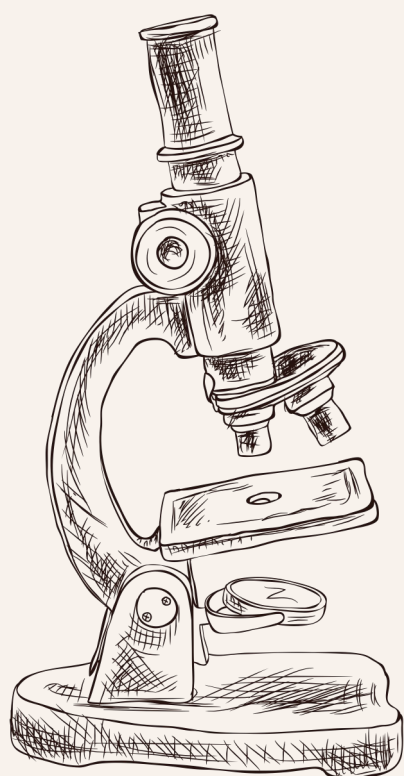




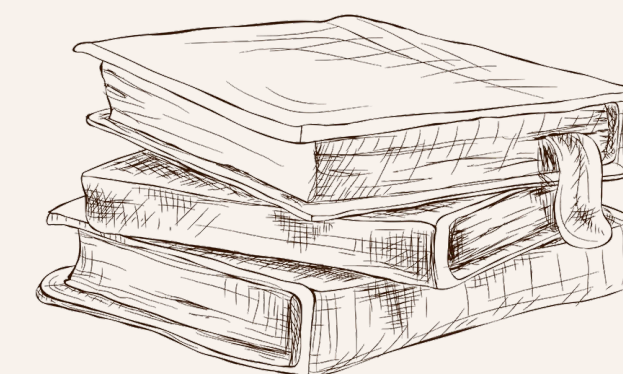
Análisis clínico, epidemiológico y de sobrevida en pacientes diagnosticadas con cáncer de ovario en el Centro Hospitalario Pereira Rossell, en el departamento de Gineco-Oncología desde el 1/1/2011 hasta el 31/7/ 2021.



**Tutores: Valentina Reyes, María Guerrina,
Cecilia Castillo.**

Dr. Mateo Godoy

24/5/2024



Y la tesis ?



El comienzo...



Los 4 jinetes de la procrastinación



Introducción

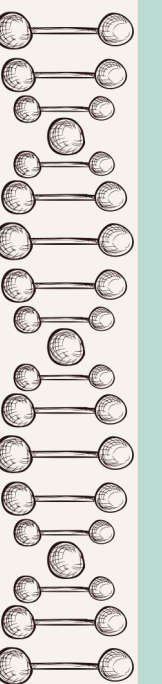
En Uruguay el cáncer de ovario está entre los 10 más frecuentes en la mujer, y es la sexta causa de muerte por cáncer en este sexo.

En el último quinquenio registrado se diagnosticaron en promedio 212 casos nuevos anuales y 146 mujeres murieron cada año por esta causa en nuestro país. *(Comisión honoraria de lucha contra el cancer; 2016 – 2020)*

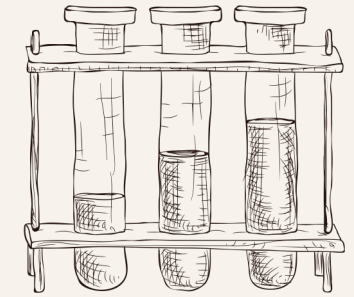
En estos datos no se aclaran los porcentajes de pacientes con tumores epiteliales, de células germinales ni del estroma ovárico.

Analizando la bibliografía en Uruguay no se han publicado datos recientes sobre los tumores epiteliales de ovario (TEO); mientras que los no epiteliales son prácticamente nulos.

Los TEO corresponden al 95% de los tumores malignos del ovario, mientras que los no epiteliales comprenden el 5% restante.



Objetivo general



- Describir y analizar el perfil clínico epidemiológico, así como la sobrevida global (SG) de las pacientes con cáncer de ovario diagnosticadas entre el período 2011 y 2021 en el Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR).

Objetivos específicos

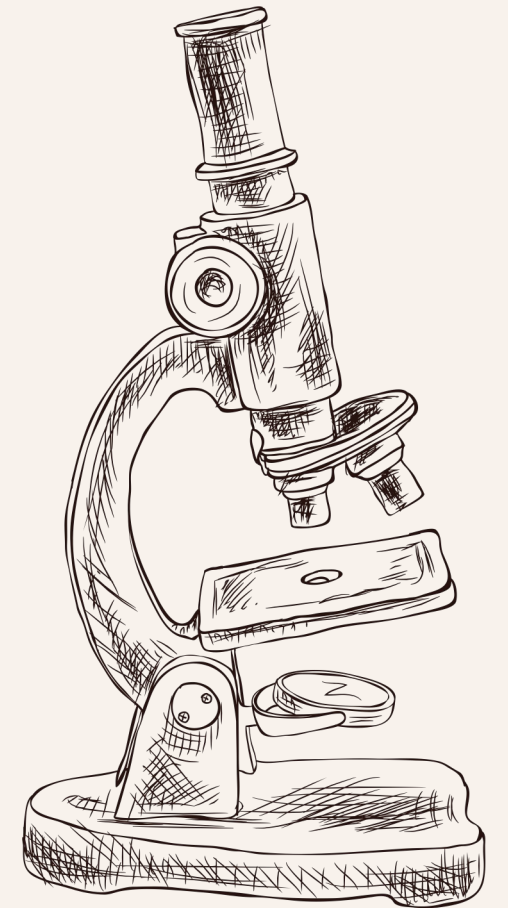
- Realizar un análisis dirigido descriptivo sobre las pacientes con cáncer de ovario, según el subtipo histológico; epiteliales y no epiteliales.
- Analizar la sobrevida libre de enfermedad (SLE), y sobrevida libre de progresión (SLP) en la población estudiada.
- Describir los diferentes tipos de tratamientos propuestos según los estadios de la enfermedad, junto con un cotejo de los efectos adversos registrados.
- Evaluar la frecuencia de testeos genéticos en estas pacientes.

Metodología

01

Se realizó un estudio descriptivo, observacional , retrospectivo de cohorte, analizando gran parte de las historias de cáncer de ovario diagnosticadas entre el 1/1/2011 y el 31/7/2021, del servicio de Oncología Ginecológica del Hospital Pereira Rossell, según la base de datos que maneja el equipo de Oncología en dicho servicio, obteniéndose un n de 177 pacientes.

Se extrajeron datos de las historias a papel, historia clínica electrónica oncológica e historia clínica ambulatoria de ASSE



02

Edad al diagnóstico

AGO - APP - AFO

Fecha diagnóstico

Motivo de consulta

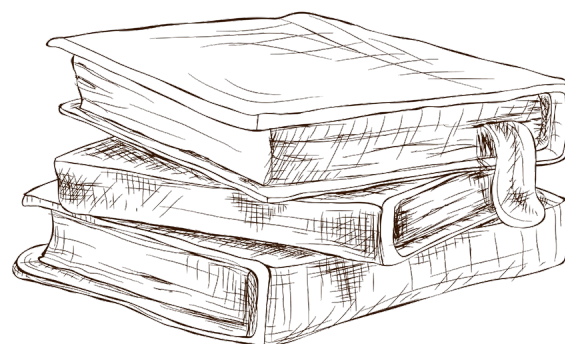
Imagenes solicitadas y resultados

MBT pre cirugía

Cirugía - Características

AP

DATOS



Primer tto oncológico

Planes de QT

Tiempo entre cirugía y QT

Ciclos y EA

Recaídas y tto propuestos

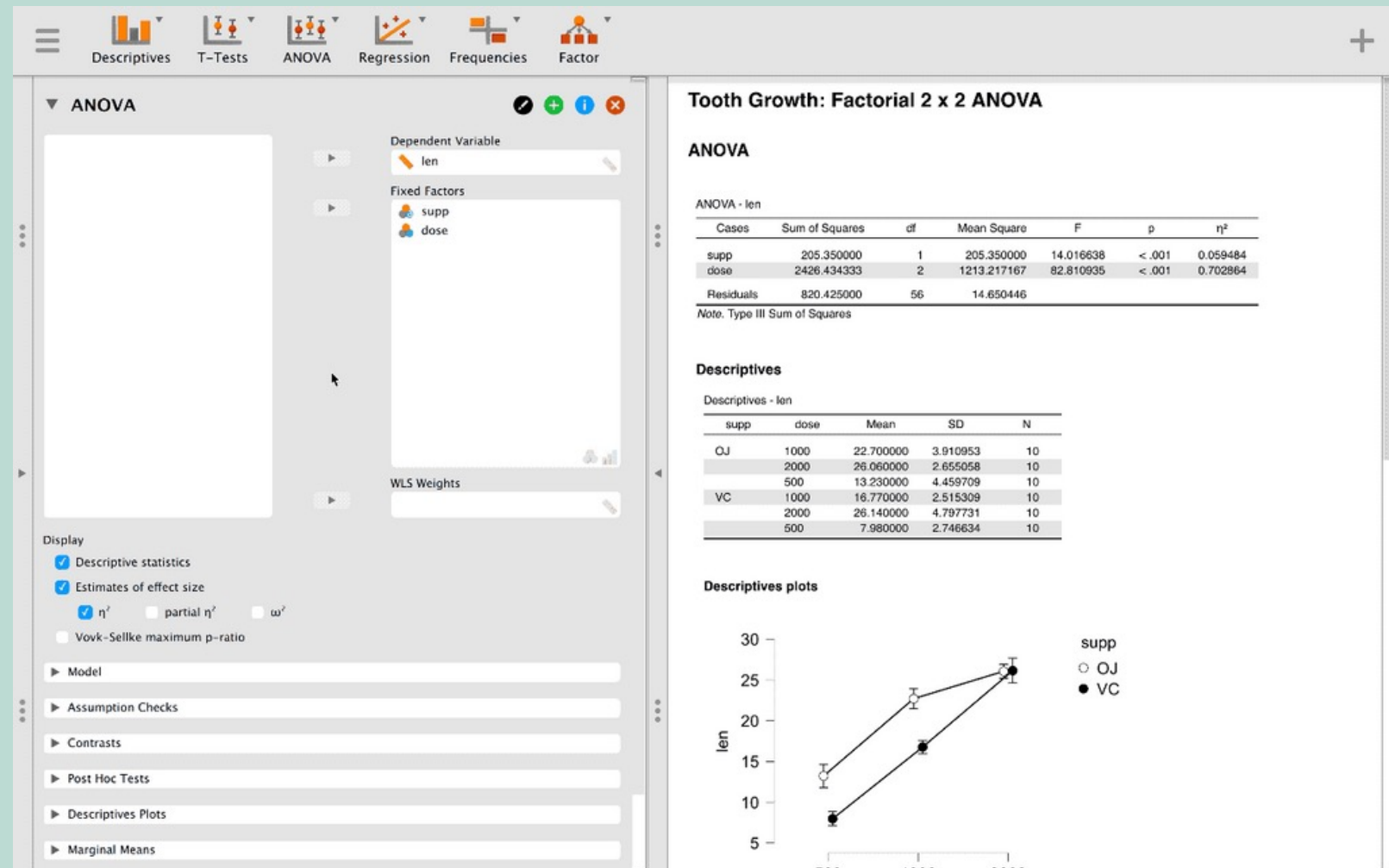
Fecha último control

Fecha fallecimiento

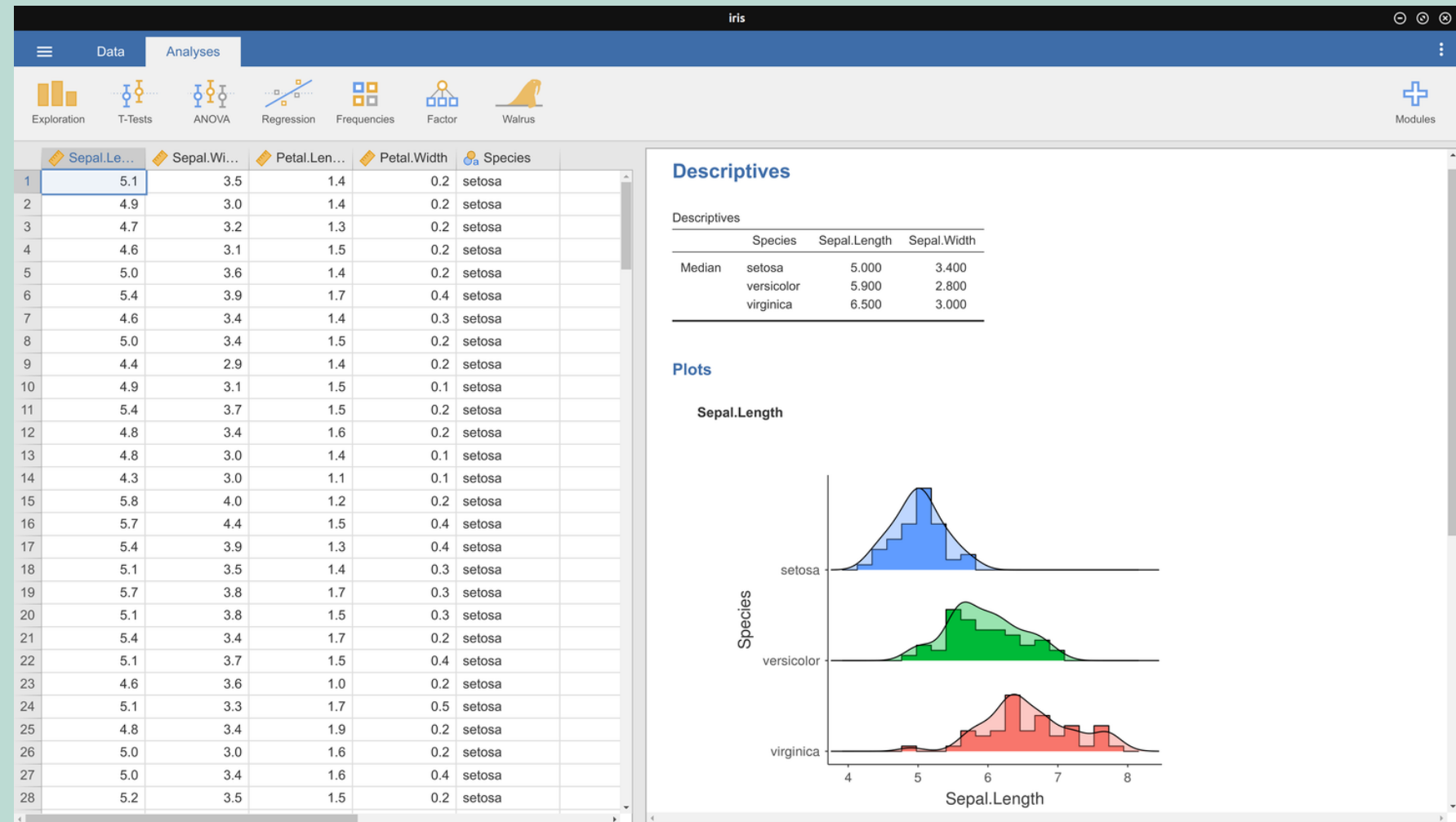
Testeo genético

	A	C	D	E	
1	Origen	Procedencia	edad al diagnostico	edad de menarca	status
2		Interior	58	11	
3	21/08/1951	montevideo	62		PERI
4	/1933	Montevideo	79	13	POS
5	8/12/1945	Montevideo	66	13	POS
6	20/9/1946	Montevideo	68	14	POS
7	29/1/1958	Interior	54	12	POS
8	1/10/1932	montevideo	81	14	POS
9	20/6/1943	Montevideo	71	10	POS
10	/1949	montevideo	66	13	POS
11	/1946	montevideo	68	9	POS
12	/1951	Extranjera	64	11	POS
13	8/10/1951	montevideo	64	12	POS
14		Montevideo	64		POS
15	07/11/1954	Montevideo	60	11	POS
16	/1953	Montevideo	66	15	POS
17	/1953	Montevideo	66	13	POS
18	9/6/1950	Montevideo	67	11	POS
19	12/4/1952	Montevideo	58	9	POS
20	7/08/1948	interior	65	11	POS
21		INTERIOR	65	11	POS
22	2/7/1953	montevideo	64	11	POS
23	4	montevideo	64	9	POS
24	/1960	Montevideo	58	15	POS
25	27/8/1948	Interior	62	14	POS
26	/1957	Interior	61	11	POS
27	4/12/1941	Interior	74	14	POS
28	28/3/1956	Montevideo	56	14	POS
29		Montevideo	56	12	POS
30	/1945	Montevideo	73	10	POS
31		Montevideo	60	12	POS
32	5/7/1923	Interior	87	9	POS
33	/1955	Montevideo	64	10	POS
34	11/3/1954	Montevideo	64	13	POS
35		Montevideo	59	10	POS
36	9/12/1958	Montevideo	57	9	POS
37	8/12/1956	Montevideo	57	13	POS
38	8/5/1957	Montevideo	59		POS
39	1/10/1953	montevideo	57	11	POS
40	30/5/1939	Montevideo	76	14	POS
41	/1956	Montevideo	61	11	POS

JASP



JAMOVI



SPSS



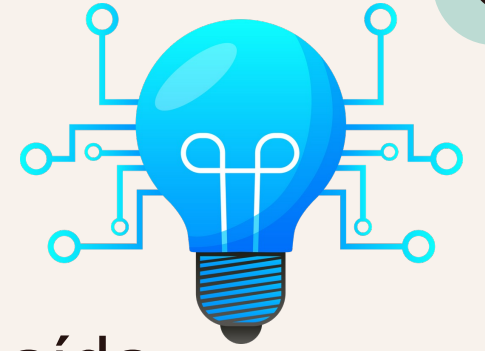
*Untitled1 [DataSet0] - IBM SPSS Statistics Data Editor

	Name	Type	Width	Decimals	Label	Values	Missing	Columns	Align	Measure
1	InterviewID	Numeric	8	0	Interview ID	None	None	15	Right	Nominal
2	Name	String	8	0	Name	None	None	8	Left	Nominal
3	Gender	Numeric	8	0	Gender	{1, Male}...	None	8	Right	Nominal
4	Age	Numeric	8	2	Age	None	None	8	Right	Scale
5	Rice	Numeric	8	2		None	None	8	Right	Unknown
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										

IBM



Definiciones



Según las guías ESMO:

- SLE: como el tiempo desde la finalización del tratamiento curativo, hasta la primer recaída de la enfermedad. Es un endpoint primario utilizado con frecuencia en los ensayos de adyuvancia.
- SLP: evalúa el beneficio de terapias en la enfermedad avanzada. La SLP1 es el tiempo desde la randomización cuando ya estamos en el contexto de una enfermedad avanzada, hasta la primer progresión de la enfermedad, mientras que la SLP2 es el tiempo que se contabiliza entre esta última y la siguiente progresión o muerte del paciente. Vale destacar que en el siguiente trabajo se utilizaron estudios de imagen como principal elemento para diagnóstico de progresión lesional.
- SG: tiempo desde el diagnóstico de la enfermedad, hasta la muerte del paciente o hasta el estatus de la paciente registrado el 31/7/21.

Resultados

Característica de los pacientes	Epiteliales (N=136)	No Epiteliales (N=41)
Edad al diagnóstico	55.6 ± 14.1	39.1 ± 18.9
Procedencia - no. (%)		
Montevideo	77 (56.6)	24 (58.5)
Interior	57 (41.9)	17 (41.4)
Extranjera	2 (1.4)	0 (0)
AF de cáncer de mama - no. (%)		
SI	16 (11.7)	4 (9.7)
NO	93 (68.3)	20 (48.7)
SD	27 (19.8)	17 (41.4)
AF de cáncer de ovario - no. (%)		
SI	5 (3.6)	0 (0)
NO	103 (75.7)	23 (56.1)
SD	28 (20.5)	18 (43.9)
AF de cáncer < 50 años - no. (%)		
SI	22 (16.1)	2 (4.8)
NO	85 (62.5)	21 (51.2)
SD	29 (21.3)	18 (43.9)
Estatus menopáusico - no. (%)		
PRE	26 (19.5)	36 (87.8)
POS	110 (80.5)	0 (0)
SD	0 (0)	5 (12.1)
Tabaquismo - no. (%)		
SI	31 (22.7)	17 (41.4)
NO	92 (67.6)	20 (48.7)
SD	13 (9.5)	4 (9.7)
Motivo de consulta - no. (%)		
Dolor abdominopélvico	35 (25.7)	21 (51.2)
Tumoración abdominopélvica	23 (16.9)	4 (9.7)
Otros	78 (57.3)	16 (39.0)
Estadio al diagnóstico - no. (%)		
I	67 (49.2)	32 (78.0)
II	16 (11.7)	2 (4.8)
III	36 (26.4)	5 (9.7)
IV	17 (12.5)	1 (2.4)
SD		1 (2.4)

Resultados

Estudios paraclínicos al debut	Epiteliales (N=136)	No Epiteliales (N=41)
Ecografía transvaginal - no. (%)		
SI	61 (44.8)	33 (80.4)
NO	39 (28.6)	3 (7.3)
SD	36 (26.4)	5 (12.1)
Vascularización al Doppler – no. (%)		
SI	39 (28.6)	8 (19.5)
NO	13 (9.5)	13 (31.7)
SD	84 (61.7)	20 (48.7)
TC de estadificación - no. (%)		
SI	54 (39.7)	15 (36.5)
NO	46 (33.8)	19 (46.3)
SD	36 (26.4)	7 (17.0)
RM de estadificación - no. (%)		
SI	22 (16.1)	11 (26.8)
NO	76 (55.8)	23 (56.0)
SD	38 (27.9)	7 (17.0)
CA 125 - no. (%)		
< IVN	54 (39.7)	28 (68.2)
> SVN	82 (60.3)	13 (31.8)
CEA no fumadoras - no. (%)		
< IVN	64 (47.0)	20 (48.7)
> SVN	28 (20.5)	0 (0)
CEA fumadoras - no. (%)		
< IVN	22 (16.1)	15 (36.5)
> SVN	9 (6.6)	2 (4.8)
CEA sin status de tabaquismo - no. (%)		
	13 (9.5)	4 (9.7)
HE – 4 premenopáusicas - no. (%)		
< IVN	7 (5.1)	34 (82.9)
> SVN	17 (12.5)	2 (4.8)
HE – 4 posmenopáusicas - no. (%)		
< IVN	112 (82.3)	0 (0)
> SVN	0 (0)	0 (0)
HE – 4 sin datos en el status menopáusico - no. (%)		
	0 (0)	5 (12.1)
BHCG - no. (%)		
< IVN	136 (100)	39 (95.1)
> SVN	0 (0)	2 (4.9)
AFP - no. (%)		
< IVN	136 (100)	38 (92.6)
> SVN	0 (0)	3 (7.4)
LDH - no. (%)		
< IVN	135 (99.2)	32 (78.1)
> SVN	1 (0.8)	9 (21.9)

Saco vitelino

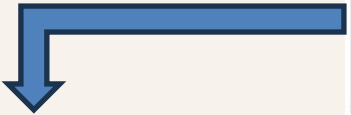
Disgerminoma

Saco vitelino y
teratoma + SV

Resultados

Características de la cirugía	Epiteliales (N=136)	No Epiteliales (N=41)
Cirugía <u>citorreductora/estadificadora</u> completa – no (%)		
SI	32 (23.5)	8 (19.5)
NO	101 (74.2)	33 (80.4)
NC	3 (2.2)	0 (0)
Histerectomía – no. (%)		
SI	104 (76.4)	23 (56.1)
NO	19 (13.9)	18 (43.9)
NC	13 (9.5)	0 (0)
Anexectomía bilateral – no. (%)		
SI	115 (84.5)	22 (53.6)
NO	8 (5.8)	19 (46.3)
NC	13 (9.5)	0 (0)
<u>Omentectomía</u> – no. (%)		
SI	91 (66.9)	22 (53.6)
NO	32 (23.5)	19 (46.3)
NC	13 (9.5)	0 (0)

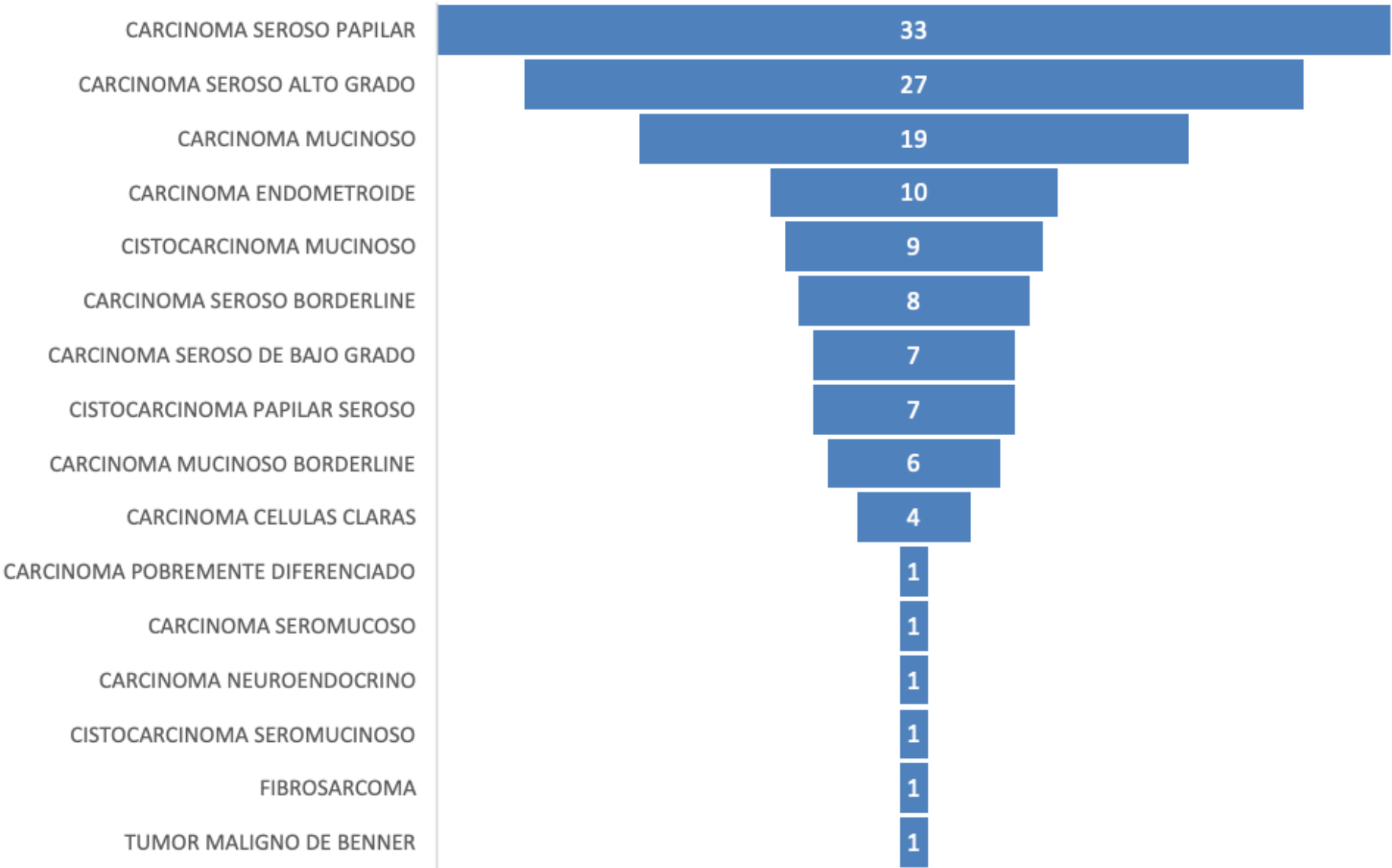
Citología del líquido de ascitis – no. (%)		
SI	57 (41.9)	8 (19.5)
NO	65 (47.7)	32 (78.0)
NC	14 (10.2)	1 (2.4)
Positividad del líquido – no. (%)		
Positivo	39 (28.6)	3 (7.3)
Negativo	21 (15.4)	5 (12.1)
NC	76 (55.8)	33 (80.4)
Lavado peritoneal si no hay ascitis – no. (%)		
SI	52 (38.2)	19 (46.3)
NO	40 (29.4)	18 (43.9)
NC	44 (32.3)	4 (9.7)
Positividad del lavado – no. (%)		
Positivo	15 (11.0)	4 (9.7)
Negativo	37 (27.2)	16 (39.0)
NC	84 (61.7)	21 (51.2)
Biopsias peritoneales – no. (%)		
SI	86 (63.2)	24 (58.5)
NO	38 (27.9)	17 (41.4)
NC	12 (8.8)	0 (0)
Resultado de las biopsias – no. (%)		
Positivo	38 (27.9)	5 (12.1)
Negativo	52 (38.2)	20 (48.7)
NC	46 (33.8)	16 (39.0)
Apendicectomía – no. (%)		
SI	40 (29.4)	10 (24.3)
NO	85 (62.5)	31 (75.6)
NC	11 (8.1)	0 (0)
Muestreo ganglionar – no. (%)		
SI	36 (26.4)	9 (21.9)
NO	89 (65.4)	30 (73.1)
NC	11 (8.1)	2 (4.8)



Se constatan en total 111 pacientes entre del EI al EIIa, de las cuales a 26 se le realizó muestreo ganglionar

Resultados

Subtipos Histológicos de tumores epiteliales

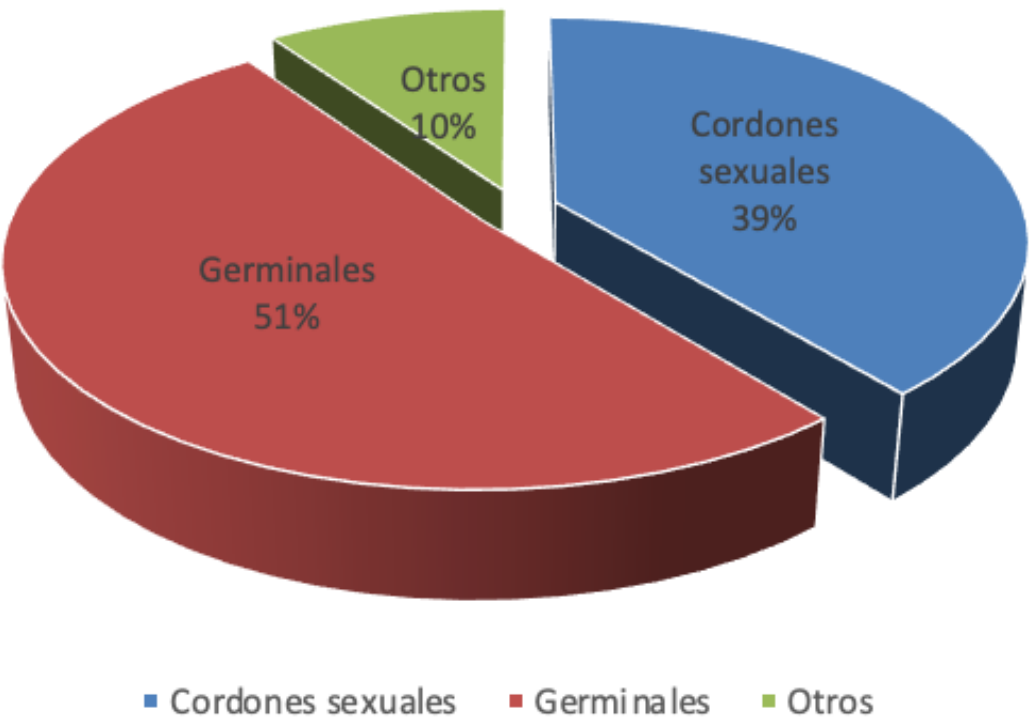


Subtipo Histológico de tumores epiteliales	Frecuencia No. (%)
Carcinoma seroso papilar	33 (24.2)
Carcinoma seroso de alto grado	27 (19.8)
Carcinoma mucinoso	19 (13.9)
Carcinoma endometroide	10 (7.3)
Cistocarcinoma mucinoso	9 (6.6)
Carcinoma seroso borderline	8 (5.8)
Carcinoma seroso de bajo grado	7 (5.1)
Cistocarcinoma papilar seroso	7 (5.1)
Carcinoma mucinoso borderline	6 (4.4)
Carcinoma a células claras	4 (2.9)
Carcinoma pobremente diferenciado	1 (0.7)
Carcinoma seromucoso	1 (0.7)
Carcinoma neuroendocrino	1 (0.7)
Cistocarcinoma seromucinoso	1 (0.7)
Fibrosarcoma	1 (0.7)
Tumor de Brenner	1 (0.7)

La frecuencia de los tumores mucinosos fue del 13.9%. No se encontró información si se trataban exclusivamente de tumores primario o tumores de Krukenberg

Resultados

Subtipo Histológico de tumores no epiteliales	Frecuencia No. (%)
Tumores germinales	21 (51)
Tumores de los cordones sexuales y estroma	16 (39)
Otros	4 (10)

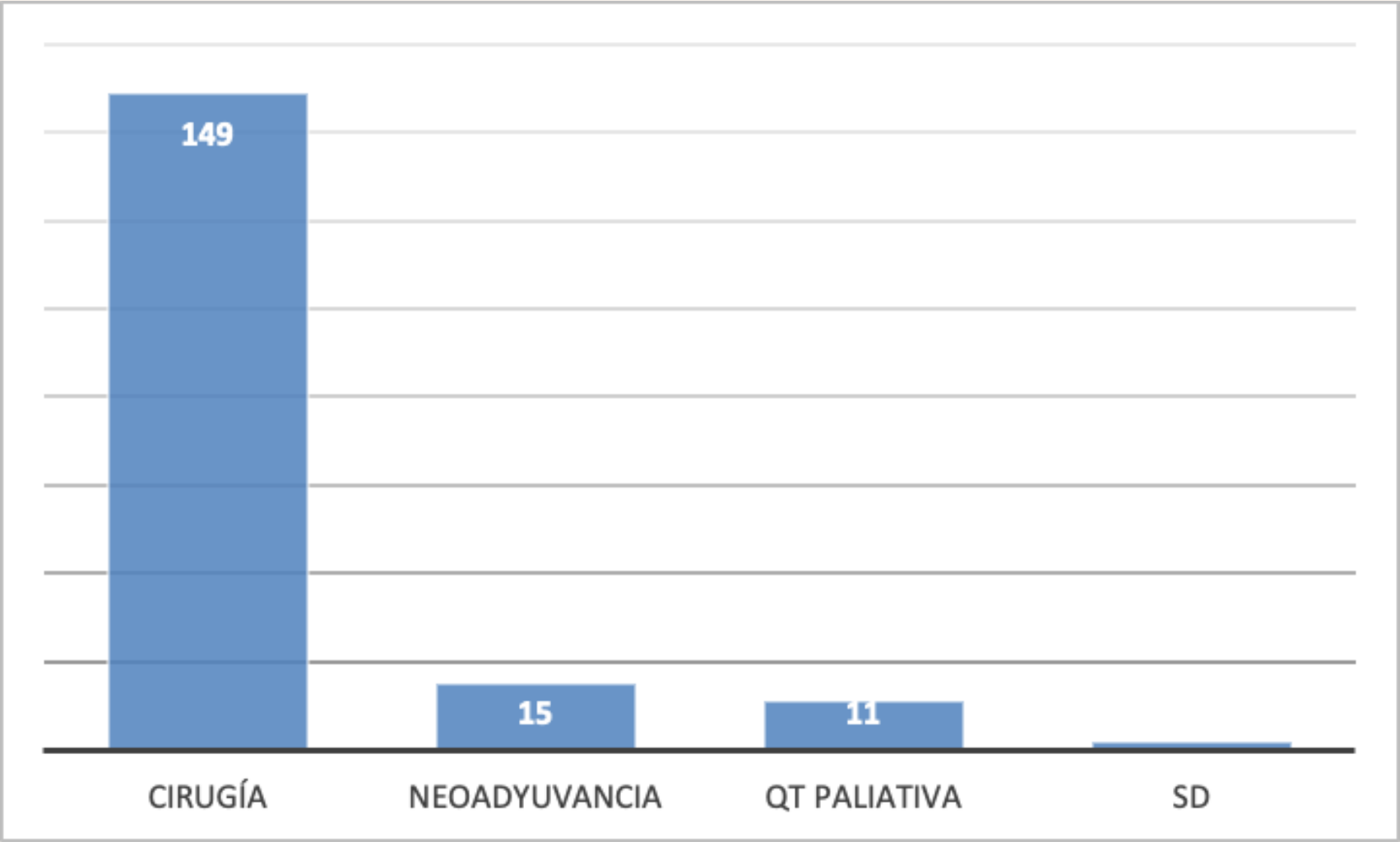


Caracterización Histológica	Frecuencia No. (%)
Tumores de la granulosa	13 (31.7)
<u>Disgerminoma</u>	9 (21.9)
Teratoma inmaduro de bajo grado	3 (7.3)
Teratoma maduro	3 (7.3)
Tumor saco vitelino	3 (7.3)
Teratoma inmaduro de alto grado	2 (4.8)
Teratoma quístico	2 (4.8)
Tumor de células de Sertoli y Leydig	2 (4.8)
Carcinoma papilar multifocal	1 (2.4)
Carcinoma <u>sarcomatoide</u> con diferenciación neuroendocrina	1 (2.4)
<u>Struma ovarii</u> folicular	1 (2.4)
Tumor <u>mulleriano</u> mixto	1 (2.4)

La proporción que es utilizada tiene en cuenta el n total como el de los tumores no epiteliales (41), si realizamos la proporción teniendo en cuenta la totalidad de los pacientes (177) el porcentaje de tumores de células germinales sería 11.8%, de tumores de los cordones sexuales un 9%. Estos datos se correlacionan perfectamente con los publicado en los artículos analizados

Resultados

Primer tratamiento oncológico	Frecuencia - no. (%)
Cirugía	149 (84.2)
<u>Neoadyuvancia</u>	15 (8.4)
QT paliativa	11 (6.2)
SD	2 (1.2)

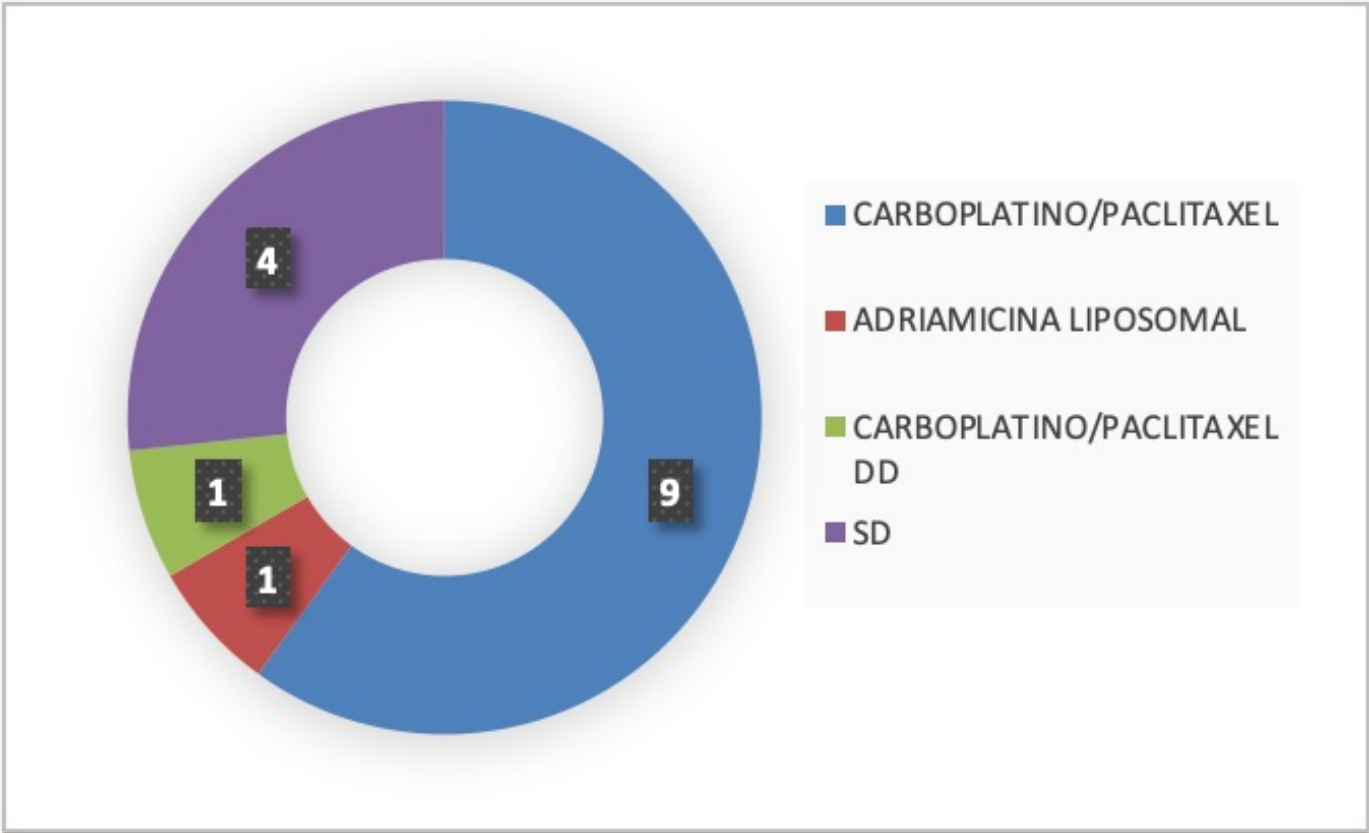


Se destaca que la terapia neoadyuvante se indicio exclusivamente en el grupo de tumores epiteliales. Para el estadio I la indicación se observó en 3 pacientes (20%); para el estadio II fueron 3 pacientes (20%); en el caso del estadio III la indicación fue para 8 pacientes (53.3%); mientras que 1 paciente en estadio IV fue incluido en el esquema neoadyuvante (6.7%). 2 pacientes no completaron el esquema completo por intolerancia digestiva.

Resultados

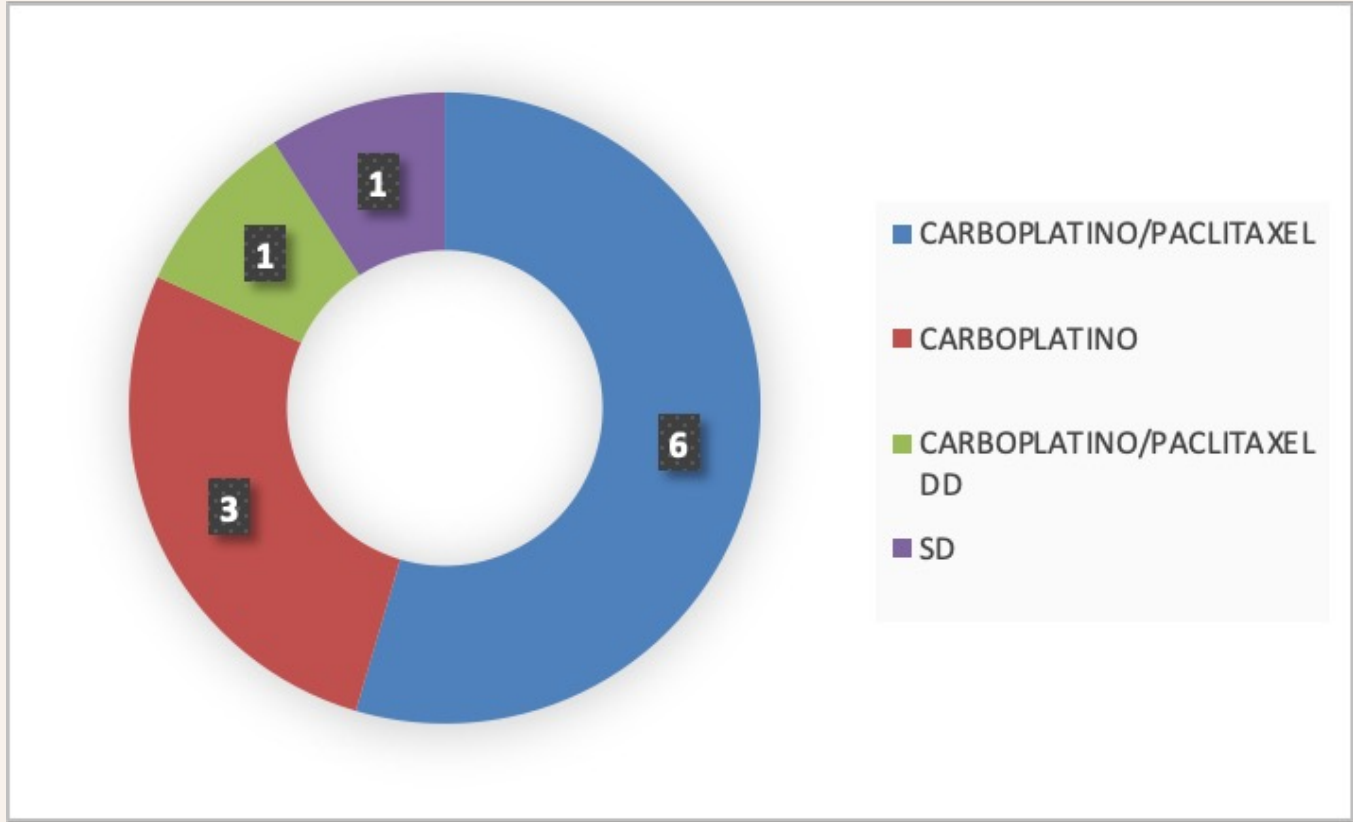
Esquemas utilizados en neoadyuvancia

Tratamiento	Frecuencia
Carboplatino/ <u>Paclitaxel</u>	9
Carboplatino/ <u>Paclitaxel</u> DD	1
<u>Adriamicina liposomal</u>	1
SD	4



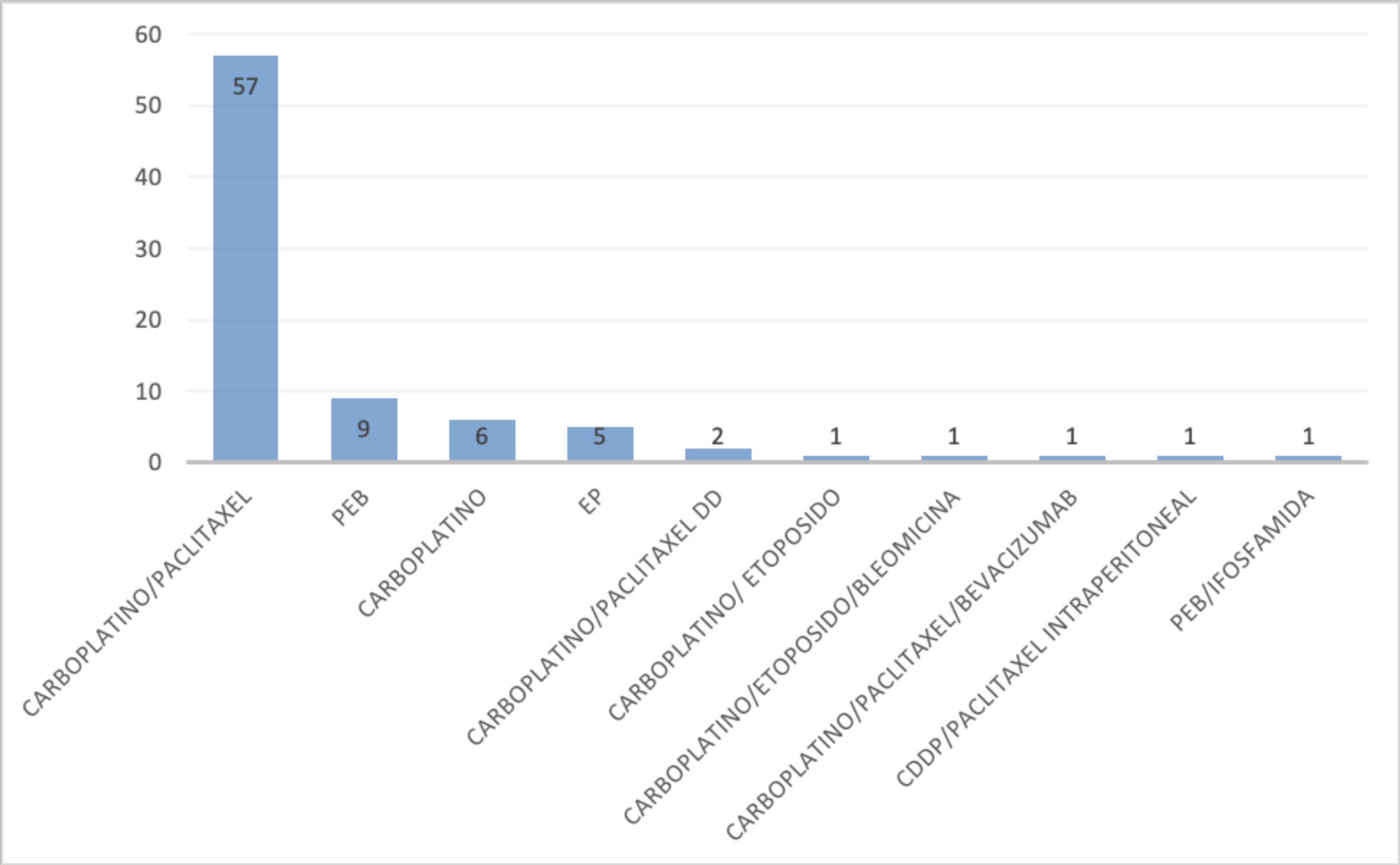
Esquemas utilizados como tratamiento paliativo

Tratamiento	Frecuencia
Carboplatino/ <u>Paclitaxel</u>	6
Carboplatino	3
Carboplatino/ <u>Paclitaxel</u> DD	1
SD	1



Resultados

Esquemas utilizados en adyuvancia



Resultados

SG en la población con TEO

n=136 (10 pacientes perdidas al cierre del seguimiento). mSG 97 meses [70 - NA, 95% CI]

<u>Records</u>	<u>Events</u>	<u>rmean</u>	<u>se_rmean</u>	Median	<u>95% Confidence Interval</u>	
					<u>Lower</u>	<u>Upper</u>
136	46	97.8	11.4	97.0	70.0	<u>NaN</u>

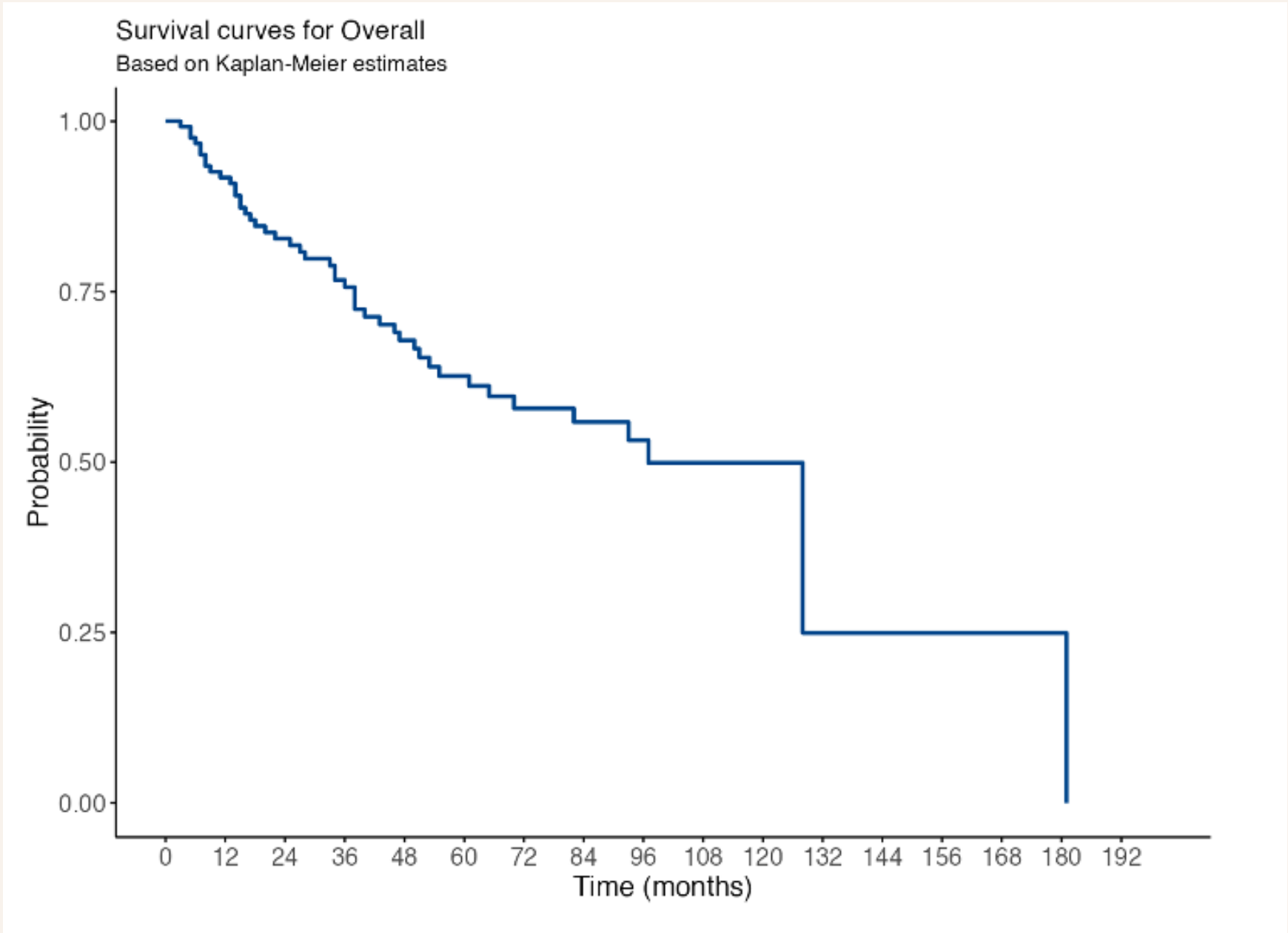
Sobrevidas estimadas a 1 – 3 – 5 años

12 meses es de 92% [87%-97%, 95% CI].

36 meses es de 76% [68%-84%, 95% CI].

60 meses es de 63% [54%-73%, 95% CI].

<u>time</u>	<u>Number at Risk</u>	<u>Number of Events</u>	<u>Survival</u>	<u>95% Confidence Interval</u>	
				<u>Lower</u>	<u>Upper</u>
12	108	10	91.7 %	87.0 %	96.8 %
36	73	17	75.7 %	68.0 %	84.2 %
60	43	11	62.6 %	53.6 %	73.1 %



La estimación fue realizada utilizando curvas de sobrevida de Kaplan-Meier. La mediana fue de 97.8 meses con un desvio estandar de 11.4, utilizando un intervalo de confianza al 95% (70 – NA)

Resultados

SG en la población con tumores no epiteliales

n=41. Mediana no alcanzada.

Records	Events	rmean	se_rmean	Median	95% Confidence Interval	
					Lower	Upper
41	4	213	21.3	NaN	NaN	NaN

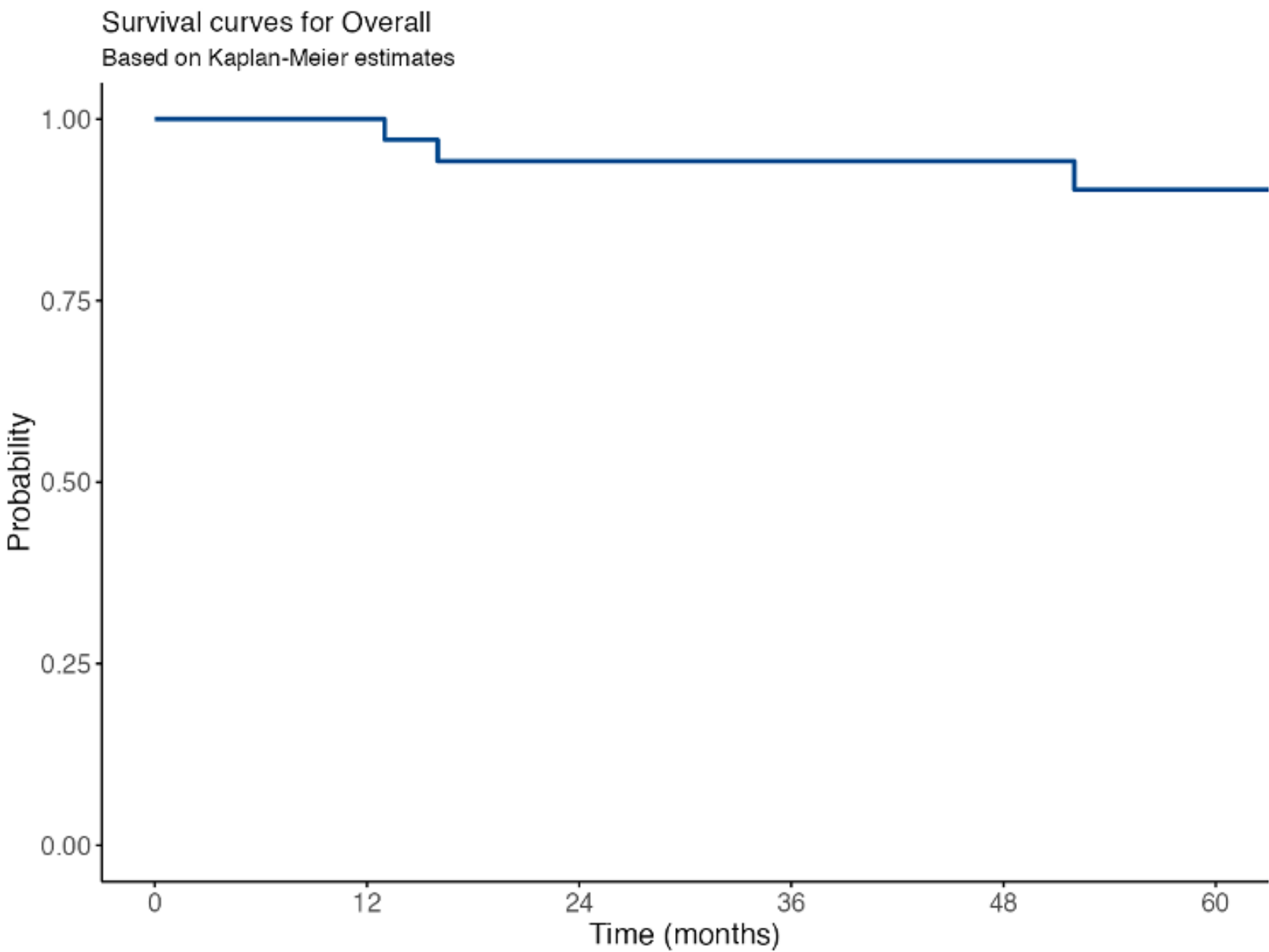
Sobrevidas estimadas a 1 – 3 – 5 años

12 meses es de 100.0% [100.0%-100%, 95% CI].

36 meses es de 94.2% [86.7%-100%, 95% CI].

60 meses es de 90.3% [80.3%-100%, 95% CI].

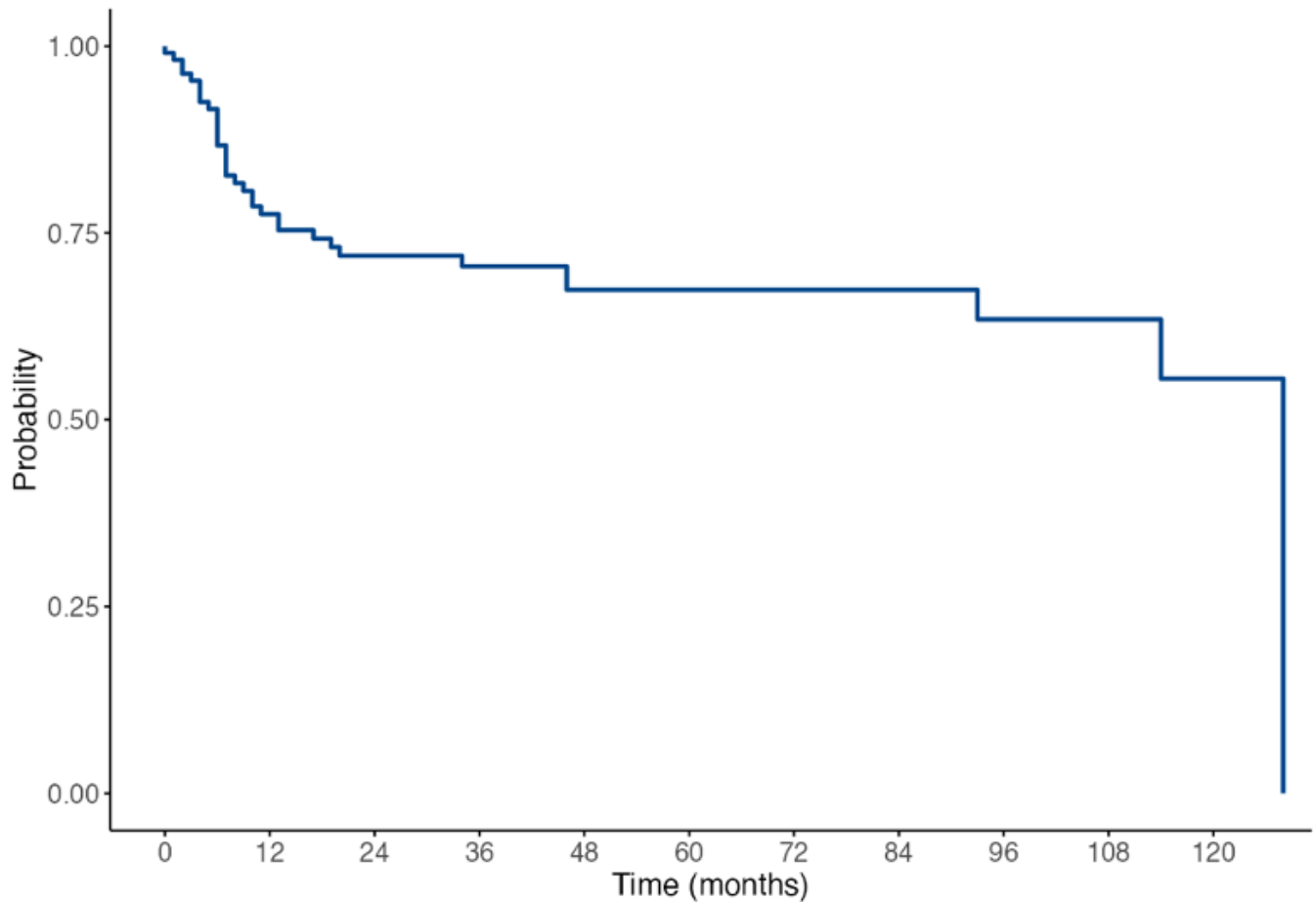
time	Number at Risk	Number of Events	Survival	95% Confidence Interval	
				Lower	Upper
12	35	0	100.0 %	100.0 %	100.0 %
36	26	2	94.2 %	86.7 %	100.0 %
60	23	1	90.3 %	80.3 %	100.0 %



SLE en la población con TEO

n=110 mSLE 128 meses

Records	Events	rmean	se_rmean	Median	95% Confidence Interval	
					Lower	Upper
110	34	87.9	5.69	128	114	NaN

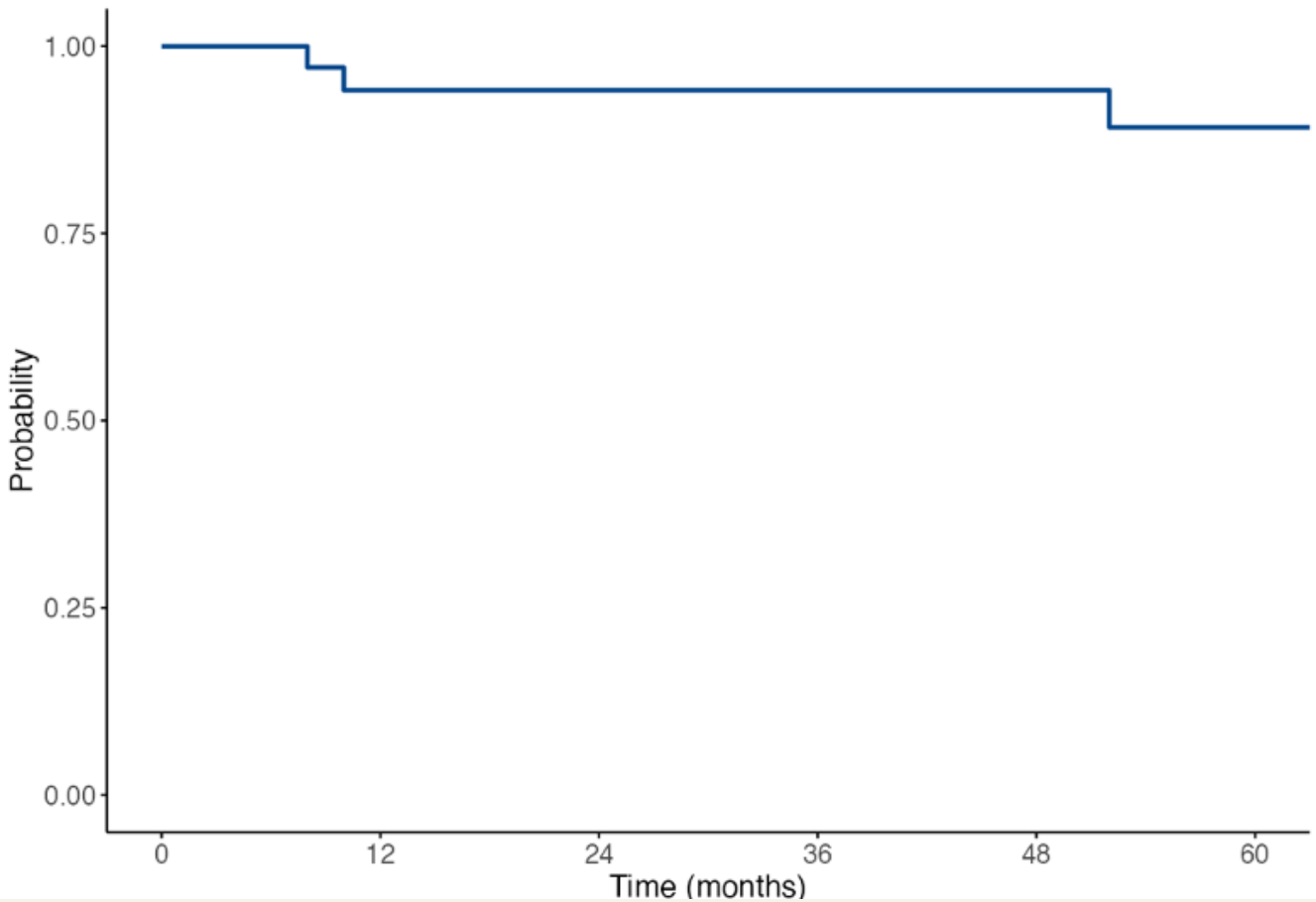


Se tuvieron en cuenta los estadios I – II. También se incluyen los estadios III que tuvieron respuesta a la quimioterapia neoadyuvante o la cirugía de inicio, sin enfermedad posterior. Se registran 2 pacientes perdidas en este grupo.

SLE en la población con tumores no epiteliales

n=39 mNA

Records	Events	rmean	se_rmean	Median	95% Confidence Interval	
					Lower	Upper
39	4	118	7.94	NaN	102	NaN

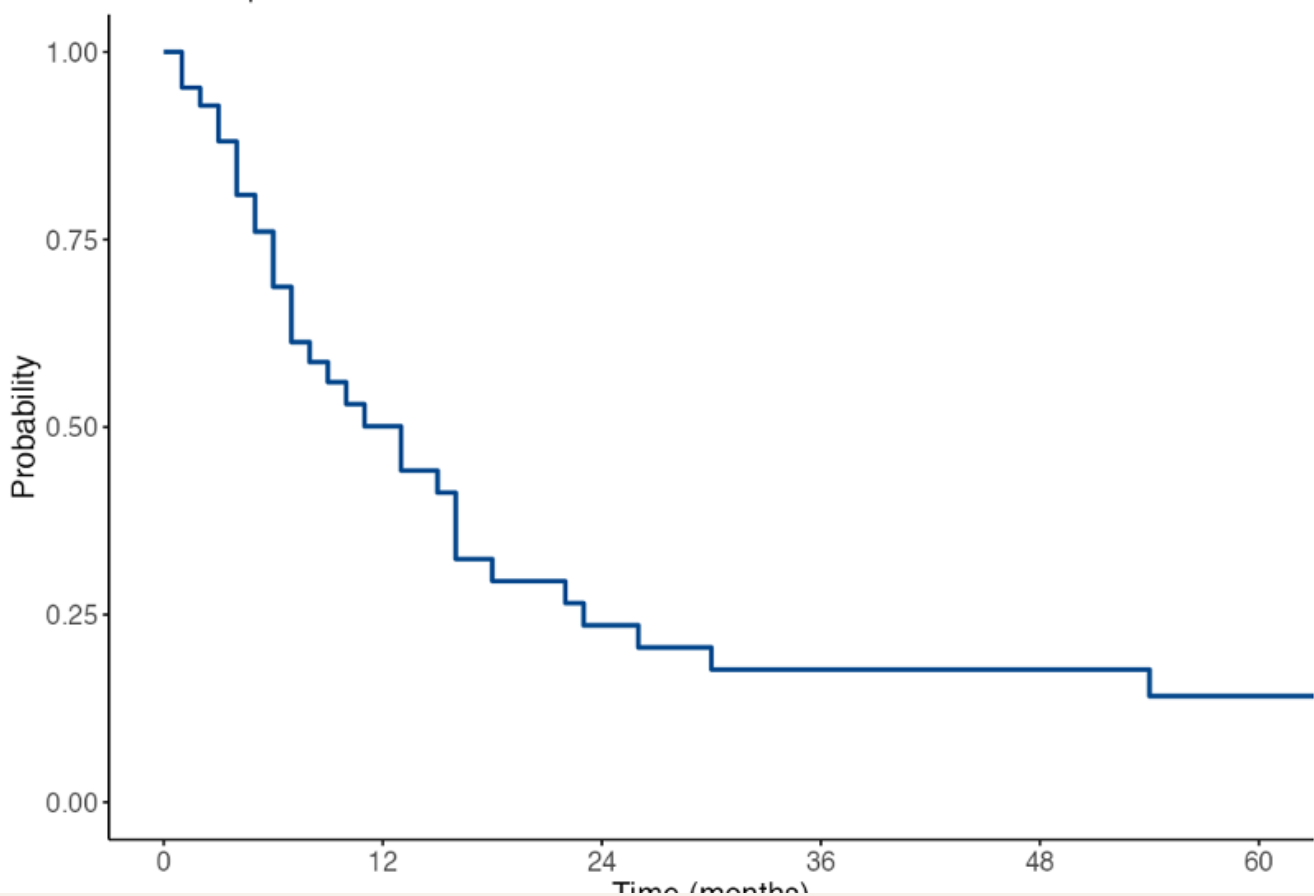


Del total de las 41 pacientes, 1 no contaba con datos del estadio al diagnóstico y otra fue diagnosticada en estadio IV. Mediana no alcanzada.

SLP1 en la población con TEO

n=42 mSLP1 13 meses

Records	Events	rmean	se_rmean	Median	95% Confidence Interval	
					Lower	Upper
42	32	21.9	4.19	13.0	7.00	18.0

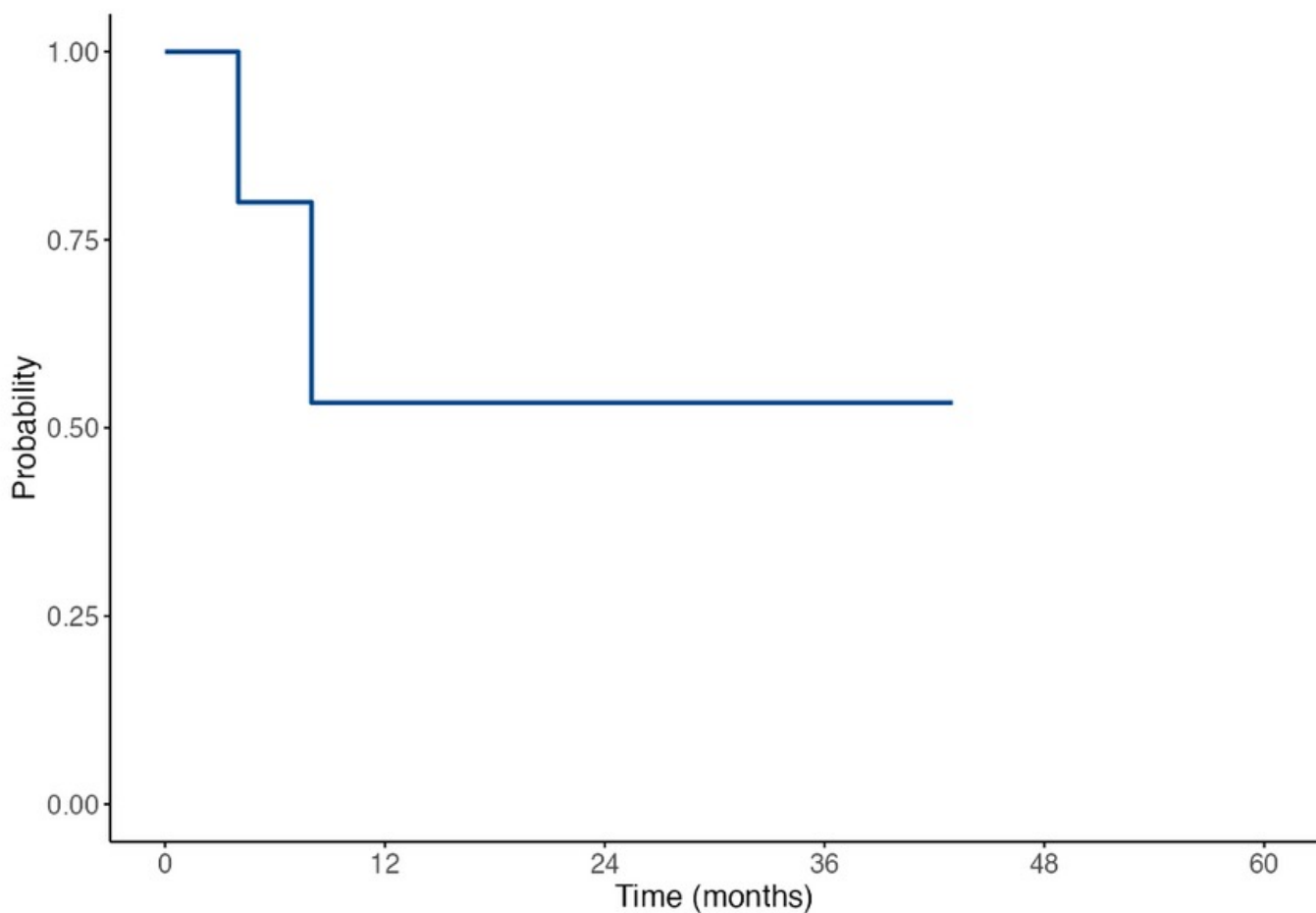


Se tienen en cuenta las pacientes con EIII con enfermedad persistente luego de la terapia primaria, las pacientes con E IV al debut y aquellas pacientes que recaen mientras se encontraban en control.

SLP 1 en la población con tumores no epiteliales

n=5 mNA

Records	Events	rmean	se_rmean	Median	95% Confidence Interval	
					Lower	Upper
5	2	25.9	9.05	NaN	8.00	NaN

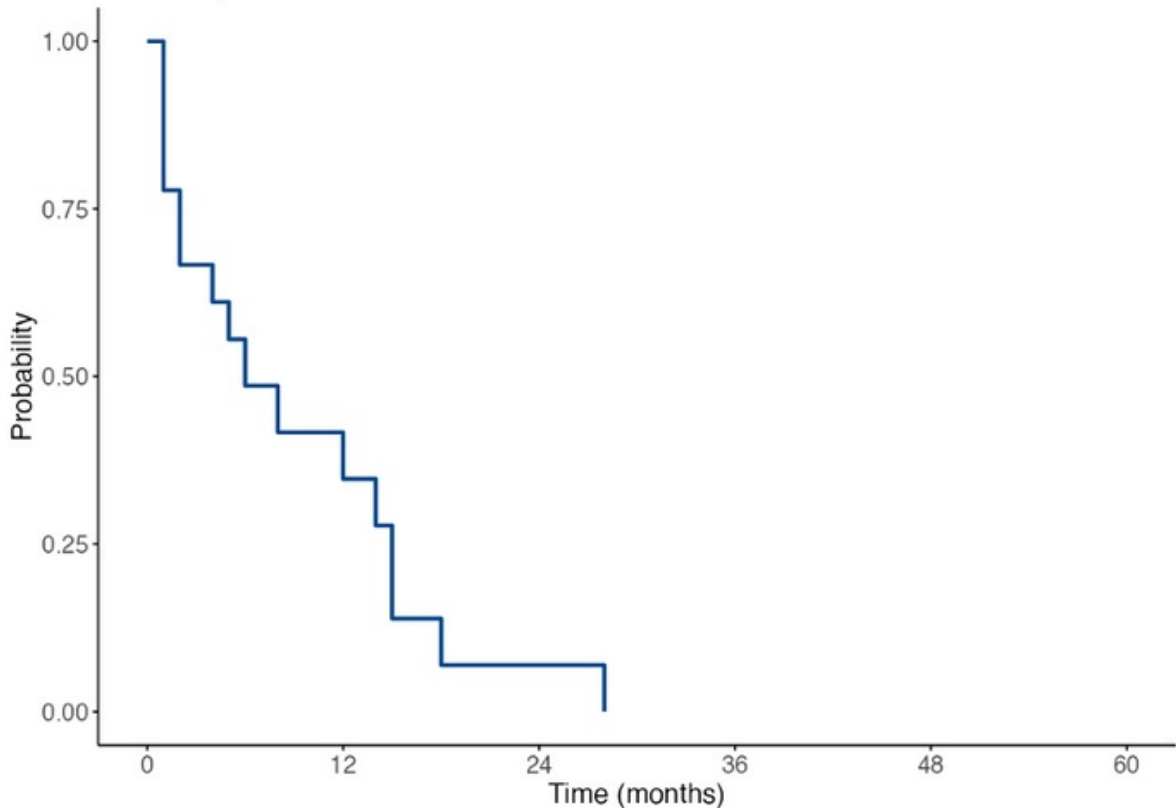


En el caso de la cohorte de tumores no epiteliales, la mediana para la SLP1 aún no ha sido alcanzada.

SLP2 en la población con TEO

n=18 mSLP2 6 meses

Records	Events	rmean	se_rmean	Median	95% Confidence Interval	
					Lower	Upper
18	16	9.00	1.92	6.00	2.00	15.0

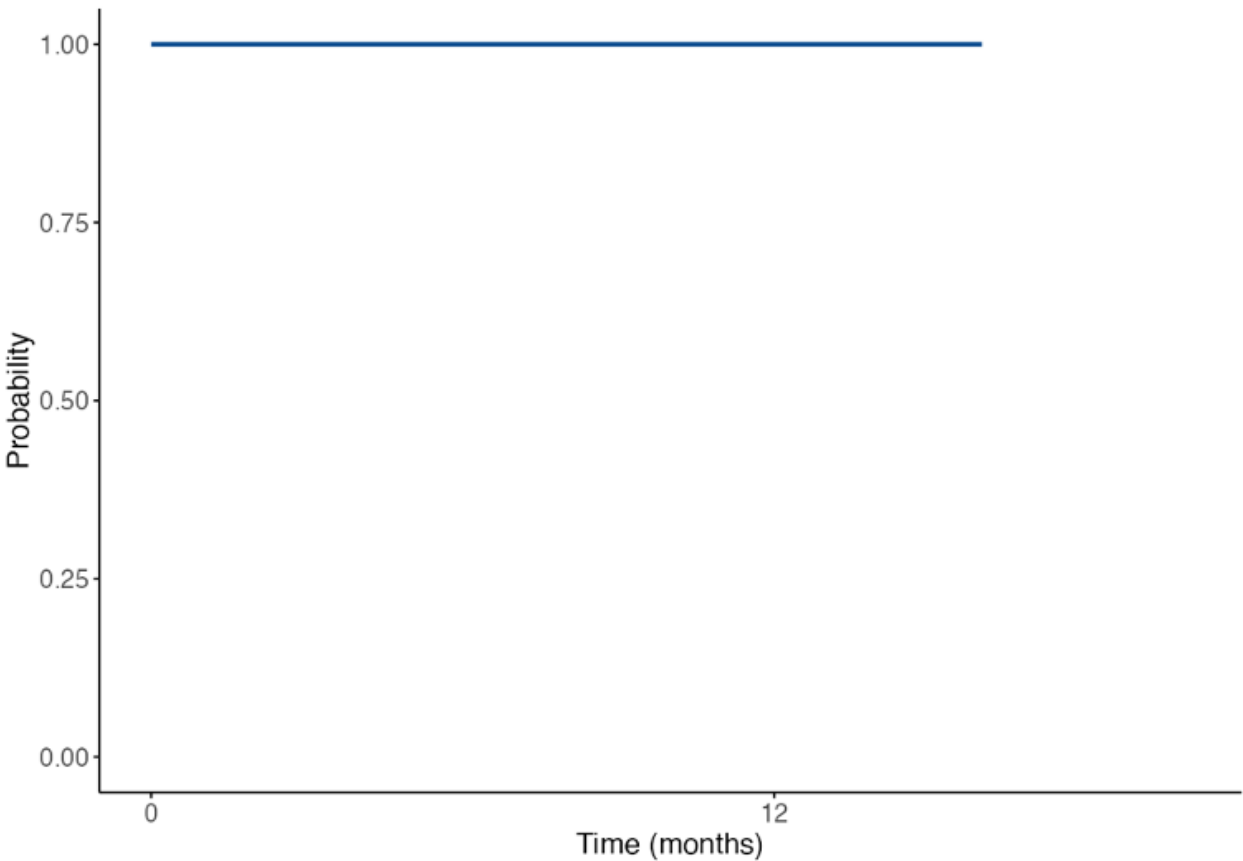


La mediana para la cohorte de tumores epiteliales fue de 6 meses con un desvío estándar de 1.9, utilizando un intervalo de confianza al 95% (2.00 – 15.0)

SLP 2 en la población con tumores no epiteliales

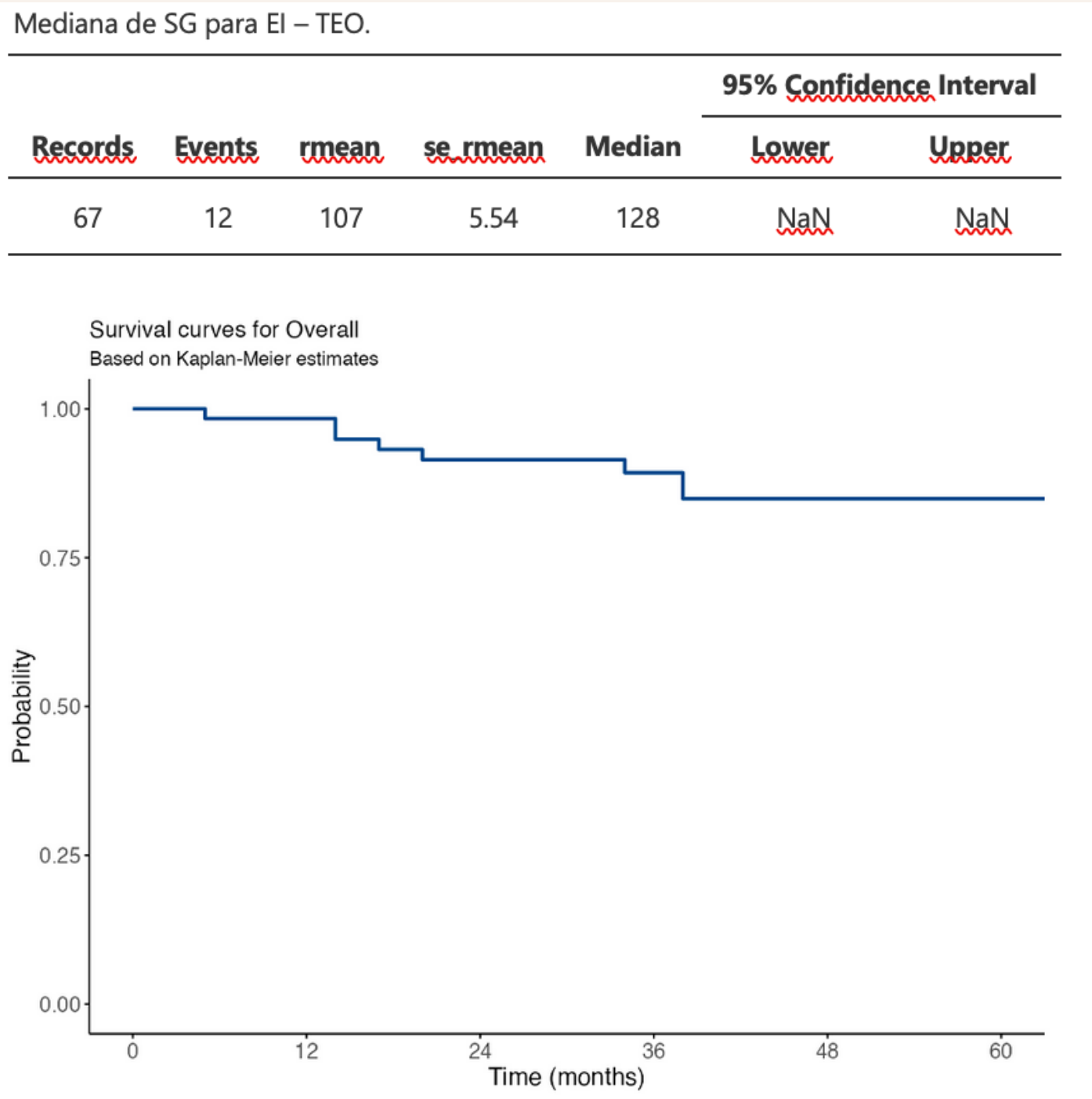
n=2 mNA

Records	Events	rmean	se_rmean	Median	95% Confidence Interval	
					Lower	Upper
2	0	16.0	0.00	NaN	NaN	NaN

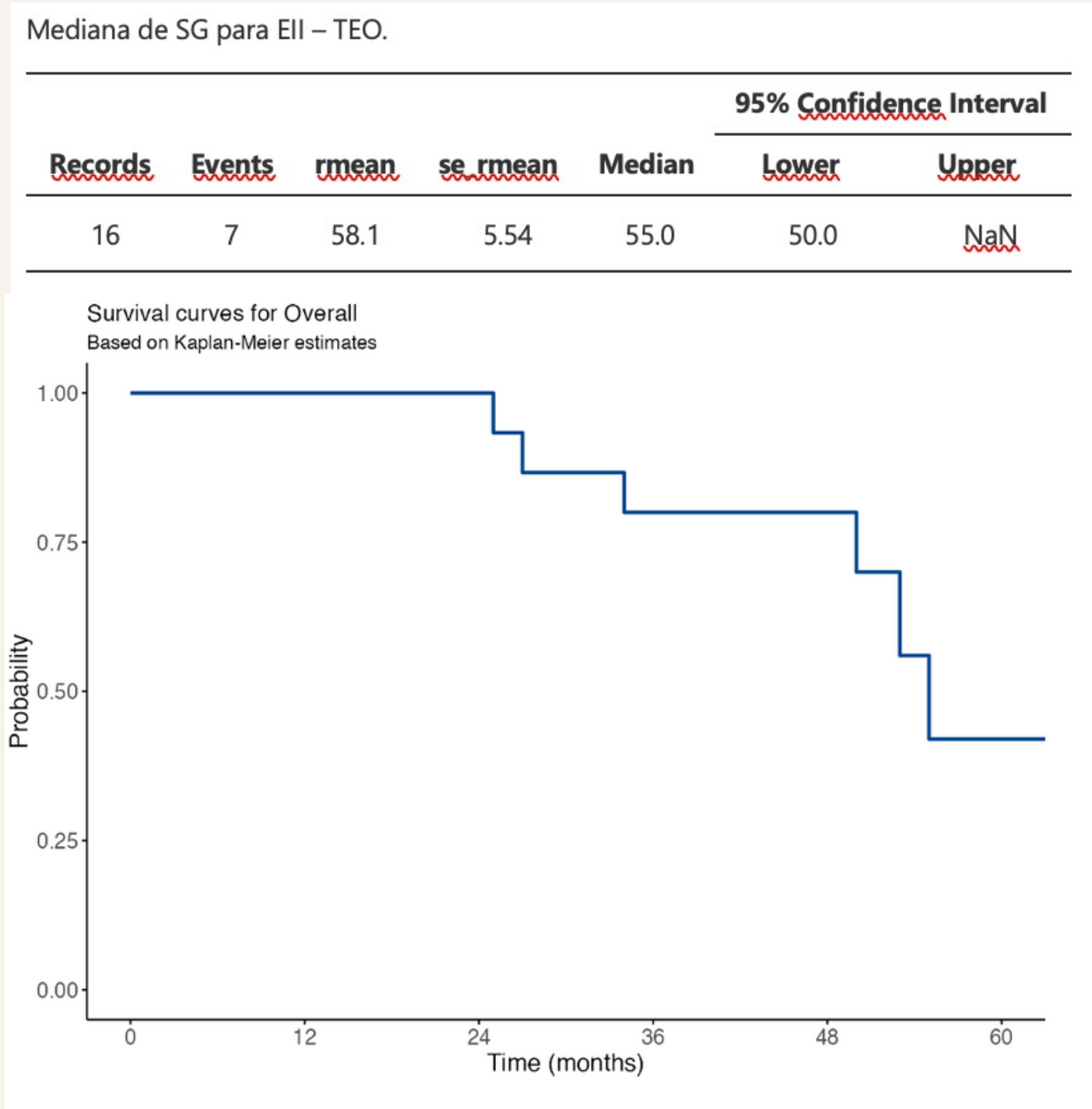


La mediana para la sobrevida libre de progresión 2 en el grupo de pacientes de tumores no epiteliales aún no fue alcanzada.

A continuación se presentan las mSG para los estadios I – II de las pacientes diagnosticadas con TEO

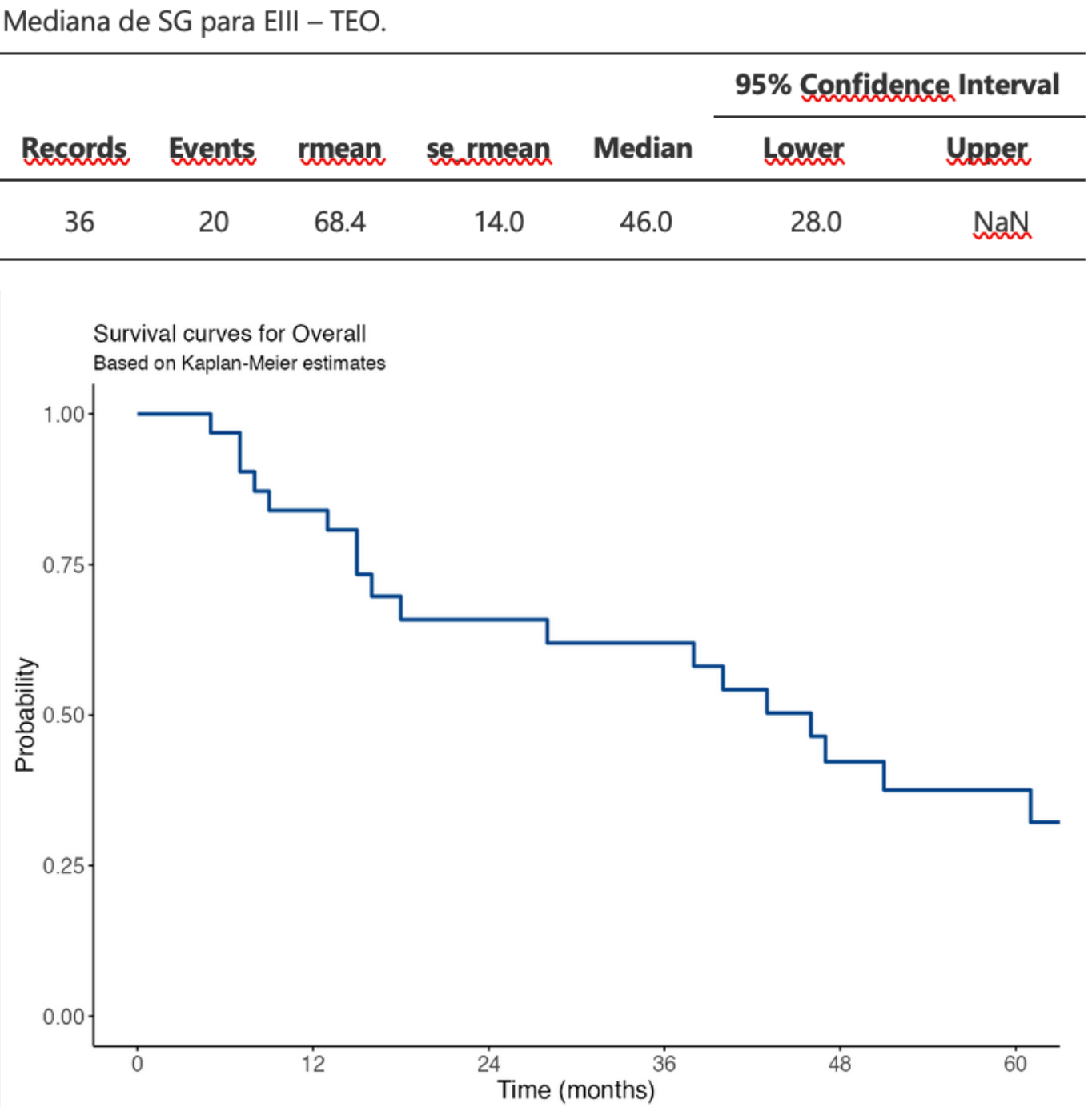


Para el EI se obtuvo una mediana de 128 meses con un desvío estándar de 5.54. Las tasas de SG a 5 años son del 84.9%

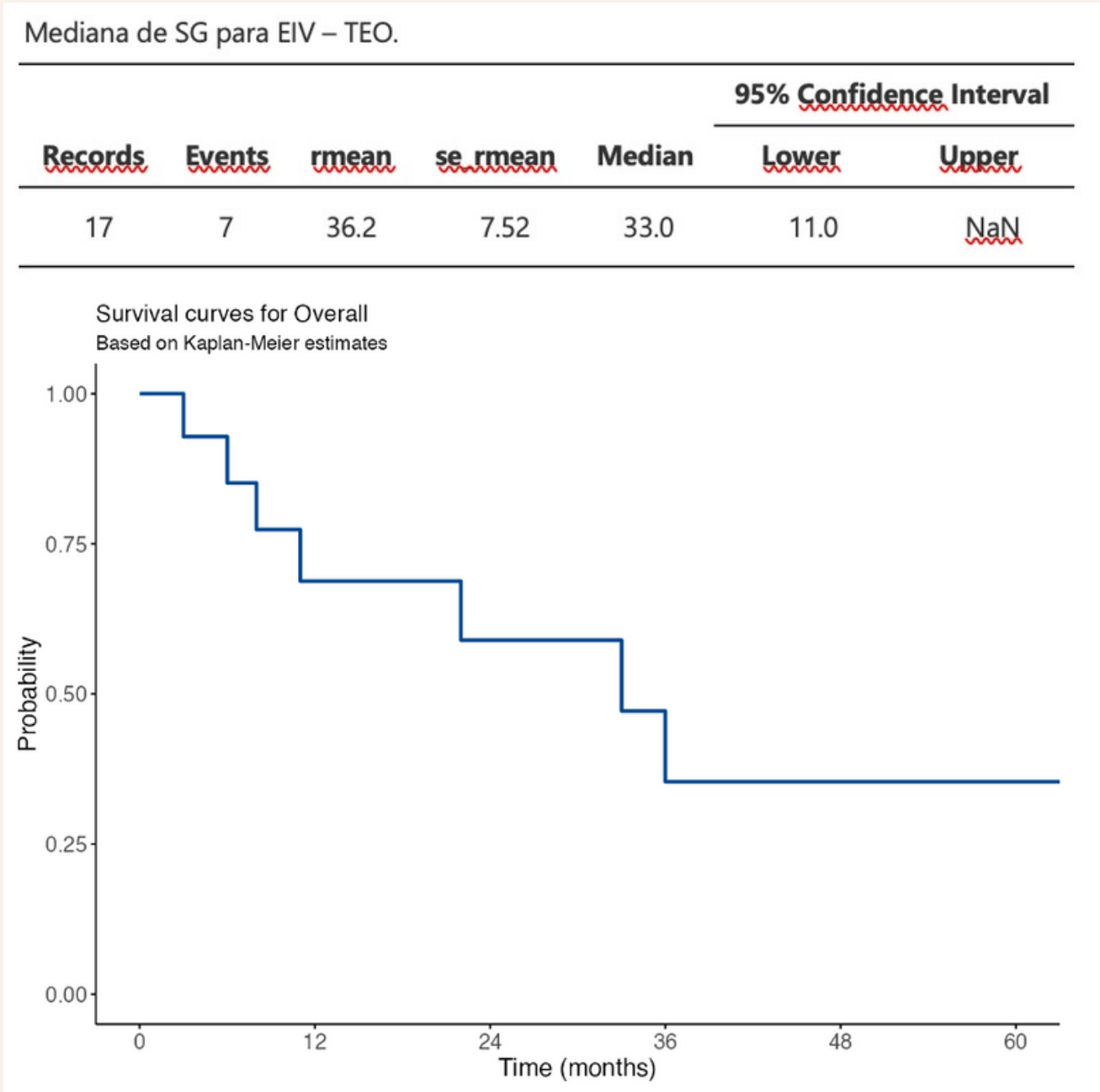


En el caso del EII se obtuvo una mediana de 55 meses, un desvío estándar de 5.5. Las tasas de SG a 5 años son del 42%

A continuación se presentan las mSG para los estadios III – IV de las pacientes diagnosticadas con TEO



Para el E III, la mediana alcanzada fue de 46 meses con un desvío estándar de 14. Las tasas de SG a 5 años son del 38%



En el caso del estadio IV, la mediana alcanzada fue de 33 meses con un desvío estándar de 7.5. Las tasas de SG a 5 años son del 35%

1

PROF Vale Reyes/ María Guerrina/ Ceci Castillo

RE: PAPER DRAFT

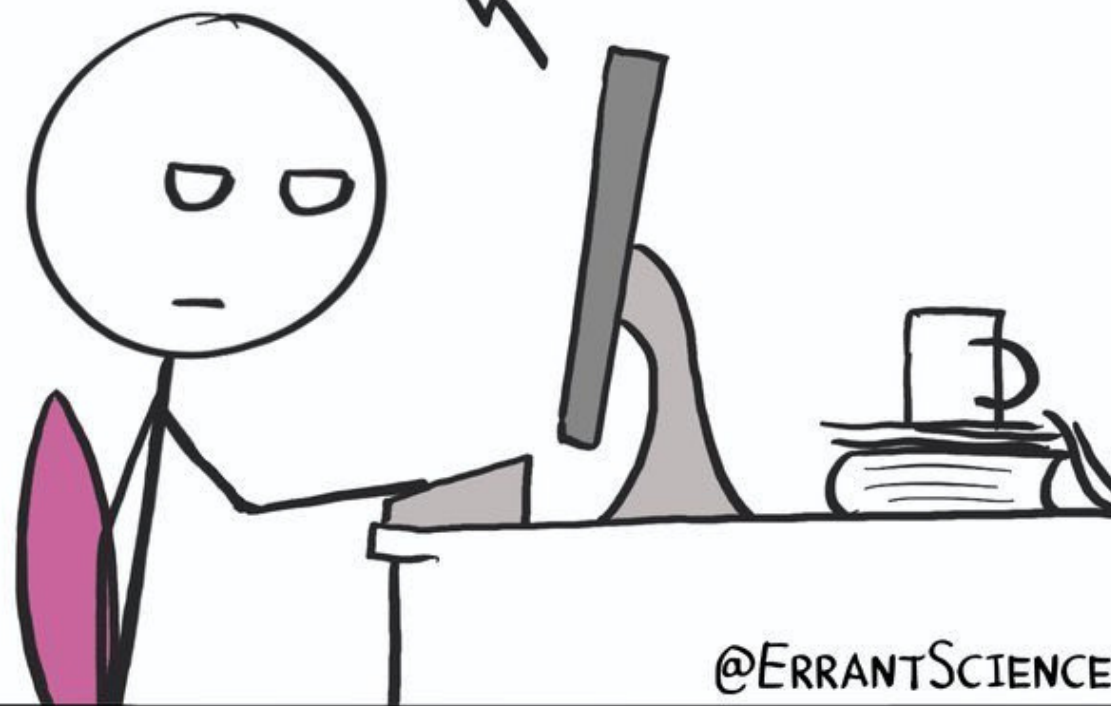
WE ONLY FOUND A COUPLE OF THINGS IN YOUR PAPER
THAT YOU MIGHT NEED TO CHANGE.



DRAFTCOMMENTED.DOCX

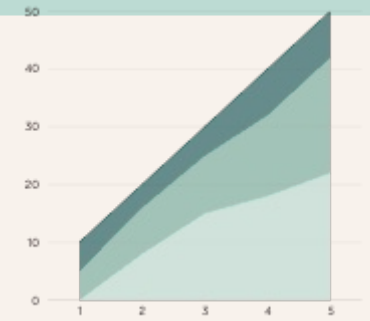
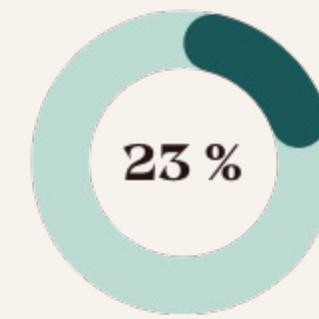
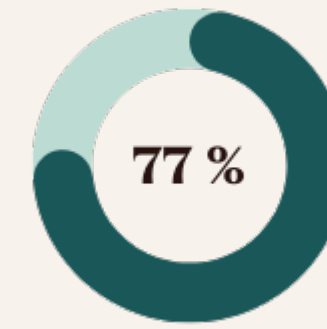
CLICKY

COMMENT 1 OF 388



@ERRANTSCIENCE

Discusión de resultados



- Se destaca a este trabajo como el primero en el país en que tiene en cuenta un n importante de pacientes para el estudio epidemiológico y de sobrevida en pacientes diagnosticadas con cáncer de ovario en el CHPR
- Se evidenció una superioridad en el diagnostico de TEO llegando a un 76.8%, contrastando con otras publicaciones donde se habla de hasta un 70% dentro de todos los tumores ováricos. En cuanto a los tumores no epiteliales se obtuvo una casuística muy buena de 41 pacientes , siendo un porcentaje más bajo de diagnósticos comparado con los internacionales (35% vs 23.2%).
- En contraste con la literatura internacional donde se publica que el diagnóstico de cáncer de ovario es tardío en un 75% de las pacientes , los estadios al diagnóstico tanto en el grupo de TEO como en el no epiteliales fueron precoces (EI – EII) siendo el porcentaje 60.9% y 82.8% respectivamente

Discusión de resultados



- En lo que respecta al resultado de la patología, la familia de los tumores serosos fueron los más prevalentes, seguidos de los mucinosos y los endometrioides; esta última relación se encuentra invertida en la literatura internacional donde los tumores endometrioides corresponden al 10% y los mucinosos al 5%.
- En cuanto a los tumores no epiteliales, los diagnosticados con más frecuencia fueron los tumores germinales, seguido por los de los cordones sexuales. En cuanto al subtipo, tanto los disgerminomas, tumores del saco vitelino y de la granulosa fueron los más frecuentes. Se destacan también 10 diagnósticos de teratomas, los cuales no recibieron tratamiento de quimioterapia posterior, encontrándose en controles el 100% de estas pacientes .

Discusión de resultados



- El principal tratamiento propuesto en un 84.2% fue la cirugía, lo cual coincide con el diagnóstico en etapas tempranas de la enfermedad, aunque de todas formas se debe insistir en realizar una valoración en conjunto para identificar a las pacientes optimas de neoadyuvancia. No se encontraron resultados que analicen el score de Fagotti.
- En este trabajo la cirugía completa fue llevada a cabo en el 23.5% de las pacientes con TEO y 19.5% en los no epiteliales. Cuando analizamos de forma minuciosa los protocolos operatorios y los resultados de anatomía patológica encontramos que la linfadenectomía y la apendicectomía son los procedimientos que con menos frecuencia se realizan, éste último reservado muchas veces para tumores mucinosos, recordando que la apendicectomía debe ser incluida en todos los protocolos de cirugía estadificadora y citorreductora.
- No contamos con información acerca del VTR.
- El tiempo medio de espera entre la biopsia y el primer tratamiento sistémico, o la cirugía y la adyuvancia fue de 38.3 días. Siendo las recomendaciones internacionales el tiempo óptimo de 35 días o menos

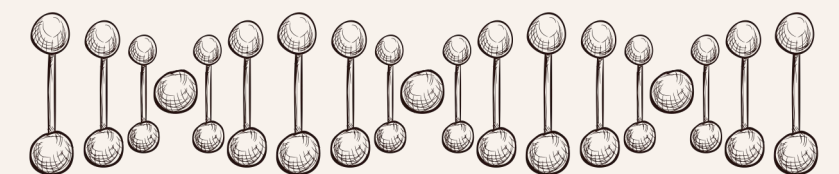
Discusión de resultados



- La mayoría de los pacientes realizaron carbopltino/paclitaxel adyuvante, y solo una del total realizó terapia con mantención en base a bevacizumab.
- Para los tumores no epiteliales la adyuvancia se realizó preferentemente con sales de platinos, asociadas a taxanos o bleomicina, aunque en algunos casos esta última no se utilizó. El promedio en ciclos utilizados fue de 3.6.
- El tratamiento neoadyuvante se propuso en el 60% de los estadios LRA y diseminados, siendo el 100% tumores de estirpe epitelial serosa. Destacamos que este tratamiento se indicó solo en cinco pacientes con tumores serosos de alto grado.
- Los EA mas frecuentes relacionados con la QT fueron la intolerancia digestiva, neutropenia severa y 4 pacientes fallecieron mientras se encontraban en tratamiento paliativo.

Discusión de resultados

- En cuanto a los objetivos que se plantearon para esta tesis la mediana para la SG de la cohorte epitelial fue de 97 meses, en comparación con una mediana aún no alcanzada para el otro grupo. Los resultados para SLE son similares.
- En la totalidad de las historias analizadas, se hallaron 16 testeos BRCA 1-2 de los cuales 3 fueron positivos. A 2 pacientes se les testeó PALB2 y a una CHEK2, obteniéndose resultados negativos.
- Hasta la fecha de finalización de trabajo no se contabilizaron pacientes en tratamiento con inhibidores de la PARP.



Conclusiones



01

Los TEO son mas frecuentes en las mujeres postmenopáusicas, mientras que los no epiteliales en les pre. El MC principal fue el dolor abdominal y la tumoración palpable. Los resultados en sobrevida coincidieron con los reportados en la literatura.

02

La neoadyuvancia fue recibida por un numero minoritario de pacientes. A pesar de que los resultados en SG son contradictorios con esta herramienta, se debe trabajar con mayor interacción multidisciplinaria para ofrecer esta opción a las pacientes.

03

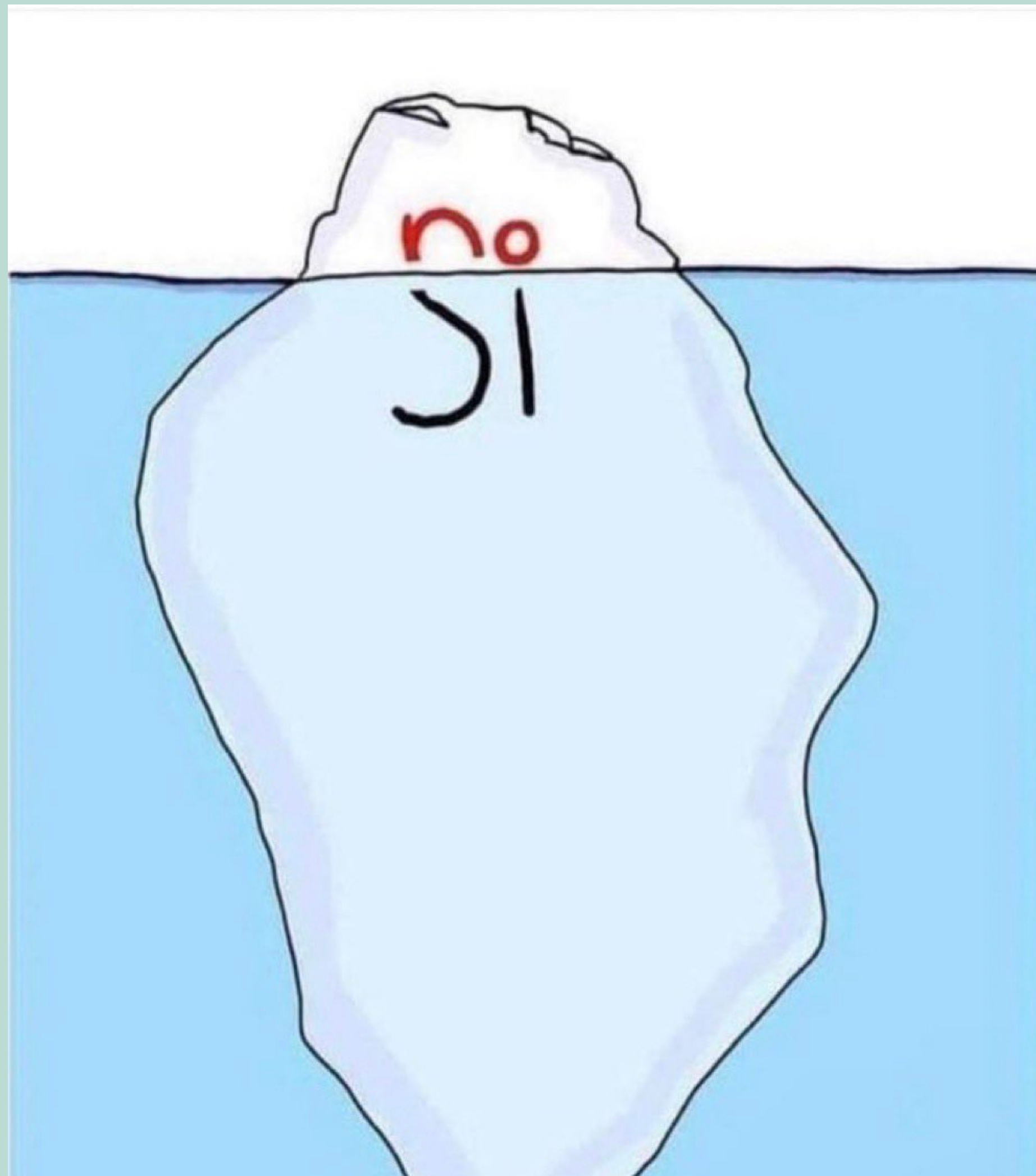
Si bien la muestra fue representativa, el n debería haber sido mayor. Dado que el registro en algunas HC estaba incompleto, y la transición del papel a electrónico pudo haber jugado en contra para un correcto registro de todos los casos de cáncer de ovario de la institución. La baja representación de algunos tipos y subtipos histológicos, y la falta de registro de datos como el volumen tumoral residual post quirúrgicos, o el poco porcentaje de cirugías citorreductoras/estadificadoras realizadas, son considerados una debilidad de este estudio.

Conclusiones



04

Como crítica constructiva a este trabajo debemos ser capaces de tener un mejor registro en las historias de las pacientes oncológicas, dado que en varias de las analizadas, muchas de las casillas que contemplan la ficha patronímica, antecedentes personales, oncológicos estaban vacías, incluso en las historias clínicas electrónicas.



¡Gracias!