

<http://rev.med.panacea.unica.edu.pe>

Rev méd panacea. 2014; 4(3): 66-69.

Recibido: 10 de Junio del 2014 | Aceptado: 15 de Diciembre del 2014 | Publicado: 31 de Diciembre del 2014

CONFLICTO DE INTERES: NO DECLARADOS

ARTÍCULO ORIGINAL

Características anatomopatológicas, clínicas y ecográficas del cáncer de ovario

Luis Ángel Mori-Límaco^{1,a}, Gustavo Muñante-Pachas^{1,a}

Facultad de Medicina, Universidad Nacional San Luis Gonzaga. Ica, Perú¹

Médico cirujano^a

Objetivo: Determinar las principales características anatomopatológicas, clínicas y ecográficas del cáncer de ovario y determinar si existe relación entre la ecografía y los hallazgos anatomopatológicos, en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el periodo comprendido del 01 de Enero al 31 de Diciembre del 2012. **Materiales y métodos:** Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo en 62 pacientes con diagnóstico de cáncer de ovario, atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el periodo que comprendió al estudio. **Resultados:** El 80,65% tuvieron estudio ecográfico de alto riesgo y el 19,35% tuvieron estudio ecográfico de bajo riesgo. En el 51,61% de los casos el tamaño fue mayor de 10 cm, el 24,19% tuvo presencia de septos o tabiques de 1 a 3mm; el 46,77% tuvo densidad ecográfica mixta; el 95,16% no tiene bilateralidad de tumoración y de estos 57,62% es izquierda y el 36,23% es derecha. El 75,80% no tuvo presencia de ascitis. La presencia ecográfica de ascitis fue mayor en el estadio clínico IIIc en el 53,3% de los casos. Se encontró masas menores de 5 cm en el 12,9% de casos con estadio IIA y 6,45% en IIC. El 24,19% de pacientes tuvieron Adenocarcinoma seroso, el 14,52% tuvo carcinoma Seroso Bordeline, seguidos por Adenocarcinoma mucinoso y endometroide en el 11,29 y 8,05% respectivamente. El 67,74% tuvieron diagnóstico patológico de origen epitelial; y el 19,35% tuvieron tumor estromal y cordón sexual. **Conclusiones:** Existe relación significativa entre la anatomía patológica y el estudio ecográfico en la detección del cáncer de ovario, además este último presenta una alta sensibilidad y especificidad.

Palabras clave: cáncer de ovario, ultrasonografía, histopatología (fuente: DeCS BIREME).

Autor corresponsal: Luis Ángel Mori Límaco.

INTRODUCCIÓN

A pesar de los avances en quimioterapia y cirugía para el control del cáncer de ovario, esta tiene la tasa de mortalidad por casos más alta de todos los cánceres ginecológicos (1, 2). Constituye un importante problema de salud, debido más que por su incidencia, a su tasa bruta de mortalidad por diagnóstico en fases avanzadas. Así mismo, actualmente sigue considerándose como la única neoplasia ginecológica en la que el diagnóstico precoz no ha avanzado durante los últimos años (3). Su mayor incidencia se presenta en mujeres postmenopáusicas, correspondiendo el 90% a carcinoma epitelial de ovario (4).

La revisión bibliográfica indica la importancia de esta patología debido a su alta tasa de mortalidad en la población femenina. Se considera que es la causa más frecuente de

muerte, en las neoplasias malignas ginecológicas y la quinta por cáncer en la mujer (5). Se estima globalmente, entre un 4 a 6% la probabilidad de encontrar malignidad en una masa anexial de aspecto no maligno.

El cáncer de ovario no es tributario de un cribado poblacional debido a su escasa prevalencia y ausencia de medios diagnósticos fiables; en consecuencia puede intentarse una detección temprana mediante la aplicación de medidas diagnósticas de forma selectiva sobre todo en grupos de riesgo (historia familiar, edad, nuliparidad, inducción de la ovulación, reproducción asistida).

Actualmente se considera al ultrasonido transvaginal como un método diagnóstico de elección para evaluar las masas anexiales (6); a pesar de ello, el diagnóstico diferencial es complejo debido a que anatómicamente

los anexos están formados por múltiples estructuras y esto lo hace dependiente de la preparación y experiencia del examinador.

Esta patología tiene una gran importancia como problema de salud, mas no se encuentran a nivel nacional ni local estudios que contribuyan a mejorar los conocimientos sobre detección temprana.

El presente trabajo de investigación pretende determinar las principales características anatomopatológicas, clínicas y ecográficas del cáncer de ovario, así como la relación entre la ecografía y el diagnóstico por anatomía patológica en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue de Lima, Perú.

MATERIALES y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, retrospectivo y descriptivo, que evaluó los datos consignados en las historias clínicas de todos las pacientes que ingresaron con el diagnóstico de cáncer de ovario al servicio de Ginecología del Hospital Nacional Hipólito Unanue en la ciudad de Lima, en el periodo comprendido entre enero y diciembre del 2012.

Fueron considerados en el presente estudio todos las pacientes con diagnóstico de cáncer de ovario y que contaban con reporte anatomopatológico, clínico y ecográfico. Fueron seleccionados 62 pacientes con diagnóstico de cáncer de ovario.

Los datos obtenidos durante la investigación, por medio de la ficha de recolección de datos, se ordenaron y procesaron con el software estadístico SPSS versión 18.0. (SPSS, Inc.Chicago, IL).

El análisis de las variables se realizó calculando las frecuencias y proporciones de las variables cualitativas. Se buscaron asociaciones entre las variables seleccionadas; para esto se utilizó la prueba de chi cuadrado en variables cualitativas. Se consideró un nivel de significancia de 5%.

El estudio no involucró riesgo para los pacientes, ya que se hizo empleando la información contenida en las historias clínicas del Servicio de Ginecología del hospital, se codificaron los datos con la finalidad de mantener la confidencialidad.

RESULTADOS

El estudio se realizó en una población constituida por 62 pacientes con el criterio de diagnóstico de cáncer de ovario, que ingresaron al servicio de Ginecología del Hospital Nacional Hipólito Unanue en la ciudad de Lima.

La edad fluctuaba entre los 19 y 71 años, dieciséis (25,81%) de las pacientes se encontraban entre los 41 a 50 años, con una mediana de 45 años de edad.

La frecuencia de pacientes casadas y solteras correspondían a un 32,26% (20/62) y 30,65% (19/62) de los casos respectivamente. El 64,52% de las pacientes tenían grado de instrucción secundaria.

La frecuencia de pacientes casadas y solteras correspondían a un 32,26% (20/62) y 30,65% (19/62) de los casos respectivamente. El 64,52% de las pacientes tenían grado de instrucción secundaria.

En la relación entre el estudio ecográfico y el cáncer de ovario, 50 casos presentaron 2 o más marcadores ecográficos de riesgo, es decir, el 80,65% tenía un estudio ecográfico de alto riesgo y el 19,35% (12/62) correspondía a un estudio ecográfico de bajo riesgo.

De acuerdo a los criterios ecográficos, en un 51,61% (32/62) de las pacientes, el tamaño de la masa anexial fue mayor de 10cm, el 64,51% (40/62) no presentaba crecimiento papilar interno, el 24,19% (15/62) tuvo presencia de septos o tabiques de 1 a 3mm; el 46,77% (29/62) tuvo densidad ecográfica mixta; el 95,16% (59/62) no tiene bilateralidad de tumoración y de estos el 57,62% (34/62) es izquierda y el 36,23% es derecha. El 75,80% (47/62) no presentó ascitis (Tabla 1).

Distribuyendo a los pacientes con cáncer de ovario según estadio clínico, se observó que el 41,93% (26/62) tuvieron estadio clínico IIA; el 32,25% (20/62) estadio clínico IIC y el 14,52% (9/62) estadio clínico IIIC.

La Tabla 2 muestra la presencia ecográfica de ascitis y su relación significativa con el estadio clínico IIIC, correspondiendo a un 12,9% (8/62)

TABLA 1 Características ultrasonográficas de los pacientes con cáncer de ovario, del Hospital Nacional Hipólito Unanue. Lima, Perú			
Característica		N=62	%
Tamaño de masa anexial	<5cm	14	22,58
	5-10 cm	16	25,80
	>10cm	32	51,61
Crecimiento papilar interno	Si	22	35,49
	No	40	64,51
Presencia de septos o tabiques	<1mm	5	8,06
	1-3 mm	15	24,19
	>3 mm	12	19,35
Densidad ecográfica	Líquida	20	32,26
	Mixta	29	46,77
	Sólida	13	20,97
Bilateralidad de tumoración	Si	3	4,84
	No	59	95,16
Posición	Izquierda	34	57,62
	Derecha	25	36,23
Presencia de ascitis	Si	15	24,20
	No	47	75,80

de los casos. Chi cuadrado: 26.80 $p < 0,05$, lo que indica una relación estadísticamente significativa.

En relación al tamaño de la masa con el estadio clínico, se encontró que de las masas menores de 5cm, un 12,9% (8/62) se encontraban en estadio IIA y el 6,45% (4/62) en IIC. Así mismo, las masas entre 5 a 10cm eran más frecuentes en relación a estadios IIA y IIC en un 12,9 (8/62) y 8,1% (5/62) respectivamente. Las masas mayores a 10 cm eran las que más frecuentemente se detectaron, correspondiendo a estadios IIA en un 16,1% (10/62) y IIC en un 17,7% (11/62), seguidos de los IIIC en un 12,9% (8/62).

La Tabla 2 se describe la relación entre el estadio clínico y el crecimiento papilar interno, además encontramos una asociación significativa entre crecimiento papilar y estadio clínico IIIC. (Chi cuadrado: 12,14 $P = 0,003 < 0,05$).

En el diagnóstico patológico, se observó que el tipo de tumor que predominaba era el Adenocarcinoma Seroso, visto en un 24,19% (15/62) de los pacientes. Le siguen el Seroso Bordinale en un 14,52% (9/62) y el Adenocarcinoma Mucinoso en un 11,29 (7/62).

En cuanto al origen de este cáncer, el 67,74% (42/62) tuvieron diagnóstico patológico de origen epitelial; el 19,35% (12/62) origen estromal y cordón sexual; y el 12,9% (8/62) origen germinal.

Además, se observó que de los pacientes con patrón ecográfico benigno, el 100% (12/12) mostraban origen epitelial en el diagnóstico histopatológico a diferencia de los que presentaban patrón ecográfico maligno, el cual solo el 60% (30/50) mostraban este origen (Chi cuadrado: 7,08 $P = 0,02 < 0,05$).

En 161 pacientes que fueron sometidos a ecografía se observó que presentaban una masa anexial, de estos la anatomía patológica consideraba que 62 eran de carácter maligno y el resto benignos. La ecografía reconocía criterios de malignidad en 50 (80,65%) de estos malignos. De los pacientes diagnosticados histopatológicamente como benignos la ecografía muestra concordancia en un 95,96% de ellos. Esto nos muestra que la ecografía presenta una sensibilidad del 80,65% y una especificidad de 95,96%.

Se encontró una relación estadísticamente significativa entre la ecografía y la anatomía patológica (Chi cuadrado: 12,65 $p < 0,05$). Presentando los siguientes datos: Sensibilidad: 80,65%, Especificidad: 95,96%, Valor predictivo positivo: 92,59%, Valor predictivo negativo: 82,87%.

DISCUSIÓN

En la presente investigación se encuentran resultados similares a los revisados en la teoría en donde la sensibilidad y especificidad para la ecografía en el diagnóstico de lesiones malignas fueron de 0.80 y 0.95 respectivamente. Asimismo Myers E. y cols. refieren que aunque los estudios de modelado pueden ser útiles en la evaluación de algoritmos de diagnóstico, es necesario seguir trabajando para explorar las implicaciones de la incertidumbre sobre la historia natural del cáncer de ovario (7).

Los hallazgos probablemente benignos serán objeto de seguimiento por ecografía o serán operados por vía laparoscópica. Las lesiones malignas requieren de tomografía computarizada (TC) puesta en escena y el tratamiento en los centros de ginecología en un entorno multidisciplinario (8). En el estudio realizado observamos que la ecografía tiene una alta

TABLA 2 Presencia de Ascítis, tamaño de masa anexial y crecimiento papilar interno según estadio clínico del cáncer de ovario en pacientes del Hospital Nacional Hipólito Unanue. Lima, Perú

Estadio clínico	Presencia de Ascítis				Tamaño de masa anexial						Crecimiento papilar interno			
	Sí		No		<5cm		5-10 cm		>10cm		Sí		No	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
IA	0	0	1	1,61	0	0	1	1,61	0	0	1	1,61	0	0
IB	1	1,61	2	3,22	2	3,22	1	1,61	0	0	0	0	3	4,83
IC	1	1,61	1	1,61	0	0	0	0	2	3,22	1	1,61	1	1,61
IIA	2	3,22	24	38,7	8	12,9	8	12,9	10	16,12	8	12,9	18	29,02
IIC	3	4,83	17	27,41	4	6,45	5	8,06	11	17,74	6	9,68	14	22,57
IIIA	0	0	1	1,61	0	0	0	0	1	1,61	1	1,61	0	0
IIIC	8	12,9	1	1,61	0	0	1	1,61	8	12,9	5	8,06	4	6,45
TOTAL	15	24,20	47	75,80	14	22,58	16	25,80	32	51,61	22	35,49	40	64,51

sensibilidad para el diagnóstico de lesiones malignas, por lo que muchas veces hay mayor accesibilidad para la realización de un estudio ecográfico que tomográfico.

No es necesario hacer un estudio de resonancia y dosaje de antígeno carcinoembrionario para el discernimiento si una masa es maligna o benigna, bastaría un estudio ecográfico bien realizado, en las condiciones adecuadas para la correlación de los hallazgos ecográficos y la malignidad de la tumoración (9).

En nuestro estudio encontramos que el 25,81% de pacientes tenían edades comprendidas entre los 41 a 50 años, con una mediana de 45 años de edad. Asimismo encontramos que la ecografía tuvo una sensibilidad del 80,65% y una especificidad del 95,96%, y se encontró una relación estadísticamente significativa entre la ecografía y la anatomía patológica (10).

No se realizó seguimiento de los pacientes, pero; cabe mencionar que hubo una mayor frecuencia de pacientes con estadio clínico IIA (46,53%) y estadio IIC(32,25%), por lo que hemos de inferir que la expectativa de vida de los pacientes diagnosticados en estos estadios ha de ser de un 80% hasta 9 años; de acuerdo al estudio realizado por Álvarez Pérez(3).

El estudio realizado por Martín Martínez y cols. concluye que el Doppler no mejora el diagnóstico de la ecografía bidimensional en el estudio de las tumoraciones anexiales sospechosas de malignidad en mujeres postmenopáusicas(11). En nuestro estudio no tomamos datos de estudio Doppler. Además hemos de mencionar que son pocos los lugares donde se toman datos de flujo doppler, por lo que seguimos considerando que en nuestro medio un estudio ecográficos bidimensional bien tomado es suficiente para nuestra orientación diagnóstica.

Adalberto Moreno y cols. (2) realizaron un estudio descriptivo de corte transversal en 75 pacientes con cáncer de ovario con el objeti-

vo de evaluar algunas variables de interés en relación con el comportamiento, estadio y tratamiento quirúrgico. La forma más común - epitelial - por lo general es diagnosticada en mujeres de 40 años de edad o más; el riesgo de contraer cualquiera de las formas de la enfermedad comienza a aumentar a los 40 años. La probabilidad de que una mujer tenga cáncer de ovario aumenta si uno o más familiares cercanos (madre, hija o hermana) padecen la enfermedad. En nuestro estudio encontramos que la frecuencia de cáncer de ovario en mayores de 40 años es del 54,85% de los casos y el más común fue la forma epitelial en el 67,74% de los casos (2).

La introducción del ultrasonido para fines diagnósticos por Ian Donald, ha sido el avance diagnóstico más importante en nuestra especialidad. En la actualidad, y no obstante la disponibilidad de múltiples métodos de diagnóstico por imágenes, el ultrasonido transvaginal sigue siendo el método de elección para evaluar las masas anexiales (6).

Diversos estudios demuestran que en los estados iniciales de cáncer ovárico las pacientes presentan sintomatología inespecífica, siendo estos similares en los casos borderline como en los epiteliales(12). En nuestro estudio la clínica comparte las mismas características, es decir que la sintomatología también era inespecífica.

A pesar de notables avances en las técnicas diagnósticas, según datos de la FIGO(1), prácticamente el 80% de las pacientes se diagnostican en estadios III y IV, con una supervivencia a los cinco años menor del 20%. Lo cual difiere del presente estudio en donde la mayoría de pacientes fueron diagnosticados en estadios II y pocos en estadio III.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **Abeloff M, Armitage J, Et al.** Clinical Oncology. 3rd ed. Orlando, Fl: Churchill Livingstone; 2004:2317.
2. **Moreno A, Et al.** Diagnóstico y tratamiento quirúrgico del cáncer de ovario en el Hospi-

tal “Vladimir Ilich Lenin”. Holguín. Correo Científico Médico de Holguín 2011; 12(3).

3. **Álvarez Pérez.** Supervivencia en pacientes con cáncer de ovario, tras nueve años de seguimiento en el registro hospitalario de tumores (RHT) del hospital clínico de Málaga. 7º Congreso Virtual Hispanoamericano de Anatomía Patológica. 2006.
4. **Boletín Estadístico.** Morbi-Mortalidad del Instituto Eduardo Cáceres Graziani. Perú. 2003
5. **Brown M, Riley G, Schussler N, Et al.** Estimated health care costs related to cancer treatment from SEER-Medicare data. Medical Care 2002; 40(8):104-17.
6. **Cervantes J.** Evaluación de la correlación de los hallazgos ecográficos y de los marcadores tumorales como predictores de cáncer de ovario en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza entre junio del 2000 y mayo del 2003. Perú. 2004.
7. **Myers E, Bastian L, Havrilesky LJ, Et al.** Evid Rep Technol Assess (Full Rep). 2006 ;(130):1-145.Management of adnexal mass.
8. **Meissnitzer M, Forstner R.** Radiological diagnostics of ovarian cancer Radiologe. 2011; 51(7):581-8.
9. **Valentín L, Ameye L, Et al.** Adnexal masses difficult to classify as benign or malignant using subjective assessment of gray-scale and Doppler ultrasound findings: logistic regression models do not help. Ultrasound Obstet Gynecol. 2011; 38(4):456-65.
10. **Kumdycki J.** Tumores anexiales: Aspectos epidemiológicos, clínicos y diagnósticos. Revista Médica del Nordeste – N° 1 – Abril 2002
11. **Martín Martínez Et al.** Caracterización ecográfica de masas anexiales sospechosas de malignidad: valor diagnóstico del Doppler Ginecología y Obstetricia Clínica 2003; 4 (3):162-6.
12. **Gamal H, Et al.** Clinical Picture of women with Early Stagfe ovarian cancer. Gynecologic Oncology 1999. 75: 476-9.

FINANCIAMIENTO: Autofinanciado

CONTRIBUCIONES DE AUTORÍA: LAML y GMP participaron en el diseño del estudio, el análisis de los datos, revisaron críticamente el artículo y aprobaron la versión final.

Pathological, clinical and ultrasonographic ovarian cancer

Objective: To determine the main pathological, clinical and ultrasonographic ovarian cancer and to determine the correlation between ultrasound and pathologic findings at the National Hospital Hipólito Unanue in the period from January 1 to December 31 2012. **Materials Methods:** A retrospective descriptive study was conducted on 62 patients diagnosed with ovarian cancer treated at the National Hospital Hipólito Unanue in the period that included the study. **Results:** 80.65% had high-risk ultrasonography and ultrasound study 19.35% had low risk. 51.61% in the cases size was greater than 10 cm, the presence of 24.19% was septa or walls 1 to 3mm; 46.77% had mixed the ultrasound density; the 95.16% do not have bilateral nature of these tumor and 57.62% is left and the right is 36.23%. The 75.80% had no ascites. Ultrasound presence of ascites was higher in clinical stage IIIC in 53.3% of cases. Under 5 cm mass was found in 12.9% of cases with stage IIA and 6.45% in IIC. 24.19% of patients had serous adenocarcinoma, the carcinoma was 14.52% Serous Borderline, followed by mucinous and endometrioid adenocarcinoma in 11.29 and 8.05% respectively. 67.74% had a pathologic diagnosis of epithelial origin; and 19.35% had sex cord stromal tumor. **Conclusions:** There is significant relationship between pathology and sonography in detection of ovarian cancer, the latter also has a high sensitivity and specificity.

Keywords: *Ovarian neoplasms , ultrasonography, histopathology. (source: MeSH NLM)*

CITA SUGERIDA.

Mori-Límaco LA, Muñante-Pachas G. Características anatomopatológicas, clínicas y ecográficas del cáncer de ovario. Rev méd panacea.2014; 4 (3):66-69.