

TUMORES OVARICOS, PERFIL ESTADISTICO

Dr. Enrique Noboa F. (1), Dr. Fernando Vallejo T. (2),
Dr. Stephen Contag S. (3), Dr. Francisco Carrasco D. (3)
Dr. Vicente Jiménez S. (4)

RESUMEN

El cáncer ovárico ocupa el tercer lugar, en orden de frecuencia, del cáncer de las vías genitales. Sin embargo, es el de mayor mortalidad debido al diagnóstico tardío. Solamente los cánceres del ovario descubiertos precozmente ofrecen una oportunidad real de sobrevivencia. Los avances en los métodos terapéuticos no han variado el índice de mortalidad debido al estado avanzado del cáncer en el momento de ser aplicados. Los estudios actuales deben orientarse a conocer los grupos de mujeres con mayor riesgo, identificando para ello los principales factores de riesgo. Se realiza una investigación en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital "Carlos Andrade Marín" orientada a definir los grupos de alto riesgo para sufrir cáncer ovárico identificando sus principales factores de riesgo, con el fin de aplicar, en aquellos, los exámenes diagnósticos específicos precoz y prioritariamente. Se determinan los tipos de tumores ováricos más frecuentes en nuestra población.

INTRODUCCION

En los ovarios, los tumores constituyen las lesiones más frecuentes.

En el grupo de procesos cancerosos de los órganos genitales femeninos, en orden de frecuencia, el cáncer de ovario ocupa el tercer lugar luego de aquéllos del

cérvix y del endometrio (1).

Sin embargo, el carcinoma ovárico se erige como el padecimiento ginecológico maligno mortal más común, con un índice de mortalidad aproximado del 65 por ciento (2, 3)

El cáncer ovárico es considerado el más grave de los cánceres ginecológicos, gravedad fundamentada sobre todo en un diagnóstico tardío, puesto que, en efecto, solamente los cánceres de ovario descubiertos precozmente ofrecen una oportunidad real de sobrevivencia, eventualidad bastante rara, ya que el 80 por ciento son diagnosticados en un estado avanzado, esto es que las formas localizadas apenas representan un 20 a 30 por ciento frente a un 70 a 80 por ciento de formas extendidas y/o no extirpables (4). Así un 12 por mil de las mujeres norteamericanas y europeas con edades superiores a los cuarenta años, durante el año 1985, desarrollaron cáncer en los ovarios, pudiendo ser tratado eficazmente apenas el 3 por mil de estas pacientes, ya que en las restantes el diagnóstico fue demasiado tardío (5).

Los métodos diagnósticos han sufrido grandes avances, sin embargo no han modificado de manera importante el índice de mortalidad. Esto se atribuiría al estado avanzado del cáncer al momento del diagnóstico que, según Jones (1), en un 65 por ciento de los casos, estas lesiones epiteliales malignas estarían en un estado clínico II o mayor.

Lo anotado resalta la importancia del diagnóstico temprano del cáncer ovárico, lo que implica un per-

- (1) Médico Residente Universitario de Postgrado en Ginecología y Obstetricia, Hospital Gineco-Obstétrico "Isidro Ayora".
- (2) Médico Residente del Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital "Carlos Andrade Marín".
- (3) Médico Tratante del Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital "Carlos Andrade Marín".
- (4) Jefe del Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital "Carlos Andrade Marín".

feccionamiento de los métodos no invasivos de detección de masas pélvicas como la tomografía axial computarizada, la ecosonografía y la resonancia magnética nuclear, entre otras, así como el desarrollo de exámenes séricos inmunológicos específicos de las fases iniciales del cáncer de ovario y la búsqueda cuidadosa de metástasis ocultas a partir del hallazgo de un tumor ovárico aparentemente localizado. En los últimos años, se ha dado mucha importancia a la utilidad que podría prestar, para el diagnóstico precoz, la puesta a punto de diversas pruebas séricas específicas orientadas a identificar los antígenos asociados a un tumor determinado pero, lamentablemente, en la mayoría de los casos, no son encontrados a una concentración lo suficientemente elevada para facilitar su detección y utilización (6, 7).

Por otra parte, así como la evolución clínica y las técnicas de imagen frecuentemente no son útiles para el diagnóstico temprano del cáncer ovárico, no debe extrañarnos que sea difícil vigilar la respuesta terapéutica de la paciente. Varias publicaciones aportan información respecto de lo beneficioso y oportuno que resulta la utilización del marcador sérico CA 125 en la investigación del cáncer de ovario, cuya dosificación, aunque no permite el diagnóstico de un tumor ovárico, facilita un seguimiento prolijo de la evolución de la enfermedad (8,9,10).

Los esfuerzos realizados en este sentido deberán ser respaldados por un mejor conocimiento de los grupos de mujeres con mayores posibilidades de presentar un cáncer ovárico, identificando sus respectivos factores de riesgo y situaciones predisponentes.

El presente trabajo de investigación busca definir mejor los grupos femeninos de alto riesgo, sobre los cuales se aplicarán con prioridad los exámenes de detección en forma sistemática; conocer los tipos de tumores ováricos más frecuentes en nuestra población femenina; determinar las condiciones socioeconómicas, biológicas, laborales y familiares de las mujeres afectadas y, contribuir, con el análisis de los resultados obtenidos, a la implementación de un programa efectivo de diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de los tumores ováricos.

MATERIALES Y METODOS

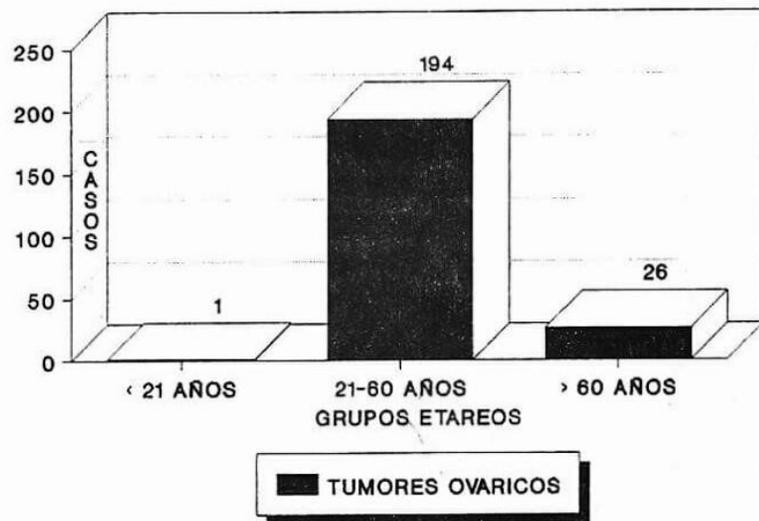
Se trata de una investigación retrospectiva realizada en 1990 en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital "Carlos Andrade Marín" (HCAM) fundamentada en una revisión de las historias clínicas y los reportes de los estudios histopatológicos de todas aquellas pacientes diagnosticadas de tumoraciones ováricas durante el decenio comprendido entre 1977 y 1986, excluyendo toda patología ovárica tumoral funcional.

En total, fueron estudiadas 221 mujeres afiliadas al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social y atendidas en el Servicio de Ginecología del HCAM durante el

período mencionado. Las variables fueron cruzadas orientándolas hacia los aspectos más importantes del trabajo.

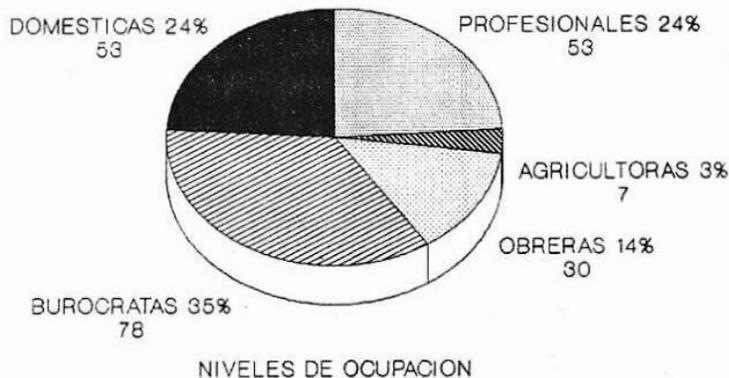
RESULTADOS

Entre los primeros datos obtenidos, llama la atención la existencia de un claro predominio de las mujeres con edades comprendidas entre los 21 y 50 años de edad en un número de 194 casos (88 por ciento), frente a una paciente menor de 21 años (0.5 por ciento) y 26 mujeres mayores de 50 años (11.5 por ciento) (figura 1).



FUENTE: GINECO-OBSTETRICIA HCAM

Las pacientes afiliadas estudiadas fueron divididas en varios niveles ocupacionales que, en cierta forma, son un reflejo de la condición económica y del nivel de vida de cada una de ellas. En este sentido, el grupo más numeroso fue el conformado por 78 mujeres (35 por ciento) dedicadas a labores de oficina (burocratas), seguido por los grupos de profesionales y domésticas, cada uno con 53 casos (24 por ciento, cada grupo) y, en menor número, 30 obreras (14 por ciento) y 7 agricultoras (3 por ciento) (figura 2).



FUENTE: GINECO-OBSTETRICIA HCAM

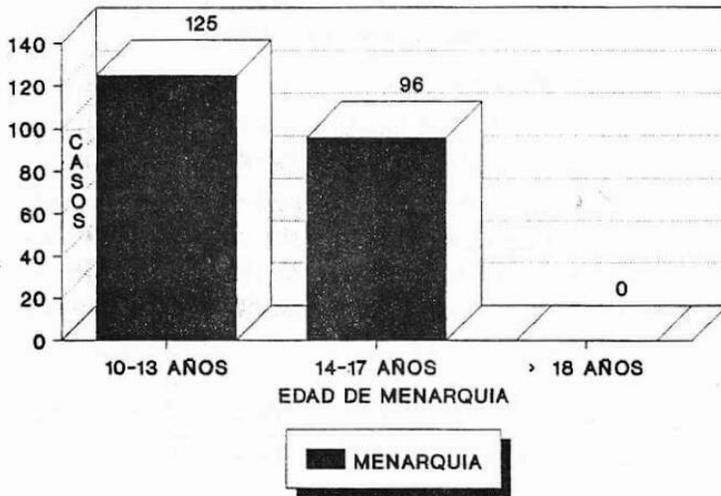
Es interesante anotar que 93 pacientes del grupo total (42 por ciento) fueron primigestas o no habían tenido ningún embarazo, contrastando con 79 pacien-

tes (36 por ciento) que reportaban dos o tres gestaciones y 49 mujeres con más de tres embarazos (22 por ciento) (figura 3).



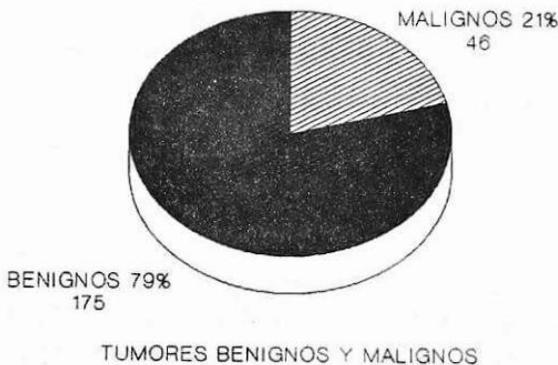
FUENTE: GINECO-OBSTETRICIA HCAM

Sobre el antecedente de la edad de presentación de la menarquia, cabe mencionar que más de la mitad de las pacientes, esto es 125 mujeres, tuvieron su primera menstruación entre los diez y los trece años (57 por ciento), en tanto, 96 (43 por ciento) la presentaron entre los catorce y diecisiete años y ninguna más allá de los dieciocho años (figura 4). Las menstruaciones en el 68 por ciento fueron normales en su duración, con porcentajes bajos de anomalías.



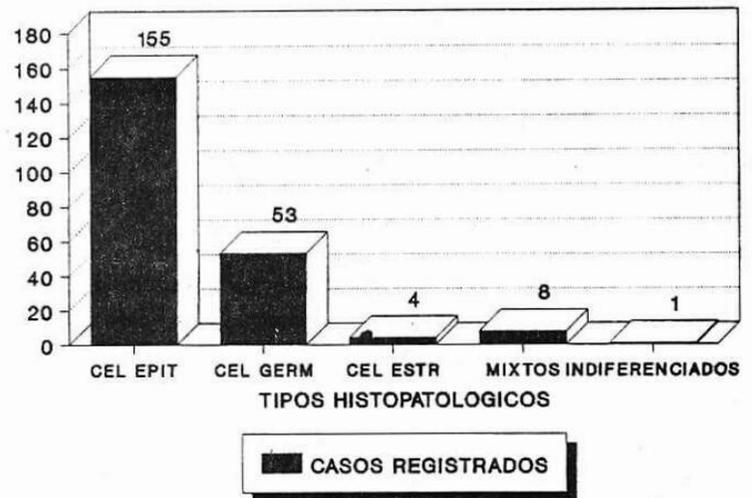
FUENTE: GINECO-OBSTETRICIA HCAM

Analizados los informes de los estudios histopatológicos, encontramos que 175 tumores fueron benignos (79 por ciento) frente a 46 malignos (21 por ciento) (figura 5).



Al momento de clasificar los tumores ováricos, optamos por emplear aquella clasificación propuesta por la Organización Mundial de la Salud, aceptada mundialmente y basada en el tipo de tejido del que haya provenido el tumor. Así se considera que los tumores ováricos pueden formarse a partir, primero, del epitelio celómico de la superficie que embriológicamente dará origen al epitelio de las trompas uterinas, al endometrio o al epitelio glandular del endocervix; segundo, de las células germinativas que migran hacia las gónadas desde el saco vitelino y que son totipotenciales o, tercero, del estroma del ovario que incluye los cordones sexuales, predecesores del aparato endocrino del ovario. Finalmente, las metástasis hacia los ovarios son relativamente frecuentes desde múltiples sitios del abdomen debido a su situación y características anatómicas.

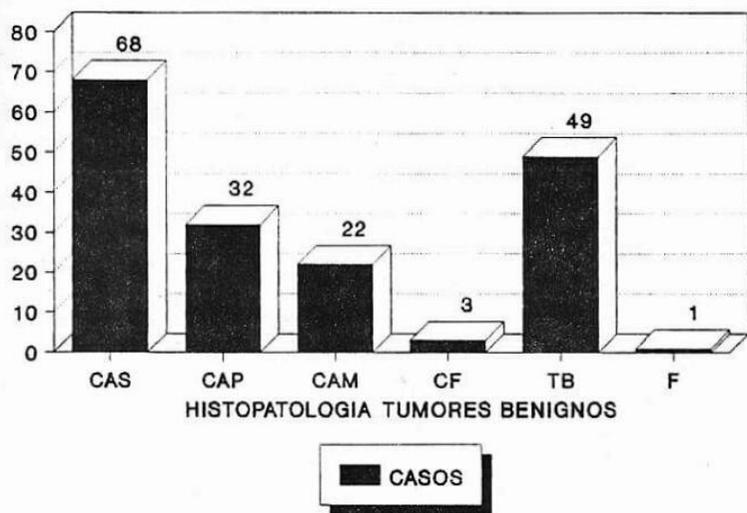
En nuestro trabajo, encontramos que 155 tumores (70 por ciento) provenían de células epiteliales, 53 de células germinativas (24 por ciento), 4 de células del estroma (1,8 por ciento) en tanto, 8 fueron de estructura mixta (3,6 por ciento) y un tumor fue catalogado como indiferenciado (0,6 por ciento) (figura 6).



FUENTE: GINECO-OBSTETRICIA HCAM

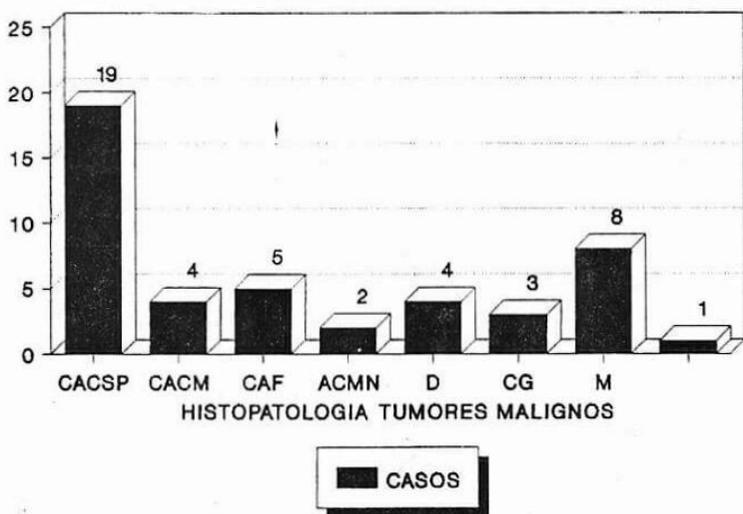
Entre los tumores epiteliales predominan los cistoadenomas, en tanto, en el grupo de los tumores de células germinativas, lo hacen los teratomas benignos y, en igual forma, dentro de los tumores del estroma destacan aquellos constituidos por células granulosas. Es oportuno mencionar, también, que dentro de los tumores mixtos los más frecuentes son los de células granulosas y mesonefroides.

En el grupo de tumores benignos, con un total de 175 casos, hubo un claro predominio de los cistoadenomas simples (CAS) con 68 casos (39 por ciento), seguidos por 49 teratomas benignos (TB) (28 por ciento), 32 cistoadenomas papilares (CAP) (18 por ciento), 22 cistoadenomas mucinosos (CAM) (13 por ciento), 3 cistofibromas (CF) (1,5 por ciento) y 1 fibroma (F) (0,5 por ciento) (figura 7).



FUENTE: GINECO-OBSTETRICIA HCAM

Complementariamente, los 46 tumores malignos se dividieron en la siguiente forma: 19 cistoadenocarcinomas serosopapilares (CACSP) (41 por ciento), 8 mixtos (M) (18 por ciento), 5 cistoadenofibromas (CAF) (11 por ciento), 4 cistoadenocarcinomas mucinosos (CACM) (9 por ciento), 4 disgerminomas (D) (9 por ciento), 3 tumores de células granulosas (CG) (6 por ciento), 2 adenocarcinomas mesonéfricos (ACMN) (4 por ciento) y 1 indiferenciado (I) (2 por ciento) (figura 8).



FUENTE: GINECO-OBSTETRICIA HCAM

DISCUSION

Resaltan tres hechos importantes en cuanto a las características de las pacientes estudiadas. Primero, las mujeres con edades comprendidas entre los 21 y los 50 años abarcan el mayor porcentaje de tumores ováricos (88 por ciento). Segundo, las mujeres sin hijos o con menos de tres embarazos constituyen también el grupo con mayor incidencia de tumores ováricos (78 por ciento), en contraste con las multigestas con más de tres embarazos en menor porcentaje (22 por ciento). Tercero, las mujeres con mejores ingresos

económicos y buenos niveles de vida como son las profesionales y las burócratas están afectadas en mayor número por tumores ováricos (alcanzan un 59 por ciento) que aquellas con menores ingresos como son las domésticas, obreras y agricultoras (completan un 41 por ciento).

Estos tres criterios establecidos en nuestra investigación, nos llevan a establecer que las mujeres con edades comprendidas entre los 21 y 50 años, con menos de tres embarazos y con buenos niveles de vida son más comúnmente portadoras de una tumoración ovárica. Así, el cáncer de ovario es una enfermedad propia de mujeres de clase socioeconómica favorecida y su incidencia es más elevada en los países ricos e industrializados. De la misma forma, las habitantes de regiones urbanas están expuestas a un riesgo superior. Las consideraciones anotadas hacen pensar que existen factores inherentes al modo de vida occidental. Por otra parte, la frecuencia máxima de los tumores ováricos de todos los tipos ocurre entre los 21 y los 50 años de edad y el embarazo ha demostrado un efecto protector, al igual que la contracepción oral, frente al cáncer de ovario. No existe mayor o menor influencia de la edad de inicio de la menstruación respecto de la incidencia de estos tumores (2, 4, 5, 11). Ciertas referencias bibliográficas mencionan que la ovariectomía unilateral, en ciertas patologías pelvianas, protege al ovario restante de un eventual cáncer (12), en tanto, otras proponen casos raros y curiosos relacionados con la ingesta copiosa de café (13) o con el uso de talco en la región perineal, por la relación química entre el talco y el asbesto (14).

El porcentaje de tumores benignos (79 por ciento) no se aleja mucho del referido en otras series, consignado en aproximadamente el 80 por ciento (15). Estas formas benignas se presentan fundamentalmente en mujeres en edad reproductiva, correspondiendo en esta serie a un 77 por ciento de los tumores benignos, aquellos que se presentaron en mujeres entre los 20 y los 40 años de edad.

En contraste, las formas malignas se manifiestan en edades posteriores, luego de los 40 años, en un 57 por ciento. Valores similares a los reportados en la literatura (1, 15, 16). Se confirma que los tumores ováricos provienen sobre todo del epitelio celómico, reflejado en el gran porcentaje de tumores conformados por células epiteliales.

Mención aparte merece el porcentaje alcanzado, en nuestra serie, por los disgerminomas (9 por ciento), el cual coincide con los porcentajes anotados en publicaciones extranjeras, que son del 2 y el 10 por ciento, aunque su epidemiología es aproximativa en razón de su rareza y, sobre todo, porque los criterios histológicos son diferentes según los países y según las épocas, además, porque parece que estos tumores de origen germinal, son francamente más frecuentes en los países del Extremo Oriente, en particular en Japón, don-

de para ciertos autores más del 10 por ciento de los cánceres del ovario serían disgerminomas (17, 18, 19, 20).

BIBLIOGRAFIA

1. Jones, HW, Jones, GS.: Tratado de Ginecología de Novak. Nueva Editorial Interamericana, México D. F., 1985, 507-608.
2. Jolles, CJ.: Cáncer ovárico: clasificación histogenética, gradación histológica, diagnóstico, clasificación por etapas y epidemiología. *Clínicas Obstétricas y Ginecológicas*, 4:987-1001, 1985.
3. American Cancer Society. Statistical and epidemiological information of gynecologic cancer. American Cancer Society Professional Education Publication, 6:603-615, 1988.
4. Herve, E, Barrat, J, Faguer, G, et al.: Le cancer de l'ovaire (1977-1986) à l'Hopital Saint-Antoine. *Revue française de Gynécologie et Obstétrique*, 83(4):237-248, 1988.
5. Curie, P, Susmann, M, Treisser, A, Renaud, R. Facteurs épiémiologiques des cancers de l'ovaire. *Revue française de Gynécologie et Obstétrique*, 80(6):379-382, 1986.
6. Piver, S.: Diagnóstico precoz del cáncer de ovario. *Tribuna Médica*, 13(12):8-14, 1984.
7. Rubin, SC, Lewis, JL.: Antígenos tumorales en los padecimientos ováricos malignos. *Clínicas Obstétricas y Ginecológicas*, 3:881-893, 1986.
8. Gosselin, P, Cazin, JL, Dehaut, JP, et al.: Cancer de l'ovaire: Intéret comparé du CA-125 sérique de l'immunohistochimie et des tests biologiques de l'inflammation. *Revue française de Gynécologie et Obstétrique*, 82(1):1-4, 1987.
9. Finkler, NJ, Benacerraf, B, Lavin, PT, Wojciechowski, C, Knapp, RC.: Comparison of Serum CA 125, Clinical Impression, and Ultrasound in the Preoperative Evaluation of Ovarian Masses. *Obstetrics and Gynecology*, 72(4):659-663, 1988.
10. Venesmaa, P, Ylikorkala, O. Morbidity and Mortality Associated With Primary and Repeat Operations for Ovarian Cancer. *Obstetrics and Gynecology*, 79:168-172, 1992.
11. N'Koua-M'Bon, JB, Gombe-M'Balawa, CH, Paraiso, A, Cardorelle, A.: Les cancers primitifs de l'ovaire: variétés anatomocliniques et problèmes thérapeutiques à Brazzaville. *Revue française de Gynécologie et Obstétrique*, 82(6):409-412, 1987.
12. Annegers, J.: Ovarian Cancer: Incidence and case-control study. *Cancer*, 43:723-729, 1989.
13. Trichopoulos, D.: Coffe and Ovarian Cancer. *International Journal of Cancer*, 28:691-693, 1985.
14. Cramer, D.: Ovarian Cancer and Talk: A case-control study. *Cancer*, 50:372-376, 1986.
15. Robbins, SL, Cotran, R.: *Pathologic Basis of Disease*, W.B. Saunders Company, Philadelphia, 1979, 1279-1293.
16. Rivling, M, Morrison, J.: *Manual of Clinical Problems in Obstetrics and Gynecology*, Little-Braun and Co., 1985, 403-409.
17. Dabbs, DJ, Geisinger, KR.: Common Epithelial Ovarian Tumors. *Cancer*, 62:368-374, 1988.
18. Leblanc, P, Coche-Dequeant, B, Querleu, D, Raviart, S, Crépin, G.: Le dysgerminome ovarien: Actualité diagnostique et thérapeutique. *Revue française de Gynécologie et Obstétrique*, 83(1):51-61, 1988.
19. LaPolla, JP, Benda, J, Vigliotti, AP, Anderson, B.: Dysgerminoma of the Ovary. *Obstetrics and Gynecology*, 69(6): 859-864, 1987.
20. Hopkins, MO, Kumar, NB, Morley, GW. An Assessment of Pathologic Features and Treatment Modalities in Ovarian Tumors of Low Malignant Potential. *Obstetrics and Gynecology*, 70(6):923-929, 1987.