



Clasificación histopatológica de los tumores ováricos

M.-A. Le Frère-Belda

La clasificación histopatológica de los tumores ováricos evoluciona de forma progresiva en paralelo con la mejora de nuestros conocimientos sobre la histogénesis de los tumores, los factores genéticos y las vías moleculares implicadas. Su objetivo es optimizar el tratamiento de las pacientes. La mayoría de los tumores ováricos pueden clasificarse en tres grupos principales: los tumores epiteliales benignos, limítrofes o malignos, los tumores de los cordones sexuales y del estroma, y los tumores germinales. En cada uno de los grupos se describirán sus características histológicas y los posibles marcadores que pueden ayudar a su diagnóstico, sus particularidades, los principales diagnósticos diferenciales y su evolución. En Francia, existe un centro de referencia de los tumores raros del ovario, donde el clínico puede registrar su historia clínica y recibir consejo terapéutico y directrices. También se ha organizado la posibilidad de ofrecer consejos diagnósticos respecto a los informes anatomopatológicos de estos tumores ováricos con la creación de una red de expertos regionales y nacionales.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Tumores ováricos; Tumores epiteliales ováricos; Tumores de los cordones sexuales y del estroma; Tumores germinales ováricos; Clasificación histológica

Plan

■ Introducción	1	■ Tumores mixtos de los cordones sexuales y germinales	21
■ Tumores epiteliales y del estroma de superficie	2	Gonadoblastomas	21
Tumores serosos ováricos	2	Tumores mixtos de los cordones sexuales y germinales	21
Tumores mucinosos ováricos	6	■ Tumores de la rete ovarii	21
Tumores endometrioides ováricos	7	■ Tumores raros	22
Tumores de células claras ováricos	10	Carcinomas de células pequeñas	22
Tumores de células transicionales	11	Carcinomas neuroendocrinos no de células pequeñas	22
Lesiones escamosas	12	Carcinomas hepatoides	22
Tumores mixtos epiteliales	12	Mesoteliomas ováricos primarios	22
Carcinomas indiferenciados y adenocarcinomas inclasificables	12	Tumores de Wilms (nefroblastomas)	22
■ Tumores de los cordones sexuales y del estroma	13	Coriocarcinomas gestacionales	22
Tumores de la granulosa y del estroma	13	Molas hidatiformes	22
Tumores de células de Sertoli y del estroma	15	Tumores de origen wolffiano (tumor anexial femenino de probable origen wolffiano)	22
Tumores del estroma gonadal y de los cordones sexuales de tipos mixtos y formas no clasificadas	16	Otros tumores raros	22
Tumores de células esteroides	16	■ Tumores ováricos secundarios (metástasis)	23
■ Tumores germinales	17		
Teratomas	17		
Tumores no teratomatosos	19		
Tumores germinales mixtos	21		

■ Introducción

Los tumores ováricos pueden distribuirse en tres grandes categorías, que difieren según su etiología, su biología

y su evolución clínica. Se trata de los tumores epiteliales y del estroma de superficie, los tumores de los cordones sexuales y del estroma, y los tumores germinales. La clasificación de referencia es la clasificación OMS (Organización Mundial de la Salud) 2003^[1].

■ Tumores epiteliales y del estroma de superficie

Estos tumores suponen alrededor de dos tercios de los tumores ováricos y el 90% de los cánceres ováricos en Francia. En este artículo se describirán las distintas categorías histológicas de estos tumores, así como sus particularidades. Por otra parte, en los últimos años, se han descrito nuevos datos procedentes de la biología molecular que han permitido nuevos avances en la comprensión de la aparición de estos tumores según su tipo histológico y su grado^[2]. Estos nuevos descubrimientos suscitan esperanzas renovadas en cuanto al tratamiento de estos tumores, porque puede que permitan más adelante adaptar mejor el tratamiento de estos tumores ováricos, que constituyen en realidad un grupo heterogéneo de neoplasias que en la actualidad se tratan en la mayoría de los casos de un modo relativamente similar.

Tumores serosos ováricos

Generalidades

Se trata de los tumores epiteliales ováricos más frecuentes (alrededor del 40%). Los tumores serosos en su forma benigna o limítrofe presentan aspectos que recuerdan a las células ciliadas o a otras células que pueden observarse en la trompa; en las formas tumorales, puede existir una arquitectura papilar compleja con múltiples proyecciones papilares, muy sugestiva de un tumor seroso. Sin embargo, una arquitectura papilar no es sinónimo del tipo seroso, pues también puede estar presente en otros tipos tumorales, como los tumores endometrioides, los carcinomas de células claras, etcétera. En los tumores serosos, se observa con mucha frecuencia cuerpos de psamoma o calcosferitas (microcalcificaciones). Entre los tumores serosos, alrededor del 70% son benignos, el 10% son tumores serosos limítrofes (de escaso potencial de malignidad) y el 20% son tumores serosos malignos.

Tumores serosos benignos

Clínica

Pueden aparecer a cualquier edad, pero en la mayoría de los casos lo hacen entre los 40 y los 60 años. Suelen ser bilaterales y a menudo se descubren de forma fortuita.

Aspecto macroscópico

Pueden presentarse como un quiste uni o multilocular que puede ser voluminoso, de hasta 30 cm. La superficie externa del quiste es lisa, pero en el interior del quiste pueden existir algunas vegetaciones (que corresponden en realidad a gruesas papilas fibrosas en el estudio microscópico). El líquido del quiste es claro y, a veces, un poco mucoso. En ocasiones, la lesión es sólida y quística o totalmente sólida. Este aspecto sólido firme blanquecino se debe en realidad a la existencia de un componente conjuntivo benigno de tipo fibromatoso, que se asocia al componente epitelial benigno adenomatoso, que da origen a múltiples microquistes visibles en el corte. Por último, puede tratarse de pequeñas excrescencias en la superficie del ovario, que crean papilomas de superficie.

Histología

Los quistes, glándulas y, en ocasiones, papilas (que en ocasiones son grandes, fibrosas y edematosas) presentan un revestimiento de un epitelio cilíndrico-cúbico sin atipias que recuerda al epitelio tubárico, a menudo con

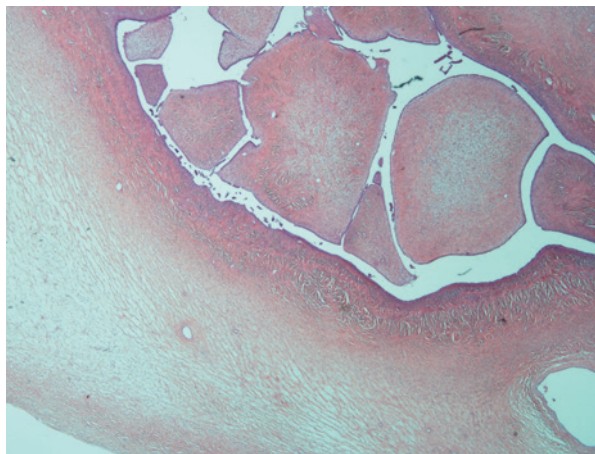


Figura 1. Cistoadenoma papilar seroso. Se observan papilas fibrosas gruesas que protruyen en la luz del quiste (× 40).

células ciliadas (Fig. 1). En ocasiones, pueden existir focos de un revestimiento epitelial un poco más hiperplásico, que no debe constituir más del 10% de la superficie de la lesión para seguir considerándose un tumor benigno. Este epitelio es en ocasiones aplanado y endoteliforme. Si sólo existe el componente epitelial quístico y glandular, se habla de cistoadenoma seroso; si a esto se asocia un componente conjuntivo fibromatoso, se trata de un cistoadenofibroma seroso; por último, si se trata de un tumor sólido sin quiste, se trata de un adenoma seroso (el componente epitelial es adenomatoso y el componente conjuntivo fibromatoso, ambos benignos).

Tumores serosos limítrofes

Se describieron por primera vez en 1929 por Taylor en términos de «tumores semimalignos». La terminología recomendada es tumores serosos limítrofes, pero también se denominan «tumores serosos de bajo potencial de malignidad, tumores serosos proliferativos atípicos o cistoadenomas serosos limítrofes»^[3]. Son tumores en los que el epitelio que reviste los quistes y papilas parece más proliferativo e hiperplásico que en la forma benigna con atipias celulares discretas o moderadas. Por definición, no hay invasión tumoral del parénquima ovárico. Es una entidad compleja inicialmente por su diagnóstico y se debe distinguir la forma clásica de la forma micropapilar, cuyo pronóstico sería peor y que requiere una estadificación peritoneal minuciosa a continuación, porque puede existir una microinvasión. Por otra parte, pueden asociarse a implantes peritoneales no invasivos (de tipo epitelial o desmoplásico) que deberán distinguirse de los implantes peritoneales invasivos que requieren un tratamiento complementario mediante quimioterapia. Por último, a nivel ganglionar puede existir una localización del tumor seroso limítrofe que deberá distinguirse de una endosalpingiosis ganglionar y de una auténtica metástasis ganglionar de un carcinoma papilar seroso.

Clínica

Pueden aparecer en pacientes de edades muy diversas, incluso en mujeres aún en edad fértil y que quieran conservar su fertilidad.

Aspecto macroscópico

Se trata de tumores a menudo sólidos y quísticos que presentan vegetaciones, en ocasiones friables, en territorios limítrofes (Fig. 2). Estos territorios con vegetaciones pueden estar muy limitados a nivel de un quiste o, al contrario, ser muy extensos con un aspecto macroscópico que puede parecer muy sospechoso, lo que explica la importancia del estudio microscópico. Estas vegetaciones pueden desarrollarse en la pared de quistes intraováricos (formas endofíticas) o afectar a la superficie ovárica (formas exofíticas). Estas dos formas pueden asociarse a la

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3918931>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3918931>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)