

## Cáncer de ovario: Caracterización Clínica y Epidemiológica

### Ovarian cancer: Clinical- epidemiological characterization

Hailyn González Fernández<sup>1\*</sup> <https://orcid.org/0000-0001-7709-5034>

Especialista de primer grado en Medicina General Integral y Oncología Clínica.

Rodolfo Arian Morales Yera<sup>2</sup> <https://orcid.org/0000-0002-0557-0171>

Especialista de primer grado en Medicina General Integral y Oncología Clínica. Master en Atención integral al niño y en Bioética. Profesor Auxiliar. Investigador Agregado.

Sergio Marcelino Santana Rodríguez<sup>3</sup> <https://orcid.org/0000-0002-6377-5343>

Especialista de segundo grado en Oncología. Master en longevidad satisfactoria. Profesor Auxiliar.

Liena Locet Reinoso Padrón<sup>4</sup> <https://orcid.org/0000-0002-2378-2952>

Especialista de primer grado en Medicina General Integral y Oncología Clínica.

Bernardo Enrique Heredia Martínez<sup>5</sup> <https://orcid.org/0000-0002-4122-5375>

Especialista de primer grado en Medicina General Integral y Oncología Clínica.

<sup>1</sup>Hospital Pediátrico Universitario “José Luis Miranda”

<sup>2,3</sup> Hospital Universitario Dr. Celestino Hernández Robau. Santa Clara, Villa Clara, Cuba.

<sup>4</sup>Hospital Provincial Universitario Dr. Arnaldo Milian Castro. Santa Clara, Villa Clara, Cuba.

<sup>5</sup>Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima, Cienfuegos, Cienfuegos, Cuba

\*Autor para la correspondencia: Correo electrónico: [hailyngf@gmail.com](mailto:hailyngf@gmail.com)

**Institución:** Hospital Celestino Hernández Robau

**Dirección:** Cuba Nro. 564 entre Barcelona y Hospital. Santa Clara.

**Ciudad:** Santa Clara. Villa Clara.

**País:** Cuba

## **Resumen**

**Fundamento:** el cáncer de ovario constituye un problema de salud pública en Cuba y el mundo, por su elevada morbilidad y mortalidad.

**Objetivo:** caracterizar las pacientes diagnosticadas con cáncer de ovario atendidas en el servicio de oncológica del Hospital Universitario Celestino Hernández Robau en el periodo 2015 - 2018.

**Método:** se realizó un estudio descriptivo de corte transversal con una muestra de 71 pacientes diagnosticada de cáncer de ovario en esta institución. Se consideraron las variables: edad, nivel escolar, hábito de fumar, obesidad, antecedentes patológicos familiares de cáncer de ovario, antecedentes ginecoestéricos, clasificación histológica, estadio clínico, tratamiento oncospecífico y respuesta al tratamiento primario. Se determinaron frecuencias absolutas y relativas.

**Resultados:** predominaron las pacientes entre 50-59 años (36,6%), las multíparas (92%), en etapa clínica IIIC con un 35,22%, los adenocarcinomas serosos representaron el tipo histológico más frecuente (64,79%). La cirugía subóptima se practicó al 52,11% y la quimioterapia adyuvante al 45,07%. El 35% de las pacientes alcanzaron respuesta completa al tratamiento inicial

**Conclusiones:** los resultados obtenidos se comportan, en general, de acuerdo a patrones epidemiológicos reportados internacionalmente. Las pacientes entre 50-59 años, multíparas, en etapa clínica IIIC y con adenocarcinomas serosos, son prevalentes. La cirugía y la quimioterapia los tratamientos estándar. Se obtuvo respuesta completa en la mayoría de las pacientes después del tratamiento inicial.

**Palabras claves:** Cáncer de ovario, Adenocarcinoma, Cirugía subóptima.

## **Abstract**

**Background:** Ovarian cancer constitutes a public health problem in Cuba and all over the world, due to its high morbidity and mortality.

**Objective:** to characterize the patients diagnosed with ovarian cancer treated at the Oncology Service of the Celestino Hernández Robau University Hospital in the period 2015-2018.

**Method:** a descriptive cross-sectional study was carried out. The Population consists of 71 patients diagnosed with ovarian cancer assisted in the institution. The variables considered were: age, school level, smoking habit, obesity, family ovarian cancer pathological antecedents, gynecological and obstetric antecedents, histologic classification, clinical stage, oncospecific treatment and response to primary treatment. The frequency and percentage distributions were used from descriptive statistics.

**Results:** the predominant age group was 50-59 years (36,6%), had multiparous (92%), in clinical stage IIIC (35,22%), serous adenocarcinoma was the most common histological diagnosis (64,79%), suboptimal cytoreduction was performed in 52,11% of the patients and 45,07% received adjuvant chemotherapy. The 35% of patients had complete response after completion of first-line therapy.

**Conclusions:** the obtained results behave, in general, according to the epidemiological patterns internationally reported. The age group of 50-59 years, multiparous, in clinical stage IIIC and serous adenocarcinoma are prevalent. Surgery and chemotherapy are the standard treatment. The patients with complete response are prevalent after first-line therapy.

**Key words:** ovarian cancer, adenocarcinoma, suboptimal cytoreduction.

## INTRODUCCIÓN

El cáncer de ovario es uno de los cánceres ginecológicos más frecuente ocupando el séptimo lugar en incidencia con 10,1 por 100 000 mujeres entre 20 y 74 años, una tasa de mortalidad estimada de 8,4 y una cifra de mortalidad de alrededor de 168752 mujeres por esta enfermedad en el mundo. <sup>(1)</sup>

Menos de la mitad de los pacientes sobreviven más de 5 años y más del 75% de las mujeres se diagnostican cuando la enfermedad se encuentra en una etapa avanzada, siendo común el diagnóstico en estadios 3 y 4, donde la tasa de supervivencia es de 25-30%; además, el 60% de las mujeres con cáncer de ovario presentan enfermedad metastásica al momento del diagnóstico. <sup>(2,3)</sup>

En Estados Unidos, el cáncer de ovario es el más agresivo, produciendo una alta mortalidad a pesar de mantener estable su incidencia en los últimos 20 años, es la quinta causa de muerte por cáncer entre las mujeres en EE. UU. <sup>(4)</sup> La edad promedio de diagnóstico es de 65 años, con una tasa de supervivencia a 5 años inferior a 10% para estadio IV y de 80% para estadio 1A. El diagnóstico de cáncer de ovario se realiza de manera tardía entre 68-75% de los casos. <sup>(5)</sup>

En Latinoamérica presenta una incidencia de 9,2 y una tasa de mortalidad de 7,3 por 100 000 mujeres, a diferencia de Estados Unidos con 12,6 y 8,8, respectivamente. <sup>(1)</sup>

En Cuba se ha mantenido aumentando la incidencia de esta patología, en el año 2018, se comportó como el séptimo cáncer más frecuente en el sexo femenino con 532 casos, de estos la provincia de Villa Clara presentó un total de 45 pacientes reportadas, disminuyendo la incidencia en relación con años anteriores. <sup>(6)</sup>

La alta mortalidad de este tipo de cáncer se debe a un crecimiento asintomático del tumor; los síntomas, usualmente inespecíficos, suelen presentarse en etapas avanzadas, siendo los más comunes: dolor de espalda, fatiga, dolor/distensión abdominal, constipación o síntomas urinarios que se presentan al menos 3 meses antes del diagnóstico. <sup>(2,3)</sup>

Con el afán de mejorar el pronóstico de la enfermedad, se han implementado estrategias que favorezcan la detección temprana. Actualmente los estudios se centran principalmente en el marcador tumoral CA-125 y en diversos estudios de imagen, cuyo principal objetivo consiste en ayudar a diferenciar entre lesiones benignas o malignas y favorecer el diagnóstico oportuno de éstas. <sup>(3)</sup>

En este contexto, teniendo en cuenta el problema que constituye esta enfermedad oncológica en el mundo, el país y la provincia, se decidió hacer esta investigación; el objetivo del presente estudio es caracterizar las pacientes diagnosticadas con cáncer de ovario atendidas en el servicio de oncológica del Hospital Celestino Hernández Robau en el periodo 2015 - 2018.

## **MATERIALES Y MÉTODOS**

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal con el objetivo de caracterizar el cáncer de ovario en el servicio de ginecología oncológica del Hospital Celestino Hernández Robau de Santa Clara, Villa Clara en el periodo enero 2015 a diciembre 2018.

La población del estudio estuvo integrada por 123 pacientes, registradas en la oficina de estadística de dicho hospital, con diagnóstico de cáncer de ovario durante este periodo. Se excluyeron las pacientes cuyas historias clínicas carecían de datos incluidos como variable de estudio. La muestra quedó constituida por 71 pacientes.

Utilizando un modelo de Recolección de Datos se registraron los fundamentos necesarios a partir de las historias clínicas de las pacientes. El llenado de este modelo se realizó por el investigador principal, donde se analizaron las siguientes variables: edad, nivel escolar, hábito de fumar, obesidad, antecedentes patológicos familiares de cáncer de ovario, antecedentes ginecostétricos, clasificación histológica, estadio clínico, tratamiento oncoespecífico y respuesta al tratamiento primario.

No se recogió consentimiento informado porque solo se trabajó con los datos existentes en las historias clínicas individuales, respetando siempre la divulgación de los mismos y utilizándolos solo con fines científicos.

Se utilizaron métodos teóricos, entre ellos:

**Analítico-Sintético:** Se emplearon durante toda la investigación analizando los resultados obtenidos, se sintetizaron y se enunciaron a modo de conclusiones los aspectos más relevantes.

**Inductivo-deductivo:** Se utilizó durante todo el proceso investigativo para ir desde las características generales a las particulares y se comparó con otros trabajos.

**Histórico-lógico:** Se aplicó para la fundamentación teórica, permitió el seguimiento lógico del desarrollo histórico de los fenómenos y procesos del objeto de la investigación.

Lógico-práctico: Se manejó durante toda la investigación para decretar la orientación del trabajo, desde el inicio hasta la elaboración del informe.

Entre los empíricos:

Revisión documental: Se revisaron las historias clínicas y registro de cáncer del hospital y se elaboró un documento excell para la recolección de datos.

También se emplearon métodos matemáticos para los valores absolutos y relativos.

El tratamiento de los datos se realizó mediante el empleo de una microcomputadora Pentium 4 y llevados a un software de procesamiento estadístico (SPSS), versión 11.5 para Windows. Luego se confeccionó la base de datos en el mismo para obtener los resultados y se resumieron en tablas y gráficos estadísticos. Se determinaron frecuencias absolutas (número de casos) y relativas (porcentajes) en las distribuciones de frecuencia conformada.

La investigación fue aprobada por el Consejo científico de la institución.

## RESULTADOS

La distribución por edades de las pacientes con cáncer de ovario atendidas en el Hospital Celestino Hernández Robau en el periodo comprendido entre 2015 y 2018, mostró un rango de edades de las pacientes entre 19 y 78 años, con una edad promedio de 54 años en el momento del diagnóstico o de la primera consulta. Predominaron las pacientes en la década de los 50 años de vida con 26 mujeres (36,62 %), presentando diferencias altamente significativas entre las proporciones (tabla 1).

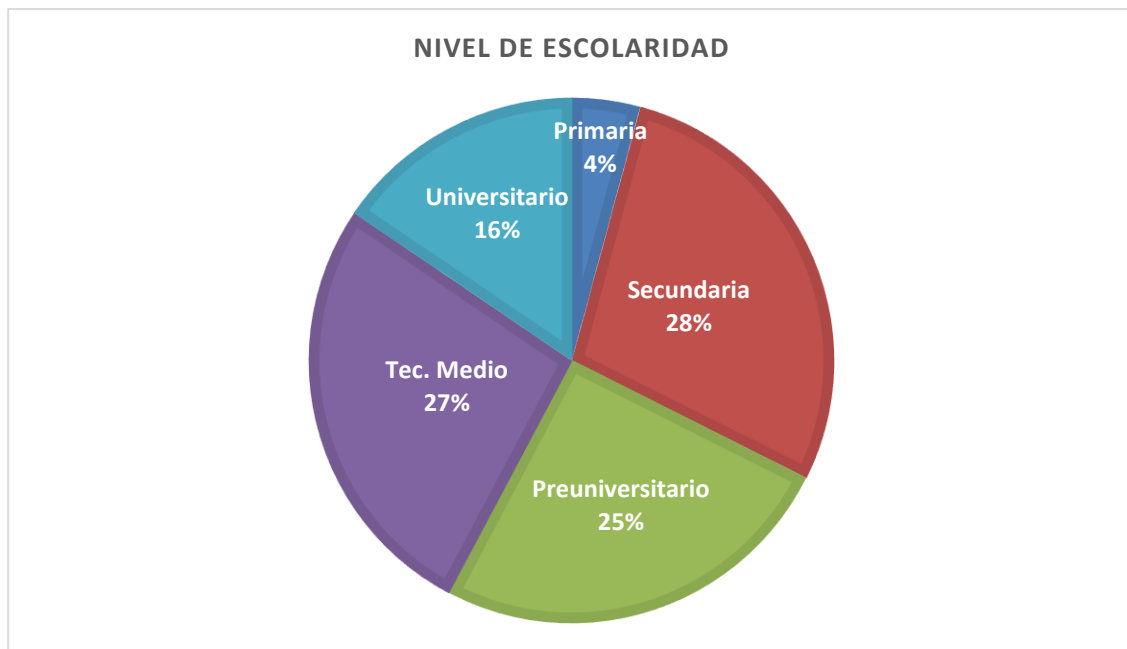
**Tabla 1.** Categorías de edades de las pacientes con cáncer de ovario atendidas en el Hospital Celestino Hernández Robau en el periodo comprendido entre 2015 y 2018.

Edad por categorías	Pacientes	
	N	%
menos de 20 años	1	1,41
20 a 29 años	5	7,05
30 a 39 años	4	5,63
40 a 49 años	12	16,90
50 a 59 años	26	36,62
60 a 69 años	11	15,49
más de 70 años	12	16,90
<b>Total</b>	<b>71</b>	<b>100,00</b>

**Fuente:** Historias clínicas individuales  
Cálculo de la significación por Chi cuadrado ( $\chi^2$ ),  $p=0.000$ .

La figura 1 muestra la distribución de las pacientes según el nivel de escolaridad, se evidenció un predominio significativo de mujeres con niveles de secundaria básica (28%), seguidas del técnico medio (27%) y preuniversitario (25%).

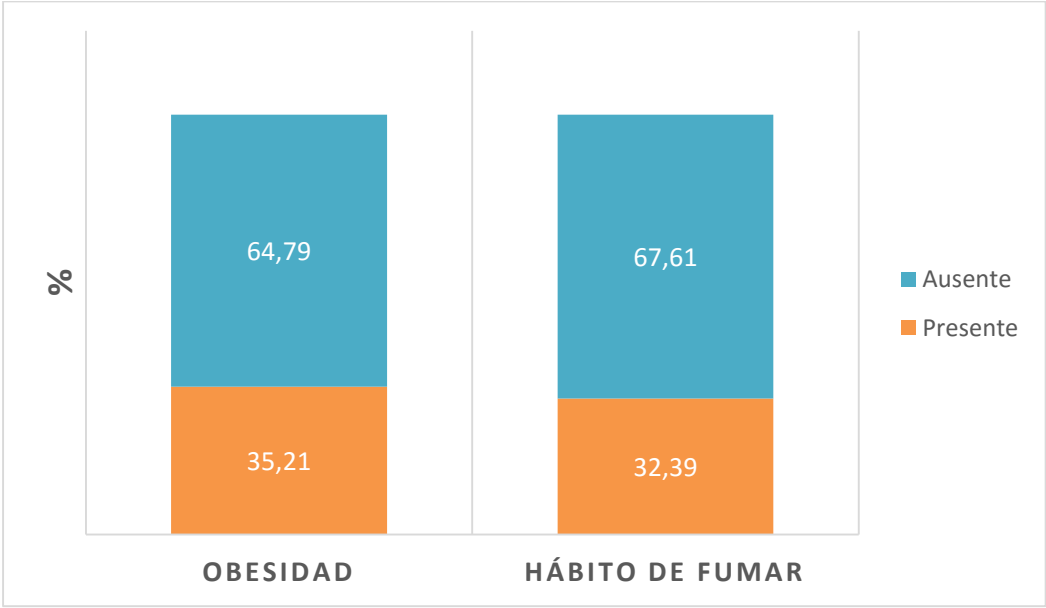
**Figura 1.** Nivel de escolaridad de las pacientes con cáncer de ovario atendidas en el Hospital Celestino Hernández Robau en el periodo 2015 - 2018.



**Fuente:** Historias clínicas individuales  
Cálculo de la significación por Chi cuadrado ( $\chi^2$ ),  $p=0.006$

La figura 2 muestra los factores asociados al estilo de vida en la muestra de estudio; en las pacientes estudiadas no prevaleció la obesidad ni el hábito de fumar, se evidenciaron diferencias significativas respecto a las que si presentaron estos factores de riesgo.

**Figura 2.** Factores asociados al estilo de vida delas pacientes con cáncer de ovario atendidas en el Hospital Celestino Hernández Robau en el periodo 2015 - 2018.



**Fuente:** Historias clínicas individuales  
 Cálculo de la significación por Chi cuadrado (X<sup>2</sup>). Obesidad: p=0.013; hábito de fumar: p=0.003.

La tabla 2 muestra la distribución de las pacientes según los antecedentes patológicos familiares de cáncer de ovario; predominaron las pacientes sin antecedentes familiares (98,59%); solo una paciente presentó estos antecedentes (1,41%), evidenciándose diferencias significativas.

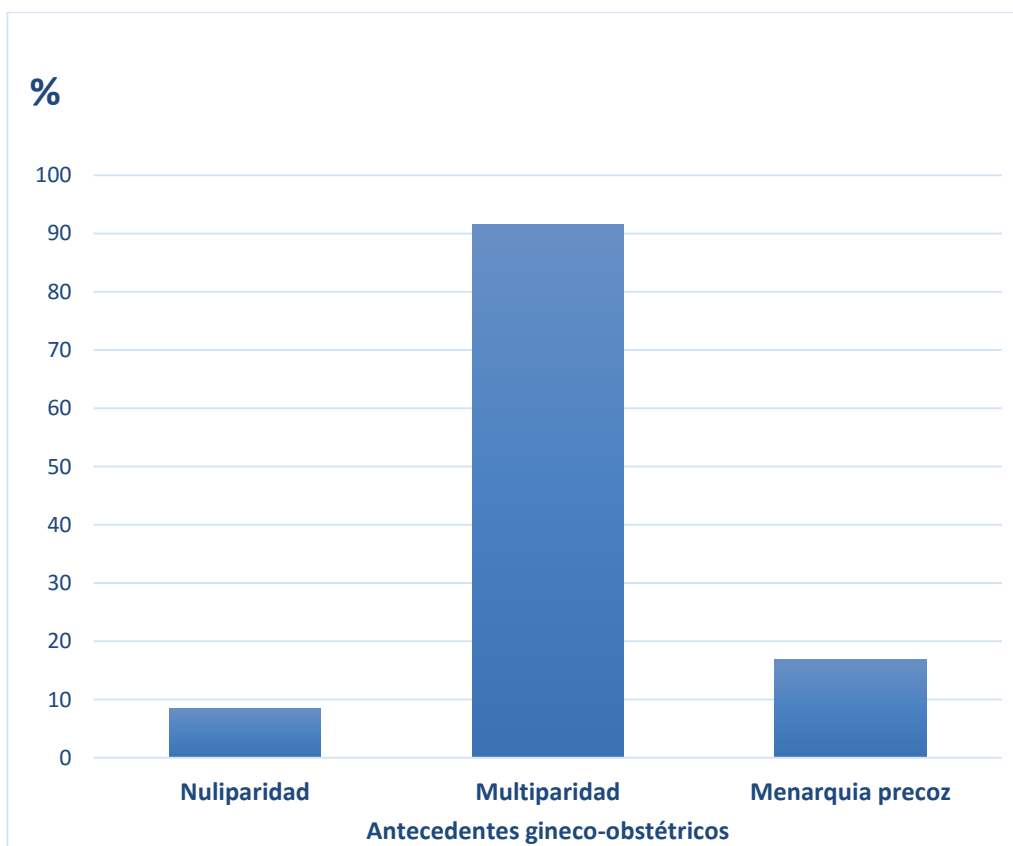
**Tabla 2.** Antecedentes patológicos familiares de cáncer de ovario delas pacientes atendidas en el Hospital Celestino Hernández Robau en el periodo 2015 - 2018.

Antecedentes familiares de cáncer de ovario	Pacientes	
	N	%
Presentes	1	1,41
Ausentes	70	98,59
<b>Total</b>	<b>71</b>	<b>100,00</b>

**Fuente:** Historias clínicas individuales  
 Cálculo de la significación por Chi cuadrado (X<sup>2</sup>), p=0.024

La figura 3 muestra la distribución de las pacientes según los antecedentes ginecobstétricos. La mayoría fueron multíparas, evidenciándose diferencias significativas respecto a las nulíparas. La menarquia precoz se presentó en 16,9 %, con diferencias significativas respecto a las que no la presentaron. La menopausia tardía no se presentó en ninguna paciente. El 91,66% de las mujeres que presentaron menarquia precoz fueron multíparas.

**Figura 3.** Antecedentes gineco-obstétricos de las pacientes con cáncer de ovario atendidas en el Hospital Celestino Hernández Robau en el periodo 2015 - 2018.



**Fuente:** Historias clínicas individuales

Cálculo de la significación por Chi cuadrado ( $\chi^2$ ). Nuliparidad:  $p=0.000$ ; multiparidad:  $p=0.000$ ; menarquia precoz:  $p=0.000$ .

La tabla 3 muestra la distribución de las pacientes según el estadio clínico al diagnóstico. El mayor número de casos se presentó la etapa clínica IIIC de la enfermedad (35.22%). Las etapas clínicas restantes se presentaron en menor frecuencia, evidenciándose diferencias significativas entre las proporciones.



**Tabla 3.** Estadio del cáncer de ovario de las pacientes atendidas en el Hospital Celestino Hernández Robau en el periodo 2015 - 2018.

Estadio	Pacientes	
	N	%
I	5	7,04
IA	5	7,04
IB	6	8,45
IC	4	5,63
II	3	4,22
IIB	3	4,22
IIC	1	1,41
III	7	9,86
IIIA	1	1,41
IIIB	2	2,82
IIIC	25	<b>35,22</b>
IV	3	4,22
IVB	6	8,46
<b>Total</b>	<b>71</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Historias clínicas individuales

Cálculo de la significación por Chi cuadrado ( $X^2$ ),  $p=0.000$

La tabla 4 presenta la distribución de las pacientes con cáncer de ovario según la clasificación histológica. La histología de las neoplasias evidenció predominio de los tumores epiteliales (91,55%), entre ellos el adenocarcinoma seroso resultó el más frecuente (64,79%), seguido del adenocarcinoma mucinoso (18,31%). El resto de las formas histológicas se presentaron en menor frecuencia, evidenciándose diferencias significativas entre las proporciones.

**Tabla 4.** Clasificación histológica del cáncer de ovario de las pacientes atendidas en el Hospital Celestino Hernández Robau en el periodo 2015 - 2018.

<b>Clasificación histológica</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>P</b>
<b><i>Tumores Epiteliales</i></b>	<b>65</b>	<b>91,55</b>	<b>0.000</b>
Adenocarcinoma seroso	46	64,79	
Adenocarcinoma mucinoso	13	18,31	
Adenocarcinoma endometrioide	4	5,63	
Carcinoma indiferenciado	1	1,41	
Tumor de células claras	1	1,41	
<b><i>Tumores de los cordones sexuales y del estroma</i></b>	<b>5</b>	<b>7,04</b>	<b>0.665</b>
Tumor de células de la granulosa	3	4,23	
Tumor de células Sertoli Leydig	2	2,82	
<b><i>Tumores Germinales</i></b>	<b>1</b>	<b>1,41</b>	<b>-</b>
Teratoma inmaduro G1	1	1,41	

**Fuente:** Historias clínicas individuales  
Cálculo de la significación por Chi cuadrado ( $X^2$ )

La tabla 5 muestra la distribución de paciente según la forma de tratamiento utilizada. La mayor parte de estas fueron sometidas a cirugía (97,18%), siendo la cirugía subóptima (52.11%) la más frecuente. La modalidad de quimioterapia más utilizada fue la adyuvante en un 45.07%. Predominó la combinación de la cirugía seguida de quimioterapia adyuvante en un 85,92 % de los casos.

**Tabla 5.** Tratamientos del cáncer de ovario de las pacientes atendidas en el Hospital Celestino Hernández Robau en el periodo 2015 - 2018.

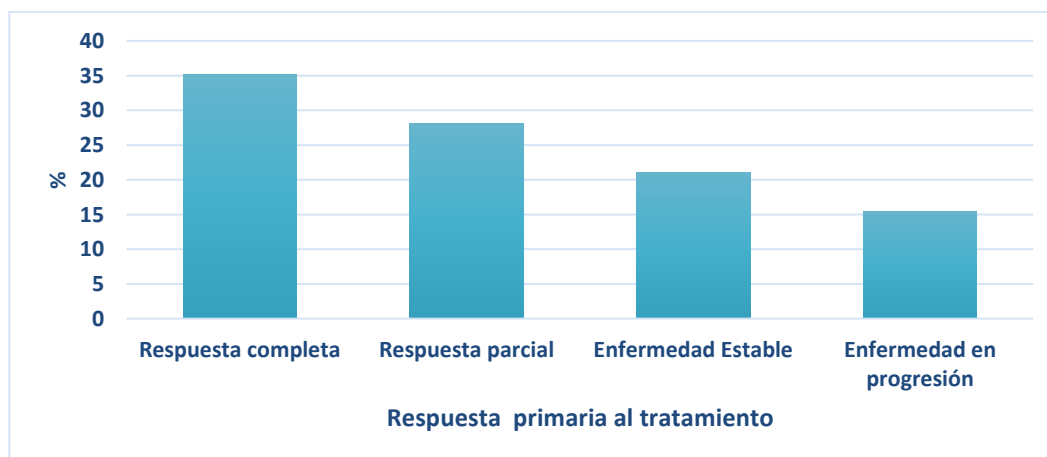
Tratamiento	N	%
Quimioterapia neo adyuvante	18	25,35
Quimioterapia adyuvante	32	45,07
Quimioterapia paliativa	12	16,90
Cirugía	69	97,18
Cirugía óptima	16	22,54
Cirugía sub-óptima	37	52,11
Cirugía secundaria	16	22,54

**Fuente:** Historias clínicas individuales

Cálculo de la significación por Chi cuadrado ( $X^2$ ). Clasificación de la cirugía  $p=0.000$ .

La figura 4 muestra la distribución de pacientes según respuesta primaria al tratamiento. Del total de las pacientes estudiadas predominaron aquellas con respuesta completa al tratamiento inicial (35.21%), seguidas de las pacientes con respuesta parcial (28.17%) sin diferencias significativas entre las proporciones.

**Figura 4.** Respuesta primaria al tratamiento de las pacientes con cáncer de ovario atendidas en el Hospital Celestino Hernández Robau en el periodo 2015 - 2018.



**Fuente:** Historias clínicas individuales

Cálculo de la significación por Chi cuadrado ( $X^2$ ), sin diferencias significativas  $p=0.101$ .

## DISCUSIÓN

La mayoría de los autores consultados reportan un predominio de las pacientes con cáncer de ovario de forma coincidente a nuestro estudio, por encima de los 50 años; Pérez Cutiño, <sup>(7)</sup> en su estudio sobre la Expresión del Receptor de factor de crecimiento epidérmico en cáncer de Ovario en Cuba, constató una incidencia de cáncer de ovario de 11,2 por cada 100 000 habitantes, siendo mayor en la población de más de 55 años.

Martínez-Ospina <sup>(5)</sup>, reporta en su estudio realizado en Colombia de 2009-2016, que la edad promedio de cáncer de ovario fue de 62,97 años.

Según Sequeira, <sup>(8)</sup> en el estudio realizado sobre la Epidemiología del cáncer de ovario en un Hospital de Managua. Nicaragua, las prepúberes, perimenopáusicas y posmenopáusicas, deben ser objeto de estudio inmediato cuando existan lesiones benignas de ovario, por el aumento del riesgo de malignidad, siendo la edad promedio de diagnóstico de estas últimas entre los 50 y 70 años, en coincidencia con los resultados ya descritos del actual estudio.

Los resultados obtenidos en relación al nivel de escolaridad reflejaron pocas diferencias entre los niveles que prevalecieron de féminas con escolaridad de secundaria básica, técnico medio y preuniversitario; sin embargo, el nivel de escolaridad primario fue muy poco representativo. En contraposición con el estudio de Sequeira <sup>(8)</sup>, en un Hospital de Managua. Nicaragua, donde la escolaridad que predominó fue la de pacientes que cursaron la primaria con 39,4%.

El nivel educativo se ha relacionado con el acceso al diagnóstico y tratamiento oportuno. En las mujeres con formación primaria, el riesgo de demora en la atención es de casi cinco veces más comparado con el de personas que ha realizado algún nivel de formación superior al bachillerato. El diagnóstico es más rápido en las mujeres con mayor educación (universidad y posgrado) y el analfabetismo está relacionado con mayor riesgo de morir por cáncer en general. <sup>(5)</sup>

Otros autores aseveran, que estas patologías son más frecuentes en países industrializados donde predominan las mujeres con un buen nivel funcional y educacional.

Al analizar como factores asociados al estilo de vida en la muestra de estudio, la obesidad y el hábito de fumar, encontramos una no prevalencia de ambos, evidenciándose diferencias significativas respecto a las que si presentaron estos factores de riesgo.

En contraposición, el estudio realizado en Perú por Vásquez Cuela <sup>(9)</sup>, obtiene resultados que demuestran que las pacientes con cáncer al ovario, el 52.8% presentan obesidad y el 30.2%

presentan sobrepeso, se encontró relación estadística entre la obesidad y el cáncer de ovario  $p < 0.05$ . En coincidencia, en lo que respecta al hábito tabáquico, Guerra <sup>(10)</sup> reporta que el 71% de las pacientes de la población estudiada, no fumaba.

Existe amplia literatura sobre la reducción del riesgo asociado a factores del estilo de vida, aunque algunos tienen un efecto general sobre el riesgo de cáncer de ovario, otros, como el tabaquismo y la obesidad, son específicos para ciertos subtipos. <sup>(11)</sup>

Respecto a la historia familiar y su relación con cáncer de ovario, Sequeira <sup>(8)</sup> obtuvo un [OR: 0.482 IC 95%: 0.18-1.27], no presentando relación significativa. Vásquez Cuela <sup>(9)</sup>, aprecia que del total de pacientes con cáncer al ovario el 62.3% no presentaron antecedentes familiares.

Las condiciones hereditarias representan 5–15% de los casos de cáncer de ovario. A pesar de la creciente lista de genes predisponentes para este cáncer, aproximadamente el 60% del excedente de riesgo familiar permanece sin explicación. <sup>(11)</sup>

Al realizar el análisis de antecedentes obstétricos como la nuliparidad, multiparidad y la menarquia precoz, nuestros resultados coinciden con los reportados en Perú donde las pacientes con cáncer al ovario multíparas representaron el 66%, mientras que el 20.8% multíparas, encontrándose relación estadística entre la paridad y el cáncer de ovario  $p < 0.05$ . <sup>(9)</sup> En contraposición con la observación de que la nuliparidad y la infertilidad se asocian a un mayor riesgo, como resultado de la reducción en el número de ciclos ovulatorios (hipótesis de la ovulación incesante). <sup>(11)</sup>

Durante mucho tiempo se ha establecido que la paridad disminuye el riesgo en mujeres con uno, dos, tres o más embarazos, con un riesgo reducido de 28%, 43% y 54% en comparación con mujeres nulíparas. <sup>(11,12)</sup>

La menor prevalencia de pacientes con menarquia precoz en nuestro estudio se contradice con la mayoría de la literatura reportada al respecto que le confiere a esta un riesgo aumentado de padecer cáncer de ovario, sobre todo al asociarse a menopausia tardía que constituiría el verdadero de riesgo. Guerra <sup>(10)</sup> reporta que, en la serie de pacientes estudiadas, aquellas con lesiones malignas, estaban en estado posmenopáusico.

Ortiz Pulla, <sup>(13)</sup> al referirse a la menopausia tardía, enfatiza que, aunque el cáncer de ovario se presenta en el 57.3% de las pacientes menopáusicas con un promedio de edad de 49 años, sus diferencias sustanciales no son significativas.

Con respecto al estadio al diagnóstico, el cáncer de ovario es difícil de diagnosticar en etapas tempranas debido a que inicialmente produce síntomas poco específicos. <sup>(2)</sup>

Cortés Morera, reporta que más del 75% de las mujeres se diagnostican cuando la enfermedad se encuentra en una etapa avanzada, siendo común el diagnóstico en estadios III-IV. <sup>(3)</sup> También Zambrano B. <sup>(14)</sup> obtiene, como el estudio actual, que el estadio III resaltó con un 81,48 % (44/54) y a su vez el estadio IIIc fue el más frecuente de todos los estadios avanzados con 59,25 % (32/54), al estadio IV correspondió un 18,51 % (10/54).

El predominio en esta serie de pacientes con tumores epiteliales (91.55%) y dentro de ellos el adenocarcinoma seroso, concuerda con lo reportado por Sequeira <sup>(8)</sup>, donde el 85% de las neoplasias malignas primarias fueron de origen epitelial, fundamentalmente carcinomas serosos (37,3%) y carcinomas endometrioides (32,4%); y en menor frecuencia carcinomas de células claras (17,6%) y mucinosos (11,8%) en contraposición con un 18,31 % de este estudio donde sucedieron a los carcinomas serosos.

Zambrano B. <sup>(14)</sup> reporta predominio de la estirpe epitelial con un 89,8 % (44/49) y de los germinales se halló un 10,2 % (5/49). En el subgrupo epitelial el más encontrado fue adenocarcinoma seroso con un 77,27 % (34/44). En el estudio realizado por Vásquez Cuela<sup>(9)</sup> la histología prevaleciente en su serie de pacientes fue el adenocarcinoma seroso (24.5%), seguido por el seroso borderline (13.2%), mientras Guerra describe una prevalencia del adenocarcinoma endometroide con 37%. <sup>(10)</sup>

Según Sequeira, fue preciso realizar a las pacientes que conformaron su muestra de estudio, citorreducciones secundarias en el 23,7%, de ellos 21 en pacientes con citorreducciones subóptimas derivadas de diferentes Hospitales Comarcales, y 2 en pacientes jóvenes nulíparas que optaron por cirugía con biopsia en diferido, estadio Ia y Ic. Siendo el tratamiento quirúrgico el más utilizados, en estas pacientes, generalmente con estadios avanzados de la enfermedad al momento del diagnóstico. <sup>(8)</sup>

El estudio realizado en Mérida, Venezuela, reporta se les practicó tratamiento quirúrgico, a un 90,74 %. En aquellas pacientes que se les practicó tratamiento quirúrgico como primera intención, se logró en 46,16 % (18/39) realizar una citorreducción óptima; y un 53,84 % (21/39) citorreducción sub-óptima. El 18,51 % (10/54) fueron considerados irresecables inicialmente recibiendo quimioterapia neoadyuvante, con previa confirmación histopatológica en todas estas pacientes. <sup>(14)</sup>

Bentivenga, coincide con la mayoría de los autores al considerar la citoreducción óptima como el principal factor pronóstico modificable en el Carcinoma epitelial de ovario. En la serie de pacientes estudiadas refiere un 49% cirugías citorreductoras subóptimas que atribuye al predominio de pacientes diagnosticadas en estadios avanzados y que por consiguiente necesitaron de la administración de quimioterapia adyuvante. <sup>(15)</sup> Concuerdan parcialmente estos resultados con el presente estudio donde a 37 pacientes se realizó cirugía subóptima (52,11%) y un 45,07% recibió quimioterapia adyuvante, predominando así la combinación de la cirugía con la quimioterapia adyuvante en un 85,92 de los casos.

La respuesta completa al tratamiento, depende del diagnóstico precoz, el estadio y diferenciación del tumor; pero con la cirugía en estos momentos y la quimioterapia adyuvante los resultados son más alentadores, tal es así que la mayoría de las pacientes tuvieron una respuesta completa al tratamiento inicial evidenciándose la importancia de las primeras líneas de tratamientos. <sup>(10,13)</sup>

Otros coinciden al señalar que el uso de la quimioterapia adyuvante basada en platinos, independientemente de los estadios de la enfermedad y de la respuesta inicial alcanzada, constituye el tratamiento estándar y recomendado, logrando mejorar la supervivencia libre de enfermedad y en algunos casos la supervivencia global. <sup>(14)</sup>

Reporta Zambrano B. que más del 90 % de las pacientes recibió tratamiento adyuvante, y casi la totalidad de ellas recibió quimioterapia. La mayoría de ellas recibió la adyuvancia después de un primer tratamiento quirúrgico; la combinación de carboplatino y ciclofosfamida fue la más comúnmente empleada y 8 de cada 10 pacientes evidenciaron buena respuesta, notándose además que esta última fue independiente del tipo de cirugía empleada. <sup>(14)</sup>

En este estudio el cáncer de ovario se presentó con mayor frecuencia en las pacientes mayores de 40 años de edad, con grado de escolaridad de secundaria básicas y multíparas. El Carcinoma epitelial fue el más frecuente y de este el adenocarcinoma seroso fue el tipo histológico más común, la etapa clínica IIIC fue prevalente. La cirugía, dentro de esta la subóptima fue la que más se realizó y la quimioterapia adyuvante la más administrada como tratamiento sistémico. Se obtuvo respuesta completa en la mayoría de las pacientes después de la valoración al tratamiento inicial.

**Conflicto de intereses:** los autores declaran la no existencia de conflictos de intereses relacionados con el estudio.

### **Contribución de los autores:**

Idea conceptual: Hailyn González Fernández, Rodolfo A. Morales Yera.

Análisis estadístico: Hailyn González Fernández, Bernardo Enrique Heredia Martínez, Liena L. Reinoso Padrón.

Revisión de la literatura: Hailyn González Fernández, Rodolfo A. Morales Yera, Liena L. Reinoso Padrón, Sergio M. Santana Rodríguez, Bernardo Enrique Heredia Martínez.

Escritura del artículo: Rodolfo Arian Morales Yera.

Revisión crítica: Hailyn González Fernández, Rodolfo A. Morales Yera, Sergio M. Santana Rodríguez.

**Financiación:** Hospital Universitario Dr. Celestino Hernández Robau.

### **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. International Agency for Research Cancer, Globocan Project de la Organización Mundial de la Salud respecto - GLOBOCAN 2018: Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2018 [Internet]. Lyon: World Health Organization; 2018[citado 19 de May 2021];93(11):Disponible en: <https://gco.iarc.fr/>
2. Doubeni CH A, Doubeni ARB, Allison E. Diagnosis and Management of Ovarian Cancer. Am Fam Physician.[Internet].2016 [citado 19 de May 2021];93(11):[aprox. 8 p.]Disponible en: <https://www.aafp.org/afp/2016/0601/p937.html>
3. Cortés Morera A, Ibáñez Morera M, Hernández Lara A, García Carranza, MA. Cáncer de Ovario: Tamizaje y diagnóstico imagenológico. Rev Med Legal Costa Rica. [Internet].2020 [citado 19 de May 2021]; 37(1): [aprox. 8 p.]Disponible en:<https://www.scielo.sa.cr/pdf/mlcr/v37n1/2215-5287-mlcr-37-01-54.pdf>
4. Caresia Araztequi AP.PET/CT en el cáncer de ovario estadificación inicial, valoración de la resecabilidad primaria y la respuesta a la quimioterapia neoadyuvante [tesis doctoral] Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona; 2017.[Internet]. [citado 19 de May 2021].Disponible en:<https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/403771/apca1de1.pdf?sequence=1&isAllowed=>



5. Martínez Ospina AP, Porras Ramírez A, Rico Mendoza A. Epidemiología de cáncer de ovario Colombia 2009- 2016. Rev Chil Obstet Ginecol [Internet]. 20219 [citado 19 de May 2021]; 84(6): [aprox. 9 p.]Disponible en:[https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262019000600480&lng=es&nrm=iso](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262019000600480&lng=es&nrm=iso)
6. Ministerio de Salud Pública Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario estadístico de salud 2018. [Internet]. La Habana: MINSAP, 2019. [citado 19 de May 2021]Disponible en: <https://files.sld.cu/bvscuba/files/2019/04/Anuario-Electr%C3%B3nico-Espa%C3%B1ol-2018-ed-2019-compressed.pdf>
7. Pérez Cutiño M, Alonso Remedios A, González Ortega E. Expresión del receptor del factor de crecimiento epidérmico en cáncer de ovario. Rev Cubana Ginecol Obst.[Internet].2018 [citado 19 de May 2021]; 44(2): [aprox. 8 p.]Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-)
8. Sequeira Robles GC. Epidemiología del cáncer de ovario en pacientes intervenidas por servicios no oncológicos referidas a oncología del Hospital Bertha Calderón Roque en el periodo de enero del 2015 a diciembre del año 2017[tesis]. Managua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; 2018. [Internet]. [citado 19 de May 2021]Disponible en: <https://repositorio.unan.edu.ni/9051/>
9. Vásquez Cuela RS. “Factores de riesgo asociados a la prevalencia del cáncer de ovario en el HNMD del 2013 al 2017. [tesis]. Lima-Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2019. [Internet]. [citado 19 de May 2021]Disponible en:[https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/10338/Vasquez\\_cr.pdf?sequence=3&isAllowed=y](https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/10338/Vasquez_cr.pdf?sequence=3&isAllowed=y)
10. Guerra JC, Calderaro F. Importancia de las características socio-demográficas y epidemiológicas, en el manejo de los tumores de ovario. Rev Digit Postgrado.[Internet].2020 [citado 19 de May 2021]; 9(3): [aprox. 11 p.]Disponible en:<http://portal.amelica.org/ameli/jatsRepo/101/1011187012/101118>
11. Menon U, Karpinskyj CH, Gentry Maharaj A. Prevención y detección del cáncer ovárico. Obstet Gynecol. [Internet].2018 [citado 19 de May 2021]; 131(3): [aprox. 18 p.]Disponible en:[https://journals.lww.com/greenjournal/Documents/May2018\\_Translation\\_Menon.pdf](https://journals.lww.com/greenjournal/Documents/May2018_Translation_Menon.pdf)

12. Sung HK, Ma SH, Choi JY, Hwang Y, Ahn C, Kim BG, et al. The effect of breastfeeding duration and parity on the risk of epithelial ovarian cancer: a systematic review and meta-analysis. J Prev Med Public Health. [Internet].2016 [citado 19 de May 2021]; 49(6): [aprox. 21 p.]Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27951628/>
13. Ortiz Pulla EP. Estadiaje clínico inicial y postquirúrgico de cáncer de ovario en estadios avanzados su utilización en el tratamiento quirúrgico y antineoplásico. [tesis]. Machala: Universidad Técnica de Machala; 2017 . [Internet]. [citado 19 de May 2021]Disponible en: <http://repositorio.utmachala.edu.ec/handle/48000/9926>
14. Zambrano B, Santos M, Díaz L, Omaña D. Experiencia en el tratamiento del cáncer ovárico avanzado. Rev Venez Oncol. [Internet].2017 [citado 19 de May 2021]; 29(4): [aprox. 11 p.]Disponible en:<https://www.redalyc.org/jatsRepo/3756/375652706004/html/index.html>
15. Bentivegna E, Gouy S, Maulard A, Mialhe G, Morice P. Cirugía de tumores epiteliales malignos del ovario. EMC - Cirugía General. [Internet].2019 [citado 19 de May 2021]; 19(1): [aprox. 18 p.]Disponible en:<https://www.em-consulte.com/article/252329/cirugia-de-los-tumores-epiteliales-malignos-del-ov>