

Tratamiento quirúrgico del cáncer del ovario

Dr. Marcos Parra Rambay*, Dr. Jaime Sánchez S.**

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

**Cirujano Oncólogo Jefe Servicio de Ginecología Oncológica

ABSTRACTO

El cáncer del ovario es la enfermedad más letal de todas las neoplasias malignas ginecológicas. La cirugía citoreductora es la piedra angular en el manejo de este cáncer. En el presente artículo, hacemos una revisión acerca de la epidemiología, los factores de riesgo y el estadiaje de esta enfermedad. Al final, mostramos los criterios quirúrgicos aceptados para obtener mejores resultados en el tratamiento.

Palabras claves: Cáncer de ovario, cirugía citoreductora.

ABSTRACT

Ovarian cancer is the most lethal of the gynecological malignances. The cytoreductive surgery is the goal standard in the management of this cancer. We make a review about his epidemiology, risk factors and the stage of this illness. At the end, we show you the surgical approaches accepted for the best overcomes in this treatment.

Key word: Ovarian cancer, cytoreductive surgery

GENERALIDADES

El ovario es un órgano que puede desarrollar tumores histológicamente muy diferentes entre sí. Su diagnóstico es difícil ya que no hay signos ni síntomas específicos, especialmente en su etapa precoz, salvo el desarrollo de una torsión de su pedículo o de la ruptura de su cápsula que por lo común sucede en tumores de gran tamaño. Aún así, lo más común es que la mujer sólo haya tenido síntomas vagos digestivos y acuda a su médico cuando presenta distensión abdominal producida por un gran tumor, por ascitis o por obstrucción de una víscera, como el recto-sigmoides.

Los tumores del ovario pueden desarrollarse a partir del epitelio celómico, de las células germinales y del mesénquima y tener una distinta evolución y pronóstico, con algunas modificaciones en su tratamiento.

Clínicamente, las neoplasias del ovario pueden ser de tipo sólidas y de tipo quísticas.

EPIDEMIOLOGÍA

Es de anotar, que el cáncer del ovario representa el 23 % de todos los cánceres ginecológicos, pero el 47% de todas las muertes producidas por ellos. Es la neoplasia ginecológica con mayor letalidad.

Se ha observado un aumento en su frecuencia en países como Suecia, Noruega, en algunos países asiáticos con excepción de Japón. En EE.UU., el número de casos nuevos ha crecido significativamente en la última década.

En USA, Canadá y Nueva Zelanda, aproximadamente 12 de cada 1000 mujeres mayores de 40 años padecen de esta patología y sólo 2 ó 3 de éstas, se curan.

Las neoplasias malignas del ovario se presentan en todas las edades, siendo su máxima frecuencia entre los 45 y 69 años. Sin embargo, ciertos tipos de tumores, como los de células germinales, tienen preferencia de presentarse en la infancia. En efecto, estos tumores aparecen con mayor frecuencia en mujeres menores de 20 años, en cambio que los tumores de tipo epitelial lo hacen en mujeres mayores de 50 años.

Las mujeres con otros tipos de cáncer, como los de mama, tienen 2 veces mayor riesgo de desarrollar un cáncer del ovario. En cambio, las mujeres con cáncer del ovario, tienen un riesgo de 3 a 4 veces de presentar un cáncer de mama.

FACTORES DE RIESGO

Están descritas situaciones que hacen que una mujer tenga mayores probabilidades de desarrollar un cáncer de los ovarios.

Poseer antecedentes familiares de cáncer de ovario, tener un nivel socio-económico medio-alto, sobretudo en países industrializados, la nuliparidad, la infertilidad y el uso de fármacos estimulantes de la ovulación, la raza blanca, el haber padecido de cáncer de mama, colon o endometrio, y la exposición a radiaciones, asbesto o talco.

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



Es decir, los factores etiológicos podrían ser físicos, químicos o dietéticos y variar de acuerdo a distintas situaciones, por ejemplo, las mujeres japonesas que emigran a los EEUU tienen mayor riesgo de desarrollar cáncer a los ovarios que aquellas que se quedan en Japón.
 Con todo, no se ha comprobado la existencia de carcinógenos específicos.

FACTORES PROTECTORES

También se han identificado situaciones que podrían llamarse protectoras contra el cáncer del ovario, entre las cuales podemos mencionar el haber tenido más de un embarazo a término, el uso de anticonceptivos orales, el haber dado de lactar, etc., todos factores que reducen la “ovulación incesante”, mencionado como el principal factor de riesgo.

VÍAS DE DISEMINACIÓN

El cáncer que se desarrolla en un ovario, tiene 4 principales vías de diseminación:

- Vía transcelómica, que es la principal, consiste en la producción de implantes peritoneales de células tumorales exofíticas que se distribuyen y se implantan siguiendo la circulación del líquido peritoneal, fondo de saco posterior, corredera parietocólica, superficie diafragmática, cápsula hepática, mesenterio, epiplón, superficie intestinal.
- Extensión directa hacia las estructuras vecinas
- Diseminación linfática, afectando los ganglios regionales, pélvicos y para-aórticos, pero también pueden verse afectados ganglios supraclaviculares y axilares
- Diseminación hematógena, a través de la circulación portal y sistémica.

ESTADIFICACIÓN

El sistema más utilizado es el propuesto por la Federación Internacional de Ginecología (FIGO). Lo presentamos aquí:

- Estadio I :** Tumor localizado en los ovarios.
- Ia** El crecimiento se limita a un ovario, no hay ascitis ni tumor sobre la superficie externa. La cápsula está intacta
- Ib** El crecimiento se limita a ambos ovarios, no hay ascitis ni tumor sobre la superficie externa. La cápsula está intacta.
- Ic** Igual al estadio Ia o Ib, pero existe tumor sobre la superficie de uno o ambos ovarios. La cápsula está rota o hay ascitis con células malignas o el estudio citológico del lavado peritoneal es positivo para células con cáncer.
- Estadio II:** Tumor en uno o ambos ovarios, con extensión pélvica

- Ia** Hay extensión del tumor al útero o a las trompas de Falopio
- Ib** Extensión del tumor a otros tejidos pélvicos
- Ic** Igual al estadio Ia o Ib pero con ascitis o lavados peritoneales positivos o con cápsula rota.

Estadio III: Crecimiento en uno o ambos ovarios, con implantes peritoneales fuera de la pelvis, o ganglios retroperitoneales o inguinales metastásicos

IIIa Tumor fuera de la pelvis, con ganglios negativos, enfermedad microscópica en superficies peritoneales.

IIIb Implantes peritoneales que no son mayores de 2 cms, ganglios negativos.

IIIc Implantes abdominales mayores de 2 cms, o ganglios retroperitoneales o inguinales positivos.

Estadio IV: Presencia de metástasis a distancia (la invasión superficial del Hígado es etapa III).

Se consideran pertenecientes a esta etapa el derrame pleural positivo para células malignas y las metástasis del parénquima hepático.

La **tabla 1**, muestra los porcentajes de presentación de los distintos tipos histológicos de cáncer de ovario dentro de los diferentes rangos de edad, notando la elevada incidencia del carcinoma epitelial en las mujeres mayores de 50 años de edad.

Tabla 1.- Neoplasias ováricas primarias en relación con la edad.

| | Epitelio celómico | Células germinales | Estroma gonadal | Mesénquima inespecifico |
|--------------|-------------------|--------------------|-----------------|-------------------------|
| < 20 años | 29 % | 59 % | 8 % | 4 % |
| 20 – 50 años | 71 % | 14 % | 5 % | 10 % |
| > 50 años | 81% | 6 % | 4 % | 9 % |

NORMAS PARA LA ESTADIFICACIÓN DEL CÁNCER DEL OVARIO.

El establecimiento de la extensión de la enfermedad al momento del diagnóstico es de gran importancia para establecer el pronóstico y elegir la opción terapéutica más apropiada. Está claro, que la estadificación del cáncer del ovario es quirúrgica y está basada en las recomendaciones de la FIGO. Lamentablemente, en nuestro medio, todavía es elevado el número de mujeres a quienes se les realiza una laparotomía exploradora por un tumor en los anexos del útero, sin cumplir con todas las proposiciones de este organismo internacional, lo que conlleva a una deficiente estadificación con complicaciones al momento de decidir la forma apropiada de continuar con el tratamiento.

La medición de la etapa de la enfermedad, requiere de una intervención quirúrgica que implica:

- Incisión media que permita un adecuado acceso tanto al hemiabdomen inferior como al superior.



- Lavado peritoneal u obtención de ascitis para un estudio citológico. Los lavados deben incluir la región del diafragma, hacia el lado derecho e izquierdo del abdomen y la pelvis.
- Inspección y palpación cuidadosa de la superficie peritoneal que incluya el diafragma y el piso pélvico.
- Resección del tumor del ovario y envío a estudio histológico por congelación y en virtud de su resultado se establece el tratamiento quirúrgico apropiado que será discutido en mayor detalle más adelante.
- Se realizan biopsias de toda lesión sospechosa y al azar del peritoneo, del Douglas, de la reflexión pélvica, de las gotieras parietocólicas y de la superficie inferior del diafragma.
- Se finaliza el procedimiento con la omentectomía y con las biopsias de los ganglios retroperitoneales pélvicos y paraaórticos.

INDICACIONES DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DE UNA MASA ANEXIAL

Es esencial, tener criterios muy claros en lo que respecta al tema de cuando intervenir quirúrgicamente a una mujer con una masa anexial. El tema es tratado en detalle en otra sección de este volumen. Aquí presentamos tan sólo las indicaciones.

- Tumor quístico del ovario mayor a 5 cms, que no hay mostrado reducción en su tamaño durante un seguimiento con imágenes de al menos 6 a 8 semanas.
- Toda lesión sólida del ovario debe ser sometida a exploración quirúrgica.
- Toda lesión quística con vegetaciones papilares en su superficie.
- Toda masa anexial con un diámetro mayor a 10 cms
- Masa anexial con ascitis
- Masa anexial palpable en pacientes post menopáusicas
- Ante la sospecha de torsión del pedículo ovárico o de ruptura del tumor del ovario con hemoperitoneo es necesario realizar una intervención quirúrgica de urgencia.

BASES DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL CÁNCER DEL OVARIO

Después de la evaluación preoperatorio, la laparotomía exploradora resulta indispensable para establecer el diagnóstico y la etapa. La preparación preoperatorio debe ser minuciosa y debe incluir el empleo de medidas antitrombóticas con heparina de bajo peso mo-

lecular, preparación intestinal para pacientes en quienes se sospeche afectación del tracto intestinal (E III), especialmente el rectosigmoides, y el uso de antibióticos profilácticos.

El tratamiento quirúrgico convencional consiste en la histerectomía total extrafascial con salpingooforectomía bilateral y omentectomía inframesocólica. Debe concluirse el procedimiento luego de realizar todas las maniobras de estadificación previamente descritas.

En casos seleccionados de pacientes que tengan deseos de paridad, se puede realizar un tratamiento considerado adecuado, conservando el útero y el ovario contra lateral. La base de esta modalidad de tratamiento es la conservación de la capacidad de reproducción sin afectar sus probabilidades de curación. Aunque es posible realizar este procedimiento en un número importante de pacientes, es muy importante prevenirlos y a sus familiares de los eventuales hallazgos quirúrgicos que podrían conllevar a la extirpación total del útero y del ovario contra lateral.

Los requisitos aceptados para llevar a cabo un tratamiento conservador son:

- Estadio Ia Grado I (bien diferenciado)
- Edad menor de 35 años con paridad nula.
- Que tenga deseos de paridad, sin evidencia de disgenesia gonadal o de trastornos médicos asociados que contraindique el embarazo o que impida llevarlo a término.
- Que exista consentimiento informado de la paciente y de sus familiares.
- Que sea susceptible de vigilancia y seguimiento.

Es importante además, que la pelvis tenga características normales, que el tumor haya estado encapsulado, sin adherencias, y establecer plenamente un lavado peritoneal negativo así como del ovario contralateral y del epiplón.

En casos más avanzados, el tratamiento de base incluirá, además de la panhisterectomía y de la omentectomía, la resección del máximo de tejido neoplásico, en un intento por no dejar más de 1 cm² de tumor. Este procedimiento que puede incluir la resección de segmentos yeyuno-ileales, de colon, de vejiga o de la pared abdominal se denomina cirugía citorreductora primaria, que podrá ser óptima si se consigue el objetivo mencionado previamente. En caso contrario se denominará subóptima.

Se logra una citorreducción óptima en el 35% de los casos con cáncer de ovario avanzado.

En el caso de pacientes operadas con un criterio oncológico deficiente y sometidas a cirugía citorreductora subóptima, debe considerarse una nueva laparotomía de reestadificación y de cirugía citorreductora. Hasta en 40% de estas mujeres es factible lograr una cirugía citorreductora óptima cuando la realiza un cirujano oncólogo.

Se denomina "Cirugía de intervalo", a la realizada luego de una citorreducción subóptima que recibe 4 ciclos de quimioterapia presentando una buena respuesta. Los resultados pueden ser similares a los obtenidos con la cirugía citorreductora óptima primaria.



La cirugía de segunda mirada o "second look", es aquella intervención quirúrgica realizada en aquella paciente que ha culminado su tratamiento oncológico y que no muestra evidencia imagenológica ni de laboratorio de actividad tumoral. Es analizada en mayor detalle en otra sección de este volumen.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO EN LOS ESTADIOS I Y II

Indudablemente, el mejor tratamiento para las lesiones en estadio I es la histerectomía total abdominal con salpingooforectomía bilateral y un cuidadoso estadiaje quirúrgico. En muchas instituciones como la nuestra, se realiza omentectomía inframesocólica.

Pruebas evidentes indican que los ganglios pélvicos y paraaórticos pueden estar afectados en el estadio I en el 10 – 20 % de los casos.

Muchos centros prefieren dar quimioterapia en los estadios I con tumores con histología indiferenciada. Parecería ser que solamente en el estadio Ia bien diferenciados, no es necesario un tratamiento adicional.

En la mujer joven con enfermedad en estadio Ia, bien diferenciado y deseosa de embarazarse, la salpingooforectomía unilateral con conservación del útero y del ovario contralateral, se ha asociado a un mínimo riesgo de recurrencia siempre y cuando el estadiaje haya sido establecido correctamente y de forma minuciosa.

En el estadio II, la totalidad del abdomen debe ser considerado un factor de riesgo. Por lo que el tratamiento debe incluir una modalidad que lo tome en cuenta. La quimioterapia adyuvante con base al platino y posteriormente el second look, es la modalidad más utilizada. Algunos centros prefieren la instilación intraperitoneal de Fósforo32 o la irradiación abdominal y pélvica, con resultados semejantes.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO EN LOS ESTADIOS III Y IV

Los estudios retrospectivos indican enérgicamente que el índice de supervivencia en pacientes en estadio III depende del tumor residual después de la intervención, de modo que las enfermas con residuos mínimos parecen tener mejor pronóstico con el tratamiento adyuvante.

El tratamiento ideal de la enfermedad en estadio IV es eliminar la mayor cantidad posible de tumor y administrar quimioterapia luego de la intervención quirúrgica. La supervivencia global para este grupo de pacientes es similar a la de las pacientes en estadio III.

En estos grupos de pacientes, el second look puede convertirse en un second effort y ser necesario una cirugía citoreductora secundaria. La literatura demuestra respuestas de hasta el 50% en quienes fue posible esta cirugía de manera óptima, con malos resultados en quienes persistió tejido tumoral.

Las pacientes en las que se realiza cirugía amplia, tiene mayor riesgo de dehiscencia de la herida, por lo que debe seleccionarse apropiadamente la técnica de cierre de la pared abdominal.

PRONÓSTICO

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
- Estado funcional de la paciente

Los resultados a 5 años pueden ir del 70 al 100 % para el estadio I, del 40 al 75% para el estadio II, del 10 al 40 % para el estadio III, y del 5 % para el estadio IV.

VIGILANCIA

La vigilancia luego de haber completado el tratamiento primario debe incluir un examen físico completo con exploración pélvica bi manual y recto vaginal, sumada a la cuantificación del marcador tumoral CA 125.

El marcador tumoral negativo no descarta completamente la presencia de enfermedad por lo que deben solicitarse asimismo exámenes de imágenes de tórax, abdomen y de pelvis.

La laparoscopia es un método a tomar en cuenta ante la duda de la presencia de actividad tumoral en el abdomen o la pelvis.

Bibliografía

1. Torres Lobatón A. Cáncer ginecológico. Diagnóstico y
2. Di Saia, Creasman. Oncología ginecológica clínica. 5ª ed. Madrid 1999. Harcourt brace. pp 285
3. Casciato D, Lowitz B. Oncología clínica. 4ª ed, Madrid 2001, pp 238
4. Feig B, Berger D, Fuhrman G. M.D. Anderson Oncología. 2ª ed, Houston-Texas 2000. Marban pp 377
5. Piver S. Oncología ginecológica, 2ª ed. Marbán, 2000
6. Rosenthal, et al. Ovarian cancer screening. Sem Oncol 1998; 25:315-325
7. Randall T, Rubin S. Cytoreductive surgery for ovarian cancer. Surg Clin North Am 2001; 81 (4)
8. National Institutes of Health. Consensus development panel on ovarian cancer : screening. JAMA 1995 ; 273 :491
9. Berek JS. Interval debulking of ovarian cancer : an interim measure N Engl J Med 1995 ; 332 :675
10. Bristow RE, Lagasse LD. Secondary cytoreduction for advanced epithelial ovarian cancer. Cancer 1996 ;78:2049

