

TUMOR BORDELINE OVÁRICO EN ADOLESCENCIA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Hernández Ros, M.I; Jiménez Díaz, S; Madrid Gómez del Mercado, M.D; Martínez-Espejo Cerezo, A; Martínez Gómez, A; Martínez Real, M.C.; Moreno Sánchez, C; Sánchez-Bolea Pérez, T.L.

INTRODUCCIÓN

Los tumores de ovario *borderline* representan del 10%-20% de las neoplasias ováricas de origen epitelial. La característica más importante a destacar es que son tumores no invasivos, pudiendo presentar pequeños focos de microinfiltración. La edad media de presentación es 40 años, y sólo un tercio son diagnosticados antes de esa edad. Por ello, es muy importante plantear la opción de tratamiento con preservación de la fertilidad. Son asintomáticos, y se suelen diagnosticar de forma incidental en una prueba de imagen. En cuanto al pronóstico, el 70-80% de las pacientes presentan enfermedad limitada al ovario en el momento del diagnóstico, y su supervivencia a 10 años es >90%.

CASO CLÍNICO

Paciente de 20 años acude derivada por Digestivo tras realizar ecografía en la que se visualiza una lesión lateral a útero, en el contexto de estreñimiento crónico. **Antecedentes personales:** hipotiroidismo, anemia ferropénica.

Mediante **ecografía transrectal** se visualiza una masa sólida heterogénea de 83.7x40mm de diámetro, que capta abundante color Doppler, sin poder reconocer su origen dependiente de ovario o intestinal. Además presenta líquido libre en Douglas. (Imagen 1 y 2)

Se solicitan **marcadores tumorales:** Ca125: 514, Ca19.9: 51, HE4: 138.

En la **RMN** se describe una lesión en fondo de saco de Douglas, entre ambos ovarios, de aspecto "arboliforme", de unos 3.7x8.2x4cm que tracciona el ovario izquierdo, formando un ángulo agudo con el mismo, aunque de aspecto no ovárico, probablemente peritoneal.

Sin poder filiar el origen de la masa pélvica, se le realiza una **laparotomía diagnóstico-terapéutica**, encontrando una masa anexial izquierda de unos 8cm de aspecto cerebroide dependiente de ovario, por lo que se procede a realizar tumorectomía. (Imagen 3)

El **estudio anatomopatológico** de la pieza resulta tumor seroso borderline/tumor seroso proliferativo atípico con inmunofenotipo sugestivo de origen tubárico.

Dado el probable origen tubárico se **reinterviene** para ampliar con anexectomía izquierda+omentectomía+ biopsias peritoneales múltiples.

Finalmente el resultado de AP es de **tumor seroso borderline de ovario estadio pT1cNxMx**, puesto que no se encuentra afectado el epitelio tubárico de la pieza. No se evidencian implantes en el omento.

Se decide en comité, **seguimiento** con control semestral durante 2 años y posteriormente.

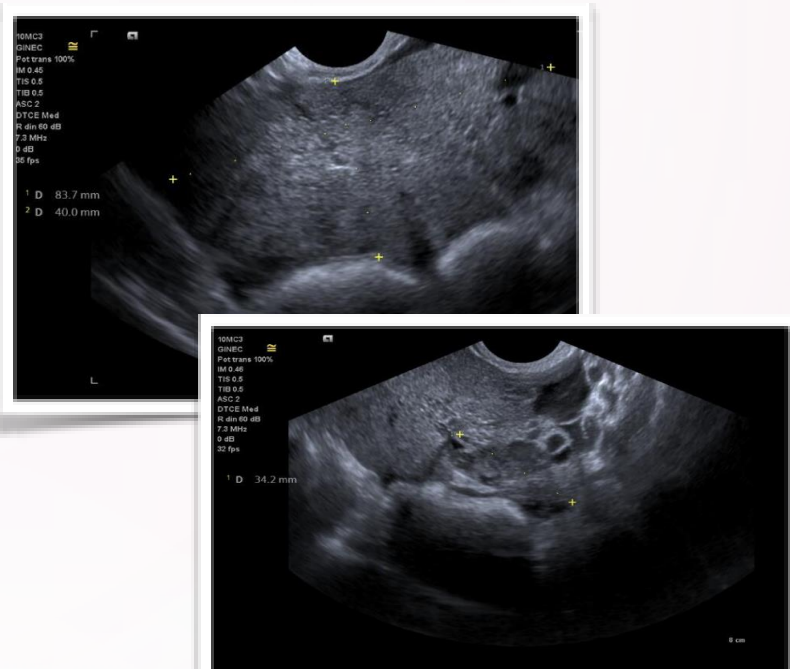


Imagen 1 y 2. ECO transrectal, se visualiza masa pélvica.



Imagen 3. Masa anexial izquierda

DISCUSIÓN

La oncogénesis del cáncer de ovario epitelial según varios estudios puede ocurrir por dos vías: unos tipos de carcinomas mucinosos y serosos de bajo grado se originan en la superficie ovárica y evolucionan desde un tumor benigno, pasando por una fase de borderline hasta convertirse en un tumor invasivo; mientras que los carcinomas serosos de alto grado no siguen este patrón, derivando del epitelio de las fimbrias tubáricas.

El tumor de ovario *borderline* más frecuente es el de tipo seroso (65-70%), que suele darse en mujeres premenopáusicas y es frecuentemente bilateral (30-50%). El 10% son de tipo mucinoso, y suelen aparecer en mujeres posmenopáusicas, siendo unilaterales. El seroso es de menor tamaño, tiene implantes peritoneales de forma frecuente, y la tasa de recurrencias es mayor, con respecto a los mucinosos. El principal factor pronóstico es el estadio de la enfermedad al diagnóstico, pero también la presencia de implantes peritoneales invasivos en TOB serosos, ya que si existen debe catalogarse como carcinoma seroso de bajo grado, y se contraindica de esta manera la preservación de la fertilidad.

Suelen ser tumores que se presentan en mujeres en edad fértil como un quiste asintomático, unilocular, con componente sólido y líquido y con papilas, con CA125 normal. El estudio de extensión es el mismo que en el carcinoma: exploración física, ecografía transvaginal, TC toracoabdominopélvica, y niveles de CA125 que suelen ser normales o ligeramente elevados. La estadificación se lleva a cabo con el estudio anatomopatológico tras la cirugía.

En pacientes que desean fertilidad se puede realizar una cirugía conservadora (salpingo-ooforectomía unilateral con quistectomía contralateral o quistectomía bilateral con citorreducción), acompañada de cirugía de estadificación: citología, biopsias peritoneales múltiples, omentectomía, apendicectomía en los tumores mucinosos, no siendo necesaria la linfadenectomía, ya que la afectación ganglionar no influye en la conducta terapéutica posterior. (Figura 1)

BIBLIOGRAFÍA

1. Oncoguía SEGO: Cáncer Epitelial de ovario, trompa y peritoneo 2014. Guías de práctica clínica en cáncer ginecológico y mamario. Publicaciones SEGO, Octubre 2014.
2. Padilla Iserte P, Santaballa Beltrán A, Domingo del Pozo S. Ginecología oncológica. 1ª Edición. Panamericana; 2019.
3. Berek JS, Crum C, Friedlander M. Cancer of the ovary, fallopian tube, and peritoneum. Int J Gynaecol Obstet. 2015 Oct; 131 (Suppl 2): S111-S122. doi: 10.1016/j.ijgo.2015.06.007
4. Kurman RJ, Shih IeM. Molecular pathogenesis and extraovarian origin of epithelial ovarian cancer--shifting the paradigm. Hum Pathol. 2011 Jul;42(7):918-31. doi: 10.1016/j.humpath.2011.03.003.

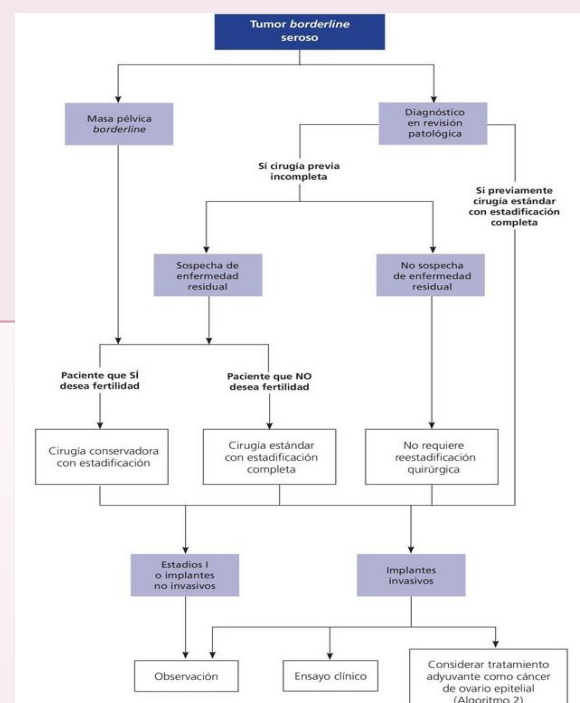


Figura 1. Algoritmo tratamiento tumor de ovario borderline seroso. Oncoguía SEGO