

# CANCER DE OVARIO

## EPIDEMIOLOGIA Y ASPECTOS CLINICOS

Ada de Casanova V.,  
Rolando Sánchez S.

**SUMARIO.**— Se hace referencia sobre datos estadísticos de frecuencia, incidencia y mortalidad del cáncer de ovario en Lima Metropolitana y del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati.

Así mismo, se revisa la Epidemiología o la salud de la población con sus parámetros de los tres elementos del complejo ecológico. Por último, se revisa los aspectos clínicos en general y el estudio de 90 casos de cáncer primario de ovario observados en los últimos 10 años, de 1970 a 1979, en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati.

### FACTORES EPIDEMIOLOGICOS

#### DEL HUESPED:

**RAZA.**— No parece existir una predisposición racial. Sin embargo, se observa mayor cáncer de ovario en las mujeres blancas de Europa y Estados Unidos de Norteamérica y menos en la población africana y asiática. Pero, probablemente relacionado con el mejor factor socioeconómico de las primeras que con el factor genético.

**HERENCIA.**— Parece existir un factor genético en las neoplasias del ovario. La mujer que ha sufrido cáncer de mama puede hacer en forma secuencial o sucesiva cáncer de ovario; este hecho se explicaría por deficiencia inmunobiológica. Hay familias que padecen de tumores del epitelio celómico del ovario. Por estos hechos se justifica una histerectomía total con ooforosalingectomía bilateral en una mujer que ya tiene hijos y que cuenta con dos o más parientes consanguíneos con tumores del epitelio celómico.

La literatura foránea nos refiere que la neoplasia de ovario es más frecuente en las mujeres con grupo sanguíneo "A" y menos frecuente en los grupos "O". Sin embargo, en nuestros casos sucede al revés.

**DEFENSAS INMUNOLOGICAS.**— Las posibilidades de padecer cáncer de ovario aumentan en las mujeres que han recibido sustancias inmunosupresoras, debido a transplantes o a quimioterapia por otros tumores.

La mayoría de los tumores de ovario se presentan 5 años después de la menopausia, hecho que guarda relación con la inmunodeficiencia que acompaña al envejecimiento.

**ANOMALIAS GENETICAS.**— Los gonadoblastomas asientan en los ovarios anormales. Se ha establecido que las gonadas disgenéticas tienen un 25o/o de riesgo de hacer neoplasia.

**EDAD.**— En las niñas y adolescentes son más frecuentes los tumores del epitelio germinal: teratomas benignos, germinomas, coriocarcinomas.

En las mujeres de edad reproductiva y post-menopáusicas, los tumores más frecuentes son los del epitelio celómico, como del tejido mesenquimal.

En nuestros casos, la edad más frecuente para el cáncer de ovario fue alrededor de 45 años (22, 36).

**OVULACION.**— La ovulación repetida sería un factor oncogénico. Esto explicaría por qué la ovulación, la rotura e irritación repetida del mesotelio, como sucede en especial en las mujeres que no tienen hijos, favorecería la transformación maligna de esa zona, en comparación con la del resto del mesotelio peritoneal. La poca frecuencia de tumores del epitelio celómico antes de la pubertad y en mujeres con disgenesia gonadal por un lado y, por otro, la elevada frecuencia de la esterilidad en el celibato y en mujeres con pocos hijos, estarían también en apoyo de considerar a la ovulación como factor oncogénico.

Existe una correlación positiva entre cáncer de ovario y retardo de las relaciones sexuales después de los 20 años; igual con la nuliparidad.

Los ovarios poliquísticos del Síndrome de Stein-Leventhal pueden ocasionar igual o mayor incidencia de cáncer de ovario, pero los tumores del epitelio celómico se presentan en menor proporción (17, 36).

**PATOLOGIA COMPARADA.**— Otros hechos de patología comparada revelan que la frecuencia de tumores de ovario es relativamente pequeña en animales que ovulan de manera infrecuente, en comparación con las aves que ovulan diariamente; aumentan en animales domésticos, en los que se ha incrementado la producción de huevos.

Hay una frecuencia entre bípedos: humanos primates inferiores y aves; y menor frecuencia entre cuadrúpedos: roedores, caninos, solípedos, etc. Se explicaría porque la posición bípeda facilitaría el drenaje del aparato genital y la acumulación, en la cavidad peritoneal pelviana, de secreciones, fluidos, líquidos

menstruales, que pueden ser irritantes y posibles vectores de carcinógenos químicos, virales, etc., los que a su vez bañarían los ovarios. Esto nos aclararía el que los tumores sean del epitelio celómico y bilaterales.

Hay que considerar la posibilidad de que algunos carcinógenos (químicos, virales, etc.) pueden llegar al fondo del saco vaginal y de allí, por un acceso libre y rápido, ganar la cavidad peritoneal pelviana. Se ha comprobado que partículas inertes de carbón que llegan al fondo de saco vaginal, unos 30 a 60 minutos más tarde están en la cavidad peritoneal. Algo más; en los tumores del ovario se ha observado partículas de talco y material cristalino birrefringente que sugieren asbesto. Esta vía transperitoneal es muy importante. Este hecho queda aliviado, por cuanto los mesoteliomas intraperitoneales casi no existen en el hombre porque no existe puerta de entrada; y se aprecia poca frecuencia de cáncer de ovario en mujeres con oclusión congénita o adquirida de las trompas.

Por último, hay una estrecha correlación entre los cánceres de cuerpo, trompa y ovario; esto ha sido interpretado como reflejo de "carcinogénesis de campo".

**MENOPAUSIA, GONADOTROFINAS.**— Durante la post-menopausia hay un incremento de hasta 15 niveles de FSH y hasta de 5 veces LH; a este aumento se le quiere imputar un efecto etiopatogénico en el crecimiento de ciertos tumores ováricos. La estimulación continua del estroma ovárico por la FSH puede producir proliferación mesenquimal y producción de estrógenos. La proliferación mesenquimal por estimulación de FSH y la proliferación del mesotelio por los estrógenos segregados, pueden explicar los adenofibromas y los tumores de la teca granulosa, que más frecuentemente se presentan en estas etapas de la vida.

**HORMONAS EXOGENAS.**— Existen 2 versiones distintas con respecto a la píldora: la primera, que las pacientes que tomaron dichas pastillas hicieron menos cáncer de ovario; y la segunda, que las que tomaban estaban expuestas a padecer cáncer de ovario 1.4 veces más que la población en general y 1.7 veces más para hacer cáncer en el límite.

Quizás, la primera se debió a que éstas tomaron la píldora, cuyas dosis fueron por encima de 2 mlgs. de progestágeno y que son justamente las que inhiben la ovulación.

**DATOS ESTADÍSTICOS SOBRE EL CÁNCER DE OVARIO.**— Toda mujer al nacer corre el riesgo de 5 a 7o/o de presentar neoplasia ovárica en alguna etapa de la vida y 15o/o de los tumores serán malignos.

De acuerdo al Registro de Cáncer de Lima Metropolitana, practicado en 4 años, de 1968 a 1971, el Cáncer de Ovario no ocupaba los 10 primeros lugares de las neoplasias más frecuentes de ambos sexos. En el Hospital Edgardo Rebagliati M. (Ex-Employado) con 1,200 camas, el cáncer de ovario ocupa el 9no. lugar. Y el 4to. lugar en los cánceres por sexo. Dentro de los cánceres ginecológicos, en estos últimos 10 años (de 1970 a 1979), ocupa el cuarto lugar, después del cán-

cer de mama con 777 casos (55o/o), cuello uterino 371 casos (26o/o), endometrio 135 casos (9.64o/o), ovario 90 casos (6.42o/o).

La INCIDENCIA de Cáncer de Ovario en Lima Metropolitana de 1968 a 1971, fue de 3.00 por 100,000 y por año para todas las edades, y de 4.69 a partir de los 15 años.

La Tasa de MORTALIDAD fue de 1.66 por 100,000, según lo señala Gálvez Brandon. (12, 20, 21, 22, 23).

**ASPECTOS CLÍNICOS.**— Los ovarios son órganos tumorogénicos por excelencia; alrededor del 80o/o son quísticos (el 95o/o benignos y el 5o/o malignos) y el 20o/o son sólidos (75o/o malignos y 25o/o benignos).

En el crecimiento de los tumores ováricos hay que distinguir una primera fase: pre-clínica, asintomática, tanto en los tumores benignos como malignos.

En la etapa clínica, dos hechos sobresalen: tumoración hipogástrica y dolor abdominal; ninguno de ellos es característico de malignidad.

En la etapa más avanzada de la neoplasia maligna, se compromete el estado general; viene la anemia, la ascitis, la caquexia y otras complicaciones, como la obstrucción intestinal, la bronconeumonía y la muerte.

Frente a este problema, Barber enumera una triada de factores de los antecedentes que puede utilizarse como orientación para el diagnóstico temprano (4, 5, 8):

- Paciente entre 40 y 60 años de edad, o más, en un grupo de riesgo alto de presentar cáncer ovárico epitelial corriente.
- Antecedente de disfunción ovárica caracterizados por aumento de tensión pre-menstrual, menstruaciones copiosas, con dolor mamario intenso, tendencia al aborto espontáneo, infertilidad y nuliparidad y menopausia temprana.
- Molestias abdominales bajas y síntomas digestivos benignos persistentes, que incluyen dispepsias, flatulencia y distensión, especialmente después de ingerir alimentos, que alivian en medida escasa por antiácidos como bicarbonato de sodio.

**EXPLORACION.**— Para que tenga éxito óptimo la exploración ginecológica, deberán estar vacíos vejiga y recto de la paciente. Si se plantea el problema de diagnóstico diferencial entre heces en el colon y masa ovárica, la paciente deberá volver a explorarse después de evacuar el intestino. Para la exploración adecuada es indispensable que estén relajados abdomen y perineo.

El tacto rectovaginal es parte integrante del examen ginecológico y permite valorar toda la pelvis posterior. Los signos más frecuentes advertidos en pacientes de cáncer ovárico son estos: —Masas sólidas, fijas, irregulares, bilaterales. Nodularidad del fondo de saco de Douglas; diámetro mayor de 5 cms.

Ascitis, derrame pelural; signos de producción hormonal anormal; ataques de ganglios linfáticos.

**PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS.**— Los estudios aconsejados para el diagnóstico diferencial de una masa pélvica, incluyen éstos: hemograma completo, análisis de orina, pruebas de función hepática, velocidad de sedimentación de los eritrocitos, estimación de las gonadotrofinas coriónicas, radiografía de tórax y abdomen, pielografía intravenosa, enema de bario, serie gastrointestinal alta, gammagrafía hepática y proctosigmoidoscopia (5, 12, 13, 14, 26).

Los estudios de laboratorio son útiles para diferenciar una masa inflamatoria y otra que guarda relación con hemorragia y embarazo. La radiografía simple de abdomen puede ser útil para identificar características de algunas entidades ginecológicas, a saber:

- Remolinos, semejante a cáscara de huevo en la degeneración calcificada de fibromas.
- Calcificaciones semejantes a anillos, a veces con pseudomixoma peritoneal.
- Calcificaciones puntiformes pequeñas localizadas a gonadas, en el gonadoblastoma.
- Calcificaciones en dientes y huesos, en tumores dermoides del ovario.

La pielografía intravenosa permite el diagnóstico diferencial de las entidades urológicas que pueden presentarse en forma de masas pélvicas. También ayuda a precisar en el preoperatorio si el espacio retroperitoneal está atacado por el estado patológico, según se manifiesta por desviación hacia la línea media del uréter. Los estudios del aparato gastrointestinal pueden ser beneficiosos, especialmente cuando hay síntomas digestivos, y pueden brindar datos adicionales acerca de la integridad del intestino en cánceres de ovario avanzado.

En general, el diagnóstico de aproximación de los tumores de ovario se hace por la clínica, aunque la probabilidad de equivocarse es del 50 o/o y las probabilidades de diagnosticar neoplasia ovárica en la paciente asintomática son de 1 en 10,000 exámenes. A pesar de estas limitaciones, sigue rigiendo que la valoración de una masa pélvica es el único método constante y práctico disponible para descubrir cáncer ovárico (27, 29, 35).

**MATERIAL Y METODOS.**— En el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins (ex-Empleado) de Lima - Perú, en los últimos 10 años, de 1970, a 1979, en los Servicios de Oncología Ginecológica y de Ginecología fueron atendidas 435,889 pacientes ginecópatas. De éstas, 953 presentaron tumores ováricos, de los cuales 863 son tumores ováricos benignos y 90 tumores ováricos malignos primarios.

El trabajo está basado en el estudio de 90 casos y se ha evaluado lo siguiente:

**FRECUENCIA:**

**NEOPLASIAS MALIGNAS GINECOLOGICAS  
1970 - 1979**

LOCALIZACION	No. Casos	Porcentajes
Mama	777	55.55 o/o
Cuello uterino	371	26.55 o/o
Endometrio	135	9.64 o/o
Ovario	90 (i)	6.42 o/o
Vulva	16	1.14 o/o
Vagina	11	0.78
<b>TOTAL</b>	<b>1400</b>	<b>99.98 o/o</b>

(i) Neoplasias malignas primarias del ovario  
No se considera 8 casos, secundarios.

**EDAD.**— Al momento del diagnóstico ha sido entre los rangos de 15 años a 76 años. La edad promedio fue 45.5 años.

**ESTADO CIVIL.**— Solteras 35.55o/o y casadas 64.44o/o; cifras contrarias a la literatura.

**FERTILIDAD.**— El 86.20 fueron fértiles y 13.7o/o no fértiles. El 48o/o tienen un hijo; el 30o/o dos hijos y el 18o/o tres hijos.

**RAZA.**— El 88.88o/o fueron raza mestiza. 10o/o blanca.

**GRUPO SANGUINEO.**— El 45.55o/o tuvo grupo sanguíneo "O", 38.88o/o "A" y 12o/o "B".

**TIEMPO DE ENFERMEDAD.**— El 43.33o/o tiene un tiempo de enfermedad de 1 a 6 meses.

El 12.22o/o de 7 a 12 meses.

El 11o/o con 2 años. El 66o/o tiene un tiempo de enfermedad de 1 mes a 2 años.

El 7.77o/o (7) de casos son ASINTOMATICOS y representan hallazgos de detección en el Servicio de Oncología Ginecológica del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati M.

**INICIO DE ENFERMEDAD.**— El 16.66o/o fue brusco y el 67o/o insidioso.

**SIGNOS Y SINTOMAS.**—

**CANCER PRIMARIO DE OVARIO**

90 CASOS TUMOR		
PRESENTE	77 Casos	85.55o/o
AUSENTE	9 Casos	10.00o/o
DESCONOCIDOS	4 Casos	4.44o/o

DOLOR.— Presente 47.77o/o. Ausente 47.77o/o. Desconocido 4.44o/o.

DISTENSION ABDOMINAL.— Presente 53.33o/o. Ausente 38 casos o sea un 42.22o/o. Desconocido 4.44o/o.

Se ha encontrado otros síntomas referidos al aparato digestivo, urinario, respiratorio, ginecológico y síntomas generales.

ESTADO GENERAL.— Bueno el 67.77o/o. Regular 25.55o/o. Malo 6o/o.

LOCALIZACION DE LA TUMORACION.— Izquierdo 27o/o. Derecho 26o/o. Bilateral 24o/o. Sin determinar 21o/o.

TAMAÑO DEL TUMOR. El 57o/o estaban comprendidos entre los 10 cms. y 20 cms. El 13o/o de 1 a 10 cms.

ASOCIACION CON OTRAS NEOPLASIAS.— Es muy conocida la asociación del cáncer de ovario con otras neoplasias malignas, especialmente con el cáncer de mama y el adenocarcinoma de endometrio (25).

#### CANCER PRIMARIO DE OVARIO

90 CASOS (1970 — 1979)

#### CANCER SIMULTANEO AL DE OVARIO

TIPO	No. Casos	Porcentajes
Carcinoma Ductal de mama	2	2.10o/o
Adenocarcinoma de Endometrio	2	2.10o/o
Carcinoma Epidermoide de Cervix	1	1.05o/o
TOTAL	5	5.25o/o

HALLAZGOS POR ESTADIOS CLINICOS. Según la FIGO:

ESTADIOS	No. Casos	Porcentajes
I	38	49.35o/o
II	6	7.79o/o
III	16	20.77o/o
IV	16	20.77o/o
CATEGORIA ESPECIAL	1	1.29o/o
TOTAL	77	99.97o/o

#### CANCER PRIMARIO DEL OVARIO

90 CASOS (1970 — 1979)

#### CLASIFICACION HISTOGENETICA

TIPO HISTOLOGICO	No. Pacientes	Porcentaje
Cistoadenocarcinoma Papilífero Seroso	49	55.0
Cistoadenocarcinoma Mucinoso	8	8.98
Cistoadenocarcinoma Mixto	5	5.61
Carcinoma Mesonéfrico	1	1.12
Carcinoma Endometrioide	1	1.12
Carcinoma Sólido (Indiferenciado)	10	11.23
Cistoadenocarcinoma Pseudomucinoso	2	2.24
Carcinoma del Ovario Mesometanéfrico	1	1.12
Tumor de la Célula de la Granulosa Maligno	1	1.12
Carcinoma Epidermoide (originado en un tumor dermoide)	2	2.24
Teratoma Maligno	2	2.24
Disgerminoma	2	2.24
Androblastoma (Arrenoblastoma)	1	1.12
Tumor de Teilmum	1	1.12
Fibrosarcoma	3	3.37
TOTAL	89	99.92

1 caso solo con diagnóstico clínico

El 85o/o corresponden a carcinomas originados en células epiteliales del celoma.

#### ESTADIOS CLINICOS (FIGO)

ESTADIO	No. de Casos	Porcentajes
I	38	49.35o/o
IA	17	22.07o/o
IB	5	6.49o/o
IC	16	20.77o/o
II	6	7.79o/o
IIA	1	1.29o/o
IIB	0	0
IIC	5	6.49o/o
III	16	20.77o/o
IV	16	20.77o/o
CATEGORIA ESPECIAL	1	1.29o/o
TOTAL	77	99.97o/o

TRATAMIENTO.— CIRUGIA: El procedimiento quirúrgico es el tratamiento inicial que, además, nos servirá para definir el diagnóstico y precisar la extensión de la enfermedad y emprender el tratamiento inicial.

El método quirúrgico recomendado para los estadios I y II es histerectomía total, ooforosalingectomía bilateral y omentectomía.

El tratamiento para los estadios II y IV, es idéntico al anterior, incluyendo la resección de la mayor cantidad posible de tumor, tratando de que quede la menor cantidad, lo que será beneficioso para un tratamiento posterior, sobre todo para la radioterapia, que tendrá mejor efecto si el tumor residual es menor de 2 cms.

QUIMIOTERAPIA.— Es administrada por el Servicio de Quimioterapia de nuestro hospital. Últimamente se administra quimioterapia a base de un solo agente como tratamiento complementario de la cirugía. El agente usado es la L—Fenil alanina mostaza (L—PAM), a la dosis de 0.2 mgr./kgr./d/5 días, cada 4 semanas (alkeran 10 mgrs./D/P.O. x 5 días c/4 semanas). Se realiza el tratamiento hasta alcanzar 12 ciclos y, al finalizar este procedimiento, se le somete a la laparatomía de segunda revisión (second look operation) para determinar la condición de la paciente.

La quimioterapia con droga múltiple se administra cuando se trata de casos muy avanzados o cuando hay recidivas de la enfermedad después de un tratamiento inicial con alkeran (Melfalan, Adriamicina, cisplatino).

En un grupo extenso de pacientes tratados con melfalan (alkeran), la duración media de la reacción completa clínica en el carcinoma mucinoso fue de 46.4 meses; del cistoadenocarcinoma seroso, de 28,9 meses; y del carcinoma indiferenciado, de 22.9 meses.

La quimioterapia mejora la supervivencia, lo que se comprobó en un estudio de comparación del clorambucil (leukeran) y un placebo en un ensayo aleatorio de tipo doble ciego. La supervivencia media fue de 9.3 meses en pacientes no tratadas y de 33.5 meses en quienes recibieron cloroambucil (16, 29, 31, 32).

QUIMIOTERAPIA DE COMBINACION.— Al igual que en otras variantes, parece lógico que las combinaciones de estos agentes eficaces aisladamente mejorarán el índice de reacción y la duración de la misma en el carcinoma ovárico.

La duración media de la supervivencia en pacientes tratadas con hexametilmelanina — CAF fue de 29 meses y en el grupo de Melfalán fue de 17 meses. La toxicidad del tratamiento combinado fue bastante mayor que con el melfalan, pero pareció tolerable.

A continuación, las reacciones en porcentaje de la quimioterapia combinada:

QUIMIOTERAPIA COMBINADA EN EL CARCINOMA OVARICO

COMBINACION	No. Pacientes	o/o Reacción
Hexa — C — Mtx—F	40	75
Act—F—C	47	45
Mtx—Tio	96	63
Adria—Cis	30	80
Hexa—F	14	36
Adria—C	11	73

  

Act	=	Actinomicina—D
Adria	=	Adriamicina
C	=	Ciclofosfamida
Cis	=	Diclorodiaminoplatino
F	=	Fluoracilo
Hexa	=	Hexametilmelanina
Mtx	=	Metotrexato
Tio	=	Tiotepa

SUPERVIVENCIA.— Se ha tabulado a un total de 43 pacientes, de las cuales 11 están vivas más de 5 años (25.5o/o) y 32 han fallecido (74.4o/o) antes de los 5 años.

SUPERVIVENCIA A 5 AÑOS

ESTADIOS	Vivas + 5 años	o/o	Fallecidas	o/o
I	6	42	8	57
II	2	66	1	33
III	3	30	7	70
IV	0	0	15	100
Categoría Especial			1	
TOTAL	11		32	

SEGUIMIENTO DE LOS CANCERES DE OVARIO DE ESTIRPE NO EPITELIAL

Tipo Histológico	No. Tratamiento	Evolución
Disgerminoma	2 HTSOB HTSOB +Co60	Fall. 4 meses Fall. 3 años
Teratoma Maligno	2 OSB + L—PAM +Co60 HTSOB + Co60	Fall. 1 año Viva 2 años en Enf. evolutiva
Teratoma con Focos de Carcinoma epidermoide	2 HTSOB + Omentectomía	Viva 1 año s/e Perdida de vista al tercer año, sin enfermedad

Fibrosarcoma	3	HTOSB + Oment. + CO60	Viva 4 a. s/e Viva 1 a. s/e Fall. 6 meses
Mesometané- frico	1	HTSOB + 5FU + Ciclofosfamida + CO60	Fall. 2 años
Androblastoma (Arrenoblastoma)	1	Extirpación Quiste + Co60	Viva 2 a. con Enf. recidivante. 3 interv. por recidiva.
Tumor a Célu- las de la Granu- losa Maligno	1	HTSOB + Oment. L-PAM + CO60	Fall. 2 años
Tumor de Teílum	1	HTSOB + Oment. + CO60	Fall. 3 meses

TOTAL 13 (14.43o/o)

### CONCLUSIONES

- Se ha hecho una revisión estadística del cáncer de ovario en su frecuencia (no ocupa los 10 primeros lugares de las neoplasias malignas en ambos sexos), su incidencia (3 x 100,000) y su mortalidad (1.66o/o) en Lima Metropolitana de 1968-71.
- El cáncer de ovario en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati, de 1970-79, ocupó el 4to. lugar (6.4o/o) entre las neoplasias malignas ginecológicas, después del cáncer de mama (55.5o/o), cuello uterino (26.5o/o) y endometrio (9.6o/o).
- Se hace una revisión epidemiológica del cáncer del ovario considerando la triada ecológica.
- El cáncer de ovario se presenta en todas las edades, pero su mayor incidencia está entre los 40 a 60 años.
- Ante todo tumor ovárico, debemos agotar todos nuestros esfuerzos para descartar su naturaleza maligna.
- Aunque es difícil, se debe intentar un diagnóstico precoz, para un mejor tratamiento y elevar los índices de supervivencia.
- En las pacientes de alto riesgo, tener presente la Triada de Barber.
- En nuestro medio es más frecuente el cáncer de ovario en mujeres casadas pero con menos hijos.
- La gran mayoría acude a la primera consulta con un tiempo de enfermedad de 1 mes a 2 años (66o/o).
- El 7.7o/o representa hallazgo de detección.
- Los síntomas principales son: Tumor, dolor, distensión abdominal, ascitis. Todos señales de enfermedad avanzada.
- El 24o/o de los tumores eran bilaterales.
- Los tumores generalmente eran grandes, de 11 a 25 cms. en el 81o/o, señal de enfermedad avanzada y, por consiguiente, pobre pronóstico.
- El 85o/o son del epitelio celómico; 55o/o papilífero del tipo cistoadenocarcinoma seroso. Mucinoso 9o/o.
- Los de estirpe NO epitelial fueron de mal pronóstico.
- La incidencia por estadio es la siguiente: Estadio I, 49o/o; Estadio II, 7o/o; Estadio III y Estadio IV 20o/o c/u.
- El tratamiento fue multidisciplinario: cirugía, quimioterapia y radioterapia.
- La cirugía consistió en histerectomía total y aneختomía bilateral y omentectomía (estadio I y II). En etapas más avanzadas, se agrega la resección de la mayor cantidad de tejido tumoral posible.
- Como agente quimioterápico, único, post-quirúrgico, usamos L-PAM durante 12 ciclos, al final del cual se realiza laparatomía de segunda mirada. La quimioterapia múltiple se usa en casos muy avanzados o en recidivas después del tratamiento con L-PAM.
- Usamos radioterapia en casos seleccionados y cuando se deja tumor residual menor de 2 cms.
- La supervivencia a 5 años es de 25o/o y la mortalidad a 5 años es del 74.4o/o. En el estadio I, viven 42o/o y muertas 57o/o. En el estadio IV no hay ninguna viva.  
Esto nos indica la gran malignidad de los cánceres de ovario y lo avanzado de la enfermedad al momento de la primera consulta.

### BIBLIOGRAFIA

- AFRIDI: Disgerminoma of the ovary. Radiation therapy for recurrence and metastases. Am. J. Obstet Gynecology 126:190, 1976.
- BAGLEY, YOUNG, DE VITA: Treatment of ovarian carcinoma: Possibilities for progress. N. Engl J. Med 287: 856, 1972.
- BAGLEY, YOUNG, SCHEIN, DE VITA: Ovarian carcinoma metastasis to the diaphragm frequently undiagnosed at laparotomy. Am J. Obstet Gynec 116: 397, 1973.
- BARBER: Current status of the treatment of Gynecologic cancer by site: Ovary. Cancer, 38: 610, 1976.

- BARBER, GRAVER: Ovarian Cancer. Ca. 24-6:339, 1974
- BHATCHARY, BARLOW JJ: Immunologic studies of human serous cystadenocarcinoma of ovary. Cancer 31:558, 1973
- BRADY L.W.: Combined modality therapy of gynecologic cancer. Cancer 35:76, 1975
- BARBER, GRAVER: The PMPO (postmenopausal palpable ovary syndrome) Obstet Gynec. 38:921, 1971.
- Classification and staging of malignant tumor in the female pelvis. Act Obstet Gynecol Scand 50, 1971
- CLARK.: Treatment of cancer of the ovary. Clinic Obstet Gynecology 3:159, 1976.
- CLIMIE, LEONARD P.: Malignant degeneration of benign cystic teratoma of the ovary. Cancer. 22: 824, 1968.
- CHAVEZ E.F.: Carcinoma Primitivo del ovario: Tesis doctoral UNMSM, Lima, 1976.
- DECKER DG WEBB: Prophylactic therapy for Stage I Ovarian cancer. Gynecol Oncolo 1:203, 1973
- DE VITA V.: Carcinoma de ovario. Etapas y tratamiento. Buenos Aires Ed. Panamericana, 1976.
- ELTRINGHAM J.: Radioterapia para el carcinoma ovarico. Clinic Obst & Gynec Nor Amer. 4:1005, 1979
- EYRE H.: Quimioterapia del carcinoma ovárico. Clin Obst & Gynec Nor. Amer. 4:995, 1979.
- FATHALLA M.H.: Incessant ovulation: a factor in ovarian neoplasia. Lancet 2:163, 1971.
- FELMAN G.: Lymphatic drainage of the peritoneal cavity and its significance in ovarian cancer. Am J. Obstet Gynec. 119-7:991, 1974
- GALDOS R.: Tratamiento del cancer de ovario.— Estadios iniciales. IV Congreso peruano de obstetricia y ginecología. Vol. 23, Abril 72.
- GALVEZ B. J.: Un programa de registro de incidencia de cancer en Lima Metropolitana. Oncology. INEN. 1975.
- HERAUD H.L.: Los carcinomas primitivos del ovario. Rev. de Ginecología y Obstetricia. Vol. 12 2-71, 1973.
- JANOVSKI N.: Ovarian Tumors. Philadelphia, W B Saunders, 1973.
- KENT S.W.: Primary cancer of the ovary. AM. J. Obstet Gynec 80:430, 1970.
- LANFE: Simultaneous triple malignant tumors of the female genital tract. Obstet Gynecol. 29:526, 1976.
- MUNNELL E.W.: Ovarian carcinoma, predisposing factors, diagnosis and management. Cancer 5:1128 1953.
- Manual de procedimientos técnicos del servicio de oncología ginecologica del Hospital Edgardo Rebagliati, 1980.
- NOVAK E.R.: Tratado de Ginecología, 1977.
- ONCOLOGIA: Instituto Nacional de Enfermedades Neoplasicas, Lima, 1975.
- PIVER MS, BARLOW: Incidence of subclinical metastases in stage. I and II ovarian carcinoma. Obst Gynec, 52:100, 1978.
- PIVER, BARLOW, YASSIGI R.: Quimioterapia con melfalan en el carcinoma avanzado de ovario. Obst Gynec 51:352, 1978.
- STONE M.L.: Factores que modifican la supervivencia del carcinoma ovárico. Obstet Gynec Nor Amer. 1025, Dic. 1969.
- SMITH W.G.: Tratamiento quirúrgico del carcinoma ovarico epitelial. Clinic Obstet Gynec Nor Amer 4:977, 1979.
- SMITH JP., DELGADO G.: Second look operation in ovarian carcinoma. Cancer 38:1438; 1976.
- VALDIVIA PONCE E. CAMPOS REY DE CASTRO: Cáncer de ovario. Rev. peruana de obstetricia y ginecología. Vol. III, No. 88, 57.
- VALDIVIA PONCE J.R.: Cáncer de Ovario en un hospital general. Tesis doctoral, UNMSM, 1973.
- WEBB MJ: Factors influencing ovarian cancer survival after chemotherapy. Obstet Gynec 44:564, 1974
- WOODRUF D., PERRY H.: Cistoadenocarcinoma mucinoso de ovario. Obstet Gynec 51:483, 1978

## CANCER DE OVARIO CLASIFICACION CLINICO – QUIRURGICA

Teodoro Hiromoto Hiromoto

En el último decenio, la clasificación clínico quirúrgica del cáncer del ovario en estadios clínicos (FIGO) (1), halló amplia aceptación entre ginecólogos y oncólogos. Es una clasificación postquirúrgica del cáncer del ovario epitelial o celómico (2), difícil de establecer clínicamente por su relativa inaccesibilidad (3).

Es importante establecer la etapa o estadio de esta neoplasia maligna, ya que de esto dependen:

- 1.— La planificación de un tratamiento adecuado en cada caso.
- 2.— El conocimiento del pronóstico.
- 3.— La evaluación de la terapéutica y la comparación de los resultados en diversas Instituciones.

El nuevo enfoque conceptual en carcinoma de ovario se basa en reconocer que éste no es tumor pélvico