

REVISIÓN DE 116 CASOS DE CARCINOMA DE OVARIO EN EL HOSPITAL MÉXICO DE LA CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL

*Dr. Vinicio Pérez Ulloa * Dr. Jorge Alberto Fonseca Castellanos ***

*Dr. Roberto Martínez López ***

OBJETIVOS:

La finalidad del presente estudio es la interrelación de la morbi/mortalidad entre la edad, paridad, estadio clínico, tipos histológicos más frecuentes y tratamiento en los 116 casos revisados en 14 años del Servicio de Oncología del Hospital México, CCS. S.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Se revisaron 116 expedientes con código internacional No. 183 (cáncer de ovario) comprendiendo 90 pacientes vivas y 26 fallecidas entre los años 1969- 1983.

En las siguientes tablas se evalúan los parámetros: edad; paridad; tipos histológicos; frecuencia del lugar de las neoplasias; estadio clínico y tratamiento en la sobrevida de las pacientes fallecidas. Para fines estadísticos la morbi/mortalidad de pacientes vivas no se efectuó ya que muchos casos son remitidos a su clínica de adscripción y en este servicio de oncología no se tiene el seguimiento de los mismos.

En relación a la edad y origen tumoral, se encontró en el estudio (tabla 1 - 2) una incidencia mayor

entre las edades de 11 a 20 años y 41 a 50 años, siendo la estirpe histológica más frecuente en la 5a. de la vida, las neoplasias epiteliales con 30 casos dando un 25.86o/o y los tumores derivados de células germinales (una sola estirpe) con 22 casos y un 18.96o/o.

TABLA I

EDAD	No.	o/o
0 - 10	1	0.86
11 - 20	22	18.96
21 - 30	12	10.34
31 - 40	9	7.75
41 - 50	30	25.86
51 - 60	20	17.24
60 o +	22	18.96

TABLA II

Edad	Epiteliales	Cordón Sexual	Germinales	Metastásico
0				
0 - 10	0	0	1	0
11 - 20	4	0	18	0
21 - 30	7	1	5	0
31 - 40	7	1	0	0
41 - 50	26	2	0	1
51 - 60	17	1	0	1
61 o +	15	3	6	0

(*) Jefe Servicio Oncología, Hospital México, C. R.

(**) Jefe y Sub-Jefe de Residentes G/O

Hosp, Materno Infantil, Honduras, C. A.

TABLA III

Tumores epiteliales	No.	o/o
Cistoadenocarcinoma seroso	47	40.51
Cistoadenocarcinoma mucinoso	14	12.06
Carcinoma endometroide	9	7.75
Carcinoma mesonefroide	4	3.44
T. Brenner	1	0.86
Cordón sexual		
Tumor de la granulosa	8	6.89
Tumores germinales		
Disgerminoma	22	18.96
Seno endodérmico	1	0.86
C.A. embrionario	1	0.86
Teratomas	7	6.03
Metastásico		
Krukemberg	2	1.72

Desglosando en la tabla No. 3 los tipos histológicos más frecuentes en el presente estudio encontramos, que la 5 o. década de la vida la estirpe neoplásica más frecuente es el tumor cistoadenocarcinoma seroso con 47 casos y un 40.51o/o y el siguiente tumor en frecuencia es en la segunda década siendo el disgerminoma con 22 casos y 18.96o/o del total de tumores, en menor frecuencia encontramos los tumores Brenner, seno endodérmico, carcinoma embrionario y Krukemberg.

TABLA IV

Ovario	O.D.	O.I.	Bilateral	T:
Ptes. vivos	37/31.89 o/o	28/24.13 o/o	25/21.55 o/o	90
Ptes. muertos	11/ 0.48 o/o	5/ 4.31 o/o	10/ 8.62 o/o	26
Total:	48	33	35	116

De la tabla No. 4 los 116 casos revisados 48 de los pacientes tenían tumor en ovario derecho con 41.37o/o, 33 casos en ovario izquierdo con 28.44o/o y 35 casos bilaterales con 30.17o/o, como se demostró en la tabla anterior la mayor incidencia de cáncer se encontró en ovario derecho haciendo una separación didáctica entre pacientes vivas y fallecidas.

TABLA V

Estadio	No.	o/o
I	25	21.55
II	22	18.96
III	44	37.93
IV	25	21.55
TOTAL:	116	100

Con respecto al estadio clínico de los 116 casos se encontró que la mayor incidencia fue estadio clínico III (F.I.G.O.) con 44 pacientes y un 37.93o/o, 25 casos estaban clasificados en estadios I y IV con un porcentaje de 21.55o/o y en menor frecuencia estadio clínico II 22 casos con 18.96o/o, esto es importante en relación al estadio para pronóstico y tratamiento (tabla V).

TABLA VI

Paridad	
0 - 46	8 - 3
1 - 12	9 - 4
2 - 15	10 - 2
3 - 9	11 - 2
4 - 6	12 - 2
5 - 4	13 - 2
6 - 2	14 - 5
7 - 2	15 - 0

Correlacionando las tablas I y VI (edad y paridad) encontramos que no existe algún factor predisponente entre el número de hijos y la aparición de la neoplasia.



TABLA VII

Tipos Histológicos	Años de Sobrevida					
Ca. Cels. de la Granulosa	1	0	0	0	1	1
Cistoadenocarcinoma seroso	9	1	1	2	0	0
Carcinoma						

Con respecto a la tabla No. VII de las 26 pacientes fallecidas 16 tuvieron una sobre vida menor de un año (61.53o/o) y 5 pacientes una sobrevida de 1 - 2 años (19.23o/o) del restante de las pacientes 5 tuvieron una sobrevida mayor de 3 años (19.23o/o) todas estas pacientes fueron manejadas con estadio clínico III — IV. Se individualizó cada caso para su tratamiento ya que independientemente del estadio clínico se efectuaron un total de 12 esquemas de tratamiento como se señala en la tabla No. VIII.

TRATAMIENTO	ESTADIO				CLINICO
	I	II	III	IV	T
HAT+SOB+RAD+QUL	1	0	1	0	1
HAT+SOB+OMENTECT+QUL	0	0	1	2	3
HAT+SOB+OMENTECT+RAD.	0	0	0	1	1
HAT+SOB+RAD.	0	0	2	0	2
HAT+SOB+RAD+QUL	0	0	2	0	2
HAT+SOB+QUL	0	0	3	1	4
SOB+RAD+QUL	0	0	1	0	1
SOB+OMENTECT.	0	0	0	1	1
SOB.	0	0	0	1	1
SOB+RAD.	0	0	1	0	1
LAP+BIOPSIA+QUL	0	0	2	5	7
LAP+BIOPSIA+RAD y QUL	0	0	1	0	1
LAP+BIOPSIA+QUL+RAD.	0	0	0	1	1
TOTAL:	0	0	14	12	26

TABLA VIH

DISCUSIÓN:

En los Estados Unidos de Norteamérica se descubren cerca de 17.000 casos nuevos de cáncer de ovario, en Costa Rica se descubrieron 33 casos de neoplasias ováricas entre los meses de enero a setiembre del 82. Por regla general la mayor parte de tumores quísticos son benignos y la mayor parte de sólidos son malignos, pero pueden observarse cualquier combinación con grados variables de malignidad (1) la probabilidad que una mujer desarrolle Ca de ovario en la 4o. década de la vida es de un 0.9o/o la cual tiende a disminuir después de los 70 años.

En el presente estudio la mayor incidencia de neoplasias ováricas se encontró al cistoadenocarcinoma seroso y al disgerminoma como las tumoraciones más frecuentes, de las que podemos agregar lo siguiente:

Los tumores epiteliales constituyen la mayoría de las neoplasias ováricas con un 90o/o de las cuales corresponden en un 75o/o a las neoplasias malignas (1). (3), el cistoadenocarcinoma seroso es el prototipo maligno del cistoadenoma seroso, mucho más común que la variedad mucinosa, se caracteriza casi siempre por una arquitectura papilar, no es raro que la formación papilar asiente en la superficie o interior de la neoplasia produciendo en un alto porcentaje ascitis por implantes peritoneales por crecimiento papilar.

En cuanto al disgerminoma no se ha podido determinar la frecuencia real de la neoplasia, representando un 4o/o de los tumores malignos del ovario (1-2-3) y el 1o/o de las neoplasias sólidas. Tradicionalmente era el tumor que más se descubría con los casos de pseudo hermafroditismo y por lo tanto se creía que se originaba de un testículo o de un ovotestes, sin embargo ahora se sabe que puede presentarse con cierta frecuencia en mujeres normales e inclusive durante el embarazo sin establecerse relación con este mismo.

En el año de 1964 algunos autores (5) examinaron su experiencia con disgerminoma, demostrándose que el 11.70o/o son unilaterales y encapsulados con una sobrevida a 5 años de 33.95o/o, los tumores de células germinales tienden a dar metástasis

ganglionares mucho más frecuente que los epiteliales y del cordón sexual.

CONCLUSIONES:

- Entre mayor es el estadio clínico es inversamente proporcional la sobrevivencia del paciente.
- En el presente estudio se vio una incidencia mayor en relación al ovario derecho que esto debe ser tomado muy en cuenta ya que el cirujano debe de tomar una determinación acerca de la extirpación del ovario como medida profiláctica.
- En relación a la tabla I y VI no se puede dilucidar algún factor predisponente entre la edad, paridad y aparición de la neoplasia así como tampoco por los escasos datos recopilados en los expedientes, se puede concluir que los antecedentes heredo-familiares influyan en la aparición del tumor.
- Cualquier paciente que se someta a cirugía por masa abdominal independientemente del tamaño de la neoplasia se deberán seguir los siguientes pasos:
 - a.- Biopsia excisional para congelación.
 - b.- Colección líquido ascitis o lavado peritoneal
 - c.- Biopsia de piso pélvico, paredes laterales de pelvis, ganglios retroperitoneales, superficie inferior del diafragma (cuando macroscópicamente se sospeche malignidad).
 - d.- Remoción del omento mayor.
- Con relación a la sobrevivencia de las pacientes fallecidas estadio clínico y esquema de tratamiento, consideramos adecuado estandarizar normas en relación al esquema terapéutico ya que en los 26 casos revisados se encontraron 13 esquemas de tratamiento diferente.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Novak. Jones. Jones
Tratado de Ginecología octava edición 1971, pág. 448 - 569.'
- 2.-Zarate A. Canales. Elias.
Endocrinología Ginecológica del embarazo 1981, pág. 102.
- 3.- Benson R.
Diagnóstico y tratamiento Gineco-obstétrico 1979, pág. 272-311.
- 4.-Current Concepts in Oncology.
July/Agost 1981, volumen 3, No. 4.
- 5.- Malkasian G.D.J.R. Symmonds R. E.
Treatment of the unilateral encapsulated ovarian Dysgerminoma AM. J. Obst/Gynecol, vol-90 No. 379, 1964.
- 6.-Simposium Internacional sobre el tratamiento multidisciplinario del cáncer ginecológico, mayo-1983.
- 7.- FIGO- News I T J. Gynecol/Obstet, vol 9 No. 172.
- 8.- Principles of Cancer Treatment Stephen K. Carter 1982, No. 479, pág. 52-53.

