

Cáncer de ovario



El cáncer de ovario es un tumor maligno que surge del tejido ovárico y se clasifica según el tipo de tejido del que se origina. Los 3 tipos principales son los carcinomas epiteliales de ovario, células germinales y los tumores del estroma de los cordones sexuales.

1er causa de **muerte** de cáncer ginecológico

3er lugar de cáncer ginecológico

ENARM 2023

Epidemiología

- Su incidencia en México ocupa el segundo lugar de cáncer ginecológico después del cáncer mama y cervicouterino.
- La mayor incidencia se encuentra entre 50 a 70 años.
- El riesgo de tener cáncer de ovario en la vida es de 1.2%.

ENARM 2023

F. de riesgo

- Mayor edad, nuligestas (por evolución), menarquia temprana o menopausia tardía.
- AHF de cáncer de mama y/o cáncer de ovario.
- Mutaciones genéticas de BRCA 1 y BRCA, p53 y MLH1.

FR:

- Antecedente de Ca de ovario X4
- BRCA1 (46% a los 70 años)

ETIOLOGÍA

TUMORES EPITELIALES 75%

Mujeres postmenopáusicas

SEROSOS	MUCINOSO
60-80%	25%
QUISTES CON LIQUIDO SEROSO	QUISTES MULTILOCULADOS GRANDE(25 CM) CON MUCINA
BENIGNO (60%)	MAYORÍA BENIGNOS (80%)
TENDENCIA A LA MALIGNIZACION(25%)	MALIGNO (10%)
CA 125	CA 125/ CA 19-9 / ACE
CUERPOS DE PSAMOMA	PSEUDOMIXOMA PERITONEAL

TUMORES GERMINALES 15-25%

Mujeres jóvenes 20-30 años

Disgerminomas (todos son malignos)

Marcadores tumorales:

- DHL, CA 125, BHCG

Son radiosensibles y unilaterales 80%

NO disgerminomas (teratoma)

MADURO	INMADURO
BENIGNO	
QUISTES DERMOIDES	ASOCIA A NECROSIS Y HEMORRAGIA
UNILOCULADO Y RUGOSO	VOLUMINOSO Y LISO
ESTRUCTURAS BIEN DIFERENCIADAS DE LAS TRES CAPAS GERMINALES (DIENTES, PELOS, HUESO)	TEJIDO EMBRIONARIO FETAL INMADURO
1% MALIGNIZA	CRECEN Y METS CON RAPIDEZ CA125 Y AFP

Maduro



Inmaduro



NO DISGERMINOMA

TUMOR DEL SENO ENDODERMICO	CORIOCARCINOMA	CARCNOMA EMBRIONARIO
ALFA FETO PROTE	BHCG	ALFA FETO PROTE BHCG
CUERPOS DE SCHILLER DUVAL	ASOCIADO A OTRO TUMORES DE CEL GERMINALES	GONADOBLASTOMA: 90% DE GONADAS DISGENICAS, SX SWYER
UNILATERAL		
RAPIDO Y AGRESIVO		

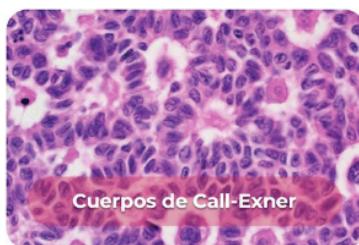
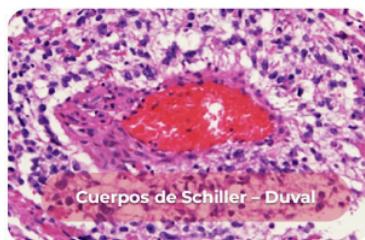
TUMORES ESTROMALES 5%

Tumores estromales (5%)

- Células de la granulosa
- El estromal más común (90%).
- Con cuerpos de Call-Exner.
- Suele secretar estrógenos y síntomas por hormonas.

- Células de la teca
- Generalmente son benignos.
- A menudo secretan estrógenos y andrógenos.
- Son pocos frecuentes.

- Células de Sertoli - Leydig:
- Células anormales que solo se encuentran en hombres.
- Secretan andrógenos y presentan virilización.



CUADRO CLÍNICO GENERAL

Etapas tempranas

Crecimiento lento y asintomático (tumor germinal)

Etapas tardías

- Aumento de diámetro abdominal
- Dolor abdominal
- Colon irritable

Etapas avanzadas

- Ascitis
- Palpación de tumor
- Poca movilidad del tumor

DIAGNÓSTICO

Inicial: USG trasvaginal

>>>

USG REGLAS SIMPLES DE IOTA

Marcadores tumorales:

Solicitar en

< 30 años - DHL, HCG, AFP

> 40 años (postmenopáusica) CA 125, HE4

CA 125 (Ca epitelial seroso)

CA 19-9 /ACE /CA 125 (Ca epitelial mucinoso)

DHL / HCG / CA 125 (Germinal disgerminoma)

AFP (No disgerminoma ca de seno endodérmico)

HCG (No disgerminoma coriocarcinoma)

AFP + BHCG (carcinoma embrionario)

Gold standard: Cx estadificadora +

citorreducción y estadificación transoperatoria

Reglas B

Para considerar BENIGNO debe incluir al menos 1 B, pero ninguna M

B1. Unilocular

B2. Presencia de componentes sólidos donde el mayor tiene un diámetro < 7 mm

B3. Presencia de sombra acústica

B4. Tumor multilocular, de bordes regulares, con diámetro < 100 mm

B5. Sin señal Doppler color – Puntaje color 1

Reglas M

Para considerar MALIGNO debe incluir al menos 1 M

M1. Tumor sólido irregular

M2. Presencia de ascitis

M3. Al menos 4 estructuras papilares

M4. Tumor sólido, multilocular, de bordes irregulares, con diámetro > 100 mm

M5. Señal vascular muy intensa – Puntaje color 4



Se recomienda utilizar las reglas simples de la IOTA para realizar la evaluación por ultrasonido y si se cuenta con los recursos necesarios integrar con las reglas ADNEX del IOTA.



Clínica

- Etapas tempranas: Suele ser asintomático y solo puede presentar una masa anexial compleja.
- Síntomas en etapas avanzadas: Malestar y distensión abdominal (lo más común), sangrado vaginal y gastrointestinales.
- Signos en etapas avanzadas: Ascitis, tumor pélvico o abdominal.



Diagnóstico

- Inicial: Ultrasonido transvaginal (S:100% y E: 83%).
- **Estándar de oro:** Cirugía estadificadora y cito reductora, la estadificación es postquirúrgica.
- Marcadores tumorales: CA-125 CA19-9, ACE, AFP, DHL, Inhibinas, proteína 4 y β-hCG.

Marcadores tumorales:

CA - 125 Tumores epiteliales de ovario, endometriosis y EPI.

CA-19.9 Tumor mucinoso, cáncer de colon y páncreas.

ACE Tumor mucinoso, cáncer de páncreas y vejiga.

AFP Tumores germinales, testicular y hepatocarcinoma.

Inhibina Asociadas a tumores de la granulosa.

ENARM 2023



La cirugía etapificadora ha mostrado ser el manejo quirúrgico inicial ante la sospecha clínica de Cáncer de ovario, la cual consta de:

- lavado peritoneal
- hysterectomía total abdominal,
- Salpingoovarectomía residual
- Omentectomía infracólica,
- linfadenectomía pélvica bilateral,
- linfadenectomía retroperitoneal.

Tomografía computarizada: técnica de elección para extensión del cáncer de ovario, se pueden analizar los ganglios linfáticos retroperitoneales.

TRATAMIENTO >> DX DEFINITIVO LAPE

Indicaciones:

IRM > 200 o CA 125 > 200

Datos de malignidad

- HC (antecedentes, ascitis)
- Marcadores
- USG reglas simples de IOTA

GOLD STANDARD

- **Cirugía primaria etapificadora + citorreducción + lavado peritoneal + histerectomía total + salpingooforectomía bilateral + omentectomía infracólica + linfadenectomía pélvica y retroperitoneal + biopsia de correderas parietocólicas, fondo de saco de douglas, peritoneo y hemidiafragma**
- Se sospecha **mucinoso** >>> también **apendicectomía**
- **Estadio I Quimioterapia** a valoración médica
- **Estadio II a IV Quimioterapia siempre**

Para ENARM lo más importante son los tipos de cáncer de ovario, factores de riesgo y diagnóstico clínico.

Tratamiento y estadificación posterior a Cirugía (simplificado)		
Estadio I Limitada a ovarios	IA G1 y G2 (limitada a ovario)	Vigilancia .
	IB G1 (ambos ovarios)	
	IB G2 (Alto riesgo)	
	IC (ruptura de capsula / Líquido peritoneal positivo)	
Estadio II	Extensión tubárica	Quimioterapia adyuvante. (Después de cirugía).
Estadio III Fuera de cavidad	Estadio III A	
	Estadiol III B	
	Estadio III C	Quimioterapia neoadyuvante.
Estadio IV	Metástasis extrabdominales.	

T. quirúrgico

- El tratamiento estándar incluye cirugía primaria diagnóstica, estadificadora y citorreductora.
- Depende del estadio después de cirugía será el tratamiento indicado (quimioterapia o vigilancia).

El esquema de quimioterapia carboplatino + paclitaxel.



En los tumores estadio IA G1, G2 y IBG1 el tratamiento posterior no se recomienda ya que las tasas de supervivencia global y libre de enfermedad a cinco años son mayores de 90%.



Es recomendable considerar en pacientes con enfermedad avanzada, la quimioterapia neoadyuvante siempre y cuando la quimioterapia preoperatoria se limite de tres a seis ciclos con estadio IV o IIIC.

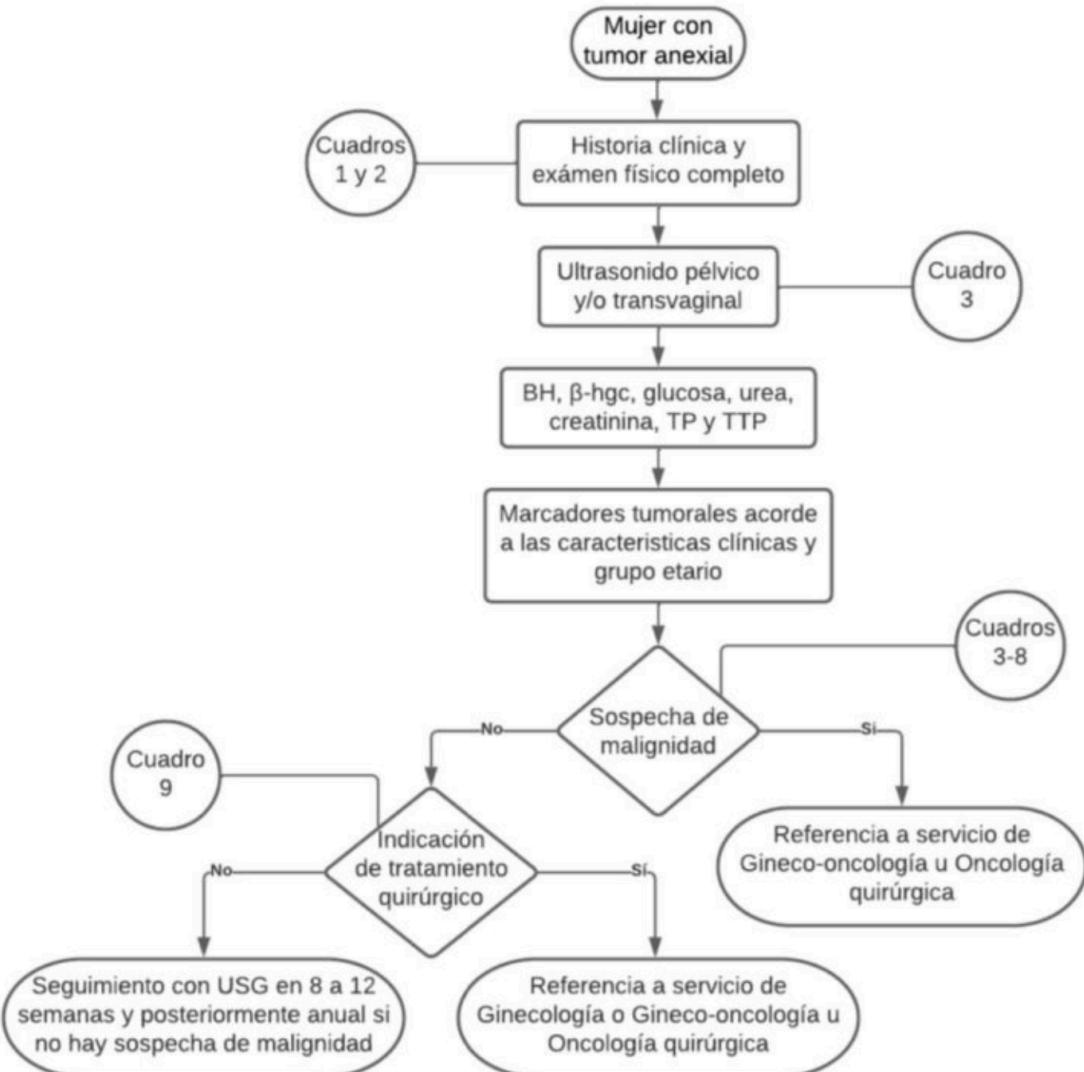
CRITERIOS DE NELSON (RESECANTE)

E

Los criterios de resecabilidad contemplan diversos factores con bajas probabilidades de citorreducción óptima, requiriendo en los criterios de Nelson TAC de tórax, abdomen y pelvis , estos criterios son:

- -Engrosamiento del epiplón mayor con involucro del bazo.
- -Enfermedad > de 2 cm en el mesenterio del intestino delgado, superficie hepática, diafragma y transcavidad de los epiplones.
- -Ganglios paraórticos
- -Implantes pericárdicos o pleurales, y en la porta
- -Ascitis masiva
- -Ca 125 > 1,000 U/ml.

> 5 = 80% Tratamiento subóptimo



Sección	Contenido clave
Definición	Neoplasia maligna originada en estructuras del ovario.
Etiología	- 75 % son tumores epiteliales (en mujeres postmenopáusicas). - 15-25 % tumores germinales (en mujeres jóvenes).
Epidemiología	- Más frecuente entre los 50-70 años, 75% se diagnostica en etapas avanzadas - Supervivencia a 5 años: • Etapa I: 90 % • Etapa IV: 4 %
Factores de riesgo	- Edad avanzada - Historia familiar de cáncer de ovario - Mutaciones BRCA1/BRCA2
Clínica	1.- Aumento de perímetro abdominal. 2.- Dolor abdominal. 3.- Colon irritable - Frecuente presentación tardía.
Diagnóstico	- USG transvaginal con criterios de IOTA. - Marcadores tumorales: • CA-125 (epiteliales, serosos), CA-19-9 (epiteliales, mucinosos) • BHCG, AFP, DHL (germinales) - Índice de Jacobs para riesgo de malignidad. - LAPE diagnóstica = gold estándar.
Estadiaje	FIGO: • Estadio I: limitado a ovarios • II: extensión pélvica • III: implantes peritoneales fuera de pelvis • IV: metástasis a distancia
Tratamiento	- Cirugía citorreductora: objetivo dejar enfermedad no visible o <10 mm. - QT adyuvante: • Estadio I: a juicio clínico • II-IV: siempre. - Si tumor mucinoso: realizar apendicectomía.



Se sugiere realizar marcadores tumorales (DHL, HCC, alfa feto proteína) en pacientes jóvenes (menos de 30 años) con tumor ovárico y sospecha de malignidad por ultrasonido.

[Ver tabla de la evidencia a la recomendación 2](#)



Se sugiere realizar marcadores tumorales (CA125, HE4) en pacientes a partir de la cuarta década de la vida con tumor ovárico y sospecha de malignidad por ultrasonido.

[Ver tabla de la evidencia a la recomendación 2](#)



Se sugiere realizar marcadores tumorales (antígeno carcinoembriónico y CA19-9) en pacientes con tumor de tipo mucinoso o tumor de tubo digestivo.

[Ver tabla de la evidencia a la recomendación 2](#)