

Caso inusual de cáncer de ovario avanzado

Eduardo Herane C., Lorena Quiroz V., Patricia Aliaga P., David Cohen S., Horacio Almendras M.

Resumen

El cáncer de ovario, es una patología de diagnóstico tardío y de alta mortalidad en sus estadios avanzados.

Se presenta el caso de una paciente de 51 años, portadora de un cáncer de ovario (Cistoadenocarcinoma seroso papilar ovárico bilateral) estadio IIIb, con 13 años de sobrevida post tratamiento.

Se analiza tanto su historia clínica, estudio, tratamiento y su evolución en el tiempo.

Palabras claves: Cáncer de ovario.

Summary

Ovarian cancer usually is diagnosed in advanced stages and produces high mortality.

We present a 51 year old woman, with 13 years of follow up of a stage IIIb Ovarian cancer (Bilateral Papillary serous adenocarcinoma of ovary).

We analyze the clinical features, diagnostic techniques and staging, treatment and the follow up of the patient.

Key words: Ovarian cancer.

Introducción

El ovario es un órgano complejo, que puede dar origen a una variedad de tumores en las diferentes etapas de la vida de la mujer, los cuales presentan distintos tipos histológicos y a su vez diversos comportamientos biológicos (1).

El cáncer de ovario desde 1930 a la fecha ha presentado un aumento progresivo en su incidencia ⁽⁷⁾, corresponde a la principal causa de cáncer genital femenino de los países desarrollados, con una prevalencia de 30-50 casos por 100.000 habitantes (2). En Chile no hay información respecto a la incidencia, ya que los egresos hospitalarios por cáncer de ovario se engloban en "otros cánceres", por presentar un bajo volumen. Se estima una incidencia de 2 casos por cada 100.000 mujeres. (6)

Dos organismos internacionales, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO), se han ocupado de clasificar los cánceres de ovario. La

Departamento de
Medicina, Hospital
Clínico Universidad de
Chile y Centro de
Epidemiología Clínica,
Facultad de Medicina,
Universidad de Chile.

OMS basándose en la histogénesis los clasifica en tumores epiteliales comunes (60-70%), tumores de los cordones sexuales - estroma (8%), tumores de células germinales (20%), tumores de células lipídicas, gonadoblastoma, tumores de partes blandas no específicos del ovario, tumores no clasificados, tumores secundarios (4-7%) y lesiones pseudotumorales. Mientras que la FIGO ha definido un sistema de etapificación de acuerdo a la extensión topográfica del proceso neoplásico, para lo cual requiere la realización de una laparotomía exploradora, clasificándolos en cuatro estadios: Etapa I crecimiento limitado a los ovarios, Etapa II crecimiento que afecta a uno o ambos ovarios con extensión pélvica, Etapa III crecimiento que afecta a uno a ambos ovarios con metástasis intraperitoneales diseminadas y Etapa IV crecimiento que afecta uno o ambos ovarios con metástasis distantes.(2,3,4,6)

Desafortunadamente, la clínica del cáncer de ovario es muy insidiosa, y con frecuencia cuando la paciente presenta alguna sintomatología como la sensación de aumento de volumen abdominal, sensación de ocupación de la pelvis o molestias digestivas vagas, el tumor ya es de gran tamaño o presenta complicaciones, como diseminación peritoneal y la presencia de ascitis. Sin embargo, no es infrecuente que durante una exploración física de rutina, se descubra una gran tumoración asintomática. Para hacer un buen diagnóstico diferencial es esencial realizar una ecografía ginecológica y abdominal, siendo los criterios ecográficos de sospecha de malignidad el hallazgo de un tumor sólido o solidoquístico, quistes multiloculares mayores a 5cm, quistes uniloculares mayores a 10 cm, quistes bilaterales; quistes con papilas o excrecencias en su interior o en su superficie; quistes con tabiques gruesos y la presencia de ascitis. Los marcadores tumorales más usados son el CA 125 y en el caso de los tumores mucinosos el CA 19-9; considerándose sospechosos un nivel de CA

125 >35 U/ml en mujeres postmenopáusicas, y en mujeres premenopáusicas > 200 U/ml. (1,2)

Existen diferentes factores pronósticos que se correlacionan con el grado de agresividad y el pronóstico del tumor como, estadio clínico, tamaño de las metástasis abdominales antes de la extirpación, tipo histológico, grado de diferenciación, ploidía y volumen tumoral residual después de la primera operación.(2)

El esquema terapéutico más empleado consiste en una cirugía inicial para determinar la etapificación del tumor y la realización de la máxima citorreducción tumoral posible. Se asocia como tratamiento coadyuvante en la mayoría de los casos quimioterapia combinada. En los casos que se logra la remisión clínica completa se realiza una laparotomía de Second Look y tratamientos de segunda línea en los casos indicados (cirugía quimioterapia).(2) Es importante dejar en claro que la ausencia de evidencias de cáncer en la segunda laparotomía no es sinónimo de curación, como lo demuestran series publicadas que dan cifras cercanas al 25% de recurrencia en estos casos. (8)

A pesar de los avances que han ocurrido en el tratamiento quirúrgico como quimioterápico, la supervivencia por cáncer de ovario a los cinco años, apenas se ha modificado en las dos últimas décadas (35-39%) (2,3,5). La supervivencia a 5 años para los cuatro estadios (FIGO) es alrededor de 89 a 91% en el estadio I, 29 a 57% en el estadio II, 6 a 23% en el estadio III y 0 a 11% en el estadio IV. (2,7).

En suma, el cáncer de ovario es un cáncer de mal pronóstico por su difícil pesquisa, diagnóstico tardío (más del 50% en estadio III y IV) y la falta de una estrategia terapéutica adecuada (7)

Caso clínico

Paciente de 51 años, G7P5A3, con antecedentes de escleritis nodular y de haber sido histerectomizada en forma subtotal en Noviembre de 1970 en el Hospital

El Salvador por una metrorragia disfuncional y una hiperplasia endometrial con conservación de anexos. En Julio de 1985 consulta en el policlínico de ginecología del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, por un cuadro de 1 mes de evolución caracterizado por compromiso del estado general, epigastralgia, aumento de la frecuencia miccional e IOE ocasional. En el examen físico en relación a la fosa ilíaca derecha, hipogastrio y parte de la fosa ilíaca izquierda se palpa un aumento de volumen de 10 x 16 cm. dura, algo sensible y fija. En el tacto vaginal se evidencia un cuello uterino corto y los fondos de saco ocupados por la masa previamente descrita, sin poder precisar los anexos. En el tacto rectal el parametrio derecho se encuentra libre y adosado a este se palpa la misma masa. Por lo cual se solicita una ecografía que evidencia una masa sólido-quística lobulada en FID de 63 x 10 x 80 mm. Se realiza una biopsia de la pared posterolateral izquierda de la vagina que se informa como vaginitis crónica. Se solicitan exámenes preoperatorios y de etapificación (Radiografía de tórax, PAP, rectosigmoidoscopia, enema baritado, uretrocistoscopia y pielografía de eliminación). De todos estos exámenes destaca en la uretrocistoscopia el rechazo de las paredes vesicales a derecha por compresión extrínseca y en la pielografía el rechazo hacia lateral de los uréteres asociado a acodamiento de estos.

El 4/9/85 es intervenida con los diagnósticos preoperatorios de Tumor Abdominal en Estudio, Obs. Tumor Ovárico Bilateral.

Se realizó una laparotomía exploradora, citología peritoneal, exploración abdominal, tumorectomía bilateral ovárica, resección de 2 nódulos musculoserosos del sigmoides y omentectomía parcial.

Se etapificó como estadio IIb (según FIGO). La histología de la pieza operatoria reveló un cistoadenocarcinoma seroso papilar ovárico bilateral y metástasis peritoneal. Por lo cual fue derivada al

servicio de oncología donde se realizaron 9 ciclos de quimioterapia con PAC (cisplatino, adriamicina y ciclofosfamida), no pudiendo realizar el 10 ciclo por mala tolerancia y presencia de anemia y leucopenia refractarias. El 10/6/87 se realiza una laparotomía de Second look, donde se toman biopsias múltiples de epiplón, peritoneo parietal, rectosigmoides, mesenterio, apéndice epiploico y se amplía la omentectomía parcial. La histología muestra un proceso inflamatorio crónico granulomatoso con reacción a cuerpo extraño (peritoneo parietal y epiplón), nódulos tumorales compatibles con metástasis remanente de un cistoadenocarcinoma papilar seroso bien diferenciado de ovario con cuerpos de Psamoma. (mesenterio de 5 mm y rectosigmoides de 3 mm). En Julio de 1987 se indica monoquimioterapia por corresponder a lesiones microscópicas, la cual se debe suspender por mala tolerancia, desarrolló de leucopenia y anemia.

La paciente evoluciona estable sin quimioterapia, en controles periódicos inicialmente cada 3 meses y después cada 6 meses, asintomática con ecografías normales y CA 125 normal. En Octubre de 1996 se le da el alta oncológica, permaneciendo en control anual.

Como complicación a la quimioterapia desarrollo una insuficiencia renal crónica (clearance de 25ml/hr y proteinuria de 0,25 gr/mil).

Desde el punto de vista ginecológico ha permanecido asintomática con examen físico y ginecológico normal, exámenes de laboratorio y CA 125 normales (último de 12 UI/ml). Solamente en marzo de 1998 en una ecografía abdominal se evidenciaron en el hígado 2 granulomas calcificados.

Discusión

Los tumores epiteliales representan más de un 60% de todas las neoplasias ováricas y más del 90% los tumores malignos ováricos. El carcinoma seroso es el tumor maligno ovárico más frecuente, representa el

35% de todos los tumores epiteliales y está compuesto de un tipo de células epiteliales que se parecen al recubrimiento de la trompa uterina. Son catalogados como cánceres de mal pronóstico por su diagnóstico tardío, alta mortalidad y mala respuesta a las diferentes terapias.

En este caso, se corroboró lo descrito en la literatura respecto a que un número importante de las pacientes son asintomáticas y como hallazgo en un examen de rutina se encuentra una gran masa abdominal. Se procedió como establecido, realizando cada una de las etapas de diagnóstico y tratamiento. Afortunadamente ésta paciente no ha presentado el comportamiento habitual de los cánceres de ovario.

En nuestra paciente según la etapificación FIGO (III b) es esperable una sobrevida a 5 años de un 6 a 13%. Actualmente ella presenta controles ginecológicos y exámenes de seguimiento dentro de límites normales.

El objetivo de este trabajo es presentar una paciente con un cáncer de ovario en estado avanzado con una sobrevida inusual de 13 años, lo que nos motiva a no decaer en nuestro esfuerzo de ofrecerle todas las posibilidades terapéuticas existentes a cada una de ellas, ya que a pesar de los reportes estadísticos, existen casos como el de ésta paciente cuyo comportamiento es inusual e impredecible.

Referencias

1. Yazigi R.

Cáncer de ovario. Cáncer: diagnóstico y tratamiento. 127-139

2. Novo Domínguez, A.

Cáncer de ovario. Medicine 1995; 6(97): 4332-37.

3. Suárez E. Nazzari O. Campodónico Y. Olfos P. Escudero P. Reyes J.

Cáncer de ovario. Rev Chil Obst et y Ginecol 1990; 55: 413-20.

4. Vinagre, M.

Cáncer de ovario. Rev Chil Obstet y Ginecol 1990, 55: 54-61.

5. Cabrera J, Fernández M, Mucientes F, Boggiano G.

Análisis de algunos factores de riesgo en 85 casos de cáncer epitelial del ovario. Rev Chil Obstet y Ginecol 1989; 54: 187-194.

6. Rubin S, Caín J, Lewis J.

Recurrence after negative second-look laparotomy for ovarian cancer: Analysis of risk factors. Am J Obstet Gynecol 1988; 159: 1094-98.