

## LOS CARCINOMAS PRIMITIVOS DEL OVARIO

Dr. CESAR HERAUD GRIVA

El autor ha revisado las historias clínicas de 260 mujeres portadoras de tumores ováricos, de un total de 10,450 pacientes ginecológicas atendidas en el Hospital Loayza, Lima, entre 1960 y 1969; de ese número, 42 correspondieron a carcinomas primitivos del ovario en sus diversas formas clínicas y variedades anátomo-histológicas, como aparecen a continuación:

Cistocarcinomas papilíferos	20
Cistocarcinomas mucoides	16
Tumores de la granulosa	2
Tecomas	1
Disgerminoma	1
Arrenoblastoma	1
	<hr/>
Total	42

Del estudio de estos casos y de la revisión de otros realizados en diferentes países el autor llega a las siguientes conclusiones.

### Primera:

Los carcinomas primitivos del ovario constituyen del 10 al 12 por ciento de las neoplasias ováricas. De éstos, un 32 por ciento son bilaterales; y de estos tumores bilaterales, un 15 por ciento son seudomucinosos y un 37 por ciento, serosos; ningún otro cáncer es tan polimorfo. No se trataría de simples variedades de una misma especie de neoplasia, sino de toda una serie, de neoplasmas diferentes por su histogénesis, naturaleza y evolución anátomo-clínica.

### Segunda:

La sintomatología de comienzo es mínima, pues el dolor (77%), las alteraciones menstruales (18%) y la leucorrea (10%) son manifestaciones comunes

a todos los padecimientos del órgano; la presencia del tumor ovárico, uni o bilateral, sólido o quístico y con aparición de la ascitis, se descubre más tarde, en un estadio evolutivo del grado II o III, lo que ensombrecen el pronóstico.

### **Tercera:**

Los progresos recientes de la exploración ginecológica, los mejores conocimientos en el campo de la endocrinología genital femenina y, muy particularmente, de la histogénesis y la anatomopatología, ponen a nuestro alcance medios auxiliares tales como la histerosalpingografía, la neumopelvigrafía, la celioscopia y culdoscopia; las determinaciones hormonales; la citología de los frotis vaginales y de los productos recogidos por aspiración endouterina, así como del líquido peritoneal, etc., medios estos que deben entrar en la rutina de la exploración en los centros detectores y de la enseñanza universitaria, a fin de lograr cantidad de material y experiencia suficientes para un diagnóstico ultra-precoz de procesos que, en sus comienzos, curarían siempre.

### **Cuarta:**

El tratamiento de elección es el quirúrgico; las intervenciones recomendadas son las radicales: la histerectomía alargada con castración bilateral. Si el tumor ha invadido extensamente en la pelvis, puede intentarse reseca en bloque la casi totalidad de las masas ováricas de ambos lados observando y precisándose las zonas de implantación para ulteriores aplicaciones de radioterapia o cobaltoterapia; la dificultad está en detenerse en los límites precisos antes de desgarrar los órganos vecinos con sus terribles consecuencias. El criterio operatorio podría modificarse en circunstancias especiales: si la mujer es joven y desea maternidad futura o no ha gestado aún; y si durante la operación se observara que el tumor es unilateral, libre, sin vegetaciones al exterior; si el segundo ovario es normal y la histerografía también es normal, se puede limitar a la extirpación del ovario afecto, siguiéndose un control histológico para juzgar el grado y la naturaleza de las alteraciones celulares; y si todo esto fuera desfavorable, plantear la reintervención en un plazo corto y prudencial, aún cuando no se hubiera logrado en el intertanto los deseos de la enferma.

Como complemento debe emplearse el tratamiento radioterápico, el cual está siempre indicado. Agregar el empleo de isótopos, particularmente el oro coloidal y el fósforo radioactivo. Igualmente pueden usarse la quimioterapia con el Endoxan y finalmente algunos ensayos de tratamiento hormonal.

**Quinta:**

Queda como de gran valor la prevención de los carcinomas primitivos del ovario, mediante el examen rutinario de toda paciente que ha cumplido 35 años; que frente a un engrosamiento del ovario constatado, aunque no se detecte ninguna otra anomalía, se debe examinar periódicamente y cada 3 meses; si ocurre aumento ostensible más allá de los 40 años, debe plantearse una laparotomía exploradora para extirpar dicho ovario y proceder a su investigación histopatológica. A esta manera de proceder debe sumarse la exploración y biopsia sistemática del ovario en cualquier intervención abdominal o pelviana no dirigida específicamente al ovario.