



CONSENSO INTERSOCIEDADES

Consenso Nacional Intersociedades sobre Cáncer Epitelial de Ovario: estadios tempranos. Junio de 2013



Inter-Society National Consensus on Epithelial Ovarian Cancer: The Early Stages. June 2013

Programa Nacional de Consensos Intersociedades. Programa Argentino de Consensos de Enfermedades Oncológicas, Asociación Médica Argentina, Academia Argentina de Cirugía, Sociedad Argentina de Patología, Sociedad Argentina de Radiología, Asociación Argentina de Cirugía, Sociedad Argentina de Cancerología, Instituto de Oncología Ángel H. Roffo, Asociación Argentina de Oncología Clínica, Asociación Argentina de Ginecología Oncológica, Sociedad Argentina de Terapia Radiante Oncológica, Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires, Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia

Recibido el 3 de agosto de 2015; aceptado el 7 de septiembre de 2015

Convocadas por la Academia Nacional de Medicina, por intermedio del Instituto de Estudios Oncológicos y ante la iniciativa de la Asociación Argentina de Ginecología Oncológica, las entidades autoras, miembros del Programa Argentino de Consensos de Enfermedades Oncológicas y del Programa Nacional de Consensos Intersociedades, avalan este Consenso Multidisciplinario que aúna los criterios propuestos por los profesionales que se encuentran involucrados en la prevención, diagnóstico y tratamiento de los tumores de ovario.

Las instituciones autoras se comprometen a difundir y promover el uso del contenido de este documento en todas las áreas y entidades responsables del manejo de la salud, institutos nacionales, provinciales y municipales, PAMI, colegios médicos, entidades de medicina prepaga, obras sociales, mutuales, en la Superintendencia de Seguros de Salud de la Nación, hospitales universitarios y comunales, y demás entidades relacionadas, así como su aplicación por todos los especialistas del país.

Introducción

El cáncer de ovario ocupa el tercer lugar en orden de frecuencia dentro de los cánceres ginecológicos, después del cáncer de cuello y endometrio. Es el que causa mayor mortalidad, dado que el 75% de los casos se detecta en estadios avanzados. Alrededor del mundo, en el año 2008 se diagnosticaron aproximadamente 225.000 casos nuevos y 140.000 mujeres fallecieron por esta causa. La incidencia actual del cáncer de ovario en países desarrollados se estima en 13 casos cada 100.000 mujeres/año. La edad media de diagnóstico en los Estados Unidos es de 63 años.

En la República Argentina, según el reporte del Registro de Tumores de Concordia, la tasa cruda de incidencia es de 7,3 casos cada 100.000 mujeres/año y la tasa de mortalidad, de 4,8 casos cada 100.000 mujeres/año, con aproximadamente 800 defunciones anuales en promedio.

El 90% de los tumores primarios de ovario corresponde a la estirpe epitelial, mientras que el resto pertenece a

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rard.2015.09.003>

0048-7619/© 2015 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de Sociedad Argentina de Radiología. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

tumores menos frecuentes, como los derivados de las células germinales del estroma y cordones sexuales.

Etiología

El mecanismo patogénico que explica el vínculo entre muchos de los factores de riesgo y el desarrollo de cáncer de ovario no ha sido determinado. Existen algunas hipótesis propuestas:

*Las repetidas ovulaciones producen pequeños traumas en la corteza ovárica, lo cual conduce a la producción de clones anormales y a la transformación maligna. Lo que apoya esta hipótesis es que las mujeres con supresión periódica de la ovulación, como las usuarias de anticonceptivos orales, múltiparas o con lactancia prolongada, tienen una menor incidencia de cáncer de ovario.

*La exposición persistente a gonadotropinas y concentraciones elevadas de estradiol pueden ser carcinogénicas. Esta hipótesis se basa en la observación de tumores ováricos inducidos experimentalmente, portadores de receptores para gonadotropina y estrógenos, en los que estas hormonas podrían estimular la proliferación celular.

*Hallazgos de pacientes sometidas a salpingo-ooforectomía profiláctica por mutaciones en el gen BRCA 1 y 2 demostraron una incidencia sorpresivamente alta de estadios iniciales de carcinoma de tipo seroso en las fimbrias de la trompa de Falopio. Por lo tanto, podría existir una analogía entre el carcinoma de ovario esporádico (90% de los casos) y las lesiones que comienzan en las trompas. De acuerdo con esta teoría, desde la trompa, de forma retrógrada, se derramarían sobre la superficie del ovario las células endometriales y tubáricas, desencadenando la secuencia de eventos para el desarrollo de cáncer de tipo epitelial seroso, endometroide y de células claras.

*Recientemente, basados en una extensa revisión de estudios clínico-patológicos y biomoleculares, se ha propuesto un nuevo modelo para el desarrollo de estos tumores. Según ciertos autores, se establecen dos categorías: los tumores de tipo I, que tienden a ser de bajo grado y se desarrollan paulatinamente a partir de tumores de bajo potencial de malignidad; y los tumores de tipo II, que son neoplasias de alto grado que se desarrollan *de novo* sin precursores identificables. Los tumores de tipo I incluyen carcinomas serosos de bajo grado, carcinomas mucinosos, endometroides, tumores de Brenner malignos y carcinomas de células claras. Los tumores de tipo II abarcan tumores serosos de alto grado, endometroides de alto grado, carcinosarcomas y carcinomas indiferenciados.

Factores de riesgo

- * Menarca temprana y/o menopausia tardía
- * Nuligesta
- * Esterilidad (los tratamientos que inducen la ovulación no parecen tener un incremento del riesgo, cuando se los compara con la población estéril no tratada)
- * Endometriosis
- * Síndrome de ovario poliquístico
- * Terapia de reemplazo hormonal en la menopausia con estrógenos solos

* Factores genéticos (mutaciones en genes involucrados en la reparación del ADN, como BRCA, MSH-2, MLH-1 y PMS 1 y 2): se estima que entre el 10 y el 15% de los casos de cáncer epitelial de ovario (CEO) se debe a mutaciones en el gen BRCA o al síndrome de Lynch (estos casos se dan principalmente en mujeres jóvenes).

- o Historia familiar de CEO: es clínicamente útil separar el riesgo genético en CEO familiar y hereditario. El familiar tiene un solo familiar con CEO y un 5% de riesgo, mientras que el hereditario tiene 2 o más familiares con CEO y una probabilidad del 25 al 50% de desarrollarlo a lo largo de la vida.
- o Síndrome de cáncer de mama-ovario (mutaciones en el gen BRCA): se calcula que las mutaciones en el BCRA 1 aumentan del 35 al 46% el riesgo de desarrollar cáncer de ovario a lo largo de la vida, mientras que las mutaciones en el BRCA 2 incrementan las probabilidades entre un 13 y 15%.
- o Síndrome de Lynch tipo 2 (cáncer colorrectal hereditario no asociado a poliposis HNPCC): la predisposición al cáncer se debe a mutaciones en los genes MSH-2, MLH-1, MSH-6, hPMS-2. Se asocia con otros cánceres primarios, en particular con el de endometrio, el de ovario, el urogenital y el gastrointestinal; hay un riesgo del 9 al 12% de desarrollar cáncer de ovario.
- o Otros factores genéticos: anemia de Fanconi, síndrome Li-Fraumeni o síndrome de Cowden.

Asesoramiento genético: existen actualmente profesionales dedicados al asesoramiento genético. Sirve para orientar a aquellas pacientes que lo solicitan, sobre todo en casos de mujeres judías azkenazi con antecedentes de cáncer de ovario o mama en sus familiares.

* Factores ambientales:

- o Obesidad: existe una asociación estadísticamente significativa entre la obesidad y el riesgo de cáncer.
- o Consumo de cigarrillo: fumadoras actuales o exfumadoras parecen tener un riesgo incrementado de cáncer de ovario mucinoso, pero no de otros tipos de CEO.

Factores protectores

- * Uso de anticonceptivos orales durante 5 años o más
- * Multiparidad
- * Ligadura tubaria
- * Salpingectomía
- * Lactancia prolongada
- * Vitamina D (su deficiencia podría estar asociada con un aumento del riesgo de cáncer)

Diagnóstico

Signos y síntomas

El 75% de las pacientes con CEO son diagnosticadas cuando la enfermedad se ha extendido a través de la cavidad abdomino-pelviana o a distancia. La detección de tumores en los primeros estadios, mientras este se encuentra confinado a la pelvis, suele ser incidental durante un examen ginecológico efectuado por rutina o un estudio por imagen

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4248649>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4248649>

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