



## *LICENCIATURA EN MEDICINA HUMANA*

*Dr. Luis Ignacio Gayosso Gordillo*

*Luis Alberto Álvarez Hernández*

*Clínica de Ginecología y obstetricia*

*Cáncer de ovario*



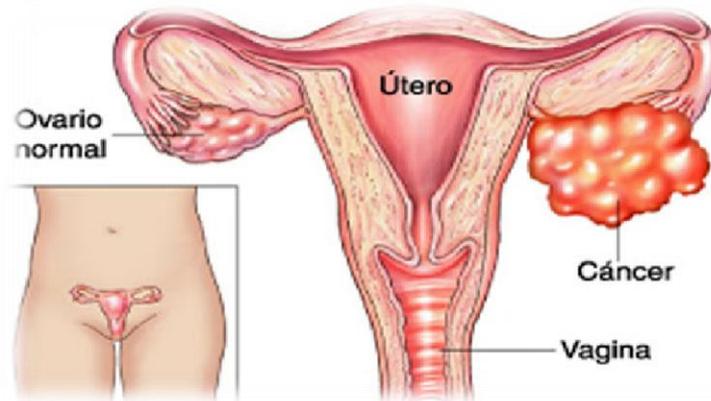
*23/mayo/2022.*

## ***Cáncer de ovario***

*Primera causa de muerte por cáncer ginecológico (excluyendo el CaMa). Lo padecen 1 de cada 70 mujeres.*

***Pronóstico***--> *depende del estadio:*

- *Estadios precoces la supervivencia de pacientes es del 90%.*
- *Estadios avanzados la supervivencia es 18%.*



## *Factores de riesgo <-----> Factores protectores*

*Teoría de la ovulación incesante: cada ovulación hay una pequeña cicatriz y por tanto una pequeña agresión en el epitelio que acaba por generar displasias. La nuliparidad es un factor predisponente para esta neoplasia.*

- *Edad.*
- *Historia familiar.*
- *Mutaciones asociados a BRCA 1 y 2.*
- *Exposición al asbesto y polvo de talco.*
- *Multiparidad.*
- *SOP.*
- *Anticonceptivos orales.*
- *Histerectomía.*
- *OTB.*
- *Ooforectomía.*

## *Clasificación*

***Tumores epiteliales:** derivan del epitelio celómico. Constituyen el 75% de todos los tumores ováricos y el 90% de todos los malignos.*

- ***Tumores serosos (60-80%):** más frecuente. Son bilaterales, se caracterizan por presencia de pequeños acúmulos cálcicos concéntricos microscópicos (cuerpos de psamoma) signo de buen pronóstico. Tumores serosos malignizan tres veces más que los mucinosos.*
- ***Tumores mucinosos (25%):** La mayor parte son benignos y con mayor frecuencia unilaterales. Son tumores grandes, con quistes multiloculados. A veces pueden romperse y originar implantes en la cavidad peritoneal (pseudomixoma peritoneal).*



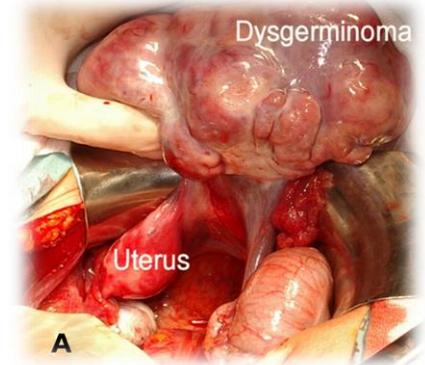
## *Continuación Tumores epiteliales*

- ***Tumores endometrioides (20%):** mayoría son malignos. Se acompañan en un 30% de los casos de adenocarcinoma primario de endometrio y en el 10% se asocian a endometriosis ovárica.*
- ***Tumores de células claras (5%):** se originan a partir de restos mesonéfricos. Tumores malignos más frecuentes en caso de endometriosis y se consideran como una variante del endometroide. La terapia hormonal sustitutiva está totalmente contraindicada (también en el endometroide) por su dependencia de niveles elevados de estrógenos.*
- ***Tumor de Brenner (<1%):** generalmente benignos. Poseen un epitelio semejante al transicional de la vejiga.*
- ***Tumores borderline:** son tumores con comportamiento biológico intermedio entre los benignos y malignos. Pueden ser serosas o mucinosas.*

## *Clasificación*

**Tumores germinales:** Constituyen entre el 20-24% de los tumores. <20 años representan el 75%. Son con frecuencia unilaterales y de gran tamaño.

- **Teratoma quístico benigno:** más frecuente. Constituyendo el 90% del total. Benigno. Pueden presentar en su interior microcalcificaciones amorfas o con forma de piezas dentarias. Son malignos excepcionalmente y pueden producir alfafetoproteínas.
- **Teratoma inmaduro:** maligno. Presenta tejidos con diferente grado de diferenciación que son inmaduros, tejidos embrionarios y con más frecuencia derivados del mesodermo (tejido neural, cartílago).
- **Disgerminoma:** mujeres jóvenes. Es equivalente al seminoma masculino. Tumor maligno más frecuente de este grupo y deriva directamente de la célula germinal.



## *Continuación Tumores germinales*

- *Tumor del seno endodérmico: tumor con alto potencial maligno. Producen alfafetoproteína.*
- *Carcinoma embrionario: muy raros; producen alfafetoproteína.*
- *Coriocarcinoma: tumor maligno poco frecuente. Produce HCG que estimula el estroma ovárico produciendo metrorragias y pubertad precoz.*
- *Tumor del estroma ovárico: tipo de teratoma productor de T3 y T4.*



## *Clasificación*

***Tumores de los cordones sexuales-estroma:** Constituyen el 5% de todos los tumores. Son tumores funcionantes productores de hormonas esteroideas.*

- ***Tumores de la granulosa:** tumores productores de estrógenos provocando clínica de pubertad precoz, hiperplasia endometrial y alternancia de amenorrea-metrorragia.*
- ***Tumores de la teca:** benignos y productores de estrógenos y andrógenos.*
- ***Fibroma:** benigno derivado del mesénquima. Se asocia a ascitis en el 40% de los casos y en el 1% formando parte del síndrome de Meigs (ascitis, hidrotórax y tumor de ovario).*
- ***Androblastoma:** derivan del estroma ovárico con diferenciación a tejido gonadal masculino. El 50% producen andrógenos (virilización, hipertrofia del clítoris). Derivan de las células de Sertoli, de Leydig o ser mixtas. Benignos.*
- ***Ginandroblastoma:** son tumores mixtos.*

## *Clasificación*

***Gonadoblastoma:*** Tumor mixto formado por células del estroma y germinales. Se asocian a gónadas disgenéticas con cromosoma Y (síndrome de Swyer).

***Tumores del mesénquima sexualmente indiferenciados:*** Lipomas, sarcomas, leiomiomas, hemangiomas.

***Tumores metastásicos:*** De origen digestivo (tumor de Krukenberg, tumor metastásico ovárico bilateral con células en anillo de sello); de origen mamario. Suponen el 10% de los tumores ováricos.



## ***Clínica***

- *Asintomáticos, poco específica. diagnosticados en fases avanzadas.*
- *Síntoma inicial más frecuente, distensión abdominal (70%).*
- *Dolor.*
- *Metrorragia.*
- *Fases avanzadas (60%), producen síndrome constitucional (anorexia, astenia).*
- *Sintomatología digestiva, compresión urinaria y ascitis.*

### ***Signos sospechosos de malignidad:***

- *Ascitis.*
- *Palpación de tumoración pélvica.*
- *Poca movilidad por adherencias.*
- *Índice de crecimiento rápido.*
- *Edad no reproductiva.*
- *Nódulos en fondo de saco de Douglas.*
- *Bilateralidad (la mayoría de los benignos son unilaterales frente a los malignos, que suelen ser bilaterales).*



## Estadificación

### I LIMITADO AL OVARIO

- IA Limitado a un ovario, cápsula íntegra, superficie libre, sin ascitis.
- IB Igual que el anterior pero con afectación de ambos ovarios
- IC Afectación de uno o ambos ovarios, cápsula rota, tumor en superficie, ascitis o lavado peritoneal positivo

### II AFECTACIÓN PÉLVICA

- IIA Afectación de útero o trompas
- IIB Extensión de otros tejidos pélvicos
- IIC Afectación pélvica con cápsula rota, tumor en la superficie ovárica, ascitis o lavado peritoneal positivo (MIR)

### III

### AFECTACIÓN DE UNO O DOS OVARIOS CON IMPLANTES PERITONEALES INCLUYENDO EPIPLÓN, DELGADO, CÁPSULA HEPÁTICA, ADENOPATÍAS INGUINALES/RETROPERITONEALES. ES LA FORMA MÁS FRECUENTE DE PRESENTACIÓN

- IIIA Peritoneo abdominal microscópicamente afecto
- IIIB Implantes peritoneales menores de 2 cm
- IIIC Implantes peritoneales mayores a 2 cm y/o ganglios inguinales o retroperitoneales positivos

### IV

### METÁSTASIS

Metástasis hepáticas intraparenquimatosas, derrame pleural con citología positiva

## Diagnóstico

- *Histológica.*
- *Historia clínica.*
- *Exploración física.*
- *Ecografía transvaginal Doppler.*
- *TC y la RM.*
- *marcadores tumorales.*
- *Diagnóstico precoz.*

Marcador	Presente en:	
Ca 125	65 UI/ml en premenopausia y 35 UI/ml en la postmenopausia	MTS adenocarcinomas gastrointestinales
CEA	Epiteliales: <b>mucinosos</b>	
Ca 19.9	Epiteliales: <b>mucinosos</b>	
AFP	<b>Germinales:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• T. del seno endodérmico</li> <li>• Carcinoma embrionario</li> </ul>	Menores 30 años
HGC	<b>Germinales:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coriocarcinoma</li> </ul>	
Inhibina	T. de la granulosa. Mucinosos	
Hormonas tiroideas	Estruma ovárico	

Tabla 5. Marcadores tumorales de ovario

## ***Tratamiento***

- ***Cirugía con doble intención: diagnóstico y estadificación.***
- ***Histerectomía total con anexectomía bilateral.***
- ***Lavado y aspiración de líquido peritoneal.***
- ***Exploración de la superficie peritoneal y biopsia de lesiones sospechosas.***
- ***Omentectomía (extirpación del epiplón).***
- ***Biopsias de peritoneo vesical, fondo de saco de Douglas, espacios parietocólicos y cúpula diafragmática.***
- ***Apendicectomía, especialmente en los tumores mucinosos.***
- ***Linfadenectomía de arterias y venas ilíacas externas y comunes.***
- ***Linfadenectomía pélvica y paraaórtica.***