

CÁNCER DE OVARIO

MsC. Raiza Ruiz Lorente.
Especialista de II grado en Oncología.
Profesor Asistente.
Investigador agregado.

Epidemiología:

- El cáncer de ovario ocupa el tercer lugar entre los cánceres ginecológicos.
- representa el 4 % de los cánceres de la mujer.
- a él corresponde la mayor mortalidad entre ellos (5 % de todas las muertes ocasionadas por cáncer).

- Se presenta en todas las edades, incluidas la niñez y la adolescencia.
- Su incidencia ha aumentado en las últimas décadas, pero la evolución insidiosa o silente que lo caracteriza entorpece el diagnóstico temprano, lo que hace que más del 60 % de las enfermas se diagnostiquen en etapa avanzada.

- La mayoría de los cánceres de ovario se encuentran en la post menopausia; sólo del 10 al 15 % se presentan en la pre menopausia.
- Aproximadamente el 70 % son diagnosticados entre los 40 y 70 años de edad.
- Más del 80 % ($\approx 90\%$) son cánceres epiteliales; el resto deriva de las células germinales y del estroma de los cordones sexuales.

- La incidencia de los tumores de acuerdo con su estirpe histológica varía según la edad.
- Menos del 1 % de las neoplasias epiteliales de ovario aparecen antes de los 30 años; la mayoría son tumores de células germinales.
- Alrededor del 20 al 30 % de las neoplasias ováricas encontradas en la post menopausia son malignas.
- Mientras que sólo son el 7 % en las pre menopausia.

- El riesgo de desarrollar cáncer de ovario durante la vida de la mujer es de aproximadamente 1,7 %; una de cada 55 mujeres desarrollará cáncer de ovario a lo largo de su vida y aproximadamente 1 de cada 60 mujeres morirá por esta causa.
- La incidencia es mayor en nulíparas y en mujeres con historia familiar de cáncer de ovario.

- La mortalidad anual por cáncer del ovario es aproximadamente del 65 % de la tasa de incidencia.
- Los carcinomas ováricos epiteliales representan entre el 80 y más del 90 % de todos los cánceres del ovario y son más frecuentes entre las caucásicas.

CLASIFICACION HISTOLOGICA:

I. TUMORES EPTELIALES COMUNES:

➤ **SEROSOS:**

- Benignos
- De malignidad limite(carcinoma de bajo potencial maligno)
- Malignos:
 - ✓ ADC, ADC papilar y Cistoadenocarcinoma papilar
 - ✓ Carcinoma papilar superficial
 - ✓ Adenofibroma y cistoadenofibroma maligno

➤ **MUCINOSOS:**

- Benignos
- De malignidad limite
- Malignos:
 - ✓ ADC y Cistoadenocarcinoma
 - ✓ Adenofibroma y cistoadenofibroma

.....

➤ **TUMORES ENDOMETRIOIDES:**

- Benignos
- En el limite de la malignidad
- Malignos:
 - ✓ Carcinoma
 - ✓ ADC
 - ✓ ADC con diferenciación escamosa
 - ✓ Adenofibroma y cistoadenocarcinoma maligno
 - ✓ Sarcomas estromales endometrioides.
 - ✓ Tumores mixtos (mullerianos) mesodermicos (homologos y heterologos)

➤ **TUMORES DE CELULAS CLARAS:**

- Benignos
- De malignidad intermedia
- Malignos

.....

➤ **TUMOR DE BRENNER:**

- Benigno
- Proliferante (malignidad limite)
- Maligno

➤ **CARCINOMA INDIFERENCIADO**

➤ **TUMORES EPITELIALES MIXTOS**

➤ **NO CLASIFICADOS**

II. TUMORES DE LOS CORDONES SEXUALES Y DEL ESTROMA:

TUMORES DE CELULAS DE LA GRANULOSA – ESTROMA:

- Tumor de células de la granulosa (tipos adulto y juvenil)
- Tumores del grupo tecoma- fibroma
- Tecoma
- Fibroma-fibrosarcoma
- Tumores estromales con escasos elementos de los cordones sexuales
- Tumor estromal esclerosante
- No clasificados.

.....

- TUMOR DE CELULAS ESTROMALES-SERTOLI (ANDROBLASTOMA)
- GINANDROBLASTOMAS
- TUMOR DE LOS CORDONES SEXUALES CON TUBULOS ANULARES
- NO CLASIFICADOS

III. TUMORES DE CÉLULAS ESTEROIDES

IV. TUMORES DE LA RETE-OVARI

V. TUMORES DE CELULAS GERMINALES:

- Disgeminoma
- Tumor del saco vitelino (tumor de senos endodermicos)
- Carcinoma embrionario
- Coriocarcinoma
- Poliembriomas
- Teratomas.....



- Inmaduros
- Maduros
- Solido
- Quistico
- Quiste dermoide (teratoma quístico maduro)
- Quiste dermoide con transformación maligna
- Otros:
- Monodermico altamente especializados
- Struma ovárico
- Carcinoide
- Carcinoide estromal
- Carcinoide mucinoso
- Tumores neuroectodermicos
- Formas mixtas

VII.TUMORES DEL ESTROMA-CORDONES SEXUALES-CELULAS GERMINALES

FACTORES DE RIESGO:



CUADRO CLINICO:

El cáncer de ovario no es un asesino silencioso. Se ha demostrado que el 95 % de las mujeres tienen síntomas abdominales inespecíficos desde muchos meses antes del diagnóstico:

- Malestar abdomino pélvico y sensación de llenura.
- Síntomas gastrointestinales vagos (dispepsia, saciedad temprana, meteorismo, cambios del hábito intestinal).
- Síntomas urinarios (urgencia miccional o polaquiuria).

- A diferencia de los cánceres epiteliales, los de células germinales tienden a provocar dolor intenso cuando están aún confinados al ovario.
- Los signos más frecuentes son el tumor y la ascitis, con aumento de volumen del abdomen, pero son tardíos.
- Se observa derrame pleural en el 10 % de las enfermas y sangrado vaginal anormal en el 30 % de ellas.

COMPLEMENTARIOS:

Ecogenicidad heterogénea

PATRONES
ULTRASONOGRAFICOS
QUE SUGIEREN
MALIGNIDAD

Tamaño del tumor: 8 – 10 cm

Tabiques gruesos, > 2mm

Multilocularidad

Tumor bilateral

Límites irregulares, mal definidos

Aumento de la celularidad del líquido intraquístico

- El examen ginecológico ultrasonografico, abdominal y trans vaginal, es el estudio más útil para evaluar los tumores ováricos debido a su capacidad de distinguir la morfología del ovario, y con el efecto Doppler se pueden identificar los vasos de neo formación.
- TAC (contrastado): para evaluar extensión de la enfermedad extra ovarica, diseminación a otros órganos abdominales y ganglios retroperitoneales.
- RMN (embarazo)
- PET/CT

- Los niveles del antígeno CA 125 están elevados en más del 80 % de los cánceres epiteliales, pero en menos de la mitad de los casos en estadios tempranos.
- Los niveles del CA 19-9 están elevados en muchos carcinomas mucinosos.
- El antígeno carcinoembrionario, de la α -feto proteína y de la gonadotropina coriónica β se elevan en los cánceres derivados de las células germinales y del estroma.

TRATAMIENTO QUIRURGICO:

Laparotomía media (laparoscopia)

Inspección cavidad abdominal /lavados citológicos

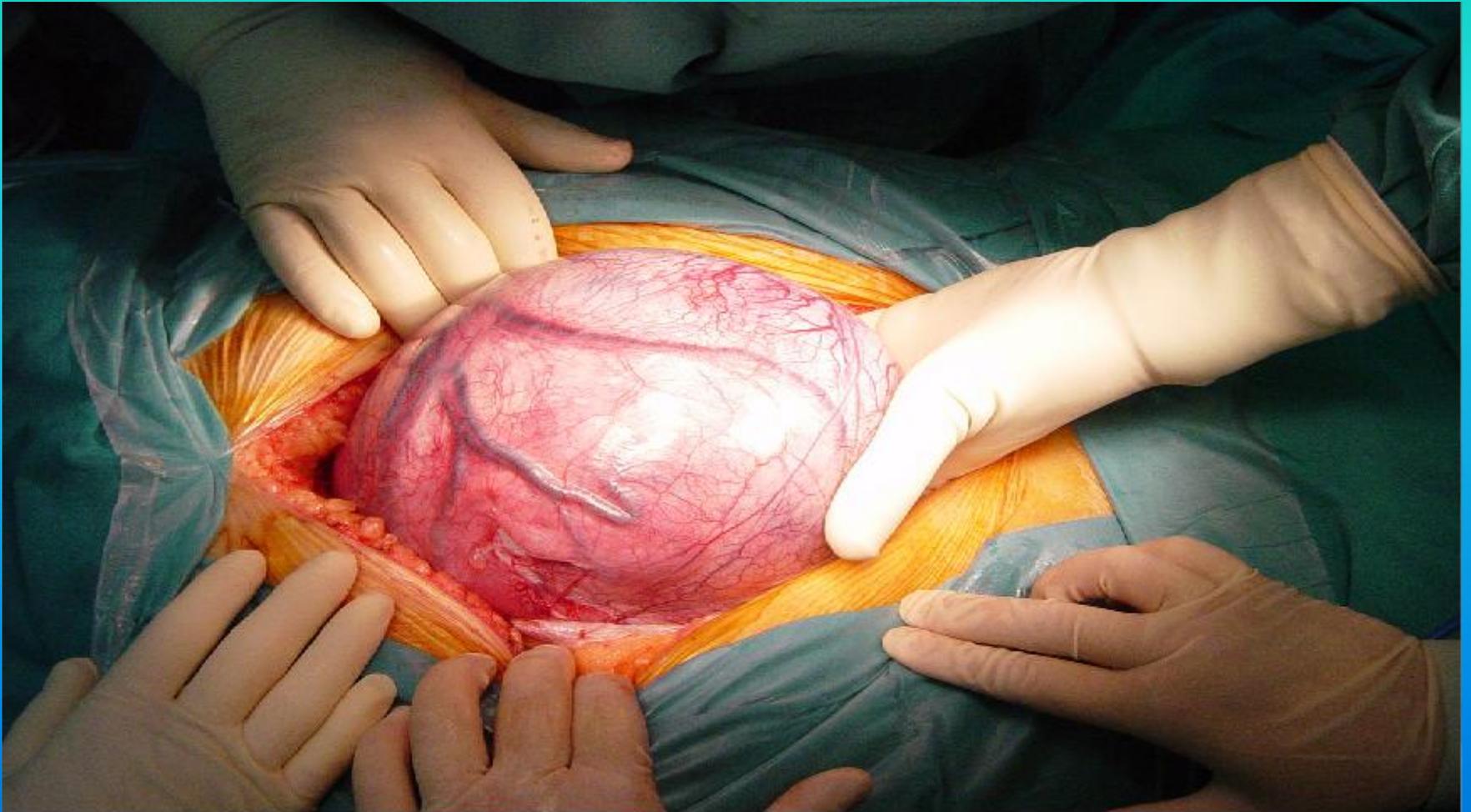
Biopsia intraoperatoria masa de la anexial

Histerectomía con doble anexectomía

Biopsias de zonas sospechosas y del peritoneo abdominal (randomizadas)

Linfadenectomía pélvica bilateral

Linfadenectomía para-aórtica



08/11/2021

INVASION GANGLIONAR EN ETAPAS INICIALES

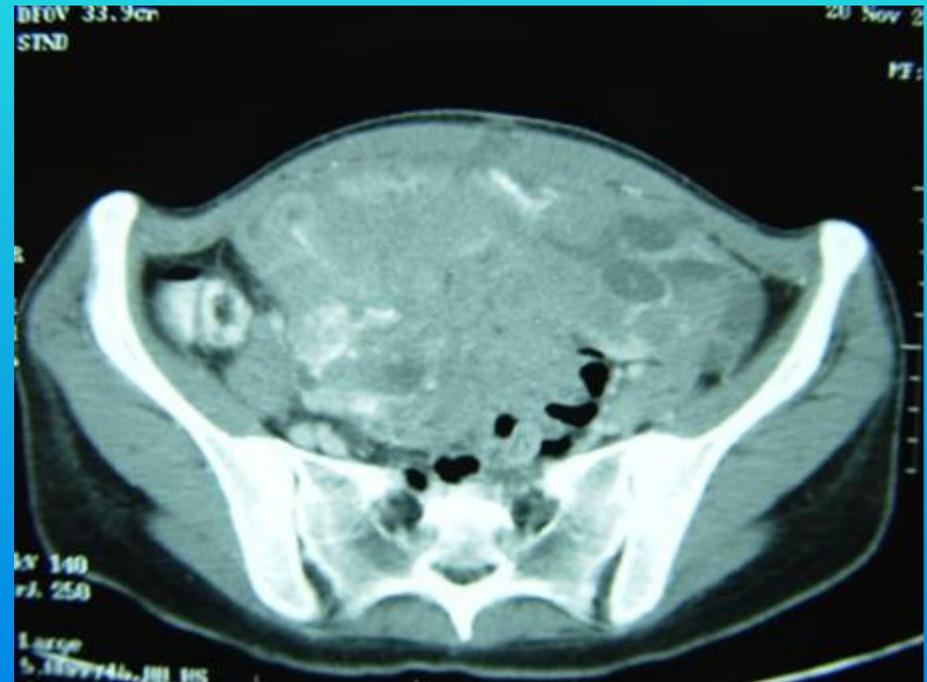
	Estadio I-II Gn+= Estadio III C
Invasión ganglionar (total)	4-25%
Ipsilateral	73.3%
Contralateral	15.3%
Bilateral	11.2%
Media ganglios afectados	2 (1-40)
Pélvicos	35-40%
Pélvicos+Para-aorticos	20%
Para-aórticos	15-20% (inframesentérica)

CIRUGIA CITOREDUCTIVA: PRINCIPIOS BASICOS

- LA CIRUGIA NO ES UNA TERAPIA CURATIVA
- LA CIRUGIA ES UNA AYUDA VITAL PARA POTENCIAR EL EFECTO CURATIVA DE LA QUIMIOTERAPIA
- EL OBJETIVO DE LA CIRUGIA ES REMOVER TODO EL CANCER MACROSCOPICO CON UNA RECUPERACION POST OPERATORIA ADECUADA

CIRUGIA OPTIMA:

El esfuerzo quirúrgico que logra que la paciente quede **con enfermedad microscópica**, es posiblemente, el **factor que mejor predice la supervivencia** en pacientes con cáncer de ovario avanzado.



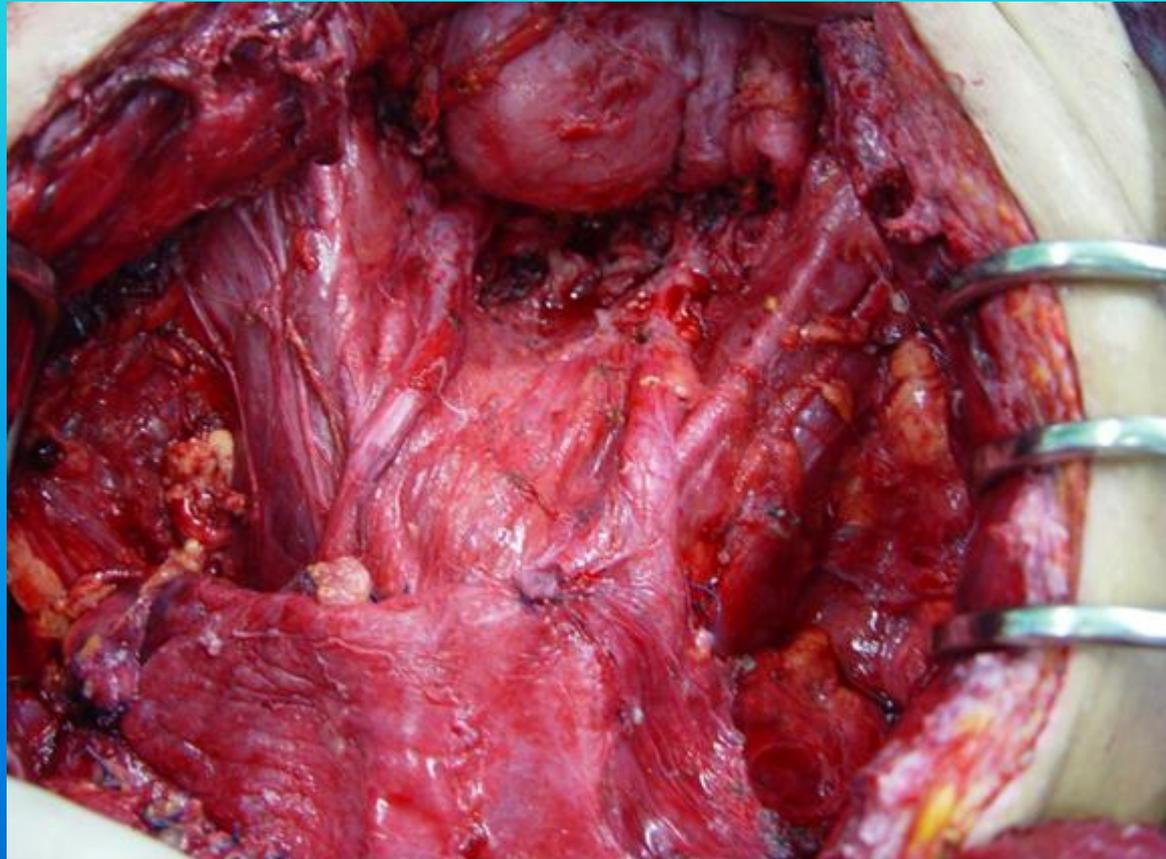
CITORREDUCCION PRIMARIA:

Indicaciones:

Cáncer de ovario avanzado.

Estado funcional aceptable.

Deseo de la paciente.



CONTRAINDICACIONES:

Estado funcional de la paciente pobre. Karnofsky <40.

Distribución de la enfermedad que sugiera imposibilidad de realizar una cirugía óptima:



- Afectación de la raíz del mesenterio.
- Ganglios celíacos sospechosos.
- Afectación de la porta hepatis.
- Afectación extra-abdominal.
- Metástasis hepáticas parenquimatosas múltiples .
- Múltiples metástasis intestinales que su resección provoque síndrome de intestino corto

Estadamiento post-quirúrgico:

- Tx: tumor que no puede evaluarse
- T0: no evidencia de tumor primario
- E1a: tumor limitado al ovario, capsula integra.
- E1b: tumor limitado a ambos ovarios, capsula integra.
- E1c: tumor uni o bilateral con ruptura capsular, siembra en la superficie de ovario, células malignas en el liquido ascítico o lavado peritoneal.
- E1a: extensión tumoral a útero y/o trompa(s)
- E1b: extensión a otros tejidos pélvicos
- E1c: extensión pélvica con ascitis
- E1a: metástasis peritoneal microscópica mas allá de la pelvis
- E1b: metástasis macroscópica menos de 2 cm
- E1c: metástasis macroscópica mas de 2 cm y/o metástasis en ganglios linfáticos regionales
- E1d: metástasis a distancia (excluye las metástasis peritoneal)

El pronóstico del cáncer de ovario está íntimamente relacionado con la etapa clínica en el momento del diagnóstico.

La estadificación es quirúrgica y se realiza utilizando el sistema de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO).

TRATAMIENTO DE QUIMIOTERAPIA:

Los cánceres epiteliales, se administrará quimioterapia adyuvante basada en platino + taxanos.

En los tumores de células germinales la quimioterapia (QTP) consistirá en platino + etopósido + bleomicina; la combinación de platino + taxano puede utilizarse, pero se prefiere en las recaídas

Los tumores mesodérmicos müllerianos mixtos (carcinosarcomas) son tumores extremadamente raros que se tratan como los sarcomas uterinos " cirugía + quimioterapia basada en ifosfamida/platino \pm radioterapia.

La quimioterapia es el arma fundamental para tratar la enfermedad persistente o recurrente; lo primero es determinar si la paciente es sensible al platino o, por el contrario, resistente al platino

FACTORES DE PRONÓSTICO –SUPERVIVENCIA

Cancer de Ovario inicial

- Grado histológico (GH I-II-III)
- Estadio FIGO (E. IA-IB-IC-IIA)
- Estado cápsula ovárica: invasión/ruptura (antes/después de la cirugía)
- Crecimiento extracapsular (no /si)
- Tipo histológico (no-cél.claras/cél.claras)
- Edad
- CA125 preoperatorio (>30 U/ml)

BENEFICIOS DE LA CIRUGIA OPTIMA:

