

III JORNADAS DE ACTUALIZACION EN PATOLOGIA GINECOLOGICA
Manejo práctico multidisciplinar de la patología ovárica

**Manejo clínico y terapéutico de la
patología borderline de ovario**

Dr. Manuel Remezal Solano



Terminología

- Tumor borderline o “límite”
- **Tumor de bajo potencial de malignidad**
- Tumor de malignidad borderline o “limite”
- Tumor proliferativo atípico
- **Carcinoma de bajo potencial de malignidad**

Concepto clásico

- **Descritos por Taylor en 1929:**

“Malignant and semimalignant tumors of the ovary”

Surg. Gynecol. Obstet 48: 204-230

- **FIGO (1971): “tumores de bajo potencial de malignidad” (Kurman)**

- **OMS (1973): “tumores borderline” (Scully)**

1. 10-15% de tumores epiteliales “agresivos” del ovario
2. Agresividad baja ----- supervivencia 95%
3. ~~Biológicamente no son precursores de ca. ovario~~



**NO SON TAN MALIGNOS
COMO LOS CARCINOMAS DE OVARIO**

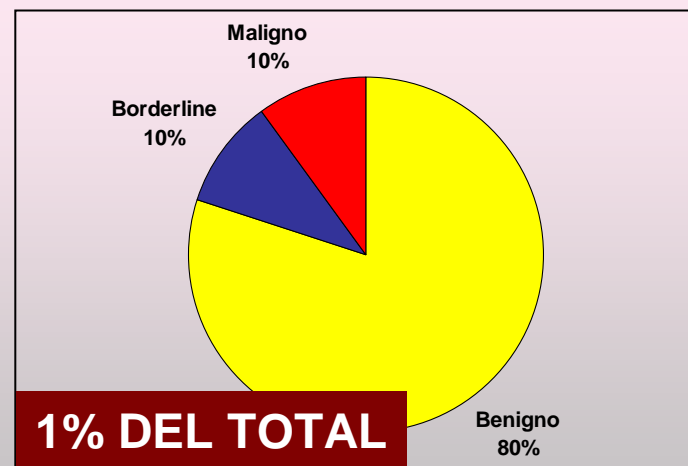
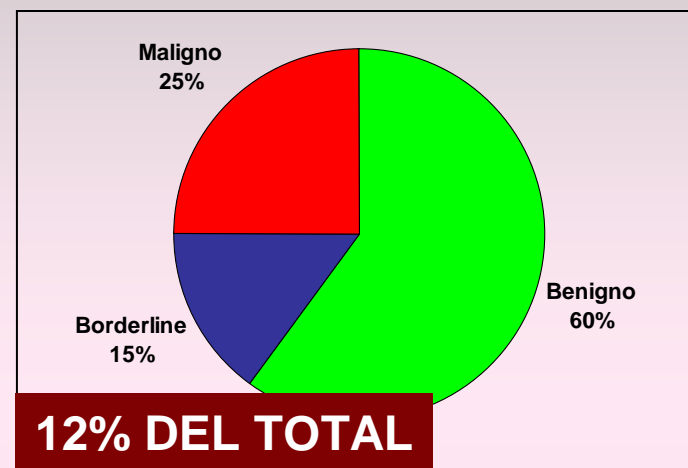
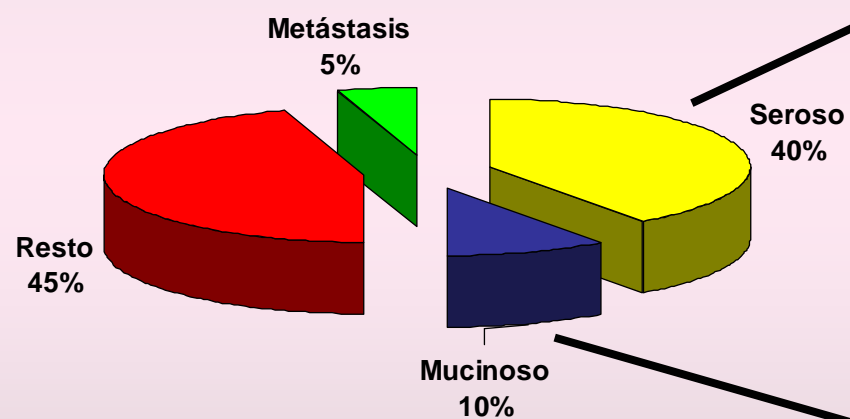
Concepto actual

CLASIFICACION Y CARACTERISTICAS DEL CARCINOMA EPITELIAL DE OVARIO

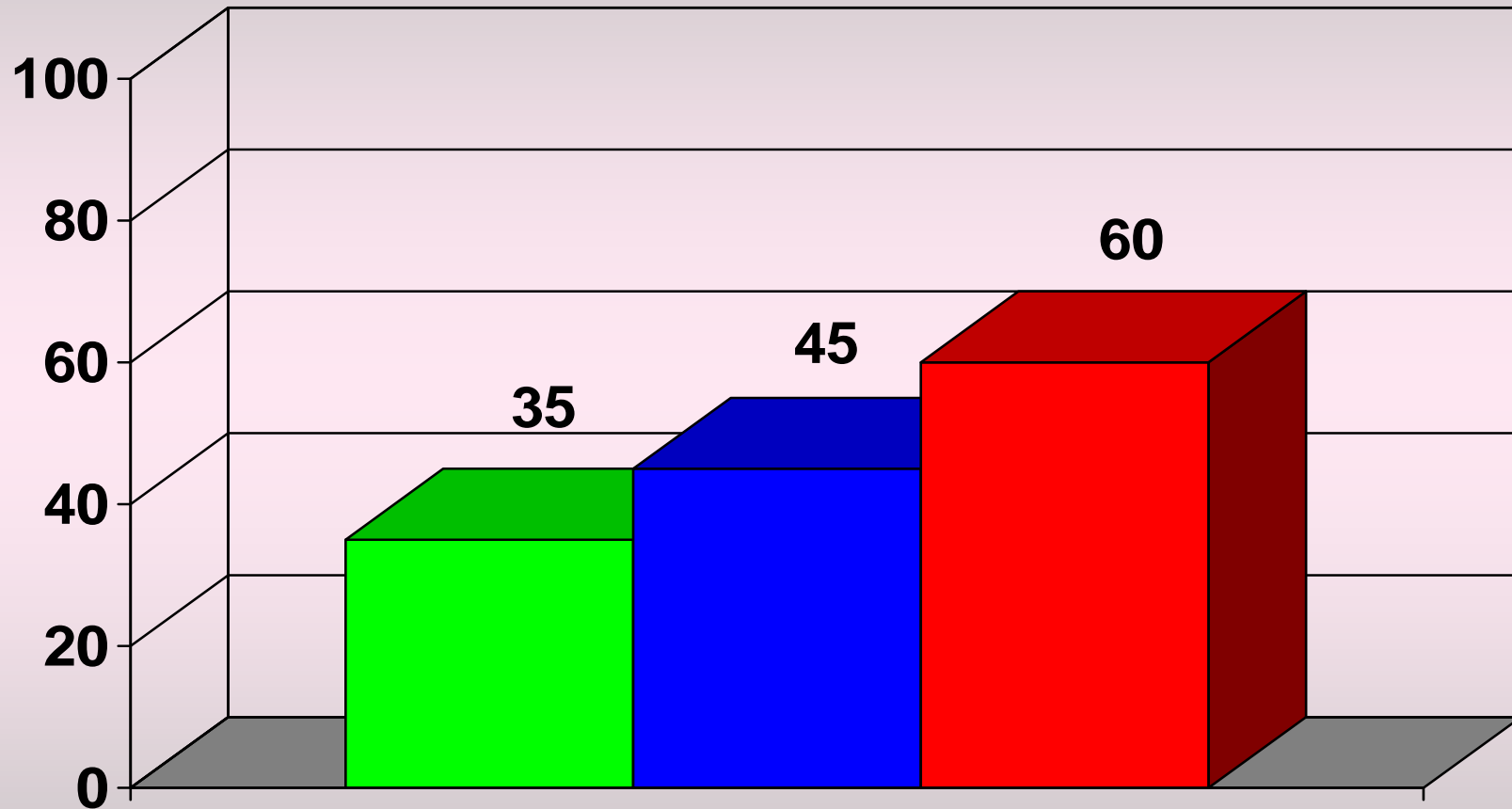
	Seroso alto grado	Seroso bajo grado	Mucinoso	Endometrioides	Células claras
Porcentaje	70%	<5%	3%	10%	10%
Factores de riesgo	BRCA	?	?	Ca. colorrectal hereditario no polipoide	?
Lesión precursora	Carcinoma intraepitelial tubárico	Ca. borderline seroso	Tumor mucinoso (cistoadenoma o borderline?)	Endometriosis atípica	Endometriosis atípica
Alteraciones moleculares	BRCA, p53	BRAF, KRAS	KRAS, HER2	PTEN, ARIDIA	HNH1, ARIDIA
Sensibilidad a QT	Alta	Media	Baja	Alta	Baja
Pronóstico	Malo	Intermedio	Bueno	Bueno	Intermedio

Epidemiología

Tumores de ovario

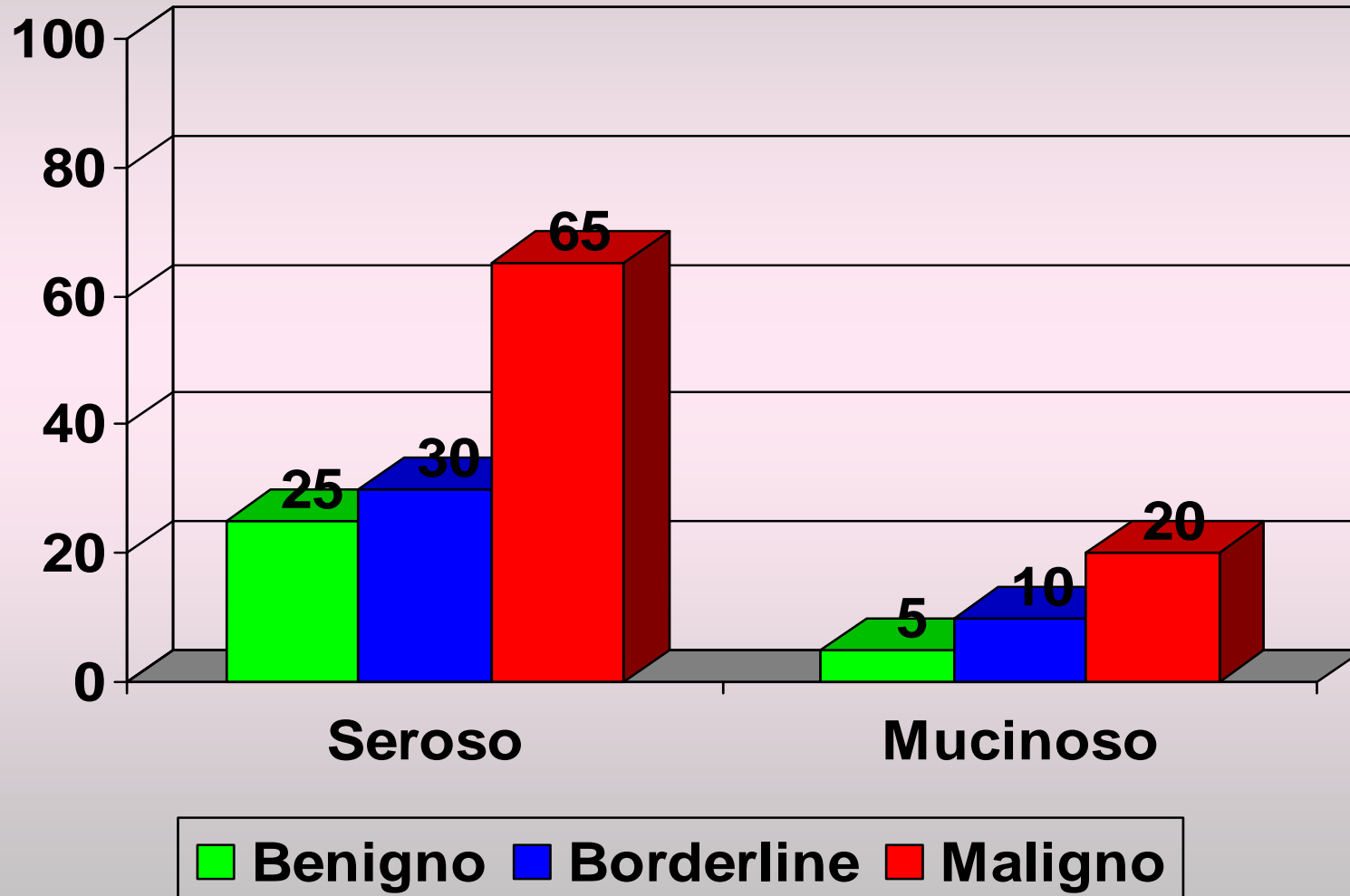


Edad



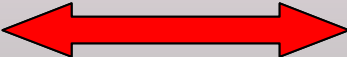
■ Benigno ■ Borderline ■ Maligno

Bilateralidad



Diagnóstico

Clínica

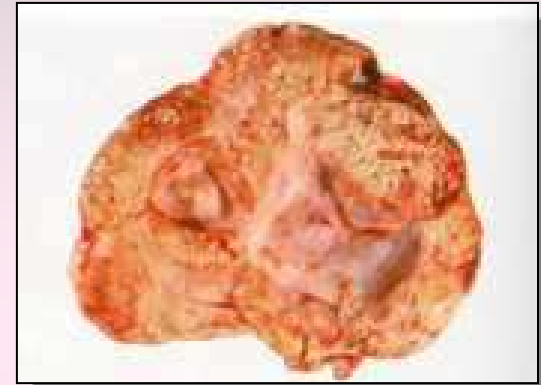
- Asintomáticos
- Gran volumen:
 - Rotura
 - Torsión
- ANALITICA:
 - Ca125 elevado en 50% (25% >100 UI/ml)
 - HE4 (?)
- IMAGEN – inespecífica:
 - quiste unilocular  masa sólida quística con papilas



CARCINOMA



BORDERLINE



CARCINOMA



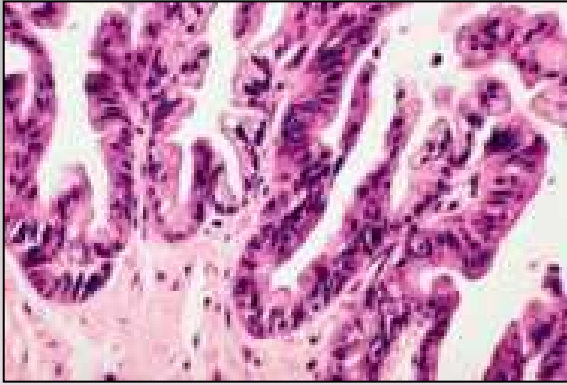
BORDERLINE



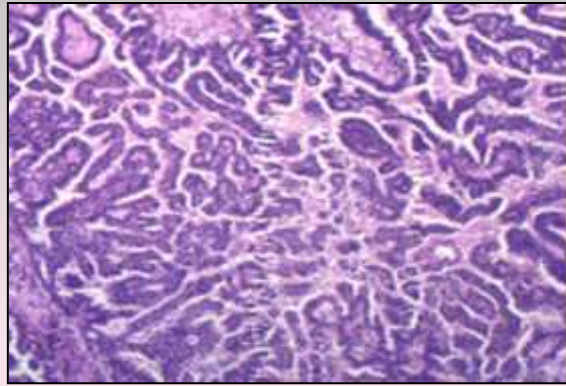
BORDERLINE



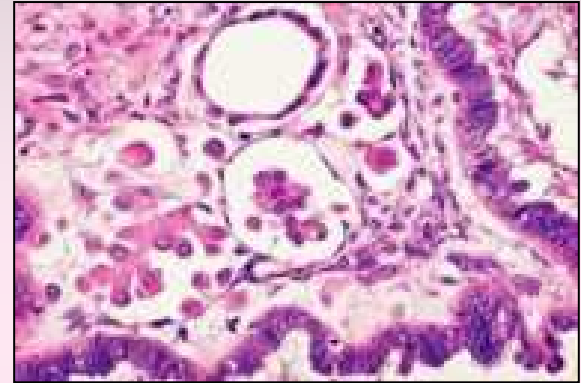
CARCINOMA



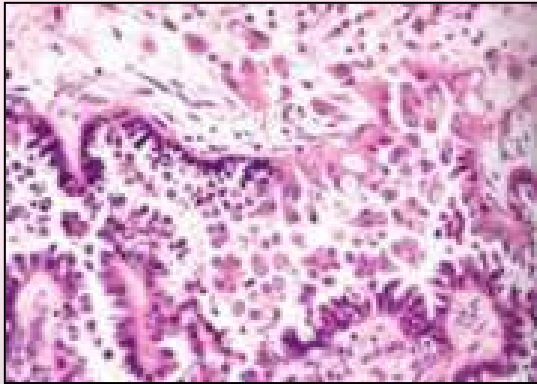
BORDERLINE



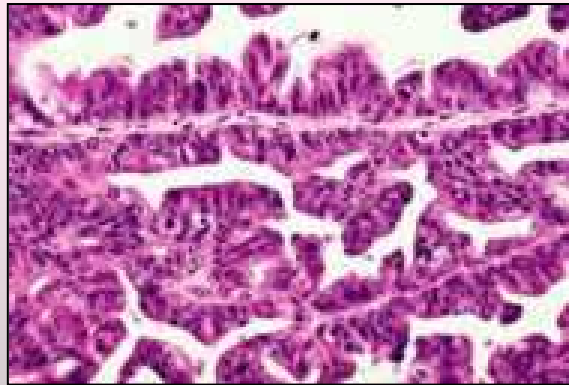
BORDERLINE



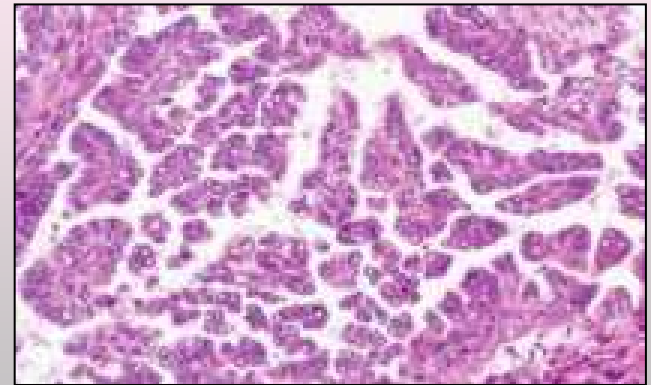
BORDERLINE



BORDERLINE



CARCINOMA



CARCINOMA

Anatomía Patológica

- **Tipos histológicos:**

- **Seroso – MAS FRECUENTE:**

- Típico
 - Micropapilar – AGRESIVO

- **Mucinoso – MENOS AGRESIVO:**

- tipo intestinal
 - tipo endocervical

- Otros: endometrioide, células claras y células transicionales (Brenner)

- **Criterios diagnósticos:**

1. Escasa estratificación celular (<3 capas)
2. Escasa atipia celular
3. “Ausencia de invasión”



Microinvasión

Implantes peritoneales

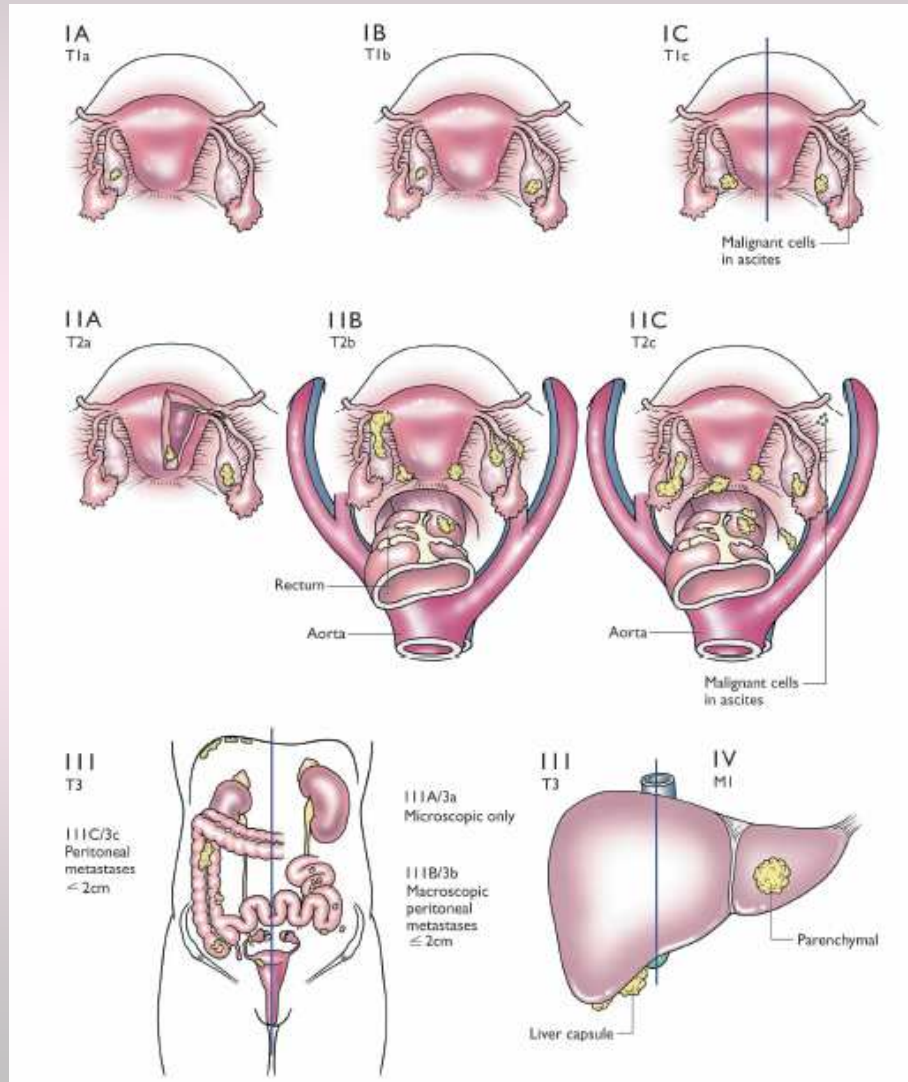
Biopsia intraoperatoria

Anatomía Patológica

- **Microinvasión:**
 - Menos de 3 mm. / 10 mm² en tumores serosos
 - Menos de 5 mm. en tumores mucinosos
- **Implantes peritoneales:**
 - presentes en 15-40%
 - 80-85% también son implantes borderline (NO INVASIVOS)
 - 10-15% son implantes invasivos (<1-2 cm.)
- **Biopsia intraoperatoria:**
 - Sensibilidad 65%
 - Hasta 25% de diagnósticos borderline son carcinomas

Estadíaaje

TBPM = Ca. ovario

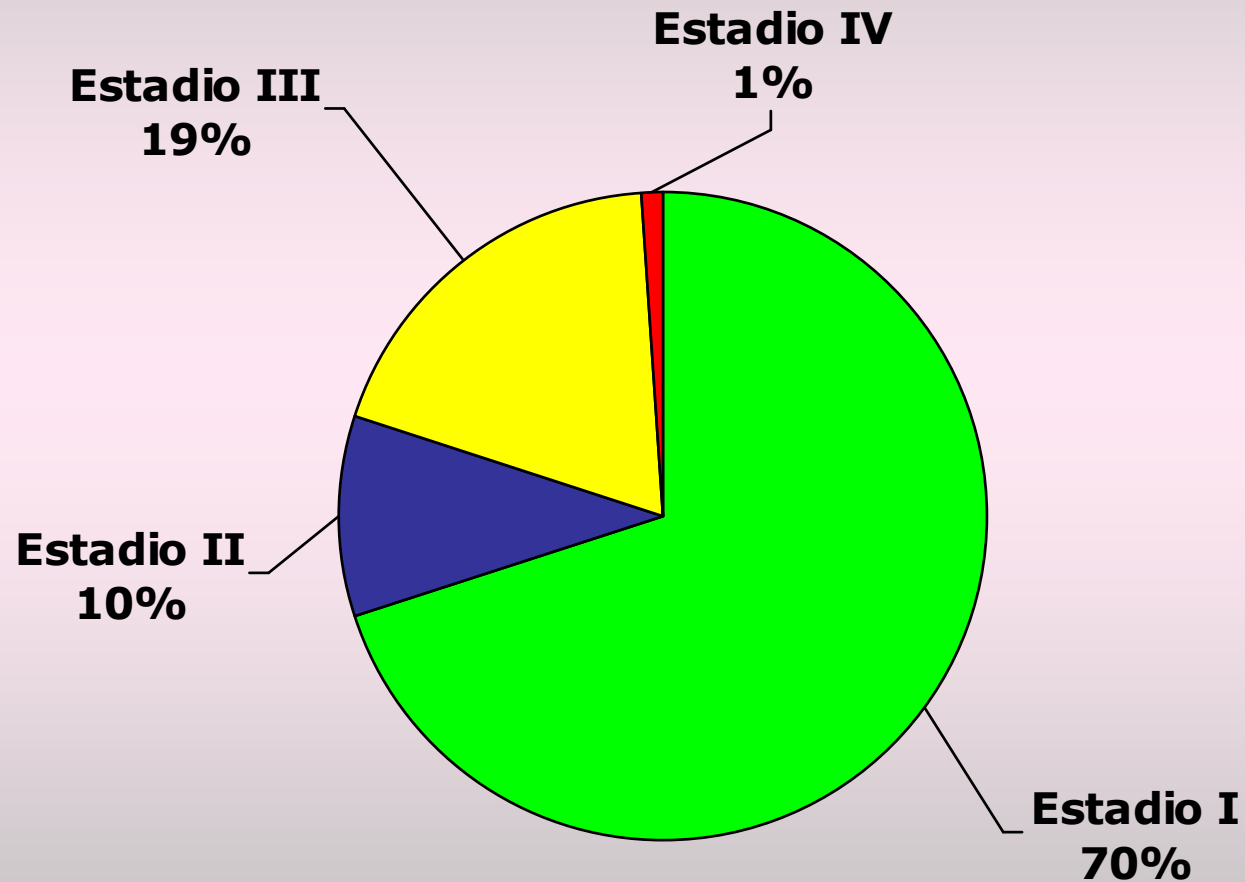


- **Estadio I – Limitado a los ovarios**
 - IA – Limitado a un ovario
 - IB – Ambos ovarios
 - IC – Tumor en la superficie ovárica, rotura de la cápsula o células malignas en ascitis/lavado
- **Estadio II – Extensión pélvica**
 - IIA – Implantes en utero o trompas
 - IIB – Extensión a otros órganos pélvicos
 - IIC – IIA o IIB con células malignas en ascitis/lavado
- **Estadio III – Extensión peritoneal fuera de pelvis o en gl. linfáticos regionales**
 - IIIA – Extensión microscópica
 - IIIB – Extensión macroscópica hasta 2 cm.
 - IIIC – Extensión macroscópica >2 cm. o afectación ganglios linfáticos regionales
- **Estadio IV – Metástasis a distancia no peritoneales**

IMP: afectación de cápsula hepática es estadio III,
de parénquima hepático estadio IV

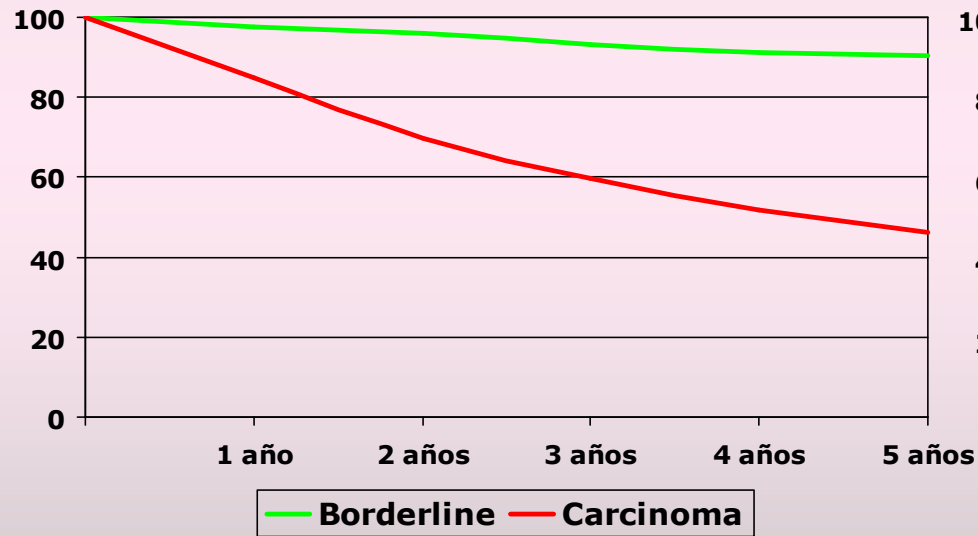
Pronóstico

Estadio en el diagnóstico

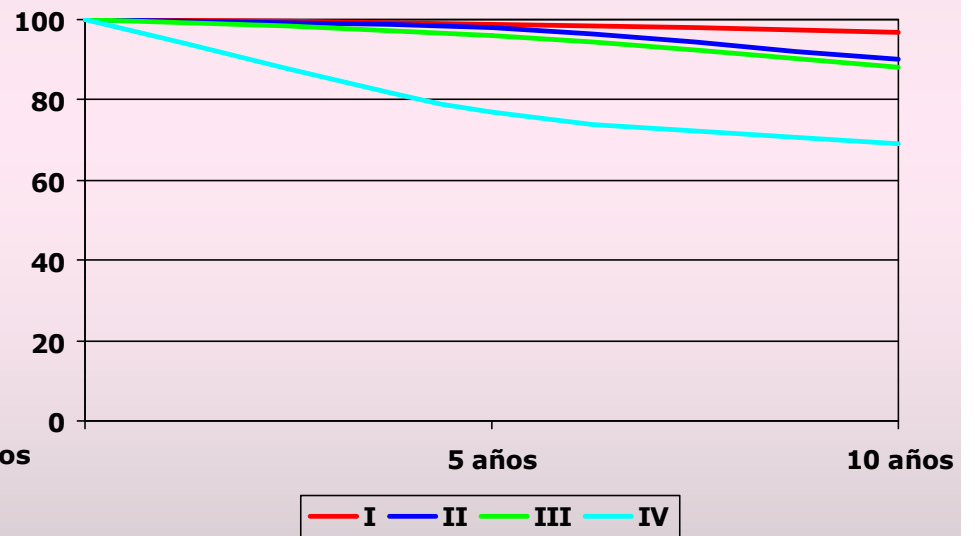


Supervivencia (5 años)

Global

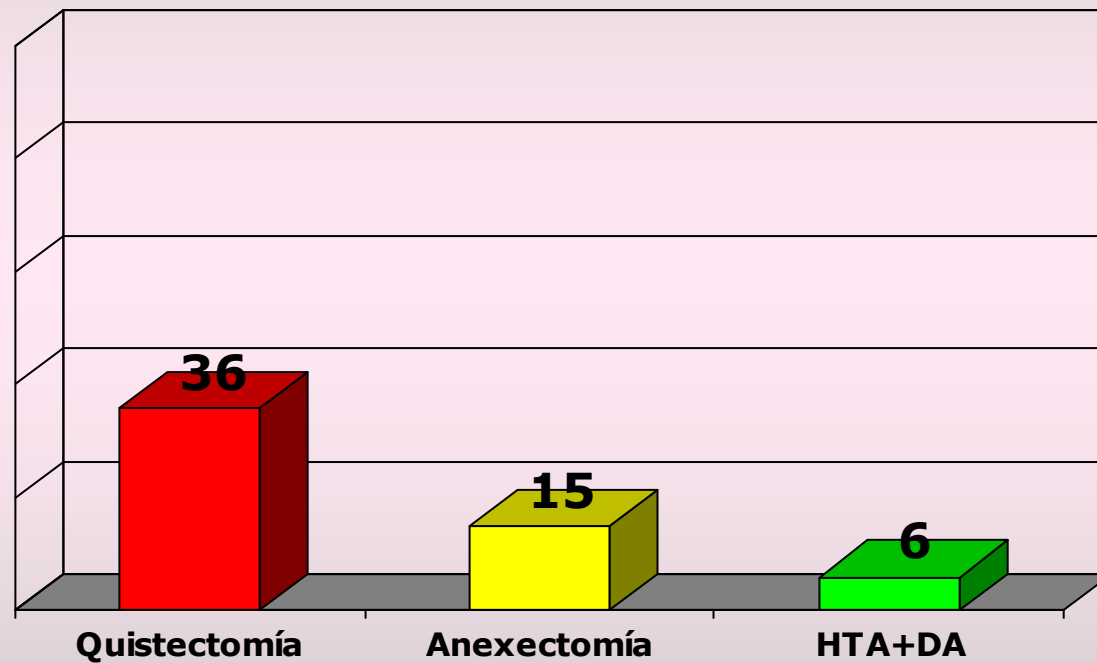


Por estadio



Pronóstico según tipo de cirugía

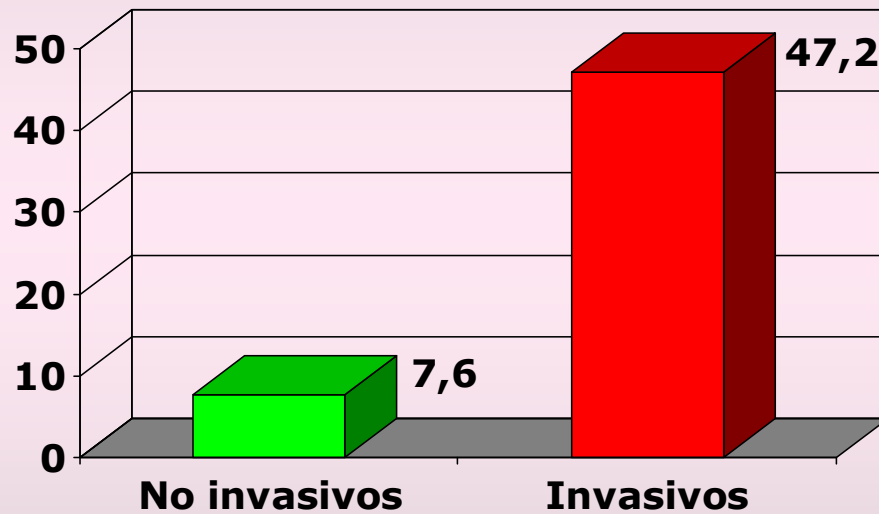
Porcentaje de recidivas



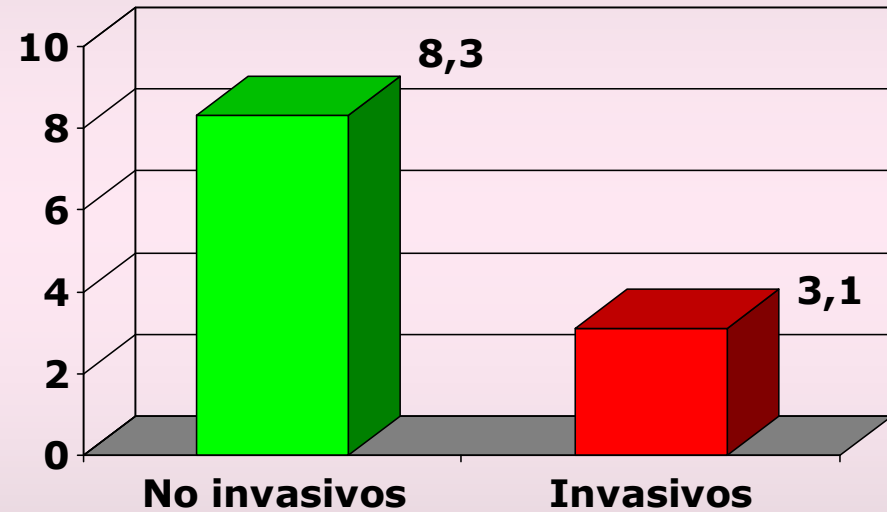
No hay diferencias significativas en:
-Intervalo libre de enfermedad
-Tasas de supervivencia

Pronóstico según tipo de implantes

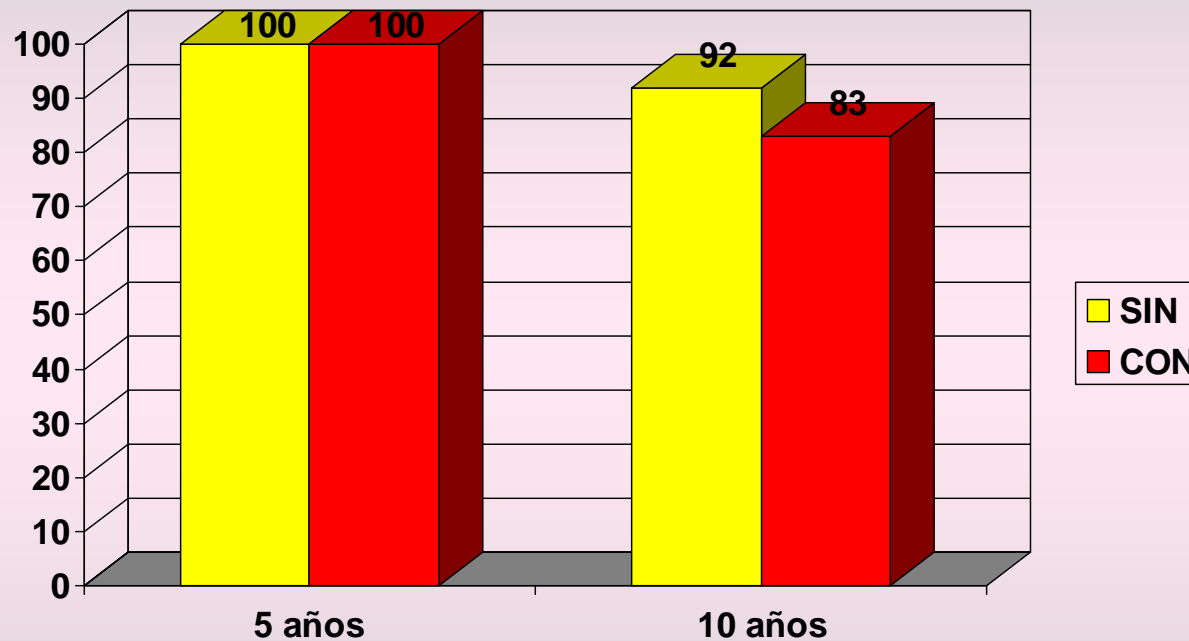
Mortalidad 5 años (%)



Tiempo de recidiva (años)

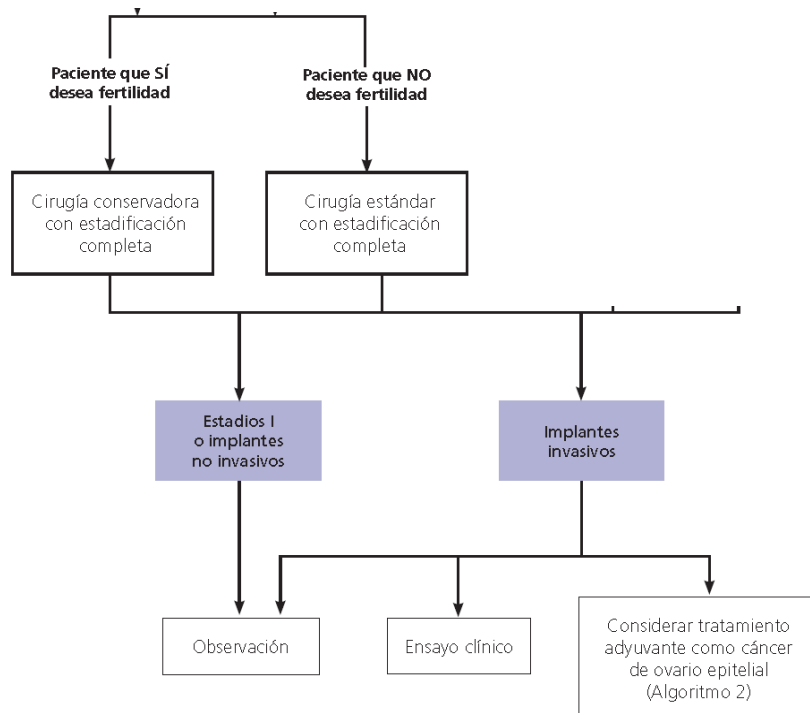
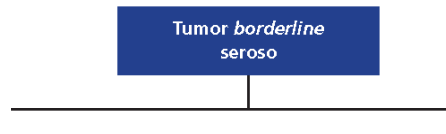


Supervivencia según afectación ganglionar



- Afectación global 6-26%
- Elevado nº de casos en estadio I
- Condicionado por tipo histológico:
 - serosos 31%
 - mucinosos 0%

Tratamiento



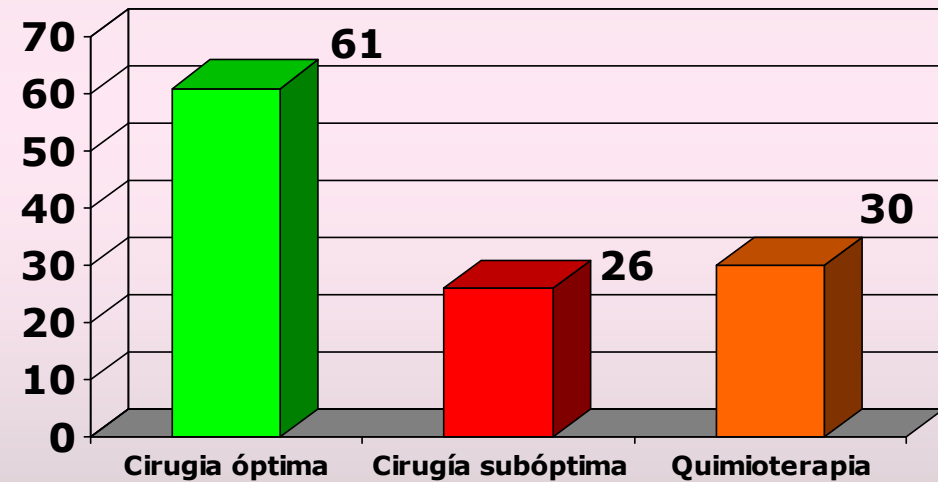
Estadificación

- Exploración y descripción detallada de cavidad abdominal
- Citología por lavado
- Biopsias peritoneales múltiples
- Omentectomía infracólica
- Apendicectomía opcional (*)
- NO linfadenectomía
- Histerectomía y anexectomía contralateral (?)

Tratamiento postoperatorio / recidivas

- No se ha demostrado utilidad de quimioterapia
- Implantes invasivos – esquemas similares a carcinoma
- En caso de recidiva:
 - Citorreducción óptima (< 1 cm)
 - Quimioterapia (???)

Supervivencia tras recidiva (meses)



Seguimiento

- **Sin factores de riesgo** – seguimiento cada 4-6 meses durante 2 años, después anual:
 - examen físico
 - ecografía vaginal (en mujeres con tratamiento conservador)
 - Analítica completa
 - TAC y Ca125 – **SOLO** si se sospecha recidiva
- **Factores de riesgo** – seguimiento como carcinoma:
 - implantes invasivos
 - Ca125 prequirúrgico elevado
 - histología micropapilar
 - edad de diagnóstico

Tratamiento tras gestación – **NO INDICADO (???)**

Tratamiento de fertilidad – se puede emplear

THS – se puede emplear (excepto endometrioides con RE positivos)

Conclusiones

Conclusiones

1. Desterrar Borderline y usar TBPM o CBPM
2. Patogénesis relacionada con los carcinomas de bajo grado
3. Buen pronóstico general por su evolución lenta, aunque recurren y matan
4. Se pueden utilizar esquemas terapéuticos conservadores

Bibliografía

- Oncoguía SEGO: Cancer Epitelial de Ovario 2008. Guías de práctica clínica en cáncer ginecológico y mamario. Publicaciones SEGO, Octubre 2008
- CP Crum, J Bijron. Pathogenesis of ovarian, fallopian tubal, and peritoneal serous carcinomas. UpToDate 2014
- MG Patrono, L Minig, I Diaz-Padilla, N Romero, JF Rodriguez Moreno, J Garcia-Donas. Borderline tumours of the ovary, current controversies regarding their diagnosis and treatment. eCancer 2013
- J Prat. Ovarian carcinomas: five distinct diseases with different origins, genetic alterations, and clinicopathological features. Virchows Arch 460 (2012) 237–249
- L Chen, JS Berek. Ovarian tumors of low malignant potential. UpToDate 2013
- I Cadron, F Amant, T Van Gorp, P Neven, K Leunen, I Vergote. The management of borderline tumours of the ovary. Curr Opin Oncol 18 (2006) 488–493

¡Gracias!

