

ARTÍCULO DE REVISIÓN

Tumores de ovario: patogenia, cuadro clínico, diagnóstico ecográfico e histopatológico

Ovarian tumors: pathogenia, clinical pattern, echographic and histopathological diagnosis

MsC. Laura María Pons Porrata,^I MsC. Odalis García Gómez,^I Dra. Acelia Salmon Cruzata,^{II} MsC. Meydis María Macías Navarro^I y MsC. Carlos M. Guerrero Fernández^I

^I Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso", Santiago de Cuba, Cuba.

^{II} Hospital Ginecoobstétrico Docente "Tamara Bunke Bider", Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

La ecografía ha adquirido gran importancia en el diagnóstico de los tumores ováricos, de manera que resulta de gran utilidad en la práctica ginecológica. Se realizó una revisión de la bibliografía biomédica acerca de la patogenia, el cuadro clínico y el diagnóstico ecográfico e histopatológico de dichos tumores, con vistas a crear un importante material de consulta acerca de esta enfermedad, cuyo descubrimiento en etapas tempranas es vital para las pacientes.

Palabras clave: mujer, tumor de ovario, patogenia, diagnóstico ecográfico, diagnóstico histopatológico.

ABSTRACT

Echography has acquired great importance in the diagnosis of the ovarian tumors, so that it is of great usefulness in the gynecological practice. A review of the biomedical literature on the pathogenia, the clinical pattern and the echographic and histopathological diagnosis of these tumors was carried out, aimed at creating an important reference tool dealing about this illness, which finding in early stages, is vital for the patients.

Key words: woman, ovarian tumour, pathogenia, echographic diagnosis, histopathological diagnosis

INTRODUCCIÓN

Entre las dolencias ginecológicas, los tumores anexiales son los más difíciles de todos los problemas diagnósticos. La sutil transición de una lesión benigna a otra maligna en un ovario, es uno de los grandes misterios de la ginecología.

Como bien se conoce, el ovario es un órgano de caracteres polimorfos interrelacionados. Diversos factores genéticos, embriológicos, estructurales y funcionales, experimentan una interacción de la cual puede emanar una enorme capacidad tumoral, ya sea benigna o maligna.

Los tumores ováricos constituyen el tercer grupo de tumores en la mujer.¹ Aproximadamente 1 de cada 10 féminas lo tendrá a lo largo de la vida, la mayoría de las cuales requerirá de una evaluación quirúrgica. Estos se presentan desde edades tempranas hasta avanzadas. La experiencia clínica revela la alta incidencia en la etapa del climaterio, comprendida entre los 35 y 65 años de edad.² Su incidencia ha aumentado en las últimas décadas, pero su evolución silente entorpece el diagnóstico temprano, lo que hace que en más de 60 % de los casos se diagnostique en etapa avanzada. Es más frecuente en países desarrollados que en vías de desarrollo.⁴ En Cuba se notificaron en el 2008, 339 casos nuevos y 218 defunciones.⁵

El advenimiento de la ecografía y su uso habitual, ha hecho que el diagnóstico de dichos tumores sea aún más frecuente y esta haya adquirido una función preponderante en la práctica ginecológica, ya que constituye el mejor método para explorar los cambios que ocurren en el aparato reproductor.⁶

Con el empleo de la ecografía se abrió un nuevo horizonte en Cuba para diagnosticar los tumores de ovario, por ser un método efectivo, fácil, económico, no invasivo y a la vez el medio de diagnóstico de primera línea para tales fines.

Mediante este se pueden detectar lesiones en la fase asintomática, así como visualizar las masas anexiales y las características que sugieren benignidad o malignidad, con una fiabilidad de 70 a 90 %, para lo cual se requiere de complementación de las sondas abdominal y vaginal.⁷

La vía vaginal puede demostrar lesiones menores de 3 cm, pero presenta la desventaja de poseer un campo de visión limitado, solo hasta 10 cm de la cúpula vaginal; por su parte, la vía abdominal visualiza mejor la lesión que se ubica por encima del lecho vesical, más allá de 10 cm.⁸ La utilización del Doppler por vía transvaginal, permite hacer una valoración del flujo vascular y proporciona información adicional sobre el potencial de malignidad de las masas anexiales y deja a la ecografía abdominal la mejor especificidad en cuanto a la extensión.⁴

Otras modalidades de diagnóstico por imágenes, como la tomografía axial computarizada abdominal y la resonancia magnética, conjuntamente con la ecografía, revelan las características de la masa tumoral; también posibilitan determinar las alteraciones de órganos y vísceras de la cavidad abdominal, así como del retroperitoneo, relacionadas con el tumor.⁷

A pesar de los avances en el tratamiento, la supervivencia global de las pacientes con cáncer de ovario no ha cambiado significativamente durante los últimos 20 años. Es denominado "el asesino silencioso", por ser una enfermedad de difícil diagnóstico. No genera signos y síntomas exclusivos y hasta el momento, no se dispone de métodos de diagnósticos para la detección temprana. Las posibilidades de supervivencia y de efectividad de tratamiento radican en el diagnóstico precoz, pues las pacientes diagnosticadas en estadios I y II presentan una supervivencia, a los 5 años, superior a 70 %, frente a 12 % en estadios avanzados.⁹

PATOGENIA

En los ovarios pueden desarrollarse tumores benignos o malignos, quísticos o sólidos, de tipo epitelial, conjuntivo, funcionantes o no o teratomatosos. Los tumores más frecuentes no son neoplásicos, sino que derivan del desarrollo folicular; son formaciones quísticas originadas por un estímulo anormal del folículo o alteraciones en el proceso de involución.

Los verdaderos procesos neoplásicos presentan una constitución histológica muy diversa, de origen epitelial, le continúan los procedentes del estroma gonadal y, finalmente, los tumores de las células germinales.

Se conoce que los tumores benignos del ovario no constituyen un grupo bien definido y algunos de ellos pueden malignizarse en su evolución. Aproximadamente de 75 a 85 % de los tumores son en principio benignos.¹

Hoy día, los factores causales del cáncer de ovario son desconocidos, aunque se plantea que en el ámbito celular es el resultado de la acumulación de múltiples defectos genéticos menores.

Los estudios epidemiológicos han permitido enunciar 3 teorías con respecto a las causas de esta enfermedad:

- La división celular ininterrumpida y la continua regeneración del epitelio ovárico con cada ovulación proporcionan la oportunidad para una mutación y transformación maligna por la estimulación de los ovarios y por hormonas gonadotrópicas, que de forma mantenida pueden inducir a la malignización.
- La exposición del ovario a diferentes agentes carcinogénicos.
- Los eventos moleculares que dirigen el desarrollo del cáncer epitelial de ovario son desconocidos.

A pesar de esto, en investigaciones epidemiológicas se han identificado algunos factores causales en la carcinogénesis del cáncer de ovario: factores endocrinos, ambientales y genéticos, aunque se incluyen otros, tales como: nuliparidad, historia familiar, menarquia temprana, menopausia tardía, raza blanca y aumento de la edad.¹¹

La incidencia específica aumenta según la edad de la paciente, con un pico en la sexta década de la vida. Es infrecuente en mujeres menores de 40 años.

El riesgo de que se presente esta enfermedad disminuye con la paridad, con el uso de contraceptivos hormonales y la lactancia; también parece que la histerectomía o la ligadura de trompas con conservación de los ovarios disminuyen la posibilidad de aparición.

El cáncer de ovario con historia familiar constituye apenas 2,5 % del total. Al respecto, se han identificado 3 tipos de cánceres hereditarios, a saber:

1. Cáncer en sitio específico: Existe alto riesgo si hay cáncer en 2 familiares de primer grado (50 % de probabilidades de ser afectado).
2. Síndrome de cáncer familiar mama-ovario: Patrón de transmisión dominante; asociado a los cromosomas 16q y 17q21. Se considera este síndrome cuando hay 5 casos de cáncer de mama y ovario en la familia, incluyendo 2 de cada uno de estos.

3. Cáncer colorrectal no polipósico (síndrome de Lynch de tipo II): Incluye múltiples adenocarcinomas, cáncer de colon familiar, de ovario, endometrio, mama, así como de los sistemas gastrointestinal y urinario.⁵

CUADRO CLÍNICO

Entre los datos clínicos de sospecha figuran: crecimiento lento del abdomen, síntomas compresivos, dolor abdominal agudo o subagudo, sobre todo cuando se complican por torsión (frecuente en los benignos), rotura, hemorragia o infección, rara vez datos indirectos de actividad especial endocrina o metabólica, tales como: pubertad precoz, hemorragia uterina disfuncional, amenorrea, hirsutismo, tirotoxicosis, síndrome de Cushing, galactorrea, policitemia, hipoglucemia e hipercalcemia, por citar algunos.

Por lo general, los síntomas que más refieren las pacientes incluyen cierto malestar abdominal, seguido de distensión abdominal, a causa de la presencia de ascitis o una masa tumoral que paulatinamente aumenta de tamaño, así como también síntomas gastrointestinales (como náuseas, dispepsias, saciedad precoz y constipación); los urinarios son menos frecuentes, al igual que la metrorragia. Estos síntomas tardíos ocurren con más frecuencia en mujeres premenopáusicas.⁵

Es difícil de diagnosticar en etapas tempranas, pues las manifestaciones clínicas son escasas y fácilmente se confunden con las de otras afecciones, además, no es fácil crear un sistema de detección precoz (tamizaje).

DISEMINACIÓN DEL CÁNCER DE OVARIO

El cáncer de ovario se propaga fundamentalmente por diseminación peritoneal y otras formas son por extensión directa, linfática y hematógena. El crecimiento del cáncer epitelial de ovario es inicialmente de forma local, invade la cápsula, el mesoovario y desprende células a la cavidad abdominal, de manera que afecta órganos adyacentes o metastaza en ganglios; también puede producir, excepcionalmente, metástasis hematógenas.

La diseminación peritoneal o siembra peritoneal es la forma más común. Ha sido clásicamente una enfermedad de difusión serosa, que afecta a todas las superficies peritoneales y raramente invade a los órganos. La diseminación directa o por contigüidad se produce al romper la cápsula, lo cual puede provocar daño locorregional a todas las estructuras vecinas y afecta generalmente a las serosas de estos órganos; la linfática, altera con más frecuencia los ganglios paraórticos. La obstrucción tumoral del drenaje linfático diafragmático contribuye a la aparición de ascitis.¹³

Por su parte, la diseminación hematógena del cáncer de ovario es excepcional, se presenta en fase tardía y afecta fundamentalmente hígado, hueso y pulmón.

En la mayoría de las pacientes con cáncer epitelial de ovario (75- 85 %), el diagnóstico se realiza cuando la enfermedad ya ha progresado a la cavidad peritoneal. Los tumores metastásicos de ovario pueden ser de útero, trompas, mama o del aparato digestivo (tumor de Krukenberg). El cáncer metastásico en estos casos constituye de 1 – 1,5 % de todos los tumores de ovario.¹⁴

DIAGNÓSTICO ECOGRÁFICO

En el diagnóstico imagenológico es indispensable la ecografía tanto por vía transabdominal como transvaginal. La primera de estas no es lo suficientemente específica para ser útil como una técnica de tamizaje; la segunda es una alternativa más específica para un programa de detección selectiva del cáncer de ovario y no se necesita preparar a la paciente.⁶

La ventaja principal que posee la vía transvaginal es mejorar el detalle de las imágenes en comparación con la vía abdominal.⁸

El valor principal de la ecografía reside en la confirmación de la presencia o ausencia de un tumor pélvico, localización del origen (ovario, trompa, útero), visión de la arquitectura interna de la lesión (sospecha de distinción entre benignidad y malignidad), visión de la afección asociada a dicho tumor (ascitis, lesiones hepáticas, entre otras); no obstante, la ecografía se muestra desafortunada en la observación de lesiones como la afectación intestinal y nódulos retroperitoneales, por citar algunos. El diagnóstico de estas alteraciones casi siempre se realiza en el acto operatorio. Además actúa de guía para otros procedimientos (punción- aspiración, biopsias dirigidas), permite el seguimiento de procesos tumorales ováricos benignos (quistes foliculares o del cuerpo lúteo, endometriomas) y es el recurso de diagnóstico más importante para determinar si la paciente necesita una laparoscopia.

Se define que un tumor tiene baja sospecha de malignidad cuando presenta bordes regulares, límites precisos, contenido total o predominantemente sonoluscente, ausencia de tabiques o tabiques finos (menores de 3 mm) y de excrescencias en la pared interna o en los tabiques, si estos existen.

En la medida que la morfología de la imagen se aleja de estos parámetros la probabilidad de malignidad aumenta, se caracteriza por presentar áreas marcadamente ecorrefringentes e irregulares, tabiques gruesos (más de 3mm) con excrescencias, pared interna irregular, así como límites imprecisos y de gran tamaño.

Los signos ajenos al tumor maligno más frecuentes son la bilateralidad de la lesión y la presencia de ascitis.

Un límite mal definido indica que existen estructuras adheridas a la formación tumoral, que en la mayoría de los casos se trata de epiplón o asas intestinales, lo cual sugiere la posibilidad de un origen maligno.

En relación con el tamaño de la lesión se señala que a pesar de que los tumores malignos alcanzan grandes dimensiones, debido a su crecimiento acelerado, no es una característica inherente a ellos, ya que existen algunos que son benignos con iguales dimensiones, lo cual indica que el diagnóstico se ha realizado tardíamente. Por lo tanto, el tamaño no debe ser considerado como criterio exclusivo para tipificar la benignidad o malignidad del proceso tumoral; sí tendría valor evaluar el ritmo de crecimiento mediante estudios ecográficos sucesivos.¹⁵

Resulta importancia tener presente que el ovario no es un órgano sólido, que tiene cavidades y que todas las imágenes ecográficas no corresponden a enfermedades; también es significativo destacar que muchos veces no son detectables por ecografía, por tratarse de casos originados en la superficie del ovario y que precozmente van

soltando células en la cavidad intestinal, de modo que condicionan la presencia de metástasis, que en muchas ocasiones constituye la presentación del tumor.¹⁶

Existe una serie de tumores ováricos con morfología compleja, con desarrollo benigno, que desde el punto de vista ecográfico pudieran simular un tumor maligno, por ejemplo: los teratomas, la endometriosis ovárica, los fibromas anexiales y los procesos anexiales complicados.¹⁵

Cabe agregar que en la última década han sido realizadas muchas investigaciones en relación con el Doppler y con su variante a color para analizar y evaluar la circulación dentro de la masa tumoral. Estudios comparativos entre ecografía vaginal con Doppler y sin este, han mostrado claramente el aumento de la sensibilidad y la especificidad diagnóstica con el color, con buenos resultados en la diferenciación de los tumores benignos de los malignos.^{15, 17}

En las neoplasias ováricas, al igual que en el carcinoma de endometrio, aparece una angiogénesis patológica, tanto intratumoral como en la periferia de las neoplasias malignas, lo cual modifica la velocidad del flujo. La presencia de vasos con flujos de baja impedancia en los tabiques del tumor y en el interior de la masa neoplásica, así como la aparición de nuevos vasos aberrantes e irregularidades, son muy sospechosas de malignidad.¹⁷

Según se ha visto, en el cribado del cáncer de ovario se desarrollan métodos bioquímicos o moleculares que comienzan a experimentarse con algún éxito. Los procedimientos más empleados y de mayor eficacia en esta actuación son la ecografía transvaginal y el marcador CA-125. Estos medios son también los que se emplean generalmente en el seguimiento del cáncer de ovario tratado, aún cuando en estos casos se usen otras técnicas de obtención de imágenes, como la tomografía y la resonancia magnética, con mayor poder de resolución.

INTERRELACIÓN ECOGRÁFICA E HISTOPATOLÓGICA

El imagenólogo debe tener presente que existen principios inviolables cuando aborda el estudio de una lesión del ovario: no se puede diferenciar por los métodos imagenológicos entre un tumor benigno o maligno, solo sobre la base de su naturaleza quística o sólida; no existen criterios absolutos por imágenes para diferenciar entre una masa benigna y otra maligna. Aunque a veces existe concordancia entre el aspecto ecográfico y la variedad del tumor, la última palabra la tiene el estudio citohistológico.¹⁰

Los tumores epiteliales constituyen entre 65 y 75 % de todas las neoplasias del ovario. Un elevado porcentaje de sus variedades malignas (85 %) predominan en la sexta y séptima décadas de la vida. Están distribuidos de la forma siguiente: 75 % son serosos, 20 % mucinosos, 2 % endometrioides y 1% de células claras, Brenner e indiferenciados; los restantes corresponden a los tumores de los cordones sexuales, germinales e indeterminados.^{5, 18}

No ocurre lo mismo con los tumores que aparecen en mujeres menores de 20 años, pues en estas los tumores malignos más frecuentes son de origen germinal. La forma más común de malignidad es el adenocarcinoma seroso (60- 80 %). Más de 70 % son bilaterales y de 70-80 % aparecen en estadios avanzados. El tamaño medio es de 15 cm.^{3, 5}

En efecto, los tumores epiteliales benignos, casi siempre son serosos o mucinosos y se diagnostican por lo general entre los 20 y 60 años. Frecuentemente son de gran tamaño, pues alcanzan los 15 cm y hasta 30 o más. Los tumores serosos benignos son típicamente quísticos y se denominan cistoadenomas.^{5, 10}

La bilateralidad es frecuente, sobre todo, en las formas malignas, así como las metástasis en la pelvis por extensión local, con participación de los uréteres, la vejiga y ganglios regionales.¹⁰

Los adenocarcinomas serosos aparecen con una superficie muchas veces papilar, con papilas groseras. Al corte muestran áreas sólidas de aspecto amarillento o rosado y zonas quísticas con papilas prominentes. Generalmente se acompañan de ascitis hemorrágica.

Una variante de los carcinomas serosos son aquellos originados en la superficie ovárica, pero que no invaden el ovario subyacente, que se propagan con mucha mayor facilidad al peritoneo y tienen muy mal pronóstico. Lo mismo ocurre con los carcinomas serosos de la superficie peritoneal, sin afectación ovárica, que presentan una alta mortalidad.¹³

Desde el punto de vista ecográfico, los cistoadenomas serosos benignos se caracterizan por ser tumores quísticos, uniloculares o multiloculares, redondeados u ovals, de contornos regulares, con paredes y tabiques finos y sin vegetaciones en su interior. Su contenido es anecoico o finamente ecogénico, difícil de diferenciar de un quiste folicular cuando son de pequeño tamaño. En ambas formas de presentación la ecografía en tercera dimensión (3D) es útil para explorar la pared interna, así como los tabiques. Para el diagnóstico diferencial con la variedad maligna es importante la utilización del Doppler, al no reconocer vascularización patológica en los tabiques (figura 1).

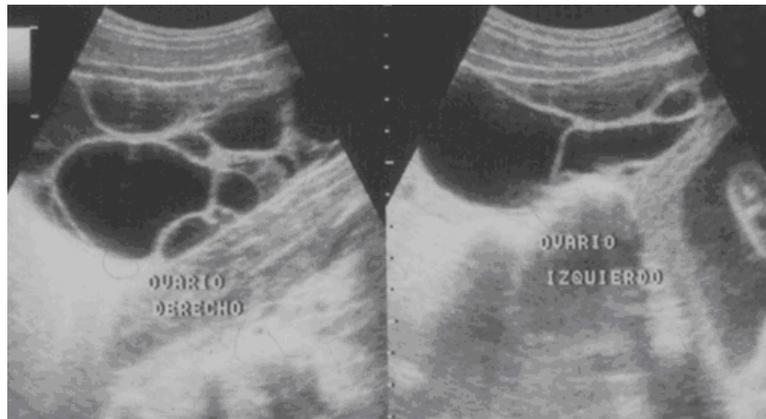


Fig 1. Ecografía transabdominal de un cistoadenoma seroso papilar bilateral

El cistadenocarcinoma seroso puede adquirir 5 formas de presentación ecográfica, algunas de las cuales recuerdan la variedad benigna, pero con el empleo del Doppler se logra la diferenciación.¹⁰ Se observa una forma semisólida o semilíquida en que aparecen las vegetaciones en su interior, toman un aspecto complejo y una forma

sólida pura que es el estadio final del tumor, con aspecto ecogénico, heterogéneo, difícil de diferenciar de un tumor sólido (figura 2).

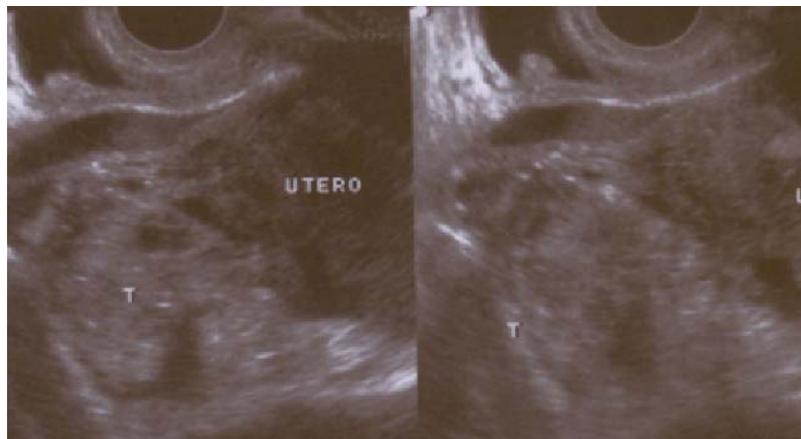


Fig 2. Ecografía transvaginal de un adenocarcinoma papilar

Con referencia a los tumores mucinosos, la mayoría son benignos (80 %). Los tumores limítrofes representan el 10 % y los adenocarcinomas entre 10 y 15 % de los tumores malignos del ovario; aproximadamente 10 % son bilaterales.¹³

Los tumores mucinosos, dado su gran tamaño, pueden llenar la pelvis y extenderse en el abdomen. Los benignos, casi siempre son multiloculares con tabiques y paredes finas, sin vegetaciones; mientras que las variedades malignas muestran gruesos tabiques, paredes engrosadas y masas papilares múltiples en su interior.

Ecográficamente se puede presentar en 3 formas: quística unilocular, con un contenido líquido finamente ecogénico; multilocular (variedad más frecuente), con aspecto de panal de abejas y, por último, la forma anárquica, de aspecto mixto, con tabiques numerosos, entremezclados con áreas gelatinosas y hemorrágicas, parecidos a una lesión sólida. La ecografía 3D y el Doppler son de gran utilidad para diferenciar la variedad benigna de la maligna.¹⁰

Los tumores endometrioides generalmente son malignos. Representan de 15 a 25 % de los cánceres ováricos, en 10 % de los casos se asocian a endometriosis y en 30 % a adenocarcinomas primitivos de endometrio.

Los carcinomas tienen un aspecto como de carne o hígado, de color oscuro, casi sólidos, con abundantes zonas hemorrágicas y un tamaño medio de 10 cm. Alrededor de 15 % son bilaterales y 50 % están en estadio I. Los adenocarcinomas endometrioides son semejantes a los homólogos del útero.^{5, 13}

Son tumores grandes que muestran quistificación y focos de hemorragia. Las formaciones papilares no están presentes o son poco visibles, a veces son completamente sólidos. Se presentan en forma de quiste simple (más frecuente) y se muestra como un quiste ovárico de tamaño variable, generalmente pequeño, delimitado por una cápsula gruesa y su contenido es ecogénico y homogéneo, unilateral o bilateral. La otra forma es de una masa compleja debido a hemorragias intraquísticas sucesivas, lo que le da un patrón anárquico, difícil de diferenciar de tumores mixtos y sólidos.

Existen criterios ecográficos generales de las lesiones epiteliales: intrínsecos, locorreccionales y a distancia. Los primeros se aplican en las lesiones serosas y mucinosas. Ocupa una función predominante la mayor o menor complejidad de la estructura interna del quiste, como pueden ser: vegetaciones, tabiques, ecogenicidad de su contenido, entre otros; los segundos, se aplican a ambas variedades y en ellas se valora la existencia o no de adherencias entre el intestino, el peritoneo y el tumor. También hay que valorar el contorno del tumor, su relación con las vísceras vecinas y su grado de movilidad; en cuanto a los terceros, se debe valorar la presencia o no de ascitis, que no siempre es sinónimo de malignidad. Deben investigarse los riñones, el hígado y el peritoneo, sobre todo la región diafragmática y el saco de Douglas, para descartar la existencia de ganglios metastáticos.¹⁰

De los tumores de células germinales del ovario, el quiste dermoide es el más frecuente, representa la tercera parte de los tumores ováricos, es generalmente benigno y se aparece, en mayor proporción, en mujeres jóvenes. En 2-3 % de los casos son tumores malignos cuando se originan en los componentes del quiste y casi siempre es un carcinoma de células escamosas.¹³

Los tumores estromales de los cordones sexuales constituyen un grupo heterogéneo raro que surge a partir de los componentes no germinativos gonadales, como la granulosa, las células de Sertoli y las células de Leydig. Actualmente, al mejorar las técnicas inmunohistoquímicas y anatomopatológicas, el diagnóstico se realiza más temprano; sin embargo, no se ha logrado una estrategia terapéutica temprana eficaz. La mayoría de estos tumores son de baja malignidad y se asocian a pronósticos favorables.¹⁹

En estos casos, la función del patólogo es vital, pues informará al clínico sobre el tipo histológico y de la benignidad o malignidad del tumor o de las posibles metástasis (epiplón, ganglios, adherencias, citología y diafragma, por citar algunos). Un importante problema es diferenciar entre tumores primitivos ováricos o metástasis de otros tumores, principalmente digestivos y mamarios. A veces el patólogo se basará en signos indirectos como bilateralidad, multinodulaciones, invasión de la superficie ovárica, invasión vascular y tipo histológico uniforme, entre otros; sin embargo, con frecuencia el diagnóstico debe ser clínico.

Sobre la base de las consideraciones anteriores, es importante analizar un aspecto absolutamente fundamental: todo tumor ovárico debe considerarse potencialmente maligno y con excepción de los tumores uniloculares, prácticamente benignos, deberá hacerse una biopsia intraoperatoria aún a sabiendas de las dificultades diagnósticas en cortes por congelación. En caso de ser maligna se realizará un estadiaje minucioso. No debe olvidarse nunca que un tumor aparentemente ovárico puede ser secundario y, por lo tanto, es necesario un estudio previo o incluso una búsqueda minuciosa durante la operación.²⁰

El estadiaje del tumor se define como la extensión de la enfermedad en el momento del diagnóstico y puede ser determinada únicamente por la exploración quirúrgica, mediante la evaluación de las áreas de riesgo.¹² Por tanto, se basa en la exploración clínica y quirúrgica, a la vez que es importante en la valoración de las pacientes y en la evaluación terapéutica.

En más de 80 % de los casos el cáncer de ovario se presenta habitualmente en estadios clínicos avanzados y solo de 35-45 % de las pacientes tienen una supervivencia media de 5 años; sin embargo, esta misma supervivencia en las

diagnosticadas en estadio I es de más de 90 % y muchas de ellas se curan simplemente con cirugía.¹¹

De hecho, el conocimiento de la historia natural temprana y los patrones de invasión del cáncer epitelial sirven de base para un sistema racional para el estadiaje de esta neoplasia y para el tratamiento quirúrgico del cáncer de ovario.¹²

La anamnesis, la exploración clínica, los estudios radiográficos y de laboratorio, conforman el estudio preoperatorio de la paciente con cáncer de ovario, pero son los hallazgos histológicos y el análisis de la extensión quirúrgica los puntos fundamentales para estadificar el cáncer de ovario.

Asimismo, los estudios citológicos e histológicos son imprescindibles y exigen la realización de biopsias múltiples. Una inadecuada estadificación dificulta la toma correcta de decisiones terapéuticas e impide estimar la supervivencia y evaluar la respuesta a los tratamientos aplicados.⁵

El pronóstico del cáncer de ovario dependerá del tipo histológico, del grado de diferenciación tumoral, de la etapa clínica y de la amplitud de la exéresis.¹⁸

CONCLUSIONES

Los tumores de ovario constituyen un importante problema en la morbilidad y mortalidad de la población femenina a escala mundial, que cursa de forma asintomática o con pobres manifestaciones clínicas, de manera que en muchas ocasiones se diagnostican en etapas tardías, donde la extensión fuera de los ovarios ya se ha producido trayendo como consecuencia un pronóstico de vida sombrío.

El valor que ha adquirido en el diagnóstico la ecografía por vía transabdominal y fundamentalmente por vía transvaginal, es incuestionable. A través de ella se logran precisar las características de la lesión tumoral, así como su vascularización (esta última a través del Doppler), lo cual permite poder predecir la posible naturaleza benigna o maligna de la lesión antes de tomar una conducta terapéutica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Quintana González JA, Godoy Rivero R. Quiste gigante de ovario. Presentación de un caso. Hospital Universitario De La Paz Puerto Príncipe, Haití, 2007. MEDICIEGO. 2008 [citado 8 Feb 2012]; 14(1). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol14_supl1_08/casos/c8_v14_supl108.htm
2. López Martín JE, Rodríguez Rodríguez R, Corteguera Fonte ME, López Martín LG. Cistoadenoma seroso del ovario. A propósito de dos casos. Revista de Ciencias Médicas de La Habana. 2007 [citado 18 Dic 2011]; 13 (2). Disponible en: http://www.cpicmha.sld.cu/hab/vol13_2_07/hab14207.htm
3. Rodríguez Reigosa JE, Guerrero García LP, Esperón Noa RP, Linchenat Lambert A, Silveira Pablos JM, Díaz Ortega I, et al. Cáncer de ovario en el Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología de Cuba: 2001 a 2005. Rev Cubana Cir. 2009 [citado 8 Feb 2012]; 48 (1). Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/cir/vol48_1_09/cir08109.htm

4. Moreno Antunes A, Haliberto Armenteros B, Morán Piñero R, Anderson Crowwel Ch. Diagnóstico y tratamiento quirúrgico del cáncer de ovario en el Hospital "Vladimir Ilich Lenin". Correo Científico Médico de Holguín. 2008 [citado 15 May 2011]; 12 (3). Disponible en: <http://www.cocmed.sld.cu/no123/pdf/n123ori7.pdf>
5. Jiménez Hernández Y. Cáncer de ovario. Prevalencia, diagnóstico y tratamiento. <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/2258/1/Cancer-de-ovario-Prevalencia-diagnostico-y-tratamiento.html> [consulta: 29 julio 2010].
6. García Frutos A, Huertas MA, Uguet C, Romo A, Pérez Ávila I, Bajo JM. Sistematización de planos de la pelvis con sonda vaginal. Anatomía ecográfica. En: Bajo Arenas JM. Ultrasonografía ginecológica. Madrid: Editorial Marban; 2005.
7. Bejerano García RJ, Escalona Veloz R. Oclusión colónica por tumor ovárico. MEDISAN 2007 [citado 18 Dic 2011]; 11(3). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol11_3_07/san11307.htm
8. Álvarez Sánchez AC. Correlación ultrasonográfica e histopatológica de los tumores de ovario. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2010 [consulta: 15 Ene 2010]; 36 (1). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol_36_01_10/gin11110.pdf
9. Álvarez Pérez M, Ramírez Moreno I, López Díaz AC, Matilla Vicente A, Gallego Domínguez E, Alba Conejo E. Supervivencia en pacientes con cáncer de ovario, tras nueve años de seguimiento en el registro hospitalario de tumores del Hospital Clínico Universitario de Málaga [citado 15 May 2011]. Disponible en: <http://www.conganat.org/7congreso/PDF/408.pdf>
10. Parrilla M, López MV, Valls O. Atlas de ecocitopatología diagnóstica en las lesiones abdominales. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006.p. 261-72.
11. Herruzo A. Estado actual del cribado en cáncer de ovario. Acta Ginecológica. 2003; 60: 127-134.
12. Sánchez Sabando J, Espejo MT, Sarasti D. Cáncer de ovario [citado 18 May 2011]. Disponible en: http://www.medicosecuador.com/espanol/articulos_medicos/16.htm
13. Chuaqui R, Duarte I, González S, Etchart M, Rosenberg H. Patología especial del ovario. En: Chuaqui B, Chuaqui R, Duarte I, González S, Etchart M, Rosenberg H. Lecciones de anatomía patológica [citado 23 Agos 2011]. Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/publ/anatomiaPatologica/indice.html>
14. D'Ippolito G, Mori Lima A, Pecci Neto L, Morgado Ferreira R, Marquez Ferreira de Souza L. Neoplasias sólidas de ovario: análise sistematizada e ensaio iconográfico. Rev Imagen. 2006 [citado 23 Agos 2011]; 28 (3):165-170. Disponible en: http://www.spr.org.br/files/public/magazine/public_89/165.pdf
15. Huertas MA, Uguet C, Romo A, Bajo Arenas JM. Estudio ultrasonográfico de las formaciones orgánicas del ovario. Cáncer de ovario. Score ecográfico. Valoración Doppler. En: Bajo Arenas JM. Ultrasonografía ginecológica. Madrid: Editorial Marban; 2005. p. 141- 72.
16. Cáncer de ovario: Valor y limitaciones de la ecografía para su diagnóstico [citado 11 May 2011]. Disponible en: <http://www.unizar.es/gine/202gin.htm>

17. Pérez Ramírez M, Fernández Fernández I, Mulet Matos E. Principales aplicaciones del Doppler color transvaginal. Rev Cubana Obstet Ginecol. 1997 [citado 11 Jun 2011]; 23 (2-3): 75-80. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol23_2_97/gin03297.htm
18. Santiesteban S. Tumores de ovario. En: Rigol Ricardo O. Obstetricia y Ginecología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2004.p. 313-17.
19. Pérez Echemendía M. Ginecología oncológica pelviana. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006. p. 57-67.
20. González Martín A. Cáncer de ovario [citado 11 Jul 2011]. Disponible en: <http://www.seom.org/infopublico/info-tipos-cancer/ginecologico/ovario>

Recibido: 12 de marzo de 2012

Aprobado: 26 de abril de 2012

Laura María Pons Porrata. Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso", avenida Cebreco, km 1½, reparto Pastorita, Santiago de Cuba, Cuba. Correo electrónico: laurap@medired.scu.sld.cu