

Cribado del cáncer ginecológico



Cribado/Screening

- Se denomina **cribado** al procedimiento por el que se realiza la detección precoz de una enfermedad en personas que no presentan ningún signo de ésta

Criterios para implantar un screening medico efectivo(WHO)

- ENFERMEDAD BIEN DEFINIDA.
- PREVALENCIA O INCIDENCIA CONOCIDAS.
- HISTORIA NATURAL CONOCIDA.
- QUE PUEDA SER IDENTIFICADA EN ESTADÍOS TEMPRANOS.
- QUE EL TEST SEA SIMPLE Y SEGURO.
- QUE EL SCREENING SEA COSTO-EFECTIVO, CON ADECUADA SENSIBILIDAD Y BAJA TASA DE FALSOS POSITIVOS.

STRONGK,etal.JMEDSCREEN12:12-19;2005

SCREENING: RIESGOS Y BENEFICIOS

- **Beneficio** potencial es identificar cánceres más localizados y potencialmente curables tratando de disminuir la mortalidad por la enfermedad.
- **Riesgos** derivan de los falsos positivos que inducen a indicaciones quirúrgicas innecesarias.

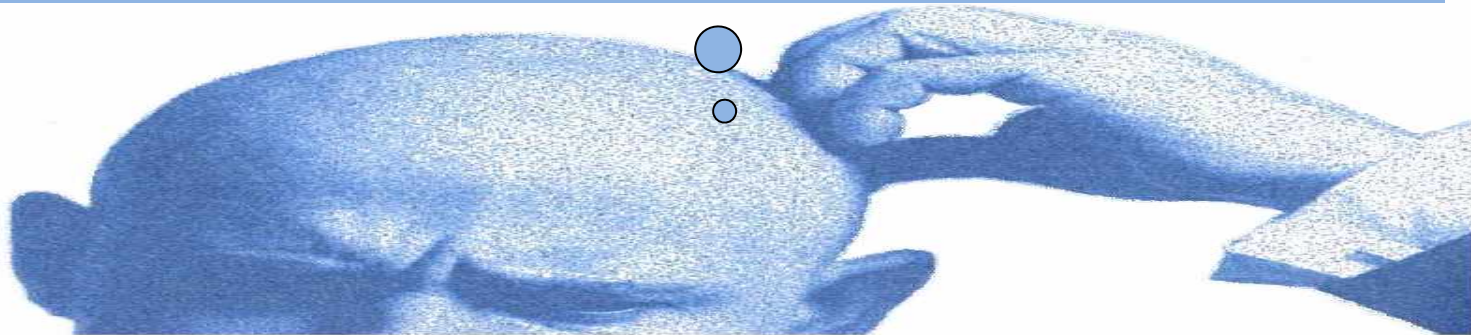
SCREENING

¿ POBLACIONAL?

¿ OPORTUNISTA?

¿ A DEMANDA?

¿ ALTA COBERTURA?



Cribado poblacional

- estrategia de salud pública consistente en aplicar a una población con elevada prevalencia de una enfermedad una prueba de cribado previamente validada, de forma periódica y organizada, con objeto de reducir la mortalidad por dicha causa. La cobertura mínima debe ser del 70%.

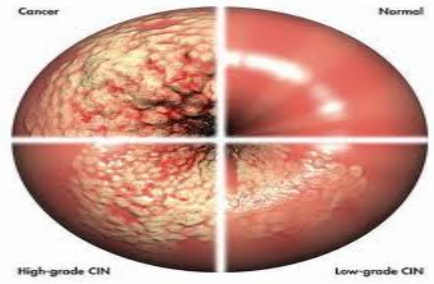
Cribado oportunista

- cobertura a demanda, solicitada por una persona con objeto de excluir una determinada enfermedad. El interés del clínico no es toda la población sino las pacientes que atiende, a las cuales debe ofrecer las máximas garantías para descartar la enfermedad objeto del cribado.
- El principal defecto de este sistema es la falta de cobertura entre las mujeres que no acuden a la consulta y la reiteración innecesaria de exploraciones en mujeres sin riesgo que se revisan de manera excesiva.

Incidencia y mortalidad por cáncer en España y Europa (globocan 2002)

| | Incidencia Tasa por 100000 | Mortalidad Incidencia por 100000 |
|--|---------------------------------------|---|
|--|---------------------------------------|---|

| | España | Europa | España | Europa |
|----------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| CANCER DE CERVIX | 7,6 | 10,7 | 2,2 | 3,3 |
| CANCER DE ENDOMETRIO | 10,4 | 11,8 | 2,4 | 2,2 |
| CANCER DE OVARIO | 9,9 | 9,7 | 4,3 | 4,5 |



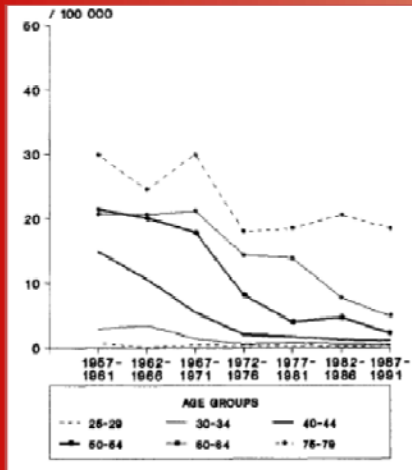
CÁNCER DE CÉRVIX

- Existe evidencia que el cribado del cáncer de cérvix uterino mediante citología permite reducir la mortalidad por dicha neoplasia.

CRIBADO CÁNCER DE CÉRVIX

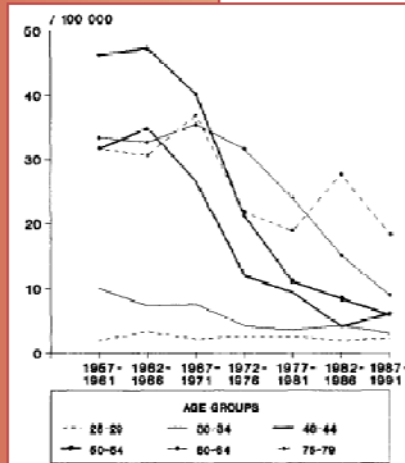
INTRODUCCIÓN

¿HAY EVIDENCIA CIENTÍFICA?



The Effect of Mass Screening on Incidence and Mortality of Squamous and Adenocarcinoma of Cervix Uteri

PEKKA NIEMINEN, M



Results: The mean incidence of cervical carcinoma in the early 1960s was 15.4 per 10⁵ woman-years. In 1991, it was only 2.7 per 10⁵ woman-years. The mortality rate has decreased in the same proportion since the mass screening program. In the early 1960s, the mortality was 6.6 and in 1991 1.4 per 10⁵ woman-years. However, the decrease of the incidence is seen almost exclusively in squamous cell carcinomas. The mortality caused by adenocarcinoma has decreased in screened birth cohorts, but the incidence rate has remained the same.

Conclusions: The Finnish mass screening program has been effective and its continuation is of utmost importance. In the future, more attention should be given to glandular cell atypias in cervical smears. Thus, it might be possible to decrease the incidence of cervical adenocarcinoma. (*Obstet Gynecol* 1995;85:1017-21)

Pekka N et al. The effect of mass screening on incidence and mortality of squamous and adenocarcinoma of cervix uteri. *Obstet Gyneco* 1995 85(6): 1017-1021

CRIBADO CÁNCER DE CÉRVIX

INTRODUCCIÓN

¿HAY EVIDENCIA CIENTÍFICA?

The cervical cancer screening programme in Norway, 1992–2000: changes in Pap smear coverage and incidence of cervical cancer

J F Nygård, G B Skare, S Ø Thoresen

J Med Screen 2002;9:86–91

implementation of the coordinated screening programme. The number of smears taken was less, as the interval after a normal smear was greater. The newly recruited women had a threefold risk of having a high grade precursor and a 20-fold higher risk of cancer than the women who had had regular smears.

smears.

Conclusions: The coordinated screening programme provides a low cost way of increasing the coverage of the female population, and consequently has reduced the rate of invasive cervical cancer.

CRIBADO CÁNCER DE CÉRVIX

INTRODUCCIÓN

¿HAY EVIDENCIA CIENTÍFICA?

Cervical cancer in Australia and the United Kingdom: comparison of screening policy and uptake, and cancer incidence and mortality

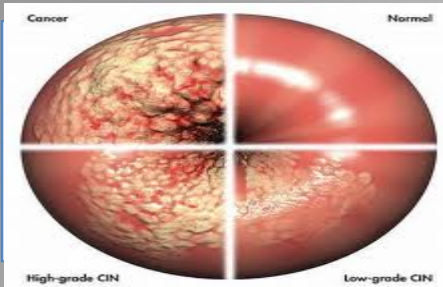
Karen Canfell, Freddy Sitas and Valerie Beral

Results: Estimated lifetime screening participation rates in 2001 were similar in the two countries, 92% in Australia and 94% in the UK. From 1991–1993 to 1998–2000, the incidence of cervical cancer in women aged 20–69 years fell by 33% in Australia and 33% in the UK, and mortality from cervical cancer fell by 36% in both countries.

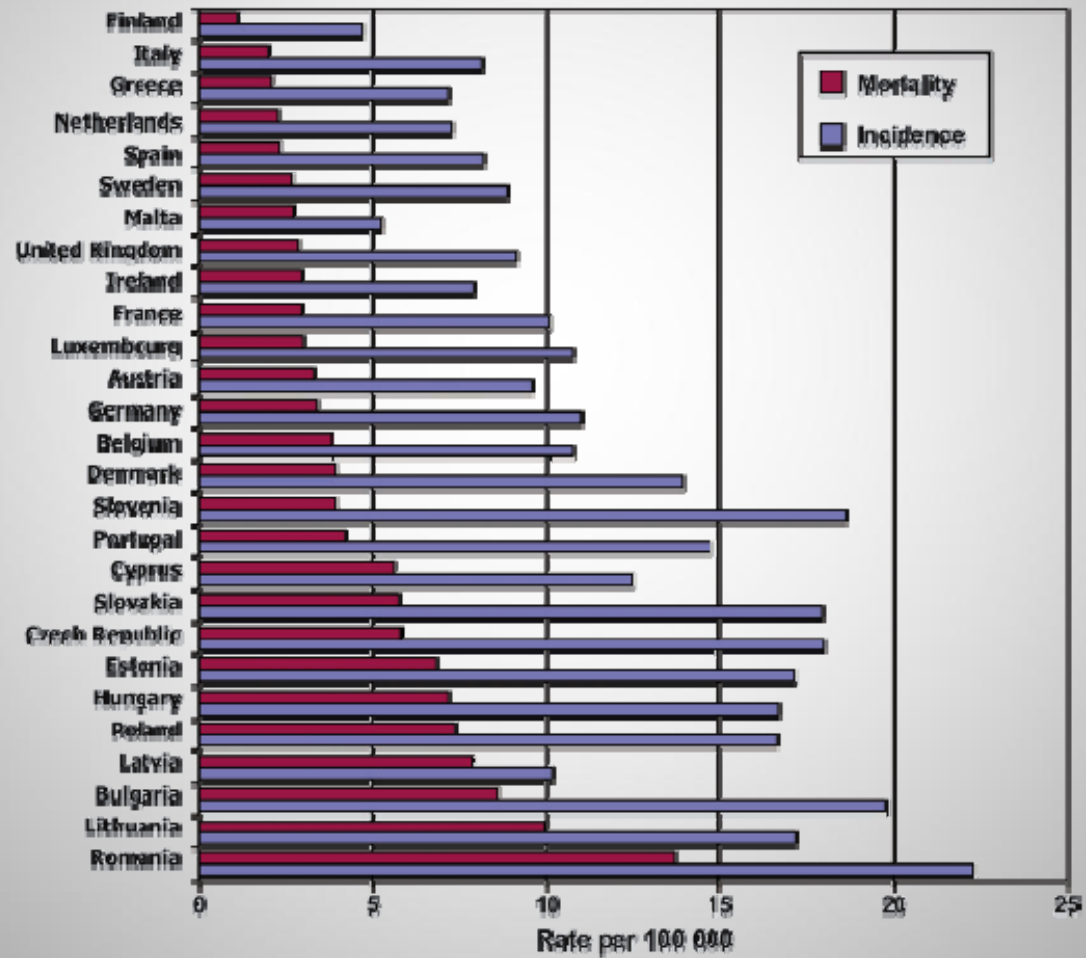
and 94% in the UK. From 1991–1993 to 1998–2000, the incidence of cervical cancer in women aged 20–69 years fell by 33% in Australia and 33% in the UK, and mortality from cervical cancer fell by 36% in both countries.

Conclusions: After the introduction of organised screening, similar reductions in cervical cancer incidence and mortality were achieved in Australia and the UK. Therefore, the 2-yearly screening policy in Australia and the predominantly 3-yearly screening policy in the UK appear to have been of broadly similar effectiveness.

MJA 2006; 185: 482–486

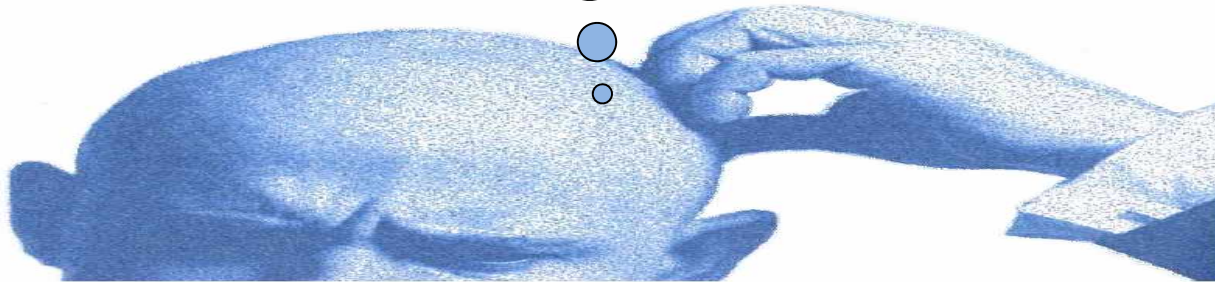


Incidencia/mortalidad ca.cervix en la unión Europea

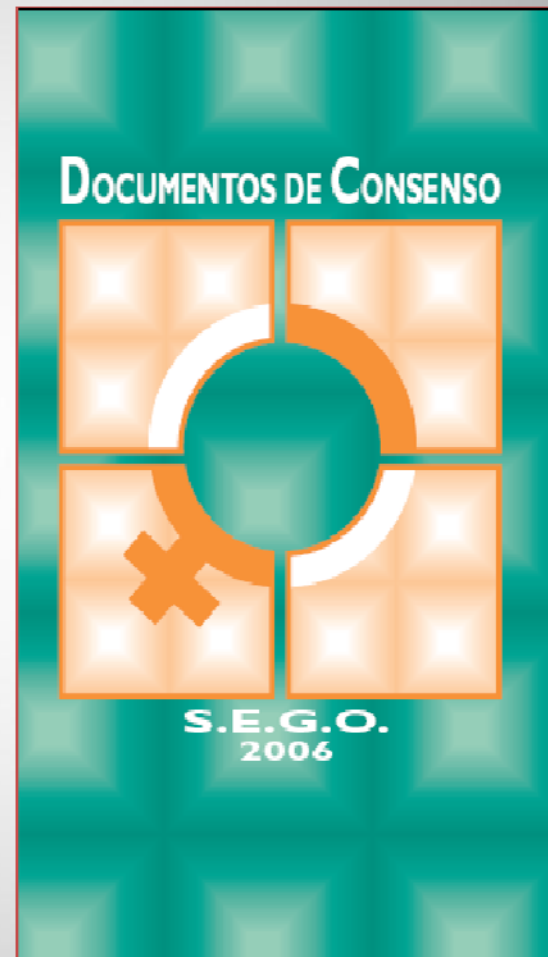


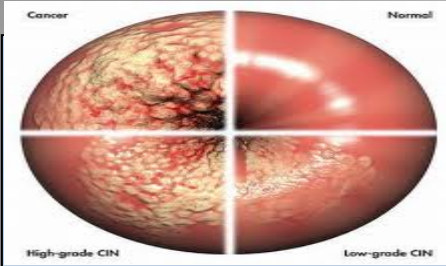
CANCER DE CERVIX SCREENING

- ¿ POBLACIONAL?
- ¿ OPORTUNISTA?
- ¿ A DEMANDA?
- ¿ ALTA COBERTURA?



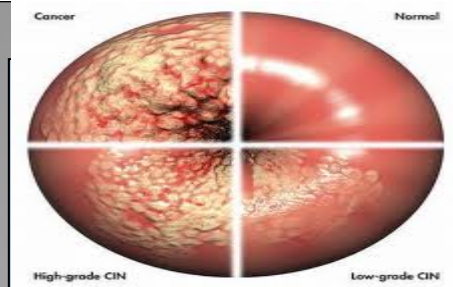
- Si por razones de pertinencia, especialmente relacionadas con la baja incidencia -caso español- se cuestionara el esfuerzo inversor necesario para organizar un cribado poblacional y se optara por un oportunista, **es imprescindible prever mecanismos de llamada para las mujeres que no consulten al Sistema (Cribado Mixto)**. De esta manera podrá corregirse la falta de equidad y la muy probable falta de eficacia y eficiencia de un oportunista.





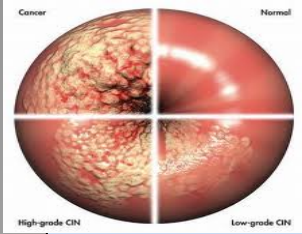
Introducción

- El cáncer de cuello uterino es el resultado final de una infección no resuelta por el virus del papiloma humano-VPH
- En Europa se diagnostican unos 23.000 nuevos casos de cáncer de cuello de útero al año



Etiología

- Infección por VPH
 - Diferentes genotipos
 - HPV-AR:
 - 16-18-31-33-35-39-45-51-52-56-58-59-61
 - HPV-BR:
 - 6-11-42-43-44
- Cofactores de adquisición
 - Inicio temprano de relaciones y promiscuidad
- Cofactores de persistencia
 - Virales (VPH 16-18)
 - Genéticos
 - Medioambientales (multiparas, ACOs, infecciones asociadas)

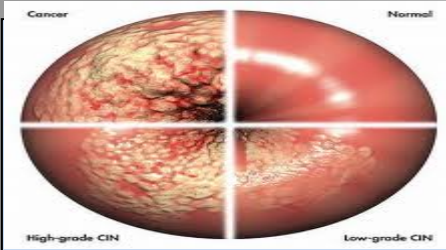


Factores asociados a infección por VPH

- - Relaciones sexuales antes de 18 años (más de 3 años de vida sexual activa)
 - Elevado número de compañeros sexuales
 - Relaciones sexuales con varón de alto riesgo (promiscuos, uso de prostitución, no circuncisión)
 - Inmunosupresión (VIH, otras enfermedades o iatrogénica)
 - Tabaquismo
 - Consumo habitual de anticonceptivos orales (> 5 años)
 - Multiparidad (> 3 hijos)
 - Co-infecciones por Chlamydia o herpes
 - Antecedentes de lesiones precancerosas en cérvix, o de condilomas.

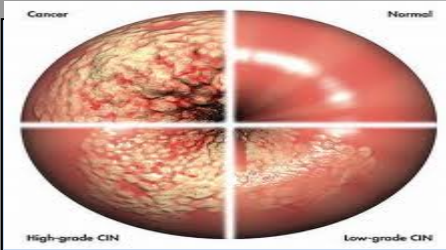
•

sego



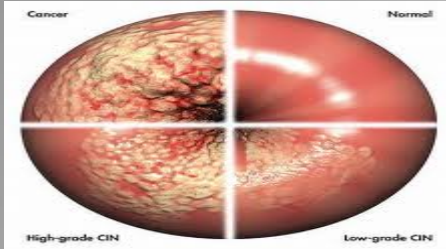
CÁNCER DE CÉRVIX

- **Consideraciones generales**
- EL cáncer escamoso invasivo de cérvix es el resultado de la progresión de lesiones precursoras denominadas:
 - - neoplasia cervical intraepitelial (CIN) grados I, II y III.
- Los resultados de la citología se clasifican según el “sistema Bethesda” en:
 - -lesiones escamosas intraepiteliales (SIL)
 - de bajo grado (L-SIL) que incluye cambios por el virus del papiloma humano (VPH) y CIN-I
 - SIL de alto grado (H-SIL) que incluye CIN-II y III.



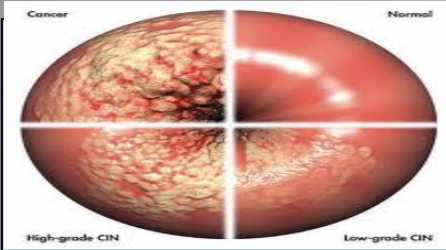
CÁNCER DE CÉRVIX

- Además, la clasificación citológica incluye otra categoría, las atipias en células escamosas (ASC) subdivididas en:
 - (ASC-US) atipias de significado incierto y
 - (ASC-H) atipias que no permiten descartar H-SIL
 - AGC atípia glandular de significado incierto



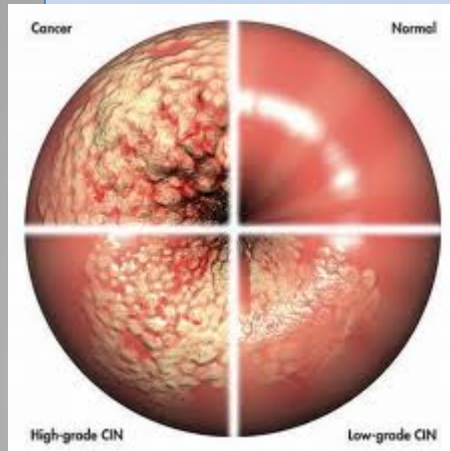
Displasia cervical

| Displasia | CIN | Bethesda |
|--------------------|-----------------|---------------------|
| Células atípicas | Atipia escamosa | ASCUS/AGUS |
| Displasia leve | CIN I | L-SIL de bajo grado |
| Displasia moderada | CIN II | |
| Displasia severa | CIN III | H-SIL de alto grado |
| Carcinoma in situ | | |



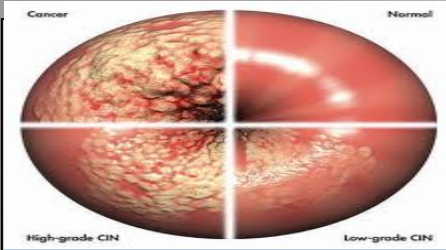
No olvidemos

- El CIN I / L-SIL tiene hasta un 90% de regresión espontánea en 24 meses, sin tratamiento, en adolescentes y mujeres jóvenes, con independencia del tipo de HPV
- CIN II hasta 40 %



Cáncer de cérvix

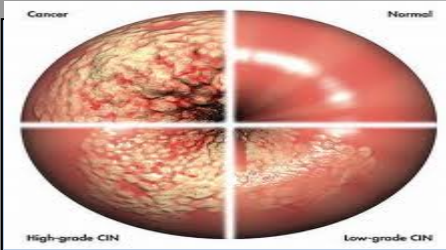
Pautas de cribado



Cáncer de cérvix

Inicio de cribado

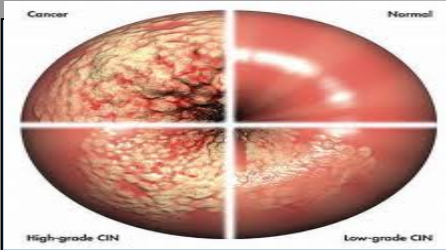
- Dado que el riesgo de H-SIL o cáncer en los primeros años tras la exposición al HPV es bajo se aconseja iniciar el cribado a los **3 años del inicio de las relaciones sexuales.**
o a los **25 años.**



Cáncer de cérvix

Intervalo de cribado

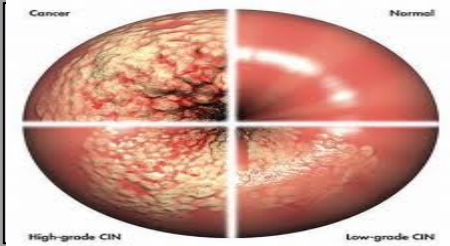
- Dado que la sensibilidad de una única citología es baja se aconseja repetirla al año, continuando en los casos negativos controles **cada 3 años.**
- En mujeres VIH positivas o inmunodeprimidas, **citología anual.**



Cáncer de cérvix

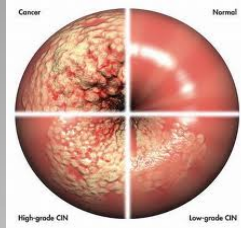
Finalización del cribado

- La mayoría de los programas finalizan a los
- 65 años, aunque algunos datos aconsejan su prolongación hasta los 70.



Cribado tras histerectomía

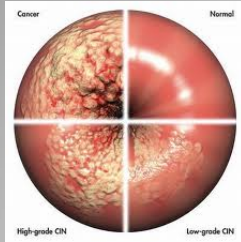
- No debe efectuarse cribado tras la histerectomía total si ésta se realizó por patología benigna.
- En pacientes con histerectomía por CIN o carcinoma debe continuarse el cribado por el riesgo de lesiones vaginales.



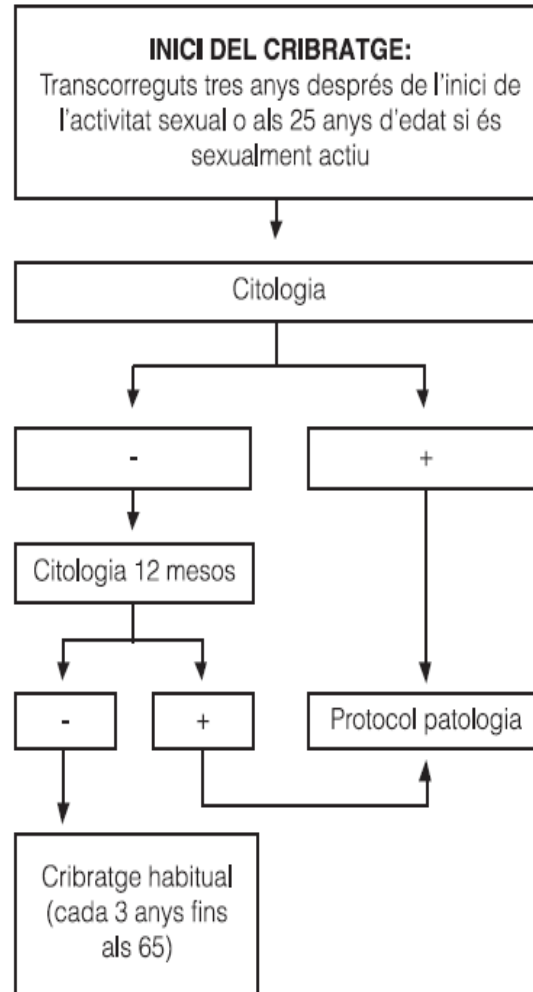
(PD)

Planificació i Avaluació
Pla Director d'Oncologia

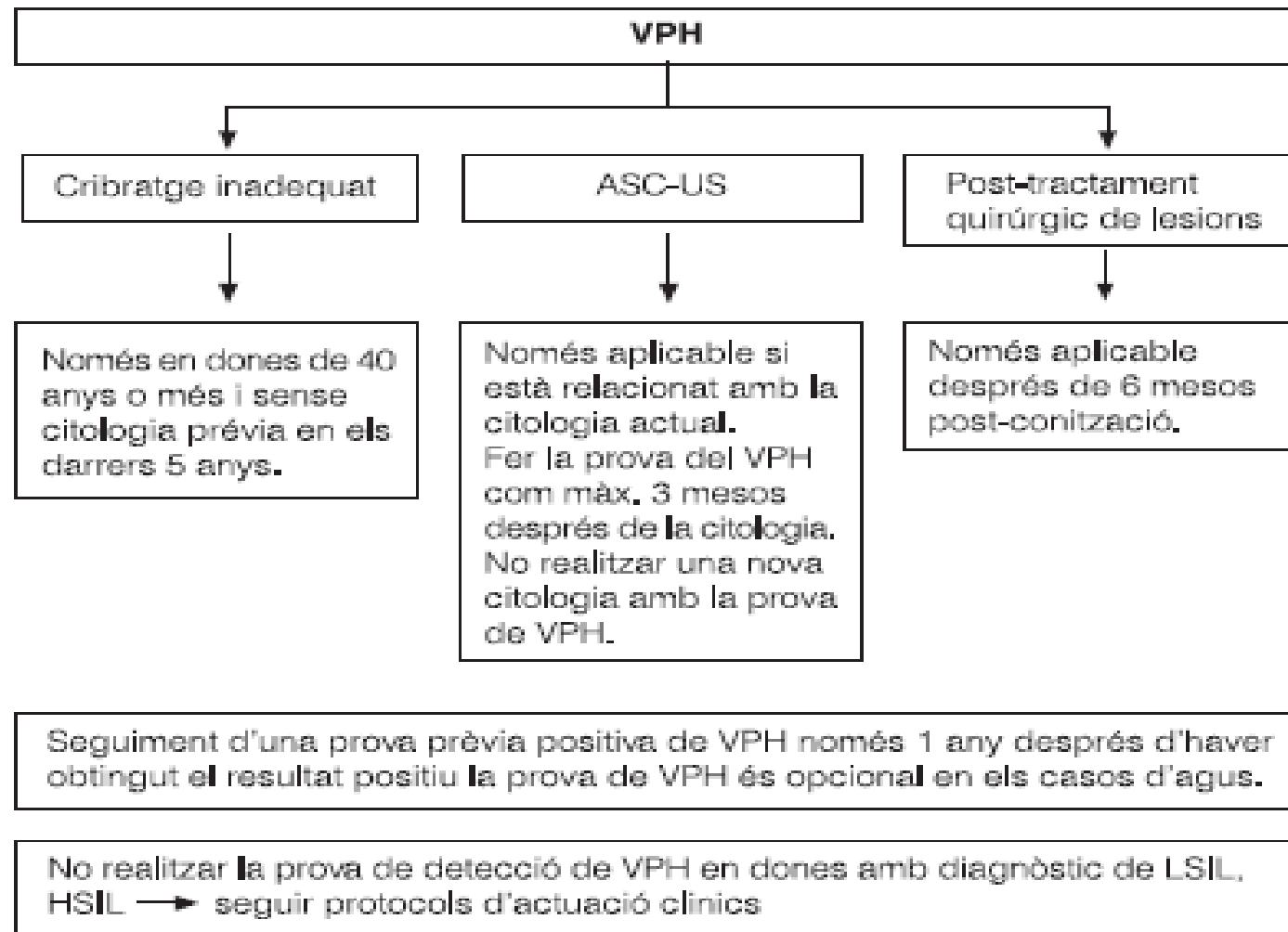
Protocol de les Activitats per al Cribratge del Càncer de Coll Uterí a l'Atenció Primària



Algoritme 1. Cribratge de la població general (25-65 anys)

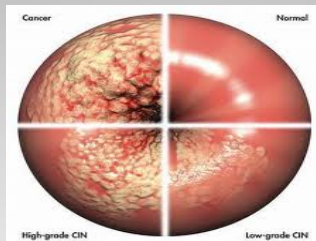


Annex 9. Protocol de les activitats per al cribratge del càncer de coll uteri a l'atenció primària. Indicacions per la detecció del VPH d'alt risc

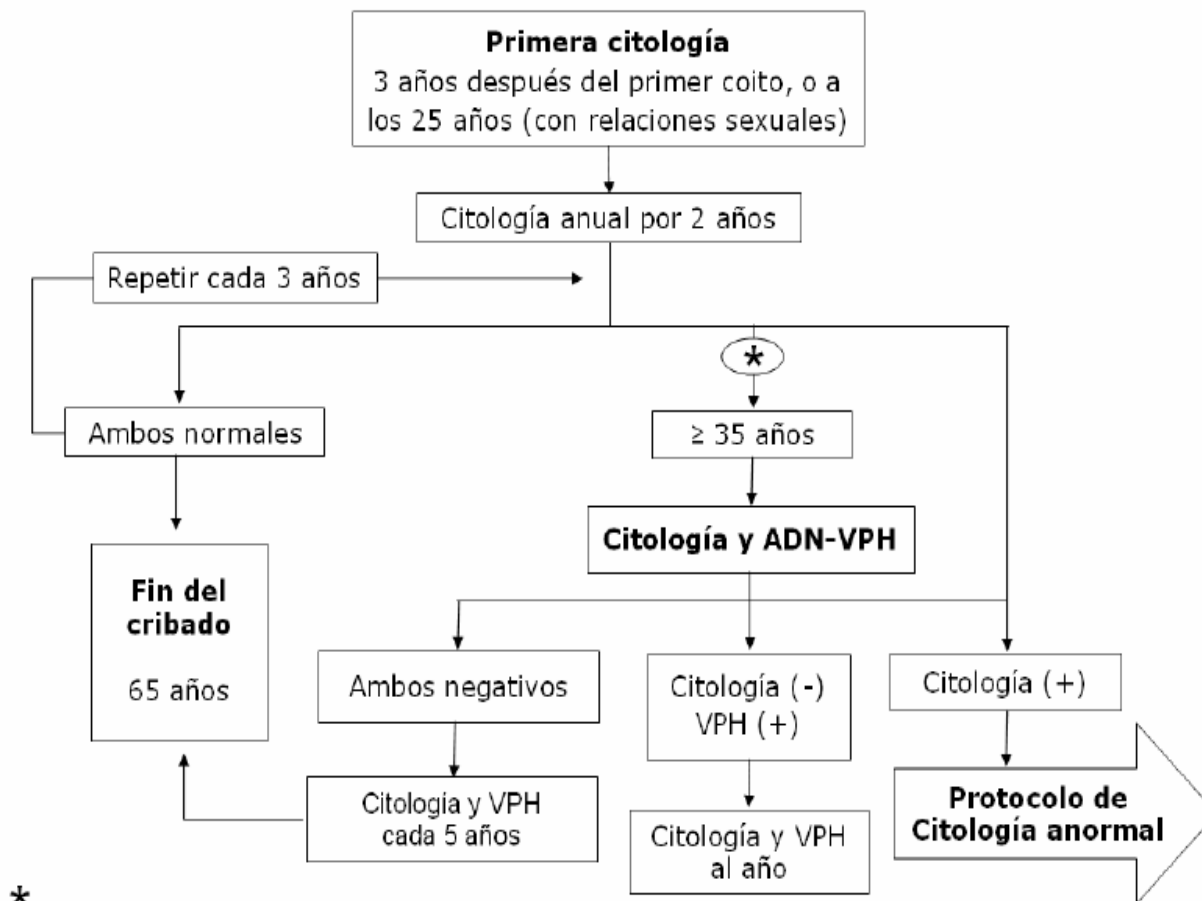


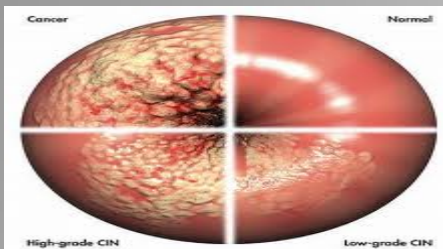
Test del ADN de VPH junto con la citología

- - Primera citología a los 3 años de inicio de las relaciones sexuales.
- - Citología anual durante los 2 primeros años, si valorables y negativas realizar citología cada 3 años.
- - Si existe disponibilidad de test de VPH: a los 35 años realizar citología y test de HPV
- . Ambos negativos:
 - repetir citología y test de VPH cada 5 años.
 - . Citología negativa y test de VPH positivo:
 - repetir ambos test al año. (sego) (AEPCC) (SEC) (SEAP)--2006
- - Si no existe disponibilidad de test de VPH: citología cada 3 años.- Si se cumple adecuadamente el programa finalizar el cribado a los 65 años.



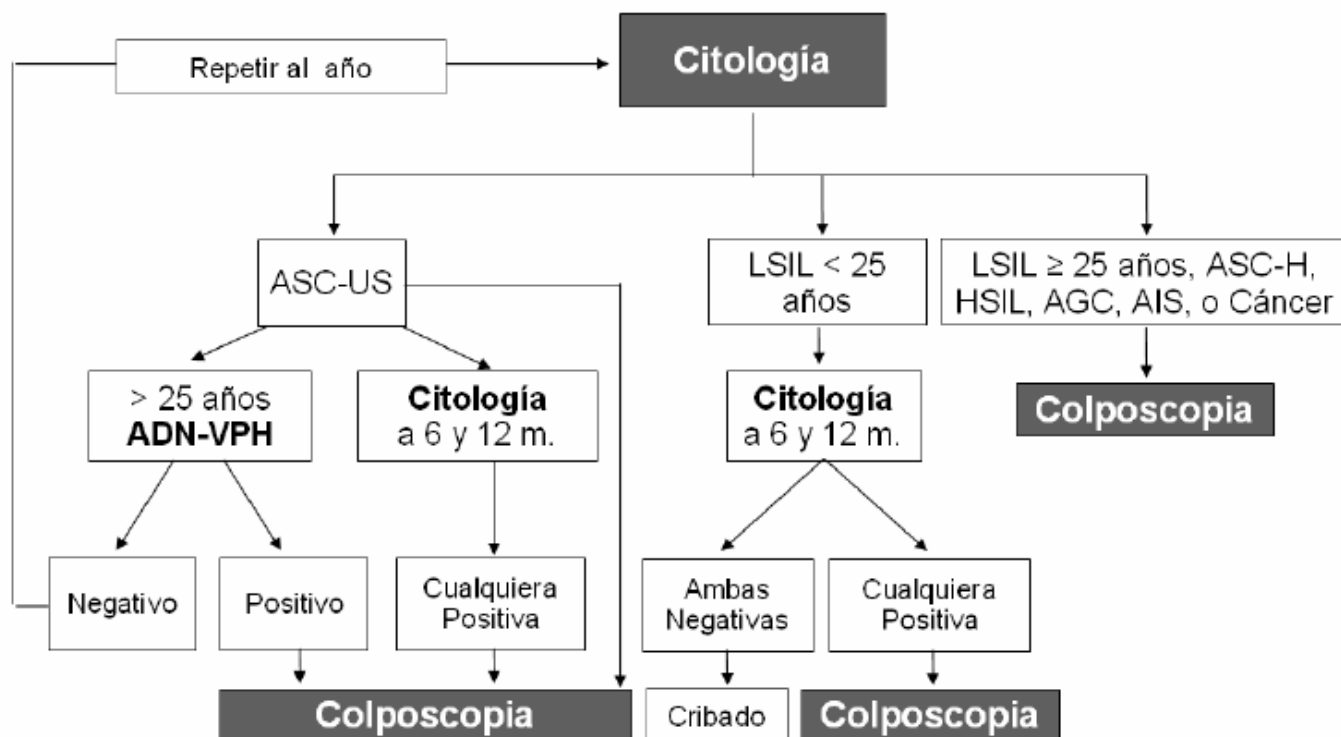
CRIBADO DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO



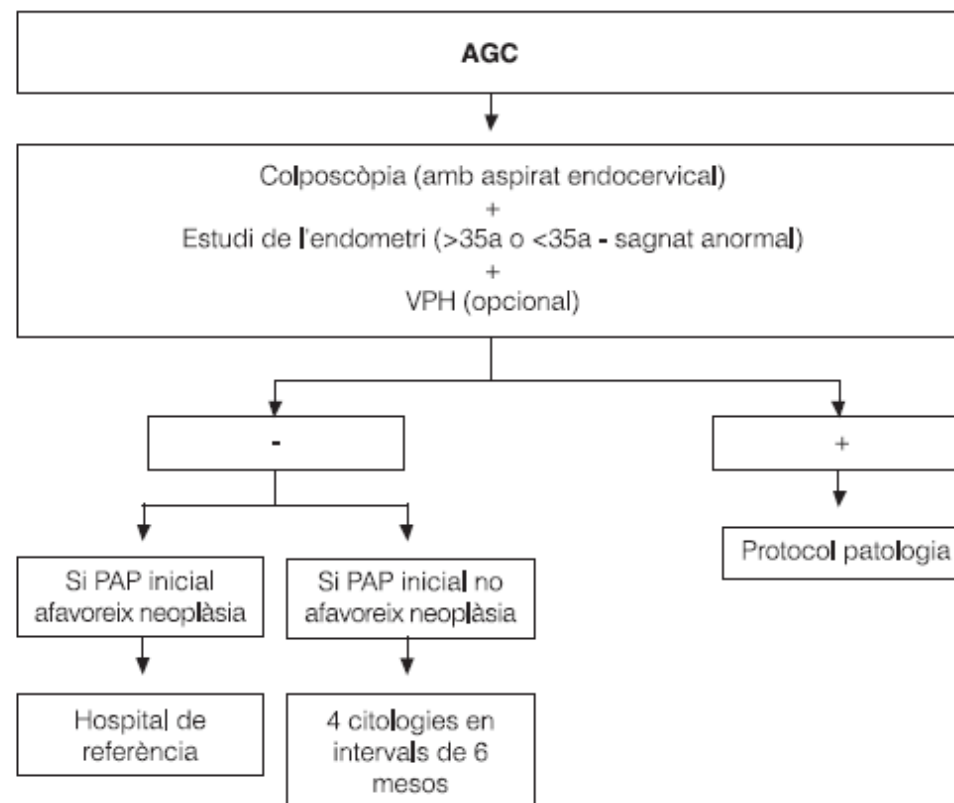


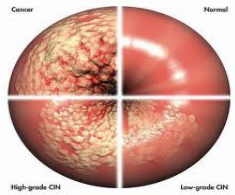
CONDUCTA ANTE UNA CITOLOGÍA ANORMAL

CITOLOGÍA ANORMAL. CONDUCTA



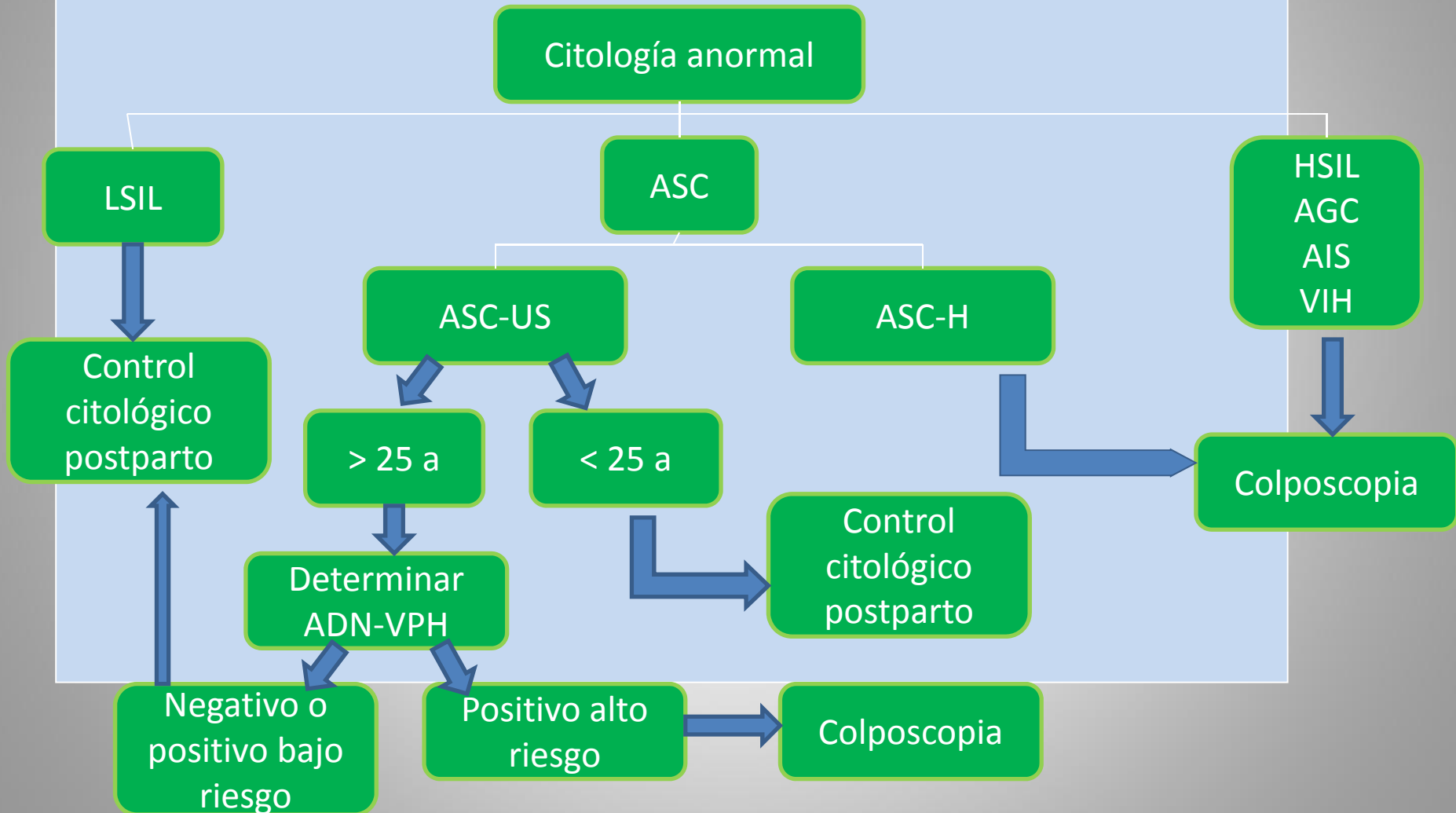
Algoritme 5. Algoritme d'actuació per al maneig de la patologia cervical resultat d'atípi glandular de significat indeterminat (AGC)





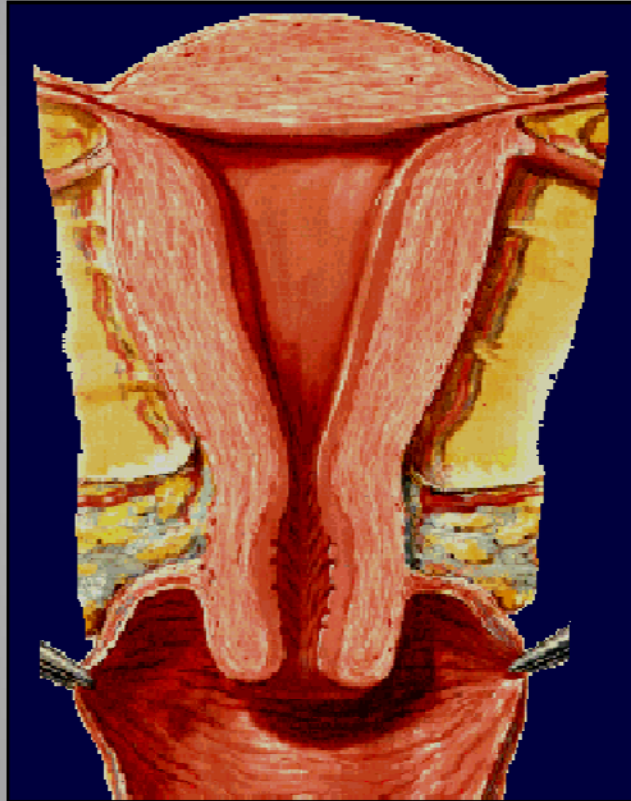
Cáncer de cérvix y embarazo

- Algoritmo de actuación en citología anormal



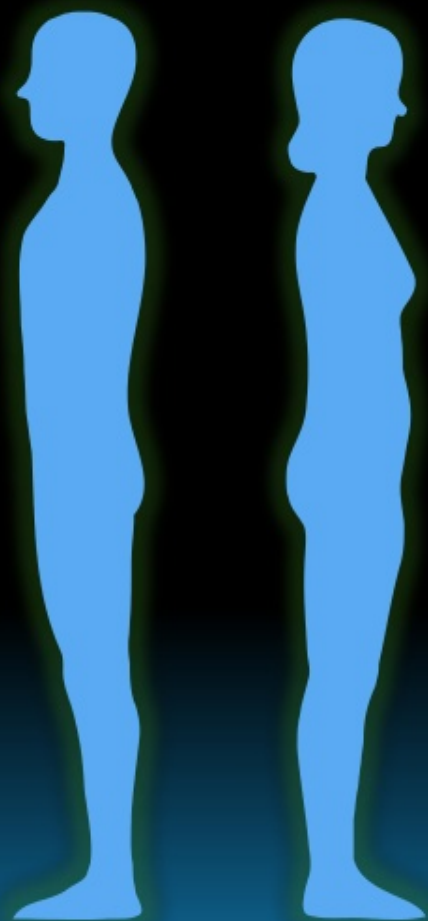
Cribado del cáncer ginecológico





Cáncer de endometrio

| | Men 766,130 | Women 713,220 | |
|-----------------------|----------------|------------------|--------------------------|
| Prostate | 25% | | 27% Breast |
| Lung & bronchus | 15% | | 14% Lung & bronchus |
| Colon & rectum | 10% | | 10% Colon & rectum |
| Urinary bladder | 7% | | 6% Uterine corpus |
| Melanoma of skin | 5% | | 4% Non-Hodgkin lymphoma |
| Non-Hodgkin lymphoma | 5% | | 4% Melanoma of skin |
| Kidney & renal pelvis | 5% | | 4% Thyroid |
| Leukemia | 3% | | 3% Kidney & renal pelvis |
| Oral cavity | 3% | | 3% Ovary |
| Pancreas | 3% | | 3% Pancreas |
| All Other Sites | 19% | | 22% All Other Sites |



*Excludes basal and squamous cell skin cancers and in situ carcinomas except urinary bladder.
Source: American Cancer Society, 2009.

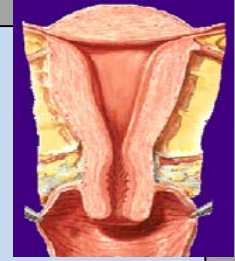


Incidencia y mortalidad por cáncer en España y Europa (globocan 2002)

| | Incidencia Tasa por 100000 | Mortalidad Incidencia por 100000 |
|--|---------------------------------------|---|
|--|---------------------------------------|---|

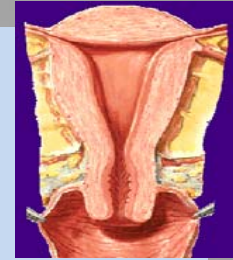
| | España | Europa | España | Europa |
|----------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| CANCER DE CERVIX | 7,6 | 10,7 | 2,2 | 3,3 |
| CANCER DE ENDOMETRIO | 10,4 | 11,8 | 2,4 | 2,2 |
| CANCER DE OVARIO | 9,9 | 9,7 | 4,3 | 4,5 |

CÁNCER DE ENDOMETRIO



- **No** existe evidencia que sustente la eficacia del cribado en el cáncer de endometrio

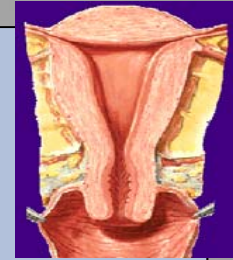
CÁNCER DE ENDOMETRIO



- **Consideraciones generales**
- El cáncer de endometrio es uno de los cánceres ginecológicos más frecuentes en los países industrializados.
- A pesar de ello, ninguna prueba de cribado ha demostrado tener impacto sobre su mortalidad, entre otros motivos por que la mayoría de dichos cánceres (77%) debido a que son sintomáticos en fases iniciales, se diagnostican precozmente en un estadio favorable.

Se acepta que existen dos subgrupos de pacientes con cáncer de endometrio

1. En relación con un estímulo estrogénico excesivo (exógeno o endógeno)



- Pacientes con tratamientos estrogénicos sin gestágenos
 - Pacientes tratadas con tamoxifeno
 - Obesidad
 - Elevada ingesta de grasas
 - Nuliparidad
 - Menarquia precoz
 - Anovulación crónica----SOP
 - Menopausia tardía

FACTOR RIESGO

Var. Anátomo fisiológico

- Sobrepeso.
- Nuliparidad.
- Menopausia tardía.
- Menarquía precoz.

Enf. Asociadas

- D. Mellitus.
- HTA.
- S. Stein Leven.
- Cirrosis.
- TC Granulosa.
- Ca. Mama.
- Ca. Ovario.
- Ca. Colon

Hormonoterapia

- Hormonoterapia.
- Estrógenos.

CÁNCER DE ENDOMETRIO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

**Mujer
postmenopáusi
ca**

Obesa

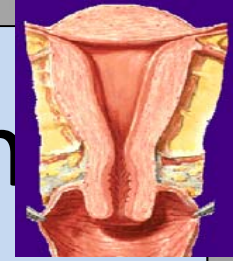
Diabética

Hipertensa

Manuel Ferrández, L.



2. Sin relación con los estrógenos



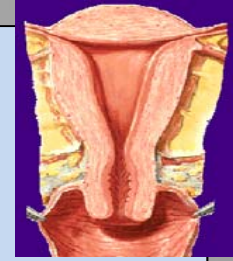
- Pacientes con cáncer de colorectal hereditario no polipoideo (HNPCC) con una incidencia de cáncer de endometrio a los 70 años del 20-60%.

Hiperplasia Endometrial

La estimulación **persistente y continua** del endometrio por estrógenos, de origen endógeno y/o exógeno originan una **proliferación exagerada del endometrio**, lo que se conoce como:
Hiperplasia Endometrial



hiperplasia



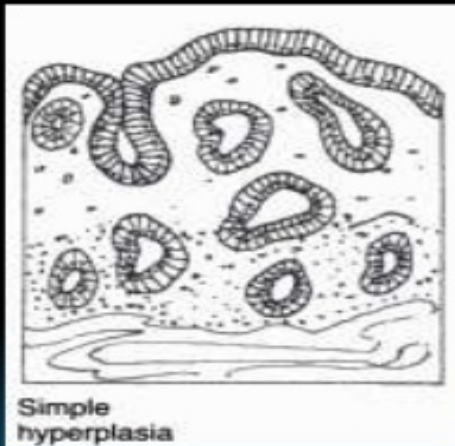
- También se acepta que la hiperplasia endometrial constituye una lesión premaligna cuyo factor etiológico habitual es el estímulo estrogénico.
- Según la clasificación histológica (International Society of Gynecological Pathologists) se distinguen:

| Tipo histológico | Sinónimo | Potencial maligno |
|----------------------|------------------------|--------------------|
| Hiperplasia simple | Quística | <1% a los 10 años |
| Hiperplasia compleja | Adenomatosa | 3 % a los 10 años |
| Hiperplasia atípica | Adenomatosa con atipia | >20% a los 10 años |



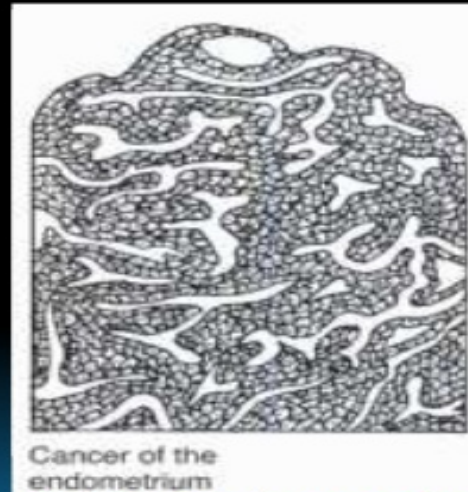
Hiperplasia Endometrial – Clasificación

Hiperplasia Simple



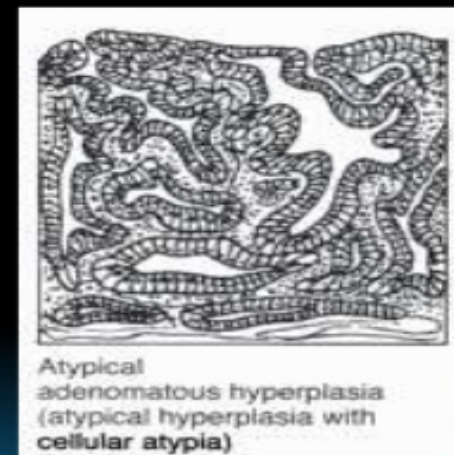
Glándulas dilatadas

Hiperplasia Completa



Glándulas Agrupadas

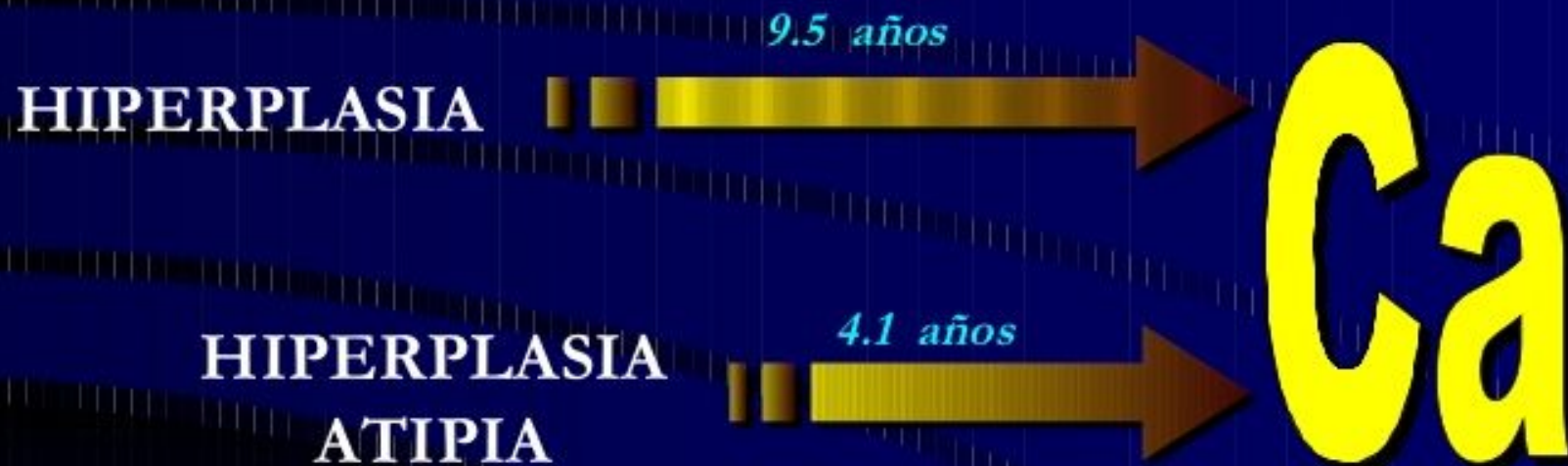
Hiperplasia Atípica



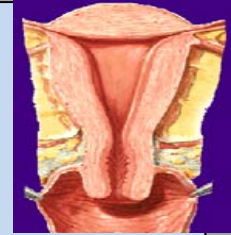
Glándulas Irregulares



Comportamiento Hiperplasia Endometrial



Manifestaciones clínicas



- Hemorragia postmenopáusica y
- Hemorragia anormal premenopáusica y perimenopáusica
- Cerca de 90 % de mujeres con cáncer de endometrio presentan metrorragia como único síntoma
- Dolor: es un síntoma inusual ,cuando aparece se sospecha enfermedad avanzada

Métodos de estudio en el DP del cáncer de endometrio

- **Citología cervical** :posee una muy baja sensibilidad en la detección del cáncer de endometrio cuando se utiliza como método de cribado
- **Citología y biopsia endometrial** :**DABE**
En el contexto de paciente con hemorragia vaginal ésta es una buena alternativa a la dilatación y legrado con una exactitud cercana al 90%.

Métodos de estudio en el DP del cáncer de endometrio

- **Ecografía transvaginal** Es útil en la evaluación de mujeres con sangrado vaginal pero no se conoce su eficacia en el cribado de la patología endometrial en mujeres **asintomáticas**.
- La mayor parte de la información sobre la sensibilidad de la ecografía procede de estudios en mujeres con hemorragias anormales.

Métodos de estudio en el DP del cáncer de endometrio

- Usando como punto de corte el grosor endometrial de **5 mm**.
- el 96% de las mujeres con cáncer endometrial superan este límite
- así como el 92% de las mujeres con anomalías endometriales.
- La especificidad para este punto de corte fue del 61% para el cáncer y 81% para patología endometrial.
- Un resultado anormal de la ecografía transvaginal requiere siempre estudio adicional. Aunque este procedimiento puede utilizarse para evaluar patología endometrial oculta

Métodos de estudio en el DP del cáncer de endometrio

- la ecografía transvaginal no ha sido validada como método de cribado para reducir la mortalidad en mujeres asintomáticas.

ECOGRAFÍA ENDOVAGINAL

Grosor vs. Anatomía Patológica

| < 5mm | 6 – 14mm | > 15mm |
|----------|-------------------------------|--------|
| Negativo | Atrofia Benignos Cáncer | Cáncer |

Loveroo G. y Col
Maturitas 1999

Manuel Fernández L.

106p
Sangrado
Post Menopáusico

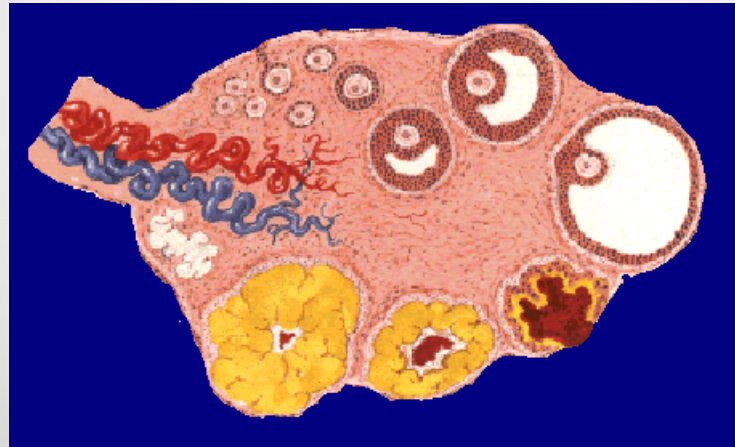
Diagnóstico

- **Biopsia ambulatoria de endometrio por aspiración.** Es aceptada como el método Dx inicial en una paciente con hemorragia uterina anormal. Certeza Diagnóstica hasta en un 98% de los casos.
- **Histeroscopia + Dilatación y Curetaje fraccionado:** Reservados para estenosis cervical, imposibilidad de realizar biopsia por aspiración, hemorragia recurrente con biopsia endometrial (-) o biopsia inadecuada.
- **Métodos diagnósticos adyuvantes:**
 - USG Transvaginal
 - Resonancia Magnética Nuclear

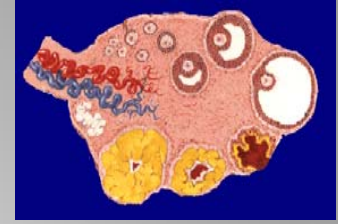
Cribado del cáncer ginecológico



CÁNCER DE OVARIO



CÁNCER DE OVARIO



- **No existe evidencia** para establecer que el cribado en el cáncer de ovario permita disminuir la mortalidad por dicha neoplasia.

Incidencia y mortalidad por cáncer en España y Europa (globocan 2002)



| | Incidencia Tasa por 100000 | Mortalidad Incidencia por 100000 |
|--|-------------------------------|-------------------------------------|
|--|-------------------------------|-------------------------------------|

| | España | Europa | España | Europa |
|----------------------|--------|--------|--------|--------|
| CANCER DE CERVIX | 7,6 | 10,7 | 2,2 | 3,3 |
| CANCER DE ENDOMETRIO | 10,4 | 11,8 | 2,4 | 2,2 |
| CANCER DE OVARIO | 9,9 | 9,7 | 4,3 | 4,5 |



Epidemiología

| | |
|-------------------------|------------|
| • Esporádico | 90 a 95% |
| • Familiar | 5 a 10% |
| • Riesgo de por vida | 1.4 - 1.8% |
| • Sin historia familiar | 0.6% |
| • Con historia familiar | 9.4% |



Epidemiología

- ❁ 1ª causa de muerte por cáncer ginecológico en países industrializados
- ❁ Cáncer ginecológico que más frecuente se presenta en estadíos avanzados
- ❁ Su incidencia ha aumentado en las últimas 3 décadas
- ❁ Países con mayor incidencia: EU, Canadá, Nueva Zelanda, Israel, Japón y Europa del norte

Factores asociados con el cáncer de ovario



- **1. Factores asociados con **disminución** del riesgo**
 - Toma de anticonceptivos
 - Elevada paridad
 - Lactancia materna
 - Antecedente de histerectomía o ligadura tubárica (mecasnismo desconocido)
 - Ooforectomía bilateral en pacientes BRCA1 o BRCA2 (SEGO)

Factores asociados con **aumento** de riesgo



- Terapia hormonal sustitutiva
- Tratamientos farmacológicos de la infertilidad
- Obesidad
- Teoría de ovulación incesante (Fathalla)
- Teoría de estimulación excesiva por gonadotropinas



(SEGO)

Riesgo de cáncer de ovario a lo largo de la vida

- Población general -----1,4 %
- 1 familiar de 1º grado -----5 %
- 2 familiares 1º grado *----- 7 %
- Síndrome de cáncer ovario hereditario > 40%

* 3% probabilidad de sid. Ca. ovario hereditario

- sego

Cáncer de ovario



- Factores pronósticos
 - . Estadio al diagnóstico
 - . Tamaño de las lesiones residuales

Factores pronósticos



- El cáncer de ovario es el cáncer ginecológico con mayor mortalidad.
- Sólo una **cuarta parte** de los casos presentan la enfermedad localizada en el momento del diagnóstico,

% de MALIGNIDAD y DIAMETRO del TUMOR

| Diámetro | Rulin y Preston | Gramberg y cols |
|-------------------|------------------------|------------------------|
| < 5 cm | 3 % | 2 % |
| 5 - 10 cm | 11 % | 11 % |
| > 10 cm | 63 % | 71 % |



Factores pronósticos



- la supervivencia a los 5 años globalmente es inferior al 50%.
- La supervivencia a los 5 años en pacientes con enfermedad localizada es superior al 80%,
- por el contrario en pacientes con estadio III-IV es del 5-20%.

Càncer de ovario



Los esfuerzos en el desarrollo de métodos de cribado y estrategias de detección se centran en incrementar la proporción de casos diagnosticados en estadios iniciales, particularmente en estadio I.

Ca de OVARIO

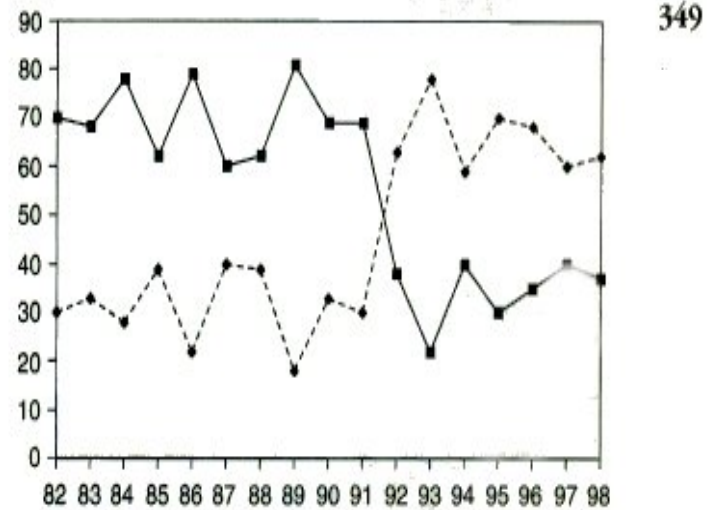
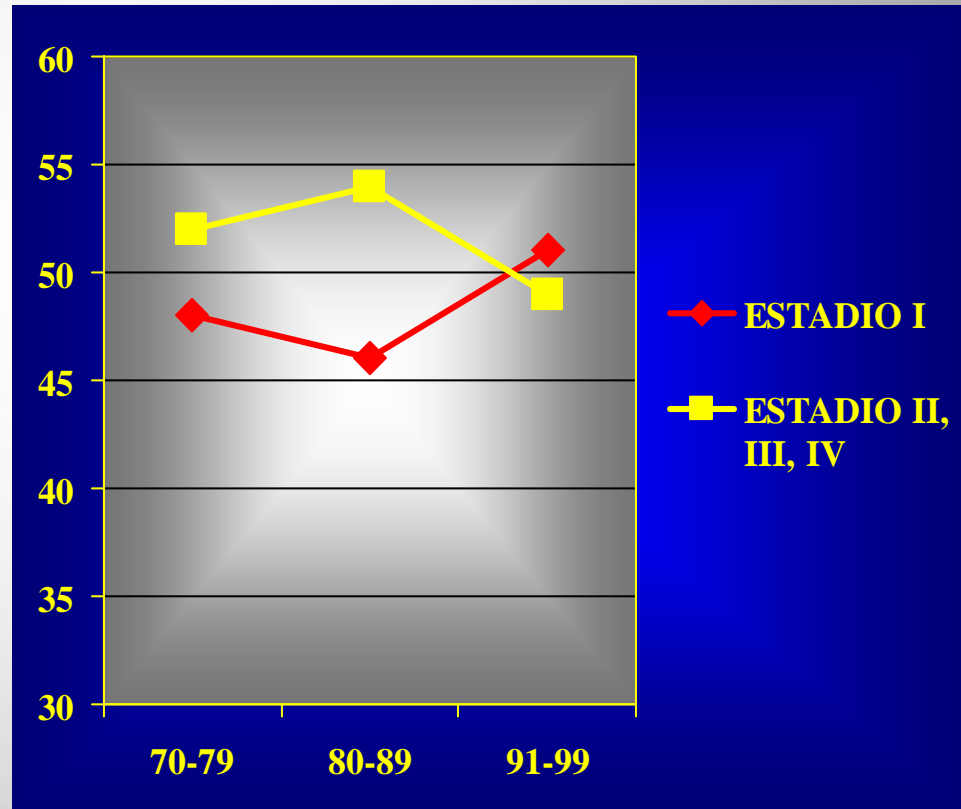


Figura 1. Cáncer de ovario, 1982-1998. N.º 179.



S. Dexeus y cols

MAT. "LA PAZ"

CON ECO TRV + CA 125

Es posible el diagnóstico del Ca de ovario
en pacientes **ASINTOMATICAS** ? SI

¿Es de utilidad el screening?-----**NO**

INDICE MORFOLOGICO

Ecografía TRV

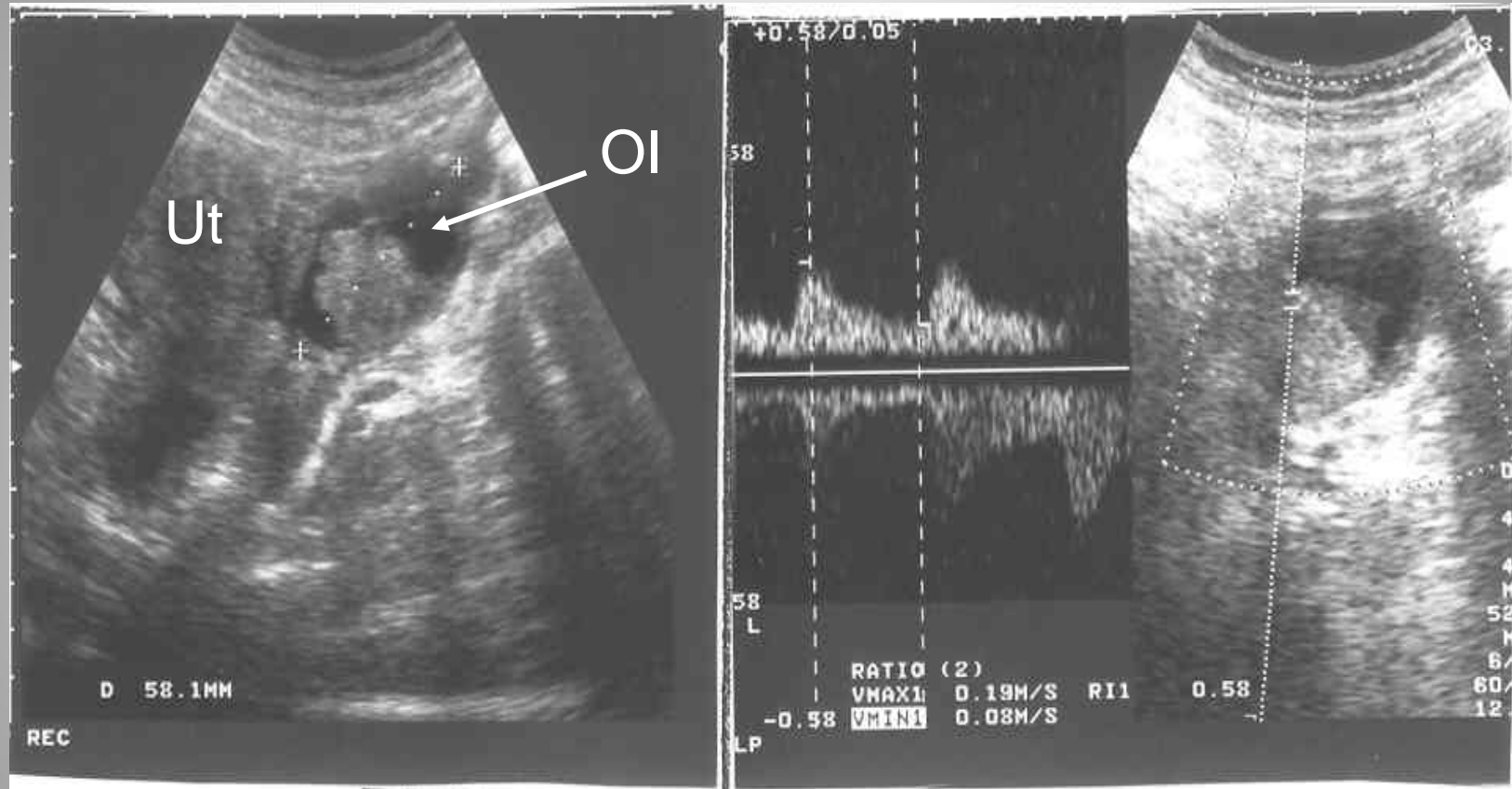
| Parámetro | Prob Benigno | Prob Maligno |
|----------------|---------------------|-----------------------|
| Tamaño tumoral | Menor | Mayor |
| Cápsula/pared | Fina,regular,< 3 mm | Gruesa,irregular,>3mm |
| Cámaras | Unica | Múltiple |
| Tabiques | Escasos,finos | Frecuentes y gruesos |
| Papilas | No | Si |
| Zonas sólidas | No | Si |
| Ascitis | Habit. No | Muy frecuente |

Masas anexiales

Diagnóstico ecográfico



Carcinoma de células claras



(Paciente asintomática, 50 años, revisión periódica)

INDICE HEMODINAMICO (Exploración Doppler)

| PARAMETRO | Tipo de tumor | |
|---|---|---|
| | Prob Benigno | Prob Maligno |
| Flujo color Grado vascularizacion Distribución vascular Doppler pulsado: I.Resistencia I.Pulsatilidad Veloc Sistólica (Cm/s) Muesca protodiastólica (Noch) | Ausente Escaso Periférica Alto (>0,50) Alto (>0,80) Baja (<0,15) Presente | Presente Elevado Central Bajo (<0,50) Bajo (<0,80) Alta (>0,15) Ausente |

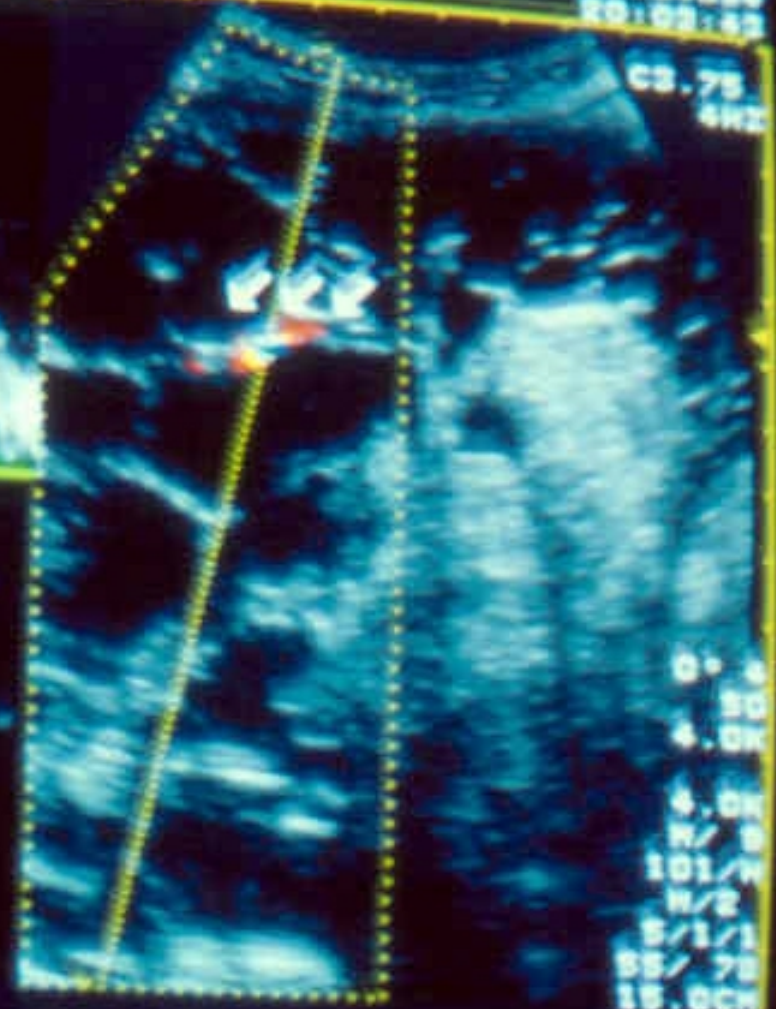
A: PVF-275HT
ID: P MARTIN MUÑOZ E 2;
HOSPITAL "LA PAZ" - MATERNIDAD-

(GINE) 05.04.84
20:02:52

0.05
+0.21/0.05

-0.21
0.05

LP

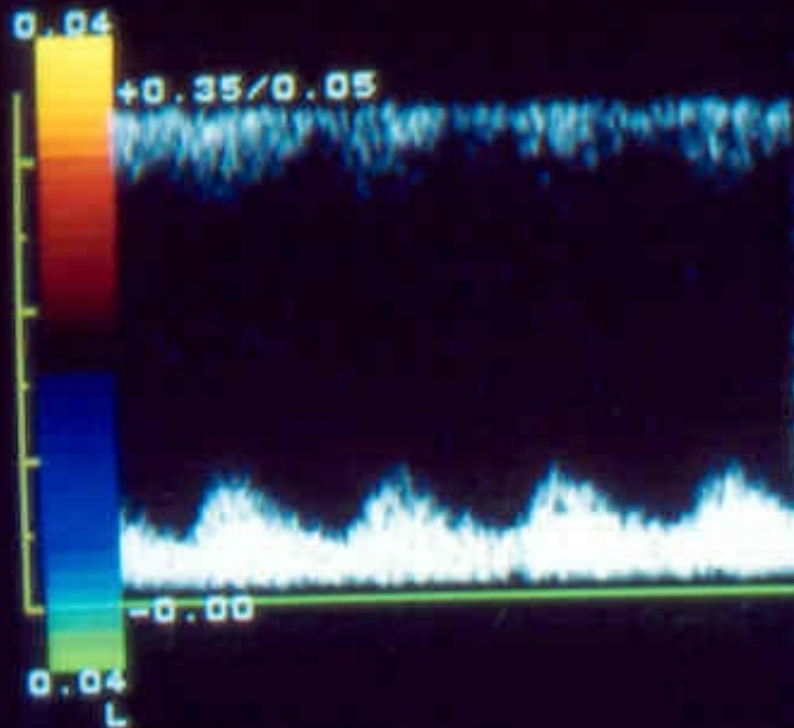


CS.75
4KHZ

0° 6
50
4.0K
4.0K
W/ 8
101/W
W/2
5/1/1
88/ 78
15.0CH

E:PVF-821VT
ID:MAR DURO
HOSPITAL "LA PAZ" -MATERNIDAD-

PUR18
<GINE>28.10.97
HR 777 13:31:57



RATIO (2)
VMAX1 0.08M/S RI1 0.38
VMIN1 0.05M/S

B LP

Ca de OVARIO

Limitaciones de la Ecografia

- Incertidumbre ante ciertas tumoraciones :
Tumores de menos de 6 cm y dermoides.**
- Escasa “expresividad” de las tumoraciones de baja malignidad (LPM)**
- Inespecificidad de muchas tumoraciones malignas (en tamaño y estructura)**

Ca de OVARIO
MARCADORES TUMORALES

- **CA -125**
- **CEA**
- **CA-19-9**
- **CA 15-3**
- **TAG 72 (Tumor asociado glicoproteina 72)**
- **NB / 70 K**
- **LASA (Lipid associated sialic acid)**

Ca de ovario

CA-125

(cifras elevadas : mayores de 35 U/ml)

- **Ca. ovario elevado en:**
 - 82 % de las pacientes ESTADIOS III y IV
 - 50 % de las pacientes ESTADIO I

- **no Ca. ovario elevado en:**
 - 1% de las mujeres sanas
 - 4 - 40 % de mujeres con patología benigna
 - 29 % de pacientes con Ca no ginecológico
 - (pancreas, colon, mama, estómago)

Ca de ovario

CA-125

SENSIBILIDAD

en pacientes con Ca de ovarioo
sospechosas,
no en asintomáticas

| | |
|------------|------------|
| ESTADIO I | 29 - 75 % |
| ESTADIO II | 67 - 100 % |

Ca de OVARIO

ECO TRV

CA 125

NO SON NI SIRVEN COMO PRUEBAS DE SCREENING

Ca de OVARIO

Screening selectivo

¿ a quién ?

¿ a qué edad ?

¿ con qué frecuencia ?

Ca de OVARIO

Screening selectivo

- **Pacientes con uno o más familiares de primer grado con Ca de ovario**
- **Pacientes con síndromes familiares que incluyan Ca de ovario (mutaciones BCRA I, S. de Li-Fraumeni, etc)**
- **Pacientes con antecedentes personales de Ca de mama**

Documentos de Consenso. SEGO, 1998

Ca de OVARIO

Screening selectivo

ECOGRAFIA

Sospechosa

repetir 4 semanas

**sospechosa /
marcadores**

CIRUGIA

normal

repetir

¿ a quién ?

¿ a qué edad ?

¿ con qué frecuencia

Ca de OVARIO

Propuesta diagnóstica de Piver y cols *

Exploración clínica + CA-125 + Ecografía a pacientes con historia familiar de Ca de ovario.

Cada 6 meses empezando a los 25 años

**Estudio sobre 658 familias con Ca de ovario
(Cancer 71: 582 - 588 , 1993)**

CANCER Y EMBARAZO

INCIDENCIA

- Ca de Ovario..... 1/ 9000 emb
- Ca de mama..... 1/1000-3000
- Ca de cervix
 - . in situ 1/770
 - . invasivo1/2200
- Melanoma1/1000

CANCER Y EMBARAZO

EMBARAZO



CANCER

No aumenta su incidencia

No favorece su reactivación

CANCER DE OVARIO Y EMBARAZO

Complicaciones Obstétricas y Fetales

Abortos

P. Pretérmino

CIR

Muerte fetal

Malformaciones?

Tumor previo

Aum cesareas

CANCER DE OVARIO Y EMBARAZO

Complicaciones relacionadas con el quiste o tumor

Torsión

Rotura

Hemorragia

(Vómitos, náuseas, dolor abdominal)

Fenómenos compresivos a nivel pélvico

Incarceración en Douglas

El 30% de todas las pacientes están asintomáticas

CANCER Y EMBARAZO

TRATAMIENTO

Cirugia.Laparotomia-Laparoscopia si ;

- . Tumor mayor de 5-6 cm**
- . Componentes sólidos**
- . Bilateral**
- . Persiste después de la semana 14**

CANCER DE OVARIO Y EMBARAZO

Tratamiento quirúrgico en general

El momento quirúrgico mas idoneo es entre la
16 y 18 semana

Requerimientos minimos:

- . Laparotomia medial o paramedial-

Laparoscopia

- . Evitar maniobras sobre el útero
- . Quistectomia-Anexectomia (biopsia intraoperat.)
- . Explorar ovario contralateral
- . Exploración extrapélvica


CANCER DE OVARIO Y EMBARAZO

Pronóstico

**El embarazo NO aumenta
NEGATIVAMENTE el pronóstico**

Depende de:

- . Tipo de tumor**
- . Estadío de la enfermedad**



do not open yet