

Segunda mirada en el cáncer del ovario: Papel de la laparoscopia

Dr. Marcos Parra Rambay*, Dr. Luis Péndola Gómez**, Dr. Jaime Sánchez Sabando***

* Cirujano Oncólogo. Adscrito al Departamento de Cirugía . ION Solca

**Cirujano Oncólogo. Presidente de la Soc. Ecuatoriana de Cirugía Laparoscópica

***Cirujano Oncólogo. Jefe del Servicio de Ginecología Oncológica . SOLCA Guayaquil.

ABSTRACTO

El cáncer del ovario es una de las neoplasias más letales que afectan la economía humana femenina. En nuestro medio, la mayoría de las pacientes llegan en una etapa avanzada de la enfermedad. Los adelantos en el manejo de esta enfermedad están ligados al descubrimiento de nuevos fármacos antineoplásicos. La cirugía continúa siendo la parte más importante del tratamiento multidisciplinario de la enfermedad. La evaluación después de la cirugía y de la quimioterapia es motivo de discusión en aras de ofrecer menor morbilidad a la paciente sin disminuir la eficacia de estos métodos.

La laparoscopia se viene imponiendo desde hace algunos años en nuestro medio en procedimientos seleccionados.

Hacemos una revisión de la cirugía de segunda mirada y publicamos los resultados del second look laparoscópico realizados en el Hospital de Solca Guayaquil.

Palabras claves: cáncer de ovario, laparoscopia

INTRODUCCIÓN

El cáncer del ovario es el cuarto cáncer visceral más frecuente en los EEUU, y es el más letal de todos los cánceres ginecológicos (1). En nuestro medio, de acuerdo al reporte del Registro Nacional de Tumores (2), la tasa de incidencia es de 24 por 100.000 habitantes. De acuerdo a este reporte, desde 1997 al 2000, hubo 129 casos de cáncer del ovario. Siendo los grupos etáreos más afectados, los comprendidos entre los 35 a 39 y 45 a 49 años con 14 casos cada uno, seguidos del grupo de mayores de 75 años con 12 casos. El cáncer del ovario ocupa el quinto lugar en orden de frecuencia luego de los cánceres de cerviz, mama, estómago y sistema hematopoyético (excluido piel).

Dentro de este período de tiempo, se encontró enfermedad localizada en un 26.4 %, mientras que hubo datos de extensión directa en un 34.9 % y metástasis a distancia en un 20.9 %. No pudo ser evaluada la extensión clínica en un 17.8 %.

De acuerdo a datos internacionales (3), solamente el 39 % de las mujeres que sufren carcinoma del ovario sobreviven cinco años.

Correspondencias y Separatas:

Dr. Jaime Sánchez S.

Servicio de Ginecología Oncológica

ION Solca Guayaquil

Av. Pedro Menéndez Gilbert (junto a la Atarazana)

Guayaquil - Ecuador

©Los derechos de autor de los artículos de la revista Oncología pertenecen a la Sociedad de Lucha contra el Cáncer

ABSTRACT

Ovarian cancer is one of the most lethal neoplasias that affect female human body. In our country, most of the patients look for medical assistance when the disease is in an advanced stage. The progress made in the treatment are related to the discovering of new antineoplastic drugs. Surgery still the most important approach in this multidisciplinary treatment. The evaluation after surgery and chemotherapy is a topic of discussion, tending to achieve lower morbidity rates without decreasing the efficacy of these methods. Laparoscopy has been the elected method in selected procedures since many years ago.

We are performing a review of the second look surgery and a publication of the second look laparoscopy results at the Solca Hospital.

Key word: Second look.

En las posmenopáusicas predominan los tumores de tipo epitelial. Informes recientes indican que en EEUU sólo 10 % de las pacientes con esta neoplasia se tratan de acuerdo con las recomendaciones de los Institutos Nacionales de Salud (4), y en México, de acuerdo a un estudio (5), se determinó que 70 % de los casos que no son operados en servicios de ginecología oncológica, se someten a un proceso deficiente de estadificación quirúrgica.

Los factores de riesgo vinculados clásicamente con el desarrollo de este cáncer son: edad avanzada, nuliparidad, y antecedentes familiares y personales de cáncer (6). Se consideran factores de protección la multiparidad, el uso de anticonceptivos orales y la lactación (7). No está clara la participación que tienen los inductores de la ovulación, ya que se ha señalado un aumento de 2.8 % en el riesgo, en comparación con el grupo de mujeres con cáncer del ovario que no tenían antecedentes de infertilidad(8).

Los principales factores relacionados con la probabilidad de supervivencia y recurrencia son: etapa de la enfermedad, tipo histológico, grado de diferenciación del tumor, tumor residual tras cirugía, respuesta al tratamiento con quimioterapia y el estado funcional de la paciente (9).

SECOND LOOK (SEGUNDA MIRADA)

Ya desde 1935, Meigs sugería la conveniencia de reseca la mayor cantidad posible de tumor pélvico, a fin de incrementar el efecto de la radioterapia postoperatoria en el cáncer ovárico avanzado.

En 1968, Munell señalaba una tasa de supervivencia mejorada en



pacientes en quienes era posible realizar una cirugía definitiva, en comparación con aquellas en quienes la resección del tumor había sido incompleta, y en 1975, Griffiths publicó que la duración de las supervivencias en el cáncer avanzado era mejor en ausencia de enfermedad residual después de la primera intervención quirúrgica (10).

Los adelantos más relevantes en el manejo de estas neoplasias han estado estrechamente vinculados al advenimiento de nuevos fármacos, en particular con la introducción del cisplatino en el decenio de 1980.

A partir de 1988, se empiezan a emplear términos antes desconocidos o poco usuales, que guardan estrecha relación con los adelantos referidos. De esta manera, la cirugía de citorreducción óptima primaria se consolida como piedra angular del tratamiento quirúrgico del cáncer avanzado del ovario, y surgen conceptos como el de Cirugía de intervalo y el de citorreducción secundaria, que brindan nuevas expectativas a estas pacientes (11).

La citorreducción óptima primaria implica la exéresis completa de la enfermedad con residuo tumoral menor a 2 cms.

La citorreducción secundaria es aquella que se realiza en pacientes operadas que han completado su tratamiento con quimioterapia y que evolucionan con actividad tumoral.

La cirugía de intervalo tiene una indicación precisa en el manejo de pacientes con cáncer avanzado operadas previamente con cirugías subóptimas y que muestran alguna evidencia de respuesta al término de tres o cuatro ciclos de quimioterapia con esquemas a base de platino.

La cirugía de segunda mirada, o Second look, considerada por algunos autores como de poca utilidad, constituye en la época actual un procedimiento a considerar dentro del manejo del cáncer avanzado del ovario. Aún con el empleo de los fármacos más modernos, 80 % de las pacientes en etapa III C desarrollarán recurrencias tumorales durante la evolución de su enfermedad, y tarde o temprano requerirán de una cirugía de citorreducción secundaria. Por otra parte, se tiene información documentada de que más de 50 % de las pacientes con tumores avanzados que evolucionan sin datos de enfermedad al término de su primer esquema de quimioterapia, muestran evidencia histopatológica de cáncer al llevarse a cabo una cirugía de segunda mirada; además, 50 % de las enfermas con cirugía de segunda mirada negativa, desarrollarán más tarde recurrencias tumorales (12)

Estudios recientes muestran supervivencia a cinco años sin actividad tumoral en 51% de las pacientes en quienes esta operación demostró tumor residual microscópico (13).

Niveles de Ca 125 mayores a 35 U/ml están casi siempre asociados a hallazgos de enfermedad en el second look.

Si no hay evidencia patológica de enfermedad en el second look, las pacientes pueden ser observadas, o se les puede administrar quimioterapia de consolidación.

Las lesiones microscópicas o macroscópicas menores de 5 mm tras

una segunda citorreducción deben tratarse a continuación con quimioterapia intraperitoneal, posiblemente con radiación y quimioterapia adicional utilizando nuevos agentes.

Las lesiones residuales mayores de 5 mm tras una segunda citorreducción deben tratarse con protocolos experimentales o con cuidados paliativos.

LAPAROSCOPIA

Hemos mencionado ya, que el cáncer del ovario es la neoplasia ginecológica con mayor letalidad. Sumado a esto, que el mayor porcentaje de pacientes llegan con enfermedad que ha rebasado los límites del ovario y se encuentra tumor en la pelvis o en la cavidad abdominal, inclusive infiltrando la serosa de las vísceras abdominales, tenemos que, una cirugía citoreductora óptima, implica una incisión xifopubiana con procedimientos de resección de órganos infiltrados como el colon sigmoides, el íleon terminal y/o la vejiga en muchos casos.

En estos casos, la cirugía busca evaluar la situación de la enfermedad dentro de la cavidad abdominopélvica y establecer un tratamiento oncológico óptimo.

La necesidad de quimioterapia está dada principalmente en virtud del estadio.

Al concluir la quimioterapia, es necesaria una nueva evaluación de la cavidad abdominopélvica. Tradicionalmente, la nueva evaluación requiere de una nueva laparotomía exploradora que aporta mayor morbilidad. En muchos casos se obtenía una "laparotomía blanca", es decir, sin hallazgos patológicos. Sin embargo, se había realizado una nueva incisión xifopubiana y los procesos herniarios subsecuentes han sido una consulta frecuente en la evolución de estas pacientes.

Los métodos de imágenes han tenido un papel importantísimo a la hora de evaluar la cavidad abdominopélvica, pero persiste un porcentaje importante de pacientes con imágenes negativas para tumor, en los que ha habido evidencia histológica de cáncer al realizar el second look.

Es por esto, que se planteó realizar la cirugía de segunda mirada utilizando el método de laparoscopia.

MATERIALES Y MÉTODOS

Desde Agosto del 2000 hasta abril del 2003, en el Departamento de Cirugía Oncológica del Hospital de SOLCA, se realizó una cirugía de segunda mirada a través del método de laparoscopia a 9 pacientes con diagnóstico de cáncer del ovario que habían sido intervenidas quirúrgicamente en forma previa, que habían concluido su esquema de quimioterapia y que necesitaban una nueva evaluación de la cavidad abdominopélvica.

HIPÓTESIS

El objetivo del estudio fue presentar al método laparoscópico como una opción válida al momento de realizar una cirugía de segunda



mirada en las pacientes con cáncer de ovario.

ANÁLISIS Y RESULTADOS

El promedio de edad de las pacientes fue de 41.5 años (25 a 52 años).

El 88.8 % de las pacientes eran de raza mestiza y el 11.1% de raza negra.

Todas tenían un diagnóstico histológico de Adenocarcinoma epitelial de ovario.

En 1 sola paciente, la afección era bilateral.

El 88.8% de pacientes eran multíparas y el 11.1% nulípara.

Con respecto al patrón hormonal, el 33.3 % eran premenopáusicas, el 55.5% eran perimenopáusicas y el 11.1% eran post menopáusicas.

El 88.8 % de las pacientes fueron sometidas a una cirugía citoreductora primaria y el 11.1% fueron sometidas a tratamiento que conservaba el ovario contralateral y el útero.

Todas las pacientes habían concluido su esquema de quimioterapia a base de platino.

Con respecto a la técnica quirúrgica, se realizó un ingreso con aguja de Verees en el 66.6% de los casos y se realizó un ingreso con técnica abierta utilizando el trócar de Hasson en el 33.3 % restante.

La duración del procedimiento fue en promedio de 46.2 min (40 – 60 min)

La estancia hospitalaria promedio fue de 24 horas.

Todas las pacientes tenían cicatriz previa, el 88.8% una cicatriz xifopubiana y el porcentaje restante tenía una cicatriz de Pfannestëil además de la xifopubiana.

En todas las pacientes se realizó lavado peritoneal que fue positivo en una paciente (11.1%) en la que además había signos de carcinomatosis intestinal, peritoneal y hepática que fue confirmada con el estudio histopatológico respectivo.

Se realizó adherólisis en el 33.3% de las pacientes.

No se reportaron complicaciones durante el abordaje ni durante el desarrollo posterior del procedimiento. No hubo conversión de la intervención quirúrgica.

CONCLUSIÓN

Los resultados obtenidos por la laparoscopia en el second look del cáncer de ovario nos permiten recomendarlo como una opción válida a ser tomada en cuenta en el manejo de estas pacientes.

En virtud de la frecuencia de adherencias intraabdominales, recomendamos el método abierto en el momento del ingreso a la cavidad abdominal.

Bibliografía

- 1.- Casciato D., Lowitz B. Oncología clínica. 4ª ed. Marbán S.L. 2001.pp 256.
- 2.- Registro Nacional de tumores. Cáncer en Guayaquil 1997-2000. Sociedad de lucha contra el cáncer Sede Nacional. Guayaquil, Ecuador.
- 3.- NIH Consensus Development Panel on Ovarian Cancer. Ovarian cancer : screening, treatment and follow-up. JAMA 1995;273:491
- 4.- Disaia PJ, Creasman TW. Epithelial Ovarian Cancer. En Clinical Gynecologic Oncology, 6th ed. St. Louis : Mosby 2000 ; 289-350
- 5.- Rodríguez CS, Labastida AS. Registro histopatológico de Neoplasias en México. Registro de cáncer. Mexico DF: Hospital de Oncología (IMSS), 1996.
- 6.- Bernal A, Méndez-Morán L. Univariate and multivariate análisis of risk factors for ovarian cancer: case control study, Mexico city. Arch Med res 1995; 26(3):245-249
- 7.- Salazar-Martínez E, Lascano-Ponce E. Reproductive factors of ovarian and endometrial cancer risk in a high fertility population in Mexico. Cancer Res 1999;56:3658-3662
- 8.- Piver S. Oncología Ginecológica, 2ª ed. Madrid: Marbán, 2000
- 9.- De Vita V, Hellman S. Cáncer. Principios y Práctica de Oncología. 5ª ed. Ed. Médica Panamericana, 2000 pp 1502
- 10.- Randall CTh, Rubin CS. Cirugía Citoreductiva para el Cáncer Ovárico. Clin Quir N Am 2001;899-912
- 11.- Randall CTh, Rubin CS. Surgical management of ovarian cancer. Semin Surg Oncol 1999 ;17 :173-180
- 12.- Scarbelli C, Gallo A. Secondary cytoreductive surgery for patients with recurrent epithelial ovarian carcinoma. Gynecol Oncol 2001 ; 83 :504-512
- 13.- Dwight DI, Mc Guire PW. Contemporary management of ovarian cancer. Obstet Gynecol Clin 2001 ;28 :1-12

