

Cáncer de ovario de origen epitelial

Doctor Herman J. Esguerra Villamizar. M.D.*

RESUMEN

Se revisaron en forma retrospectiva 198 casos de cáncer de ovario de origen epitelial. Se definieron grupos como factores pronóstico en lo referente a variedad histológica, estado clínico, residuo tumoral postcirugía, edad y tipo de tratamiento complementario después de la cirugía. Con base en lo anterior se determinó la sobrevida actuarial a 5 y a 10 años de acuerdo con los factores de riesgo; esto con el objeto de definir su validez en nuestro medio. La sobrevida a 5 años en relación con estado clínico I, II, III, y IV fue de 69%, 42%, 38% y 7% y a 10 años de 40%, 37%, 21% y 0% respectivamente. La sobrevida a 5 años en pacientes sin residuo tumoral postcirugía, residuo < de 2 cm, residuo > de 2 cm, y con gran carga tumoral fue 64%, 38%, 19% y 18% y a 10 años de 42%, 38%, 12% y 5% respectivamente. La sobrevida para los estados I, II, III, con extirpación completa a 5 años fue 69%, 50%, 72% y a los 10 años de 40%, 50%, 45% respectivamente. La sobrevida en relación con la variedad histológica de seroso, mucinoso y adenocarcinoma a 5 años fue de 40%, 45% y 30% y a los 10 años de 22%, 35% y 7% respectivamente. La sobrevida de acuerdo a la edad de los grupos mayor y menor de 50 años a los 5 años fue de 51% y 27% y a los 10 años de 37% y 10% respectivamente. La sobrevida a 5 años para los pacientes con extirpación completa y que recibieron tratamiento complementario con quimioterapia fue del 68% y para los que recibieron quimioterapia más radioterapia 65%.

Se demuestra en nuestro medio la validez, en relación con la sobrevida, de los factores pronóstico tales como estado clínico, tipo de cirugía, residuo tumoral, edad, variedad histológica y su relación con los tratamientos complementarios utilizados después del tratamiento quirúrgico.

INTRODUCCION

El cáncer de ovario en Norteamérica, constituye casi la mitad de las muertes por tumor maligno del

tracto genital femenino. En nuestro país ocupa, de acuerdo con las estadísticas del Instituto Nacional de Cancerología, el segundo lugar en frecuencia después del cáncer de Cervix, constituyéndose así en una entidad de importancia en lo referente a su frecuencia, terapéutica y mortalidad. (1, 2, 3).

El comportamiento biológico del cáncer de ovario se ha comprendido mejor y se ha estudiado con gran énfasis en los últimos años; es por eso que las modalidades terapéuticas de cirugía, radioterapia y quimioterapia poco a poco han venido a constituirse en armas de mayor claridad en cuanto a su uso se refiere, no obstante la disparidad en su utilización y su combinación realizadas a través de esta evolución terapéutica.

Hay factores pronóstico que se han determinado tales como la edad, el estado clínico de la enfermedad, el tipo histológico o mejor su grado de diferenciación celular, el acto quirúrgico bien cuando éste es completo o no, conduciendo así al remanente o residuo tumoral post-cirugía si es microscópico, menor de 2 cm, mayor de 2 cm, o de gran carga tumoral. Con base en estos factores pronóstico, es que la terapéutica ha variado bien referente al objetivo quirúrgico, bien en la utilización de la radioterapia, bien en lo relacionado con el tipo de quimioterapia o bien en la combinación adecuada de estas armas terapéuticas (4, 5, 6, 7, 8).

Esta evolución en el conocimiento del comportamiento biológico del cáncer de ovario también se ha hecho evidente en el Instituto Nacional de Cancerología de Colombia y de ahí que las diferentes modalidades terapéuticas hayan estado presentes hasta el punto que, en la actualidad, la terapéutica utilizada sea similar a la de las instituciones de reconocida importancia.

El propósito de este trabajo es analizar el tratamiento de cáncer de ovario de origen epitelial en 198 pacientes, evaluando los factores pronósticos, la respuesta al tratamiento y la sobrevida de ellos.

MATERIAL Y METODOS

Los pacientes incluidos en este estudio fueron aquellos quienes desde el 20 de septiembre de 1971 hasta el 30 de junio de 1984 acudieron por primera

* Doctor Herman J. Esguerra Villamizar
Trabajo para ingreso como Miembro Correspondiente 1993
Casuística del Instituto Nacional de Cancerología, 1971-1984

vez y a tratamiento a la consulta de quimioterapia del Instituto Nacional de Cancerología y con diagnóstico de cáncer de ovario.

Se revisaron todas las historias y de ellas se tabularon los datos de edad, procedencia, fecha de diagnóstico, variedad histológica, paridad, tipo y características de tratamientos recibidos y sobrevida.

Fueron un total de 302 pacientes, de estos se excluyeron 71 historias clínicas: 13 por haber sido considerados intratables, 51 por haber recibido sólo un ciclo de quimioterapia y/o haberse perdido del control y no regresar a consulta para evaluación y continuidad de tratamiento y 7 por no tener una clara comprobación por anatomía patológica de cáncer de ovario.

El estudio fue retrospectivo, la clasificación por estados clínicos fue la de FIGO (Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia) –clasificación por estados clínicos del cáncer primario de ovario (1976)– bien ya presente en las historias o reclasificada de acuerdo con los datos obtenidos en la revisión. El diagnóstico histopatológico ya había sido realizado, no hubo revisión y la clasificación fue de acuerdo con la formulada por la Organización Mundial de la Salud. (9, 10, 11, 12).

Para efectos de sobrevida se tomó como fecha inicial la correspondiente a la primera intervención quirúrgica y como fecha final se tomó la de fallecimiento y/o último control.

La definición del tipo de cirugía se hizo con base en la descripción quirúrgica, fueron: 1. SO (Salpingo Oforectomía), 2. SOB (Salpingo Oforectomía Bilateral), 3. HSOB (Histerosalpingo Oforectomía Bilateral), 4. HSOB+O (Histerosalpingo Oforectomía Bilateral más Omentectomía), 5. Laparotomía con tumorectomía y biopsia, 6. Laparotomía con biopsia; se realizó el análisis del volumen de tumor extirpado y el tamaño del tumor residual, y si el residuo tumoral fue microscópico (clínicamente no evidente), menor de 2 cm, mayor de 2 cm, o de gran carga en caso de no extirpación o tumorectomía parcial. En cuanto a la radioterapia se determinó con base en los cuadros de tratamiento de radioterapia realizados y presentes en las historias. Campos (1. Pelvis, 2. Abdomen por debajo del diafragma y pelvis, y 3. Abdomen por encima del diafragma y pelvis) y dosis total recibida en cada uno de estos campos. El análisis de la quimioterapia se hizo tomando como fecha inicial la correspondiente al

primer ciclo, el número de ciclos recibidos, el tiempo utilizado en estos ciclos, el tipo de quimioterapia practicada (1. Monoquimioterapia, 2. Poli-quimioterapia, esquemas con sus respectivas dosis). Los puntos finales de análisis fueron la sobrevida actuarial, sobrevida de acuerdo con los factores de riesgo tales como edad, estado clínico, residuo tumoral postcirugía, tipo histológico; para esta se utilizó el método Kaplan-Meier.

Para definir las sobrevidas, las fechas utilizadas en todo el grupo fueron: la inicial, aquella en la cual se realizó la cirugía y la final aquella en la cual bien sucedió el fallecimiento o se realizó el último control. Con estas fechas se obtuvo el período de sobrevida en cada uno de los pacientes. También se definieron los diferentes grupos de pacientes: bien en lo relacionado con la edad (mayor o menor de 50 años), estado clínico inicial (estados I, II, III, IV), residuo tumoral postcirugía (sin residuo tumoral macroscópico, residuo tumoral menor de 2 cm, residuo tumoral mayor de 2 cm y pacientes con gran residuo tumoral) y variedad histológica (mucinoso, seroso, adenocarcinoma); en cada uno de estos grupos con su respectiva tabulación y conociendo su sobrevida total, por el método de Kaplan-Meier se obtienen las diferentes tablas de sobrevida actuarial.

Con el método Kaplan-Meier se muestra no solamente cuántos pacientes mueren en un período, sino también cuántos de ellos tienen la probabilidad de sobrevivir y su distribución de sobrevivencia en ese período. El tiempo de sobrevida de esos pacientes es censado y las observaciones censadas llevadas a una tabla que incorpora argumentos standar de probabilidad. Con este método de sobrevida actuarial se describe la experiencia o probabilidad de sobrevida de un grupo de individuos donde la duración de observación y seguimiento para cada individuo fue diferente.

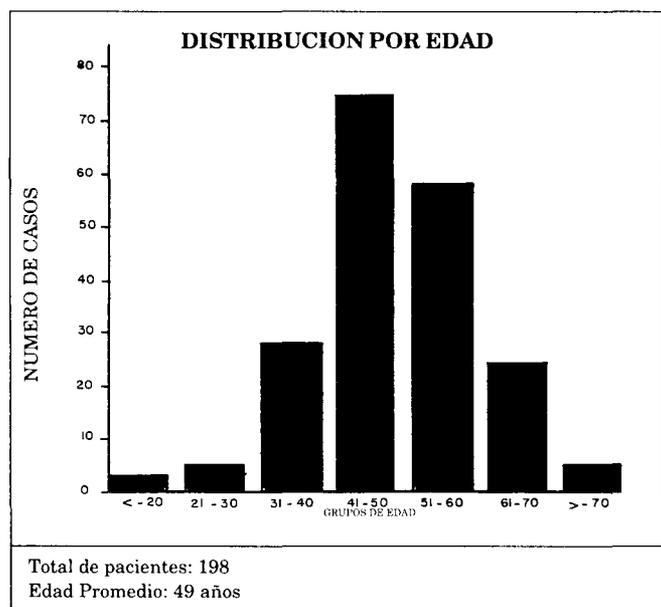
La validez estadística la comprobamos con el valor P, así por ejemplo un valor $P = 0.05$ significa que la probabilidad para que el resultado de esa comparación sea debida al azar es de un 5%; hay validez estadísticamente significativa cuando el valor P es menor al 0.05 (13).

RESULTADOS

De los 231 casos que fueron analizados 198 (86.4%) correspondieron a cáncer de ovario de origen Epitelial, 20 (8.8%) a cáncer de ovario de origen

Germinal, y 11 (4.8%) a cáncer de ovario de origen Estromal.

En los 198 pacientes de cáncer de ovario de origen epitelial, la edad promedio fue de 48.8 años cuyos rangos variaron entre los 10 y los 73 años, su distribución por edades se puede observar en la Gráfica 1.



Gráfica 1

La distribución de acuerdo con el tipo histológico fue la siguiente:

Tipo histológico	No.de casos	Porcentaje
Tumores serosos malignos	110	55.5%
Tumores mucinosos malignos	33	16.7%
Adenocarcinomas	36	18.2%
Otros	19	9.6%
TOTAL	198	100.0%

Los tipos histológicos no especificados en la tabla anterior (otros) se distribuyeron en la siguiente forma: tumores endometriales 8 casos, tumores de células claras 6 casos y carcinoma indiferenciado 5 casos.

La distribución por estados clínicos fue la siguiente:

Estado	No. de casos	Porcentaje
Estado I	34	17.2%
Estado II	26	13.1%
Estado III	96	48.5%
Estado IV	42	21.2%
TOTAL	198	100.0%

Las intervenciones quirúrgicas practicadas fueron las siguientes:

Tipo de cirugía	No. de casos	Porcentaje
HSOB + O	113	57.6%
HSO	1	0.5%
SOB	18	9.0%
SO	16	8.4%
TUMORECTOMIA + BIOPSIA	12	6.0%
LAPAROTOMIA + BIOPSIA	38	20.0%
TOTAL	198	100.0%

El remanente o residuo tumoral después de cirugía se distribuyó en la siguiente forma:

Remante tumoral	No. de casos	Porcentaje
Sin remanente tumoral macroscópico (o extirpación completa)	73	36.9%
Con remanente tumoral menor de 2 cm	26	13.1%
Con remanente tumoral mayor de 2 cm	56	28.3%
Con gran remanente tumoral o sin extirpación	43	21.7%
TOTAL	198	100.0%

Además del hecho quirúrgico, los 198 pacientes recibieron tratamiento complementario bien con

quimioterapia sola o bien con quimioterapia más radioterapia. El número de pacientes que recibió sólo quimioterapia fue de 94 casos (47.5%) y el número de pacientes que recibió quimioterapia y radioterapia fue de 104 casos (52.5%).

Las dosis y campos de radioterapia empleados en los 104 pacientes de terapia combinada se resumen en la siguiente tabla:

Campos	Dosis	No. de casos
Pelvis	50-60 Gy	37
Pelvis 36-60 Gy Y abdomen por encima de las cúpulas diafragmáticas	15-32 Gy	35
Pelvis Y abdomen por debajo de las cúpulas diafragmáticas	36-60 Gy 15-32 Gy	32

La modalidad de monoquimioterapia se utilizó en 152 pacientes con los siguientes agentes y dosis, ciclos que se repitieron cada 4 semanas:

Alkerán 0.2 mg/kg por 5 días seguidos	44 pacientes
Ciclofosfamida 40 mg/kg por 5 días seguidos	46 pacientes
Alkerán y ciclofosfamida a dosis referidas	48 pacientes
Leukerán 0.2 mg/kg por 5 días seguidos	14 pacientes

El número de ciclos en promedio fue de 10.3 ciclos con rangos que variaron entre 2 y 25 ciclos.

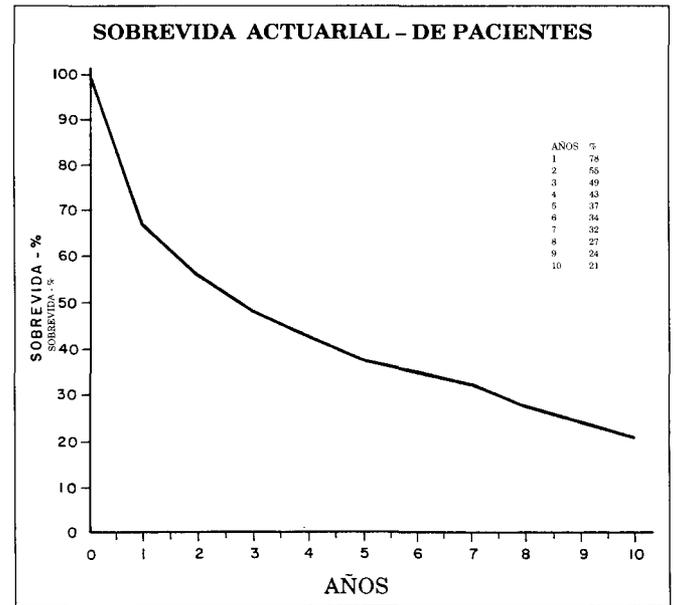
La modalidad de poli-quimioterapia se utilizó en 46 pacientes con los siguientes esquemas que se repitieron cada 3 a 4 semanas:

Adriamicina + Ciclofosfamida	22 pacientes
Actinomicina - D + 5 Fluoruracilo + Ciclofosfamida	15 pacientes
Ciclofosfamida + Adriamicina + Cisplatino	9 pacientes

El número de ciclos en promedio fue de 5.3 ciclos con rangos que variaron entre 3 y 10 ciclos.

Estos esquemas de tratamiento en ocasiones fueron intercambiados entre sí y en algunos de estos pacientes se inició tratamiento con monoagente.

La sobrevida actuarial de los 198 pacientes se puede observar en la Gráfica 2.



Gráfica No. 2

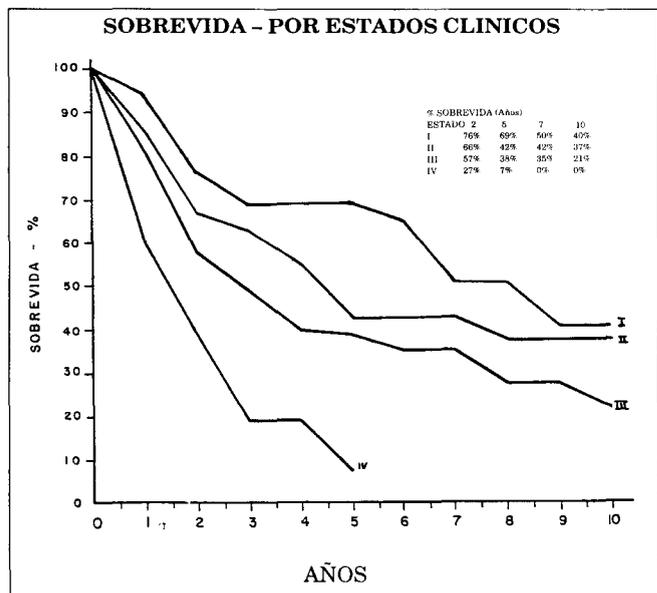
La sobrevida actuarial por período anual fue la siguiente:

Años	Sobrevida (%)
1	78.12
2	55.45
3	48.69
4	42.51
5	37.32
6	34.24
7	32.25
8	27.25
9	24.38
10	20.81

La sobrevida actuarial considerando los diferentes estados clínicos y en los períodos a 2, 5, 7 y 10 años fue la siguiente:

Estado	No. de casos	2 años	5 años	7 años	10 años
I	34	75.6%	68.9%	49.6%	39.7%
II	26	65.9%	42.2%	42.2%	37.5%
III	96	56.6%	37.8%	34.7%	21.3%
IV	42	27.1%	7.2%	-0-	-0-

En la Gráfica 3 se puede apreciar la sobrevida actuarial comparativa por estados clínicos.



Gráfica No. 3

La siguiente tabla presenta los niveles de significancia estadística encontrados al comparar la sobrevida para los diferentes estados.

Estados	2 años	5 años	7 años	10 años
I vs II	NS	P<0.05	NS	NS
I vs III	P<0.05	P<0.001	NS	P<0.025
I vs IV	P<0.001	P<0.001	--	--
II vs III	NS	NS	NS	P<0.05
III vs IV	P<0.05	P<0.001	--	--

(NS: no se encontró diferencia estadísticamente significativa).

La tabla de sobrevida de acuerdo con el residuo tumoral postcirugía y en los períodos a 2,5,7 y 10 años, fue la siguiente:

Residuo tumoral	No. casos	2 años	5 años	7 años	10 años
Extirpación completa (sin residuo tumoral macroscópico)	73	81.4%	64.2%	57.4%	41.5%
< 2 cm	26	60.6%	37.5%	37.5%	30.7%
> 2 cm	56	40.0%	18.5%	15.4%	12.3%
No extirpación	43	32.6%	18.2%	13.6%	4.5%

En la Gráfica 4 se muestra la curva comparativa de sobrevida de acuerdo al remanente tumoral postcirugía.

En la siguiente tabla se muestra la significancia estadística al comparar la sobrevida por períodos a 2,5,7 y 10 años y con relación al remanente tumoral:

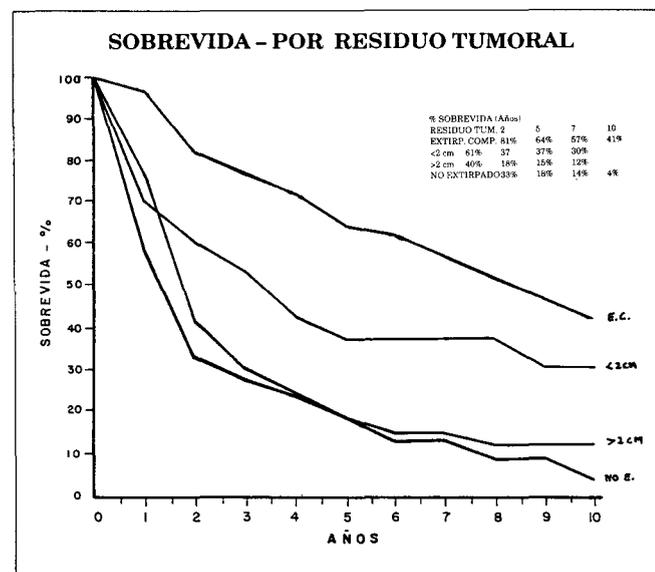
Remanente tumoral	2 años	5 años	7 años	10 años
Extirpación Completa vs. < 2 cm		P<0.05	P<0.05	P<0.05
< 2 cm vs. > 2 cm		P<0.05	P<0.05	P<0.05
> 2 cm vs. No extirpación	NS	NS	NS	NS

La sobrevida actuarial de los pacientes con estados clínicos I, II, y III a quienes se les practicó cirugía completa y no presentaron remanente macroscópico se observa en la gráfica No. 5. La sobrevida para este grupo de pacientes y en períodos a 2, 5, 7, y 10 años se observa en la siguiente tabla:

Estado Pacientes Clínico	Años	2	5	7	10
34 I		75.6%	68.9%	49.6%	39.7%
15 II		93.1%	50.3%	50.3%	50.3%
23 III		92.1%	71.8%	71.8%	45.3%

En ningún caso se presentó diferencia estadísticamente significativa al comparar la sobrevida para el anterior grupo de pacientes.

La sobrevida comparativa en los períodos a 2, 5, 7 y 10 años de los estados II y III con remanente tumoral menor de 2 cm y mayor de 2 cm, se observa en la siguiente tabla:



Gráfica No. 4

SOBREVIDA ESTADOS II + III Y < 2 CM VS > 2 CM						
Pacientes	Estado	Años	2	5	7	10
	Clínico					
N = 23	II + III < 2 cm		60.2%	40.1%	40.1%	30.0%
N = 38	II + III > 2 cm		48.2%	26.9%	23.1%	15.4%
NIVEL SIGNIFICANCIA ESTADISTICA			NS	NS	P<0.08	NS

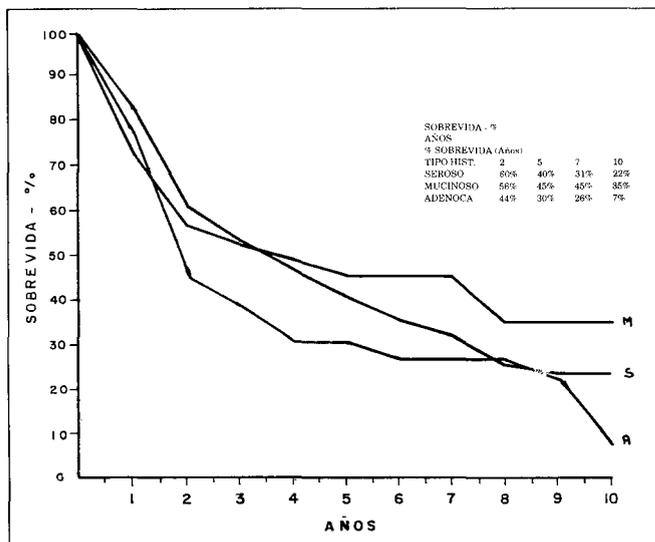
La sobrevida para los pacientes Estados III sin extirpación y para los pacientes Estado IV se indica en la siguiente tabla.

Sobrevida Estado III sin extirpación completa Estado IV						
Pacientes	Estado	Años	2	5	7	10
	Clínico					
N = 23	III sin extirpación		36.4%	26.3%	19.7%	6.6%
N = 42	IV		27.1%	7.2%	-0-	-0-
Nivel Significativo			NS	P<0.025	-0-	-0-

La sobrevida actuarial de acuerdo con el tipo histológico en los períodos a 2, 5, 7, y 10 años se observa en la siguiente tabla y en la Gráfica 6.

Tipo histológico	No. casos	2 años	5 años	7 años	10 años
Seroso	110	59.78%	39.78%	31.42%	22.44%
Mucinoso	33	56.21%	44.85%	44.85%	34.88%
Adenocarcinoma	36	44.44%	29.78%	26.47%	7.22%

SOBREVIDA - PORTIPO HISTOLOGICO



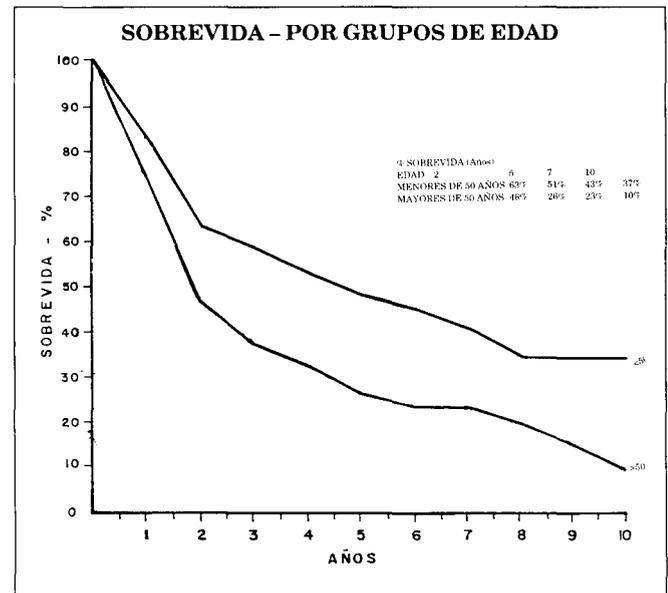
Gráfica No. 6

En la siguiente tabla se puede apreciar la significancia estadística de acuerdo con los diferentes tipos histológicos.

NIVELES DE SIGNIFICANCIA				
Tipo histológico	2 años	5 años	7 años	10 años
Seroso vs. Mucin.	NS	NS	NS	NS
Seroso vs. Adeno.	NS	NS	NS	P<0.05
Seroso vs. Adeno.	NS	NS	NS	P<0.005

Para los grupos de edad menor o igual a 50 años y mayor a 50 años, la sobrevida y sus correspondientes niveles de significancia se representan en la siguiente tabla y en la Gráfica 7.

SOBREVIDA - %					
Edad	No.	2 años	5 años	7 años	10 años
Menor de 50 años	111	62.8%	50.5%	43.3%	37.46%
Mayor de 50 años	87	46.4%	26.5%	23.5%	10.31%
Nivel de significancia		P<0.05	P<0.005	P<0.005	P<0.0001

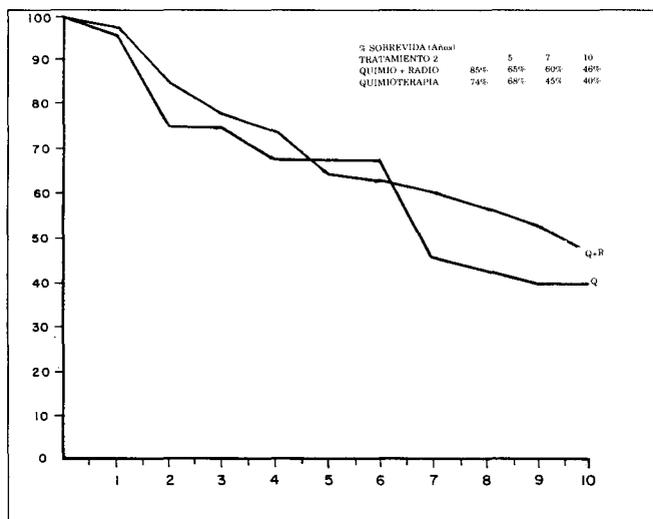


Gráfica No. 7

Finalmente, se comparó la sobrevida de acuerdo al tipo de tratamiento complementario a la cirugía: a) de quimioterapia y b) quimioterapia más radioterapia. Esta comparación se hizo en el grupo de pacientes a los cuales se les había practicado cirugía completa, por ser éste el más homogéneo. La sobrevida actuarial para estos pacientes se observa en la Gráfica 8 y en la siguiente tabla con su correspondiente nivel de significancia.

Tratamiento	No.	2 años	5 años	7 años	10 años
Quimio+Radio (Q+R)	47	85.1%	65.1%	60.1%	45.8%
Quimioterapia (Q)	26	74.4%	67.1%	45.1%	40.3%
Nivel de significancia estadística (Q+R Vs. Q)		NS	NS	NS	NS

SOBREVIDA - TRATAMIENTO COMPLEMENTARIO



Gráfica No. 8

COMENTARIOS Y DISCUSION

El presente estudio nos informa sobre 198 pacientes con diagnóstico de cáncer de ovario de origen epitelial. Se corrobora que en nuestro medio el cáncer de ovario de origen epitelial es la variedad más frecuente entre los tumores malignos de este órgano y que es una enfermedad muy rara antes de la menarquia, con un pico de incidencia entre los 40 y 60 años (4, 5, 6, 12).

En cuanto a su presentación inicial vemos que prácticamente el 70% de los casos son estados avanzados, lo cual nos habla de su escasa sintomatología y cómo, no obstante la intervención quirúrgica practicada, hay un gran número de pacientes que quedan con extenso compromiso tumoral. (14, 15, 16).

Está demostrada la importancia del hecho quirúrgico como base para el diagnóstico, clasificación y tratamiento del cáncer de ovario de origen epitelial; también cómo independientemente del tipo de cirugía es necesario un tratamiento complementario

(4, 7, 8, 14, 17, 18, 19) y cómo inciden en la sobrevida de estos pacientes, los factores pronóstico o de riesgo tales como el residuo tumoral postcirugía, edad, estado clínico y el grado de diferenciación celular y variedad histológica (6, 17, 18, 19, 20, 21).

En este estudio se demuestran, no obstante, las limitaciones y deficiencias que nuestro medio ofrece, la validez e importancia tanto de la cirugía como la de los factores pronóstico o de riesgo descritos para el cáncer de ovario de origen epitelial. Es así entonces como podemos, de acuerdo con los resultados, resumir que:

El cáncer de ovario de origen epitelial es una entidad maligna cuya base terapéutica es la cirugía y que dependiendo de esta, el estado clínico, el residuo tumoral postcirugía y tratamiento complementario, se definen diferentes grupos tanto en sobrevida como de pronóstico. (4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 17, 19).

Es por lo anterior que por ejemplo se puede afirmar que pacientes con cáncer de ovario de origen epitelial a quienes se les practique una cirugía completa están en capacidad de obtener una larga sobrevida y por qué no curación, y que la cirugía de acuerdo con el residuo tumoral va a definir grupos de pacientes que están en la capacidad de prolongar su vida. (17).

Es reconocido a nivel mundial el impacto que el tipo cirugía, el residuo tumoral postcirugía y el tratamiento complementario ofrecen sobre el cáncer de ovario; definitivamente estos conceptos cambiaron la historia natural del cáncer de ovario ofreciendo una terapia multidisciplinaria necesaria en todos los casos, sin importar el estado clínico; la obtención de grupos postcirugía va a definir grupos de pacientes bien de períodos largos de sobrevida (¿curación?), o de períodos largos libres de enfermedad o bien de grupos de peor pronóstico y sobrevida. (4, 7, 4, 17, 19).

En nuestro medio el estado clínico es un factor pronóstico o de riesgo independiente, que se cumple con significancia estadística en la mayoría de las confrontaciones, es decir que independientemente de otros factores del estado clínico va a influir en la sobrevida; a menor estado clínico mayor sobrevida y posibilidad de curación.

El remanente tumoral post-cirugía es un factor pronóstico independiente que se cumple con significancia estadística y para la mayoría de los grupos

que se establecen después del acto quirúrgico. En nuestro medio también se define este factor pronóstico y es así que vemos cómo se producen por lo menos cuatro grupos de pacientes: a) sin remanente tumoral macroscópico, b) con remanente y residuo tumoral menor de 2 cm, c) con remanente o residuo tumoral mayor de 2 cm, d) con extenso remanente tumoral y/o estados IV. Estos tipos de pacientes poseen características y posibilidades de sobrevida diferentes y seguramente exigen orientación terapéutica distinta. Es quizá con base en este concepto en donde se nota la innovación terapéutica y el impacto de sobrevida en el cáncer de ovario, así: necesidad de una cirugía lo más completa posible tratando que el cirujano extirpe ojalá todo el tumor; con lo anterior se definen grupos en relación con el residuo tumoral y sobre este residuo, se determina la terapia complementaria cuya intensidad, modalidad, utilidad y resultados se basan en el residuo tumoral postcirugía. Observamos en nuestros pacientes que independientemente de su estado clínico, los beneficiados con una cirugía completa, se comportan en sobrevida como un solo grupo. Es decir que no obstante sean estados I, II, III al poderseles practicar una cirugía completa, sin residuo tumoral macroscópico, se comportan de igual forma y que con un tratamiento complementario adecuado después de la cirugía tienen iguales y largas posibilidades en sobrevida - curación.

Al relacionar el grupo de pacientes a quienes se les practicó cirugía completa -estados I, II, III- con el tratamiento complementario instaurado bien de quimioterapia, o quimioterapia más radioterapia no encontramos diferencia estadísticamente significativa, en lo relacionado a su sobrevida.

Esto significa que en pacientes sin residuo tumoral macroscópico la sobrevida va a ser igual si el tratamiento complementario es sólo quimioterapia o quimioterapia más radioterapia.

Es de anotar que el grupo de pacientes estados I, II y III sin residuo tumoral macroscópico postcirugía, en nuestro estudio y medio al igual que en otros países constituye el de mejor sobrevida y pronóstico. Este debe ser el desafío y objetivo inicial en el tratamiento del cáncer de ovario: cirugía completa sin residuo tumoral macroscópico.

La edad, tomando como grupos a los pacientes mayores y menores de 50 años, se convierte en un factor pronóstico independiente.

El tipo histológico no es un factor pronóstico en lo referente a la sobrevida, sólo viene a tener importancia estadísticamente significativa en el período a 10 años. Lo anterior también se observa en otros medios y nos define que las diferentes variedades histológicas del cáncer de ovario de origen epitelial tienen un comportamiento similar y que no obstante los tratamientos la variedad histológica de por sí no tiene influencia en sobrevida y pronóstico.

Al comparar nuestros resultados con otros estudios observamos que aunque inferiores en sobrevida la diferencia porcentual no es grande (6, 7, 8, 9, 15, 17, 19). Hecho de significado que nos indica que no obstante nuestras limitaciones medio, tipo de paciente, el concepto moderno del enfoque y tratamiento del cáncer de ovario lo estamos realizando en forma adecuada.

Finalmente, con el presente estudio vemos que está plenamente justificado el tratamiento de los pacientes con cáncer de ovario de origen epitelial, y que la comprobación de la validez de los factores de riesgo entre nuestros pacientes, medio, recursos y limitaciones deben conducir a su utilización y conocimiento en una forma racional: dándole la merecida importancia al hecho de poder agrupar en relación con factores de riesgo a los pacientes y así ofrecer un tratamiento más acorde con sus características.

Debemos darle importancia al hecho de poder realizar un tratamiento quirúrgico lo más exitoso posible y luego poder agrupar a los pacientes de acuerdo con los factores pronóstico y/o de riesgo, y con base en esta agrupación definir la terapia complementaria más adecuada y acorde con nuestro medio y capacidad, para así obtener resultados que impacten sobre la sobrevida y período libre de enfermedad, de los pacientes con cáncer de ovario.

AGRADECIMIENTO

Se presenta un agradecimiento y gratitud hacia la señorita Herminia Arciniegas, Trabajadora Social del INC y a los señores Mario Nicholls y Gabriel Espinosa, Estadísticos, quienes con su colaboración e interés hicieron posible este trabajo.

BIBLIOGRAFIA

1. Cáncer Facts and Figures. American Cancer Society. Publication, New York, 1980.
2. Información directa servicio estadística Instituto Nacional de Cancerología. Bogotá, Colombia.

3. DE VITA, V.T., WASSERMAN T.H, YOUNG, R.C., CARTER S.K. Perspectives on Research in Gynecological Oncology. *Cáncer* 38: 509-525, 1976.
4. TOBIAS J.S., GRIFFITHS C.T. Managemet of Ovarian Carcinomas - Current Concepts and Future Prospects. *N. Engl. J. Med.* 284: 818-823, 1976.
5. GRIFFITHS C.T., ARIAN F, FULLER A.F. Gynecologic Oncology. Martinus Nijhoff Publisher. 1983: 263-298, 1979.
6. GRIFFITHS C.T., FULLER A.F. Intensive Surgical and Chemotherapeutic. Management of Advance Ovarian Cancer. *Surg. Clin. North. Am.* 58: 131 - 142, 1978.
7. BUSH R.S., BEALE F.A., BEAN H., PRINGLE J.F., STURGEON J. Treatment of Epitelial Carcinoma of the Ovary; Operatio, Irradiation and Chemotherapy. *Am. Obstet. Gynecol.* 127: 692 - 704, 1977.
8. SMITH J.P., DAY T.G.: Review of Ovarian Cancer at the University of Texas System Cancer Center. M.D. Anderson Hospital and Tumor Institute. *Am. Obstet. Gynecol.* 135: 984 - 993, 1979.
9. TNM Classification des Tumeurs malignes: UICC troisiem edition. Geneve 1979.
10. SEROV, S.F., SCULLY R.E., SOLVIN L.H.: Internation Histological Clasification of Tumor, No. 9 Histological Typing of Ovarian Tumor. Geneve, World Health Organization, 1973.
11. SCULLY R.E.: Ovarian Tumors. *Am. J. Pathol.* 87: 686 - 687, 1977.
12. AME J.C., HOEG K., KOLSTAD P. Clinical and Histological Studies of Ovarian Carcinoma: Long - Term Follow up 900 cases. *Obstet. Gynecol.* 37: 1 - 9, 1971.
13. ANDERSON J.R., PROPENT K.J. Compendium of statifical terms and procedures used in cancer clinical Tlials. *Advances in Oncology* 5: 1 - 37, 1990.
14. DELCLOS L., QUINLAN E.J. Malignant Tumor of the Ovary Managed with Postoperative Magavoltage irradiation. *Radiology* 93: 659 - 663, 1969.
15. GRIFFITHS C.T.: Surgical Resection of Bulk tumor in the Primary Treatment of Ovarian Carcinoma. Symposium on Ovarian Carcinoma. *Natl Cancer Inst. Mong.* 42: 101 - 104, 1975.
16. GRIFFITHS C.T., FULLER A.F.: Intensive Surgical and Chemotherapeutic Management of Ovarian Cancer. *Surg. Clin. North Am.* 56: 131 - 142, 1978.
17. DEMBO A.L., BUSH R.S., BEALE F.A., PRINGLE J.F., STURGEONS, the Princess Margaret Study of Ovarian Cancer: Stages I, II and Asyntomatic III Presentation. *Cancer. Treat. Rep.* 63: 249 - 254, 1979.
18. YOUNG R.C., CHABNER B.A., HUBBARD S.P.: Prospective trial of Melphalan versvs Combination Chemotherapy (Hexacaf) in Ovarian Carcinoma. *N. Engl. J. Med.* 299: 1261 - 1266, 1978.
19. GRIFFTHS C.T., PARKER L.M., FULLER A.F.: Role of Cytoreductive Surgical Treatment in the Management of Ovarian Cancer. *Cancer Treat. Rep.* 63: 235 - 240, 1979.
20. DOY T.G. GALLAGER H.S. RULLEDG R.N. Epithelial Carcinoma of the Ovary: Pronostic importance of Histologic Grade. *Natl Cancer. Inst. Monogr.* 42: 15 - 18, 1975.
21. OZOLS R.F., GARVIN A.L., CONTO J.: Advancen Ovarian Cancer: Correlation of Histologic with Response o therapy and survival. *Cancer* 45: 572 - 581, 1980.