

Epidemiología de Cáncer de ovario en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen entre enero 2007 y diciembre 2011

Ovarian Cancer Epidemiology at the National Hospital Guillermo Almenara Irigoyen between January 2007 and December 2011

Diego Roberto Belmonte Hartinger¹, Álvaro Ramiro Bejarano Cacho¹, Ebert Jhon Bellido Mendoza¹, Ana Francisca Del Carmen Balbuena Pareja¹, María Katarina Barreto Silva¹, Max Aliaga Chávez¹

RESUMEN

Objetivo: Conocer la prevalencia, incidencia hospitalaria y epidemiología del cáncer de ovario en el HNGAI entre enero 2007 y diciembre 2011.

Pacientes y Método: Estudio retrospectivo, descriptivo, transversal, epidemiológico de 46 pacientes con tumoraciones malignas de ovario atendidas entre 2007 y 2011 con expedientes completos.

Resultados: Los resultados mostraron que la mayor incidencia de Cáncer de Ovario fue entre las edades de 51 y 60 años, asimismo el Adenocarcinoma fue el tipo de neoplasia que se encontró con mayor frecuencia, siendo el subtipo cistoadenocarcinoma mucinoso el más común. En cuanto a los exámenes auxiliares para la ayuda diagnóstica, la ecografía y tomografía pudieron discernir entre maligno y benigno en la mayoría de los casos. (Figura 10 y 11) La mayoría de las pacientes permanecieron entre 6-10 días hospitalizadas luego de la cirugía. El promedio de tiempo operatorio fue entre 2 a 3 horas. En la mayoría de los casos, el resultado anatomopatológico del tumor extraído durante la cirugía estuvo disponible dentro del día de la operación.

Conclusiones: Se observó dos picos de edades más frecuentes relacionadas al cáncer de ovario, entre: 10-20 años y 51-60 años. La menarquía temprana no constituyó un factor de riesgo para cáncer de ovario. De todos los casos revisados, no se encontró antecedentes personales ni familiares de cáncer de ovario. Se observó que las complicaciones intraoperatorias y post operatorias fueron muy escasas. El tiempo de hospitalización fue en promedio entre 6-10 días. El tiempo operatorio promedio fue entre 2-3 horas. El resultado anatomopatológico del tumor de ovario fue determinado con mayor frecuencia dentro del día de la cirugía.

Palabras clave: cáncer de ovario, epidemiología, incidencia hospitalaria.

ABSTRACT:

Objective: Determine the prevalence, incidence and epidemiology of ovarian cancer in HNGAI between January 2007 and December 2011.

Patients and Methods: Retrospective, descriptive, transversal, epidemiological study of 46 patients with ovarian malignancies treated between 2007 and 2011 with complete records.

Results: Results showed that the highest incidence of ovarian cancer is between ages 51-60, and adenocarcinoma was the most frequent histological type, subtype mucinous cystadenocarcinoma being the most common. Respecting auxiliary exams for diagnostic help, ultrasound and CT scan could differentiate between malignity and benignity in most cases. (Figures 10 and 11). Most patients were hospitalized between 6-10 days after surgery. The average operating time was between 2 to 3 hours. In most cases, the histopathology of the tumor removed during surgery was available in a day or less of the operation date.

Conclusions: Two peaks were observed for relationship between age and ovarian cancer: 10-20 years old and 51-60 years old. Early menarche did not constitute a risk factor for ovarian cancer. From all reviewed cases, we didn't find personal or family history related to ovarian cancer. Intraoperative and postoperative complications were rare. The length of hospital stay was on average between 6-10 days. Mean operative time was between 2-3 hours. The pathology of the ovarian tumor was identified most frequently in the day of surgery.

Key words: ovarian cancer, epidemiology, hospital incidence.

¹ Alumnos del Pregrado de la FMH-USMP

² Médico Cirujano, Profesor de Medicina de la FMH-USMP

INTRODUCCIÓN:

El cáncer de ovario es una de las neoplasias ginecológicas más frecuentes en el mundo, ocupando el noveno lugar en frecuencia, el quinto lugar en muerte y es el responsable de más fallecimientos que cualquier otra neoplasia del aparato reproductor femenino. ⁽¹⁾

De las pacientes con cáncer de ovario, 40% es mayor de 65 años. La mayor incidencia es entre 75 y 79 años de edad. ⁽²⁾

En el Perú, El INEN (Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas) publica que el cáncer de ovario ocupa el tercer lugar entre las neoplasias ginecológicas, después del cérvix y mama. Se informa que la edad media de diagnóstico del cáncer de ovario es de 45.78 años de edad. ⁽³⁾

El cáncer de ovario es denominado "el asesino silencioso" pues no presenta síntomas o signos específicos particularmente en etapa inicial, ⁽⁴⁾ a no ser que se produzca alguna complicación del tumor. ⁽⁵⁾

El diagnóstico no es fácil en etapas tempranas porque es asintomático, y no existe un método de detección temprana aplicable masivamente. ⁽⁶⁾ El 75% de los cánceres de ovario se diagnostican en estadios avanzados (III ó IV), cuya supervivencia a los 5 años no sobrepasa el 25%.⁽⁷⁾ De aquí la importancia de evitar los factores de riesgo y promocionar la difusión de los factores protectores.

En un estudio del perfil epidemiológico en México se determinó que la edad media de la menarquia fue de 12.7 años, 40% estaban en edad reproductiva, 25% eran nulíparas, 15% tuvieron un embarazo y 37.5% dos embarazos. Del total de pacientes, 17% tenía antecedente de cáncer de mama; 40% usaba algún método anticonceptivo y de éstas 37% anticonceptivos orales. El marcador tumoral CA 125 se encontró en 40% de las pacientes; 63.1% tuvieron marcadores ecográficos para cáncer. El estadio clínico más frecuente fue 1A en el que se encontraban 32% de los casos.⁽²⁾

MATERIALES Y MÉTODOS:

Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo, transversal, de las pacientes con diagnóstico histopatológico de cáncer de ovario que fueron operadas el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, en el quinquenio comprendido entre el 2005 y el 2011. De las 91 mujeres con diagnóstico de tumores de ovario maligno, se excluyeron aquellas sin informe anatómico-patológico o ficha de cirugía en su historia clínica y las pacientes cuyas historias clínicas no figuran en archivo.

Nuestro universo y muestra quedaron constituidos por 46

pacientes de cuyas historias clínicas obtuvimos los datos siguientes: edad al diagnóstico, lugar de nacimiento, procedencia, tipo de ingreso al hospital, fecha y tiempo de hospitalización, fecha de primera consulta al HNGAI, tiempo entre la primera consulta al hospital y su hospitalización, fecha de primera consulta a oncología médica, inicio de la menarquia, FUR, historia perinatal (G-PARA), tiempo entre primera consulta al HNGAI y cirugía, tiempo operatorio, complicaciones intraoperatorias, tiempo entre cirugía y resultado de anatómico-patología, tipo histológico del tumor, estadio del tumor, complicaciones post-operatorias, interpretación de benignidad o malignidad en la ecografía y TAC, y valores de los marcadores tumorales Ca 125 y Ca 19,9 antes de la cirugía.

Los datos se tabularon y se analizaron. Para el análisis estadístico se agrupan y ordenan los datos en cuadros, y en algunos casos se presenta la información resumida en gráficos, se analizan mediante porcentajes y frecuencia.

Los datos se recopilan en forma personal y directa. Para la confección del trabajo y el análisis de los datos utilizamos los programas de *Microsoft Office 2010* y *SPSS v17.0* para *Windows*.

RESULTADOS

Se obtuvieron los siguientes resultados con un total de 46 pacientes del estudio retrospectivo de historias clínicas validadas del HNGAI teniendo en cuenta las variables más significativas:

En las variables de filiación, el grupo étnico que se vio afectado con Cáncer de Ovario fue el grupo de pacientes entre la edad de 51 a 60 años con un 27%, seguidos por los grupos de 41 a 50 junto con el de 61 a 70 años ambos con 17.8 % (Figura 1).

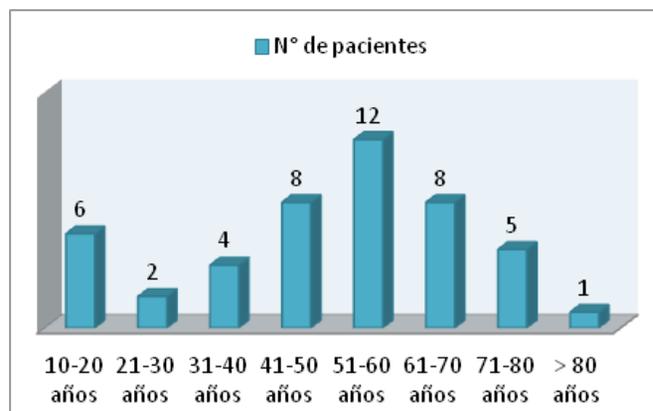


Figura 1: Edad al momento del diagnóstico

Respecto al lugar de nacimiento y la procedencia, la cantidad de pacientes nacidas en Lima fue de 48.9%, dejando a los demás departamentos con porcentajes mínimos. (Figuras 2 y 3)

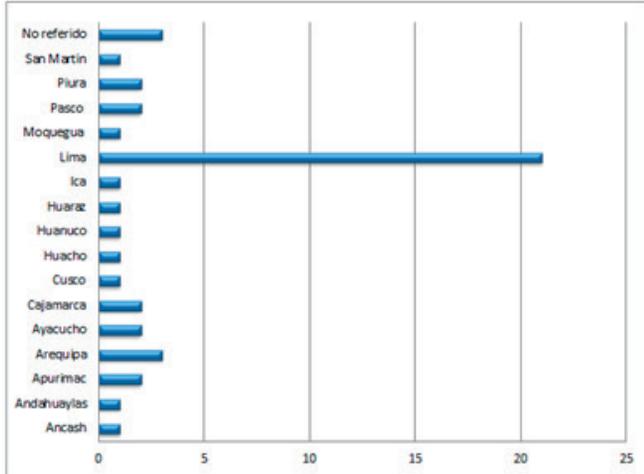


Figura 2: Lugar de nacimiento

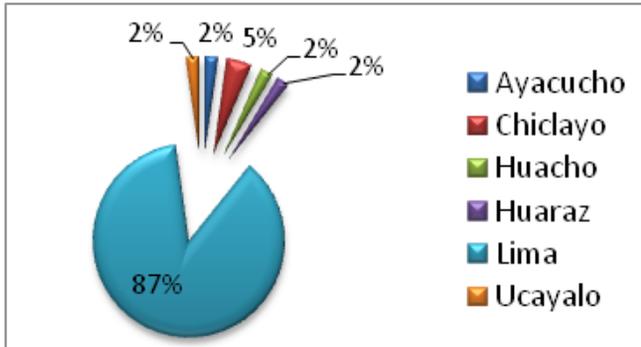


Figura 3: Lugar de procedencia

En la forma de ingreso al hospital, la mayoría de pacientes (58%) son referidas para recibir una atención de mayor nivel. Un 27% de las pacientes ingresan a ser hospitalizadas mediante consulta externa, mientras que un 15% lo hace mediante emergencia. (Figura 4)

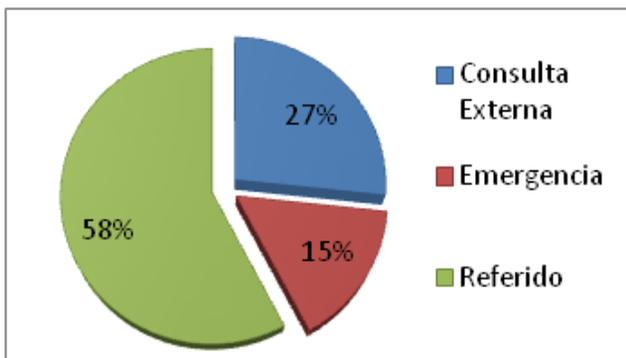


Figura 4 – Tipo de ingreso al HNGAI

La mayoría de pacientes (23) tuvieron un tiempo de hospitalización de 6 a 10 días. 11 pacientes fueron hospitalizadas entre 11-15 días, y 6 de ellas por más de 15 días. (Figura 5)

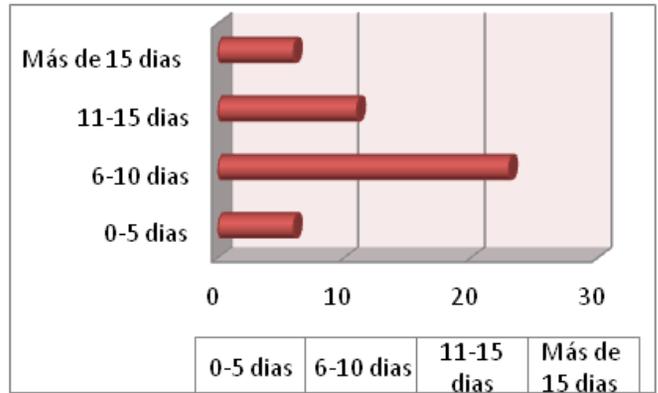


Figura 5: Tiempo de hospitalización

Dentro de las variables obstétricas, se obtuvo del tiempo desde la primera consulta a la fecha de hospitalización una media de 12 días.

La mayoría de pacientes que recuerdan el inicio de su menarquia la refieren entre los 12-13 años, siendo el rango entre los 8 y los 19 años. 13 pacientes no recuerdan la edad de su menarquia. (Figura 6)

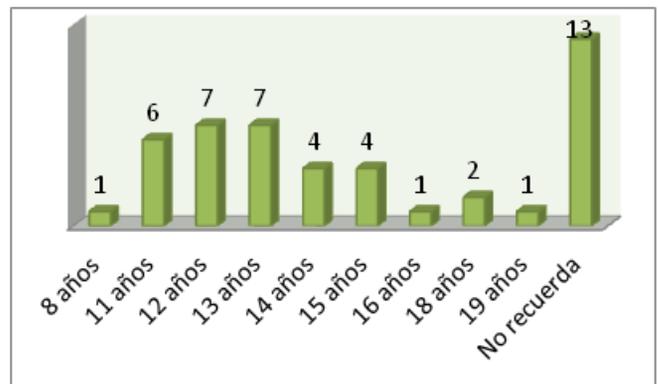


Figura 6: Inicio de menarquia

Se vio que la mayoría de las pacientes continúan menstruando. De las pacientes que ya entraron en la menopausia, la mayoría lo hizo entre las edades de 46 y 50 años. (Figura 7)

Se vio que el promedio del tiempo operatorio oscilaba entre las 2 y 3 horas, con 17 pacientes presentando estos rangos de tiempo. 11 pacientes tuvieron tiempos operatorios entre 1 y 2 horas y 8 pacientes tuvieron más de 3 horas de cirugía. (Figura 8)

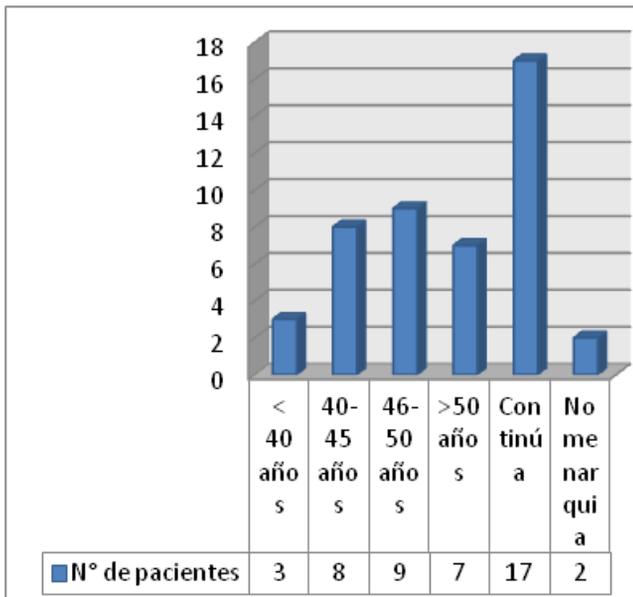


Figura 7: FUR

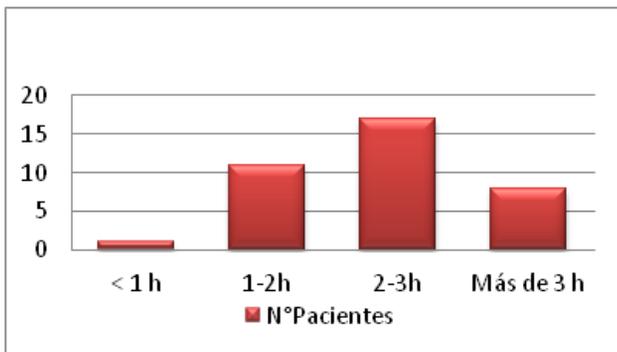


Figura 8: Tiempo operatorio

Las cirugías realizadas en su mayoría no mostraron complicaciones, se observaron dos complicaciones intraoperatorias (mal conteo de gases y sección de la arteria mesentérica inferior) y una postoperatoria (infección de sitio operatorio y trombosis venosa profunda en una misma paciente)

La mayoría de las pacientes recibieron sus informes anatomopatológicos dentro del día de ser operadas. Hubo una demora entre 2 a 5 días en 16 de las pacientes y un retraso en la entrega del resultado de más de 7 días en 6 de las pacientes. (Figura 9)

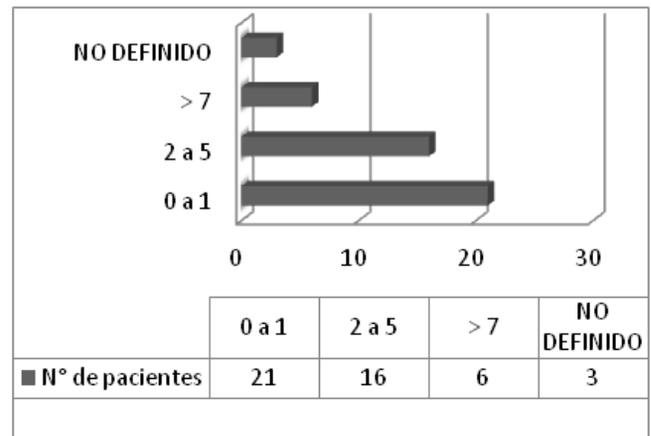


Figura 9: Días transcurridos desde la cirugía hasta el resultado anatomopatológico

El tipo histológico que se encontró con más frecuencia fue el Adenocarcinoma con 11 casos, siendo el subtipo más frecuente el Adenocarcinoma endometriode. En segundo lugar se encontró al Cistoadecarcinoma (9 casos), seguido del Disgerminoma con un total de 6 casos, con un 2.3%. Finalmente, la metástasis secundaria a otros órganos fueron solo 2 casos con un 0.8%. (Figura 13).

En cuanto a los exámenes auxiliares para la ayuda diagnóstica, la ecografía pudo determinar la malignidad en 20 pacientes y benignidad en 18 de ellas (Figura 10), de igual manera por medio de TAC se obtuvieron 25 pacientes con resultado probable de malignidad y 10 de benignidad. (Figura 11).

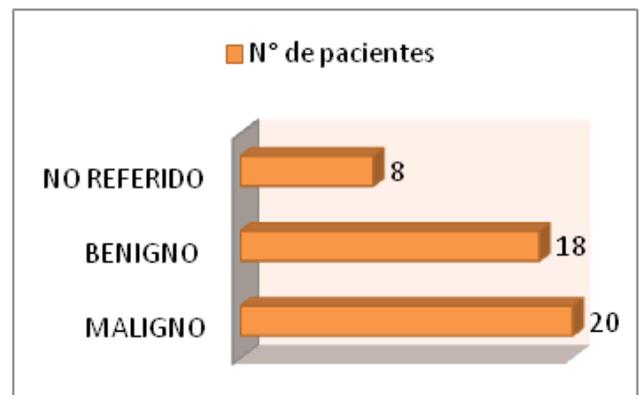


Figura 10: Informe ecográfico

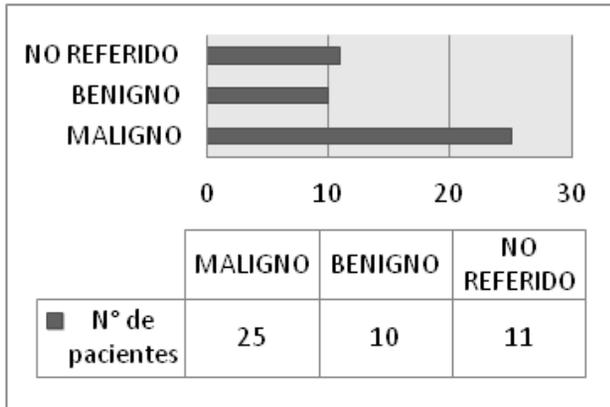


Figura 11: Informe tomográfico

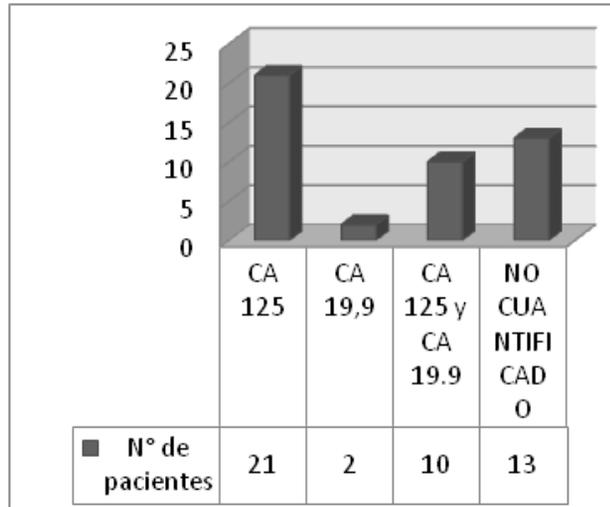


Figura 12: Marcadores tumorales antes de la cirugía

Analizando los marcadores tumorales antes de la cirugía, se obtuvo que 21 pacientes tuvieron como examen auxiliar la determinación del marcador tumoral Ca 125 por sí solo, 2 pacientes solo contaron con Ca 19.9, y 10 de ellas contaron con ambos. 13 pacientes no contaron con marcadores tumorales antes del diagnóstico. (Figura 12)

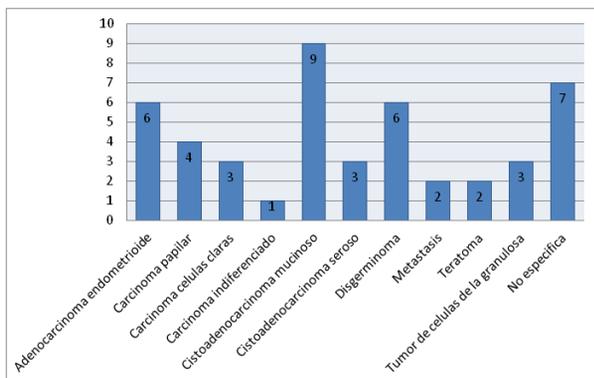


Figura 13: Tipos histológicos de cáncer de ovario

DISCUSION:

La patología tumoral de ovario es una patología frecuente en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, ya que es un hospital de referencia en el país. En cuanto a la edad, se encontraron dos picos, uno en el grupo de 10- 20 años con 13,3%, que podría explicarse por los tumores de células germinales y otro en el grupo de 51-60 años con 26,7%; cuyo resultado coincide con otras series publicadas ⁽²⁾⁽⁴⁾. La gran mayoría de nuestras pacientes procedían de Lima, 86,6%, de diferentes distritos, y solo el 13.4% procedían de provincias, ya que otro han sido tratados en sus respectivos hospitales y otros derivados al INEN. La edad media de la menarquía es 12.6 años, con resultados similares a otros estudios, ⁽²⁾ solo se observó en una paciente, menarquía temprana a los 8 años, con un buen número de pacientes que no recuerda su FUR. El servicio de ginecología recibe en su mayoría pacientes referidas (58%) seguida de consulta externa finalmente la emergencia, esto se puede explicar porque el HNGAI es un hospital nivel IV. La hospitalización media fue 12 días, en su mayoría el ingreso fue el día previo a la cirugía, encontramos pocas complicaciones tanto en el intraoperatorio como en el postoperatorio, y el tiempo de hospitalización no se prolongó en ninguna de las cirugías.

El tiempo operatorio fue de 2.45 horas, y sin mayores complicaciones en todos los casos revisados ⁽⁴⁾. Los informes de anatomo-patología fueron entregados de manera rápida, pero se encontró muchos informes sin estadiaje, y algunos que no definen bien el tipo histológico. En cuanto a los controles antes de la cirugía, se demostró que el marcador más utilizado es el Ca125, sin embargo es inespecífico, otro marcador usado fue el Ca 19.9 como en artículos revisados ⁽²⁾.

En cuanto a la conclusión ecográfica, solo el 43.5% daba diagnóstico o mostraba signos de malignidad en la ecografía, el 39,1% daba como neoplasia benigna en la ecografía, sin embargo la mayoría de estas recomendaban un estudio posterior con TAC. Las tomografías, demostraban un 54.4% de casos con marcadores de cáncer, mientras el 21.7% demostraban que eran benignos.

Dentro de los tipos más frecuentes, encontramos el cistoadenocarcinoma mucinoso, que es el tipo más informado en otras series publicadas ⁽²⁾⁽³⁾, seguido en frecuencia por el disgerminoma y el adenocarcinoma endometriode, con prevalencia parecida a otras fuentes revisadas ⁽⁷⁾. Sin embargo se observaron 7 casos que no especifica el tipo histológico en el informe anatomo-patológico.

CONCLUSIONES:

- En nuestro estudio se ven dos picos en la distribución por grupo etáreo, el primero es el grupo de 10-20 años y otro en el grupo de 51-60 años.

- De todos los casos revisados, no se encontró relación del cáncer de ovario con la menarquía temprana.
- La gran mayoría de los casos revisados, proceden de Lima, sin relación con el lugar de nacimiento.
- El informe tomográfico mostro mejor sensibilidad para detectar los tumores malignos de ovario.
- Las cirugías realizadas en su mayoría no mostraron complicaciones: se observaron dos complicaciones intraoperatorias (mal conteo de gasas y sección de la arteria mesentérica inferior) y una postoperatoria (infección de sitio operatorio y trombosis venosa profunda en una misma paciente).
- En el estudio realizado ninguna paciente refirió tener antecedentes personales ni familiares de cáncer de ovario.
- El tipo histológico más común fue el cistoadenocarcinoma mucinoso.
- Tipo de ingreso al hospital más común fue mediante referencia en más de la mitad de los casos.
- El tiempo de hospitalización más comúnmente observado fue entre los 6 y 10 días.
- El cese de la menstruación fue más común entre los 46 y 50 años de edad.
- El promedio observado para tiempo operatorio fue entre 2 y 3 horas.
- El resultado anatomopatológico fue determinado dentro del día de la operación en la mayoría de los casos.

Correspondencia

Diego Roberto Belmonte Hartinger
Dirección: Av. El Corregidor Cdra. 15. La Molina
Teléfono: 3652300

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. American Cancer Society. *Cáncer de ovario*. [Online]. Disponible de: <http://www.cancer.org/Espanol/cancer/ovario/Guiadetallada/cancer-de-ovario-what-is-key-statistics>
2. Luz María Rivas-Corchado, Manuel González-Geroniz y Ricardo Jorge Hernández-Herrera. *Perfil epidemiológico del cáncer de ovario*. [Online]. Disponible de: <http://www.nietoeditores.com.mx/download/gineco/2011/FEMEGO%20SEPTIEMBRE%202011/Femego%209.10%20PERFIL.pdf>
3. Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas "Dr. Luis Pinillos Ganoza". Informe N° 3 Registro Hospitalario de Cáncer 2008
4. Adalberto Moreno Antunes, Bárbara Haliberto Armenteros, Roberto Morán Piñero, Charles Anderson Crowel y Rafael Francisco Vera López. *Diagnóstico y tratamiento quirúrgico del cáncer de ovario en el Hospital "Vladimir Ilich Lenin". Holguín*. [Online]. Disponible de: <http://www.cocmed.sld.cu/no123/pdf/n123ori7.pdf>
5. Bajo JM, Oresanz I, Xercavins J. *Fundamentos de Ginecología*. [online] Madrid, España: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia; 2009. Disponible desde: [http://www3.univadis.net/microsites/area_salud_mujer/pdfs/36-Cancer de ovario Clinica diagnostico y tratamiento.pdf](http://www3.univadis.net/microsites/area_salud_mujer/pdfs/36-Cancer%20de%20ovario%20Clinica%20diagnostico%20y%20tratamiento.pdf).
6. R. Plancarte, M. R. Guillén J. Guajardo y F. Mayer. *Ascitis en los pacientes oncológicos. Fisiopatogenia y opciones de tratamiento*. [Online]. Disponible de: <http://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v11n3/revision.pdf>
7. Dirección del Programa Argentino de Enfermedades Oncológicas. *Consenso de cáncer de ovario*. [Online] Disponible de: <http://www.aaginonc.org.ar/sections.php?artid=15&op=viewarticle>

Recibido: 5 de octubre 2012
Aceptado: 14 de noviembre 2012