

EL CARCINOMA DEL OVARIO EN NUESTRO MEDIO

DR. EDUARDO VALDIVIA PONCE; DR. JORGE CAMPOS R. DE C.
Y DR. ORLANDO ALZAMORA (*)

EL cáncer primitivo del ovario ocupa, en orden de frecuencia, el tercer lugar entre las neoplasias malignas del aparato genital femenino. Pero la importancia de su estudio no sólo reside en su frecuencia sino en que su evolución silenciosa hace que en la mayoría de los casos sólo sea reconocido en una etapa avanzada o tardía de su desarrollo.

Por las razones anotadas y debido a que en nuestro medio no es rutinario el examen ginecológico de pacientes con síntomas abdominales o pelvianos, que se asisten en consultorios o en servicios no especializados, la enferma que padece de cáncer del ovario llega generalmente al especialista en un estado avanzado de su dolencia. Creemos que toda la población debe recibir ciertos conocimientos científicos necesarios para saber conservar su salud, pero estamos convencidos que son los médicos prácticos quienes tienen una gran responsabilidad al orientar oportunamente a los pacientes con enfermedades tumorales, o probablemente tumorales, a los centros especializados; en otras palabras, sólo cuando todo consultorio médico sea un centro de detección de cáncer, en pequeño, se podrá hacer diagnósticos precoces en la mayoría de los casos.

El propósito de este trabajo es conocer la incidencia del cáncer de ovario entre nosotros, sus características clínico-patológicas y exponer la conducta terapéutica que hemos seguido.

Analizamos los casos presentados en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, durante un período de cuatro años (junio de 1952 al 30 de mayo de 1956), tanto del servicio general como privado. Durante este tiempo hemos atendido en el Instituto un total de 16,150 pacientes, de los cuales 1,691 padecían de cáncer genital pelviano femenino. De éstas, 23 sufrían de carcinoma primitivo de ovario. No son considerados 3 casos, en los cuales no existe evidencia del punto de partida, uno parece secundario a Carcinoma del tubo digestivo.

Hemos revisado cuidadosamente las historias clínicas, de las que se han obtenido los datos que previamente habíamos tabulado en formulario especial y de acuerdo a nuestro propósito. La situación última de algunas pacientes, ha sido posible determinarla gracias a la colaboración del Servicio de Asistencia Social.

El estudio patológico correspondiente ha sido verificado en el Instituto, tanto en los pacientes operados en este Hospital cuanto en los que fueron

* Del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Av. Alfonso Ugarte 825, Lima.

envizados de diferentes hospitales y cuyas láminas fueron estudiadas por nosotros.

Frecuencia.—En el Cuadro I presentamos la frecuencia absoluta del cáncer del ovario, frente a los otros carcinomas del aparato genital pélvico. En él se puede observar que después del cáncer del cérvix y de endometrio, es la neoplasia genital más frecuente en el sexo femenino.

CUADRO I. DISTRIBUCION POR ORDEN DE FRECUENCIA, DE LOS CANCERES DEL APARATO GENITAL FEMENINO

	Nº de Casos	%
Carcinomas más frecuentes:		
Utero:		
Cérvix	1.597	94.5
Cuerpo	53	3.22
Ovario	23	1.20
Vulva	14	0.82
Carcinomas menos frecuentes:		
Vagina	3	0.17
Trompa	2	0.12
Glándulas de Bartholino	0	—
Origen indeterminado	0	—

Edad.—El ovario en cualquier edad puede ser asiento de neoplasia, son raros en las niñas. En nuestro material la edad ha oscilado entre los 14 y 73 años, siendo la incidencia mayor, 65 por ciento, entre los 40 y 60 años (Cuadro II).

CUADRO II. DISTRIBUCION POR EDADES DEL CANCER DEL OVARIO, EN NUESTRA CASUISTICA

Edad (años)	Nº de Casos	%
10 - 19	1	4.3
20 - 29	1	4.3
30 - 39	2	8.7
40 - 49	7	30.4
50 - 59	8	34.7
60 - 69	2	8.7
70 - 79	2	8.7
	23	99.8

En la edad en que los tumores benignos alcanzan su mayor frecuencia, allí empieza la curva de aumento de los malignos. La cuarta década marca el aumento apreciable que se prolonga hasta los 60.

Menarquia.—La mayor parte de nuestras enfermas presentaron su menarquia a los 12 años, edad que es considerada normal en nuestro medio (6).

CUADRO III. EDAD DE LA MENARQUIA EN LAS ENFERMAS CON CÁNCER DE OVARIO

Edad (años)	Nº de Casos	%
10	1	4.3
11	1	4.4
12	14	60.8
13	3	13.0
15	3	13.0
18	1	4.3
	23	99.7

Fertilidad.—En el Cuadro IV presentamos los antecedentes de fertilidad de nuestras enfermas. Llama la atención que la tercera parte de ellas hayan sufrido de esterilidad.

CUADRO IV. ANTECEDENTES DE FERTILIDAD EN NUESTRAS PACIENTES

	Nº de Casos	%
Nulíparas	7	30
Multiparas	15	65
Niñas	1	5

Menopausia.—15 enfermas (65 por ciento) se hallaban en la menopausia, en la época de aparición de los síntomas ginecológicos. Esta cifra es más alta a la señalada por otros autores. Ahumada (8) encontró 36 por ciento.

Evolución Clínica.—El dolor fué el síntoma clínico más frecuente y luego, en orden de frecuencia, la presencia de masa tumoral abdominal. Sin embargo, nosotros, al igual que Ahumada (8), hemos comprobado que en la mayor parte de casos con dolor abdominal, ya existía masa palpable que no había sido percibida por la enferma.

El tiempo de evolución de estos síntomas en el momento de la primera consulta, ha sido variable, como se puede apreciar en el Cuadro V; el 60 por ciento de los casos consultaron dentro de los 6 primeros meses de evolución clínica.

CUADRO V. TIEMPO DE EVOLUCION CLINICA EN EL MOMENTO DE LA PRIMERA CONSULTA

1 mes	1-3 m.	4-5 m.	7-12 m.	1-2 a.	2-3 a.	más de 3 a.
5 (21%)	8 (35%)	1 (4%)	4 (17%)	4 (17%)	—	1 (4%)

Diagnóstico.—Es esencialmente clínico; los procedimientos auxiliares de laboratorio ayudan muy poco o nada. Es el examen clínico realizado cuidadosamente y con sistema el mejor método para establecer un diagnóstico de neoplasia del ovario. En el Cuadro VI se mencionan los diagnósticos clínicos efectuados en nuestros casos.

CUADRO VI. DIAGNOSTICO CLINICO EFECTUADO EN NUESTRAS PACIENTES

Diagnóstico clínico	
Cáncer de ovario	13 casos
Quiste del ovario	4 "
Fibromioma uterino	4 "
Cáncer gástrico	1 "
Tumor retroperitoneal	1 "

Un examen de citodiagnóstico cervical uterino fué realizado en 15 casos, pero en ninguno se encontró células neoplásicas; sólo en 1 caso se informó el hallazgo de células "sugestivas de malignidad", o del Grupo III de Papanicolaou. Este diagnóstico efectuado con muestras tomadas en el cervix no descubre células malignas a menos que el tumor ovárico haya invadido las trompas o el cuerpo del útero, comprometiendo el endometrio, o que haya provocado ascitis con diseminación peritoneal; en estos casos, las células neoplásicas del líquido ascítico pueden ser descubiertas en el cervix debido a que forman metástasis en el pabellón de las trompas las que permiten el paso de grupos de células neoplásicas por el canal tubario y endometrial.

Patología.—La neoplasia ha sido primitiva de ovario izquierdo en 9 casos y de ovario derecho en 7. En 3 casos ha sido bilateral, es decir en el 13%. En 4 no fué posible determinar el sitio de origen debido a la extensión de la lesión.

En 6 casos falta el informe de la mesuración debido a que se produjo la rotura del tumor en el acto operatorio. Con todo, nosotros hemos llenado ese vacío haciendo el cálculo por la descripción clínica; vemos que no han habido tumores menores de 10 cms. de diámetro; por el contrario, 20 casos, o sea el 83 por ciento, han pasado los 15 cms. de diámetro.

Este hecho revela que cuando las tumoraciones del ovario se hacen ostensibles por la distensión abdominal, ya son casos bastante avanzados y a pesar de cualquier tratamiento, el pronóstico es malo. Por supuesto que ello no quiere decir, que tumoraciones menores, no tengan el peligro de aquellas mayores. En total se encontraron 14 tumores sólidos y 9 quísticos.

El reconocimiento de un tumor maligno de uno, benigno, es un hecho de mucha importancia y de gran responsabilidad. Igualmente lo es, el hecho de establecer el grado de malignidad. El patólogo debe pensar que la carcinogénesis no ocurre en un simple estadio, sino más bien, como un proceso que consiste en la sucesión de estadios de la pérdida de diferenciación.

Debe comprenderse al cáncer como una cualidad y no como una entidad (4). Esto se aprecia claramente en los cisto-adenomas y en los cisto-adenocarcinomas papilíferos del ovario, entre los cuales existe toda una gama de estadios intermedios o tumores "borderline" que con frecuencia son difíciles de clasificar para el patólogo; si el ginecólogo no está familiarizado con estos problemas de diagnóstico no podrá manejar adecuadamente a estos pacientes.

En el Cuadro VII se menciona los diagnósticos histológicos de nuestros casos.

CUADRO VII. DIAGNOSTICO HISTOLOGICO DE NUESTROS CASOS DE CANCER DE OVARIO

Cisto-adeno-carcinomas	11 casos
Adeno-carcinomas	8 „
Carcinoma epidermoide	2 „
Carcinoma sólido	2 „

En 19 enfermas (83 por ciento) la neoplasia desarrolló metástasis, que en 17 de ellas, estuvieron localizadas por fuera de la pelvis. 14 casos (60 por ciento) presentaron ascitis. Este fenómeno si bien no es sinónimo de malignidad, debe hacernos sospechar en esa posibilidad y sobre todo en el desarrollo de metástasis peritoneal; estas metástasis son más frecuentes en el fondo de saco de Douglas debido a metástasis transcelómica por exfoliación celular intraperitoneal.

Tratamiento.—El tratamiento quirúrgico se ha intentado en 20 casos; de los cuales 10 han recibido tratamiento quirúrgico exclusivo y 8 tratamiento quirúrgico seguido de Radioterapia. Laparatomía exploradora se ha practicado en 2 casos, los mismos que recibieron Roentgenterapia anteriormente. En 4 casos sólo se efectuó tratamiento sintomático debido a las malas condiciones generales y lo avanzado de la enfermedad.

El tratamiento quirúrgico ha consistido en histerectomía total con ooforosalingectomía bilateral y omentectomía en 4 casos; histerectomía total con ooforosalingectomía bilateral en 7 y resecciones parciales en 5.

Pronóstico.—Es malo. De los casos que presentamos 10 han muerto; el deceso ha ocurrido generalmente antes de un año y medio. De estos 10 fallecidos, en 7 ha sido posible practicar autopsia; 13 viven y de ellos 5 tenían metástasis pelvianas y extrapelvianas en el momento de la operación, hecho que revela las pobres posibilidades de vida a largo plazo para este grupo de sobrevivientes.

Comentario.—El estudio de los 23 casos de cáncer de ovario, nos revela que el 66.5% de ellos, fueron vistos dentro de los 6 primeros meses de enfermedad; de estos 9 (57%) correspondían a los estadios III y IV, es decir con metástasis más allá de la pelvis, 3 casos en estadio II y solamente 4 en estadio I. Este hallazgo estaría de acuerdo a lo observado por Allan y Hertig, quienes encuentran que pacientes con síntomas de 6 meses de duración o más, tienen mejor pronóstico, por cuanto el porcentaje de metástasis es más alto en los que tienen período de síntomas corto. En otras palabras, cuanto más tiempo demora un tumor del ovario para desarrollar síntomas clínicos su malignidad y ritmo de desarrollo son menores.

Dada la cultura y los prejuicios en nuestro medio, nos atrevemos a creer que es posible que nuestros pacientes han tenido signos y síntomas de enfermedad quizás unos meses antes a los declarados, y que ellos refieren, el último tiempo, en el cual los dolores fueron más intensos o la distensión abdominal más marcada, hecho que a su vez está en relación con el tamaño de la neoplasia, ya que el 84% traspasaban los 15 cms., de diámetro.

Es evidente que la cirugía, sola o asociada a radioterapia, no puede controlar la evolución de estos casos avanzados de cáncer ovárico. De aquí lo sombrío de su pronóstico. Sin embargo, la quimioterapia parece ofrecer una valiosa ayuda como medio paliativo; recientemente se ha observado en el Instituto que con tratamiento con Thio Tepsa se obtiene regresión de masas abdominales metastásicas, reabsorción de líquido ascítico y remisión de los síntomas clínicos, y que este alivio en las formas avanzadas puede mantenerse por varios meses y en algunos casos por más de un año. Todavía no hay una experiencia suficiente que permita valorar definitivamente este nuevo método terapéutico y ello será comunicado ulteriormente.

RESUMEN

En 1691 neoplasias malignas del aparato genital pelviano, encontramos 23 carcinomas primitivos del ovario; colocándose este carcinoma en el tercer lugar, entre los cánceres ginecológicos, con una incidencia del 1.20 por ciento.

El 60.3 por ciento de los enfermos consultaron por primera vez dentro de los 6 primeros meses de iniciados los síntomas; sin embargo todas presentaban estadios muy avanzados de la enfermedad.

Los síntomas más frecuentes han sido el dolor y la "tumoración abdominal". En el 83 por ciento el tamaño de la tumoración sobrepasaba los 15 cms. de diámetro.

El diagnóstico clínico se hizo en el 50 por ciento.

El citodiagnóstico no tiene un valor práctico en el carcinoma de ovario. Solamente tenemos un caso con células del grupo III entre 14 extendidos.

Metástasis se encontraron en el 83 por ciento de los casos. Ascitis estuvo presente en el 60 por ciento de las pacientes, comprobada por la laparotomía.

Más del 50 por ciento de las neoplasias corresponden a carcinomas papilíferos.

El carcinoma de ovario ocasiona una alta mortalidad; antes de los 2 años han muerto el 45 por ciento de las enfermas. El tratamiento que hemos realizado (cirugía, cirugía y radioterapia) es insuficiente. La quimioterapia parece ofrecer una esperanza, como tratamiento paliativo, para los casos avanzados.

SUMMARY

From 1952 to 1956 we have seen in the Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas 1,691 patients with cancer of the female genital tract. Of these cases, 23 were primary ovarian malignancy. This represents an incidence of 1.20 per cent.

50 per cent of the 23 primary ovarian malignancy were papillary carcinomas.

60.3 per cent of these 23 ovarian malignancy came for consultation during the first six months after symptoms had appeared.

The most frequent symptoms found were: pain and abdominal tumor. The abdominal tumor in 83 per cent had a size over 15 cms. in diameter.

Metastasis was found in 83 per cent of the patients and ascitis was present in 60 per cent

The diagnosis in 50 per cent of the cases was made by clinical means.

The treatment for these patients was surgical or surgical plus radiation. 45 per cent of our treated cases died within two years.

BIBLIOGRAFIA

1. Cashman, B. Z. and Hezel, E. V.: *Am. J. Obs. and Gynec.* 57:492, 1949.
2. Munnell, E. W. and Taylor, H. C. Jr.: *Am. Jour. Obst. and Gynec.* 58: 943, 1949.
3. Woodruff, J. Donald and Novak, Edmund: *Am. Jour. Obst. and Gynec.* 67: 1112, 1954.
4. Taylor, C. Jr. and Long, Margaret, E.: *Am. Jour. Obst. and Gynec.* 70: 753, 1955.
5. Cron, Roland S., Cowan, Irving I., Gorthey, Russel, Karioris, Frank G.: *Am. Jour. Obst. and Gynec.* 79: 910, 1950.
6. Barra, J. Tesis Bachilier, Facultad de Medicina, Lima, 1954.
7. Song, Y. S.: *Am. Jour. Obst. and Gynec.* 73: 341, 1957.
8. Ahumada y colab.: *El Cáncer ginecológico.* Tomo II, 1951.