

**GUÍAS CLÍNICAS DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO
SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA**

16.- QUISTE OVARICO Y EL NO ESPECIFICADO

DEFINICIÓN:

Los tumores de anexos plantean un difícil problema diagnóstico, los más frecuentes son de origen fisiológico y producen síntomas agudos, mientras que los malignos son asintomáticos hasta ser intratables. Todo tumor ovárico debe considerarse potencialmente maligno hasta no tener la confirmación histopatológica.

EPIDEMIOLOGIA:

Los orígenes celulares de los que proceden los principales grupos de tumores ováricos son:

Epiteliales 60-77%, germinales 15-20% y de los cordones sexuales 5-10%. El 80% de los tumores ováricos son benignos.

Los tumores de células lipídicas y los del estroma no especializado completan el grupo de los tumores primarios de ovario. Alrededor del 5% de los tumores ováricos son secundarios a un cáncer no ovárico.

El cáncer de ovario representa el 6% de todos los cánceres en la mujer, ocupando el 3er lugar entre los cánceres ginecológicos.

La mayor incidencia de tumores benignos se presenta entre los 20 a 45 años de edad. La mayor incidencia de tumores de ovario malignos se presenta entre los 40 a 65 años de edad.

FACTORES DE RIESGO:

- La parotiditis, infección grave puede causar insuficiencia ovárica prematura, aumento temprano de las cifras de gonadotropinas y proliferación subsiguiente del epitelio superficial.
- La nutrición con una ingesta importante de grasas, café, intolerancia a la lactosa e ingesta de alcohol. Existen sustancias oncógenas como la exposición al talco o al asbesto.
- La menarca temprana y la menopausia tardía.
- Existe un riesgo mayor de cáncer de ovario es de hasta 6 veces en mujeres con problemas de esterilidad.
- El uso de medicamentos para hiperestimulación ovárica provoca mayor daño al epitelio y durante la ovulación si el proceso de reepitelización posovulación no es adecuado puede causar alteraciones en el ciclo ovulatorio y un mayor número de ciclos predispone al daño del epitelio y riesgo de cáncer.
- Climaterio posmenopáusico es la presencia de insuficiencia ovárica aumentando las cifras de gonadotropinas.
- Factores genéticos en el cromosoma 17q21 se localiza el gen predisponente del cáncer de mama-ovario hereditario denominado BRCA-1. La mutación de p-53 es el cambio genético más frecuente de los cánceres de ovario de tipo epitelial.

CLASIFICACION:

ORIGEN GINECOLÓGICO

NO NEOPLÁSICO

OVARICO

Quistes foliculares o de cuerpo lúteo

NO OVARICO

Embarazo ectópico

GUÍAS CLÍNICAS DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA

Quiste teca-luteínico.

Luteoma del embarazo

Ovarios poliquísticos.

NEOPLÁSICA

OVÁRICA. .

Carcinoma.

Anomalías congénitas

Restos embriológicos

Piosalpinx, hidrosalpinx

NO OVARICA

Leiomioma.

Quiste paratubario

CUADRO CLINICO.

Tumor benigno.- Unilateral, quístico, móvil, lisa, sin ascitis, crecimiento lento, mujer joven.

Tumor maligno.- Bilateral, sólida, fija, irregular, con ascitis, crecimiento rápido, edad avanzada.

DIAGNÓSTICO.

Historia clínica completa, con exploración abdominal y pélvica para determinar forma, volumen consistencia, uni o bilateralidad, fija o móvil.

ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABIENTE.

Radiografías de abdomen y de pelvis, urografía excretora, Histerosalpingografía, usg simple y doppler color, tomografía axial computada.

Laboratorio Básico (citología hemática, química sanguínea, examen general de orina y pruebas de coagulación) para determinar condiciones generales de la paciente.

Marcadores tumorales.- El CA 125 se encuentra elevado en el 80% de los casos de cáncer epitelial ovárico, así como en los casos de procesos inflamatorios como embarazo ectópico y salpingitis.

El ACE y la AFP se elevan en los tumores con origen en los cordones sexuales y en los germinales.

La Gonadotropina coriónica Humana.- se eleva en algunos tumores de origen germinal como el teratoma.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

NO NEOPLÁSICA.

Absceso apendicular, diverticulosis, adherencias, quiste peritoneal, materia fecal impactada en recto-sigmoides, riñón pelviano, quiste de uraco, meningocele sacro anterior.

NEOPLÁSICA.

Carcinomas: sigmoides, ciego, apéndice, vesical, tumor de retroperitoneo, teratoma presacro.

CRITERIOS DIAGNOSTICOS.

Todo tumor ovárico deberá someterse a cirugía ya sea Laparoscópica o laparotomía exploradora cuando reúna los siguientes criterios: masa ovárica mayor de 6 cm, masa anexial mayor de 10 cm, cualquier masa que se desarrolle durante la posmenopausia, imposibilidad para descubrir la naturaleza de la masa con técnicas radiológicas o ultrasonográficas.

Los tumores menores de 5 cm. deberán estudiarse de acuerdo al día del ciclo menstrual que se encuentre la paciente, ya que la mayoría de las veces se tratan de tumores funcionales del ovario.

TRATAMIENTO

El tratamiento de los tumores ováricos siempre será quirúrgico realizando extirpación del tumor con estudio transoperatorio y en caso de ser maligno, la rutina de ovario realizada en esta primera cirugía es

GUÍAS CLÍNICAS DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA

de suma importancia dado que permite una estadificación de la paciente para así valorar posteriormente en la unidad de Oncología si requerirá tratamiento adyuvante con QT.

En caso de tumor que no abarque la totalidad del ovario o que no sea dependiente de ovario y que de acuerdo al resultado de la biopsia transoperatoria sea benigna se puede realizar únicamente tumorectomía, siempre y cuando se desee reproducción posterior en mujeres jóvenes.

En mujeres con paridad satisfecha y en mujeres mayores de 40 años se deberá realizar ooforectomía con o sin salpingectomía.

PRONÓSTICO

El pronóstico de las pacientes con tumores malignos de ovario esta en relación a la etapa clínica en que se encuentren y esto directamente dependiente de la cantidad de tumor residual que se deja durante la cirugía. Otros factores importantes son el subtipo histológico la edad de la paciente y el resultado de la terapia posquirúrgica.

COMPLICACIONES.

En lo referente a los tumores de ovario las complicaciones más frecuentes son el sangrado y torsión del tumor ovárico con datos de abdomen agudo. En caso de ser tumor maligno además de las anteriores se presenta con frecuencia la oclusión intestinal debido a los implantes del mismo que pueden ocasionar adherencias.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Botella Llusia J., " Tratado de Ginecología", 14ª Edición, ed. Diaz de Santos.
2. Disaia, "Clinical Gynecologic oncology" 5a. Edicion,1997, Edit.Mosby.
3. "Enciclopedia Medico Quirúrgica, Ginecología Obstetricia ", tomo 5. Editorial Scientifiques et medicales Elsevier. 1999.
4. Haskell, "Cancer treatment Chapter 5: Gynaecologic Neoplasm" 5a edición, 2001, WB Saunders Company
5. Novak " Ginecología ", 10ª Edición, Ed. Mc Graw Hill.
6. Piver, "Oncología Ginecológica Capítulos 1,2,3,4," 2ª. Edición 2000, Editiroal Marban.

GUÍAS CLÍNICAS DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO
SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA

TUMORES DE OVARIO

