

TRASTORNOS BENIGNOS DEL OVARIO Y CÁNCER DE OVARIO

Bibliografía base: Williams Ginecología. 4.^a edición. Capítulos 12 (quistes ováricos benignos) y 33-34 (tumores malignos del ovario y trompas).

I. TRASTORNOS BENIGNOS DEL OVARIO

1. QUISTES FUNCIONALES (LOS MÁS FRECUENTES)

A. Quiste folicular

- Falla en la ruptura folicular.
- Suelen ser <8 cm.
- Asintomáticos; pueden causar dolor agudo si rotan o se rompen.
- Regresión espontánea en 6-8 semanas.

 **Punto CONAREM:** El quiste funcional más frecuente es el [quiste folicular](#).

B. Quiste del cuerpo lúteo

- Puede romperse y simular abdomen agudo.
- Relación con retraso menstrual o embarazo temprano.

C. Quiste teca-luteínico

- Asociado a altos niveles de hCG, incluyendo:
 - Embarazo molar
 - Embarazos múltiples
 - TE gestacional
- Bilaterales, múltiples.

 **DATO EXAMEN:** Bilaterales + hCG alta → quistes teca-luteínicos.

2. TUMORES BENIGNOS

A. Teratoma maduro (quiste dermoide)

- Tumor benigno más común en mujeres jóvenes.
- Puede contener piel, grasa, dientes.
- Riesgo: torsión.
- En ecografía → componente hiperecogénico + "tip of the iceberg".

B. Cistoadenoma seroso o mucinoso

- Glándulas epiteliales.
- Pueden crecer mucho (>20 cm).
- Mucinoso: riesgo de seudomixoma peritoneal (si se rompe).

C. Fibroma ovárico

- Tumor sólido benigno.

Triada de Meigs:

Fibroma ovárico + ascitis + derrame pleural.

Mejora tras la resección del tumor.

3. TORSIÓN OVÁRICA

- Más común en tumores benignos de 5–10 cm, especialmente dermoides.
- Cuadro: dolor agudo, náuseas, vómitos.
- Ecografía: ovario aumentado de tamaño + disminución flujo Doppler.

 **Punto CONAREM:** Tumor benigno que más se asocia a torsión → [quiste dermoide](#).

II. CÁNCER DE OVARIO

1. EPIDEMIOLOGÍA Y IMPORTANCIA

- Tumor ginecológico con mayor mortalidad.
- Diagnóstico tardío en >75% de los casos.
- Pico entre 55–65 años.

2. FACTORES DE RIESGO (MUY EVALUADOS)

Factores de riesgo

- Historia familiar (BRCA1/2).
- Mutaciones BRCA → riesgo vital:
 - BRCA1: 40–60%.
 - BRCA2: 10–20%.
- Síndrome de Lynch.
- Nuliparidad.
- Menarquia temprana o menopausia tardía.
- Endometriosis (asociada a tumores endometrioides y células claras).

Factores protectores

- ACOs (disminuyen riesgo 40–50%).
- Multiparidad.
- Lactancia.

Punto CONAREM: El uso prolongado de ACOs reduce significativamente el riesgo de [cáncer de ovario](#).

3. TIPOS HISTOLÓGICOS (SEGÚN WILLIAMS)

A. Tumores epiteliales (90%)

- Seroso de alto grado (más frecuente y más agresivo).
- Seroso de bajo grado.
- Mucinoso.
- Endometrioide.
- Células claras (asociado a endometriosis).

El Williams enfatiza que el [carcino seroso de alto grado](#) se origina probablemente en la fimbria tubárica (lesión precursora: STIC).

B. Tumores de células germinales

- Más comunes en jóvenes.
- Disgerminoma, teratoma inmaduro, tumor del seno endodérmico.

C. Tumores del estroma

- Granulosa, teca, Sertoli-Leydig.
- Pueden secretar hormonas (estrógenos o andrógenos).

4. CLÍNICA TÍPICA

El cáncer ovárico es un asesino silencioso.

Síntomas clásicos:

- Distensión abdominal.
- Dolor pélvico.
- Saciedad precoz, náuseas.
- Ascitis.
- Masa pélvica palpable.

 **Pregunta típica:** ascitis + masa pélvica → pensar en cáncer ovárico hasta demostrar lo contrario.

5. MÉTODOS DIAGNÓSTICOS

01

A. Ecografía transvaginal

Quistes complejos: tabiques, papillas, vascularidad aumentada.

02

B. Marcadores tumorales

CA-125: útil en mujeres posmenopáusicas.

Puede elevarse en:

- Endometriosis
- Miomas
- Infecciones pélvicas
- Embarazo

03

C. RM/TC

Evalúan extensión peritoneal y ganglionar.

04

D. Diagnóstico definitivo

Quirúrgico: laparotomía o laparoscopía con biopsia.



Interpretación en CONAREM:

CA-125 alto + masa ovárica compleja + mujer posmenopáusica → sospecha fuerte de cáncer.

6. ESTADIFICACIÓN Y MANEJO

Basado en FIGO.

A. Tumores epiteliales

Cirugía primaria:

- Histerectomía total.
- Salpingo-ooforectomía bilateral.
- Omentectomía.
- Linfadenectomía pélvica y paraaórtica.
- Lavados peritoneales.
- Tomar biopsias de cualquier implante.

Quimioterapia:

Carboplatino + paclitaxel.

Tumores avanzados:

- Citorreducción óptima → cirugía.
- Si no es resecable: quimioterapia neoadyuvante.

B. Tumores de células germinales

- Excelente pronóstico.
- Fertilidad puede conservarse (cirugía unilateral).
- QT: BEP (bleomicina–etopósido–cisplatino).

C. Tumores del estroma

- Se resecan.
- Si secretan estrógenos, vigilar endometrio.

7. LESIONES PRECURSORAS

A. STIC (carcinoma intraepitelial seroso tubárico)

Precursor del carcinoma seroso de alto grado.

B. Endometriosis atípica

Precursor del carcinoma endometrioide y células claras.

8. FACTOR PRONÓSTICO PRINCIPAL

- Cantidad de enfermedad residual luego de la citorreducción.
- Mientras más completa sea la cirugía, mejor supervivencia.

TABLA RESUMEN PARA EXAMEN

Tema	Punto clave
Tumor benigno más común	Teratoma maduro
Tumor benigno más asociado a torsión	Quiste dermoide
Cáncer más mortal ginecológico	Cáncer de ovario
Tipo histológico más frecuente	Seroso de alto grado
Lesión precursora del seroso alto grado	STIC tubárico
Asociación con endometriosis	Endometrioide y células claras
Marcador clave	CA-125 (útil postmenopausia)
Screening	No existe screening eficaz
Factor pronóstico mayor	Tamaño de enfermedad residual
Tratamiento estándar	Cirugía + carboplatino/paclitaxel

PERLAS CONAREM

- Uso de ACO disminuye riesgo de cáncer ovárico hasta en 50%.
- Endometriosis aumenta riesgo de tumores endometrioides y células claras.
- En mujer joven con masa sólida → pensar en tumor germinal.
- La citorreducción óptima define el pronóstico del carcinoma epitelial.
- El CA-125 no sirve para screening general.
- Masa compleja + ascitis = cáncer ovárico hasta demostrar lo contrario.
- El teratoma maduro es benigno pero puede torcerse.