



Ginecología y Obstetricia

© Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología

Ginecol. obstet. 1998; 44 (2) : 140-142

Tratamiento quirúrgico laparoscópico del cáncer de ovario: Estadío IA. Comunicación de la primera intervención en Latinoamérica

ERNESTO MOLINA, FÉLIX ORTEGA, CARLOS ALTEZ

Introducción

Uno de los futuros objetivos de la cirugía laparoscópica es el campo de la oncología ginecológica. En esta terreno no escapa el cáncer de ovario, cuyo tratamiento quirúrgico curativo en estadíos iniciales puede ser abordado con cirugía laparoscópica. Desde que Reich y col. comunicaron el primer caso de extirpación laparoscópica de un carcinoma ovárico, demostrando que puede cumplirse por vía laparoscópica, diversos objetivos de la cirugía oncológica ovárica, como la apendicectomía, omentectomía, toma de muestras citológicas y peritoneales¹, se ha publicado tratamientos quirúrgicos laparoscópicos en estadíos más avanzados, que incluían exploración y exéresis de ganglios linfáticos paraaórticos².

El éxito del tratamiento quirúrgico laparoscópico del cáncer de ovario en estadíos iniciales (IA-IB) va desde la indicación quirúrgica, estudio preoperatorio completo y cumplimiento de todo el protocolo para cáncer de ovario, incluyendo la linfadenectomía paraaórtica hasta el nivel de la vena renal izquierda, que constituye una parte esencial del estadiaje quirúrgico de los carcinomas ováricos precoces. La incapacidad de completar un estadiaje global representa un riesgo potencial de tratamiento insuficiente, lo que excluiría la realización de abordajes laparoscópicos en el tratamiento quirúrgico de esta enfermedad. Lo último depende mucho de la habilidad y experiencia del cirujano laparoscopista. Presentamos el primer caso de tratamiento laparoscópico del cáncer de ovario estadío IA realizado en América Latina en abril de 1996, en el Hospital Regional IPSS-Huancayo Perú³.

Material y métodos

Paciente mujer de 48 años, que ingresa al servicio de Ginecología del Hospital Regional Huancayo con diagnóstico de tumor ovárico bilateral, hemorragia uterina anormal perimeopáusica, Antecedentes; G5 P5005 no cirugía previa.

Estudios realizados: Hemograma, examen de orina, bioquímica normales; Rx tórax, abdomen y urografía excretoria normales, Papanicolaou negativo; Ecografía abdominopélvica, de hígado, vías biliares, riñones sin alteraciones, No tumoraciones abdominales. Útero fibromatoso 90 x 70 x 55 mm L.E.: 22 mm. Anexo derecho con tumor mixto 80 x 60 mm. Anexo izquierdo con tumor sólido 53 x 35 mm. No líquido libre en cavidad. Biopsia de endometrio: hiperplasia atípica.

Procedimiento:

Anestesia general intubada. Colocación de catéteres vesical, ureterales y guía uterina. Colocación de trócares (5): 1 umbilical, 2 laterales, 1 suprapúbico, 1 infraxifoideo.

Técnica quirúrgica:

Lavado peritoneal para estudio citológico (PAP)

Exéresis de tumores ováricos en forma cuidadosa y exangüe. Se envía a estudio por congelación. El patólogo informa carcinoma ovárico izquierdo con cápsula intacta. Se realiza histerectomía total laparoscópica y su



exéresis por vía vaginal, omentectomía y apendicectomía, biopsias múltiples de hígado, peritoneo subdiafrágico parieto colicos peritoneo prevesical; exploración de cadena linfática para aórtica.

Resultados

La intervención quirúrgica tuvo duración de 6 horas. La paciente requirió transfusión sanguínea 2 unidades. No hubo complicaciones, la evolución posoperatoria fue favorable y salió de alta al tercer día posoperatorio.

Resultado anatomopatológico

- Leiomiomatosis uterina con hiperplasia endometrial atípica.
- Adenocarcinoma seroso ovárico izquierdo con cápsula libre de enfermedad.
- Teratoma ovárico derecho.
- Omento -apéndice cecal- biopsias y muestreo ganglionar paraaórtico libre de enfermedad.
- Papanicolaou de líquido peritoneal negativo.
- La paciente se encuentra teóricamente curada y será tributaria sólo de controles laparoscópicos anuales.

Conclusiones

El cáncer de ovario estadios IA-IB, incluyendo el borderline, puede ser abordado por cirugía laparoscópica, con todos los beneficios y ventajas que esta técnica ofrece⁴. Aunque la laparoscopia constituye un medio fiable en el diagnóstico y tratamiento del carcinoma ovárico precoz, cualquier retraso entre el diagnóstico y el tratamiento, cualquier error de estadiaje, fuga de líquido peritoneal o contaminación de la pared abdominal con células tumorales puede reducir la eficacia del tratamiento quirúrgicos⁵. Se ha documentado el riesgo de afectación de la pared abdominal por implantes tumorales⁶, incluso en los sitios de punción de los trócares, por lo que debe evitarse el contacto entre la pared abdominal y cualquier tumor ovárico, y recomendamos el uso de bolsas o sacos endoscópicos con una sutura en bolsa de tabaco en la zona de empuñadura. Recomendamos la anexectomía en lugar de la quistectomía en el tratamiento de tumores ováricos en perimenopáusicas, para evitar la rotura del quiste durante su disección.

Estamos convencidos que la exéresis extracorpórea de los tumores ováricos debe ser siempre a través de bolsas endoscópicas, siguiendo principios oncológicos ya establecidos; es más seguro y técnicamente factible. El tumor debe salir intacto por el riesgo de sembrar células cancerosas malignas en el peritoneo^{7,8}. No estamos de acuerdo con la punción intracorpórea de quistes de ovario, a pesar de comunicaciones que demuestran que la integridad de la cápsula carece de importancia pronóstica^{9,10}.

Aunque el cáncer de ovario se disemina en forma celómica, no es raro que la enfermedad en etapas I y II se extienda a la cadena linfática paraaórtica al nivel de los vasos renales. Por lo que la exploración y exéresis de esta cadena linfática, incluyendo muestreo gangliolar de linfáticos iliacos, debe realizarse necesariamente si queremos garantizar una curación definitiva.

Se ha observado presencia de metástasis en ganglios linfáticos en el 20% de los casos de carcinoma ovárico en etapa I, en los cuales se extirpó o tomó muestras de ganglios linfáticos paraaórticos y pélvicos¹¹. Más recientemente se ha comunicado que la incidencia de ganglios linfáticos positivos puede ser tan alta como 24% en estadio I de enfermedad¹².

La cirugía laparoscópica en el tratamiento del cáncer de ovario no se limita a la cirugía inicial curativa. Puede resultar útil también en el tratamiento de pacientes remitidos con diagnóstico de carcinoma ovárico precoz con estadiaje no satisfactorio y/o cirugía incompleta. Además de los controles laparoscópicos anuales en pacientes posoperadas¹³.

Por último mencionar que en el tratamiento del cáncer de ovario, estadios iniciales, el recurso, más curativo, es la cirugía. En ese sentido, la laparoscopia no sólo permite la exploración exhaustiva de las cavidades pélvica y abdominal, lo que confiere una importante función diagnóstica, si no también constituye una vía de acceso para la realización de todos los procedimientos quirúrgicos para el carcinoma ovárico inicial, con todas las ventajas que ofrece la cirugía endoscópica.



Referencias bibliográficas

1. Reich H, Mc Glymm F. Manejo laparoscópico de estadio I de cáncer de ovario. *J Reprod Med* 1990; 25: 601-605.
2. Nezhat C, Nezhat F. Laparoscopic surgery por gynecologic cancer, *Surgical Technology international IV* 1996; 2345-241.
3. Molina E, Ortega F, Altez C. Tratamiento quirúrgico laparoscópico del cáncer de ovario Ia, Trabajo libre, II congreso Latinoamericano de Cirugía Endoscópica Caracas julio/1996.
4. Mage G, Canis M. Manejo laparoscópico de masas anexiales, *J Gynecol Surg* 1990; 71-9.
5. Maiman M, Seltzer V. Laparoscopic excision of ovariam neoplasms subsequently found to be malignant. *Obstet Gynecol* 1991; 563-6.
6. Hsiu J, Given F. Implantación tumoral después de laparoscopia diagnóstica con biopsia de tumores scrosos ováricos de bajo potencial maligno. *Obstet Gynecol* 1986; 68: 905-35.
7. Rutledge F. *Ginecología Operatoria. The Unde: Tumores ováricos neoplásicos* 1987; 34: 776-804.
8. *Tratado de Ginecología. de Novak* 1984; (22): 507-57.
9. Sevelda P, Vavra N, Schemper M. Factores pronósticos de sobrevida en estadio, de cáncer ovárico epitelial. *Cáncer* 1990; 65: 2349-2332.
10. Dembo AJ, Davy M, Stenwig AE. Pronostic factors in patients with stage I epithelial ovarian cancer. *Obstet Gynecol* 1990; 75: 263-73.
11. Kmap R, Friedman E. Aortic lymph node metastases in early ovarian cancer. *Am J Obstet Gynecol* 1974; 119: 1013.
12. Querleu D. Laparoscopic para-aortic node sampling in gynecologic oncology: a preliminary experience. *Gynecol Oncol* 1993; 49: 24-9.
13. Querleu D, Leblane E. *Laparoscopia ginecológica y cirugía editorial. Mosby-España* 1996; (25) *Cáncer Ginecológico*: 275-96.