

Tumores Borderline del Ovario, controversias actuales en el diagnóstico y tratamiento

Patrono María Guadalupe¹, Minig Lucas¹, Diaz-Padilla Iván², Romero Nuria², Rodriguez Moreno Juan Francisco², Garcia-Donas Jesús².

¹ Programa de ginecología oncológica, Centro Integral Oncológico Clara Campal , HM Hospitales, Madrid, España.

² Programa de ginecología oncológica, Oncología médica. Centro Integral Oncológico Clara Campal , HM Hospitales, Madrid, España.

Corresponding author:

Lucas Minig, MD.

Gynecology Oncology Program,

Hospital Universitario Madrid Sanchinarro,

Centro Integral Oncológico Clara Campal (CIOCC)

Calle Oña 10, 28050

Madrid, Spain.

Office: +34-616-952439

Fax: +34-91-211-0119

e-mail: lucasminig@yahoo.com

RESUMEN

Los tumores borderline del ovario generalmente afectan a las mujeres en edad reproductiva. Su muy buen pronóstico está relacionado a que casi el 80% de los casos, la enfermedad se diagnostica en etapas iniciales limitadas a los ovarios. Si bien la cirugía radical representa el tratamiento estándar para este tipo de tumores, en casos seleccionados, es posible tratar la enfermedad conservando la fertilidad mediante la preservación del útero y de uno de los ovarios. Desde su descripción original en 1929 el conocimiento molecular de los tumores de ovario borderline avanzó significativamente. En esta revisión se analizarán los avances en el comprensión de la historia natural, su implicancia clínica y características patológicas; así como también se discutirán factores pronósticos y opciones de tratamiento para cada caso en particular.

Palabras claves: tumor borderline de ovario; tratamiento conservador de la fertilidad; cáncer ginecológico, cirugía del cáncer de ovario

Introducción

Los tumores epiteliales del ovario pueden ser benignos o cistoadenomas, o malignos o cistoadenocarcinomas. Sin embargo, existe una entidad intermedia de tumores epiteliales del ovario denominada “tumores borderline”. Tanto el comportamiento oncológico de este grupo intermedio de tumores como las alteraciones histológicas de las células del epitelio ovárico no cumplen criterios específicos de benignidad ni de malignidad. En 1973, la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) denominó a este grupo de tumores de ovario de “bajo potencial de malignidad” [1] y desde entonces la Organización Mundial de la Salud (OMS) los denomina tumores borderline del ovario [2].

Son tumores que se presentan generalmente durante la 3ª - 4ª década de la vida de la mujer y se diagnostican limitados al ovario en el 80% de los casos. De esta forma, el comportamiento biológico-oncológico es muy bueno con una supervivencia global a 10 años del 90% para estadios iniciales [3] y del 60-70% para estadios avanzados[4,5].

Si bien el tratamiento recomendado es la histerectomía con doble anexectomía, frecuentemente se plantea el dilema clínico del diagnóstico en mujeres con paridad aún incumplida. Aquí el tratamiento conservador de la fertilidad puede ser una posibilidad segura en casos seleccionados. La eficacia de la quimioterapia es limitada debido a la lenta velocidad de crecimiento de las células alteradas, con lo cual su uso es limitado y no aconsejado. Este capítulo describirá las principales características histológicas y comportamiento clínico, y las diferentes opciones terapéuticas tanto al momento del diagnóstico como de la recurrencias de los tumores borderline de ovario.

Epidemiología y factores de riesgo

Los tumores borderline de ovario (TBO) comprenden el 15-20 % de los tumores epiteliales [6]. A diferencia del cáncer de ovario invasivo, estos tumores se diagnostican en estadios iniciales en el 80% de los casos [7]. La edad media de presentación es 40 años, pero casi 30% de las mujeres se diagnostica antes de 40 años [8,9].

Ritman T. y col [10] evaluaron los factores de riesgo para TBO en un estudio de casos y controles utilizando el registro de tumores regionales de Suecia. Seleccionaron al azar a 3899 controles a partir de un registro de población de todos los residentes del país. Los resultados mostraron que las mujeres multíparas tenían menor riesgo de desarrollar tumor borderline en comparación con las mujeres nulíparas [odds ratio (OR) 0,44 (Intervalo de Confianza (IC): 0.26-0.75) para los tumores serosos y 0,63 (IC: 0.34-1.19) para los tumores mucinosos]. Los autores encontraron, por otro lado, la lactancia como un factor de protección. Esto es similar a lo que se ha observado para el cáncer de ovario. Sin embargo, al contrario que éste último, el uso de anticonceptivos orales no fue un factor protector contra el desarrollo de TBO (OR 1,4 IC: 0.87-2.26). Así, los autores sugirieron que este hallazgo podría apoyar el concepto de que los TBO representarían una enfermedad distinta al cáncer de ovario invasivo. [10]

Clasificación y características histológicas

Los TBO de ovario se caracterizan histológicamente por la presencia de células epiteliales con atipia nuclear y actividad mitótica en 10% o más del tumor pero sin invasión del estroma ovárico. [8,11]. Los subtipos histológicos de TBO epiteliales pueden ser: serosos,

mucinosos, endometrioides, de células claras y de transición (Brenner). Las primeras dos variantes comprenden el 95 % del total [9].

Tumores serosos borderline de ovario

Los tumores serosos representan el 65% de todos los TBO [9], son unilaterales en el 70% de los casos y el 30% de ellos puede presentarse con implantes peritoneales. A su vez, es importante mencionar que casi el 30 % de dichos implantes tienen características microscópicas de invasión del estroma [12]. Así, se describen los implantes sin y con invasión; reduciendo la supervivencia a 10 años del 95% al 60% respectivamente [13].

La relación de TBO serosos como precursor del carcinoma invasivo ha sido extensamente estudiado en los últimos años, [14] proponiéndose dos vías etio-patogénicas de los tumores epiteliales del ovario basadas en sus diferencias moleculares, y de comportamiento clínico-biológico [15]. De esta forma, los tumores serosos de tipo I tendrían un crecimiento lento, generalmente limitados al ovario al momento del diagnóstico, y se desarrollarían a partir de lesiones precursoras bien establecidas desde el cistoadenoma, TBO seroso hasta el carcinoma micropapilar seroso de bajo grado.

Genéticamente, se caracterizan por mutaciones en la vía del KRAS, BRAF, PTEN, y A-catenina [15].

Reforzando esta teoría, un estudio publicado por Shvartsman H y col [16] encontró que los TBO serosos suelen coexistir con carcinoma seroso de ovario de bajo grado. El propósito del estudio fue comparar los resultados oncológicos de los pacientes con carcinoma seroso de bajo grado estadio II/IV (grupo 1), con pacientes con TBO que

recayeron como carcinoma seroso de bajo grado (grupo2). Se estudio el tiempo libre de enfermedad a partir del diagnóstico en el grupo 1 y a partir de la 1^{er} recaída en el grupo 2. Se identificaron 112 pacientes en el grupo 1 y 41 en el grupo 2. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos en edad media (42,7 frente a 45,4 años, $p = 0,37$), tiempo libre de progresión (19,5 meses vs 25, $p = 0,92$), ni en el tiempo de sobrevida global (81,8 vs 82,8 meses, $p = 0,84$). [16]

Los tumores de ovario de tipo II, por otro lado, serían los de crecimiento rápido sin lesiones precursoras y con una elevada agresividad. [15] Se presentan directamente como carcinomas de ovario de alto grado, con extensa diseminación peritoneal y extra-abdominal e incluyen los carcinomas serosos de alto grado, tumores malignos mixtos mesodérmicos (carcinosarcomas) y carcinomas indiferenciados. [15] Este grupo de tumores tiene un alto nivel de inestabilidad genética y se caracteriza por la mutación del gen P53 y la sobre-expresión de los genes de HLA-G, HER-2, y AKT [17]. La mayor parte de los tumores epiteliales malignos del ovario pertenecen a este tipo II.

Tumores mucinosos borderline de ovario

Los TBO mucinosos representan el 32% de todos los TBO epiteliales [7]. Se dividen en dos subtipos histológicos: el intestinal (90%) y el Mülleriano (endocervical like). A diferencia que los TBO serosos, el subtipo mucinoso se asocia mas raramente con implantes peritoneales [9]. Al igual que los tumores serosos la sobrevida de las mujeres con estadio I es del 100%, mientras que en estadios avanzados es sólo el 50%. [9]

Siguiendo la vía etio-patogénica tipo I previamente descrita para los tumores serosos, los

TBO mucinosos suelen alcanzar un gran tamaño, suelen ser unilaterales y pueden coexistir con áreas de cistoadenoma mucinoso o de carcinoma invasor de bajo grado. [14]

Diagnóstico

La diferenciación clínica entre un quiste de ovario borderline, benigno o maligno es difícil.

La mayoría de los pacientes se presentan con una masa anexial asintomática, bien en el examen ginecológico anual o como un hallazgo incidental en una ecografía ginecológica.

De todas formas, los síntomas más frecuentes son los de cualquier masa anexial e incluyen: dolor abdominal, cambios en tránsito intestinal; dolor pelviano, y dispareunia entre otros. La posibilidad de presentarse con distensión abdominal por ascitis es menos probable que en los casos de cáncer de ovario.

Vine y col. [18] evaluaron los síntomas y su duración que precedieron al diagnóstico del cáncer invasivo o TBO. Los autores observaron que las pacientes con TBO tenían el doble de probabilidades de ser asintomáticas al diagnóstico. A su vez, las mujeres con TBO eran dos veces más propensas a ser diagnosticadas en una exploración rutinaria. Entre las mujeres sintomáticas, aquellas con TBO tuvieron una mayor duración de los síntomas que las mujeres con cáncer de ovario (6 contra 4 meses respectivamente). Estos aspectos de la presentación clínica del TBO son, probablemente, un reflejo de la naturaleza más indolente de dichos tumores.

La ecografía vaginal es el primer paso en la evaluación de pacientes con una masa anexial.

Exacoustos C y col. [19] determinaron que la presencia de papilas dentro del quiste era el hallazgo más común en los TBO. Sin embargo, ni las características ecográficas ni las

papilas constituyen marcadores ecográficos de alta sensibilidad. Un estudio japonés [20] tampoco mostro utilidad en el uso de la RM para distinguir entre TBO e invasivos del ovario.

El marcador tumoral CA-125 puede estar elevado en más de la mitad de las pacientes con TBO [8]. Engelen y col. [21] evaluaron el nivel del CA-125 preoperatorio, el cual se encontró elevado en 8 de 33 (24%) pacientes, los niveles de CEA en 3 de 32 (9%), y niveles de CA 19-9 en 11 de 24 (46%) casos. En los pacientes con TBO mucinosos, el CA 19-9 fue el más frecuentemente elevado (8/14, 57%) en comparación al CA 125 (3/20, 15%) ($p=0.02$); o al CEA (2/18, 11%) ($p=0,02$). Ayhan y col.[22] encontraron que la positividad del CA-125 en el grupo de TBO serosos era estadísticamente mayor que en el grupo de TBO mucinosos, mientras que la positividad para CA 19-9 y CEA en la histología mucinosa fue significativamente mayor que las de los tumores serosos luego de analizar 60 pacientes.

Kolwijck E y col.[23] encontraron que los niveles preoperatorios de CA-125 eran significativamente mayores en los pacientes con estadios avanzados (mediana: 181 UI/ml; alcanzando valores de 413 U I/ml) en comparación con los pacientes con estadio iniciales (mediana: 28 UI/mL; alcanzando valores de 1123 UI/ml). La mediana en pacientes con histología serosa fue de 59 UI/mL en comparación con la histología mucinosa la cual fue de 25 UI/ml.

Otros métodos diagnósticos como la resonancia magnética (RM), y la tomografía por emisión de positrones (PET-TC) se suele reservan para casos seleccionados ya que las características ecográficas de la masa anexial, sumado al valor del marcador tumoral CA

125 suelen ser suficientes para indicar una cirugía diagnóstica/terapéutica. La tomografía computada (TC) es útil en caso de una masa anexial con sospecha de TBO o de malignidad. El objetivo es detectar la presencia de enfermedad a distancia, principalmente intra-abdominal [24].

En cualquier caso, el diagnóstico definitivo de la masa anexial se establece mediante el estudio histológico intra-operatorio. En éste sentido, numerosos estudios evaluaron la precisión del diagnóstico histológico de las masas anexiales. [25,26] Como resultado, el diagnóstico no suele ser fácil, principalmente en tumores grandes y mucinosos. [25,26]. El diagnóstico intra-operatorio ha demostrado ser confiable para discriminar entre una masa benigna de un TBO o maligno (sobre-diagnóstico menos del 10%). Sin embargo, se ha descrito un sub-diagnóstico del 25-30 % para diferenciar TBO de un tumor maligno [27,28].

La consecuencia clínica de dicho límite es la necesidad de re-operación para estadificar quirúrgicamente los casos diagnosticados como cáncer de ovario en el análisis histológico definitivo que habían sido TBO en el diagnóstico intra-operatorio.

TRATAMIENTO

La cirugía constituye el tratamiento inicial de los TBO. Su principio es, igualmente que el cáncer invasor, extirpar toda la enfermedad macroscópicamente visible. La estadificación quirúrgica recomendada incluye histerectomía, salpingo-ooforectomía bilateral, omentectomía, biopsias peritoneales múltiples y citología peritoneal. En caso de TBO mucinosos, se debe realizar también la apendicetomía (Figura 1). El rol de la

linfadenectomía ha sido extensamente discutido en los últimos años [29-32]. Sin embargo, según los resultados de múltiples estudios y a diferencias del cáncer de ovario, la linfadenectomía pélvica y aortica no mejora el tiempo libre de enfermedad ni la supervivencia global de las mujeres con TBO [29-33].

Por otro lado, el diagnóstico también puede realizarse al momento de la extirpación de un quiste de ovario aparentemente benigno. En ese caso, el dilema es si la paciente debe o no re-operarse con el objetivo de completar la estadificación quirúrgica y realizar una inspección cuidadosa de toda la cavidad abdominal y pélvica para detectar la presencia de posibles implantes peritoneales. Según los datos de la literatura, debe ser realizada principalmente en los subtipos serosos [33]. Sin embargo, la mayoría de los autores lo recomiendan de forma rutinaria, independientemente del subtipo histológico del TBO [34,35].

Estadificación del tumor borderline de ovario.

La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) y el American Joint Committee on Cancer (AJCC) ha designado los estadios para definir los tumores de ovario de bajo potencial de malignidad. El sistema de FIGO que se presenta a continuación es el más utilizado [36,37].

Tabla I: Estadificación FIGO de los tumores borderline de ovario.

Estadio	
I	Tumor limitado al ovario

Ia	Tumor limitado a un ovario, ausencia de células malignas en líquido ascítico, capsula intacta sin extensión tumoral en la superficie ovárica.
Ib	Tumor limitado a ambos ovarios, ausencia de células malignas en líquido ascítico, capsula intacta sin extensión tumoral en la superficie ovárica.
Ic*	Presencia de células tumorales en líquido ascítico o lavado peritoneal, presencia de tumor en la superficie ovárica de uno o ambos ovarios, capsula rota.
II	Afección de uno o ambos ovarios con extensión pélvica.
IIa	Extensión y/o metástasis a útero y/o Trompas de Falopio.
IIb	Extensión a otros tejidos pélvicos.
IIc*	IIa o IIb con presencia de células tumorales en líquido ascítico o lavado peritoneal, presencia de tumor en la superficie ovárica de uno o ambos ovarios, capsula rota.
III	El tumor compromete uno o ambos ovarios con implantes peritoneales confirmados histológicamente fuera de la pelvis y /o ganglios linfáticos pélvicos positivos. Las metástasis hepáticas superficiales corresponde al estadio III. El tumor está limitado a la pelvis verdadera, pero con extensión maligna confirmada histológicamente al intestino delgado o el omento.
IIIa	Tumor limitado a la pelvis con ganglios negativos, implantes peritoneales positivos o extensión al intestino delgado o el mesenterio.
IIIb	Afección de uno o ambos ovarios con implantes histológicamente confirmados, metástasis peritoneal positivas, ninguna superior a 2 cm de diámetro, los ganglios son negativos.
IIIc	Metástasis peritoneal más allá de la pelvis > 2 cm de diámetro y / o positivos los ganglios linfáticos regionales.
IV	Afección de uno o ambos ovarios con metástasis a distancia. Derrame pleural positivo. Metastasis del parénquima hepático.

* Con el fin de evaluar el impacto en el pronóstico de los estadios Ic o IIc, sería útil saber si la ruptura de la cápsula fue espontánea o causada por el cirujano, y si la fuente de las células malignas detectadas fue en el lavado peritoneal o ascitis.

Factores pronósticos

En pacientes con TBO en estadios avanzados (II-IV), los factores pronósticos incluyen: edad al diagnóstico, el estadio FIGO, la enfermedad residual tras la cirugía, el tipo de implantes peritoneales (con o sin invasión), la presencia de microinvasión en el tumor de ovario, patrón micropapilar y el valor del CA-125 [38].

Aproximadamente un 30% de los pacientes con TBO serosos tienen implantes peritoneales al momento del diagnóstico. De ellos, un 30% son implantes invasivos [39]. Morice y col [40] evaluaron 80 pacientes con TBO serosos en estadios FIGO II-III, de los cuales 65 pacientes tenían implantes no invasivos y 15 invasivos. Encontraron que el único factor pronóstico para los pacientes con tumores avanzados era la presencia de implantes peritoneales invasivos. Reforzando esta idea otro estudio observó que, si bien la supervivencia global a 7 años para los TBO en estadios avanzados es del 95% [41], en presencia de implantes invasivos puede disminuir hasta el 33% [42]. La cantidad de enfermedad residual es otro importante factor pronóstico. En una serie de 168 pacientes con TBO seroso (FIGO estadio II y III), la supervivencia a 5 años fue 75%, 76 % y 56 % ($p < 0,02$) en pacientes sin enfermedad residual, con enfermedad residual 1-20 mm o más de 20 mm respectivamente [43]. Además del potencial terapéutico, la eliminación completa de los implantes peritoneales permite el análisis histológico completo de la enfermedad [11].

Quimioterapia adyuvante

Los TBO en estadíos I no necesitan tratamiento adyuvante. Un estudio retrospectivo del Gynecologic Oncology Group (GOG) analizó 988 pacientes con TBO en estadíos I adecuadamente estadificados que no recibieron tratamiento adyuvante y observaron una mortalidad del 0.7% a 5 años [44].

Por otro lado, el papel de la terapia adyuvante en mujeres con TBO en estadíos avanzados es controvertido. Un meta-análisis de Cochrane de TBO concluyó que la evidencia actual no muestra beneficios en el uso de la terapia adyuvante, ya sea quimioterapia o radioterapia, independientemente del estadio o histología tumoral [45].

Trope y col. [46] luego de una revisión de 4 estudios aleatorizados concluyeron que el tratamiento adyuvante en pacientes con estadio I de la enfermedad, aumenta significativamente la toxicidad intestinal, neurológica y hematológica; sin beneficios terapéuticos. Sutton et al [47] tampoco encontró beneficios en el uso de quimioterapia en pacientes con estadio III asignados al azar a recibir tratamiento con cisplatino más ciclofosfamida con o sin doxorubicina en un estudio prospectivo del Grupo de Oncología Ginecológica (GOG). De las 32 pacientes seleccionadas después de citorreducción inicial, 19 tuvieron enfermedad residual inferior a 1 cm y 13 quedaron sin enfermedad residual. Veinte (62,5%) recibieron cisplatino más ciclofosfamida y 12 cisplatino, ciclofosfamida y doxorubicina como monoterapia, el 75% de los pacientes recibieron seis o más ciclos. Una segunda exploración se realizó en 15 casos, sólo seis fueron negativos. Sin embargo, con un seguimiento medio de 31,7 meses (rango, 1-75), 31 pacientes permanecían vivas sin evidencia clínica de enfermedad.

Tratamiento Conservador de la fertilidad

El tratamiento conservador de la fertilidad, que consiste en extirpar toda la enfermedad pero preservando el útero y al menos una parte de un ovario, es especialmente importante en mujeres con TBO ya que casi 30% de las mujeres se diagnostica antes de 40 años y muchas de ellas aún no han cumplido con su expectativa de reproducción [8,9]. El tratamiento quirúrgico conservador de la fertilidad en mujeres con TBO consiste en realizar citología peritoneal, omentectomía infracólica, biopsias peritoneales y apendicetomía en el caso de TBO mucinosos. (figura 1)

La cirugía conservadora ha sido extensamente evaluada en los últimos años. Tras analizar más de 2000 casos publicados, la cirugía conservadora de la fertilidad se asocia a un mayor riesgo de recurrencia de la enfermedad pero sin impacto en la sobrevida global [48-50].

La radicalidad de la cirugía conservadora, ya sea quistectomía de ovario u ooforectomía unilateral, debe basarse en la extensión de la enfermedad y la presencia de factores asociados con un mal pronóstico desaconsejando el tratamiento conservador [11]. Estos incluyen: la presencia de microinvasión, un patrón micropapilar e implantes peritoneales invasivos [51]. Por otro lado, basados en los datos de la literatura, no parece haber contraindicaciones para el empleo de fármacos para la estimulación ovárica para el caso de la obtención de futuros embarazos tras el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad. [52,53].

Otro punto de controversia es si las pacientes que han recibido un tratamiento conservador de la fertilidad deben recibir un tratamiento quirúrgico radical con

extirpación del útero y el ovario restante tras cumplir con sus deseos de reproducción, una vez alcanzada la menopausia o esperar una posible recaída de la enfermedad, independientemente de la edad de la paciente.

Dado que no existe un criterio uniforme al respecto, posiblemente el factor más importante a tener en cuenta sea el estadio del tumor al momento del diagnóstico. Así, se podría plantear el completar la estadificación al momento de la recurrencia o después de haber cumplido con los deseos de reproducción en pacientes con estadios temprano o avanzados respectivamente [40,51].

Seguimiento

Al día de hoy no existe consenso respecto de la mejor forma de seguimiento de dichas pacientes tras el tratamiento inicial por TBO para la detección temprana de la recurrencia. Parece razonable que la suma de métodos como el examen físico, la determinación de CA-125, y el TC sean los métodos de elección. La ecografía ginecológica vaginal es de vital importancia en mujeres que reciben un tratamiento conservador de la fertilidad. Es importante conocer que el tiempo libre de enfermedad para las mujeres con TBO que presentan una recaída es significativamente mayor respecto de las mujeres con carcinoma invasor de ovario. Uzan y col. [54] observaron un tiempo hasta la recurrencia de hasta 31 meses (rango 4-242 meses) en 162 pacientes con estadio avanzado de TBO seroso. Igualmente, se han descrito recurrencias tan alejadas como hasta 15 años tras el diagnóstico inicial [55]. Estos datos obligan a prolongar el tiempo de seguimiento de dichas pacientes durante muchos años tras el diagnóstico. De esta forma, el seguimiento

recomendado debe ser trimestralmente durante los primeros dos años, semestralmente del años 2 a 5 y debe continuar anualmente hasta los 15 años tras el diagnóstico inicial [55].

Zanetta y col. [56] analizaron prospectivamente el seguimiento de 164 mujeres con TBO en estadio I sometidas a cirugía conservadora de la fertilidad. El seguimiento fue realizado con un examen físico y ecografía vaginal cada 3 meses durante 2 años y semestralmente después. La determinación de CA-125 se planeó cada 6 meses en pacientes con un TBO seroso. Los autores concluyeron que la ecografía vaginal es la técnica diagnóstica más efectiva en este grupo de pacientes. La guía de práctica clínica de la National Comprehensive Cancer Network (NCCN) [57] recomienda un seguimiento con ecografía ginecológica; pero en aquellas pacientes con implantes invasivos el seguimiento debe ser similar al del cáncer de ovario: TC de tórax-abdomen-pelvis y CA 125. Asimismo, las mujeres que cumplen con las expectativas de maternidad previamente tratadas de forma conservadora, deben recibir al tratamiento quirúrgico estándar anteriormente mencionado. [57]

Con respecto a la anticoncepción hormonal el Centro de Control de Enfermedades (CDC) clasifica como categoría 1 (no existe ninguna restricción para el uso del método anticonceptivo) el uso de píldora anticonceptiva tanto combinada como de progestágenos, parches, anillo vaginal, dispositivo intrauterino tanto de cobre como de levonorgestrel, métodos de barrera para pacientes con cáncer de ovario; por ende la elección del método anticonceptivo no se ve limitada por el diagnóstico de un TBO [58].

Algo similar sucede con el uso de terapia de reemplazo hormonal (TRH), un estudio sueco

realizado por Mascarenhas y col. [59] analizaron la sobrevida a cinco años en pacientes con TBO e invasivos que recibieron TRH. Realizaron un estudio de cohorte prospectivo en el cual incluyeron 799 mujeres con diagnóstico de cáncer invasivo (n = 649) y TBO (n = 150) de entre 50-74 años en 1993-1995. Tras 5 años de seguimiento, el 45% de los pacientes con carcinoma y el 93% de los pacientes con TBO estaban vivas. Para las mujeres con TBO no hubo asociación entre el uso de TRH utilizado antes o después del diagnóstico y la sobrevida. Tampoco lo hubo para las mujeres con cáncer de ovario.

Tratamiento de la recidiva

El tratamiento quirúrgico con el objetivo de una citoreducción máxima es el pilar de tratamiento de la recaída del TBO [7,34,60]. Este concepto es igualmente válido para mujeres tras un tratamiento conservador de la fertilidad previo que deseen repetirlo pero con un adecuado asesoramiento, aceptado el mayor riesgo de recaída y con la posibilidad concreta de un estricto seguimiento [34,61].

Conclusión

Los TBO constituyen un grupo de tumores epiteliales que pueden afectar a mujeres en edad reproductiva, y que tienen un excelente pronóstico debido a su escasa agresividad y a que son mayormente diagnosticados en estadio iniciales. La cirugía conservadora de la fertilidad es posible en casos seleccionados con enfermedad limitada al ovario y con fuertes deseos de maternidad. La cirugía radical de citorreducción máxima es el pilar de tratamiento en mujeres con enfermedad avanzada y recidiva. La enfermedad residual tras la cirugía y la presencia de implantes peritoneales invasivos son los principales factores

pronósticos. Los beneficios de la quimioterapia adyuvantes son limitados por lo que su uso es aún desaconsejado. El seguimiento de las pacientes debe ser realizado hasta los 15 años tras el diagnóstico inicial.

Conflict of interest

The authors declare that we have no conflict of interest