

## Importancia de las características socio-demográficas y epidemiológicas en el manejo de los tumores de ovario

### Importance of the socio-demographic and epidemiological characteristics, in the management of ovary tumors

Guerra, Jean Carlos; Calderaro Di Ruggiero, Franco



 Jean Carlos Guerra

Jeancarlos.guerra@gmail.com

Servicio de Ginecología Oncológica. Servicio Oncológico Hospitalario - IVSS. Caracas, Venezuela

 Franco Calderaro Di Ruggiero

francocalderarod@hotmail.com

Servicio de Ginecología Oncológica. Servicio Oncológico Hospitalario - IVSS. Caracas, Venezuela

#### Revista Digital de Postgrado

Universidad Central de Venezuela, Venezuela

ISSN-e: 2244-761X

Periodicidad: Semestral

vol. 9, núm. 3, 2020

revistadpgmeducv@gmail.com

Recepción: 07 Mayo 2020

Aprobación: 21 Agosto 2020

URL: <http://portal.amelica.org/ameli/jatsRepo/101/1011187012/index.html>

DOI: <https://doi.org/10.37910/RDP.2020.9.3.e232>

© Universidad Central de Venezuela, 2020



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución 3.0 Internacional.

**Cómo citar:** Guerra JC, Calderaro F. Importancia de las características socio-demográficas y epidemiológicas, en el manejo de los tumores de ovario. Rev Digit Postgrado. 2020; 9(3): e232. doi: 10.37910/RDP.2020.9.3.e232

**Resumen:** **Objetivo:** Describir las principales características socio-demográficas y epidemiológicas, de las pacientes con tumores de ovarios. **Métodos:** Estudio descriptivo, transversal, con una población de 133 pacientes que acudieron a la consulta de Ginecología Oncológica, del Servicio Oncológico Hospitalario del IVSS, entre julio de 2016 y julio de 2017, con diagnóstico de tumores de ovarios, donde solo 24 cumplieron con los criterios de inclusión. **Resultados:** Mayor procedencia Estado Miranda con 42%. La raza mestiza 46%. El promedio de edad 48,33 años. Menarquia promedio 12,29 años. Sexarquia promedio de 19,14 años. Parejas sexuales entre 1-2, 46%. Antecedentes obstétricos: 2,5 gestaciones. Anticonceptivos orales 21%. Dispositivos intrauterinos en 21%. Hábito tabáquico 29%. Síntomas en el 83% (58% aumento de volumen abdominal) con evolución de 4,05 meses. 63% tumores benignos (cistoadenoma mucinoso con 46%), 33% tumores malignos (adenocarcinoma endometroide con 37%) y 4% tumor borderline (atípicamente proliferativo), el tipo (mucinoso). Según la clasificación FIGO estadio 1C y 3C con 38% respectivamente. La lateralidad predominante lado derecho (54%). El promedio del tamaño fue de 17,60 cm. **Conclusión:** Las características socio-demográficas, epidemiológicas y clínico-patológicas, determinan el manejo adecuado de los tumores de ovarios, por lo que deben ser investigadas a fondo, y de esta manera, ofrecer el mejor tratamiento individualizado a las pacientes.

**Palabras clave:** tumor de ovario, características socio-demográficas, características epidemiológicas, características clínico-patológicas.

**Abstract:** **Objective:** To describe the main socio-demographic and epidemiological characteristics of patients with ovarian tumors. **Methods:** Descriptive, cross-sectional study, with a population of 133 patients who attended the Oncology Gynecology clinic of the Hospital Oncology Service of the IVSS, between July 2016 and July 2017, with diagnosis of ovarian tumors, where only 24 complied with the inclusion criteria. **Results:** Of the 133 patients who attended the Oncology Gynecology clinic with a diagnosis of ovarian tumors, only 24 patients met the inclusion criteria. Highest origin Miranda State with 42%. The 46% mixed race. The average age 48.33 years. Average menarche 12.29 years. Average sexarchy of 19.14

years. Sexual couples between 1-2, 46%. Obstetric history: 2.5 pregnancies. Oral contraceptives 21%. Intrauterine devices in 21%. Smoking habit 29%. Symptoms in 83% (58% increase in abdominal volume) with evolution of 4.05 months. 63% benign tumors (mucinous cystadenoma with 46%), 33% malignant tumors (endometrioid adenocarcinoma with 37%) and 4% borderline (atypically proliferative), the type (mucinous). According to the FIGO stage 1C and 3C classification with 38% respectively. The predominant laterality on the right side (54%). The average size was 17.60 cm. **Conclusion:** The socio-demographic, epidemiological and clinical-pathological characteristics determine the proper management of ovarian tumors, so they must be thoroughly investigated, and thus offer the best individualized treatment to patients.

**Keywords:** ovarian tumor, socio-demographic characteristics, epidemiological characteristics, Clínico-pathological characteristics.

## INTRODUCCIÓN

Los tumores de ovario, representan una gran gama de afecciones neoplásicas, donde la presentación más común son las neoplasias benignas, siendo el cistoadenoma seroso la histología más frecuente, 15% de ellos son bilaterales<sup>(1)</sup>. Los tumores Borderline o tumores de bajo potencial de malignidad, actualmente llamados atípicamente proliferativos, son otro grupo de lesiones neoplásicas, cuya característica principal se define en la actividad proliferativa, atipia nuclear y la ausencia de invasión del estroma. Así mismo, existen tumores de ovario malignos, con características histológicas, basadas en el aspecto del epitelio. Los tipos serosos y mucinosos, son el tipo histológico más frecuente<sup>(2)</sup>.

El Cáncer de ovario sigue siendo la neoplasia maligna de peor pronóstico en ginecología, presentando tasas de mortalidad altas, principalmente porque la mayor parte de los diagnósticos, se hacen en etapas avanzadas, es el tercer cáncer ginecológico más frecuente y la segunda causa de muerte por cáncer ginecológico a nivel mundial<sup>(3)</sup>. La cirugía es la base fundamental del tratamiento, la linfadenectomía es parte del estadiaje quirúrgico, y establece el tratamiento adyuvante posterior, lo que implica la importancia de la exploración de los ganglios retroperitoneales, tantos pélvicos como para-aórticos<sup>(4,5)</sup>. El principal tipo histológico del cáncer de ovario es el seroso papilar de alto grado<sup>(6)</sup>.

## MÉTODOS

Se realizó un estudio de tipo descriptivo, transversal, cuya población estuvo conformada por un grupo de 133 pacientes que ingresaron al Servicio de Ginecología Oncológica (SGO), del Servicio Oncológico Hospitalario (SOH), del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS), en el periodo comprendido entre julio de 2016 y julio de 2017, todas con el diagnóstico de tumor de ovario, donde solo 24 cumplieron los criterios de inclusión.

Los datos fueron obtenidos de las historias clínicas y recabados en el instrumento de recolección de datos ideado para el estudio.

Se tomaron en cuenta las variables de tipo cuantitativas y cualitativas concernientes a datos socio-demográficos, epidemiológicos y características clínico-patológicas.

La ecografía, tomografía y resonancia magnética, fueron los principales estudios de imagen utilizados; así mismo, se hizo una correlación entre los marcadores tumorales CA 125 y CEA, definiendo de esta manera las pacientes con mayor riesgo de malignidad, además de establecer en cada caso, criterios de resecabilidad. En todas las pacientes se realizó biopsia peroperatoria (corte congelado), para de esta manera, establecer un diagnóstico inicial y definir el tratamiento quirúrgico a seguir. En los casos de tumores malignos, el tratamiento fue la cirugía estadiadora de ovario. El procedimiento que se realizó para los de tipo borderline (atípicamente proliferativos), fue el mismo que se realizó en los malignos, pero sin la linfadenectomía. En el caso de los tumores benignos, el manejo consistió en exéresis tumoral y en pacientes sin deseo de preservar fertilidad y/o útero, se le realizó adicionalmente la histerectomía.

En el caso de tumores en que la sospecha de malignidad estaba presente, la incisión media era la indicada. En pacientes con tumores pequeños de características benignas y de baja sospecha de malignidad, la incisión realizada fue la transversa.

## RESULTADOS

La procedencia por Estados más común (Figura 1), fue el Estado Miranda con un 42%.

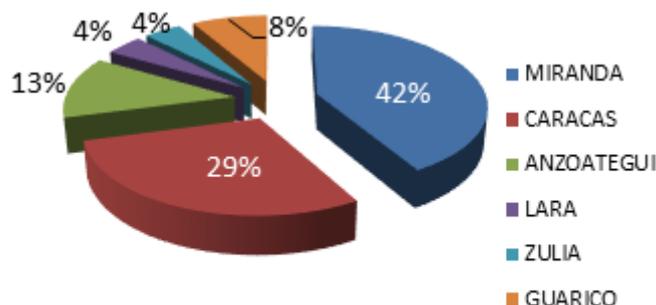


FIGURA 1  
Procedencia

La raza más común (Figura 2), fue representada por la mestiza 46%.

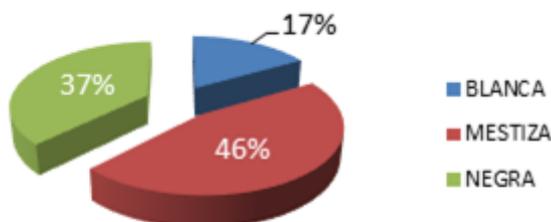


FIGURA 2  
Raza

El promedio de edad fue de 48,33 años, con rango de 16 a 71 años (Figura 3).

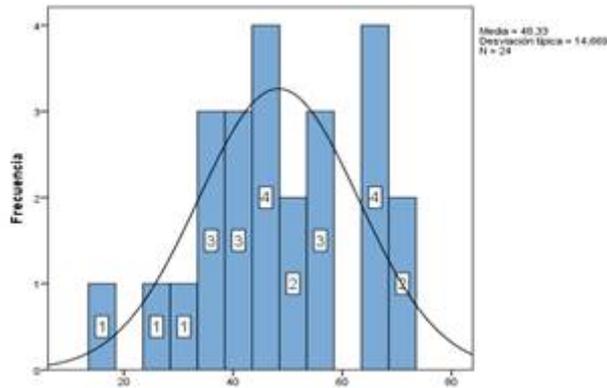


FIGURA 3  
Edad

La menarquia (Figura 4), se presentó con una edad promedio de 12,29 años, rango de 9 a 15 años.

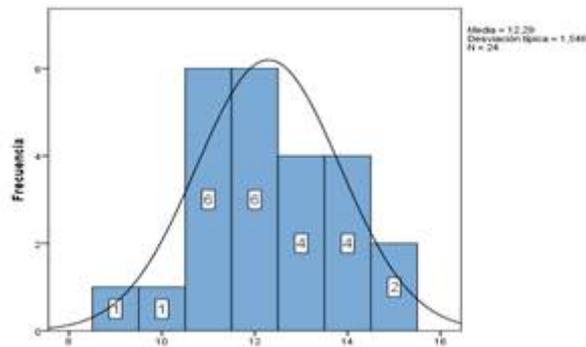


FIGURA 4  
Menarquia

La sexarquia (Figura 5), tuvo una edad promedio de 19,14 años, rango de 15 a 30 años, con una desviación estándar de 4,02 años.

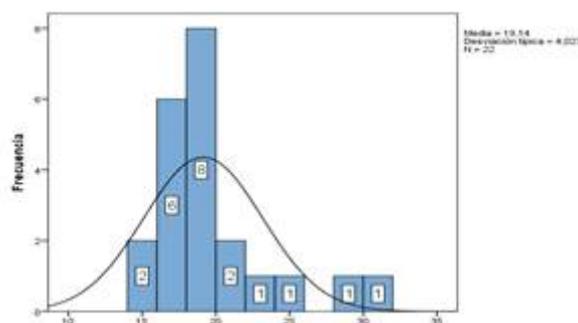


FIGURA 5  
Sexarquia

El número de parejas sexuales más frecuente (Figura 6), fue entre 1-2 con el 46%.

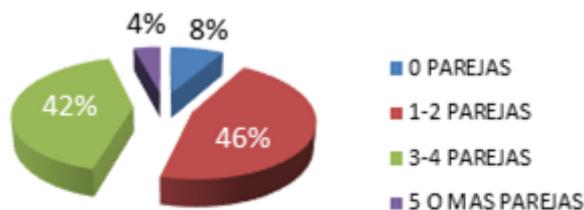


FIGURA 6  
Parejas sexuales

En lo que respecta a los antecedentes obstétricos del grupo en estudio (Tabla 1), este presentó en promedio: 2,5 gestaciones; 1,71 partos; 0,50 cesáreas y 0,29 abortos.

TABLA 1  
Antecedentes obstétricos

	Gestas	Partos	Cesáreas	Abortos
Media	2,50	1,71	0,50	0,29
Desv. Típ.	1,934	1,922	0,978	0,550
Mínimo	0	0	0	0
Máximo	6	6	3	2

El uso de anticonceptivos orales (ACO) (Figura 7), fue de 21%, y el promedio de años que lo utilizaron fue de 9,60 años (Tabla 2).

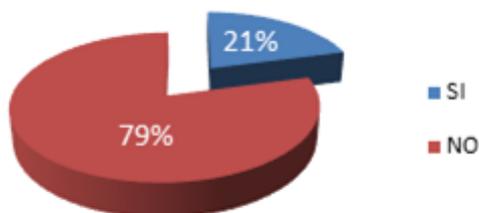


FIGURA 7  
Uso de ACO

TABLA 2  
Tiempo de uso ACO (años)

Media	9,60
Desv. Típ.	7,60
Mínimo	3
Máximo	20

En la Figura 8, se observa el uso de dispositivo intrauterino (DIU), en 21% de las pacientes, y lo usaron con un promedio de 5,80 años (Tabla 3).

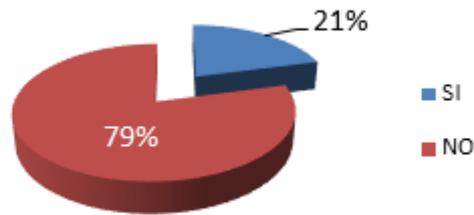


FIGURA 8  
Uso de DIU

TABLA 3  
Tiempo de uso DIU (años)

Media	5,80
Desv. típ.	6,98
Mínimo	1
Máximo	18

El hábito tabáquico (Figura 9), fue encontrado en el 29% de las pacientes, con un promedio de uso de 22,14 años (Tabla 4), con un promedio de cigarrillos día de 5,71 (Tabla 5).

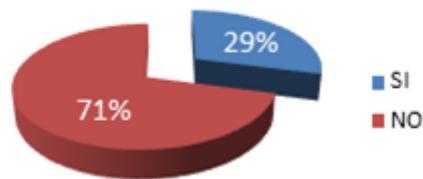


FIGURA 9  
Hábito tabáquico

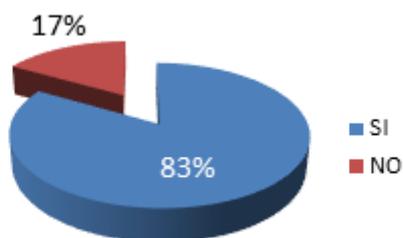
TABLA 4  
Tiempo de uso de tabaco (años)

Media	22,14
Desv. Típ.	12,83
Mínimo	4,00
Máximo	41,00

**TABLA 5**  
Consumo de cigarrillos (día)

Media	5,71
Desv.	4,03
Típ.	
Mínimo	2,00
Máximo	10,00

De las 24 pacientes estudiadas 20 (83%), presentaron síntomas (Figura 10), y el tiempo de evolución de la sintomatología fue de 4,05 meses (Tabla 6).

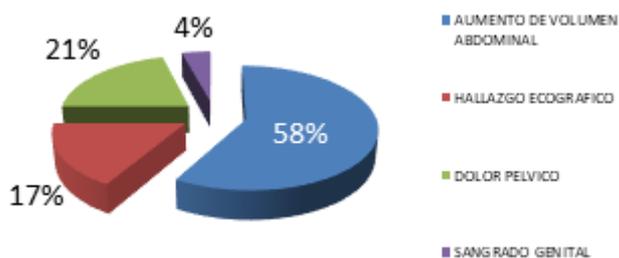


**FIGURA 10**  
Sintomatología

**TABLA 6**  
Tiempo de evolución de sintomatología (meses)

Media	4,05
Desv. típ.	2,58
Mínimo	1,00
Máximo	13,00

En cuanto al motivo de consulta (Figura 11), el 58% presentó aumento de volumen abdominal.



**FIGURA 11**  
Motivo de consulta

En lo que respecta a la clasificación de los tumores (Figura 12), se observa que el 63% fueron benignos, 33% malignos y 4% borderline (atípicamente proliferativos).

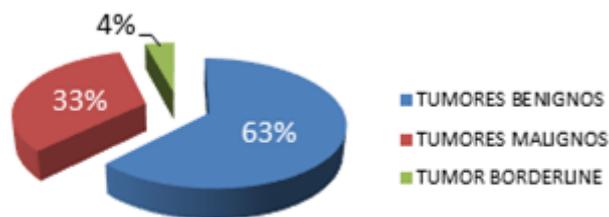


FIGURA 12  
Clasificación de los tumores

En cuanto a la histología de los tumores benignos (Figura 13), el más frecuente fue el cistoadenoma mucinoso con 46% y de los tumores malignos, el adenocarcinoma endometrioide con 37% (Figura 14).

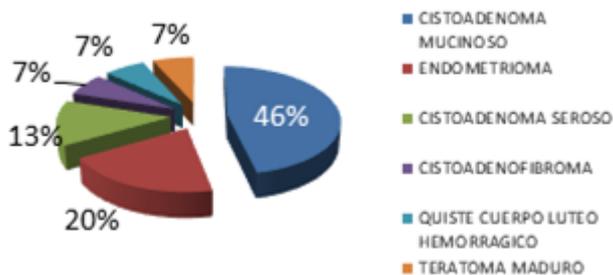


FIGURA 13  
Tipo histológico de los tumores benignos

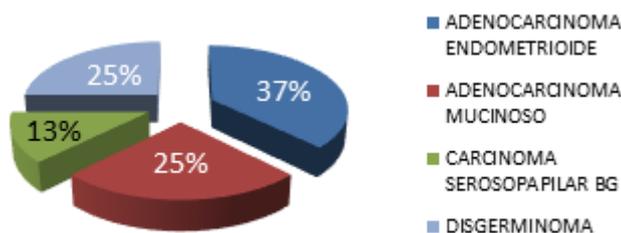


FIGURA 14  
Tipo histológico de los tumores malignos

Según la clasificación FIGO por estadios (Figura 15), el estadio más frecuente fue el (1C) con 38%. Hubo 1 tumor de ovario borderline (atípicamente proliferativo), tipo mucinoso, clasificado como estadio (1A).

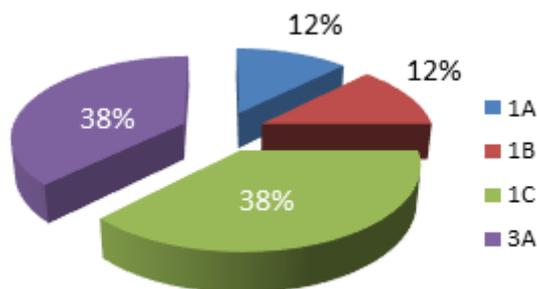


FIGURA 15  
Estadio FIGO de los tumores malignos

La lateralidad del tumor se expresa en el (Figura 16), el lado derecho 13/24 (54%) fue el más predominante. El promedio del diámetro mayor de los tumores observados (Tabla 7), fue de 17,60 cm.

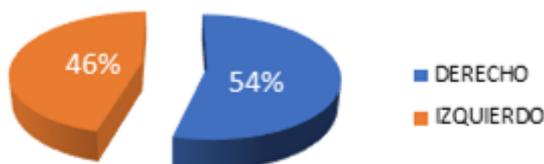


FIGURA 16  
Lateralidad del tumor

TABLA 7  
Tamaño del tumor

Media	17,60
Desv. Típ.	11,54
Mínimo	6,00
Máximo	50,00

## DISCUSIÓN

El ovario en formación, tiene 3 capas de diferenciación que se dividen en: epitelio de superficie, las células germinales y epitelio del cordón sexual; estas capas dan como resultado el origen los tumores ováricos, y por último, el resto de las masas asociadas a lesiones ováricas, corresponden a implicación secundaria o metastásica de otros tumores<sup>(7)</sup>.

Los datos socio-demoFiguras de las pacientes estudiadas, tales como: procedencia, raza, edad, sintomatología, duración de la sintomatología, examen físico, estudios de imagen, estudios de laboratorio, entre otros, son fundamentales para llegar a un diagnóstico diferencial preciso, y así establecer un plan de manejo individualizado y adecuado.

Nuestra institución, es un centro de referencia nacional de pacientes con cáncer. La mayor tasa de procedencia estuvo representada por pacientes provenientes del Estado Miranda. En cuanto a la raza, la

mayor tasa de incidencia de cáncer es en mujeres de raza blanca; sin embargo, en nuestro estudio, la mayoría de las pacientes eran mestizas, y en menor proporción de raza blanca. Es probable que, por ser un país con una mezcla importante de otras nacionalidades, prevalezca la patología por esta condición.

La edad de las pacientes, nos sirve para sospechar de la posible etiología del tumor. En este estudio el promedio de edad fue de 48 años. La menarquia generalmente estuvo concentrada a la edad de 12 años, el inicio de las relaciones sexuales en promedio fue de 19 años, y en cuanto al número de parejas sexuales, la mayoría tenía entre 1 y 2.

Generalmente eran pacientes con más de 2 gestas. El mayor porcentaje de las pacientes no usaban ni ACO, ni el DIU. Se ha establecido que el uso de ACO, tiene un efecto protector sobre la presencia de tumores malignos del ovario<sup>(8-10)</sup>. En este estudio solo el 21% de las mujeres uso dicho método. En lo que respecta al hábito tabáquico, el 71% de las pacientes, no fumaba.

La mayoría de las mujeres presentaron tumoraciones benignas, y las pacientes con lesiones malignas, estaban en estado posmenopáusico, lo que coincide con la mayoría de los estudios sobre tumores de ovarios, que son tumores benignos, incluso quistes funcionales<sup>(8)</sup>. En pacientes jóvenes una tumoración ovárica tiene una probabilidad del 90% de ser benigna, sobre todo pacientes menores de 20 años, siendo los tumores germinales los más frecuentes. En este estudio el tumor de ovario benigno más frecuente, fue el cistoadenoma mucinoso, seguido del endometrioma. En cambio, en pacientes posmenopáusicas, esta probabilidad se desplaza hacia los tumores malignos, y de estos los más frecuentes son de estirpe epitelial, encabezado por los tumores de tipo seroso<sup>(6)</sup>. En este estudio, el tumor maligno más frecuente fue el adenocarcinoma endometriode, seguido del mucinoso, en tercer lugar, el disgerminoma y por último, el seroso papilar.

Las tumoraciones ováricas y en especial el cáncer de ovario, se han descrito como enfermedades silenciosas, cuya manifestación inicial demuestra por lo general, lesiones en estadios avanzados de la enfermedad; sin embargo, en estudios más recientes, se ha descrito la presencia de síntomas y características clínicas comunes que preceden durante varios meses el diagnóstico inicial, donde los síntomas más comunes que se identifican son los: abdominales, gastrointestinales, dolor, constitucionales, urinarios y pélvicos. Además, se incluye un aumento del tamaño abdominal, distensión y tenesmo vesical<sup>(11-13)</sup>.

En este estudio, se identificó que el 83% de las pacientes presentaban síntomas, de por los menos 4 meses de evolución. El más frecuente de los síntomas fue, el aumento de volumen abdominal, seguido del dolor pélvico y el hallazgo incidental por ecografía, de una tumoración.

Es muy poco lo que se documenta en la literatura, sobre la lateralidad del tumor de ovario, habiendo cierta tendencia de mayor incidencia en el lado derecho; sin embargo, no es concluyente la información. En este estudio el 53% fueron tumores del lado derecho.

Los tumores cuyo tamaño son menores a 10 cm, se han asociado a lesiones benignas del tipo quistes funcionales en la edad reproductiva<sup>(14)</sup>. En este estudio el promedio del tamaño de los tumores fue de 17 cm, y en su gran mayoría eran benignos.

## CONCLUSIONES

Las características socio-demográficas, epidemiológicas y clínico-patológicas, determinan el manejo adecuado de los tumores de ovarios, por lo que deben ser investigadas a fondo, y de esta manera, ofrecer el mejor tratamiento individualizado a las pacientes.

## REFERENCIAS

1. Dubeau L. The cell of origin of ovarian epithelial tumours. *Lancet Oncol.* 2008; 9(12):1191-1197.
2. Kurman RJ, Seidman JD, Shih IM. Serous borderline tumours of the ovary. *Histopathology.* 2005; 47: 310-318.

3. Torre L, Farhad I, Siegel R, Ward E, Ahmedin J. Global cancer in women: burden and trends. American Association for Cancer Research. 2017; 23
4. Berek J, Crum C, Friedlander M. Cancer of the ovary, fallopian tube, and peritoneum. FIGO International Journal of Gynecology and Obstetrics. 2015; 131: 111-22.
5. International Federation Of Gynecology And Obstetrics FIGO. Report on the result of treatment in gynecological cancer. Int. J. Gynecol. Obstet [Internet]. 1987; [citado el 12 de agosto de 2017]; 25, 87-8. Disponible en: <https://ejgo.org/search.php?where=aview&id=10.3802/jgo.2008.19.4.223&code=1114JGO&vmode=REF>.
6. Kurman RJ, Shih IeM. The origin and pathogenesis of epithelial ovarian cancer: a proposed unifying theory. Am F Surg pathol. 2010;34(3): pág. 433-443.
7. Barber H. Embriology of the gonad with reference to special tumors of the ovary and testis. J Ped Surg. 1988; 23: 967-972.
8. Stany MP, Maxwell GL, Rose GS. Clinical decision making using ovarian cancer risk assessment. AJR Am J Roentgenol. 2010; 194(2):337-342.
9. The World Health Organization (WHO) Collaborative Study of Neoplasia and Steroid Contraception. Depot-medroxyprogesterone acetate (DMPA) and risk of epithelial ovarian cancer. Int J Cancer. 1991; 49: 191-195.
10. Jick SS, Walker AM, Jick H. Oral contraceptives and endometrial cancer. Obstet Gynecol. 1993; 82: 931-935.
11. Goff BA, Mandel L, Muntz HG, Melanco CH. Ovarian carcinoma diagnosis-results of a national ovarian cancer survey. Cancer. 2000; 89: 2068-2075.
12. Goff BA, Mandel L, Muntz HG, Melanco CH. Frequency of symptoms of ovarian cancer in women presenting to primary care clinics. JAMA. 2004; 291: 2705-2712.
13. Women`s Cancer Network. Ovarian Cancer Symptoms Consensus Statement. [Internet] 2012; [Consultado 20 de mayo de 2020] Disponible en [http://www.wcn.org/articles/types\\_of\\_cancer/ovarian/symptoms/consensus\\_statement.html](http://www.wcn.org/articles/types_of_cancer/ovarian/symptoms/consensus_statement.html).
14. Valentin L. Use of morphology to characterize and manage common adnexal masses. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2004; 18:71-89.