

Trabajos Originales

Videotoracoscopia en cáncer de ovario avanzado con sospecha de compromiso torácico

Sergio Rojas S.^{1,2,3}, Erasmo Bravo O.^{1,2,3}, Catalina Alonso M.^{1,3},
Santiago Parry R.^{2,3}

¹ Unidad de Ginecología Oncológica, Hospital Gustavo Fricke de Viña del Mar. ² Unidad de Ginecología Oncológica, Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso. ³ Departamento de Ginecología y Obstetricia, Universidad de Valparaíso, Chile.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la experiencia con videotoracoscopia en pacientes con sospecha de cáncer de ovario avanzado con probable compromiso del tórax. **Método:** Se analiza las pacientes con sospecha clínica e imagenológica de cáncer de ovario avanzado que presentan derrames pleurales moderado y severo, así como procesos tumorales torácicos para evaluar la posibilidad de citorreducción óptima o completa. Todos los casos sometidos a este procedimiento entre enero de 2009 a Agosto de 2011, son analizados con énfasis en el diagnóstico y en los hallazgos a la videotoracoscopia, así como sus resultados. **Resultados:** 11 pacientes con clínica y tomografía axial computarizada de tórax sospechoso de compromiso pleural o pulmonar, son sometidas al procedimiento previo al intento de citorreducción abdominopélvica. La edad promedio fue de 62 años y Ca 125 promedio de 1030 U/ml. En 6 pacientes se encontró enfermedad macroscópica pleural, la biopsia fue positiva para adenocarcinoma en 5. Dos de ellas se consideraron no citorreducibles en abdomen y se indicó neoadyuvancia. La tercera se citorredujo en forma óptima. En 2 pacientes se indicó neoadyuvancia por tener residuo tumoral torácico mayor a 1 cm, consideradas citorreducibles en abdomen. De las 6 pacientes sin enfermedad torácica, 4 se citorredujeron óptimamente, una falleció previo a la cirugía abdominal y otra resultó un tumor ovárico benigno. **Conclusión:** La videotoracoscopia es útil para evaluar enfermedad torácica y tomar decisiones en relación a la citorreducción abdominal o neoadyuvancia en cáncer avanzado de ovario.

PALABRAS CLAVE: Videotoracoscopia, cáncer de ovario avanzado, metástasis pulmonar

SUMMARY

Objective: To describe the experience with video-assisted thoracic evaluation in patients with suspected advanced ovarian cancer with a probable thoracic involvement. **Method:** Patients with clinical and imaging suspicion of advanced ovarian cancer who have pleural effusions, and thoracic tumor processes are examined to evaluate the possibility of optimal debulking. All cases that underwent this procedure between January 2009 to August 2011, were studied with emphasis on diagnosis, results and findings at videothoracoscopy. **Results:** 11 patients with a suspected thoracic commitment, with clinical and computerized axial tomography scan, undergo the procedure previous to an abdominopelvic cytoreductive surgery attempt. The average age was 62 years and CA 125 of 1030 U/ml average. Macroscopic pleural disease was found in 6 patients, but in 5 of them the biopsy gave positive for adenocarcinoma. Two of them were not considered for a cytoreductive surgery in the abdomen and neoadjuvant therapy was indicated. The third patient of the 5 previously mentioned, underwent an optimal cytoreduction. In 2 patients, neoadjuvant therapy was indicated for having residual tumor in the thorax greater than 1 cm, although they were considered for a cytoreductive

surgery in the abdomen. Of the 6 patients without chest involvement, 4 underwent an optimal cytoreductive surgery, and one died before the abdominal surgery and the other had a benign ovarian tumor. *Conclusion:* Videothoracoscopy is useful for diagnosing thoracic metastasis and making decisions regarding cytoreduction and neoadjuvant therapy in advanced ovarian cancer.

KEY WORDS: *Video-assisted thoracoscopy, advanced ovarian cancer, lung metastasis*

INTRODUCCIÓN

El cáncer, en la población general, es la segunda causa de muerte luego de las enfermedades cardíacas, aportando un 23% de ellas. La incidencia del cáncer de ovario es baja respecto a otras neoplasias. Sin embargo, es la quinta causa de muerte en las mujeres, según datos de la Sociedad Americana del Cáncer año 2010 (1), séptimo a nivel mundial (2) y noveno en Chile (3). Esto se debe al diagnóstico tardío, 75% en etapas III y IV (4).

El tratamiento estándar del cáncer de ovario avanzado es la citorreducción primaria más quimioterapia en base a platino (5). Varios estudios y una revisión de la literatura han mostrado una mejor tasa de supervivencia en pacientes con citorreducción óptima o completa (6-9) por sobre la subóptima, sin embargo, esta diferencia no es significativa en pacientes con etapa IV. Una razonable explicación es la presencia de residuo tumoral macroscópico extra-abdominal, no resecado en la citorreducción primaria óptima o una mayor agresividad biológica del tumor. El estándar actual de citorreducción óptima en nuestros centros es el residuo tumoral menor a 1 cm.

Alrededor de un tercio de las pacientes con cáncer de ovario etapa IV presentan derrames pleurales (10,11). La evaluación con citología del derrame pleural y tomografía axial computada (TAC) ha demostrado ser inexacta para la detección de enfermedad tumoral torácica, comparada con la videotoracoscopía como estándar. La sensibilidad y especificidad del TAC es de 14 y 25% respectivamente, y en un 36% de los casos con citologías negativas se pesquió tumor pleural macroscópico (12). El 65% de las pacientes con sospecha de cáncer de ovario avanzado y derrame pleural moderado o severo presentan enfermedad macroscópica intratorácica demostrada por videotoracoscopía (16).

Varios estudios internacionales retrospectivos han demostrado la utilidad de la videotoracoscopía en el manejo de pacientes con sospecha de com-

promiso tumoral torácico (12-16). El objetivo de este estudio es mostrar la experiencia de nuestras Unidades en el manejo actual del cáncer de ovario avanzado con sospecha de compromiso torácico mediante evaluación con videotoracoscopía.

PACIENTES Y MÉTODO

Se revisaron las fichas de todas las pacientes sometidas a videotoracoscopía por sospecha de cáncer de ovario avanzado y compromiso torácico de los hospitales Gustavo Fricke de Viña del Mar y Carlos Van Buren de Valparaíso, desde enero de 2009 a la agosto de 2011. Se recopilaron y analizaron los datos de edad, Ca 125, resultado del TAC, hallazgos torácicos de la videotoracoscopía, biopsia, resecabilidad, citorreducción y quimioterapia neoadyuvante.

En nuestras Unidades se realiza esta técnica desde el año 2009 en pacientes que presentan TAC con derrame pleural moderado o severo y/o nódulos mayores de 10 mm sospechosos de metástasis. La videotoracoscopía fue realizada por médicos del Servicio de Cirugía de Tórax de los respectivos hospitales. Se tomó biopsia en todos los nódulos visibles, intentando su resección completa. La pleurodesis se realizó en todos los pacientes con Steritalc® spray, dejando drenaje pleural.

Las pacientes con citorreducción óptima intratorácica o residuo tumoral menor a 1 cm luego de la videotoracoscopía, fueron sometidas a evaluación abdominal mediante laparoscopia. En los casos considerados como resecables se realizó citorreducción abdominopélvica óptima por laparotomía y, en las pacientes con tumor irresecable, se derivaron al Servicio de Oncología Médica para quimioterapia neoadyuvante y posterior evaluación para citorreducción de intervalo. De esta misma manera se manejó a las pacientes con tumor o residuo tumoral mayor a 1 cm intratorácico.

En nuestras Unidades de Ginecología Oncológica, utilizamos el protocolo que se muestra en la Figura 1.

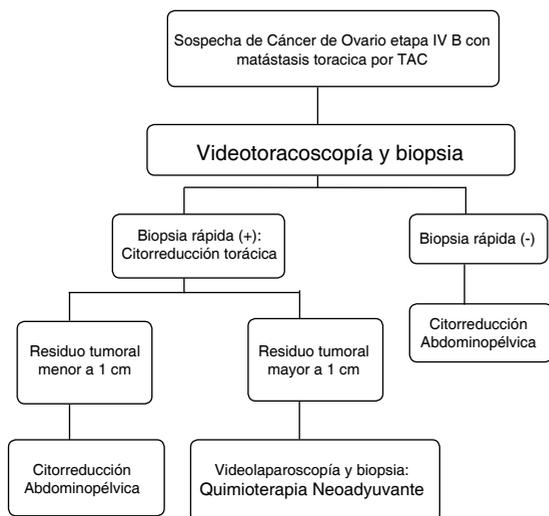


Figura 1. Protocolo de manejo en pacientes con cáncer de ovario avanzado y sospecha de compromiso torácico.

RESULTADOS

Se analizaron 11 casos de paciente sometidas a videotorascopía en las Unidades de Ginecología Oncológica de los hospitales Gustavo Fricke de Viña del Mar y Carlos Van Buren de Valparaíso (Tabla I). Todos tenían TAC de tórax preoperatorios que mostraba derrame pleural moderado a severo y/o nódulos pulmonares sospechosos. Se consideró nódulos biopsiables por videotorascopía a los mayores a 1 cm y cercanos a la pleura.

El promedio de edad fue de 62 años y de Ca 125 de 1030 U/ml. Los hallazgos intraoperatorios fueron nódulos macroscópicos sospechosos en 6 casos, todos se biopsiaron obteniendo 5 pacientes con biopsia positivas para carcinoma y una negativa. La exploración vía laparoscópica abdomino-pélvica de estas cinco pacientes mostró irreseabilidad tumoral en dos casos siendo derivada a quimioterapia neoadyuvante, una se citorredujo óptimamente con residuo tumoral torácico menor a 1 cm y dos se consideraron resecables, pero dado que presentaban residuo tumoral torácico extenso se derivaron a quimioterapia neoadyuvante.

De las seis pacientes con biopsia negativa para neoplasia, incluido el caso con sospecha de enfermedad macroscópica y biopsia negativa, cuatro se citorredujeron óptimamente con laparotomía previa evaluación de resecabilidad tumoral por vía laparoscópica, una paciente falleció antes de la evaluación laparoscópica y en otra se encontró un tumor ovárico benigno en la biopsia rápida confirmada posterior-

mente con el resultado anatómo-patológico diferido.

DISCUSIÓN

En nuestra serie de casos se aprecia que el 45% de las pacientes con sospecha de cáncer de ovario etapa IV, fueron realmente etapificadas como tales, con biopsia torácica positiva para carcinoma. Dos pacientes con tumor intratorácico mayor a 1 cm se consideraron como irreseables óptimamente y se derivaron a quimioterapia neoadyuvante, previa certificación de diagnóstico de cáncer de ovario con toma de biopsia vía laparoscópica. En estos casos, la exploración abdomino-pélvica también mostró irreseabilidad. La paciente con residuo tumoral menor a 1 cm se sometió a una citorreducción abdominopélvica óptima.

El cambio de conducta con el uso de la videotorascopía se produjo en dos pacientes que presentaban compromiso tumoral torácico extenso, mayor a 1 cm y compromiso tumoral abdominopélvico considerado como resecable en la evaluación videolaparoscópica, las cuales se derivaron a quimioterapia neoadyuvante, sin intento de citorreducción primaria y con indicación de eventual citorreducción de intervalo si hay quimiosensibilidad tumoral. De no realizar la videotorascopía, ambas se habrían sometido a citorreducción abdominal dejando residuo mayor a 1 cm en tórax, lo que podría incidir en el resultado oncológico.

La videotorascopía tiene la ventaja de poder realizar la pleurodesis evitando la reaparición de derrame pleural. Este procedimiento fue realizado en todas nuestras pacientes con buenos resultados. El seguimiento promedio de nuestras pacientes es de 12 meses con 2 de 8 pacientes fallecidas por causa neoplásica.

La literatura muestra mayor sobrevida en pacientes sometidas a citorreducción óptima en enfermedad confinada a abdomen y pelvis respecto a pacientes que presentan derrame pleural maligno (8). Este pobre pronóstico refleja una mayor agresividad de la enfermedad con extensión extraperitoneal y/o a un residuo tumoral importante a nivel torácico que cambiaría el concepto de citorreducción óptima a subóptima, contribuyendo a esta diferencia de sobrevida.

Juretzka y cols en 2007 (16), publican 23 casos con sospecha de cáncer de ovario avanzado con derrame pleural moderado y severo en quienes se realizó videotorascopía previo al intento de citorreducción. En el 65% se identificó enfermedad torácica macroscópica, la mayoría de ellas mayor a 1 cm. En nuestra casuística, 6 pacientes presentaron enfermedad macroscópica torácica, una de ellas sin enfermedad maligna.

Tabla I
ANTECEDENTES CLÍNICOS DE LAS PACIENTES

Caso	Edad	Ca125	TAC	Hallazgos	Biopsia	Pleurodesis	Laparoscopia	Plan	Fallece
1	52	774	Derrame pleural derecho extenso	Nódulos de 2 cm	Positiva	Si	Irresecable	QMT NeoAdy	No
2	65		Nódulos de 2-3 cm	Nódulos (2)	Positiva	Si	Irresecable	QMT NeoAdy	No
3	53	991	Nódulos de 1,5 cm, derrame mínimo	Nódulo 0,5 cm	Positiva	Si	Citorreducción	QMT Ady	No
4	62	449	Derrame pleural bilat, engros nodular	Normal	Negativa	Si	Citorreducción	Seguimiento	Si
5	56	461	Derrame pleural bilateral	Normal	Negativa	Si	Citorreducción	QMT	No
6	68	2295	Derrame pleural derecho	Nódulos	Negativa	Si	Citorreducción	QMT	No
7	66	476	Derrame der, nódulos	Normal	Negativa	Si	-	-	Si
8	73	103	Derrame pleural derecho	Normal	Negativa	Si	Anexectomía	Seguimiento	No
9	60	2689	Derrame pleural derecho	Normal	Negativa	Si	Citorreducción	QMT Ady	No
10	48	1180	Derrame pleural	Nódulos 2 cm	Positiva	Si	Resecable	QMT NeoAdy	No
11	75	761	Derrame pleural	Nódulos difusos	Positiva	Si	Resecable	QMT NeoAdy	No

TAC: Tomografía axial computada. QMT: Quimioterapia.

En Chile no hay referencias en relación al uso de esta técnica en pacientes portadoras de sospecha de cáncer de ovario avanzado.

CONCLUSIÓN

Creemos que el manejo actual con videotoracoscopia de los tumores de ovario con sospecha de compromiso torácico es factible y necesario, pues certifica el diagnóstico de etapificación sospechado, evalúa con certeza el tamaño tumoral torácico y en consecuencia es útil para tomar decisiones en cuanto a intento de citorreducción abdominopélvica o derivación a quimioterapia neoadyuvante.

REFERENCIAS

1. Edwards BK, Brown ML, Wingo PA, Howe HL, Ward E, Ries LA, *et al.* Annual report to the nation on the status of cancer, 1975-2002, featuring population-based trends in cancer treatment. *J Natl Cancer Inst* 2005 5;97:1407-27.
2. GLOBOCAN 2008 (IARC). Most frequent cancer. Fast stats: Disponible en: <http://globocan.iarc.fr/factsheets/populations/factsheet.asp?uno=900>. Consultado el 30 de Mayo de 2012.
3. Donoso E, Cuello M. Mortalidad por cáncer en la mujer chilena: análisis comparativo entre los años 1997 y 2003. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2006;71:10-6.
4. Chobanian N, Dietrich C. Ovarian cancer. *Surg Clin N Am* 2008;88:285-99.
5. Poveda A. Ten years of "Optimal Therapy in Advanced Ovarian cancer. Update" meeting. *Int J Gynecol Cancer* 2008;18 Suppl 1:67-70.
6. Hoskins WJ. Surgical staging and cytoreductive surgery of epithelial ovarian cancer. *Cancer* 1993;71 (Suppl 4):1534-40.
7. Aure JC, Hoeg K, Kolstad P. Clinical and histologic studies of ovarian carcinoma. Long-term follow-up of 990 cases. *Obstet Gynecol* 1971;37:1-9.
8. Griffiths CT, Fuller AF. Intensive surgical and chemotherapeutic management of advanced ovarian cancer. *Surg Clin North Am* 1978;58:131-42.
9. Bristow RE, Tomacruz RS, Armstrong DK, Trimble EL, Montz FJ. Survival effect of maximal cytoreductive surgery for advanced ovarian carcinoma during the platinum era: A meta-analysis. *J Clin Oncol* 2002;20:1248-59.
10. Akahira JI, Yoshikawa H, Shimizu Y, Tsunematsu R, Hirakawa T, Kuramoto H, *et al.* Prognostic factors of stage IV epithelial ovarian cancer: a multicenter retrospective study. *Gynecol Oncol* 2001;81:398-403.
11. Bonnefoi H, A'Hern RP, Fisher C, Macfarlane V, Barton D, Blake P, *et al.* Natural history of stage IV epithelial ovarian cancer. *J Clin Oncol* 1999;17:767-75.
12. Diaz JP, Abu-Rustum N, Sonoda Y, Downey R, Park B, *et al.* Video-assisted thoracic surgery (VATS) evaluation of pleural effusions in patients with newly diagnosed advanced ovarian carcinoma can influence the primary management choice for these patients. *Gynecol Oncol* 2010;116:483-8.
13. Cohen-Mouly S, Badia A, Bats A, Barthes F, *et al.* Role of video-assisted thoracoscopy in patients with ovarian cancer and pleural effusion. *Int J Gynecol Cancer* 2009;19:1662-5.
14. Eisenkop S. Thoracoscopy for the management of advanced epithelial ovarian cancer--a preliminary report. *Gynecol Oncol* 2002;84:315-20.
15. Eitan R, Levine D, Abu-Rustum N, Sonoda Y, Huh J, Franklin C, *et al.* The clinical significance of malignant pleural effusions in patients with optimally debulked ovarian carcinoma. *Cancer* 2005;103:1397-401.
16. Juretzka M, Abu-Rustum N, Sonoda Y, Downey R, Flores R, Park B, *et al.* The impact of video-assisted thoracic surgery (VATS) in patients with suspected advanced ovarian malignancies and pleural effusions. *Gynecol Oncol* 2007;104:670-4.