

TUMORES MALIGNOS DEL OVARIO*

Doctores G. López-Escobar y Germán Jordán A.**

El principal objeto de este trabajo es presentar un Grupo de 121 casos de tumores malignos del ovario, vistos en el Instituto Nacional de Cancerología durante los últimos años y agrupados según la Clasificación Clínica y la Clasificación Histológica recomendadas por el Comité de Cáncer de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia reunido en el año 1961.

En el cuadro 1 presentamos la Clasificación Clínica y en el cuadro 2 la Clasificación Histológica.

Como aconseja el Comité de Cáncer de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia es necesario estandarizar la Clasificación de los neoplasmas malignos ováricos de modo que los informes terapéuticos a través de todo el mundo sean comparables.

De ahí la importancia de esta Clasificación dual. Por otra parte como se ha insistido entre nosotros debe recordarse que el comportamiento biológico del cáncer del ovario parece ser diferente según el tipo histológico. No es posible comparar, por ejemplo, el pronóstico y la evolución de un Adenocarcinoma sólido o indiferenciado con el de los Tumores especiales. Y parecen ser más malignos los Adenocarcinomas sólidos o indiferenciados que los Cistadenocarcinomas Serosos o Mucosos y estos a su vez evolucionan de acuerdo con su gradación histológica. Así mismo los Endometrioides tienen un grado menor de malignidad.

En el cuadro 3 presentamos el grupo de casos estudiados. Como se observa en este cuadro el mayor número de casos, 82%, corresponde a tumores de origen epitelial, coincidiendo con lo anotado por la mayoría de los autores.

* Revisión de un grupo de casos del Instituto Cancerología.

** Del Departamento de Ginecología del Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá, D. E.

CUADRO 1

 ACTUALIZACION DE LOS CONCEPTOS CLINICOTERAPEUTICOS DEL CARCINOMA
DEL OVARIO

- ESTADO I: *Tumor limitado a los ovarios.*
- ESTADO II: *Tumor invadiendo uno o los dos ovarios con extensión pélvica.*
- Estado I a) Tumor limitado a un ovario.
- Estado I b) Tumor limitado a los dos ovarios.
- Estado II a) Lesiones primarias y secundarias removibles quirúrgicamente.
- Estado II b) Lesiones primarias y (o) secundarias no removibles quirúrgicamente.
- ESTADO III: *Tumoración que compromete uno o los dos ovarios con metástasis, pero que puede ser extraído parcialmente durante la intervención quirúrgica.*
- Estado III a) Con extensión o metástasis limitadas a la cavidad peritoneal.
- Estado III b) Con metástasis a distancia fuera de la cavidad peritoneal.
- ESTADO IV: *Tumor que compromete uno o los dos ovarios, enteramente inoperable.*
- Estado IV a) Casos en los cuales se practica exploración quirúrgica y comprobación histológica.
- Estado VI a) Casos inoperables no explorados, que son probablemente carcinomas ováricos.
-

CUADRO 2

 TUMORES MALIGNOS DEL OVARIO

CLASIFICACION HISTOLOGICA:

- A) Cistadenocarcinomas Serosos.
- B) Cistadenocarcinomas Mucosos.
- C) Adenocarcinomas (incluyendo Endometroides y Teratocarcinomas).
- D) Tumores Especiales: Granulosa, Disgerminomas, etc.
-

CUADRO 3

TUMORES MALIGNOS DEL OVARIO

Casos presentados en el I. N. C. - 1963

Adenocarcinomas: incluyendo Cistadenocarcinomas y un Endometroide	94
Teratomas malignos (incluye Dermoides con Degeneración Escamocel)	6
Tumores de la granulosa malignos	9
Tecoma maligno	1
Disgerminomas	6
T. de Krukemberg	5
Total de casos: 121	

El cuadro 4 muestra el grupo de casos de acuerdo con las Clasificaciones anotadas. Es claro que exceptuando los cinco casos IV B, el resto tiene histopatología debidamente comprobada, pero no se hizo una gradación histológica estrictamente acorde con lo anunciado en la Clasificación del Comité, puesto que prescindimos de los tumores posiblemente malignos y sólo incluimos aquellos realmente comprobados como malignos.

Es de notar que de los 116 casos de Tumores primitivos, 73 (63%), fueron Estados III y IV, casos muy avanzados en los que las probabilidades de beneficio a largo plazo, con cualquier tratamiento, son escasas. Esto es acorde con la apreciación general de que el diagnóstico del Carcinoma de Ovario sigue haciéndose

muy tardíamente. Observemos también que, siendo la clasificación clínico-quirúrgica, supone en general la laparotomía del 100% de los casos, aun los muy avanzados, tanto más cuanto que, es posible cometer errores de diagnóstico a veces muy llamativos. Como ejemplo de esto podemos enumerar cinco casos vistos en la Institución, operados con diagnóstico clínico de carcinoma de ovario avanzado y en los que a la laparotomía se encontró en una: una hidronefrosis gigante izquierda, en dos tumores de Brenner gigantes y en dos tumores primitivos de trompa. Además la historia 22.182, tuvo como diagnóstico Anexitis por largo tiempo y sólo al cabo de varios años en la Institución, se operó encontrándose un tumor maligno de ovario.

CUADRO 4

TUMORES MALIGNOS DEL OVARIO

Casos según clasificación Clínica e Histológica - I. N. C. - 1963

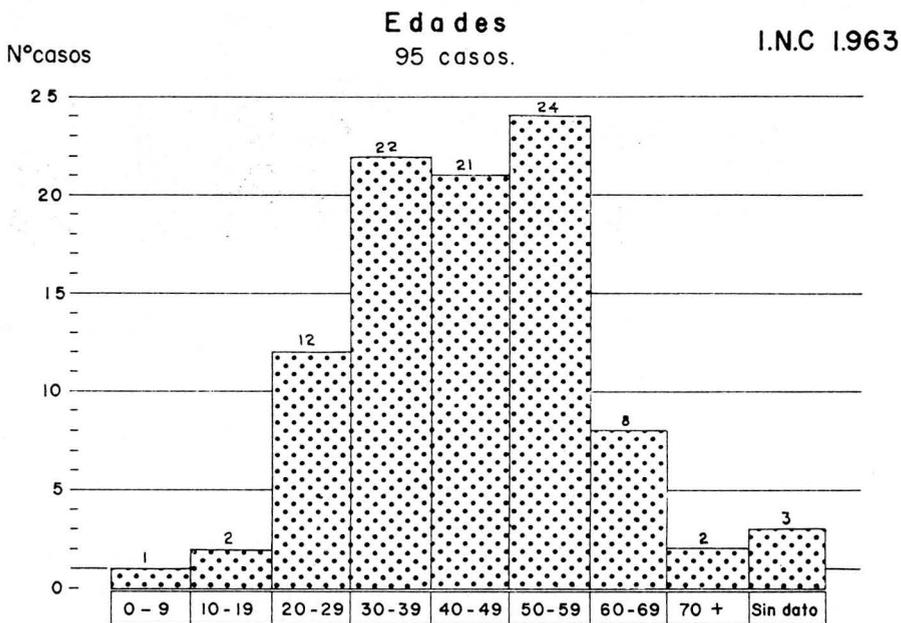
Estados	Cistade- no ca. se- roso	Cistedeno ca. mu- coso	Adeno ca. (Incl. Endo- metroide)	Terato carci- nomas	Disgermi- nomas	T. Granulosa car. (Incl. Tecoma)	Total
I A		3	10	1	1	7*	22
I B	2	1	3		1		7
II A		1	7	1	1		10
II B			1	1		2	4
III A	3	5	17	2	1	1 tecoma	29
III B			1		2		3
IV A	1	5	29	1			36
IV B			5				5
	—	—	—	—	—	—	—
Total:	6	15	73	6	6	10	116

* Incluye 2 casos concomitantes con Ca. de seno y uno concomitante con Ca. Endometrial.

De los datos paraclínicos del grupo de 95 tumores epiteliales, llama la atención que sólo 9 casos mostraban en la radiografía del tórax datos positivos, de los cuales 3 derrames pleurales desaparecieron después del tratamiento. Por otra parte el 71,4% de

los casos tenían una sedimentación de más de 20 mm en la hora, corregida. En cuanto a citología vaginal sólo se encontró una positiva en un caso que tenía una metástasis vaginal. (Gráficas 1 y 2 y cuadro 5).

TUMORES EPITELIALES MALIGNOS
DEL OVARIO



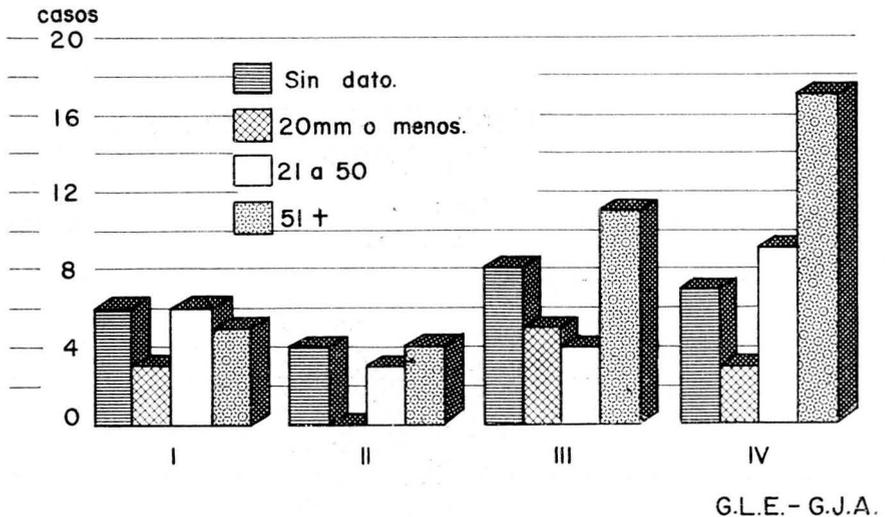
- a) Postmenopausicas 36
- b) Por encima de 30 años 70%

G.L.E. - G.J.A.

Gráfica 1

Tumores Malignos del Ovario.
Sedimentación.

I.N.C. 1.963.



Gráfica 2

CUADRO 5

TUMORES MALIGNOS DEL OVARIO

Radiología - Tórax - I. N. C. 1963

	I Estado	II Estado	III Estado	IV Estado	Total	%
Sin dato	5	1	1	10	17	17,98
Negativos	15	19	24	20	69	72,63
Positivos	0	0	3	6	9*	9,47
Total	20	11	28	36	95	100,00

* Tres se negativizaron después del tratamiento del tumor ovárico.

De los 95 casos de tumores epiteliales 67 (70%), tenían más de 30 años y 36 (37%) habían pasado su menopausia.

Tratamiento

El cuadro 8 de tratamiento resume los tipos de terapia efectuados por estados. El tratamiento fue quirúrgico y radioterápico. Quince casos recibieron tratamiento complementario con quimioterapia, la mayoría en estados avanzados. Los tratamientos quirúrgicos fueron fundamentalmente de dos tipos iniciales: en un grupo de casos, 21, se conservó útero para emplearlo como recipiente en inserción de radium intracavitario, seguido de rayos x o cobaltoterapia y en 14 casos de nueva laparotomía e histerectomía y extirpación del anexo restante si este existía; en estas piezas de histerectomía se encontró tumor residual en un estado II el cual supervive hasta el presente con un intervalo de supervivencia de 3 años y en 3 estados III de los cuales uno mue-

re al año con carcinoma, el otro vive a los 6 meses con tumor y el otro supervive a los 6 años sin tumor. En otro grupo de casos, 19, se practicó histerectomía inicial y salpingo-oooforectomía bilateral seguida de irradiación con rayos x o cobaltoterapia. Estos son los tratamientos considerados como complementos.

En general el esquema de tratamientos completos con rayos x se hizo con dos grandes campos abdomino-pélvicos, ocasionalmente aumentados con dos campos pequeños con roentgenterapia convencional y con dosis tumor de 3.500 r. en centro de pelvis. En algunos casos se utilizó cobalto 60 con un aparato pendular con dosis de 4.000 r. En las pacientes a quienes se le aplicó radium las dosis fueron de 3.000 a 4.000 mgm hora intravaginal y 3.000 a 4.000 mgm hora intrauterinas con la técnica de Regaud.

Los otros tipos de tratamientos se enumeran en el cuadro 8.

CUADRO 6

TUMORES MALIGNOS DEL OVARIO

Tratamiento - I. N. C. 1963

Estados	Salp. O Of.	Salp. O. Of.	Salp. O. Of.	Histerec. +	Histerec. +	Rx. O. Cob.	Lap. y Bio. +	Lap. y Bio.	Lap y Bio.
	Uni. O. Bila + Radium + Rx. O. Cob.	Salp. O. Of. Uni. O. Bila. + Rx O. Cob.	Salp. O. Of. Uni. O. Bila Sola	S. O. B. + Rx O. Cob.	S. O. B. Sola	+ Radium + Quimiote.	Rx. O. Cob. + Radium	Lap. y Bio. + Quimiote.	Lap y Bio. Sola
I	(2) 7 (4)	(1) 3	3	7	—	—	—	—	—
II	5 (5)	I (2)	—	4	I	—	—	—	—
III	9 ⁴	8 ²	2 ¹	8 ³	I	—	—	—	—
IV	—	—	—	—	—	7	16	2	II
Total	21	12	5	19	2	7	16	2	II

1 No tratada por muerte operatoria I y fistula Intest. Otra.

2 Tres tuvieron Quimioterapia complementaria.

3 Dos " " "

4 Uno " " "

() El número representa los casos que se sometieron a nueva laparatomía e histerectomía después de irradiación, en los cuales I Edo. II,3 Edo. II, mostraron tumor en la pieza.

CUADRO 7

TUMORES EPITELIALES MALIGNOS DEL OVARIO (I-II-III-IV A)

COMPUTO DE SOBREVIVENCIA DE 5 AÑOS POR MEDIO DE LA TABLA DE VIDA ACTUARIAL *

Intervalo (de 6 meses)	Vivas al comienzo del intervalo	Muertas durante el intervalo	Pérdidas de visita + salidas vivas durante el intervalo	Real expuesto	Proporción		Proporción
				al riesgo de muerte Col. (2) Col. (4)	de muertes Col. 3 Col. 5	de sobrevivientes 1-Col. (6) P *	cumulativa de sobrevivientes (P ₁ * P ₂ * P ₃ *)
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
0— 1	95	6	49	70,5	0,085	0,915	91 %
1— 2	40	4	10	35	0,114	0,886	81,6%
2— 3	26	2	4	24	0,083	0,917	25,3%
3— 4	20	—	4	18	—	1,00	75,3%
4— 5	16	—	3	14,5	—	1,00	75,3%
5— 6	13	—	4	11	—	1,00	75,3%
6— 7	9	—	3	7,5	—	1,00	75,3%
7— 8	6	—	2	5	—	1,00	75,3%
8— 9	4	1	—	4	0,250	0,75	56,4%
9— 10	3	—	—	3	—	1,00	56,4%

* Según Gutler e Ederer y Berkson y Gage. J. Chron Dis 8:6 Dec. 58 Pack's Treat. of Ca. Allied Dis P. b Hoeber /58.

En los estados IV A los tratamientos se emprendieron en general con fines paliativos. En once de ellos la laparotomía no fue seguida de tratamiento alguno por lo avanzado de la carcinomatosis.

Resultados

La tradicional falla en el control a largo plazo en nuestro medio hace difícil la publicación de resultados a 5 años vista, de cualquier grupo de casos con tumores malignos. Debido a esto se ha recurrido a la presentación de los resultados según el método de la "Tabla de vida actuarial", utilizada cada vez con más frecuencia para este tipo de estudios, en instituciones internacionales. Este método permite no sólo aprovechar los casos perdidos de vista en los diferentes intervalos sino utilizar también aquellas pacientes recientemente tratadas y que no completan al término del estudio el plazo de los 5 años. Por otra parte, citando a Cutler y Ederer "al aplicar la tabla actuarial se da por sentado que después de la fecha de último control, la sobrevivencia de los casos perdidos fue similar a la de los casos que continuaron bajo control (muertos o vivos). En contraste con el análisis que hace omisión completa de los casos perdidos, lo que equivale a asumir que desde la fecha del diagnóstico la sobrevivencia de los casos perdidos fue similar a la de aquellos que completaron el control de 5 años" (1).

Sin embargo, antes de presentar el resultado global queremos hacer algu-

nos comentarios en relación con los resultados en los diversos estados:

Los resultados en los estados IV son realmente desalentadores: de 36 casos hay una paciente con evolución de 2½ años actualmente intratable, otra con un año de evolución con metástasis en el tórax, una en buen estado a los 6 meses y el resto lo constituyen 7 muertes antes del año y 26 intratables antes de un año.

En los Estados III sobre 28 casos, sobresalen 6 pacientes con más de 3 años de control y asintomáticas, una con control de 6 años; en la laparotomía de repetición, siguiendo su plan de tratamiento, se le encontró un pequeño implante en la serosa del útero residual y se le dio un nuevo tratamiento con rayos x permaneciendo asintomática hasta el presente. Tuvieron reproducción antes de los 6 meses 5 pacientes y una después de los 6 meses. Hay una muerte operatoria, una muerte al año sin saberse si murió con tumor o no y 3 muertes con tumor en el segundo año. El único estado III B, un carcinoma papilar, tratado con laparotomía y biopsia únicamente, luego radium y rayos x completos, luego nueva laparotomía extrayendo útero y anexos que no mostraron tumor, ha tenido una supervivencia conocida de 3½ años y se pierde de vista en enero de 1962.

En los estados II: de los 9 estados II A hay una muerte antes de los 6 meses sin saberse la causa, otra pérdida de vista al año y medio con carcinomatosis, otra pérdida de vista de

los 6 meses asintomática y 6 con controles en el presente año con supervivencia entre 1½ a 3 años asintomáticas. Hay dos estados II B asintomáticas pérdidas de vista antes de los 6 meses.

En los estados I: sobre 15 estados I A no hay ninguna muerte conocida. Cuatro perdidas de vista asintomáticas con controles que oscilan entre 1 y 8 años. En 6 estados I B tampoco hay ninguna muerte conocida. Hay una con tumor y otra sin tumor aparente pero caquética y cuatro asintomáticas con controles de 0 a 1½ años.

En el cuadro 7 se ven los resultados globales obtenidos en los 95 casos de tumores epiteliales, presentados según los cálculos actuariales que hemos mencionado, preconizados por Berkson y Gage y Gutler y Ederer (1, 2). La cifra de un 56% de supervivencia a los 5 años es sorpresiva y a pesar de que los cálculos hechos se han ajustado estrictamente a las fórmulas dadas por los citados autores, no se está en capacidad de asegurar si ésta cifra se acerca a la realidad.

Una de las razones que se tuvo para emprender ésta revisión de casos fue la disparidad de criterio, dentro y fuera del país, sobre la conveniencia de dejar o no el útero en la intervención inicial, para que él sirva como recipiente en donde aplicar radium intracavitario e irradiar mejor así la zona periuterina. Del grupo de casos revisados no se pudo llegar a ninguna conclusión positiva a este respec-

to. Necesitamos más tiempo de control y mayor número de observaciones, proponiéndonos en el futuro un estudio ciego comparativo, para poder llegar a definir este punto sobre el cual, tampoco se han puesto de acuerdo los autores extranjeros. En Norte América no existe ninguna escuela que deje el útero a propósito, en cambio en Inglaterra y en Suecia se hace de rutina, por lo general (3, 4, 5, 6). Queremos si insistir en que siempre que se deje útero debe aplicarse radium intracavitario y la paciente requiere nueva laparotomía para la Histerectomía y extirpación del anexo restante si se ha conservado alguno. Por otra parte la sola extirpación de los anexos facilita muchas veces la laparotomía inicial con menor traumatismo para la paciente en la que posteriormente ya irradiada, va a ser más fácil de practicar la Histerectomía. Además de esto en los casos en que no se cuenta con biopsia por congelación o en que ella sea dudosa, lo lógico es ésta conducta conservativa que sin exponer la paciente a cirugía innecesaria le permite un tratamiento adecuado posterior.

En lo que a los tumores especiales se relaciona ya hemos mencionado que su comportamiento biológico es diferente y no hemos querido sacar cuadro de resultados. Simplemente queremos presentar la evolución resumida de un Tumor de la Granulosa que muestra las características de ellos con reproducciones después de varios años. Es la Historia Nº 39.685:

en diciembre de 1951 con diagnóstico de Tumor de la Granulosa se practica histerectomía total y salpingo-ooforectomía bilateral; el T. era del ovario derecho, libre, y no se rompió en la intervención, tratándose después con Roentgenterapia. Posteriormente en febrero de 1956 presenta masa en el Douglas y fosa ilíaca derecha con invasión a la muscular de la vejiga. Se hace resección por nueva laparotomía seguida de oro radioactivo, 120 milicurios intraperitoneales. En enero de 1960 presenta adenocarcinoma papilar del seno derecho y nueva reproducción en pelvis tratada con rayos x. Finalmente en marzo de 1963, once años después del tratamiento inicial, nueva reproducción en pelvis y nuevo tratamiento con rayos x. Es de notar que desde 1956 había una som-

bra sospechosa en la base del pulmón derecho. La paciente permanece en buen estado.

Resumen

Se presenta un grupo de 121 casos de tumores malignos del ovario observados en el Instituto Nacional de Cancerología, clasificándolos de acuerdo con Estados Clínicos y Tipo Histológico y subrayando la importancia de "estandarizar" los datos básicos para hacerlos comparables de acuerdo con las recomendaciones del Comité de Cáncer de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia.

Se hacen comentarios en relación con los datos paraclínicos, tipos de tratamiento y resultados.

BIBLIOGRAFIA

1. Y. BERKSON and R. P. GOGG: Specific Method of calculating survival rates of Pts. with cancer - G. J. Pack and I. Ariel. Treatment of Ca. and allied diseases P. B. Hoeber Inc. Ed. 1958.
2. S. J. CUTLER and EDERER: Maximum utilization of the life **Table Method** in analyzing **survival** J. Chron. Dis. V. 8 N° 6. Dec. 1958.
3. PH. RUBIN: **Therapy of ovarian Ca.** Am. Y. of Roentgenology V. 88 N° 5. P. 833. Nov. 1962.
4. PH. RUBIN et al.: **Has postoperative irradiation proved itself.** Am. J. of Roentgenology. V. 88 N° 5. P. 849. Nov. 1962.
5. H. L. K. OTTMEIER: **Modern trends in the treatment of patients with semi malignant and Malignant ovarian tumors.** Carcinoma of the Uterine cervix endometrium and ovary thew of Texas M. D. Anderson Hospital, The year book of publishers Ed. Chicago Ill. 1962.
6. G. T. PACK and I. M. ARIEL: **Tumors of the female genitalia.** Harpers & Brothers Publ. B. Y. 1962.
7. DALEY A. M.: J. of Roentgenology. V. 88 N° 5. Nov. 1962.