

## CÁNCER PRIMARIO DE PERITONEO

### Primary Peritoneal Cancer

Efraín A. Medina Villaseñor, Rogelio Martínez Macías,  
Ismael Quezada Adame, Pedro Antonio Oliver Parra,  
Elvia Neyra Ortiz, Jorge Armando Pérez Castro.

#### Definición

El carcinoma primario de peritoneo es una entidad patológica de origen mulleriano, que se caracteriza por una carcinomatosis anormal de la cavidad peritoneal con involucro mínimo o negativo de los ovarios. Es similar al carcinoma seroso papilar de ovario en la presentación clínica, apariencia histológica y respuesta al tratamiento.

#### Epidemiología y factores de riesgo

La incidencia del carcinoma primario de peritoneo se desconoce realmente. Se calcula que el 10% de los casos diagnosticados como cáncer de ovario son realmente cáncer primario de peritoneo, en base a esto se estima que en E.U. ocurren 2000 casos al año. Aproximadamente el 18% de las laparotomías por cáncer de ovario corresponden a cáncer primario de peritoneo. El cáncer primario de peritoneo ocurre casi exclusivamente en mujeres, aunque se han documentado muy pocos casos en el hombre. Se presenta en edades más avanzadas a diferencia del cáncer de ovario (64 vs 55 años). Se ha mencionado que las mujeres con cáncer primario de peritoneo tienen una menarca más temprana, mayor número de embarazos e incidencia baja de antecedentes familiares positivos para cáncer ginecológico. Ningún estudio muestra diferencias significativas con relación a la raza, nivel socioeconómico, tabaquismo, anticonceptivos orales o terapia

de reemplazo hormonal. Las mujeres con mutaciones del gen BRCA1 tienen riesgo aumentado para desarrollar cáncer primario de peritoneo. Se desconoce el riesgo para mujeres con mutaciones BRCA2.

### Patología

La apariencia macroscópica del carcinoma primario de peritoneo es similar a la etapa avanzada de cáncer epitelial de ovario, excepto en que los ovarios son de tamaño normal con implantes tumorales mínimos o negativos en la superficie de los ovarios. Típicamente se encuentran implantes tumorales extensos en el peritoneo abdominal y pélvico, ascitis, engrosamiento del epiplón por extensión tumoral (“omental cake”), implantes diafragmáticos y derrame pleural (Figura 11.1).

La definición más aceptada de carcinoma primario de peritoneo es la adoptada por el *Gynecologic Oncology Group* (GOG) que los define de la siguiente manera:

1. Ambos ovarios deben ser fisiológicamente de tamaño normal, o aumentados de tamaño por un proceso benigno.
2. La afectación de los sitios extraováricos debe ser mayor que la presentada en la superficie de cualquier ovario.
3. Microscópicamente, el componente del ovario debe ser uno de los siguientes:
  - No existente.
  - Confinado a la superficie epitelial del ovario sin evidencia de invasión cortical.
  - Afectando la superficie epitelial del ovario y estroma cortical adyacente, pero con ningún implante tumoral menor de 5 x 5 mm.
  - Tumor menor de 5 x 5 mm en el ovario, asociado o no a implante superficial.
4. Las características histológicas y citológicas del tumor deben ser predominantemente del tipo seroso, el cual es similar o idéntico al adenocarcinoma seroso papilar del ovario de cualquier grado.

La histología del carcinoma primario de peritoneo es usualmente indistinguible del carcinoma seroso papilar del ovario. Tiene un patrón papilar predominante, y frecuentemente contiene cuerpos de psamoma. Es común la necrosis y reacción desmoplásica. Los tumores son frecuentemen-

te de alto grado, con células atípicas, nucléolo prominente y cuenta mitótica elevada. Aunque la histología serosa papilar representa más del 90% de las neoplasias peritoneales, existen reportes de histología endometriode, tumores mucinosos extraováricos, tumores mullerianos mixtos primarios de peritoneo y sarcomas del estroma endometrial de peritoneo.

Los estudios de inmunohistoquímica son similares al cáncer de ovario: positivos a citoqueratina, antígeno de membrana epitelial (EMA), CA 125, p53, S100, Ber-EP4, y B72.3. También se han encontrado elevados los marcadores tumorales HER2/NEU y Ki-67. Pero presentan niveles bajos en la expresión del antígeno carcinoembrionario (CEA), receptores de estrógeno (ER) y receptores de progesterona (PR).

El carcinoma primario de peritoneo se disemina principalmente de forma transperitoneal, sin embargo se ha encontrado metástasis linfáticas y hematógenas. Los principales sitios de extensión tumoral en orden de frecuencia son epiplón (98%) (Figura 11.2), ovarios (95%), peritoneo pélvico (93%), peritoneo abdominal (88%) (Figura 11.3), diafragma (84%) (Figura 11.4), ascitis maligna (80%), ganglios linfáticos paraaórticos (20%), cavidad pleural (17%) y parénquima hepático (10%).

### Cuadro clínico

La presentación clínica para mujeres con cáncer primario de peritoneo es igual al que presentan las pacientes con cáncer de ovario epitelial avanzado. Los síntomas más comunes son dolor abdominal (65%), distensión abdominal (51%), cambios en el hábito intestinal (30%), dispepsia (20%), náusea/vómito (9%), frecuencia urinaria (6%) y plenitud posprandial. En el 80% de los casos, el paciente puede presentar oclusión intestinal. Únicamente 6% de los casos son asintomáticos. En la exploración física, aproximadamente 50-80% de los pacientes tienen evidencia de ascitis, 30% presentan tumor abdominal palpable o tumor pélvico. El marcador tumoral CA-125 se encuentra aumentado en más del 90% de los pacientes. (Figura 11.5).

### Estadificación

El carcinoma primario de peritoneo no tiene un sistema de estadificación distinto, por lo que para su estadificación se utiliza el sistema de la FIGO para cáncer de ovario (Tabla 8.2).

## Diagnóstico y evaluación preoperatoria

El diagnóstico debe ser realizado después de una evaluación cuidadosa de la pieza quirúrgica, inicialmente puede ser indistinguible del carcinoma ovárico epitelial. El diagnóstico preoperatorio normalmente es cáncer de ovario. Se debe realizar una historia clínica completa, exploración física que evaluará la extensión de la enfermedad en la pelvis, posible infiltración rectal, ascitis, “*omental cake*” y derrame pleural (Figura 11.6). Los estudios de gabinete deben incluir radiografía de tórax para descartar metástasis, derrame pleural y evaluar el riesgo anestésico. El ultrasonido pélvico y la TAC abdomen/pelvis son de utilidad para evaluar la extensión de la enfermedad. Los estudios de laboratorio deben incluir biometría hemática completa, tiempos de coagulación, electrolitos séricos, evaluación de la función renal y hepática, marcador tumoral CA 125.

Los hallazgos más frecuentes por TAC en Cáncer primario de peritoneo son:

Ascitis (80%), involucro de epiplón (78%), engrosamiento peritoneal (61%), engrosamiento anormal del sigmoides (28%), derrame pleural (30%), ovarios de tamaño normal (Figura 11.7 a Figura 11.9).

## Tratamiento

- El tratamiento quirúrgico es idéntico al empleado en cáncer de ovario. La exploración quirúrgica es importante para establecer el diagnóstico y realizar una cirugía de citorreducción. El objetivo del tratamiento quirúrgico es realizar una cirugía de citorreducción óptima. La cirugía debe incluir histerectomía con salpingooforectomía bilateral. Se realiza omentectomía porque se encuentra infiltración tumoral en 80-100% de los pacientes. En caso de adenopatías macroscópicas pélvicas y paraaórticas se realiza disección ganglionar. La resección de implantes peritoneales y diafragmáticos se realiza frecuentemente por citorreducción. La resección intestinal y esplenectomía sólo están indicadas para prevenir obstrucción intestinal y asegurar una citorreducción óptima. Pueden ser necesarias resecciones orgánicas múltiples, anastomosis en intestino delgado, resección parcial vesical c/s esplenectomía, linfadenectomía pélvica y paraaórtica formales, peritonectomía parcial en algunos casos, todo ello incluso en la cirugía primaria etapificadora. Si al inspeccionar la cavidad peritoneal se considera que la cirugía resulta incompleta, ni

siquiera subóptima, es preferible tomar una biopsia, lo que permitirá un posoperatorio con recuperación rápida, para que la paciente inicie tratamiento con quimioterapia de inducción, y posteriormente, se le someta a una laparotomía de intervalo.

#### ● *Quimioterapia de primera línea*

Se administra quimioterapia neoadyuvante similar al cáncer de ovario, para disminuir el volumen tumoral, la posibilidad de realizar cirugía de citorreducción óptima es mayor y disminuye la morbilidad quirúrgica. Se ha encontrado que los agentes quimioterapéuticos para cáncer primario de peritoneo son los que han mostrado eficacia para cáncer de ovario epitelial avanzado. El esquema más utilizado es a base de cisplatino, sin embargo, las recomendaciones actuales incluyen la combinación de taxanos con carboplatino (carboplatino/paclitaxel).

#### ● *Terapia Intraperitoneal*

La terapia intraperitoneal es utilizada en pacientes con un bajo volumen residual de la enfermedad posterior a la cirugía de citorreducción. En este tipo de pacientes se debe colocar un catéter intraperitoneal en la cirugía inicial. La terapia intraperitoneal se usa en combinación con la quimioterapia intravenosa para obtener mejores resultados.

#### ● *Radioterapia*

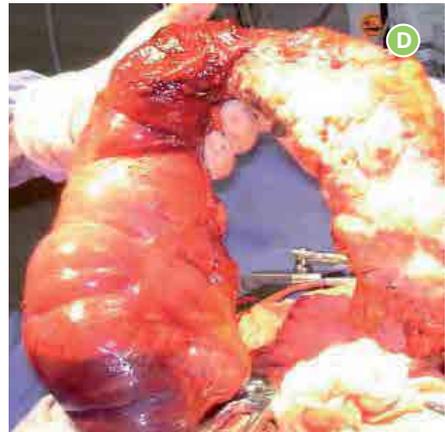
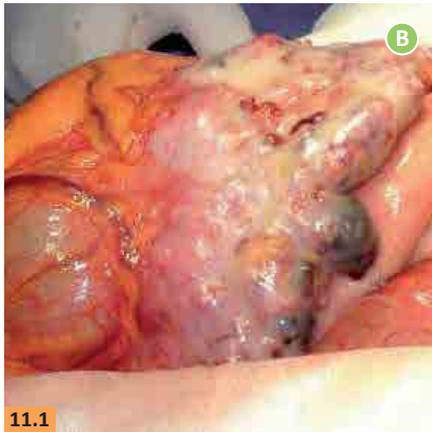
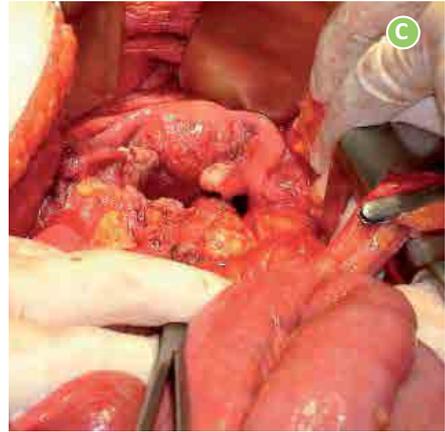
La radioterapia abdominal no se incluye como una opción para el tratamiento inicial y de consolidación en pacientes con carcinoma primario de peritoneo. La radioterapia se utiliza como tratamiento paliativo en pacientes con enfermedad recurrente para controlar los síntomas.

### **Supervivencia**

El cáncer primario de peritoneo es una patología letal, con una supervivencia menor al cáncer de ovario. El tiempo promedio es de 7-24 meses, la tasa de supervivencia a 5 años es de 0-22%, en la mayoría de los casos no se completa una cirugía de citorreducción óptima. Se menciona una mejoría en el tiempo de supervivencia en pacientes con citorreducción óptima más quimioterapia adyuvante con platino.

## Lecturas recomendadas

1. Levine DA, De Los Santos J, Fleming G. Principles and Practice of Gynecologic Oncology. 5th. Philadelphia, PA: Lippincot Williams and Wilkins; 2010; p. 207-236.
2. Berek J, Hacker N. Gynecologic Oncology, 5<sup>th</sup> ed. Philadelphia, PA:Lippincott Williams & Wilkins; 2010; p.443-508.
3. Medina-Villaseñor EA, Quezada-Adame I, et al. Cáncer primario de peritoneo. Gac Mex Oncol GAMO 2009; 8: 5-11.
4. FIGO Committee on Gynecologic Oncology. Current FIGO staging for cancer of the vagina, fallopian tube, ovary, and gestational trophoblastic neoplasia. Int J Gynaecol Obstet. 2009;105(1):3-4
5. At-A Glance. Ovary and Primary Peritoneal Carcinoma. En: Edge SB, et al, editores. American Joint Committee on Cancer, AJCC Cancer Staging Manual. 7a ed. New York, NY: Springer-Verlag; 2010, p. 419-423.
6. Heisenhauer EL, Salani R, Copeland LJ. Epithelial Ovarian Cancer. En: Disaia PJ, Creasman WT, editores. Clinical Gynecologic Oncology. 8th Edition. Philadelphia, PA:Elsevier; 2012.p.283-328.
7. National Comprehensive Cancer Network (NCCN), Clinical practice guidelines in oncology, Ovarian Cancer V2. 2013. Disponible en: [http://:www.nccn.org](http://www.nccn.org).



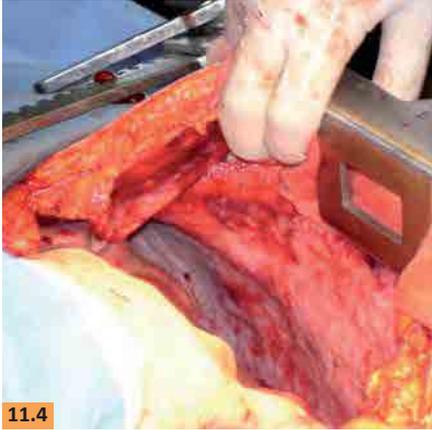
11.1

**Figura 11.1. Cáncer primario de peritoneo.** Paciente con oclusión intestinal. **A. TAC Abdomen,** dilatación de asas intestinales por carcinomatosis. **B. Infiltración tumoral a epiplón mayor “omental cake”.** **C. Ovarios de aspecto macroscópico normal.** **D. Engrasamiento de epiplón por infiltración tumoral “omental cake”.**



**Figura 11.2.** Extensión tumoral a epiplón.

**Figura 11.3.** Implantes tumorales en peritoneo parietal.

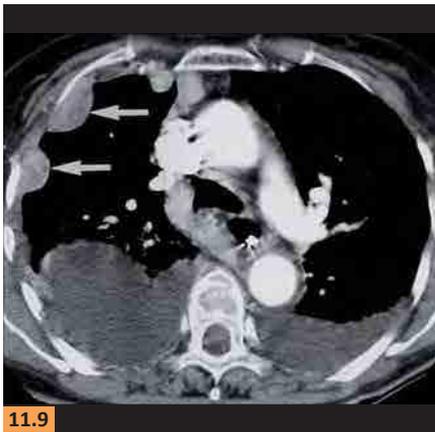


**Figura 11.4.** Extensión tumoral a diafragma.

**Figura 11.5.** Distensión abdominal por tumor abdominal palpable, carcinomatosis peritoneal y ascitis a tensión.

**Figura 11.6.** Derrame pleural por carcinoma primario de peritoneo.

**Figura 11.7.** Tomografía computada, carcinoma primario de peritoneo: ascitis, implantes peritoneales, ovarios de aspecto normal.



**Figura 11.8. Implantes peritoneales y ascitis.** Tomografía computada de abdomen-pelvis.

**Figura 11.9. Metástasis pleurales y derrame pleural.** Tomografía computada de tórax.