

El tumor limítrofe del ovario.

Experiencia en la Fundación Hospital Alcorcón.

Ojeda F, Merinero MD, Vázquez L, García-Vila L, Herrera M, Albareda J, López-Salva A.

Área de Ginecología y Obstetricia. Fundación Hospital Alcorcón.

fojeda@fhalcorcon.es

Introducción:

El tumor limítrofe del ovario siempre ha sido un tema controvertido en la ginecología oncológica, tanto desde el punto de vista diagnóstico incluyendo la estadificación o no del mismo como desde el punto de vista de tratamiento (1, 2, 3, 4).

Hemos descrito la serie de pacientes afectas de esta patología atendidas en nuestro hospital.

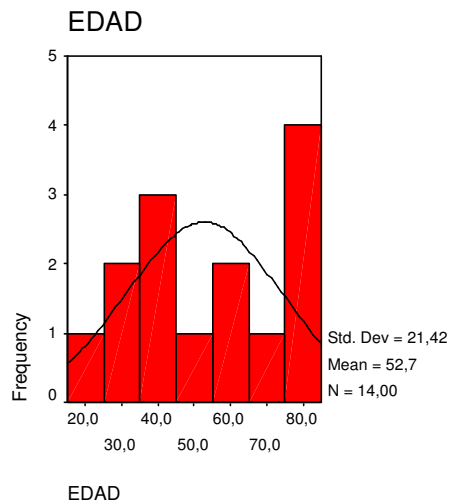
Pacientes y metodología:

Describimos retrospectivamente la totalidad de pacientes diagnosticadas y tratadas por tumor limítrofe del ovario en nuestro centro desde 1998 hasta 2004. Se han revisado un total de 14 pacientes controladas en nuestro centro por esta patología.

La distribución por edades de las pacientes se muestra en la gráfica 1.

Dado lo limitado de la serie, no hemos realizado ningún análisis estadístico característico ni estudio de supervivencia.

Gráfica 1. Distribución por edades



Resultados

En la tabla 1 se resumen las características principales de la serie, tanto los tratamientos practicados como la estadificación, tipo histológico y presencia de microinvasión, así como un breve resumen evolutivo.

Tabla 1. Características del grupo

Edad	Fecha cirugía	Cirugía	Comentarios	Fecha cirugía	Tipo	microinvasión	Estadio	último control	Recidiva		
76	24/05/1999	anexectomía	No estadiado		seroso papilar	Si	pT1a Nx	29/10/2003			
26	02/12/2002	anexectomía	No estadiado		mucinoso		pT1a Nx	07/01/2004		Desea gestación	
35	19/05/2003	anexectomía		20/02/2004	mucinoso	Si	pT1a pN0				
71	01/06/1999	anexectomía		12/07/1999	seroso		pT1a pN0	14/01/2004			
38	30/07/1998	anexectomía		28/06/1999	mucinoso		pT1a pN0	13/08/2003			
24	31/05/1999	anexectomía		19/07/1999	mucinoso		pT1a pN0	01/10/2003			
46	12/07/2000	anexectomía	No estadiado		mucinoso		pT1a Nx	30/07/2003			
61	01/03/2003	HAT AB	CP		mucinoso		pT1a Nx	01/10/2003			
80	07/12/1999	anexectomía		03/03/2000	mucinoso		pT1a pN0	10/10/2001			
40	06/06/2000			06/06/2000	seroso		pT1a pN0	04/02/2004			
60	23/03/2001	anexectomía		24/05/2001	mucinoso		pT1a pN0	29/10/2003			
26	04/12/2001	anexectomía		25/06/2001	mucinoso	Si	pT1a pN0	01/03/2003		Gestación	

A la totalidad de las pacientes se les ofreció la estadificación y 10 aceptaron; mientras que en otros cuatro casos, dos procedían de otros hospitales, las pacientes no desearon completar el estudio. Estas últimas son seguidas los primeros dos años mediante control de marcadores y TAC cada 3 meses. Los tipos histológicos y la presencia de microinvasión los hemos resumido en la tabla 2.

Tabla 2. Tipos histológicos y presencia de microinvasión.

Tipo AP:		Microinvasión
mucinoso	9	2
seroso	4	1
seroso-papilar	1	

En la tabla 3 se han resumidos los estadios pTNM cuando se dispusieron de ellos. La totalidad correspondieron a estadios I del tumor

Tabla. Estadio pTNM

Estadio:	
pT1a Nx	4
pT1a N0	9
pT1c N0	1

La totalidad de las pacientes están vivas y libres de enfermedad en el momento del cierre de la revisión.

Discusión:

No vamos a discutir las características histológicas del tumor ni la epidemiología, factores de riesgo o las características clínicas y/o diagnósticas del tumor a que estas están muy bien recogidas en la literatura (1, 2, 3, 4). El diagnóstico es difícil por la vaguedad y falta de especificidad de los síntomas (5) y la poca capacidad discriminativa de los marcadores tumorales (6) y las técnicas de diagnóstico por la imagen (1).

Las preguntas a contestar serían:

1. ¿qué cirugía practicar? Parece existir cierto acuerdo respecto a la práctica de cirugía radical en la enfermedad avanzada o sí la mujer ha cumplido su deseo genésico en estadios I y II; en caso contrario, si se tratara de un estadio inicial, podría practicarse un tratamiento conservador (1,4). En ocasiones este podría efectuarse por laparoscopia (7).
2. ¿debe estadificarse? No existe un acuerdo unánime, sobre todo cuando se plantea la cirugía conservadora. De todos modos, diversos autores han estudiado el estudio postdiagnóstico y han encontrado porcentajes elevados de reubicación en estadios superiores (7). También se ha observado que con enfermedad intraperitoneal localizada y ganglios negativos la incidencia de recidiva es del 5 %, pero esta alcanza alrededor del 50 % cuando los ganglios son positivos o la afectación peritoneal es extensa (1, 7, 8, 9). Diez de nuestras pacientes aceptaron la estadificación, y en todos los casos quedaron incluidas en estadio I de muy buen pronóstico.
3. ¿existe recidiva? Parece que si y esta puede conducir a la muerte en porcentaje nada desdeñable en estadios avanzados de la enfermedad (1,2,3,4). En nuestra corta serie no hemos observado recidiva en ninguna de las pacientes en seguimiento.
4. ¿es la microinvasión un factor pronóstico? Algunos autores han demostrado mortalidad asociada a la microinvasión (9,10). En nuestra serie 3 pacientes presentaron criterios de microinvasión y hasta el momento actual ninguno ha recidivado.
5. ¿es útil la quimioterapia? Aunque un gran numero de autores no encuentran resultados significativos tras el tratamiento con quimioterapia del límite avanzado, parece ser habitual el uso de quimioterapia el uso en estadio III o superior, aunque con resultados descorazonadores (1, 2, 3, 4).
6. ¿existe gestación después del tratamiento del tumor mediante cirugía conservadora? Todos los autores que han estudiado este parámetro refieren resultados aceptables en aquellas mujeres que se plantean una gestación (11, 12,13). Dos pacientes de nuestra serie han conseguido gestaciones, una en curso y otra ya concluida con gestación y parto normal.

Conclusiones

En nuestra serie todas las pacientes estaban en estadio I y todas han sobrevivido, incluso alguna en edad gestacional ha conseguido un embarazo, eso coincide con los criterios de la literatura, pero no debemos olvidar que sabemos que eran estadio I por la estadificación, que en estadios avanzados existe mortalidad y que aunque los beneficios de la quimioterapia no parecen notables si que podría ser la última oportunidad para algunas pacientes con enfermedad extensa no tratable mediante cirugía exéretica.

Referencias:

1. Tumores del ovario de bajo potencial maligno. www.cancer.gov . 08-03-2004.
2. Menzin AW. Borderline ovarian tumors. Prim Care Update Ob/Gyns 2001;8:149-152.
3. Gershenson DM. Clinical management potential tumours of low malignancy. Best Pract & Research Clin Obstet Gynecol 2002;16:513-527.
4. Menzin AW, Gal D, Lovecchio JL. Contemporary surgical management of borderline ovarian tumors: a survey of the Society of Gynecologic Oncologist. Gynecol Oncol 2000;78:7-9.
5. Webb PM, Purdie DM, Grover S, Jordan S, Dick ML, Green AC. Symptoms and diagnosis of borderline, early and advanced epithelial ovarian cancer. Gynecol Oncol 2004;92:232-239.
6. Engelen MJA, de Bruijin HWA, Hollema H, ten Hoor KA, Willemse PHB, Aalders JG, van der Zee AGJ. Serum CA 125, Carcinoembryonic Antigen, and CA 19,9 as Tumor Markers in Borderline Ovarian Tumors.
7. Querleu D, Papageorgiou Th, Lambaudie E, Sonoda Y, Narducci F, LeBlanc E. Laparoscopic restaging of borderline ovarian tumours: results of 30 cases initially presumed as stage IA borderline ovarian tumours. BJOG 2003;110:201-204.
8. 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: analysis of a series of 42 lymphadenectomies. J Am Coll Surg 2002;195:332-338.
9. Lackman F, Carey MS, Kirk ME, McLachlin CM, Elit L. Surgery as sole treatment for serous borderline tumors of the ovary with non-invasive implants . Gynecol Oncol 2003;90:407-412.
10. Buttin BM, Herzog TJ, Powell MA, Rader JS, Mutch DG. Epithelial ovarian tumors of low malignant potential: the role of microinvasion. Obstet Gynecol 2002;99:11-17.
11. Modugno F, Ness RB, Wheeler JE. Reproductive risk factors for epithelial ovarian cancer according to histologic type and invasiveness. Ann Epidemiol 2001;11:568-574.

12. Donnez J, Munschke A, Berliere M, Pirard C, Jadoul P, Smets M, Squifflet J. Safety of conservative management and fertility outcome in women with borderline tumors of the ovary. *Fertile Steril* 2003;79:1216-21.
13. Camatte S, Morice P, Pautier P, Atallah D, Duvillar P, Castaigne D. Fertility results after conservative treatment of advanced stage serous borderline tumour of the ovary. *BJOG* 2002;109:376-380.