

## DE LAS DIFERENTES ETAPAS EN EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DEL CANCER OVARICO

Por el Dr. Nelson A. Lugo C.  
Jefe del Servicio de Cirugía del  
Hospital "San Lorenzo" de los Mina.  
Profesor de la Universidad  
Nacional Pedro Henríquez Ureña.



El problema fundamental en el Cáncer ovárico es lograr su diagnóstico en una fase precoz. Por su topografía intrabdominal y su diseminación, clínicamente es uno de los tumores más difíciles de descubrir, ya que hace su difusión en una forma silenciosa agrediendo solapadamente el peritoneo y órganos vitales. Al aparecer los signos y síntomas de la enfermedad, ya estamos en presencia de un Cáncer diseminado. De acuerdo a las estadísticas de los Estados Unidos y Europa, el 68 por ciento, por lo menos, de las pacientes, estarán en estadios avanzados al momento de hacerse el diagnóstico inicial.

El encuentro de un Cáncer ovárico localizado casi siempre se logra en el curso de un examen pelviano de rutina o cuando el proceso ha producido un cuadro clínico capaz de obligar a la paciente a visitar al médico, ya bien sea porque siente una masa en el abdomen o ha notado cambios en su volumen. Este tipo de Cáncer puede simular procesos malignos de las vías urinarias y digestivas. De aquí la importancia de hacer estudios de estos sistemas con fines de diagnóstico diferencial. Consideramos que

aunque las pruebas pre-quirúrgicas son importantes, no establecen el diagnóstico. Este se logra definitivamente por visualización y biopsia del tumor. Hay una serie de tumores indiferenciados como ciertos tipos de adernocarcinomas, tumores gástricos, etc., que pueden crear confusiones clínicas y anatomopatológicas. Es básico efectuar no sólo el diagnóstico quirúrgico sino también estimar la dimensión del proceso tanto en la pelvis como en toda la cavidad abdominal y diafragma. Creemos que la primera falla del tratamiento puede estar en este punto. De la confirmación precisa de la etapa de la enfermedad dependerá la modalidad terapéutica.

*Sistema para establecer etapas del Carcinoma primario de ovario, de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (F.I.G.O.)*

Etapa I: Crecimiento limitado a los ovarios.

Etapa Ia: Crecimiento limitado a un ovario, sin ascitis.

- i) Sin tumor en la superficie externa, cápsula intacta.
- ii) Tumor presente en la superficie externa, rotura de cápsula o ambos.

Etapa Ib Crecimiento limitado a los dos ovarios, sin ascitis.

- i) Sin tumor en la superficie externa; cápsula intacta.
- ii) Tumor existente en la superficie externa, rotura de cápsula o ambos.

Etapa Ic Tumor en etapa Ia o etapa Ib, pero con ascitis presente o lavados peritoneales positivos.

Etapa II Crecimiento que afecta uno o ambos ovarios, con extensión a la pelvis.

Etapa IIa Extensión, metástasis, o ambos, a útero, trompas, o ambos.

Etapa IIb Extensión a otros tejidos pelvianos.



Etapa IIc Tumor en etapa IIa o en etapa IIb pero con ascitis o con lavados peritoneales positivos.

Etapa III Crecimiento que incluye uno o ambos ovarios, con metástasis a distancia.

Etapa IV Si hay derrame pleural tiene que dar citología positiva para incluir a la paciente en etapa IV.

Las metástasis en parénquima hepática equivalen a etapa IV.

Casos no explorados que se consideran de carcinoma ovárico.

Creemos en la importancia de establecer la naturaleza y la extensión de la tumoración en el acto quirúrgico. En muchas ocasiones esto no se hace correctamente; en otros casos se omiten pruebas preliminares de importancia en el diagnóstico diferencial. Mayoritariamente las informaciones de los encuentros en la pelvis son acertados. Sin embargo, en raras ocasiones se toma en cuenta la revisión de los órganos del abdomen alto. Tenemos que aceptar que en un gran número de pacientes tratados quirúrgicamente, la incisión abdominal es limitativa para valorar otros órganos, posibles orígenes del tumor o capaces de producir diseminación. La evaluación en detalles del abdomen alto tiene muy poca importancia para planificar la terapéutica en la etapa III. Esta evaluación en detalles es necesaria en las pacientes que pensamos puedan tener una enfermedad pelviana en etapa I o etapa II. Desde el momento en que el proceso haya atravesado la cápsula del ovario, las células malignas pueden diseminarse a toda la cavidad peritoneal. Ya se ha determinado que el líquido pelviano suele desplazarse hacia arriba por los cursos paracólicos hasta finalmente drenar por vía de los linfáticos diafragmáticos. Esta posible vía de diseminación debe estimarse con cuidado durante el curso de la laparotomía.

### *Anatomía Patológica*

La mayoría de las neoplasias primarias del ovario tienen su origen en el epitelio de superficie y el estroma ovárico. El más

común es el adenocarcinoma seroso papilar. Le siguen el mucinoso, el endometroide y el indiferenciado. La aclaración de los diferentes grados histopatológicos tiene una enorme importancia en el pronóstico.

### *Tratamiento*

Aunque la Cirugía no ha logrado una nueva dimensión en lo que respecta a la solución global del problema, hasta el momento sigue siendo el recurso más aceptable en las etapas I y II. La adición de la radioterapia sería un complemento positivo, ya que este tipo de Cáncer comúnmente responde a la radiación. En el estadio II el tratamiento adicional con radioterapia post-operatoria, ha elevado el índice de supervivencia de 29 por ciento a 44 por ciento según estadísticas actuales. En las pacientes en estadio III la radioterapia complementaria a la quimioterapia, no mejoró el índice de supervivencia. En estudios recientes, la quimioterapia ha demostrado su eficacia en el tratamiento del carcinoma ovárico avanzado. Existen numerosas drogas antitumorales que muestran ser activas en esta enfermedad. Como estos medicamentos tienen mecanismos de acción diferentes, resulta muy difícil estereotipar un tratamiento de poliquimioterapia. Los agentes que han demostrado ser más eficaces en el tratamiento del carcinoma ovárico son: el 5-fluoracilo con una respuesta de 38 por ciento; Metrotrexato 36 por ciento; ciclifosfamida 47 por ciento y el Merfalan 49 por ciento.

Debemos concluir en que una aclaración verdadera de la etapa en que se encuentra el proceso, es fundamental para un tratamiento adecuado. La Cirugía con tratamiento adicional de radioterapia post-operatoria en los estadios I y II es una terapéutica eficaz. El uso de la radioterapia en la etapa III, parece no dar los resultados esperados, aun con el uso de la técnica de "campo abierto". Sin embargo, la quimioterapia en esta etapa es un tratamiento adecuado. Las combinaciones de agentes diferentes merecen seguir siendo estudiadas por la variedad de mecanismos de acción y sus efectos.