

Tumores de bajo potencial de malignidad

Los tumores de ovario borderline, también llamados tumores de bajo potencial de malignidad, inicialmente descritos por Taylor en 1929 como tumores "semimalignos" o como variantes hiperplásicas del cistoadenoma, luego de que éste analizara el caso de una mujer con diagnóstico de carcinoma de avanzado de ovario con larga sobrevida.

Es por eso que lo ha denominado tumor borderline o semi maligno. A lo largo de la historia ha sido objeto de estudio para precisar su etiopatogenia, así como los factores que representan mal pronóstico en términos de recurrencia y mortalidad.

La clasificación histológica en este tipo de tumores ha presentado modificaciones, fundamentalmente respecto de la atipia celular, variante micropapilar serosa y en relación al concepto de microinvasión.

Aun más controversial es tratar de establecer conductas en población nulípara y el rol de la quimioterapia adyuvante en este tipo de tumores.

Constituyen el 15% de los tumores epiteliales del ovario, en el 60% son unilaterales y el 75% se diagnostican en estadios iniciales de la clasificación de FIGO.

Aproximadamente el 10 al 15% recurren.

Se ha propuesto un nuevo concepto en la patogenia de este tipo de neoplasias, que contrasta con el desarrollo de los carcinomas de ovario de alto grado. En este modelo, aplicable para los tipos serosos, mucinosos, endometrioides, células claras y transicionales, los tumores borderline se desarrollarían a partir de alteraciones producidas en el epitelio ovárico, en quistes de inclusión o en focos endometriósicos.

Estas alteraciones han sido estudiadas principalmente en tumores borderline serosos y mucinosos, los cuales concentran una alta frecuencia de mutaciones en ciertos genes como KRAS y BRAF.

También se describe en ellos aumento en la expresión de la kinasa dependiente de ciclina CDKN1A (P21/WAF1), así como desbalance alélico progresivo en regiones cromosómicas discretas como 1q, 5q, 8p, 18q, 22q, Xp.

El cistoadenoma sería la lesión morfológica inicial, progresando un grupo de éstos a tumor proliferante atípico, carcinoma intraepitelial in situ (micropapilar en los tumores serosos), pudiendo finalizar un subgrupo en un carcinoma invasor de bajo grado (G1) ha sido encontrada en el 10 a 15% de los tumores borderline serosos y entre el 9 a 19% de los de estirpe mucinosa.

Actualmente no se ha precisado si el número de focos microinvasivos, así como el grado de atipía celular presente en ellos cambian el pronóstico. Otro elemento en discusión es el número de secciones histológicas que se deberían realizar, dado que al existir duda de invasión el número de éstas aumenta más allá del número promedio actualmente indicado (1 sección por cm de diámetro tumoral máximo), según criterio del patólogo.

A modo de conclusión tener presente que este tipo de lesión suele presentarse en la población pre menopáusica, entre los 35 y 45 años, en donde el rol de la conservación de la fertilidad es algo a tener en cuenta y que debe ser enfocado y abordado por un equipo multidisciplinario comandado por el ginecólogo oncólogo.

Dr. Juan Sardi

Servicio de Ginecología,, Hospital Británico de Buenos Aires