

CARCINOMA DEL OVARIO DESPUES DE HISTERECTOMIA VAGINAL

Moisés Lichtinger, Parvin Gadjei, Robert E. Girtanner,*

RESUMEN

Durante los años 1969-1982, 369 pacientes con carcinoma del ovario fueron explorados quirúrgicamente en el Hospital del Centro Médico de la Universidad de Miami. Ocho pacientes (2.1%) tenían histerectomía vaginal previa por enfermedad benigna. Todas las pacientes histerectomizadas tenían más de 40 años al momento de la intervención vaginal. La sobrevida y los resultados de segunda laparotomía para carcinoma del ovario en estas 8 pacientes fueron afectados por la presencia de ascitis, el estadio quirúrgico y la presencia de tumor residual después de cirugía citoreductora. Basados en nuestra experiencia, se presenta nuestra técnica para salpingooforectomía vaginal profiláctica.

SUMMARY

The present findings suggest that the outcome in patients with ovarian carcinoma after vaginal hysterectomy for benign disease is related to stage, evidence of ascites and type of surgical resection. If the pelvic surgeon performs prophylactic oophorectomy with an abdominal hysterectomy, he should do so during a vaginal hysterectomy for the same indications. A safe technique to improve accessibility of the adnexae through the vagina is described.

La ooforectomía durante el transcurso de una histerectomía vaginal es una operación poco frecuente debido a la situación anatómica de los ovarios y a las dificultades técnicas del procedimiento. Sin embargo, si el ginecólogo extirpa ovarios durante una histerectomía abdominal, también lo debe hacer por vía vaginal si existen indicaciones similares en pacientes de la misma edad (11). Recientemente se ha recomendado considerar la ooforectomía en pacientes de más de 40 años para prevenir exploraciones subsecuentes por dolor pélvico crónico, dispareunia, masas pélvicas asintomáticas o enfermedad neoplásica maligna (4, 1).

El propósito de este trabajo es presentar un análisis retrospectivo de 8 pacientes con carcinoma del ovario después de histerectomía vaginal por enfermedad benigna. La relación de la etapa y hallazgos

quirúrgicos con la sobrevida de estas pacientes será discutida y, finalmente, nuestra técnica personal de salpingooforectomía vaginal profiláctica será presentada.

MATERIAL Y METODOS

La información recolectada en este reporte fue obtenida del registro de tumores de la Universidad de Miami, División de Oncología Ginecológica. Se estudió los años 1969 a 1982. Los expedientes de 369 pacientes con carcinoma del ovario que fueron operados durante esos años fueron revisados. Ocho pacientes, o el 2.1%, tenían historia de histerectomía vaginal previa por razones benignas. Esto fue confirmado revisando las notas operatorias y los reportes anatomopatológicos de estas pacientes.

Todos los especímenes quirúrgicos fueron revisados por una patóloga y el seguimiento de los pacientes fue hecho por entrevista personal o comunicación telefónica hasta enero de 1984.

* University of Miami School of Medicine, Division of Gynecologic Oncology, Department of Obstetrics and Gynecology P.O. Box 016960, Miami, Florida 33101.

TABLA I

EDAD AL TIEMPO DE HISTERECTOMIA
VAGINAL E INDICACION

Edad	Número	Indicación
40 - 49	4	Prolapso uterino todas
50 - 59	3	{ Prolapso 2 pacientes Sangrado perimenopáusico 1 paciente
60 - 69	1	Prolapso uterino

RESULTADOS

La edad e indicación al momento de la histerectomía se muestra en la tabla I. Las ocho (100%) histerectomías vaginales fueron hechas después de los 40 años de edad y en 7 pacientes se indicó por prolapso uterino. En otra paciente la indicación fué sangrado perimenopáusico a los 55 años de edad. El intervalo entre la histerectomía y el diagnóstico de cáncer del ovario fue variable. En tres pacientes fue de menos de 1 año (6, y 11 meses); en 3 pacientes fué de menos de 10 años (6, 5 y 7) y en 2 pacientes de más de 10 años (15, y 29). En las tres pacientes en las que el intervalo fue de menos de un año, las notas operatorias no mencionan el estado de los anexos en el momento de la histerectomía. El estudio anatomopatológico demostró 3 casos de cistadenocarcinoma seroso, 3 con adenocarcinoma indiferenciado, uno demostró leiomiocarcinoma y, el último, teratoma indiferenciado.

A siete de las pacientes se les efectuó citoreducción tumoral con múltiples biopsias abdominopélvicas, subdiafragmáticas y retroperitoneales para determinar la extensión de la enfermedad y a una paciente no se le diagnosticó estadio quirúrgico adecuadamente debido a su mal estado general. Todas las pacientes recibieron quimioterapia adyuvante tratando de extender el tratamiento a más de 9 cursos si las condiciones de la paciente lo permitían. A cinco pacientes se les efectuó segunda laparotomía para evaluar la respuesta a la quimioterapia y el estado de la enfermedad. Se encontró una sola paciente libre de carcinoma en segunda exploración; tenía etapa II y resección inicial óptima, así como ausencia de ascítis. Las otras 4 pacientes tenían carcinoma persistente; tres de ellas tenían etapa inicial III y una IV; a ninguna se le había logrado resección óptima inicialmente y una de las 4 tenía ascítis, (Tabla II).

TABLA II

SEGUNDA LAPAROTOMIA y RESULTADO
(N = 5)

Estadio Figo	Número	Carcinoma Presente	Sin Carcinoma
II	1	0	1
III	3	3	0
Sin Estadío	1	1	0
Resección Óptima	2	1	1
Resección Subóptima	2	2	0
Resección No Óptima	1	1	0
Ascítis	4	3	1
Sin Ascítis	1	1	0

Resección Óptima — Diámetro mayor de enfermedad residual < 0.5 cm
 Resección Subóptima — Diámetro mayor de enfermedad residual entre 0.5 y 1.5 cm.
 Resección No Óptima — Diámetro mayor de enfermedad residual > 1.5 cm.

La sobrevida media también se comparó con los hallazgos quirúrgicos iniciales. La sobrevida media para la paciente en estadio II fue de 57 meses (viva sin evidencia de recurrencia), mientras que la sobrevida media de 5 pacientes con estadio III y una con estadio IV fué de 31 y 6 meses, respectivamente, y solamente una de estas pacientes está viva sin enfermedad persistente. Cuatro pacientes a las que se les practicó citoreducción completa u óptima (diámetro mayor de enfermedad residual menos de 0.5 cm.) tuvieron sobrevida media de 38.5 meses contrastando con una sobrevida media de 15.5 y 15 meses en pacientes que recibieron resección subóptima o no óptima (diámetro mayor de enfermedad residual 0.5 - 1.5 cm. y más de 1.5 cm.). Por último, 5 pacientes sin evidencia de ascítis tuvieron una sobrevida media de 31 meses comparándola con 19 meses para 3 pacientes con evidencia de ascítis, (Tabla III).

COMENTARIO

Recientemente se ha sugerido que una citoreducción completa, así como los hallazgos quirúrgicos iniciales en pacientes con carcinoma del ovario influyen en los hallazgos durante exploraciones subsiguientes

TABLA III

SOBREVIDA y HALLAZGOS QUIRURGICOS

Estadio Figo	Número	Sobrevida Media en Meses
III	5	31
II	1	57
IV	1	6
Sin Estadío	1	19
Resección Optima	4	38.5
Resección Subóptima	2	15.5
Resección No Optima	2	15
Ascitis	3	19
Sin Ascitis	5	31

Resección Optima	— Diámetro mayor de enfermedad residual < 0.5 cm.
Resección Subóptima	— Diámetro mayor de enfermedad residual entre 0.5 y 1.5 cm.
Resección No Optima	— Diámetro mayor de enfermedad residual > 1.5 cm.

y en la sobrevida, (2, 7, 6, 3, 10, 8, 5). En este reporte lo anterior se confirma. La paciente con estadio II tuvo una sobrevida media de 57 meses comparada con 31 y 6 meses en etapas más avanzadas. La sobrevida media de pacientes a quienes se les efectuó una resección completa fue de 38.5 meses a comparación de 15.5 y 15 meses después de resecciones subóptimas y no óptimas y las pacientes sin ascitis tuvieron una sobrevida media de 31 meses a comparación de 19 meses para pacientes con evidencia de ascitis. Los hallazgos favorables durante exploraciones subsecuentes después de quimioterapia fueron también influenciados por estadio temprano, ausencia de ascitis y resecciones iniciales óptimas.

Se ha sugerido también la ooforectomía profiláctica durante histerectomía en paciente de más de 40 años para evitar el desarrollo de tumores malignos del ovario retenido, (1, 9). El carcinoma del ovario es una neoplasia que se presenta principalmente en la edad postmenopáusica, y el estado de la Florida es el tercero con incidencia más alta en los Estados Unidos. Desde el año 1980, recomendamos remover los ovarios en mujeres de más de 40 años en el transcurso de una histerectomía vaginal, previo consentimiento de la paciente. Para esto, hemos desarrollado nuestra propia

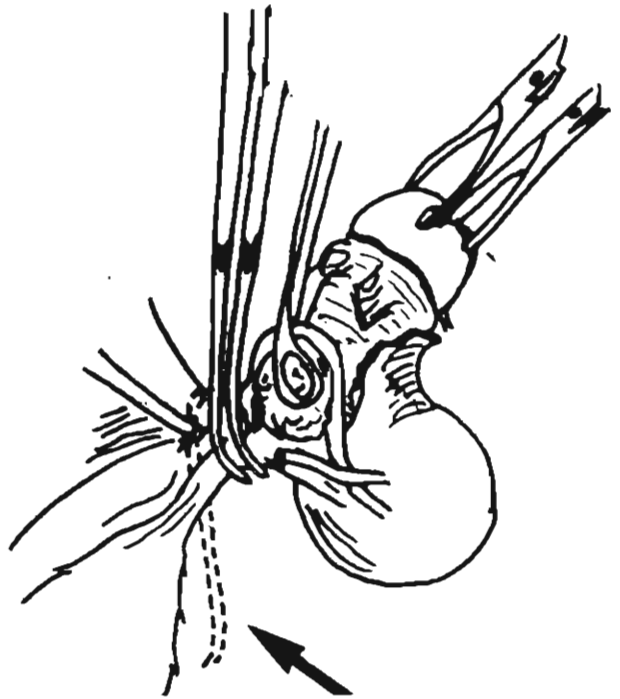


Fig. 1. El ligamento redondo ha sido seccionado. Pinzas finas son aplicadas en el pedículo vascular infundibulopélvico arriba del uréter (flecha).

técnica: Si las trompas y los ovarios se van a resear juntamente con el útero, se retrae el mismo hacia el lado contrario de uno de los anexos, se aplica pinza de anillo al ovario y se hace tracción hacia abajo al mismo tiempo que se secciona el ligamento redondo y los vasos infundibulopélvicos. Esta maniobra hecha con cuidado, libera el ligamento infundibulopélvico aún cuando este sea corto. Pinzas largas finas son entonces aplicadas en el pedículo infundibulopélvico asegurando así la arteria y la vena ovárica. El pedículo es ligado doblemente con catgut del 0 o doble 0 (Fig. 1). Si la salpingooforectomía es efectuada cuando el útero ya ha sido removido, la misma técnica es posible usando un pequeño retractor para separar el ligamento redondo de la trompa y el ligamento uteroovárico y así proceder con la técnica ya expuesta.

Basados en nuestras observaciones y siendo el carcinoma de ovario una enfermedad letal y más común en nuestro medio, recomendamos la salpingooforectomía bilateral durante una histerectomía vaginal en pacientes pre y postmenopáusicas. Cada paciente deberá ser aconsejada individualmente antes de la operación y, si el cirujano decidiera no remover los anexos, es importante que la nota operatoria describa los hallazgos claramente.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—Christ, JE, Lotze: EC, The Residual Ovary Syndrome, *Obstet. Gynecol.*, 46: 551, 1975.
- 2.—Curry, SL, et al: Second-look Laparotomy for Ovarian Cáncer, *Ginecol Oncol.* 11: 114, 118, 1981.
- 3.—Griffiths, CT: Surgical Resection of Tumor Bulk in the Primary Treatment of Ovarian Carcinoma, *Natl. Cáncer Inst. Monog.*, 42: 101, 1975.
- 4.—Grogan, RH: Reappraisal of Residual Ovaries, *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 97: 124-129, 1967.
- 5.—Hacker, NF, Berek, JS, Lagasse, LD, Nieberg, RK, Elashoff, RM: Primary Cytoreductive Surgery for Epithelial Ovarian Cáncer, *Obstet. Gynecol.*, 61: 413-420, 1983.
- 6.—Roberts, WS, Hodel, K, Rich, WM, Disaia, PJ: Second-look Laparotomy in the Mx of Ginecologic Malignancy, *Gyn. Oncology*, 13: 345-355, 1982.
- 7.—Schwartz, PE, Smith, JP: Second-look Operations in Ovarian Cáncer, *Amer. J. Obstet. Gynecol.*, 138: 1124-1130, 1980.
- 8.—Smith, JP, Day, TG, Jr.: Review of Ovarian Cáncer at the University of Texas Systems Cáncer Center, M.D. Anderson Hospital and Tumor Institute, Am., *J. Obstet. Gynecol.*, 135: 984, 1979.
- 9.—Terz, JJ, Barber, HR, Brunshwig: Incidence of Carcinoma in the Retained Ovary, *Am. J. of Surg.*, 113: 511-515, 1967.
- 10.—Wharton JT, Herson, J: Surgery for Common Epithelial Tumors of the Ovary Cáncer, 48: 582, 1981.
- 11.—Wright, RC: Vaginal Oophorectomy, *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 120: 759, 1974.