



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE MEDICINA

TEMA:

**Prevalencia de tumores de ovario en mujeres en edad
reproductiva del Hospital General Guasmo Sur en el periodo
2016 – 2019**

AUTOR:

Silva González Juan Carlos

Trabajo de titulación previo a la obtención del grado de

MÉDICO

TUTOR:

Salazar Pousada Danny Gabriel

Guayaquil, Ecuador

22 de septiembre del 2020



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE MEDICINA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **SILVA GONZÁLEZ JUAN CARLOS**, como requerimiento para la obtención del Título de **MÉDICO**.

TUTORA

f. _____

SALAZAR POUSADA DANNY GABRIEL

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____

AGUIRRE MARTÍNEZ JUAN LUIS

Guayaquil, 22 de septiembre del 2020



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE MEDICINA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **SILVA GONZÁLEZ JUAN CARLOS**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Prevalencia de tumores de ovario en mujeres en edad reproductiva del Hospital General Guasmo Sur en el periodo 2016 – 2019**, previo a la obtención del Título de **Médico**, 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 mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, 22 de septiembre del 2020

EL AUTOR

f. _____

Silva González Juan Carlos



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE MEDICINA

AUTORIZACIÓN

Yo, **Silva González Juan Carlos**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Prevalencia de tumores de ovario en mujeres en edad reproductiva del Hospital General Guasmo Sur en el periodo 2016 – 2019**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, 22 de septiembre del 2020

EL AUTOR:

f. _____

Silva González Juan Carlos

Reporte de Urkund

URKUND

Documento [Tesis Juan Carlos Silva Gonzalez.docx](#) (D79130325)
Presentado 2020-09-14 15:23 (-05:00)
Presentado por drdannysalazar@yahoo.com
Recibido andres.ayon.ucsg@analysis.orkund.com
Mensaje Tesis Silva González p65 [Mostrar el mensaje completo](#)

3% de estas 17 páginas, se componen de texto presente en 7 fuentes.


Dr. Danny Salazar Pousada
REG. 1A-21-61
0909318219
HOSP. ALFREDO G. PAULSON

AGRADECIMIENTO

A Dios por permitirme vencer todos los obstáculos que atravesé en el camino. A mis padres que gracias a su infinito amor me motivaron día a día para culminar esta carrera. Siempre les estaré agradecido por toda la ayuda que me brindaron. A mi esposa, el amor de mi vida, mi alma gemela, te agradezco por tu amor, paciencia y cariño que me has dado todos estos años. A mi hija que desde que nació cambio mi vida por completo. Eres mi fortaleza y fuente de inspiración para luchar y salir adelante. A mi tutor por el entusiasmo y dedicación brindada a este proyecto y por guiarme a la realización de este trabajo.

DEDICATORIA

A Dios por darme salud y bienestar. Toda la gloria y la honra para él.

A mis padres Guenola y Manuel que gracias a ellos pude culminar mi carrera. Les dedico este trabajo porque creyeron en mí y porque fueron el pilar fundamental en todo lo que soy.

A mi esposa Elizabeth que siempre fue un apoyo incondicional desde el primer día, su amor y paciencia me dieron la fuerza necesaria para seguir adelante.

A mi hija Christina Esther, daría la vida por ti hija mía. Desde que llegaste mi vida cambio para bien. Te amo.



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

DRA. MARIA GABRIELA ALTAMIRANO
MÉDICO INTERNISTA Y GERIATRA

f. _____

DR. LUIS FERNANDO ALBÁN
MÉDICO INTERNISTA

f. _____

DR. ANDRÉS MAURICIO AYÓN
MÉDICO GINECÓLOGO

Guayaquil, 22 de septiembre del 2020

ÍNDICE

1	INTRODUCCIÓN	2
2	MARCO TEÓRICO	3
2.1	TUMORES DE OVARIO	3
2.1.1	DEFINICIÓN	3
2.1.2	CLASIFICACIÓN	3
2.1.3	EPIDEMIOLOGÍA	5
2.1.4	MANIFESTACIONES CLINICAS	6
2.1.5	FACTORES DE RIESGOS	7
2.1.6	DIAGNOSTICO	10
2.1.7	TRATAMIENTO	12
3	MATERIALES Y MÉTODOS	13
3.1	TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO	13
3.2	ÁREA DE ESTUDIO, POBLACIÓN DE REFERENCIA DE ESTUDIO 13	
3.3	POBLACIÓN Y MUESTRA	13
3.4	OBJETIVOS	14
3.4.1	OBJETIVO GENERAL	14
3.4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
3.5	HIPÓTESIS	14
3.6	CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	15
3.7	RECOLECCIÓN DE DATOS	15
5.	DISCUSION	23
7.	BIBLIOGRAFÍA:	26
8.	ANEXOS:	31

RESUMEN

Introducción: Los tumores ováricos son patologías habituales del aparato genital femenino, es común que sucedan a lo largo de la vida reproductiva de la mujer, esta edad oscila entre 15 y 45 años de edad. **Objetivo:** Determinar la prevalencia de tumores de ovario en mujeres en edad reproductiva. **Metodología:** estudio descriptivo, observacional de corte transversal que incluye todas las mujeres de edad reproductiva atendidas a causa de tumores de ovarios en el hospital del Guasmo sur durante el 2016 al 2019. **Resultados:** la prevalencia de tumores de ovarios en edad reproductiva fue de 38.55% con edades entre 15 a 45 años. La zona urbana fue la más frecuente con el 91% y la rural con el 9%. La parroquia más afectada fue Ximena con el 72%, seguido de Tarqui con el 13%, Chongón y Febres cordero con el 6% y Naranjal con el 3%. Se encontraron 32 pacientes que cumplían los criterios de inclusión de las cuales 2 eran menores de 18 años, 20 estaban en el rango de 18 a 35 años y 10 estaban en el rango de más de 45 años. El principal síntoma mostrado por las pacientes fue dolor abdominal con el 85%. La patología más frecuente fue tumor benigno de ovario con el 69% de los casos seguido de tumor de comportamiento incierto o desconocido de ovario con el 25%, y por último tumor maligno secundario del ovario y tumor maligno del ovario con el 1% respectivamente. En nuestra muestra de 32 pacientes diagnosticadas con tumor de ovario, el tumor más frecuente fue el cistoadenoma seroso con el 69%, los tumores de comportamiento incierto con el 25%, 3% corresponde a carcinoma seroso de ovario y el 3% a carcinoma mucinoso de ovario. **Conclusiones:** la mayoría de tumores entre mujeres en edad reproductiva fueron benignos con una prevalencia general normal acorde a los estudios internacionales respecto a este tema. Dando como resultado que si son frecuentes en mujeres en edad reproductiva.

Palabras claves: *Tumor de ovario, edad reproductiva, prevalencia, factores sociodemográficos, hospital.*

ABSTRACT

Introduction: Ovarian tumors are common pathologies of the female genital tract, it is common for them to occur throughout the reproductive life of women, and this age ranges between 15 and 45 years of age. **Objective:** To determine the prevalence of ovarian tumors in women of reproductive age. **Methodology:** a descriptive, observational, cross-sectional study that includes all women of reproductive age treated for ovarian tumors at the Guasmo Sur hospital from 2016 to 2019 **Results:** the prevalence of ovarian tumors in reproductive age was 38.55% with ages between 15 and 45. The urban area was the most frequent with 91% and the rural with 9%. The most affected rural area as Ximena with 72%, followed by Tarqui with 13%, Chongón and Febres Cordero with 6% and Naranjal with 3%. We found 32 patients who met the inclusion criteria, of which 2 were under 18 years, 20 were in the range of 18 to 35 years and 10 were in the range of more than 45 years. The main symptom shown by the patients was abdominal pain with 85%. The most frequent disease was benign ovarian tumor with 69% of the cases, followed by tumor of uncertain behavior of the ovary with 25% and secondary malignant tumor of the ovary and malignant ovarian tumor with 1% respectively. In our sample of 32 patients with ovarian tumor, the most frequent was serous cystadenoma with 69%, tumors of uncertain behavior with 25%, 3% corresponded to serous carcinoma and 3% to mucinous carcinoma ovary. **Conclusions:** most tumors among women of reproductive age were benign with a normal general prevalence. The result is that ovarian tumors are frequent in women at a reproductive age.

Key words: *Ovarian tumor, reproductive age, prevalence, sociodemographic factors, hospital*

1 INTRODUCCIÓN

Los tumores ováricos corresponden las neoplasias más frecuentes del aparato genital femenino, luego de las cervicales y endometriales. Aproximadamente 1 de cada 10 mujeres lo padecerá a lo largo de su vida. El 80% de estos tumores son benignos y se presentan en mujeres en edad reproductiva entre los 20 y los 45 años aproximadamente. Cabe señalar que, los tumores benignos de ovario mantienen una prevalencia del 7%. Además, los tumores benignos de ovario asintomáticos vigentes en pacientes en edad reproductiva, a los 3 meses desaparecen en el 82% de los casos¹.

La mayor parte de tumores de ovario se pueden clasificar en tres categorías. En la primera categoría se encuentran los tumores de epitelio de superficie, en la segunda están los tumores de los cordones sexuales y en la tercera se encuentran los tumores de células germinales³. Todas estas categorías se clasifican acorde a las estructuras anatómicas en donde se forma el tumor. El cáncer de ovario continúa siendo una enfermedad catastrófica con cerca del 20% de mujeres con supervivencia a largo plazo y esto se da por los inefectivos métodos de tamizaje².

En cuanto al diagnóstico, los tumores de ovario se caracterizan por: dolor abdominal agudo, hemorragia, dolor crónico en 60% de los casos; otros síntomas escasos como el sangrado vaginal y constipación³. Sumado a la sospecha clínica por medio de estas manifestaciones, es menester la realización de una ecografía para poder confirmar el diagnóstico.

En este sentido se pretende conocer la prevalencia de tumores de ovario en mujeres en edad reproductiva en el Hospital General Guasmo Sur desde los años 2016 al 2019, a través de un estudio descriptivo, observacional de corte transversal que incluye todas las mujeres de edad reproductiva atendidas a causa de tumores de ovarios en el hospital.

2 MARCO TEÓRICO

2.1 TUMORES DE OVARIO

2.1.1 DEFINICIÓN

Tumor de ovario se define como una masa anexial y se considera un problema ginecológico concurrente. En mujeres de cualquier edad se puede descubrir masas axiales ya que existe una extensa gama de tipos de masas. Para evaluar correctamente a una masa axial, el enfoque se centra en la ecografía pélvica con la debida información de la historia clínica, las pruebas de laboratorio y el examen físico. En el momento que se descubre una masa anexial existe la posibilidad de que sea maligna por ende es de suma importancia caracterizar al quiste. En el año 2010 se llegó a un consenso por medio de la Sociedad de radiólogos de ultrasonido en que el ultrasonido transvaginal junto al ultrasonido transabdominal, es la mejor técnica para captar las imágenes y clasificar al quiste anexial⁴.

2.1.2 CLASIFICACIÓN

La clasificación de los tumores del ovario, queda fundamentada en la existencia de los 3 tipos de tejido ovárico:

1. Epitelio de superficie o celómico.

- a) Tumores serosos ováricos
- b) Tumores mucinosos ováricos
- c) Tumores endometrioides ováricos
- d) Tumores de células claras ováricos
- e) Tumores de células transicionales
- f) Lesiones escamosas
- g) Tumores mixtos epiteliales

h) Carcinomas indiferenciados y adenocarcinomas inclasificables

2. Células germinales.

a) Teratomas

b) Tumores no teratomatosos

c) Tumores germinales mixtos

3. Cordones sexuales y estroma ovárico.

a) Tumores de la granulosa y del estroma

b) Tumores de células de Sertoli y del estroma

c) Tumores del estroma gonadal y de los cordones sexuales de tipos mixtos y formas no clasificadas

d) Tumores de células esteroides¹¹.

Entre el 65-70 % de las neoplasias son provenientes del epitelio de superficie, un 15-20 % para las células germinales; 5 al 10 %, para los provenientes de los cordones sexuales-estroma; y un 5 % comprenden a tumores metastásicos.

Los tumores epiteliales de ovario conforman un grupo heterogéneo de neoplasias que se diferencian en epidemiología, factores de riesgo genéticos, lesiones precursoras y comportamiento clínico. Los diferentes subtipos histopatológicos, es decir, los carcinomas serosos, mucinosos, endometrioides, de células claras y de transición y los carcinosarcomas, probablemente tienen diferentes orígenes y parecen evolucionar a lo largo de distintas vías²⁶.

Los tumores serosos comprenden a aquellos de contenidos quísticos y bilaterales en el 30% de los casos. Los cistoadenomas suelen presentarse multiloculares, sin embargo, no es inusual encontrarlos como uniloculares y de pequeño tamaño. Además, existen dos variedades que son el cistoadenoma simple y el cistoadenoma papilar, que suele ser bilateral y de dimensiones variables. Al corte se manifiesta con varias cavidades quísticas, a veces con líquido parduzco o achocolatado, siendo característica la existencia de excrecencias papilares y hasta en un 33% de los casos se

observan pequeñas calcificaciones, llamadas cuerpos de psamoma, que se presentan con mayor frecuencia en la variante maligna de dicho tumor¹³.

El 85% de los tumores mucinosos son benignos, pero en ocasiones específicas podría romper su cápsula y provocar un pseudomixoma peritoneal e ir asociado a un mucocele apendicular. Estos tumores por lo general presentan un tamaño gigante y con frecuencia son multiloculares y unilaterales, aunque pueden ser bilaterales hasta en el 5% de los casos. En su interior presentan una serie de tabiques o cavidades múltiples. La mayor parte del tiempo, la superficie interna y externa es lisa, pero en un 5-10% pueden observarse papilas¹².

2.1.3 EPIDEMIOLOGÍA

La diferenciación del tumor ovárico es relevante ya que del 20% al 30% de todos los tumores ováricos son malignos. Por ende, se representa el cáncer de ovario como el factor de muerte por neoplasias ginecológicas más frecuente y también la cuarta razón de muerte en mujeres en Europa y Estados Unidos. Los teratomas quísticos maduros se observan como uno de los tumores más representativos en el grupo de mujeres en edad reproductiva. La mayor cantidad de tumores de ovario lo tiene el grupo epitelial de superficie seguido de tumores de células germinales de ovario que consisten en el 15% al 20% de todos los tumores de ovario y que los tumores malignos de células germinales figuran el 5%. De acuerdo a los cálculos epidemiológicos más recientes, se estima que 1 de cada 55 mujeres desarrollará cáncer de ovario durante su vida⁵. En Colombia, el cáncer epitelial de ovario, cada año se dan 8.7 casos nuevos por cada 100.000 mujeres y se documentan 800 muertes por esta causa⁶.

En los Estados Unidos alrededor de 300.000 mujeres son ingresadas al hospital cada año con el diagnóstico de una masa axial. Cabe recalcar que las masas anéxales son el descubrimiento más habitual tanto en mujeres

premenopausicas como en postmenopausicas. Cerca del 10% de las mujeres en algún punto de su vida se expondrán a una evaluación quirúrgica debido a una masa axial o bien sea una presunción de una neoplasia ovárica. La mayor parte de las masas anéxales que tiene la población en general son benignas con un ligero porcentaje de pacientes con una neoplasia ovárica maligna⁷.

En Ecuador los tumores ováricos representan las neoplasias más habituales del aparato genital femenino de las cuales el 80% son tumores benignos que se dan en mujeres en edad reproductiva, de 20 a 45 años. Por lo general se presentan en fases tardías hasta que demuestran sintomatología⁸.

2.1.4 MANIFESTACIONES CLINICAS

Las manifestaciones clínicas derivan a partir de las características del tumor, como su tamaño, capacidad de segregar hormonas y su consistencia. Es de suma importancia destacar que aquellos tumores con un tamaño inferior de 5 cm por lo general no presentan signos ni síntomas, si exceptuamos las que segregar hormonas. Por otro lado, si el tamaño es superior a 10-15 cm. se puede palpar por el abdomen y manifestar síntomas de compresión de las estructuras de la pelvis y del abdomen superior²⁸.

A pesar de ser una patología de características silenciosas el tumor de ovario presenta las siguientes características en pacientes sintomáticos tales como: Hinchazón, urgencia o frecuencia urinaria, dificultad para comer o para sentirse lleno de forma rápida, dolor pélvico o abdominal. En la forma aguda de tumores de ovario encontramos que las pacientes pueden presentar dificultad para respirar, obstrucción intestinal, lo que conlleva a graves episodios de náusea y vómito, también estas pacientes pueden presentar tromboemolismos venosos. Las tumoraciones sólidas pueden ir acompañadas de ascitis o hidrotórax (síndrome de Demons-Meigs), poco frecuente y relacionado con más frecuencia con el fibroma de ovario, también puede presentarse por compresión a nivel del diafragma⁹.

En la etapa prepuberal, los tumores que secretan hormonas pueden producir una pubertad precoz, durante la época de actividad ovárica ocasionan trastornos del ciclo con metrorragias, hipermenorreas o amenorreas y a lo largo de la menopausia suelen ocasionar metrorragias y signos de hipersecreción: trofismo vaginal e incremento del flujo²².

2.1.5 FACTORES DE RIESGOS

En el caso de desarrollar tumores benignos de ovario, existe el riesgo aproximado de 1 en cada 72 mujeres de experimentar cáncer de ovario. Los factores de riesgo asociados a padecer un tumor de ovario se resumen en la tabla 1:

Tabla 1 Factores de riesgo de tumores de ovario

✓ Historial familiar
✓ Predisposición genética
✓ Edad
✓ Raza
✓ Historial reproductivo
✓ Terapia de Reemplazo Hormonal (HRT)
✓ Edad del primer período menstrual y menopausia
✓ Regularidad y duración del ciclo menstrual
✓ Identidad sexual
✓ Infertilidad
✓ Mujeres con endometriosis
✓ Residencia en Norteamérica
✓ Índice de Masa Corporal (BMI)

Fuente: Carmona, F. Tumor benigno de ovario. 2019

Elaborado por: Silva González Juan Carlos

HISTORIAL FAMILIAR

Mujer con uno o más miembros de la familia que padece o ha padecido cáncer de ovario, están en un riesgo relevante. Antecedentes personales o familiares de otras neoplasias, incluyendo aquellos de mama, útero, colon o recto, también incrementan la probabilidad de cáncer de ovario. Ante la historia de un evidente historial familiar de cáncer de ovario, el asesoramiento genético/chequeo resulta relevante. Estos asesores genéticos pueden ayudar a identificar a los individuos que tienen cambios genéticos que incrementan su riesgo de adquirir cáncer de ovario³³.

Cabe señalar que, familiares de primer grado son: padre, madre, hermanos, hermanas; los familiares de segundo grado son: abuelos, abuelas, nietos, tíos, tías, sobrinos, sobrinas o medio hermanos²⁷.

PREDISPOSICIÓN GENÉTICA

Muchos síndromes genéticos aumentan en grado sustancial el riesgo de que una persona desarrolle cáncer de ovario. Aproximadamente el 10% de las mujeres con cáncer de ovario posee una mutación somática en uno de los dos genes de reparación de DNA: BRCA1 (cromosoma 17q12-21) o BRCA2 (cromosoma 13q12-13). Las pacientes que heredaron una sola copia de un alelo mutante muestran una incidencia muy alta de cáncer de mama y ovario. La mayoría de estas mujeres tiene antecedentes familiares notables por sus casos múltiples de cáncer de mama, ovario o ambos, si bien la herencia a través de los familiares varones puede encubrir este genotipo por varias generaciones²¹.

RAZA

No hay muchos estudios que evidencien de manera absoluta este factor, sin embargo, se ha señalado que en los Estados Unidos generalmente las mujeres afroamericanas están en un riesgo menor de desarrollar cáncer de ovario que las mujeres de raza blanca²³.

HISTORIAL REPRODUCTIVO

Aquellas mujeres que no han estado embarazadas tienen un riesgo mayor de cáncer de ovario. Varias investigaciones demuestran que mujeres que han estado embarazadas por lo menos una vez poseen un riesgo menor. Este riesgo se reduce mayormente a medida que aumenta el número de embarazos²³.

EDAD DEL PRIMER CICLO MENSTRUAL

Una menarquia precoz está asociada con un aumento de riesgo de tumores de ovario.

HISTORIA SEXUAL

Otro factor de riesgo de mucha relevancia es la historia sexual. Las pacientes con varias parejas sexuales tienden a poseer un gran riesgo de tener enfermedad pélvica inflamatoria por consiguiente pueden desarrollar una masa anexial⁷. También las mujeres que poseen el índice de masa corporal mayor a 30.5 tienen un riesgo más alto de desarrollar masas anéxales como tumores de ovario, que las mujeres que no son obesas¹⁰.

2.1.6 DIAGNOSTICO

El diagnóstico debe abordarse desde el punto de vista clínico a través de las manifestaciones que padece la paciente, y acompañado de métodos de imagen de exploración. En cuanto a masa ovárica se refiere la ecografía pélvica vía suprapúbica y endovaginal, es el examen de referencia. Se usa la vía suprapúbica, cuando hay una masa voluminosa poco accesible al examen por vía vaginal. El procedimiento a seguir ante una masa ovárica establecido por IOTA (International Ovarian Tumor Analysis) es: medir los ovarios y las masas intraováricas en tres dimensiones, fijar la constancia o no de las paredes de la masa, analizar por sombras acústicas en el caso que favorezca a la benignidad, explorar por la presencia de tabiques y de probables vegetaciones y también buscar la aparición de líquido de Douglas. Entre los criterios de benignidad tenemos: carácter unilocular, vegetaciones de menos de 7 mm de diámetro mayor, conos de sombra, tamaño inferior a 10 cm⁴.

TÉCNICAS DE IMAGEN

En la actualidad, la ecografía, la tomografía computarizada (TC) y la resonancia magnética (RM) se utilizan de manera frecuente en la detección y caracterización de los tumores de ovario. Como método de diagnóstico para el cáncer de ovario, se ha comprobado que la tomografía computarizada es más eficiente que la ecografía para evaluar la naturaleza de las masas ováricas en función de sus ventajas combinadas, incluida la técnica meticulosa, la disponibilidad y la eficacia, etc. Por medio de esta técnica, se pudieron caracterizar las masas y observar las características de benignidad y malignidad²¹.

Ecografía. Este examen puede corroborar las características de un tumor, las cuales son el tamaño, la presencia de lesiones sólidas, quísticas, irregulares,

heterogéneas con áreas nodulares o papilares en su interior, septos gruesos intraquísticos mayores a 3 mm. La ecografía practicada por vía vaginal tiene una sensibilidad del 100% y una especificidad del 85%. Si se acompaña de Doppler color aumenta la especificidad por la visualización de neoformaciones vasculares en los tumores malignos.

PARÁMETROS ECOGRÁFICOS DE SOSPECHA DE MALIGNIDAD.

- ✓ Paredes gruesas (>3 mm) o irregulares
- ✓ Tabiques de más de 3 mm
- ✓ Papilas intraquísticas
- ✓ Componente sólido
- ✓ Contenido intensamente ecogénico
- ✓ Tamaño: Premenopausia > 10 cm. Postmenopausia > 5 cm.
- ✓ Presencia de ascitis
- ✓ Bilateral

Radiografía de tórax. Esta modalidad de imagen sirve para poder descartar el derrame pleural asociado al síndrome de Meigs¹⁴.

Tomografía axial computarizada. La TAC es un medio de imagen que permite descartar la existencia de neoplasias primarias extraováricas, tales como tumores gástricos, colorrectales, pancreáticos o de mama, tumores que usualmente manifiestan afectación metastásica en el tejido ovárico. Asimismo, permite valorar la extensión peritoneal y extraperitoneal de la enfermedad y ayuda al cirujano en el planteamiento del abordaje quirúrgico posterior³⁰.

Resonancia Magnética Nuclear. La RM permite diferenciar las características de los tejidos (grasa, sangre) y facilita el diagnóstico diferencial de los tumores sólido-quísticos con componente graso (**teratomas**) o hemático (**endometrioma**). Criterios de benignidad de la RMN son: sin áreas sólidas, grosor de la pared inferior a 3 mm, concurrencia de configuraciones típicas de tumor dermoide o endometrioma y estructura quística.

2.1.7 TRATAMIENTO

El criterio promotor de partida para el manejo que se ha de tener presente en los tumores de ovario es establecer un diagnóstico diferencial entre quiste funcional, un tumor benigno o tumor maligno. Existen dos posibles conductas: control o cirugía. El tratamiento quirúrgico puede consistir en cistectomía, ooforectomía o anexectomía. La Cistectomía se reserva para las tumoraciones quísticas que se diagnostican durante el periodo de actividad ovárica. La vía de intervención preferente es la laparoscopia. La extracción de la pieza siempre debe efectuarse con una bolsa¹⁹.

3 MATERIALES Y MÉTODOS

3.1 TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO

Estudio descriptivo, observacional de corte transversal.

3.2 ÁREA DE ESTUDIO, POBLACIÓN DE REFERENCIA DE ESTUDIO

Se realizó en la ciudad de Guayaquil, Ecuador. En el Hospital General Guasmo Sur que está vigente desde diciembre del 2016, es un hospital de segundo nivel de atención ubicado entre las calles Avenida Cacique Tomalá y Callejón Eloy Alfaro, perteneciente al ministerio de salud pública.

El presente estudio es viable por cuanto es de interés en el área de salud y existen las autorizaciones correspondientes para su ejecución. Además, se cuenta con el aval de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil, la cooperación institucional del Hospital General Guasmo Sur, además, la institución de salud tiene la cantidad adecuada de pacientes con la patología de estudio al ser una enfermedad de impacto en la salud pública en este grupo vulnerable.

3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

La población de estudio corresponde a las mujeres con diagnóstico de tumores de ovario, atendidas en el área de ginecología en el Hospital General del Guasmo Sur durante el periodo comprendido entre diciembre del 2016 a diciembre del 2019.

El universo está constituido por 83 pacientes con diagnóstico de patologías ováricas como tumores, torsión de ovarios, ovarios poliquísticos entre otras

morbilidades de ovario que acuden al servicio de emergencia del Hospital General Guasmo Sur durante el periodo de estudio.

Debido a los criterios de inclusión, la muestra la constituyen 32 pacientes mayores de 15 años hasta los 45 años que acudieron al Servicio de Emergencias del Hospital General Guasmo Sur con diagnóstico de tumor de ovario. Estas pacientes se encuentran en edad reproductiva lo cual estamos estudiando en este proyecto.

3.4 OBJETIVOS

3.4.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la prevalencia de tumores de ovario en mujeres atendidas en el Hospital General Guasmo Sur en el periodo 2016-2019.

3.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Establecer la procedencia de pacientes con tumores de ovario atendidas en el Hospital General Guasmo Sur durante el periodo establecido.
- Determinar la edad más frecuente en que se presenta el tumor de ovario en la muestra de estudio.
- Detallar la distribución de síntomas de esta patología ginecológica en la muestra de estudio.
- Identificar los tipos de tumores de ovarios según su gravedad en pacientes atendidas en el Hospital General Guasmo Sur.

3.5 HIPÓTESIS

H1: Los tumores benignos son frecuentes en mujeres en edad reproductiva.

3.6 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Incluyen mujeres en edad reproductiva entre 15 y 45 años con diagnóstico de tumor de ovario en el Hospital General Guasmo Sur de forma no aleatoria.

Los criterios de exclusión correspondieron a:

- ✓ Jóvenes que tengan tumores no ováricos
- ✓ Mujeres que no estén en edad reproductiva
- ✓ Otras patologías ováricas
- ✓ Historia clínica incompleta

3.7 RECOLECCIÓN DE DATOS

La recolección de datos e información fue extraída de historias clínicas de pacientes que acudieron al servicio de emergencias del Hospital General Guasmo Sur en el periodo comprendido de diciembre del 2016 a diciembre del 2019 que cumplieron con los criterios establecidos. Los datos fueron recopilados en una ficha de datos elaborada para este fin y luego procesados con ayuda de Microsoft Excel para el análisis descriptivo de la información.

Esta investigación está acorde las normas vigentes de la Declaración de Helsinki del 2013, sobre los principios bioéticos en estudios que involucren a seres humanos. Salvaguarda la confidencialidad de las personas que participan en la investigación, además de que los resultados serán empleados con finalidad docente y académica.

Esta enmarcados dentro de los estudios considerados sin riesgo para los pacientes, porque fue de tipo observacional no experimental, ya que no se manipuló las variables de la investigación, ni hubo contactos con los pacientes.

Se utilizó una matriz de datos en Excel donde se clasificaron, ordenaron, y analizo la información e indicadores. Tales descriptivos se interpretaron para determinar la frecuencia de tumores de ovarios y su distribución según los

factores sociodemográficos, edad, sintomatología, y tipo de tumor. Las fuentes bibliográficas se las realizó a través de Word referencias.

4. RESULTADOS Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO:

El universo total de pacientes con patología de ovario en los tres años de estudio fue de 83 pacientes según la base de datos proporcionada por el departamento de estadística del Hospital General Guasmo Sur. Solo 32 pacientes cumplieron con los criterios de inclusión previamente mencionados.

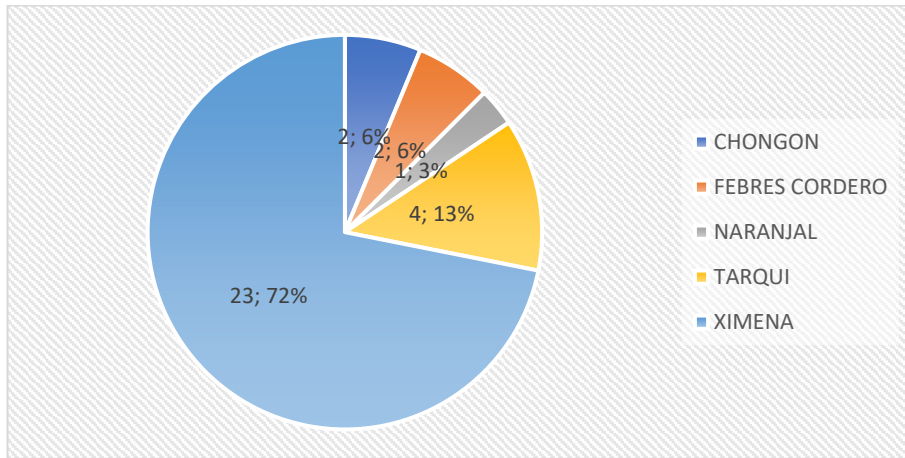
Tabla # 1: Prevalencia de tumores de ovario en mujeres en edad reproductiva del Hospital General Guasmo Sur en el periodo 2016 – 2019

Prevalencia	Datos
Muestra	32
Población	83

$$\text{Cálculo: } \frac{32}{83} \times 100\% = 38.55\%$$

Según el cálculo en base a los datos dados, se determinó que la prevalencia de tumores de ovario en mujeres en edad reproductiva del Hospital General Guasmo Sur en el periodo 2016 – 2019 la misma que corresponde a 38.55%

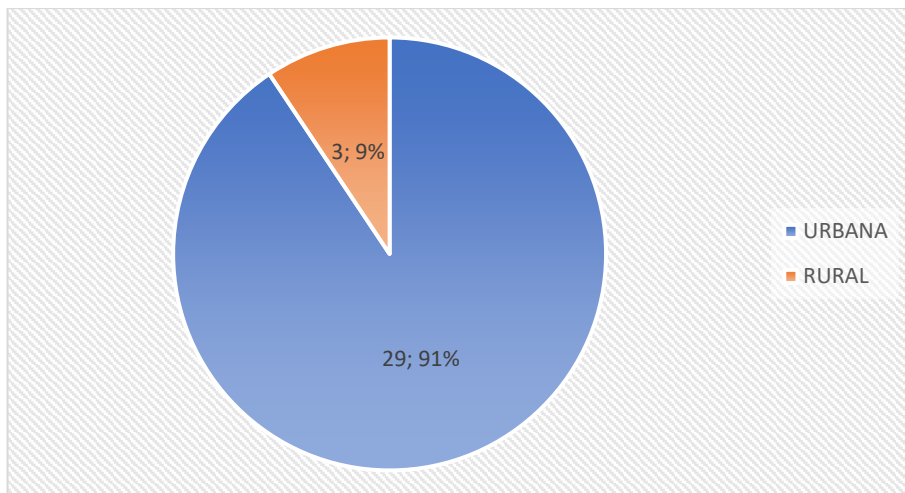
Grafico 1: Frecuencia de los tumores de ovario por procedencia en mujeres en edad reproductiva durante el periodo 2016 al 2019 en el Hospital Guasmo Sur.



Fuente: Historias clínicas HGS
Elaborado por: Silva González Juan Carlos

De acuerdo a la gráfica adjunta, se observa que la mayor procedencia de los tumores de ovarios en mujeres de edad reproductiva proviene de Ximena con el 72% de las muestras, seguido de Tárqui con el 13%, Febres Cordero y Chungón ambos con el 6%, y, por último, Naranjal con el 3%.

Gráfico 2: Frecuencia de los tumores de ovario por zona en mujeres en edad reproductiva durante el periodo 2016 al 2019 en el Hospital Guasmo Sur.

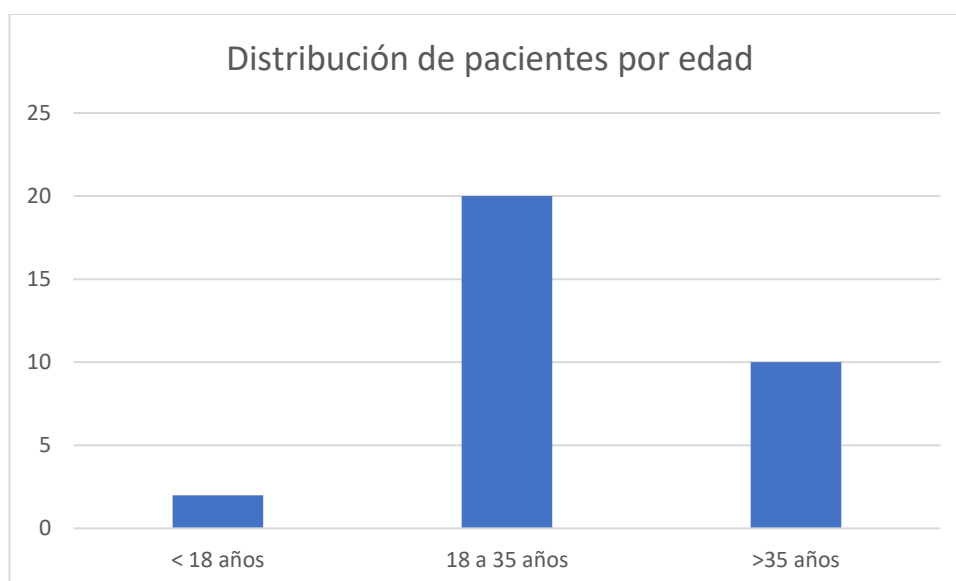


Fuente: Historias clínicas HGS
Elaborado por: Silva González Juan Carlos

En este gráfico, se determina que 91% de los pacientes afectados se encuentran en zonas urbanas, y los restantes 9% provienen de las zonas rurales.

Gráfico 3: Distribución según edad de pacientes con tumores de ovario en edad reproductiva durante el periodo 2016 al 2019 en el Hospital General Guasmo Sur

Edad	n
< 18 años	2
18 a 35 años	20
>35 años	10



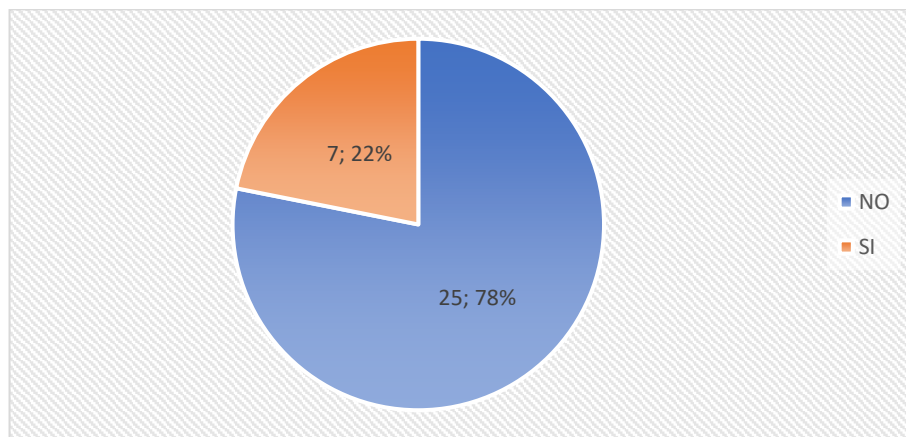
Fuente: Historias clínicas HGS

Elaborado por: Silva González Juan Carlos

En el gráfico dado se representa el número de tumores de ovario encontrados en mujeres en edad reproductiva de acuerdo a su rango de edad. Encontramos que existieron 2 pacientes con tumores de ovario menores a 18 años, entre mujeres de 18 a 35 años encontramos que 20 pacientes fueron

diagnosticas con tumores de ovario y por ultimo encontramos que hubieron 10 pacientes diagnosticadas con tumores de ovario mayores a 35 años.

Grafico 4: Frecuencia de los tumores de ovario con o sin antecedentes patológicos personales en mujeres en edad reproductiva durante el periodo 2016 al 2019 en el Hospital Guasmo Sur

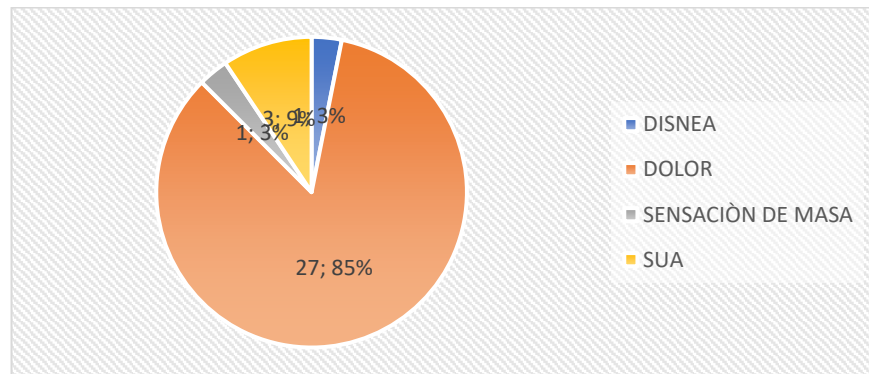


Fuente: Historias clínicas HGS

Elaborado por: Silva González Juan Carlos

Como se observa en el gráfico, la mayoría de los pacientes presentes en la muestra no poseían antecedentes patológicos personales representando el 78%, mientras, el 22% de los pacientes si poseían de antecedentes patológicos personales.

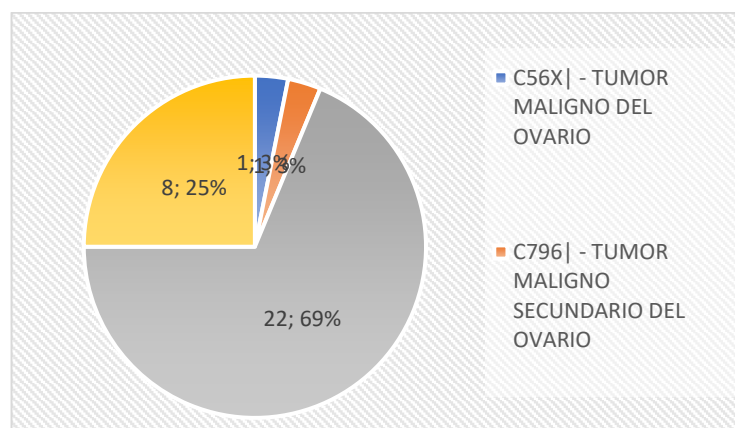
Gráfico 5: Frecuencia de los tumores de ovario según la clínica en mujeres de edad reproductiva durante el periodo 2016 al 2019 en el Hospital Guasmo Sur.



Fuente: Historias clínicas HGS
Elaborado por: Silva González Juan Carlos

Dentro de los síntomas catalogados, el dolor es el más frecuente ocupando el 85%, mientras que el SUA ocupa el segundo lugar con el 9%, y por último la disnea y la sensación de masa solamente ocupan el 3%.

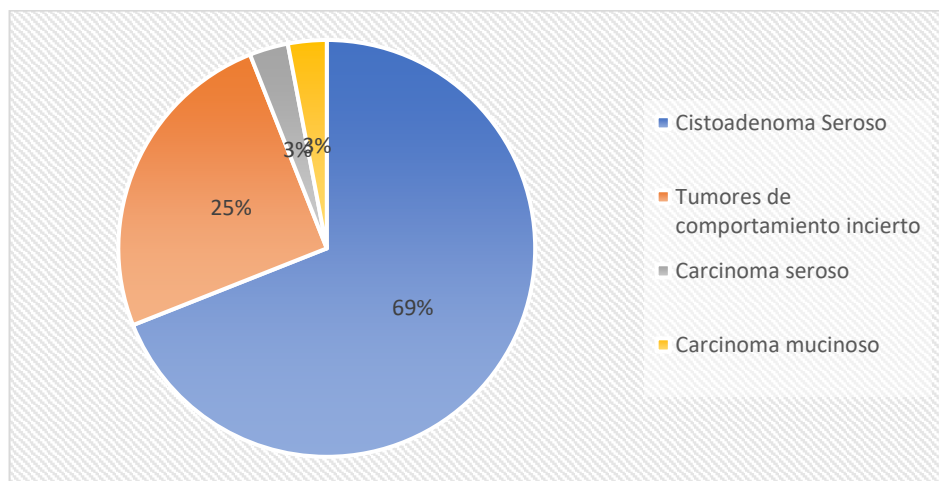
Gráfico 6: Frecuencia de los tumores de ovario por tipos, en mujeres de edad reproductiva durante el periodo 2016 al 2019 en el Hospital Guasmo Sur.



Fuente: Historias clínicas HGS
Elaborado por: Silva González Juan Carlos

De acuerdo a los tumores registrados, el 69% de estos son tumores benignos del ovario, los tumores de comportamiento incierto o desconocido del ovario representan el 25%, y por último, tanto los tumores malignos del ovario y los tumores malignos secundarios del ovario solo representan el 3%.

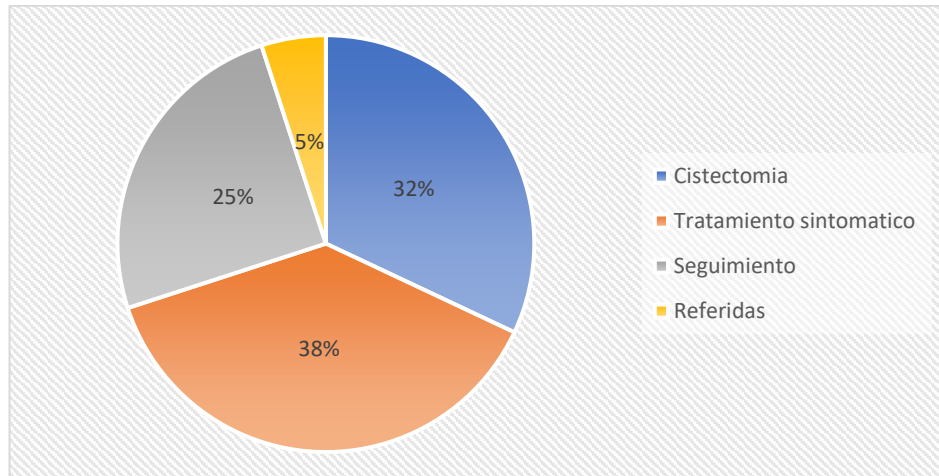
Gráfico 7: Clasificación de tumores de ovario en mujeres de edad reproductiva durante el periodo 2016 al 2019 en el Hospital Guasmo Sur.



Fuente: Historias clínicas HGS
Elaborado por: Silva González Juan Carlos

En nuestra muestra de 32 pacientes diagnosticadas con tumor de ovario, el tumor más frecuente fue el cistoadenoma seroso con el 69%, los tumores de comportamiento incierto con el 25%, 3% corresponde a carcinoma seroso de ovario y el 3% a carcinoma mucinoso de ovario.

Gráfico 8: Tratamiento de tumores de ovario en mujeres de edad reproductiva durante el periodo 2016 al 2019 en el Hospital Guasmo Sur.



Fuente: Historias clínicas HGS
Elaborado por: Silva González Juan Carlos

En nuestra muestra de 32 pacientes diagnosticadas con tumor de ovario, el tumor más frecuente fue el cistoadenoma seroso el cual de las 22 pacientes que presentaron este tumor, solo fueron intervenidas quirúrgicamente 10 ya que el tumor era mayor de 5 cm. Se les realizó cistectomía a todas por medio de laparotomía exploratoria. Mientras que las otras 12 pacientes fueron tratadas por los síntomas y dadas de alta. 8 pacientes fueron diagnosticadas con tumor de comportamiento incierto y se les informó que acudan periódicamente al hospital para hacerse controles de seguimiento para descartar malignidad. Y por último dos tumores fueron diagnosticados como malignos y referidas a Solca.

5. DISCUSION

Según la información obtenida a través de las historias clínicas en el Hospital del Guasmo Sur la prevalencia de tumores de ovarios en edad reproductiva fue de 38.55% y esto concuerda con estudios internacionales que estipulan que los tumores benignos de ovario significan el 75% del total de tumoraciones ováricas y se manifiesta en 1 de cada 200 mujeres en edad fértil. También concuerda ya que la máxima prevalencia de tumores benignos de ovario acontece entre los 20 y 44 años de edad que corresponde a la edad reproductiva de la mujer. Entre las tumoraciones pélvicas, relacionadas a mujeres en edad reproductiva, más habituales, tenemos a neoplasias benignas como cistoadenomas serosos y mucinosos, endometriomas, y teratoma maduros³⁴. En nuestra muestra de 32 pacientes diagnosticadas con tumor de ovario, el tumor más frecuente fue el cistoadenoma seroso con el 69%, los tumores de comportamiento incierto con el 25%, 3% corresponde a carcinoma seroso de ovario y el 3% a carcinoma mucinoso de ovario.

En nuestra muestra de 32 pacientes diagnosticadas con tumor de ovario, el tumor más frecuente fue el cistoadenoma seroso el cual de las 22 pacientes que presentaron este tumor, solo fueron intervenidas quirúrgicamente 10 ya que el tumor era mayor de 5 cm. Se les realizó cistectomía a todas por medio de laparotomía exploratoria. Mientras que las otras 12 pacientes fueron tratadas por los síntomas y dadas de alta. 8 pacientes fueron diagnosticadas con tumor de comportamiento incierto y se les informó que acudan periódicamente al hospital para hacerse controles de seguimiento para descartar malignidad. Y por último dos tumores fueron diagnosticados como malignos y referidas a Solca.

El promedio de edad fue de 30 años, siendo 15 años la edad más baja y 45 años la edad más alta, a diferencia de los datos del *Emory Winsip Cancer Institute*, que indican que el 50% de las mujeres diagnosticadas con cáncer de ovario están por debajo de los 62 años.⁽³¹⁾ Sin embargo, en el presente

trabajo se tomó en consideración solo los diagnósticos en pacientes de edad reproductiva, por lo que se puede deducir a partir de la investigación realizada por *Emory Winship Cancer Institute* que las mujeres que padecen de cáncer de ovario están por debajo los 50%.

La zona urbana resultó ser la más frecuente con el 91% versus la más rural con el restante 9%, es posible que sea debido a la mayor cobertura de los servicios de salud y que la población se encuentra más concentrada en la zona urbana; es importante señalar las limitaciones respecto a la evidencia científica sobre estos resultados.

La parroquia más afectada fue Ximena con el 72%, seguido de Tarqui con el 13%, Chongón y Febres cordero con el 6% y Naranjal con el 3%. Se encontraron 32 pacientes que cumplían los criterios de inclusión de las cuales 2 eran menores de 18 años, 20 estaban en el rango de 18 a 35 años y 10 estaban en el rango de más de 45 años. El principal síntoma mostrado por las pacientes fue dolor abdominal con el 85% y según *Emory Winship Cancer Institute*, el dolor es uno de los síntomas más comunes.⁽³¹⁾ La patología más frecuente fue tumor benigno de ovario con el 69% de los casos seguido de tumor de comportamiento incierto o desconocido de ovario con el 25%, y por último tumor maligno secundario del ovario y tumor maligno del ovario con el 1% respectivamente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- La prevalencia es normal en comparación a otros estudios, sin embargo se requiere la realización de otras investigaciones para poder ampliar la muestra de estudio y que sea representativo de la población ecuatoriana para la toma de decisiones.
- Se determinó que los tumores de ovario si son frecuentes en mujeres en edad reproductiva.
- Es importante identificar la clínica compatible como el dolor abdominal, sangrados uterinos anormales, comorbilidades y aplicar estrategias preventivas en base a tamizajes para la detección temprana de tumores de ovarios.
- Los tumores más frecuentes en edad reproductiva son de tipo benignos, sin embargo, es recomendable control temprano para evitar complicaciones o cambios patológicos, especialmente si las pacientes tienen factores de riesgo asociado.

7. BIBLIOGRAFÍA:

1. Guleria S, Jensen A, Toender A, Kjaer SK. Risk of epithelial ovarian cancer among women with benign ovarian tumors: a follow-up study. *Cancer Causes Control*. 1 de enero de 2020;31(1):25-31.
2. Martínez-Acosta, J E; Olguin Cruces, V A. Asociación de los tumores de ovario con el CA-125. **Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social**, [S.l.], v. 54, p. S230-S237, nov. 2016. ISSN 2448-5667.
3. Capmas P, Cornou C, Bensaid C, Ngo C, Nos C, Lecuru F, et al. Tratamiento quirúrgico de los tumores benignos del ovario (excluidos endometriomas). *EMC - Ginecología-Obstetricia*. 1 de junio de 2017;53(2):1-9
4. Differential diagnosis of the adnexal mass - UpToDate 2020. Disponible en: https://www21.ucsg.edu.ec:2065/contents/differential-diagnosis-of-the-adnexal-mass?search=tumores%20de%20ovario&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
5. Siddiqui RB, Shankar B, Khan MI. Morphological Patterns of Ovarian Neoplasms in Different Age Groups - A Center based study. :2015.
6. De la Guía GD. Manejo quirúrgico del cáncer epitelial de ovario: Guía de práctica clínica de la Asociación Colombiana de Ginecólogos Oncólogos (ASCGO). *Rev Colomb Obstet Ginecol*. 30 de junio de 2016;67(2):120.
7. Morgan-Ortiz DF, Quevedo-Castro DE, Morgan-Ruiz DFV, Báez-Barraza DJ, López-Manjarrez DG. Masas anéxales: Tumores benignos de ovarios, salpinges y misceláneos. 2016;6(2):27.
8. Coronel GR, Jácome GM, Tejada MP. Prevalencia de tumores ováricos en Guayaquil: clasificación histopatológica y hallazgos morfológicos. *Medicina*. 2014;18(2):75-86.
9. Epithelial carcinoma of the ovary, fallopian tube, and peritoneum: Clinical features and diagnosis – UpToDate 2020. Disponible en:

https://www21.ucsg.edu.ec:2065/contents/epithelial-carcinoma-of-the-ovary-fallopian-tube-and-peritoneum-clinical-features-and-diagnosis?search=ovarian%20cancer&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1

10. Obesity and survival among women with ovarian cancer: results from the Ovarian Cancer Association Consortium - ProQuest [Internet]. [citado 20 de junio de 2020]. Disponible en: <https://www21.ucsg.edu.ec:2080/docview/1764878261/1331C4DA357948F2PQ/11?accountid=38660>
11. Le Frère B. Clasificación histopatológica de los tumores ováricos. 2015; 1(14).
12. Martínez M. Tumores Epiteliales Ováricos Benignos Y Borderline Versus Carcinomas Invasivos. Alicante;; 2015.
13. Wang Y, Qi K. Follicle Depletion Provides a Permissive Environment for Ovarian Carcinogenesis. *Mol Cell Biol*. 2016; 36(18): p. 2418–2430.
14. Barrantes, S. (2017). Síndrome De Meigs. *Revista Médica Sinergia*, 2(4). Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2017/rms174b.pdf>
15. Brown, j. (2015). Mucinous Tumors of the Ovary: Current Thoughts on Diagnosis and Management. *Curr Oncol Rep*, 16(6). Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4261626/>
16. Cobos, M., & Celades, M. (2018). Virilización en mujer menopáusicalimitaciones de la ecografía ginecológica en la detección de tumores ováricos. *Dialnet*, 61(5). Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6684456>
17. Fan, X., & Zhang, H. (2015). Role of diffusion-weighted magnetic resonance imaging in differentiating malignancies from benign ovarian tumors. *Int J Clin Exp Med*, 8(11). Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4723750/>
18. Global deletion of Trp53 reverts ovarian tumor phenotype of the germ cell-deficient white spotting variant (Wv) mice. (2015). *Neoplasia*, 17(1),

- 89–100. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4309726/>
19. Hassaan, A. (2018). Monitoring ovarian cancer patients during chemotherapy and follow-up with the serum tumor marker CA125. *Dan Med*, 65(4). Obtenido de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29619933/>
20. Jordan, S., Green, A., & Whiteman, D. (2017). Risk factors for benign, borderline and invasive mucinous ovarian tumors: epidemiological evidence of a neoplastic continuum? *Gynecol Oncol*, 107(2), 223-230. Obtenido de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17662378/>
21. Martínez, M. (2015). *Tumores Epiteliales Ováricos Benignos Y Borderline Versus Carcinomas Invasivos*. Alicante. Obtenido de <http://dspace.umh.es/bitstream/11000/3313/1/TD%20Mart%C3%ADnez%20Beltr%C3%A1n%2C%20Montserrat.pdf>
22. Moro, F., Pasciuto, T., Djokovic, D., Di Legge, A., & A, G. (2019). Role of CA125/CEA ratio and ultrasound parameters in identifying metastases to the ovaries in patients with multilocular and multilocular-solid ovarian masses. *Ultrasound Obstet Gynecol*, 53(1), 116-123. Obtenido de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29978587/>
23. Rasmussen, C., Kjaer, S., & Albieri, V. (2017). Pelvic Inflammatory Disease and the Risk of Ovarian Cancer and Borderline Ovarian Tumors: A Pooled Analysis of 13 Case-Control Studies. *Am J Epidemiol*, 185(1), 8–20. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5209588/>
24. Ricci, F., & Affatato, R. (2018). Recent Insights into Mucinous Ovarian Carcinoma. *Int J Mol Sci.*, 19(6). Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6032258/>
25. Screening for ovarian cancer: imaging challenges and opportunities for improvement. (2019). *Ultrasound Obstet Gynecol*, 51(3), 293–303. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5788737/>

26. Singh, A. (2019). Epigenetic Biomarkers in the Management of Ovarian Cancer: Current Prospectives. *Front Cell Dev Biol*, 7(1). Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6761254/>
27. Wang, Y., & Qi, K. (2016). Follicle Depletion Provides a Permissive Environment for Ovarian Carcinogenesis. *Mol Cell Biol*, 36(18), 2418–2430. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5007791/>
28. Xu, Y., & Yang, J. (2015). MRI for discriminating metastatic ovarian tumors from primary epithelial ovarian cancers. *J Ovarian Res.*, 8(61). Obtenido de [ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4551762/](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4551762/)
29. Josep. (2020, 20 enero). Cáncer de ovario. SEOM. <https://seom.org/info-sobre-el-cancer/ovario?showall=1>
30. Pons Porrata, Laura María, García Gómez, Odalis, Salmon Cruzata, Acelia, Macías Navarro, Meydis María, & Guerrero Fernández, Carlos M. (2012). Tumores de ovario: patogenia, cuadro clínico, diagnóstico ecográfico e histopatológico. *MEDISAN*, 16(6), 920-931. Recuperado en 09 de septiembre de 2020, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192012000600013&lng=es&tlng=es.
31. Emory Winship Cancer Institute. (s.f.). *Cáncer de Ovario*. CancerQuest. https://www.cancerquest.org/es/para-los-pacientes/cancer-por-tipo/cancer-de-ovario#toc-anatoma-de--v-ZbA_W
32. Planned Parenthood. (s. f.). Cáncer de ovarios | ¿Quiénes corren riesgo de contraerlo? | Síntomas y tratamiento. Recuperado 9 de septiembre de 2020, de <https://www.plannedparenthood.org/es/temas-de-salud/cancer/cancer-de-ovarios>

33. Mora Padilla, E., & Gutiérrez Rodríguez, E. (2016). Características de las pacientes con cáncer de ovario en el Hospital de San José, Bogotá D.C., 2009-2013. *Repertorio de Medicina y Cirugía*, 25(1), 15-21. <https://doi.org/10.1016/j.reper.2016.02.006>
34. Sandoval Paredes J, Sandoval Paz C, Jara Vásquez C, Sanz Camargo M. Características histopatológicas de las tumoraciones anexiales. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*. octubre de 2016;62(4):389-95.

8. ANEXOS:

Nombre Variables	Definición de la variable	Tipo	Tipo
Edad	Tiempo de vida	15- 25 años 25 – 35 años 45 – 59 años	Independiente
Procedencia	Estratificación social	Rural Urbano	Nominal
Escolaridad	Grado de educación que poseen	Primario Secundario Universitario	Nominal
Paridad	Cuántas gestas ha tenido en su vida	Nulípara Primigesta Dos gestas Multípara	Independiente
Tumor	Masa de tejido cuyas células sufren un crecimiento anormal	Benigno Maligno	Dependiente

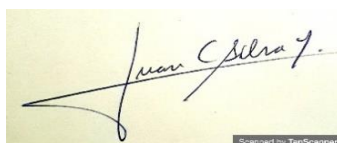
DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Silva González Juan Carlos**, con C.C: # 0917824575 autor del trabajo de titulación: **Prevalencia de tumores de ovario en mujeres en edad reproductiva del Hospital General Guasmo Sur en el periodo 2016 – 2019** 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, 22 de septiembre del 2020



Scanned by TapScanner

Nombre: **Silva González Juan Carlos**

C.C: **0917824575**

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA			
FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN			
TÍTULO Y SUBTÍTULO:	Prevalencia de tumores de ovario en mujeres en edad reproductiva del Hospital General Guasmo Sur en el periodo 2016 – 2019		
AUTOR	Silva González Juan Carlos		
REVISOR	Danny Gabriel Salazar Pousada		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Ciencias Medicas		
CARRERA:	Medicina		
TITULO OBTENIDO:	Medico		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	Septiembre 2020	No. DE PÁGINAS:	31
ÁREAS TEMÁTICAS:	Ginecología, Anatomía Patológica, Patología Tumoral		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Tumor de ovario, Edad reproductiva, Prevalencia, Factores sociodemográficos, Hospital		
<p>Resultados: La prevalencia de tumores de ovarios en edad reproductiva fue de 38.55% con edades entre 15 a 45 años. La zona urbana fue la más frecuente con el 91% y la rural con el 9%. La parroquia más afectada fue Ximena con el 72%, seguido de Tarqui con el 13%, Chongón y Febres cordero con el 6% y Naranjal con el 3%. Se encontraron 32 pacientes que cumplían los criterios de inclusión de las cuales 2 eran menores de 18 años, 20 estaban en el rango de 18 a 35 años y 10 estaban en el rango de más de 45 años. El principal síntoma mostrado por las pacientes fue dolor abdominal con el 85%. La patología más frecuente fue tumor benigno de ovario con el 69% de los casos seguido de tumor de comportamiento incierto o desconocido de ovario con el 25%, y por último tumor maligno secundario del ovario y tumor maligno del ovario con el 1% respectivamente. Conclusiones: la mayoría de tumores entre mujeres en edad reproductiva fueron benignos con una prevalencia general normal acorde a los estudios internacionales respecto a este tema. Dando como resultado que si son frecuentes en mujeres en edad reproductiva. En nuestra muestra de 32 pacientes diagnosticadas con tumor de ovario, el tumor más frecuente fue el cistoadenoma seroso con el 69%, los tumores de comportamiento incierto con el 25%, 3% corresponde a carcinoma seroso de ovario y el 3% a carcinoma mucinoso de ovario</p>			
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 095-973-4415	E-mail: juancsilva8@gmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Ayon GenKoung Andrés Mauricio	Teléfono: 099-757-2784	
	E-mail: andres.ayon@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			