



Clínica cotidiana

Garcinoma de ovario de alto grado: un desafío diagnóstico y terapéutico

M^a Yolanda Calleja Gordaliza^{a,*}, Patricia Delgado Calleja^b, Teresa Salinero Delgado^a

^aCentro de Salud Segovia II. Segovia. ^bEstudiante del Grado de Medicina.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 8 de octubre de 2025

Aceptado el 9 de enero de 2026

On-line el 19 de mayo de 2026

Palabras clave:

Carcinoma seroso de ovario

Tumor ovárico

Ovario

Keywords:

Serous ovarian carcinoma

Ovarian tumor

Ovary

R E S U M E N

El carcinoma seroso de alto grado de ovario es una enfermedad agresiva, que con frecuencia se detecta en estadios avanzados y tiene un pronóstico desfavorable. Por ello, la sospecha temprana en atención primaria es fundamental para facilitar su diagnóstico y derivación oportuna al hospital.

Realizar una historia clínica detallada y una exploración física exhaustiva son pasos esenciales para orientar la sospecha clínica. Además, contar con la posibilidad de solicitar análisis de marcadores tumorales y realizar una ecografía en el centro de salud puede acelerar el proceso diagnóstico. Estas acciones permiten identificar signos sospechosos en etapas iniciales, incluso en un tumor que suele ser silencioso y de crecimiento rápido, mejorando así las posibilidades de un tratamiento efectivo y un mejor pronóstico para la paciente.

© 2026 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Publicado por E-Medfarma 2020, S.L.

High-grade ovarian carcinoma: a diagnostic and therapeutic challenge

A B S T R A C T

High-grade serous ovarian carcinoma is an aggressive disease, frequently detected at advanced stages and with a poor prognosis. Therefore, early suspicion in primary care is crucial to facilitate diagnosis and timely referral to the hospital.

A detailed medical history and thorough physical examination are essential steps in guiding clinical suspicion. Furthermore, the availability of tumor marker testing and ultrasound at the health center can expedite the diagnostic process. These actions allow for the identification of suspicious signs in early stages, even in a tumor that is often silent and fast-growing, thus improving the chances of effective treatment and a better prognosis for the patient.

© 2026 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Published by E-Medfarma 2020, S.L.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: patucall@hotmail.com (M.Y. Calleja Gordaliza).

<http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2026.S1.043>

2254-5506 / © 2026 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

Introducción

El carcinoma seroso de alto grado es el tipo más frecuente y agresivo de cáncer de ovario y suele detectarse en fases avanzadas, por síntomas poco específicos, como dolor o distensión abdominal. El diagnóstico se confirma mediante estudios de imagen y biopsia, y el tratamiento consiste en cirugía para extirpar el tumor más quimioterapia. A pesar de los avances, el pronóstico sigue siendo reservado, con elevada tasa de recaída y supervivencia limitada en estadios avanzados^{1,2}.

Descripción del caso clínico

Se presenta el caso clínico de una mujer de 72 años, que acude por dolor persistente en hipogastrio y sensación de peso en suelo pélvico. Durante la exploración física se aprecia, en flanco izquierdo, una masa palpable de unos 10 cm de consistencia dura.

Se solicitó analítica y ecografía abdominal, que mostraron una masa quística compleja de 12 × 7 cm, con polo sólido y *doppler* positivo, de probable origen anexial izquierdo. Los marcadores tumorales revelaron elevación de CA125 (antígeno del cáncer 125): 108 U/ml y HE-4 (Proteína 4 del epidídimo humano): 310 pmol/L, mientras que CEA (antígeno carcinoembrionario) y CA19.9 (carbohidrato antígeno 19.9) estaban en rangos normales. La proteína C reactiva (PCR) fue de 4,7 mg/dl.

Dada la sospecha clínica, la paciente fue derivada rápidamente a ginecología; mediante tomografía computarizada (TAC) se confirmó la presencia de una masa anexial sospechosa de cistoadenocarcinoma, con adenopatías pélvicas y paraaórticas (figura 1). Se realizó intervención quirúrgica con anexectomía bilateral e histerectomía. La anatomía patológica reportó un carcinoma seroso de alto grado, patrón sólido, endometrial-like y transicional.

Este caso ilustra la importancia de la sospecha temprana en atención primaria ante síntomas abdominales persistentes en pacientes de edad avanzada. La combinación de hallazgos clínicos, marcadores tumorales y estudios de imagen permitió una detección precoz y una intervención quirúrgica adecuada, que es fundamental en el manejo de este tipo de tumores.

Comentario

El carcinoma de ovario de alto grado, principalmente representado por el carcinoma seroso de alto grado (CSAG), es la neoplasia maligna ovárica más común, constituyendo el 70-80 % de los carcinomas epiteliales de ovario¹. Histológicamente, se caracteriza por su alta atipia nuclear y alto índice mitótico, lo que refleja un comportamiento biológico agresivo y una elevada inestabilidad genómica².

Existen múltiples variedades de carcinomas epiteliales de ovario, pero el CSAG es el subtipo más frecuente y letal¹. Otros tipos incluyen el carcinoma endometriode, de células claras, mucinoso y seroso de bajo grado, cada uno con características moleculares, pronóstico y tratamiento distintos³. Dentro del CSAG, la variante sólida, endometrial-like o pseudoendometriode, transicional (SET) es una forma morfológica peculiar,

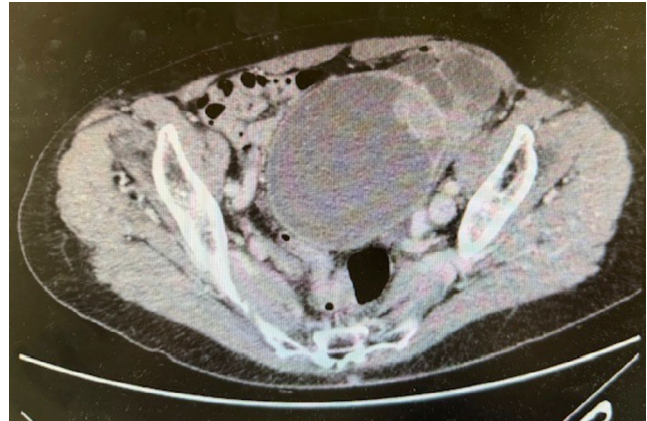


Figura 1 – Imagen radiológica de TAC de masa anexial izquierda sospechosa de cistoadenocarcinoma, con adenopatías pélvicas y paraaórticas.

que muestra áreas sólidas, un patrón que simula el carcinoma endometriode y características histológicas transicionales similares a las de vejiga⁴.

El diagnóstico del CSAG se basa en la evaluación clínica, imagenológica (ecografía, tomografía computarizada) y anatomopatológica¹. La confirmación histopatológica es esencial y, en casos dudosos, la inmunohistoquímica y el análisis molecular pueden ayudar a distinguir el CSAG de otros subtipos⁴. La variante SET se reconoce por su patrón sólido, pseudoendometriode y transicional, y puede requerir estudios adicionales para diferenciarla de los carcinomas endometriodes y otros tumores sólidos de ovario⁴.

El tratamiento estándar del CSAG incluye cirugía citorréductora óptima (extirpación del tumor primario y de las metástasis visibles), seguida de quimioterapia adyuvante basada en platino y taxano¹. En pacientes con mutaciones en los genes de cáncer de mama (BRCA, de sus siglas en inglés *BR*east *C*ancer), se ha incorporado el uso de inhibidores de poli (ADP ribosa) polimerasa (PARP) como tratamiento de mantenimiento, mejorando la supervivencia libre de progresión⁵. La variante SET no modifica significativamente el abordaje terapéutico estándar, aunque su mayor infiltración linfocitaria y asociación con mutaciones BRCA pueden influir en la respuesta al tratamiento y en la selección de terapias dirigidas⁴.

El pronóstico del CSAG es desfavorable, con una supervivencia a 5 años que oscila entre el 9 % y el 34 % en estadios avanzados¹. La variante SET puede presentar un pronóstico algo mejor en subgrupos específicos, especialmente en pacientes jóvenes y portadoras de mutaciones BRCA, debido a una mayor infiltración linfocitaria y a la posibilidad de beneficiarse de terapias dirigidas⁴. Sin embargo, en general, el pronóstico sigue siendo reservado y depende fundamentalmente del estadio clínico, la respuesta a la cirugía y la quimioterapia, y la presencia de alteraciones moleculares específicas³.

El carcinoma seroso de alto grado de ovario es una enfermedad agresiva, que con frecuencia se detecta en estadios avanzados y tiene un pronóstico desfavorable¹. Por ello, la sospecha temprana en atención primaria es fundamental para facilitar su diagnóstico y derivación oportuna al hospital⁶. Realizar una historia clínica detallada y una exploración física exhaustiva son pasos esenciales para orientar la sospecha clínica⁶. Además, contar con la posibilidad de solicitar análisis de

marcadores tumorales y realizar una ecografía en el centro de salud puede acelerar el proceso diagnóstico⁶. Estas acciones permiten identificar signos sospechosos en etapas iniciales, incluso en un tumor que suele ser silencioso y de crecimiento rápido, mejorando así las posibilidades de un tratamiento efectivo y un mejor pronóstico para la paciente⁶.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Prat J. Ovarian carcinoma: pathology and genetics. *Pathology*. 2012;44(1):14-24.
2. Vang R, Shih IeM, Kurman RJ. Ovarian low-grade and high-grade serous carcinoma: pathogenesis, clinicopathologic and molecular biologic features, and diagnostic problems. *Adv Anat Pathol*. 2009;16(5):267-82.
3. Kurman RJ, Shih IeM. The origin and pathogenesis of epithelial ovarian cancer: a proposed unifying theory. *Am J Surg Pathol*. 2010;34(3):433-43.
4. Kommos S, du Bois A, Ewald-Riegler N. Set rheostat for ovarian carcinoma: a morphologic and molecular subset with favorable outcome. *Clin Cancer Res*. 2017;23(15):3646-52.
5. Ledermann JA, Harter P, Gourley C, Friedlander M, Vergote I, Rustin G, et al. Olaparib maintenance therapy in platinum-sensitive relapsed ovarian cancer. *N Engl J Med*. 2012;366(15):1382-92.
6. Liu J, Berchuck A, Bäcker FJ, Cohen J, Grisham R, Leath CA, et al. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Ovarian cancer including primary peritoneal cancer and fallopian tube cancer. Version 3. 2024. *J Natl Compr Canc Netw*. 2024;22(8):512-9.