CIR. DEL URUGUAY, V. 51, Nº 4: 362-387, julio/agosto 1981

MESA REDONDA

Cáncer de ovario

Coordinador: Dr. Mario Olazábal
Ponentes: Dres. Oscar Blanchard, Carlos Giampietro, José M. Mainetti, José A. Mautone, Hugo Méndez Aserito, Moisés Rearden y Ramón Rodríguez de Armas

El cáncer de ovario es un frecuente proceso que encuentra el Cirujano General y que debe resolverlo de la mejor manera posible.

Como hemos dicho antes, en el tratamiento del cáncer sólo hay una oportunidad y esa es la primera.

En el curso de esta mesa redonda se ha estudiado la fisiopatología del cáncer de ovario, sus vías de diseminación, la historia como enfermedad, sus complicaciones y su tratamiento.

La sintomatología de esta enfermedad es tardía y cuando la paciente llega al médico las 2/3 partes han perdido toda posibilidad de curación.

Por lo tanto, el diagnóstico precoz es el eje del tratamiento.

Se han repasado todos los medios utilizados en el diagnóstico precoz y de todos ellos el exámen ginecológico, descubriendo una masa pálvica, todavía es el mejor método.

Se cifran muchas esperanzas en la ecografía ginecológica,

En suma, diagnosticada una masa para uterina sea por examen ginecológico o por ecografía, la paciente debe ser operada y la anatomía patológica será la que decidirá el diagnóstico.

Sólo operando precozmente los quistes de ovario, se hará un diagnóstico precoz del cáncer de ovario. (Entre el 10 y 15 % de los quistes de ovario aparentemente benignos, son malignos).

El tratamiento del cáncer de ovario operable, estadios I y II[a], consiste en Histerectomía total más Anexectomía bilateral, Omentectomía total y Apendicectomía.

Sólo hacen excepción a esta regla operatoria algunas mujeres muy jóvenes, embarazadas o que desean tener hijos, con tumores epiteliales con poca tendencia a la bilateralidad y recidiva (Tumores potencialmente malignos, cistoadeno carcinomas micosos, disgerminomas, etc.). En ellas la anexectomía es el tratamiento a realizar.

En el cáncer avanzado de ovario a veces es necesario extirpar grandes sectores de epiplón sigmoide, intestino delgado, peritoneo pélvico, resecciones parciales de vejiga, etc.

Este es un cáncer radio sensible y en el que la quimioterapia ha empezado a tomar gran impulso y tiene ya su lugar preeminente en el tratamiento.

Por lo tanto, a pesar de que la Cirugía es el principal método de tratamiento, debe asociársele siempre quimioterapia o radioterapia. La asociación dependerá del tipo histológico tumoral y de su sensibilidad a las radiaciones o a los quimioterápicos.

En los grandes tumores, el uso de quimioterapia y/o radioterapia pueden realizar una reducción tan importante del tumor que una nueva laparotomía los podrá extirpar.

Por último llamamos la atención de lo básico que sería aquí una buena profilaxis de los tumores malignos del ovario; ya que en nuestro medio del total de enfermas, que padecen un cáncer ovárico sólo sobreviven a los 5 años el 20 %.

Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS: Ovarian neoplasms.

Introducción

Dr. Mario F. Olazábal

Esta Mesa redonda sobre cáncer de ovario, tema elegido para el XXX Congreso Uruguayo de Cirugía tiene su importancia en que muy frecuentemente el Cirujano General se ve enfrentado a esta situación y debe resolverla y resolverla bien.

Se ha dicho con razón que en el tratamiento del cáncer hay una sola oportunidad de curación y ella es la primera. Por lo tanto, el Cirujano General que se enfrenta a esta situación ya sea en la cirugía de urgencia o en la cirugía en frío, debe conocer ampliamente este problema, para resolverlo de la mejor manera.

El cáncer de ovario participa por la anatomía y patología de los mismos problemas que otros cánceres abdominales y además es asiento frecuente de tumores metastásicos secundarios inclusive con características propias.

Profesor de Clínica Ginecotocológica (Fac. Medicina Montevideo).

Profesor de Clínica Ginecotocológica (Rep. Argent.). Residente de Clínica Ginecotocológica (Fac. Med. Montevideo. Profesor de Cirugía (Fac. Medicina de La Plata. Profesor de Anatomía Patológica (Fac. Med. Montevideo). Cirujano Jefe Hospital Mercedes M.S.P Profesor Agregado de Clínica Ginecotocológica y Residente de Clínica Ginecotocológica (Fac. Med. Montevideo).

Mesa Redonda del XXX Congreso Uruguayo de Cirugía. Montevideo, noviembre 1979.

Dirección: Av. Agraciada 2865, Montevideo. (Dr. M. Olazábal)

Datos estadísticos

Dr. Carlos Giampietro

La patología de la mujer, sobre todo a partir de cierta edad, está dominada por patología tumoral, fundamentalmente por la tumoral maligna.

Consideramos al igual que Zuckerman que "mientras otros enigmas han sido aclarados y otras plagas han sido vencidas, los tumores malignos siguen desafiando a la mente y a la mano del hombre". (39, 44)

HISTORIA

El verdadero conocimiento de la patología ovárica, principalmente la tumoral se inicia con la extirpación del órgano y estudio del mismo, es decir con la ooforectomía.

La primera ooferectomía fue realizada en 1809 por el Dr. Ephain Mc. Dowell iniciando con esto el comienzo de la cirugía abdominal ginecológica.

Posteriormente y en América Latina la intervención fue realizada: en 1861 en Chile por Rosendo Ortiz, en 1864 en Colombia por Leoncio Barreto, en 1865 en Venezuela por Francisco Bustamante.

En Uruguay el Dr. Enrique Estrázulas fue quien en 1874 realizó la primera. (39)

15 más se realizaron a continuación, entre este año y 1883, 9 por quistes multiloculares, 4 por quistes simples, 1 por sarcoma y 1 por fibrosarcoma. (39)

Agrupamos bajo el título de tumores de ovario una compleja entidad considerada por muchos no como una enfermedad única sino como un grupo de enfermedades unificadas bajo esta denominación por un conjunto de caracteres comunes.

El cáncer de ovario a pesar de su menor incidencia en relación con los demás cánceres genitales es el que presenta una mayor letalidad, ya que la falta de sintomatología y de signología que nos ayuden a reconocerlo y tratarlo precozmente contribuyen a ello.

Conceptualmente y considerado como un grupo de enfermedades puede en su comportamiento mostrar cursos clínicos diferentes con índice pronóstico variables.

Deseamos para recalcar la importancia del tema poner énfasis considerando que no se han logrado adelantos significativos en las últimas décadas en lo que se refiere al real mejoramiento de los índices de curación.

El problema es serio ya que el porcentaje de sobrevida a los 5 años es de alrededor de un 20 %, siendo menor en los países subdesarrollados. (30, 10, 39)

No sucede lo mismo con los demás cánceres genitales, en especial el uterino, sobre todo en su localización cervical, que a pesar de su elevada incidencia y mayor frecuencia, por lo que constituye uno de los problemas importantes de la salud pública, los métodos de reconocimiento hacen que su diagnóstico y tratamiento pueda realizarse precozmente elevando sus índices de curación.

El ovario comparado con otros órganos del cuerpo produce la mayor variedad de tipos histológicos de neoplasias. Es un órgano complejo en su embriología, histología, esteroidogénesis y en su potencial para malignizarse.

FRECUENCIA

En relación con la frecuencia hemos de decir que muchos de los datos que se van a leer en este trabajo han sido tomados del excelente relato del Dr. Arturo Villamil Muñoz, quien se ha dedicado durante más de 30 años al estudio de los tumores malignos del ovario intentando realizar un Registro Nacional para Tumores de Ovario, cuyas bases fueron ya aprobadas en el Sexto Congreso Uruguayo de Ginecología y Obstetricia.

De todas las neoplasias ováricas el 75 % son benignas.

La relación dada por los diferentes autores entre el cáncer de ovario y los demás tumores de ovario es la siguiente: 24 % para Ahumada; 21 % para Taylor; 15 % para Allan y Hertiz; 19.5 % para López y col. de Venezuela; 14 % para Flores Zaragoza de México. (39)

En Uruguay, en el Hospital de Clínicas la relación es de alrededor de un 15 %. (31)

Vemos que las cifras oscilan entre un 10 % y un 25 %.

En Latinoamérica, las cifras de incidencia de tumores de ovario son las siguientes: 12 % en Colombia, 10 % en Venezuela, 12.3 % en México, 9.25 % en Argentina y 7 % en Uruguay. (31, 39)

En relación con los demás carcinomas femeninos, el de ovario ocupa el 3er. lugar, siendo su frecuencia un 24 % de los cánceres del aparato reproductor de la mujer. (36)

En 1975 en los EE. UU. se diagnosticaron unos 17.000 casos nuevos de cáncer de ovario y en el mismo lapso fallecieron 10.800 mujeres por esta causa.

Admitiendo en términos generales que la incidencia del cáncer se encuentra en aumento (34 % en los hombres; 10 % en las mujeres) Corscaden (14) estima que para los cánceres ginecológicos más frecuentes el aumento fue de: 9 % para el de mama; 17 % para el cuerpo del útero; 18 % para el de cuello de útero y 19 % para el de ovario.

No se sabe si este incremento representa un aumento en la frecuencia de cáncer o en el número creciente de veces en que se diagnostica el tumor, pero se desprende con toda claridad que no se han hecho progresos importantes en lo que va del siglo en el diagnóstico temprano de lesiones ováricas o en nuestra capacidad de curar mujeres afectadas por esta enfermedad.

La frecuencia de tumores de ovario varía mucho entre diversos grupos geográficos socioeconómicos, raciales y religiosos.

Parece haber una correlación positiva entre el estado nutricional y socioeconómico satisfactorio y la mayor frecuencia de cáncer de ovario.

Una teoría viable señala que la nutrición inadecuada aminora la frecuencia de la ovulación, la cual en sí puede ser un factor oncógeno importante.

Muchos estudios recientes descubren posibles factores genéticos.

Las pacientes que han sufrido otras neoplasias primarias, en especial carcinoma de mama o endometrio, muestran una frecuencia mayor de cáncer de ovario, que tal vez represente una predisposición congénita al desarrollo de tumores, posiblemente por una insuficiencia inmunológica.

Se ha señalado el caso de varias familias entre las que hay una fuerte propensión a la aparición de tumores mesoteliales del ovario.

La frecuencia de la enfermedad maligna es 10.000 veces mayor en personas con inmunodeficiencias naturales en comparación con la población general de igual edad. (30)

La frecuencia de cáncer de ovario aumenta en mujeres que han sido sometidas a inmunosupresión debido a trasplante de tejidos o por la administración de agentes quimioterápicos por tener otros tumores.

En relación con la edad, Randall y Hall (38) reportaron: 281.9 mujeres/100.000 tienen cáncer de ovario después de los 45 años en comparación con 30.4/100.000 antes de los 45.

1 % de las mujeres mayores de 40 años sufrirían de cáncer de ovario y el 4 % de las que tienen menos de 70 años fallecerían por él. (30)

Ya en 1930 4 mujeres de 100.000 fallecían por esta enfermedad en comparación con 6.9 en 1949 y 7.6 en 1969, lo cual representa un incremento persistente. (30)

Según el Profesor Olazábal (39) el 75 % de los cánceres de ovario (3/4 partes de sus 44 casos) lo fueron en mujeres mayores de 40 años.

La mayor frecuencia de tumor ovárico se observa en mujeres 5 o más años después de su menopausia, lo que puede guardar relación con la inmunodeficiencia que acompaña al envejecimiento.

Una vez que los tumores de ovario producen síntomas, suelen ser mortales, estando 70 a 80 % en el estadio III o IV. (14)

En la actualidad se hacen esfuerzos importantes para contar con medios de diagnóstico temprano, ya que de por sí mejoraría grandemente el pronóstico.

La falta de técnicas para lograr un diagnóstico precoz en el cáncer de ovario ha llevado a que en la Clínica Mayo en los EE. UU. se opere a cualquier mujer mayor de 40 años que presente una masa anexial de 5 a 7 cms. de diámetro.

A pesar de este planteamiento del problema, en la mayoría de las pacientes (70 %) con carcinoma de ovario, la enfermedad es diagnosticada y tratada por primera vez cuando el tumor está diseminado.

Referente a la patología tumoral abdominal pediátrica, los tumores de ovario son los más frecuentes.

En las niñas y jóvenes, el 50 % de los tumores de ovario son malignos (Hoffman). (39)

Según Janovki y Paramananandhan (39) el 20 % de los tumores ováricos de la primera década son malignos.

El cáncer de ovario es la quinta causa más común de muerte por cáncer en las mujeres.

A pesar de la rareza relativa de esta forma de cáncer del aparato reproductor femenino, aún es la causa principal de muerte por cáncer pélvico.

En los Estados Unidos es la causa principal de muerte por cáncer ginecológico.

El cáncer de ovario provoca en EE. UU. 10 mil muertes por año. (21)

Los resultados terapéuticos no son mayores hoy día que en las décadas pasadas.

En 1930 el índice de mortalidad para el carcinoma de ovario era de 4/100.000 y en 1975 15/100.000. (30)

Según Janovski y Paramanandhan (17) las muertes por cáncer de ovario en EE. UU. se han duplicado en los últimos 30 años.

En el estado de Nueva York el cáncer de ovario es la causa más destacada de muerte por tumores malignos pelvianos.

Dinamarca tiene máximo de mortalidad por cáncer de ovario con un índice de 11.02 por 100.000 habitantes. (39)

En Argentina la mortalidad es de 4.25 muertes por 100.000 y en Uruguay en 1967, 5.98 por 100.000. (39)

Chile es el país de mortalidad más baja del mundo seguido de Japón con 2.6 por 100.000 (16)

El porcentaje de curación de cualquiera de los neoplasmas malignos de ovario, es de 20 por ciento. (16)

Un estudio de la relación edad y sobrevida mostró que la sobrevida es mayor para pacientes menores de 40 años (47.3 %) versus 16.1 % para aquellas mayores de 40. (30)

Hallazgos similares fueron los de Cutler (34) que tenía 74 % de sobrevida para pacientes menores de 35 años y 28 % para las mayores, considerando solamente la edad.

En el Registro de Tumores del New York Medical College el índice de sobrevida para todas las pacientes con cáncer ginecológico es de 47.1 %, más del doble que para pacientes con cáncer de ovario. (39)

Si los carcinomas de ovario son eximidos, la sobrevida a 5 años para todos los otros cánceres ginecológicos es de 58.5 %. (30, 21)

La sobrevida a los 5 años del cáncer de ovario en el National Cancer Institute para series de 6.697 casos fue de 23.8 %. (30)

88.3 % son pacientes de más de 40 años y el 61.4 % de ellas entre 41 y 60 años. (30)

Anatomía patológica de los tumores del ovario

Dr. José A. Mautone

En esta mesa vamos a discutir aspectos fundamentales de la patología de ovario que creemos le va a resultar de utilidad al grupo de cirujanos que intervienen en este congreso.

El tema es complejo por los diferentes aspectos que presentan los tumores de ovario en sí, los cuales dependen: de la variedad de tumores; de las variaciones individuales; del origen en elementos embrionarios; de las dudas en la organogénesis ovárica; de las variadas sinonimias; de las nuevas formas tumorales; de la complejidad histológica; de los tumores voluminosos; de los procesos regresivos mínimos; de la discordancia así como de las metástasis regresivas.

Como dijimos anteriormente, por tratarse de una reunión de cirujanos, vamos a pasar por alto muchos detalles de histopatología, clasificación, funcionalidad, etc. para concretar el interés en conceptos que creemos fundamentales para los mismos, que en el quirófano, en forma imprevista, ya sea por la urgencia o por un diagnóstico previo diferente, encuentra una tumoración ovárica, debiendo resolver el problema en ese momento.

En primer término debe tenerse un concepto claro de la *malignidad* de los tumores ováricos. Pueden ser funcionantes, malignos sin lugar a dudas y reconocidos ya en el momento de la intervención; ser claramente benignos o pertenecer a un tercer grupo y confuso de tumores de malignidad límite o *Borderline*, en el que la apariencia macroscópica puede no ser concordante ni con su evolución ni con sus estructuras histológicas y la inversa. En este sentido los caracteres de malignidad más importantes que debemos recordar, desde el punto de vista macrospópico son: el mayor tamaño; un crecimiento más rápido; su mayor solidez; más friables; la bilateralidad; la proliferación papilar; la infiltración capsular; la implantación peritoneal; los procesos necróticos y degenerativos: las adherencias; la ruptura espontánea de la cápsula; las recidivas y metástasis.

Concomitantemente ellos pueden presentar características histológicas que no señalaremos por lo dicho anteriormente.

El *tamaño* es variable, no siendo el mismo índice de malignidad, pudiendo ser muy pequeño y maligno o de un volumen considerable y benigno. Estos a su vez pueden ser sólidos o quísticos, a igualdad de tamaño el sólido es siempre más sospechoso de malignidad que el quístico, cuyo contenido líquido lo hace aumentar rápidamente.

La *bilateralidad*, importa, sin que esto también sea un índice seguro de malignidad, puede ser sucesiva o simultánea pudiendo aparecer al tiempo en el otro ovario y ser de características semejantes a su antecesor y/o ser de características semejantes, al mismo tiempo. En otros casos debemos recordar que pueden ser iguales o diferentes.

Las *metástasis* en ovario pueden ser originadas en otros tumores del organismo, uterinos, mamarios, digestivos (Krukenberg). En este caso debemos recordar que las metástasis pueden ser grandes incluso gigantescas; pequeñas e incluso microscópicas. Este último aspecto debe retenerse, pues una inspección directa rápida de ambos ovarios, puede disimular metástasis microscópicas masivas en uno o en ambos ovarios. Por la frecuencia de los tumores de ovario o endometriales, sean éstos distintos o metastásicos no debe intervenirse a la paciente sin un legrado previo endometrial. Asimismo las metástasis pueden ser uni o bilaterales.

Las *complicaciones* pueden ser del tumor ovárico, así como del tumor "parásito", es decir una tumoración sólida o quística que no pertenece al ovario, pero que por su vecindad lo hace partícipe de sus complicaciones, así tenemos al quiste del paraovario, al quiste Hidático, la endometriosis, el hidrosalping.

La *ascitis* es común que se presente en los tumores de ovario, tanto malignos como benignos. Lo primero que debe hacerse es recogerla y estudiarla. La presencia de células neoplásicas en estos líquidos cambia fundamentalmente el diagnóstico y la terapéutica, nos referimos a tumores benignos o malignos bien limitados.

La *coincidencia* del tumor con otros tumores: es frecuente ya sea de cuello uterino, digestivo sin que exista dependencia entre ambos. En este caso se incluyen el tumor del endometrio al cual hemos hecho referencia.

La *rotura* de los tumores encapsulados puede ser en forma espontánea o durante el acto quirúrgico; en este caso se debe tener especial cuidado en realizar una siembra neoplásica entre las que recordaremos el mixoma peritoneal, o rotura generalmente espontánea de tumores mucosecretantes.

Los *cuerpos* extraños, muchas veces han simulado un tumor maligno de ovario, requiriendo una terapéutica radical y mutilante, así hemos visto una gasa abandonada en una intervención anterior, organizada y adhiriendo al anexo, tumoración de 12 cm. de diámetro que simuló clínicamente un carcinoma de ovario, mereciendo una histerectomía y anexectomía bilateral en un mujer joven; así como hemos visto también una laminaria abandonada en el fondo de saco de Douglas que simuló un tumor de ovario adherido a recto, mereciendo una histerectomía total con anexectomía bilateral y la amputación abdomino-perineal de recto.

El *diagnóstico diferencial*, de los tumores ováricos antedichos, debe realizarse con procesos que asientan en el ovario o su vecindad, abscesos central de ovario, poliquistosis, endometriosis, tuberculosis, etc.

EDAD, PARIDAD, GRAVIDEZ

Todo lo dicho anteriormente tendría un valor definido si las pacientes tuvieron siempre la misma edad, la misma paridad, pero, los tumores de ovario aparecen a cualquier edad, lo que torna diferentes las situaciones no siendo igual que lo posea una jovencita, que el mismo tumor en una paciente en la paramenopausia, así como no es lo mismo la presencia de un tumor de ovario en una nulípara con su expectativa de maternidad que en una paciente con el mismo tumor pero multípara.

Igualmente la gravidez complica las situaciones, dificultando el parto por el trastorno mecánico que puede causar en el canal del parto y si se agrega su repercusión sobre la vitalidad, fetal, dado que muchas veces debe intervenirse sin que el feto halla obtenido una viabilidad.

Todos los conceptos vertidos anteriormente fueron ampliamente documentados con diapositivas macro y microscópicas los que por razones de espacio no se incluyen en esta referencia.

Los mismos están a disposición de los interesados en la Cátedra de Anatomía Patológica.

Fisiopatología de los tumores malignos de ovario

Dr. Moisés Rearden

La complejidad de las estructuras del ovario, desde la embriología, a la anatomía y a la funcionalidad, lleva a la génesis de una serie de tumores imposibles de unificar, imposibles de comparar en su evolución; donde la diversidad en lo histogénico, en lo morfológico y en lo funcional, explican la dificultad de agrupar bajo el rótulo de "tumores malignos de ovario", y sacar conclusiones terapéuticas y diagnósticas sobre procesos tan dispares.

La extrema complejidad de los tumores malignos del ovario, resulta regulado, por una multiplicidad de factores: 1. — Variedad de tejidos que integran la constitución del órgano, de acuerdo a su desarrollo. 2. — por la posibilidad de restos de inclusión germinal; con sus derivaciones patológicas, en la génesis de tumores especiales. 3. — de acuerdo a la funcionalidad propia del órgano, generando procesos oncóticos de tipo funcional. 4. — y como corolario de tanta complejidad, queda por mencionar, el capítulo de procesos oncóticos secundarios de relativa frecuencia, que muchas veces predominando sobre la neoplasia original, llaman la atención del clínico, como proceso primordial.

Esta verdadera babel de tejidos, expresa las dificultades para considerar en conjunto los procesos oncóticos del ovario, y plantea la necesidad de establecer agrupaciones de tumores sobre bases histogenéticas:

a) Tejidos Mesenquimatosos del estroma cortical del ovario, fundamentalmente células granulosas o tecales, a respuesta hormonal, corresponde a la gonado diferenciada.

b) Las células germinales comunes a ambos sexos, que preceden el desarrollo gonadal glandular, dan origen a teratomas y a tumores germinales indiferenciados: disgerminoma y gonadoblastoma.

c) Tejidos de revestimiento celomico, de gran potencial de diferenciación, da origen a tumores de origen Mulleriano.

d) Restos de gonada primitiva (mesonefros y adrenal) de tumores heterotópicos o de tejidos no presentes en el ovario adulto.

e) De estroma gonadal indiferente, con capacidad de diferenciación conjuntiva, con sus implicancias patológicas.

La secuencia en la evolución, es particularmente difícil de seguir en el cáncer de ovario, porque su curso es insidioso, permaneciendo localizado durante mucho tiempo, pero ha progresado antes de ser descubierta. Se estima de manera general, que cuando ocurre la consulta, las pacientes presentan metástasis en un 65 % (Janovski y Paramananandha). (17)

Desde luego que la existencia de metástasis está regulado por una serie de factores:

1) Grado de diferenciación del tumor, los más anaplásicos, crecen más rápido.

2) La presencia de cápsula, preferentemente de tejido conjuntivo-fibroso, que limita el crecimiento tumoral.

3) El tipo histológico del tumor.

4) La respuesta inmunológica del huésped frente al tumor. Respuesta débil o agotada, frente a un tumor de alta virulencia, que crece y se disemina rápidamente; se ha visto regresiones expontáneas de tumores, ante rápido aumento de la respuesta inmunológica, inclinando la balanza a favor del huésped.

Se podría afirmar que el cáncer de ovario cuando se diagnostica, es ya una enfermedad de toda la cavidad peritoneal, por su tendencia a disfundir en múltiples sitios de la pelvis y del abdomen, a través de mecanismos perfectamente establecidos.

1) Extensión directa. — Los detalles de la implantación peritoneal, han sido establecidos por Sampson en 1936: describe la patogenia de nuevas formaciones linfáticas, en respuesta a la injuria cancerosa, por la superficie peritoneal, a semejanza de lo que ocurre en tejidos de reparación y formación de granulación. Es interesante anotar que la mucosa peritoneal engrosada no es penetrada, pero tiende a difundir,

las células neoplásicas y provoca adherencias entre las vísceras.

Igualmente, esto sucede en áreas del peritoneo lateral y del colon. Por otra parte, se observan pequeños nódulos en la superficie del hígado, del peritoneo que cubre el diafragma; reportando la evidencia de metástasis en esos niveles; cuya exploración debe ser cuidadosa para evitar una injuria, por excesiva manipulación.

La ascitis cuando responde a la existencia de células neoplásicas en su contenido, representa un mecanismo importante de difusión del carcinoma a toda la cavidad peritoneal.

La relativa común invasión del epiplon, representa un 33.2 % del material de autopsias, es bien reconocida clínicamente, con la formación de una gruesa masa omental, en los casos avanzados del ovario.

2) Vía Linfática: creemos que ha sido subestimada en el tratamiento de los tumores de ovario; porque los numerosos colectores linfáticos reúnen las características de número y calibre, para ser vías de difusión de las células malignas; desde luego que supeditado a la biología propia de cada tipo tumoral. Por otra parte, el material que manejamos, hablando de alta incidencia, de metástasis linfática, por ser material de autopsias, no resulta fiel, por revelar la faz terminal del problema; y las dificultades de la linfadenectomía en las áreas principales de drenaje del ovario, restringe su aplicación sistemática; pero creemos, que es un rubro a explotar en la pretensión de curación quirúrgica, de los cánceres localizados del ovario.

La túnica albúginea del ovario está libre de linfáticos (Polano, 1903) o sólo existen raros linfáticos microscópicos (Kroemer, 1904), localizado en áreas de fino conectivo, injuriado por el estigma de folículos ovulatorios. (41) Este sistema reticular, está compuesto por mallas rectangulares o poligonales, con vasos eferentes, emergiendo en ángulo recto. En la médula del ovario forman un sistema definido y organizado.

LOS LINFATICOS DEL OVARIO: que se reúnen en el hilio, toman siguiendo los vasos ováricos una dirección ascendente, después de formar en el meso del ovario un plexus subovárico, y se vierten a derecha en los ganglios latero-lavos, subyacentes al pedículo renal, y a izquierda, en ganglios latero y pre aórticos, subyacentes al pedículo renal y vecinos de este pedículo. (41)

Además un colector, se vierte frecuentemente, a derecha e izquierda, a ganglios de la cadena media de los ganglios ilíacos externos. (41) Igualmente se mezclan con los confluentes, de oviductos y uterinos llegando a los ganglios pelvianos. Material de autopsias: 80 %. Material qiurúrgico: 5.6 %.

Por otra parte existe una comunicación linfática de los colectores del fondo del útero, que por la vía de los ligamentos redondos, llegan a metastasiar los ganglios inguinales.

Nódulos más distantes son observados: Bergman 1966, mediastino: 50 %; supraclavicular: 50 %, a izquierda 45.7 %; a derecha, inguinal 43 %; a izquierda 36 %; a derecha, Axilar: 29.1 %; a izquierda 24.4 ½ % a derecha.

La vía a los ganglios supraclaviculares, de los procesos del abdomen no es claramente satisfactoria. Willis, 1948, opinaba que es el resultado de extensión directa, por el canal torácico, cuyas estructuras son obstruídas por el tumor.

El tumor embolizado, puede ser transportado, por los linfáticos cervicales eferentes, por la retropulsión respiratoria de la corriente linfática.

Observaciones histológicas, revelan la presencia de células neoplásicas, en la porción subcaptular del seno linfático; y raramente en el hilio o en la medular.

Documenta el hecho: que la difusión ocurre directamente, a través de la cadena eferente; así como retrogradamente, a través de la vía eferente.

Por otra parte, la combinación de conductos torácicos valvulados, y los cambios de presión intratorácicos, facilita la interpretación.

Similar mecanismo puede ser invocado para la colonización en el mediastino y en las regiones axilares.

Quedaría por referir las posibles diseminaciones por vía venosa y arterial, diversamente apreciada, pero sin darle suficiente importancia, en la difusión del proceso, en las etapas tempranas de la neoplasia, que permitan un control terapéutico eficaz.

El sistema venoso se manifiesta proclive a ser invadido por el proceso neoplásico, planteando la posibilidad de embolias metastásicas; este sería el mecanismo de diseminación a hígado, pulmón 16 % y 15 % respectivamente; el derrame pleural, relativamente común 25 %, responde en general con metástasis pulmonar, sin subestimar la posibilidad de un derrame, similar al síndrome de Meigs. Igualmente se han reportado metástasis en riñón, huesos, cerebro, bazo, suprarrenales, etc.

Finalmente debe recordarse la posibilidad de siembra a través de la vía canalicular del oviducto, hacia la propia trompa de Fallopio hacia el endometrio, hacia la vagina, donde se pueden detectar las celulas neoplásicas por medio del estudio citológico.

TUMORES METASTASICOS DEL OVARIO

Tiene un especial interés por su relativa frecuencia: basta recordar que el 20 % de los tumores de ovarios son malignos, y de este grupo el 6 al 15 % son tumores secundarios. (1)

Tres mecanismos son invocados, para su producción:

1) Implantación.
2) Embolización linfática.
3) Mecanismo hematógeno.

La superficie del ovario, representa un sitio de preferencia, para la localización de tumores de difusión transperitoneal.

La hemodifusión a los ovarios ha sido documentada en ciertos tumores especiales. Melanosarcoma. Corio-carcinoma, con tendencia a invadir los vasos sanguíneos y diseminarse por esta vía.

Otros tumores pueden utilizar esta vía, pero resulta difícil de demostrar.

La difusión venosa de los Hipernefromas hacia el ovario, ha sido descripta.

La implantación considerada de primera importancia, por ser reconocida a la exploración quirúrgica.

Con esta visión somera, necesariamente panorámica de los múltiples y variados problemas que presenta la enfermedad maligna del ovario, en su evolución natural, creemos que puede servir de apoyo a los planteos terapéuticos de la misma.

Pero corresponde puntualizar, que cuando el cirujano oncólogo plantea su terapéutica, no busca ganglios, no busca linfáticos, sino que pretende *extirpar territorios de expansión neoplásica;* los espacios celulosos, con su contenido, vale decir toda la lámina de sostén de los ganglios, por ser territorio de expansión ya mencionado.

Clínica, clasificación y estadística de los tumores de ovario

Dres. Ramón Rodríguez de Armas, Américo Stábile, Generoso Pérez Bonilla, Carlos Buono, Sylvia Prina y Mario Olazábal

Clínica Ginecotocológica "B" (Prof. Director Mario Olazábal)

1) CLINICA

Si bien la llave del diagnóstico definitivo lo da la Anatomía Patológica, la apreciación Clínica de la extensión tumoral es la base de la indicación terapéutica.

La sintomatología de los tumores de ovario es de lo más variable. Puede ser nula hasta lo más florida en manifestaciones clínicas y el mismo constituir un hallazgo casual, durante una Celioscopía, Laparascopía o Laparatomía de rutina durante el tratamiento de otra enfermedad.

Cuando la sintomatología lleva a la paciente a la consulta puede resolverse la situación con buenas esperanzas, si el tumor es benigno, pero hemos llegado tarde si el mismo resulta maligno.

Es por ello que en materia de tumores de ovario todas las directivas y nuestros esfuerzos estarán dirigidos al diagnóstico precoz de los mismos.

Para esto un buen gesto es pensar en ellos.

Para poder encarar una terapéutica anticipada y mejorar las perspectivas de pronóstico y por ende de vida, de las mujeres que lo adolecen.

El examen clínico ginecológico periódico en toda mujer después de los 30 años es el primer puntal en la lucha contra el cáncer del ovario y por ello desde este punto de vista nos oponemos a las campañas publicitarias como el Papanicolau en forma fría y aislada.

Procedimiento éste que recogemos calurosamente cuando él va precedido de un examen clínico completo genito - mamario.

1) *DOLOR.* Por lo general en Hipogastro. De caracteres variables, tipo pesadez, errático (en los móviles) con exacerbaciones de variable intensidad que puede ir desde muy leve a muy intenso cuando el tumor se complica y sufre una torción, por ejemplo.

2) *DISMENORREA.*

3) *AMENORREA* (arrenoblastoma).

4) *GENITORRAGIA* (en los funcionales) o alteraciones cíclicas de la menstruación.

5) *TRASTORNOS URINARIOS O DIGESTIVOS VARIABLES.*

6) *TUMOR A VECES APRECIADO POR LA PROPIA PACIENTE.*

7) *DISTENSION ABDOMINAL.*

8) *ASCITIS.*

9) *ESTERILIDAD - INFECUNDIDAD.*

10) *FIEBRE (SUPURACION).*

11) *REPERCUSION DEL ESTADO GENERAL.*

12) *PERITONITIS AGUDA.*

Son algunas de las manifestaciones inconstantes y variables que nos deberán hacer sospechar tumores de ovario.

La suposición clínica de benignidad o malignidad del tumor se hace en base a diversas consideraciones que, con finalidad práctica, pueden resumirse en las siguientes:

1) Los tumores ováricos de gran tamaño, son más frecuentemente benignos que malignos.

2) Los bilaterales son más frecuentemente malignos.

3) Los tumores de superficie irregular y límites poco netos tienen mayor probabilidad de ser malignos que los de superficie lisa y contorno bien delimitado.

4) Los sólidos son más frecuentemente malignos, en cambio los quísticos son casi siempre benignos.

5) Los tumores fijos, adheridos a los tejidos circundantes suelen ser de crecimiento infiltrante, es decir malignos, en cambio los fácilmente desplazables casi siempre son benignos.

6) La Ascitis acompaña casi siempre los tumores malignos, la punción abdominal permite la *filiación* de células malignas de descamación aunque; algunos tumores de ovario benignos (fibroma) suelen dar grandes derrames Abdómico-toráxico (Síndrome de Meiggs).

7) Los tumores que producen implantes especialmente en el fondo del saco de Douglas suelen ser malignos, haciendo excepción a esta regla los endometrioides.

8) Los tumores de crecimiento rápido son más frecuentemente malignos que los de crecimiento lento.

9) Los tumores que aparecen próximo a la menopausia o a posteriori tienen más chance de ser malignos, que los observados en mujeres jóvenes.

10) Si se acompaña de gran repercusión del estado general, son más frecuentemente malignos.

CLASIFICACIONES

La clasificación adoptada por la F.I.G.O. se basa en criterios Anátomo-Clínico-Citológicos. Sustentada desde 1961 (Viena) con Kottmeier a la cabeza, fue consolidada en Mar del Plata en 1964, es la siguiente:

A) *F.I.G.O.* Federación Internacional Ginecología y Obstetricia)

Estadio I – Tumor limitado a los ovarios.

I a – limitado a un ovario y sin ascitis
I b – limitado a dos ovarios y sin ascitis
I c – en uno o ambos ovarios con ascitis y citología positiva en dicho líquido.

Estadio II – Afecta a uno o ambos ovarios con propagación Intrapélvica.

II a – Propagación, metástasis o ambas a útero, trompas o ambos exclusivamente.
II b – Propagación a otros tejidos intrapélvicos.

Estadio III – Tumor que afecta a uno o ambos ovarios con metástasis intraperitoneales difusas al abdomen (Epiplón, intestino delgado y Mesenterio).

Estadio IV – Tumor que afecta a uno o ambos ovarios con Metástasis a distancia fuera de la cavidad peritoneal.

B) *U.I.C.C.* (Unión Internacional Contra Cáncer)

Desde 1966 sustenta una nue a cla ificación basada en los T.N.M. que es eminentemente Anatómica.

Se aconseja por esta organización:

—El examen Histológico es obligatorio para afirmar la malignidad, definir el tipo Histológico y separar los casos de potencial evolutivo bajo.

—La extensión de la enfermedad es clínica y operatoria antes de la excéresis. Un cierto número de casos no puede ser clasificado.

—Los ganglios linfáticos regionales son los para aórticos y los situados en los pedículos renales.

—Los elementos histológicos no deben tenerse en cuenta para el factor T.

K. – Tumor primitivo.
TIS: Cáncer pre-invasor (cáncer in situ).
TX: Tumor de extensión desconocida.
T1: Tumor limitado a un ovario.
T2: Tumor limitado a dos ovarios.
T3: Tumor extendido al útero y/o trompas.
T4: Tumor que se extiende a otras estructuras anatómicas vecinas.
No se tiene en cuenta la presencia de Ascitis.
N – Ganglios linfáticos regionales.
NX – Cuando no es posible definir los ganglios linfáticos regionales se debe usar, agregándole eventualmente la información Histológica NX - NX.
NO – No hay evidencias de anomalía a nivel de los ganglios linfáticos regionales.
N1 – Anomalía en los ganglios linfáticos regionales.
M1 – Metástasis a distancia.
MO – No hay metástasis evidente.
M1 – Injerto u otro tipo de Metástasis.
M1 a – En la pelvis solamente.
M1 b – en el abdomen.
M1 c – Más allá de la pelvis y el abdomen.
G – Graduación Histo patológica.
G1 – Tumor de malignidad leve o atenuada.
G2 – Tumor francamente maligno.

AGRUPACION POR ESTADIOS

EIA	T1	NO	MO		
EIB	T2	NO	MO		
EIIA	T3	NO	MO		
EIIB	T4	NO	MO	o	M1a
EIII		N1		o	M1b
EIV		N1		o	M1c.

ESTADISTICA

Se realizó una revisión de Historias Clínicas de pacientes asistidas en la Clínica Ginecotocológica "B" portadoras de tumores de ovario en el período 1962 - 1978.

Fueron analizadas al azar 238 casos de los cuales 32 por distintas razones (falta de datos) no pudieron ser clasificadas.

Las 206 vistas las hemos analizado desde distintos puntos de vista.

TU IORES DE OVARIO

	Total	*%*
TUMORES BENIGNOS:	159	77.18
—Primitivos	42	
TUMORES MALIGNOS:		
—Metástasicos	5	2.44
Total	206	100.00

La siguiente es la clasificación de los Tumores Benignos de acuerdo a la Anatomía Patológica.

TUMORES BENIGNOS DE OVARIO

		Nº	%
1)	Cistoadenoma seroso	46	28.94
2)	Cistoadenoma seroso capilar	12	7.55
3)	Cistoadenoma mucinoso	21	13.20
4)	Teratoma adulto	44	27.67
5)	Fibroma de ovario	4	2.51
6)	Tumor de Brenner	3	1.89
7)	Quiste de cuerpo lúteo	15	9.44
8)	Quiste folicular	7	4.40
9)	Poliquistosis ovárica	7	4.40
	TOTAL:	159	100.00

TUMORES MALIGNOS DE OVARIO PRIMITIVOS

Cistoadenocarcinoma seroso papilífero	2	4.76
Cistoadenocarcinoma mucoso	6	14.30
Cistoadenocarcinoma mucoso papilífero	3	7.14
Adenocarcinoma endometrioide	1	2.38
Carcinoma indiferenciado	3	7.14
Tumor sólido de la granulosa	2	4.76
Disgerminoma	3	7.14
Mesonefroma	1	2.38
Adenocarcinoma (variedad no clasificada)	21	50.00
TOTAL:	42	100.00

TUMORES MALIGNOS DE OVARIO METASTASICOS

1 — Krukenberg
2 De Endometrio
3 — De mama

TUMORES DE OVARIO

Distribución por edades

CLASE (años)	*BENIGNOS*	*MALIGNOS*
	FR %	*FR %*
10 - 19	6.34	4.2
20 - 29	22.01	4.2
30 - 39	26.47	8.2
40 - 49	26.47	17.2
50 - 59	9.40	27.6
60 - 69	5.01	17.2
70 - 79	3.10	17.2
80- 89	1.20	4.2

n 159
x 38.96 años
DS *14.82 años*
n 47
x = 54.5 años
DS = *16.93 años*

t = significativo

Se realizó diagnóstico Clínico de Quiste de ovario torcido en 29 oportunidades (12.18 % del total de casos). Comprobándose inoperatoriamente en 17. De tal forma que el diagnóstico fue equivocado en el 41.37 % de las veces.

DIAGNOSTICO DE TORSION

Clínico: 29
Se confirmó i/operatorio 17
Diagnóstico equivocado 12 ——— 41.37 %

Diagnóstico del tumor ovárico

Dr. Oscar Blanchard (Bs. As. - República Argentina)

Podemos aceptar que los tumores del ovario —15 % del total de los tumores femeninos— en sus comienzos son asintomáticos. Grossen sugirió el aforismo de "ovario silencioso" por la ausencia de síntomas subjetivos y que no llevan a una paciente a la consulta. Además, el examen clínico puede fracasar en razón de su ubicación intraperitoneal pelviana, profunda, la interposición de vísceras intestinales que no permiten delimitarlo, la tensión de la pared abdominal o poca elasticidad de los fondos de saco vaginales, persistencia de la membrana himenial, dificultades para un tacto rectal, retención urinaria, etc., etc.

Un examen incompleto, por supuesto es un error, que lleva a un diagnóstico erróneo.

La transformación cistocarcimatosa y el propio carcinoma evolucionan en forma silenciosa, inaparente, por un lapso más o menos prolongado, propagándose luego localmente y a distancia, dentro de la cavidad abdominal. Concretamente, los síntomas más comunes son: dolores en el bajo vientre, sensación de peso o distención abdominal, compresión vesical (di-

suria, polaquiuria o rectal (tenemos, constipación, etc.). Para algunos autores existe un "mayor riesgo" cuando hubo la extirpación de un tumor ovárico, irradiaciones o existe una predisposición familiar.

Lamentablemente, cuando un tumor del ovario y en especial un carcinoma no brinda síntomas que hacen sospechar su presencia, **¡el diagnóstico es tardío!** recordar que en esa situación se encuentran un 60 % y con un tamaño de alrededor de 15 cm.

A) SINTOMAS INDIRECTOS

No obstante debemos considerar que pueden encontrarse síntomas indirectos que hacen pensar en un tumor ovárico. Así, los quistes foliculares o luteínicos se acompañan con trastornos del ciclo o esterilidad femenina o el llamado síndrome de Stein - Leventhal (hirsutismo, etc.).

La endometrosis con sus "quistes achocolatados" se acompañan de algomenorreas, intenso dolor premestrual y comprobación de un tumor parauterino que aumenta en su tamaño alrededor del período menstrual.

Los tumores feminizantes (células de la granulosa, tecomas, etc.) en la época puberal provocan precocidad sexual, mastodinea y maduración somática femenina (aumento de las mamas, vello pubiano, labios mayores y clítoris). En la madurez y menopausia es frecuente observar meno - metrorragias por hiperplasias del endometrio. En cambio, los tumores masculizantes (arrenoblastoma, cortico - suprarrenolonas, etc.), pueden ser activos (hirsutismo, cambio de voz, hipertrofia del clítoris, acne, etc.) o inactivos.

B) DIAGNOSTICO DE UN TUMOR OVARICO

Debemos considerar aquellos elementos que nos permitan: 1º sospechar, 2º presumir y 3º tener la certeza del tumor.

1º *Sospecha:* además de los antecedentes que hemos referido, lo más importante es el examen clínico abdominopelviano —bajo anestesia puede ser más ilustrativo— y pensar en su posible existencia toda vez que observemos un colon por enema o tránsito con substancia opaca (desviación, rotación, tracción de la luz intestinal por el tumor), histerosalpingografía (las trompas contornean la superficie del tumor ovárico, o la sustancia de contraste se derrama sobre el tumor como una crema sobre un postre helado), urografía excretora (megaureter o desplazamiento del mismo en los tumores intraligamentarios).

2º *Presunción* nos permite evaluar su presencia mediante una pelvineumografía, ecografía, tomografía axial computada, parecentesis o punción del fondo del saco Douglas.

3º *Certeza* a través de una laparoscopía, celiotomía vaginal posterior o Douglascopia y laparotomía.

C) EL DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

De un tumor ovárico se debe hacer con:

a) tumores uterinos: embarazo, útero bicorne o pseudodidelfo, hematocolpos, tumores (miomas, etc.).
b) anexiales: piosalping, tumor anexial inflamatorio crónico (séptico, tuberculosis, etc.) endometrosis, quistes del paraovario, embarazo ectopico tubárico.
c) renales: ectopias, tumores, malformaciones (riñón en herradura).
d) intestinales: vólvulo o torción del delgado, tumores de colon y S ilíaca o recto, fecalomas.
e) mesentéricos: quistes, blastomas, adherencias, etc.
f) vesicales: retención vesical de orina, tumores.
g) ascitis libre.
h) tumores retroperitoneales y quistes del conducto mesentérico.
i) Equinococosis hidatídica en la pelvis.
j) tumores pediculados del ligamento redondo.
k) peritoneales: hematocele pelviano.

Creemos que esta descripción que no pretende ser exaustiva quizás es lo suficientemente clara para advertir los errores que pueden llevarse a cabo en cualquiera de esas situaciones.

Entendemos que sería ocioso extendernos en la semiología especial de cada uno de sus diagnósticos por ser bien conocidos pues entran dentro de la patología ginecológica corriente.

D) COMPLICACIONES

Los tumores de ovario pueden sufrir complicaciones que son:

a) *torsión del pedículo del tumor* que al decir de Mondor y Lejars, se traducen por síntomas oclusivos (parálisis intestinal), peritoneales (colapso o defensa peritoneal) y hemorrágico (hemorragia interna).
   Estas complicaciones tienen una iniciación mas o menos brusca que se vinculan de alguna manera con movimientos o esfuerzos exagerados de la paciente, y suelen acompañarse de nauseas, vómitos, metereorismo; o cuando aumenta la torsión se producen fenómenos peritoneales y oclusión intestinal.
b) *ruptura del tumor* en forma espontánea (proliferación exofitica o tensión en la pared del tumor) o provocadas (traumatismos, exámenes groseros, etc.
c) *infección supuración* se producen con poca frecuencia y se evidencian por los síntomas comunes de una sepsis (hipertemia, escalofríos, sudores, dolores en el bajo vientre, defensa muscular parieto abdominal, etc.).

d) *hemorragia intratumoral* lenta o brusca. En cualquiera de los casos es llamativo el aumento rápido, desproporcionado del volumen del tumor y los fenómenos de anemia (hematocrito, etc.).

e) *rotura del tumor* que reporta síntomas en razón de la consistencia (líquida o sólida) extensión y naturaleza del contenido del tumor (seroso, mucoide, purulento, hemático, gelatinoso, etc.); cuando se trata de pequeñas fisuras pueden cursar inadvertidas o ser asintomáticas. En cambio el derrame del contenido más o menos brusco, provoca fenómenos de irritación peritoneal (náuseas, vómitos, meteorismo, tenesmo, etc.) y si fuera cataclísmico llama la atención los síntomas de colapso ,hemorragia interna y marcada defensa peritoneal.

f) *La malignización* o cancerización. Uno de cada cuatro tumores de ovario es maligno! En el 20 al 30 % el carcinoma es secundario de un tumor primitivo gastroenterógeno o mamario. Por tanto, no olvidar de rastrearlo en todo paciente de 40 a 70 años de edad con un tumor sólido del ovario.

E) DIAGNOSTICO DE LA NATURALEZA DEL TUMOR

No es fácil, a veces, y en otros imposible determinar, clínicamente, si se trata de un tumor benigno o maligno del ovario. Trataremos de orientar esta antinomia a través de algunos datos que refieren las estadísticas publicadas por diferentes autores y más recientemente en el último Congreso del Cáncer reunido en Buenos Aires hace dos años.

En efecto, son significativos para un tumor benigno la edad joven de la paciente, la consistencia quística, unilateralidad, móvilidad, de regular tamaño, superficie lisa y casi siempre: buen estado general y ausencia de ascitis, excepto en el síndrome de Desmons - Meigs (fibroma de ovario).

En los tumores malignos son elementos para tener en cuenta: la superficie irregular, casi siempre bilaterales, consistencia firme o semisólida, su fijeza, hemorragia intratumoral como adherencias a los órganos vecinos (epiplon, intestino delgado o grueso, vejiga, recto) ganglios lifáticos pelvianos abdominales palpables y la ascitis. La siembra a nivel del saco de Douglas se detecta a través del examen vaginal como pequeños nódulos que hacen cuerpo en la pared vaginal. La siembra peritoneal se puede también reconocer durante la palpación abdominal, aún superficial, por el cambio de consistencia y el reconocimiento de masas subperitoneales. La punción del fondo del saco posterior vaginal o Douglas permite obtener contenido peritoneal para el estudio citológico el cual a su vez, permite el hallazgo de elementos de presunción diagnóstica de malignidad tumoral.

F) DIAGNOSTICO ANATOMO PATOLOGICO

Corscaden intentó hacer una **clasificación macroscópica** de los tumores del ovario de la siguiente manera:

a) Quistes

Quistes disfuncionales.
Endometrosis ("quistes achocolatados").
Quistes Dermoides.
Cisto - adenoma, cistoadenoma papilar.
Seroso.
Mucinoso.

b) Tumores sólidos

Blancos, lisos, redondeados.
Fibroma.
Tecoma.
Tumor de Brenner.
Blancos, finos y con nódulos rugosos.
Adenocarcinoma (bilateral más frecuentemente).
Carnosos de células de la granulosa, disgerminoma, etc.

c) Tumores semisólidos

Mixtos: quísticos y sólidos.
Cistoadenocarcinoma papilar.

d) Tumores sólidos degenerados

Esta clasificación es simple y algo práctica en cuanto a la conformación visual o aparente de un tumor ovárico a manera de guía grosera pero, indudablemente, es incompleta y de una confiabilidad objetable. Recordaremos entre otras cosas que la F.I.G.O. hace ya varios años (1965) recomendó para los tumores del ovario, derivados del epitelio celómico, la importancia de diferenciar los carcinomas verdaderos de aquellos que tienen "bajo potencial de malignidad". Es así que tendríamos serias dificultades para poder categóricamente diferenciar: a) un quiste benigno seroso de un cistocarcinoma aún considerando la proliferación o ruptura de la cápsula del mismo; b) no podríamos establecer la malignidad o la transformación inicial de un carcinoma y c) resulta imposible definir macroscópicamente aquellos tumores "bajo potencial de malignidad" (cistoadenomas serosos, mucosos o endometroides con gran actividad proliferativa, anomalías nucleares y cistoplasmáticas, etc.).

Schiller (1939) a través de los estudios de Fischel, creó una clasificación de las neoplasias del ovario que comprende no sólo a los elementos que forman la gonada, sino a otros que se vinculan a la misma en distintos períodos de su formación. Entre nosotros, Sammartino propuso modificaciones a esa clasificación y por último Gomez Rueda propuso la siguiente clasificación histogenética que reproduciremos a continuación.

CLASIFICACION HISTOGENETICA

1) *Tumores derivados de la estroma gonadal diferenciada:*

- Granulosoma.
- Granulosotecoma.
- Tecoma.
- Arrenoblastoma.
- Ginandroblastoma.

2) *Tumores derivados de células germinales:*

- Indiferenciadas
  - Disgerminoma.
- Extraembrionaria
  - Tumor de seno endodérmico (Teilum) o mesoblastoma Vitelino.
  - Coriocarcinoma
- Embrionarias
  - Teratoma quístico. Estruma adulto benigno. Carcinoide. Teracoma. maligno.
- Mixto (estroma gonadal y cel. germinal.)
  - Gonadoblastoma.

3) *Tumores derivados del revestimiento celómico:*

- Papiloma superficial seroso
- Cistadonema seroso
  - Benignos.
- Cistadenoma mucoso
  - Potencialmente malignos.
- Cistadenoma endometroide
  - Malignos.
- Cinstadenoma complejo
- Cistadenoma
- Celiocitoma (tumor de Brener)

4) *Tumores mixtos mesodérmicos:*

- Tumores mixtos carcinosarcomatosos
  - Homólogos.
  - Heterólogos
    - Simples.
    - Mixtos.

5) *Tumores heterotópicos o vestigiarios:*

- Mesonefroma.
- Metanefroma (hipernefroma).
- Corticosuprarrenaloma.
- Tumor de células hiliares
  - simpatoma, neuroma, neurinoma, glioma, paraganglioma, melanoma.

6) *Carcinoma sólido indiferenciado primitivo:*

7) *Tumores derivados del mesénquima indiferenciado o inespecífico:*

- Fibroma
- Leiomioma
  - Sarcomas.
- Osteoma
- Hemangioendotelioma

8) *Tumores secundarios:*

- Metástasicos
  - Gastroenterógenos (Krukenberg).
  - Genital (útero, mamas, coriocarcinoma).
  - Otros.
- Propagados
  - Por continuidad.
  - Por contigüidad.
- Múltiples simultáneo o concomitante
  - Uteroovárico.
  - Tuboovárico.
- Enfermedades del sistema linforreticular.

CONSIDERACIONES FINALES

1º El diagnóstico de un tumor de ovario es difícil en su etapa preclínica dado su localización pelviana, su pequeño volumen y ausencia de síntomas. Al decir de Barber, se descubre un carcinoma entre 10.000 exámenes.

2º Cuando por motivos o síntomas diversos se obtuviera radiografías con substancia de contraste del tránsito intestinal o una urografía descendente, tener presente que cualquier deformación de las mismas, puede ser un indicio para sospechar la presencia de un tumor del ovario. Recordar que "para hallarlo hay que pensarlo".

3º Cuando se detecta un tumor en la pelvis o pélvico abdominal, hacer la evaluación del diagnóstico diferencial con un tumor del ovario. No es excepcional que muchas pacientes fueron intervenidas con un diagnóstico presuntivo de tumor de otro órgano (útero, intestino delgado o grueso, recto, etc.) y viceversa.

4º Ante un tumor ovárico el criterio o conducta quirúrgica prioritaria no sólo es extirparlo sino establecer su diagnóstico verdadero. ¡Evitar una mutilación innecesaria o irreversible!

5º Clínicamente, un tumor pelviano —aún asintomático— que es bilateral, fijo, de consistencia semisólida, de crecimiento más o menos rápido y existe también deterioro del estado general del paciente peri o post - menopaúsica ¡pensar en un carcinoma primitivo del ovario! El 15 al 20 % de los tumores de ovarios son malignos.

6º o siempre una ascitis puede vincularse a un tumor maligno pues puede presentarse — además del hidrotorax— en el fibroma del ovario que es un tumor benigno (sindrome Desmons - Meigs).

7º) El diagnóstico macroscópico de un tumor del ovario a través de una laparotomia es de relativa confiabilidad. No arrepentirse de una conducta conservadora ante esa duda en una paciente joven pues puede todavía completarse con una cirugía más radical o radiaciones.

Lamentablemente, es irreversible una conducta radical en un tumor benigno. *El ideal*

es obtener un diagnóstico histopatológico inmediato o intraoperatorio.

8º El diagnóstico de certeza de un tumor ovárico (laparoscopia, celiotomia posterior o laparotomia) no excluye que son útiles los elementos de sospecha (exámenes radiológicos, etc.) y presunción (imagentografía, etc.), del mismo, para que pueda ser oportuna su terapéutica o exéresis.

9º La obtención de material para una biopsia sin duda que puede tener dificultades; empero, debe lograrse —mejor con cierta inmediatez para una presunción diagnóstica histopatológica y actuar en consecuencia. En los tumores de "bajo potencial de malignidad" cuando la paciente es joven y tienen deseos de paridad, efectuar tratamiento conservador.

10º El diagnóstico no sólo es importante para establecer la existencia de un tumor del ovario sino que también debe orientar la conducta a seguir en razón de la edad, fertilidad, histopatología y lesiones asociadas que presente la paciente. Desgraciadamente el 50 % de los tumores malignos llegan a un estadio avanzado.

Tratamiento de los tumores benignos del ovario

Dr. Hugo Méndez Aserito

En nuestro caso particular, una situación especial la de desempeñar en un Hospital Regional del Interior, la jefatura del servicio de Cirugía, al cual por más de quince años estuvo anexado el Servicio de Ginecología y Obstetricia, nos llevó a borrar un poco, la barrera entre patologia abdominal y pelviana y a preocuparnos por estar preparados para solucionar ambos tipos de problemas simultaneamente, con similares bases fisiopatológicas.

Encararemos pues este tema, desde ese punto de vista especial, el del cirujano general que se encuentra frente a un tumor benigno del ovario, problemática de relativa frecuencia. El Ginecólogo generalmente va al tratamiento quirúrgico del tumor de ovario con diagnóstico previo, casi siempre de certeza y con conocimientos y directivas precisas sobre la solución quirúrgica.

El cirujano general lo encuentra a menudo asociado a otra patologia, sobretodo abdominal y debe resolver la conducta a seguir en ese acto quirúrgico. Por ello debe tener conceptos precisos respecto a las tumoraciones de ovario sobre los que insistiremos a continuación.

La cirugía del tumor benigno del ovario, *debe ser fundamentalmente conservadora,* pero para ello hay que tener la mayor certeza posible de la benignidad de la tumoración, con la simple macroscopia del acto quirúrgico.

En nuestro medio, no disponemos la posibilidad de una biopsia extemporánea, que aún conociendo la relativa certeza de este tipo de examen anatomopatológico, es siempre útil. Todo ello hace que prevalezca el conocimien o precio del problema por el cirujano actuante.

Insistiremos en la cirugía conservadora, sabiendo que el ovario tiene funciones muy importantes que es preciso respetar.

La función generativa en la mujer fértil, es elemental, pero además hay una función trófica sobre todo el aparato genital de gran importancia.

Ultimamente se ha insistido en otras series de funciones somáticas, de tipo metabólico, cuyo déficit hace a la mujer más predispuesta a alteraciones de la esfera cardiovascular (Hipertensión arterial - Esclerosis vascular); de la parte esquelética (osteopórosis) y mismo sobre el metabolismo glúcido con aparición de diabetes, Todas las alteraciones que aparecen fisiológicamente con la menopausia, lo hacen con mucha más violencia en las mujeres castradas quirúrgicamente, siendo además, más difícil el control por medios medicamentosos.

Sobre estos conceptos básicos, el cirujano general debe enfrentar una tumoración de ovario pero además como preconiza Te Linde (38) debe conocer la anatomia patológica de los tumores de ovario para tener certeza de benignidad y actuar en consecuencia. El análisis macroscópico de la tumoración debe ser completado, con la sección del tumor y mismo del ovario residual, hasta el hilio, en el mismo acto operatorio, para obtener mayores datos.

Debemos recordar que los tumores benignos, son con gran frecuencia bilaterales, sobre todo los quísticos. En estos casos el cirujano, debe esforzarse en la conservación por lo menos de un ovario en buenas condiciones, para lo cual debe realizar una cirugia cuidadosa, respetando la vascularización y cuidando de que no se formen hematomas, que pueden destruir el ovario residual.

Respecto al cuidado de la vascularización mucho se ha discutido, en si es o no necesario, respetar la trompa correspondiente para evitar problemas al ovario. Creemos que debe primar el criterio del cirujano actuante y de acuerdo al estado anatómico de la trompa, respetarla o resecarla.

Por poco parénquima ovárico que quede, si este no es maltratado por el cirujano, tiene

Cirujano Jefe del Hospital Regional Litoral Sur. Mercedes, Uruguay.

grandes posibilidades de ser útil, desde el punto de vista endócrino. La conservación de un ovario, siempre plante la incógnita de su futuro y de acuerdo a Randall; no hay en ellos más posibilidades de aparición de tumores benignos, que en las mujeres no operadas, lo cual justifica aún más la cirugía conservadora. Ahora, siempre de acuerdo a Randall, aumenta las posibilidades de aparición de tumores malignos, aunque en baja proporción (9 %). Ello llevaría a tener un control periódico postoperatorio, sobre estas enfermas y a adoptar el criterio propuesto por Polto, en la mesa redonda del XXIII Congreso Uruguayo de Cirugía, en el sentido de mantenerse conservadores, hasta los 40 años, aún en los tumores bilaterales benignos; e igualmente hasta los 45 años en tumores benignos con poca frecuencia de cancerización, como son los quistes dermoides.

Para llegar a la cirugía radical (histerectomía con anexectomía bilateral) ya a los 40 años en tumores con mayor potencialidad de transformación maligna, como on los quistes serosos y sobre todo los papilares.

Conocidos estos conceptos, el cirujano general debe reconocer, en lo posible, macroscópicamente la anatomía patológica de los tumores de ovario.

Los tumores de ovario han pasado por infinidad de clasificaciones, según los distintos autores. Actualmente, la clasificación de la F.I. G.O. y U.I.C.C. están siendo adoptadas por la mayoría de los ginecólogos. Se tiene el concepto de que el 90 % de los tumores son de origen Mülleriano y un 10 % entre disgerminoma y no clasificados. La clasificación es la siguiente:

1. **Mucosos:**
   a) Cistoadenoma benigno.
   b) Cistoadenoma potencialmente maligno.
   c) Cistoadenocarcinoma.

2. **Serosos:**
   a) Cistoadenoma benigno.
   b) Cistoadenoma potencialmente maligno.
   c) Cistoadenocarcinoma.

3. **Mesonefromas:**
   a) Mesonefroma benigno.
   b) Mesonefroma potencialmente maligno.
   c) Mesonefroma maligno.

4. **Disgerminomas:** 5 %.

5. **Tumores no clasificados:** 5 %.

No es fácil para el cirujano general aún conociendo esta clasificación, decidir en el acto quirúrgico frente a qué tipo de tumor está.

En la exploración quirurgica podemos encontrarnos frente a una tumoración quística, donde los quistes funcionales y los endometriales, no plantean mayor problema. Los quistes dermoides son en general lisos, opacos, pastosos y su sección muestra los elementos característicos (dientes, pelos, etc.). Su malignización es excepcional y discutible.

El cistoadenoma mucinoso, es la neoplasia más frecuente y a menudo la de mayor tamaño, lisa, brillante, fluctuante, multilocular, sin papilas. Cuando han sufrido y roto dan los pseudomixomas peritoneales. Son esencialmente benignos y su tratamiento en la edad fértil debe ser conservador.

El cistoadenoma seroso sigue en frecuencia al anterior, lisos, brillantes, uniloculares, no tan voluminosos, pero tienen papilas más a menudo y ello les da una mayor posibilidad de transformación maligna, lo que se debe tener en cuenta para la decisión quirúrgica, que debe radicalizarse.

Frente a un tumor sólido, podemos encontrar el fibroma de ovario, blanco, consistente, unilateral, benigno, asociado o no al clásico sindrome de Meigs. El tumor de Brenner es muy parecido al anterior, en su macroscopia y también benigno. Los tecomas, sospechosos por su color amarillo, poco frecuentes, son tumores de la edad avanzada.

Los tumores carnosos, sólidos, de difícil diagnóstico sin la histología, pero siempre altamente sospechosos de malignidad.

Los tumores de la granulosa, los disgerminomas, los arrenoblastomas, así como los teratomas, en general sólo se llega a su diagnóstico por la histología, pero el cirujano general debe actuar frente a ellos siempre como potencialmente malignos.

Además como elementos sospechosos de malignidad, tenemos la edad, pues los tumores malignos son más frecuentes por encima de los 45 años. Los antecedentes de crecimiento rápido de la tumoración y el dolor intenso, con mayor o menor repercución general, aumenta la sospecha de malignidad. En el acto quirúrgico, la bilateralidad, las adeherencias importantes, la aparición de ascitis, la excrecencia a nivel tumoral y en el corte del tumor el aspecto papilífero, muy proliferante, son los elementos de seria sospecha de malignidad.

Si bien sólo la anatomía patológica dará el diagnóstico definitivo, el cirujano general, con estos elementos, deberá decidir la entidad de la intervención a realizar. Los casos extremos dejan menos dudas, pero se debe recordar que se actúa sobre un paciente particular donde elementos especiales como es la edad, el deseo de tener hijos, la repercución psico - somática de una castración puede hacernos variar el esquema terapéutico.

En última instancia, la histología del tumor de ovario, es la que decidirá si la conducta llevada en el acto operatorio fue acertada o no, sabiendo que aún la histología puede presentar dudas por la complejidad y variedad de elementos histológicos transicionales entre lo maligno y lo benigno.

Este diagnóstico final diferido, puede llevarnos a la reitervención precoz de la pacienta, para completar una exéresis limitada.

También hay otra patología benigna, que puede aparecer como tumoral y que se presenta con frecuencia. Ellos son los quistes disfuncionales, quistes del cuerpo amarillo, netamente benignos, que exigen tratamiento, sólo por su volumen torsión o ruptura y este tratamiento debe ser reducido, a la quistectomia pura.

Otro problema es el de la endometriosis frecuente hallazgo operatorio en operaciones abdominales. Se debe resecar siempre que dicha resección no lleve a una mutilación sobre todo ovárica, pues el tratamiento médico complementario tiene amplias posibilidades de éxito.

Por último el sindrome de Stein - Leventhal (2), debe llevar a una cuidadosa resección cuneiforme y no a una solución simplista, que a menudo hemos visto, como es la simple punción de los quistes, que pueden dejar una hemorragia pequeña, pero persistente.

Respecto al acto quirúrgico en sí ya hicimos algunas precisiones, en el sentido del cuidado del ovario que se desea conservar, evitando los hematomas y la agresión a la vascularización. Otros elementos regionales son muy importantes. El cuidado del ureter, sobre todo en los tumores incluídos en el ligamento ancho, nos obliga a descubrir previamente éste, a nivel del estrecho superior de la pelvis y luego reperarlo e incluso a veces movilizarlo para recién emprender la extirpación del tumor.

El pedículo hipogástrico es también preciso cuidar, pues hemos visto hemorragias importantes que han llegado a reintervención precoz de la enferma por lesiones de elementos venosos.

El pedículo lumbo - ovárico, es un pedículo elástico y frágil a menudo con gruesas venas, que si no es tratado con sumo cuidado, puede dar hemorragias importantes que también pueden pasar desapercibidas en un primer momento y también a extensas trombosis, punto de partida de tomboembolismos graves.

Por último, el cirujano general, frente a casos de patología asociada, o enfrentado a un tumor benigno de ovario sin diagnóstico preciso, generalmente puede caer en el error de una cirugía exagerada y mutilante, en parte para prevenir una patología residual, sobre todo de carácter maligno, pero ignorando los principios enumerados anteriormente de una cirugía esencialmente conservadora en los tumores benignos de ovario, órgano de función múltiple y esencial, fundamentalmente en la etapa genital activa.

Cáncer secundario de ovario

José M. Mainetti, Luis P. Mainetti

El cáncer secundario de ovario es una patología de incidencia variable según el material estudiado, en clínicas diversas o en autopsias. Llama la atención su frecuencia, pues de cada 5 tumores de ovario, uno puede ser metastático. La Organización Mundial de la Salud (W.H.O.) establece que, de todos los tumores malignos del ovario, 5 a 10 % son metastáticos (12). Otros autores llevan esta proporción a 20 % (Janovski, 7).

El cuarto lugar como causa de muerte en la mujer, le corresponde al cáncer de ovario, después de la mama, pulmón y colon. El tumor ovárico goza de la nefasta particularidad de crecer en forma silenciosa, o con síntomas proteiformes, y descubrirse recién cuando es una masa voluminosa. Actúa en la misma forma el cáncer secundario. La invasión llega por vía linfática(sanguínea o celómica, encuentra en el ovario un terreno apto para un crecimiento lujurioso (Janovsky); simula clínica y a veces, histológicamente una lesión primaria, que hace olvidar la búsqueda de la fuente de origen. Su carácter secundario lo sitúa del punto de vista pronóstico en el estadio IV del cáncer avanzado primario, con sobrevida media de 10 meses, y de 5 años del 5 %.

Para clasificar el origen secundario del tumor ovárico es necesario un minucioso estudio preoperatorio, una completa exploración quirúrgica, conocer bien el patrón clínico - histológico de los tumores primarios, y trabajar en cooperación interdisciplinaria (Gallager, 5).

Son importantes de dilucidar otras situaciones clínicas. Una es la incidencia de tumores malignos múltiples y sincrónicos asociados al tumor ovárico. Esta asociación alcanzaria la cifra de 8,9 %. Las asociaciones más frecuentes son con el cáncer del endometrio, 3,8 %, y de la mama 2,9 % (Silverman, 11). Tumores primarios e independientes se desarrollarían como resultado a idénticos estímulos cancerigenos en los diversos órganos.

Otra situación clínica a dilucidar sería la aparición de un segundo tumor primario después de un cancer de ovario. El riesgo de un segundo cáncer primario en endometrio, mama, colon, o de linfomas, se atribuye a la influencia de factores etiológicos comunes, a la terapia física, química u hormonal, y a la combinación de factores (Reimer, 9).

Tumor de Krukenberg. El cáncer clásico secundario es el llamado tumor de Krukenberg sarcoma ovario mucocellulare carcinomatoi-

des, 1896), que se presenta con características macro y microscópicas. Tumor sólido bilateral (80 %), que histológicamente muestra reaccion estromal sarcomatoide y células en "anillo de sello" (carcinoma mucocelular).

Se han descripto, asimismo, algunos raros y discutidos tumores de Krukenberg primarios (Woodruff - Novak 1960) (8).

La entidad clínico - patológica de tumor de Krukenberg es la menos frecuente (30 %). Con más frecuencia el cáncer secundario adopta otros patrones histológicos y también macroscopicamente puede presentarse con ovario en apariencia normales.

Sitio del tumor primario. El estómago y el colon son los órganos principales y clásicos de ubicación del tumor primario. Diversas y dispares estadísticas (1) asignan al estómago una frecuencia de 80 % y al colon 20 %. En tercer lugar estaría el cáncer de mama (25 %). Después la frecuencia se repartiría con el cáncer del endometrio (7 %), melanoma (3 %), vias biliares y páncreas (25), cuello uterino (1 por ciento). La invasión ovárica podría ser la primera manifestación de enfermedad en las neoplasias retículo endoteliales (Charlton, 4). En el linfoma africano, Burkitt, la invasión ovárica alcanzaría el 21 % (Janovsky, 7). Clínica del cáncer secundario.

Hay que tener sumo cuidado con toda masa pelviana que parece primaria. El tumor primitivo puede ignorarse clinica y radiográficamente (Gentil, 6). Puede esquematizarse las siguientes formas de presentación:

1. Tumor dominante con la máscara de primario.
2. Tumor asintomático. El primario de fácil acceso (mama) es evidente la metástasis ovárica se descubre en la laparotomía, a los fines del tratamiento hormonal ablativo.
3. Metrorragia post menopausia, presentación típica en el carcinoma endometrio.
4. Sindrome aguro de Krukenberg, dolor y tumor de crecimiento rápido por oclusión linfática.
5. Necrosis o ruptura del tumor.
   Sindrome ACTH ectópico.

Cirugía. El tumor secundario de ovario puede presentarse años después de la extirpación del tumor primario. P. ej. 11 años después de la resección exitosa de un cáncer gástrico (Gentil, 6).

La gran frecuencia del primario en colon - recto (20-60 %) y las metástasis ováricas (3-16 %) han llevado a la indicación de la ovaricetomía profilática (Burt, 1951). Se aconseja la ovariectomia sistemática profiláctica en las resecciones por neoplasia gástrica (6) y colónica (Antoniades, 1).

Con fines curativos, cuando se extirpa el cáncer secundario, debe hacerse la extirpación del primario. En la literatura se citan casos curados (6).

Es de importancia una cirugía agresiva al máximo para sacar masa, convertir un tumor de 10^{12} en 10^{9}, de 1.000 gramos a 1 gramo. Las grandes masas son insensibles a las radiaciones. Una cirugía citorreductora, que deje un residuo tumoral macroscópico menor de 1,5 cm de diámetro, permitirá; a la quimioterapia actuar con éxito.

Debe señalarse el mal servicio que se hace a las pacientes por errores en el manejo, falta de coraje en la resección, desconfianza por conocimiento obsoleto y falta de interés (Taylor Warton (10).

En los últimos 4 años en la Escuela de Oncología de la Provincia de Buenos Aires se ha documentado un grupo bastante notable de cáncer secundario de ovario que han sido estudiados y documentados por uno de los residente (L.P.M.). A continuación resumimos y graficamos los casos clínicos más demostrativos.

H. Clínica 25.253. — A. Z., 26 años, casada, un hijo nacido por cesárea hace 3 años. Hace dos años comienza con dispepsia dolorosa, medicada como gastritis. Hace 4 meses por autoexamen se descubre un tumor en hipogastrio. Un especialista diagnostica quiste de ovario y posterga la intervención ante la presencia de deterioro del estado general y pérdida de peso. Un estudio gastroduodenal muestra la presencia de nicho ulceroso encastillado en el tercio superior de pequeña curva gástrica. La endoscopia y biopsia confirma su carácter atípico (carcinoma indiferenciado). Se establece diagnóstico de cáncer gástrico con metástasis ovárica y se interviene quirúrgicamente. Operación (Fig. 1 y 2) cáncer infiltrante de la pequeña curva gás-

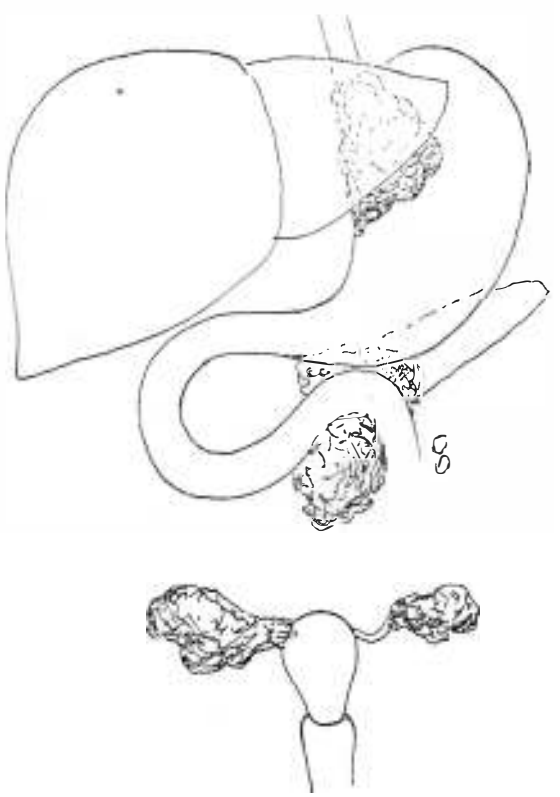

FIG. 1. — Cáncer gástrico con metástasis pancreáticas y ováricas.

trica, invasión directa al páncreas, linfática al retroperitóneo y metástasis ovárica bilateral. Resección masiva de todo el estómago, lóbulo hepático izq. (adherido e infiltrado), cuerpo páncreas-bazo todo el colon (meso transverso infiltrado). Anastómosis esoyeyunal e ileosigmoideo. Post operatorio y recuperación sin incidentes. Entra en plan de quimioterapia y evoluciona bien durante 5 meses. Al fin de este período se presenta con cuadro de obstrucción yeyunoileal, con metástasis linfática múltiple en el borde mesentérico del intestino. Exploración quirúrgica; fallece obstruida, con ascitis y en caquexia.

Este caso es la representación más típica y frecuente del tumor de Krukenberg.

H. Clínica 25.354 — C. G., 49 años. Cáncer sigmoideo con metástasis masiva de ovario (Fig. 2 y 3). Hace 1 año el ginecólogo le encuentra un pequeño quiste de ovario. Trastornos psiquiátricos. En enero de 1979, polaquiuria, trastornos intestinales, constipación. Gran tumor pélvico, alcanza el ombligo, el tacto ocupa el Douglas, resistente, con placas de blindaje, doloroso. Cuello uterino rechazado hacia adelante. El colon izquierdo rechazado hacia arriba y a la izquierda, con apariencia de infiltración de su pared (Rx.).

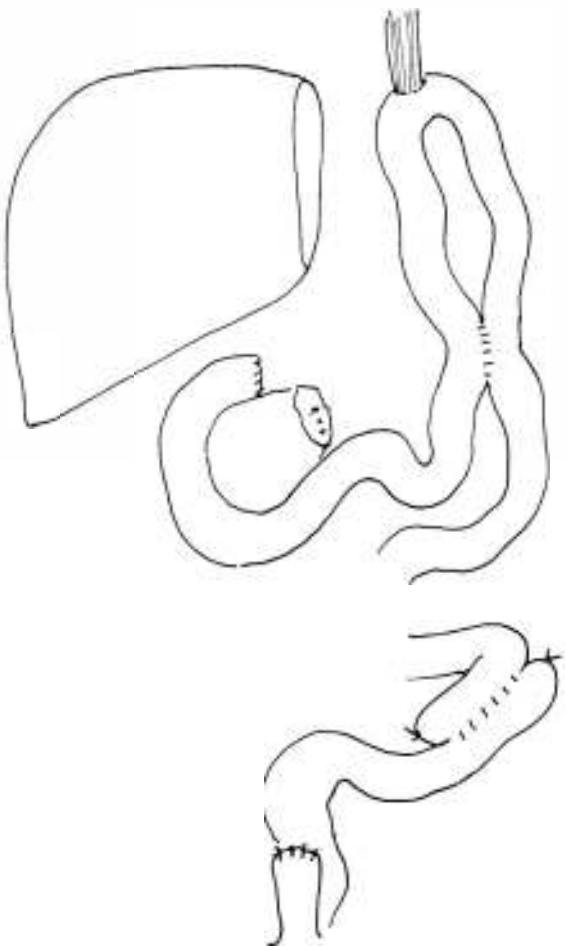

FIG. 2. — Procedimiento realizado: gastrectomía total con pancreatectomía, colectomía e Histectomía císticas con cinexectomía.

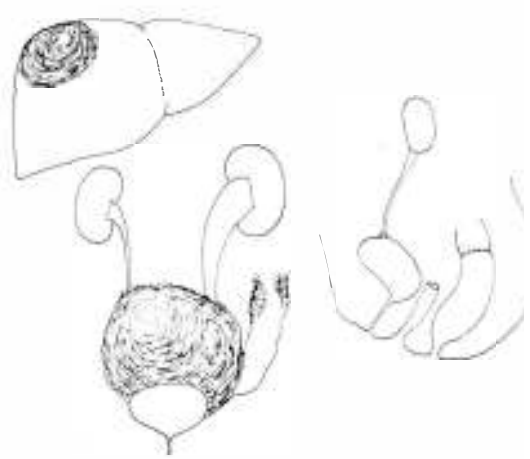

FIG. 3. — Cáncer de Sigmoides con infiltración de vejiga, ureter y ovario izquierdo.

Compresión con dilatación del ureter izquierdo. Operación (Febrero/79). Metástasis hepática única, de 7 cm. de diámetro, de amplia superficie umbilicada en segmento VIII del hígado. Tumor quístico del ovario izquierdo, el ovario derecho es normal. Tumor infiltrante del sigmoideo, en aro de servilleta, adherido al tumor ovárico. Ileon terminal adherido e infiltrado. Invasión linfática retroperitoneal, siguiendo la mesentérica inferior y ganglios sobre la aorta. Ambos ureteres comprimidos. Resección masiva con anexo histerectomía, remplante de uréteres a la vejiga, hemicolectomía izquierda con anastómosis anterior. Queda la linfagitis neoplásica retroperitoneal y la metástasis hepática para ser tratada con quimioterapia y radiaciones. Post operatorio sin incidencias. No inicia en forma oportuna el tratamiento complementario, ni concurre a los fines de un "second look" para ligadura de la arteria hepática e infusión de citostáticos. A los 10 meses de la operación se presenta con gran hepatomegalia e ictericia y fallece en coma hepático.

El comienzo de la neoplasia en el colon o en el ovario era difícil de establecer en la operación. La infiltración de todas las capas del colon y la distribución linfática a lo largo de la mesentérica inferior, y la metástasis hepática, abonaban el origen primario en el colon. El informe definitivo lo proporcionó el patólogo (Dr. L. Pianzola): Neoformación epitelioglandular atípica del colon sigmoideo, con invasión masiva del ovario.

Cáncer sigmoideo-rectal con invasión de ovario, contamos con otros dos casos. Uno, mujer de 36 años, con ascitis (células neoplásicas positivas en el líquido de punción), 2 tumores hipogástricos redondos y duros, móviles; masas ováricas poliquísticas y carcinoma en virola del sigmoides, tratado con anexo histerectomía total, hemicolectomía izquierda con anastómosis anterior y extirpación del epiplón mayor. Perdido el control, pero seguramente fallecida. La otra paciente, mujer de 45 años había sido operada de quiste de ovario izquierdo, el patólogo (Dr. Drut) informó carcinoma secundario. El cirujano (Dr. Baltar) había notado el recto abdominal infiltrado y secundariamente la reoperación (resección anterior del recto) confirmó el tumor primario. Evolución buena y control de dos años.

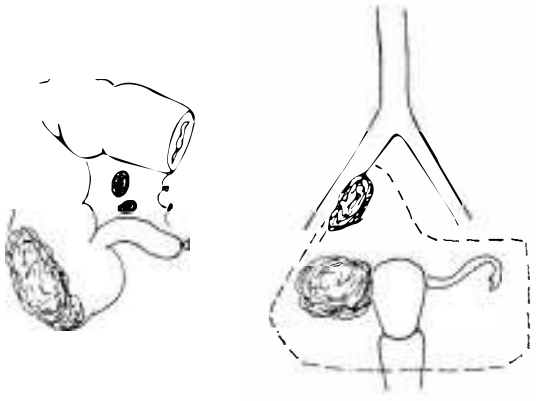

FIG. 4. — Cáncer de ciego; metástasis en ovario derecho, metanoma.

H. Clínica 25.319 — Mujer de 50 años. Cáncer de ciego, metástasis linfática metacrónica de ovario y miometrio (Fig. 4). En noviembre de 1978 se presenta con un grueso tumor del ciego, con metástasis linfática en el mesocolon (T2 N + M — P_4). Hemicolectomía derecha. Tres meses después sufre de obstrucción intestinal por bridas, en la reoperación los ovarios son normales. La enferma tiene neurosis de angustia de varios años y los estudios biológicos la definen como inmuno-incompetente. Ocho meses después vuelve a consultar por dolor abdominal y al examen bimanual se descubre un tumor ovárico derecho de crecimiento rápido y muy doloroso (Síndrome de Krukenberg agudo). En la semana que tarda para conseguir su internación se aprecia un mayor aumento del tumor ovárico. Operación (octubre/79): tumor ovárico de 10 cms. de diámetro, grueso ganglio linfático de 3 cms. de diámetro sobre la vena ilíaca externa, cuerpo de útero sembrado por pequeños nódulos (como granos de arroz), ovario izquierdo de apariencia normal. Un ansa ileal adherida al tumor ovárico y útero. Anexohisterectomia total, vaciamiento ganglionar ilíaco y resección del ansa ileal. La patología (Dr. L. Pianzola, (Fig. 5 y 5') informa del mismo patrón histológico que el cáncer primario del ciego, metástasis linfógenas en el miometrio, émbolos linfógenos en el ligamento ancho y ovario del lado izquierdo. El postoperatorio abdominal de la paciente fue sin complicaciones; la enferma falleció después de 15 días de sepsis sistémica.

Carcinoma de vesícula biliar y vías biliares con metástasis ovárica. Observamos en este período de 4 años, 2 casos. Una mujer de 45 años se presenta con escalofríos, ictericia, hepatomegalia y un quiste de ovario que ocupa toda la pelvis. En la laparotomía encontramos una neoplasia de vesícula biliar, invasión metástatica del hígado, en peritoneo parietal y ovario. Confirmación histológica. Una segunda paciente, sin confirmación histológica. Mujer de 26 años que es tratada por hepatitis durante 3 meses. Al ser internada y estudiada (Dr. C. Vinai) se comprueba una masa ovárica que ocupa toda la pelvis, dura y fija, caquexia y síndrome coledociano mecánico por infiltración del hepatocoledoco (colangiografia transparieto hepática, (Fig. 6). Fallece sin exploración.

H. Clínica 25.137 — Mujer de 58 años. Carcinoma de endometrio con invasión ovárica (Fig. 7), metrorragia intensa y tumor ovárico que infiltra el peritóneo pélvico. Anexohisterectomía total. No realiza bien el tratamiento indicado, radiaciones, quimioterapia. Seis meses después consulta por recidiva local en el lado derecho de la pelvis y metástasis hepática única y voluminosa, por centellografía y tomografía computarizada. La recidiva pélvica se reduce con CO_{60}. Se coloca en plan quimioterápico y fallece con cuadro de suboclusión intestinal, ascitis, ictericia y coma hepático.

H. Clínica 25.380. — Mujer soltera de 37 años con carcinoma bilateral de mama, linfagitis pulmonar, metástasis ovárica y suprarrenales (Fig. 8). Sorprendente resultado, de aparente curación, con supresión hormonal masiva y quimioterapia.

De cuatro pacientes con cáncer secundario de ovario, en tres de ellas el cáncer de ovario se descubrió en la operación de supresión hormonal. Un solo caso se presentó como metástasis masiva tipo tumor de Krukenberg.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ANTONIADES, K. Prophylatic ooforectomy Dis. Colon Rectum. 20, 506, 1977.
2. ARRIGHI, L. - Magnitud de las Resecciones Oncológicas. Congreso Argentino de Cirugía, 45º, 1974.
3. BRUNSCHWIG, A. - L'Exenteration Pelvianne - Paris. Mason, 1964.
4. CHARLTON, I. - Malignant Reticuloendotelial disease involving the ovary as a primary manifestation. Cancer 34, 397, 1974.
5. GALLAGER, H. S. - In Cancer of cervix, endometrium and ovary. Anderson Hospital and Tumor Institute. Year Book Cancer, 1962.
6. GENTIL, F.; JUNQUEIRA, A. C. - IUAC. Ovarian Cancer, New York. Springer, 1968.
7. JANOVSKI, N.; PARAMANANDHAN, T. - Ovarian Tumors. Filadelfia; Saunders, 1973.
8. JOSI, V. - Primary Krukenberg tumor of the ovary - Cancer, 22; 1199, 1968.
9. REIMER, R. R. et al. - Second primary neoplasm following ovarian, Cancer, 61; 1195, 1978.
10. RUTHLEDGE, F. - Ginecology Oncology - Houston, Texas. Wiley, 1976.
11. SILVERMAN, B. B. - Multiple Malignant tumors associated with primary Cancer of the ovary. Surg. Gynecol. Obstet., 134; 244, 1972.
12. SYMPOSIUM on Ovarian Cancer - National Cancer Institute, monograph 42 (octubre 1975).
13. WAINSENSTEIN, S. - Tumor de Krukenberg, Rev. Argent. Cir. 30: 171, 1976.

Tratamiento quirúrgico de los tumores malignos del ovario.

Dr. Mario F. Olazábal

De acuerdo a la fisiopatología de los tumores del ovario de que ya nos ha hablado el Prof. Rearden vamos a considerar cual es el tratamiento a realizar.

Insistimos aquí en la importancia de la clasificación en estadios clínicos.

Es evidente y quizás el mejor índice, que la clasificación por estadios es la que nos brinda la mejor información al respecto.

Como dice Kottmeier. (19) "Es evidente que para poder evaluar los resultados de un tratamiento es necesaria una clasificación de estos tumores que nos permite hacer una estimación de la extensión del proceso tumoral de acuerdo a un cuidadoso examen clínico y de los hechos lesionales encontrados en la Laparatomía.

—El conocimiento y valor de esta clasificación extrae importancia, de que al ajustar los casos clínicos a una clasificación se pueden comparar resultados y métodos de tratamiento, así como permitir reglar la resección quirúrgica y las otras terapéuticas a realizar. (Radio y Quimioterapia).

—De ahí que la exploración quirúrgica deba ser completa pues permite clasificar el caso. Veremos una exploración operatoria como se debe conducir la apreciación de la extensión lesional. La adopción de la Clasificación de la FIGO que Uds. ya vieron, es fundamental.

Véase al respecto el siguiente cuadro tomado de un trabajo anterior nuestro (28):

Estadios	*Nº de Pacientes*	*%*	*Sobrevida mayor de 5 años*	*Sobrevida mayor de 5 años*
I	29/101	28.7	11/29	38
II	12/101	11.9	7/12	58.3
III	52/101	51.5	3/52	5.7
IV	8/101	7.9	2/8	25

El otro factor de incidencia fundamental en el pronóstico es el tipo histológico del carcinoma del cual ya nos ha hablado el Dr. José A. Mautone. Nosotros adoptamos la clasificación histológica del comité de Cáncer de F.I.G.O. (6, 18, 19).

"Cualquier estudio relativo a la clínica y tratamiento del cáncer ovárico sería de escaso valor sin haber establecido antes una separación de los distintos grupos histológicos" ha dicho Kottmeier (19).

Obsérvese la importancia de la histología en la estadística presentada por nosotros al 6º Congreso Uruguayo de Ginecología (28).

TIPOS HISTOLOGICOS DE LOS CARCINOMAS OVARICOS E INDICE DE SOBREVIDA

Tipo histológico	*Total*	*%*	*Sobrevida a los 5 años*	
				%
Serosos	30/101	29.7	6/30	20
Mucosos	14/101	15.9	5/14	35
Endometrioide	30/101	29.7	6/30	20
Mesonéfrico	3/101	2.9	0/3	
Disgerminomas	6/101	5.9	4/6	66.6
T. de la granulosa	4/101	3.9	1/4	25
Otros y sin clasificar	6/101	5.9	0/6	

Otros (19) basándose en los criterios habituales de malignidad (anaplasia celular, formación papilar excesiva, invasión estromática por proliferación epitelial, acúmulos epiteliales) plantean 4 grados histológicos de malignidad (18).

	Nº de casos	*Vivos*	*Muertos*	*Supervivencia de 5 años*
GRADO 0 (0-1 mitosis)	14	12	2	85 %
GRADO 1 (2-5 mitosis)	01	9	12	41 %
GRADO 2 6-15 mitosis)	29	3	26	10 %
GRADO 3 (16 + mitosis)	16	0	16	0 %
	80	24	56	30 %

Otros dada la complejidad de estas clasificaciones han encontrado que a medida que aumenta el tamaño y número de nucleolos de los núcleos de las células cancerosas aumenta la malignidad, y ésto es así porque existe una relación directa entre el contenido de ARN de los nucleolos y su actividad con el comportamiento clínico de la enfermedad. (Long y colaboradores) (27).

Teniendo en cuenta pues:

—La historia natural de la enfermedad.

—El estadio anátomo - clínico de extensión lesional.

—Los distintos tipos histológicos y el grado de malignidad histológica.

—El concepto de que bajo el rótulo de cáncer ovárico se agrupan varios tipos de enfermedades con histología y biología distinta.

—La consideración general de la paciente, su edad y sus deseos. Podemos entrar al tratamiento de la enfermedad.

TRATAMIENTO STANDARD

La cirugía del cáncer implica llenar una serie de principios que es fundamental conocer:

1) Extirpación completa del órgano asiento del tumor.

2) Extirpación de los ganglios linfáticos tributarios del órgano.

3) Extirpación de las vías linfáticas en continuidad.

4) Todo debe tratar de extirparse en un block pasando siempre por tejidos sanos.

Estos 4 principios básicos establecidos para la extirpación del cáncer en general, no se cumplen con la cirugía de cáncer ovárico ya que la operación radical no es completa, pues debería extirpar las vías linfáticas y los ganglios tributarios, que en los tumores ováricos es la cadena lumbo - aórtica y para - renal. "Por ella es que necesariamente debe complementarse con otros recursos como la Radio y los casos no avanzados" (26). (Guixa).

Sin embargo, la propagación linfática es tardía y relativamente rara lo que hace que lleguemos a tiempo (en los casos poco avanzados, antes de que ella se produzca) (10).

La operación standard para el cáncer ovárico es la histerectomía total abodminal con anexectomía bilateral.

En la realización de esta operación 3 principios fundamentales deben ser tenidos en en cuenta (12).

1) La incisión abdominal debe ser lo suficientemente grande, para que el tumor pueda ser extraído sin romperlo o aspirarlo.

2) Una completa exploración quirúrgica de la cavidad abdominal debe ser realizada para así poder clasificar efectivamente el cáncer ovárico.

Esta exploración deberá ser reglada de la siguiente manera:

a) Toma del líquido de ascitis para investigación de células neoplásicas.
b) Estudio de todos los órganos pelvianos para valorar la invasión o diseminación neoplásica.
c) Estudio de todas las vísceras abdominales, intestinos, epiplón y sobre todo hígado, que nos permitirá valorar la extensión al resto de la cavidad abdominal.
d) Búsqueda de metástasis ganglionares en los ganglios retroperitonales, látero - cavos, látero - aórticas y pararrenales.
e) Estuido de los ganglios pelvianos, ilíacos primitivos, externos e hipogástricos.

3) Todos los tumores ováricos deben ser abiertos y seccionados en la sala de operaciones y examinados por un patólogo antes del cierre del abdomen. Si es necesario se harán cortes por congelación y el estudio histológico correspondiente.

Se hace evidente aquí la necesidad cada vez mayor de la concurrencia del patólogo a la sala de operaciones cuando se operan tumores malignos, ya que el puede ayudar.

—al dignóstico histológico de la lesión.

—al diagnóstico de la extensión lesional.

—al estudio del ovario contralateral en los pocos casos en que por la juventud de la paciente se hará cirugía conservadora.

JUSTIFICACION DE LA OPERACION

La operación standard a realizarse frente a un caso de cáncer ovárico es la histerectomía total con anexectomía bilateral. Esta operación se justifica si estudiamos la diseminación del cáncer dentro del aparato genital.

1) *La extirpación uterina* se realiza por la alta frecuencia de metástasis en la pared uterina y en el endometrio. El endometrio se encuentra atacado por el cáncer en grado variable según distintos autores, 13,7 % según Kottmeier, 12 % Gellé (11). Mautone en un estudio sobre 50 piezas de extirpación operaria encontró el endometrio afectado en un 12 por ciento y en un 13 % existían focos metastásicos sobre la serosa, lo que hace un total de un 25 % de afectación uterina.

No hay además que olvidar que por más sanos que parezcan el útero y anexo opuesto ya pueden estar metastasiados por focos microscópicos de cáncer.

2) *La extirpación de las trompas uterinas* se basa en la posibilidad de metástasis en su luz o en la pared tubaria.

En un estudio de Sampson (1) sobre 148 carcinomas ováricos se halló una propagación a la trompa en 23 casos.

Por último Lynch y Dokcerty (1) "al estudiar la importancia de la trompa como vía de propagación de los carcinomas del útero y ovario encontramos 51 casos de propagación tubaria exclusivamente y 12 de invasión simultánea de la trompa y el útero consecutivos a los carcinomas del ovario.

La extirpación del ovario opuesto debe realizarse porque en cerca del 50 % de los casos ese proceso es bilateral. En la serie de Mautone el proceso era bilateral ovárico en el 40 % de las piezas operatorias. Por otra parte, el 35 % de las recidivas se producen en el ovario contra lateral según Pedowitz había comprobado, focos microscópicos del tumor sobre el ovario aparentemente normal, luego de biopsiarlo en un 36 % de los casos (38).

En suma, el ovario opuesto está comprometido ya sea por metástasis o porque se trata de un proceso bilateral multicéntrico en un porcentaje variable que además depende del tipo histológico.

Según Kottmeier (19, 20) en los carcinomas serosos el ovario opuesto está atacado en un 65 % de los casos, en un 18 % en los mucosos, en los endometrioides en un 30 % y en un 55 por ciento de los carcinomas inclasificables.

Algunos agregan a la extirpación del útero y nexos la extirpación del epiplón.

El está atacado en el 44 % de los casos de Javert y en el 40 % de Parker (20) y Shingleton (40).

El epiplón es pues uno de los órganos abdominales más frecuentemente colonizado por las metástasis.

Por otra parte, su extirpación no representa un aumento de la gravedad ni morbilidad operatoria.

A la extirpación del epiplón agregan algunos autores la extirpación del apéndice y Munnel (23) plantea que "la extirpación del epiplón mayor y del apéndice no entrañan dificultades suficientes para aumentar la morbilidad de la cirugía y en cambio se justifica la extirpación por la posibilidad de metástasis a estas estructuras. Otros autores (23) creen que el agregado de la extirpación del epiplón a la operación clásica para carcinoma ovárico no es beneficiosa por 2 razones:

a) Favorece la adherencia de las vísceras a la pared abdominal lo que trastorna cualquier procedimiento operatorio (posterior) ulterior.
b) Estas adherencias intestinales a la pared, favorecen las lesiones por irradiación, en los procedimientos radiales ulteriores.

La mejor operación para el cáncer ovárico es la histerectomía total con anexectomía bilateral, o mentectomía total y apéndicectomía. Esta operación es clásica y es la que se debe realizar en los estadios I y II.

Pero esta operación radical puede tener que ser modificada en el acto operatorio ya que podemos enfrentarnos a cuadros inesperados en los que una conducta activa lleva la cirugía más allá del aparato genital.

Surge aquí el problema del tratamiento del **Carcinoma Ovárico avanzado.**

Entendemos por carcinoma avanzado del ovario el tumor ovárico extendido dentro de la pelvis a la pared pélvica, vejiga y recto sigmoide, fuera de la pelvis al resto de los órganos abdominales.

Estos son casos que muchos consideran como inoperables y según Kottmeier (18, 19) la mayoría de estos pacientes mueren dentro de los 2 años. Corresponden a los estadios IIb, III y algunos IV. La idea rectora que nos debe guiar es de que el empeño quirúrgico debe tratar de eliminar completamente el tumor.

Munnell (23, 24) dice que en el caso parcialmente operable se debe extirpar cuando se puede el tumor primario y metástasis y luego se someterá a la paciente a radioterapia postoperatoria, con las dosis máximas tolerables.

Por otra parte, siguiendo el concepto de que la existencia de metástasis extraováricas no torna inoperable el cáncer ovárico y que si un cirujano agresivo está preparado para las realizaciones quirurgicas mayores (resecciones intestinales, vesicales, excenteraciones, etc.) éstas deben intentarse. Como también hay que saber cuando se debe detener el intento quirúrgico.

Si la propagación del tumor se mantiene dentro de los límites de la pelvis debe realizarse la completa excisión del tumor macroscópico. Hemos realizado extirpación completa del peritoneo pélvico aun cuando éste esté sembrado.

Esta cirugía puede exigir la excéresis del recto sigmoide e inclusive de alguna asa intestinal. También la hemos realizado con éxito.

Esta cirugía debe complementarse con radioterapia.

La excentación pélvica no es aconsejable para algunos (25) dados sus resultados.

Y frente a importantes lesiones viscerales que obligarían a esta operación es preferible realizar una irradiación previa y luego relaparotomizar nuevamente a la enferma.

En esta cirugía del cáncer propagado fuera del aparato genital dos criterios se oponen:

- Uno, el de Kottmeier (18, 19) que propone biopsiar el tumor, cerrar el abdomen y luego irradiar a la paciente con Cobalto. Dos o tres semanas después de relaparotomizar a la paciente y extirpar todo lo que se pueda el tumor.
- Otro el de Munnell (23) en el que siempre trata de extirpar lo máximo posible de tumor y metástasis y someter posteriormente a la irradiación postoperatoria y quimioterapia.

Cuando la propagación del cáncer se ha hecho extrapélvica (o abdómino-pélvica) la propagación prácticamente lo ha convertido en inextirpable, y en general la sobrevida no es mayor de 6 meses. Esporádicamente puede ser posible extirpar el tumor y sus metástasis y así alargar la vida de la paciente.

Aquí hay que tener el criterio de que hay que estirpar el máximo posible de tumor así la irradiación postoperatoria se hará sobre masas tumorales mucho más pequeñas. Y esto es avalado por estadísticas de distintos autores. (25)

Algunos problemas especiales que se plantean en el tratamiento del cáncer ovárico.

CANCER DE OVARIO EN LAS NIÑAS Y MUJERES JOVENES

En ellas se plantea el problema de que la extirpación del aparato genital impide en el futuro la procreación.

Se ha planteado por algunos autores en algunas circunstancias cirugía conservadora, extirpando al ovario o al anexo.

¿Está justificado hablar en el cáncer de ovario, de cirugía conservadora?

Tema de enorme importancia e interés.

Digamos ante todo que consideramos que el único tratamiento lógico y racional es la operación radical. Es la única que tiene asidero

científico y sin embargo la riqueza de situaciones clínicas nos lleva a la consideración de que en pacientes jóvenes y sin hijos se realiza de cuando en cuando (23) una ovariectomía unilateral.

Ya Munnel y Taylor, citados por Kottmeier (19) y Munnel (23, 24), sostienen que en algunos casos esta cirugía puede estar indicada.

En la primer publicación de (Munnel y Taylor) sobre un conjunto de 46 casos de tumores unilaterales se sometió a 23 pacientes a cirugía conservadora y a otras 23 a cirugía radical. La sobrevida a 5 años fue la misma.

Posteriormente Munnel (23) compara la sobrevida de 5 años, de 144 casos de carcinoma ovárico tratados con cirugía radical y 46 con cirugía conservadora.

	Sobrevida a los 5 años Absoluta (porcen aje)	Relativa (porcentaje)
114 casos Cirugía Radical	70	79
46 casos Cirugía Conservadora	61	74

Como se ve existe una escasa diferencia para los de Cirugía Conservadora.

La Cirugía Conservadora en los cánceres de ovario se basa en 2 hechos:

a) Unilateralidad de la lesión.
b) Tipo histológico y grado de malignidad.

—La bilateralidad de los tumores de ovario para distintos autores está por encima del 40 por ciento.

Citemos algunos datos de Kottmeier. (19, 20)

Miller	50.5 %
Heiman	21.9 %
Kermanner	36.2 %
Frankl	36.8 %
Porola	55.5 %

Solamente en los tumores unilaterales y luego de un examen exhaustivo del otro ovario, está permitida la operación.

Si tomamos el tipo histológico y estudiamos la frecuencia de la uni o bilateralidad de la lesión (Kottmeier) (19) tenemos:

Carcinomas verdaderos

Tumores serosos	65,3 %	bilaterales
Tumores mucosos	18,7 %	bilaterales
Tumores endometrioides	30,2 %	bilaterales
Tumores no clasificados	54,1 %	bilaterales

Carcinomas de bajo potencial

Tumores serosos	60,4 %	bilaterales
Tumores mucosos	22,9 %	bilaterales

Por último la seguridad de que el útero no está involucrado en el proceso debe tenerse en cuenta también.

En el 12 % de los casos de Mautone y en el 13,7 % de los de Kottmeier el endometrio estaba involucrado.

De todo esto se deduce y de la apreciación de varios autores. (10, 11, 18, 19, 23, 25)

1) Los carcinomas serosos y los endometriales deben ser tratados con cirugía radical, a pesar de la edad de la paciente.
2) Que los carcinomas mucosos pueden ser tratados, en las pacientes jóvenes y con deseos de tener hijos, cuando son unilaterales por cirugía conservadora (anexectomía).
3) Los disgerminomas también pueden ser tratados por anexectomía e irradiación de los ganglios látero-aórticos retroperitoneales, ya que son frecuentemente unilaterales.
4) Los tumores de la granulosa son generalmente malignos, con poca tendencia a la bilateralidad y con tendencia a recurrir muchos años luego de ser extirpados.

En las formas histológicamente diferenciadas se puede plantear la cirugía conservadora.

Otra consideración a hacer dentro de la cirugía conservadora es *en los tumores desarrollados durante la gestación.*

CANCER DE OVARIO Y EMBARAZO

Al encontrarse con esta concomitancia durante un acto quirúrgico el cirujano debe.

1) Estudiar la extensión macroscópica de la enfermedad a fin de clasificarla según el estudio anátomo - clínico.
2) Si se tiene anátomo - patólogo, se hará un corte por congelación a fin de estudiar el tipo histológico de tumor y el grado histológico de malignidad. Al tomar biopsias múltiples éste nos podrá informar además del grado de diseminación de la enfermedad.

Por ello deben biopsiarse el epiplón, peritoneo y distintas áreas del abdomen.

También es conveniente recoger el líquido de ascitis para investigar células neoplásicas.

Si se trata de un *grado Ia* se hará una anexectomía y el embarazo continuará. Pero el ovario restante debe ser examinado macroscópicamente y se debe realizar un corte por congelación si es necesario, para demostrar que está libre de enfermedad.

Este criterio puede aplicarse en:

- Adenocarcinomas de bajo grado de malignidad o potencialmente malignos (sobre todo en los mucinosos).
- Tumores de la teca y granulosa.
- Arrenoblastoma.
- Ginandroblastoma.
- Disgerminoma.

El parto se realiza cercano al término.

Luego se le debe decir a la paciente o familiares cual es la situación y proceder en consecuencia de acuerdo al pedido de la paciente para tener más hijos o no.

Si no desea más hijos se le debe someter a una histerectomía total con anexectomía restante.

Si desea tener más hijos, corre un riesgo calculado, y debe ser cuidadosamente controlada, realizándosele una histerectomía total con anexectomía restante y omentectomía, en caso de aparecer signos de recidiva.

En caso de que el tumor no sea del tipo histológico más arriba indicado, será necesario realizar inmediatamente una histerectomía total con anexectomía bilateral y omentectomía.

Se complementará siempre el tratamiento quirúrgico con radioterapia y quimioterapia.

En casos más avanzados el embarazo no cuenta y debe procederse con criterios oncológicos, como si él no existiera a los efectos de los tratamientos a realizar.

Una espera de 2 ó 3 semanas puede realizarse, si el feto está en los límites de la viabilidad y realizar entonces una cesárea seguida de histerectomía total más anexectomía bilateral y epiplonectomía.

En casos avanzados debe removerse todo lo que se pueda del tumor y luego hacer telecobaltoterapia y quimioterapia. Aquí el embarazo es secundario.

La madre es la primera responsabilidad del cirujano. Pero si el niño puede ser salvado, esto debe hacerse. Pero lo habitual es que operemos pacientes en grado III y IV.

La diseminación en estos grados hace que la enfermedad nos obligue a veces a esperar, para obtener un cambio de la unidad.

El índice de sobrevida en los cánceres de ovario que evolucionan en el embarazo es igual que fuera del embarazo. El tipo y grado histológico y el estadio anátomo-clínico de diseminación de la enfermedad son los que determinan el pronóstico. El embarazo no tiene ninguna repercusión sobre la enfermedad y su interrupción no tiene efectos beneficiosos sobre el futuro de la paciente.

El sólo puede retardar el diagnóstico. Pero él no impide, bajo ningún concepto que la paciente sea explorada.

Toda tumoración de origen ovárico debe ser explorada quirúrgicamente aún en el embarazo. El mejor momento es el segundo trimestre.

TRATAMIENTO DE LOS CARCINOMAS SECUNDARIOS DEL OVARIO

El tratamiento de los carcinomas secundarios del ovario debe realizarse cuando es posible. El tratamiento consiste en:

- Extirpación del tumor original.
- Histerectomía total con anexectomía bilateral.

Luego podrá agregarse irradiación pelviana y de los ganglios retroperitoneales.

En varias ocasiones nos hemos encontrado con éstas situaciones:

- Tumor de sigmoide y cáncer de ovario. Hemos realizado en la misma intervención sigmoidectomía con anastomosis término terminal o Histerectomía total con anexectomía bilateral —sobrevida 5 años.—
- En cánceres de Colon derecho y metástasis ováricas. Colectomía derecha con ileo transversostomía, e histerectomía bilateral —sobrevida de un año.—

TRATAMIENTO DEL SEUDOMIXOMA PERITONEAL de punto de partida ovárico.

Deberá realizarse una operación que comprenderá:

- Histerectomía total con anexectomía bilateral.
- Extirpación del epiplón.
- Apendicectomía.
- Extracción de todas las masas y mucina posible.

Uso de oro radiactivo coloidal intraperitoneal o quimioterapia sistémica o intraperitoneal.

Queremos plantear el problema de la ruptura de los tumores ováricos.

RUPTURA DEL TUMOR OVARICO antes o durante la intervención. Los datos sobre éste hecho son variables de acuerdo con distintos autores. Munnell (23) opina que la ruptura y diseminación operatoria no tienen influencia sobre el pronóstico.

Sin embargo Purola y Nieminen (30) al estudiar la influencia de la ruptura del Carcinoma quístico de ovario en el pronóstico y estudiando todos los casos en estadio I, a los que se les efectuó tratamiento quirúrgico y radioterapia postoperatoria encontró que el índice de sobrevida a los 5 años en los casos extirpados íntegramente fue de 83 %.

En los casos en que se efectuó punción y aspiración fue de un 89 % y en los casos en que se produjo ruptura espontánea o accidental operatoria ésto llegó a un 60 %.

Esto nos lleva al planteo de que se debe ser cuidadoso en la extracción de los tumores ováricos, agrandando la incisión todo lo que sea necesario y en último caso protegiendo cuidadosamente y evacuando el tumor.

En 1974 recopilamos entre la Clínica Ginecotocológica B del Hospital de Clínicas 101 casos de tumores de ovario.

El tratamiento quirúrgico realizado está considerado en el cuadro siguiente:

TRATAMIENTO QUIRURGICO

1)	Histerectomía total Anexectomía bilateral	38 casos
2)	Histerectomía subtotal Anexectomía bilateral	3 casos
3)	Anexectomía bilateral	19 casos

4) Histerectomía total
Anexectomía bilateral — 4 casos
Omentectomía
Apendicectomía

5) Histerectomía total
Anexectomía bilateral — 8 casos
Colectomía y/o enterectomía y/o cistectomía

6) Cirugía paliativa (de necesidad, biopsias, etc.) — 27 casos

7) No se realizó tratamiento quirúrgico alguno — 2 casos

Obsérvese que sólo en 50 casos se pudo realizar cirugía que cumplía con los requisitos de la cirugía cancerológica.

El resto de esta cirugía sólo fue incompleta o no se realizó cirugía.

A los efectos de considerar la relación del índice de sobrevida con el tratamiento quirúrgico realizado, hemos clasificado los casos de la siguiente manera:

RELACION DE LA SOBREVIDA CON EL TRATAMIENTO QUIRURGICO REALIZADO

- Cirugía Radical 11/42
- Cirugía Super-radical 1/8
- Cirugía Conservadora (Anexectomía) 8/19
- Cirugía Paliativa 0/27

En el Cuadro Nº 5 se aprecia el resultado de la combinación de la Cirugía con la Radioterapia y/o Quimioterapia.

Apréciese que del total de 101 casos fueron operados 99. De los 20 casos vivos, en 18 se hizo Cirugía y Radioterapia y en 2 sólo Cirugía.

Este porcentaje de curaciones a los 5 años alcanza para llamar la atención sobre el diagnóstico precoz y el tratamiento precoz de todos los tumores ováricos por más buen aspecto de benignidad que ellos ofrezcan.

No existe todavía ningún examen que pueda colocarnos en la ruta del diagnóstico precoz del cáncer ovárico y esto nos obliga a decir que la única profilaxis de los tumores malignos, es operar a todos los tumores benignos lo más precozmente posible.

CUADRO V

Tipo de tratamiento quirúrgico	*Con Radioterapia*		*Solo o con quimioterapia*		*Vivos a los 5 años*
Cirugía radical 42 casos	23/42	Sobrevida	19/42	Sobrevida	11/42 Radioterapia
Cirugía super-radical 8 casos	6/8		2/8		1/8 1 con Radioterapia
Cirugía conservadora (Anexectomía) 22 casos	18/22		1/22		8/22 8 con Radioterapia
Cirugía paliativa 27 casos					0/27
No recibieron tratamiento quirúrgico 2 casos.					0/2

RESUME

Cancer d'ovaire

Le cancer d'ovaire c'est un tumeur découvert très souvent par le Chirurgien Général qui doit le résoudre de la meilleure façon possible.

Comme nous avons dit avant, dans le traitement du cancer il y a seulemént une opportunité et cette opportunité c'est la première.

Au cours de cette table ronde on étudie la physiopathologie du cancer d'ovaire ses voies de dissémination, son histoire comme maladie, ses complications et son traitement.

La symptomatologie de cette maladie est tardive et quand arrivent chez le médecin, 2/3 du total des malades ont déjà perdu leur possibilité de guérir.

La base du traitement est donc le diagnostic précoce. On fait une révision de tous les moyens employés dans le diagnostic précoce et parmis eux on souligne l'examen gynécologique.

On a aussi beaucoup d'espoir à l'écographie gynécologique.

En somme, lorsqu'on diagnostique une masse parautérienne, par l'examen gynécologique ou de l''écographie, la malade doit être opérée et c'est l'anatomie pathologique qui établira le diagnostic.

C'est seulement en opérant précocement le kyste d'ovaire que l'on fera un diagnostic précoce du cancer d'ovaire (Du 10 au 15 % des kystes d'ovaire apparemment bénins, sont malins).

Le traitement du cancer d'ovaire qui peu être opéré, stades I et IIa, consiste en Hy terectomie otale plus salpingo-ovariectomie, apendicectomie et omentectomie.

On fait seulement exception à cette règle opératoire, pour les femmes très jeunes, enceintes ou qui désirent avoir des enfants, aux quelles on a diagnostiqué des tumeurs épithéliales avec peu de tendance à la bilatéralité et récidive (tumeurs potentiellement malignes, kystoadenocarcinomes mugueux, dysgerminomes, etc.). Dans ceux cas là salpingo-ovariectomie c'est le traitement à suivre.

Dans le cancer d'ovaire avancé est parfois nécessaire d'extirper des grands secteurs epiploon, intestin grêle, colon sigmoide, peritoine pelvien et vessie.

Celui-ci est un cancer radio sensible et la chimiothérapie a commencé à avoir une place très importante dans son traitement.

Bien que la chirurgie soit la méthode principale de traitement, elle doit être associée à la chimiothérapie et la radiothérapie. L'association dépendre du type histologique tumoral et de sa sensibilité aux radiations et á la chimiothérapie.

Dans les grands tumeurs l'utilisation de la chimiothérapie et radiothérapie peut produire une réduction si grande de la tumeur, que celle-ci peut être extirpée par une nouvelle laparotomie.

Enfin nous voulons souligner que c'est très nécessaire une bonne profilaxe des tumeurs malignes, car dans notre pays, du total de malades qui souffrent de cancer d'ovaire, seulement 20 % vit plus de 5 ans.

SUMM RY

O arian cancer

Ovarian cancer constitutes a process which the General Surgeon frequently comes accross and which requires solution in the best manner possible.

As has already been stated, *in the treatment of cancer there is only one, single chance: the first.*

This Panel Meeting has considered the physiopathology of ovarian cancer; dissemination paths, its history as a disease, its complications and its treatment.

Symptoms appear too late and when patients come to the doctor, 2/3 of them have lost all possibility of definitive cured.

Consequently an early diagnosis is the pillar on which treatment should be based.

The Panel reviewed all means used in arriving at an early diagnosis and among these, gynecological examination and detection of a pelvic mass, is still the best.

Considerable hope has been placed in gynecological ecography. Having diagnosed a parauterine mass —either through gynecological examination or ecography— the patient should undergo surgery and diagnosis should be left to anatomopathology.

It is only through early surgery of ovarian cysts that it is possible to arrive at an early diagnosis of ovarian cancer. (Between 10 and 15 % of apparently benign ovarian cysts are actually malignant).

Treatment of operable ovarian cancer, stages I and IIa, consists in total hysterectomy plus bilateral anexec omy, total omentectomy and appendectomy.

The sole exception to this operatory rule should co of very young women who are either pregnan cr wish to have children and who carry epithelial tumors with little tendency to bilaterality and recurrency. (Tumors which are potentially malignant, mucous cy oadenocarcinomas, dysgerminomas, etc.). Such patien should be treated by adnexectomy.

Advanced ovarian cancer often requires extirpation of large sector of sigmoid epiploon, small intestine, pelvic peritoneum and partial resection of bladder, etc.

This type of cancer is radiosensitive and chemiotherapy has lately begun to acquire considerable impulse occupying a prominent place in its treatment.

Consequently and notwithstanding the fact that surgery is the main method for its treatment, this procedure should always be associated with chemiotherapy and radiotherapy. The nature of the association will depend on the hystological type of tumor and its sensitivity to radiation and chemiotherapeutical procedures.

In large tumors, the use of chemio and radiotheraphy may achieve an important reduction of tumor, to the extent that a new laparotomy may remove it.

Finally we shall highlight the significance that good prophylaxis of malignant ovarian tumors might have in our media, since only 20 % of patients who carry an ovarian cancer survive in our country.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. AHUMADA, J. C. - Cáncer Ginecológico. Bs. Aires. El Ateneo, 1953.
2. ARRIGHI, L. A.; CALANDRA, D. - Ginecología. Bs. Aires. López Editores, 1977.
3. BARBER, H. y GRABER, E. A. - Surgical Diseases in pregnancy. Philadelfia, Saunders, 1974.
4. BELLOSO, R. - Riesgos en la Cirugía Ginecológica. Montevideo, Delta, 1961.
5. CASTRO, J. A. - Indicaciones y Directivas de la conducta conservadora endócrina en la histerectomia por procesos benignos. Congreso Uruguayo de Cirugía, 14º, 1963.
6. CUTLER, S.; GREMBERG, K. - Survival of patients with ovarian cancer. J. Nath. Instit. 24: 541, 1960.
7. DE COSTA, E. - Tumores ováricos con actividad endócrina y problemas relacionados. Clin. Quir-Norte Am. 44: 760, 1969.
8. DEXEUS, F. - Tratado de Ginecología. Barcelona, Salvat, 1970.
9 FATHALLA, M. F. - Factors in the causation and incidence of ovarian cancer. Gynecol. Obstet., 27: 751, 1972.
10. FOX, H.; LANGLEY, F. Tumeurs of ovary. London, William Heinemann, 1976.
11. GELLE, D. - Les cancers primitifs de l'ovaire. Paris, Masson, 1963.
11a. GENTIL, F.; JUNQUEIRA, A. - Ovarian Cancer. International Union Against Cancer. Berlín - New York, Springer, 1968.
11b. GOMEZ RUEDA, N.; GUIXA, H., PAPUCCI, S.; NAVARINI, H. - Tumores del ovario. Ginecología Panamericana, 1: 2, 1970.
12. GORDON DOUGLAS, R.; STROMME, W. D. - Operative Obstetrics. London, Appleton, 1976.
13. GRAY, L. A. - La histogénesis del carcinoma ovárico. En: Meigs y Sturgis. Progresos de Cineco-logía. Madrid, ECM, 1969. v. 3.
14. GUSBERG, S. B.; FRICK, H. C.; CORSCADEN. - Cáncer ginecológico. Bs. Aires, Edit. Médica Panam., 1971.
15. HRESHCHYSHYN, M. W.; SCHWELLER, E.; RANDALL, C. L. - Problemas en la asistencia de pacientes de cáncer ovárico. Clin. Obst. y Gin. Norte Am. 3: 421, 1967.
16. HUDSON, C. - Lugar de la Cirugía en el tratamiento del Cáncer de Ovario. Gynecol. Obstet. 3: 240, 1978.
17. JANOVSKI, N , PARAMANANDHAN, T. L. Ovarian Tumors. In the series Major Problems in Obstetric and Gynecology. Philadelfia, Saunders, 1973, v. 4.
18. JEFFCOSTA, N. - Ginecología. Bs. Aires, Intermédica, 1979.
19. KOTTMEIER, H. L. El cáncer de ovario y su tratamiento en Suecia. En: Meigs y Sturgis. Progresos de Ginecología. Madrid, ECM, 1969, v. 3.
20. KOTTMEIER, H. L. - Carcinoma de ovario y su tratamiento. En: Meigs y Sturgis, Progresos de Ginecología. Madrid, ECM, 1969, v. 4.
21. MALKASIAN, G. O. - Quimioterapia de los carcinomas de ovario referida a todos los estadios de la enfermedad. En: González Merlo, J.; Iglesias Giv, J.; Burzaco, I. Avances Ginec. Obstet. Barcelona, Salvat, 1977, v. 3.
22. MIKUTA, S. - Rational Approach to Carcinoma of the Ovary. South Med. J. 68: 1491, 1975.
23. MORRIS, J. M.; SCULLY, R. E. - Patología Endócrina del Ovario. México, Prensa Médica Mexicana, 1960.
24. MUNNELL, E. W. - Tratamiento quirúrgico del carcinoma de ovario. Clin. Obst. Ginecol. Norte Am. 4: 980, 1969.
25. NOVAK, E. R.; WOODRUFF, R. - Ginecología y Obstetricia. Madrid, Alhambra, 1971.
26 NOVAK, E. R.; SEEGAR, JONES, G.; JONES, H. W. - Tratado de Ginecología. México, Interamericana, 1975.
27. NOVOA, M. - Indicaciones y directivas en la conducta conservadora de las funciones procreativas y menstrual. Congreso Uruguayo de Cirugía, 24º, 1973, v. 2, p. 23.
28. OLAZABAL, M. F. - Cáncer primitivo del ovario. Congreso Uruguayo de Ginecología y Obstetricia, 6º, 1974.
29. OLAZABAL, M.; TARLERA, R. - Cáncer de ovario. Estadística y Comentarios sobre 44 cánceres de Ovario. Soc. Ginec. Obst. Uruguay, 1973. Inédito.
30. PURELA, E.; NIEMINEN, V. - La influencia de la ruptura del carcinoma quístico del ovario en el pronóstico. Sinopsis Obst. Ginec. Nº 19669.
31. RANDALL, G.; HALL, D. - Results of the treatment of ovary an malignancies. Am. J. Obst. Ginec. 63: 497, 1952.
31a. RUTHLEDGE, F.; FLETCHER, G.; GALLAGER, H. S. - Carcinoma of the uterine cervix endometrium and ovary. The University of Texas M.D. New York, Year Book, 1962.
32. SALL, S.; STONE, M. - Factors affecting survival of patients with ovarian carcinoma. Advances in Obst. and Gynec. Caplan Swency. Baltimore, Williams Wilkins, 1978.
33. SENEZE, J.; VIGNE, C. L. - Tumeurs de l'ovaire solides et kystiques. Enciclop. Med. Chirurg. T. II. París, Masson, 1966.
34. SCULLY, R. C. - Tumores originados a partir de las células germinales. En: Meigs y Sturgis. Progresos de Ginecología. Madrid, ECM, 1971, v. 4.
35. TAYLER, H. C.; MUNNELL, E. W. - Treatment of Tumeurs of the ovary. En: Pack, G. T.; Ariel, I. M. - Treatment of cancer and allied deseases. 2nd. ed. New York, Hoeber, 1963, v. 6.
36. TAYLER, H.; WARTHEN, J. M.; RUTHLEDGE, F.; BARANOW, R. - Gynecologic, Oncology. New York, John Wiley and Sons, 1976.
37. TEILUM, G. - The Ovary. International Academy of Pathology Monograph. New York, Williams Wilkins, 1973.
38 TE LINDE, R. W. - Ginecología operatoria. Bs. Aires, Bernades, 1970.
39. TYRON, J. - Considerations in Gynecologic endocrine disorders. Surg. Clin. North Am. 2: 201, 1974.
40. VAZQUEZ FERRO, E.; SARDI, J. E. - Enfoque quirúrgico en el tratamiento del carcinoma de ovario. Rev. Argent. Ginec. Obst. 3: 140, 1972.
41. VILLAMIL MUÑOZ, J. - Historia del cáncer de ovario. Congreso Uruguayo de Ginecología y Obstetricia, 6º, 1974.
42. ZUCKERMAN, C. - Detención y diagnóstico oportuno de los cánceres ginecológicos. Rev. Mex. Cir. Gin. Cáncer, 32: 7, 1964.