

- 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

sino una neoplasia que toma toda la cavidad peritoneal. Por ello, los estudios actuales indican que los cánceres ováricos, aparentemente localizados, en realidad se diseminan de manera oculta más allá de los confines de la pelvis y se hallan en etapas avanzadas. Nuevos estudios y procedimientos diagnósticos nos demuestran que el carcinoma epitelial del ovario se disemina como un digerminoma, hacia los ganglios linfáticos pélvicos, para-aórticos y paracavales. De aquí la necesidad de una exploración cuidadosa y biopsia de ganglios de estos territorios. Además, las células descamadas en la cavidad peritoneal son captadas por la rica red linfática de la cara inferior del diafragma. Discutiremos luego los nuevos procedimientos que se deben emplear para una adecuada clasificación en estadios en el cáncer del ovario.

A partir de 1975 se adoptó una reforma del agrupamiento en estadios de la FIGO. Cada estadio contiene ahora subgrupos de pronóstico relativamente distinto (11), tal como podemos apreciar en el presente cuadro:

(Cuadro al final del texto)

Para llegar a una adecuada catalogación en su verdadero estadio clínico, debemos practicar un minucioso examen clínico y una completa exploración quirúrgica, basados en la historia natural y las diversas formas de propagación y drenaje linfáticos. Por lo que es necesario recordar los siguientes conceptos:

En relación al conocimiento detallado de la distribución anatómica y de los modos de diseminación metastásica del carcinoma de Ovario:

1. Propagación a ORGANOS ADYACENTES DE LA PELVIS.— Se calculó que el 75o/o de las pacientes con cáncer de ovario, tienen la neoplasia fuera del ovario en el momento de la exploración inicial (3). Los sitios de metástasis más comunes en el cáncer del ovario son los órganos adyacentes de la pelvis.
2. PROPAGACION A LOS GANGLIOS RETROPERITONEALES: Las metástasis por vía linfática no fueron apreciadas con tanta claridad. La albugínea del ovario carece de linfáticos, pero el parénquima posee una densa red linfática (4) (5) que convergen en el hilio y forman el plexo sub ovárico. De éste parten tres vías:
 - a. Vía principal: Grandes vasos linfáticos que acompañan a los vasos sanguíneos ováricos y terminan en la cadena de ganglios para aórticos y paracavales entre la bifurcación de la aorta y los pedículos renales (6) (12).
 - b. Vasos eferentes accesorios (menos del 50o/o), van por el ligamento ancho hacia la pared lateral y posterior de la pelvis, terminando en los ganglios iliacos externos más altos y en los hipogástricos (6) (7). Otro grupo más raro transcurre a lo largo del ligamento redondo y desagua en los ganglios linfáticos iliacos externos e inguinales.

3. PROPAGACION A TRAVES DE LA CAVIDAD PERITONEAL.— Otra vía importante en la evolución del cáncer de ovario es la cavidad peritoneal. En esta cavidad existe normalmente líquido en pequeña cantidad (7). Este líquido sufre un recambio muy acelerado, sale de la cavidad por las vías linfáticas del diafragma (10) (12), lo que se demostró con sustancias marcadas (10). Este desplazamiento transperitoneal del líquido está dado por los cambios de presión hidrostática producidos por el movimiento de la parrilla costal durante la respiración. Durante la inspiración, la presión hidrostática de los compartimientos sub-frénicos desciende y se origina presión negativa; luego, en la espiración, se invierte. Por lo tanto, la región subdiafragmática es una "bomba" que retira líquido peritoneal de los compartimientos inferiores en cada inspiración (9) (12). El líquido se reúne en pequeñas lagunillas linfáticas que están debajo de las células mesoteliales que tapizan la superficie inferior del diafragma (12); éstas van a una red de capilares y vasos del diafragma (80o/o); sólo el 20o/o va a los ganglios diafragmáticos (pericardio y nervios frénicos), principalmente de la superficie SUB PLEURAL DERECHA Y ANTERIOR. Luego, a los linfáticos retroesternales y mamarios internos (10).

Basados en estas consideraciones anatómicas y fisiológicas, es que podemos determinar un estadio más preciso de la enfermedad y nos proporciona un método uniforme para agrupar a pacientes de pronóstico relativamente similar, para lo que es necesario una minuciosa búsqueda preoperatoria e intraoperatoria de enfermedad metastásica, mediante una buena exploración, lavados de la cavidad peritoneal con estudio de PAPANICOLAOU y la toma de biopsias múltiples de peritoneo y de ganglios en diversos territorios, tal como se realiza en hospitales extranjeros (11). Procedimiento que lo practicamos desde hace más de un año en el Servicio de Oncología Ginecológica del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati del Instituto Peruano de Seguridad Social Lima — Perú.

Este procedimiento que seguimos el Grupo Oncológico del Prof. VALDIVIA PONCE y colaboradores, se puede ver en el siguiente flujograma:

NORMAS DEL SERVICIO DE ONCOLOGIA GINECOLOGICA.— Frente a un tumor de ovario que se sospecha que se trata de un CANCER:

1. Laparotomía.— Incisión vertical amplia; si es necesario, incisión xifopubiana para realizar una buena exploración y para evitar la ruptura de la tumoración quística.
2. Constatación de presencia de líquido ascítico o peritoneal que se considere patológico.
3. Si no hay líquido ascítico, lavado con 20 ml. de suero fisiológico de la cavidad de la pelvis y espacios parietocólicos derecho e izquierdo y recuperación del líquido para estudio por PAPANICOLAOU.

4. Exploración visual y manual minuciosa de la cúpula diafragmática, el hígado, espacios parietocólicos, ganglios paraaórticos y pélvicos.
5. Ablación de la tumoración ovárica y estudio por congelación: Si nos contestan CARCINOMA, se realiza el tratamiento de acuerdo al caso clínico.
6. Puede ser histerectomía total con ooforectomía y salpinguectomía bilateral más omentectomía.
7. Proce diéndose luego a las biopsias múltiples de:
Peritoneo: fondo de Douglas, espacios parietocólicos: derecho e izquierdo, subdiafragmático.
Ganglios: paraaórticos y paracavales. Ganglios pélvicos.

Biopsia de hígado en caso de sospecha metastásica.

8. Finalmente, un informe detallado de los hallazgos operatorios y de la cirugía practicada.

Con este procedimiento se establece el estadio clínico quirúrgico real del caso, indicándose un tratamiento adecuado; además, podemos determinar un pronóstico más acertado.

El presente es un avance del trabajo prospectivo que se está realizando en nuestro Servicio de Oncología Ginecológica y en el que a pesar de nuestra corta estadística, tres casos han sido valorados de acuerdo a resultados positivos de las biopsias practicadas. Sin cuyo auxilio se hubiera subestimado el estadio clínico.

CLASIFICACION CLINICO QUIRURGICA DEL CANCER DE OVARIO

CLASIFICACION DE LA FIGO	
ESTADIO I	: Formación limitada a los ovarios ESTADIO Ia: Formación limitada a un ovario y sin ascitis. i) : Sin tumor en la superficie externa, cápsula intacta ii) : Tumor en la superficie externa y/o cápsula rota. ESTADIO Ib: Formación limitada a ambos ovarios y sin ascitis i) : Sin tumor en la superficie externa; cápsula intacta ii) : Tumor en la superficie externa y/o cápsula rota. ESTADIO Ic: Tumor en Etapa Ia o Ib con ascitis (*) o lavados peritoneales positivo.
ESTADIO II	: Formación en uno o ambos ovarios, junto con propagación pélvica. ESTADIO IIa: Propagación y/o metástasis en útero y/o trompas ESTADIO IIb: Propagación a otros tejidos de la pelvis ESTADIO IIc: Tumor IIa. o IIb., con ascitis (*) o lavados peritoneales positivos.
ESTADIO III	: Formación que toma a uno o ambos ovarios, pero con metástasis intraperitoneales fuera de la pelvis y/o ganglios retroperitoneales positivos. Tumor limitado a la pelvis verdadera, pero con extensión maligna histológicamente comprobada al intestino delgado o epiplon.
ESTADIO IV	: Formación que toma a uno o ambos ovarios y ha dado metástasis a distancia. Si hay derrame pleural, la citología debe ser positiva para que sea IV. La metástasis al hígado corresponde a la Etapa IV.
CATEGORIA ESPECIAL	: Casos inexplorables que se suponen son de carcinoma de Ovario.

(*) Ascitis: derrame peritoneal que en opinión del cirujano es patológico.

BIBLIOGRAFIA

- FIGO: Classification: En RUBIN P. (Ed.) "Clinical Oncology for Medical Students and Physicians". Rochester, N.Y. American Cancer Society. 1974. pág. 240.
- ULFERTER H. Comunicación en la Society of Gynecologic Oncologists. Key.
- PEREZ, C.A., BRADFIELD J.S.: Radiation Therapy in the treatment of ovarian carcinoma. *Cancer* 29:1027-1037, 1972.
- POLANO, O.: Beitrag zur anatomie der lymphbalen in menschlichen eierstock, Monats f. Geburts Gynaek, 17:466-496, 1903.
- GORDIER, G.: Quelques precisions sur la vascularisation et sur l'anatomie des linfatiques de l'ovaire. *Bull. Fed. Soc. Gynecol et Obstet France*; 11:109-129. 1959.
- ROUVIERE, H.: Anatomie des lymphatiques del' homme. Mason et Cie. Editeurs. Paris. pp. 60-165, 399-401.
- JOFFEY, J.M. COURTICE, F.C.: Lymphatics, lymph and lymphoid complexes. N.Y. Academic Press, 1970. pp 295-305.
- SIMER, P.H.: The drainage of particular matter from the peritoneal cavity by lymphatics. *Anat. Rec*; 88:175-192, 1944.
- MEYERS M.A.: The spread and localilzation of acute intraperitoneal effusion. *Radiology* 96:547554, 1970.
- FRENCH, J.E., FLOREYN, H.W., MORRIS B.L.: The absorption of particles by the lymphatics of the diaphragm. *Quart. J. Exp. Biol.* 45:88-103, 1960.
- THOMAS G. DAY., SMITH J.: Diagnóstico y determinación de etapas en el carcinoma de ovario. Pag. 50. *CARCINOMA DE OVARIO*. Ed. Panam. Buenos Aires. 1976.
- DE VITA: Carclnoma de Ovario. *Seminarios de Oncología*. Ed. Panamericana. Buenos Aires. 1976.