

**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS – CARRERA DE MEDICINA**

**TEMA:**

**PREVALENCIA Y CARACTERIZACIÓN DE MUJERES VÍRGENES CON  
DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE CÉRVIX, ENDOMETRIO Y OVARIO  
ATENDIDAS EN EL ÁREA DE GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA DEL  
HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO DESDE EL AÑO 2013  
HASTA 2017**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DE TÍTULO DE:**

**MÉDICO**

**AUTORES:**

Granda Maldonado Doménica Romina

Vicuña Freire Fernando Humberto

**TUTOR:**

Dr. Xavier Francisco Landivar Varas

**Guayaquil – Ecuador**

**2019**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS – CARRERA DE MEDICINA**

**CERTIFICACION**

Por medio de la presente, certificamos que, el trabajo de titulación “PREVALENCIA Y CARACTERIZACIÓN DE MUJERES VÍRGENES CON DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE CÉRVIX, ENDOMETRIO Y OVARIO ATENDIDAS EN EL ÁREA DE GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA DEL HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO DESDE EL AÑO 2013 HASTA 2017”, fue realizado en su totalidad por los estudiantes **Granda Maldonado Doménica Romina** y **Vicuña Freire Fernando Humberto**, como requerimiento para la obtención del título de médico.

**TUTOR (A):**

f. \_\_\_\_\_

Dr. Landívar Varas Xavier Francisco

**ESTUDIANTES:**

f. \_\_\_\_\_

Granda Maldonado Doménica Romina

f. \_\_\_\_\_

Vicuña Freire Fernando Humberto

**DIRECTOR DE LA CARRERA DE MEDICINA**

f. \_\_\_\_\_

Dr. Aguirre Martínez Juan Luis



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**CARRERA DE MEDICINA**

**DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

Yo, **Granda Maldonado Doménica Romina**

Yo, **Vicuña Freire Fernando Humberto**

DECLARAMOS QUE:

El presente trabajo de titulación, **“PREVALENCIA Y CARACTERIZACIÓN DE MUJERES VÍRGENES CON DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE CÉRVIX, ENDOMETRIO Y OVARIO ATENDIDAS EN EL ÁREA DE GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA DEL HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO DESDE EL AÑO 2013 HASTA 2017”**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros, conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente, este trabajo, es de nuestra total autoría.

En virtud de la presente declaración, nos responsabilizamos del contenido, veracidad y alcance del trabajo de titulación referido.

Guayaquil, 30 de abril del 2019.

f. \_\_\_\_\_

Granda Maldonado Doménica R.

f. \_\_\_\_\_

Vicuña Friere Fernando H.



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**CARRERA DE MEDICINA**

**AUTORIZACIÓN**

Nosotros, **Doménica Romina Granda Maldonado y Fernando Humberto Vicuña Freire**

Autorizamos a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **“PREVALENCIA Y CARACTERIZACIÓN DE MUJERES VÍRGENES CON DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE CÉRVIX, ENDOMETRIO Y OVARIO ATENDIDAS EN EL ÁREA DE GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA DEL HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO DESDE EL AÑO 2013 HASTA 2017”**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

**Guayaquil, 30 de abril del 2019.**

f. \_\_\_\_\_

Granda Maldonado Doménica R.

f. \_\_\_\_\_

Vicuña Friere Fernando H

## **AGRADECIMIENTO**

Le agradecemos en primer lugar a Dios y a nuestras familias, que nos han guiado y apoyado a lo largo de nuestra formación profesional.

A nuestro tutor de tesis y gran maestro, Dr. Xavier Landivar, que con su paciencia aportó sus conocimientos para la construcción de los nuestros.

Al Hospital Teodoro Maldonado Carbo por permitirnos y facilitarnos los datos necesarios para la realización de este trabajo durante este gran año de internado.

Por último, a cada paciente, a cada familia y a cada docente y a la sociedad, por contribuir en la culminación de nuestra primera etapa hacia la vida profesional.

Doménica Romina Granda Maldonado

Fernando Humberto Vicuña Freire.

## DEDICATORIA

A mis padres, Guilber Granda e Irene Maldonado por su apoyo y sacrificio para que su hija pueda cumplir sus sueños de ser médico, a mi esposo Jesse Rivas y a mi hijo Luciano por darme ánimos cada día para nunca rendirme a pesar de la distancia.

A mis hermanos, abuelitos, a mi madrina Catalina Granda y a mi padrino Julio Figueroa (+) que siempre me brindó su cariño y palabras de apoyo para seguir adelante en el cumplimiento de mis anhelos.

*Doménica Granda Maldonado*

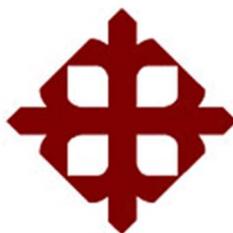
Quiero agradecer y dedicarles este trabajo a mis padres, Dr. Fernando Vicuña I. y Dra. Cecilia Freire M. por su arduo sacrificio y trabajo, por el cual pude formarme y cumplir mis sueños y deseos de ser un profesional y futuro colega.

A mi hermano, Xavier Vicuña F, por brindarme sabios consejos y apoyo sincero.

A mi querida esposa Rosalía Andrade Z y mi hijo Fernando, por ser mi más grande motivación para dar siempre lo mejor de mí. Por darme esa fortaleza y acompañarme en todo momento.

Familia y amigos, quienes me dieron su cariño y apoyo incondicional para cumplir mis objetivos.

*Fernando Vicuña Freire*



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
CARRERA DE MEDICINA**

**TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN**

f. \_\_\_\_\_

**DR. AYON GENKUONG ANDRÉS MAURICIO**

f. \_\_\_\_\_

**DR. CAÑIZARES FUENTES WILSON RICARDO**

## ÍNDICE

CERTIFICACION.....	II
DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD .....	III
AUTORIZACIÓN .....	IV
AGRADECIMIENTO.....	V
DEDICATORIA.....	VI
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN .....	VII
RESUMEN.....	IX
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO 1 .....	3
MARCO TEÓRICO .....	3
1.2 CÁNCER DE CÉRVIX .....	4
1.2 CÁNCER DE OVARIO .....	7
1.3 CÁNCER DE ENDOMETRIO .....	11
CAPITULO 2 .....	13
OBJETIVOS .....	13
2.1 OBJETIVO GENERAL .....	13
2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS .....	13
CAPITULO 3 .....	14
DISEÑO METODOLÓGICO.....	14
CAPITULO 4 .....	18
RESULTADOS .....	18
CAPITULO 5 .....	40
DISCUSION .....	40
CAPITULO 6 .....	45
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	45
BIBLIOGRAFIA.....	49

## RESUMEN

**Antecedentes:** El cáncer de endometrio, el cáncer de ovario y el cáncer cervicouterino son las neoplasias, dentro del cáncer del aparato reproductor femenino, que se consideran más frecuentes en la actualidad. La aparición de cáncer ginecológico en mujeres vírgenes demuestra que se deben considerar otros factores causales de la enfermedad, sin embargo, en nuestro país, no hay la suficiente evidencia de documentación sobre estos casos.

**Objetivo:** Estimar la prevalencia de cáncer de cuello uterino, útero y ovarios en mujeres vírgenes atendidas en el área de Ginecología Oncológica del Hospital Teodoro Maldonado Carbo desde el 1 de Enero del 2013 hasta el 31 de Diciembre del 2017.

**Metodología:** Estudio de prevalencia, retrospectivo, observacional, descriptivo, con 394 pacientes con diagnóstico de cáncer de cérvix, útero y ovario, con su respectivo CIE 10, confirmado por patología durante el 2013 hasta el 2017. Los datos se obtuvieron de todas las historias clínicas digitales en el programa Emulador AS400, a partir de la base de datos otorgada por el Hospital Teodoro Maldonado Carbo, cuya información se almacenó en una base de recolección de datos digital de Excel.

**Resultados:** De los 394 casos de pacientes con cáncer de órgano reproductor femenino, el 88% de la muestra fueron mujeres no vírgenes y el 12% fueron vírgenes. A su vez, se caracterizó a las pacientes según el órgano afectado, edad, antecedentes patológicos personales, índice de masa corporal, antecedentes familiares de cáncer, tipo histológico y lugar de procedencia.

**Conclusión:** La prevalencia de cáncer de cérvix, ovario y endometrio en las pacientes atendidas entre los años 2013 y 2017 fue de 12% para las mujeres vírgenes, cuyo órgano mayormente afectado fueron los ovarios, y el 88% para las mujeres no vírgenes, donde su alta incidencia es el cuello uterino.

**Palabras clave:** Cáncer cervical, Cáncer de ovario, Virginidad, Útero.

## SUMMARY

**Background:** Endometrial cancer, ovarian cancer and cervical cancer are neoplasms, within female reproductive system's cancer, are considered frequent nowadays. Virgin women gynecological cancer's appearance shows that other disease's causal factors must be considered, however, there isn't enough evidence of documentation on these cases in our country.

**Objective:** To estimate the prevalence of cervical cancer, uterus and ovaries in virgin women treated in the Oncology Gynecology area of Teodoro Maldonado Carbo Hospital from January 1, 2013 to December 31, 2017.

**Methodology:** Retrospective, observational, descriptive, prevalence study with 394 patients diagnosed with cervical, uterine and ovarian cancer, disease confirmed by pathology during 2013 and 2017. Data were obtained from all the digital clinical histories in the AS400 Emulator Program, based on the data base granted by Teodoro Maldonado Carbo Hospital, whose information was stored in a database ok Excel's digital data collection.

**Results:** Of the 394 cases of patients with female reproductive organ cancer, 88% of the sample was non – virgin women and the 12% were virgin. Patients were also characterized according to the affected organ, age, personal pathological history, body mass index, family history of cancer, histological type and place of origin.

**Conclusion:** The prevalence of cancer of the cervix, ovary and endometrium in patients treated between 2013 and 2017 was 12% for virgin women, whose mostly affected organ was the ovary, and 88% for non – virgin women, where its high incidence is the cervix.

**Key words:** Cervical cancer, Ovarian cancer, Virginity, Utero

## INTRODUCCIÓN

En la actualidad se considera que las neoplasias más frecuentes dentro del cáncer de aparato reproductor femenino los más frecuentes son el cáncer de endometrio (6.7%), el cáncer de ovario (4.7%) y el cáncer cervicouterino (4.5%).

Dentro de los tipos de cánceres más frecuentes en el sexo femenino, el cáncer del cuello uterino ocupa el cuarto lugar en el mundo, así mismo, ocupa el cuarto lugar en cuanto a su mortalidad. Un alto porcentaje, de los casos de este tipo de cáncer, fueran prevenibles si se cumpliera con los protocolos de detección temprana, así como los métodos diagnósticos y tratamiento, que en nuestro medio son inadecuados. (12)

El virus del papiloma humano (VPH) es la principal causa en la aparición y desarrollo del cáncer de cérvix. El contacto sexual se ha considerado por muchos años un requisito necesario para adquirir el VPH en el tracto genital. Sin embargo, el VPH, siendo un factor causal en el desarrollo del cáncer, no es suficiente para el desarrollo del mismo. Si bien la respuesta inmunológica a la infección por el virus desempeña un papel crucial en el desarrollo del cáncer, actualmente se considera otros cofactores que favorecen su progresión. (17)

Por otro lado, el cáncer representa el 6% de todos los cánceres en mujeres. Son diagnosticados en estadio temprano, en su mayoría, y el tratamiento eficaz corresponde a la cirugía, sin embargo, existe una alta tasa de recaída en pacientes con ciertas características patológicas al igual que aquellas que presentan metástasis extrauterina, incluso tras recibir terapia adyuvante. (12,13)

El epitelio glandular endometrial es un tejido sensible a la acción hormonal de estrógenos y progesterona, que regulan la proliferación y maduración del endometrio durante el ciclo menstrual. El exceso de estrógenos es el origen del proceso tumoral, ya que la mayor parte de los factores etiológicos relacionados con el cáncer de endometrio cursan con un exceso de estrógenos circulantes. (16)

Por último, el cáncer de ovario puede dar lugar a la aparición de numerosos tumores de distinto rango morfológico, algunos de los cuales poseen función hormonal. Los tumores epiteliales forman el grupo más numeroso. (15)

Aproximadamente 7 de cada 100 mujeres llegan a padecer a lo largo de su vida un quiste o un tumor de ovario. De éstos, el 15% suelen ser malignos. El 90% de los tumores malignos son de origen epitelial y el 10% restante se reparte entre los mesenquimatosos y los de células germinales. Más del 80% aparecen en mujeres postmenopáusicas, con un pico de incidencia a los 65 años, y menos del 1% aparecen antes de los 30 años, siendo más frecuentes en estas edades los tumores germinales. (14)

Actualmente son pocos los registros acerca de este tipo de cáncer en mujeres vírgenes, y en nuestro país a pesar de su existencia no hay evidencia de documentación sobre estos casos, es por ello que a través de nuestro trabajo esperamos contribuir con información importante acerca de este tema.

# **CAPÍTULO 1**

## **MARCO TEÓRICO**

### **1.1 ANTECEDENTES**

El cáncer de cérvix en la actualidad es considerado la primera causa de muerte por tumores ginecológicos, y el segundo más frecuente a nivel nacional, según los registros Nacionales de SOLCA, cada año se diagnostican cerca de 1600 nuevos casos, de los cuales 650 fallecieron en el año 2014. (5)

Isabel González Ballano del servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital de Barbastro, España; reportó un caso clínico de adenocarcinoma de cérvix en una paciente virgen de 36 años atendida en dicha casa de salud en el año 2015, cuyas pruebas para detección de VPH con el sistema COBAS4800, mediante reacción de cadena de polimerasa (PCR), fue negativa. En dicho estudio se concluyó que estos casos son más agresivos a aquellos vinculados con el VPH. (31)

Por otro lado, el cáncer de ovario es considerado como el tercer tipo más frecuente dentro del área de ginecología, y es el que mayor número de muertes causa en el mundo, en el año 2010 SOLCA registró 1000 casos en el Ecuador, manteniendo cifras bajas de supervivencia. (6)

El estudio retrospectivo realizado en el Hospital Universitario Gazi Üniversitesi en el año 2016 en 56 pacientes menores a 20 años, cuyos resultados publicados se determinó que los quistes foliculares, cistoadenomas serosos y teratomas.(32)

Por último, el cáncer de endometrio ocupa el séptimo lugar en frecuencia en el mundo y según los registros de SOLCA señalan que 20 de cada 100.000 mujeres padecen de esta enfermedad. (7)

En la actualidad no existen estudios de prevalencia sobre estos cánceres en mujeres vírgenes, es por ello que por medio de este estudio buscamos contribuir con datos de importancia, ya que estos en algún momento podrían ayudar a prevenir la enfermedad, así como también a su detección temprana.

## **1.2 CÁNCER DE CÉRVIX**

### **1.2.1 CÉRVIX**

“El cérvix es parte del sistema reproductor de la mujer. Está ubicado en la pelvis. El cérvix es la parte inferior, estrecha, del útero (matriz)”. (1)

### **1.2.2 PROCESO DEL CÁNCER**

Esta enfermedad comienza en las células, las cuales normalmente crecen y se dividen con la intención de formar nuevas células para satisfacer las necesidades del cuerpo, ya que cuando las células normales se envejecen, deterioran o mueren, nuevas células las reemplazarán.

Ciertas veces, el proceso antes mencionado se descontrola. Esto significa que células nuevas se forman cuando no son necesitadas por el cuerpo y las viejas o deterioradas no mueren cuando deberían. El acúmulo de todas estas células adicionales, forman frecuentemente una masa que es lo que se conoce normalmente como tumor. (1)

### **1.2.3 FACTORES DE RIESGO**

Los médicos muchas veces no pueden explicar la razón por la cual este cáncer aparece en una mujer, pero en otra no. No obstante, si se conoce que existen ciertos factores de riesgo que aumentan la probabilidad de esta enfermedad.

Se ha demostrado que el principal factor de riesgo es la infección con el virus del papiloma humano, pero en la actualidad se han demostrado que existen otros factores que pueden actuar conjuntamente o de manera independiente para la aparición de cáncer de cérvix. (1)

- Tabaquismo
- Herencia familiar
- Edad de la paciente
- Deficiencia de folatos y vitamina A, C Y E
- Infecciones por Clamydia Trachomatis
- Inmunodepresión: la toma de medicamentos que suprimen el sistema inmune o la infección con VIH elevan el riesgo de padecer esta enfermedad.

- Antecedentes sexuales
- Uso de píldoras anticonceptivas: su uso de manera prolongada eleva el riesgo debido a que este altera el metabolismo del ácido fólico y de esta manera se podrían generar atipias.
- Nivel socioeconómico: cuanto más bajo sea el nivel, aumenta el riesgo. Se cree que la malnutrición sería la causa.
- Raza: la raza negra tiene mayor incidencia de la enfermedad.
- DES (dietilestilbestrol): puede aumentar el riesgo de aparición principalmente en mujeres que estuvieron expuestas a este medicamento antes de nacer. (1–5)

#### **1.2.4 SÍNTOMAS**

En etapas tempranas de la enfermedad generalmente no hay síntomas, cuando el cáncer crece, las mujeres pueden tener uno o varios de los siguientes síntomas:

- Sangrado vaginal anormal.
- Mayor secreción vaginal.
- Dolor pélvico
- Dolor de espalda
- Dolor durante relaciones sexuales.

Los síntomas también pueden presentarse por otros problemas de salud, solo el médico puede determinar con seguridad la razón por la que se han presentado. (1,4)

#### **1.2.5. DETECCIÓN Y DIAGNÓSTICO**

A causa de que el Virus Papiloma Humano (VPH) se ha considerado como principal factor de riesgo, y al ser este un virus de transmisión sexual principalmente, los médicos recomiendan a las mujeres la realización de pruebas Papanicolaou (PAP) con regularidad o también llamada citología cervical, con la finalidad de detectar y tratar las células anormales para prevenir así el cáncer cervical. (23)

Hace algunos años se recomendaba la realización de citología cervical, cuando se inicie la vida sexual, actualmente esto ha cambiado puesto que nuevos estudios han confirmado que el VPH también puede contagiarse a los hombres y mujeres que jamás han llevado una relación sexual con penetración, pero si un contacto entre genitales, o el contacto mano-genitales. (23)

No obstante, también hay que tener en cuenta que existen otros factores riesgo que contribuyen al desarrollo de esta enfermedad. Es por ello que actualmente, la Sociedad Americana del Cáncer recomienda que todas las mujeres se realicen una citología cervical a partir de los 21 años de edad, independientemente del momento en que sean sexualmente activas. (23)

## **1.2 CÁNCER DE OVARIO**

### **1.2.1 OVARIOS**

Estructuras intraperitoneales, situadas uno a cada lado del útero, por detrás de los ligamentos anchos y adheridos lateralmente de la cavidad pélvica, de forma almendrada y con un tamaño que varía según las edad; en recién nacidos miden 13 mm x 6 mm x 4 mm; incrementan su tamaño de forma gradual hasta alcanzar los 3 cm x 1.5 cm x 5 cm y en la etapa menopáusica miden 20 mm x 10 mm x 15mm. (7)

### **1.2.2 PROCESO DEL CÁNCER**

Se han propuesto varias teorías acerca de la patogénesis de la enfermedad, entre las cuales tenemos:

- *Teoría de ovulación incesante:* Descrita en 1971, defiende que superficie ovárica sufren lesiones menores en cada ovulación, y que la acumulación de estos traumatismos puede desencadenar en una neoplasia.
- *Teoría de exceso de gonadotropina:* el haberse demostrado que el aumento de la edad aumenta también la incidencia de esta enfermedad, ha llevado a postular sobre la posible acción que puede ejercer las hormonas FSH y LH en su elevación continua durante la menopausia y años después, por lo que se ha postulado que la exposición permanente a las gonadotropinas posee un efecto carcinógeno sobre la superficie ovárica.
- *Teoría de migración de carcinógenos exógenos:* postula que la migración hacia cavidad abdominal y ovarios de sustancias contaminantes y carcinógenas (talcos y asbestos) que han estado en contacto con el área genital y perineal, podrían tener un papel importante en la patogénesis de esta enfermedad. (8)

### **1.2.3 FACTORES DE RIESGO**

- Asociados a aspectos hereditarios:
  - Antecedentes de cáncer de ovario: alrededor de 5-10 % de las mujeres que tienen cáncer ovárico, tienen un familiar

principalmente de primer grado de parentesco (madre, hija, hermana) que ha sufrido la enfermedad.

- Mutación de genes BRCA: Las más frecuentes se encuentran en los genes supresores tumorales BRCA1 y BRCA2. Alrededor del 5-10 % de los casos diagnosticados se relacionan con la mutación de estos genes.
  - Cáncer colorrectal hereditario no asociado a poliposis: el riesgo cáncer de ovario en estos pacientes es de 9-12%.
  - Antecedentes de ciertos cánceres: cáncer de mama, colon, útero o páncreas. (7–10)
- Asociados a aspectos de reproducción:
- Nuliparidad: el riesgo de desarrollarse esta enfermedad disminuye con cada embarazo y lactancia.
  - Terapia hormonal sustitutiva: el tratamiento solo con estrógeno o combinado en mujeres postmenopáusicas tienen mayor riesgo de desarrollar esta enfermedad. (7–10)
- Asociados a hábitos de la vida:
- Tabaco, alcohol y cafeína: consumo de tabaco aumenta el riesgo de este cáncer, especialmente para el tipo mucinoso. El consumo de alcohol está en controversia ya que estudios lo asocian al este cáncer y otros no. Se cree que otros hábitos como el consumo de café, especialmente en la postmenopausia tienen riesgo aumentado de padecer de cáncer de ovario.
  - Edad: Los de tipo benigno son más comunes entre los 20 a 44 años, por otro lado, los malignos en su mayoría se presentan entre los 40 y 70 años, con un pico máximo de incidencia entre los 50 y 60 años. (7–10)
- Otros factores:
- Obesidad
  - Endometriosis
  - Inductores de ovulación
  - Enfermedad inflamatoria pélvica. (7–10)

## 1.2.4 SÍNTOMAS

Esta enfermedad presenta un cuadro clínico bastante inespecífico, lo que dificulta su detección en etapas tempranas, apareciendo sintomatología cuando la enfermedad ya se ha diseminado, agravando el pronóstico. Los primeros síntomas aparecen como molestias abdominales difusas, por lo que la mayor parte del tiempo es ignorado por la paciente. (9–11)

Mientras la enfermedad va progresando empiezan a desarrollarse síntomas más específicos como pérdida de peso, falta de apetito y sensación de plenitud, muchas veces acompañados de hinchazón abdominal, debido a la acumulación de líquido en el abdomen, sensación de masa pélvica o “bulto” por encima del pubis y metrorragia. (9–11)

Es por ello que se recomienda consultar al médico si paciente presenta uno o varios de los siguientes síntomas:

- ✓ Distensión abdominal progresiva
- ✓ Plenitud postprandial repetida y persistente
- ✓ Molestias pélvicas y/o abdominales persistentes
- ✓ Molestias al orinar persistentes
- ✓ Molestias al defecar persistentes
- ✓ Sangrado vaginal anormal. (9–11)

## 1.2.5 DETECCIÓN Y DIAGNÓSTICO

### 1.2.5.1 Diagnóstico precoz

***El cribado en el cáncer de ovario*** es la recomendación del National Cancer Institute para su diagnóstico precoz en mujeres con alto riesgo genético de desarrollar éste cáncer, para de esta manera mejorar la supervivencia de las pacientes con esta enfermedad. (8, 10,11)

Consiste en la combinación de determinación sérica de CA 125 con la ecografía transvaginal a partir de los 25-35 años, una o dos veces al año, o 5-10 años antes de la edad en el que fue detectada la enfermedad en el familiar más joven. (8, 10,11)

***El algoritmo ROC (Risk of Ovarian Cancer)*** calcula el riesgo de manera individual de padecer esta enfermedad basándose en la edad

de la paciente y sus niveles de CA-125. De acuerdo a estos resultados se clasifica a la paciente según su riesgo (bajo, intermedio, alto). (8,10,11)

#### **1.2.5.2 Diagnóstico del cáncer de ovario**

- Diagnóstico definitivo: análisis anatómico-patológico
- Examen físico, ginecológico y abdominal completo
- Ecografía abdominal y transvaginal
- Marcadores tumorales (CA-125, HCG, AFP, ACE)
- Pruebas complementarias:
  - ✓ Tomografía computarizada
  - ✓ Laparoscopia para toma de biopsia
  - ✓ Tomografía por emisión de positrones
  - ✓ Resonancia magnética nuclear
  - ✓ Paracentesis. (8,10,11)

## 1.3 CÁNCER DE ENDOMETRIO

### 1.3.1 ENDOMETRIO

El endometrio es una membrana cuyo revestimiento es en la parte más interna de la cavidad uterina. Comprende de una capa denominada funcional, la misma que, cuando la mujer alcanza su pico hormonal en el ciclo menstrual, se desprende frente a la menstruación. Este fenómeno es normal durante la etapa reproductiva de la mujer. También posee una capa basal que se encuentra pegada al miometrio, formada por estroma y glándulas. La capa basal, a diferencia de la capa funcional, no presente cambios morfológicos durante la menstruación. (24)

### 1.3.2 PROCESO DEL CÁNCER

Existen factores, tales como la obesidad y la anovulación, que producen una elevación de hormonas como estrógenos y progesterona. El exceso de las mismas causa aumento del revestimiento endometrial o también llamado hiperplasia endometrial, lo cual conlleva posteriormente al cáncer en sí. Indistintamente de cual sea su causa, el engrosamiento del tejido endometrial ocasionará desprendimiento de tejido que se reflejará como sangrado abundante o, incluso, presentarse en la etapa posmenopáusica. Estos signos son de importante atención, dado que son signos iniciales del cáncer. (24)

### 1.3.3 FACTORES DE RIESGO

El factor de riesgo más importante es el envejecimiento, así como para la mayoría de los cánceres. (24) Aunque existen otros factores como:

- **Terapia hormonal:** la exposición prolongada y sin oposición a estrógenos ha demostrado aumento de riesgo de cáncer de endometrio. (26)
- **Modificadores selectivos de los receptores de estrógeno:** como el tamoxifeno, que se usa para la prevención del cáncer de mama, tiene un elevado riesgo de cáncer debido al efecto estrogénico que tiene este medicamento sobre el endometrio. (27)
- **Obesidad.** (24)
- **Diabetes.** (24)

- **Factores reproductivos:** como la menarquia temprana o tardía, la nuliparidad o el síndrome de ovario poliquístico. (28, 29, 30)
- **Antecedentes familiares o predisposición genética.** (24)

#### **1.3.4 SÍNTOMAS**

El signo más frecuente es el sangrado vaginal irregular, presentación más común del cáncer. Éste ocurre al comienzo de la enfermedad, por lo que se diagnostica, a la mayoría de los pacientes, como cáncer en estadio I, cuyas probabilidades de curación son altas. (24)

#### **1.3.5 DETECCIÓN Y DIAGNÓSTICO**

Procedimientos como la ecografía transvaginal, el examen pélvico, dilatación y legrado, histeroscopia, entre otros, se pueden utilizar para el diagnóstico de la enfermedad. Sin embargo, para el diagnóstico definitivo del cáncer es necesario realizar un procedimiento para extraer muestras directamente del tejido endometrial. (24)

El frotis de Papanicolaou no es un procedimiento específico, aunque hay una correlación entre los resultados positivos de estudios citológicos del cuello uterino y la enfermedad endometrial de riesgo alto. (25)

## **CAPITULO 2**

### **OBJETIVOS**

#### **2.1 OBJETIVO GENERAL**

Estimar la prevalencia de Cáncer de cuello uterino, útero y ovarios en mujeres vírgenes atendidas en el área de Ginecología Oncológica del Hospital Teodoro Maldonado Carbo desde 1 de enero del 2013 hasta el 31 de diciembre del 2017

#### **2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS**

1. Caracterizar a las mujeres vírgenes y no vírgenes con cáncer según el órgano afectado.
2. Caracterizar a las mujeres vírgenes y no vírgenes con cáncer de cérvix, endometrio y ovario según su grupo etario.
3. Caracterizar a las mujeres vírgenes y no vírgenes con cáncer de cérvix, endometrio y ovario según su índice de masa corporal (IMC).
4. Caracterizar a las mujeres vírgenes y no vírgenes con cáncer de cérvix, endometrio y ovario según sus antecedentes de cáncer de órganos del aparato reproductor femenino en familiares de 1er y 2do grado.
5. Caracterizar a las mujeres vírgenes y no vírgenes con cáncer de cérvix, endometrio y ovario según sus antecedentes personales de comorbilidades.
6. Caracterizar a las mujeres vírgenes y no vírgenes con cáncer de cérvix, endometrio y ovario según el tipo histológico de la enfermedad.
7. Caracterizar a las mujeres vírgenes y no vírgenes con cáncer de cérvix, endometrio y ovario según la provincia de procedencia del paciente.
8. Calcular la tasa de mortalidad del cáncer de cérvix, endometrio y ovario en las pacientes vírgenes y no vírgenes.

## **CAPITULO 3**

### **DISEÑO METODOLÓGICO**

#### **3.1 NIVEL DE INVESTIGACIÓN**

Descriptivo.

#### **3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN**

Observacional, retrospectivo, transversal, descriptivo.

#### **3.3 DISEÑO DE ESTUDIO**

Estudio de prevalencia.

#### **3.4 POBLACIÓN DE ESTUDIO**

Todas las historias clínicas de pacientes con diagnóstico de cáncer cervicouterino, útero y ovarios, confirmado por patología durante el período enero 2013 – diciembre 2017 en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo.

#### **3.5 CRITERIOS DE SELECCIÓN.**

##### **3.5.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

- ✓ Mujeres que no hayan tenido actividad sexual (vírgenes).
- ✓ Mujeres que hayan sido diagnosticadas con Ca de cérvix.
- ✓ Mujeres que hayan sido diagnosticadas con Ca de ovario.
- ✓ Mujeres que hayan sido diagnosticadas con Ca de endometrio.
- ✓ Mujeres que hayan acudido y/o que acuden a controles gineco – oncológicos en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo

##### **3.5.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

- ✓ Mujeres que tengan Cáncer de mama.
- ✓ Mujeres que no hayan sido diagnosticadas con Cáncer de aparato reproductor femenino primario.

#### **3.6 VARIABLES**

Se utilizaron las siguientes variables:

Edad, órgano afectado, comorbilidades, antecedentes familiares de cáncer de órganos del aparato reproductor femenino, tipo histológico, lugar de procedencia.

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala
Edad	Tiempo que ha vivido una persona	Biológica	Características físicas	Numérica, expresada en número de años cumplidos
Órgano afecto	Tejido dañado a causa de alguna circunstancia en específico	Clínica	Historia clínica	Nominal: -Cérvix -Ovario -Endometrio
Comorbilidades	Coexistencia de dos o más enfermedades en un mismo individuo	Clínica	Historia clínica	Nominal: -Hipertensión arterial -Diabetes Mellitus -Hipotiroidismo -Síndrome Antifosfolipídico -Lupus Eritematoso Sistémico -Tabaquismo
Antecedentes familiares de cáncer	Historial familiar de un tipo de enfermedad en particular	Clínica	Historia clínica	Nominal Dicotómica: -Si -No
Tipo histológico	Descripción de un tumor según las células y tejidos que se vean al microscopio	clínica	Historia clínica	Nominal según los tipos de cada órgano afectado

Lugar de procedencia	Espacio ocupado por un individuo en un tiempo determinado	clínica	Historia clínica	Nominal por provincias: -Guayas -Santa Elena -Los Ríos -Manabí -Azuay -El Oro
Mortalidad	Tasa de muertes producidas en una población durante un tiempo dado y por una causa determinada	Clínica	Historia clínica	Numérica, expresado en porcentaje

### 3.7 MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

#### 3.7.1 MÉTODO

Se realizó un estudio observacional, retrospectivo, transversal, descriptivo, el mismo que consistió en una revisión de las historias clínicas digitales de todos los pacientes con reporte patológico positivo de Cáncer de cérvix, útero y ovarios, cuyo fin fue la observación y el registro de los acontecimientos sin intervención alguna en el curso natural del fenómeno a investigar.

#### 3.7.2 TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN

- ✓ Búsqueda de historias clínicas digitales de pacientes en el programa Emulador AS400, a partir de la base de los datos otorgada por el Hospital, relacionadas con los diagnósticos CIE 10 para Cáncer de cérvix, útero y ovarios.
- ✓ Recolección de datos mediante creación de una base de datos en Excel destinada para este fin.
- ✓ Validación de la Información.
- ✓ Análisis de datos obtenidos.

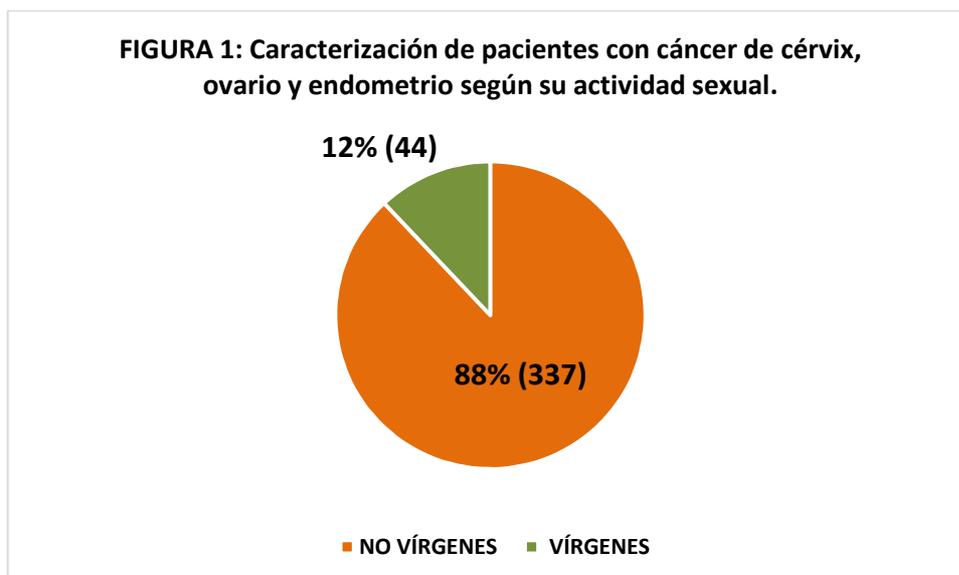
### 3.7.3 INSTRUMENTOS

- ✓ El instrumento de nuestra investigación fue una base de recolección de datos digital de Excel.
- ✓ Programa digital AS400.

## CAPITULO 4

### RESULTADOS

Se obtuvo una base de datos con pacientes ginecológicas que hayan sido diagnosticadas con cáncer de cérvix, endometrio y ovario durante el periodo 2013 hasta 2017, en el hospital Teodoro Maldonado Carbo. Los datos obtenidos contenían pacientes vírgenes y no vírgenes, por lo cual, se separó la muestra. La población de estudio estuvo conformada por 394 pacientes con cáncer de órganos reproductores femeninos, de las cuales 13 fueron pacientes padecieron cáncer de vagina y vulva, lo que redujo la población de estudio a 381 pacientes con cáncer de cérvix, endometrio y ovario, de las cuales 44 fueron pacientes vírgenes y 337 no vírgenes. **(figura 1).**



**Autores: Doménica Granda M. Fernando Vicuña F.**

Dentro de la población de estudio se caracterizó a las pacientes según el órgano afectado (figura 2); dentro del grupo de las pacientes vírgenes se obtuvo un 66% (29 pacientes) para el cáncer de ovario, seguido por el cáncer de endometrio con 29.5% (13 pacientes), y por último el cáncer de cérvix con el 4.5% (2 pacientes).

Por otro lado, dentro del grupo de las pacientes no vírgenes encabeza la lista el cáncer de cérvix con un 55.8% (188 pacientes), le sigue el cáncer de ovario con el 28.2% (95 pacientes), y el cáncer de endometrio con 16% (54 pacientes). **(Figura 2)**

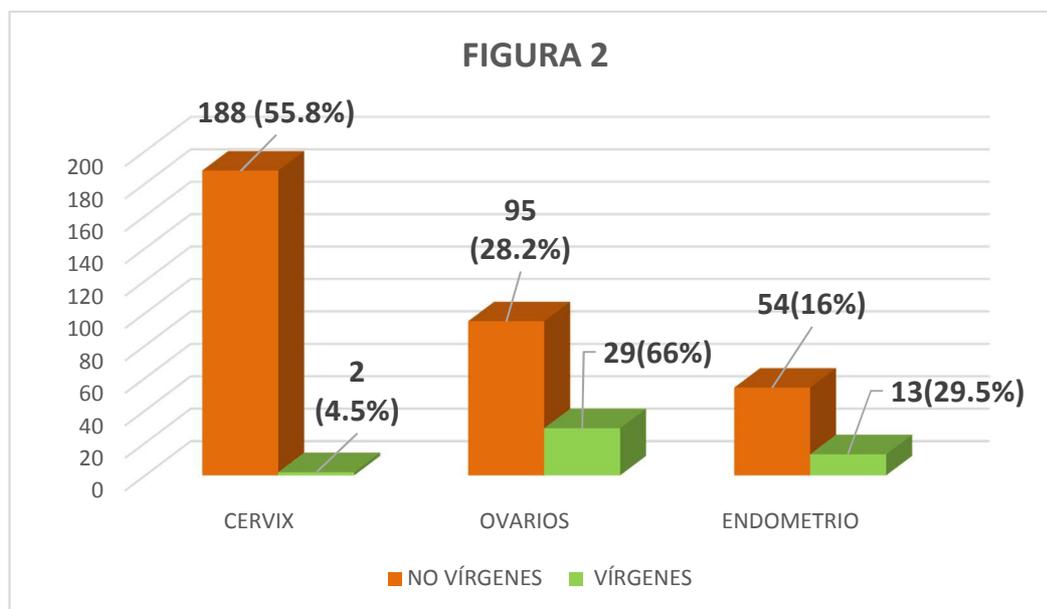


Figura 2. Caracterización de mujeres vírgenes y no vírgenes según el sitio afectado.  
**Autores: Doménica Granda M. Fernando Vicuña F.**

Luego se caracterizó a las pacientes con cáncer de cérvix según su índice de masa corporal (IMC), los resultados obtenidos para las pacientes vírgenes fueron del 100% (2 pacientes) con IMC sobrepeso (25-29.9), por otro lado, los resultados para las pacientes no vírgenes fueron de un 46.8% (88 pacientes) con IMC normal (18.5-24.9), 39.4% (74 pacientes) con IMC sobrepeso, 6.4% (12 pacientes) con IMC obesidad grado 1 (30 - 34.1), 4.8% (9 pacientes) con IMC obesidad grado 2(35-39.9), y por último 2.6% (5 pacientes) con IMC obesidad grado 3(>40). **(Figura 3)**

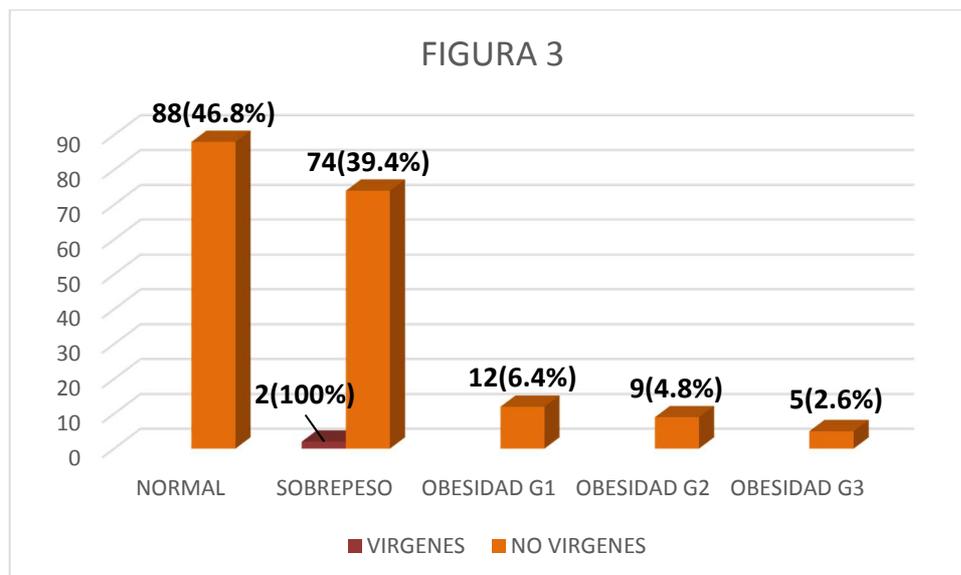


FIGURA 3. Caracterización de cáncer de cérvix en mujeres vírgenes y no vírgenes según su índice de masa corporal (IMC).

**Autores: Doménica Granda M. Fernando Vicuña F.**

Los resultados para el cáncer de ovario en las pacientes vírgenes fueron de 44.8% (13 pacientes) para IMC sobrepeso, 34.5% (10 pacientes) IMC normal, 17.2% (5 pacientes) con IMC obesidad grado 1, y 3.4% (1 paciente) para IMC obesidad grado 2, no hubo pacientes vírgenes con obesidad grado 3. Por otro lado, las pacientes no vírgenes comparten el orden de frecuencia con 43.2% (41 pacientes) para IMC sobrepeso, seguido de 35.8% (34 pacientes) con IMC normal, 11.5% (11 pacientes) con obesidad grado 1, y por último 7.4% (7 pacientes), 2.1% (2 pacientes), para obesidad grado 2 y grado 3 respectivamente. **(Figura 4)**

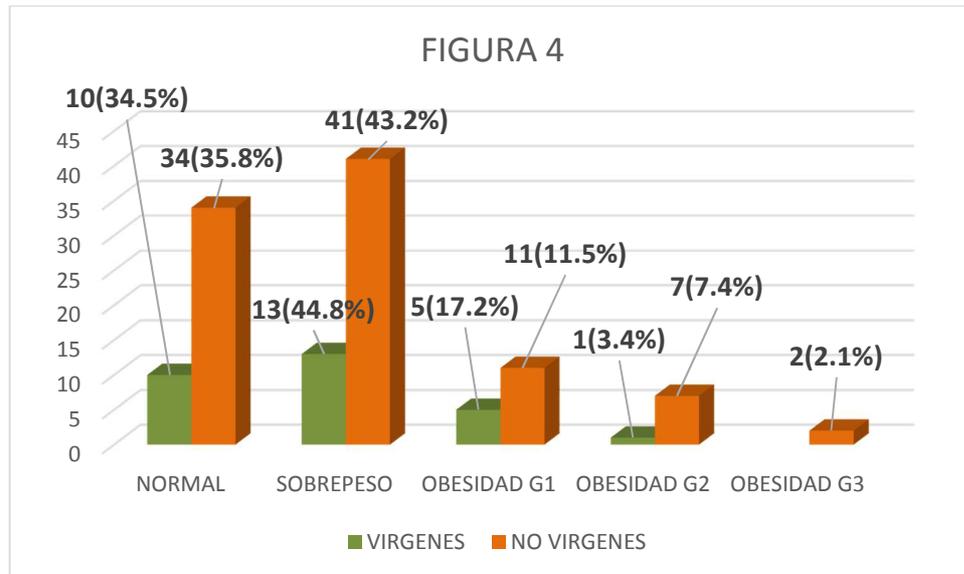


FIGURA 4. Caracterización de cáncer de ovario en mujeres vírgenes y no vírgenes según su índice de masa corporal (IMC).

**Autores: Doménica Granda M. Fernando Vicuña F.**

Los resultados para las pacientes vírgenes con cáncer de endometrio fueron de un 30.7% (4 pacientes) para aquellas con IMC normal y sobrepeso, seguido por el 15.4% (2 pacientes) para IMC obesidad grado 1 y 3, por último con un 7.7% (1 paciente) para obesidad grado 2.

De igual manera los resultados de las pacientes no vírgenes fueron de 38.9% (21 pacientes) para IMC normal y sobrepeso, 18.5% (10 pacientes) para obesidad grado 1, terminando con un 1.8% (1 paciente) para obesidad grado 2 y 3. **(Figura 5)**

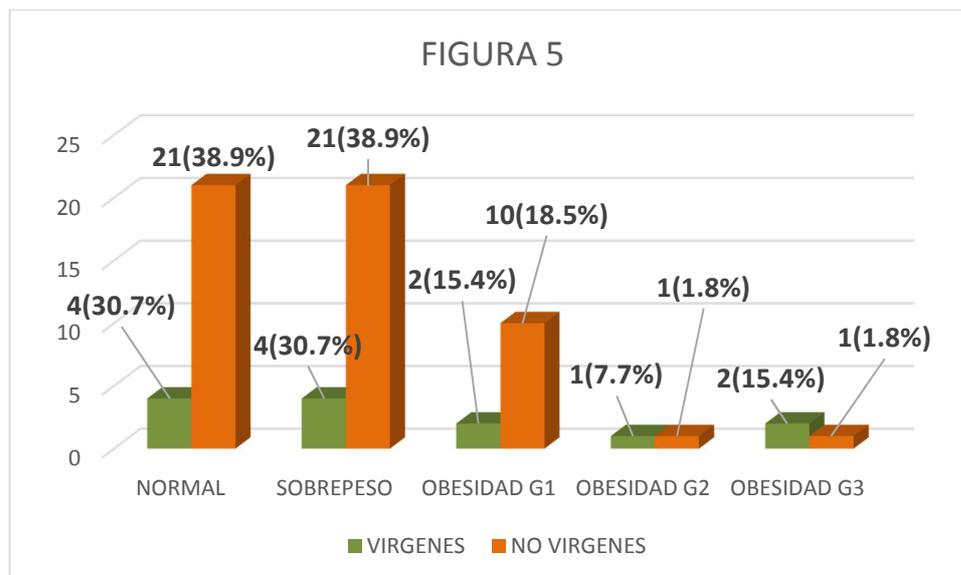


FIGURA 5. Caracterización de cáncer de endometrio en mujeres vírgenes y no vírgenes según su índice de masa corporal (IMC).

**Autores: Doménica Granda M. Fernando Vicuña F.**

La caracterización del cáncer de cérvix según el grupo etario resultó en un 50% (1 paciente) tanto para el grupo de 41-50 años como para el de 61-70 años en las mujeres vírgenes, en cuanto a las pacientes no vírgenes predominó el grupo de 51-60 años con 30.85% (58 pacientes), seguido por el 26% (49 pacientes) el grupo de 41-50 años, 22.88% (43 pacientes) el de 61-70 años, 19.69% (37 pacientes) el de 3-40 años y por último el grupo de 20 - 30 años con el 0.53% (1 paciente). **(Figura 6)**

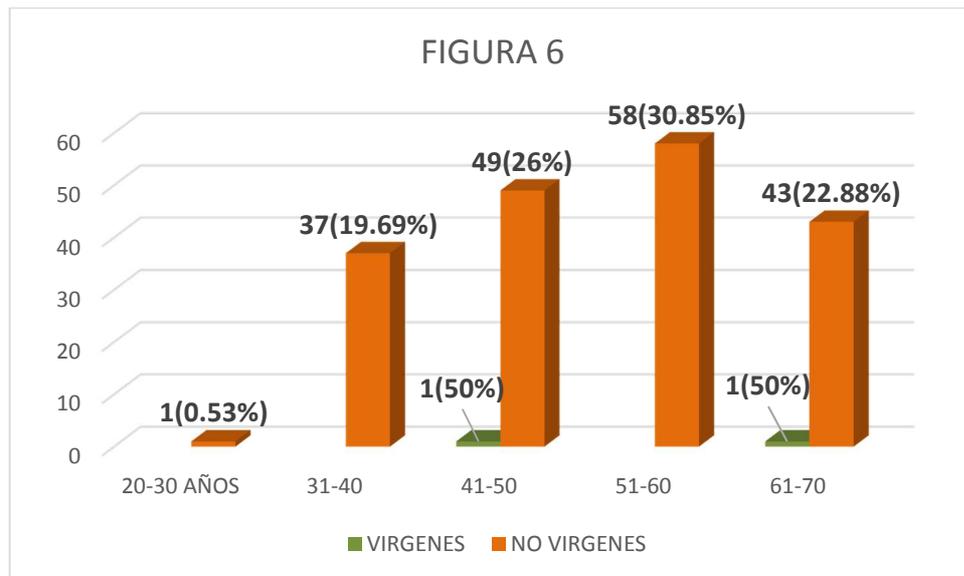


FIGURA 6. Caracterización de cáncer de cérvix en mujeres vírgenes y no vírgenes según su grupo etario.

**Autores: Doménica Granda M. Fernando Vicuña F.**

En cuanto al cáncer de ovario los grupos etarios mayormente afectados dentro de las pacientes vírgenes fueron los de 51-60 años y 61-70 años con el 27.58% (8 pacientes), seguido por los grupos de 41-50 años con el 24.3% (7 pacientes), y con el 10.34% (3 pacientes) para los grupos de 20-30 y 31-40 años. Dentro de las pacientes no vírgenes lideró el grupo etario de mayor edad, con el 32.63% (31 pacientes) para las de 61-70 años, seguido por el 28.42% (27 pacientes) para el de 51-60 años, el 23.15% (22 pacientes) de 41-50 años, 12.63% (12 pacientes) para el de 31-40 años, y por último y con menor porcentaje tenemos al grupo de menor edad, con el 3.15% (3 pacientes) las de 20-30 años. **(Figura 7)**

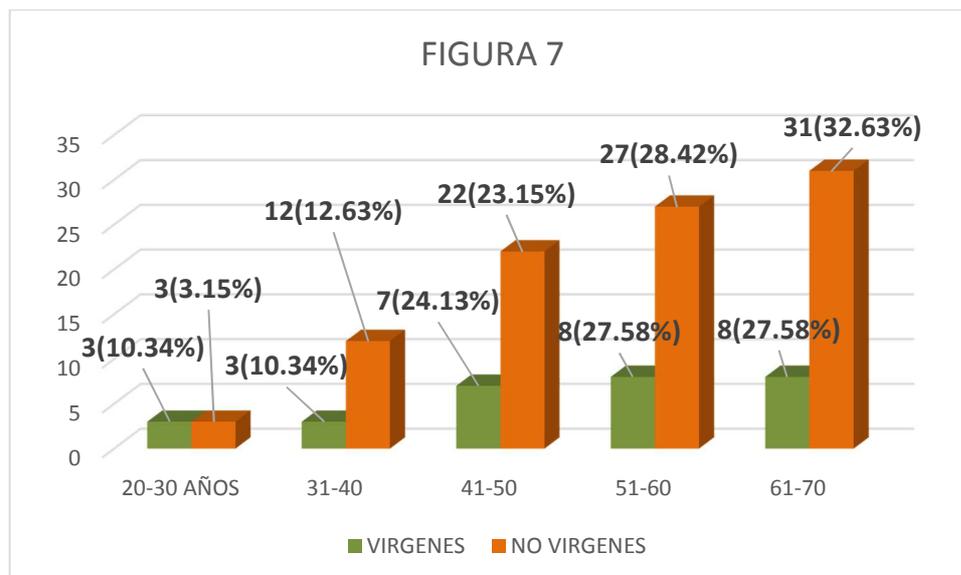


FIGURA 7. Caracterización de cáncer de ovario en mujeres vírgenes y no vírgenes según su grupo etario.

**Autores: Doménica Granda M. Fernando Vicuña F.**

El grupo etario más frecuente para aquellas pacientes vírgenes con cáncer de endometrio fue el de 51-60 años con el 53.85% (7 pacientes), le sigue el grupo de 61-70 años con el 30.77% (4 pacientes), y 15.38% (2 pacientes) para aquellas de 41-50 años. Para las pacientes no vírgenes el grupo predominante fue el de 61-70 años con el 46.30% (25 pacientes), seguido del 24% (13 pacientes) al de 51-60 años, 20.37% (11 pacientes) el de 41-50 años, y por último con el 9.26% (5 pacientes) para el grupo de 31-40 años. **(Figura 8)**

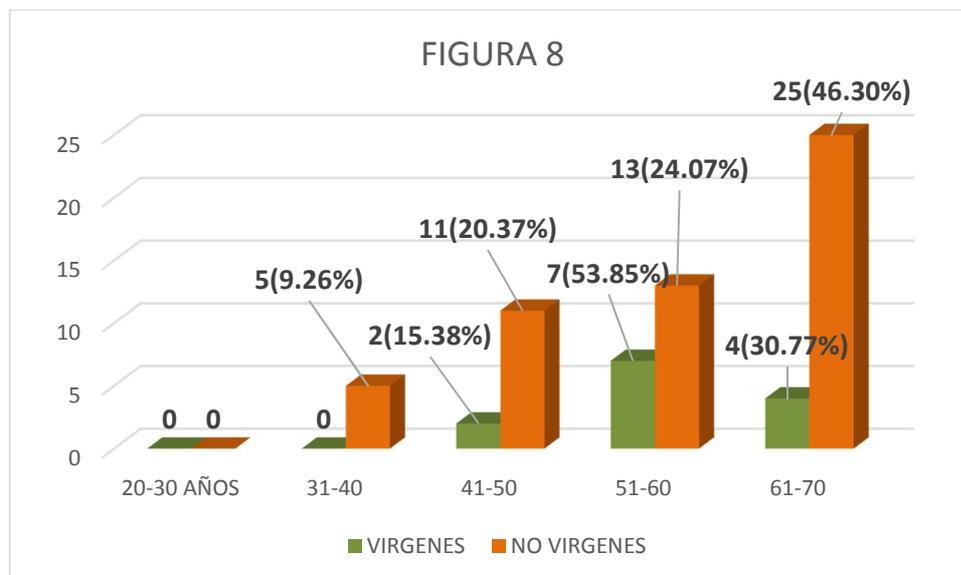


FIGURA 8. Caracterización de cáncer de endometrio en mujeres vírgenes y no vírgenes según su grupo etario.

**Autores: Doménica Granda M. Fernando Vicuña F.**

En cuanto a la caracterización de las pacientes con cáncer de cérvix según sus antecedentes familiares de cáncer de órganos del aparato reproductor femenino se obtuvo que el 100% (2 pacientes) del grupo virgen tenían antecedentes de esta enfermedad en familiares de 1er y 2do grado, y en aquellas no vírgenes el 50.53% (95 pacientes) tenían antecedentes familiares, mientras que el 49.47% (93 pacientes) no tenían. **(Figura 9)**

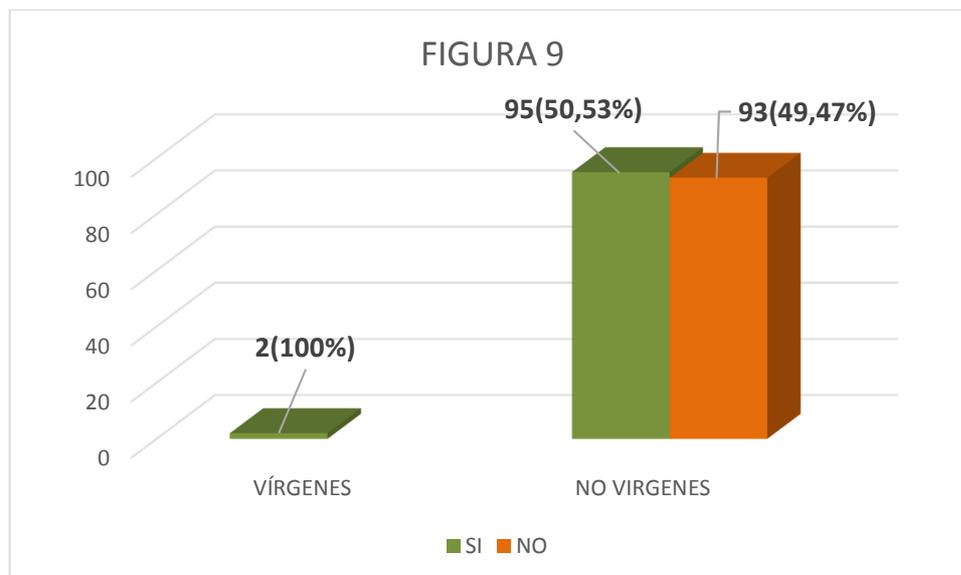


FIGURA 9. Caracterización de cáncer de cérvix en mujeres vírgenes y no vírgenes según sus antecedentes de cáncer en órganos del aparato reproductor femenino en familiares de 1er y 2do grado.

**Autores: Doménica Granda M. Fernando Vicuña F.**

Para las pacientes vírgenes con cáncer de ovario los resultados fueron de 65.52% (19 pacientes) para aquellas que tenían antecedentes familiares de este tipo de cáncer y el 34.48% (10 pacientes) no lo tenían.

En el grupo de aquellas pacientes no vírgenes se obtuvo el 60% (57 pacientes) para las que contaban con dichos antecedentes y el 40% (38 pacientes) no tenían antecedentes familiares de la enfermedad. **(Figura 10)**

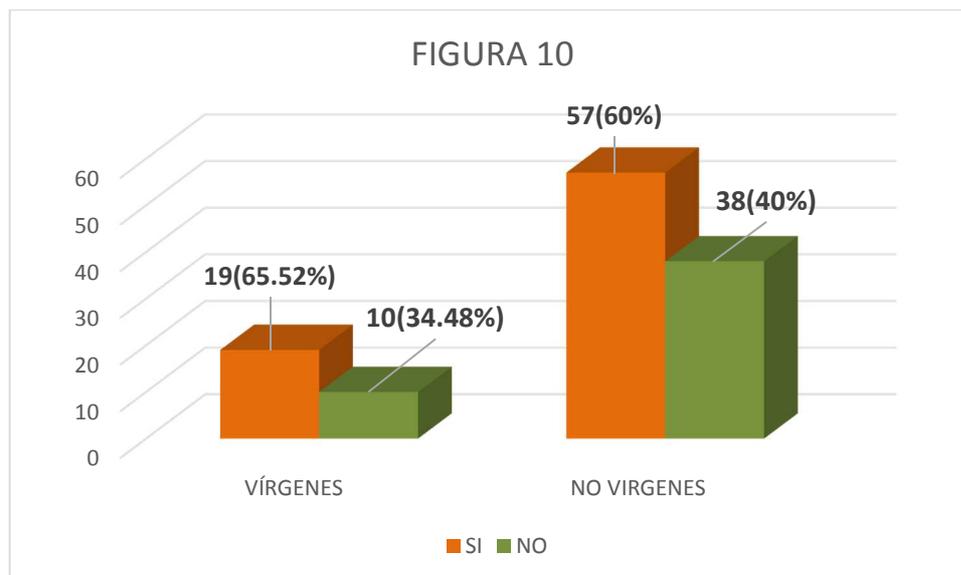


FIGURA 10. Caracterización de cáncer de ovario en mujeres vírgenes y no vírgenes según sus antecedentes de cáncer en órganos del aparato reproductor femenino en familiares de 1er y 2do grado.

**Autores: Doménica Granda M. Fernando Vicuña F.**

Dentro del cáncer de endometrio en mujeres vírgenes el 38.46% (5 pacientes) poseen antecedentes de la enfermedad, y el 6.54% (8 pacientes) no tenían familiares que hayan padecido de estos tipos de cáncer.

En el grupo de las pacientes no vírgenes se obtuvo el 55.55% (30 pacientes) para aquellas que contaron con los antecedentes familiares, frente al 44.44% (24 pacientes) que no los tenían. **(Figura 11)**

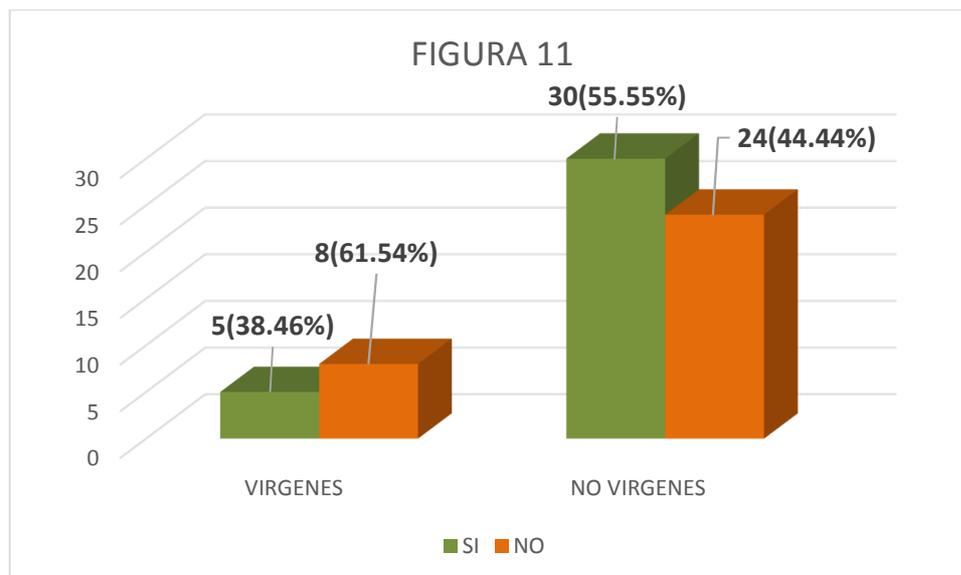


FIGURA 11. Caracterización de cáncer de endometrio en mujeres vírgenes y no vírgenes según sus antecedentes de cáncer en órganos del aparato reproductor femenino en familiares de 1er y 2do grado.

**Autores: Doménica Granda M. Fernando Vicuña F.**

En la caracterización del cáncer de cérvix de acuerdo al tipo histológico, se obtuvo que el 100% (2 pacientes) fueron adenocarcinomas de tipo células claras, mientras que en las no vírgenes el mayor porcentaje fue para el carcinoma epidermoide con el 81.43% (81 pacientes), dentro de este porcentaje, la mayoría fueron de células claras con el 35.71% (25 pacientes), seguido del 21.43% (15 pacientes) para el tipo mucinoso, papilar y endometroide. **(Figura 12 y 13)**

El 37.23% (70 pacientes) del grupo no virgen perteneció al tipo adenocarcinoma, el 14.90% (28 pacientes) a carcinoma adenoescamoso y por último el 4.79% (9 pacientes) para el tipo mesenquimal. **(Figura 12)**

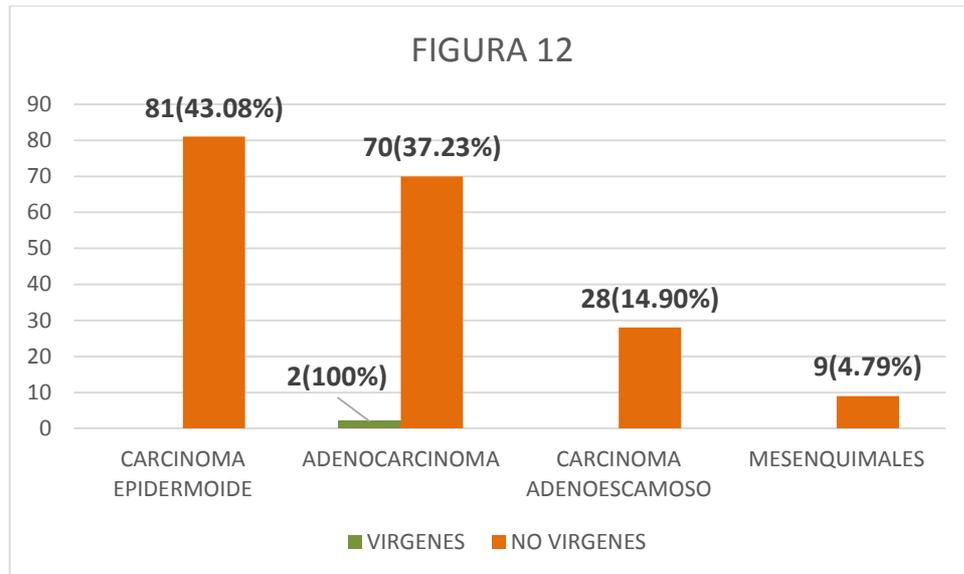


FIGURA 12. Caracterización de cáncer de cérvix en mujeres vírgenes y no vírgenes según el tipo histológico.

**Autores: Doménica Granda M. Fernando Vicuña F.**

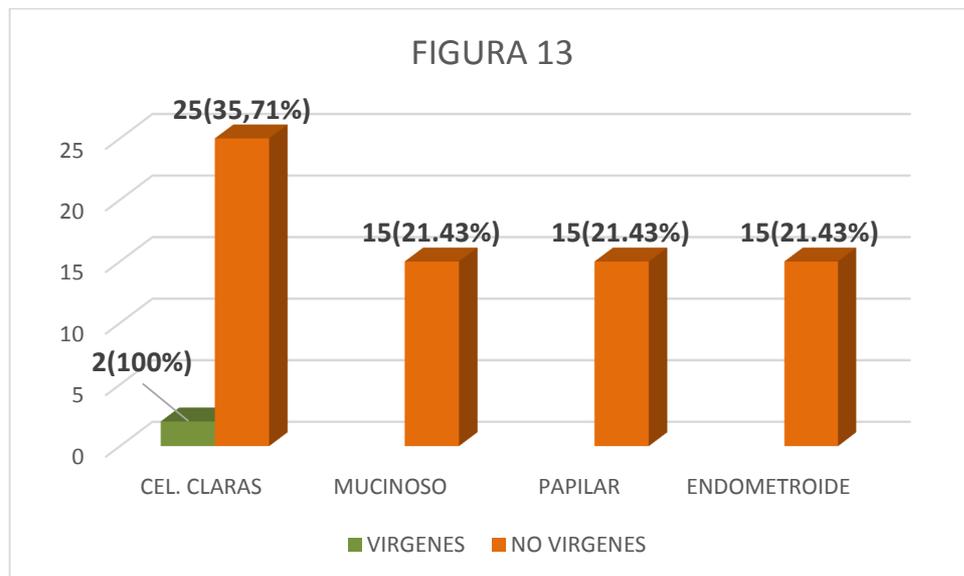


FIGURA 13. Caracterización de cáncer de cérvix en mujeres vírgenes y no vírgenes según el tipo histológico de estirpe epidermoide.

**Autores: Doménica Granda M. Fernando Vicuña F.**

Dentro del grupo de pacientes vírgenes con cáncer de ovario el 68.96% (20 pacientes) padecieron de tumor tipo epitelial, de los cuales el de mayor porcentaje fue el de tipo endometroide con el 45% (9 pacientes), seguido de los tipos células claras, seroso y mucinoso con el 30% (6 pacientes), 15% (3 pacientes) y 10% (2 pacientes) respectivamente. El 31.03% (9 pacientes) restante, corresponden al tipo no epitelial, siendo el disgerminoma el predominante con el 77.77% (7 pacientes) y con el 22.22% (2 pacientes) el teratoma inmaduro. **(Figura 14, 15 y 16)**

Para el grupo no vírgen el 89.47% (85 pacientes) pertenecieron al tipo epitelial, siendo el seroso con el 48.24% (41 pacientes) el tipo predominante, seguido por el endometroide 20% (17 pacientes), mucinoso 17.64% (15 pacientes) y de células claras con el 14.12% (12 pacientes). El 10.52% (10 pacientes) restante perteneces al tipo no epitelial, de los cuales el 90% (9 pacientes) son de tipo disgerminoma, y el 10% (1 paciente) son coriocarcinoma. **(Figura 14, 15 y 16)**

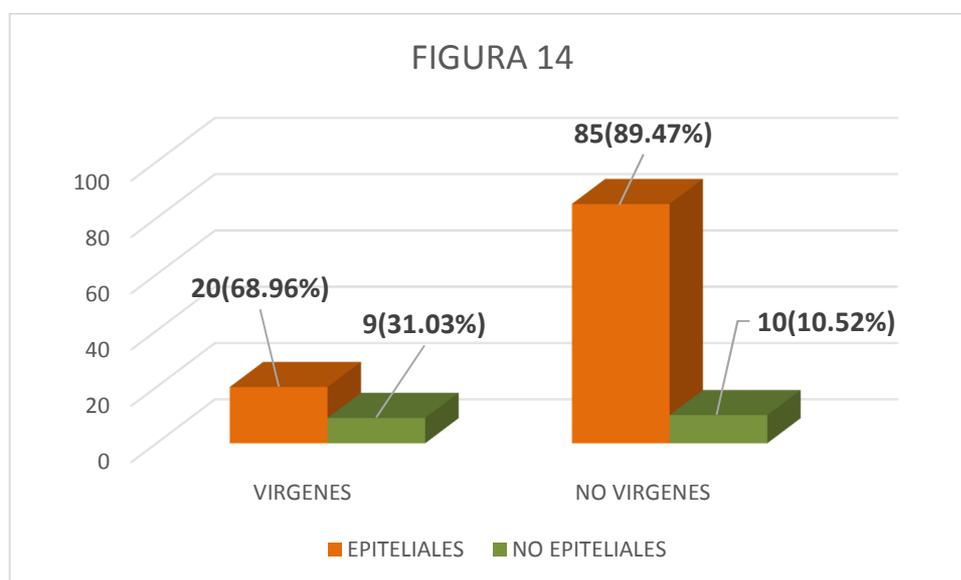


FIGURA 12. Caracterización de cáncer de ovario en mujeres vírgenes y no vírgenes según el tipo histológico.

**Autores: Doménica Granda M. Fernando Vicuña F.**

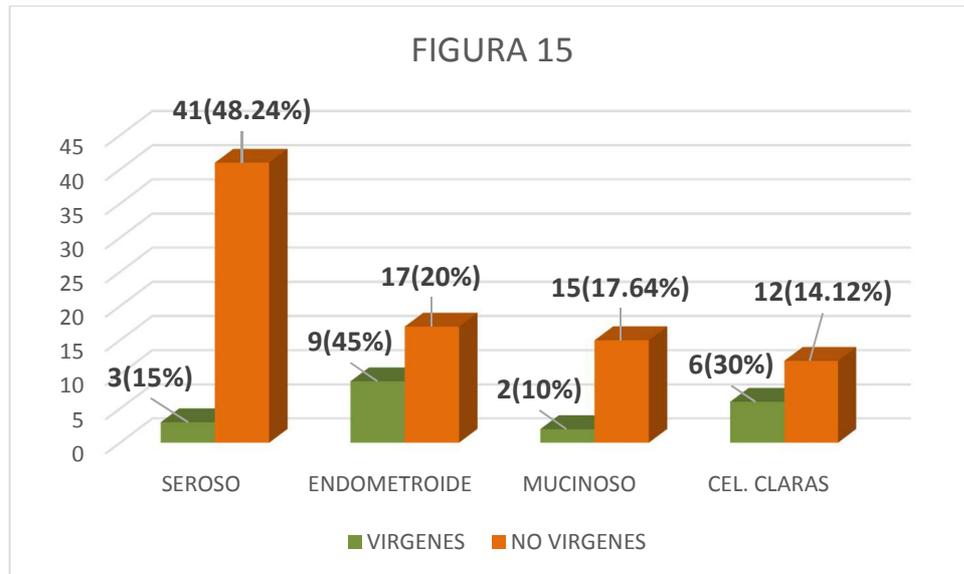


FIGURA 15. Caracterización de cáncer de ovario en mujeres vírgenes y no vírgenes según el tipo histológico de estirpe epitelial.

**Autores: Doménica Granda M. Fernando Vicuña F.**

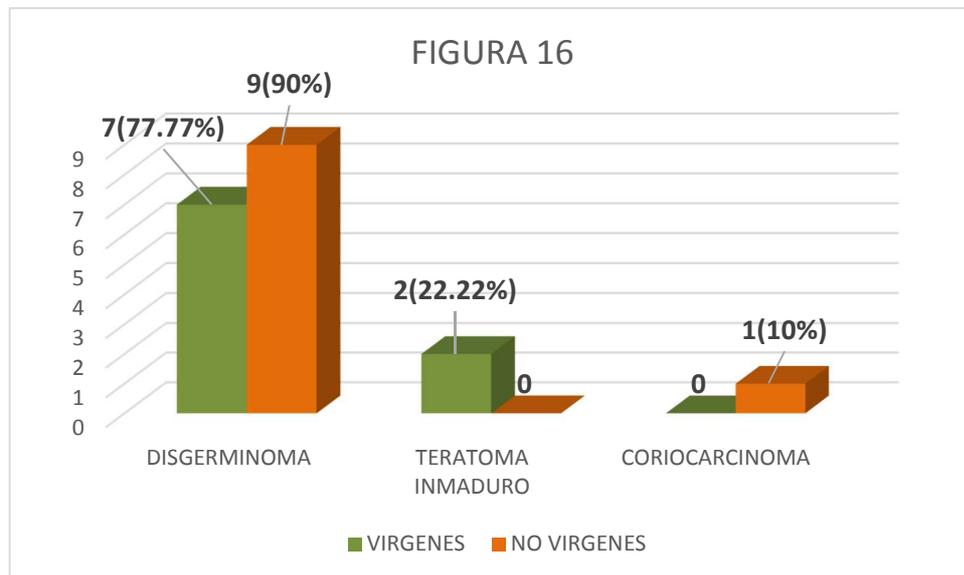


FIGURA 16. Caracterización de cáncer de ovario en mujeres vírgenes y no vírgenes según el tipo histológico de estirpe no epitelial.

**Autores: Doménica Granda M. Fernando Vicuña F.**

La caracterización histológica de las pacientes vírgenes con cáncer de endometrio resultó en un 46.15% (6 pacientes) para el adenocarcinoma endometroide, 38.46% (5 pacientes) para el de células claras y el 15.38% (2 pacientes) para el seroso.

En cuanto a las pacientes no vírgenes el mayor porcentaje obtuvo el adenocarcinoma endometroide con el 37.04% (20 pacientes), seguido del 25.92% (14 pacientes) para el de células claras, 20.37% (11 pacientes) el seroso, 11.11% (6 pacientes) el mucinoso y el 5.55% (3 pacientes) para el de tipo mixto. **(Figura 17)**

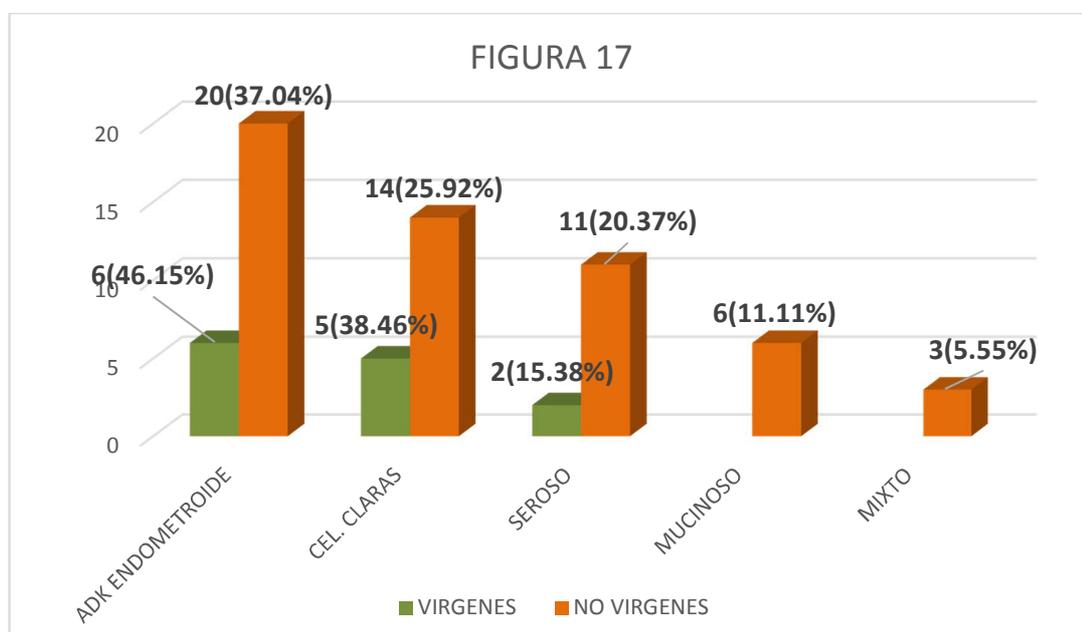


FIGURA 17. Caracterización de cáncer de endometrio en mujeres vírgenes y no vírgenes según el tipo histológico.

**Autores: Doménica Granda M. Fernando Vicuña F.**

La caracterización de las pacientes vírgenes según el lugar de procedencia, resultó que el 100% (2 pacientes) residían en la provincia del Guayas.

Por otro lado el 68.61% (129 pacientes) del grupo no virgen, residían en la provincia de Guayas, 15.42% (29 pacientes) en la provincia de Santa Elena, 7.45% (14 pacientes) en la provincia de Los Ríos, 5.31% (10 pacientes) en la

provincia de Manabí, y 1.6% (3 pacientes) tanto para la provincia de El Oro y Azuay. **(Figura 18)**

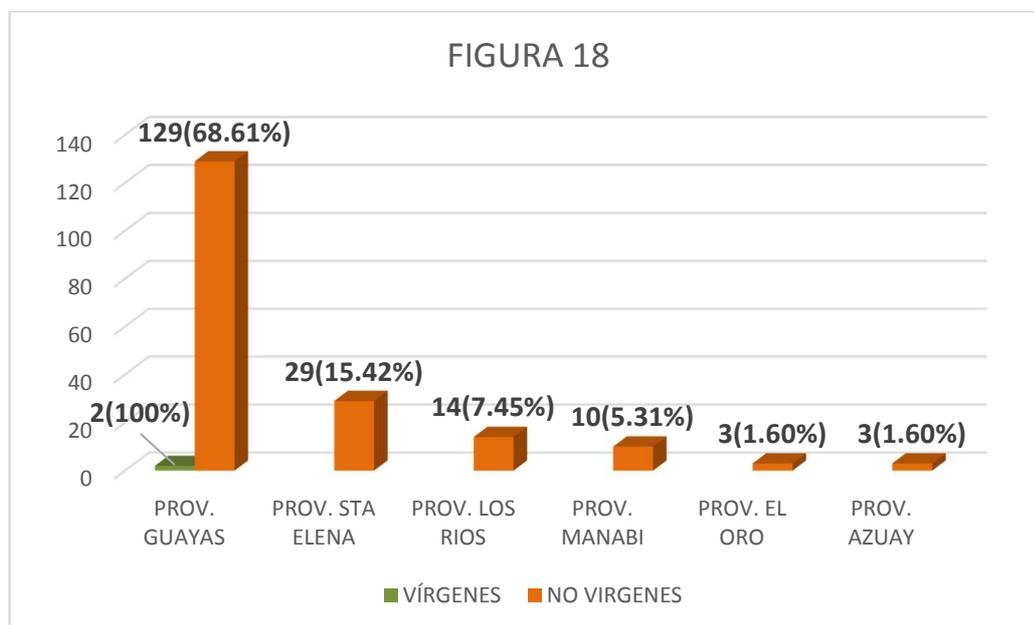


FIGURA 18. Caracterización de cáncer de cérvix en mujeres vírgenes y no vírgenes según la procedencia de la paciente.

**Autores: Doménica Granda M. Fernando Vicuña F.**

En cuanto a las pacientes vírgenes con cáncer de ovario, se obtuvo que el 45% (13 pacientes) provenían de la provincia del Guayas, 20.69% (6 pacientes) de la provincia de Santa Elena, 13.8% (4 pacientes) de la provincia de Los Ríos, y el 6.9% (2 pacientes) para la provincia de Manabí, El Oro y Azuay.

Por otro lado, los resultados obtenidos de las pacientes no vírgenes fueron del 64.21% (61 pacientes) para las pacientes provenientes de la provincia del Guayas, 20% (19 pacientes) para la provincia de Santa Elena, 7.37% (7 pacientes) para la provincia de Manabí, 4.21% (4 pacientes) la provincia de Los Ríos, y por último el 2% (2 pacientes) para las provincias de El Oro y Azuay. **(Figura 19)**

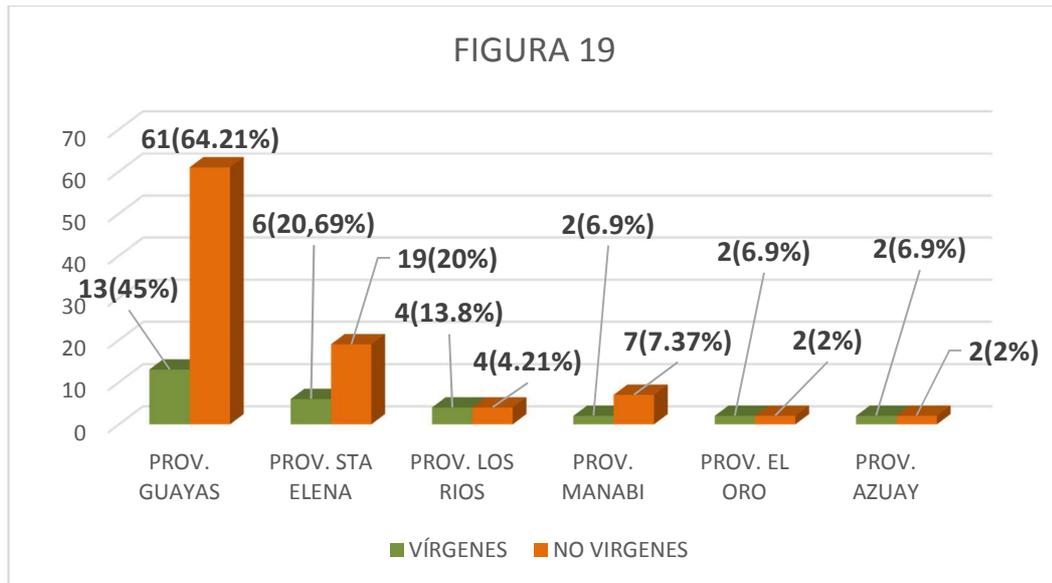


FIGURA 19. Caracterización de cáncer de ovario en mujeres vírgenes y no vírgenes según la procedencia de la paciente.

**Autores: Doménica Granda M. Fernando Vicuña F.**

Por otro lado, las pacientes vírgenes con cáncer de endometrio, obtuvieron el 61.54% (8 pacientes) provenían de la provincia del Guayas, 30.77% (4 pacientes) de la provincia de Santa Elena, y el 7.67% (1 paciente) de la provincia de Los Ríos.

Los resultados obtenidos de las pacientes no vírgenes fueron del 66.66% (36 pacientes) para las pacientes provenientes de la provincia del Guayas, 14.81% (8 pacientes) para la provincia de Santa Elena, 12.96% (7 pacientes) para la provincia de Manabí, 3.7% (2 pacientes) la provincia de El Oro, y por último el 1.85% (1 paciente) para la provincia de Los Ríos. **(Figura 20)**

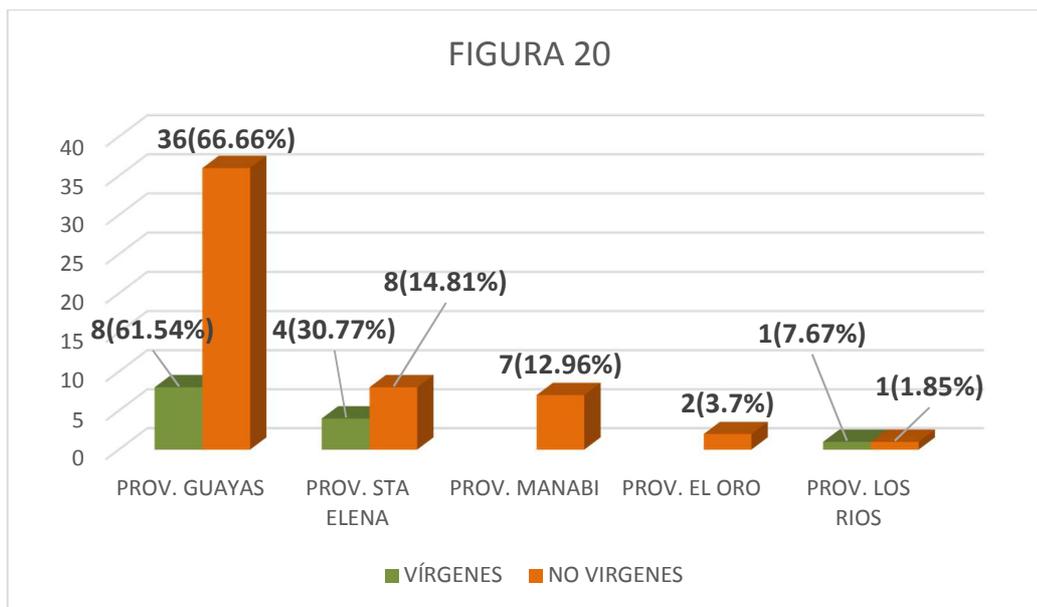


FIGURA 20. Caracterización de cáncer de endometrio en mujeres vírgenes y no vírgenes según la procedencia de la paciente.

**Autores: Doménica Granda M. Fernando Vicuña F.**

Se caracterizó a las pacientes según sus antecedentes de comorbilidades, dentro del grupo de las pacientes vírgenes con cáncer de cérvix, las 2 pacientes no tenían ningún antecedente patológico. Por lo contrario, para las pacientes no vírgenes, dentro de las cuales 92 pacientes no tenían comorbilidades, 44 sufrían hipertensión arterial, 34 de diabetes mellitus, 13 con síndrome antifosfolípido, 8 tenían lupus eritematoso sistémico, 8 tenían de hábito el tabaco, 5 fueron hipotiroideas y 2 eran alcohólicas. **(Figura 21)**

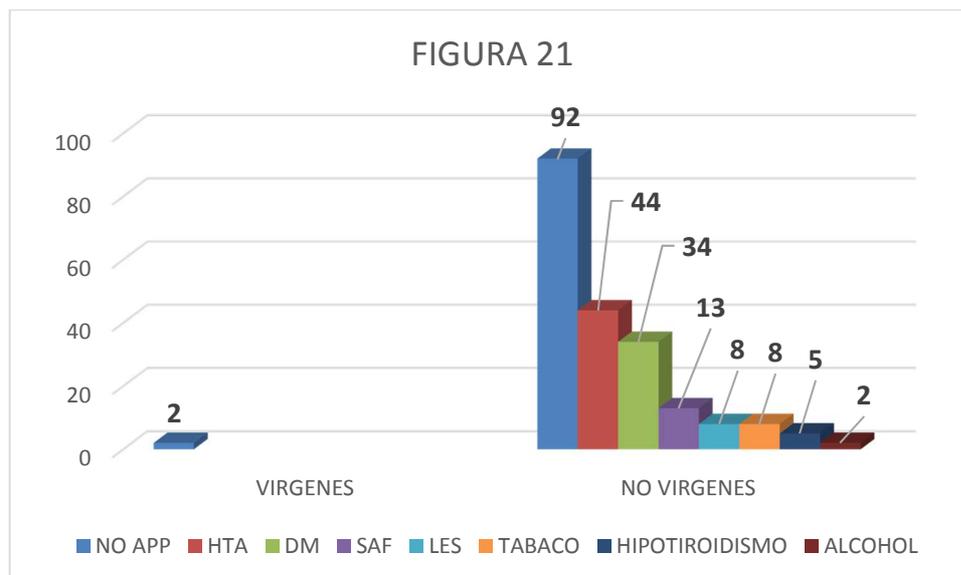


FIGURA 21. Caracterización de cáncer de cérvix en mujeres vírgenes y no vírgenes según sus antecedentes patológicos personales.

**Autores: Doménica Granda M. Fernando Vicuña F.**

Para el grupo de pacientes vírgenes con cáncer de ovario, 9 pacientes eran hipertensas (HTA), 9 sufrían diabetes mellitus (DM), 7 pacientes no tenían ningún antecedente patológico, 4 tuvieron síndrome antifosfolipídico (SAF), 4 pacientes tenían lupus eritematoso sistémico (LES), 4 fueron fumadoras y 3 pacientes tenían hipotiroidismo.

Por otro lado, las pacientes no vírgenes, 54 pacientes no tenían comorbilidades, 27 sufrían HTA, 19 de DM, 4 tenían SAF, 4 sufrían de LES, y 5 eran fumadoras. **(Figura 22)**

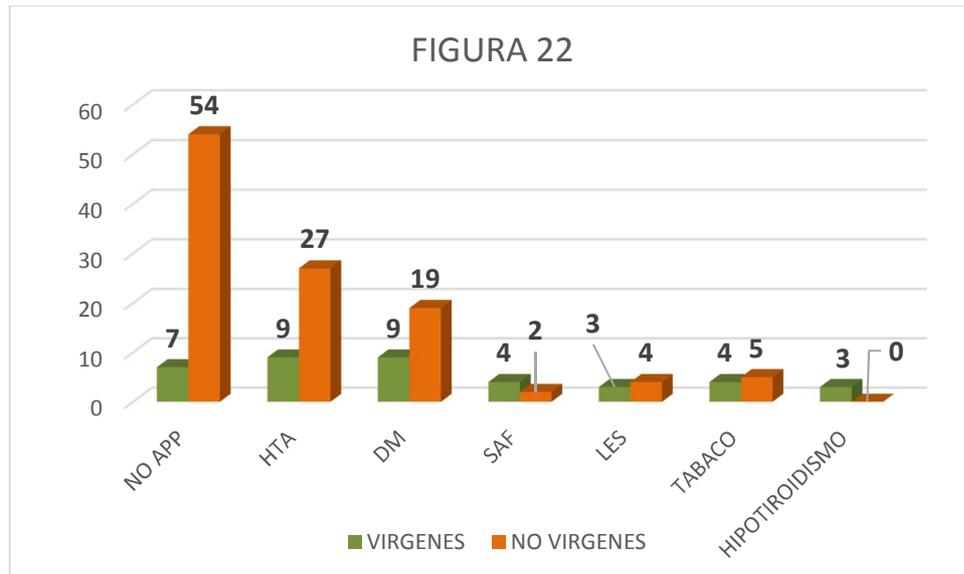


FIGURA 22. Caracterización de cáncer de ovario en mujeres vírgenes y no vírgenes según sus antecedentes patológicos personales.

**Autores: Doménica Granda M. Fernando Vicuña F.**

Finalmente, dentro del grupo de pacientes vírgenes con cáncer de endometrio, 4 pacientes padecían HTA, 7 sufrían DM, 3 pacientes tenían LES, 2 pacientes no tenían ningún antecedente patológico, 1 paciente sufría SAF, y 1 pacientes era fumadora.

Por otro lado, las pacientes no vírgenes, 29 pacientes no tenían comorbilidades, 17 sufrían HTA, 14 de DM, 1 paciente tenía SAF, y 3 pacientes eran hipotiroideas. **(Figura 23)**

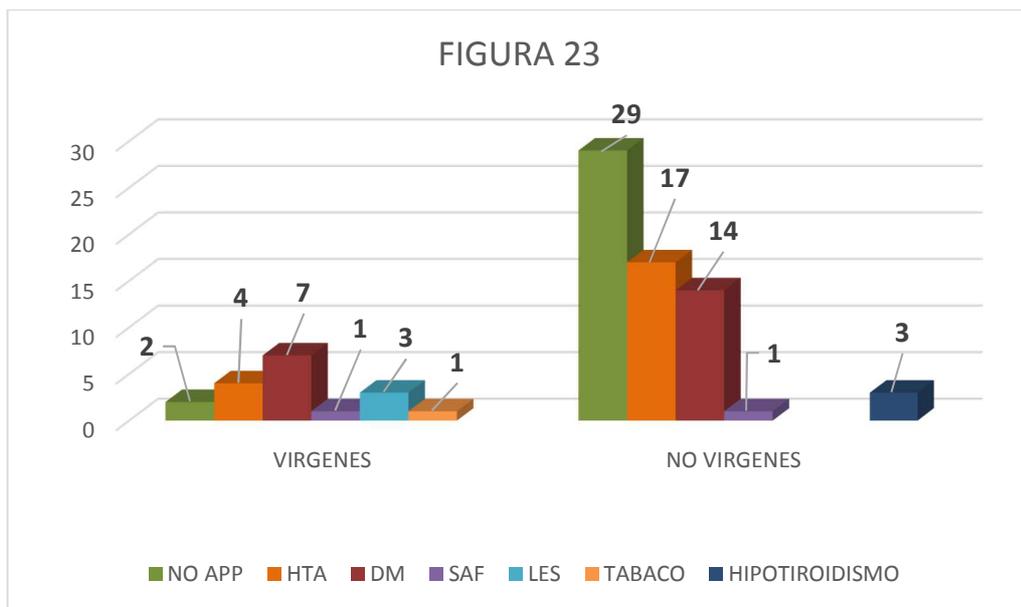


FIGURA 23. Caracterización de cáncer de ovario en mujeres vírgenes y no vírgenes según sus antecedentes patológicos personales.

**Autores: Doménica Granda M. Fernando Vicuña F.**

Finalmente, la tasa de mortalidad de las pacientes con cáncer de cérvix, endometrio y ovario, en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo entre los años 2013-2017, fue del 68% para las pacientes vírgenes, y el 38.5% para las no vírgenes. **(Figura 24)**

FIGURA 23. Tasa de mortalidad de las pacientes con diagnóstico de cáncer de cérvix, endometrio y ovario en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo, 2013-2017

**Autores: Doménica Granda M. Fernando Vicuña F.**

$$\frac{\text{Número de pacientes vírgenes fallecidas}}{\text{Número total de pacientes vírgenes}} \times 100$$

$$\frac{30}{44} \times 100 = 68\%$$

$$\frac{\text{Número de pacientes no vírgenes fallecidas}}{\text{Número total de pacientes no vírgenes}} \times 100$$

$$\frac{130}{337} \times 100 = 38.5\%$$

## **CAPITULO 5**

### **DISCUSION**

Luego de haber revisado las historias clínicas de 381 pacientes diagnosticadas de cáncer de cérvix, endometrio y ovario, nos percatamos que en algunas de estas se encontraban datos incompletos, y en pocas historias clínicas se encontró especificado si las pacientes con cáncer de cérvix tenían infección por VPH, dificultando la recolección de datos para la realización de este trabajo de investigación.

Este estudio descriptivo encontró que la prevalencia de pacientes vírgenes con cáncer de cérvix, endometrio y ovario durante el periodo de enero 2013-diciembre 2017, fue de 12% (44 pacientes), en donde obtuvo mayor frecuencia el cáncer de ovario con el 66%, seguido del 29.5% para el cáncer de endometrio y el 4.5% para el de cérvix, lo que contrasta con el grupo no virgen que obtuvo el 88% (337 pacientes) de prevalencia, cuya mayor frecuencia fue para el cáncer de cérvix con el 55.8%, seguido del de ovario con el 28.2% y el 16% para el de endometrio, lo que coincide con los datos reportados por la Sociedad de lucha contra el cáncer (SOLCA), donde se halla al cáncer de cérvix como el más frecuente dentro de los cánceres de órganos del aparato reproductor femenino, excluyendo al de mama. (31-32-33)

En esta investigación, lo interesante es la rareza de los casos del cáncer de cérvix en pacientes vírgenes, ya que es contrario a la creencia de que todas las neoplasias cervicales son producto de la transmisión del virus del papiloma humano (VPH) que ha sido detectado hasta en un 99% de los casos. (33-34-35)

En nuestros casos, una de las pacientes dio negativo para el cultivo de VPH, por este motivo no se habían realizado citologías previo a su diagnóstico, lo que coincide con el estudio con los estudios de Isabel González Ballano, Purnima Takur, C. Liebrich los cuales reportaron varios casos de pacientes vírgenes con cáncer de cérvix, y concluyen con la existencia de un tipo diferente de adenocarcinoma con un desarrollo tumoral independiente que no está relacionado a la preexistencia de VPH, o que incluso pudieron haber

estado expuestas al uso de dietiestilbostrol (DES) durante el embarazo, ya que este fármaco fue encontrado teratogénico que puede atravesar la barrera placentaria en inhibir el reemplazo de Müller por epitelio escamoso, razón por la que fue prohibido en mujeres embarazadas a partir de 1970. (36)

Por otro lado, la segunda paciente virgen si tuvo positividad para VPH de tipo 54, considerado de bajo riesgo, lo interesante en este caso, es como una mujer que no ha tenido relaciones sexuales pudo contraer esta infección viral, esto coincide con los estudios de Zhiyue Liu, Nyitrai y Lu-Yu Hwang, confirman que el VPH puede transmitirse a aquellos pacientes que jamás han llevado a cabo una penetración, y que tuvieron solo contacto entre genitales o mano-genitales. (33)

Es por eso que en la actualidad la Sociedad Americana de Lucha contra el Cáncer recomienda la realización de citología cervical a todas las mujeres a partir de los 20 años independientemente de su actividad sexual, incluso está en debate si esta prueba debería realizarse más temprano en la adolescencia ya que esta no quita la virginidad. (34-35)

Los casos de cáncer de ovario y endometrio en las pacientes vírgenes, se podría explicar por el hecho de que uno de los factores de riesgo para su aparición es la nuliparidad, relacionado con la presencia de estrógenos sin oposición en mujeres infecundadas, coincidiendo con los estudios en donde se ha demostrado que el llevar un embarazo a término disminuye el riesgo y proveen un efecto protector. (37)

Así mismo, la Sociedad Americana de Lucha contra el Cáncer demostró que el sobrepeso y la obesidad están en asociación con un aumento del riesgo y mortalidad por cáncer de cérvix, ovario y endometrio. Lo que coincide con nuestro estudio, que demostró que existe mayor frecuencia de pacientes con sobrepeso y obesidad tanto para vírgenes como para las que no lo fueron. Los procesos por los cuales existe esta relación, aún no están claros, pero se conoce que los adipocitos secretan sustancias bioactivas que afectan los procesos proliferativos y su acumulo promueve la resistencia a la insulina lo que a su vez produce aumento de las hormonas sexuales, incrementando de esta manera el riesgo de aquellos cánceres sensibles a hormonas. (21-37-38)

La edad promedio de los casos de pacientes vírgenes y no vírgenes con cáncer de cérvix que se incluyeron en este estudio fue de 51 años, que se asemeja a los datos encontrados en la publicación de Luis G. Capote, “Epidemiología del Cáncer de cuello uterino en América” cuya edad promedio fue de 53 años, mientras que la edad promedio de las pacientes con cáncer de ovario vírgenes y no vírgenes fue de 52 años, lo que contrasta con los datos publicados por la Sociedad Americana del Cáncer, cuya edad promedio es de 63 años. Y por último la edad promedio de las pacientes con cáncer de endometrio fue de 57 años, lo que se asemeja a lo publicado por la Sociedad Americana del Cáncer, que fue de 60 años, esto se puede deber al aumento de comorbilidades con la edad, y a la disminución de la inmunidad en la vejez. (19)

En el estudio presente, se demostró que los antecedentes de cáncer de cérvix, en familiares de primer y segundo grado se encuentra asociado a su aparición, lo que coincide con los estudios de Isis Ileana Cabrera, y Yurisnel Ortiz Sánchez, que han planteado que las mujeres cuyas madres o hermanas han tenido la enfermedad tienen mayor probabilidad de padecer este cáncer, esto se puede deber a que en estas pacientes son menos capaces de combatir la infección por VPH, en comparación con otras mujeres. De igual manera en las pacientes con cáncer de endometrio y ovario, coincidiendo con los datos publicados por la Sociedad Americana del Cáncer, indicando que las alteraciones hereditarias de los genes MLH1, MSH2, y BRC1, BRCA2, causan una mayor probabilidad de padecer cáncer de endometrio y ovario respectivamente. (20-31)

En cuanto al tipo histológico más frecuente en el grupo de pacientes vírgenes fue el adenocarcinoma de células claras, lo que no concuerda con los estudios de Nelly Navarro, Gabriela Arroyo, Germán Muruchi, que afirman que el carcinoma epidermoide es el más común dentro de este tipo de patología, lo que se comprobó con las pacientes no vírgenes que en su mayoría fueron de este tipo. Dicho estudio asoció al adenocarcinoma de células claras con casos de cáncer de cérvix con exposición a dietilestilbestrol intra útero. (40-41)

En las pacientes vírgenes con cáncer de ovario resultó ser el tipo carcinoma endometroide, y en no vírgenes el carcinoma seroso, al igual que los datos de los artículos de revisión de Rubí Gaona Astudillo, que colocan al carcinoma de tipo seroso en primer lugar con el 60-80% de los casos y al endometroide en tercer lugar con el 8-20% de casos, lo que contrasta con el grupo no virgen. (43)

De igual manera en las pacientes con cáncer de endometrio resultó más común el adenocarcinoma endometroide en ambos grupos, semejante a los datos publicados por Gonzalo Montalvo Esquivel, David Isla Ortiz y Gilberto Solorza, cuyos resultados dieron al adenocarcinoma endometroide un 75% de los casos. (42-44)

Este estudio determinó que a pesar de que la mayoría de las pacientes con cáncer de cérvix no tenían ninguna comorbilidad, existen un gran número de casos con hipertensión y diabetes mellitus no solo en los casos de patología de cérvix, sino también en la mayoría de las pacientes con cáncer de ovario y endometrio, lo que reafirma lo encontrado en varios estudios donde se halla estrecha relación entre la diabetes mellitus, especialmente el tipo 2 y este tipo de neoplasias. Estas pacientes tienen una mayor secreción de insulina, como intento de compensar los niveles elevados de glucemia, sin embargo, la insulina también posee efectos como el de factor de crecimiento que son captados por la gran cantidad de receptores que poseen las células tumorales favoreciendo al crecimiento y proliferación de este tipo de células. De igual forma el estudio realizado por el Grupo de Epidemiología de Cáncer del King's Collage de Londres, donde se analizó los registros de presión arterial e incidencia del cáncer en 600.000 pacientes durante 12 años, en Noruega, Austria y Suecia, donde se concluyó que los pacientes con presión alta presentan un riesgo del 10-20% de desarrollar cáncer y el 49% más de riesgo de morir por la enfermedad. (41-42-43-44)

No obstante, los resultados acerca de la procedencia de las pacientes, resultaron en que la mayoría de los casos de cáncer de cérvix provenían de zonas rurales y pertenecías a un nivel socioeconómico bajo, muy similar a los estudios de Luis G. Capote, que describe como factores de riesgo al

analfabetismo, pobreza y carencia de hábitos de higiene o bajas facilidades de acceso a centros de salud, relacionados con una mayor incidencia e incluso mortalidad de cáncer de cérvix, esto está dado por su influencia en comportamientos sexuales de riesgo y por limitado acceso y control de medios de prevención, control y diagnóstico oportuno. (38-39)

Por lo contrario, en los casos de cáncer de ovario y endometrio, se encontró una mayor frecuencia en las pacientes provenientes de zonas urbanas y de un nivel socioeconómico superior, al igual que en la publicación de Arturo Noboa Vargas, el cual encontró una mayor incidencia de casos en países altamente industrializados, y en pacientes que poseen un nivel socioeconómico medio-alto. (36-37)

Para terminar, el curso de estas neoplasias en las pacientes vírgenes parece ser más agresivo con una tasa de mortalidad de 68%, que en las pacientes no vírgenes (38%), ya que los la lesión tiende a ser de mayor tamaño, y al momento de diagnóstico la enfermedad ya está diseminada por vía hematogena o linfática, lo que coincide con las bibliografías, en donde los casos reportados se los clasifica en estadio mayores al II, con evolución infausta y desfavorable. (31-32-33)

## **CAPITULO 6**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **6.1 CONCLUSIONES**

1. La prevalencia de cáncer de cérvix, ovario y endometrio en las pacientes atendidas entre los años de 2013-2017 fue de 12% para las mujeres vírgenes y 88% para las mujeres no vírgenes.
2. El órgano mayormente afectado en mujeres vírgenes es el ovario, seguido del endometrio y finalmente el cérvix. En las mujeres no vírgenes el cérvix es el de mayor afectación, le sigue el ovario y por último el endometrio.
3. El grupo etario más afectado en el grupo virgen con cáncer de cérvix fue el de 41-50 y de 61-70 años y en el grupo no virgen fue el 51-60 años.
4. El grupo etario más afectado en el grupo virgen con cáncer de ovario fue el de 51-60 y años y en el grupo no virgen fueron los mismos grupos etarios.
5. El grupo etario más afectado en el grupo virgen con cáncer de endometrio fue el de 51-60 años y en el grupo no virgen fue los 61-70 años.
6. El grupo mayormente afectado de mujeres vírgenes con cáncer de cérvix según su índice de masa corporal (IMC) fueron aquellas con sobrepeso, y en las no vírgenes fueron las de IMC normal, seguido por las de sobrepeso.
7. El grupo mayormente afectado de mujeres vírgenes y no vírgenes con cáncer de ovario según su índice de masa corporal (IMC) fueron aquellas con sobrepeso.
8. El grupo mayormente afectado de mujeres vírgenes y no vírgenes con cáncer de endometrio según su índice de masa corporal (IMC) fueron aquellas con IMC normal y sobrepeso.
9. Todas las pacientes vírgenes con cáncer de cérvix tuvieron antecedentes de cáncer de órganos del aparato reproductor femenino

en familiares de 1er y 2do grado, y en el grupo no virgen la mayoría tuvieron antecedentes familiares.

10. La mayoría de pacientes con cáncer de ovario tanto en las pacientes vírgenes y no vírgenes tienen antecedentes de cáncer de órganos del aparato reproductor femenino en familiares de 1er y 2do grado.
11. La mayoría de pacientes con cáncer de endometrio en las pacientes no vírgenes tienen antecedentes de cáncer de órganos del aparato reproductor femenino en familiares de 1er y 2do grado, y en las pacientes vírgenes la mayoría no los tiene.
12. Todas las pacientes vírgenes con cáncer de cérvix no poseen antecedentes de comorbilidades, y el grupo de pacientes no virgen la mayoría no posee antecedentes, seguido de un gran número de casos con hipertensión arterial y diabetes mellitus.
13. La mayoría de pacientes vírgenes con cáncer de ovario son hipertensas y diabéticas, y dentro del grupo no virgen, la mayoría no poseen antecedentes de comorbilidades.
14. La mayoría de pacientes vírgenes con cáncer de endometrio fueron hipertensas y diabéticas, y dentro del grupo no virgen, la mayoría no poseen antecedentes de comorbilidades.
15. Todas las pacientes vírgenes con cáncer de cérvix fueron de tipo adenocarcinoma de células claras, y en las no vírgenes la mayoría fueron carcinoma epidermoide, seguido de adenocarcinoma de células claras.
16. La mayoría de pacientes con cáncer de ovario vírgenes y no vírgenes fueron de tipo epitelial, en el grupo virgen predominó el endometroide, y en las no vírgenes el seroso.
17. La mayoría de las pacientes vírgenes y no vírgenes con cáncer de endometrio fueron de tipo adenocarcinoma endometroide.
18. Todas las pacientes vírgenes y la mayoría de las no vírgenes con cáncer de cérvix eran provenientes de zonas rurales de Guayaquil y Santa Elena.
19. La mayoría de las pacientes vírgenes y no vírgenes con cáncer de ovario y endometrio eran provenientes de zonas urbanas de Guayaquil y Santa Elena.

20. La tasa de mortalidad de las pacientes vírgenes es de 68% y de las no vírgenes es de 38.5%

## **6.2 RECOMENDACIONES**

Se recomienda un mejor reporte de casos para de esta manera poder alcanzar la meta de reducir la morbimortalidad a través de medidas de control y tratamientos oportunos.

Realizar trabajos similares que recaben más información sobre el tema en otras entidades de salud de la región y del país.

Finalmente, se recomienda al personal de salud, un adecuado control y llenado de los datos de las pacientes, para de esta manera no solo facilitar a futuras investigaciones, sino también brindar una atención de mejor calidad.

## BIBLIOGRAFIA.

1. TESIS.pdf [Internet]. [citado 4 de septiembre de 2018]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/1013/1/TESIS.pdf>
2. MED173.pdf [Internet]. [citado 4 de septiembre de 2018]. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/3711/1/MED173.pdf>
3. Boletín Oncológico - DIAGNÓSTICO PRECOZ DEL CÁNCER GENITAL FEMENINO [Internet]. [citado 4 de septiembre de 2018]. Disponible en: <http://www.boloncol.com/boletin-17/diagnostico-precoz-del-cancer-genital-femenino.html>
4. merged (34).pdf [Internet]. [citado 4 de septiembre de 2018]. Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/8571/merged%20%2834%29.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
5. TESIS.pdf [Internet]. [citado 4 de septiembre de 2018]. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/21055/1/TESIS.pdf>
6. 597796.2010.pdf [Internet]. [citado 4 de septiembre de 2018]. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/8783/1/597796.2010.pdf>
7. CORRELACION DIAGNOSTICA TUMORES OVARIO.pdf [Internet]. [citado 4 de septiembre de 2018]. Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/10092/CORRELACION%20DIAGNOSTICA%20TUMORES%20OVARIO.pdf?sequence=1>
8. T32227.pdf [Internet]. [citado 4 de septiembre de 2018]. Disponible en: <https://eprints.ucm.es/11541/1/T32227.pdf>
9. 398525.pdf [Internet]. [citado 4 de septiembre de 2018]. Disponible en: <http://bdigital.dgse.uaa.mx:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/318/398525.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

10. 7f2d31d76df8a91846b42da01a74e97d86c392e9.pdf [Internet]. [citado 4 de septiembre de 2018]. Disponible en: <https://www.antaresconsulting.com/uploads/TPublicaciones/7f2d31d76df8a91846b42da01a74e97d86c392e9.pdf>
11. Tesis GO Salgado.pdf [Internet]. [citado 4 de septiembre de 2018]. Disponible en: <http://www.incanmexico.org/incan/docs/tesis/2014/subespecialidad/Tesis%20GO%20Salgado.pdf>
12. Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, et al.: GLOBOCAN 2012 v1.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer, 2013. IARC CancerBase No. 11. Last accessed February 1, 2019.
13. Ward KK, Shah NR, Saenz CC, et al.: Cardiovascular disease is the leading cause of death among endometrial cancer patients. *Gynecol Oncol* 126 (2): 176-9, 2012.
14. Yancik R: Ovarian cancer. Age contrasts in incidence, histology, disease stage at diagnosis, and mortality. *Cancer* 71 (2 Suppl): 517-23, 2013.
15. Colombo N et al. Ovarian cancer. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*. 2016; 60: 159-79.
16. Rodriguez Alvarez, M. (2017). TUMORES GENITOURINARIOS (II): GINECOLOGICOS. [online] REVISTA DE CANCERES GINECOLOGICOS. Available at: <https://botplusweb.portalfarma.com/documentos/2007/4/3/29237.pdf> [Accessed 26 Mar. 2019].
17. Marzo-Castillejo M, Cierco P, Del Cura I. Prevención del cáncer de cérvix. *Aten Primaria*. 2015; 36(6): 328-33
18. Gonzalez Ballano, I. and Aragon Sanz, M. (2015). Adenocarcinoma de cérvix en una paciente vírgen con virus del papiloma humano negativo. [online] Medigraphic.com. Available at:

<http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2015/gom154f.pdf>  
[Accessed 27 Mar. 2019].

19. National Cancer Institute. (2015). *Edad*. [online] Available at: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/causas-prevencion/riesgo/edad> [Accessed 26 Mar. 2019].
20. National Cancer Institute. (2017). *Genética del cáncer*. [online] Available at: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/causas-prevencion/genetica> [Accessed 27 Mar. 2019].
21. Lauby-Secretan B, Scoccianti C, Loomis D, et al. Body Fatness and Cancer--Viewpoint of the IARC Working Group. *New England Journal of Medicine* 2016; 375(8):794-798.
22. Gregor MF, Hotamisligil GS. Inflammatory mechanisms in obesity. *Annual Review of Immunology* 2011; 29:415-445.
23. Zhiyue Liu, Alan G Nyitray, Lu-Yu Hwang, Michael D Swartz, Martha Abrahamsen, Eduardo Lazcano-Ponce, Luisa L Villa, Anna R Giuliano, Acquisition, Persistence, and Clearance of Human Papillomavirus Infection Among Male Virgins Residing in Brazil, Mexico, and the United States, *The Journal of Infectious Diseases*, Volume 217, Issue 5, 1 March 2018, Pages 767–776, <https://doi.org/10.1093/infdis/jix588>
24. National Cancer Institute. (2019). *Tratamiento del cáncer de endometrio*. [online] Available at: [https://www.cancer.gov/espanol/tipos/uterino/pro/tratamiento-endometrio-pdq#\\_1](https://www.cancer.gov/espanol/tipos/uterino/pro/tratamiento-endometrio-pdq#_1) [Accessed 20 Mar. 2019].
25. DuBeshter B, Warshal DP, Angel C, et al.: Endometrial carcinoma: the relevance of cervical cytology. *Obstet Gynecol* 77 (3): 458-62, 2014.
26. Ziel HK, Finkle WD: Increased risk of endometrial carcinoma among users of conjugated estrogens. *N Engl J Med* 293 (23): 1167-70, 1975.

27. Fisher B, Costantino JP, Redmond CK, et al.: Endometrial cancer in tamoxifen-treated breast cancer patients: findings from the National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project (NSABP) B-14. *J Natl Cancer Inst* 86 (7): 527-37, 1994.
28. Dossus L, Allen N, Kaaks R, et al.: Reproductive risk factors and endometrial cancer: the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition. *Int J Cancer* 127 (2): 442-51, 2010.
29. Brown SB, Hankinson SE: Endogenous estrogens and the risk of breast, endometrial, and ovarian cancers. *Steroids* 99 (Pt A): 8-10, 2015.
30. Barry JA, Azizia MM, Hardiman PJ: Risk of endometrial, ovarian and breast cancer in women with polycystic ovary syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Hum Reprod Update* 20 (5): 748-58, 2014 Sep-Oct.
31. González-Ballano, I., Aragón-Sanz, M., Guardia-Dodorico, L. and Rojas Pérez-Ezquerro, B. (2015). Adenocarcinoma de cérvix en una paciente virgen con virus del papiloma humano negativo. *Ginecol Obstet Mex*, [online] 83, pp.240-246. Available at: <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2015/gom154f.pdf> [Accessed 20 Apr. 2019].
32. Sonmez K, Turkyilmaz Z, Karabulut R, et al. Tumores ováricos en niñas y adolescentes. *Arch Argent Pediatr* 2018;116(3):e359-e364.
33. Liu, Z., Nyitray, A., Hwang, L., Swartz, M., Abrahamsen, M., Lazcano-Ponce, E., Villa, L. and Giuliano, A. (2017). Acquisition, Persistence, and Clearance of Human Papillomavirus Infection Among Male Virgins Residing in Brazil, Mexico, and the United States. *The Journal of Infectious Diseases*, [online] 217(5), pp.767-776. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5853496/pdf/jix588.pdf> [Accessed 20 Apr. 2019].
34. 3. Böhmer G, van den Brule A, Brummer O, Meijer C, Petry K. No confirmed case of human papillomavirus DNA-negative cervical intraepithelial neoplasia grade 3 or invasive primary cancer of the uterine cervix among 511

patients. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 2003;189(1):118-120.

35. 4. Thakur P, Fotedar V, Sharma M, Mardi K. Clear cell adenocarcinoma of uterine cervix in a 19-year-old virgin unrelated to diethylstilbestrol exposure. Clinical Cancer Investigation Journal. 2016;5(6):527.

36. Liebrich, Clemens & Brummer, O & Von Wasielewski, R & Wegener, Gerd & Meijer, C & Iftner, T & Petry, Karl. (2009). Primary cervical cancer truly negative for high-risk human papillomavirus is a rare but distinct entity that can affect virgins and young adolescents. European journal of gynaecological oncology. 30. 45-8.

37. Soto Monge T, Lagos Sánchez E. OBESIDAD Y CÁNCER: UN ENFOQUE EPIDEMIOLOGICO. REVISTA MEDICA DE COSTA RICA Y CENTROAMERICA [Internet]. 2009 [cited 20 April 2019];LXVI(587):27-32. Available from: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/587/art4.pdf>

38. Valladares M, Corsini G, Romero C. Asociación entre obesidad y cáncer de ovario. Revista médica de Chile. 2014;142(5):593-598.

39. Ortiz-Mendoza C, Velasco-Navarro C. La obesidad: principal factor de riesgo para cáncer de endometrio. Rev Med Inst Mex Seguro Soc [Internet]. 2013 [cited 20 April 2019];51(3):260-3. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2013/im133e.pdf>

40. Capote Negrin L. EPIDEMIOLOGIA DEL CANCER DE CUELLO UTERINO EN AMERICA LATINA. Programa de Oncología Ministerio PP Salud [Internet]. 2019 [cited 20 April 2019];. Available from: <http://file:///C:/Users/Usuario/Downloads/manuscript.pdf>

41. Vélez Campos A, Hurtado Estrada G. Epidemiología de los factores de riesgo y de pronóstico en cáncer de endometrio. MEDIGRAPHIC [Internet]. 2010 [cited 20 April 2019];Vol. II,(no. 3):95-101. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/imi/imi-2010/imi103a.pdf>

42. Ortiz Serrano Ricardo, Uribe Pérez Claudia Janeth, Díaz Martínez Luis Alfonso, Yuriko Rafael. Factores de riesgo para cáncer de cuello uterino. Rev Colomb Obstet Ginecol [Internet]. 2004 June [cited 2019 Apr 20]; 55(2):

146-160. Available from:

[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74342004000200007&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342004000200007&lng=en)

43. Díaz Brito Y, Báez Pupo M, Pérez Rivero J, García Placeres M. Presencia de algunos factores de riesgo de cáncer de cérvix en mujeres con citologías normales. *Revista Cubana de Medicina General Integral* [Internet]. 2014 [cited 20 April 2019];30(2):198-207. Available from: <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v30n2/mgi05214.pdf>

43. Gaona Estudillo R. El cáncer de ovario, el asalto del homicida invisible. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM* [Internet]. 2014 [cited 20 April 2019];57(1). Available from: <http://www.scielo.org.mx/pdf/facmed/v57n1/v57n1a4.pdf>

44. La hipertensión aumenta el riesgo de cáncer [Internet]. *BBC News Mundo*. 2019 [cited 20 April 2019]. Available from: [https://www.bbc.com/mundo/noticias/2011/09/110927\\_hipertension\\_cancer\\_men](https://www.bbc.com/mundo/noticias/2011/09/110927_hipertension_cancer_men)



Presidencia  
de la República  
del Ecuador



Plan Nacional  
de Ciencia, Tecnología,  
Innovación y Saberes



SENESCYT  
Secretaría Nacional de Educación Superior,  
Ciencia, Tecnología e Innovación

## DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, Granda Maldonado Doménica Romina, con CC: 0706150083, y Yo, Vicuña Freire Fernando Humberto, con CC: 0926268137, autores del trabajo de titulación **“PREVALENCIA Y CARACTERIZACIÓN DE MUJERES VÍRGENES CON DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE CÉRVIX, ENDOMETRIO Y OVARIO ATENDIDAS EN EL ÁREA DE GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA DEL HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO DESDE EL AÑO 2013 HASTA 2017”**, previo a la obtención del título de MÉDICO en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil:

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 30 de Abril del 2019.

f. \_\_\_\_\_

Granda Maldonado Doménica Romina

f. \_\_\_\_\_

Vicuña Freire Fernando Humberto



Presidencia  
de la República  
del Ecuador



Plan Nacional  
de Ciencia, Tecnología,  
Innovación y Saberes



SENESCYT  
Secretaría Nacional de Educación Superior,  
Ciencia, Tecnología e Innovación

## REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

### FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

<b>TEMA Y SUBTEMA:</b>	PREVALENCIA Y CARACTERIZACIÓN DE MUJERES VÍRGENES CON DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE CÉRVIX, ENDOMETRIO Y OVARIO ATENDIDAS EN EL ÁREA DE GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA DEL HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO DESDE EL AÑO 2013 HASTA 2017		
<b>AUTOR(ES)</b>	Granda Maldonado Doménica Romina Vicuña Freire Fernando Humberto		
<b>REVISOR(ES)/TUTOR(ES)</b>	Dr. Landívar Varas Xavier Francisco		
<b>INSTITUCIÓN:</b>	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
<b>FACULTAD:</b>	Facultad de Ciencias Médicas		
<b>CARRERA:</b>	Medicina		
<b>TÍTULO OBTENIDO:</b>	Médico		
<b>FECHA DE PUBLICACIÓN:</b>	30 de Abril de 2019	<b>No. DE PÁGINAS:</b>	65
<b>ÁREAS TEMÁTICAS:</b>	Neoplasmas de cérvix, Prevalencia		
<b>PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:</b>	Cáncer cervical, Cáncer de ovario, Virginidad, Útero.		
<b>RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras):</b>			
<p><b>Antecedentes:</b> El cáncer de endometrio, el cáncer de ovario y el cáncer cervicouterino son las neoplasias, dentro del cáncer del aparato reproductor femenino, que se consideran más frecuentes en la actualidad. La aparición de cáncer ginecológico en mujeres vírgenes demuestra que se deben considerar otros factores causales de la enfermedad, sin embargo, en nuestro país, no hay la suficiente evidencia de documentación sobre estos casos.</p> <p><b>Objetivo:</b> Estimar la prevalencia de cáncer de cuello uterino, útero y ovarios en mujeres vírgenes atendidas en el área de Ginecología Oncológica del Hospital Teodoro Maldonado Carbo desde el 1 de Enero del 2013 hasta el 31 de Diciembre del 2017.</p> <p><b>Metodología:</b> Estudio de prevalencia, retrospectivo, observacional, descriptivo, con 394 pacientes con diagnóstico de cáncer de cérvix, útero y ovario, con su respectivo CIE 10, confirmado por patología durante el 2013 hasta el 2017. Los datos se obtuvieron de todas las historias clínicas digitales en el programa Emulador AS400, a partir de la base de datos otorgada por el Hospital Teodoro Maldonado Carbo, cuya información se almacenó en una base de recolección de datos digital de Excel.</p> <p><b>Resultados:</b> De los 394 casos de pacientes con cáncer de órgano reproductor femenino, el 88% de la muestra fueron mujeres no vírgenes y el 12% fueron vírgenes. A su vez, se caracterizó a las pacientes según el órgano afectado, edad, antecedentes patológicos personales, índice de masa corporal, antecedentes familiares de cáncer, tipo histológico y lugar de procedencia.</p> <p><b>Conclusión:</b> La prevalencia de cáncer de cérvix, ovario y endometrio en las pacientes atendidas entre los años 2013 y 2017 fue de 12% para las mujeres vírgenes, cuyo órgano mayormente afectado fueron los ovarios, y el 88% para las mujeres no vírgenes, donde su alta incidencia es el cuello uterino.</p>			
<b>ADJUNTO PDF:</b>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
<b>CONTACTO CON AUTOR/ES:</b>	Tel: +593-7-2975750 Tel: +593-4-6000596	E-mail: <a href="mailto:domegrandam@gmail.com">domegrandam@gmail.com</a> E-mail: <a href="mailto:fernandohvf@hotmail.com">fernandohvf@hotmail.com</a>	
<b>CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::</b>	<b>Nombre:</b> Dr. Ayon Genkuong Andrés Mauricio		
	<b>Teléfono:</b> +593-997572784		
	<b>E-mail:</b> <a href="mailto:andres.ayon@cu.ucsg.edu.ec">andres.ayon@cu.ucsg.edu.ec</a>		
<b>SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA</b>			
<b>Nº. DE REGISTRO (en base a datos):</b>			
<b>Nº. DE CLASIFICACIÓN:</b>			
<b>DIRECCIÓN URL (tesis en la web):</b>			