



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

TEMA:

PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE CANCER DE OVARIO.

TRABAJO DE TITULACIÓN PRESENTADO COMO REQUISITO PARA
OPTAR PARA EL GRADO DE MÉDICO

AUTORES:

ALARCON BERMEO JULY FERNANDA

FLORES LOPEZ ESTRELLA MARILU

TUTOR:

DR. ALARCON AVILES TOMAS ANTONIO

GUAYAQUIL - ECUADOR

2018

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGIA		
FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN		
TEMA Y SUBTEMA:	PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE CANCER DE OVARIO”	
AUTOR(ES):	ALARCON BERMEO JULY FERNANDA FLORES LOPEZ ESTRELLA MARILU	
TUTOR:	DR. TOMAS ANTONIO ALARCON AVILES	
INSTITUCIÓN:	Universidad de Guayaquil	
FACULTAD:	Ciencias Medicas	
CARRERA:	Medicina	
TITULO OBTENIDO:	Médico General	
FECHA DE PUBLICACIÓN:		No. DE PÁGINAS:
ÁREAS TEMÁTICAS:	Salud - Ciencias Médicas – Ginecología	
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE CANCER DE OVARIO	
<p>RESUMEN: En nuestro estudio analítico de Ca de ovario se ha determinado la prevalencia, incidencia diagnóstica, factores de riesgo y mortalidad que intervienen en su estudio ya que es una afectación común en las mujeres de todo el mundo, pero de evolución silente, viéndose más afectada la población mayor de 40 años, el diagnóstico en la mayoría de los casos, se da en etapas avanzadas de la enfermedad, razón por la cual hay una baja tasa de supervivencia. Los diferentes tipos histopatológicos están relacionados con la sintomatología que presentan las pacientes. El cáncer de ovario es un grave problema de salud pública que en las últimas décadas ha adquirido gran importancia sobretodo en mujeres mayores de 40 años, esta patología se caracteriza por ser silente y con un mal pronóstico especialmente cuando es diagnosticada en estadios avanzados. Este estudio está realizado con la finalidad de crear conciencia en mujeres de todas las edades para prevenir el desarrollo de la misma; teniendo en cuenta que es de origen multifactorial, y dando a conocer su comportamiento desde sus factores de riesgo, hasta la muerte debido a las complicaciones. En el presente trabajo se actualizaron los conceptos más recientes de su origen, se identificó el tipo histopatológico más frecuente, asimismo el grupo etario de mayor frecuencia, curso de evolución en las pacientes de buen o mal pronóstico.</p> <p>PALABRAS CLAVE: historia natural, cáncer de ovario, tipo histológico, evolución buen y mal pronóstico.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 0960689686 0990299193	E-mail: julyfer1991@hotmail.com strellita_08_09@hotmail.com
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN: (COORDINADOR DEL PROCESO UTE):	Nombre: Universidad de Guayaquil – Facultad de Ciencias Médicas	
	Teléfono: (04) 228-8086	
	E-mail:	
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA		
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):		
Nº. DE CLASIFICACIÓN:		
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):		

CERTIFICADO DE TUTOR REVISOR DE TESIS

Habiendo sido nombrado **DR RICARDO ARMANDO SALCEDO**, tutor del trabajo de titulación: “**PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE CANCER DE OVARIO**. Estudio realizó Hospital Teodoro Maldonado Carbo. Período 2014 – 2016”, certifico que el presente trabajo de titulación, elaborado por **ALARCON BERMEO JULY FERNANDA Y FLORES LOPEZ ESTRELLA MARILU**, con C.I. No. **0921934089** Y **0926342700**, con mi respectiva supervisión como requerimiento parcial para la obtención del título de MÉDICO, en la *Carrera de Ciencias Médicas/Facultad de Medicina*, ha sido **REVISADO Y APROBADO** en todas sus partes, encontrándose apto para su sustentación.

DR. RICARDO ARMANDO SALCEDO

LICENCIA GRATUITA INTRANSFERIBLE Y NO EXCLUSIVA PARA EL USO NO COMERCIAL DE LA OBRA CON FINES NO ACADÉMICOS

NOSOTRAS, **ALARCON BERMEO JULY FERNANDA Y ESTRELLA MARILU FLORES LOPEZ**, con C.I. No. **0921934089** y **0926342700** respectivamente, certificamos que los contenidos desarrollados en este trabajo de titulación, cuyo título es **PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE CANCER DE OVARIO”**, Estudio realizado en el hospital Teodoro Maldonado Carbo. Periodo 2014 - 2016 son de nuestra absoluta propiedad y responsabilidad; Y SEGÚN EL Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN*, autorizamos el uso de una licencia gratuita intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la presente obra con fines no académicos, en favor de la Universidad de Guayaquil, para que haga uso del mismo, como fuera pertinente

ALARCON BERMEO JULY

C.I.: 0921934089

FLORES LOPEZ ESTRELLA

C.I.: 0926342700

*CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN (Registro Oficial n. 899 - Dic./2016) Artículo 114.- De los titulares de derechos de obras creadas en las instituciones de educación superior y centros educativos.- En el caso de las obras creadas en centros educativos, universidades, escuelas politécnicas, institutos superiores técnicos, tecnológicos, pedagógicos, de artes y los conservatorios superiores, e institutos públicos de investigación como resultado de su actividad académica o de investigación tales como trabajos de titulación, proyectos de investigación o innovación, artículos académicos, u otros análogos, sin perjuicio de que pueda existir relación de dependencia, la titularidad de los derechos patrimoniales corresponderá a los autores. Sin embargo, el establecimiento tendrá una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra con fines académicos.



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA**

APROBACIÓN DE TESIS

Este trabajo de graduación cuya autoría corresponde a los Sras. **ALARCON BERMEO JULY FERNANDA Y ESTRELLA MARILU FLORES LOPEZ**, ha sido aprobado, luego de su defensa pública, en la forma presente por el Tribunal Examinador de Grado Nominado por la Escuela de Medicina como requisito parcial para optar por el Título de Médico.

PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

SECRETARIA

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

TÍTULO: “PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE CANCER DE OVARIO

AUTORES: FLORES LOPEZ ESTRELLA

ALARCON BERMEO JULY

TUTOR: DR. TOMAS ALARCON

DEDICATORIA

*Este trabajo de estudio va dedicado en primer lugar a Dios quien es mi guía y fuente de inspiración para siempre mantenerme de pie, y seguir adelante a pesar de todas las diferentes y diversas adversidades de mi vida, y a su vez, Por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor. Me siento orgullosa de mi misma y gracias a la familia que tengo, se han preocupado por mí y me han mostrado el camino a la superación. Desde pequeña aprendí a luchar por lo que quiero, sacrificarme por llegar a mi meta y por más obstáculos que haya siempre salir victoriosa. De manera especial dedico este Trabajo de Titulación, a mi Amado Esposo **Ricardo Antonio Posligua Suarez** con todo mi amor y cariño por creer en mi capacidad y a su vez me ha brindado su comprensión respeto y amor, siendo fuente de motivación e inspiración para poder superarme cada día más, ya que sus palabras de aliento no me dejaban decaer para que siguiera adelante y siempre sea perseverante y cumpla mis ideales. Y a su vez a cada una de las personas que estuvieron hay sin esperar nada a cambio Amigos, Compañeros, Conocidos, Maestros, Docentes, Familia, (Suegra: Grace Suarez, Hermano: Danny Alarcón Cuñadas: Jessica Fiallos, Ana Garzón Sobrinos: Julieth Alarcón, Nahomi y Santiago Collahuazo) compartiendo conmigo sus conocimientos, alegrías, tristezas, logrando que con sus buenos deseos este sueño tan anhelado se haga realidad. Por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien. y a todos aquellos que participaron directa o indirectamente en la elaboración de esta tesis. (Hospital Teodoro Maldonado Carbo) Agradezco de todo corazón al **DR. TOMAS ANTONIO ALARCON AVILES** por habernos acogidos como TUTOR y ser participes de sus enseñanzas y conocimiento.*

Autor: Alarcón Bermeo July

DEDICATORIA

Este trabajo va dedicado A Dios quien es mi guía, fuente de sabiduría sin El no soy nada, cuando pensaba que todo estaba perdido me reconfortó y levantó. A mi esposo Johnny Lòpez con quien luchamos a diario por salir adelante y superar todo obstáculo juntos, por el amor y apoyo diario que me brinda, por creer en mi capacidad. A mis hijos Allison, Caleb, Thiago y Jaden, por ser mi fuente de motivación e inspiración para superarme cada día, y luchar para demostrarles que los mejores frutos se cosechan con esfuerzo. A mis padres: Victor Flores, Elodia Lòpez, quienes me enseñaron a luchar por lo que quiero. A mis suegros Daniel Lopez, Rofelia Poveda, por su incondicional apoyo y a pesar de las dificultades nunca nos dejaron solos, nos extendieron su mano y nos levantaron de situaciones muy difíciles. A mis hermanos, Patricia, Eithel, Luisa, Jairo, Elviss, Henry a mis cuñados Magna, Mariela, Evelyn, Belèn, Silvio, Eduardo, porque estuvieron al pendiente de mis hijos, gracias a ellos ahora puedo decir fue difícil pero lo logramos gracias a su apoyo en los momentos más difíciles. Para todos aquellos que estuvieron brindándome su apoyo incondicional durante estos 7 años de carrera. Gracias.

Autor: Flores Lòpez Estrella

AGRADECIMIENTO

A Dios Todopoderoso, Quien me dio fortaleza, sabiduría y fuerza para atravesar este largo camino, difícil pero gratificante. Toda la Gloria, honra y gracias a Él.

A mis padres que cultivaron ese amor por los demás y mantener a la familia unida, quienes brindaron su confianza y apoyo en este transitado camino. A mi esposo Johnny Lòpez y a mis hijos Allison, Caleb, Thiago, Jaden quienes soportaron mi ausencia y aun así no me abandonaron, son mi inspiración.

A los médicos, enfermeras, y personal general de salud del Hospital IESS Teodoro Maldonado Carbo, por brindarme sus conocimientos, un agradecimiento especial a mi TUTOR DR TOMAS ALARCON y a la Dra MARTHA BAQUERIZO quienes me guiaron durante esta etapa, por la cual fue posible la realización del presente trabajo.

Autor: Flores Lòpez Estrella

AGRADECIMIENTO

*Este Trabajo de Tesis ha sido una gran bendición en todo sentido es por eso que agradezco a **DIOS** por todos mis logros que son resultados de su infinito amor, los planes de Dios son perfectos y gracias a él esta meta está cumplida.*

*A mi **ESPOSO** por haberme acompañado y guiado a lo largo de toda mi carrera por ser mi fortaleza en los momentos de debilidad y acompañarme en esta vida llenas de aprendizajes y experiencias. Por haberme apoyado en las buenas y malas sobre todo por su paciencia y amor incondicional.*

*A mis **PADRES** por los valores que me inculcaron por haberme dado Educación en el transcurso de mi vida.*

*Le agradezco la confianza apoyo dedicación a mis **MAESTROS**, por haber compartido conmigo sus conocimientos y sobre todo su amistad, **AMIGOS** amistades que se llevan por siempre.*

*Al **DR TOMAS ANTONIO ALARCON AVILES Y DR RICARDO ARMANDO SALCEDO ARANA** por ayudarnos a realizar y desarrollar la Tesis y habernos brindado a su vez todo el Apoyo, Facilidades, Paciencia necesaria, Motivándome a Seguir Adelante y por darnos la oportunidad profesionalmente de aprender cosas nuevas*

Autor: Alarcón Bermeo July

TABLA DE CONTENIDO

PORTADA.....	¡Error! Marcador no definido.
REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGIA..	¡Error! Marcador no definido.
CERTIFICADO DE TUTOR DE TESIS.....	¡Error! Marcador no definido.
LICENCIA GRATUITA INTRANSFERIBLE Y NO EXCLUSIVA PARA EL USO NO COMERCIAL DE LA OBRA CON FINES NO ACADÉMICOS	¡Error! Marcador no definido.
APROBACIÓN DE TESIS.....	¡Error! Marcador no definido.
TÍTULO	¡Error! Marcador no definido.
DEDICATORIA	¡Error! Marcador no definido.
AGRADECIMIENTO.....	9
TABLA DE CONTENIDO.....	11
RESUMEN.....	115
ABSTRACT.....	296
INTRODUCCION	17
CAPITULO I	19
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	19
JUSTIFICACIÓN.....	32
0	
DETERMINACIÓN DEL PROBLEMA.....	351
DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA.....	¡Error! Marcador no definido.2
FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	¡Error! Marcador no definido.2

PREGUNTAS DE INVESTIGACION.....2¡Error! Marcador no definido.

OBJETIVO

GENERAL.....¡Error!

Marcador no definido.4

OBJETIVOS

ESPECIFICOS.....¡Error!

Marcador no definido.4

HIPOTESIS.....38

4

VIABILIDAD.....38

4

CAPITULO II

MARCO

TEORICO.....¡Error!

Marcador no definido.5

CAPITULO III

MATERIALES Y METODOS.....40

METODOS DE LA INVESTIGACION

TIPO DE INVESTIGACION

DISEÑO DE LA INVESTIGACION

PROCEDIMIENTO

INSTRUMENTOS DE EVALUACION Y RECOLECCION DE DATOS ...41

LOCALIZACION Y CARACTERIZACION DE LA ZONA DE TRABAJO

PERIODO DE INVESTIGACION

DETERMINACION DEL UNIVERSO Y LA MUESTRA	
RECURSOS EMPLEADOS.....	42
CRITERIOS DE INCLUSION/EXCLUSION	42
ANALISIS DE LA INFORMACION.....	43
ASPECTOS ETICOS LEGALES.....	43
PRESUPUESTO	43
VARIABLES	43
VARIABLES INDEPENDIENTES	43
VARIABLES DEPENDIENTES	44
CRONOGRAMA	47

CAPITULO IV

RESULTADOS- GRAFICOS	48
GRAFICO DE FACTORES DE RIESGO	48
GRAFICO DE TIPO HISTOLOGICO	49
GRAFICO DE GRUPO ETARIO	50
GRAFICO DE PRONOSTICO	51
GRAFICO DE PRINCIPALES ZONAS DE METASTASIS.....	52

CAPITULO V

CONCLUSIONES	53
DISCUSION	54
BIBLIOGRAFIA.....	56

GLOSARIO

B

BRCA1

Gen que, cuando está dañado o mutado, pone a la gente en un riesgo mayor de padecer cáncer de seno (mama), ovario y próstata entre otros tipos de cáncer, en comparación con personas que no presentan esta mutación. Vea también gen, mutación

BRCA2

Gen que, cuando está dañado o mutado, pone a la gente en un riesgo mayor de padecer cáncer de seno (mama), ovario y próstata entre otros tipos de cáncer, en comparación con personas que no presentan esta mutación. Vea también gen, mutación

BRCAPRO

Herramienta utilizada para ayudar a los profesionales de la salud a estimar en una mujer el riesgo de cáncer de seno. Calcula el riesgo de cáncer de seno en ciertos factores de riesgo

C

CA 19-9

Marcador tumoral que ha veces es producido por el cáncer colorrectal, estomacal, pancreático y del conducto biliar. Puede que también esté presente en condiciones no cancerosas. Vea también marcadores tumorales.

CALIDAD DE VIDA

Grado de satisfacción general en la vida de una persona, el cual incluye su percepción de bienestar y capacidad de hacer las cosas que son de su interés.

CANSANCIO

Síntoma común durante el tratamiento contra el cáncer que se manifiesta como agotamiento profundo que no se alivia con el descanso. En algunos pacientes, este síntoma persiste por largo tiempo después del tratamiento.

CANSANCIO RELACIONADO CON EL CÁNCER

Cansancio inusual y constante que puede ocurrir con el cáncer o con los tratamientos contra el cáncer. Puede ser abrumador, durar un periodo largo de tiempo e interferir con la vida diaria, y el descanso no siempre lo alivia.

CARCINOMA

Cáncer que se origina en el recubrimiento (células epiteliales) de los órganos. Al menos 80% de todos los cánceres son carcinomas.

Carcinoma in situ

Etapa temprana del cáncer en la que el tumor está confinado al órgano en el que se desarrolló originalmente. La enfermedad no se ha extendido a otras partes del órgano ni se ha propagado a zonas distantes del cuerpo. La mayoría de los carcinomas in situ tienen grandes posibilidades de ser curables. Vea también carcinoma.

Carcinoma mucinoso

Tipo de carcinoma originado por las células cancerosas que producen mucosidad.

CEA

Vea antígeno carcinoembrionario.

Centímetro

Abreviado como cm. Medida métrica de longitud equivalente a un centésimo (1/100) de un metro. Alrededor de 2½ cm equivalen a una pulgada. Vea también metro, milímetro.

Ciencia básica

También se llama ciencia pura, ofrece el conocimiento y antecedente necesarios para investigación posterior sobre problemas de salud humana. En la investigación sobre el cáncer, esto a menudo consiste en estudios de laboratorio en campos como bioquímica, biología celular, o genética que no van dirigidos a tratar un cáncer específico, pero que se puede usar posteriormente como parte de la base para un tratamiento.

Colposcopia

Revisión detallada del interior de la vagina y el cuello uterino (parte inferior de la matriz) mediante un colposcopio, un dispositivo con fuente de luz y lupa incorporadas. Vea también cuello uterino, vagina.

Consentimiento válido

Explicación completa del curso de tratamiento, los riesgos, los beneficios y posibles alternativas. Después de este proceso, el paciente firma un formulario que en el que declara que recibió esta información y que está de acuerdo con el procedimiento, cirugía o tratamiento.

Cáncer

Grupo de enfermedades que hace que las células del cuerpo cambien y crezcan sin control. La mayoría de los tipos de células cancerosas forman

una protuberancia o masa llamada tumor (no todos los tumores son cáncer).

Cáncer avanzado

término general que describe las etapas de cáncer en las que la enfermedad se ha propagado del lugar donde se originó (localización primaria) hacia otras partes del cuerpo. Cuando el cáncer se ha propagado solamente a las áreas cercanas, se le denomina cáncer localmente avanzado. Si se ha propagado a partes distantes del cuerpo, se le denomina cáncer metastásico. Vea también metástasis, hacer metástasis.

Célula cancerosa

Célula que se divide y reproduce anormalmente, y que puede propagarse por todo el cuerpo, desplazando a las células y al tejido normal. Las células cancerosas surgen como consecuencia de daños en el ácido desoxirribonucleico (ADN o DNA, en inglés). Vea también cáncer, ácido desoxirribonucleico, mutación.

D

Detección

Búsqueda de una enfermedad. La detección temprana usualmente significa que la enfermedad se detecta en sus primeras etapas, cuando es más fácil de tratar, antes de que haya progresado mucho o se haya propagado. Para tratar de encontrar el cáncer temprano se usan ciertas pruebas antes de que una persona presente cualquier síntoma. Esto puede ser útil en muchos tipos de cáncer que pueden alcanzar una etapa avanzada sin presentar síntomas. Vea también pruebas de detección.

Diagnóstico

Identificación de una enfermedad por sus signos o síntomas y mediante el uso de estudios por imágenes, análisis de laboratorio o biopsias. Entre más temprano se haga un diagnóstico, mejores serán las probabilidades de supervivencia a largo plazo para la mayoría de los tipos de cáncer. Vea también biopsia, estudios por imágenes, signo, síntoma.

Diseción de los ganglios linfáticos de la pelvis

Extirpación de los ganglios linfáticos en la pelvis. Vea también ganglios linfáticos, ganglios pélvicos, pelvis.

E

Enzima

Proteínas que generan, estimulan o aceleran la velocidad de reacciones químicas en las células vivientes.

Epidemiología

Estudio de las enfermedades en poblaciones (grupos grandes de personas de la población general que comparten un factor en común, como la edad, sexo o condición de salud) mediante la recolección y análisis de datos estadísticos. En el campo del cáncer, los epidemiólogos buscan cuántas personas tienen cáncer, quiénes contraen ciertos tipos de cáncer y qué factores influyen en el origen del cáncer (tales como el medio ambiente, los peligros en el lugar de trabajo, los patrones familiares y los hábitos personales, tales como fumar y la dieta) que estén ligados al riesgo de desarrollar cáncer.

Equipo de atención contra el cáncer

Grupo de profesionales de atención a la salud que trabaja en conjunto para detectar, tratar y atender a las personas con cáncer. El equipo que atiende a los pacientes con cáncer puede incluir cualquiera o a todos los siguientes especialistas: Ya sea que el equipo esté vinculado formal o informalmente, hay por lo general una persona que tiene a su cargo la coordinación de toda la atención médica del paciente. Vea también médico oncólogo, oncólogo radioterapeuta, patólogo, enfermera clínica especialista en oncología, trabajador social de oncología, neurocirujano, cirujano, ginecólogo, oncólogo ginecológico, urólogo.

Escisión

Extirpación mediante cirugía. Esto puede significar extirpar un tumor o cortar una parte del cuerpo.

Estudio de los receptores hormonales

Examen para determinar si un tumor del seno podría ser afectado por las hormonas o si podría ser tratado con ellas. Vea también estudio de los receptores de estrógeno, estudio de los receptores de progesterona.

Etiología

Causa de una enfermedad. Hay muchas posibles causas que influyen en el surgimiento del cáncer. La investigación muestra que tanto el estilo de vida (incluyendo la exposición a carcinógenos), así como los factores genéticos (genes que adquiere de sus padres) influyen en muchos de los cánceres. Vea también carcinógeno, gen.

Evolución

Propagación o crecimiento de una enfermedad, con o sin tratamiento; también conocida como progreso o avance de la enfermedad.

Exacerbación del tumor

Empeoramiento a corto plazo de los síntomas o marcadores tumorales.
Vea también síntomas, marcadores tumorales

F

Factor de riesgo

Cualquier cosa asociada al incremento en la probabilidad de que una persona llegue a tener una enfermedad como el cáncer. Algunos factores de riesgo desempeñan un papel directo en el origen del cáncer, aunque en otros casos el riesgo puede deberse a algo más que sucede en conjunto con el factor de riesgo.

Fibroadenoma

Un tumor del seno constituido de tejido fibroso y glandular que no es canceroso. En un examen clínico o en un autoexamen de los senos se siente, por lo general, como una protuberancia firme, redonda y tersa. Ocurren generalmente en mujeres jóvenes. Vea también tejido glandular.

G

Gen

Parte del ácido desoxirribonucleico (ADN) que contiene información sobre características hereditarias tales como el color del cabello, el color de los ojos y la estatura, así como la susceptibilidad para ciertas enfermedades.

Ginecólogo

Doctor especializado en la salud de la mujer.

Grado

El grado de un cáncer indica cuán anormalmente se observan sus células bajo el microscopio. Existen distintos sistemas de determinación del grado para los diferentes tipos de cáncer. Cada sistema de asignación de grados divide el cáncer en aquellos que lucen más normales, los que lucen menos normales y los que están entre ambos casos.

H

Histerectomía

Una operación para extirpar el útero. Esto se puede hacer a través de una incisión (corte) en el abdomen (vientre), a través de unos cuantos pequeños cortes en la región inferior del abdomen (histerectomía laparoscópica) o a través de la vagina. Se pueden extirpar los ovarios

(ooforectomía) al mismo tiempo. Vea también útero, ooforectomía, ovario, vagina.

Histología

La apariencia de las células o los tejidos al ser estudiados con un microscopio. El patólogo hace el examen histológico de las células y el tejido. Vea también patólogo.

Homogéneo

Células o tejido que luce uniforme en toda su extensión. Vea también histología.

Hormona

Sustancia química liberada en el cuerpo por glándulas endocrinas tales como la glándula tiroides, las glándulas suprarrenales o los ovarios. Las hormonas viajan a través del torrente sanguíneo y activan varias funciones del cuerpo. La testosterona y el estrógeno son ejemplos de hormonas masculinas y femeninas respectivamente. Vea también glándula suprarrenal, glándulas endocrinas, terapia hormonal, ovario, tiroides.

Hormona liberadora de hormona luteinizante

Conocidos también como LHRH u hormona liberadora de gonadotropina. Hormona producida por el hipotálamo, una glándula pequeña en el cerebro que afecta los niveles de hormona luteinizante en el cuerpo y por lo tanto, los niveles de testosterona.

Hormona luteinizante

También referida como LH. Hormona pituitaria que estimula los testículos para la producción de testosterona. Vea también hormona, pituitaria, testosterona, testículos.

I

Incidencia

Número de casos nuevos de una enfermedad que ocurre en cierto número de personas cada año. Compare con prevalencia.

Infertilidad

También se le conoce como esterilidad. Incapacidad de tener hijos, lo cual puede ser consecuencia de algunos tipos de tratamiento contra el cáncer.

Inmunología

Estudio de la forma en la que el cuerpo hace resistencia a la infección y a otras enfermedades. El conocimiento adquirido en este campo es

importante para aquellos tratamientos contra el cáncer que usan el sistema inmunológico y/o sustancias que se comportan como partes del sistema inmunológico que ayuda a combatir el cáncer. Vea también sistema inmunológico, inmunoterapia.

M

Maligno

Canceroso; peligroso o que probablemente cause la muerte si no es tratado. Compare con benigno. Vea también cáncer.

Masa

Cualquier tipo de nódulo o protuberancia que puede que sea o no sea cáncer. Vea también tumor.

Menarquía

Primer periodo menstrual de la mujer. La menarquia precoz (antes de los 12 años de edad) es un factor de riesgo para el cáncer de seno, posiblemente debido a que mientras más temprano comienzan los periodos menstruales de una mujer, más prolongada es su exposición al estrógeno. Vea también estrógeno, factor de riesgo.

Menopausia

La etapa en la vida de una mujer cuando se detienen los ciclos menstruales de cada mes. Durante este tiempo, los niveles hormonales usualmente fluctúan antes de que se estabilicen a niveles mucho más bajos. La menopausia por lo general ocurre cuando la mujer está entre finales de sus 40 y principios de sus 50 años, pero también se puede provocar repentinamente mediante la extirpación quirúrgica de ambos ovarios (ooforectomía) o por medio de algunas quimioterapias que destruyen la función de los ovarios.

Metastatizar

Propagación de células cancerosas hacia uno o más sitios en otras partes del cuerpo, a menudo a través del sistema linfático o el torrente sanguíneo. Vea también sistema linfático, metástasis.

Metastásico

Forma de describir el cáncer que se ha propagado de su sitio primario (en donde se originó) a otros órganos o estructuras, ya sea cercanos (metástasis local) o lejanos (metástasis distante). Vea también metástasis, sitio primario..

Metro

También abreviado como m. Una unidad de longitud del sistema métrico; un metro (100 centímetros) es equivalente a 39.37 pulgadas. Vea también centímetro, milímetro.

Metástasis

Propagación de células cancerosas hacia uno o más sitios en otras partes del cuerpo, a menudo a través del sistema linfático o el torrente sanguíneo. La metástasis regional o local es cáncer que se ha propagado a los ganglios linfáticos, tejidos, u órganos cercanos al lugar en donde se originó (sitio primario). La metástasis distante es el cáncer que se ha propagado a órganos o tejidos que se encuentran más alejados (por ejemplo, cuando el cáncer de pulmón se propaga hacia al cerebro). El término plural es igual, metástasis. Vea también cáncer, sitio primario, ganglio linfático, sistema linfático.

Milímetro

Abreviado como mm. Medida métrica de longitud equivalente a una milésima parte (1/1000) de un metro. 10 mm equivale a un centímetro (cm) y 1,000 mm es igual a un metro (m). Alrededor de 25 mm (o 2.5 cm) equivalen a una pulgada.

Morbilidad

Tasa de enfermedad en una población o segmento de la misma; número de personas que tienen una enfermedad o afección. Vea también incidencia, prevalencia.

Morfología

En cáncer, la forma en que las células lucen al observarse con el microscopio, incluyendo su forma, estructura, patrón, color y otras características de su aspecto.

Mortalidad

Medida de la tasa de muertes debido a alguna enfermedad dentro de un grupo dado de personas.

MRI

Vea imágenes por resonancia magnética.

Mucosa

Vea membrana mucosa.

Mutación

Cambio en el ácido desoxirribonucleico (ADN) de una célula. La mayoría de las mutaciones no causan cáncer y algunas pocas pueden incluso ser útiles. Pero se considera que todos los tipos de cáncer se deben a mutaciones que dañan el ADN de una célula. Algunas mutaciones

asociadas con el cáncer se pueden heredar (se adquiere de uno de los padres). también mutación somática, mutación heredada, ácido desoxirribonucleico, gen, genes de susceptibilidad al cáncer.

Médico de cabecera

Médico al que una persona normalmente acudiría primero cuando surge algún problema. Un médico de cabecera puede ser un doctor en medicina general, medicina familiar, ginecólogo, pediatra o internista.

Médico oncólogo

Médico especializado en diagnosticar y tratar el cáncer con quimioterapia y otros medicamentos.

N

Necrosis

El cáncer presenta una o más de las siguientes características: El término necrótico se refiere a tejido que ha muerto.

Negativo

Un resultado de las pruebas de laboratorio o hallazgos patológicos en los cuales no se encontró la anomalía que se estaba buscando. Cuando se determina que los ganglios linfáticos o los tejidos dieron resultado negativo al cáncer, esto significa que no se encontró cáncer. Vea también ganglio linfático.

Neoplasia

El proceso de formar un nuevo crecimiento anormal. Los crecimientos pueden ser benignos (no cancerosos) o malignos (cancerosos). Vea también neoplasma, tumor.

Nulípara

Que nunca ha dado a luz un bebé.

O

Obesidad

Cierto nivel de sobrepeso; en general, un índice de masa corporal (IMC o BMI por sus siglas en inglés) mayor de 30. Este índice se calcula en función del peso y la altura, pero no conforma una medida absoluta para el sobrepeso y la obesidad. Debido a que no diferencia entre la grasa y el músculo, se requiere realizar otras pruebas para determinar si una persona con un alto BMI es realmente obesa.

Oncólogo ginecológico

especializado en los cánceres de los órganos reproductores (sexuales) femeninos. Vea también equipo de atención contra el cáncer.

Ovario

Órgano reproductor en la pelvis femenina. Normalmente la mujer tiene dos ovarios, los cuales producen los óvulos que al unirse con el espermatozoide pueden dar lugar al embarazo. Además, los ovarios son la fuente principal de estrógeno, la principal hormona femenina. Vea también estrógeno, óvulo, esperma.

Ovulo

Los óvulos son liberados (usualmente uno a la vez) cada mes durante los años de reproducción (fértil) de una mujer. Tiene que ser fertilizado por un espermatozoide para que pueda crecer hasta convertirse en un bebé. Una mujer nace con todos los óvulos que siempre ha de tener. Vea también esperma.

P

Hueso púbico

También llamado pubis o arco púbico. Arco de hueso en el centro de la base de la pelvis, en el que los dos lados se unen en el frente. Vea también pelvis.

Paciente ambulatorio

Persona que está siendo tratada médicamente sin necesidad de hospitalización. Compare con paciente interno. Vea también ambulatorio.

Paciente interno

Persona cuyo tratamiento requiere hospitalización, es decir, internarse en el hospital. Compare con paciente ambulatorio.

Palpación

Uso de las manos para examinar. Una masa palpable es aquella que se puede sentir con la mano.

Predisposición

Susceptibilidad o propensión a una enfermedad que se puede manifestar con ciertas condiciones. Por ejemplo, algunas mujeres tienen antecedentes familiares de cáncer del seno y más probabilidad de padecer de cáncer del seno (aunque no necesariamente están predestinadas a ello).

Pre maligno

Vea precanceroso.

Prevalencia

Medida de la proporción de gente en la población con cierta enfermedad en un momento dado. Compare con incidencia.

Prevención

Reducción del riesgo de cáncer al eliminar o reducir la exposición a ciertas cosas que se saben que originan cáncer, o al cambiar las condiciones que contribuyen a su desarrollo (como la obesidad o la falta

de ejercicio), o al usar medicamentos que interfieren con el desarrollo del cáncer. Los cambios en el estilo de vida, como el dejar de fumar, por ejemplo, reducen el número de personas que padecerán cáncer de pulmón, entre otros.

Progesterona

Hormona sexual femenina liberada por los ovarios durante cada ciclo menstrual, a fin de preparar al útero (matriz) para el embarazo y a los senos para la producción de leche (lactancia). Vea también hormona, ovario.

Proliferaría

Crecimiento veloz o excesivo de las células, o multiplicación de las mismas.

Pronóstico

Predicción del curso de la enfermedad; la perspectiva para la supervivencia.

Protocolo

Guía o plan formal, tal como la descripción de los tratamientos que recibirá un paciente y cuándo se administrará cada uno de ellos exactamente. Vea también régimen.

Prueba de Papanicolaou

Prueba en la que se raspa el cuello uterino de una mujer para extraer células que se observan con el microscopio y determinar si hay células anormales. La prueba del virus del papiloma humano (VPH) se realiza a menudo al mismo tiempo, y usualmente también se hace un examen pélvico, aunque estas pruebas no son parte de la prueba de Papanicolaou. Vea también cuello uterino, virus del papiloma humano, examen pélvico.

R**Respuesta**

Resultado después del tratamiento, o la reacción de un medicamento o cualquier otra terapia.

S**Sistema TNM de clasificación por etapas**

Vea clasificación por etapas.

Sobreviviente

Generalmente no usado como término médico, un sobreviviente puede tener distintos significados al emplearse en personas con cáncer. Algunas personas usan el término para referirse a cualquier individuo que ha sido diagnosticado con la enfermedad. Por ejemplo, alguien que esté viviendo con cáncer puede ser considerado un sobreviviente. La Sociedad Americana Contra El Cáncer considera que cada persona tiene el derecho de definir su propia experiencia con cáncer y considera como

sobreviviente de cáncer a cualquier persona que se describa como tal, desde el diagnóstico a través del resto de su vida.

Supervivencia

Condición que describe a un sobreviviente de cáncer, es decir, que ha recibido un diagnóstico de la enfermedad. Vea también sobreviviente.

Síntoma

Cambio en el cuerpo causado por un enfermedad o condición, como es descrito por la persona que lo experimenta. Compare con signo.

T

Tasa de supervivencia

Porcentaje de personas aún vivas dentro de un determinado periodo tras haber recibido el diagnóstico o tratamiento. Para el cáncer, se tiende a manejar una tasa de supervivencia a cinco (5) años. Esto NO debe confundirse con que la persona no vivirá más de 5 años, ni que aquellos que vivan más de cinco años se han curado permanentemente.

Tasa de supervivencia a 5 años

Porcentaje de personas con cierto cáncer que viven 5 años o más tras el diagnóstico. Las tasas de supervivencia a 5 años se determinan con la información más recientemente disponible, pero puede que incluyan información de pacientes que fueron previamente tratados varios años antes. Estas cifras no toman en cuenta los avances en el tratamiento que se han estado desarrollando recientemente. Sólo ofrecen un panorama muy general de cómo las personas en el pasado han vivido con el mismo tipo de cáncer.

Terapia hormonal

Tratamiento contra el cáncer que usa medicamentos que interfieren con la producción o acción hormonal, o bien, la extirpación quirúrgica de las glándulas productoras de hormonas.

Terapia hormonal en la menopausia

Uso de estrógeno y progesterona procedentes de una fuente externa después de que el cuerpo ha dejado de producirlos debido a una menopausia natural o inducida. Este tipo de tratamiento hormonal se usa a veces para aliviar los síntomas de la menopausia (cambio de vida). Mediante algunos estudios se ha encontrado que recibir estrógeno y progesterona juntos incrementa el riesgo de cáncer de seno, al igual que el riesgo de enfermedad cardíaca y coágulos sanguíneos.

Terminal

En medicina, generalmente significa que la enfermedad no puede ser tratada eficazmente o curada, y que el paciente está muriendo.

Transfusión

Sangre o productos sanguíneos que se administran en una vena (intravenoso o IV)

Tumor

Protuberancia o masa de tejido anormal. Los tumores pueden ser benignos (no cancerosos) o malignos (cancerosos).

Tumor benigno

Crecimiento anormal que no es cáncer, ni se propaga hacia otras partes del cuerpo. Vea también tumor.

Tumor estromal

Vea tumores estromales gastrointestinales.

Tumor fibroide uterino

También llamado fibroma.. Un tumor no canceroso hecho de tejido fibroso o conectivo. Es el tumor más comúnmente encontrado entre las mujeres. Puede desarrollarse en la pared uterina o sobresalir en el recubrimiento del útero (endometrio). Por lo general no hay síntomas, pero puede causar un sangrado anormal, entre otros síntomas, dependiendo de su tamaño y ubicación en el útero. Vea también útero, leiomioma.

Tumor maligno

Masa de células cancerosas que puede invadir los tejidos cercanos o propagarse (hacer metástasis) a áreas distantes del cuerpo. No todos los cánceres forman tumores.

U

Útero

También llamado matriz. Órgano en la mujer en forma de pera que sostiene y alimenta al embrión y al feto en crecimiento. El útero está dividido en tres áreas; el cuerpo es la parte superior, el istmo es el área central estrecha y el cuello uterino que está en la base.

V

Vagina

conducto que comienza en la vulva (parte exterior de los órganos genitales femeninos) y llega hacia el útero (matriz).

Vaginitis

Cualquier inflamación de la vagina. La vaginitis atrófica es una inflamación de la vagina en la cual el tejido vaginal se hace delgado y seco. Esta condición a menudo ocurre después de la menopausia y es causada por la falta de estrógeno. Puede ser aliviada con una crema, argolla o tableta de estrógeno que se coloca en la vagina. La vaginitis también puede ser un efecto secundario de la quimioterapia. Vea también quimioterapia, vagina, estrógeno, menopausia.

Virus del papiloma humano

También conocido como VPH o HPV, por sus siglas en inglés. Virus común existente en muchas variedades, algunas de ellas causantes de cambios en las células del cuerpo que pueden tornarse en cancerosas. De los más de cien tipos de VPH, alrededor de 40 pueden vivir en las membranas mucosas, tal como en las membranas de la vagina, el cuello uterino y el ano. Algunos tipos, conocidos como VPH genitales, causan la mayoría de los cánceres de cuello uterino. El VPH genital se transmite durante el sexo vaginal, anal u oral de una persona a otra a través del contacto piel-a-piel. En la mayoría de los casos, el cuerpo elimina la infección del VPH, pero en algunas personas este virus puede causar verrugas o cáncer.

Volumen del tumor

Medición de la cantidad de cáncer existente

RESUMEN

El cáncer de ovario es un problema grave de salud, es un tumor maligno que se origina del crecimiento descontrolado de las células que recubren los ovarios y generalmente se extiende a otros órganos situados en la pelvis y abdomen; ocupa el segundo lugar de las neoplasias del tracto genital femenino. Existen varios tipos histológicos de cáncer de ovario y estos dependen de la célula original de la que derivan: tumores epiteliales (90%), tumores germinales (5%), en menor porcentaje tumores del estroma gonadal (4%), también existen tumores benignos, tumores bordelinde o intermedio y tumores malignos. Se estima que son de naturaleza multifactorial, muchos estudios dan a conocer factores que están relacionados de forma directa con el desarrollo de esta patología, entre los principales factores de riesgo tenemos: Síndrome de ovario poliquístico, endometriosis, obesidad, enfermedad inflamatoria pélvica, antecedentes familiares de cáncer de ovario, mama, colon y mutación genética. El riesgo de padecer cáncer de ovario alcanza entre el 2 y 3% en mujeres con una mutación del gen BRCA1 a los 35 años y en aquellas con una mutación BRCA2 a la edad de 50

La edad promedio en la que se presenta este tipo de cáncer es a los 40 años. Para llegar al diagnóstico requiere exploración quirúrgica y es necesario realizar un estudio histopatológico. Existen dos formas de presentación: temprana en donde es inespecífico y no hay sintomatología; avanzada o tardía, sintomática se presenta con sangrado transvaginal, síntomas gastrointestinales, anemia, dolor y masa tumoral en región abdominal. Es estadios tempranos son de buen pronóstico, no así en etapas avanzadas donde hay recaídas y muchas veces es evidente las metástasis a órganos localizados en pelvis y abdomen.

Palabras clave:

Cáncer, factores de riesgo, gen BRCA, síndrome de ovario poliquístico, endometriosis, enfermedad inflamatoria pélvica, metástasis.

ABSTRACT

Ovarian cancer is a serious health problem, it is a malignant tumor that originates from the uncontrolled growth of the cells that line the ovaries and generally extends to other organs located in the pelvis and abdomen; it occupies second place in the neoplasms of the female genital tract. There are several histological types of ovarian cancer and these depend on the original cell from which they derive: epithelial tumors (90%), germinal tumors (5%), in a smaller percentage of gonadal stromal tumors (4%), there are also benign tumors, borderline or intermediate tumors and malignant tumors. It is estimated that they are multifactorial in nature, many studies reveal factors that are directly related to the development of this pathology, among the main risk factors we have: Polycystic ovarian syndrome, endometriosis, obesity, pelvic inflammatory disease, family history of ovarian cancer, breast, colon and genetic mutation. The risk of ovarian cancer reaches between 2 and 3% in women with a BRCA1 mutation at 35 years and in those with a BRCA2 mutation at the age of fifty

The average age at which this type of cancer occurs is at 40 years. To

reach the diagnosis requires surgical exploration and it is necessary to perform a histopathological study. There are two forms of presentation: early where it is non-specific and there are no symptoms; advanced or late, symptomatic presents with transvaginal bleeding, gastro-intestinal symptoms, anemia, pain and tumor mass in the abdominal region. Early stages are of good prognosis, not so in advanced stages where there are relapses and it is often evident metastasis to organs located in the pelvis and abdomen.

Keywords:

Cancer, risk factors, BRCA gene, polycystic ovarian syndrome, endometriosis, pelvic inflammatory disease, metastasis

INTRODUCCION

El cáncer de ovario es la segunda neoplasia ginecológica más común en los países desarrollados y la tercera malignidad ginecológica en los países en desarrollo (el cáncer de cérvix es el más común) (1). Las neoplasias ováricas se forman a partir de células de los ovarios o trompas de Falopio que crecen aceleradamente y forman masas tumorales, dentro de las más comunes tenemos las epiteliales representan el 90-95%, los otros tipos provienen de otros tipos celulares como lo es los tumores de células germinales y tumores de estroma de cordón sexual. (3)

La edad promedio en el momento del diagnóstico es en pacientes de 40 a 70 años. El diagnóstico de Ca ovárico en mujeres más jóvenes en la mayoría de los casos corresponde a un síndrome de cáncer ovárico hereditario.(5)

ETIOLOGIA

Los principales factores de riesgo asociados al desarrollo de cáncer ovárico son: edad, infertilidad, endometriosis, síndrome de ovario

poliquístico, dispositivos intrauterinos y tabaquismo (relacionado con carcinomas mucinosos). (4). Varios estudios han identificado varios genes de susceptibilidad relacionados íntimamente con el cáncer de ovario, entre estos tenemos BCRA1, BCRA2 y los genes de reparación del desemparejamiento asociados con el síndrome de Lynch, las mutaciones del gen *BRCA* representan un riesgo inminente en el desarrollo de este tipo de neoplasia. (6)

Se han identificado 2 etapas: temprana, caracterizada porque es asintomático o presenta síntomas inespecíficos y tardía; como signo ecográfico se muestra una presencia de masa tumoral anexial. (8). En etapas avanzadas o tardías se presentan síntomas como: distensión abdominal, sangrado transvaginal, síntomas gastrointestinales, ascitis, serositis, síntomas urinarios masa tumoral en pelvis y/o abdomen.(8)

El pronóstico en estadios tempranos es bueno y están libre de recurrencia a los cinco años en un 80% de los casos. (9) Sin embargo, la mayor parte de los casos con diagnóstico en etapas avanzadas es malo y en su mayoría hay una recurrencia con alta mortalidad. Por tal motivo, se plantea el presente estudio de tipo retrospectivo descriptivo y observacional con el propósito de identificar la incidencia, establecer un perfil epidemiológico sobre el Cáncer Ovárico exclusivamente en pacientes mayores de 40 años de edad que fueron atendidas en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo durante el periodo 2014-2016

CAPITULO I

EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

El cáncer de ovario es la segunda malignidad ginecológica más común en los países desarrollados y la tercera malignidad ginecológica más común en los países en desarrollo (el cáncer de cuello uterino es el más común). La presentación clínica del carcinoma de ovario puede ser subaguda o aguda. (4) El diagnóstico de carcinoma de ovario epitelial (EOC), trompas de Falopio o peritoneal requiere exploración quirúrgica. Se debe realizar un diagnóstico histopatológico, las estirpes del cáncer de ovario se originan en el epitelio de las células germinales y del estroma gonadal. (3)

A nivel mundial en el año 2008, aproximadamente 225,000 pacientes fueron diagnosticadas con cáncer de ovario y 140,000 fallecieron a causa de esta enfermedad. (10). En los países en vías de desarrollo, es la tercera malignidad ginecológica más común con una incidencia de 5/100 con una tasa de mortalidad de 3/100. (10). La edad en la que es

frecuente esta patología es de 40 a 70 años de edad al momento del diagnóstico. Existe un incremento en el riesgo de padecer cáncer de ovario en mujeres con una mutación del gen BRCA1 y BRCA2 (9)

En el área de ginecología del Hospital Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil se atienden pacientes de edad media con diagnóstico de Cáncer de Ovario que requieren estudios y métodos de diagnóstico, complicaciones por expansión tumoral con ingresos hospitalarios para el manejo y tratamiento oportuno, A través de este trabajo de titulación y aplicando análisis descriptivo se busca identificar y demostrar la frecuencia, evolución, curso de enfermedad de pacientes para obtener conclusiones y establecer el correcto perfil epidemiológico.

1.2 JUSTIFICACIÓN

El propósito de este estudio es valorar la frecuencia, incidencia de casos de pacientes con Cáncer Ovárico, determinar los factores de riesgo que se han presentado durante el periodo de enero del 2014 a diciembre del 2016; al mismo tiempo correlacionar las cifras nuevas de casos con estudios previos y datos estadísticos de dicha institución, para enfocarse a la prevención y disminución factores de riesgo y el diagnóstico temprano mediante determinación de variables de laboratorio y endoscopia con estudios histopatológicos para enfocarse a la prevención y disminución de los factores de riesgo y evitar complicaciones.

En este estudio los pacientes habrán sido diagnosticados de Cáncer Ovárico incluido el tipo de neoplasia (epiteliales, células germinales, tumores de estroma de los cordones sexuales).

Se trata de un estudio retrospectivo, analítico y observacional ya que el tema escogido para investigar tiene gran relevancia estadística e importancia dentro del ámbito de salud ya que es un problema público. La identificación de factores de riesgo, el conocimiento de la fisiopatología y sus métodos de diagnóstico y tratamiento contribuyen a la disminución de complicaciones y su diseminación. Se plantea determinar el perfil epidemiológico de pacientes atendidos y estudiar todos los aspectos necesarios para poder establecer información actualizada para la institución.

DELIMITACION DEL PROBLEMA

Naturaleza: Área 4 de Investigación

Campo de investigación: NEOPLASIAS

Área de investigación: 4. NEOPLASIAS – Sublínea: Neoplasia Ginecológica – Perfil Epidemiológico

**TEMA A INVESTIGAR: PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE
CANCER OVARICO EN PACIENTES ATENDIDAS EN
EL HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO.**

**ESTUDIO A REALIZARSE EN EL PERIODO 2014 A
2016**

**LUGAR: HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
TEODORO MALDONADO CARBO**

PERIODO: Enero del 2014 a diciembre de 2016

DETERMINACIÓN DEL PROBLEMA

El cáncer de ovario ocupa el segundo lugar de las neoplasias en países desarrollados y el tercer lugar en países en vías de desarrollo, requiriendo un análisis exhaustivo en relación a las causas más comunes que pueden llevar a su desarrollo, debido a que sin un perfil epidemiológico específico no se puede definir los principales causantes del desarrollo de este tipo de neoplasia y por ende no se puede determinar la calidad de vida de las pacientes. Quedando abierta la posibilidad de crear campañas por medio de las cuales damos a conocer los principales factores de riesgo relacionados al desarrollo de esta patología.

Este tipo de neoplasia esta habitualmente asociado a los países desarrollados, de donde han sido reportados la mayoría de los casos

Por medio del presente trabajo pretendemos determinar los principales factores que están relacionados a esta patología y la frecuencia de esta enfermedad. Este estudio se realizó en base a historias clínicas de los pacientes ingresados en el servicio de ginecología del Hospital Teodoro Maldonado Carbo periodo 2014-2016.

1.4 FORMULACION DEL PROBLEMA

PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE CANCER OVARICO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO. Estudio a realizarse en el periodo 2014 a 2016

Lugar: Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo periodo: enero del 2014 a diciembre de 2016

1.5 PREGUNTAS DE INVESTIGACION

¿Cuál es la incidencia de cáncer de ovario en pacientes de 40 años atendidos y hospitalizados en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo durante el año 2016?

¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a la presentación de Cáncer de Ovario en el HTMC durante el año 2016?

¿Cuál es el tipo histológico de Cáncer de Ovario y que tipo de complicaciones presentaron durante el año 2016?

1.6 OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar el número de pacientes que padecen cáncer de ovario en el periodo 2014 – 2016

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Identificar el tipo histológico más frecuente de cáncer de ovario
2. Estimar el grupo etario más frecuente
3. Estimar la evolución de las pacientes de buen a mal pronóstico
4. Establecer las variables epidemiológicas biogeográficas de interés

HIPOTESIS

La dispersión de la mortalidad de los pacientes con diagnóstico de cáncer de ovario se centrará más en pacientes mayores de 40 años.

VIABILIDAD

Es viable por lo tanto es de interés social, existen las autorizaciones correspondientes para su ejecución por lo que se espera alcanzar los objetivos propuestos y brindar un aporte importante.

Este estudio se llevó a cabo en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo, donde además realizamos nuestro internado rotativo.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

Concepto

El cáncer de ovario es una enfermedad causada por el crecimiento descontrolado de las células que cubren los ovarios, afecta a una de cada 10 mujeres, es la segunda neoplasia maligna en ginecología y la principal causa de muerte por cáncer ginecológico. Se considera la cuarta causa de fallecimientos en pacientes femeninos. La incidencia de este tipo de neoplasias a nivel mundial demuestra que hay gran variación geográfica. La principal causa de muerte es debido al diagnóstico en etapas avanzadas de la enfermedad, por presencia de sintomatología inespecífica en etapas tempranas y su curso asintomático. Normalmente la sintomatología se hace evidente debido a que avanza a órganos pelvianos y abdominales. Aproximadamente en 80-90% de las neoplasias del ovario derivan de células epiteliales y aparece en pacientes mayores de 40 años, el 10-20% provienen de células germinales o del estroma y celoma. (1)

ANTECEDENTES

El cáncer de ovario es el sexto tumor más frecuente en la mujer. A nivel mundial cada año se diagnostican más de 200 mil nuevos casos, que corresponde aproximadamente al 4% de todas las neoplasias diagnosticadas en todas las mujeres. La historia natural de cáncer de ovario se conoce hace más de 150 años durante este tiempo se ha modificado su incidencia mas no asi la mortalidad esto a pesar de los tratamientos que se ha brindado. En los últimos 20 años la supervivencia ha aumentado a 5 años, que no ha dejado de incrementarse de 30 a 50% con tratamientos con cisplatino; en total solo 5% de 20 a solo 25% en

mujeres con tumores avanzados. En el continente europeo aproximadamente un tercio de las mujeres diagnosticadas con cáncer de ovario vive cinco años posteriores a su diagnóstico. El retraso en el diagnóstico está íntimamente ligado a que la mayoría de este tipo de neoplasias se encuentren en etapas avanzadas donde poco o nada es lo que se puede hacer. Favorablemente con un diagnóstico precoz hay buena respuesta a la quimioterapia sistémica mayor a 80% de los casos especialmente cuando se acompaña a cirugía cito-reductora óptima. A pesar de la buena al tratamiento con quimioterapia de primera línea, posteriormente en un 50% de las mujeres hay recidiva.

FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS

FACTORES DE RIESGO

En la actualidad se han dado a conocer varios mecanismos patogénicos que explican los factores relacionados con el desarrollo del carcinoma de ovario especialmente con el tipo más común que es el tipo epitelial. Antiguamente se plantearon algunas hipótesis, una de ellas es la **ovulación incesante**, que consiste en la ovulación repetida la cual es la responsable de micro-traumas en el epitelio ovárico conduciendo de esta forma a la transformación maligna.(4)

Múltiples estudios apoyan esta hipótesis, los mismos que se han realizado con la supervisión de la ovulación, reforzando así que el uso de anticonceptivos orales, el embarazo y la lactancia reducen la incidencia de carcinoma epitelial.. (3)

Otra hipótesis que se planteó fue acerca de la excesiva exposición o exposición persistente a las gonadotropina y a las concentraciones elevada de estradiol. Esta hipótesis se refuerza por la observación de que

los tumores ováricos inducidos de forma experimental, ya que se ha confirmado que éstos contienen receptores de gonadotropina.(5)

La edad en la que las pacientes tienen la menarquia y la menopausia son considerados como factores de riesgo para cáncer de ovario, debido a que en cualquiera de estos casos hay un mayor número de ovulaciones, en mujeres pre menopáusicas se atribuye a la elevación de la androstenediona y dehidroepiandrosterona

La menopausia en edad tardía es decir después de los 52 años, aparentemente está asociada a un aumento del riesgo para desarrollar carcinoma de ovario. Como un ejemplo, EPIC encontró un aumento estadísticamente significativo en el riesgo de carcinoma de ovario en mujeres en la que se presentó la menopausia a > 52 años de edad a diferencia de las pacientes ≤45 años.

La nuliparidad, aparentemente tiene un mayor riesgo de carcinoma epitelial de ovario. Como un ejemplo, un estudio de cohorte retrospectivo de más de 20,000 mujeres encontró que las mujeres con hijos tenían un riesgo significativamente menor de cáncer de ovario. (4), es decir en las pacientes nulíparas hay un incremento del riesgo a 2.45 veces a diferencia de las pacientes multíparas.

Factores Genéticos, las pacientes que presentan una mutación genética en, los genes BRCA1 y 2 poseen del 16 a 54% y de 10 a 25%, respectivamente, mayor riesgo de padecer cáncer de ovario. Este riesgo disminuye cuando la alteraciones en el gen BRCA2, comparado con el BRCA1.

El gen BRCA1 se encuentra en el cromosoma 17 (17q12-q21) y fue descubierto en 1990. El gen BRCA2 se localiza en el cromosoma 13 (13q12-q13) y fue descubierto en 1995.

Ambos genes aumentan el riesgo de padecer cáncer de ovario en personas mayores de 70 años de edad. El gen BRCA1 eleva el riesgo de padecer esta neoplasia maligna en 60% y por lo general se presenta en edad más temprana y el gen BRCA2 en 27%, a diferencia del bajo riesgo

que se presenta en edades más avanzadas y generalmente tiene la población que no posee alteraciones genéticas. La etapa en que se manifiesta el cáncer de ovario es similar para los portadores de *BRCA* y las pacientes que no poseen mutaciones; aproximadamente el 70 por ciento de los pacientes presentan enfermedad en estadio III o IV.(6)

El carcinoma de ovario asociado con cáncer de mama es la forma más frecuente, y posee la expresión completa del gen *BRCA1* requiriendo de esta manera cinco o más familiares de primer y segundo grado con cáncer de ovario o cáncer de mama. Las pacientes que tienen antecedentes familiares de estas patologías, principalmente cuando es en primer grado de consanguinidad tienen mayores posibilidades de sufrir cáncer de ovario,

También encontramos otros genes que están relacionados con esta neoplasia, *BRIP1*, *RAD51C*, *RAD51D*, así también los genes de reparación del desajuste (asociados al síndrome de Lynch). Las mutaciones genéticas representan aproximadamente la cuarta parte de los casos de cáncer de ovario. El síndrome de cáncer de ovario específico del sitio ha sido descrito como una entidad distinta, pero en la actualidad está considerado como parte del síndrome de cáncer de mama y de ovario.

El cáncer de ovario en algunos casos se encuentra asociado a cáncer de endometrio (tumor sincrónico); el riesgo de padecer cáncer de endometrio es aproximadamente de 1.5 entre madres y hermanas de las pacientes que han sido diagnosticadas con cáncer de ovario

Es importante mencionar a aquellas pacientes infértiles y que tiene diagnóstico de endometriosis poseen un riesgo de 1.73 veces de padecer cáncer de ovario. En este tipo de pacientes los múltiples tratamientos para fertilidad se asocian de manera directa al desarrollo de tumores de ovario.

Exposición a estrógenos: Las terapias hormonales de reemplazo a base de estrógenos por un tiempo superior a los cinco años representa un riesgo relativo para el desarrollo de esta enfermedad debido a que los metabolitos de éstos forman parte del desarrollo del carcinoma de ovario por medio de la vía de muerte celular; aunque es reversible al suspender el tratamiento.

El tabaco, incrementa el riesgo de padecer cáncer de ovario de tipo mucinoso, por medio de estudios se ha comprobado que las mujeres que fuman más de veinte cigarros al día son más susceptibles a desarrollar este tipo de neoplasia.

Obesidad: la dieta rica en grasa saturada aumenta del riesgo de cáncer de ovario, especialmente en mujeres que nunca han usado terapia hormonal para la menopausia. Por ejemplo, un aumento de 5 unidades en el IMC está asociado con un aumento de 10 % del riesgo en mujeres que nunca han usado terapia hormonal para la menopausia.

FACTORES PROTECTORES

Los factores que están relacionados con bajo riesgo de cáncer de ovario incluyen: Anticonceptivos orales, Multiparidad, Salpingo-ooforectomía, Ligadura de trompas, Histerectomía, Lactancia. (6)

Anatomía patológica y Fisiopatología

PATOGENIA

En los ovarios se pueden desarrollar tumores de naturaleza benigna y/o maligna, de consistencia quística o sólida, de tipo: epitelial con mayor porcentaje, conjuntivo, funcionante o no y teratomas.

Frecuentemente se presentan tumores no neoplásicos que tienen origen folicular, son quísticos originados por alteraciones en la formación del folículo o en su etapa involutiva.

Las neoplasias tienen histología diversa, los más comunes en orden decreciente tenemos a los de de origen epitelial, del estroma gonada y los tumores germinales.

Muchos de los tumores benignos, en un 75 a 85% de los casos, en el proceso pueden evolucionar y malignizarse.

Según estudios epidemiológicos podemos enunciar 3 teorías con respecto a las causas de esta enfermedad:

- La división celular ininterrumpida y la continua regeneración del epitelio ovárico en cada periodo da lugar a las mutaciones y la malignización por la estimulación de los ovarios y por hormonas gonadotrópicas. - La exposición del ovario a diferentes agentes carcinogénicos que ya han sido mencionados anteriormente. – factores genéticos.

Fisiopatología

La forma en la que se desencadena esta patología se da por la mitosis celular, para que se transmita es necesario que haya susceptibilidad a la mutación.

El cáncer de ovario tiene como responsable a los espermatozoides de los padres. Una vez que se transmite, el individuo que lo hereda es el portador y a su vez éste transmitirá a su descendencia, dependiendo del carácter ya sea dominante o recesivo del gen alterado causante del cáncer. Lo más común es dominante si es un oncogén y recesivo si es un gen oncosupresor mutado.

INCIDENCIA

El cáncer de ovario es un problema de salud pública es considerada la quinta neoplasia en incidencia en mujeres de EEUU, con 50 nuevos casos/100.000 mujeres al año. El 50% corresponde a cáncer epitelial de ovario con una mayor tasa de incidencia en países desarrollados como son: Estados Unidos, continente Europeo, Australia y Nueva Zelanda. (2) Con mayor incidencia en Estados Unidos a diferencia del norte de Europa. Las mujeres caucásicas en Estados Unidos y las hawaianas tiene mayor riesgo de padecer este tipo de neoplasias, comparado con la población de mujeres afro-americanas que tienen riesgo medio y las mujeres hispanas, tienen un bajo riesgo.

Frecuentemente encontramos en países desarrollados con antecedentes gineco obstétricos de importancia. Los antecedentes patológicos familiares de neoplasias de ovario, mama, colon representan un porcentaje importante y aún más si se ha registrado mutaciones de los genes BCRA 1/ BCRA 2. (2)

La Asociación Americana de Cáncer en el 2009, determinó que aproximadamente 225,000 mujeres fueron diagnosticadas con cáncer de ovario y 140,000 fallecieron a causa de esta enfermedad.

En los países industrializados, es la tercera malignidad ginecológica más común, con una incidencia de 5./ 100 y una tasa de mortalidad de 3.1 por 100,000. (3).

Las tasas de incidencia es más elevada en caucásicos con 13.4/100.000 en comparación con mujeres hispanas que es de 11,3/100.000, población indígena americana/nativos de Alaska con 11.2/100.000,

afroamericanos, asiáticos, islas del pacífico 9.8/100.000. en las mujeres negras con cáncer de ovario de tipo epitelial avanzado aumenta las probabilidades de morir en 1.3 veces más que las mujeres blancas según la base de datos SEER de 1995-2007. (4)

En Estados Unidos la edad promedio de diagnóstico de este tipo de neoplasia es aproximadamente a los 63 años.

La incidencia según la edad es de 20 a 39 años de 3.1 a 5.1 /100.000, de 40 a 49 a 15.2 / 100.000, de 50 a 59 años 21.8 a 28.3/ 100.000, 60 a 69 a 41.5 /100.000 y mayores de 70 años 47 a 56.7 /100.00.(2)

Clasificación

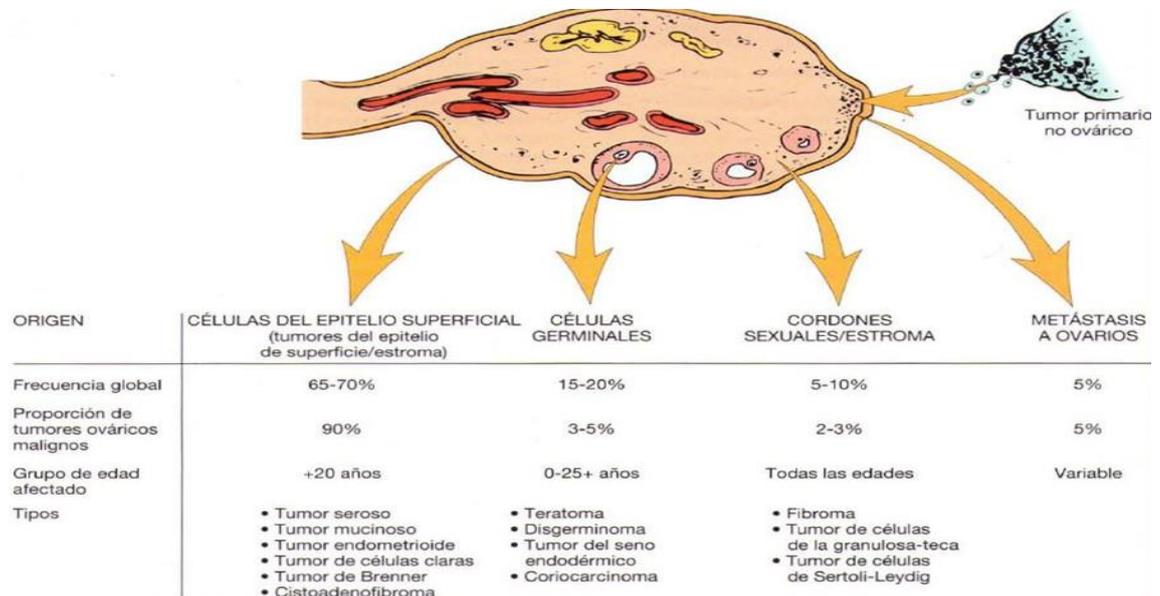
El cáncer de ovario se divide en: tumores no epiteliales y epiteliales (90%), (Anexo 1, Tabla 1).

1. Clasificación histopatológica de las neoplasias de ovario

Tumores epiteliales	Tumores del estroma del cordón sexual	Tumores de células germinales	Otros tumores
Cistoadenocarcinoma seroso	Tumor de células Sertoli- Leydig	Disgerminoma	De células lipídicas
Cistoadenocarcinoma mucinoso	Tumor de células de la granulosa	De senos endodérmicos	Metastásicos
Células claras carcinoma indiferenciado	Ginandroblastoma androblastoma	Carcinoma embrionario Teratoma Mixtos	

Carcinoma endometrioide

Tumor de brenner



Tumores ováricos epiteliales

Se denominan tumores epiteliales debido a que provienen del epitelio de la superficie ovárica. Para comprender la complejidad se han clasificado de acuerdo a los criterios histopatológicos: tipo celular, citología, crecimiento. Existen cinco tipos celulares diferentes: serosos, mucinosos, endometrioides, de células claras y células transicionales. Los tres grados de atipia citológica incluyen: lesiones de origen benignas, lesiones a límite o baja malignidad y lesiones malignas. La forma de crecimiento se refiere a la configuración arquitectónica del tumor que indica la dirección en la que crece la neoplasia, si hablamos de un patrón exofítico papilar crece desde la superficie del ovario y si se refiere a patrón endofítico se refiere el crecimiento es dentro del quiste.

Tumores ováricos epiteliales benignos

La mayoría de los tumores ováricos epiteliales son benignos, generalmente no se propagan ni conducen a enfermedades graves. Entre los tumores epiteliales benignos, tenemos los cistoadenomas serosos, los cistoadenomas mucinosos y los tumores de Brenner.

Tumores de bajo potencial maligno

Este tipo de tumores al ser observados no se ven claramente como cancerosos, es por esto que se los conoce como tumores de bajo potencial maligno (low malignant potential, LMP). Otro sinónimo con el que se conoce es como tumor fronterizo.

Se caracterizan porque su crecimiento va dirigido al estroma ovárico y se propagan fuera del ovario ya sea a la cavidad abdominal. Estos cánceres por lo general afectan a las mujeres más jóvenes en comparación con los cánceres ováricos típicos. Los tumores de bajo potencial maligno crecen lento y no son causantes de la muerte como lo hacen la mayoría de los cánceres de ovario..

Tumores ováricos epiteliales malignos

Típicamente se denominan carcinomas, representan el 85 a 90% de los cánceres de ovario. Al visualizar al microscopio presenta diversas formas lo que permite clasificar a los carcinomas ováricos epiteliales en diferentes tipos. El tipo seroso es por mucho el más común, pero existen otros tipos como mucinosos, endometrioides y de células claras.

Tumores tipo I: representan el 25%, incluyen tumores de células claras, endometriode de bajo grado, mucinosos, serosos de bajo grado y transicionales. Con frecuencia representan a mutaciones de los genes KRAS, BRAF, PIK3CA y ERBB2 que codifican proteinquinasas y otras alteraciones como PTEN y CTNBI.

Tumores tipo II: representan el 75%, incluyen carcinoma seroso de alto grado, endometriode de alto grado, indiferenciado y carcinosarcomas. La mayoría de las mutaciones son del gen TP53.

Tumores ováricos de células germinales

Son tumores de naturaleza benigna, representa al 2% de los tumores de ovario; aunque en contadas ocasiones llegan a maligniarse, generalmente son de buen pronóstico, existen varios tipos entre estos tenemos: teratoma, disgerminomas, tumores del seno endodérmico, y coriocarcinomas.

PRESENTACION CLINICA

El cáncer de ovario puede presentarse de dos formas: aguda o subaguda. En las pacientes que se presentan de forma aguda son aquellas formas avanzadas que se manifiestan con afección que requiere atención emergente y continua valoración (p. Ej., Derrame pleural, obstrucción intestinal). La forma más común de presentación es la forma subaguda (p. Ej., Dolor abdominal o pélvico, hinchazón, síntomas gastrointestinales) en mujeres con enfermedad en etapa temprana o avanzada. Generalmente las evaluaciones se realizan de forma ambulatoria. La presencia de masa anexial se descubre de manera incidental al realizar exámenes de imágenes.(6).

Es poco frecuente el descubrimiento del carcinoma epitelial de ovario al realizar una cirugía realizada para otra indicación.

Presentación aguda

El Derrame pleural, es la presentación inicial para algunas mujeres con carcinoma epitelial de ovario y se manifiesta con la dificultad para respirar debido a un derrame pleural maligno. Las imágenes de tórax revelan dicho derrame y lo más indicado en estos casos es realizar una toracentesis con biopsia, el hallazgo de células malignas de Müller sugiere un diagnóstico de EOC, y el paciente debe ser evaluado con imágenes de la pelvis y el abdomen. (6)

La Obstrucción Intestinal, se presenta en algunas mujeres con COE y los principales motivos por los que consulta las pacientes es por náuseas y vómitos intensos. En los estudios por imágenes se puede encontrar una masa abdominal.

Es poco frecuente que las mujeres con carcinoma epitelial de ovario presenten inicialmente trombo embolismo venoso (TEV). (6)

Presentación Subaguda

Es posible encontrar una masa anexial a nivel de la pelvis y este puede estar acompañado de sensación de presión, dolor, y en estadios mas avanzados dolor intenso mas la presencia de una masa de tamaño variable que se extiende más allá de los anexos.(7).

La sintomatología que acompaña son: Urgencia miccional, dificultad para comer plenitud, dolor pélvico o abdominal. La fisiopatología de los síntomas abdominales en mujeres con enfermedad confinada al ovario o la pelvis no se conoce bien. En las pacientes con edad avanzada se presenta distensión abdominal, náuseas, anorexia o plenitud temprana, esto se atribuye a la ascitis y metástasis omental o intestinal.(7)

Los Síndromes para neoplásicos asociados a carcinoma epitelial ovárico que incluyen degeneración cerebelosa, polineuritis, dermatomiositis, anemia hemolítica, coagulación intravascular diseminada, acantosis o síndrome nefrótico(7).

DIANOSTICO Y ESTADIFICACION

La estadificación quirúrgica del cáncer de ovario según la FIGO es:

I Tumor limitado a los ovarios

II El tumor afecta a uno o ambos ovarios con extensión a órganos o estructuras de la pelvis

IIA Extensión al útero o a las trompas de Falopio

IIB Extensión a otros tejidos pélvicos

III Tumor con implantes fuera de la pelvis o en los ganglios linfáticos

IIIA1 Tumor localizado en la pelvis, pero con afectación de ganglios retroperitoneales

IIIB Tumor localizado en la pelvis, pero con implantes fuera de la pelvis (en la cavidad abdominal) menores de 2 centímetros de tamaño, los ganglios no están afectados

IIIC Tumor localizado en la pelvis con implantes fuera de la pelvis (en la cavidad abdominal) mayores de 2 centímetros de tamaño o los ganglios están afectados

IV Presencia de metástasis en órganos distantes

La citología se realiza mediante lavados pélvicos y de la superficie del diafragma; también se realiza la omentectomía. La cito-reducción, puede incluir desde resección hepática intestinal o parcial, se realiza cuando hay evidencia de metástasis.(8)

La estadificación generalmente se realiza mediante laparotomía o laparoscopia asistida por robot, pero se utilizan abordajes laparoscópicos vaginales o convencionales en algunas pacientes (9)

La prueba del CA 125 sirve como abordaje de los marcadores tumorales preoperatorios, debe extraerse un antígeno basal de cáncer de suero, el 125 (CA 125), en el 80% de los pacientes con cáncer epitelial de ovario este marcador se encuentra muy elevado.

La mayoría de las mujeres con cáncer de ovario se diagnostica con enfermedad localmente avanzada y metastásica, según la federación internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) Etapas III y IV.(10)

El cáncer de ovario, se estadifica quirúrgicamente de acuerdo con el sistema de clasificación de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) / Tumor, Nódulo, Metástasis (TNM). El tipo histológico y el grado deben registrarse. Comúnmente, los carcinomas pueden ser serosos de alto o bajo grado, y los carcinomas endometrioides de grado 3

del ovario, la trompa de Falopio o el peritoneo se consideran biológicamente similares a los carcinomas serosos de alto grado (11).

La Etapa IC se ha dividido en tres subconjuntos: IC1 (derrame quirúrgico), IC2 (ruptura preoperatoria de la cápsula ovárica o tumor en la superficie de los ovarios o las trompas) e IC3 (células malignas en la ascitis o los lavados peritoneales). En caso de que se realice lavados es conveniente solicitar la citología. (12).

La presencia de adherencias densas con células neoplásicas probadas histológicamente se presentan en la etapa II. En el estadio IIIA hay metástasis peritoneal microscópica más allá de la pelvis. Se subdividió en ganglios retroperitoneales positivos solamente (IIIA1) y otras metástasis extra pélvicas microscópicas (IIIA2). El estadio IIIA1 (solo ganglios retroperitoneales positivos) aquí es necesario clasificar según el tamaño del depósito metastásico en el ganglio. En la etapa IIIA1 tiene un depósito de hasta 10 mm y IIIA1 (ii) tiene más de 10 mm de dimensión máxima.(12)

El estadio IV se ha subdividido en derrame pleural maligno (IVA) y metástasis hepáticas parenquimatosas o metástasis en órganos extra-abdominales (BIV) (incluidos los ganglios linfáticos inguinales y los ganglios linfáticos fuera de la cavidad abdominal). (13)

Estudios por imágenes

Los estudios por imágenes que usamos para el diagnóstico de cáncer de ovario tenemos: tomografía computarizada, resonancia magnética y los estudios por ecografía pueden confirmar si hay alguna masa pélvica. Estos estudios no son para confirmación sino para ver la extensión para saber si el cáncer de ovario se ha propagado a otros tejidos y órganos.

Ecografía

La ecografía es uno de los primeros estudios que se realizan en caso de estudios de cáncer, es útil para encontrar la masa tumoral y determinar si

realmente se trata de un tumor o masa sólida o de un quiste (contenido líquido).

Tomografía computarizada

La tomografía computarizada (computed tomography, CT) es un procedimiento radiológico que produce imágenes transversales detalladas del cuerpo en estudio.

La tomografía computarizada (CT) nos permite visualizar desde pequeños tumores ováricos, pero puede mostrar tumores más grandes, sobre todo muestra la extensión del tumor y si esta invadiendo estructuras cercanas. No se usa como guía para realizar biopsias.

Resonancia magnética

Los análisis de MRI son comúnmente utilizadas para examinar el cerebro y la médula espinal.

Radiografía

Se realiza con la finalidad de determinar la propagación hacia otros órganos. Esta propagación puede causar uno o más tumores en los pulmones y con más frecuencia produce derrames pleurales.

Tomografía por emisión de positrones

Otras pruebas

Laparoscopia

Este procedimiento ayuda a la visualización de órganos

Biopsia

La forma más acertada para determinar si se trata de una tumoración benigna se realiza por visualización al microscopio previamente extrayendo muestra del área sospechosa. Para el cáncer de ovario, la biopsia se hace con más frecuencia mediante la extirpación del tumor.

En pocas ocasiones, se puede hacer una biopsia cuando se sospecha de un cáncer de ovario durante una laparoscopia o con una aguja colocada directamente en el tumor a través de la piel del abdomen. Por lo general, la aguja será guiada por una ecografía o una CT. Esto se emplea únicamente en pacientes que no pueden someterse a cirugía debido a cáncer avanzado o a otra condición médica que sea grave, ya que existe preocupación de que una biopsia podría propagar el cáncer.

Pronóstico

Aproximadamente el 80 por ciento de los pacientes con enfermedad en estadio temprano no presentan recurrencia a lo largo de los cinco años.; no así, las pacientes con cáncer de ovario en estadio avanzado debido a que la mayor parte recaerán. Las pacientes que presentan recurrencia aumenta la mortalidad. Las características biológicas del cáncer de ovario pueden ayudar a predecir el pronóstico del paciente y su respuesta a las terapias médicas y quirúrgicas.

A pesar de los múltiples exámenes que se realizan para realizar el diagnóstico precoz y el sin número de tratamientos la supervivencia global actual a 5 años se sitúa alrededor del 30 – 40%, con una mediana de supervivencia libre de enfermedad entre 16 y 22 meses. Estas cifras varían en función del estadio de la enfermedad. Todo esto pone de manifiesto la importancia del desarrollo de técnicas eficaces de diagnóstico precoz en este tumor. (3)(14)(16)

CAPITULO III

MATERIALES Y METODOS

MÉTODOS DE LA INVESTIGACION

Este proyecto tiene un enfoque cualitativo, se caracteriza por ser un estudio retrospectivo porque son datos de pacientes con Cáncer de Ovario en pacientes de 40 años del hospital Teodoro Maldonado Carbo comprendido en el año 2014 al año 2016, que se recolectaron mediante historias clínicas

TIPO DE INVESTIGACION

Estudio a realizarse en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo, en el área de hospitalización del Servicio de Ginecología

Se trata de un Estudio de carácter observacional indirecto de enfoque cualitativo, de diseño no experimental, descriptivo, de corte retrospectivo y transversal

DISEÑO DE INVESTIGACION

Este proyecto es una investigación observacional y descriptiva de tipo no experimental porque no existe la intervención del autor, son datos ajenos a la voluntad del investigador.

El tipo de investigación es transversal porque las variables son medidas en una sola ocasión como los datos del hospital de estudio y con las historias clínicas

PROCEDIMIENTO DE INVESTIGACION

Los datos se obtuvieron mediante la revisión de las historias clínicas con recolección de datos por el sistema AS-400.

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN O RECOLECCIÓN DE LA DATA

La identificación de pacientes con Cáncer de Ovario ingresadas en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil en el periodo de estudio, comprendido en el año 2014-2016, se realizara a partir de las historias clínicas registradas en el sistema AS 400 proporcionadas por el departamento de estadística, la información requerida se obtuvo de la revisión de las historias clínicas de los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión, se recolectaron los datos en una hoja de recolección de datos elaborada por el investigador y con la información recabada se conformó una base de datos en Microsoft Excel y el programa IBM - SPSS para la elaboración de tablas y gráficos de barras donde se representen las variables del estudio.

LOCALIZACION / CARACTERIZACION DE LA ZONA DE TRABAJO

Área de Estadística del Hospital Teodoro Maldonado Carbo, mediante revisión de historias clínicas por medio del sistema informático ligado al ambiente de hospitalización.

PERIODO DE INVESTIGACION

De Enero 2014 a Diciembre 2016

DETERMINACION DE UNIVERSO -MUESTRA

UNIVERSO

- Pacientes Hospitalizados en el Servicio de Ginecología del Hospital Teodoro Maldonado Carbo; durante el periodo Enero 2014 a Diciembre 2016 con diagnóstico de cáncer de ovario.

MUESTRA

- 183 Pacientes ingresados con diagnóstico de Cáncer de Ovario.

RECURSOS EMPLEADOS

HUMANOS

- Autores
- Tutor de la tesis.
- Personal del departamento Estadístico del Hospital Teodoro Maldonado Carbo
- Docente de la Universidad de Guayaquil

FISICOS

- Historias Clínica
- Papel bond
- Bolígrafos
- Computadora
- Tinta de impresora
- Otros

CRITERIOS DE INCLUSION / EXCLUSION

CRITERIOS DE INCLUSION

- Pacientes con diagnóstico de Cáncer Ovárico mayores de 40 años que hayan sido atendidos dentro el periodo de estudio
- Pacientes con diagnóstico de Cáncer Ovárico con reporte histopatológico y exámenes complementarios

CRITERIOS DE EXCLUSION

- Pacientes Fallecidos con diagnóstico de Cáncer de Ovario por causa no relacionada con la enfermedad de base durante el periodo de estudio.
- Historias clínicas que no carezcan de información complementaria para la investigación

ANALISIS DE LA INFORMACION

El análisis y recolección de datos se realizará mediante tablas, gráficos.

ASPECTOS ETICOS Y LEGALES

En este estudio se respetaron todos los aspectos éticos y legales pertinentes, así como los principios de confidencialidad e integridad de los pacientes seleccionados para el estudio.

PRESUPUESTO

Autofinanciado por los investigadores.

\$300

VARIABLES

Variable Independiente: Cáncer de Ovario

Variable Dependiente: Edad, Tipo de Caso nuevo o subsecuente, Estadio Clínico, Tipo Histológico, Oncogen BCRA1/BCRA2, Quimioterapia, Radioterapia, Tratamiento Quirugico

VARIABLES	DEFINICION	INDICADORES
Variable independiente: Cáncer de Ovario	El cáncer de ovario es una proliferación maligna de las células epiteliales. Es una enfermedad clonal; donde una célula individual producto de una serie de mutaciones somáticas o de línea germinal adquiere la capacidad de dividirse sin control ni orden,	# pacientes seleccionados
Variables dependientes:		
Grupo de edad	La incidencia de cáncer de ovario aumenta con la edad. La edad constituye el principal factor de riesgo de cáncer ya que a mayor edad mayor riesgo	Menor de 30 años .31 a 40 años .41 a 50 .
Tipo de caso nuevo o subsecuente	Se analiza las tasas de incidencia y prevalencia en el año de estudio propuesto.	SI NO
Estadio clínico	El sistema de estadificación TNM	I

	para el cáncer de mama se basa en el tamaño del tumor (T), si el tumor se ha diseminado a los ganglios linfáticos (N), en las axilas o aún no se ha diseminado, y si el tumor se ha metastatizado (M)	IIA IIB IIIA IIIB IV
Tipo histológico	Grado histológico para determinarlo se tiene en cuenta una combinación de varios factores como son la estructura de los túbulos (más o menos definida), el estado proliferativo (% de células mitóticas) y el pleomorfismo nuclear	.Epitelial .Germinal .Tumores del Estroma de los Cordones Sexuales
BCRA 1/ BCRA 2	Es un oncogén que ayuda a que las células crezcan, se dividan y se reparen ellas mismas. Cuando las células tienen demasiadas copias de este gen, las células (incluyendo las cancerosas) se multiplican	Positivo Negativo No realizado

	rápidamente.	
Quimioterapia neoadyuvante	Es el tratamiento del cáncer con un medicamento antineoplásico o una combinación de dichas drogas en un régimen de tratamiento estándar; antes de realizar un tratamiento quirúrgico.	Si no
Radioterapia	La radioterapia es una forma de tratamiento basada en el empleo de radiaciones ionizantes	Si no
Tratamiento quirúrgico	Este tipo de intervención consiste en la extirpación del tumor con un margen de tejidosano, más o menos amplio. Puede ser una tumorectomía (extirpación del tumor y un margen de tejido sano).	Conservador Radical Ninguna

CRONOGRAMA

OBJETIVO	ACTIVIDADES	NOV- 2017	DIC- 2017	EN- 2018	FEB- 2018	MAR- 2018	AB- 2018
Determinar la incidencia y los principales factores de riesgo para el desarrollo de cáncer de Ovario durante el año 2016.	Diseño y elaboración de objetivos	X					
	Recopilación de datos en estadística de la institución	X	X				
	Consolidación y formulación de variables de investigación		X	X			
	Recopilación de datos con revisión de tutor	X	X				
	Consolidación		X	X			
Conclusión	Análisis			X	X	X	
	Presentación del trabajo de tesis						X

CAPITULO IV PRESENTACION DE RESULTADOS

RESULTADOS - GRAFICOS

FACTORES DE RIESGO

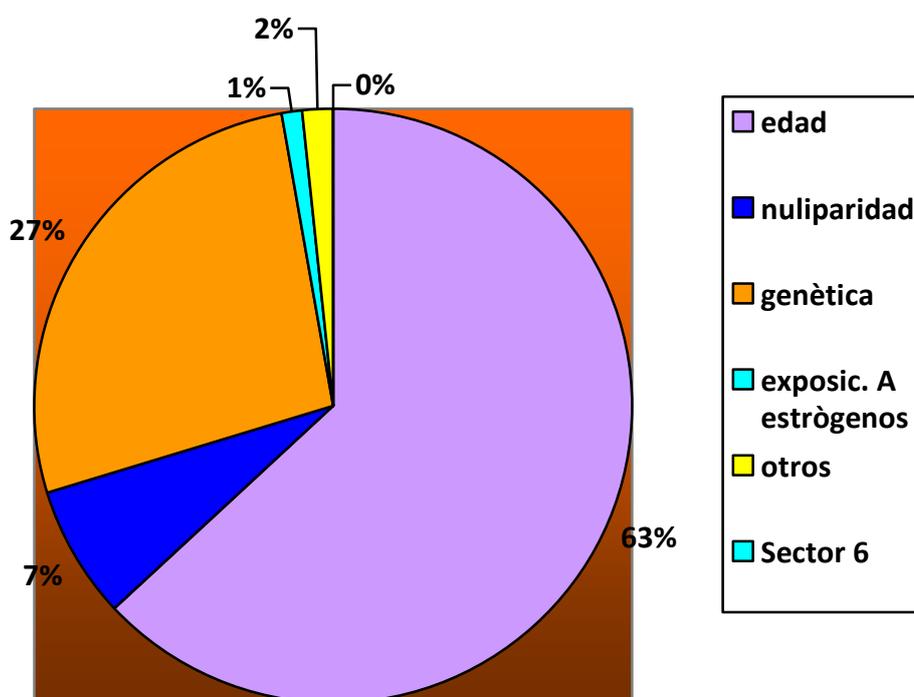


Grafico 1.

El presente gráfico representa los porcentajes, que determina que entre los principales factores de riesgo para cáncer de ovario lo ocupa la edad con 63%, en segundo lugar tenemos a causas genéticas con un valor de 27%, en tercer lugar se encuentra la nuliparidad; por ultimo tenemos que la exposición a estrógenos y otras causas que ocupan el último puesto con un porcentaje de 1 y 2 respectivamente.

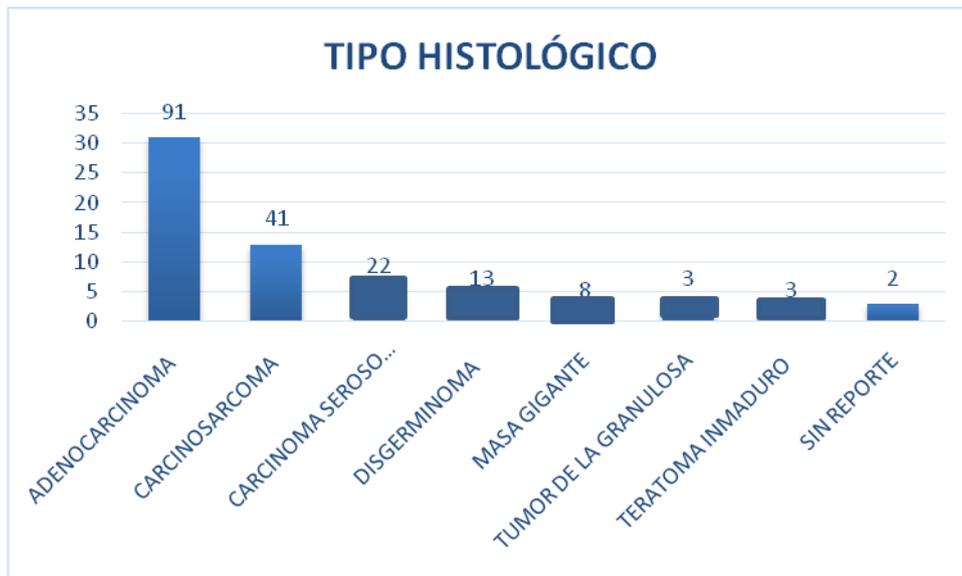
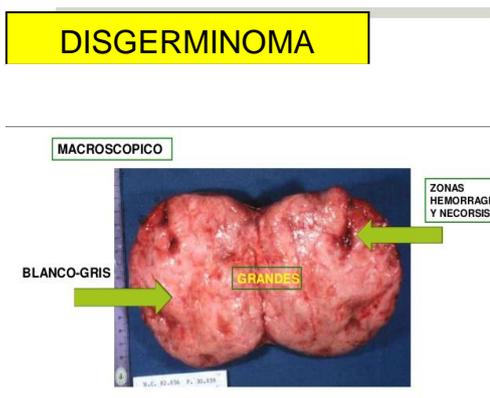
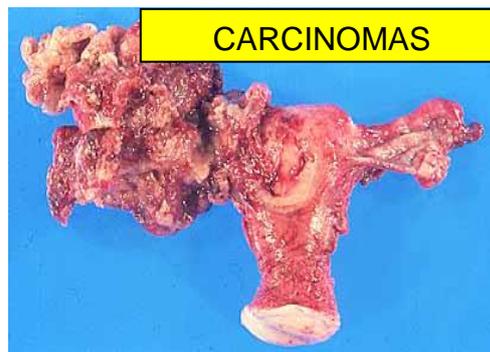


Grafico 2.

Nuestro estudio revela que de una muestra de 183 pacientes, 91 padecen adenocarcinoma, 41 carcinosarcoma, 22 carcinoma seroso papilar, 13 disgerminoma, 8 masa gigante, 3 tumor de la granulosa, 3 teratoma inmaduro. 2 sin reporte

El tipo histopatológico que encabeza es el adenocarcinoma de ovario, seguido del carcinosarcoma y en rangos más bajos el carcinoma seroso papilar.



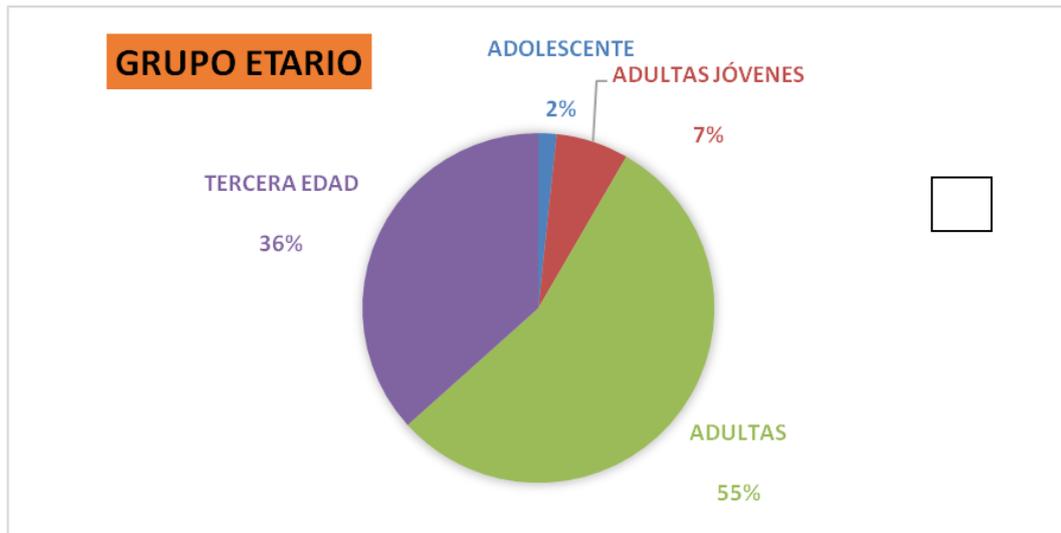
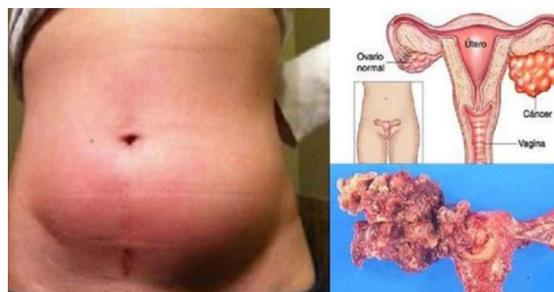


Grafico 3

En cuanto el grupo etario afecta más a pacientes adultas (40-64).

En cuanto el grupo etario el más frecuente fueron las pacientes adultas con un 55%, seguidas por el grupo de la tercera edad con 36%, a las pacientes adultas jóvenes 7% y adolescentes 2%



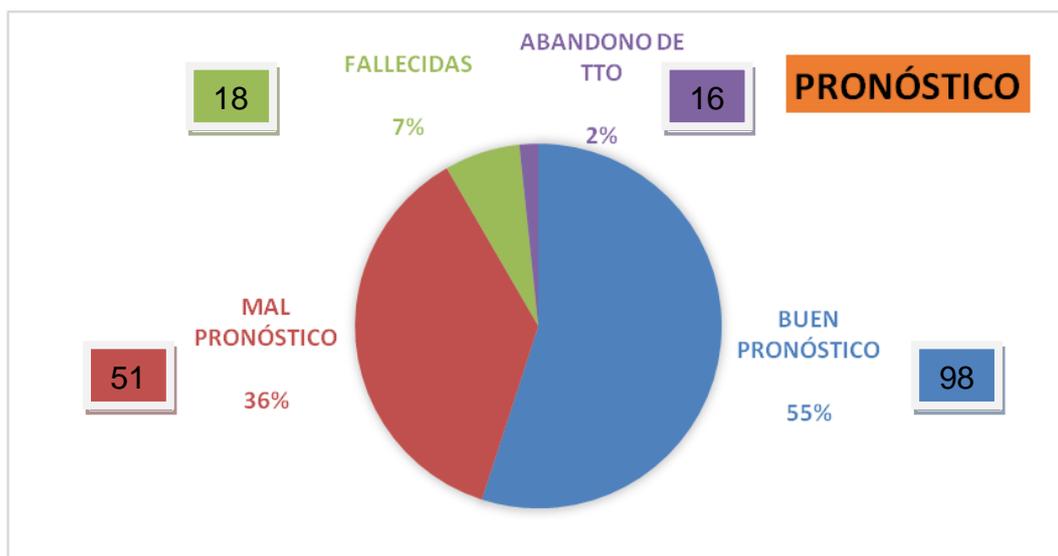


Gráfico 4

La evolución de las pacientes tiene un mayor rango para buen pronóstico si se lo descubre y trata a tiempo.

El pronóstico depende de la detección temprana del cáncer de ovario y del tipo histológico arrojando un resultado del 55% con un resultado de 98 pacientes de buen pronóstico, 36% con 51 pacientes de mal pronóstico, 2% con un total de 16 pacientes que abandonarán el tratamiento y 7% con 18 mujeres fallecidas.



METASTASIS

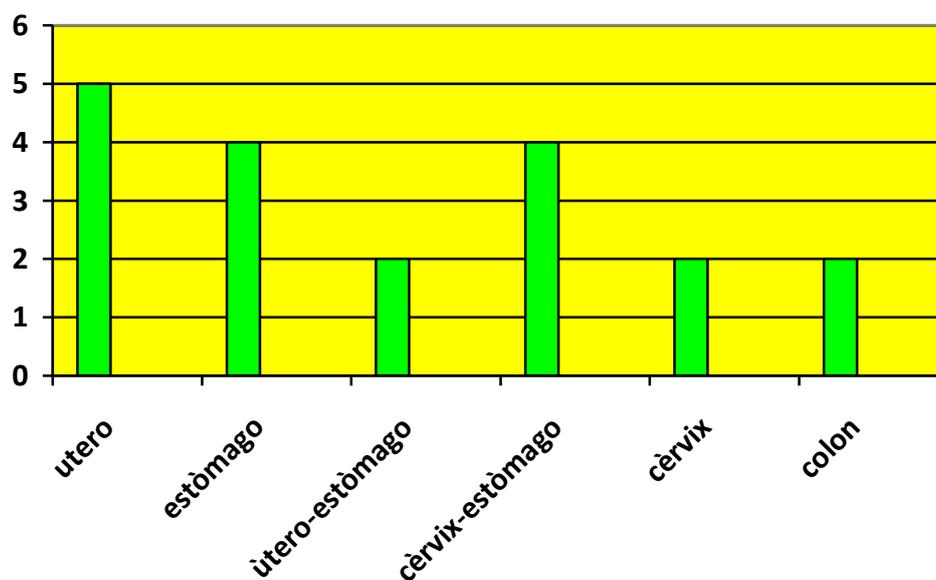
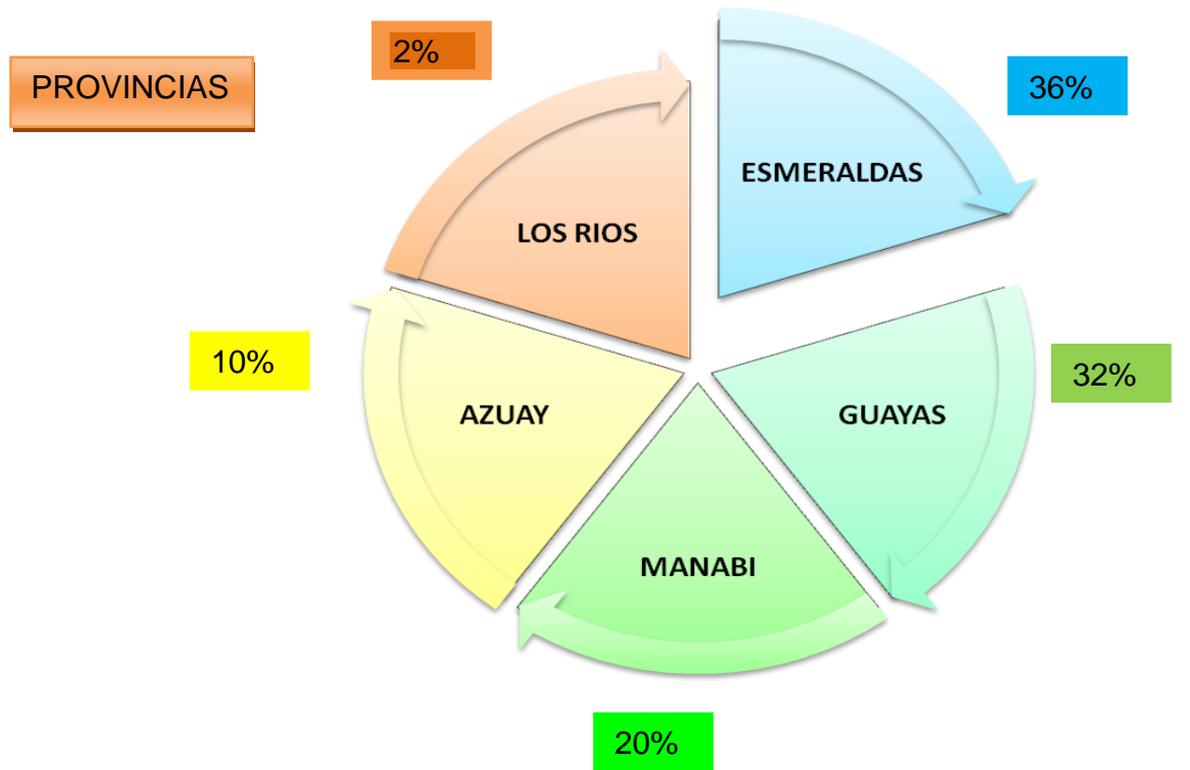


Grafico 5

Las metástasis a órganos ubicados en la región pélvica y abdominal, son las complicaciones más frecuentes de este tipo de patología. Los sitios principales es a nivel del útero, en cinco pacientes; el segundo lugar de metástasis es en estómago y estómago – cervix, en 4 pacientes cada uno; finalmente los lugares de menor frecuencias según nuestro estudio es a nivel de colon, cervix, y útero estómago.

PROCEDENCIA DE MUJERES ATENDIDAS



ESMERALDA

ESMERALDA

ATACAMES

MUISNE



GUAYAS

GUAYAQUIL

DURAN

BALZAR



MANABI

TOSAGUA

CANOA

CHONE



AZUAY

CUENCA

GUALACEO



LOS RIOS

BABAHOYO

MILAGRO

QUEVEDO

ANTECEDENTES PATOLOGICOS FAMILIARES

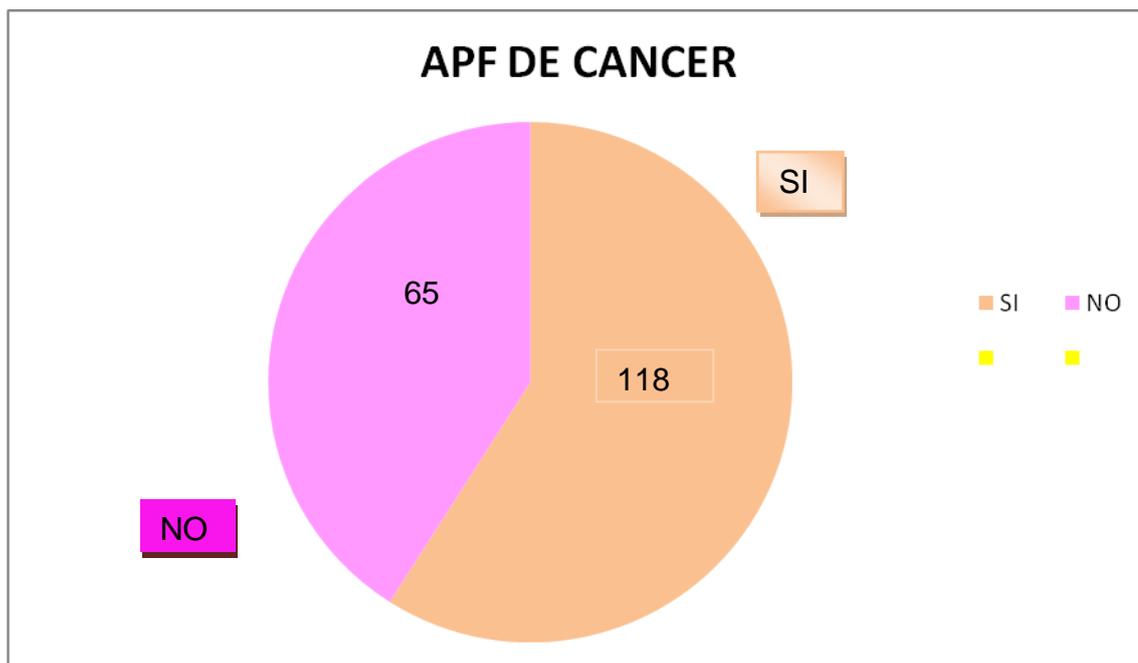


Grafico 7

Las pacientes que presentan una mutación genética poseen respectivamente, mayor riesgo de padecer cáncer de ovario. El riesgo de padecer cáncer aumenta en personas con familiares que presenten algún tipo de cáncer

EVALUACION ACTUAL DE PACIENTES

2018

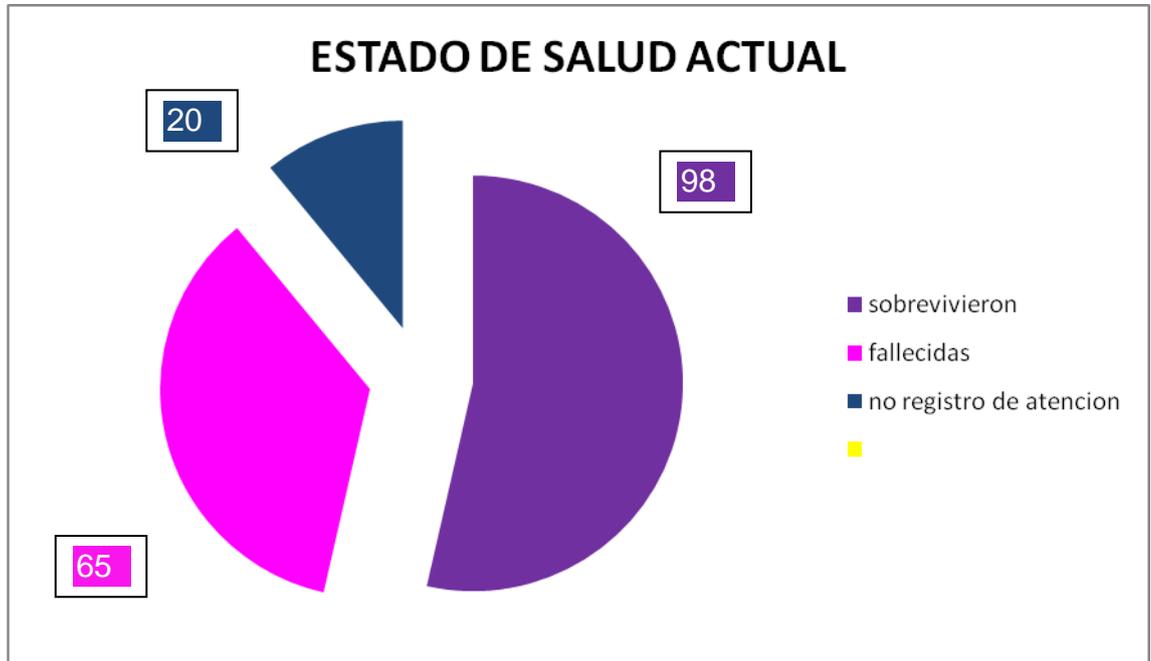


GRAFICO 8

Gracias a nuestro sistema as400 nos permitieron ver evoluciones actuales con registro de historias clínicas a cada paciente de nuestro universo que padecieron cáncer de ovario en el periodo 2014 -2016 dando como resultado: sobrevivieron: 98 fallecidas: 65 no registro de atención actual 20

CAPITULO V

CONCLUSIONES

1. Nuestro estudio reveló que el principal factor de riesgo para cáncer de ovario lo ocupa la edad de las pacientes, en el que se reporta 55% en mujeres adultas, 36% en mujeres de la tercera edad, y es poco frecuente en mujeres menores de 40 años.
2. Relacionado al factor genético que obtuvo un porcentaje de 27%, y que en menor porcentaje encontramos la nuliparidad con 7%, exposición a estrógenos después de la menopausia, tabaquismo, alcoholismo, obesidad e incluso exposición al asbesto ocupan aproximadamente entre 1-2%.
3. El adenocarcinoma es el más frecuente y el pronóstico depende de la etapa en que se realice el diagnóstico, generalmente por ser una enfermedad silente muchos casos es detectado en etapas avanzadas
4. Las metástasis a órganos pélvicos y abdominales son consecuencia de una detección tardía y en casos de pacientes con diagnóstico en etapas tempranas que en un inicio contaban con buen pronóstico pero pacientes abandonaron el tratamiento sufrieron las complicaciones ya mencionada.

DISCUSIÓN

Diversos estudios han descubierto que factores específicos cambian la probabilidad de una mujer de padecer cáncer de ovario.

1. Según la Revista American Cancer Society y revista Ginecol Obstet Mex 2014, los principales factores de riesgo que están relacionados con desarrollo de cáncer de ovario, ocupa el primer lugar la edad de las mujeres ya que es poco común que esta patología se diagnostiquen en mujeres menores de 40; como el segundo factor de riesgo tiene a los factores genéticos, especialmente en familiares de primer grado con antecedente de cáncer, este tiene una influencia de 5-10%; también la nuliparidad ocupa un pequeño porcentaje, debido a que cuanto mayor ovulaciones tenga una mujer produce alteraciones en el estroma ovárico desde que en 1971 Fathalla expone su hipótesis sobre la ovulación incesante, se ha tenido siempre en cuenta que la ovulación causa microtraumas, que junto con la estimulación lo cual influye en el aumento en el riesgo de sufrir cáncer de ovario; en cuanto a la exposición de estrógenos después de la menopausia influye en la aparición de esta enfermedad. Después de analizar los datos registrados en el estudio mencionado y relacionando con nuestro estudio encontramos que existe una gran similitud en cuanto a los factores que se relacionan con el desarrollo de cáncer de ovario.
2. En la revista ELSEVIER, Volume 11, Issue 27, March 2013, hace incapiè y asocia el càncer de ovario con una elevada mortalidad, principalmente debido a que en la mayoría de las pacientes se diagnostica en estadios avanzados, tal como también demostramos en nuestro estudio realizado que el mal pronòstico que coreresponde a un 26% de la población estudiada , està

relacionada con el diagnóstico en estadios avanzados debido a que es una enfermedad silente, asimismo lo mencionan P. Collineta, L. Boulanger, A. L. Fournier, J. Alexandre, A. S. Bat, F. Lecurud con un estudio que fue realizado en Francia, donde se registran 4.430 nuevos casos y 3.508 fallecimientos por año, asumiendo que se trata de una enfermedad grave y, en la mayoría de los casos, el diagnóstico se establece en un estadio avanzado (III o IV en el 75% de los casos), también es importante mencionar que las principales complicaciones debido a metástasis son a nivel peritoneal, ganglionar o a distancia. Esto le confiere a este cáncer un pronóstico desfavorable; a diferencia de nuestro trabajo hay discrepancia con la población estudiada y podemos mencionar que las metástasis principalmente se dieron a útero en la mayoría de los casos, útero estómago, cérvix, cérvix estómago y por último a colon.

3. Para Lorenzo Abad Martínez Jefe de Departamento y Catedrático de Obstetricia y Ginecología Hospital Virgen de la Arrixaca Murcia, el 90% de cánceres de ovario son de origen epitelial, incluyendo en éstos el tipo seroso y mucinoso; no así en este trabajo en el cual podemos establecer que los principales tipos de cáncer de ovario lo ocupa el adenocarcinoma, seguido por el carcinosarcoma, carcinoma seroso, y los tipos de menor frecuencia como son el disgerminoma, masa gigante, tumor de la granulosa, teratoma y otros tipos indefinidos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Chen LM. Carcinoma epitelial de ovario,trompa de falopio y peritoneo: características clinicas y diagnostico. 2017 septiembre 09.
2. J. P. Clasificacion por etapas para el cancer de ovario,trompas de Falopio y peritoneo. gynaecol obstet. 2014.
3. Gray H. Cancer de Ovario,trompa de falopio y peritoneo: Estadificacion y manejo quirurgico inicial. 2017 agosto 23.
4. Schemeler. Prevalencia de metastasis ganglionares en el carcinoma mucinoso primario del ovario. Obstet gynecol. 2012;; p. 116:269.
5. Carlson K. Deteccion de cancer de ovario. 2017 septiembre.
6. Cribado poblacional y deteccion temprana del cancer de ovario en mujeres asintomaticas. [Online]. [cited 2017 febrero 11. Available from: HYPERLINK "<https://canceraustralia.gov.au/publications-and-resources/position-statements/population-screening-and-early-detection-ovarian-cancer-asymptomatic-women%20>"
<https://canceraustralia.gov.au/publications-and-resources/position-statements/population-screening-and-early-detection-ovarian-cancer-asymptomatic-women> .
7. Arteaga A. Cancer de ovario: Diagnostico y tratamiento. Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecologia y Obstetricia. 2012.
8. Cebrian C. Deteccion precoz del cancer de ovario. Medicina Integral. 2013.
9. Leon DCd. Cancer epitelial de Ovario. Oncoguia.Cancer Epitelial de ovario. 2014.
10. Vargas AN. Historia natural del cancer de ovario. Ginecol obstet mex. 2014;; p. 613-622.

11. Alvarez E. Cancer de ovario y gestacion. Clinica e investigacion en ginecologia y obstetricia www.elsevier.es/gine. 2012.
12. Padilla EM. Caracteristicas de las pacientes con cancer de ovario en el Hospital de San Jose, Bogota 2009 - 2013. Repertorio de medicina y cirugia. www.elsevier.es/repertorio. 2015.
13. Pons LM. Tumores de ovario: patogenia, cuadro clinico, diagnostico ecografico e histopatologico. Medisan, Articulo de Revision. 2012.
14. Aranda C. Cancer de Ovario: Diagnostico y Tratamiento. Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecologia y Obstetricia. 2012; XXI(399 - 414).
15. Cantú D. Cancer Epitelial de Ovario. Instituto Nacional de Cancerología San Fernando. 2015; #22(Sección XVI).
16. Angulo M. Cancer de ovario. Medicine. 2012 Oct; 8(15:91).