomía exploradora por tercera vez.

COMENTARIOS SOBRE LAS HISTORIAS

En los casos presentados las enfermas en la primera intervención mostraron evidencia de metástasis peritoneales, que se comprobaron histológicamente. En dos de ellas la irradiación posterior hizo desaparecer dichas metástasis. En la primera consulta en el Instituto ninguna presentaba metástasis pulmonares

ni se confirmaron al examen clínico y de Rx metástasis viscerales. Los tres casos fueron tratados con roentgenterapia profunda post-operatoria, adicionada en uno de ellos, de radium intracavitario.

En los tres casos se encontraron en la laparotomía de repetición, después de la irradiación, metástasis ganglionares generalizadas en uno y localizadas en los otros, por lo cual se pudieron resecar. En la tercera laparotomía practicada en el caso número 1, se encontró de nuevo un ganglio metastásico de las cadenas ilíacas comprobado histológicamente y que se pudo extraer. Esta intervención se practicó seis meses después de la segunda. Actualmente los casos números 1 y 3 están en buenas condiciones y se piensa practicar nueva laparotomía, de acuerdo con el plan propuesto.

En resumen, apesar de la irradiación y de la desaparición de pequeñas metástasis peritoneales, persistieron ganglios metastásicos no palpados en la primera intervención y localizados en las cadenas ilíacas, en tal forma que pudieron ser extraídos en dos de ellos. Una enferma murió después de la tercera intervención de urgencia, por fenómenos obstructivos; mostraba invasión intestinal y ganglionar por el tumor.

Se tiene el propósito de acuerdo con los otros miembros del servicio de ginecología del Instituto Nacional de Cancerología de seguir una conducta similar en otros casos escogidos y se espera presentar oportunamente algunas conclusiones.

BIBLIOGRAFIA

CROM R. S., CROWAN I., GORTHEY R. and KARIORIS F.—"Am. J. Obst. & Gynec." Vol. 70 número 4. 910, 917, octubre 1955 (Surgery and Radioactive Gold Treatment for Carcinoma of the Ovary).

GARDINER G. A., and SLATE J.—"Am. J. Obst. & Gynec." Vol. 70, número 3, 552, 562. Sept. 1955 (Malignant Tumors of the Ovary).

KRIEGER J., EDWIN R., and SKIRPAN.—"Cáncer" Vol. 8, número 3. Mayo, junio 1955: 437, 445 (Ovarian Cystomas).

LOPEZ E. G.—"Medicina y Cirugía". Vol. 15, número 8. Páginas 266, 268. Mayo 1951 (Tumores del ovario. Clasificación de los tumores del ovario).

WANGENSTEEN OWEN H., LEWIS JOHN, ARHELGER STUART, MULLER, JOHN and MAC-LEAN LLOYD D.—"Surg. Gyn". Obst. Vol. 99, número 3. 257, 267 (An Interim Report Upon the "Second Look" Procedure for Cancer of the Stomach, Colon, and Rectum and for "Limited Intraperitoneal Carcinosis").