UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

Facultad de Ciencias Médicas

"CARCINOMA PRIMARIO DEL OVARIO. DIEZ AÑOS DE EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS DE GUATEMALA".

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
BIBLIOTECA
GUATEMALA, C. A.

TESIS

Presentada a la Facultad de
Ciencias Médicas de la Universidad
de San Carlos de Guatemala

Por

MARCO TULIO NEGREROS ESTRADA

En el acto de su investidura de

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, Julio de 1970

CONTENIDO

I. OBJETIVOS

II. GENERALIDADES

1. Embriogénesis
2. Histología
3. Clasificación
4. Características Clínicas
5. Tratamiento
6. Sobrevida

III. MATERIAL Y METODOS

IV. RESULTADOS

1. Edad
2. Origen
3. Antecedentes de Importancia
4. Síntoma predominante
5. Descripción macroscópica
6. Descripción microscópica
7. Morbilidad
8. Error diagnóstico
9. Tratamiento

V. SOBREVIDA

VI. DISCUSION

VII. CONCLUSIONES

VIII. BIBLIOGRAFIA

I. OBJETIVOS

El estudio que ahora presentamos, tiene como objeto fundamental, contribuir al mejor conocimiento de la Patología en nuestro medio. En este caso específico la Patología del Ovario.

Revisando la literatura Nacional, se encontró un estudio previo (2) el cual hace un análisis exhaustivo de una de las Secciones de Ginecología del Hospital General. Al integrar la experiencia de las salas de Cirugía y Ginecología de dicha Institución, en este caso con referencia al Carcinoma del Ovario, pretendemos se complemente lo anteriormente realizado.

Se puso especial empeño en detectar el grado de dificultad técnica en la realización de este tipo de trabajo de recopilación, fijando nuestra atención en la funcionalidad de los archivos generales, el interés que presta el personal médico en llevar con detalle la hoja clínica del paciente, el control ambulatorio, sobrevida, etc.

La comparación de las características clínicas de la patología que ahora revisamos con autores extranjeros, así como la reflexión sobre el tratamiento bajo el cual se ha sometido a los pacientes locales, durante un lapso de diez años en el Hospital General de Guatemala, es de vital importancia.

Finalmente se trata de establecer sobrevida en un período comprendido desde el inicio de este análisis, año de 1958 a septiembre de 1969.

Embriogénesis

La embriogénesis de los aparatos genitales masculino y femenino guarda íntima relación con etapa incipiente del desarrollo fetal, pues la diferenciación sólo comienza a la sexta semana (11). El ovario, como el testículo, nace de la proliferación medial del pliegue urogenital que se denomina pliegue genital. A las seis semanas de vida intrauterina, la gónada consiste en un revestimiento de epitelio germinativo o superficial y una masa epitelial interna. Hacia el tercero o cuarto mes de desarrollo fetal, aparecen óvulos bien diferenciados en la porción interna, y el epitelio germinativo de revestimiento adopta un aspecto parecido al de la serosa pavimentoide del ovario maduro.

Hay desacuerdo sobre el orígen de los óvulos. Se discute si éstas células germinativas provienen del epitelio germinativo, o si

representan células totipotenciales primordiales, originadas en etapa temprana de desarrollo fetal, que emigran hacia el interior de la masa celular interna mesenquimatosa. En la primera etapa los óvulos ocupan la médula del ovario, pero ésta generación pronto es substituída por una segunda, en la que éste se sitúa dentro de la corteza ovárica. Con el tiempo, las células sexuales primordiales, quedan rodeadas por células granulosas diferenciadas, pequeñas, cúbicas o poliédricas de aspecto epitelial. También se discute el origen de estas células foliculares; se supone que derivan del epitelio germinativo o del estroma mesenquimatoso interno.

El origen de las células tecales y foliculares tiene interés no sólo teórico. Las células del estroma ovárico originan gran diversidad de tumores ováricos. Algunas de estas neoplasias están formadas por células granulosas o tecales y son feminizantes; otras reproducen la arquitectura testicular primitiva y son virilizantes.

Se supone que esta amplitud de los cuadros histológicos y funcionales se basa en las células granulosas, tecales y las mutativas de orientación masculina provienen del estroma.

Histología

Varios detalles histológicos que tienden a olvidarse son importantes. En el ovario, el epitelio germinativo de revestimiento se torna aplanado y adopta características de peritoneo. En las secciones histológicas, las células están muy adelgazadas, tanto que en ocasiones resulta difícil su identificación. Cuando en una cicatriz fibrosa se incluye el revestimiento de epitelio, las células pueden transformarse en cúbicas, fácilmente visibles, que crean pequeñas luces glandulares en ocasiones confundidas con infiltración neoplásica (11).

El parénquima ovárico se divide en corteza y médula. La corteza suele consistir en una capa de células fusiformes, apretadas, semejantes a fibroblastos hinchados, separadas por escaso tejido conectivo. La porción más extensa directamente debajo de la serosa, es una capa delgada, compacta, de tejido conectivo colágeno relativamente acelular. El engrosamiento de esta capa puede originar disfunción ovárica. Hacia la pubertad, en la porción externa de la corteza se observan óvulos en diversas etapas de maduración.

La médula del ovario consiste en tejido mesenquimatoso

menos compacto. De cuando en cuando, en la llamada región hiliar de la médula están incluídas células voluminosas, redondas o poligonales de aspecto epitelial. Se supone son restos de la gónada en su fase "ambisexual" primitiva. Hay que agregar algunos elementos normales tales como los vasos sanguíneos.

Clasificación

Continúa siendo problema la clasificación de los Tumores del Ovario sobre los cuales no hay opinión unánime. Esto se debe a que, como hemos dicho, el ovario está cubierto por epitelio celómico el cual embriológicamente tiene la posibilidad de diferenciarse en células cilíndricas, ciliadas, serosas, como las que se observan en las trompas de Falopio, y en células cilíndricas mucosas no ciliadas, como el endometrio. El estroma del ovario consiste en tejido conectivo, que posee la facultad de diferenciarse hacia células granulosas, tecales y luteínicas.

Se agrega a esto, que no hay acuerdo universal como para determinar estructuras primordiales (8) como por ejemplo epitelio germinal, folículo de Graaf, agregándose los problemas intersexuales (ovotestes) et.

Sin embargo se han establecido clasificaciones generales:

1. Benignos	1. Quísticos	1. Funcionantes
2. Malignos	2. Sólidos	2. No funcionantes.

Es de suma importancia la clasificación clínica de Helsel (8), sobre todo para imponer el tratamiento adecuado:

Grupo I Cáncer limitado a un ovario

Grupo II Cáncer que afecta a los dos ovarios y/o hay lesión local extirpable

Grupo III Lesión local no extirpable. Metástasis o ruptura del tumor al operar

Grupo IV Pelvis congelada o metástasis a distancia

Hertig y Col. proponen una clasificación anatomopatológica (5):

I. Tumores nacidos de diferenciación especializada del estroma cortical:
   1. Tumores de células de la granulosa y tecales (feminizantes)
   2. Arrenoblastoma (masculinizante)
   3. Ginandroblastoma

II. Tumor de Células Germinativas:
   1. Disgerminoma
   2. Coriocarcinoma
   3. Teratoma quístico benigno
   4. Teratoma maligno
   5. Teratocarcinoma

III Tumores que provienen del epitelio germinativo Celómico:
   1. Cistoadenoma y cistoadenocarcinoma seroso
   2. Cistoadenoma y cistoadenocarcinoma mucinoso
   3. Cistoma endometrial benigno y maligno
   4. Cistoadenofibroma benigno y maligno

IV. Tumor de restos embrionarios
   1. Tumor de restos suprarrenales
   2. Tumor de restos mesonéfricos
   3. Tumor de Brenner
   4. Tumor de Células hiliares.

V. Tumores extrínsecos de tejido conectivo

VI. Tumores metastáticos.

Como puede observarse las clasificaciones difieren según se funden en el aspecto macroscópico de los tumores, la arquitectura microscópica, evolución clínica o histogénesis.

A Carcinoma quístico del Ovario

Características Clínicas

Carcinoma relativamente frecuente. Segundo lugar de importancia después de las diversas formas de cáncer uterino. Se considera el doble de incidencia que los carcinomas sólidos. Existencia de proceso maligno bilateral en un 25o/o, poco menor en los carcinomas sólidos (8).

Incidencia: En un estudio de 1.740 casos (5) durante 44 años se reporta la siguiente incidencia: en 507 casos,

29.1o/o son serosos, tanto benignos como malignos. Edad más frecuente entre los 20 a 50 años. Para el cisto adenocarcinoma mucinoso demostró una incidencia tanto benignos como malignos de 23.8o/o.

Los síntomas más importantes del carcinoma aparecen por desgracia tardíamente (8), ya que el inicio de esta enfermedad es casi siempre insidioso y de tipo "silencioso". El orden de frecuencia en que se encuentran los signos y síntomas parece ser el siguiente:

1. Tumor abdominal (hipogástrico), constituye en muchos casos la primera manifestación y ya para entonces suelen estar afectados otros órganos.

2. Sensación de pesadez moderada o dolor en hipogastrio.

3. Trastornos menstruales. Si la paciente se encuentra aún en período genital activo puede presentarse metrorragia; sin embargo, en la mayoría de los casos, no nota ningún desarreglo.

4. Un pequeño número de pacientes post-menopáusicas se dan cuenta de la presencia de una hemorragia ligera o flujo sanguinolento.

5. Tromboflebitis inexplicable.

6. Ascitis (principalmente en las variedades papilares).

En el curso clínico, caquexia, emaciación, anemia e infección son reportadas como causa de muerte. Incluso cuando el ovario opuesto aparece como normal, macroscópicamente se descubre cáncer en los linfáticos hiliares en un 25 a 50o/o, en el peritoneo en un 75o/o y las vísceras son invadidas en el siguiente orden de frecuencia, intestino, hígado, páncreas, pulmones, pleura y huesos largos (8).

Su pronóstico depende de la presencia primaria o secundaria de procesos papilíferos. Incluso en el cistoadenoma papilar seroso no puede preverse un curso clínico benigno.

El cistoadenocarcinoma, de arquitectura glandular. Sugiere origen de tejido endometrial. Se presenta en sus variedades:

1. Seroso
   a. papilar
   b. no papilar

2. Mucinoso
   a. papilar
   b. no papilar

Debe considerarse de adenocarcinomas como prototipo de malignidad a las dos variedades. Cistoadenocarcinoma seroso, prototipo maligno, más común que el mucinoso, lo cual se explica si consideramos que únicamente el 5o/o de los cistoadenomas mucinosos sufren degeneración maligna. El primero de arquitectura papilar, que puede asentar en la superficie, o dentro de la cavidad, microscópicamente posee estructura cláramente papilar y puede presentar disposición glandular. Se comporta clínicamente como maligno. El cistoadenocarcinoma mucinoso, microscópicamente muestra la imagen típica del adenocarcinoma, pero en todos los grados de degeneración.

B. Carcinoma Sólido del Ovario

Carcinoma Anaplástico del Ovario

Ausencia de carácter adenomatoso, pueden emplearsse términos descriptivos como papilar, medular, alveolar, escirroso o plexiforme. Puede coexistir estructura quística o sólida. De tamaño variable. Consistencia suave. Puede tener superficie nodular. Forma redonda. Color grisáceo. A menudo unilateral aunque en los casos avanzados hay tendencia al crecimiento bilateral (9).

El tamaño de los carcinomas sólidos del ovario es muy variable, pero la mayor parte producen síntomas que requieren tratamiento antes que el tumor haya alcanzado volumen algo más que mediano. Pueden sin embargo, llegar a ocupar toda la parte inferior del abdomen. Al seccionar el tumor, la superficie puede presentar aspecto granuloso grisáceo, pero a menudo el tejido es cerebroide, no es raro que contenga cavidades de aspecto irregular producidas por extensa necrosis. La consistencia de los tumores perteneciente al reducido grupo de la variedad escirrosa puede ser fibrosa y firme (8).

Tumor de Células Granulosas

Compuesto de varios elementos de la pared del folículo de Graaf. Dependen de su estado de madurez y regresión. Entre los tumores del ovario, es la causa más importante de precosidad sexual, debiéndose descartar entre las lesiones suprarrenales e hipofisiarias (9).

Su incidencia es de 4 a 9o/o de todos los tumores ováricos (10) pudiendo presentarse entre las edades de 17 meses a 72 años (5). Su tamaño varía desde focos microscópicos hasta masas voluminosas sólidas de 20 a 30 cm. de diámetro con cápsula discreta (5).

En su curso clínico (9), hemorragia vaginal se presenta principalmente en pacientes post-menopáusicas con una incidencia de 74o/o, reportando en sus antecedentes ginecológicos trastornos menstruales caracterizados por períodos de amenorrea. Se observa crecimiento de la circunferencia abdominal en un pequeño número de pacientes en un tiempo que oscila entre 11 días a 15 años. Al examen clínico puede determinarse tumor anexial palpable en un 69o/o.

Sin embargo los síntomas dependen del potencial de la célula para la producción de hormonas (10). Puede presentarse también la sintomatología propia de abdomen agudo al suceder ruptura de la capa con hemorragia intraperitoneal.

La distribución histológica varía considerablemente:

1. Tipo célula granulosa 17.5o/o
2. Tipo teca granulosa 15.0o/o
3. Tipo teca 67.5o/o

Mesonefroma del Ovario

Schiler en 1939 (1) describe cierto tipo de lesión ovárica que creía originada de restos del conducto mesoféfrico. Estos tumores eran tubulares, con luz revestida por epitelio plano, cuboide, con proyecciones intraluminales, ocasionanales, muy sospechosas de glomérulos primitivos. Se le calificó de "mesonefroma de Schiller". Saphir y Lackner publicaron

unos pocos casos de adenocarcinoma del ovario de célula clara que consideraron idéntica a los tumores renales. Estos Hipernefromas o tumores hipernefroides del ovario se creyó que eran de origen mesonéfrico aunque no se ha demostrado ninguna célula en el sistema excretor primitivo que pueda originarlos.

Woodruff y Novak (9) establecen dos hechos importantes, refiriéndose a que algunos pueden presentar mezclas diversas de tipo Schiler y que tales lesiones se descubren exclusivamente en zonas donde hay restos del aparato mesonéfrico. Pueden ser afectados lugares como vagina, fondos de saco vaginales y ligamento ancho.

Son considerados como de mortalidad elevada, acercándose al 50o/o, sea cual sea el tratamiento.

Tratamiento

En 1957 Munnell, Jacox and Taylor, en el Centro Médico Presbiteriano de Columbia, evaluaron los últimos resultados en lo que se refiere a terapéutica empleada y sobrevida. Dicho estudio comprendía los años de 1944 a 1955 y el mismo fue presentado en 1968 (7).

Respecto al tratamiento quirúrgico, el criterio clínico ha sido fundamentado en la Clasificación Clínica de Helsel (8), así, en cáncer limitado en uno o dos ovarios (grupo I y II) el máximo esfuerzo quirúrgico es el indicado. Esto implica Histerectomía abdominal total, salpingooforectomía y apendicectomía. Lo anterior se explica si consideramos que aún cuando el ovario opuesto presente apariencia normal, macroscópicamente, existe riesgo elevado de focos microscópicos. Respecto a la salpingectomía, la razón es la probabilidad metástasis que pueden encontrarse en el lumen.

Reporta además, como en 11 pacientes se demostró metástasis en el epiplón mayor y dos casos en el apéndice ileocecal. De aquí que esto último deberá ser parte de la rutina en la cirugía mencionada. No han notado aumento de la morbilidad.

El grupo mayor corresponde a los tipos III y IV. Sin embargo, considera posible remover quirúrgicamente todas las metástasis macroscópicas de peritoneo y mesenterio sin peligro para la vida del paciente. Agregando a esto Radioterapia, la cual será administrada a todo paciente con metástasis extraovariana

sobre la pelvis, o abdomen superior; esto a dosis máximas tolerable.

Algunos prefieren cirugía en dos tiempos, esto se refiere a la tendencia existente de nueva intervención posterior a la paratomía exploradora y radioterapia, lo cual parece favorable en aquellos casos en que clínicamente han experimentado mejoría y ofrecen posibilidad de intervención.

Respecto a la cirugía conservadora, esto es ooforectomía unilateral, ha sido llevada a cabo en pacientes jóvenes que no han podido tener hijos. Sin embargo, una vez comprobada la naturaleza maligna se recomienda la cirugía radical. Debe tenerse presente que el riesgo de existencia de foco microscópico en el ovario opuesto llega al 12o/o por lo que también resulta de vital importancia practicar biopsia del opuesto.

Por último el estudio que ahora revisamos plantea algunos aspectos que creemos deben considerarse. Uno de ellos es la importancia de laparatomía explorada como medio diagnóstico, ya que el diagnóstico de cáncer del ovario continúa siendo altamente inexacto y puede confundirse con otras lesiones.

Resumen de lo anteriormente expuesto en la siguiente forma:

1. El tratamiento quirúrgico es la medida fundamental. Deberá ser inmediata, agresiva y máxima.

2. Si tiene carcinoma probable, ésta debe consistir en salpingooforectomía, histerectomía total, resección de focos macroscópicos (epiplón por ejemplo) y apendicectomía.

3. La presencia de metástásis no necesariamente quiere decir que el cáncer es inoperable y que la supervivencia por cinco años es imposible.

4. Cada esfuerzo deberá ser hecho para remover estas metástasis, tanto como el tumor primario y seguir a esta cirugía radioterapia externa con Rayos X.

5. La cirugía conservadora es ocasionalmente permisible como tratamiento adecuado en pacientes con cistoadenocarcinoma mucinoso unilateral de bajo grado de malignidad histológica.

Quimioterapia (4)

En la actualidad, las ideas principales respecto a la quimioterapia parecen ser las siguientes:

1. Que no hay pruebas concluyentes, según informes reportados, de que los agentes aislantes hayan prolongado la vida.

2. Los beneficios que se les ha podido atribuir, es como factores que favorecen la remisión de las lesiones en un 15 a 50o/o de los pacientes con cáncer diseminado.

3. Se sugiere que pueden ser más efectivos incluyéndolos como parte de un plan en el cual interviene la cirugía así como la radiación.

4. Hay poca variación entre los diversos tipos de alkilantes

Empleo de los Agentes Alkilantes:

Agente	Dosis Inicial	Dosis de Mantenimiento
Cytoxan	2gr. diarios IV. en 5 dosis durante 5 días	0.1gr. a 0.2gr. IV cada mes o bien, de 30 a 100 mgr. orales diarios.
Alkeran	100 mgr. diarios oral durante 16 a 20 días	2 mgr diarios o en días alternos.
Thio-TEPA	60 mg IV diarios en 4 dosis durante 4 días	15 mgr IV cada mes.

Esto no parece variar de lo anteriormente encontrado por Decker y Col (3) en un estudio realizado en la Clínica Mayo con ciclofosfamida, encontrando paliación en un 23.6o/o. No se obtuvo curación con esta terapéutica, concluyendo además que los efectos tóxicos fueron moderados.

Es de hacer notar que el programa de tratamiento fue combinado con radiación y/o cirugía, resultando aún muy difícil interpretación el papel exacto que juega la quimioterapia así como la diferencia entre uno y otro alkilante.

Sobrevida

Hertig y Col (5) acerca del carcinoma primario del ovario encontraron los siguientes resultados:

De 143 pacientes atendidos en 5 años 51 sobrevivieron 5 años o más alcanzando la cifra de 35.7o/o, 62 murieron por el carcinoma o sea 43.5o/o, 14 no fueron tratados 9.7o/o, 10 murieron después de la operación alcanzando un 6.9o/o y 6 murieron por otras causas 4.1o/o.

Respecto al mesonefroma del ovario es considerado como de mortalidad elevada acercándose al 50o/o sea cual sea el tratamiento (1).

Munnel, Jacox and Taylor (7) han demostrado sobrevida más allá de los 5 años, tratándose el mayor número de los grupos III y IV. Así de 136 pacientes no había más que 23 sobrevivientes 16.9o/ o después de este lapso de tiempo, lo cual lo contribuyeron a lo siguiente:

a. Lesiones histológicamente bien diferenciadas.

b. Aunque las metástasis estaban bien implantadas quedaba la oportunidad de operar en forma radical.

c. Todos los pacientes, menos uno recibieron terapia externa post-operatoria.

Fue posible encontrar sobrevida aún en aquellos pacientes que sufrieron ruptura o derrame del tumor durante la laparatomía Exploradora. Así de 27 casos 22 sobrevivieron o sea el 81.5o/o. Radiación post-operatoria fue administrada a 21 de ellos, sin embargo el resto o sea 6 pacientes no la recibieron alcanzando sin ninguna manifestación clínica importante los 5 años de sobrevida.

Finalmente, respecto a la quimioterapia (4) los beneficios que se les ha podido atribuir es favoreciendo la remisión y detención del crecimiento del tumor en un 15 a 50 o/o.

MATERIAL Y METODOS

Se revisó un total de 3,998 informes de Anatomía Patológica, obteniéndo que 3.595, 89.99o/o fueron pacientes con lesiones quísticas simples, foliculares luteínicas, funcionales simples, tuboováricas etc. y por lo tanto fueron excluídas. Y que 403 o sea un 10.01o/o correspondieron a diversas neoplasias malignas y benignas del ovario.

La realización de nuestras observaciones fue posible tanto desde el punto de vista clínico como anàtomopatológico en un 63.4o/o, careciendo en un 37.60 de dicha relación por dificultades técnicas.

Fueron considerados edad, orígen, antecedentes de importancia y síntoma predominante. sin embargo, existen algunos factores como morbilidad y tratamiento que son de difícil interpretación.

Los resultados fueron enmarcados en cifras porcentuales hasta donde nos fue posible, para concluir con las características macroscópicas y microscópicas así como incidencia de los tumores que ahora nos interesan.

Al referirnos a tratamiento con radiaciones, únicamente lo enunciaremos como "radioterapia" sin explicación de técnicas por pertenecer a un campo sumamente especializado.

Insistimos en colocar el estudio de sobrevida en capítulo aparte a sabiendas de que habríamos de obtener resultados relativos por los muchos obstáculos que esto ofrece. Cabe mencionar la idiosincracia del paciente así como la poca relación paciente-hospital en nuestro medio

Lo anteriormente expuesto ha sido posible realizarlo con la ayuda del personal y archivo de las secciones de Patología, archivo general Ginecología y Servicio Social del Hospital General.

Inicialmente se elaboró una hoja patrón, en la cual se recogieron datos necesarios, tanto anatomopatolóticos como clínicos para ser posteriormente clasificados y tabulados.

En el Departamento de Anatomía Patológica se obtuvo la certeza diagnóstica tanto macroscópica como microscópica de las lesiones investigadas. Mediante el archivo General se estableció la

relación clínica y finalmente, el Servicio Social de la Institución trató de entrar en contacto con los pacientes en busca de sobrevida. El porcentaje asistente a la cita fue evaluado en la clínica de Ginecología.

RESULTADOS

La incidencia de Carcinoma Primario del ovario, entre todas las lesiones del mismo, incluyendo quistes simples es de 1.7o/o. Su incidencia entre las neoplasias benignas y malignas fue 15.5o/o.

La paciente de mayor edad alcanzó 69 años presentando un carcinoma de células granulosas, y la menor de 30 años con un cistoadenocarcinoma mucinoso. Esto dió un promedio de edad de 49.5 años.

26 pacientes eran de origen y residencia de diversos departamentos de la república, 13 de la ciudad capital y uno de nacionalidad extranjera.

El motivo de consulta en orden de importancia se demuestra en la tabla siguiente:

Dolor en hipogastrio	**16 casos**	**40 o/o**
Crecimiento de la circunferencia abdominal	9	22.5o/o
Hemorragia vaginal	7	17.5o/o
Tumor vaginal	5	12.5o/o
Trastornos menstruales	1	2.5o/o
Edema unilateral de miembros inferiores	2	5o/o

Las pacientes que presentaron crecimiento abdominal, el mayor número se trató de personas en malas condiciones nutricionales con casos avanzados de carcinomatosis peritoneal.

La hemorragia vaginal se hizo presente principalmente en mujeres postmenopáusicas correspondiendo a este grupo 5 casos y 2 en época reproductiva.

Unicamente en tres observaciones se pudo establecer relación de cáncer en los padres, uno con antecedente de "Ca uterino" y dos de "diversa localización".

Respecto a historia gineco-obstétrica, 22.5o/o se trató depacientes nulíparas, correspondiendo el mayor número a grandes multíparas. Como alteraciones de tipo menstrual, se encontró referencia de 1 caso, menopausia precoz (30 años).

El tiempo de aparición de los síntomas varió entre 20 días a 4 años.

En 25 exámenes clínicos se palpó masa pélvica o anexial, dando un 62.5o/o.

El grado de error diagnóstico fue de 30o/o, tomándose 10 pacientes como "fibromatosis uterina" y 3 como "Ca del cuerpo uterino".

El tamaño de las masas varió desde 2.5 X 2 cm. el menor, tratándose de un adenocarcinoma mucinoso a 44 X 32 X 16 cm. para un tumor del mismo tipo. Lesiones bilaterales se encontraron en 9 casos, 14.2o/o.

Los diversos tipos de carcinoma se presentan en el siguiente esquema:

Tumores quísticos	39 casos	61.7o/o
Tumores Sólidos	24 casos	38.3o/o

Cistoadenocarcinoma seroso	No papilar	8 casos	12.6o/o	30o/o
	Papilar	11	17.4o/o	
Cistoadenocarcinoma mucinoso	No papilar	12	19.1o/o	31.7o/o
	Papilar	8	12.6o/o	
Carcinoma Anaplástico		19	30.1o/o	
Carcinoma de células granulosas		4	6.3o/o	
Carcinoma Tubular		1	1.5o/o	

Esquematizamos los diferentes criterios respecto a tratamiento:

Tratamiento	No. de Casos	Porcentaje	Total
Quirúrgico	17	42.5o/o	
Quirúrgico con radiación	13	32.5o/o	
Laparatomía exploradora con radiación	4	10.0o/o	
No recibieron tratamiento	6	15.0o/o	
Total			40 casos

Procedimientos quirúrgicos realizados:

Histerectomía Abdominal total salpingooforectomía bilateral	12 casos	40.0o/o	
Salpingooforectomía unilateral	5	16.6o/o	
Salpingooforectomía unilateral Histerectomía abdominal total	2	6.6o/o	
Salpingooforectomía bilateral	5	16.6o/o	
Ooforectomía bilateral	3	10.0o/o	
Ooforectomía unilateral	3	10.0o/o	
Total			30 casos

SOBREVIDA

Por la dificultad técnica que ofrece el estudio de este aspecto se prefirió colocarlo en capítulo aparte. Sin embargo, hay que hacer algunas consideraciones:

Dos pacientes, 5o/o fallecieron durante su estancia hospitalaria. Uno por coma diabético sobreagregado y otro por el carcinoma mismo. Ocho, 20o/o, fallecieron posteriormente a su egreso en un lapso comprendido entre tres meses a un año. Dando una mortalidad total de 25o/o durante el primer año.

Se citó a los treinta pacientes restantes con los cuales se había perdido contacto o control ambulatorio por el hospital, asistiendo a la misma cinco pacientes, 16.5o/o. Los resultados fueron así:

Caso 1: Paciente de 54 años con diagnóstico de carcinoma de células granulosas. En Julio de 1958 se practicó salpingooforectomía izquierda, apendicectomía por "quiste del ovario izquierdo", así como punción de ovario derecho por "quiste folicular". Al décimo día post-operatorio recibió radioterapia e implantación de cobalto radioactivo intrauterino. Al examen clínico actual se encontró al paciente en buenas condiciones nutricionales, sin ningún trastorno sistémico y examen ginecológico normal.

Caso 2: Paciente de 64 años. Con diagnóstico de carcinoma indiferenciado tipo papilar. En mayo de 1964 se practicó histerectomía abdominal total, salpingooforectomía bilateral y apendicectomía. Asistió a radioterapia. Al examen se encontró paciente bien nutrida. Ninguna anormalidad por sistemas y examen ginecológico normal.

Caso 3: Paciente de 61 años. Con diagnóstico de carcinoma indiferenciado tipo papilar. En Julio de 1965 se practicó histerectomía total, salpigooforectomía bilatera y apendicetomía. Recibió radioterapia post-operatoria y actualmente continúa con control cada mes. En el examen no se encontró ninguna anomalía obvia.

Caso 4: Paciente de 44 años. Diagnóstico de cistoadenocarcinoma papilífero mucinoso del ovario. En septiembre de 1969 se efectuó salpingooforectomía bilateral, resección del tumor. Recibió terapia por diez días. No ha llevado ningún control. A su evaluación clínica no se encontraron datos positivos.

Caso 5: Paciente de 45 años con diagnóstico de carcinoma indiferenciado del ovario y carcinomatosis peritoneal. En Octubre de 1963 se practicó laparatomía exploradora y biopsia. Recibió radioterapia y control hasta 1969. Presentó en una

ocasión hemorragia vaginal escasa la cual atribuye a caída a horcajadas. Actualmente regulares condiciones nutricionales. Al examen ginecológico se encontraron los fondos de saco fijos. No se palparon masas pélvicas.

Finalmente 3 pacientes contestaron a la cita hecha por el hospital explicando imposibilidad para presentarse. Esto, aunque no se haya podido realizar la evaluación clínica eleva la sobrevida real a 20.0o/o.

El número reducido de pacientes que se localizaron no nos permite sentar principios acerca de sobrevida, sin embargo resalta el hecho de que uno de ellos ha alcanzado 12 años, y es más, que una paciente con carcinomatosis peritoneal tratada únicamente con radioterapia sobreviva después de siete años sin presentar ninguna molestia y aparentemente sin proceso activo.

DISCUSION

En la literatura revisada hemos notado que, el Carcinoma Primario del Ovario, indiscutiblemente ha sido ampliamente estudiado en todas sus características. En nuestro medio al iniciar el análisis del mismo hemos tropezado con diversos obstáculos, sin embargo los resultados obtenidos creemos, resultaron de bastante interés. Así, únicamente en un 63.4o/o fue posible establecer relación clínico patológica en los pacientes tratados, no obstante se obtuvo certeza diagnóstica desde el punto de vista histológico en el 100o/o de los casos.

Prevalecieron las lesiones quísticas y nuestras cifras respecto a incidencia fueron bastante cercanas a las observaciones de Hertig y Col (5). Así la incidencia de Carcinoma primario entre todas las lesiones ovarianas fue de 15o/o y dentro de las neoplasias benignas y malignas reportó 1.7o/o.

No existe término comparativo respecto al origen de los pacientes de los cuales el mayor número correspondió a los diferentes departamentos de la República.

El carcinoma sigue presentándose con mayor frecuencia entre la tercera y quinta década de la vida. En las consultas realizadas se han estudiado pacientes con pocos meses de edad (5), por lo menos en lo que se refiere al carcinoma de células

Dos pacientes, 5o/o fallecieron durante su estancia hospitalaria. Uno por coma diabético sobreagregado y otro por el carcinoma mismo. Ocho, 20o/o, fallecieron posteriormente a su egreso en un lapso comprendido entre tres meses a un año. Dando una mortalidad total de 25o/o durante el primer año.

Se citó a los treinta pacientes restantes con los cuales se había perdido contacto o control ambulatorio por el hospital, asistiendo a la misma cinco pacientes, 16.5o/o. Los resultados fueron así:

Caso 1: Paciente de 54 años con diagnóstico de carcinoma de células granulosas. En Julio de 1958 se practicó salpingooforectomía izquierda, apendicectomía por "quiste del ovario izquierdo", así como punción de ovario derecho por "quiste folicular". Al décimo día post-operatorio recibió radioterapia e implantación de cobalto radioactivo intrauterino. Al examen clínico actual se encontró al paciente en buenas condiciones nutricionales, sin ningún trastorno sistémico y examen ginecológico normal.

Caso 2: Paciente de 64 años. Con diagnóstico de carcinoma indiferenciado tipo papilar. En mayo de 1964 se practicó histerectomía abdominal total, salpingooforectomía bilateral y apendicectomía. Asistió a radioterapia. Al examen se encontró paciente bien nutrida. Ninguna anormalidad por sistemas y examen ginecológico normal.

Caso 3: Paciente de 61 años. Con diagnóstico de carcinoma indiferenciado tipo papilar. En Julio de 1965 se practicó histerectomía total, salpigooforectomía bilatera y apendicetomía. Recibió radioterapia post-operatoria y actualmente continúa con control cada mes. En el examen no se encontró ninguna anomalía obvia.

Caso 4: Paciente de 44 años. Diagnóstico de cistoadenocarcinoma papilífero mucinoso del ovario. En septiembre de 1969 se efectuó salpingooforectomía bilateral, resección del tumor. Recibió terapia por diez días. No ha llevado ningún control. A su evaluación clínica no se encontraron datos positivos.

Caso 5: Paciente de 45 años con diagnóstico de carcinoma indiferenciado del ovario y carcinomatosis peritoneal. En Octubre de 1963 se practicó laparatomía exploradora y biopsia. Recibió radioterapia y control hasta 1969. Presentó en una

ocasión hemorragia vaginal escasa la cual atribuye a caída a horcajadas. Actualmente regulares condiciones nutricionales. Al examen ginecológico se encontraron los fondos de saco fijos. No se palparon masas pélvicas.

Finalmente 3 pacientes contestaron a la cita hecha por el hospital explicando imposibilidad para presentarse. Esto, aunque no se haya podido realizar la evaluación clínica eleva la sobrevida real a 20.0o/o.

El número reducido de pacientes que se localizaron no nos permite sentar principios acerca de sobrevida, sin embargo resalta el hecho de que uno de ellos ha alcanzado 12 años, y es más, que una paciente con carcinomatosis peritoneal tratada únicamente con radioterapia sobreviva después de siete años sin presentar ninguna molestia y aparentemente sin proceso activo.

DISCUSION

En la literatura revisada hemos notado que, el Carcinoma Primario del Ovario, indiscutiblemente ha sido ampliamente estudiado en todas sus características. En nuestro medio al iniciar el análisis del mismo hemos tropezado con diversos obstáculos, sin embargo los resultados obtenidos creemos, resultaron de bastante interés. Así, únicamente en un 63.4o/o fue posible establecer relación clínico patológica en los pacientes tratados, no obstante se obtuvo certeza diagnóstica desde el punto de vista histológico en el 100o/o de los casos.

Prevalecieron las lesiones quísticas y nuestras cifras respecto a incidencia fueron bastante cercanas a las observaciones de Hertig y Col (5). Así la incidencia de Carcinoma primario entre todas las lesiones ovarianas fue de 15o/o y dentro de las neoplasias benignas y malignas reportó 1.7o/o.

No existe término comparativo respecto al origen de los pacientes de los cuales el mayor número correspondió a los diferentes departamentos de la República.

El carcinoma sigue presentándose con mayor frecuencia entre la tercera y quinta década de la vida. En las consultas realizadas se han estudiado pacientes con pocos meses de edad (5), por lo menos en lo que se refiere al carcinoma de células

granulosas.

Al exámen clínico inicial las pacientes refirieron como síntoma de mayor importancia el dolor abdominal en hipogastrio o fosas ilíacas, en controversia con los estudios de Novak (8) que antepone "presencia de tumoración" como motivo de consulta. Esto, así como el tiempo de evolución que varió desde días, meses hasta cuatro años creemos que resulta bastante subjetivo, ya que en nuestro medio por razones educativas el paciente consulta tardíamente. Lo anterior lo confirma el hecho de que a pesar de ser el dolor la queja principal pudo demostrarse "masa pélvica o anexial" en un 62.5o/o.

La historia clínica reveló una incidencia de 22.5o/o de mujeres infértiles sin embargo el grupo mayor correspondió a pacientes multíparas y el antecedente de trastornos menstruales fue mínimo.

Los tumores quísticos predominaron con un 67.7o/o sobre los sólidos con 38.3o/o. En contraposición a lo descrito el cistoadenocarcinoma mucinoso fue reportado con mayor frecuencia.

Sin duda la laparatomía exploradora sigue siendo medio diagnóstico valioso si consideramos que hubo un 30o/o de error en el diagnóstico pre-operatorio.

Respecto al tratamiento, mientras que en otros hospitales, como el Centro Médico Presbiteriano de Columbia (7) se han establecido principios bastante definidos, hemos encontrado disparidad marcada entre los diversos tratantes en lo que se refiere al carcinoma. No encontramos mencionada hasta la fecha estudiada ninguna experiencia con citostáticos.

Se encontró una mortalidad total de 25o/o la cual creemos puede resultar más alta ya que de los pacientes citados únicamente el 16.5o/o asistió estableciéndose entre ellos sobrevida que va desde los 8 meses a los 12 años.

SUMARIO Y CONCLUSIONES

1.- Se revisaron 3.998 informes de anatomía patológica determinándose que 3.595 o sea un 89.99o/o corresponden a quistes benignos y que 403, 10.01o/o a "neoplasias" sólidas benignas y malignas del ovario.

2. Unicamente en el 63.4o/o de los casos se pudo establecer relación clínico-patológica.

3. La incidencia del Carcinoma Primario del Ovario fue de 1.7o/o

4. Algunos factores, como morbilidad y evolución del paciente resultaron de difícil interpretación como consecuencia de que buen número de observaciones clínicas no conservaron un orden adecuado en los diferentes cambios que el paciente sufre.

5. La edad promedio se ajusta a otras experiencias.

6. En un 22.5o/o se trató de mujeres infértiles.

7. Los tumores quísticos predominaron sobre los sólidos encontrándose un 61.7o/o y 38.3o/o respectivamente.

8. En contraposición con los reportes consultados que señalan al cistoadenocarcinoma mucinoso como de menor frecuencia, nuestras observaciones determinaron un 30o/o para el cistoadenocarcinoma seroso y 31.7o/o para el cistoadenocarcinoma mucinoso, resultando este último con relativa mayor incidencia en nuestro medio.

9. El grado de error diagnóstico pre-operatorio persiste elevado llegando a 30o/o.

10. No se pudo determinar un criterio uniforme en cuanto a tratamiento lo cual creemos debe reconsiderarse.

11. Tratando de establecer sobrevida únicamente se tuvo la asistencia de 20o/o encontrando que han subsistido de 8 meses a 12 años.

BIBLIOGRAFIA

1. Bowles, H.E. and Tilden, I.L. Mesonephric carcinoma of de ovary, Obstet. Gynec. 9:64, 1957.

2. Caballeros Coronado, José Eugenio. Consideraciones sobre neoplasias ováricas encontradas en 10 años... Tesis. Guatemala, Univ. de San Carlos de Guate. Facultad de CC.MM., Feb. 1969. 21 p.

3. Decker, David G. et al. Cyclophosphamide. evaluation in recurrent and progresive ovarian cancer. Am. J. Obst. & Gynec. 97 (5): 656-665.

4. Clay Frick, Henry. Over all evaluation of chemotherapy for ovarian cancer. Clinical obstetrics and Gynecology 12 (1): 1003-1016, Dec.'69.

5. Hertig, Arthur T. and Gore, Hazel. Tumor of the female sex organs. Atlas of tumor pathology. Washington D.C. American registry of pathology Armed Forces Institute of Pathology, 1961 pp 9-11, 77-147.

6. Kent, S.W. and Mackay D.G.: Prymary cancer of the ovary. Amer. J.Obstet. Gynec., 90:430, 1960.

7. Munnell, Equinn W. Surgical treatment of varian carcinoma. Clinical obstetrics and Gynecology. 12 (1): 980-922. Dec.'69.

8. Novak, Edmund, R.: Georgeanna Seegar y Jones, Howard W. Jr. Tumores malignos del ovario; carcinoma primario del ovario. En su Tratado de Ginecología. 7a. Ed. Trad. por Alberto Folch y Pi. México, Ed. Interamericana, 1966 pp 441-465.

99. Novak, Edmund R.; and Woodruff, J. Donald, Prymary carcinoma of the ovary. IN Gynecologic and obstetric pathology. 5a. Ed. Philadelphia. W.B. Saunders, 1962, pp. 347-364.

10. Parsons, Langdon and Sommers, Sheldon C. Prymary carcinoma of the ovary. IN Gynecology Philadelphia. W.B. Saunders, 1963. pp. 782-791.

11. Robbins, Stanley L. Tumores y quistes del ovario. EN SU Tratado de Patología con Aplicación clínica, 2da. Ed. trad. por Alberto folch y Pi, Homero Vela Treviño. México., Ed. Interamericana 1963, pp. 913-225.

Vo. Bo.

Sra. Ruth R. de Amaya
Bibliotecaria

Br. MARCO TULIO NEGREROS ESTRADA

Asesor
Dr. Rodolfo Robles Herrera

Supervisor
Luis Carrillo Reeves

Vo. Bo.
Director de la Fase III
Dr. Julio de León

Decano
César Vargas M.

Secretario
Dr. Carlos A. Bernhard.