



# Cirugía Española

[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)



## P-413 - METÁSTASIS OVÁRICAS DE TUMORES DIGESTIVOS: DESCRIPCIÓN CLINICOPATOLÓGICA Y MANEJO

Ruiz Marín, Miguel; Parra Baños, Pedro Antonio; Terol Garaulet, Emilio; Ramírez Faraco, María; Carrasco Prats, Milagros; Giménez Francés, Clara; López Morales, Pedro; Albarracín Marín-Blázquez, Antonio

Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia.

### Resumen

**Objetivos:** El ovario es lugar frecuente de metástasis de neoplasias primarias ginecológicas y no ginecológicas. El tracto gastrointestinal es el origen no ginecológico más común que metastatiza a los ovarios, seguido por la mama. Existe controversia sobre la estrategia de tratamiento óptima para las metástasis ováricas de tumores primarios no ginecológicos. Presentamos nuestros resultados de pacientes diagnosticadas de metástasis ováricas no ginecológicas, su manejo y discutimos el abordaje a esta entidad clínica.

**Métodos:** Estudio retrospectivo de pacientes diagnosticadas de metástasis ováricas de tumores no ginecológicos de 2016 a 2021. Se analizaron variables sociodemográficas, origen, presentación, tratamiento recibido y evolución.

**Resultados:** Se identificaron en el periodo descrito 11 pacientes en 5 años, edad media 57,4 años (rango 38-83). El origen del tumor primario fue gástrico en 6 casos (54,5%) y colorrectal en el resto. Al diagnóstico del tumor primario, 7 casos (63,6%) se encontraban en estadio IV, con presencia de metástasis peritoneales en 6 casos (54,5%) y citología positiva en 1 caso de origen gástrico (9%). En 5 casos de la serie (45,5%) fueron sincrónicas, mientras que el resto aparecieron de forma metacrónica. En este último grupo, la media de aparición tras el diagnóstico del primario fue de 26,8 meses. La afectación fue bilateral en 7 casos (63,5%). La forma de presentación clínica fue masa anexial en 4 casos (36,5%), metrorragia 3 casos (27,3%), distensión abdominal en un caso (9%) y asintomática en 4 casos (36,5%). En cuanto a los marcadores tumorales, el CEA estaba aumentado en 2 casos y el CA 19,9 en 1, de origen colónico. El CA 125 se elevó en 5 pacientes (4 de origen gástrico y uno colorrectal). En el grupo de presentación sincrónica, el abordaje terapéutico inicial fue neoadyuvancia seguido de cirugía radical en un caso (9%), cirugía inicial y adyuvancia en un caso (9%), terapia paliativa en 2 casos (18,2%) y en un caso no se realizó ningún gesto terapéutico. Las que aparecieron de forma metacrónica, el abordaje fue cirugía radical en 4 casos (%), cirugía paliativa en 2 casos (18,2%) y quimioterapia paliativa en un caso (9%), respectivamente. El tratamiento quirúrgico incluyó cirugía radical asociada a HIPEC en 3 casos (27,3%), dos en el grupo de aparición metacrónica, y uno en el sincrónico. La supervivencia libre de enfermedad tras el tratamiento inicial de las metástasis ováricas fue  $24 \pm 14,8$  meses, mientras que la supervivencia global tras el diagnóstico fue de  $13 \pm 12$  meses. Actualmente, 3 pacientes continúan en seguimiento clínico.

**Conclusiones:** La cirugía debe ser considerada en el algoritmo terapéutico de pacientes con metástasis ovárica de origen no ginecológico. No obstante, la indicación de cirugía citorrreductora debe valorarse según la clínica, el origen del tumor y la diferenciación tumoral y establecerse en el seno de comités multidisciplinares para la elección del mejor abordaje. Pese al tratamiento radical instaurado en casos seleccionados, el pronóstico de estas pacientes suele ser desfavorable con una supervivencia limitada tras el diagnóstico.