

HOSPITAL UNIVERSITARIO
“CELESTINO HERNÁNDEZ ROBAU”
SANTA CLARA, VILLA CLARA

SEGUIMIENTO DEL CÁNCER DE OVARIO:
¿LAPAROSCOPIA O LAPAROTOMÍA?

Por:

Dra. María Emilia Fernández Aguilar¹, Dra. Elda Areli Manrique Rionda¹, Dra. Marlene Valdés Cancio¹, Dra. Elisa Marchena Pérez¹, Dra. María de los Milagros Castro Valencia¹ y Dr. Pedro Vázquez González²

1. Especialista de I Grado en Gastroenterología.
2. Especialista de I Grado en Gastroenterología. Asistente ISCM-VC.

Resumen

Se revisaron 93 historias clínicas de pacientes con diagnóstico de cáncer de ovario, que fueron tratadas en el Hospital Universitario “Celestino Hernández Robau” de Villa Clara, desde 1998 al 2003, con el objetivo de demostrar el valor de la laparoscopia y la laparotomía en la evolución de estas pacientes. Se incluyeron en este estudio aquellas enfermas evolucionadas después del tratamiento mediante estas técnicas. En algunas de ellas se realizó en más de una ocasión uno u otro procedimiento investigativo. Se elaboró un modelo de vaciamiento de datos donde se reflejó: edad, variedad histológica, hallazgos más frecuentes, tanto en las laparoscopias como en las laparotomías exploradoras. Se revisaron las complicaciones de ambos procedimientos. El grupo de edad más afectado fue el de 40 a 60 años (60 %). La variante histológica predominante fue el cistoadenocarcinoma seroso (70,23 %). El hallazgo laparoscópico más encontrado en los estadios I y II fue la no recidiva tumoral, y en los estadios III y IV, la persistencia o el hallazgo de nuevas lesiones. En las laparotomías exploradoras no hubo recidiva tumoral en 15 % de las enfermas en estadio II y en 19,2 % del estadio III. Los hallazgos de nuevas lesiones o la persistencia de las ya diagnosticadas aumentaron con los estadios. Se presentaron pocas complicaciones en ambos procedimientos, por lo que no se halló significación estadística. Se demostró el valor de ambas técnicas en el seguimiento evolutivo del cáncer de ovario, en las que se presentaron mínimas complicaciones.

Descriptor DeCS:

NEOPLASMAS OVARICOS/terapia
LAPAROSCOPIA
LAPAROTOMIA

Subject headings:

NEOPLASMS OVARIAN/therapy
LAPAROSCOPY
LAPARATOMY

Introducción

En el cáncer de ovario la intervención de revisión, cirugía de reevaluación o “segunda mirada”, es practicada desde los años 1940 con la intención de diagnosticar recurrencias precoces y ofrecer la posibilidad de curación¹. Con el desarrollo actual de la laparoscopia y de la cirugía de mínimo acceso, los métodos de evolución del cáncer de ovario se han convertido en un tema controversial. Algunos autores²⁻⁴ dan mayor valor al uso de la laparoscopia, pues puede repetirse

periódicamente, es menos traumática –tanto física como psíquicamente–, tiene un menor costo hospitalario, permite explorar mejor las cúpulas diafragmáticas, tomar biopsias múltiples y realizar citodiagnóstico de líquido ascítico. En las pacientes con estadios avanzados de su enfermedad, evita laparotomías innecesarias que complicarían más su evolución. En los últimos años se introduce la linfadenectomía laparoscópica, que ofrece mayor seguridad a este procedimiento⁵⁻⁸. Otros investigadores reconocen sus limitaciones para explorar el retroperitoneo, así como la dificultad de realizar la exploración cuando existen adherencias, el peligro de perforación intestinal o de diseminación metastásica⁹⁻¹¹; mientras, la laparotomía evolutiva permite explorar de forma minuciosa las cavidades abdominal y pélvica, así como realizar toma de biopsias múltiples y lavados peritoneales; es especialmente importante cuando se necesita realizar una citorreducción quirúrgica, pues permite terapia de rescate, aunque no se ha demostrado un impacto en la supervivencia a largo plazo^{7,12}.

Los resultados de otros estudios coinciden en que las pacientes en estadios III-IV tendrán en menos de un año hasta un 50 % de recaídas, incluso con una “segunda mirada” negativa por cualquiera de estos procedimientos^{1,3,13}. Por la frecuencia con que realizamos laparoscopias evolutivas en las pacientes con cáncer de ovario ya tratado, nos motivamos a realizar este estudio, para demostrar una vez más la importancia de ambas investigaciones.

Métodos

Se revisaron 93 historias clínicas de pacientes con diagnóstico de cáncer de ovario, que fueron tratadas en el Departamento de Oncología del Hospital Universitario “Celestino Hernández Robau” de Villa clara, desde 1998 al 2003. Incluimos en nuestra muestra 57 pacientes que fueron evolucionadas después de recibir tratamiento quirúrgico y poliquimioterapia, mediante laparoscopias o laparotomías evolutivas. Estas fueron realizadas al concluir el sexto ciclo de poliquimioterapia y posteriormente, según criterio del oncólogo, en los próximos seis meses o al año. En las que estaba contraindicada la laparoscopia por presentar cicatrices, se realizaron laparotomías evolutivas, así como cuando la valoración clínica e imagenológica previa sugería la necesidad de realizar operación citorreductora. Se confeccionó un modelo de vaciamiento de datos, en el que se plasmaron las siguientes variables: edad, variantes histológicas, hallazgos laparoscópicos más frecuentes según los estadios de la enfermedad, así como los de las laparotomías exploradoras. Se describieron las complicaciones de ambos procedimientos. Todas las variables analizadas se llevaron a una base de datos y se realizó un análisis descriptivo porcentual de los resultados; se aplicó la prueba de Chi cuadrado al comparar las complicaciones de ambas técnicas.

Resultados

El grupo de edad más afectado por el cáncer de ovario fue el de 40 a 60 años: 33 pacientes, que representan 60 % (Fig 1).

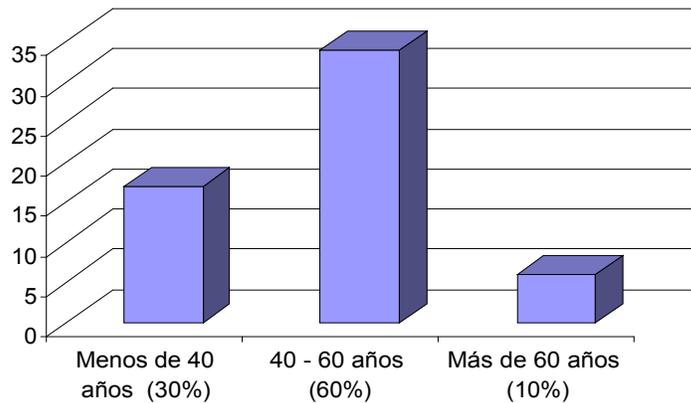


Fig 1 Distribución de las pacientes con cáncer de ovario por grupos de edades.

En la figura 2 se observó que 70,23 % de las pacientes presentaron cistoadenocarcinoma seroso papilar; en menor proporción se encontraron los cistoadenocarcinomas mucinosos (14,01 %) y el resto de los tumores fueron variantes no epiteliales.

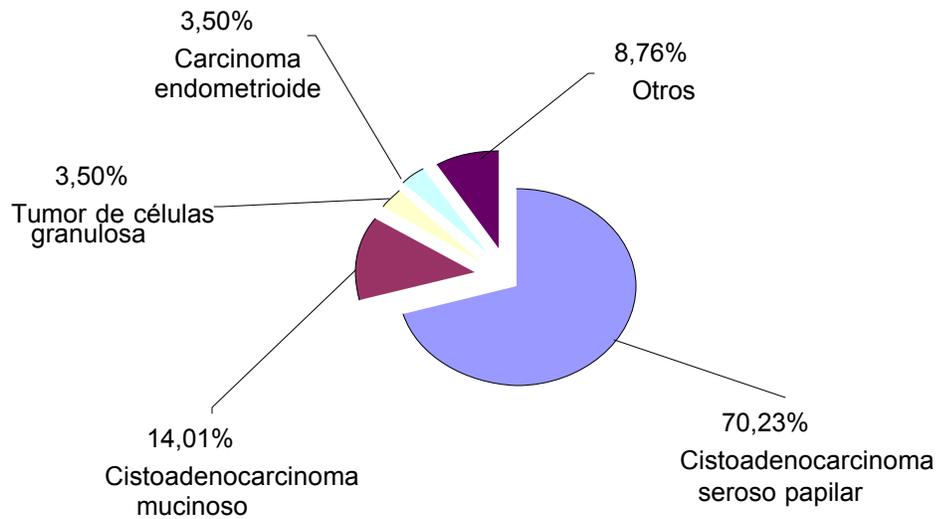


Fig 2 Principales variantes histológicas del cáncer de ovario.

De las 40 laparoscopias evolutivas realizadas, en las pacientes en los estadios I y II solamente se presentaron nuevas lesiones en dos enfermas, y en los estadios III y IV se evidenciaron nuevas lesiones o empeoramiento de las ya existentes en seis (tabla 1).

Tabla 1 Hallazgos laparoscópicos más frecuentes en la evolución del cáncer de ovario.

Hallazgos laparoscópicos	Estadíos							
	I		II		III		IV	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Lesiones achocolatadas en el peritoneo parietal	1	2,5	2	5,0	5	12,5	0	0
Recidiva tumoral	0	0	1	2,5	0	0	0	0
Carcinosis peritoneal	0	0	1	2,5	3	7,5	0	0
Mejoría de la carcinosis peritoneal y del plastrón tumoral	0	0	0	0	0	0	4	10,0
Persisten sin variaciones la carcinosis peritoneal y del plastrón tumoral	0	0	0	0	0	0	2	5,0
Empeoramiento de la carcinosis peritoneal y del Plastrón tumoral	0	0	0	0	0	0	1	2,5
Metástasis hepática	0	0	0	0	0	0	2	5,0
No recidiva tumoral	0	0	17	42,5	1	2,5	0	0

De las 26 laparotomías exploradoras realizadas en nuestras pacientes, 15,3 % en estadio II estaban libres de tumor, así como 19,2 % de las que estaban en estadio III. En 11,5 % de las que se encontraban en estadio II se observó recidiva tumoral, cifra que ascendió a 30 % en el estadio III y a 22 % en el estadio IV (tabla 2).

Tabla 2 Hallazgos en laparotomías exploradoras (26) en la evolución del cáncer de ovario.

Estadíos	Hallazgos en laparotomías	No.	%
II	No recidiva tumoral	4	15,3
	Recidiva tumoral	3	11,5
III	No recidiva tumoral	5	19,2
	Tejido tumoral residual	3	11,5
	Carcinosis peritoneal y metástasis	4	15,3
	Carcinosis peritoneal	1	3,8
IV	Tejido tumoral residual	4	15,3
	Carcinosis peritoneal y metástasis hepática	2	7,6

Las complicaciones (Fig 3) se observaron en una paciente que recibió el método de laparoscopia (2,5 %) y en cuatro enfermas a las que se realizó laparotomía (15,3 %). Al aplicar la prueba de Chi cuadrado, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos procedimientos.

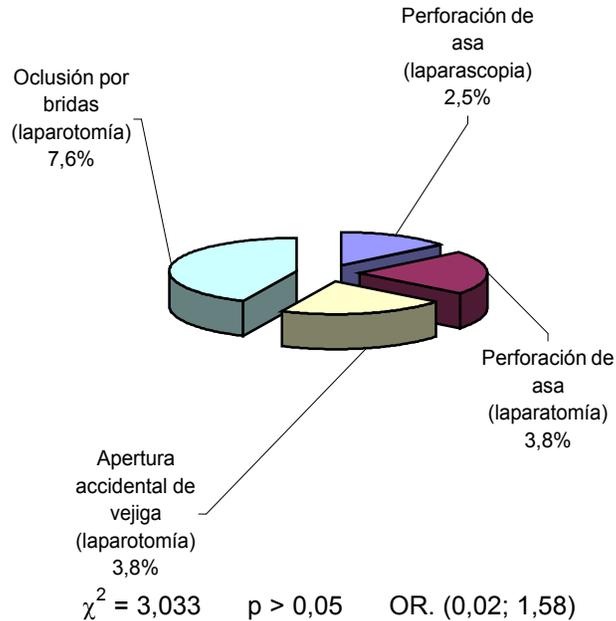


Fig 3 Complicaciones en ambos procedimientos.

Discusión

El cáncer de ovario es la cuarta causa más frecuente de mortalidad por cáncer en la mujer y la principal causa de muerte por neoplasias ginecológicas. En el 70 % de las pacientes, el diagnóstico se realiza en estadios avanzados de la enfermedad y la supervivencia a los cinco años es solo del 15 al 35 %. A la luz de los protocolos actuales de tratamiento, debe combinarse la intervención quirúrgica y la poliquimioterapia, reestadiar a las enfermas mediante laparoscopia, laparotomía o ambas, entre otros estudios, para luego trazar las estrategias terapéuticas a seguir, pues estas pacientes se encuentran en situación de riesgo permanente, por lo que resulta imprescindible efectuar controles periódicos de las áreas anatómicas susceptibles de afectarse nuevamente. Este tipo de neoplasia tiene mayor incidencia entre la cuarta y sexta décadas de la vida^{3,13-16} resultado con el que coincide nuestro estudio.

Su clasificación histológica los divide en: tumores epiteliales, de las células germinativas, mesenquimatosas y los tumores del tejido conectivo^{7,10,11,13-17,18}, con lo que también concuerda nuestra muestra, donde predominó el cistoadenocarcinoma seroso papilar (70,23 %), seguido del cistoadenocarcinoma mucinoso (14,01 %), ambos de la estirpe epitelial.

En nuestra investigación se realizaron 40 laparoscopias evolutivas después del tratamiento. En los estadios I-II los hallazgos más frecuentes fueron la no recidiva tumoral, lo que coincide con lo informado en la bibliografía consultada¹⁻⁴, en referencia a que el diagnóstico en estos estadios y el adecuado tratamiento mejora la evolución de estas enfermas; no obstante, encontramos una paciente con recidiva tumoral y otra con carcinosis peritoneal, lo que pudiera justificarse por una inadecuada estadificación en el acto quirúrgico inicial, hecho del que no estamos exentos. En los estadios III-IV observamos nuevas lesiones en seis pacientes de segunda mirada, a pesar del tratamiento; en este aspecto coincidimos con Devita y Rodríguez Hidalgo^{2,3}, quienes informan similar comportamiento en sus estudios. No abunda bibliografía sobre el tema, pero se conoce que hay peor evolución en estos estadios^{2,3,7,10,13,14}; incluso, en esta serie de 93 pacientes diagnosticadas, inicialmente solo 57 llegan a ser evolucionadas, pues muchas fallecen a pesar del tratamiento a causa de realizarse un diagnóstico tardío. Consideramos que la laparoscopia posee gran importancia en los estadios I-II, pues permite una recuperación más rápida y mejor de las enfermas, por lo que resulta ampliamente aceptada por la mayoría de ellas para su evolución, su costo hospitalario es bajo en comparación con las laparotomías exploradoras, y efectuada por manos expertas es un arma eficaz en la valoración de las mismas.

En nuestra serie se realizaron 26 laparotomías evolutivas; en el estadio II predominó la no recidiva tumoral, mientras que en el III-IV predominaron los hallazgos de tejido tumoral residual o nuevas lesiones, lo que también fue informado por otros investigadores^{2,4}. En la actualidad existe una tendencia a hacer un uso restrictivo de los métodos quirúrgicos de revisión, pues no se ha logrado aumentar la tasa de supervivencia en caso de positividad, y se observa un elevado índice de recidivas a corto plazo cuando los hallazgos son negativos^{13,14}. Consideramos que las pacientes a quienes se aplicará esta técnica deben ser bien seleccionadas, y priorizar aquellas en quienes se sospeche la necesidad de una operación citorreductora secundaria, asociada a un tratamiento sistémico de salvación.

Las complicaciones que se observaron en las laparoscopias concuerdan con el 2,5 % informado por Devita²; no se halló desarrollo de este tema con respecto a las complicaciones en las laparotomías, que en nuestro estudio representaron un 15 %. No hubo fallecidos; por tanto, opinamos que vale la pena insistir en el examen minucioso de las enfermas, por uno u otro método, al terminar el tratamiento de consolidación.

Summary

Ninety-three clinical records of ovarian cancer patients treated in the University Hospital "Celestino Hernández Robau" of Villa Clara province from 1998 to 2003 were reviewed to show laparoscopy and laparotomy usefulness in the course of these patients. The patients followed-up with these techniques after treatment were included in this study. In some of them one of these investigative procedures was used several times. A data form was designed to register age, histological type, most frequent findings, both in exploring laparotomies and laparoscopies. Complications of both techniques were reviewed. The 40-60 age group was the most affected one (69 %). The predominating histological type was serous cystadenocarcinoma (70,23 %). The most frequent laparoscopic finding in stages I and II was the absence of tumoral recurrence, and the persistence or presence of new lesions in stages III and IV. In the exploring laparotomies there were no tumoral recurrence in 15 % of patients in the stage II and in 19,2 % in the stage III. The findings of new lesions or persistence of the diagnosed ones increased according to stages. Few complications were found in both techniques; thus, no statistical significance was found. The usefulness of both techniques was shown in the follow-up of ovarian cancer with minimal complications.

Referencias bibliográficas

1. Sánchez Sabando J. Cáncer de ovario [artículo en Internet]. 2002 [citado 6 Mar 2004];[aprox. 9 p.] . Disponible en: <http://www.informa.medicosecuador.com>
2. Rodríguez Hidalgo N. Laparoscopia ginecológica. México: Presencia Latinoamericana; 1997.
3. Young RC, Pérez CA, HoskinsWJ .Cancer of ovary. En: Devita VT. Cancer principles, practice of oncology. 4ta ed. Philadelphia: Lippincot; 1993. p. 1226 -64
4. Querleud Papageorgiu T, Lambaudie E, SonodaY, Narducci F, Le Blanch E. Laparoscopic restaging of borderline ovarian tumours: results of 30 cases initially presumed as stage IA borderline ovarian tumours. BJOG. 2003;110 (2):201-4.
5. Theodoridis TD, Bontis JN. Laparoscopy and oncology: where do we stand today? Ann N Y Acad Sci. 2003;997:282-91.
6. Kholer C, Tozzi R, Klemn P, Scheneider A .Laparoscopic paraortic left sided transperitoneal infrarenal lymphadenectomy in patients with gynecologic malignancies: technique and results. Gynecol Oncol. 2003;91:139-48.
7. Balaguero L. Laparoscopia y cáncer ginecológico. Linfadenectomía pélvica y paraórtica. En: Endoscopia operatoria en ginecología. Barcelona: Prous Sciencie; 1998. p. 529-36.
8. Pössover M, Krauser N, Plaul K, Kuhne Heid R, Scheneider A. Laparoscopic paraortic lymphadenectomy experience with 150 patients and review of the literature. Gynecol Oncol. 1998;71(1):19-28.

9. Mendelcioglu I, Gurkan A, Track B, Cifti C, Akinci Z. Laparoscopic management of adnexal masses. *J Reprod Med*. 2002;47(1):36-40.
10. Garófalo A, Valle N. Staging videolaparoscopy of peritoneal carcinomatosis. *Gynecol Oncol*. 2003;90(2):446-9.
11. Canis M, Mage G, Botchorishvili R, Wattiez A, Rabischong B, Bruhat MA. Laparoscopy and gynecologic cancer: is still necessary to be date or only to convince incredulous? *Gynecol Obst Fert*. 2001;29(12):913-8.
12. Akhan SE, Isikouglo M, Salihoglu Y, Bengisu E, Berman S. Brain metastasis of ovarian cancer after negative second look laparotomy. *Eur J Gynecol Oncol*. 2002;23(4):293-4.
13. NIH consensus development panel on ovarian cancer. Cáncer de ovario: detección, tratamiento y seguimiento. *JAMA*. 2002;273:491-7.
14. Ozul RF, Schuartz PE, Eifel PJ. Ovarian cancer, fallopian tube carcinoma and peritoneal carcinoma. En: Devita VT. *Cancer principles and practice of oncology*. 6a ed. Philadelphia: Lippincott Williams Wilkins; 2003. p.1597-1605.
15. Roldán F. Cáncer de ovario [artículo en Internet]. 2002 [citado 3 May 2004];[aprox. 12 p.] . Disponible en:
<http://www.opolanco.es/apat/boletin2/caonario/html>
16. Diagnóstico de cáncer de ovario [artículo en Internet]. 1999 [citado 15 Mar 2004];[aprox. 8 p.] . Disponible en:
<http://www.gineweb.rev.cientifica/scientiftopics/index.htm>
17. Cáncer de ovario [artículo en Internet]. 2000 [citado 3 May 2004];[aprox. 6 p.] . Disponible en:
<http://www.arsys.es/usuarios/mariano/index.htm>
18. López Pochalczak FM. Quimioterapia de primera línea en el cáncer de ovario epitelial [artículo en Internet]. 2003 [citado 4 Nov 2004];[aprox. 12 p.] . Disponible en:
<http://www.toginet.tocogineconet.com.ar>