

Acta Médica

Grupo Ángeles

Volumen **3**
Volume

Número **3**
Number

Julio-Septiembre **2005**
July-September

Artículo:

Tumor limítrofe de ovario: Reporte de un caso y revisión de la literatura

Derechos reservados, Copyright © 2005:
Grupo Ángeles Servicios de Salud

Otras secciones de este sitio:

-  [Índice de este número](#)
-  [Más revistas](#)
-  [Búsqueda](#)

Others sections in this web site:

-  [Contents of this number](#)
-  [More journals](#)
-  [Search](#)



Tumor limítrofe de ovario: Reporte de un caso y revisión de la literatura

Alexis Bolio Galvis,* Daniel Palencia Fernández,* Klelia Medina Chávez*

Resumen

Los tumores proliferativos atípicos (limítrofe) del endometrio y los carcinomas endometrioides bien-diferenciados del ovario constituyen un espectro de tumores proliferativos morfológicamente diversos. No hay ningún acuerdo actualmente en el criterio por distinguirlos. El tratamiento quirúrgico primario de los tumores limítrofes sigue siendo la pauta para el tratamiento del carcinoma invasivo, incluyendo histerectomía abdominal total, salpingo-ooforectomía bilateral, omentectomía y lavado peritoneal. El tratamiento adyuvante en los tumores limítrofes es cuestionable. Se reporta una paciente de 18 años quien presentó una masa abdominal gigante que resultó ser un tumor limítrofe ovárico, ella fue manejada quirúrgicamente, y debido a la nuliparidad y el deseo de procrear se decidió realizar un manejo conservador con salpingo-ooforectomía unilateral, omentectomía y lavado peritoneal, sin manejo adyuvante pero con seguimiento semestral durante los primeros dos años con toma de estudios radiológicos y marcadores tumorales.

Palabras clave: Ovario, tumor limítrofe, quiste de ovario.

Summary

Atypical proliferative (borderline) endometrioid tumors and well-differentiated endometrioid carcinomas of the ovary constitute a spectrum of morphologically diverse proliferative tumors. There is currently no agreement on the criteria for distinguishing them. The primary surgical treatment of borderline tumors has followed the guidelines for invasive carcinoma, including total abdominal hysterectomy, bilateral salpingo-oophorectomy, omentectomy, and peritoneal washing. Adjuvant treatment in borderline tumors is questionable. A 18 year female patient is reported who presented a gigantic abdominal mass that resulted as a borderline ovarian tumor, she was treated surgically and childbearing was preserved by an unilateral salpingo-oophorectomy.

Key words: Ovary, border line tumor, cystic ovarian.

INTRODUCCIÓN

Existe gran discrepancia entre los distintos reportes publicados con respecto a los tumores limítrofes de ovario, algunos centros no los reconocen como tal y los incluyen en el grupo de los tumores malignos. A pesar de esto el pro-

nóstico de los pacientes con este diagnóstico generalmente es considerado como excelente. A pesar de que el tratamiento para pacientes mayores es una histerectomía abdominal con salpingo-ooforectomía bilateral, la mayoría de las pacientes jóvenes quienes no tienen paridad satisfecha pueden ser manejadas con salpingo-ooforectomía unilateral y estadiaje quirúrgico preservando así la fertilidad. También se ha reportado la cistectomía ovárica pero la recurrencia se acerca al 15%. La mayoría de los cirujanos opinan que la cirugía es el mejor tratamiento para los tumores de este tipo, otros consideran la necesidad de quimioterapia postoperatoria con doxorubicina, ciclofosfamida y cisplatino.

* Hospital Ángeles del Pedregal.

Correspondencia:

Dr. Alexis Bolio Galvis
Periférico Sur Núm. 3707 Centro de Especialidades Quirúrgicas Cons. 1182, Col. Héroes de Padierna, Del. Magdalena Contreras, 10700, México, D.F.
Correo electrónico: kyabolio@hotmail.com

Aceptado: 05-07-2005.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 18 años de edad quien inicia su padecimiento actual 10 meses previo a su ingreso a nues-

tra unidad con dolor epigástrico, por lo que es valorada por el médico, quien maneja el cuadro como colon irritable indicando bromuro de pinaverio, con lo que la sintomatología mejora. Dos meses previos a su ingreso presenta sangrado transvaginal anormal de color rojo intenso y abundante, por lo que acude con el médico quien inicia tratamiento hormonal, con lo que cede el sangrado pero inicia un aumento del perímetro abdominal, progresivo y lento, agregándose dolor en hipocondrio derecho, posteriormente se realiza ultrasonido abdominal reportándose masa quística bien delimitada de 21.5 cm por 14 cm sin septos ni cambios de densidad que se extiende desde hueco pélvico, reportándose como quiste gigante de ovario, por lo que es enviada a nuestra unidad para manejo. A la exploración física con presencia de masa abdominal que ocupa la totalidad de la cavidad, aparentemente movable y no fija a planos profundos, la cual rechaza órganos intraabdominales y se extiende desde región pélvica hasta diafragma, no se palpan ganglios en zonas linfoportadoras ni presencia de líquido en cavidad.

Con lo anterior se decide realizar tomografía computarizada de abdomen, la cual reportó masa hipodensa que se extiende desde abdomen superior hasta la pelvis, la cual rechaza asas intestinales hacia el cuadrante superior izquierdo, mide 300 x 239 x 190 mm bien delimitada con presencia de cápsula delgada con engrosamiento de la pared derecha, resto de órganos sin alteraciones (*Figura 1*).

El reporte de laboratorio fue el siguiente: Leucocitos 9,100, neutrófilos 6,400, hemoglobina 12.8, hematócrito 37.2, plaquetas 282,000, glucosa 107, nitrógeno ureico 7, urea 14.98, creatinina 0.50, fósforo 3.9, calcio 9.8, magnesio 1.8, cloro 109, potasio 3.7, sodio 138, TPT 31.9 seg, TP 15.1 seg a 90%, fibrinógeno 530, EGO sin alteraciones, CA 125 84.4, alfafetoproteína 1.9, antígeno carcinoembrionario 0.7, hormona gonadotropina coriónica 0.00.

Con los hallazgos clínicos, radiológicos y de laboratorio se decide llevar a la paciente a una laparotomía exploradora. Se realizó incisión por línea media, la cual se extendió desde 4 cm por debajo del apéndice xifoides a 2 cm por arriba del pubis, al llegar a la cavidad se encuentra masa gigante de contenido líquido, no adherida a planos y dependiente de ovario derecho, la cual se extrae sin complicaciones, así mismo se realiza lavado peritoneal pre y postresección de la masa para identificación de células malignas, se solicitó examen transoperatorio al Servicio de Patología reportando un peso de 10 kg y como diagnóstico cistadenoma seroso de ovario, por lo que se decide no realizar un procedimiento más invasivo, el resultado definitivo se reportó como tumor limítrofe microinvasor de ovario (*Figura 2*).

Con este resultado se decide llevar a la paciente nuevamente a quirófano para realización de omentectomía, nuevo lavado peritoneal y toma de biopsias de ganglios y



Figura 1. Imagen tomográfica con presencia del quiste gigante de ovario ocupando casi la totalidad de la cavidad abdominal.



Figura 2. Ovario resecado con presencia del quiste intacto que midió 35 x 22 cm y pesó 10 kg.

peritoneo, resultando esto negativo en el estudio definitivo de patología, por lo anterior se toma la decisión de manejar a la enferma sólo con vigilancia radiológica y con estudios de laboratorio (marcadores tumorales) semestrales durante los primeros dos años.

DISCUSIÓN

Los tumores limítrofes son un grupo especial de tumores epiteliales caracterizados por la ausencia de capacidad para invadir el estroma ovárico, su lenta diseminación celómica y su limitada capacidad para reaccionar a la quimioterapia.

Aproximadamente 10 a 15% de los tumores epiteliales comunes se clasifican como limítrofes. Las características histológicas de éstos son un grado inusual de estratificación de células epiteliales, actividad mitótica aumentada respecto de la del epitelio normal, anormalidades nucleares y células atípicas en la ausencia de invasión estromal. Debido a que estos tumores se relacionan con una tasa de curación alta y falta de cualquier evidencia histológica de invasión, la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia propuso que este grupo intermedio de tumores ováricos se clasifique como una entidad patológica separada y designada "carcinoma de potencial maligno bajo".¹

De manera similar la Organización Mundial de la Salud ha etiquetado a esta categoría de tumores como "cánceres ováricos limítrofes".

De la misma forma que los tumores ováricos epiteliales invasores, los tumores ováricos limítrofes pueden tener variedades: serosa, endometriode, de células claras, de Brenner o, más comúnmente, mucinosa.

Aproximadamente 25% de los tumores limítrofes ocurre en mujeres menores de 40 años, mientras que menos de 10% de los tumores epiteliales comunes invasores se presenta en este grupo de edad. Además, 25 a 40% de los tumores limítrofes serosos son bilaterales al momento de la presentación, en contraste con solamente 8% en el caso de los tumores limítrofes mucinosos, un aspecto importante especialmente en las pacientes más jóvenes, en quienes la preservación de la fertilidad es un punto importante.²

Se ha reportado que dentro del manejo de este tipo de tumores, en especial en pacientes jóvenes que desean mantener la fertilidad se pueden realizar cirugías conservadoras donde se realiza la salpingooforectomía unilateral sin realizar omentectomía ni biopsia peritoneal, sólo lavado peritoneal, conservando así el útero y el ovario contralateral, manteniendo así la posibilidad de un embarazo posterior, obteniendo buenos resultados con un seguimiento a base de ultrasonido y marcadores tumorales.^{3,4}

Fauvet reportó en febrero de 2005 una serie multicéntrica de 162 pacientes tratadas con cirugía conservadora encontrando que aquellas mujeres nulíparas y jóvenes presentaban menor tamaño tumoral comparado con las pacientes que ya habían tenido embarazos previos, pero los índices de recurrencia son mucho mayores comparando con las pacientes, quienes fueron sometidas a procedimientos radicales.⁵ El tratamiento recomendado para enfermas con tumores ováricos de bajo potencial maligno que han completado su paridad es la histerectomía total abdominal y la salpingooforectomía bilateral con una estadificación completa y citorreducción.

Aunque no existe un estudio prospectivo que compare la eficacia de la histerectomía total abdominal con la salpingooforectomía bilateral con tratamientos más conserva-

dores en la etapa Ia, los datos de estudios retrospectivos de tratamiento conservador en mujeres jóvenes sugieren que el riesgo de recurrencia no es significativamente distinto de aquél de las pacientes tratadas con histerectomía total abdominal y salpingooforectomía bilateral.

Con respecto a la estadificación primaria de los tumores limítrofes se considera en algunos estudios multicéntricos que aquellas mujeres con estadios IA a quienes se les realizó exclusivamente cistectomía, son las más beneficiadas al realizar una cirugía de estadificación, ya que éste cambia, generalmente, a IB, ahora bien esto aún es controvertido ya que no existe diferencia en la recurrencia del tumor en las pacientes en donde se realiza estadiaje y en las que no se realiza.⁶ Aunque la laparotomía de estadificación puede resultar en una estadificación en un nivel superior de las mujeres que fueron incompletamente estadificadas al tiempo de la cirugía inicial, el beneficio terapéutico de la reexploración es cuestionable si no existe evidencia de enfermedad residual al tiempo de la cirugía inicial.

Con respecto a la linfadenectomía está bien descrito en grandes series que la linfadenectomía rutinaria no debe realizarse en pacientes que se encuentren en estadios tempranos de la enfermedad, este procedimiento debe reservarse para enfermas que presentan tumores serosos o crecimiento ganglionar notorio.⁷

La cirugía laparoscópica de los tumores limítrofes con tamaños ováricos reducidos, ha mostrado buenos resultados, sobre todo en aquellas pacientes en donde nos interesa la preservación de la fertilidad. Continúa siendo muy controvertido, ya que los implantes tumorales en los sitios de introducción de los trócares se presentan con cierta frecuencia no teniendo los cuidados necesarios al extraer la pieza o cuando existen implantes peritoneales.⁸

Gotlieb y colaboradores estudiaron preoperatoriamente los valores de CA 125 en 91 pacientes que se sometieron a cirugía primaria contra tumores limítrofes del ovario. Las concentraciones del CA 125 preoperatorios aumentados se encontraron en 93% de los casos. Es decir una gran proporción de los tumores limítrofes del ovario, particularmente los serosos se asocian a la elevación del CA 125 y, así mismo, presentan ovarios con alteraciones ultrasonográficas. Con esto determinan que en la mayoría de los pacientes encontraremos cuando menos una alteración ya sea ultrasonográfica o en marcador tumoral.⁹

Algunas pacientes con microinvasión pueden presentar mayor riesgo de recurrencia o enfermedad invasiva y podrán requerir de manejos más agresivos como la aplicación de quimioterapia. En estas enfermas está indicado el seguimiento con toma de marcadores tumorales (CA 125) para la detección temprana de las recurrencias.¹⁰

El Grupo de Oncología Ginecológica reportó 32 pacientes con tumores limitrofes en etapa III del ovario, con menos de 1 cm de enfermedad residual que fueron tratadas con cisplatino y ciclofosfamida o cisplatino, ciclofosfamida y adriamicina, con un seguimiento mediano de 31.7 meses con intervalo de 1 a 35 meses, solamente una mujer murió y el cáncer estaba presente durante la necropsia; las restantes están vivas sin evidencia clínica de enfermedad en una mediana de 30 meses. Lo sobresaliente fue que de 15 pacientes que se sometieron a laparotomía de segunda vista solamente seis no tenían datos de enfermedad. Aparentemente la falta de eficacia significativa de la quimioterapia se documentó debido a que sólo dos de ocho enfermas (25%) con anomalía residual en el procedimiento quirúrgico inicial no tenían enfermedad en la laparotomía de segunda vista y dos de seis pacientes sin enfermedad gruesa en la cirugía complementaria inicial tenían una laparotomía de segunda vista positiva microscópicamente. Este último grupo presentaba enfermedad progresiva a la quimioterapia.²

En conclusión, no existe evidencia de que la terapéutica adyuvante mejore la supervivencia libre de enfermedad o la supervivencia global en estas mujeres.²

Se ha determinado que el mejor método para el diagnóstico patológico de estos tumores es la realización de la toma de cortes por congelación.^{11,12}

Con respecto al pronóstico se consideran básicamente dos parámetros: el volumen tumoral, expresado por la etapa clínica, y el volumen de enfermedad residual después de la citorreducción primaria.

La supervivencia se relaciona de manera directa con la etapa clínica: I, mayor de 80%; II, 60 a 80%; III, 15% y IV, cinco por ciento. Si la citorreducción es óptima, la supervivencia promedio es de 39 meses. Sin embargo, cuando es subóptima (con residual mayor de 2 cm), la supervivencia promedio es de sólo 17 meses. También son factores adversos el grado histológico III, la variedad de células claras, los tumores aneuploides y la sobre-expresión del protooncogen *HER-2 neu*. Aunque en algunos estudios se comenta que la expresión de este protooncogen sólo se expresa en los carcinomas y no han encontrado relación en los tumores limitrofes debido a los pocos estudios existentes a este respecto.¹³ No obstante, estos hallazgos no tienen relevancia en presencia de tumores avanzados en etapas III y IV.

CONCLUSIONES

Como podemos ver, el caso que reportamos se apega a lo encontrado en la bibliografía más actual, el CA 125 se encontraba elevado en esta enferma desde el inicio del manejo, tomando como valores de referencia 0-30 UI/mL. Se realizó un segundo procedimiento para reestadificación, ya

que el resultado transoperatorio de la pieza se reportó como cistadenoma seroso de ovario, con el resultado definitivo y debido al diagnóstico obtenido se decide llevar a la enferma a un segundo procedimiento, siendo conservadores, realizando sólo la omentectomía, la biopsia peritoneal, de ganglios y el lavado peritoneal, preservando así la fertilidad de la enferma, el resultado de este procedimiento fue negativo a malignidad, por lo que se decide no realizar manejo adyuvante y sólo vigilancia con marcadores tumorales (CA 125) y ultrasonido semestrales, actualmente a 2 años del procedimiento, la enferma no muestra alteraciones ováricas en el ultrasonido y su marcador tumoral permanece bajo niveles normales 5 UI/mL.

REFERENCIAS

1. Bell KA, Kurman RJ. A clinicopathologic analysis of atypical proliferative (borderline) tumors and well differentiated endometrioid adenocarcinomas of the ovary. *Am J Surg Pathol*, Nov. 2000; 24(11): 1465-1479.
2. Instituto Nacional de Cancerología. *Manual de Oncología, Procedimientos Médico-Quirúrgicos*. McGraw-Hill. 2000: 410-426.
3. Stepanian M, Cohn DE. Gynecologic malignancies in adolescents. *Adolesc Med Clin*, Oct 2004; 15(3): 549-568.
4. Idotta R, Scopelliti P, Polimeni C, Lirosi MF. Serous papillary cystic ovarian borderline tumor: case report. *Clin Exp Obstet Gynecol*, Jan 2002; 29(4): 293-296.
5. Fauvet R, Poncelet C, Boccara J, Descamps P, Fondrinier E, Daraï E. Fertility alter conservative treatment for borderline ovarian tumors: a French multicenter study. *Fertil Steril*, Feb 2005; 83(2): 284-290; quiz 525-526.
6. Fauvet R, Boccara J, Dufournet C, David-Montefiore E, Poncelet C, Daraï E. Restaging surgery for women with borderline ovarian tumors: results of a French multicenter study. *Cancer* Mar 2004; 100(6): 1145-1151.
7. Camatte S, Morice P, Atallah D, Pautier P, Lhommé C, Haie-Meder C, Duvillard P, Castaigne D. Lymph node disorders and prognostic value of nodal involvement in patients treated for a borderline ovarian tumor: an analysis of a series of 42 lymphadenectomies. *J Am Coll Surg* Sept 2002; 195(3): 332-338.
8. Deffieux X, Morice P, Camatte S, Fourchette V, Duvillard P, Castaigne D. Results alter laparoscopic management of serous borderline tumor of the ovary with peritoneal implants. *Gynecol Oncol* Apr 2005; 97(1): 84-89.
9. Gottlieb WH, Soriano D, Achiron R, Zalel Y, Davidson B, Kopolovic J, Novikov I, Benn-Baruch G. CA 125 measurement and ultrasonography in borderline tumors of the ovary. *Am J Obstet Gynecol* Sept 2000; 183(3): 541-546.
10. Buttin BM, Herzog TJ, Powell MA, Rader JS, Mutch DG. Epithelial ovarian tumors of low malignant potential: the role of microinvasion. *Obstet Gynecol* Jan 2002; 99(1): 11-17.
11. Boriboonhirunsarn D, Sermboon A. Accuracy of frozen section in the diagnosis of malignant ovarian tumor. *J Obstet Gynaecol Res* Oct 2004; 30(5): 394-399.
12. Medeiros LR, Rosa DD, Edelweiss MI, Stein AT, Bozzetti MC, Zelmanowicz A, Pohlmann PR, Meurer L, Carballo MT. Accuracy of frozen-section analysis in the diagnosis of ovarian tumors: a systematic quantitative review. *Int J Gynecol Cancer* Mar 2005; 15(2): 192-202.
13. Wu Y, Soslow RA, Marshall DS, Leitao M, Chen B. Her-2/neu expression and amplification in early stage ovarian surface epithelial neoplasms. *Gynecol Oncol* Dec 2004; 95(3): 570-575.