

NOVEDADES DESDE LA VERSION ANTERIOR

Este protocolo incluye las novedades en el manejo de tumores ováricos borderline, sustituyendo al protocolo de tumores de bajo potencial maligno.

INDICE

1. Definición y epidemiología.
2. Tipos histológicos
3. Factores pronósticos
4. Cirugía recomendada
5. Tratamiento adyuvante y seguimiento
6. Indicadores de evaluación y seguimiento

1. DEFINICIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA

Los tumores ováricos borderline (TOBL) son neoplasias epiteliales con proliferación papilar y atipia nuclear variable, pero que no muestran invasión destructiva del estroma. Estos tumores se comportan biológicamente como una entidad nosológica distinta del carcinoma epitelial de ovario (CEO) en cuanto a su historia natural, factores pronósticos y respuesta a la quimioterapia. Representan el 14-15% de todas las neoplasias ováricas primarias y del 10 al 20% de todos los tumores epiteliales ováricos, con una incidencia de 0,8 a 1,8 por 100.000 mujeres por año.

La mayoría de los casos se diagnostican en estadios iniciales, presentando una supervivencia global superior al 80%. La supervivencia estimada a los 5 años en los TOBL es superior al 95% en estadios I y aproximadamente de un 65% en estadios II-IV.

2. TIPOS HISTOLÓGICOS

La clasificación de 2020 de la OMS de los tumores de los órganos genitales femeninos distingue seis subtipos histológicos de TOBL según el tipo de células epiteliales, similar a los carcinomas invasivos: serosos (50%), mucinosos (45%), endometriode, células claras, seromucinoso y tumor de Brenner.

PROTOCOLOS ASISTENCIALES

TUMORES OVÁRICOS BORDERLINE

En dicha clasificación se establecen los rasgos diferenciales de los TOBL, estableciendo algunas diferencias con la clasificación previa, que se detallan a continuación.

- Se recomienda el uso del termino borderline
- No se recomienda el término de proliferativo atípico ni de tumor de bajo potencial de malignidad.
- Los implantes invasivos en asociación con TOBL seroso deben considerarse carcinomas serosos de bajo grado. La progresión es rara y ocurre en torno al 4-5 % de los casos.
- **La definición de TOBL seroso con microinvasión se limita a LESIONES ÚNICAS con diámetro máximo de 5mm.**
- Ya no hay diferenciación de TOBL tipo intestinal vs endocervical. Ahora ambos forman parte de los seromucinosos.
- Los TOBL mucinosos, aunque per se, son benignos, pueden contener (al ser de gran tamaño) focos de microinvasor o invasor. Si presentan implantes, no debemos contemplarlos como TOBL MUCINOSO.

3. FACTORES PRONÓSTICOS

Principales:

- Estadio FIGO.
- Implantes peritoneales.
- Patrón micropapilar.
- Microinvasión.
- Enfermedad residual tras cirugía.

Otros:

- Edad.
- Estadificación quirúrgica incompleta.
- Cirugía preservadora de la fertilidad.
- Niveles elevados de Ca 125 preoperatorio.
- Afectación ovárica bilateral.

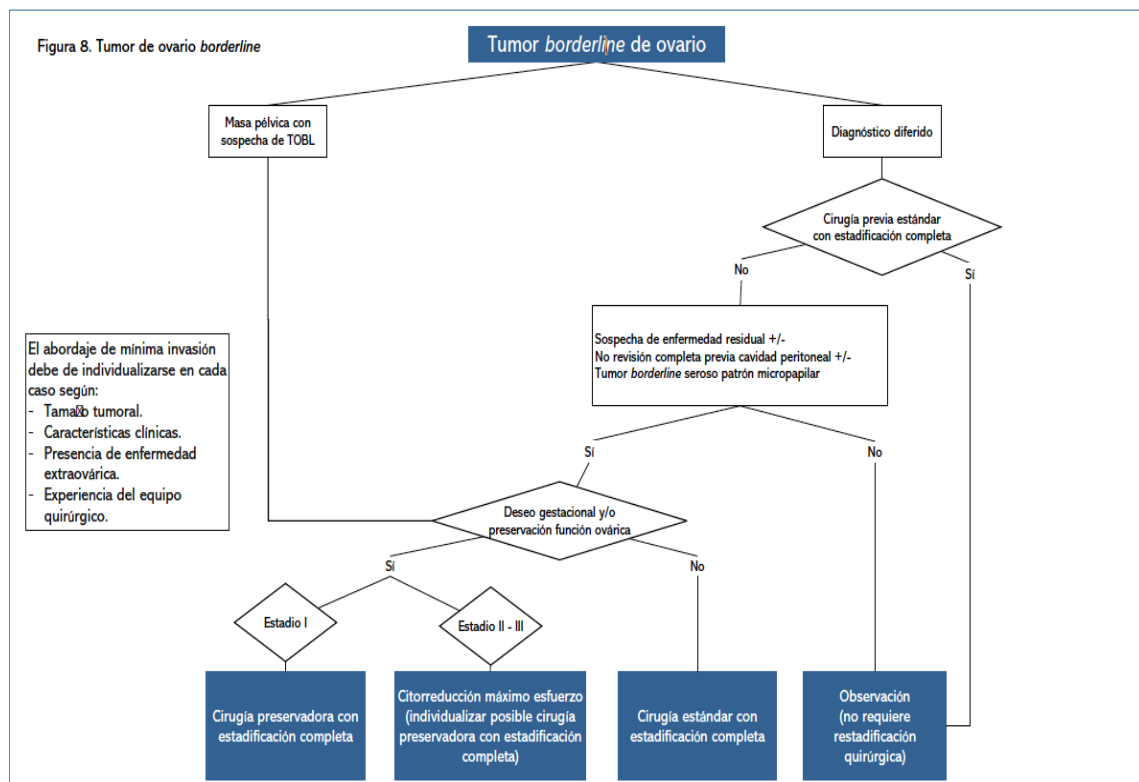
4. CIRUGÍA RECOMENDADA

La **cirugía** es el *gold estándar* del tratamiento de los TOBL.

Debemos tener en cuenta, que una infraestadiciación aumenta la recaída.

La cirugía está determinada por:

- Tamaño tumoral
- Características histológicas
- Edad y deseo genésico
- Presencia de enfermedad extraovárica



Cirugía estándar y estadificación del TOBL

- Detallada exploración y descripción de la cavidad abdominal**.
- Citología por lavado*.
- Quistectomía vs. anexectomía uni o bilateral según edad, deseo genésico y presencia de tejido ovárico sano. Si sospecha de tumor mucinoso se realizará anexectomía uni o bilateral**.
- Biopsias peritoneales múltiples, de extensión y profundidad adecuada para una correcta evaluación histológica de la posible infiltración*.
- Omentectomía infracólica*.
- No se considera imprescindible la histerectomía ni la anexectomía contralateral**.
- No es necesaria la apendicectomía en los tumores mucinosos*.
- No es necesaria la linfadenectomía, ya que la afectación ganglionar no influye en la conducta terapéutica posterior*.
- Ante enfermedad metastásica evidente en la exploración, es necesaria la citorreducción de máximo esfuerzo para lograr ausencia de residuo tumoral macroscópico*.

* Nivel de evidencia bajo, grado de recomendación fuerte.

** Nivel de evidencia moderado, grado de recomendación fuerte.

VIA DE ABORDAJE

La vía de abordaje queda determinada por los siguientes factores

- Edad
- Deseos genésicos/ preservación de la fertilidad.
- IMC
- Cirugías previas / antecedentes de endometriosis
- Sospecha radiológica
- Tamaño tumoral.

PROTOSCOLOS ASISTENCIALES

TUMORES OVÁRICOS BORDERLINE

La restadificación quirúrgica (puede hacerse vía laparoscópica) en los TOBL se debe considerar y consensuar con la paciente en las siguientes situaciones:

- No revisión completa previa de cavidad peritoneal.
- Sospecha de enfermedad residual, o rotura intraabdominal.
- Tumor borderline seroso con patrón micropapilar O ALTO GRADO

Nivel de evidencia: moderado (TOBL con revisión incompleta de la cavidad peritoneal); bajo (TOBL con patrón micropapilar). Grado de recomendación: fuerte.

MANEJO QUIRÚRGICO

NO DESEOS GENÉSICOS O DESEOS CUMPLIDOS

ANEXECTOMIA BILATERAL

(a valorar edad de la paciente)

+/-

HISTERECTOMIA

+

EXPLORACIÓN DE LA CAVIDAD, LAVADO PERITONEAL Y BIOPSIAS PERITONEALES

(PELVICAS, PARACOLICAS Y DIAFRAGMATICAS ESGO/ESMO 2019)

+

OMENECTOMIA

DESEOS GENÉSICOS NO CUMPLIDOS

QUISTECTOMIA SI OVARIO SANO/ANEXECTOMIA SI NO OVARIO SANO

CON REALIZACIÓN DE BIOPSIA INTRAOPERATORIA

+

EXPLORACIÓN DE LA CAVIDAD, LAVADO PERITONEAL Y BIOPSIAS PERITONEALES

(PELVICAS, PARACOLICAS Y DIAFRAGMATICAS ESGO/ESMO 2019)

+ /-

OMENECTOMIA

5. TRATAMIENTO ADYUVANTE – SEGUIMIENTO

PROTOCOLOS ASISTENCIALES

TUMORES OVÁRICOS BORDERLINE

La evidencia actual, es que no existe recomendación ni beneficio de tratamiento adyuvante en TOBL, incluso en estadios avanzados. Por tanto, será la cirugía la que trate la enfermedad como tratamiento de elección, así como en casos de recaída, ya sea recaída ovárica así como en la recidiva extra ovárica.

Seguimiento de los TOBL*

Dependientes del tumor

- Anamnesis y exploración física.
- Marcadores tumorales si inicialmente se encontraran elevados.
- Ecografía, preferentemente transvaginal, si se realizó cirugía conservadora.
- Pruebas de imagen dirigidas según clínica.

Pacientes estadio I-IIA, sin implantes y sin microinvasión

Riesgo bajo de recidiva: control semestral durante 2 años.
Posteriormente, control anual hasta los 5 años*

Pacientes estadios IIB-IV o cualquier estadio con implantes y/o microinvasión

Alto riesgo de recidiva: seguimiento similar al carcinoma epitelial infiltrante, ver apartado específico

6. INDICADORES

PROCOLOS ASISTENCIALES

TUMORES OVÁRICOS BORDERLINE

Indicador	Fórmula	Fuente	Estándar
DIAGNOSTICO	PORCENTAJE DE CASOS CORRECTAMENTE IDENTIFICADOS SEGUN PROTOCOLO	Audit, muestreo, Diraya, etc	>90%
TRATAMIENTO	PORCENTAJE DE PACIENTES CON PRESERVACIÓN DE FERTILIDAD SI DESEOS GENESICOS NO CUMPLIDO	Audit, muestreo, Diraya, etc	≥85%
TRATAMIENTO	PORCENTAJE DE PACIENTES CON TRATAMIENTO QUIRÚRGICO CORRECTO	Audit, muestreo, Diraya, etc	>95%
Autores	Dr. ALKOURDI MARTINEZ		
Fecha elaboración	Fecha 2023	Vigencia	3 ó 4 años desde la fecha de elaboración