



Ginecología y Obstetricia

© Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología

Ginecol. obstet. 1998; 44 (1) : 37 - 39

Tumor ovárico de potencial maligno bajo

ROGER VALDIVIESO, MARISSA LIMAS

Resumen

OBJETIVO: Definir características clínicas, métodos de diagnóstico y manejo de los tumores ováricos de potencial maligno bajo o de malignidad borderline, **DISEÑO:** Revisión de 12 casos de tumor ovárico de potencial maligno bajo o borderline atendidos en el Hospital Guillermo Almenara (1990-1997). **RESULTADOS.-** Estos tumores constituyen el 11,8% de pacientes con cáncer de ovario. La edad promedio fue 42,5 años, una década menos que para el cáncer de ovario (52 años). El dolor y tumor pélvico son las características predominantes. El promedio del diámetro fue 21 cm ($p < 0,001$). La mayoría (83,3%) tuvo ecoestructura compleja (pared gruesa o delgada, tabique grueso o delgado, algunos con escasos ecos) ($P < 0,001$). En 5 casos se determinó el Ca-125, y todas fueron menores de 35 U/mL. Los 12 tumores fueron de estirpe epitelial, siendo el mucinoso el más común (83,3%). Según el estadiaje quirúrgico, el estadio I, II y III constituyeron el 75%, 8,3% y 16,6%, respectivamente ($p > 0,05$). Se siguió el protocolo de manejo para cáncer de ovario, efectuándose cirugía conservadora sólo en 2 casos. El second look fue negativo para 4/4 (100%) pacientes que recibieron quimioterapia. **CONCLUSIONES.** Todos los tumores ováricos de BPM fueron epiteliales. Los tumores mucinosos constituyeron la mayoría 83,3%. Sólo tuvieron ecoestructura simple, el 16,6%. El CA-125 < 35 U/ML, ocurrió en todos los casos en los que se determinó. El 83,3% fue manejado según protocolo del cáncer ovárico.

Palabras clave: tumor ovárico, malignidad borderline.

Summary

OBJECTIVE: To determine the clinical, diagnostic and surgicopathological aspects of ovarian tumors of low malignant potencial or borderline malignancy. **MATERIAL AND METHODS:** 12 cases of ovarian tumors of LMP are reviewed at Guillermo Almenara Hospital (1990-1997). These tumors constitute 11 896 of all ovarian cancer. The average age of the patients was 42,5 years, one decade earlier than the mean age at diagnosis for invasive ovarian cancer. Pelvic tumor and pain were predominant characteristics. Average greatest diameter was 21 cm; 83,3% ($p < 0,001$) of these tumors had complex ecoestructure (thick or thin wall, septae, and some internal ecos). CA-125 tumor marker was determined in 5 cases, and all had <35 U/mL levels. All tumors were epithelial, and the majority mucinous 83,3%. FIGO's stages were stage I, 8,3% stage II, and 16,6% stage III ($p>0,05$). Management was according in to ovarian cancerprotocols in 10/12 cases. Second look was negative in 4/4. **CONCLUSIONS:** All ovarian tumors of LMP were epithelial in origin. The mucinous tumors were predominant, 83,3%. Only 16,6% had simple ecoestructure. In 5/12 cases, CA-125 was < 35 U/mL. 5. Almost all, 83,3% had management similar to ovarian cancer protocols. Second look was negative in 4/4 cases.

Key words: Ovarian mass, borderline malignancy.

Introducción

Los tumores de malignidad borderline muestran excelente pronóstico a pesar de las características histológicas sugestivas de cáncer. 1,2,3. Los tumores serosos y mucinosos son los dos subtipos más comunes, siendo los criterios de inclusión, cualquiera de dos características histológicas siguientes: papila epitelial, estratificación celular, actividad mitótica aumentada y atipia nuclear; un criterio adicional es la ausencia de invasión estromal.

Los tumores ováricos de potencial maligno bajo (PMB) comprenden el 10% de las neoplasias ováricas. Harris y col, encontraron una edad promedio de 44 años para los tumores PMB comparan o con la del cáncer de ovario invasivo, 52,9 años. El diámetro mayor promedio de los tumores serosos es 7-12 cm⁴ y de los mucinosos 1720 cm⁴. A la fecha, no existen técnicas de laboratorio que identifiquen consistentemente a este grupo de



tumores5. Rice y col, registran niveles aumentados de CA-125 en 28 pacientes con tumores PMB en estadios I (40%), II(100%), III (90%) y IV (100%).

	% T. seroso	% T. mucinosos
	PMB	PMB
I	65,0	89,4
II	13,9	0,8
III	20,3	9,3
IV	0,8	0,4

El estadio al diagnóstico en 468 pacientes con tumores serosos de BPM y en 236 con tumores mucinosos se muestra en la Tabla 1.

El tratamiento recomendado es el quirúrgico, similar al del cáncer de ovario invasivo, que consiste en la histerectomía abdominal total, salpingooforectomía, estadiaje (biopsias ganglionar pélvica y paraaórtica, citología peritoneal y biopsias múltiples) y la citorreducción. La apendicectomía debe realizarse rutinariamente en pacientes con tumores mucinosos. En pacientes jóvenes en estadios iniciales la cirugía conservadora parece ser segura. Trope informó de 253 pacientes en estadios I-II que recibieron quimio o radioterapia, y concluyeron que no se ha establecido un rol adecuado para la terapia adyuvante.

Material y métodos

Se revisa los casos de pacientes con diagnóstico de cáncer de ovario atendidas en la Unidad de Oncología Ginecológica del Hospital Guillermo Almenara I-IPSS (1990-1997). Se selecciona los casos cuyo diagnóstico histológico fue tumor de ovario de potencial maligno bajo. Se determina las características clínicas, métodos de diagnóstico, las características anatomopatológicas y el tipo de manejo efectuado para cada caso, y se las compara con las del cáncer de ovario.

Diámetro mayor (cm), x=21		
Mucinosos	17,25,24,28,17,37,29,23,38,21	x=26,4
Serosos	8,7	x=7,5

Figura 1. Tumor de ovario de potencial maligno bajo.



Resultados

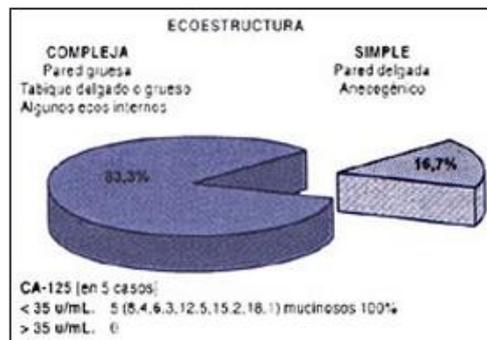
En el Hospital Guillermo Almenara (1990-1997) se manejó 101 cánceres de ovario cuya edad promedio, al diagnóstico fue 51,9 años. De éstos, 12 casos fueron tumores de malignidad borderline, constituyendo el 11,8%, cuya edad promedio al diagnóstico fue 42,5 años. Figura 1.

Con respecto al cuadro clínico, 3 pacientes presentaron sólo dolor pélvico y las otras 10 pacientes, dolor más tumor pélvico. El diámetro promedio mayor fue 21,0 cm, siendo los mucinosos 26,4 cm, y los serosos 75 cm (P < 0,001).



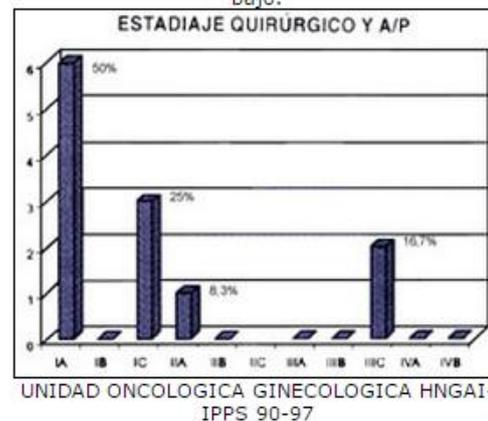
Se efectuó el ultrasonido pélvico en todos los casos y se determinó el marcador tumoral CA-125 sólo en 5 casos (recién se dispuso de este marcador en 1995-1997). Diez casos presentaron ecoestructura compleja y 2, ecoestructura simple ($p < 0,001$). Cinco pacientes tuvieron CA-125 < 35 U/mL. Figura 2.

Figura 2. Tumor ovárico de potencial maligno bajo.



UNIDAD ONCOLOGICA GINECOLOGICA HNGAI-IPPS 90-97

Figura 3. Tumor ovárico de potencial maligno bajo.



Los tumores ováricos fueron epiteliales, siendo los mucinosos 10 (83,3%) y los serosos 2 (16,7%).

En cuanto a las biopsias por congelación, el 91,6% (11/12) fue positiva para tumor ovárico de PMB.

En cuanto al estadiaje, 9 (75%) fueron estadio I (6 en IA, 3 en IC), 1 (8,3%) fue estadio IIA y 2 (16,7%) fueron estadio IIIC ($p > 0,05$). Figura 3.

La mayoría (83,3%) fue manejada con el protocolo similar a cánceres de ovario y sólo en 2 casos (16,7%) se efectuó cirugía conservadora. Se realizó second look en 4 pacientes que recibieron quimioterapia, siendo el resultado negativo.

Discusión

La frecuencia de tumor ovárico de malignidad borderline constituye en nuestro hospital el 11,8% de los cánceres de ovario y el 5% de los tumores ováricos, que difiere de lo comunicado por Trimble y col, 10% de las neoplasias ováricas⁴. El 41,6% ocurrió en pacientes menores de 40 años, cifra mayor a lo publicado por Piver⁶.

La edad promedio fue 42,5 años, similar a lo publicado por Harris, 40 años. El promedio, del diámetro mayor (21 cm) también es similar a lo publicado por Trimble (17-20 cm). La mayoría, 83,3%, presentó ecoestructura compleja, pero no las proyecciones papilares, característica sonográfica que se presenta en el cáncer de ovario, pero con mayor frecuencia en los serosos. En nuestro estudio todos los tumores fueron epiteliales, predominando los mucinosos, 83,3%.

En cuanto al estadiaje, el 75% de los tumores se encontraba en el estadio I, ligeramente menor que lo registrado en el Norwiegan Radium Hospital⁸.

Sólo en 5 casos en estadio, I, se determinó el CA-125 sérico, siendo todos menores de 35 U/mL, a diferencia de lo hallado por Rice y col (40% tienen niveles mayores de 35 U/mL en estadio, I)⁷. El tratamiento quirúrgico fue similar que para el cáncer de ovario invasivo y sólo el 16,6% tuvo cirugía conservadora (pacientes con deseos de embarazo).

Los second look efectuados en pacientes con estadios iniciales que recibieron quimioterapia (5/5) fueron negativos.

Conclusiones

1. La frecuencia del tumor ovárico de PMB es menor que la publicada.
2. Todos los tumores son epiteliales y la mayoría son mucinosos, y además predominan los estadios iniciales, a diferencia del cáncer ovárico invasivo.



3. La edad promedio, ocurre una década anterior a la del cáncer de ovario invasivo.
4. El CA-125 no fue de ayuda para el diagnóstico de estos tumores.
5. El manejo quirúrgico es el mismo que para el cáncer de ovario invasivo.

Referencias bibliográficas

1. Bell DA, Rutgers JL, Scully RE. Ovarian epithelial tumors of borderline malignancy. Prog Reprod Urinary Tract Pthol 1989; 1: 1.
2. Casey AC, Bell DA, Lage JM, Fuller AF, Nikrui N, Rice LW. Epithelial ovarian tumors of borderline malignancy: long-term follow-up. Gynecol Oncol 1993; 50: 316.
3. Colgan TJ, Norris HJ, Ovarian epithelial tumors of low malignant potential: a review. Int J Gynecol Pathol 1983; 1: 367.
- 4; Trimble EL, Trimble CL. Epithelial ovarian tumors of low malignant potential in cancer of the ovary. (M Markman and WJ Hoskins, Eds) Raven Press, New York (1993).
5. Trimble CL, Trimble EL. Management of epithelial ovarian tumors of low malignant potential. Gynecol Oncol 1994; 55: S52-S61.
6. Piver MS. Ovarian Epithelial Cancer. En: Handbook of Gynecologic Oncology. Little, Brown Co 1995: 12.
7. Rice LW, Lage JM, Berkowitz RS et al. Preoperative serum CA-125 levels in borderline tumors of the ovary. Gynecol Oncol 1992; 46: 226.
8. Koem J, Trope CG, Abeler VM. A retrospective study of 370 borderline tumors of the ovary treated at the Norwegian Radium Hospital from 1970-1982: A review of clinicopathologic features and treatment modalities. Cancer 1993; 71: 1810.