UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

"CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E HISTOPATOLÓGICAS DE LOS TUMORES DE OVARIO EN PACIENTES DEL HOSPITAL AMAZÓNICO DE YARINACOCHA EN EL PERIODO 2008 AL 2020"

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE

MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR LA BACHILLER:

MERITA SHUPINGAHUA SILVA

PUCALLPA - PERÚ

2022

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

En Pucallpa, a los 15.... días del mes de ..Julio..... del dos mil veintidós, siendo las 14.00.. horas, y de acuerdo al Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Nacional de Ucayali, se reunieron en los ambientes de la Sala de Grados y Títulos de la Universidad Nacional de Ucayali, los miembros del Jurado Calificador de Tesis, para proceder con la evaluación de la tesis denominada **"CARACTERISTICA CLÍNICAS E HISTOPATOLOGICAS DE LOS TUMORES DE OVARIO EN PACIENTES DEL HOSPITAL AMAZÓNICO DE YARINACOCHA EN EL PERIODO 2008 AL 2020"**, elaborado por la Bachiller **MERITA SHUPINGAHUA SILVA.**

El Jurado Calificador de Tesis está conformado por los siguientes docentes:

M.C. MIGUEL ANGEL VALVERDE OCHOA (Presidente)
M.C. REINALDO GENARO MITMA VASQUEZ (Miembro)
M.C. GENARO RICHARD MELENDEZ OROSCO (Miembro).

Finalizado el acto de sustentación, luego de deliberar el Jurado y verificar los calificativos, se obtuvo el siguiente resultado de ...APROBADO..... por UNANIMIDAD... con el calificativo de ..DIECISIETE (17)..... Quedando la sustentante graduado como Médico Cirujano, para que se le expida el **TITULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO**.

Pucallpa, ..15..... de .....Julio..... del 2022.

.....
M.C. Miguel Angel Valverde Ochoa
Presidente del Jurado Evaluador

.....
M.C. Reinaldo Genaro Mitma Vásquez
Miembro del Jurado Evaluador

.....
M.C. Genaro Richard Meléndez Orosco
Miembro del Jurado Evaluador

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESTA TESIS FUE APROBADA POR LOS MIEMBROS DEL JURADO CALIFICADOR DE LA FACULTAD DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI.

M.C. MIGUEL ANGEL VALVERDE OCHOA
Presidente del Jurado Evaluador

M.C. REINALDO GENARO MITMA VASQUEZ
Miembro del Jurado Evaluador

M.C. GENARO RICHARD MELENDEZ OROSCO
Miembro del Jurado Evaluador

Dr. ARTURO RAFAEL HEREDIA
ASESOR DE TESIS

BACH. MERITA SHUPINGAHUA SILVA
TESISTA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
VICERRECTORADO DE INVESTIGACION
DIRECCION GENERAL DE PRODUCCION INTELECTUAL

CONSTANCIA

ORIGINALIDAD DE TRABAJO DE INVESTIGACION

SISTEMA ANTIPLAGIO URKUND

Nº V/0308-2022

La **Dirección de Producción Intelectual**, hace constar por la presente, que el Informe final de tesis**, titulado:**

"CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E HISTOPATOLÓGICAS DE LOS TUMORES DE OVARIO EN PACIENTES DEL HOSPITAL AMAZÓNICO DE YARINACOCHA EN EL PERIODO 2008 AL 2020".

Autor(es)	:	**SHUPINGAHUA SILVA, MERITA**
Facultad	:	MEDICINA HUMANA
Escuela Profesional	:	MEDICINA HUMANA
Asesor	:	DR. RAFAEL HEREDIA, ARTURO

Después de realizado el análisis correspondiente en el Sistema Antiplagio URKUND, dicho documento presenta un **porcentaje de similitud de 3%**

En tal sentido, de acuerdo a los criterios de porcentaje establecidos en el artículo 9 de la DIRECTIVA DE USO DEL SISTEMA ANTIPLAGIO URKUND, el cual indica que no se debe superar el 10%. Se declara, que el trabajo de investigación: SI Contiene un porcentaje aceptable de similitud, por lo que SI se aprueba su originalidad.

En señal de conformidad y verificación FIRMA Y CODIFICA la presente constancia.

FECHA 17/05/2022

Mg. JOSE MANUEL CÁRDENAS BERNAOLA
Director de Produccion Intelectual

AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE TESIS

REPOSITORIO DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

Yo, Merita Shupingahua Silva.
Autor de la TESIS titulada:
"Característica clínicas e histopatológicas de los tumores de ovario en pacientes del Hospital Amazónico De Yarinacocha en el Periodo 2008 al 2020"

Sustentada el año: 2022
Con la asesoría de: Dr. Arturo Rafael Heredia.
En la Facultad de: Medicina Humana
Carrera Profesional de: Medicina Humana

Autorizo la publicación:

PARCIAL [ ] Significa que se publicará en el repositorio institucional solo La caratula, la dedicatoria y el resumen de la tesis. Esta opción solo es válida marcar **si su tesis o documento presenta material patentable**, para ello deberá presentar el trámite de CATI y/o INDECOPI cuando se lo solicite la DGPI UNU.

TOTAL [X] Significa que todo el contenido de la tesis y/o documento será publicada en el repositorio institucional.

De mi trabajo de investigación en el Repositorio Institucional de la Universidad Nacional de Ucayali (www.repositorio.unu.edu.pe), bajo los siguientes términos:

Primero: Otorgo a la Universidad Nacional de Ucayali **licencia no exclusiva** para reproducir, distribuir, comunicar, transformar (únicamente mediante su traducción a otros idiomas) y poner a disposición del público en general mi tesis (incluido el resumen) a través del Repositorio Institucional de la UNU, en formato digital sin modificar su contenido, en el Perú y en el extranjero; por el tiempo y las veces que considere necesario y libre de remuneraciones.

Segundo: Declaro que la **tesis es una creación de mi autoría** y exclusiva titularidad, por tanto me encuentro facultado a conceder la presente autorización, garantizando que la tesis no infringe derechos de autor de terceras personas, caso contrario, me hago único(a) responsable de investigaciones y observaciones futuras, de acuerdo a lo establecido en el estatuto de la Universidad Nacional de Ucayali y del Ministerio de Educación.

En señal de conformidad firmo la presente autorización.

Fecha: 15 / 07 / 22

Email: smeri7084@gmail.com Firma:

Teléfono: 934911106 DNI: 43049720

PORTADA

1. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN

"CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E HISTOPATOLÓGICAS DE LOS TUMORES DE OVARIO EN PACIENTES DEL HOSPITAL AMAZÓNICO DE YARINACOCHA EN EL PERIODO 2008 AL 2020".

2. ÁREA DE INVESTIGACIÓN

GINECOLOGÍA-PATOLOGÍA.

3. AUTOR:

Bach. MERITA SHUPINGAHUA SILVA.

4. ASESOR:

Mg. ARTURO RAFAEL HEREDIA.

5. INSTITUCIONES Y PERSONAS COLABORADORAS:

HOSPITAL AMAZÓNICO DE YARINACOCHA.

6. INSTITUCIÓN QUE FINANCIA:

AUTOFINANCIADO POR LA TESISTA.

DEDICATORIA

Quiero dedicar esta tesis de manera especial a mis padres, por brindarme el apoyo incondicional, paciencia y esfuerzo.

A mis queridas hermanas y hermano, por sus buenos deseos y compañía en toda la etapa de mi carrera.

A mis queridos sobrinos, por estar a mi lado siempre, por ser motivo de inspiración para ellos.

A todos ustedes, por ser el pilar importante en mi vida y hacer que todo esto sea posible.

AGRADECIMIENTO

En primer lugar agradezco a Dios, por haberme dado la oportunidad de haber concluido esta investigación y haberme dado las fuerzas para superar los obstáculos que a lo largo de esta investigación se fueron presentando.

Deseo agradecer a todas las personas que de una forma u otra permitieron la realización de este trabajo de investigación, en especial a mis padres, Hidermith Silva Saldaña y mi padre Willer Shupingahua Satalaya, a mis hermanas Jullianita Shupingahua Silva, Clarita Shupingahua, por infinito cariño, paciencia, comprensión y apoyo desde siempre, sobre todo, por haberme heredado lo más valioso que puede dársele a una hija: el amor. Quienes sin escatimar esfuerzo han sacrificado gran parte de su vida por mí y me han formado y educado, que la ilusión de su existencia ha sido verme convertida en persona de provecho, nunca podré pagarles con las riquezas más grandes del mundo, a ellos mil gracias.

De igual manera a mi asesor de tesis Mg. Arturo Rafael Heredia, quien me brindó su apoyo incondicional durante todo el desarrollo de la investigación.

A todos mis maestros que a lo largo de mis estudios aportaron sus conocimientos invaluables, sugerencias, apoyo y sobre todo por su gran paciencia para lograr que este trabajo llegara a su fin.

A mis compañeros de la generación, por todos los buenos momentos que viví con ellos, y lo más importante, por brindarme su amistad.

ÍNDICE

Pág.

DEDICATORIA……..vii
AGRADECIMIENTO……viii
ÍNDICE……ix
ÍNDICE DE TABLAS……xi
RESUMEN……xiii
ABSTRACT……xiv
INTRODUCCIÓN……xv
CAPÍTULO I: PROBLEMA……1
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA……1
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA……....4
1.3. OBJETIVO: GENERAL Y ESPECÍFICOS……4
1.4. JUSTIFICACIÓN……....5
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO……...7
2.1. ANTECEDENTES……7
2.2. BASES TEÓRICAS……11
2.3. HIPÓTESIS……..…31
2.4. VARIABLES DE ESTUDIO……31
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA……33
3.1. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN……33
3.2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN……33
3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA……...33
3.4. TÉCNICA E INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS……33
3.5. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS……..34
CAPÍTULO IV: RESULTADOS……..35
4.1. DATOS DESCRIPTIVOS……..35
4.2. DISCUSIÓN……42
CONCLUSIONES……44
RECOMENDACIONES……..45

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA……...46
ANEXOS……50

ÍNDICE DE TABLAS

Pág.

Tabla 1. Características clínicas e histopatológicas de los tumores de ovario en pacientes del Hospital Amazónico de Yarinacocha en el periodo 2008 al 2020…….. 35

Tabla 2. Asociación entre la variable edad y la presencia de tumor de ovario…….. 36

Tabla 3. Asociación entre la variable procedencia y la presencia de tumor de ovario …….. 36

Tabla 4. Asociación entre la variable presencia de nuliparidad y la presencia de tumor de ovario…….……..……. 37

Tabla 5. Asociación entre la variable antecedente familiar y la presencia de tumor de ovario……...…….... 37

Tabla 6. Asociación entre la variable tipo de epitelio y la presencia de tumor de ovario…….……..... 38

Tabla 7. Regresión logística entre la variable edad y la presencia de tumor de ovario en pacientes del Hospital Amazónico de Yarinacocha en el periodo 2008 al 2020…….… 39

Tabla 8. Regresión logística entre la variable procedencia y la presencia de tumor de ovario en pacientes del Hospital Amazónico de Yarinacocha en el periodo 2008 al 2020…….… 40

Tabla 9. Regresión logística entre la variable presencia de nuliparidad y la presencia de tumor de ovario maligno…… 40

Tabla 10. Regresión logística entre la variable antecedente familiar y la presencia de tumor de ovario en pacientes del Hospital Amazónico de Yarinacocha en el periodo 2008 al 2020…….. 41

Tabla 11. Regresión logística entre la variable tipo de epitelio neoplásico y la presencia de tumor de ovario en pacientes del Hospital Amazónico de Yarinacocha en el periodo 2008 al 2020…… 41

RESUMEN

Objetivo: Determinar las características clínicas e histopatológicas que se asocian a los tumores de ovario en pacientes del Hospital Amazónico de Yarinacocha en el periodo 2008 al 2020. Materiales y métodos: El trabajo se realizó con los datos registrados de los pacientes con tumoración de ovario atendidos en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2008 – 2020. El trabajo realizado fue de corte analítico, transversal, retrospectivo. Se empleó como herramienta una ficha de recolección de datos. Resultados: Los pacientes que integraron el presente estudio fueron 71 mujeres con diagnóstico de tumoración de ovarios. La edad más representativa se dio en la categoría adulto con un 74%. La procedencia de los pacientes era mayor en la zona rural con un 53%. La nuliparidad en las pacientes se hizo presente en un 49%. El antecedente familiar de tumoración de ovario se dio en el 59%. El epitelio neoplásico de mayor presencia en las neoplasias fue el de tipo seroso con 74%. Solo el 22% de la población presentó tumoración maligna. La presencia de tumoración de ovario presentó asociación con las siguientes variables: edad (OR: 32,857; IC: 7,534 – 143.291), procedencia (OR: 6,525; IC: 1,918 – 22,191), nuliparidad (OR: 8.470; IC: 2,468 – 29,061), antecedente familiar (OR: 3.264; IC: 1,040 – 10,243) y tipo de epitelio (OR: 32.857; IC: 7,534 – 143,291). Conclusión: existen variables de tipo clínico e histopatológicos que se asocian con la patología de tumoración de ovario.

Palabras clave: Edad, tumoración de ovario, nuliparidad, antecedente familiar, procedencia.

ABSTRACT

Objective: To determine the clinical and histopathological characteristics that are associated with ovarian tumors in patients of the Amazon Hospital of Yarinacocha in the period 2008 to 2020. Materials and methods: the work was carried out with the registered data of patients with ovarian tumors treated at the Amazon Hospital of Yarinacocha during the period 2008 - 2020. The work carried out is analytical, cross-sectional, retrospective. A data collection sheet was used as a tool. Results: The patients who integrated the present study were 71 women with a diagnosis of ovarian tumor. The most representative age is in the adult category with 74%. The origin of the patients was greater in the rural area with 53%. Nulliparity in patients was present in 49%. The family history of ovarian tumor occurred in 59%. The neoplastic epithelium with the greatest presence in neoplasms was the serous type with 74%. Only 22% of the population presented malignant tumor. The presence of ovarian tumor was associated with the following variables: age (OR: 32.857; CI: 7.534 – 143.291), origin (OR: 6.525; CI: 1.918 – 22.191), nulliparity (OR: 8.470; CI: 2.468 – 29.061), family history (OR: 3.264; CI: 1.040 – 10.243) and type of epithelium (OR: 32.857; CI: 7.534 – 143.291). Conclusion: there are clinical and histopathological variables that are associated with ovarian tumor pathology.

Keywords: Age, ovarian tumor, nulliparity, family history, origin.

INTRODUCCIÓN

Los tumores son una patología difícil de diagnosticar, ya que son difícil de diagnosticar en etapas tempranas, y rara vez pasan de una lesión benigna a maligna. Se conoce que el ovario tiene características distintas formas y que están relacionados. Existen múltiples factores que pueden causar la formación de tumores a nivel del ovario, tanto de tipo benigno o maligno. El tumor de ováricos ocupa el tercer grupo de tumores que se presentan en la mujer. Ya que 1 de cada 10 mujeres se presentará a lo largo de su ciclo de vida, y la mayor parte necesitará una evaluación quirúrgica. Esta patología puede presentarse desde edades tempranas hasta avanzadas, así como en etas reproductivas y no reproductivas. En la práctica clínica se evidencia una mayor tasa repercusión en la etapa del climaterio que va entre los 35 y 65 años y su frecuencia va incrementando en los últimos años, esto debido a que su lenta evolución patológica hace que sea difícil el diagnóstico temprano y lleguen etapas avanzadas; los tumores de ovario son más frecuente en los países desarrollados que en vías de desarrollo. El avance de la tecnología y su uso habitual en la evaluación del paciente permite que el diagnostico sea más frecuente estos años, y la ecografía se convirtió en una herramienta de vital importancia en la práctica ginecológica, siendo un método práctico, accesible y no invasivo, que permite una mejor evaluación en el aparato reproductor femenino, abriéndose así una nueva oportunidad para diagnosticar los tumores de ovario, ya que puede brindar información esencial para el manejo temprano de la lesiones ya se en la fase asintomática, así como también características que puedan indicar benignidad o malignidad, con una efectividad de 70 a 90%, de acuerdo a la vía de implementación, tras vaginal o abdominal. La incorporación del Doppler, nos permite hacer una mejor evaluación del flujo vascular y nos brinda información complementaria de la malignidad de los anexiales. La implementación de la tomografía axial computarizada abdominal y la resonancia magnética, sumada la ecografía, informan las características de los tumores de ovario; y facilita detectar complicaciones de órganos y vísceras adyacentes en de la cavidad abdominal. La supervivencia en los pacientes con cáncer de ovario no se visualizó cambios a mejora en estos últimos 20 años por la dificultad y poca disposición de

métodos de diagnóstico, por ello es denominado “el asesino silencioso”; Por ello el diagnóstico precoz posibilita la supervivencia y la eficacia del tratamiento.

CAPÍTULO I: PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los tumores ováricos constituyen el tercer grupo de tumores en la mujer. Aproximadamente 1 de cada 10 féminas lo tendrá a lo largo de la vida, la mayoría de las cuales requerirá de una evaluación quirúrgica. Estos se presentan desde edades tempranas hasta avanzadas. La experiencia clínica revela la alta incidencia en la etapa del climaterio, comprendida entre los 35 y 65 años. Su incidencia ha aumentado en las últimas décadas, pero su evolución silente entorpece el diagnóstico temprano, lo que hace que en más de 60% de los casos se diagnostique en etapa avanzada (1).

En el 2021 en los Estados Unidos de América se estima que habrá 1 898 160 nuevos casos de cáncer con 608 570 muertos y cada día se ha calculado que habrá aproximadamente 5 200 casos con 1 670 muertos (2). Para el año 2021, los cálculos de la Sociedad Americana Contra El Cáncer para este cáncer son: alrededor de 21,410 mujeres recibirán un nuevo diagnóstico de cáncer de ovario y 13,770 mujeres morirán de cáncer de ovario. El cáncer de ovario ocupa el quinto lugar como causa de fallecimientos por cáncer entre las mujeres y es el responsable de más fallecimientos que cualquier otro cáncer del sistema reproductor femenino. El riesgo de una mujer de padecer cáncer ovárico durante el transcurso de su vida es de aproximadamente 1 en 78. Su probabilidad de morir de cáncer ovárico en el transcurso de su vida es de aproximadamente 1 en 108, estas estadísticas no incluyen los tumores ováricos de bajo potencial maligno. Este cáncer se origina principalmente en mujeres de edad avanzada. Alrededor de la mitad de las mujeres diagnosticadas con cáncer de ovario tienen 63 años o más. Este cáncer es más común en las mujeres blancas que en las mujeres de raza negra. La tasa de mujeres diagnosticadas con cáncer de ovario ha estado disminuyendo lentamente por los últimos 20 años (2).

El cáncer de ovario es uno de los cánceres ginecológicos más frecuente que ocupa 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 168 752 mujeres por esta enfermedad en el mundo. 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. 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. 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. En Colombia cada año ocurren alrededor de 2 092 casos y mueren 1 154 mujeres entre los 30 y 84 años por cáncer de ovario. Actualmente, presenta una incidencia de 12,3 y mortalidad de 8,3 por 100 000 mujeres. En un estudio realizado en Bucaramanga (Colombia), evidenciaron una mortalidad de 4,3 x 100 000 mujeres entre 1996 y 1999, ocupando el cuarto lugar de neoplasias en mujeres. Para el 2001, la proporción de mortalidad de cáncer de ovario en Colombia fue 256 equivalente a 3,6% del total de muertes y una tasa de mortalidad 2,4 por 100 000 habitantes. En el año 2005, la tasa de mortalidad en Colombia fue de 3,2 por 100 000 habitantes equivalentes a 686 casos con un predominio entre 40 y 49 años, ocupando el quinto lugar en mortalidad por neoplasias en el país (3).

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 (4).

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. El cáncer de ovario es denominado “el asesino silencioso” pues no presenta síntomas o signos específicos particularmente en etapa inicial, a no ser que se produzca alguna complicación del tumor. El diagnóstico no es fácil en etapas tempranas porque es asintomático, y no existe un método de detección temprana aplicable masivamente. El 75% de los cánceres de ovario se diagnostican en estadios avanzados (III ó IV), cuya sobrevida a los 5 años no sobrepasa el 25%. De aquí la importancia de evitar los factores de riesgo y promocionar la difusión de los factores protectores (5).

Las masas ováricas benignas incluyen quistes y tumores funcionales; la mayoría son asintomáticos. El tratamiento varía según el estado reproductivo de la paciente. Quistes funcionales: Hay 2 tipos de quistes funcionales: Quistes foliculares: se desarrollan a partir de folículos de De Graff. Quistes del cuerpo lúteo: se desarrollan a partir del cuerpo lúteo. Puede haber un sangrado dentro de la cavidad del quiste, lo que distiende la cápsula del ovario, que puede romperse y derramar su contenido en el peritoneo. La mayoría de los quistes funcionales tienen < 1,5 cm de diámetro; pocos exceden los 5 cm. En general, los quistes funcionales resuelven espontáneamente en días o semanas. Los quistes funcionales son poco comunes después de la menopausia. Tumores benignos: Los tumores ováricos benignos en general crecen lentamente y rara vez se malignizan. Incluyen las siguientes: Teratomas quísticos benignos: estos tumores también se llaman quistes dermoides porque, aunque derivan de las 3 capas de células germinales, consisten principalmente en tejido ectodérmico. Fibromas: estos tumores de lento crecimiento tienen en general unos < 7 cm de diámetro. Cistadenomas: estos tumores son más comúnmente serosos o mucinosos (8).

La mujer Ucayalina no es ajena a este tipo de tumores, tanto de naturaleza benigna o maligna por lo tanto es importante conocer la naturaleza de este problema para diseñar estrategias de intervención.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. Problema Principal

- ¿Cuáles son las características clínicas e histopatológicas que se asocian a los tumores de ovario en pacientes del Hospital Amazónico de Yarinacocha en el periodo 2008 al 2020?

1.2.2. Problemas Secundarios

- ¿Cuáles son las características clínicas que se asocian a los tumores de ovario en pacientes del Hospital Amazónico de Yarinacocha en el periodo 2008 al 2020?

- ¿Cuáles son las características histopatológicas que se asocian a los tumores de ovario en pacientes del Hospital Amazónico de Yarinacocha en el periodo 2008 al 2020?

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1. Objetivo General

- Determinar las características clínicas e histopatológicas que se asocian a los tumores de ovario en pacientes del Hospital Amazónico de Yarinacocha en el periodo 2008 al 2020.

1.3.2. Objetivos Específicos

- Identificar las características clínicas que se asocian a los tumores de ovario en pacientes del Hospital Amazónico de Yarinacocha en el periodo 2008 al 2020.

- Identificar las características histopatológicas que se asocian a los tumores de ovario en pacientes del Hospital Amazónico de Yarinacocha en el periodo 2008 al 2020.

1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Los tumores de Ovario son un grupo de neoplasias frecuentes en la mujer la mayoría se presentan como quistes de ovario y son benignos, estos pueden ser cistoadenomas serosos, cistoadenomas mucinosos, cistoadenomas endometrioides, teratomas, entre otros y entre los tumores malignos tenemos entre los más comunes al carcinoma seroso, carcinoma mucinoso, carcinoma endometrioide y tumores mixtos, ello nos motiva a caracterizar este tipo de problemas de salud para poder diseñar estrategias de intervención para solucionar este problema de salud.

Justificación social

Las neoplasias hoy en día comprometen a gran parte de la población y los tumores de ovario, si son frecuentes en la mujer Ucayalina, por ello es importante investigar este tipo de problemas porque se espera con la información obtenida diseñar intervenciones de alto impacto en la sociedad.

Justificación metodológica

Al tratarse de un estudio descriptivo, observacional y transversal es muy factible de realizar, sobre todo si se trata de investigación básica que marca el inicio de una línea de investigación que nos permitirá describir las características clínicas y epidemiológicas que presentan los pacientes con tumores de ovario.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES

2.1.1. Investigaciones extranjeras

Pons Porrata Laura María, et al. (1) (2012). En Cuba, en su trabajo titulado: Tumores de ovario: patogenia, cuadro clínico, diagnóstico ecográfico e histopatológico. Refiere que: Entre las dolencias ginecológicas, los tumores anexiales son los más difíciles de todos los problemas diagnósticos. La sutil transición de una lesión benigna a otra maligna en un ovario, es uno de los grandes misterios de la ginecología. Como bien se conoce, el ovario es un órgano de caracteres polimorfos interrelacionados. Diversos factores genéticos, embriológicos, estructurales y funcionales, experimentan una interacción de la cual puede emanar una enorme capacidad tumoral, ya sea benigna o maligna. Los tumores ováricos constituyen el tercer grupo de tumores en la mujer. Aproximadamente 1 de cada 10 féminas lo tendrá a lo largo de la vida, la mayoría de las cuales requerirá de una evaluación quirúrgica. Estos se presentan desde edades tempranas hasta avanzadas. La experiencia clínica revela la alta incidencia en la etapa del climaterio, comprendida entre los 35 y 65 años de edad. Su incidencia ha aumentado en las últimas décadas, pero su evolución silente entorpece el diagnóstico temprano, lo que hace que en más de 60 % de los casos se diagnostique en etapa avanzada. Es más frecuente en países desarrollados que en vías de desarrollo. En Cuba se notificaron en el 2008, 339 casos nuevos y 218 defunciones.

Martínez-Ospina Adriana Patricia, et al. (3) (2019). En Colombia en su investigación titulada: Epidemiologia de cáncer de ovario Colombia 2009- 2016. Refiere que: el cáncer es una de las enfermedades más temidas por la humanidad y el tumor maligno de ovario no es la excepción. Se caracteriza por su alta agresividad y por presentar síntomas inespecíficos, además de no contar, hasta el momento, con

pruebas de tamizaje que permitan una detección precoz, convirtiéndose en uno de los cánceres femeninos con alta mortalidad ocupando el séptimo lugar a nivel mundial.

Luz María Rivas-Corchado Luz María, et al. (4) (2011). En México en su trabajo titulado: Perfil epidemiológico del cáncer de ovario. Refiere que: en México, el cáncer de ovario representa 5.3% de los diagnósticos de cáncer en todos los grupos de edad y 21% de los cánceres ginecológicos. Los estados con mayor incidencia de esta enfermedad son Nuevo León, Estado de México y Distrito Federal. Objetivo: establecer el perfil epidemiológico del cáncer de ovario. Pacientes y método: estudio descriptivo, transversal y retrospectivo en el que se incluyeron todas las pacientes con expediente completo, con diagnóstico de cáncer de ovario atendidas en el departamento de Oncología de la Unidad Médica de Alta Especialidad número 23, IMSS, de Monterrey, de enero de 2009 al 31 de diciembre de 2009. Resultados: se identificaron 40 pacientes con cáncer de ovario. 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. Se diagnosticó adenocarcinoma seroso papilar en 25% de las pacientes, adenocarcinoma endometroide y el tumor mucinoso de bajo potencial maligno limítrofe se diagnosticó en 20%, el adenocarcinoma poco diferenciado en 18%, tumor de células de la granulosa en 7% y adenocarcinoma papilar y adenocarcinoma con células en anillo en 5%. En total, 43% de las pacientes recibió quimioterapia. Conclusión: la mayoría de las pacientes tenía 50 años o más. El antecedente hereditario más frecuente fue cáncer de mama. No hubo defunciones durante el estudio.

2.1.2. Investigaciones nacionales

Belmonte Hartinger Diego Roberto, et al. (5) (2012). En Lima en su investigación titulada: Epidemiologia de Cáncer de ovario en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen entre enero 2007 y diciembre 2011. Refiere que: su objetivo fue conocer la prevalencia, incidencia hospitalaria y epidemiologia 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 anatomopatologico 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 constituyo 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 anatomopatologico del tumor de ovario fue determinado con mayor frecuencia dentro del día de la cirugía.

Pérez-Ortiz Viorkis, et al. (6) (2020). En Lima en su publicación en su publicación titulada: Tumor maligno mixto de células germinales de ovario. Reporte de caso refiere que: Los tumores malignos de células germinales del ovario, aunque poco frecuentes, son el tipo más común de neoplasias ováricas malignas en niñas y

adolescentes; aproximadamente dos tercios de ellas menores de 20 años. Representan 2% a 5% de todos los tumores ováricos de origen germinal. Los tumores comprenden dos o más tipos de componentes de células germinales, e incluyen al disgerminoma acompañado de tumores del seno endodérmico, carcinoma de células embrionarias, teratoma maduro o inmaduro y/o coriocarcinoma. Existen pocos informes de casos de tumores de células germinales mixtas con diferentes combinaciones de componentes malignos. La alfafetoproteína y la gonadotropina coriónica humana son los marcadores tumorales más característicos. Los hallazgos inmunohistoquímicos son importantes para el diagnóstico. La cirugía más quimioterapia adyuvante es la primera opción para preservar la fertilidad en cualquier niña o adolescente que presente con un tumor pélvico en rápido crecimiento. Se presenta un caso de tumor maligno mixto de células germinales de ovario.

Alcarraz Cindy, et al. (7) (2018). En Lima en su trabajo titulado: Citorreducción óptima en cáncer de ovario avanzado tratado con paclitaxel a dosis densa y carboplatino seguido de cirugía de intervalo en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas del Perú. Refiere que: Sus objetivos fueron determinar la tasa de citorreducción óptima en pacientes con cáncer de ovario avanzado que recibieron quimioterapia neoadyuvante con carboplatino y paclitaxel dosis densa seguido de cirugía de citorreducción de intervalo (CCI). Materiales y métodos. Estudio de una serie de casos retrospectiva de mujeres peruanas tratadas con quimioterapia neoadyuvante con carboplatino (AUC 6 mg/ml/min) y paclitaxel (80 mg/m^2 semanal) seguido de CCI, en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas durante el período 2010-2014. Resultados. Los 41 pacientes que alcanzaron cirugía de intervalo, tuvieron una mediana de edad de 59 años (rango: 47-73 años). En 37 (90,2%) pacientes se reportó histología de adenocarcinoma seroso de alto grado. Treinta y cuatro (82,9%) lograron citorreducción óptima y cinco (14,7%) respuesta patológica completa. La sobrevida libre de progresión al año y 2 años fueron 74,7% y 51,8%, respectivamente. La sobrevida global al año y 2 años fue 85,2% y 71,4%, respectivamente. El riesgo de progresión y muerte fue mayor en pacientes sin citorreducción óptima y pacientes con niveles de dosaje del antígeno

carcinoembrionario 125 postoperatorio > 30 U/ml. Conclusiones. La neoadyuvancia con carboplatino y paclitaxel dosis densa logró una frecuencia elevada de citorreducción óptima. Los niveles de antígeno carcinoembrionario 125 postoperatorios y citorreducción óptima resultaron factores independientes de sobrevida libre de progresión y sobrevida global.

2.1.3. Investigaciones Locales

No se evidenciaron estudios locales que tengan como interés nuestras variables de estudio.

2.2. BASES TEÓRICAS

La Organización Mundial de la salud clasifica a los tumores de ovario como (9):

Tumores serosos, estos a la vez se dividen en benignos, en el límite de la malignidad y carcinoma seroso.

- Tumores mucinosos, que se dividen en: cistoadenoma mucinoso benigno, tumor mucinoso borderline y adenocarcinoma mucinoso.
- Tumores endometrioides, en este grupo encontramos a: cistoadenoma endometroide, tumor endometroide borderline y adenocarcinoma endometroide.
- Tumores de células claras, que comprende a: cistoadenoma de células claras, tumor de células claras borderline y adenocarcinoma de células claras.
- Tumores seromucinosos.
- Tumores de Brenner.
- Otros carcinomas.
- Tumores mesenquimales.
- Tumores mixtos mesenquimales y epiteliales.

- Tumores estromales de los cordones sexuales, que comprende: los tumores cordones sexuales puros, tumores estromales y de los cordones sexuales mixtos.
- Tumores de células germinales.
- Tumores miscelaneos entre ellos tenemos: adenoma de la rete ovárica, tumor de wolfian, tumor pseudopapilar entre otros.

El advenimiento de la ecografía y su uso habitual, ha hecho que el diagnóstico de dichos tumores sea aún más frecuente y esta haya adquirido una función preponderante en la práctica ginecológica, ya que constituye el mejor método para explorar los cambios que ocurren en el aparato reproductor. Con el empleo de la ecografía se abrió un nuevo horizonte para diagnosticar los tumores de ovario, por ser un método efectivo, fácil, económico, no invasivo y a la vez el medio de diagnóstico de primera línea para tales fines. Mediante este se pueden detectar lesiones en la fase asintomática, así como visualizar las masas anexiáleses y las características que sugieren benignidad o malignidad, con una fiabilidad de 70 a 90%, para lo cual se requiere de complementación de las sondas abdominal y vaginal.

La vía vaginal puede demostrar lesiones menores de 3 cm, pero presenta la desventaja de poseer un campo de visión limitado, solo hasta 10 cm de la cúpula vaginal; por su parte, la vía abdominal visualiza mejor la lesión que se ubica por encima del lecho vesical, más allá de 10 cm. La utilización del Doppler por vía transvaginal permite hacer una valoración del flujo vascular y proporciona información adicional sobre el potencial de malignidad de las masas anexiales y deja a la ecografía abdominal la mejor especificidad en cuanto a la extensión.

Otras modalidades de diagnóstico por imágenes, como la tomografía axial computarizada abdominal y la resonancia magnética, juntamente con la ecografía, revelan las características de la masa tumoral; también posibilitan determinar las alteraciones de órganos y vísceras de la cavidad abdominal, así como del retroperitoneo, relacionadas con el tumor.

A pesar de los avances en el tratamiento, la supervivencia global de las pacientes con cáncer de ovario no ha cambiado significativamente durante los últimos 20 años. Es denominado "el asesino silencioso", por ser una enfermedad de difícil diagnóstico. No genera signos y síntomas exclusivos y hasta el momento, no se dispone de métodos de diagnósticos para la detección temprana. Las posibilidades de supervivencia y de efectividad de tratamiento radican en el diagnóstico precoz, pues las pacientes diagnosticadas en estadios I y II presentan una supervivencia, a los 5 años, superior a 70%, frente a 12% en estadios avanzados.

PATOGENIA

En los ovarios pueden desarrollarse tumores benignos o malignos, quísticos o sólidos, de tipo epitelial, conjuntivo, funcionantes o no o teratomatosos. Los tumores más frecuentes no son neoplásicos, sino que derivan del desarrollo folicular; son formaciones quísticas originadas por un estímulo anormal del folículo o alteraciones en el proceso de involución.

Los verdaderos procesos neoplásicos presentan una constitución histológica muy diversa, de origen epitelial, le continúan los procedentes del estroma gonadal y, finalmente, los tumores de las células germinales.

Se conoce que los tumores benignos del ovario no constituyen un grupo bien definido y algunos de ellos pueden malignizarse en su evolución. Aproximadamente de 75 a 85% de los tumores son en principio benignos.
Hoy día, los factores causales del cáncer de ovario son desconocidos, aunque se plantea que en el ámbito celular es el resultado de la acumulación de múltiples defectos genéticos menores.

Los estudios epidemiológicos han permitido enunciar 3 teorías con respecto a las causas de esta enfermedad:

- La división celular ininterrumpida y la continua regeneración del epitelio ovárico con cada ovulación proporcionan la oportunidad para una mutación y transformación maligna por la estimulación de los ovarios y por hormonas gonadotrópicas, que de forma mantenida pueden inducir a la malignización.
- La exposición del ovario a diferentes agentes carcinogenéticos.
- Los eventos moleculares que dirigen el desarrollo del cáncer epitelial de ovario son desconocidos.

A pesar de esto, en investigaciones epidemiológicas se han identificado algunos factores causales en la carcinogénesis del cáncer de ovario: factores endocrinos, ambientales y genéticos, aunque se incluyen otros, tales como: nuliparidad, historia familiar, menarquia temprana, menopausia tardía, raza blanca y aumento de la edad. La incidencia específica aumenta según la edad de la paciente, con un pico en la sexta década de la vida. Es infrecuente en mujeres menores de 40 años.

El riesgo de que se presente esta enfermedad disminuye con la paridad, con el uso de contraceptivos hormonales y la lactancia; también parece que la histerectomía o la ligadura de trompas con conservación de los ovarios disminuyen la posibilidad de aparición.

El cáncer de ovario con historia familiar constituye apenas 2,5 % del total. Al respecto, se han identificado 3 tipos de cánceres hereditarios, a saber:

- **Cáncer en sitio específico:** Existe alto riesgo si hay cáncer en 2 familiares de primer grado (50% de probabilidades de ser afectado).
- **Síndrome de cáncer familiar mama-ovario:** Patrón de transmisión dominante; asociado a los cromosomas 16q y 17q21. Se considera este síndrome cuando hay 5 casos de cáncer de mama y ovario en la familia, incluyendo 2 de cada uno de estos.

- **Cáncer colorrectal no polipósico (síndrome de Lynch de tipo II):** Incluye múltiples adenocarcinomas, cáncer de colon familiar, de ovario, endometrio, mama, así como de los sistemas gastrointestinal y urinario.

CUADRO CLÍNICO

Entre los datos clínicos de sospecha figuran: crecimiento lento del abdomen, síntomas compresivos, dolor abdominal agudo o subagudo, sobre todo cuando se complican por torsión (frecuente en los benignos), rotura, hemorragia o infección, rara vez datos indirectos de actividad especial endocrina o metabólica, tales como: pubertad precoz, hemorragia uterina disfuncional, amenorrea, hirsutismo, tirotoxicosis, síndrome de Cushing, galactorrea, policitemia, hipoglucemia e hipercalcemia, por citar algunos.

Por lo general, los síntomas que más refieren las pacientes incluyen cierto malestar abdominal, seguido de distensión abdominal, a causa de la presencia de ascitis o una masa tumoral que paulatinamente aumenta de tamaño, así como también síntomas gastrointestinales (como náuseas, dispepsias, saciedad precoz y constipación); los urinarios son menos frecuentes, al igual que la metrorragia. Estos síntomas tardíos ocurren con más frecuencia en mujeres premenopáusicas.

Es difícil de diagnosticar en etapas tempranas, pues las manifestaciones clínicas son escasas y fácilmente se confunden con las de otras afecciones, además, no es fácil crear un sistema de detección precoz (tamizaje).

DISEMINACIÓN DEL CÁNCER DE OVARIO

El cáncer de ovario se propaga fundamentalmente por diseminación peritoneal y otras formas son por extensión directa, linfática y hematógena. El crecimiento del cáncer epitelial de ovario es inicialmente de forma local, invade la cápsula, el mesoovario y desprende células a la cavidad abdominal, de manera que afecta órganos adyacentes

o metastiza en ganglios; también puede producir, excepcionalmente, metástasis hematógenas.

La diseminación o siembra peritoneales es la forma más común. Ha sido clásicamente una enfermedad de difusión serosa, que afecta a todas las superficies peritoneales y raramente invade a los órganos. La diseminación directa o por contigüidad se produce al romper la cápsula, lo cual puede provocar daño locorregional a todas las estructuras vecinas y afecta generalmente a las serosas de estos órganos; la linfática, altera con más frecuencia los ganglios paraórticos. La obstrucción tumoral del drenaje linfático diafragmático contribuye a la aparición de ascitis.

Por su parte, la diseminación hematógena del cáncer de ovario es excepcional, se presenta en fase tardía y afecta fundamentalmente hígado, hueso y pulmón.
En la mayoría de las pacientes con cáncer epitelial de ovario (75- 85%), el diagnóstico se realiza cuando la enfermedad ya ha progresado a la cavidad peritoneal.

Los tumores metastásicos de ovario pueden ser de útero, trompas, mama o del aparato digestivo (tumor de Krukenberg). El cáncer metastásico en estos casos constituye de 1-1,5% de todos los tumores de ovario.

DIAGNÓSTICO ECOGRÁFICO

En el diagnóstico imagenológico es indispensable la ecografía tanto por vía transabdominal como transvaginal. La primera de estas no es lo suficientemente específica para ser útil como una técnica de tamizaje; la segunda es una alternativa más específica para un programa de detección selectiva del cáncer de ovario y no se necesita preparar a la paciente. La ventaja principal que posee la vía transvaginal es mejorar el detalle de las imágenes en comparación con la vía abdominal.

El valor principal de la ecografía reside en la confirmación de la presencia o ausencia de un tumor pélvico, localización del origen (ovario, trompa, útero), visión de la arquitectura interna de la lesión (sospecha de distinción entre benignidad y malignidad), visión de la afección asociada a dicho tumor (ascitis, lesiones hepáticas, entre otras); no obstante, la ecografía se muestra desacertada en la observación de lesiones como la afectación intestinal y nódulos retroperitoneales, por citar algunos. El diagnóstico de estas alteraciones casi siempre se realiza en el acto operatorio. Además, actúa de guía para otros procedimientos (punción-aspiración, biopsias dirigidas), permite el seguimiento de procesos tumorales ováricos benignos (quistes foliculares o del cuerpo lúteo, endometriomas) y es el recurso de diagnóstico más importante para determinar si la paciente necesita una laparoscopia.

Se define que un tumor tiene baja sospecha de malignidad cuando presenta bordes regulares, límites precisos, contenido total o predominantemente sonoluscente, ausencia de tabiques o tabiques finos (menores de 3 mm) y de excrecencias en la pared interna o en los tabiques, si estos existen.

En la medida que la morfología de la imagen se aleja de estos parámetros la probabilidad de malignidad aumenta, se caracteriza por presentar áreas marcadamente ecorrefringentes e irregulares, tabiques gruesos (más de 3mm) con excrecencias, pared interna irregular, así como límites imprecisos y de gran tamaño. Los signos ajenos al tumor maligno más frecuentes son la bilateralidad de la lesión y la presencia de ascitis.

Un límite mal definido indica que existen estructuras adheridas a la formación tumoral, que en la mayoría de los casos se trata de epiplón o asas intestinales, lo cual sugiere la posibilidad de un origen maligno.

En relación con el tamaño de la lesión se señala que a pesar de que los tumores malignos alcanzan grandes dimensiones, debido a su crecimiento acelerado, no es una característica inherente a ellos, ya que existen algunos que son benignos con

iguales dimensiones, lo cual indica que el diagnóstico se ha realizado tardíamente. Por lo tanto, el tamaño no debe ser considerado como criterio exclusivo para tipificar la benignidad o malignidad del proceso tumoral; sí tendría valor evaluar el ritmo de crecimiento mediante estudios ecográficos sucesivos.

Resulta importancia tener presente que el ovario no es un órgano sólido, que tiene cavidades y que todas las imágenes ecográficas no corresponden a enfermedades; también es significativo destacar que muchas veces no son detectables por ecografía, por tratarse de casos originados en la superficie del ovario y que precozmente van soltando células en la cavidad intestinal, de modo que condicionan la presencia de metástasis, que en muchas ocasiones constituye la presentación del tumor.
Existe una serie de tumores ováricos con morfología compleja, con desarrollo benigno, que desde el punto de vista ecográfico pudieran simular un tumor maligno, por ejemplo: los teratomas, la endometriosis ovárica, los fibromas anexiales y los procesos anexiales complicados.

Cabe agregar que en la última década han sido realizadas muchas investigaciones en relación con el Doppler y con su variante a color para analizar y evaluar la circulación dentro de la masa tumoral. Estudios comparativos entre ecografía vaginal con Doppler y sin este, han mostrado claramente el aumento de la sensibilidad y la especificidad diagnóstica con el color, con buenos resultados en la diferenciación de los tumores benignos de los malignos.

En las neoplasias ováricas, al igual que en el carcinoma de endometrio, aparece una angiogénesis patológica, tanto intratumoral como en la periferia de las neoplasias malignas, lo cual modifica la velocidad del flujo. La presencia de vasos con flujos de baja impedancia en los tabiques del tumor y en el interior de la masa neoplásica, así como la aparición de nuevos vasos aberrantes e irregularidades, son muy sospechosas de malignidad.
Según se ha visto, en el cribado del cáncer de ovario se desarrollan métodos bioquímicos o moleculares que comienzan a experimentarse con algún éxito. Los

procedimientos más empleados y de mayor eficacia en esta actuación son la ecografía transvaginal y el marcador CA-125. Estos medios son también los que se emplean generalmente en el seguimiento del cáncer de ovario tratado, aun cuando en estos casos se usen otras técnicas de obtención de imágenes, como la tomografía y la resonancia magnética, con mayor poder de resolución.

INTERRELACIÓN ECOGRÁFICA E HISTOPATOLÓGICA

El imagenólogo debe tener presente que existen principios inviolables cuando aborda el estudio de una lesión del ovario: no se puede diferenciar por los métodos imagenológicos entre un tumor benigno o maligno, solo sobre la base de su naturaleza quística o sólida; no existen criterios absolutos por imágenes para diferenciar entre una masa benigna y otra maligna. Aunque a veces existe concordancia entre el aspecto ecográfico y la variedad del tumor, la última palabra la tiene el estudio citohistológico.

Los tumores epiteliales constituyen entre 65 y 75% de todas las neoplasias del ovario. Un elevado porcentaje de sus variedades malignas (85%) predominan en la sexta y séptima décadas de la vida. Están distribuidos de la forma siguiente: 75% son serosos, 20% mucinosos, 2% endometrioides y 1% de células claras, Brenner e indiferenciados; los restantes corresponden a los tumores de los cordones sexuales, germinales e indeterminados. No ocurre lo mismo con los tumores que aparecen en mujeres menores de 20 años, pues en estas los tumores malignos más frecuentes son de origen germinal.

La forma más común de malignidad es el adenocarcinoma seroso (60- 80%). Más de 70% son bilaterales y de 70-80% aparecen en estadios avanzados. El tamaño medio es de 15 cm. En efecto, los tumores epiteliales benignos, casi siempre son serosos o mucinosos y se diagnostican por lo general entre los 20 y 60 años. Frecuentemente son de gran tamaño, pues alcanzan los 15 cm y hasta 30 o más. Los tumores serosos benignos son típicamente quísticos y se denominan cistoadenomas. La bilateralidad

es frecuente, sobre todo, en las formas malignas, así como las metástasis en la pelvis por extensión local, con participación de los uréteres, la vejiga y ganglios regionales.

Los adenocarcinomas serosos aparecen con una superficie muchas veces papilar, con papilas groseras. Al corte muestran áreas sólidas de aspecto amarillento o rosado y zonas quísticas con papilas prominentes. Generalmente se acompañan de ascitis hemorrágica.

Una variante de los carcinomas serosos es aquellos originados en la superficie ovárica, pero que no invaden el ovario subyacente, que se propagan con mucha mayor facilidad al peritoneo y tienen muy mal pronóstico. Lo mismo ocurre con los carcinomas serosos de la superficie peritoneal, sin afectación ovárica, que presentan una alta mortalidad.

Desde el punto de vista ecográfico, los cistoadenomas serosos benignos se caracterizan por ser tumores quísticos, uniloculares o multiloculares, redondeados u ovales, de contornos regulares, con paredes y tabiques finos y sin vegetaciones en su interior. Su contenido es anecoico o finamente ecogénico, difícil de diferenciar de un quiste folicular cuando son de pequeño tamaño. En ambas formas de presentación la ecografía en tercera dimensión (3D) es útil para explorar la pared interna, así como los tabiques. Para el diagnóstico diferencial con la variedad maligna es importante la utilización del Doppler, al no reconocer vascularización patológica en los tabiques.

El cistoadenocarcinoma seroso puede adquirir 5 formas de presentación ecográfica, algunas de las cuales recuerdan la variedad benigna, pero con el empleo del Doppler se logra la diferenciación. Se observa una forma semisólida o semilíquida en que aparecen las vegetaciones en su interior, toman un aspecto complejo y una forma sólida pura que es el estadio final del tumor, con aspecto ecogénico, heterogéneo, difícil de diferenciar de un tumor sólido.

Con referencia a los tumores mucinosos, la mayoría son benignos (80%). Los tumores limítrofes representan el 10% y los adenocarcinomas entre 10 y 15% de los tumores malignos del ovario; aproximadamente 10% son bilaterales.

Los tumores mucinosos, dado su gran tamaño, pueden llenar la pelvis y extenderse en el abdomen. Los benignos, casi siempre son multiloculares con tabiques y paredes finas, sin vegetaciones; mientras que las variedades malignas muestran gruesos tabiques, paredes engrosadas y masas papilares múltiples en su interior.
Ecográficamente se puede presentar en 3 formas: quística unilocular, con un contenido líquido finamente ecogénico; multilocular (variedad más frecuente), con aspecto de panal de abejas y, por último, la forma anárquica, de aspecto mixto, con tabiques numerosos, entremezclados con áreas gelatinosas y hemorrágicas, parecidos a una lesión sólida. La ecografía 3D y el Doppler son de gran utilidad para diferenciar la variedad benigna de la maligna.

Los tumores endometrioides generalmente son malignos. Representan de 15 a 25% de los cánceres ováricos, en 10% de los casos se asocian a endometriosis y en 30% a adenocarcinomas primitivos de endometrio.

Los carcinomas tienen un aspecto como de carne o hígado, de color oscuro, casi sólidos, con abundantes zonas hemorrágicas y un tamaño medio de 10 cm. Alrededor de 15% son bilaterales y 50% están en estadio I. Los adenocarcinomas endometrioides son semejantes a los homólogos del útero. Son tumores grandes que muestran quistificación y focos de hemorragia. Las formaciones papilares no están presentes o son poco visibles, a veces son completamente sólidos. Se presentan en forma de quiste simple (más frecuente) y se muestra como un quiste ovárico de tamaño variable, generalmente pequeño, delimitado por una cápsula gruesa y su contenido es ecogénico y homogéneo, unilateral o bilateral. La otra forma es de una masa compleja debido a hemorragias intraquísticas sucesivas, lo que le da un patrón anárquico, difícil de diferenciar de tumores mixtos y sólidos.

Existen criterios ecográficos generales de las lesiones epiteliales: intrínsecos, locorregionales y a distancia. Los primeros se aplican en las lesiones serosas y mucinosas. Ocupa una función predominante la mayor o menor complejidad de la estructura interna del quiste, como pueden ser: vegetaciones, tabiques, ecogenicidad de su contenido, entre otros; los segundos, se aplican a ambas variedades y en ellas se valora la existencia o no de adherencias entre el intestino, el peritoneo y el tumor. También hay que valorar el contorno del tumor, su relación con las vísceras vecinas y su grado de movilidad; en cuanto a los terceros, se debe valorar la presencia o no de ascitis, que no siempre es sinónimo de malignidad. Deben investigarse los riñones, el hígado y el peritoneo, sobre todo la región diafragmática y el saco de Douglas, para descartar la existencia de ganglios metastáticos.

De los tumores de células germinales del ovario, el quiste dermoide es el más frecuente, representa la tercera parte de los tumores ováricos, es generalmente benigno y se aparece, en mayor proporción, en mujeres jóvenes. En 2-3% de los casos son tumores malignos cuando se originan en los componentes del quiste y casi siempre es un carcinoma de células escamosas.

Los tumores estromales de los cordones sexuales constituyen un grupo heterogéneo raro que surge a partir de los componentes no germinativos gonadales, como la granulosa, las células de Sertoli y las células de Leydig. Actualmente, al mejorar las técnicas inmunohistoquímicas y anatomopatológicas, el diagnóstico se realiza más temprano; sin embargo, no se ha logrado una estrategia terapéutica temprana eficaz. La mayoría de estos tumores son de baja malignidad y se asocian a pronósticos favorables.

En estos casos, la función del patólogo es vital, pues informará al clínico sobre el tipo histológico y de la benignidad o malignidad del tumor o de las posibles metástasis (epiplón, ganglios, adherencias, citología y diafragma, por citar algunos). Un importante problema es diferenciar entre tumores primitivos ováricos o metástasis de otros tumores, principalmente digestivos y mamarios. A veces el patólogo se basará

en signos indirectos como bilateralidad, multinodulaciones, invasión de la superficie ovárica, invasión vascular y tipo histológico uniforme, entre otros; sin embargo, con frecuencia el diagnóstico debe ser clínico.

Sobre la base de las consideraciones anteriores, es importante analizar un aspecto absolutamente fundamental: todo tumor ovárico debe considerarse potencialmente maligno y con excepción de los tumores uniloculares, prácticamente benignos, deberá hacerse una biopsia intraoperatoria aún a sabiendas de las dificultades diagnósticas en cortes por congelación. En caso de ser maligna se realizará un estadiaje minucioso. No debe olvidarse nunca que un tumor aparentemente ovárico puede ser secundario y, por lo tanto, es necesario un estudio previo o incluso una búsqueda minuciosa durante la operación.

El estadiaje del tumor se define como la extensión de la enfermedad en el momento del diagnóstico y puede ser determinada únicamente por la exploración quirúrgica, mediante la evaluación de las áreas de riesgo. Por tanto, se basa en la exploración clínica y quirúrgica, a la vez que es importante en la valoración de las pacientes y en la evaluación terapéutica.

En más de 80% de los casos el cáncer de ovario se presenta habitualmente en estadios clínicos avanzados y solo de 35-45% de las pacientes tienen una supervivencia media de 5 años; sin embargo, esta misma supervivencia en las diagnosticadas en estadio I es de más de 90% y muchas de ellas se curan simplemente con cirugía.

De hecho, el conocimiento de la historia natural temprana y los patrones de invasión del cáncer epitelial sirven de base para un sistema racional para el estadiaje de esta neoplasia y para el tratamiento quirúrgico del cáncer de ovario.

La anamnesis, la exploración clínica, los estudios radiográficos y de laboratorio, conforman el estudio preoperatorio de la paciente con cáncer de ovario, pero son los

hallazgos histológicos y el análisis de la extensión quirúrgica los puntos fundamentales para estadificar el cáncer de ovario.

Asimismo, los estudios citológicos e histológicos son imprescindibles y exigen la realización de biopsias múltiples. Una inadecuada estadificación dificulta la toma correcta de decisiones terapéuticas e impide estimar la supervivencia y evaluar la respuesta a los tratamientos aplicados.

El pronóstico del cáncer de ovario dependerá del tipo histológico, del grado de diferenciación tumoral, de la etapa clínica y de la amplitud de la exéresis. Los tumores de ovario constituyen un importante problema en la morbilidad y mortalidad de la población femenina a escala mundial, que cursa de forma asintomática o con pobres manifestaciones clínicas, de manera que en muchas ocasiones se diagnostican en etapas tardías, donde la extensión fuera de los ovarios ya se ha producido trayendo como consecuencia un pronóstico de vida sombrío.

El valor que ha adquirido en el diagnóstico la ecografía por vía transabdominal y fundamentalmente por vía transvaginal es incuestionable. A través de ella se logran precisar las características de la lesión tumoral, así como su vascularización (esta última a través del Doppler), lo cual permite poder predecir la posible naturaleza benigna o maligna de la lesión antes de tomar una conducta terapéutica.

TUMORES BENIGNOS DE OVARIO

Las tumoraciones benignas de ovario son los quistes (mayoritariamente quistes funcionales) y los tumores. La mayoría de los quistes y tumores benignos no producen ningún síntoma, aunque algunos se asocian a dolor o sensación de pesadez en la pelvis. Se puede detectar una tumoración en un examen pélvico, usando luego la ecografía para confirmar el diagnóstico. Algunos quistes desaparecen por sí solos. Los quistes o tumores pueden extirparse a través de una

o varias incisiones pequeñas, o bien una incisión grande, en el abdomen, y a veces el ovario afectado también debe ser extirpado.

Quistes ováricos

Los quistes ováricos son cavidades llenas de líquido que se forman en el interior o sobre la superficie de un ovario. Estos quistes son relativamente frecuentes. La mayoría no son cancerosos (son benignos) y desaparecen espontáneamente. Los quistes malignos son más frecuentes en mujeres mayores de 40 años.

Las trompas de Falopio, los ovarios y la fecundación

Quistes funcionales

Los quistes funcionales se forman a partir de las cavidades llenas de líquido (folículos) de los ovarios; cada folículo contiene un óvulo. Por lo general, durante cada ciclo menstrual un folículo libera un óvulo, y el folículo desaparece después de la liberación del óvulo. Sin embargo, si no se libera un óvulo, el folículo puede continuar aumentando de tamaño, formando un quiste grande.

Alrededor de un tercio de las mujeres que menstrúan tienen quistes. Los quistes funcionales rara vez se desarrollan tras la menopausia.

Existen dos tipos de quistes funcionales. Quistes foliculares**:** estos quistes se forman cuando el óvulo se está desarrollando en el folículo. Quistes del cuerpo lúteo**:** estos quistes se desarrollan a partir de la estructura que se forma tras romperse el folículo y liberar su óvulo. Esta estructura se denomina cuerpo lúteo. Los quistes del cuerpo lúteo pueden sangrar, haciendo que el ovario se abulte o pueden romperse. Si se rompe el quiste, el fluido escapa hacia los espacios en el interior del abdomen (cavidad abdominal), pudiendo producir un dolor intenso.

La mayoría de los quistes funcionales miden alrededor de 1,5 cm de diámetro. Pocos llegan a alcanzar o superar los 5 cm.

Los quistes funcionales habitualmente desaparecen por sí solos después de unos días o semanas.

Tumores benignos

Los tumores de ovario no cancerosos (benignos) por lo general crecen con lentitud y rara vez se vuelven malignos. Entre los más frecuentes se encuentran los siguientes:

Teratoma benigno quístico (quiste dermoide): Este tipo de tumor suele desarrollarse a partir de las tres capas de tejido del embrión (denominadas capas de células germinales). Todos los órganos se forman a partir de estos tejidos. Por tanto, los teratomas pueden contener tejidos de otras estructuras, como nervios, glándulas y piel.

Miomas: Estos tumores son masas sólidas compuestas por tejido conjuntivo (los tejidos que mantienen las estructuras unidas). Los miomas son de crecimiento lento y miden unos 7 cm de diámetro. Suelen aparecer en un solo lado.

Cistoadenomas: Estos quistes llenos de líquido se desarrollan en la superficie del ovario y contienen parte del tejido de las glándulas ováricas.

Síntomas

La mayoría de los quistes funcionales y tumores ováricos benignos no producen ningún síntoma. En ocasiones, el área pélvica duele o se produce dolor durante el coito.

Algunos quistes producen hormonas que afectan los periodos menstruales. Como resultado, los periodos pueden ser irregulares o más copiosos de lo normal. Pueden aparecer manchas entre períodos. En mujeres posmenopáusicas, dichos quistes pueden causar sangrado vaginal.

Si los quistes del cuerpo lúteo sangran, pueden causar dolor o sensibilidad en la zona pélvica.
Ocasionalmente puede aparecer un dolor intenso y súbito debido a que un gran quiste o una masa provoca que el ovario se torsione.
La acumulación de líquido en el abdomen ascitis puede aparecer con fibromas y con cáncer de ovario. La ascitis puede producir sensación de presión o pesadez en el abdomen.

Diagnóstico

Exploración pélvica

Ecografía

Algunas veces, el médico detecta los quistes o los tumores durante una exploración pélvica rutinaria. A veces puede sospechar su existencia a partir de los síntomas.
Con frecuencia se detectan de forma casual al realizar una prueba de diagnóstico por la imagen (como una ecografía), solicitada por alguna otra razón.

Cuando es necesario confirmar el diagnóstico, se realiza una ecografía empleando un ecógrafo introducido en la vagina.
Se realiza una prueba de embarazo para descartar la gestación, incluyendo embarazos situados fuera del útero.
Si las pruebas de diagnóstico por la imagen sugieren que la tumoración puede ser maligna, el médico la extirpa y la examina al microscopio. Se puede emplear un laparoscopio , insertado a través de una pequeña incisión justo debajo del ombligo, para examinar los ovarios y eliminar el crecimiento.

Los médicos también pueden realizarse un análisis de sangre para detectar sustancias llamadas marcadores tumorales, que pueden aparecer en sangre o aumentar cuando algunos tipos de cáncer están presentes. Estas pruebas pueden servir para confirmar o descartar la existencia de cáncer.

Tratamiento

En ciertas ocasiones, intervención quirúrgica.
Si los quistes ováricos miden unos 5 cm de diámetro, por lo general desaparecen sin tratamiento. Se realiza periódicamente una ecografía para revisarlo.

Si un quiste tiene un tamaño mayor de 2 pulgadas (5 cm) y no desaparece, puede ser necesario extirparlo. Si no se puede descartar un cáncer, se extirpa el ovario. Si el quiste es canceroso, se extirpan los quistes, el ovario y la trompa de Falopio afectados.

Los tumores benignos, como los miomas y los cistoadenomas, requieren tratamiento. Si es posible, el quiste o tumor se extirpa utilizando uno de los métodos siguientes:

- Laparoscopia
- Laparotomía

La laparoscopia precisa una o varias pequeñas incisiones en el abdomen. Se realizan en un hospital y normalmente requieren anestesia general. Sin embargo, no es preciso que la mujer pase la noche en el hospital.

La laparotomía es similar, pero requiere una incisión más grande y pasar la noche en el hospital.

El procedimiento que se use depende del tamaño de la tumoración y de si están afectados otros órganos.
Si es técnicamente factible, los médicos apuntan a preservar los ovarios extirpando solo el quiste (cistectomía).
La extirpación del ovario afectado (ooforectomía) se hace necesaria en los siguientes casos:
Miomas u otros tumores sólidos si el tumor no se puede extirpar mediante cistectomía
Cistoadenomas.

Teratomas quísticos de diámetro superior a 10 cm.

Quistes que no se pueden separar quirúrgicamente del ovario.

La mayoría de los quistes que aparecen en mujeres posmenopáusicas y cuyo diámetro es superior a unos 5 cm aproximadamente.

DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

- **Tumores de ovario**

  Son neoplasias o nuevos crecimientos de tejido ovárico ya sea del epitelio que recubre, del estroma de túbulos residuales o de las células germinales. Pueden tener un comportamiento benigno, en el límite de la malignidad o malignos.

- **Tumores serosos**

  Son aquellos tumores de ovario que están recubiertos en la superficie interna del área quística por epitelio cúbico simple o papilar y según la atipicidad de las células puede ser benigno o maligno.

- **Tumores mucinosos**

  Son aquellos tumores revestidos por epitelio cilíndrico alto que puede ser benigno o maligno.

- **Tumores endometrioides**

  Son tumores que están revestidos de epitelio semejante al endometrio o contienen algunas glándulas endometriales en la superficie interna, que al sangrar dan el aspecto achocolatado.

- **Tumores de células claras**

  Son aquellos tumores de ovario que están revestidos por células claras y oxifilicas, que pueden ser benignas o malignas.

- **Tumores seromucinosos**

  Son tumores de ovario mixtos que combinan los dos tipos de células cúbicas y células cilíndricas altas.

- **Tumores de Brenner**

  El tumor de Brenner es un tumor raro que representa aproximadamente el 1,5% de los tumores de ovario. Se define como un tumor de células transicionales compuesto por células uroteliales dispuestas en agregados sólidos o quísticos embebidos en un estroma fibroso.

- **Tumores bordelinde**

  Tumores con algún grado de atipia celular localizada en epitelio que no rebasa la capsula del ovario.

- **Tumores mesenquimales**

  Tumores por lo general de aspecto fibroso, sólidos derivados del estroma del ovario.

- **Tumores mixtos mesenquimales y epiteliales**

  Tumores con ambos componentes fibrosos o mesenquimales y derivados del epitelio superficial.

- **Tumores estromales de los cordones sexuales**

  Tipo poco frecuente de cáncer que se forma en los tejidos que sostienen los ovarios o los testículos. Estos tumores pueden liberar hormonas sexuales. Los tumores de estroma de cordón sexual incluyen los tumores de células granulosas, de células de Sertoli y de células de Leydig.

- **Tumores de células germinales**

  Los tumores de células germinales pueden ser cancerosos (malignos) o no cancerosos (benignos). Si bien las células germinales por lo general están en los órganos reproductivos, a veces pueden trasladarse a otras partes del cuerpo y causar tumores, llamados tumores de células germinales extra gonadales.

- **Tumores misceláneo**

  Son aquellos tumores que no se puede clasificar en las categorías anteriores entre ellos tenemos: adenoma de la rete ovárica, tumor de Wolfian, tumor pseudopapilar entre otros.

2.3. HIPÓTESIS

2.3.1. Hipótesis General

- **H1:** Existen características clínicas e histopatológicas que se asocian a los tumores de ovario en pacientes del Hospital Amazónico de Yarinacocha en el periodo 2008 al 2020.

- **H0:** No existen características clínicas e histopatológicas que se asocian a los tumores de ovario en pacientes del Hospital Amazónico de Yarinacocha en el periodo 2008 al 2020.

2.4. VARIABLES DE ESTUDIO

2.4.1. Independiente

- Características clínicas e histopatológicas.

2.4.2. Dependiente

- Tumores de ovario.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN

El tipo de investigación fue de corte analítico y de nivel relacional.

3.2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El diseño aplicado en la presente investigación corresponde a un estudio**:**

Observacional: No se manipuló en ningún momento las variables.

- **Retrospectivo:** El fenómeno del tumor de ovario ya se dio debido a que los pacientes contaron con diagnóstico.
- **Transversal:** La recolección de la información solo se dio en un solo momento.
- **Correlacional:** Se buscó identificar los factores asociados a la presencia de tumoración de ovario.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

Población: Pacientes del Hospital Amazónico de Yarinacocha en el periodo 2008 al 2020 que contaron con el diagnóstico de tumoración de ovario.

Muestra: Se trabajó con el total de pacientes con complicaciones obstétricas.

3.4. TÉCNICA E INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

- **Técnica:** Se utilizó como técnica la recolección de datos por medio del análisis de las historias clínicas de los pacientes atendidos en el servicio de patología clínica.
- **Instrumento:** Se elaboró una ficha de recolección de datos.

3.5. PROCEDIMIENTO Y RECOLECCIÓN DE DATOS

Los datos fueron tabulados en la hoja del programa Microsoft Excel (versión 2013 para Windows). Para el procesamiento de los datos se utilizó el programa "STATA" en su versión 12.0, con el cual se utilizaron las pruebas estadísticas requeridas para la presente investigación.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

4.1. DATOS DESCRIPTIVOS

Los pacientes que integraron el presente estudio fueron 71 personas con diagnóstico de tumoración de ovario en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2008 - 2020. La edad más representativa se da en la categoría adulto con un 74%. La procedencia de los pacientes era mayor en la zona rural con un 53%. La nuliparidad en las pacientes se hizo presente en un 49%. El antecedente familiar de tumoración de ovario se dio en el 59%. El epitelio neoplásico de mayor presencia en las neoplasias fue el de tipo seroso con 74%. Solo el 22% de la población presentó tumoración maligna. **Tabla 1.**

Tabla 1. Características clínicas e histopatológicas de los tumores de ovario en pacientes del Hospital Amazónico de Yarinacocha en el periodo 2008 al 2020.

VARIABLES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
EDAD		
ADULTO	53	74,65
ADULTO MAYOR	18	25,35
PROCEDENCIA		
URBANIZACIÓN	33	46,48
RURAL	38	53,52
PRESENTA NULIPARIDAD		
NO PRESENTA	36	50,70
SI PRESENTA	35	49,30
ANTECEDENTE FAMILIAR		
NO PRESENTO	29	40,85
SI PRESENTO	42	59,15
TIPO DE EPITELIO NEOPLASICO		
SEROSO	53	74,65
MUCINOSO – ENDOMETRIAL	18	25,35
TIPO DE NEOPLASIA		
BENIGNA	49	69,01
MALIGNA	22	30,99

Fuente: Base de datos.

4.2. ANÁLISIS BIVARIADO

Se evidencia dentro de nuestro estudio que existe asociación entre la variable edad y la tumoración de ovario (chi2 valor p < 0,0001). **Tabla 2.**

Tabla 2. Asociación entre la variable edad y la presencia de tumor de ovario.

Tumor de ovario			
Edad	**Benigno**	**Maligno**	**CHI2**
Adulto	46	7	**<0,0001**
Adulto mayor	3	15	

Fuente: Base de datos.

Se evidencia dentro de nuestro estudio que existe asociación entre la variable procedencia y la tumoración de ovario (chi2 valor p < 0,0001). **Tabla 3.**

Tabla 3. Asociación entre la variable procedencia y la presencia de tumor de ovario.

	Tumor de ovario		
Procedencia	**Benigno**	**Maligno**	**CHI2**
Urbano	29	4	**<0,0001**
Rural	20	18	

Fuente: Base de datos.

Se evidencia dentro de nuestro estudio que existe asociación entre la variable presencia de nuliparidad y la tumoración de ovario (chi2 valor p < 0,0001). **Tabla 4.**

Tabla 4. Asociación entre la variable presencia de nuliparidad y la presencia de tumor de ovario.

Tumor de ovario			
Presencia de nuliparidad	**Benigno**	**Maligno**	**CHI2**
No presentó	32	4	**<0,0001**
Si presentó	17	18	

Fuente: Base de datos.

Se evidencia dentro de nuestro estudio que existe asociación entre la variable antecedente familiar y la tumoración de ovario (chi2 valor p < 0,0001). **Tabla 5.**

Tabla 5. Asociación entre la variable antecedente familiar y la presencia de tumor de ovario.

	Tumor de ovario		
Antecedente FAMILIAR	**Benigno**	**Maligno**	**CHI2**
No presentó	24	5	**<0,0001**
Si presentó	25	17	

Fuente: Base de datos.

Se evidencia dentro de nuestro estudio que existe asociación entre la variable tipo de epitelio neoplásico y la tumoración de ovario (chi2 valor p < 0,0001). **Tabla 6.**

Tabla 6. Asociación entre la variable tipo de epitelio y la presencia de tumor de ovario.

	Tumor de ovario		
Tipo de epitelio neoplásico	**Benigno**	**Maligno**	**CHI2**
Seroso	24	5	**<0,0001**
Mucinoso - endometrial	25	17	

Fuente: Base de datos.

4.3. ANÁLISIS CON REGRESIÓN LOGÍSTICA

Se evidenció asociación entre la variable categoría de edad y la presencia de tumoración de ovario. Se identificó que los adultos mayores tienen 32,8 veces más las posibilidades de presentar tumoración maligna de ovario (OR: 32,857; IC: 7,534 – 143.291). **Tabla 7.**

Tabla 7. Regresión logística entre la variable edad y la presencia de tumor de ovario maligno.

	Tumor de ovario maligno		
Edad **Adulto: 0** **Adulto mayor: 1**	**OR**	**IC95%**	**VALOR P**
	32,857	7,534 – 143.291	<0,0001

Fuente: Base de datos.

Se evidenció asociación entre la variable procedencia y la presencia de tumoración de ovario. Se identifico que las mujeres de zona rural tienen 6.5 veces más las posibilidades de presentar tumoración maligna de ovario (OR: 6,525; IC: 1,918 – 22,191). **Tabla 8.**

Tabla 8. Regresión logística entre la variable procedencia y la presencia de tumor de ovario maligno.

	Tumor de ovario maligno		
	OR	**IC95%**	**VALOR P**
Procedencia Urbano: 0 Rural: 1	6,525	1,918 – 22,191	0,003

Fuente: Base de datos.

Se evidenció asociación entre la variable presencia de nuliparidad y la presencia de tumoración de ovario. Se identificó que las mujeres que presentaron nuliparidad tenían 8.4 veces más las posibilidades de presentar tumoración maligna de ovario (OR: 8.470; IC: 2,468 – 29,061). **Tabla 9.**

Tabla 9. Regresión logística entre la variable presencia de nuliparidad y la presencia de tumor de ovario maligno.

	Tumor de ovario maligno		
	OR	**IC95%**	**VALOR P**
Presencia de nuliparidad No presentó: 0 Sí presentó: 1	8,470	2,468 – 29,061	0,001

Fuente: Base de datos.

Se evidenció asociación entre la variable antecedente familiar y la presencia de tumoración de ovario. Se identificó que las mujeres que tenían antecedente familiar poseían 3.2 veces más las posibilidades de presentar tumoración maligna de ovario (OR: 3.264; IC: 1,040 – 10,243). **Tabla 10**.

Tabla 10. Regresión logística entre la variable antecedente familiar y la presencia de tumor de ovario maligno.

	Tumor de ovario maligno		
	OR	**IC95%**	**VALOR P**
Antecedente familiar No presentó: 0 Sí presentó: 1	3,264	1,040 – 10,243	0,043

Fuente: Base de datos.

Se evidenció asociación entre la variable tipo de epitelio y la presencia de tumoración de ovario. Se identificó que las mujeres con tipo de epitelio neoplásico seroso tienen 32.8 veces más las posibilidades de presentar tumoración maligna de ovario (OR: 32.857; IC: 7,534 – 143,291). **Tabla 11.**

Tabla 11. Regresión logística entre la variable tipo de epitelio neoplásico y la presencia de tumor de ovario maligno.

	Tumor de ovario maligno		
	OR	**IC95%**	**VALOR P**
Tipo de epitelio Seroso: 0 Mucinoso – endometrial: 1	32.857	7,534 – 143,291	<0,0001

Fuente: Base de datos.

4.2. DISCUSIÓN

Los pacientes que integraron el presente estudio fueron 71 mujeres con diagnóstico de tumoración de ovarios. La edad más representativa se da en la categoría adulta – adulto mayor con un 74%. La procedencia de los pacientes era mayor en la zona rural con un 53%. El antecedente de nuliparidad en las pacientes se hizo presente en un 49%. El antecedente familiar de tumoración se dio en el 59%. Se identifica a esta patología como uno de los cánceres femeninos con alta mortalidad ocupando el séptimo lugar a nivel mundial (3).

Se evidenció asociación entre la variable categoría de edad y la presencia de tumoración de ovario. Se identificó que los adultos mayores tienen 32,8 veces más las posibilidades de presentar tumoración maligna de ovario (OR: 32,857; IC: 7,534 – 143.291). En cuba, La experiencia clínica revela la alta incidencia en la etapa del climaterio, comprendida entre los 35 y 65 años. Su incidencia ha aumentado en las últimas décadas, pero su evolución silente entorpece el diagnóstico temprano, lo que hace que en más de 60% de los casos se diagnostique en etapa avanzada (1). En el Perú, los resultados mostraron que la mayor incidencia de Cáncer de Ovario fue entre las edades de 51 y 60 años (5,7).

Se evidenció asociación entre la variable procedencia y la presencia de tumoración de ovario. Se identificó que las mujeres de zona rural tienen 6.5 veces más las posibilidades de presentar tumoración maligna de ovario (OR: 6,525; IC: 1,918 – 22,191). No existe evidencia significativa en relación a la procedencia de los pacientes con el desarrollo de tumoración de ovario (3,4,5).

Se evidenció asociación entre la variable presencia de nuliparidad y la presencia de tumoración de ovario. Se identificó que las mujeres que presentaron nuliparidad tenían 8.4 veces más las posibilidades de presentar tumoración maligna de ovario (OR: 8.470; IC: 2,468 – 29,061). En México, el 25% de la población con presencia de tumoración de ovarios eran de tipo nulíparas (4).

Se evidenció asociación entre la variable antecedente familiar y la presencia de tumoración de ovario. Se identifico que las mujeres que tenían antecedente familiar poseían 3.2 veces más las posibilidades de presentar tumoración maligna de ovario (OR: 3.264; IC: 1,040 – 10,243). En México, el 17% tenían como antecedente algún tipo de neoplasia (4).

Se evidenció asociación entre la variable tipo de epitelio y la presencia de tumoración de ovario. Se identificó que las mujeres con tipo de epitelio neoplásico seroso tienen 32.8 veces más las posibilidades de presentar tumoración maligna de ovario (OR: 32.857; IC: 7,534–143,291). La forma más común de malignidad es el adenocarcinoma seroso (60-80%) y los tumores epiteliales benignos, casi siempre son serosos o mucinosos y se diagnostican por lo general entre los 20 y 60 años (15,16).

CONCLUSIONES

1. Existen Características clínicas e histopatológicas que se asocian a la presencia de tumoración de ovario en las pacientes atendidas durante el periodo 2008 – 2020.

2. La categoría edad se asoció a la presencia de tumoración de ovario de tipo maligna en las pacientes atendidas durante el periodo 2008 – 2020.

3. La categoría procedencia se asoció a la presencia de tumoración de ovario de tipo maligna en las pacientes atendidas durante el periodo 2008 – 2020.

4. La categoría antecedente familiar se asoció a la presencia de tumoración de ovario de tipo maligna en las pacientes atendidas durante el periodo 2008 – 2020.

5. La categoría nuliparidad se asoció a la presencia de tumoración de ovario de tipo maligna en las pacientes atendidas durante el periodo 2008 – 2020.

6. La categoría tipo de epitelio se asoció a la presencia de tumoración de ovario de tipo maligna en las pacientes atendidas durante el periodo 2008 – 2020.

RECOMENDACIONES

1. Se debe extender el estudio en otras instituciones de la región con el fin de promover el autocuidado de los pacientes con neoplasias.

2. Se debe realizar un análisis multivariado para disminuir la influencia de otras variables que puedan intervenir de manera directa con el desarrollo de malignidad con la neoplasia de ovario.

3. Se debe brindar información acerca de las variables que si mostraron asociación en nuestro estudio con la variable neoplasia maligna de ovario: edad, procedencia, antecedente familiar, nuliparidad.

4. Se deben generar programas dentro de las instituciones para concientizar acerca del cáncer de ovario.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Pons Porrata Laura María, García Gómez Odalis, Salmon Cruzata Acelia, Macías Navarro Meydis María, Guerrero Fernández Carlos M. Tumores de ovario: patogenia, cuadro clínico, diagnóstico ecográfico e histopatológico. MEDISAN [Internet]. 2012 Jun [citado 2021 Ago 23]; 16(6): 920-931. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192012000600013&lng=es.

2. American Cáncer Socety. Cáncer statistics Center [Internet]. USA. ACS 2021. [citado el 23 de agosto del 2921]. Disponible en: https://cancerstatisticscenter.cancer.org/?_ga=2.111688006.391496379.1629773664-942882875.1629773662#!/

3. Martínez-Ospina Adriana Patricia, Porras-Ramírez Alexandra, Rico-Mendoza Alejandro. Epidemiologia de cáncer de ovario Colombia 2009- 2016. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2019 Dic [citado 2021 Ago 24]; 84(6): 480-489. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262019000600480&lng=es. http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262019000600480.

4. Luz María Rivas-Corchado, Manuel González-Geroniz y Ricardo Jorge Hernández-Herrera. Perfil epidemiológico del cáncer de ovario. [Online]. Ginecol Obstet Mex 2011;79(9):558-564 Disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2011/gom119g.pdf

5. Belmonte Hartinger Diego Roberto, Bejarano Cacho Álvaro Ramiro, Bellido Mendoza Ebert Jhon, Balbuena Pareja Ana Francisca del Carmen, María Katarina Barreto Silva María Katarina y Aliaga Chávez Max. Epidemiologia de Cáncer de ovario en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen entre enero 2007 y diciembre 2011.

Rev Horiz Med Volumen 12(4), Octubre - Diciembre 2012. Disponible en: https://medicina.usmp.edu.pe/medicina/horizonte/2012_4/Art5_Vol12_N4.pdf.

6. Pérez-Ortiz Viorkis, Reyna-Villasmil Eduardo. Tumor maligno mixto de células germinales de ovario. Reporte de caso. Rev. peru. ginecol. obstet. [Internet]. 2020 Ene [citado 2021 Ago 24]; 66(1): 107-111. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322020000100107&lng=es. http://dx.doi.org/10.31403/rpgo.v66i2241.

7. Alcarraz Cindy, Muñiz Johana, Mas Luis, Olivera Mivael, Morante Zaida, Alvarez Manuel et al. Citorreducción óptima en cáncer de ovario avanzado tratado con paclitaxel a dosis densa y carboplatino seguido de cirugía de intervalo en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas del Perú. Rev. Perú. med. exp. salud pública [Internet]. 2018 Ene [citado 2021 Ago 24]; 35(1): 46-54. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342018000100008&lng=es. http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2018.351.3598.

8. Kilpatrick C Charlie. Masas ováricas benignas. [Internet]. Baylor College of Medicine. Última modificación del contenido May. 2019. [Citado 24 de agosto del 2021]. Disponible en: https://www.msdmanuals.com/es-pe/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/otros-trastornos-ginecol%C3%B3gicos/masas-ov%C3%A1ricas-benignas.

9. WHO. Classification of tumours Female genital tumours. Editorial Board. 5ta. Edición.USA.2020.

10. Quintana González JA, Godoy Rivero R. Quiste gigante de ovario. Presentación de un caso. Hospital Universitario De La Paz Puerto Príncipe, Haití, 2007. MEDICIEGO. 2008 [citado 8 Feb 2012]; 14(1). Disponible en:

http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol14_supl1_08/casos/c8_v14_supl108.htm

11. López Martín JE, Rodríguez Rodríguez R, Corteguera Fonte ME, López Martín LG. Cistoadenoma seroso del ovario. A propósito de dos casos. Revista de Ciencias Médicas de La Habana. 2007 [citado 18 Dic 2011]; 13 (2). Disponible en: http://www.cpicmha.sld.cu/hab/vol13_2_07/hab14207.htm

12. Rodríguez Reigosa JE, Guerrero García LP, Esperón Noa RP, Linchenat Lambert A, Silveira Pablos JM, Díaz Ortega I, et al. Cáncer de ovario en el Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología de Cuba: 2001 a 2005. Rev Cubana Cir. 2009 [citado 8 Feb 2012]; 48 (1). Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/cir/vol48_1_09/cir08109.htm

13. Moreno Antunes A, Haliberto Armenteros B, Morán Piñero R, Anderson Croswel Ch. Diagnóstico y tratamiento quirúrgico del cáncer de ovario en el Hospital "Vladimir Ilich Lenin". Correo Científico Médico de Holguín. 2008 [citado 15 May 2011]; 12 (3). Disponible en: http://www.cocmed.sld.cu/no123/pdf/n123ori7.pdf

14. Jiménez Hernández Y. Cáncer de ovario. Prevalencia, diagnóstico y tratamiento. http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/2258/1/Cancer-de-ovario-Prevalencia -diagnostico-y-tratamiento.html [citado 29 julio 2010].

15. García Frutos A, Huertas MA, Uguet C, Romo A, Pérez Ávila I, Bajo JM. Sistematización de planos de la pelvis con sonda vaginal. Anatomía ecográfica. En: Bajo Arenas JM. Ultrasonografía ginecológica. Madrid: Editorial Marban; 2005.

16. Bejerano García RJ, Escalona Veloz R. Oclusión colónica por tumor ovárico. MEDISAN. 2007 [citado 18 Dic 2011]; 11(3). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol11_3_07/san11307.htm

17. Álvarez Sánchez AC. Correlación ultrasonográfica e histopatológica de los tumores de ovario. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2010 [citado 15 Ene 2010]; 36 (1). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol_36_01_10/gin11110.pdf

18. Álvarez Pérez M, Ramírez Moreno I, López Díaz AC, Matilla Vicente A, Gallego Domínguez E, Alba Conejo E. Supervivencia en pacientes con cáncer de ovario, tras nueve años de seguimiento en el registro hospitalario de tumores del Hospital Clínico Universitario de Málaga [citado 15 May 2011]. Disponible en:http://www.conganat.org/7congreso/PDF/408.pdf

ANEXO

ANEXO 1: CUESTIONARIO

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

A. DATOS GENERALES:

- N° DE HISTORIA CLÍNICA: _____
- EDAD DE LA PACIENTE: _____
- PROCEDENCIA: _____
- GRADO ACADÉMICO: _____

B. DATOS CLÍNICOS E HISTOPATOLÓGICOS:

- NÚMERO DE HIJOS: _____
- ANTECEDENTE FAMILIAR PATOLÓGICO: _____
- TIPO DE EPITELIO NEOPLÁSICO: _____

ANEXO 2: MATRIZ DE CONSISTENCIA

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECIFICOS	HIPÓTESIS	VARIABLES
Problema Principal ¿Cuáles son las características clínicas e histopatológicas de los tumores de ovario en pacientes del Hospital Amazónico de Yarinacocha en el periodo 2008 al 2020? **Problemas Específicos** ¿Cuáles son las características clínicas de los tumores de ovario en pacientes del Hospital Amazónico de Yarinacocha en el periodo 2008 al 2020? ¿Cuáles son las características histopatológicas de los tumores de ovario en pacientes del Hospital Amazónico de Yarinacocha en el periodo 2008 al 2020?	Determinar las características clínicas e histopatológicas de los tumores de ovario en pacientes del Hospital Amazónico de Yarinacocha en el periodo 2008 al 2020.	Determinar las características clínicas de los tumores de ovario en pacientes del Hospital Amazónico de Yarinacocha en el periodo 2008 al 2020. Identificar las características histopatológicas de los tumores de ovario en pacientes del Hospital Amazónico de Yarinacocha en el periodo 2008 al 2020.	No lleva hipótesis por ser un estudio descriptivo.	**Características clínicas:** Edad Dolor pélvico Pérdida de peso. Dolor abdominal Ginecorragia. Sensación de hinchazón. Polaquiuria. **Hallazgos histopatológicos.** Tumores serosos: Benignos En el límite de la malignidad Carcinoma seroso. Tumores mucinosos Cistoadenoma mucinoso benigno Tumor mucinoso borderline Adenocarcinoma mucinoso.

				Tumores endometrioides Cistoadenoma endometrioide Tumor endometrioide borderline Adenocarcinoma endometrioide. Tumores de células claras Cistoadenoma de células claras Tumor de células claras borderline Adenocarcinoma de células claras. Tumores seromucinosos. Tumores de Brenner Otros carcinomas. Tumores mesenquimales. Tumores mixtos mesenquimales y epiteliales. Tumores estromales de los cordones sexuales. Tumores de células germinales. Tumores misceláneos.