

Título del trabajo:

RESUMEN TUMORES DE OVARIO

Resumen Unidad IV

Nombre del alumno: Karla Zahori Bonilla Aguilar

Nombre de la asignatura: Ginecología y obstetricia

Semestre y grupo: 6° Semestre Grupo "A"

Nombre del profesor: Dra. Escarpulli Siu Magali

Tuxtla Gutiérrez, Chiapas a 02 de Julio de 2020.

Contenido

INTRODUCCIÓN.....	3
PATOGENIA	4
EPIDEMIOLOGIA	5
CUADRO CLÍNICO	5
DISEMINACIÓN DEL CÁNCER DE OVARIO	6
DIAGNÓSTICO ECOGRÁFICO.....	7
TUMORES EPITELIALES BENIGNOS	7
TUMORES LIMÍTROFES	8
CONCLUSIONES	9

BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

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. 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. 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. 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. Con el empleo de la ecografía se abrió un nuevo horizonte 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. 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. 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.

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. 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. 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.

EPIDEMIOLOGIA

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. 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.

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.

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 metastiza 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.

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

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. 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. 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. Desde el punto de vista ecográfico, los cistoadenomas serosos benignos se caracterizan por ser tumores

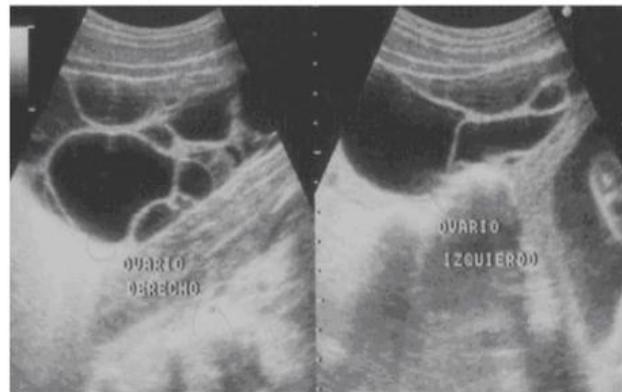


Fig 1. Ecografía transabdominal de un cistoadenoma seroso papilar bilateral

quisticos, uniloculares o multiloculares, redondeados u ovales, 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.

TUMORES LIMÍTROFES

Representan el 10 % y los adenocarcinomas entre 10 y 15 % de los tumores malignos del ovario; aproximadamente 10 % son bilaterales. 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



Fig 2. Ecografía transvaginal de un adenocarcinoma papilar

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.

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.

Bibliografía

- Parrilla M, López MV, Valls O. Atlas de ecocitopatología diagnóstica en las lesiones abdominales: Editorial Ciencias Médicas; 2006.p. 261-72.
- Herruzo A. Estado actual del cribado en cáncer de ovario. Acta Ginecológica. 2003; 60: 127-134.
- Cáncer de ovario: Valor y limitaciones de la ecografía para su diagnóstico.
- Herruzo A. Estado actual del cribado en cáncer de ovario. Acta Ginecológica. 2003; 60: 127-134