Cáncer de Ovario en el Hospital Universitario del Valle Período 1974 — 1984

Dres.: Jorge E. Zúñiga C.* y Alba Lucía Mondragón**

No obstante los avances en la Oncología Ginecológica el Cáncer del Ovario continua siendo un desafío para el ginecólogo.

“No existen medios conocidos para la detección del Cáncer Ovárico antes de efectuar un examen físico en conjunto con Biopsia — Citología — Cirugía o las tres” (1).

La falta de buenos resultados se debe en gran parte al avanzado estado de la enfermedad cuando la mujer va a la consulta médica.

En los Estados Unidos de Norteamérica se desarrollará Cáncer de Ovario en 1 de cada 70 niñas recién nacidas; y una mujer muere por la misma enfermedad cada 50 minutos aproximadamente.

12 de cada 1.000 mujeres por encima de los 40 años sufrirán de este tumor y sólo 2 ó 3 pueden ser curadas (4).

Se considera que causa el 6% de todas las muertes por Neoplasia en la mujer.

Entre las causas de muerte por Cáncer del aparato genital femenino, ocupa el 4o. lugar. Es el proceso maligno que con mayor frecuencia causa la muerte en las mujeres.

En promedio el 60% de las mujeres acuden al médico con enfermedad en etapa avanzada (Estados Clínicos III y IV) de la clasificación de la Figo.

El 20 al 50% de las mujeres después de operadas y recibir complemento con radioterapia mostrarán recaída y necesitarán tratamiento adicional (3).

Los tumores malignos del Ovario pueden ocurrir a cualquier edad, incluyendo la infancia y la adolescencia.

Los tumores de las Células Germinales son más comunes en las mujeres antes

* Profesor Asociado Univalle. Jefe Servicio de Ginecología. Hospital Universitario. Cali.

** Residente 3er. Año. Depto. Gineco-obstetricia. Hospital Universitario. Cali.

de los 20 años de edad; mientras que los tumores de origen epitelial son vistos en mujeres por encima de los 50 años de edad; con aumento hasta los 80 años. La gran mayoría de casos se observa en la década de los 50—59 años (4).

Parece tener una tendencia familiar; con alta incidencia en países desarrollados, lo que sugiere que algunos productos físicos y químicos de la industria podrían considerarse entre las principales causas de los tumores epiteliales.

Los mecanismos etiológicos involucrados en el Cáncer de Ovario son limitados a informaciones fragmentarias.

En nuestro medio el panorama de esta enfermedad permanece muy sombrío.

La mayoría de las pacientes llegan a la consulta médica en etapas ó estadios muy avanzados de la enfermedad. Por otro lado se tienen muchas dificultades para hacer un tratamiento óptimo ya sea por cirugía — radioterapia ó quimioterapia; en cuanto a la primera acción se presentan problemas serios por falta de recursos dado el déficit presupuestal de los Hospitales como el nuestro. Para la Radioterapia no se cuenta con equipos modernos y los que hay ya están obsoletos y con una recarga de trabajo que los hace cada vez más deficientes.

En cuanto a la Quimioterapia se consiguen con muchas dificultades algunas drogas y en la mayoría de los casos los tratamientos son parciales y muy incompletos; el médico queda limitado a muy pocas acciones y hace lo que puede con los elementos que tiene en un momento dado.

Por lo anterior, los resultados obtenidos en el manejo de esta enfermedad son

muy pobres y no pueden ser comparados con otros países donde se cuenta con mejores condiciones para afrontar este desafío.

PACIENTES Y METODOS

Este estudio comprende el análisis de 154 casos de tumores malignos de Ovario tratados por nosotros en la década 1974—1984.

Se diseñó un protocolo para hacer el análisis retrospectivo de todos y cada uno de los casos teniendo en cuenta los siguientes parámetros.

Procedencia
Edad
Raza
Paridad
Síntomas
Diagnóstico
Estudio Histológico
Estadio Clínico
Metastasis Tumorales
Tumores Malignos Asociados
Laparotomía de 2a. mirada
Tratamiento inicial
Tratamiento después de la 2a.
Laparotomía
Morbilidad Operatoria
Tiempo de Seguimiento
Tiempo de Recuperación
Recidivas
Tratamiento de las Recidivas

Se pudo obtener un promedio de 15 casos por año en la década estudiada.

Edad

Los límites de edad estuvieron entre los 2 1/2 años y los 80 años. El mayor número de casos en la década de los 40 a los 50 años.

Sólo 26 casos por debajo de los 30 años; y únicamente 4 casos después de los 70 años.

Raza

Como siempre ocurre en nuestro medio la mayoría de las pacientes eran mestizas. 60 casos para un 39% del grupo estudiado.

Paridad

También como es de común ocurrencia en nuestro medio la mayoría de las pacientes son grandes multíparas. 58 casos con 4 hijos para un 38% aproximadamente. Llama la atención el número de pacientes Nulíparas 33 casos para un 22% aproximadamente.

ESTUDIO HISTOLOGICO

El tumor más frecuente en este grupo fue el Carcinoma Seroso Papilar para un total de 57 casos.

El segundo en frecuencia fue el tumor de la Granulosa para 20 casos.

Por el número de casos es importante hacer notar otros tumores así:

Carcinoma Mucinoso	13 casos
Adenocarcinoma no Diferenciado	14 casos
Carcinoma endometriode	11 casos
El tumor de senos endodermicos	7 casos
El Disgerminoma	6 casos
El Tumor de Krukemberg	6 casos

En los otros tipos de tumores la frecuencia de casos fue muy baja.

CORRELACION DE LA EDAD CON EL TIPO HISTOLOGICO DEL TUMOR Y ESTADIO DE LA ENFERMEDAD

Para el Grupo de Edad
0 — 10 años.

1 caso de Linfoma

El diagnóstico se hizo por la presencia de una masa tumoral en Ovario.

20 — 30 años	Estadio I	8 casos
Tumor de Células de la Granulosa		2 casos
Adenocarcinoma Seroso Papilar		2 casos
Arreno-Blastoma		1 caso
Disgerminoma		1 caso
Tumor de Senos Endodérmicos		1 caso
Tecoma		1 caso

20 — 30 años	Estadio II	2 casos
Disgerminoma		1 caso
Tumor de Krukemberg		1 caso

10 — 20 años	Estadio III	3 casos
Tumor de Senos Endodérmicos		1 caso
Disgerminoma		1 caso
Coriocarcinoma Metastásico		1 caso

EDAD* ESTADIO CLINICO Y TIPO HISTOLOGICO

20 — 30 años	Estadio III	
Cistoadenocarcinoma Seroso		2 casos
10 — 20 años	Estadio III	
Disgerminoma		1 caso
Tumor de Senos Endodérmicos		1 caso
0 — 10 años	Estadio IV	
Linfoma		1 caso
10 — 20 años		2 casos

Tumor de Células de la Granulosa	1 caso
Disgerminoma	1 caso

20 — 30 años

Cistoadenocarcinoma Seroso	2 casos
Disgerminoma	1 caso
Tumor Senos Endodérmicos	1 caso
Mesotelioma Maligno	1 caso

EDAD — ESTADIO CLINICO — TIPO HISTOLOGICO. RESUMEN

0 — 10 Años	1 caso Linfoma			
10—20	7 casos			
T. Senos Endodérmicos	2	Estados II	3 casos	
Disgerminoma	3	Estados III	2 casos	
Coriocarcinoma	1	Estados IV	2 casos	
T. Células Granulosa	1			
20 — 30 años	17 casos			
Disgerminoma	3	E I	8 casos	
T. Senos END.	2	E II	2 casos	
T.C. La Granulosa	2	E III	2 casos	
Arrenoblastoma	1	E IV	5 casos	
Cistoadenocarcinoma Seroso Papilar	6 casos			
Tumor de Krukemberg	1 caso			
Mesotelioma	1 caso			
Tecoma	1 caso			

Procedencia de las Pacientes

En 76 casos las pacientes procedían de la Ciudad de Cali (49%).

En 58 casos las pacientes venían de otras ciudades del Valle (38%).

En 20 casos las pacientes provenían fuera del Depto. del Valle (13%).

SINTOMAS MAS COMUNES

El síntoma más común fue el dolor abdominal en 86 casos para un 56%.

Siguió en importancia el aumento o crecimiento del abdomen en 66 casos para un 43%.

La presencia de masa abdominal en 44 casos para un 28%.

Síntomas digestivos en 50 casos para un 32%.

Síntomas urinarios en 30 casos para un 19%.

Pérdida de peso y anorexia 38 casos para un 25%.

Hemorragia genital en 18 casos para 12%.

OTROS SINTOMAS MENORES

Amenorrea — Síntomas Respiratorios.
Equivocación con Embarazo.
Leucorreas.

Llama la atención el porcentaje de pacientes asintomáticas 2,6%. Estas pacientes correspondían a tumores de origen epitelial la mayoría de casos.

RESUMEN ANTERIOR

Dolor Abdominal	86	56	%
Crecimiento del Abdomen	66	43	%
Síntomas Digestivos	50	32	%
Presencia de Masa.	44	28	%
Pérdida de Peso — Anorexia	38	25	%
Síntomas Urinarios	30	19	%
Hemorragia Genital	18	12	%
Amenorrea	2	1.2	%
Síntomas Respiratorios	2	1.2	%
Leucorrea	1	0.6	%
Confusión con Embarazo	2	1.2	%

NOTA

Como una misma paciente tiene o presenta varios síntomas la suma de

pacientes por síntomas es mayor que el número de casos y lo mismo ocurre con los porcentajes.

CASOS POR ESTADIOS CLINICOS

ESTADIO I	A.—	26	casos	
	B.—	2	casos	
	C.—	5	casos	
		33	casos	21 %
ESTADIO II	A.—	13	casos	
	B.—	2	casos	
	C.—	2	casos	
		17	casos	11 %
ESTADIO III		48	casos	31 %
ESTADIO IV		53	casos	34 %
Sin dato en la H. Clínica				3 %

Llama la atención el porcentaje tan alto de casos avanzados para los Estados Clínicos III y IV.

Se tuvo un porcentaje del 65% lo cual es grave si se tiene en cuenta que sólo el 5% de estas pacientes llega a sobrevivir 5 años (2).

En la Etapa I. Se encontraron 33 casos que representan un 21% del total de casos: es en este estadio cuando las pacientes tienen mejor pronóstico por el porcentaje alto de recuperación a 5 años.

METODOS DE DIAGNOSTICO

En 128 casos se empleó como método de diagnóstico la Laparotomía y la toma de Biopsias correspondientes al 83% de los casos.

En 12 casos se hizo el diagnóstico utilizando el estudio de Células Malignas por Paracentesis 8%.

*En 12 casos el estudio de la metastasis orientó el diagnóstico 8%.

Laparotomía y Biopsias	128	83	%
Citología por Paracentesis	12	8	%
Estudio de la Metastasis	12	8	%
Sin dato en H. Clínica	2	1	%
TOTAL		154	100 %

* Ganglio Inguinal	6 casos
Ganglio Supraclavicular	3 casos
Biopsia de Vejiga	1 caso
Biopsia de Endometrio	1 caso
Biopsia por Laparoscopia	1 caso
(Al efectuar Lig. de Trompas)	

EXTENSION DEL TUMOR

A. Organos Pélvicos	104	68	%
Diseminación Intra —			
Abdominal	103	67	%
Metastasis al Tórax	28	18	%
Metastasis Retroperitoneales	12	8	%
Otras Metastasis	13	8	%
Sin dato en la H.C.	3	2	%
Otras Metastasis			
Cerebro			
Vagina			
Riñón			
Ganglio Inguinal			
Cuello (Supraclavicular).			

DISCUSION

El mecanismo primario de diseminación consiste en la penetración de la cápsula por el epitelio proliferativo y la implantación ulterior de las células clonigenas en las superficies paracólicas

La diseminación intraperitoneal sigue las vías corrientes por las cuales el líquido peritoneal, los productos sépticos y partículas, son eliminados de la cavidad.

La vía principal desde la pelvis tiene dirección ascendente, siguiendo la acanaladura peritoneal derecha hasta la cara inferior del hemidiafragma derecho y de ahí, a una trama densa de linfáticos diafragmáticos.

Se ha apreciado ataque aislado del diafragma con tumores por lo demás localizados y la obstrucción de los linfáticos en el diafragma por émbolos tumorales, puede originar ascitis de comienzo temprano.

La proximidad de la pélvis con el epiplón, ciego, ileo terminal, y colon sigmoide hace que estos órganos sean sitios frecuentes de implantación temprana.

A menudo hay metastasis en ganglios para —aórticos pero la diseminación extra abdominal por esta ruta es lenta.

La diseminación hematogena suele ser manifestación tardía y en promedio en la mitad de mujeres que fallecen por esta enfermedad, el tumor no se ha diseminado por fuera de la cavidad abdominal ni en los ganglios retroperitoneales.

En forma global, los carcinomas epiteliales por lo regular no son invasores, y es poco frecuente que destruyan órganos vitales.

La obstrucción intestinal real, que no es tan común como suele pensarse, rara vez cede con la intervención quirúrgica. El efecto global de la interferencia en la función gastrointestinal, la producción de derrames serosos y las necesidades me-

tabólicas de una masa cada vez mayor de tejido tumoral, conduce a la consunción progresiva.

En términos generales, lo que resta de vida a la mujer parece relacionarse con el volumen de tumor en proliferación, dentro de la cavidad peritoneal (2—5).

La intervención terapéutica modifica muy poco el curso del cáncer ovárico en estado III excepto el brindar paliación por corto plazo. Desde hace muchos años se ha recomendado a los cirujanos extirpar la mayor cantidad posible del tumor en la operación inicial, pero la supervivencia ha mejorado únicamente si se ha eliminado todo. El tumor macroscópico o casi todo (6—7).

De manera semejante, en promedio, la mitad de las mujeres tratadas por radiación o agentes de alquilación se benefician con la disminución del tumor a la mitad o todavía más, pero la prolongación importante de la vida obliga a eliminar todo el tumor apreciable (respuesta completa), una probabilidad de 20% o menos (8).

En el carcinoma de ovario en estado III el volumen del tumor sólido, en conjunto, suele exceder de un kilogramo de peso o un litro. Por lo expuesto, el volumen excede de 10^{12} células, número que representa 40 duplicaciones celulares, desde una sola célula neoplásica. El tiempo de duplicación de los tumores voluminosos es lento, y refleja una baja fracción de proliferación y por esta razón, el lapso promedio de supervivencia de mujeres sin tratamiento es de siete meses a partir del diagnóstico.

De lo anterior, se aprecia el fracaso de la intervención quirúrgica, la radioterapia

y la quimioterapia para prolongar la supervivencia, si el volumen del tumor sólo disminuye 50%.

El lograr una respuesta a la quimioterapia, esto es, la ausencia total de un tumor palpable después de la operación, ha dado por resultado lapsos de supervivencia promedio de 26 a 30 meses (9-10) en estos casos, el volumen de células neoplásicas pudo haber disminuido a 1 cm cúbico (10^9 células), lo cual representa una regresión de 99,9 por 100 del tamaño de la neoplasia, y una "Reversión" de 25% del lapso de proliferación tumoral. Sin duda estas estimaciones de volumen del tumor son burdas, pero de ellas se desprende que todo régimen terapéutico debe disminuir el volumen tumoral hasta llegar a no palpar la masa en más del 50% de las pacientes, antes que el efecto anti-neoplásico se refleje en una prolongación importante del promedio de una supervivencia, en meses.

"SECOND LOOK" O SEGUNDA MIRADA

Se realizó en 15 casos o sea el 10% de las pacientes obteniéndose los siguientes resultados.

En 10 casos o sea el 67% de este grupo no se encontró tumor residual, (casos libres de tumor).

En 5 casos se encontró tumor residual.

A este grupo de pacientes se les dio tratamiento así:

Quimioterapia en 5 casos
Radioterapia en 2 casos

Sólo sintomático en 8 casos.
(estados terminales).

En los casos con tumor residual los tipos Histológicos fueron:

Adenocarcinoma indeterminado	1 caso
Cistoadenocarcinoma Seroso	3 casos
Tumor células Granulosa	1 caso

Los estadios clínicos así:

II A	— un caso
III	tres casos
IV	un caso

El T. de células de la Granulosa que se negó a tratamiento y regreso al año en estado IV.

Se utilizó como tratamiento Quimioterapia con agentes alquilantes como el melfalan y el tradicional esquema VAC.

Un caso recibió radioterapia.
Sobre vida 1 1/2 años en 4 casos

Los casos libres de tumor fueron:

T. Endometroide	2 casos
Cistoadenocarcinoma Seroso	5 casos
Teratocarcinoma	1 caso
T. de Células Granulosa	1 caso
T. de Senos Endodérmicos	1 caso
TOTAL	10 casos

ESTADIOS CLINICOS Y SOBRE VIDA DE LOS 10 CASOS NEGATIVOS PARA TUMOR A LA SEGUNDA MIRADA

E.	I A	7 años neg.
	I A	Actualmente Neg.

I A	No volvió a control
I A	A los 5 años Neg.
I A	A los 9 años Neg.
II A	Sobrevida 2 1/2 años
III	Sobrevida 3 años
	Sobrevida 3 años
	Sobrevida 8 años
	Sobrevida 3 años

Total 10 casos

Teniendo en cuenta los Estadios Clínicos la recuperación de estas pacientes fue muy buena.

TUMORES MALIGNOS ASOCIADOS

Se presentaron en 10 casos para un 6.3% distribuidos así:

En Mama	3 casos
En Cervix	5 casos
Otros	2 casos
TOTAL	10 casos

Estos casos se discriminan así:

Carcinoma de Cervix

In Situ 3 casos con adenocarcinoma mucinoso tecomato T.C. de la granulosa

CA. Cervix E II 1 caso (CA mucinoso)
CA. Cervix E I 1 caso (CA Seroso Papilar)

Tumor gástrico 1 caso
Tumor de mama con CA. Endometroide
CA. Seroso Papilar
Cáncer de Vulva 1 caso. (en dos casos).

MORBILIDAD OPERATORIA

Se presentó en 18 casos para un 12%.

Infección en el 7% de los casos (11 casos).

Trauma en Vías Urinarias en 5 casos 3%.

Sangrado de Pedículo en 1 caso 0,6%

Evisceración en 1 caso 0,6%.

COMPLICACIONES POR QUIMIOTERAPIA

Se presentaron en 21 pacientes así:

Leucopenia	en 7 casos
Anemia	en 8 casos
Alopecia	en 3 casos
Estomatitis	en 1 caso
Gastritis	en 1 caso
Síntomas gastrointestinales	en 1 caso
TOTAL	21 casos

Recibieron Quimioterapia 85 casos 55%

COMPLICACIONES POR RADIOTERAPIA

Proctitis	2 casos
Estenosis Rectal	1 caso
Vagina Estenótica	2 casos
Linfedema	1 caso
Alt. de la Piel	1 caso
Pseudo - obstrucción intestinal	1 caso

TOTAL 8 casos

Recibieron Radioterapia 65 casos 42%

COMPLICACIONES
POST-QUIRURGICAS

Fístula entero vaginal — Vesico vaginal
Tenía CA de mama y CA Endometroide de Ovario.
En la 6a. década de la vida.

Tumor Estadio IV
Recibió Radioterapia. Previa Cirugía (Anexo Histerectomía y Omentectomía)
Complemento con Quimioterapia
No aceptó tratamiento de las Fistulas.

Fístula Vesico — Vaginal Post-Radioterapia

Paciente mayor de 70 años
Tumor Seroso Papilar E III
Se practicó Excisión Parcial del tumor
La fístula cerro en forma espontanea

Fístula Recto — Vaginal

Paciente en 5a. década de la vida
Tumor Seroso — Papilar
Estadio III
Anexo Histerectomía Total

Fístula Recto — Vaginal y/o Vesical

Paciente en 7a. década de la vida
Tumor Seroso Papilar E III
Anexo Histerectomía Sub Total

Fístula Entérica

Paciente en 7a. década de la vida
Tumor Seroso Papilar
Estado IV
Laparotomia y Biopsia

Fístula Urinaria con Hídronefrosis y Uremia

Tumor E II Endometroide
Edad 7a. década de la vida
Anexohisterectomia
Lesión de Vejiga
Estenosis de Ureter

Fístula Entero — Vaginal (cierre espontáneo)
Absceso de Cúpula Vaginal
Insuficiencia Renal Crónica
Paciente en 2a. a 3a. década de la vida
Laparotomia y Biopsia
Radioterapia
Anexohisterectomia Abd. Total
Omentectomia
Tumor Disgerminoma; viva a los 9 años.

Fístula Recto — Vaginal

Paciente en 5a. década de la vida
Tumor de Krukemberg E IV
Anexectomia Parcial
Colostomia Definitiva
Murió a los 10 meses

Otras Complicaciones

Insuficiencia Renal Crónica
Con insuficiencia cardíaca congestiva

Accidente — Cerebro — Vascular isquémico
Aborto Espontáneo (Feto Muerto)
Trombo Embolismo Pulmonar
Insuficiencia Renal aguda con Trombo Embolismo Pulmonar.

RESUMEN

Fístula Vesico — Vaginal	2
Fístula Recto — Vaginal	3
Fístula Enterica	1
Fístula Urinaria	1
Fístula Entero — Vaginal	1
TOTAL	8 5%

RECIDIVAS

En Estado I	6	casos	18%
Recibieron Radioterapia	2	casos	
Quimioterapia	3	casos	
Cirugía	1	caso	
Recidiva Abdominal en	4	casos	
Recidiva Pulmonar en	1	caso	
Recidiva Cerebro	1	caso	
T. de Células Claras	I A	Anexohisterectomía Total	
CA Embrionario	I B	Cirugía — Radioterapia — Quimioterapia	
CA Indiferenciado	I A	Cirugía — Radioterapia — Quimioterapia	
CA C. de la Granulosa	I A	Anexectomía — Quimioterapia	
CA Mucinoso	I A	Anexectomía.	

RECIDIVAS

Estado II	2 Casos	11 %
Recidiva en Vagina	1	Caso
Recidiva en Cervix y en Hígado	1	Caso
1. CA. C. de la Granulosa	II A	Cirugía Radioterapia
2. CA. Endometroide	II A	Cirugía — Radioterapia — Quimioterapia.
1. Murió al año y 8 meses		
2. A los 5 años Viva.		

RECIDIVAS

Estado III	4 casos	13%
Recidiva Abdominal	2	casos
Recidiva Ganglios	1	caso

Supraclaviculares

Cúpula Vaginal	1	caso
Recibieron Radioterapia	2	casos
Recibieron Quimioterapia	2	casos
Recibieron Cirugía	1	caso
CA Seroso Papilar		Cirugía — Radioterapia — Quimioterapia
2 años 2 meses sobre—vida		
CA. Seroso Papilar		Cirugía — Quimioterapia
Murió a los 9 1/2 años		
CA. Disgerminoma		Cirugía — Radioterapia
Está viva a los 2 años 7 meses.		

TRATAMIENTO

I A. 6 Casos	Anexohisterectomía
3 casos	Sobre—vida a más de 5 años
1 caso	Murió entre 2—3 años
1 caso	No volvió a control
1 caso	Murió por CA. de Vulva.
8 Casos	Anexectomía
3 casos	Sobre—vida a más de 5 años
1 caso	Viva al momento del Estudio más de 1 año
1 caso	Murió entre 1—2 años
3 casos	No regresaron a Control
4 Casos	Anexohisterectomía Total y Omentectomía
1 caso	Controlado 4 años No Volvió
3 casos	Controlados 2—3 años no volvieron

3 Casos Anexectomía — Radioterapia

- 1 caso A los 6 meses no volvió
 2 casos Después de 5 años no regresaron

Anexohisterectomía Total y Radioterapia

- 2 casos
 Control a más de 5 años

Resección del Tumor

- 1 caso 17 años bien
 Recidiva a ese tiempo murió
 al año

Anexectomía y Quimioterapia

- 1 caso Control 1 año bien

Estadio I B

- Anexohisterectomía y Radioterapia
 1 caso control a más de 5 años bien

- Anexohisterectomía y Radioterapia con
 Quimioterapia
 1 caso murió en el curso del 3er. año

Estadio I C

- Anexectomía 2 casos
 1 caso viva bien a los 10 años
 1 caso murió por anemia Drepanocítica
 Severa.

- Anexohisterectomía 2 casos
 Control hasta 6 meses

- Anexectomía y Radioterapia 1 caso
 Control hasta 6 meses.

TRATAMIENTO**Estado II**

- Anexectomía 1 caso
 Control por 2 1/2 años bien

- Anexectomía y Radioterapia 1 Caso
 Control por 5 años (murió por Recidiva)

- Anexohisterectomía y Radioterapia 5 casos
 2 casos control 5 años
 1 caso control 3 años
 1 caso control 2 años
 1 caso control 3 años

- Anexohisterectomía y Quimioterapia 2 casos
 No tuvieron control adecuado

- Anexohisterectomía — Radioterapia y
 Quimioterapia 3 casos
 2 casos control a más de 5 años bien
 1 caso 2 años y murió (Alteró el tratamiento).

- Resección Parcial del Tumor y Quimioterapia
 1 caso No regresó a control.

Estado II B

- Anexohisterectomía y Radioterapia 1 caso
 Control bien por 5 años

- Anexohisterectomía — Radioterapia y
 Quimioterapia
 1 caso control por 1 año

Estado II C

- Anexohisterectomía — Quimioterapia —
 Radioterapia 2 casos
 1 caso murió a los 2 meses (T. Senos
 Endodérmicos)
 1 caso murió 1 1/2 año. Por Tromboembolismo
 Pulmonar

TRATAMIENTO**Estado III**

- Anexectomía 1 caso no volvió a control
 Anexectomía y Quimioterapia 3 casos
 2 casos control por 6 meses murieron
 1 caso control por 2 años murió

Anexectomia y Radioterapia 5 casos
 2 casos control 6 meses murieron
 1 caso control 2 años vive
 1 caso control 4 años vive
 1 caso control a más de 5 años murió

Anexectomia — Radioterapia —
 Quimioterapia 3 casos

2 casos control 2 años murieron
 1 caso control 2 años no volvió

Anexohisterectomia Total y
 Quimioterapia 6 casos

3 casos control 6 meses murieron
 1 caso control 1 año murió
 1 caso control más de 5 años
 1 caso no regresó a control

Anexohisterectomia y Radioterapia
 8 casos
 1 caso 6 meses murió 2 casos más
 de 5 años
 1 caso 2 años murió
 2 casos 3 años no volvió 1 caso sin
 control
 1 caso 4 años no volvió.

TRATAMIENTO

E III

Anexohisterectomia Total —
 Radioterapia y Quimioterapia
 8 casos

6 meses de control 1 caso murió
 1 año de control 1 caso murió
 2 años de control 2 casos murieron
 3 años de control 1 caso vive
 5 años de control 3 casos murieron.

Resección Parcial de la Masa y
 Radioterapia y Quimioterapia
 3 casos

1 caso control por 3 años murió
 1 caso control por 2 años murió
 1 caso control por 6 meses murió

Biopsia por Laparotomía — Radioterapia
 y Quimioterapia

Sólo Quimioterapia 5 casos

1 caso control por 1 año
 2 casos control por 6 meses murieron
 1 caso control por 1 1/2 años murió
 1 caso control por 2 años murió

Radioterapia 1 caso

1 caso 6 meses murió

RADIOTERAPIA Y QUIMIOTERAPIA

1 caso control 1 5 años bien.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO

ESTADOS IV

AHAT con Omentectomia y Radioterapia
 2 casos
 1 caso recuperación por 6 meses
 1 caso recuperación por 2 años

AHAT y Quimioterapia 6 casos
 4 casos recuperación 6 meses
 2 casos recuperación 1 año

AHAT. Quimioterapia y Radioterapia
 1 caso
 1 caso 3 años de recuperación

Resección Parcial del Tumor Radioterapia
 y Quimioterapia
 1 caso 3 años de recuperación

AHAT 3 casos
 Recuperación 6 meses 2 casos
 Recuperación 4 años 1 caso

Quimioterapia 1 caso recuperación 2 años
Anexectomía 1 caso recuperación 1 año

Anexectomía y Quimioterapia 9 casos
Recuperación por 6 meses 7 casos
Recuperación por 1 año 1 caso
Recuperación por 2 años 1 caso

Anexectomía y Radioterapia 1 caso
Recuperación por 4 años no regresó
Se trataba de Disgerminoma

Anexectomía — Radioterapia y
Quimioterapia

1 caso recuperación 1 año

Biopsia Sin Tratamiento 3 casos
Muerte en los primeros 6 meses

Biopsia y Radioterapia 1 caso
Recuperación 6 meses

Biopsia y Quimioterapia 18 casos
Recuperación hasta 6 meses 13 casos
Recuperación hasta 1 año 3 casos
Recuperación hasta 2 años 1 caso
Recuperación hasta 3 años 1 caso

Biopsia — Radioterapia y Quimioterapia
1 caso
Recuperación hasta 2 años.

Biopsia — AHAT — Radioterapia y
Quimioterapia 1 caso
Recuperación hasta 3 años.

Biopsia AHAT y Radioterapia
Recuperación 9 años

Tratamiento Sintomático 4 casos
Muerte primeros 6 meses

TOTAL	57 Casos	Estado IV
0 — 6 meses	35	61 %
6 — 12 meses	8	14 %
1 — 2 años	7	12 %
2 — 3 años	4	7 %
3 — 4 años	1	2 %
4 — 5 años	1	2 %
> 5 años	1	2 %

DISTRIBUCION DE CASOS POR AÑOS

1974	10
1975	9
1976	18
1977	13
1978	20
1979	15
1980	18
1981	11
1982	17
1983	16
1984	8

$\bar{X}$: 15 Casos / Año

PROCEDENCIA

	Casos	%
Cali	76	49
Valle	58	38
Otros Deptos	20	13

PARIDAD

Nº Partos	Casos	%
1	23	15.0
2	17	11.0
3	13	8.4
4	58	37.6
Nuliparas	33	21.4
Sin dato	10	6.6

RAZA

	Casos	%
Mestiza	60	39.0
Blanca	19	12.0
Negra	17	11.0
India	1	-
Sin dato	58	38.0

EDAD

0- 9	2	1.0
10-19	7	4.0
20-29	17	11.0
30-39	18	12.0
40-49	43	28.0
50-59	30	20.0
50-70	33	21.0
> 70	4	3.0

Menor edad 2 1/2 años
Mayor edad 85 años

TIPO HISTOLOGICO DEL TUMOR

	Casos	%
Cistoadenocarcinoma seroso	57	37.0
T. células de la granulosa	20	13.0
Adenocarcinoma no diferenciado	14	9.0
Cistoadenocarcinoma mucinoso	13	8.0
Cáncer endometroide	11	7.0
Tumor de senos endodérmicos	7	5.0
Disgerminoma	6	4.0
Tumor de Krukemberg	6	4.0
Cáncer indiferenciado	5	3.0
Mesotelioma maligno	2	1.0
Teratocarcinoma	2	1.0
Tumor mixto	2	1.0

... tipo histológico del tumor

	Casos	%
Cáncer originado en teratoma	1	0.7
Carcinoide	1	0.7
Cáncer células claras	1	0.7
Coriocarcinoma metastásico	1	0.7
Cáncer embrionario	1	0.7
Tecoma	1	0.7
Cáncer anaplásico	1	0.7
Arrhenoblastoma	1	0.7
Linfoma	1	0.7

Un sólo caso de tumor funcionante

SINTOMAS

	CASOS	%
Dolor	36	56.0
Crecimiento del abdomen	66	43.0
Síntomas digestivos	50	32.0
Síntomas Urinarios	30	19.0
Palpación masa Cx el paciente	44	28.0
Pérdida de peso	38	25.0
Hemorragia genital	18	19.0

OTROS (Muy bajo porcentaje)

Amenorrea
S. Respiratorios
Embarazo
Leucorrea
Anorexia

ASINTOMATICAS 4 2.6%

Tumor mucinoso E Ia
Tumor seroso E Ia
Tumor granuloso E IIa
Tumor mucinoso E IIb

ESTADIOS CLINICOS
(Clasificación de la Figo)

E I	A	26	33	21 %
	B	2		
	C	5		
E II	A	13	17	11 %
	B	2		
	C	2		
E III		48	31 %	
E IV		53	34 %	
Sin dato		3	3 %	
TOTAL		154	100 %	

METODOS DIAGNOSTICOS

	Casos	%
Laparotomía y Biopsia	128	83.0
Por citología L. Ascítico	12	8.0
Biopsia de la metástasis	12	8.0
Sin dato	2	1.0
TOTAL	154	100.0

EXTENSION DEL TUMOR

	Casos	%
A órganos pélvicos	104	68.0
A órganos intraabdominales	103	67.0
Al tórax	28	18.0
Al retroperitoneo	12	8.0
* Otros	13	8.0
Sin dato	3	2.0
* Cerebro		
Vagina		
Ganglio inguinal		
Ganglio cervical		
Riñón		

"SECOND - LOOK" SEGUNDA MIRADA
15 Casos 10%

Negativos para tumor	10 Casos
Positivo para tumor intra-abdominal	5 Casos

TUMORES MALIGNOS ASOCIADOS

10 Casos	6.5%
Mama	3
Cervix	5
Gástrico	1
Vulva	1

MORBILIDAD OPERATORIA

18	12.0 %
Infección urinaria	11 7
Trauma vías urinarias	5 3
Sangrado de pedículo	1 0.6
Eventración	1 0.6

REACCIONES POR QUIMIOTERAPIA

20	
Casos	
Leucopenia	7
Anemia	8
Alopecia	3
Estomatitis	1
Gastritis	1

Recibieron quimioterapia 85 casos
55%

REACCIONES POR RADIOTERAPIA

8 Casos	
	Casos
Proctitis	2
Estenosis rectal	1
Vagina estenótica	2
	1
Alt. de la piel	1
Obstrucción intest.	1

Recibieron radioterapia 65 Casos
42 %

COMPLICACIONES POST-QUIRURGICAS

	Casos
Fístula vesico-vaginal	2
Fístula recto-vaginal	3
Fístula entérica	1
Fístula urinaria	1
Fístula entero-vaginal	1

RECIDIVAS

E I	6 Casos	18%		Casos
			Abdominal	4
			Pulmonar	1
			Cerebro	1
E II	2 Casos	11%	Vaginal	1
			Cervix	1
E III	4 Casos	13%	Abdominal	2
			Ganglios	1
			Vagina	1

TRATAMIENTO

	CASOS
I A. Anexohisterectomía	6
Anexectomía	8
Anexohisterectomía y omentectomía P.	4
Anexectomía y radioterapia	3
Anexohisterectomía y radioterapia	2
Resección del tumor	1
Anexectomía y quimioterapia	1
I B. Anexohisterectomía y radioterapia	1
Anexohisterectomía y quimioterapia	1
I C. Anexectomía	2
Anexohisterectomía	2
Anexectomía y radioterapia	1
TOTAL DE CASOS	32

TRATAMIENTO

	CASOS
E II A. Anexectomía	1
Anexectomía y radioterapia	1
Anexohisterectomía y radioterapia	5
Anexohisterectomía y quimioterapia	2
Anexohisterectomía Radiot. y Quimiot.	3
Resección P. del tumor y Quimiot.	1
E II B. Anexohisterectomía y radioterapia	1
Anexohisterectomía y radioterapia y Quimioterapia	1
E II C. Anexohisterectomía	
Quimioterapia y radioterapia	2
TOTAL DE CASOS	17
Recuperación a 5 años o más 6 casos	35%

TRATAMIENTO

	CASOS
E III. Anexectomía	1
Anexectomía y quimiot.	3
Anexectomía y radiot.	5
Anexectomía y radiot. con quimiot.	3
Anexohisterectomía y quimioterapia	6
Anexohisterectomía y radioterapia	8
Anexohisterectomía radiot. y quimiot.	8
Resección parcial tumor radiot y quimiot.	3
Quimioterapia	5
Radioterapia	1
Radiot. y quimiot.	1
TOTAL DE CASOS	44
Recuperación a 5 años o más 4 casos	9%

TRATAMIENTO

	CASOS
E IV. AHAT y Radiot.	3
AHAT y Quimiot.	6
AHAT Radioterapia y Quimiot.	2
Resección parcial radiot. y quimiot.	1
AHAT	3
Quimioterapia	1
Anexectomía	1
Anexectomía y quimioterapia	9
Anexectomía y radioterapia	1
Anexectomía radioterapia y quimiot.	1
Biopsia y radioterapia	1
Biopsia y quimioterapia	18
Biopsia radiot. y quimioterapia	1
Sintomático	7
TOTAL DE CASOS	57
Recuperación a 5 años o más 2 Casos	4%

**PROTOCOLO PARA ESTUDIO DE LOS CANCER DE
OVARIO DEL H.U.V. PERIODO 1974 – 1984
TRABAJO DESCRIPTIVO**

H. C. _____ NOMBRE _____

FECHA DE DIAGNOSTICO _____

PROCEDENCIA: 1. CALI
2. VALLE
3. OTROS

RAZA: 1. NEGRA
2. BLANCA
3. MESTIZA
4. SIN DATO

EDAD: 1. 0–10
2. 10–20
3. 20–30
4. 30–40
5. 40–50
6. 50–60
7. 60–70
8. Mayor 70

PARIDAD: 1. 1 hijo
2. 2 hijos
3. 3 hijos
4. 4 hijos o más
5. Ningún hijo
6. Sin dato

SINTOMAS: _____ DIAGNOSTICO: _____

1. Dolor
2. Sensación de masa
3. Distensión abdominal
4. Hemorragia vaginal
5. Síntomas digestivos
6. Síntomas urinarios
7. Ninguno

1. Clínico
2. Paracentesis
3. Laparotomía
4. Ecografía
5. Biopsia

DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO _____

ESTADIO CLINICO AL Dx. Qx.

TUMORES MALIGNOS ASOCIADOS

1. EI Ia
 Ib
 Ic
2. EII IIa
 IIb
 IIc
3. EIII
4. EIV

1. Ca. mama
2. Ca. de cervix
3. Ca. endometrio
4. Otros
5. Ninguno
6. Sin dato

(Continúa)

(Continuación)

EXTENSION DEL TUMOR _____ LAPAROTOMIA SEGUNDA MIRADA

1. Organos pélvicos
2. Intraabdominal
3. Tórax
4. Retroperitoneal
5. Otros

1. Si
2. No

RESULTADO LAPAROTOMIA SEGUNDA

1. Libre de tumor
2. Compromiso tumoral

TRATAMIENTO

1. Anexeetomia
2. Anexo-histerectomia abdominal total más omentectomia
3. Resección parcial de la masa
4. Biopsia, sin resección por ser técnicamente imposible
5. Quimioterapia:

Alteran CICLOS _____ VAC, CICLOS _____

6. Radioterapia
7. Sintomática

TRATAMIENTO POST-LAPAROTOMIA SEGUNDA MIRADA

1. Quimioterapia
2. Radioterapia
3. Ninguno
4. Sintomático

MORBILIDAD OPERATORIA:

1. Ninguna
2. Infección
3. Vías urinarias
4. Sin dato

OTRAS COMPLICACIONES:

TIEMPO DE SEGUIMIENTO:

1. 0-6 meses
2. 7-12 meses
3. 1-2 años
4. 2-3 años
5. 3-4 años
6. 4-5 años
7. 5-10 años
8. Mayor 10 años

TIEMPO DE RECUPERACION:

(supervivencia)

1. 0-6 meses
2. 7-12 meses
3. 1-2 años
4. 2-3 años
5. 3-4 años
6. 4-5 años
7. 5-10 años
8. Mayor 10 años

RECIDIVA _____

TRATAMIENTO POST-RECIDIVAS

1. Abdominal
2. Pulmonar
3. Ganglios Suprclaviculares

1. Radioterapia
2. Quimioterapia
3. Sintomático

CONCLUSIONES

Se presenta un estudio de 154 casos de Cáncer de Ovario en la última década en el Hospital Universitario del Valle que da un promedio de 15 casos por año.

El tumor más frecuente fue el Cisto-adenocarcinoma Seroso Papilar con 57 casos%.

En el 49% de los casos las pacientes procedían de Cali y en el 38% venían del resto del Departamento del Valle.

Los cuatro síntomas más sobresalientes fueron en su orden dolor — crecimiento del abdomen — síntomas digestivos y pérdida de peso.

En el estadio I se encontraban el 21% de los pacientes en los Estadios III y IV estaban el 65% de las pacientes lo que reduce al mínimo las posibilidades de recuperación.

La laparotomía y la toma de Biopsia fue el principal método para comprobar el diagnóstico.

La extensión del tumor se hizo primordialmente a la cavidad abdominal. En el 18% se encontraron metastasis al tórax.

En el 10% de los casos se practicó Laparotomía de 2a. mirada; en el 66% de estos casos no se encontró tumor residual. En estos casos los tumores habían sido así: Adenocarcinoma Seroso Papilar 5 casos — y Endometrioide 2 casos — Teratocarcinoma 1 caso T. de C de la Granulosa 1 caso y T. de S. Endodérmicos 1 caso.

En el 6,5% se asociaron otros tumores Malignos así: de Cervix en 5 casos; de Mama en 3 casos — CA Gástrico 1 caso — y CA de Vulva en 1 caso.

Las recidivas en el Estadio I fueron del 18% para el grupo en cavidad abdominal 4 casos — en Pulmones un caso y en Cerebro 1 caso.

Las recidivas en el Estadio II fueron del 11% para el grupo una en vagina otra en Cervix.

Las recidivas en el Estadio III fueron del 13% para el grupo así: En abdomen 2 casos — en ganglios periféricos 1 caso — en Cúpula Vaginal 1 caso.

REFERENCIAS

1. Gynecol — Oncol. 13: 203-212, 1982.
2. GRIFFITHS C. T; FULLER A.F. Tratamiento Quirúrgico y Quimioterápico intensivo del Cáncer Ovárico Avanzado. Clínicas Quirúrgicas de Norte América. 1: 133-144, 1978.
3. FISHER, R.I. and YOUNG R. C. Advances in the staging and treatment of ovarian cancer. Cancer, 39: 967-972., 1977.
4. DISAIA P; CREASMAN W. Clinical Gynecologic Oncology The C.V. Mosby Company 1981.

5. FELDMAN, G.B. and KNAPP, R.C. Lymphatic Drainage of the Peritoneal Cavity and Its Significance in ovarian cancer. *Am. J. Obstet. Gynecol* 119: 991-994. 1974.
6. AURE, J.C.: HOEG, K. and KOLSTAD, P. Clinical and Histologic studies of Ovarian Carcinoma *Obstet. Gynec*, 37: 1-9. 1971.
7. GRIFFITHS, C.T.: Surgical Resection of Tumor Bulk in the Primary Treatment of Ovarian Carcinoma *Nat'l cancer inst. monogi.* 42: Symposium on Ovarian Cancer Washington, D.C.U.S Government Printing Office, 1975.
8. TOBIAS J.S.: and GRIFFITHS C.T. Management of Ovarian Carcinoma Current Concepts and future prospects *N. Eng. J. Med.* 294: 818-823 and 877-882, 1976.
9. GRIFFITHS, C.T. GROGAN R.H. and HALL T.C. Advanced Ovarian Cancer Primary Treatment With Surgery Radiotherapy and Chemotherapy *Cancer* 29: 1-7, 1972.
10. YOUNG. R.C. CANELLOS S.P. CHABNER B.A. Chemotherapy of Advanced ovarian Carcinoma. A prospective Randomized Comparison of Phenylolamine mustard and High dose cyclophosphamide. *Ginec. Oncol* 2: 489-497. 1974.