

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

CANCER DE OVARIO, INCIDENCIA EN LOS
SERVICIOS NACIONALES DE SALUD
ESQUEMA DE
DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

Estudio Retrospectivo de veinte años (1960-1979) en
los Hospitales General San Juan de Dios,
I.N.C.A.N. Roosevelt Hospital
General del I.G.S.S.

POR

OSCAR ENRIQUE GUERRA GALICIA

GUATEMALA, OCTUBRE DE 1980.

PLAN DE TESIS

ANTECEDENTES

- 1.1 Epidemiología
- 1.2 Etiología
- 1.3 Patología
- 1.4 Metástasis
- 1.5 Hallazgos Clínicos
- 1.6 Diagnóstico
- 1.7 Clasificación
- 1.8 Tratamiento
- 1.9 Sobrevida

OBJETIVOS

HIPOTESIS

MATERIAL Y METODOS

PRESENTACION DE RESULTADOS

DISCUSION DE RESULTADOS

CONCLUSIONES

CONTRASTACION DE HIPOTESIS

RECOMENDACIONES

10. BIBLIOGRAFIA

EPIDEMIOLOGIA:

El Cancer de Ovario es el tercero en frecuencia en los canceres Ginecológicos, así mismo es la tercer causa de muerte secundaria a -- Cancer en la mujer. Ocupando las dos primeras:

El Cancer de la Mama y del Tracto Gastrointestinal respectivamente.

Son afectadas por esta enfermedad las mujeres comprendidas entre 40 y 60 años, pero a veces en mujeres más jóvenes.(1)

Estas Neoplasias, se caracterizan por su Polimarfismo, su latencia y su pronóstico incierto.

ETIOLOGIA:

Algunos autores mencionan que el Cancer de Ovario no tiene predilección por las razas o niveles económicos determinados, pero en estudios realizados por Parker.R.T. se establece -- que esta entidad Patológica es mas frecuente en mujeres caucasicas, así como la posibilidad que la época reproductora pueda tener cierto efecto para disminuir su probabilidad.(2) Los Tumores Malignos de Ovario representan el 20% de los Tumores desarrollados a expensas de los Organos Genitales Femeninos siendo su incidencia media, cualquiera que sea su tipo histológico de 15

nuevos casos por año y por cien mil muje-----
res.(3.9) en Estados Unidos.

PATOLOGIA

Los Cancers de Ovario están situados en profundidad y crecen incidiosamente - en la cavidad abdominal sin revelarse a menu do mas que cuando han alcanzado un volúmen - importante, tienen tendencia en general a di seminarsse por el Peritoneo provocando a menu do una Ascitis y dando Metástasis principalmente hepáticas.(2)

Microscopía.

La clasificación histológica es -- compleja estando aun a discusión. Incluyo - en este trabajo la recomendación por la Asociaci6n Mundial de la Salud, la cual se distinguen:

1. Tumores Epiteliales

a. De tipo serosos

Cistoadenoma Proliferante, su pron6stic o etiológico es imposible determinar(Tumor- de Bardenheimmer Line) de los Anglosajones.

Cistoadenoma Papilar Seroso(Poco radio sensible) que representa casi la mitad de -- los Tumores.

b. De tipo mucinoso

Cistoadenoma mucinoso, proliferante, de - malignidad limitada y adenocarcinoma mucinoso, - más radio sensible, representado el 20% de los- Tumores.

c. Carcinoma Endometroide, en el cual se si- túa el adenocantoma Ovárico mas raro aún.

d. Existen adenocarcinomas(mas raros o)de es- tructuras glandular cuyo tipo celular no es i-- dentificable.

e. Existen formas mixtas, por último en las- que se encuentran aspectos de los ya expuestos.

2. Tumores desarrollados a partir de las célu-- las germinales.

Disgerminomas o seminomas muy radio sen- sibles, Disgerminomas Inmaduros(Carcinomas em- brionarios que pueden ser uni - o Pluritisula- res como el coriocarcinoma, Ovárico o el mero-- blastoma adultos(Teratoma o Mistos).

3. Tumores que hacen del Mesenquima específico- del Ovario.

Son tumores granulosa o totales femini- zantes con síntomas de Hiperestrogenismo o ---- Arrenoblastomas o Androblastomas, con síntomas- de masculinización.

Con respecto a la histología se ---
mencionan porcentajes concretos de ocurren--
cia siendo estos: Cistoadenocarcinoma Papi--
lar Siseroso 60 a 75% de los casos.

Cistoadenocarcinoma Musinoso 10 a -
15% de los casos.

Epitelioma indiferenciado 10% de --
los casos. (2)

METASTASIS

De todos los Cánceres en Ovario el-
90% son de tipo Epitelial y tienden a ser --
quisticos (Cistoadenocarcinomas Serosos y Mu-
cinosos, Carcinoma endometroide y de células
claras). El mecanismo privado de disemina--
ción consiste en la penetración de la cápsu-
la por el Epitelio Proliferativo y la implan-
tación ulterior de las células clonigenas en
las superficies paracólicas. La disemina---
ción intraperitoneal sigue las vías, corrien-
tes por las cuales el líquido peritoneal, --
los productos sépticos y partículas son eli-
minadas de la cavidad. La vía principal des-
de la pelvis tiene dirección ascendente, si-
guiendo la acanaladura Peritoneal Derecha --
hasta la cara inferior del hemidiaphragma de-
recho y de ahí a una trama densa de linfáti-
cos y diafragmáticos. (4) Se ha apreciado --
ataque aislado del diafragma por tumores por

los demás localizados y la obstrucción de los-
linfáticos puede originar Asitis de comienzo -
temprano. En algunos casos, en particular en-
presencia de Asitis, el Cirujano puede encon-
trar implantes del Tumor en Vísceras y Perito-
neo Parietal, de dos o cuatro mm. de diámetro-
que se asemejan a tuberculosis miliar. La ---
proximidad de la pelvis con el epiplón, ciego,
ileón terminal y colon Sigmoide hace que estos
órganos sean sitios frecuentes de implantación
temprana. En ocasiones predomina la disemina-
ción continua dentro del epiplón; el tumor que
ocupa la zona anterior del abdomen se extiende
en el colon transversal hasta la curvatura ma-
yor del estómago y en los epiplones mayor y --
gastroesplénico para avarcar el Pedículo esplé-
nico y la cola del páncreas. A menudo hay Me-
tástasis en ganglios paraaórticos, pero la di-
seminación extra-abdominal por esta ruta es --
lenta. La diseminación ematógena suele ser ma-
nifestación tardía y en promedio en la mitad -
de las mujeres que fallecen por esta enferme--
dad el tumor no se ha diseminado por fuera de
la cavidad abdominal ni en los ganglios retro-
peritoneales. En forma global los Carcinomas-
epiteliales por lo general no son invasores y
es poco frecuente que destruyan órganos vita-
les, al aumentar el volumen de la neoplasia, -
empero hay interferencia mecánica progresiva, -
en la función de Organos Abdominales. Las al-
teraciones en la mortalidad del yeyunoileon Se
cundarias a la implantación neoplásica y la in-
terferencia en la transmisión nerviosa por el-
plexo mientérico, hacen que el ileo Segmenta--

rio sea un signo importante del padecimiento y también remeda obstrucción parcial del intestino delgado, en cierta forma el Carcinoma de Ovario, es una "Enfermedad del Intestino Delgado", debiendo ser clasificada entre las causas de Seudoobstrucción.

MANIFESTACIONES CLINICAS

Los signos reveladores son generalmente muy discretos, encontrando regularmente: (4)

Dolores Pélvicos Erráticos
Metrorragias Irregulares
Discreta afección del estado general.
Aparición de un Tumor abdominal o de una Ascitis.

En síntesis las manifestaciones ---
Clínicas encontradas son presentadas en forma clara en el trabajo del Dr. Federico Castro en su libro de Oncología Médica (5) que las define como:

Una masa pélvica abdominal indolora con compresión local y sensación de plenitud abdominal son los síntomas más frecuentes. -
Ocasionalmente hay historia de hemorragia -- irregular o post-menopáusica.

En los casos avanzados la paciente puede llegar por Ascitis, dolor y síntomas referidos a los sitios metastásicos. Muy a menudo - estos síntomas avanzados ocurren en varios meses, haciendo que el diagnóstico temprano sea casi siempre imposible.

DIAGNOSTICO

El diagnóstico de Cancer de Ovario se realiza básicamente por métodos directos, es decir por medio de Biopsia en el momento de la exploración (Laparotomía), (1,2,5) aunque en los casos en donde se encuentra en los pacientes - Ascitis es posible hallar células Neoplásicas - las cuales por lo general permiten percibir el Tumor mal definido.

Existen en la actualidad métodos modernos de diagnóstico siendo los más importantes:

Ultrasonido
Peritoneoscopia
Inmunodiagnóstico Humoral
Linfangiografía

Además es importante señalar que son de importante valor estudios tales como:

Series Gastrointestinales, Superiores e Inferiores
Pielograma Endovenoso

Citología Cérvico Vaginal
Aspiración y de material localizado
en el fondo del saco.

En conclusión, podemos afirmar que el método Diagnóstico mas importante es el de Laparotomía y Resección.

CLASIFICACION

La clasificación utilizada más comúnmente es la de Tumor Nódulo Metastasis -- (TNM).

- T- Tumor Primitivo
- T1S Epitelioma Pre-invasivo(In Siter)
- T1 Tumor que afecta un solo Ovario.
- T2 Tumor que afecta ambos Ovarios
- T3 Tumor que se extiende a Utero y Trompa
- T4 Tumor que se extiende a otras estructuras
Nota: No se toma en cuenta Ascitis.
- N Adenopatías Regionales
- No Ganglios Paraaórticos no palpables
- N1 Ganglios Paraaórticos palpables
- M Metástasis a distancia

- Mo Ausencia de Signos de Metástasis a distancia
- M1 Presencia de una implantación o de otras Metastasis
- M1a Solo Pelvis
- M1b En la cavidad Peritoneal, incluyendo el Epiplón, Intestino Delgado, Mesenterio, Hígado y otras Vísceras
- M1c Fuera de la cavidad(Peritoneal) incluyendo Ganglios Retroperitoneales exceptuados, dos paraaórticos.
- G Clasificación por grados histopatológicos
- G1 Tumor de bajo potencial, de malignidad
- G2 Tumor magníficamente maligno.

TRATAMIENTO

El tratamiento de Cancer de Ovario es efectuado en tres formas dependiendo de la gravedad del problema o de las condiciones de la paciente:

1. Quimioterapia
2. Quirúrgico
3. Radioterapia

1. TRATAMIENTO QUIMIOTERAPEUTICO.

Consideraciones Generales:

Los intentos de disminuir, hasta donde--

sea posible la masa Neoplásica o "Porcentaje de destrucción celular", incluyen combinaciones de Cirugía, Radioterapia y Quimioterapia agentes de alquilación a altas dosis o también la Quimioterapia, por combinación.

Durante algunos años ha sido práctica común añadir los agentes de alquilación - en forma concomitante o seriada, a un programa planeado de tratamiento Quirúrgico y radiación. Los estudios presentados muestran modesto aumento de supervivencia atribuible a la Quimioterapia, pero un estudio prospectivo con distribución aleatoria efectuado -- por la Clínica Mayo, ha demostrado que puede obtenerse una supervivencia semejante, con la sola intervención quirúrgica y la quimioterapia. (6)

Otras publicaciones indican que la Radioterapia en mujeres en quienes se ha logrado una buena resección quirúrgica combinada con quimioterapia, carece de utilidad. (7)

Los resultados alentadores obtenidos en la leucemia aguda, en la enfermedad de Hodgkin y el cancer de la mama, han estimulado el interés por la quimioterapia por combinación, en el tratamiento de cancer de ovario. Pero el planteamiento de combinaciones de fármacos eficaces ha sido entorpecido por el corto número de agentes activos en forma individual excepto dos del tipo de mostaza nitrogenada.

En consecuencia han surgido dos regímenes farmacoterapéuticos en combinación que al parecer son mejores que los agentes de alquilación e incluyen el régimen de adriamicina y la ciclofosfáma y la combinación de cuatro fármacos que son la:

Hexamitilmelamina
Ciclofosfáma
Metnotrexate
5 - Fluorouracilo

Dada la sinergia demostrada entre la:

Adriamicina y la Ciclofosfáma en cancer de ovario, el Instituto de Oncología Sidney y Fárber y el Hospital de Boston para mujeres, emprendieron en 1973 un estudio con estos fármacos, (8) el cual continúa hasta la fecha dando los siguientes resultados.

El 85 por 100 de las mujeres presentan una respuesta objetiva.

El 46 por 100 ha presentado una respuesta completa.

La dosis y programa de tratamiento ha sido:

Adriamicina - 45 mg por m^2 de superficie corporal

Ciclofosfáma 500 mg- por m^2 de superfi-

cie corporal por vía intravenosa cada 3 semanas, o una dosis total acumulativa de 450 mg de adriamicina por m² de superficie corporal. La Quimioterapia que suelen incluir la solacilosfamida, a razón de 1.0 por mg² de superficie corporal, cada 3 semanas, se ha continuado por un año.

Entre los efectos tóxicos de estos fármacos deben mencionarse:

Nauseas y vómitos transitorios, alopecia y mielosupresión moderada, a dosis elevada puede presentarse granulocetopenia intensa, pero en ningún momento se ha presentado complicaciones que pongan en peligro la vida.

2. Tratamiento Quirúrgico

A pesar de la preponderancia de la opinión de los expertos que se inclinan por la resección de la mayor cavidad de Tumor, no se ha podido integrar en un procedimiento Quirúrgico óptimo una meta u objetivos definidos, ni precisar el método Quirúrgico por el cual pueda alcanzarse en la mejor forma. Los términos como "Esfuerzo Quirúrgico máximo," "Operaciones para disminuir masa Tumoral" y "Cirugía Reductora", difícilmente constituyen pautas para la práctica eficaz e inocua de métodos Quirúrgicos, sin embargo, casi todas estas operaciones han incluido:

Histerectomía

Salpingoovarectomía Bilateral Omentectomía infracólica

Como dato obvio, el porcentaje del tumor extirpado o la operación hecha, son factores -- que no tienen la misma importancia que el volumen residual del tumor.

La ausencia de tumor palpable en el posoperatorio se ha acompañado de un mayor lapso de supervivencia en meses, pero hay que considerar en su cabida perspectiva la contribución -- del método Quirúrgico a este logro.

La mayoría aparente en la supervivencia puede ser manifestación de limitación en la proliferación del tumor o que éste sea menos invasor, lo cual, de hecho ha permitido la resección máxima desde el punto de vista técnico. Además, hay que considerar la contribución del tratamiento complementario en el posoperatorio. En realidad las pruebas actuales sugieren que, de mayor importancia que eliminar la agresión tumoral directa, es disminuir la masa neoplásica hasta un punto en que la Quimioterapia o la radiación ulteriores logren su máximo efecto.

COMBINACIONES DE RADIOTERAPIA Y QUIMIOTERAPIA

Se han efectuado diversos estudios en relación con este tipo de tratamiento, pero no se ha podido establecer la sinergia existente entre ambos, debido a que dichos estudios fueron-

efectuados en forma retrospectiva es decir - las pacientes sujetas a la prueba, presentaban múltiples condiciones que incidieron en los resultados.

La diferencia de estos estudios se cuenta en la literatura Médica con análisis prospectivos, los cuales incluyen tratamientos combinados de radioterapia y otros fármacos específicamente la Ciclosfamida(5) y la-Thiotepa(10). Así mismo Jhonson y Col.(9) - quien efectuó comparaciones en cuanto a sobrevivencia encontrando en promedio lo siguiente:

10.5 meses para la Radioterapia y

14 meses para la Terapia en combinación -- con la Ciclosfamida.

Como se puede observar los resultados obtenidos a raíz de estas investigaciones no son concluyentes por lo cual se dice que la Radioterapia es equivalente al tratamiento Quimioterapéutico en cuanto a beneficios aportados a las pacientes y que combinados ofrecen resultados poco mejores.

SOBREVIDA

Al efectuar la revisión de la literatura, encontramos que el parámetro de supervivencia, está supeditado a diversos fac-

tores. Se mencionan observaciones citadas por dos grandes grupos de las cuales se dice: (13-17) En un estudio en relación a pacientes con Cáncer de Ovario en etapa avanzada se concluye que la supervivencia varía de 13 a 17 meses, dichas pacientes tratadas con agente de Alquilación.

Otro estudio en pacientes tratadas Quimioterapéuticamente se obtiene un promedio de sobrevivencia de 17 a 20 meses en relación con los casos de respuesta positiva y de 6 a 13 meses - en los casos de respuesta negativa.

En general se cuenta con poca información a este respecto. Por ejemplo en mujeres sin tratamiento se desconoce el período de supervivencia pero según teorías esta no excede de los 5 meses. Recientemente se efectuó un estudio en 75 mujeres aplicando la prueba del doble ciego encontrándose que en mujeres tratadas con Clorambusil tienen un índice de supervivencia de 33.5 meses y las mujeres tratadas con Plasebo fué de 9.3 meses.(12)

OBJETIVOS

- 1.- Conocer la incidencia de Cancer de Ovario-
en Guatemala.
- 2.- Determinar la relación existente entre Can
cer de Ovario y otras Neoplasias en la mu-
jer.
- 3.- Ofrecer mediante la investigación material
de consulta para futuros trabajos.
- 4.- Establecer las diferentes clasificaciones,
atilizadas en los hospitales, para Cancer-
de Ovario.
- 5.- Conocer el tipo Neoplásico más común y las
pautas generales de manejo.
- 6.- Ampliar los conocimientos acerca de las --
Neoplasias en general.

HIPOTESIS

- 1.- El Cistoadonocarcinoma Seroso de Ovario, es la Neoplasia mas común en Guatemala.
- 2.- Las mujeres Multiparas son mas susceptibles de padecer de Cancer de Ovario, que las mujeres Multiparas.
- 3.- Las molestias Ginecológicas son las -- principales causas de motivo de consulta en el Hospital, con respecto a Cancer de Ovario.

MATERIAL Y METODO

El presente trabajo es una investigación retrospectiva, en donde se analizaron los protocolos de especímenes Quirúrgicos de los casos reportados de cáncer del -- Ovario del 7 de enero de 1960 al 31 de diciembre de 1979, en el Departamento de Patología, del Hospital San Juan -- de Dios "Dr. Carlos Martínez Durán", el Departamento de Patología del Instituto de Seguridad Social "Dr. Helmut-Herman", el Departamento de Patología del Instituto de -- Cancerología y el Departamento de Patología del Hospital Roosevelt.

De los casos reportados positivos al cáncer del ovario se revisarán los registros clínicos.

PRESENTACION Y DISCUSION DE RESULTADOS

Se encontraron 137 casos de cáncer del ovario, de los cuales se obtuvo historias clínicas en 55 de ellos. En los restantes casos se obtuvo datos generales en la papelería enviada a Patología. Es así como se pudo establecer la edad, como el tipo histológico en su totalidad, las demás variables formas analizadas en 55 casos.

CUADRO # 1

ESTUDIO DE 55 CASOS DE CANCER DEL OVARIO

EDAD

Edad Años	20		20-29		30-39		40-49		50-59		60-+	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Ca- sos	1	1.8%	4	7.2%	11	20%	14	25.4%	14	25.4%	11	20

ANALISIS:

Como se puede observar en el Cuadro #1, la mayor cantidad de casos se encuentran entre los 4 y décadas de la vida, correspondiente en un 50.8%. - De la serie estudiada siendo igual en un 25.4%. - Para la 4 década como para la Quinta década. Es de observar que se reportó 1 caso en una paciente - 20 años-

CUADRO # 2

ESTUDIO DE 55 CASOS DE CANCER DE OVARIO

PROCEDENCIA

Proce- dencia	Guatemala y Municipios		Departamentos	
	No.	%	No.	%
Casos	32	58.1%	23	42%

ANALISIS:

Como se puede observar en el Cuadro # 2, la mayoría de casos proceden del Departamento de Guatemala en un 58.1% de casos.-- Así como el 42% en el resto de la República-- esto puede tener relación con estudios donde relacionan el cancer con áreas industrializadas.(5)

Como puede ser también la facilidad a los servicios de salud.

CUADRO # 3

ESTUDIO DE 55 CASOS DE CANCER DEL OVARIO

ANTECEDENTES OBSTETRICOS

PARIDAD	# CASOS	%
Moliparas	7	12.72
Mulitaras	25	45.45
Gran Multiparas	23	41.18

ANALISIS:

Como se puede observar en el Cuadro #3 en la serie de casos estudiada es más - frecuente en Multiparas en 45.45%, no así en Moliparas que es un 12.72% en la serie- estudiada.

CUADRO # 4

ESTUDIO DE 55 CASOS DE CANCER DEL OVARIO

SIGNOS

Signos y Síntomas	Disten ción abdomi nal As citis Dolor	Masa Abdomi nal Palpa ble	Perdida Peso Anorexia	Síntomas Urina--- rios		
	No.	%	No.	%	No.	%
Casos	18	32%	11	20%	30	54%
					18	32%

ANALISIS:

Como se puede observar en el Cuadro #4 no hay un signo que se presentó en un --- 100%, de los pacientes en la serie estudiada siendo el signo que en mayor porcentaje fue--- anorexia y pérdida de peso en un 54%.

CUADRO # 5

ESTUDIO DE 55 CASOS DE CANCER DEL OVARIO
TIPO HISTOLOGICO

TIPO HISTOLOGICO	No. Casos	%
CISTOADENOCARCINOMA	64	46.7
ADENOCARCINOMA	15	10.9
CARCINOMA PAPILAR	18	13.
CISTO-ADENCARCINOMA SEROSO	10	7.
CISTOADENOCARCINOMA MUCINOSO	5	3.6
CARCINOMA ESCAMOSO	5	3.6
CARCINOMA INDIFERENCIADO	9	6.5
TERATOCARCINOMA	3	2.
CARCINOMA ANAPLASTICO	2	1.4
CARCINOMA TUBULAR	1	0.7
CARCINOMA EPIDERMOIDE	1	0.7
CARCINOMA PSEUDO MUCINOSO	2	1.4
KRUKUMBER	2	1.4
TOTAL	137	100%

CUADRO # 6

ESTUDIO DE 55 CASOS DE CANCER DEL OVARIO

TRATAMIENTO

QUIRURGICO	27	49%
QUIRURGICO + RADIO- TERAPIA	18	32.72%
QUIMIOTERAPIA	6	10.90%
PALIATIVO	4	7.27

ANALISIS:

Como podemos observar en el Cuadro #6, el tratamiento utilizado en la serie es estudiada el 49% Foc el Quirúrgico siguiendo lo el tratamiento combinado de Cirugía + Radioterapia en un 32.72%

DISCUCION DE RESULTADOS

La serie de cuadros presentados, cuales son presentados a continuación:

Cuadro #1

En la literatura mundial se afirma que el cancer de ovario es más común entre la 4ta. y la 6ta. décadas de la vida, afirmación que no nosotros confirmamos en nuestro estudio, pues encontramos un porcentaje de 50.8 en contra posición con 49.2% en las edades comprendidas entre 0 a 39 años y mayor de 60 años.

Cuadro #2

El origen de procedencia es otro aspecto importante, ya que podría darse el caso de que en cierta localidad la neoplasia en cuestión -- (cancer de ovario) presentase mayor incidencia, en consecuencia pues se investigó encontrando -- que en la ciudad de Guatemala y sus Municipios es más elevado el porcentaje de casos con un -- 58.1% y en los Departamentos 42%. Esto podría atribuirse a las facilidades para solicitud de atención y al diagnóstico temprano efectuado -- por médicos concentrados en el perímetro capitalino.

Cuadro #3

La neoplasia (cancer de ovario) se encuentra más frecuentemente en pacientes multiparas -- que en pacientes muliparas, en relación de 7 a 3, por lo tanto se confirma una de nuestras hipótesis.

Cuadro #4

La sintomatología presentada por los pacientes estudiadas, es diversa, sobresaliendo la anorexia y la pérdida de peso común en la mayoría de neoplasias, en relación específica con cancer de ovario, es importante mencionar la sintomatología Urinaria, lo que podría determinar una posibilidad diagnóstica.

Cuadro #5

Los tipos histológicos de cancer de ovario, presentan entre las neoplasias características especiales que a su vez los hacen difícil de clasificar encontrando en la serie estudiada que el más frecuente es el cistoadenocarcinoma, no habiendo sido posible tipificar debido a las dificultades mencionadas.

Cuadro #6

Este cuadro presenta la tendencia que se tiene a efectuar tratamientos radicales (sugeridos por la literatura estudiada) encontrando que el tratamiento quirúrgico es el más frecuente seguido por el tratamiento combinado de cirugía y radioterapia.

Es importante mencionar que el tratamiento Quimioterápico aunque en baja frecuencia si se efectúa siendo los medicamentos más utilizados el Endoxam; 5 fluorouracilo y la ciclofosfamida.

C O N C L U S I O N E S

- 1.- La incidencia de cancer del ovario es baja en los servicios nacionales de salud.
- 2.- La edad más frecuente fue entre la 45 década de la vida.
- 3.- El mayor porcentaje de casos de la serie estudiada eran del Departamento de Guatemala.
- 4.- El cancer del ovario se presentó en mayor frecuencia en Multiparas que en Moliparas.
- 5.- El tipo histológico más frecuente fue el cistoadenocarcinoma en un 46.71% de la serie estudiada.
- 6.- El tratamiento efectuado fue en su mayoría Quirúrgico en un 49% de la serie estudiada.

RECOMENDACIONES

- 1.- Se recomienda que el servicio de administración de los Hospitales, preste una mayor atención al Departamento de Archivo para evitar que se pierdan los registros clínicos, por falta de espacio y mala organización.
- 2.- Se recomienda que se efectúen estudios similares sobre la neoplasia en otros Centros Hospitalarios, en una forma -- prospectiva y dirigida para tener una realidad más objetiva de este problema en nuestro medio.
- 3.- Que el paciente comprenda su problema, se le motive y así acuda a sus citas hospitalarias, con lo cual se logran mejores resultados.

B I B L I O G R A F I A

- 1.- Ginecología y Obstetricia
H de Tunis, R Hinviou 1978 Pag.146-50
Barcelona
- 2.- Parker R.T.Parker, and Wibnaks
G.D. Cancer of the Ovary. Arnos
J. Obstet. Ginec. 1970
- 3.- Oncología, J.L. Daniel
Rouesse D. Machover
Abrege, De Cancerología
Primera edición 1978 Pág. 182-185
Paris.
- 4.- Foldman G.B. and Knapp R.C.
Lymphatic Crainage of the
Peritoneal Cavity and Its.
Significance in Ovarian Cancer an
J. Obstet. Gynec. 119-991-994
1974
- 5.- Oncología Médica
Dr. Federico Castro
- 6.- Jhonson C.E. Decker, D.G. Vancerik M.
et-al Advancesd, Ovarian Cancer,
Therapy. Whit, Radiation an
Cyclophosphamide in a Random
Serios. Am. J. Roentgen. 114-136-141
1972

7. Piver, M.S., Barlow J.J. Lee, F.T., et al. Sequential Therapy for advanced ovarian adenocarcinoma: Operation, Chemotherapy. Second-look laparotomy and radiation therapy. Am. J. Obstet. Gynec. 122:355-357 1975
8. Parker, L.M. Griffiths, C.T., Yanker, R.A. and Loktch, J.J. Cobined adriamyn-cyclophosphamide-therapy in advanced ovarian cancer. Submitted for publication.
9. Fisher, R.I, and Young, R.C. advances in the stragind and treatment of ovarian cancer. Cancer. 39:967-972 1977.
- 10.- Decker, D.G. Mussoy, E. Malkcastan, G.D., et al.: Adjuvant therapy for advanced ovarian malignancy. - Am. J. Obstet Gynec. 97:171-180. 1967.
- 11.- Kottmefer, H.L. Treatment of ovarian carcinomas with thiotepa. Clin. Obstet. Gynecol., 11:428-438. 1968.
- 12.- Smith, J.P. Report of the Ovarian Cancer Contract. National Cancer Institute. Jan. L. 1976.
- 13.- Wallach, R.C. Kabakow. B.M. Blinick, G. et al. Thio-tepa chemotherapy for ovarian carcinoma influence of remission and toxicity on suvival. Ostet. Gynecol.- 25: 475-478. 1965.
- 14.- Masterson, J: G.: Discussion of Burns, B.C., Jr. - - Rutlodg, F.N. Smith, J.F., et al: Management of ova-rian carcinoma: Surgery, irradiation, and chemothera-py Am. J. Obstet. Ginecol., 98: 374-386 1967.

Br.

Enrique Soto
Enrique Soto Guerra Galicia

Asesor.

Dr. J. Garcia Pinto

Dr.

Revisor.

Dr. J. Soto

Director de Fase III

Dr. E. QUIÑONEZ

Dr.

Secretario

DR. ROLANDO CASTILLO R.

Bo.

Dr.

Decano.

DR. ROLANDO CASTILLO MONTALVO