

Ultrasonographically Detected Ovarian Tumors in Asymptomatic Women

Nombre revisor: Ana Monfort Quintana.
Hospital General de Villalba.

ARTÍCULO ORIGINAL

Van Nagell JR, Miller RW. Evaluation and Management of Ultrasonographically Detected Ovarian Tumors in Asymptomatic Women. *Obstet Gynecol* 2016 May; 127(5):848-58.

PMID 27054927

RESUMEN DEL ARTÍCULO

Artículo que pretende crear un algoritmo del manejo y tratamiento de las formaciones ováricas asintomáticas diagnosticadas por US en mujeres mayores de 50 años que en su mayoría son benignas y se resuelven espontáneamente y diagnosticar y tratar aquéllas que sugieren cáncer ovárico en estadios iniciales.

La combinación de indicadores morfológicos por US y la determinación de marcadores tumorales pueden predecir el riesgo de malignidad en la mayoría de los tumores ováricos. 15-20% de las mujeres desarrollarán un tumor ovárico a lo largo de su vida. En la mayoría de ellas se diagnosticará por US en ausencia de síntomas.

Lo importante es discernir qué mujeres precisan cirugía inmediata por sospecha de malignidad y qué mujeres requieren seguimiento ecográfico.

Factores que determinan la toma de decisiones serían: Edad de la paciente, antecedentes familiares, morfología del tumor, marcadores tumorales y vascularización de los tumores.

El objetivo es elaborar un algoritmo diagnóstico y terapéutico que permita detectar el cáncer de ovario en estadios iniciales y que limite el número de mujeres sometidas a cirugía innecesarias por tumoraciones benignas. De esta forma se derivaría a las pacientes con alto riesgo de malignidad a una cirugía completa y correcto estadiaje aumentando la supervivencia de estas pacientes.

Morfología tumoral

Permite clasificar a las tumoraciones ováricas en benignas, malignas o indeterminadas.

1. **TUMORACIÓN QUÍSTICA:** Ocurre en un 5-14% de las mujeres postmenopáusicas y generalmente son benignas. Estudios realizados en mujeres con controles ecográficos anuales durante 8 años demostraron que un 3,3% de las mujeres desarrollan estas formaciones y que el 49% de las mismas se resolvieron de forma espontánea en 60 días. El 34% de las pacientes que presentaban tumoración persistente fueron sometidas a cirugía y el resultado AP fue de Benignidad en todas ellas. El resto de las pacientes no operadas fue seguida con controles US cada 3-6 meses y ninguna desarrolló cáncer.

Por tanto, el riesgo de Malignidad en estos tumores con tamaños incluso superiores a 10 cm es extremadamente bajo.

2. **TUMORACIÓN QUÍSTICA SEPTADA:** Estudios realizados con seguimiento de 20 años en pacientes con septo de 2 mm de grosor o con grosor mayor de 2 mm (20 % de los casos) pero sin áreas sólidas ni papilas, evaluadas cada 6 meses demostraron que el 38,8% se resolvieron espontáneamente en 1 año. El resto fueron seguidas cada 6 meses y ninguna de ellas desarrolló cáncer. 4,4% de las pacientes fueron sometidas a cirugía y el diagnóstico AP más frecuente fue Cistoadenoma seroso seguido de cistoadenoma mucinoso y endometrioma. Sólo una paciente fue diagnosticada de estadio IB de tumor ovárico seroso borderline. No hubo ningún caso diagnóstico de Ca. Ovario invasor.

No obstante, hay que señalar que aquéllos que presentan un septo mayor de 3 mm de grosor precisan una evaluación cuidadosa para descartar que no se trate de una proyección papilar.

En conclusión, el riesgo de malignizar de estos tumores es muy bajo y pueden ser seguidos por controles US sin precisar cirugía.

3. **TUMORES COMPLEJOS SÓLIDO- QUÍSTICOS Y TUMORES SÓLIDOS:** Algunas series indican que entre un 70% y hasta un 93% de los tumores sólidos con paredes irregulares eran malignos.

En estas pacientes, la presencia de ascitis es altamente sugestiva de malignidad. Ocasionalmente algunos tumores sólidos como fibromas, fibrotecomas o tecomas asocian ascitis. En estos casos estaría indicada la realización de una RMN para diagnóstico diferencial de malignidad.

4. **TUMORES INDETERMINADOS:** En estos casos resulta más difícil determinar el riesgo de malignidad. Se han desarrollado marcadores basados en la morfología compleja (proyección papilar mayor de 3 mm, predominante sólido, sólido quístico con ascitis) y en el volumen ovárico para calcular el riesgo de malignidad.

Un volumen mayor de 10 cc en mujeres postmenopáusicas o mayor de 20 cc en mujeres premenopáusicas se considera anormal.

A cada morfología y volumen ovárico se le asigna un valor (entre 0 y 5).

En caso de tumores bilaterales se calcula de forma individual y el tratamiento se realiza en función del tumor de máxima puntuación.

Algunos estudios determinan que con puntuaciones inferiores a 5 el riesgo de malignidad es del 0,3% mientras que con puntuaciones superiores a 7 el riesgo de malignidad es del 84%.

Son indicativos de malignidad los tumores con índice mayor de 5.

Otras series recomiendan US con índice morfológico y Ca 125 cada 4 semanas durante 3 meses. Si se objetivan variaciones pasaría a categoría de alto riesgo de malignidad.

Doppler color

La vascularización del tumor permite diferenciar benignos de malignos. Los tumores malignos presentan nueva vascularización con ausencia o mínima túnica media lo que da a lugar a

disminución de la resistencia por lo que los tumores con IP menor de 1 e IR menor de 0,4 son sugestivos de malignidad.

Así mismo la vascularización central intratumoral se asocia a alto riesgo de malignidad.

Marcadores tumorales

-**CA 125** es el marcador más utilizado. Antígeno que deriva del epitelio celómico y Mulleriano.

Punto de corte malignidad: mayor de 35U/ml.

Se expresa en el 80% de los cánceres epiteliales.

Se encuentra elevado en el 90% de los cánceres de ovario en estadio avanzado y sólo en el 50% en el Cáncer en estadio I.

Así mismo numerosos procesos benignos cursan con elevación del mismo como endometriosis, adenomiosis, enfermedad inflamatoria pélvica y en otros cánceres no ginecológicos, hepatopatías, pancreatitis y diverticulitis.

Su elevación es más precisa en tumor ovárico en la paciente postmenopáusica estableciéndose que unos valores superiores a 65 U/ml se asocian a malignidad en un 49% en pacientes premenopáusicas y a un 98% en pacientes postmenopáusicas.

Determinaciones seriadas en pacientes postmenopáusicas aumentan la tasa de detección de malignidad de un 63 a 86% en comparación con determinación única por lo que recomiendan determinación mensual junto con US en las pacientes con riesgo indeterminado por primera US.

Edad y antecedentes familiares

El riesgo de malignidad está directamente relacionado con la edad y el estado menopáusico que implica. La tasa de malignidad en mujeres entre 20-29 años es de 4%, entre 50-59 años del 46% y del 49% entre 60-69 años.

La evaluación de antecedente familiar de 1er y 2º grado de cáncer de ovario así como la edad de debut y línea materna o paterna resultan interesantes para valorar el riesgo.

El Síndrome de cáncer de mama y ovario heredo familiar se asocia a mutaciones del gen BRCA 1 y 2. Las mutaciones del BRCA 1 implican un riesgo de cáncer de ovario del 39-46% a lo largo de la vida de la paciente y las mutaciones del BRCA 2 suponen un riesgo de cáncer de ovario del 12-20%.

El antecedente de Cáncer de mama u ovario en 2 ó más familiares próximos con diagnóstico antes de los 50 años hace sospechar la posibilidad de mutación del BRCA.

El síndrome de Lynch de herencia autosómica dominante asocia cáncer hereditario y supone un riesgo de Cáncer de ovario del 24%.

Algoritmo diagnóstico

Tras diagnosticar un tumor ovárico hay que valorar: Morfología y volumen del tumor, número y grosor de los septos, dimensión de las papilas y áreas sólidas y volumen de líquido ascítico para así poder catalogar el quiste y actuar en base a ello:

1. Quiste unicameral o septado:

Bajo riesgo de Malignidad.
No precisa determinación de marcadores tumorales.
Control US en 3 meses. Si estable control US cada 12 meses durante 5 años.

2. Quiste sólido o complejo:

Alto riesgo de Malignidad.
Precisa determinación de CA 125, Índice morfológico tumoral y Doppler color.

Según resultados:

- Bajo riesgo: US en 3 meses. Si estable seguimiento US cada 12 meses durante 5 años.
- Riesgo indeterminado: Control cada 4 semanas durante 3 meses de índice morfológico y CA 125.
 - Si bajo riesgo, disminución de índice morfológico o CA 125: Control US en 3 meses y si estable control US cada 12 meses durante 5 años.

- Si alto riesgo, incremento del Índice morfológico o CA 125: remitir a Gine-Oncología.

- Riesgo alto: Remitir a Gine-Oncología.

CONCLUSIÓN

Es posible determinar el riesgo de malignidad de tumoraciones ováricas realizando una ecografía de alta resolución con índice morfológico y una determinación del CA 125.

La mayoría de los tumores de bajo riesgo se resuelven espontáneamente sin necesidad de cirugía.

Los tumores indeterminados requieren un control US y con determinaciones de CA 125 cada 4 semanas durante 3 meses. Si permanece estable o decrecen los índices se realizaría control US en 3 meses y si permanece estable pasaría a control cada 12 meses durante 5 años con US.

Los tumores con alto riesgo de malignidad deben remitirse de inmediato a Gine-Oncología para correcto manejo de antecedente familiar de 1er y 2º grado de cáncer de ovario así como la edad de debut y línea materna o paterna resultan interesantes para valorar el riesgo.

El Síndrome de cáncer de mama y ovario heredo familiar se asocia a mutaciones del gen BRCA 1 y 2. Las mutaciones del BRCA 1 implican un riesgo de cáncer de ovario del 39-46% a lo largo de la vida de la paciente y las mutaciones del BRCA 2 suponen un riesgo de cáncer de ovario del 12-20%.

El antecedente de Cáncer de mama u ovario en 2 ó más familiares próximos con diagnóstico antes de los 50 años hace sospechar la posibilidad de mutación del BRCA.

El síndrome de Lynch de herencia autosómica dominante asocia cáncer hereditario y supone un riesgo de Cáncer de ovario del 24%.