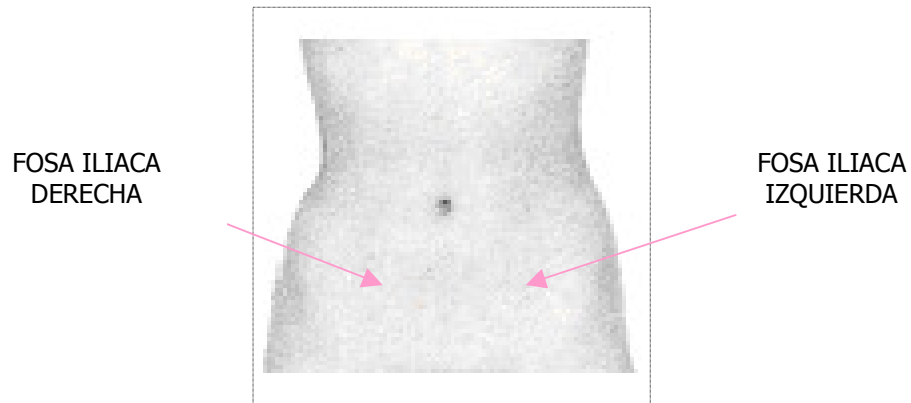
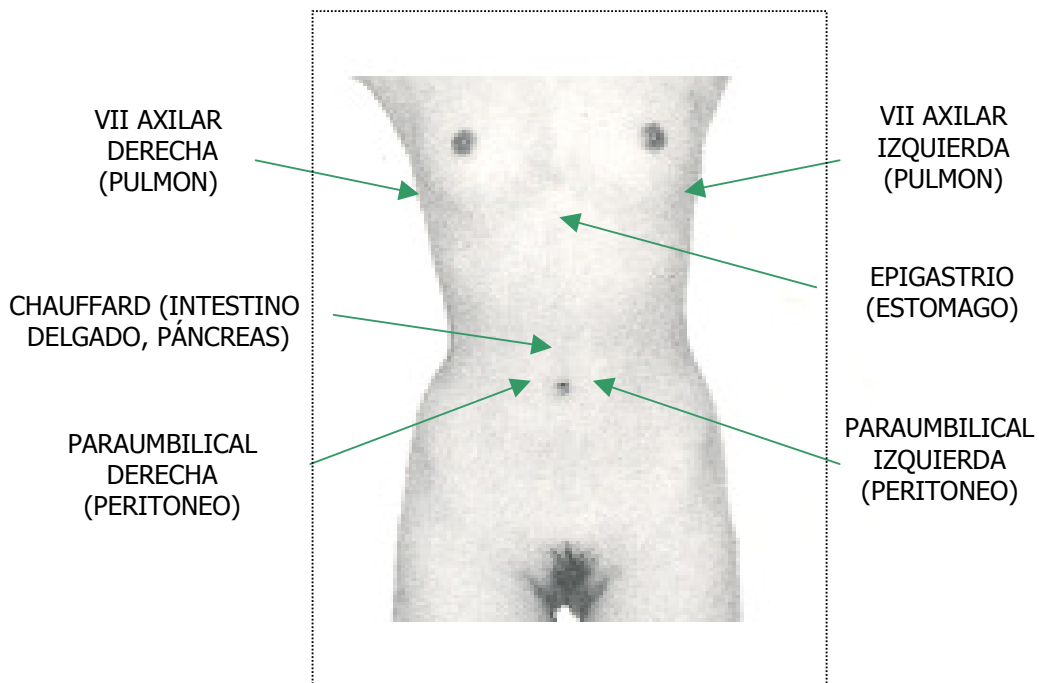

CÁNCER DE OVARIO

TOMAS DE BIOTOPOGRAMA

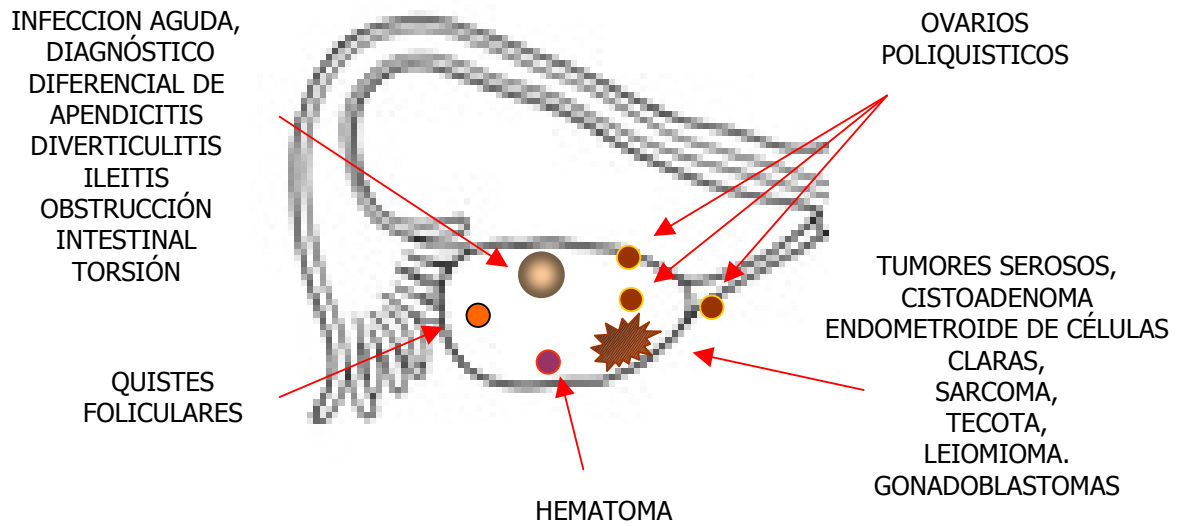


La investigación para determinar la existencia del cáncer de ovario se limita a ambas fosas iliacas.

METASTASIS MAS FRECUENTES EN CANCER DE OVARIO

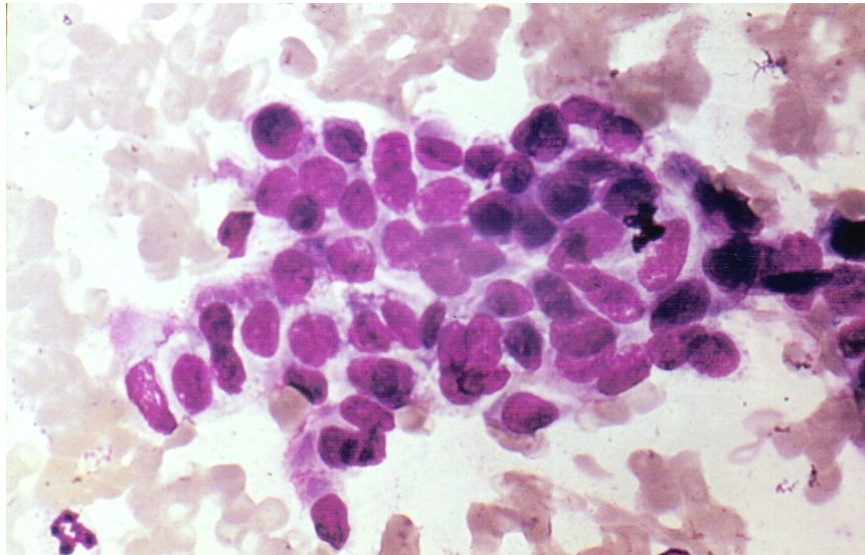


PATOLOGÍA DE OVARIO



CANCER DE OVARIO

Sra. M.R.G.



Microfotografía que muestra la presencia de células tumorales en la toma de V lumbar

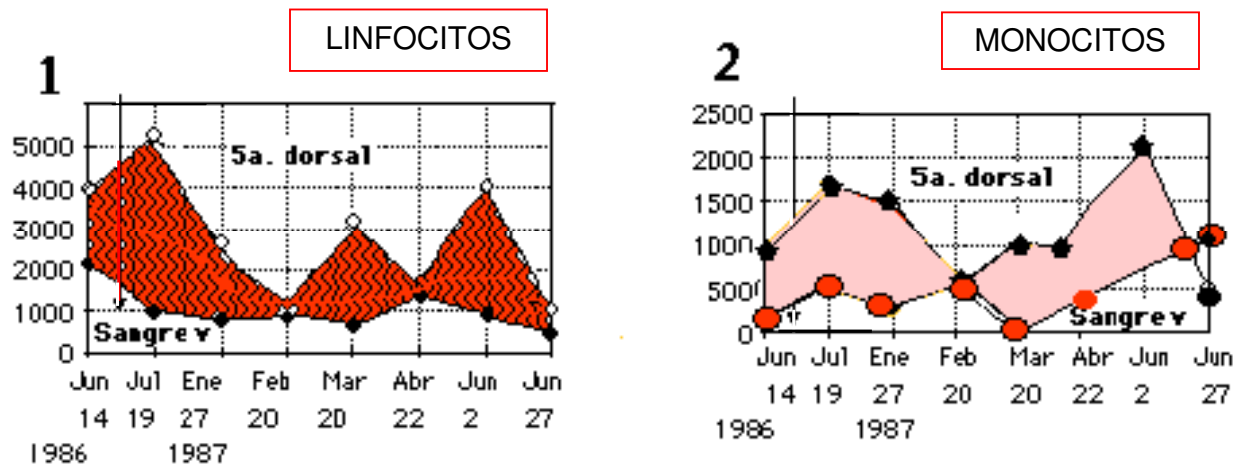
En el siguiente ejemplo podemos comparar las enseñanzas del Biotopograma y la reiterada negatividad de los estudios de rayos X y tomografía, en esta enferma con carcinoma papilar del ovario en fase de generalización en el peritoneo e intestino con evolución fatal

Paciente de 80 años aparentemente sana hasta la fecha y que solo había sufrido de colecistitis y Pielonefritis crónicas, esta última por compresión vascular de uretero derecho. Meses antes de la aparición del cáncer sufrió hipotermia de causa desconocida. Orientados por los datos del Biotopograma de pelvis menor en febrero de 1986, se efectúa exploración ginecológica que resultó normal.

Simultáneamente la tomografía solo encontró quiste renal derecho. El estudio radiológico del retroperitoneo fue normal y no se encontraron ni ascitis ni tumoraciones. La radiografía del colón revela diverticulosis intestinal.

Al aumentar los síntomas digestivos se practica laparotomía exploradora en la que se encuentra cáncer diseminado en el peritoneo que no es resecable. El estudio histopatológico demuestra carcinoma papilar del ovario. Surgen ascitis, anorexia y pérdida de peso. Una nueva tomografía no muestra masas tumorales. Se alimenta con sonda gástrica por aparición de vómitos incoercibles. En la radiografía del tórax hubo atelectasias laminares basales. Surge bronconeumonía y muere el 27 de septiembre de 1987.

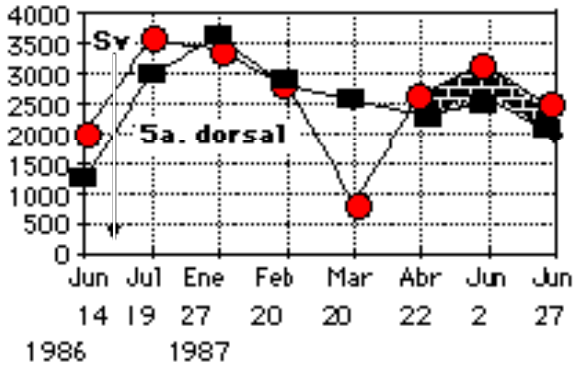
DATOS HEMATOLÓGICOS
SANGRE VENOSA Y V DORSAL



Linfocitos: En la sangre venosa de cifras normales se pasa a linfopenia, en la toma de Biotopograma al principio muestra ondas de linfocitosis la que disminuyen en el curso clínico del padecimiento. Gráfica 1. **Monocitos:** hay dos ondas de intensa monocitosis en la investigación del Biotopograma.

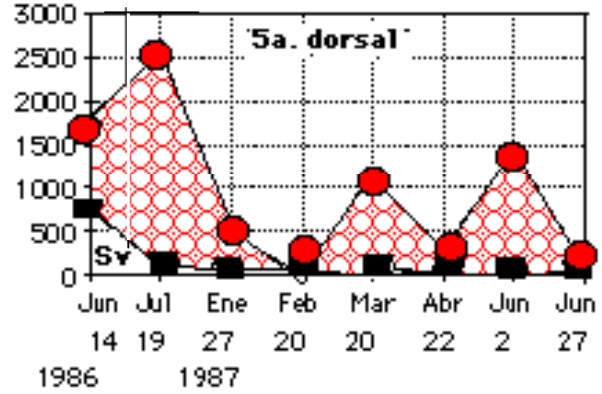
NEUTRÓFILOS

3



LINFOCITOS N.K.

4

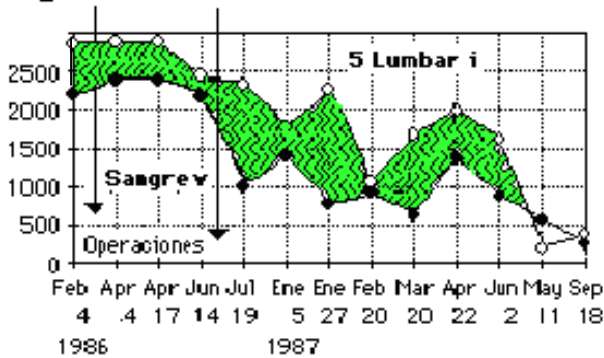


Neutrófilos: En ambos estudios hay neutropenia en grado similar durante el curso de toda la evolución. Gráfica 3. **Linfocitos N.K.:** En los primeros meses hay una onda de intensa reacción inmunitaria para que en la cercanías de la muerte se vena otras dos de mediana intensidad. Total ausencia de elevación en la sangre venosa. Gráfica 4

DATOS HEMATOLOGICOS
SANGRE VENOSA Y V LUMBAR IZQUIERDA

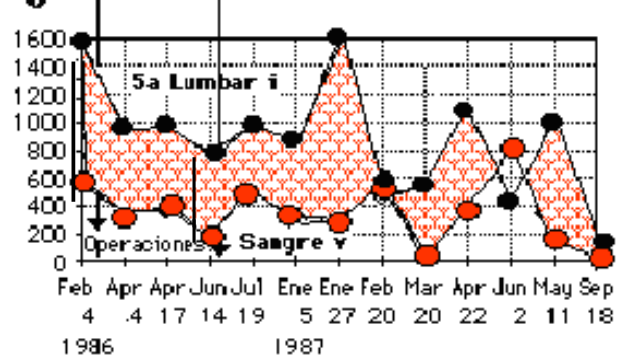
LINFOCITOS

5

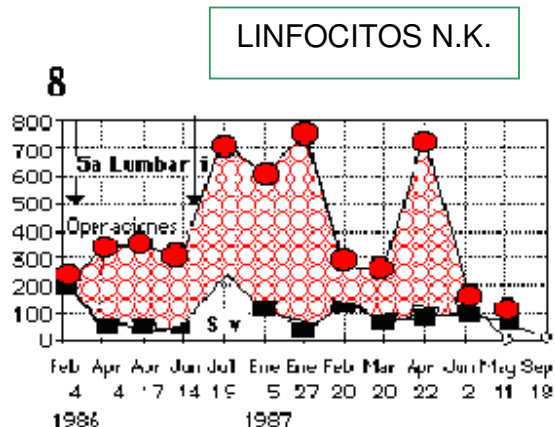
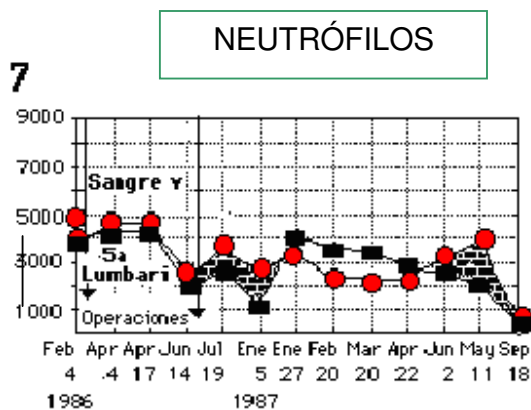


MONOCITOS

6



Linfocitos: al iniciar la observación hay cantidades normales en ambas pruebas para que en forma sincrónica bajen paulatinamente hasta las cercanías de la muerte en que sus cantidades son muy bajas, lo que indica falta de defensas. Gráfica 5. **Monocitos:** ausencia de monocitosis en la sangre. Ondas decrecientes de monocitosis en la toma local. Baja Terminal intensa. Gráfica 6.

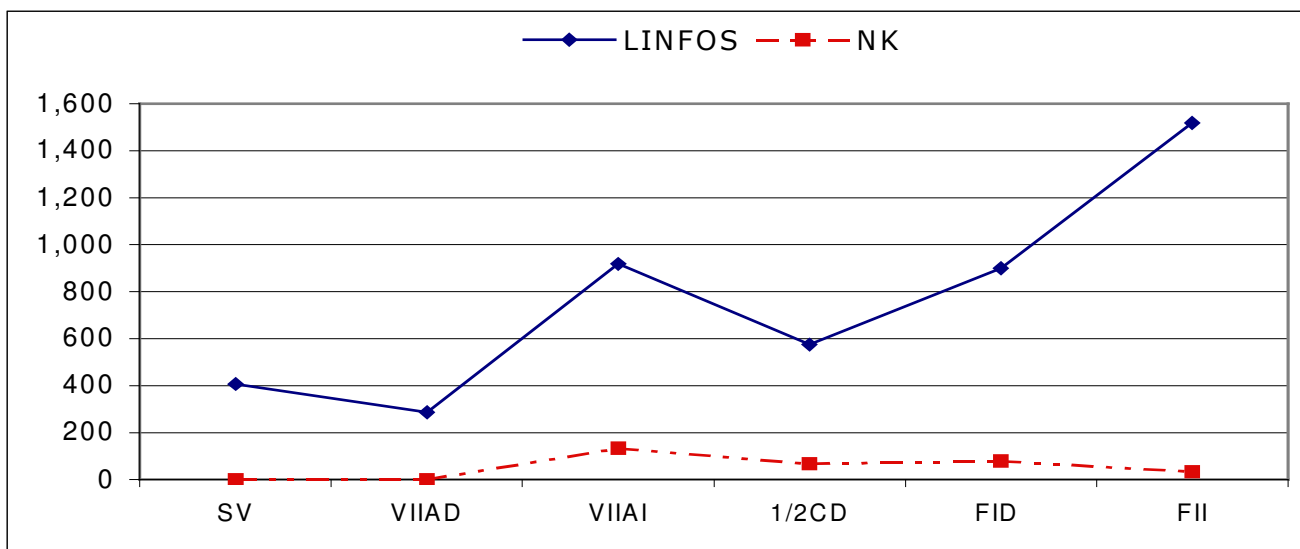


Neutrófilos: Baja paralela y progresiva de los neutrófilos hasta la casi desaparición de ellos días antes de la muerte. **Gráfica 7. Linfocitos N.K.:** Ausencia de respuesta de estas células en la sangre venosa hay dos discretas elevaciones de linfocitos N.K. en el Biotopograma aunque menores en la V dorsal. **Gráfica 8.**

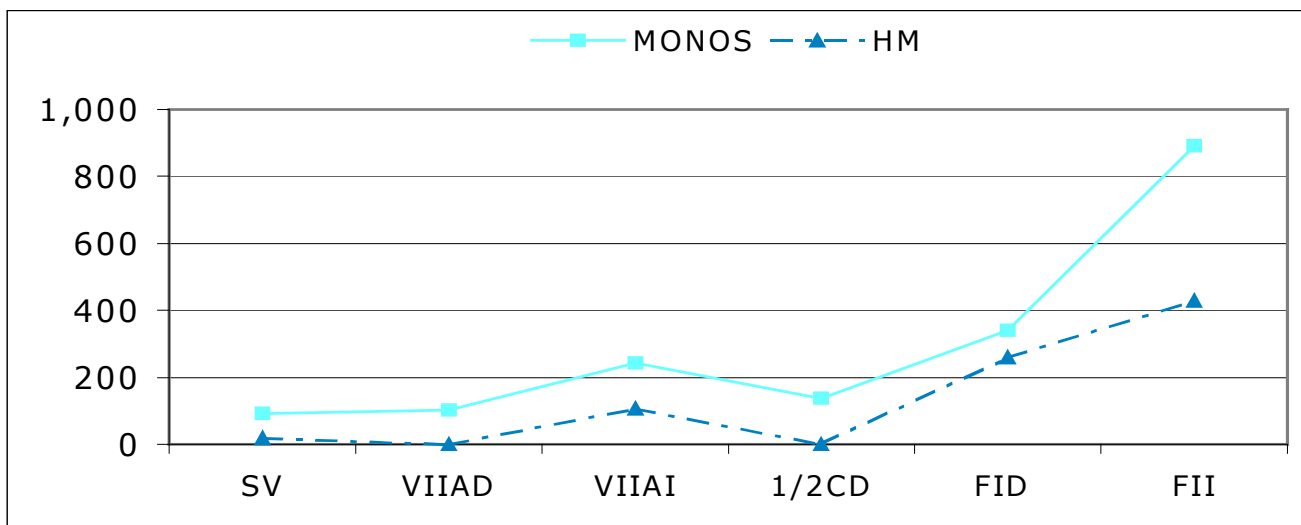
A pesar de la monocitosis aparecida en la V lumbar izquierda antes de la cirugía, no se pensó en proceso tumoral, ni por los hallazgos negativos de los estudios ginecológicos y radiográficos, ni por la indiferencia de las alteraciones de los glóbulos blancos en la sangre venosa.

CANCER DE OVARIO IZQUIERDO CON METASTASIS MUSLO IZQUIERDO.

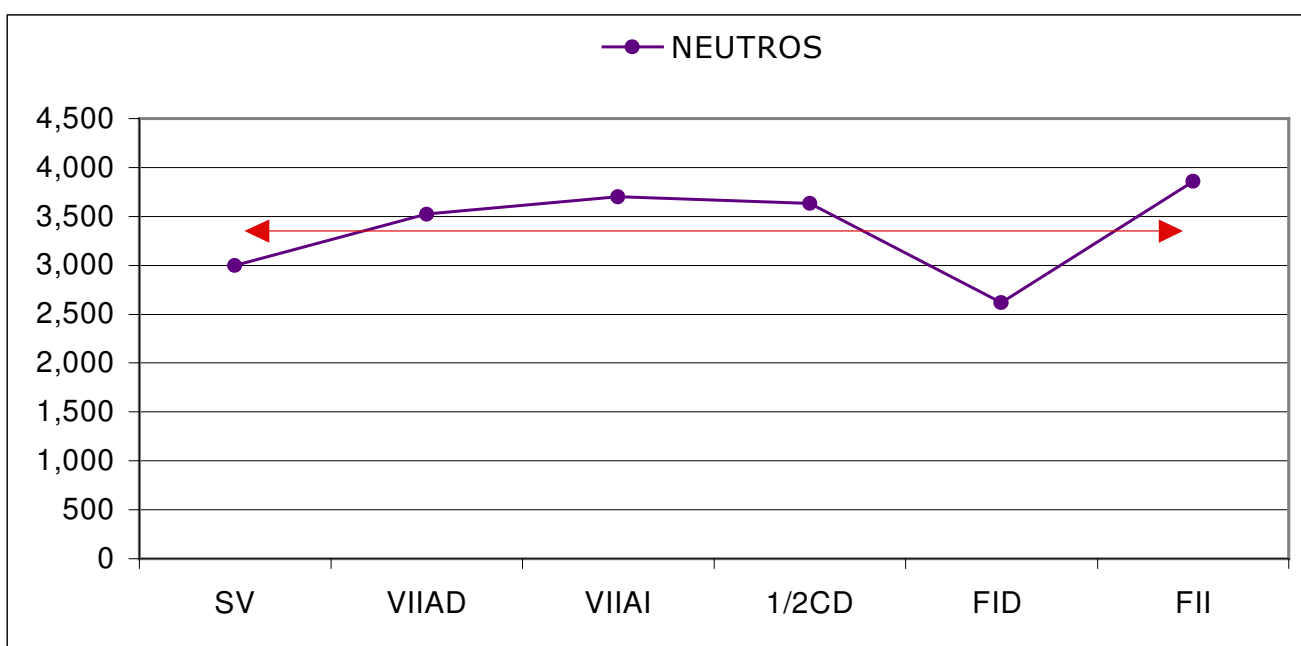
Sra. M.L.



El tumor del ovario izquierdo determina marcada monocitosis en la toma de la fosa iliaca izquierda. Obsérvese la ausencia de reacción de Linfocitos N.K. en las tomas efectuadas lo que indica mala condición inmunitaria.



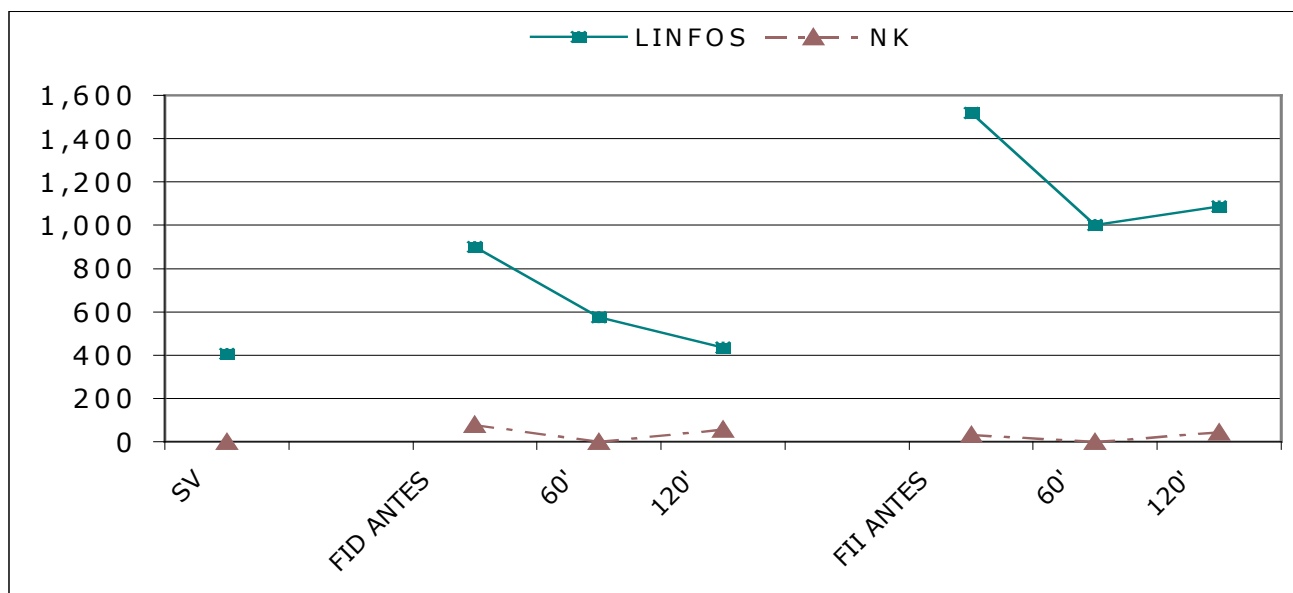
Confirmando la existencia del proceso neofornativo, la acentuada monopenia de la sangre venosa contrasta con la moderada histiomonocitosis encontrada en la fosa iliaca izquierda.



La conducta de los neutrófilos manifestando neutropenia difusa es indicativa de la escasa reacción defensiva a las agresiones agudas.

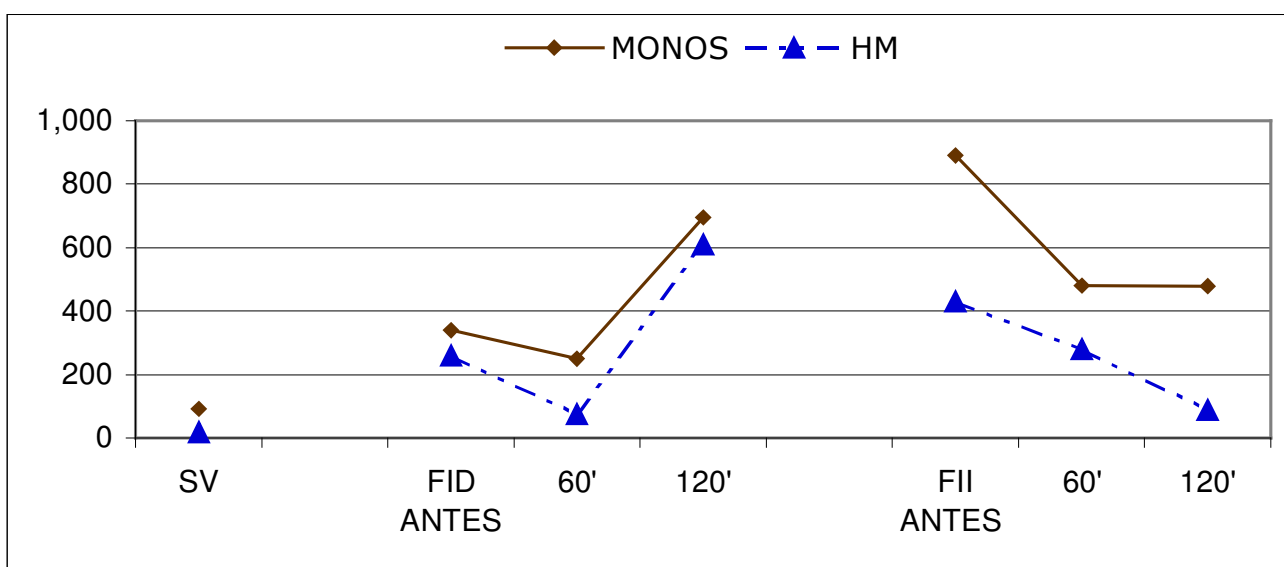
SOBRECARGA DEL MISMO CASO

Sra. M.L.

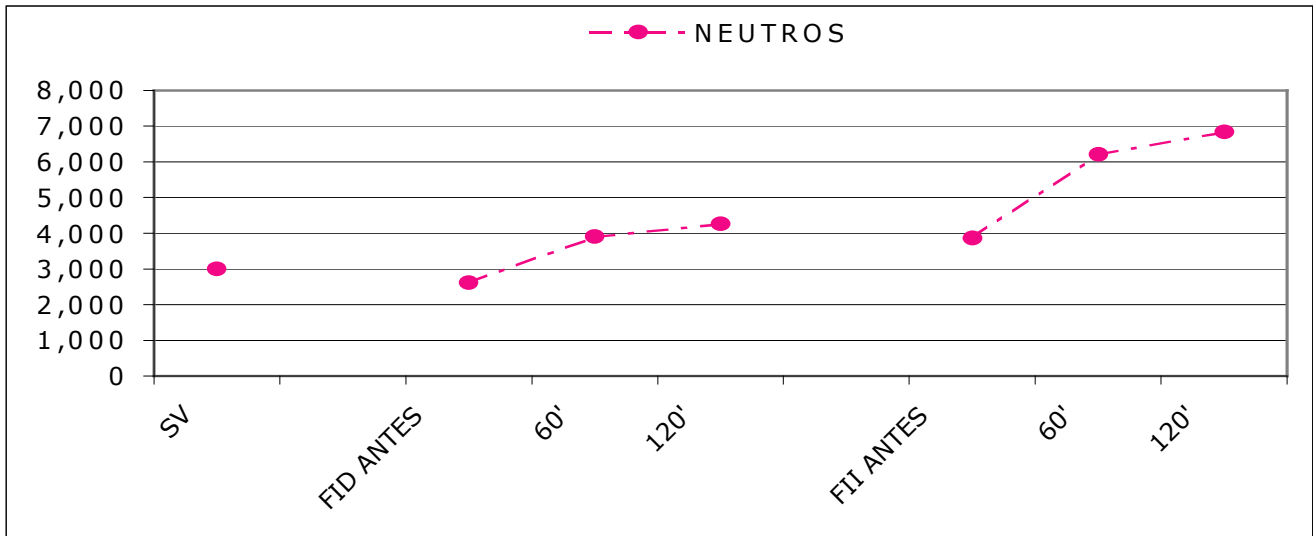


Excitante: 25 flexiones de muslo izquierdo (músculo psoas) que determinan una disminución de linfocitos, mas evidente en la fosa iliaca izquierda.

Sra. M.L.



La monopenia de la fosa iliaca derecha es seguida de ligero aumento de la población de histiomonocitos, mientras que en la fosa iliaca izquierda hay una franca disminución permitiéndonos pensar en que las condiciones defensivas son menores a este nivel.

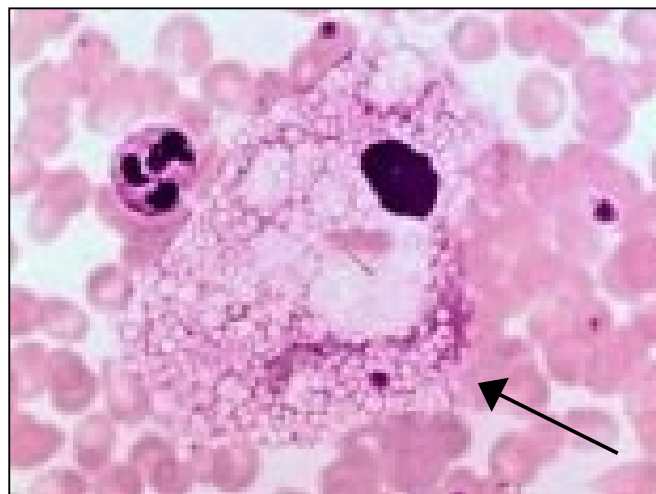


La excitación determinada por los movimientos del músculo psoas sobre el ovario, causa una irritación aguda muy ligera, más manifiesta aún en el ovario enfermo.

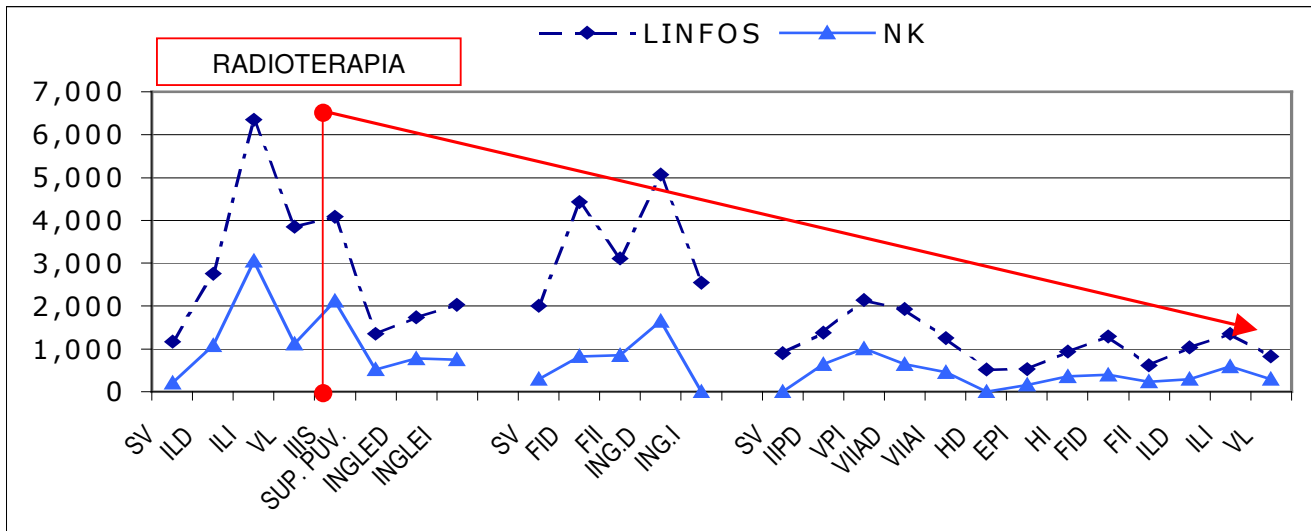
CANCER DE OVARIO CON METASTASIS

22 años con crecimiento abdominal generalizado con dolor difuso, evacuación y vómito verdoso e hiperácido, fiebre, adenopatía supraclavicular izquierda, condensación base pulmonar derecha, ascitis libre, hepatomegalia. Se efectúa tratamiento con radioterapia y control posterior con estudios Hematológicos.

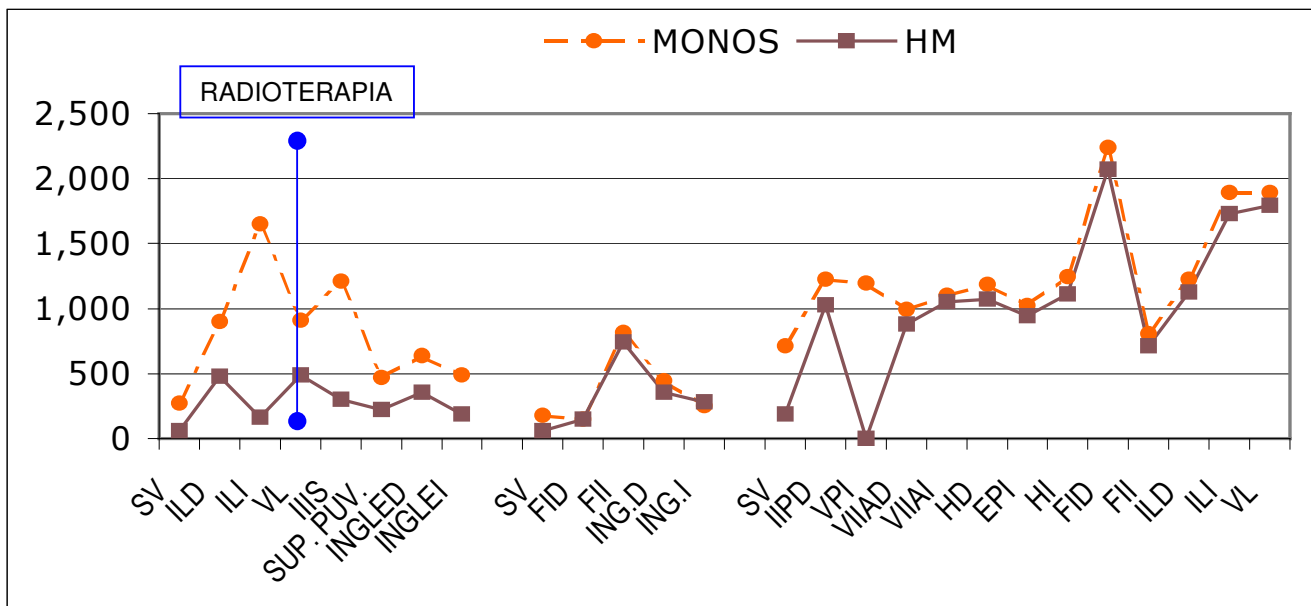
Srita. V.A.



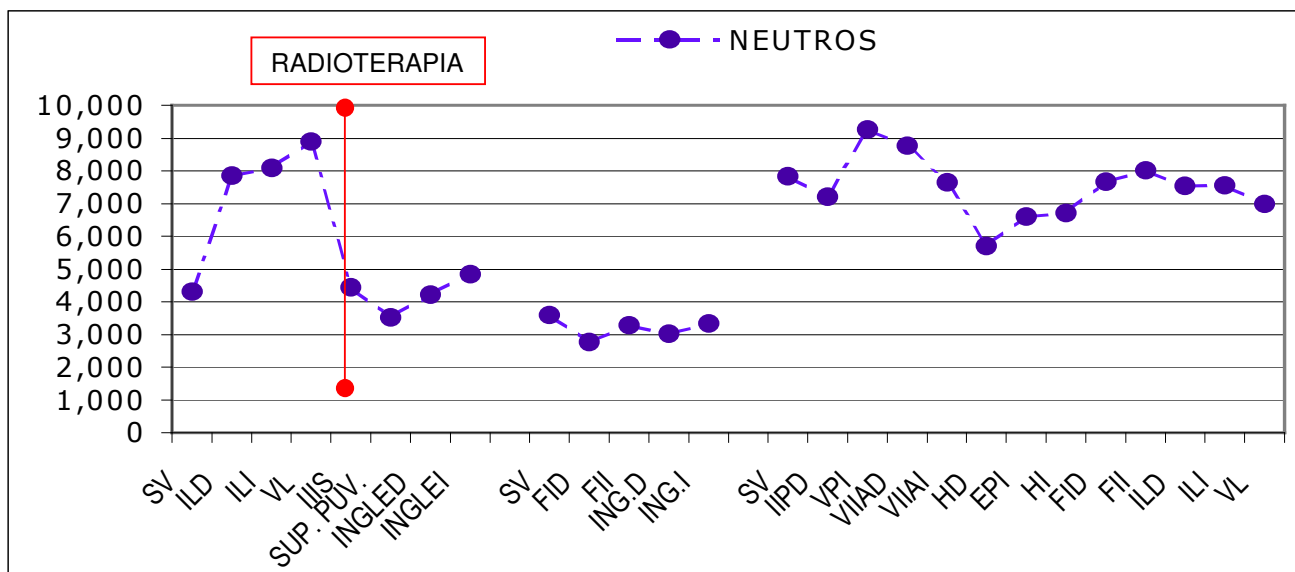
Microfotografía que muestra una enorme célula espumosa



En la toma de ILI existe franca reacción linfo-inmunitaria la que disminuye inmediatamente después de la radioterapia para que al avanzar el proceso aparezca linfopenia



Ausencia de reacción histiomonocitaria en la sangre venosa para que persista ligera en la VL y IIIS. Después de la radioterapia se acentúa la disminución de monocitos que adquieren en la sangre venosa valor extremo y de mal pronóstico. En el tercer estudio después de la suspensión de la radioterapia existe recuperación de los monocitos en la sangre venosa y aparece franca elevación en la FID lo que es de mal pronóstico.



La aplicación de radioterapia determina la aparición de neutropenia difusa que indica baja de las defensas leucocitarias, para que posteriormente al suspender la radioterapia se vea la recuperación de los neutrófilos con presencia de cifras ligeramente aumentadas.

Según D'Andrea G., El cáncer de ovario es bastante común, pero las metástasis cerebrales de cáncer de ovario se consideran raras. Once pacientes con metástasis cerebral solitaria de un carcinoma epitelial de ovario fueron atendidos en el Servicio de Neurocirugía de la Universidad de Roma La Sapienza entre 1980 y 2000. La sobrevivencia media fue 28 meses y la causa de la muerte fue la recaída de la enfermedad sistémica.

Para Abrey L. E. y Dalmau J. O., las complicaciones neurológicas del cáncer de ovario son raras y para el conocimiento de los autores todo su espectro no ha sido delineado anteriormente. La enfermedad neurológica que acompañan el carcinoma de ovario puede ser más común y más diversa que lo que anteriormente se reconocía. El diagnóstico y el tratamiento neurológico definitivo benefician a la mayoría de los pacientes.

Atallah David reporta la evolución de una mujer de 52 años de edad que se presentó al servicio de urgencias con una crisis epiléptica. Cuatro años antes se había sometido a una salpingo-forectomía bilateral con omentectomía total y pélvica y para-aórtica disección de ganglios linfáticos para un adenocarcinoma mucinoso de ovario, etapa IB (FIGO). En estudios ulteriores se detectaron metástasis cerebrales.

Bakri Y.N. reporta un caso de carcinomatosis meníngea agregada a tumor ginecológico.

Chung P. presenta un caso de carcinoma de ovario grado IV con ataque leptomeníngeo.

La metástasis en los ojos de un cáncer de ovario es extremadamente rara. Akahira J., publicó la historia clínica de una enferma de 30 años de edad cuya evaluación oftalmológica reveló un tumor coroidal metastásico de un cáncer de ovario que había sido diagnosticado 10 años antes. Después de la resección del tumor se encontraron múltiples metástasis invadiendo ojos, huesos de la bóveda craneana y pulmón. Aydin C. sugiere que los síntomas y signos de cáncer ovárico corren paralelos a la expansión intra-abdominal del tumor. Las metástasis en ganglios axilares es rara. El diagnóstico y pronóstico de las metástasis del cáncer de ovario deben ser diferenciados con seguridad del tumor primario porque el tratamiento difieren significativamente.

Balat O. menciona en su trabajo que la metástasis esplénica recurrente de un cáncer ovárico epitelial es muy rara. Hasta la fecha, hay solo 5 casos reportados en la literatura. Begin R.I. publicó la historia de una mujer de 44 años de edad la cual se presentó a la consulta con disnea e insuficiencia respiratoria secundaria a la carcinomatosis letal embólica pulmonar como una manifestación de cistoadenocarcinoma seroso de ovario.

Barber H. menciona que esta llegando a ser obvio que el cáncer ovárico debe ser considerado como una enfermedad del tracto gastrointestinal y que los médicos que están tratando a una paciente con cáncer del ovario deben estar preparados para manejar problemas asociados al intestino. La prácticas de puncionar a mujeres con ascitis para establecer el diagnóstico y de realizar una exploración únicamente para efectuar una biopsia deben ser desalentadas. Con el advenimiento de métodos de tratamiento disponibles, las pacientes con cáncer ovárico viven más y mas confortablemente. En otro trabajo, el mismo autor señala que la mayoría de los cánceres epiteliales comunes de ovario se presentan en las etapas III y IV. Aunque este tumor no es realmente un tipo de cáncer que se preste a la cirugía, se ha informado reiteradamente que el pronóstico depende de la cantidad de enfermedad residual que permanezca al final del procedimiento. La presencia de nódulos de 2 cm o más por lo general significa que el paciente no se va a curar, pero puede obtener la paliación durante largos períodos de tiempo con la terapia adyuvante.

La carcinomatosis meníngea por carcinoma de ovario primario es una metástasis rara que presenta problemas de difícil solución en su diagnóstico y manejo. Behnam K. considera que hay pruebas de que la extensión de la supervivencia de las pacientes, debido a los avances en el tratamiento del carcinoma de ovario, ha mejorado nuestra habilidad para diagnosticar la carcinomatosis meníngea de este tumor con mayor frecuencia. Bischoff J. y Schunemann H. publican la evolución de una enferma con adenocarcinoma evolutivo que se reprodujo en el sistema nervioso central. Este tipo de metástasis tienen el proceso pronóstico grave. La influencia de las diferentes terapéuticas es dudosa.

Bychkov V. reporta que el modelo estructural de un tumor de amígdalas en una mujer de 67 años de edad fue similar a un pequeño androblastoma de ovario diagnosticado histológicamente 6 1/2 años antes. El estudio de microscopía electrónica de la masa de las amígdalas reveló estructuras cristaloides que sugirieron el origen del tumor en las células de Leydig. Cullen J.R. publicó un caso de carcinoma de ovario metastásico a la laringe.

La participación de mama en el cáncer de ovario es extremadamente rara. Cormio G. presenta una paciente de 43 años con metástasis solitaria de mama, 3 meses después de haberse efectuado el diagnóstico de cáncer de ovario. También Courtade M. reporta la evolución de una enferma de 74 años de edad que presentó nódulos del seno 3 años después del diagnóstico de un adenocarcinoma papilar del ovario. El diagnóstico fue hecho por el estudio histopatológico. De Metz C.E. presenta cuatro pacientes con carcinoma epitelial de ovario y metástasis cerebrales, las cuales son todavía un hecho poco frecuente en esta neoplasia, pero, como el tratamiento para el cáncer de ovario produce más supervivientes a largo plazo, tales patrones poco comunes de propagación puede llegar a ser más frecuentes. De Witte O., por su lado, menciona que han sido reportados unos pocos casos de metástasis cerebrales del cáncer ginecológico. Este tipo de tumores generalmente se diseminan a través del torrente sanguíneo, y frecuentemente a través de implantación de superficie o extensión linfática. Dinh T.V. publica la historia clínica de 2 enfermas con carcinoma ovárico y metástasis óseas. Las metástasis óseas demostradas antes de la muerte son raras y su pronóstico es muy pobre.

En la revisión de 255 pacientes con carcinoma ovárico que hizo Dauplat J., se encontró que en 97 pacientes (38%) en estadio IV se desarrollaron metástasis en algún momento de la historia natural de la enfermedad. Se encontraron derrames pleurales malignos en 63 (24,7%) y la supervivencia media (desde el momento del diagnóstico del derrame) fue de 6 meses. Las metástasis hepáticas se desarrollaron en 24 enfermos (9,4%; con sobrevida media de 8 meses); metástasis en los ganglios linfáticos distantes en 18 pacientes (7,1%; con media de supervivencia de 9 meses); nódulos subcutáneos en 9 pacientes, derrame pericárdico en 6 pacientes, metástasis en el sistema nervioso central en 5 pacientes y en 4 pacientes, metástasis en los huesos.

El cáncer de mama es un tumor maligno primario común en las mujeres. En raras ocasiones la mama es también el sitio de la enfermedad metastásica. en su informe, Duda R.B., describe la evaluación de la mama y masas axilares en un paciente con cáncer ovárico conocido.

Dvoretzky P.M. dice que las metástasis del carcinoma ovárico al tracto gastrointestinal están frecuentemente asociadas con metástasis a los ganglios mesentéricos. En 100 casos de cáncer ovárico estudiados durante la autopsia se describieron los factores clínicos y morfológicos que afectaron la distribución de la enfermedad. En adición al patrón esperado en la diseminación pélvica y abdominoperitoneal, las metástasis parenquimatosas viscerales se presentaron con la siguiente frecuencia: parénquima hepático 45%, parénquima pulmonar 39%, pared de intestino delgado y grueso 52% y 55% respectivamente, nódulos linfáticos 70%, páncreas 21%, ureter 24%, hueso 11% y cerebro 6%. Al hacerse el diagnóstico los casos en estadio I se asociaron con mayor incidencia de hígado, pulmón, intestino y hueso. Contrasta el estudio de Eltabbakh G.H. quien publica que una paciente con adenocarcinoma peritoneal primario (raramente diagnosticado) desarrolló metástasis cerebrales y murió poco tiempo después. La incidencia de metástasis en el sistema nervioso central en 72 pacientes fue de 1.4%. Evans T.R. reporta 4 casos de síndrome de Trousseau que apareció en asociación con el cáncer de ovario después de un periodo de 3 a 4 años. el autor menciona que es de particular importancia la dificultad para efectuar los diagnósticos de los procesos tromboticos en este tipo de pacientes.

Farias-Eisner R. reporta 4 pacientes que desarrollaron recurrencias parenquimatosas esplénicas solitarias a partir de su adenocarcinoma ovárico y que se sometieron a esplenectomía para remover la enfermedad. Flam F. por su parte, publica el estudio de una paciente de 78 años en quien se encontraron metástasis subcutáneas que mejoraron con el tratamiento a base de Tamoxifen. Gallo A. estudio a una mujer de 59 años que presentaba masas tumorales en ambas axilas a mastitis, se sospechó un cáncer primario o metastásico de seno. El material patológico demostró un adenocarcinoma de origen ovárico.

Geisler J. P. and Geisler H. E. dicen que no es frecuente la metástasis al sistema nervioso central del carcinoma ovárico. en 479 enfermos tratados de cáncer de ovario se encontraron 16 pacientes con metástasis al sistema nervioso central. Gemignani M.L. publicó un estudio en el que 6 pacientes que habían recibido esplenectomía por cáncer ovárico recurrente, 4 de ellos sufrieron una segunda cirugía y recibieron quimioterapia con platino. La tomografía computada demostró la enfermedad recurrente. Para Hardy J.R. and Harvey V.J. mencionan que las metástasis cerebrales se consideran una complicación poco frecuente de carcinoma de ovario. En una serie de 52 pacientes tratados con platino, adriamicina, y quimioterapia en combinación con ciclofosfamida, 6 pacientes presentaron metástasis cerebral, con una incidencia de 11,6%, mayor que la reportada por otros. La metástasis ovárica al seno es rara. Hennigan C.A. publica que el diagnóstico debe ser hecho cuanto antes y de manera eficiente para minimizar el trauma físico y emocional de la paciente.

Hepp A., presentan el caso clínico-patológico de una enferma de 35 años de edad con síntomas de enfermedad sistémica múltiple 3 meses después de que fue admitida al hospital y murió 6 días después con signos sugestivos de estenosis mitral. La autopsia demostró un carcinoma primario del ovario derecho con metástasis múltiples, en corazón, pulmones, cerebro, riñones, páncreas, arterias mesentéricas y bazo. Hockstein S. dice que una mujer de 78 años con ganglios axilares debidos a tumor de seno la biopsia reveló un adenocarcinoma del seno. El examen físico, el mamograma diagnóstico y la resonancia magnética de los senos fue normal. La tomografía computarizada reveló una masa anexial compleja que albergaba un carcinoma ovárico.

Hoffman J.S. publica que en los pasados 5 años se han encontrado 7 casos de tumores metastásicos al sistema nervioso central cuyo origen primario resultó carcinoma ovárico avanzado o recurrente. Höss C. reporta el caso raro de una metástasis en los ganglios linfáticos axilares de un cáncer de ovario 15 años después de la operación principal. Para nuestro conocimiento, este es uno de los pocos casos sin enfermedad metastásica simultánea de la mama. Hughes J.D., por su lado, ha descrito un caso de carcinoma de ovario, con la participación de mama bilateral. La presencia de la participación de mama metastásica generalmente indica metástasis generalizadas y el pronóstico es malo. Kaminsky-Forrett M.C. presenta un estudio que abarcó de 1974 a 1998, en el cual, ocho de los 704 pacientes tratados de cáncer de ovario epitelial en su centro de cáncer desarrollaron metástasis cerebrales. La mediana de tiempo antes de aparición de metástasis cerebrales fue de 15 meses después del diagnóstico del cáncer de ovario. Seis pacientes tenían una sola lesión y dos tenían múltiples lesiones del parénquima cerebral.

En 357 pacientes, Kerr V.E. y Cadman E., encontraron ataque pulmonar de cáncer ovárico, derrame pleural presente en cerca del 75% y en 73 de los enfermos el derrame contenía células malignas. No se encontraron diferencias respecto a la edad, raza, menopausia, cigarro o el grado de invasión encontrado en la autopsia. Los rayos X son de gran valor en estos casos.

Para Kolomainen D.F., las metástasis al sistema nervioso central son una rara y tardía manifestación de la enfermedad, presentándose en pacientes con una sobrevida prolongada lograda por remisiones quimiosensitivas. Dice además, que un análisis de sus datos y los de la literatura sugiere que la incidencia de metástasis en este sitio esta incrementándose en pacientes con carcinoma ovárico epitelioide.

Kushner D.M., informa un caso de adenocarcinoma de ovario seroso papilar con metástasis coroidea en el ojo en el cual, el examen del fondo de ojo reveló metástasis a la coroides superior temporal derecha.

Larson D.M. opina que con el advenimiento de quimioterapia sistémica capaz de controlar metástasis en la mayoría de los sitios, la aparición de metástasis al sistema nervioso central están resultando mas comunes en pacientes con carcinoma ovárico epitelial. Una revisión epidemiológica retrospectiva realizada en el Hospital M. D. Anderson de la Universidad de Texas, y en el Instituto del Tumor reveló metástasis en el sistema nervioso central en 13 de 4,456 pacientes con carcinoma ovárico epitelial (0.29%). la sobrevivencia promedio total fue de 29 meses. Los pacientes tratados quirúrgicamente vivieron mas tiempo que aquellos que no se sometieron a cirugía. Con la resección quirúrgica, radioterapia y quimioterapia sistémica son posibles una mejoría sintomática significativa y las remisiones de larga duración son posibles. la veracidad diagnóstica de la tomografía computarizada en los casos de infiltración grasa hepática puede ser variable y mimificar lesiones incluyendo las neoplásicas.

Leifer D.M. y Chan T.W. reportan un caso de carcinoma ovárico metastásico al hígado enmascarado por una infiltración grasosa focal.

Loredo D.S opina que la metástasis al seno del carcinoma ovárico es rara y se reporta tan solo en 26 casos de la literatura médica y que cuando esta aparece, indica una metástasis generalizada.

Para Lyass O. La frecuencia de metástasis demostrable al hígado en pacientes con carcinoma ovárico recurrente es alta, la autopsia indica que es el segundo sitio de metástasis con carcinoma ovárico epitelial.

Majerus B. presenta el reporte de un caso y revisión de la literatura de metástasis gástricas del adenocarcinoma de ovario. Existen 4 tipos de diseminación neoplásica. Comúnmente estos tumores metastatizan siguiéndolas vías intraperitoneales o los canales linfáticos. Con menor frecuencia, los tumores invaden los órganos vecinos por extensión directa. Rara vez, hay una diseminación hematogena. Las metástasis gástricas se originan mas frecuentemente de melanomas malignos, adenocarcinomas del seno y de tumores broncogénicos.

Por otro lado, Mateo F considera que los cánceres ováricos frecuentemente envían metástasis a la pleura y parénquima pulmonar. Las metástasis bronquiales clínicamente significativas son raras.

Sanderson A. publicó que de 122 mujeres en revisión clínica, se realizó tomografía computarizada y resonancia magnética craneal en 78, revelando metástasis cerebral en el 1.1%. Las mujeres se encontraban entre 23 y 73 años de edad. Las metástasis se presentaron entre 6 a 60 meses después del diagnóstico inicial. La mayoría murieron al año. Aunque esta metástasis es rara, la tomografía computarizada debe ser la primera investigación de posibles metástasis cerebrales.

Selvaggi S.M. encontró un teratoma del ovario en el líquido peritoneal en una niña de 10 años. Un hombro doloroso es una condición muy común encontrada en una clínica de reumatología, siendo las causas más frecuentes las lesiones del manguito rotador, los desórdenes glenohumerales, la enfermedad acromioclavicular y el dolor referido al cuello.

Saha E. describe la evolución de una enferma con artritis reumatoide e historia médica de carcinoma ovárico epitelial fue vista en la clínica de reumatología con un hombro doloroso que fue diagnosticado como tendinopatía. 3 meses después mostró una masa de 1.5 x 1 cm., firme, indolora de tejido blando sobre la escápula derecha y los rayos X demostraron una lesión lítica grande que destruía el borde superior de la escápula, hallazgo sugestivo de metástasis. Las metástasis óseas en pacientes con carcinoma ovárico son muy raras y de mal pronóstico. Por su parte, Ross W.M., menciona que el estudio Interdisciplinario de los protocolos para el tratamiento del adenocarcinoma avanzado de ovario han dado como resultado la supervivencia prolongada de las pacientes.

Las metástasis al cerebro del cáncer ovárico son muy raras y de pronóstico sombrío. Se desarrollan sobretodo durante la quimioterapia post-operatoria. La enferma que reporta Matsunami K., presentó aumento de la presión intracraneal como primera manifestación. El estudio histológico del tumor removido del cerebro demostró el origen ovárico sin que se encontrara evidencia de lesión local invasiva. La posibilidad de un origen ovárico debe ser considerada en las mujeres con ataque cerebral. También Montero C.A. dice que las metástasis mediastinales del carcinoma de ovario no son un hallazgo raro en la autopsia. Estos tumores generalmente se diseminan por vía, transcelómica, linfática o hematológica al peritoneo, ganglios linfáticos pélvicos y para-aórticos, pulmón y pleura.

En su trabajo, Merimsky O. reporta a una enferma de 83 años con carcinoma de ovario que padecía de disnea, disfagia y ronquera. Se encontraron metástasis mediastinales. Nguyen T.T. reporta el caso de una paciente con carcinoma de ovario y metástasis cerebrales que causaron hidrocefalia.

Noguchi H. y Mori A. presentan un caso de metástasis de hueso del cáncer de ovario que se produjeron más de 7 años después del diagnóstico inicial, con metástasis al esternón y costillas, las cuales son extremadamente raras.

Orris B.G. confirma que el cáncer de ovario es una causa importante de muerte en las mujeres y generalmente se presenta con la enfermedad abdominal difusa. Las metástasis ganglionares son comunes pero los ganglios linfáticos axilares no suelen participar. La participación de la mama secundaria y ligada a un cáncer de ovario epitelial anuncia una amplia difusión de la enfermedad neoplásica y tiene un pronóstico muy pobre. Ozgüroğlu M. presenta un caso inusual de una paciente quien 2 años después de su diagnóstico de cáncer de ovario epitelial, mostró signos de recidiva con metástasis inflamatoria de ambas mamas.

Patsner B. nos habla de una paciente de 64 años de edad, quien en 1986 fue diagnosticada de adenocarcinoma de células claras de ovario, fase I a II. La paciente tuvo una recurrencia pélvica desarrollada en 1991 que no respondió a la terapia con carboplatino. En 1992, se observó la progresión de la enfermedad con metástasis ganglionar retroperitoneal y difusión a la coroides. El mismo autor, en otro artículo, relata el caso de una enferma con adenocarcinoma ovárico primario el cual, durante un embarazo de la paciente se diseminó a la placenta y al sistema nervioso central.

Las metástasis cutáneas del cáncer ginecológico rara vez se denuncian, y cuando están presentes van acompañadas siempre por enfermedad intraperitoneal neoplásica.

En el caso que presenta Patsner B. se encontraron metástasis extensas de la piel en abdomen, ingle, muslo y perineo de una paciente, las cuales aparecieron seis semanas después de la realización de una segunda laparotomía extensa que no reveló ninguna evidencia de enfermedad intraperitoneal. La aparición de las metástasis cutáneas fue precedida solamente por la historia de inflamación y eritema de la pierna y una determinación marcadamente elevada de CA-125.

Las metástasis eternas y costales del carcinoma ovárico son extremadamente raras Pavlakis G. presenta el caso de una mujer de 47 años con metástasis en la pared del tórax provenientes de un carcinoma seroso-papilar de ovario, las cuales ocurrieron 3 años después del diagnóstico inicial, a pesar de que la paciente había recibido varios regímenes de quimioterapia base platino.

Petru E. reporta a una enferma con metástasis traqueal causando disnea progresiva en enferma con estadio III de un cáncer indiferenciado seroso-papilar del ovario con metástasis en peritoneo, pleura, diafragma, mediastinal y ganglios supraclaviculares. La obstrucción maligna de la traquea debe ser considerada en el diagnóstico diferencial de pacientes con cáncer ovárico avanzado y disnea.

Raptis S. dice que el carcinoma metastásico de ovario a la mama es raro. Este sitio de difusión representa un reto diagnóstico para el citólogo. Hallazgo que habitualmente significa una progresión generalizada del tumor de ovario metastásico con mal pronóstico. Las metástasis cerebrales del carcinoma de ovario son por lo general un extraño suceso Ziegler J. menciona que en el Centro Médico de la Universidad de Nueva York la UNY, cinco pacientes fueron tratados de esta entidad entre 1982 y 1985,. El estadio en la presentación era de grado I a III y todos los pacientes habían o estaban recibiendo quimioterapia.

Wu P.C. menciona que mientras los clínicos se han dedicado al estudio de la conducta del cáncer de ovario a igual que a investigar modalidades terapéuticas mas efectivas, poca atención se ha puesto al estudio de una ruta metastásica importante en este grupo de enfermedades: la diseminación retroperitoneal a través de la vía linfática. Este autor y sus colaboradores realizaron una disección de los ganglios retroperitoneales en 105 casos de cáncer ovárico. La incidencia de nódulos retroperitoneales positivos para cáncer fue del 54%, mientras que en los ganglios pélvicos del 46% y en los para-aórticos del 37%.

Yoshimura S. publicó que el líquido peritoneal de 94 pacientes con cáncer de ovario fue examinado para buscar células tumorales. Los resultados fueron correlacionados con el tipo, grado y estadio del tumor. Aquellos líquidos que resultaron positivos para las células malignas se asociaron con carcinomas serosos y endometriales más frecuentemente que con los carcinomas de otros tipos. La presencia de células tumorales en el líquido indica un peor pronóstico a los 2 años. Las metástasis al sistema nervioso central del cáncer ovárico son raras.

En el trabajo de Sood A., se describen la evolución de 2 enfermas que desarrollaron metástasis cerebrales en forma de depósitos múltiples. Las enfermas solamente sobrevivieron 2 semanas a 5 meses. Surabhi Mukhopadhyay presenta el caso clínico de una mujer de 58 años que presentó disnea por 2 semanas. La paciente presentaba un derrame pleural izquierdo con células malignas. El subsecuente examen pélvico demostró una enfermedad anexial del lado derecho y la imagenología mostró una masa compleja cística del ovario. La laparotomía demostró tumor del ovario, aunque el ovario se encontraba normal de tamaño. Hubo metástasis al colon, mesenterio y fondo de saco de Douglas. La resonancia magnética del cerebro no mostró ataque de la fosa posterior pero se encontró engrosamiento de las meníngeas. Se estableció el diagnóstico de meningitis carcinomatosa secundaria un tumor primario del ovario.

BIBLIOGRAFÍA CANCER DE OVARIO

Abrey L. E. and Dalmau J. O.
Neurologic complications of ovarian carcinoma.
Cancer.
Vol. 85. 1;127-133 1999

Akahira J., Konno R., Ito K., Sato S. and Yajima A.
Choroidal metastasis presented as the initial symptom of the recurrence from ovarian endometrioid adenocarcinoma: A case report.
Gynecol Oncol.
Vol. 77, 1; 219-22. Apr. 2000

Atallah David, Chahine Georges and Voutsadakis Ioannis A.
Uncommon Presentations of Malignancies: Case 3. Brain metastasis from ovarian cancer
Journal of Clinical Oncology.
Vol 21, 15; 2996-2998 Aug. 2003

-
- Aydin C., Unalp H.R., Baloğlu A., Inci A.G., Yiğit S. and Yavuzcan A.
Axillary lymph node metastasis from serous ovarian cancer: a case report and review of the literature.
Arch. of Gynecology and Obstetrics Vol. 279, 2; 203-7. Feb. 2009
- Bakri Y.N., Lee J.H. Jr., Lewis G.C. Jr., Lublin F.D. and Danoff B.
Meningeal Carcinomatosis Complicating Gynecologic Malignancies: A Literature Review and Report of a Case
Obstetrical and Gynecological Survey. Vol 38 , 1; 1-9. Jan. 1983
- Balat O., Verschraegen C. Erbilin M., Edwards C., Silva E., Kudelka, A. P. and Kavanagh, J. J.
Recurrence of ovarian cancer as a delayed solitary parenchymal splenic metastasis.
International Journal of Gynecological Cancer.
Vol. 6, 6; 496 – 498. Nov.-Dic. 1996
- Barber H.R.
Ovarian Cancer.
CA Cancer J Clin. Vol. 36, 3; 149-184. May-Jun. 1986
- Barber H.R.
Spread and treatment of advanced ovarian cancer.
Baillieres Clin Obstet Gynaecol.
Vol. 3, 1; 23-9. Mar 1989
- Begin R.I. and Raptis S.
Diffuse pulmonary carcinomatous embolization: a rare and fatal manifestation of ovarian cancer.
Gynecologic Oncology. Vol. 41, 3; 250-4. Jun.1991
- Behnam K., Aguilera A.J., Kornfeld M., Jordan S.W. and Hilgers R.D.
Meningeal carcinomatosis from an ovarian primary: a clinicopathologic study.
Gynecol Oncol.
Vol. 19, 1; 104-9. Sep.1984
- Bischoff J. and Schunemann H.
Zerebrale Metastasierung beim Ovariakarzinom : Ein Fallbericht = Cerebral metastases in epithelial ovarian carcinoma : A case report.
Geburtshilfe und Frauenheilkunde,
Vol. 57, 6; 361-363.1997
- Bruzzo M., Campora E., Chiara S., Giudici S., Merlini L., Simoni C., Mammoliti S., Rubagotti A. and Rosso R.
Cerebral metastases secondary to ovarian cancer: still an unusual event.
Gynecol Oncol.
Vol. 49, 1; 37-40. Apr. 1993

Bychkov V., Ghosh L., Lundine M., Manaligod J.R., McQuire W.P. and Rose C.
Ovarian androblastoma metastatic to tonsil.
Journal of Surgical Oncology
Vol.27,4;275 - 279

Chung P. and Allerton R.
Malignant Meningitis Secondary to Ovarian Carcinoma: An Unusual Occurrence.
Clinical Oncology.
Vol. 13, 2; 112-113, Apr. 2001

Cormio G., di Vagno G., Melilli G.A., Loverro G., Cramarossa D. and Selvaggi L.
Ovarian carcinoma metastatic to the breast.
Gynecologic and Obstetric Investigation. Vol. 52, 1; 73-4. 2001

Cormio G., Maneo A., Parma G., Pittelli M.R., Miceli M.D. and Bonazzi C.
Central nervous system metastases in patients with ovarian carcinoma: a report of 23 cases and a literature review.
Annals of oncology.
Vol. 6, 6; 571-574. Jul. 1995

Courtade M., Delsol—Tahou M., Selves J., Aczel S., Gadrat F. and Voigt J.J.
Breast metastasis from an ovarian adenocarcinoma.
Ann Pathol. Vol. 14, 6; 407-9.1994

Cullen J.R.
Ovarian carcinoma metastatic to the larynx.
The Journal of Laryngology & Otology. Vol. 104, 1; 48-49 Jan. 1990

Curtin J. and Radden B.G.
Mandibular metastasis from a primary ovarian adenocarcinoma.
J Oral Maxillofac Surg. Vol. 43, 8; 636-8. Aug. 1985

D'Andrea G., Roperto R., Dinia L., Caroli E., Salvati M. and Ferrante L.
Solitary cerebral metastases from ovarian epithelial carcinoma: 11 cases.
Neurosurgical Review
Vol. 28, 2. 120-123. Nov. 2004

Dauplat J., Hacker N.F., Nieberg R.K., Berek J.S., Rose T.P. and Sagae S.
Distant metastasis in epithelial ovarian carcinoma.
Cancer. Vol. 60, 7; 1561-6. Oct 1987

Delord J.P., Fizazi K., ElHajj M., Pautier P. and Lhommé C.
Isolated Leptomeningeal metastasis from ovarian carcinoma.
Eur J Cancer. Vol. 34, 5; 758-9. Apr.1998

De Metz C.E., Starreveld A.A. and MacLean G.D.
Cerebral metastases from epithelial ovarian carcinoma.
Can Assoc Radiol J. Vol. 38, 3; 192-4. Sep.1987

De Witte O., Lefranc F., Salmon I., Violon P. and Brotchi J.
Cerebral metastases of gynecological origin.
Neurochirurgie.
Vol. 42, 4-5; 216-20. 1996

Dinh T.V., Liebowitz B.L., Hannigan E.V., Schnadig V.J. and Doherty M.G.
Bone metastasis in epithelial ovarian carcinoma.
Int J Gynaecol Obstet.
Vol. 52, 2; 173-6. Feb. 1996.

Domanski H.A. and MasMorillas A.
Breast metastases from pancreatic and ovarian carcinoma.
Diagnostic Cytopathology.
Vol. 21, 2; 154 – 155. Aug. 1999

Duda R.B., August C.Z., and Schink J.C.
Ovarian carcinoma metastatic to the breast and axillary.
Surgery. Vol. 110, 3; 552-556. Sep. 1991

Dvoretzky P.M., Richard K.A., Angel C., Rabinowitz L., Stoler M., Beecham J.B. and Bonfiglio T.A.
Distribution of disease at autopsy in 100 women with ovarian cancer.
Hum Pathol. Vol. 19, 1; 57-63. Jan. 1988

Eltabbakh G.H., Piver M.S., Werness B.A.
Primary Peritoneal Adenocarcinoma Metastatic to the Brain.
Gynecol Oncol. Vol. 66, 1; 160-3. Jul.1997

Evans T.R., Mansi J.L. and Bevan D.H.
Trousseau's syndrome in association with ovarian carcinoma.
Cancer. Vol. 77, 12; 2544-9. Jun. 1996

Farias-Eisner R., Braly P. and Bereck J.S.
Solitary recurrent metastasis of epithelial ovarian cancer in the spleen.
Gynecol Oncol. Vol. 48, 3; 338-41.Mar.1993;

Flam F., Skoog L. and Wilking N.
Subcutaneous metastasis from an ovarian carcinoma disappeared following tamoxifen therapy.
European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology.
Vol. 64, 2; 225-226. 1996

-
- Gallo A., Canzonieri V., Tumolo S., Zarrelli A., Scarabelli C. and Carbone A.
Ovarian metastatic adenocarcinoma occurring as bilateral axillary metastases associated with mastitis.
Journal of Gynecologic Surgery.
Vol. 13, 3; 139-142. 1997
- Geisler J. P. and Geisler H. E.
Brain Metastases in Epithelial Ovarian Carcinoma.
Gynecologic Oncology.
Vol. 57, .2; 246-249 May. 1995
- Gleyze P.O., Petit E., Doe A., Nguyen B., Poquet E. and Colbert N.
Meningeal metastases of ovarian cancer.
Presse Med. Vol. 29, 11; 593-5 Mar. 2000
- Gemignani M.L., Chi D.S., Gurin C.C., Curtin J.P. and Barakat R.R.
Splenectomy in Recurrent Epithelial Ovarian Cancer.
Gynecologic Oncology.
Vol. 72, 3; 407-410. Mar. 1999
- Hardy J.R. and Harvey V.J.,
Cerebral metastases in patients with ovarian cancer treated with chemotherapy.
Gynecol Oncol. Vol. 33, 3; 296-300. Jun. 1989
- Hennigan C.A., Bur M. and Donovan J.T.
Fine-needle aspiration in the diagnosis of metastatic ovarian cancer to the breast.
Gynecol Oncol. Vol. 64, 3; 533-540. Mar.1997
- Hepp A., Larbig D. and Bader H.,
Left atrial metastasis of chorion carcinoma, presenting as mitral stenosis.
British Heart Journal. Vol. 39, 10; 1154-1156. Oct. 1977
- Hockstein S., Keh P., Lurain J.R. and Fishman D.A.
Ovarian carcinoma initially presenting as metastatic axillary lymphadenopathy.
Gynecologic Oncology. Vol. 65, 3; 543-547. Jun. 1997
- Hoffman J.S. and Pena Y.M.
Central nervous system lesions and advanced ovarian cancer.
Gynecol Oncol. Vol. 30, 1; 87-97. May. 1988
- Höss C., Kolben M., Treumann T., Hof N. and Nathrath W.
Axilläre Lymphknotenmetastase eines Ovarialkarzinoms 15 Jahre nach Primäroperation.
Geburtshilfe und Frauenheilkunde
Vol. 57, 6; 353-355. 1997

Hughes J.D., Hynes H.E. and Lin J.J.
Ovarian carcinoma metastatic to breast.
South Med J. Vol. 76, 5; 667-9. May. 1983

Kaminsky-Forrett M.C., Weber B., Conroy T. and Spaeth D.
Brain metastases from epithelial ovarian cancer.
International Journal of Gynecological Cancer. Vol. 10, 5; 366-37. Sep-Oct. 2000.

Kastanakis Emmanuel, Xifteri Areti, Karagiannidis Napoleón, Horti Maria and Polychronopoulos Vlassis
A Case of 71-year-old Patient With Ovarian Cancer and Endobronchial Metastases.
Journal of Bronchology.
Vol.13, 3; 170-171. Jul. 2006

Kattan J., Droz J.P., Charpentier P., Michel G., Lhommé C., Boutan-Laroze A. and Prade M.
Ovarian dysgerminoma metastatic to the breast.
Gynecol Oncol. Vol. 46, 1; 104-6. Jul. 1992

Kerr V.E. and Cadman E.
Pulmonary metastases in ovarian cancer. Analysis of 357 patients.
Cancer. Vol. 56, 5; 1209 – 1213. Sep. 1985

Kolomainen D.F., Larkin J.M., Badran M., A'Hern R.P., King D.M., Fisher C., Bridges J.E., Blake P.R., Barton D.P., Shepherd J.H., Kaye S.B. and Gore M.E.
Epithelial ovarian cancer metastasizing to the brain: a late manifestation of the disease with an increasing incidence.
Journal of Clinical Oncology. Vol 20, 4; 982-986. Feb. 2002

Kushner D.M., Zak R.D., Lurain J.R. and Fishman D.A.
Ovarian Carcinoma Metastatic to the Choroid of the Eye.
Gynecologic Oncology. Vol. 65, 3; 517-519. Jun. 1997

La Fianza A., Di Maggio E.M., Preda L., Schifino M.R. and Campani R.
Infiltrative subcutaneous metastases from ovarian carcinoma after paracentesis: CT findings.
Abdom Imaging. Vol. 22, 5; 522-523. Sep.-Oct. 1997.

Larson D.M., Copeland L.J., Moser R.P., Malone J.M. Jr., Gershenson D.M. and Wharton J.T.
Central Nervous System Metastases in Epithelial Ovarian Carcinoma.
Obstet Gynecol. Vol. 68, 6;746-50. Dec.1986

Leifer D.M. and Chan T.W.
Liver metastases from ovarian cystadenocarcinoma masquerading on CT as lobar fatty infiltration.
J Comput Assist Tomogr. Vol. 17, 5; 816-8. Sep-Oct. 1993

Loredo D.S., Powell J.L., Reed W.P. and Rosenbaum J.M.
Ovarian carcinoma metastatic to breast: a case report and review of the literature.
Gynecol Oncol. Vol. 37, 3; 432-6. Jun. 1990

Lyass O., Brufman G., Edelman D.Z., Prus D., Lebensart P.D. and Peretz T.
Multiple parenchymal liver metastases as the first site of recurrent ovarian carcinoma: a case report and review of the literature.
Eur J Gynaecol Oncol. Vol. 18, 1; 68-70. 1997

Majerus B. and Timmermans M.
Gastric metastases of ovarian adenocarcinoma. A propos of a case.
Acta Chir Belg. Vol. 90, 4; 166-71. Jul-Aug. 1990

Mateo F., Serur E. and Smith P.R.,
Bronchial metastases from ovarian carcinoma. Report of a case and review of the literature.
Gynecol Oncol. Vol. 46, 2; 235-8. Aug. 1992

Matseoane S.L.
Ovarian carcinoma metastasis to the breast : a literature review and report of two cases.
Obstet Gynecol Surv. Vol. 43, 11; 645-54. Nov. 1988

Matsunami K., Imai A., Tamaya T., Takagi H. and Noda K.
Brain metastasis as first manifestation of ovarian cancer.
European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology.
Vol. 82, 1; 81-83 Jan. 1999

Merimsky O., Greif J., Chaitchik S. and Inbar M.
Endobronchial metastasis of ovarian cancer.
Tumori. Vol. 76, 6; 614-5. Dec.1990.

Montero C.A., Gimferrer J.M. and Baldo X.
Mediastinal metastasis of ovarian carcinoma.
European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology,
Vol. 91, 2; 199-200. Aug. 2000

Nguyen T.T., Smith M.V., Rodziewicz G.S. and Lemke S.M.
Hydrocephalus caused by metastatic brain lesions: treatment by third ventriculostomy.
J Neurol Neurosurg Psychiatry.
Vol. 67, 4; 552-3. Oct. 1999

Noguchi H. and Mori A.
A case of ovarian cancer with metastasis to the sternum and costae.
Gynecol Oncol.
Vol. 52, 3; 416-9. Mar. 1994

Oeken J., Meister E. and Behrendt W.,
Metastasis of adenocarcinoma of the ovary to the subglottis. A laryngologic rarity.
HNO. Vol. 44, 1; 27-31. Jan. 1996

Orris B.G., Geisler J.P., and Geisler H.E.
Ovarian carcinoma metastatic to bilateral axillary lymph nodes. A case report.
Eur J Gynaecol Oncol. Vol. 20, 3; 189-90. 1999

Ozgüroğlu M., Ersavaştı G., Ilvan S., Hatemi G., Demir G. and Demirelli F.H.
Bilateral inflammatory breast metastases of epithelial Ovarian Cancer.
American Journal of Clinical Oncology. Vol. 22, 4; 408-410. Aug.1999

Patsner B.
Ovarian epithelial carcinoma metastatic to the choroid of the eye : prolonged survival with
radiation and taxol chemotherapy..
Eur J Gynaecol Oncol. Vol. 19, 4; 345-6. 1998

Patsner B., Mann W.J. and Chumas J.
Primary invasive ovarian adenocarcinoma with brain and placental metastases: a case report.
Gynecol Oncol. Vol. 33, 1; 112-5. Apr. 1989

Patsner B., Mann W.J., Chumas J. and Loesch M.
Herpetiform cutaneous metastases following negative second look laparotomy for ovarian
adenocarcinoma.
Archives of Gynecology and Obstetrics. Vol. 244, 1; Mar. 1988

Pavlakakis G, Mountzios G, Terpos E, Leivaditou A, Papadopoulos G, Papasavas P.
Recurrent ovarian cancer metastatic to the sternum, costae, and thoracic wall after prolonged
treatment with platinum-based chemotherapy: a case report and review of the literature.
International Journal of Gynecological Cancer. Vol. 16, S1; 299 – 303. Jan-Feb. 2006

Pectasides D., Pectasides M. and Economopoulos T.
Brain Metastases from Epithelial Ovarian Cancer: A Review of the Literature.
The Oncologist. Vol. 11, 3; 252-260. Mar. 2006

Petru E., Friedrich G., Pickel H., Lax S. and Beham A.
Life-threatening tracheal metastasis complicating ovarian cancer--a case report.
Gynecol Oncol.
Vol. 74, 1; 141-2. Jul. 1999

Piura B., Glezerman M., Galper Y., Segal S., and Cohen Y.
Brain metastases in epithelial ovarian carcinoma; two case reports.
European Journal of Obstetrics & Gynecology
Vol. 36, 1; 203-208. Jul. 1990

Raptis S., Kanbour AI., Dusenbery D. and Kanbour-Shakir A.
Fine-needle aspiration cytology of metastatic ovarian carcinoma to the breast.
Diagnostic Cytopathology. Vol. 15, 1; 1 – 6. Jul. 1996

Ross W.M., Carmichael V.A. and Shelly W.E.,
Advanced carcinoma of ovary with central nervous system relapse.
Gynecol Oncol. Vol. 30, 3; 398-406. Jul. 1988

Saha E., Dziadzio M., Irving K., Chambers A. and Higgins C.
Unusual cause of painful shoulder in an elderly woman with rheumatoid arthritis.
Clinical Rheumatology.
Vol. 26, 9; 1549-51. Sep. 2007

Salvati M., Cervoni L.,
Solitary cerebral metastasis from ovarian carcinoma: report of 4 cases.
Journal of Neuro-Oncology.
Vol. 19, 1; 75-7. Feb. 1994

Sanderson A., Bonington S., Carrington B., Alison D and Spencer J.
Cerebral Metastasis and other Cerebral Events in Women with Ovarian Cancer.
Clinical Radiology. Vol. 57, 9; 815-819. Sep. 2002

Sansom H.E., Fisher C. and King D.M.,
Isolated bone metastasis from an endometroid ovarian carcinoma.
Clin Radiol. Vol. 54, 2; 135-7. Feb. 1999

Selvaggi S.M. and Guidos B.J.
Immature teratoma of the ovary on fluid cytology.
Diagn Cytopathol. Vol. 25, 6; 411-4. Dec. 2001

Skagias L., Ntinis A., Vasou O., Kondi-Pafiti A. and Politi E.
Ovarian carcinoma presenting with axillary lymph node metastasis: A case diagnosed by fine-needle aspiration and brief review of the literature.
Diagn Cytopathol. Vol. 36, 12; 891-3. Dec. 2008

Sood A., Kumar L., Sood R. and Sandhu M.S.
Epithelial Ovarian Carcinoma Metastatic to the Central Nervous System: A Report on Two Cases with Review of Literature.
Gynecologic Oncology
Vol. 62, 1; 113-118. Jul. 1996

Stein M., Steiner M., Klein B., Beck D., Atad J., Kuten A., Robinson E. and Goldsher D.
Involvement of central nervous system by ovarian cancer.
Cancer. Vol. 58, 9; 2066-9. Nov.1986

Surabhi Mukhopadhyay, Sanjay Mukhopadhyay, Ola El-Zammar, Kamal K. Khurana, Stephen L. Graciano

Diagnosis In Oncology Case 2. Meningeal Metastases From Ovarian Carcinoma.
Journal of Clinical Oncology,
Vol 24, No 6 (February 20), 2006: pp. 1010-1011

Tesei F., Farneti G., Cavicchi O., Antonelli P., Zanetti G. and Leone O.
A case of Merkel-cell carcinoma metastatic to the tonsil.
The Journal of Laryngology & Otology.
Vol. 106, 12; 1100-1102. Dec. 1992

Turan I., Sjöden G.O. and Kalén A.,
Ovarian carcinoma metastatic to the little finger.
Acta Orthop Scand. Vol. 61, 2; 185-6. Apr.1990

Vizcaíno I., Torregrosa A. Higuera V., Morote V. Cremades A, Torres V., Olmos S. and Molins C.
Metastasis to the breast from extramammary malignancies: a report of four cases and a review of literature.
European Radiology. Vol. 11, 9; 1659-65. Sep. 2001

Wu P.C., Lang J.H., Huang R.L., Qu J.Y., Wang H., Tang M.Y., Zhao R.G. and Lian L.J.
Lymph node metastases and retroperitoneal lymphadenectomy in ovarian cancer.
Baillieres Clin Obstet Gynaecol.
Vol. 3, 1;143-55. Mar. 1989

Yilmaz Z., Bese T., Demirkiran F., Ilvan S., Sanioglu C., Arvas M. and Kosebay D.
Skin metastasis in ovarian carcinoma.
International Journal of Gynecological Cancer.
Vol. 16, S1; 414 – 418. Feb. 2006

Yoshimura S., Scully R.E. and Taft P.D.
Peritoneal fluid cytology in patients with ovarian cancer.
Diagnostic Cytopathology. Vol. 25, 6; 411 – 414. Feb. 1984.

Zannoni G.F., Vellone V.G., Distefano M.G., Fadda G. and Scambia G.
Ovarian serous carcinoma presenting with mediastinal lymphadenopathy 20 months before the intraabdominal mass: Role of immunohistochemistry.
Gynecologic Oncology. Vol. 104, 2; 497-500. Feb.2007

Ziegler J., Gliedman P., Fass D., Beckman M., Neophytides A. and Steinfeld A.
Brain metastases from ovarian cancer.
Journal of neuro-oncology.
Vol. 5, 3; 211-215. 1987.