



Trabajo original

Hospital Provincial Docente “Vladimir Ilich Lenin” Servicio de Cirugía - Oncología. Holguín. Cuba.

Diagnóstico y tratamiento quirúrgico del cáncer de ovario en el Hospital “Vladimir Ilich Lenin”. Holguín.

Ovarian Cancer. Diagnosis and Surgical Treatment. “Vladimir Ilich Lenin”. Hospital

Adalberto Moreno Antunes¹, Bárbara Haliberto Armenteros², Roberto Morán Piñero³, Charles Anderson Croswell⁴, Rafael Francisco Vera López⁵.

1 Especialista de Primer Grado de MGI y Cirugía General. Hospital de Rafael Freyre.

2 Especialista de Primer Grado Cirugía General y Profesora Instructora. Hospital Clínico

Quirúrgico, Holguín.

3 Especialista de Primer Grado de MGI y Cirugía General. Hospital de Rafael Freyre.

4 Especialista I Grado de MGI. Hospital de Rafael Freyre.

5 Especialista de II Grado y Profesor Auxiliar de Cirugía General. Hospital Clínico Quirúrgico Lucía Iniguez, Holguín.

RESUMEN

Se realiza un estudio descriptivo de corte transversal en 75 pacientes con cáncer de ovario asistidas en consultas especializadas en el Hospital “Vladimir Ilich Lenin” de Holguín en el período 2000-2005 con el objetivo de evaluar algunas variables de interés en relación con el comportamiento, estadio y tratamiento quirúrgico. Se analizan los grupos etáreos donde se aprecia predominio en el 45.3% en las edades de 61 y más años. Los antecedentes de riesgos más frecuentes fueron la dieta rica en grasa animal y tener una historia familiar de primer grado (madre, hija o hermana) con el 28.70% y 25.02% respectivamente, presentándose en primer orden la enfermedad de la madre. Respecto a los medios diagnósticos se demuestra el mejor índice de positividad para el ultrasonido transvaginal en 94.33%. La etapa III A fue la de mayor índice con el 21.3%. La histerectomía total abdominal más salpingo-ooforectomía bilateral más omentectomía más citorreducción máxima fue el proceder quirúrgico más realizado en el 82.6%. Los tumores epiteliales fueron los más frecuentes con el 84%, la variedad histológica fue el cistoadenocarcinoma seroso en el 41.3%.

Palabras clave: cáncer de ovario/ diagnóstico.

ABSTRACT

A descriptive study in 75 female patients with ovarian cancer at “V.I Lenin” Hospital from 2000 to 2005 was carried out, aimed at assessing some variables related with its behavior, stage and surgical treatment. The prevailing age group was 61 years old and older representing 45.3 %. The most frequent risk factors were high-fat diet and family history with 28.70% and 25.02 % respectively. The most effective diagnostic method was transvaginal ultrasound representing

94.33 %. Stage IIIA was the one with highest index (21.3%) Total hysterectomy, bilateral salpingoophorectomy, omentectomy and cytereduction were the most surgical approaches performed with 82.6%. Serous cystadenocarcinoma was the most frequent tumor found.

Key words: ovarian cancer, diagnosis.

INTRODUCCIÓN

El conocimiento del cáncer de ovario es bastante antiguo. Estudios anatómicos y radiológicos en momias de la IV dinastía de los reyes egipcios (2900-2700 a.n.e) evidenciaron lesiones carcinomatosas. Luego en el papiro de Edwin Smith que data de la dinastía egipcia (1600 a.n.e) se establecen aspectos relacionados al cáncer y se describen diversas formas de tratamiento quirúrgico. Hipócrates (460-370 a.n.e) fue quien describió por primera vez el cáncer utilizando los términos carcinos y carcinoma. ⁽¹⁾

En 1854 Thomas Spencer Wells realizó con éxito la primera ooforectomía por un tumor maligno de ovario, en 1880 reportó los primeros 1000 casos de tumores de ovarios tratados por él. Más tarde en 1915 Robert Meyer describe y clasifica las neoplasias de ovario ⁽²⁾.

Los tumores del tracto genital femenino representan mundialmente una quinta parte de los tumores de la mujer, siendo el cáncer de ovario el segundo con un 4,3% sólo superado por el carcinoma de Cerviz (11,6%) ⁽³⁾.

En los Estados Unidos los tumores malignos de ovario ocupan el cuarto lugar en incidencia como neoplasia ginecológica, pero es la primera causa de muerte en la mujer, con una mortalidad anual del 65,0% ^{(4) (5)}.

En Cuba el cáncer de ovario ocupa el sexto lugar entre las neoplasias malignas que afectan a la mujer. Representando la cuarta causa de muerte por cáncer ginecológico. La tasa de incidencia nacional reportada en 1998 fue de 2,7 x 100 000 pero ha tenido un importante incremento en el año 2000 para una incidencia de 7,6 x 100 000 ⁽⁶⁾.

El cáncer de ovario es denominado “el asesino silencioso” ^{(7) (8) (9)} pues no presenta síntomas o signos específicos particularmente en etapa inicial. En nuestro medio el diagnóstico es difícil y tardío, no encontramos chequeo sistemático, existen diferentes criterios en su tratamiento, y por lo general las pacientes nos llegan en estadios avanzados, esto nos motivó a realizar un estudio con el objetivo de conocer determinadas variables como comportamiento, estadía y tratamiento quirúrgico para determinar nuestros indicadores y mejorar el problema.

METODO

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en pacientes con cáncer de ovario seguidos por consulta especializada del Hospital Docente Vladimir Ilich Lenin de Holguín, en el período de enero de 2000- diciembre de 2005, con el propósito de evaluar algunas variables de interés en relación con el comportamiento, estadía y tratamiento quirúrgico. El universo de estudio estuvo constituido por 75 pacientes, éstas fueron seguidas hasta el alta quirúrgica para evaluar los objetivos y variables propuestas. Se utilizaron indicadores estadísticos de tipo descriptivos:

número absoluto y por ciento. Se confeccionó una base de datos de las variables estudiadas con la ayuda de un paquete EPI-INFO 6.04 con el programa Microsoft Word y Excel para documentos gráficos. Se procesaron los datos obtenidos en las encuestas, historias clínicas y se llevaron a cuadro de distribución de frecuencia simple. Se realizó análisis y discusión de la información obtenida, se compararon con los resultados de autores internacionales, se elaboraron las conclusiones que responden a los objetivos planteados en nuestra investigación.

RESULTADOS

En el cuadro 1 se muestra que los grupos etéreos más afectados fueron los de más 61 y de 46-60 años con un 45.3% y el 29.3% respectivamente.

Cuadro 1. Comportamiento del cáncer de ovario según la edad.

Edades	2000	2001	2002	Años 2003	2004	2005	Total	
							No	%
15-30	2	1	1	-	2	1	7	9,3
31-45	2	1	1	1	3	4	12	16,0
46-60	4	2	3	3	4	6	22	29,3
Más de 61	5	4	5	6	6	8	34	45,3
Total	13	8	10	10	15	19	75	100

Fuente: Registro provincial del cáncer.

Dpto. Provincial de estadísticas. Holguín.

Historia clínica.

Respecto a los factores de riesgos en las pacientes en este estudio se muestra en orden decreciente (cuadro No. 2). El 100% de las pacientes presentó uno o más antecedentes de riesgo con predominio en la dieta rica en grasa animal con el 28,70%. Historia familiar de primer grado 25,02%. Otro aspecto importante fue la nuliparidad en el 19,44%.

Cuadro 2. Antecedentes de riesgos.

Riesgo elevado	No	%*
Dieta rica en grasa animal	31	28,70
Historia familiar de I grado (madre, hija hermana)	27	25,02
Nuliparidad	21	19,44
Ingestión de fármacos para la infertilidad	17	15,74
Talco en región perineal	9	8,33
Antecedentes personal de cáncer de mama	3	2,77
total	108	100

Fuente: historias clínicas y encuestas.

El examen complementario de mayor índice de positividad fue el ultrasonido transvaginal en el 94,33%. El ultrasonido abdominal se le realizó a 71 pacientes con un índice de positividad del 92,95%. En la literatura nacional e internacional revisada ⁽⁶⁾ ⁽⁷⁾ ⁽⁸⁾ se prefiere el ultrasonido transvaginal ya que tiene una sensibilidad, especificidad, índice de positividad superior. Un avance más reciente de la técnica ecografía es la utilización del Doppler Color transvaginal ⁽⁸⁾, la

misma permite una valoración del flujo vascular y proporciona información adicional sobre el potencial de malignidad de las masas anexiales: (cuadro3)

Cuadro 3. Complementarios realizados.

Complementarios	Realizados	Positivos	Índice de positividad %
Ultrasonido abdominal	71	66	92,95
Ultrasonido transvaginal	53	50	94,33
Laparoscopia	24	22	91,66

Fuente: historias clínicas y encuestas.

El estudio del diagnóstico por etapas (cuadro 4) muestra un alto índice del estadio IIIA con 21,3 % lo cual indica un diagnóstico tardío, los estadios IIC, IIB muestra índice del 16,0 % y el 12,0% respectivamente, el estadio IA y IB muestran bajo índice en el diagnóstico con el 5,3% por lo que demuestra que la mayoría de las pacientes llegan en etapas avanzadas.

Cuadro 4. Diagnóstico por etapas.

Etapa	2000	2001	2002	2003	2004	2005	No	%
IA	-	-	-	1	1	2	4	5.3
IB	1	-	-	-	1	2	4	5.3
IC	1	-	1	-	1	2	5	6.6
IIA	1	-	1	-	1	3	6	8.0
IIB	1	1	1	2	2	2	9	12.0
IIC	2	1	2	2	2	3	12	16.0
IIIA	3	3	2	2	3	3	16	21.3
IIIB	1	1	1	1	2	-	6	8.0
IIIC	1	1	1	1	1	-	5	6.6
IV	2	1	1	1	1	2	8	10.6
TOTAL	13	8	10	10	15	19	75	100.00

Fuente: historias clínicas y encuestas.

Las técnicas quirúrgicas realizadas (cuadro 5), que se seleccionaron de acuerdo con el estadio clínico, así podemos señalar que las más frecuentes fueron la histerectomía con salpingo-ooforectomía bilateral más omentectomía y citorreducción máxima en 62 pacientes para el 82,6%.

La histerectomía total abdominal más salpingo-ooforectomía bilateral más omentectomía se realizó en nueve pacientes para el 12%, la anexectomía unilateral más cuña del ovario contralateral se realizó en cuatro pacientes jóvenes, nulípara, sin historia de infertilidad, con su consentimiento en estadio IA representando el 5,3%, completándole el tratamiento tan pronto terminó la gestación con buenos resultados. Esta conducta fue publicada por la Sociedad Oncológica Centro Americana y del Caribe (SOCECAR) en su congreso Onco 2004 ⁽⁶⁾

Cuadro 5. Tratamiento quirúrgico por etapas.

Etapa	Anexectomía unilateral + Cuña del ovario contra lateral		HTA + SOB+ Omentectomía		HTA + SOB + Omentectomía citorreducción		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%
IA	4	5,3					4	5,3
IB			4	5,3			4	5,3
IC			5	6,6			5	6,6
IIA					6	8,0	6	8,0
IIB					9	12,0	9	12,0
IIC					12	16,0	12	16,0
IIIA					16	21,3	16	21,3
IIIB					6	8,0	6	8,0
IIIC					5	6,6	5	6,6
IV					8	10,6	8	10,6
Total	4	5,3	9	12	62	82,6	75	100

Fuente: historias clínicas, formulario.

Leyenda: HTA: hysterectomía total abdominal.

SOB: salpingo-ooforectomía bilateral.

Los tumores epiteliales fueron los más frecuentes con un 84,0 % predominando los serosos con un 41,3% (cuadro 6) y los mucinosos representaron el 22,6%. El carcinoma indiferenciado se presentó en el 4% de los casos, siendo una variedad histológica agresiva con mal pronóstico y baja supervivencia a los cinco años.

Cuadro 6. Diagnóstico histológico

Tipo histológico	2000	2001	2002	2003	2004	2005	No.	%
Cistoadenocarcinoma seroso	4	5	5	4	6	7	31	41,3
Mucinoso	4	1	2	2	3	5	17	22,6
Endometroide	3	1	2	1	4	3	14	18,6
Célula claras					1		1	0,7
Carcinoma indiferenciado		1		1		1	3	4,0
Disgerminoma	1					1	2	1,5
Teratoma inmaduro						2	2	1,5
Tumor del seno endodérmico					1		1	0,7
Carcinoma de la granulosa				1			1	0,7
Metástasis en los ovarios	1		1	1			3	4,0
total	13	8	10	10	15	19	75	100

Fuente: historia clínica.

Dpto. de Anatomía Patológica.

Entre las complicaciones más frecuentes (cuadro 7) tenemos la dilatación gástrica aguda en cinco pacientes para un 6,6%, el íleo paralítico prolongado en cuatro pacientes con 5,3%. El 80% de las pacientes no presentó complicaciones durante los tres años de seguimiento.

Cuadro 7. Complicaciones más frecuentes en el postoperatorio.

Complicación	No.	%
Dilatación gástrica aguda	5	6,6
Ílio paralítico prolongado	4	5,3
Infección del sitio operatorio	3	4,0
Hematoma subcutáneo	2	2,6
Otras	1	1,3
Ninguna	60	80
Total	75	100

Fuente: historia clínica y formularios.

DISCUSION

El cáncer de ovario en Cuba en el año 2000 representó una incidencia del 7,6 x 100 000 constituyendo así un problema de salud en nuestro país. Se plantean que una de cada 70 mujeres podrá presentar cáncer de ovario en algún momento de su vida. El 25% de las neoplasias de ovario son frecuentes a mediados de la vida adulta siendo raros antes de la pubertad y después de la menopausia. En Cuba aproximadamente 5-10 % de las mujeres con cáncer de ovarios tienen la probabilidad de heredar el gen en un 50% en los familiares de primer grado. Algunos autores han demostrado que las nulíparas tienen hasta 2,45 veces más posibilidades de desarrollar esta neoplasia que las mujeres que habían tenido tres o más embarazos⁽³⁾⁽⁵⁾

El cáncer de ovario no presenta signos o síntomas específicos, particularmente en etapa inicial. La mayoría de las veces, el diagnóstico se establece en estadios avanzados cuando la enfermedad se ha diseminado más allá de los ovarios, donde las manifestaciones más comunes son la ascitis, la distensión abdominal y el dolor⁽⁶⁾.

Como medios diagnósticos Kailan⁽⁷⁾ refiere en su estudio que la ecografía transvaginal muestra una sensibilidad superior al 95% con un valor predictivo positivo de un 93% coincidiendo con nuestro trabajo. Dejando al ultrasonido abdominal con mejor especificidad en cuanto a la extensión de la enfermedad (implantes peritoneales, adenopatías retroperitoneales, metástasis, hepáticas, pieloectasia, ascitis).

Se reporta en literatura internacional⁽⁸⁾ que alrededor del 12% de los tumores de ovario se diagnostican en estadio IA, IB encontrando relación con nuestro trabajo respecto al por ciento (11%) pero no en relación con diagnóstico temprano al mostrar su mayor número el estadio III A con un 21,3% en la mayoría de los casos.

Según reporte internacional los tumores epiteliales representan el 80% de todos los cánceres de ovario, destacando los índices más altos los tumores serosos en un 40%, lo cual coincide con nuestro trabajo.⁽⁶⁾⁽⁸⁾⁽⁹⁾

En nuestra investigación el 82,6% de las pacientes se le realizó histerectomía total abdominal más salpingo-ooforectomía bilateral, más omentectomía, más citorreducción máxima, esto pudiera explicar el cumplimiento estricto de las normas oncológicas y por consecuencia la aparición de

las complicaciones mencionadas. Se denomina cirugía citorreductora primaria de Debulking a la extracción de grandes masas intrapélvicas que tiene un gran aporte sanguíneo, dejando el mínimo de tejido y sus objetivos son, confirmación diagnóstica, estadiaje, determinación de la extensión real del proceso, realizar la máxima cirugía citorreductora. Se considera cirugía óptima cuando consigue extirpar la enfermedad abdominal con masas residuales no mayores de 1-2 cm de diámetro y cirugía subóptima cuando dejamos masas residuales mayores de 1-2 cm.

En estudios realizados Hempling⁽¹⁰⁾ plantean que las pacientes que se le realicen anexectomía unilateral más cuña del ovario contralateral deben encontrarse en estadio IA bien diferenciado, en pacientes jóvenes y de baja paridad con posibilidad de seguimiento posterior estricto, completar el tratamiento con histerectomía total abdominal más salpingo-ooforectomía del ovario restante más omentectomía tras completar el deseo gestacional, lo cual coincide con nuestra conducta quirúrgica en estas pacientes.

El volumen tumoral residual posterior a la cirugía primaria está relacionado con la supervivencia de las pacientes. Las pacientes con citorreducción óptima tienen una supervivencia media de 39 meses y sólo 17 meses para aquellas con citorreducción sub-óptima.⁽¹⁰⁾⁽¹¹⁾

Debemos tener en cuenta que la tasa de falsos negativos del Second Look se sitúa alrededor del 20% (Niklin JL, 1998)⁽⁶⁾⁽¹¹⁾.

CONCLUSIONES

El grupo etáreo más afectado fue el de 61 y más años de edad. Los antecedentes de riesgo más frecuentes fueron la dieta rica en grasa animal y la historia de primer grado (madre, hija, hermana), predominando en la madre. El medio diagnóstico de más alto índice de positividad fue el ultrasonido transvaginal. La etapa III A fue la de mayor índice. La histerectomía total abdominal con salpingo-ooforectomía bilateral, más omentectomía y citorreducción máxima fue la más realizada dentro del tratamiento quirúrgico. Los tumores epiteliales y la dilatación gástrica aguda (como complicación) fueron los más frecuentes, predominando en el primero el citoadenocarcinoma seroso.

BIBLIOGRAFIA

1. Madero M. Historia de la medicina en la provincia del Guayas. Guayas: Ed Casa de la cultura; 1955.p. 21-29.
2. Dargallos I. Etapas de la cirugía. Historia de la cirugía. Barcelona: Mc Graw Hill; 1989.
3. Parkin DM. Cancer incidence in five continents. En: Lyon: International agency for research on cancer v7. California: Scientific publication; 2002.
4. Gattomo F, Nieves N. Cáncer de ovario. En: Cantele H, Méndez A. Semiología y patología quirúrgica; 2003.p. 479-300.
5. Grimes DA. Economy KE (Universidad de California, San Francisco). Prevención primaria de cáncer ginecológico. Am J obstet 2004; 172: 227-235.
6. Soriano García JL, Galán Alvarez Y, Guerra Yi M. Diagnostico y tratamiento el cáncer. Guía de recomendaciones. Ciudad de la Habana: SOCECAR; 2004.p.4-8.
7. Kailan By, Plait LD. Ovarian cancer screening the role of ultrasound in early detection-cancer. 2004; 76(supl 10): 2011-5.

8. Zarcone R, Belline P, Carfona E, Monarca M, Longo M, Cardone A. Role of ultrasonography in the early diagnosis of ovarian cancer. *European journal of gynecological oncology* 2002; 18 (5): 418-9.
9. Oleasr R, Sánchez J, Plaza I, Marengo C. Cáncer de ovario. *Epidemiología y correlación clínico-patológica. Oncología* 2003; 2(1): 52-57.
10. Steven Prives M, Hempling RE. Cáncer de ovario: etiología, Screening, oforectomía profiláctica y cirugía: En: Rock J, Thompson J D. *Te Linde ginecología quirúrgica*. 8 ed. Bogotá: Ed Médico panamericana; 2001.p. 1579-1588.
11. Sánchez J, Plaza J, Marengo C. Tratamiento quirúrgico del cáncer de ovario epitelial. *Rev. Guayaquil*. 2001; 75: 17-36.

Correspondencia: Dr. Rafael Francisco Vera López. Calle21# 90 % 12 y 14. Rpto" La Quinta". Holguín. Cuba. Correo electrónico: vera@cristal.hlg.sld.cu