

**Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua  
Departamento de Patología  
UNAN LEON**



**Tesis para optar al título de especialista en  
Anatomía Patológica.**

**Prevalencia de Neoplasias Malignas Ginecológicas  
diagnosticadas en el Departamento de Patología del Hospital  
Escuela Dr. Oscar Danilo Rosales Argüello, del 1 de enero del  
2008 – 31 de diciembre del 2009.**

**Autor:  
Dra. Silvia Elena Osorio  
Residente de III año de Anatomía Patológica.**

**Tutora:  
Dra. Darling Valverde Luna,  
Profesor titular, Msc  
Patóloga.**

**León, marzo del 2014**

## **Agradecimientos**

A mi madre, que a lo largo de la vida me enseñó, que la mejor manera de vivir era con honradez, dedicación, respeto, sin hipocresía y seguir siempre con la frente en alto ante cada tropiezo.

A mi amiga Scarleth, que sin explicación alguna se fue a un mejor mundo sin poder ver mis logros.

A mi hijo Slather Jasmani la razón de mi existir.

A la Dra. Darling Valverde Luna, tutora, amiga, pilar sumamente importante en mi formación como residente de Patología, por su arduo trabajo e incondicional forma de enseñanza.

A la Licenciada Fátima Figueroa, amiga sincera y por su empeño, dedicación para que aprendiera lo mejor de ella.

## Resumen

**Objetivo:** Determinar la prevalencia de Neoplasias Malignas Ginecológicas en el Hospital Dr. Oscar Danilo Rosales Arguello. **Material y Método:** Estudio descriptivo serie de casos llevado a cabo en el departamento de Anatomía Patológica Dr. Uriel Guevara, León entre Enero 2008 y Diciembre 2009. A todas las pacientes diagnosticadas con cáncer se les estudió: el grupo etario más afectado el sitio anatómico según paridad, procedimiento quirúrgico realizado, el tipo y grado histológico, el estadio clínicopatológico. **Resultados:** un total de 2892 especímenes ginecológicos fueron examinados durante este periodo de estudio, de ellas 172 presentaron cáncer. Siendo el Cáncer Cervicouterino el más relevante (81.9 %), seguido del Cáncer de Endometrio (10.4 %), el Cáncer de Ovario (6.9 %) y el menos frecuente fue el Cáncer de Vulva (0.5 %). **Conclusión:** la tasa de prevalencia de las neoplasias malignas ginecológicas fue la siguiente: Cérvix 10 %, Útero 2 %, Ovario 2 % y la Vulva 8 %.

**Palabras claves:** Prevalencia, cáncer ginecológico, tipo histológico, estadio clínicopatológico.

## INDICE

<b>Contenido</b>	<b>Páginas</b>
Introducción.....	1
Justificación .....	3
Planteamiento del problema.....	4
Objetivos .....	5
Marco Teórico.....	6
Material y Métodos .....	16
Resultados .....	21
Discusión .....	30
Conclusiones.....	34
Recomendaciones.....	35
Referencias .....	36
Anexos .....	38

## **I. Introducción**

El Cáncer ginecológico continúa siendo un problema de salud pública importante en todo el mundo. La mayoría de los tumores genitales femeninos tienen una distribución mundial, pero la frecuencia y distribución varía de una región a otra. La proporción de Cáncer en la mujer que se originan en el tracto genital, es de 31.6 % a 35.0% en África Subsahariana y tan bajos como 12.7 % a 13.4 % en América del Norte y otros países desarrollados donde la salud y los métodos de tamizajes organizados han mejorado grandemente <sup>1,2</sup>

A nivel mundial, el Cáncer cervicouterino es la neoplasia ginecológica maligna más común, siendo la primera causa de muerte por cáncer, se diagnostican más de 500 000 casos nuevos por año. El Cáncer cervicouterino es la causa más frecuente de cáncer ginecológico en África Subsahariana. El 80 % de los casos de cáncer de cérvix se producen en los países en vías de desarrollo. <sup>1, 2, 3, 4, 5.</sup>

Nicaragua se ubica en segundo lugar por morbilidad en América Latina, por poseer las tasas más elevadas de Cáncer cervicouterino superada sólo por Haití (87,3/100 000) por año siendo la primer causa de muerte por cáncer en la mujer nicaragüense. En nuestro país, el 20 % de las mujeres viven con una enfermedad de transmisión sexual, el 8 % vive con una lesión precancerosa. <sup>2</sup>

En países desarrollados, el Carcinoma Endometrial es el cáncer ginecológico más común y reportado predominantemente como una enfermedad de la vejez y en las mujeres post menopáusicas, el pico de incidencia es el grupo de 58 a 60 años. Se diagnostican aproximadamente 34 000 casos nuevos por año, menos del 5 % aparecen

*Prevalencia de Neoplasias Malignas Ginecológicas diagnosticadas en el departamento de Patología, HEDRA,  
desde el 1 de Enero 2008 - 31 de Diciembre del 2009.*

en mujeres jóvenes. Es más frecuente en países industrializados, en mujeres con obesidad mórbida severa y post menopáusica <sup>1, 3, 4, 5, 6, 7.</sup>

El cáncer de Ovario es un tipo de cáncer genital femenino común el que representa el 16.3 % de cánceres en un estudio hecho en Ibadán, Nigeria. El carcinoma de ovario es ahora el tumor maligno más común encontrado en Ginecología en el Reino Unido. Es una patología que en la mayoría de los casos se diagnostica tardíamente ya que la sintomatología es vaga al no ser específica, la intervención suele ser tardía. Tiene gran relevancia en países industrializados como: Estados Unidos ya que ocupan el séptimo lugar de los canceres en las mujeres, cerca del 3%. En España se presentan 5 casos por cada 100 000 habitantes <sup>1, 4, 5, 6.</sup>

La edad y la paridad se sabe que afectan la incidencia de canceres ginecológicos. Los cánceres endometriales y ováricos ocurren más tarde en comparación con el Carcinoma de cérvix y coriocarcinoma, los que son vistos comúnmente en mujeres pre menopáusicas o peri menopáusicas.

Las mujeres con alta paridad tienen relativamente bajo riesgo de desarrollar Cáncer Endometrial y es conocido que el embarazo es protector contra el cáncer de ovario mientras que la multiparidad tiene un alto riesgo de desarrollar cáncer cervicouterino <sup>1,7</sup>

El Carcinoma de la vulva ocupa el quinto lugar en frecuencia dentro de los cánceres ginecológicos, constituyen el 3.5 % de estos <sup>1,3.</sup>

*Prevalencia de Neoplasias Malignas Ginecológicas diagnosticadas en el departamento de Patología, HEDRA,  
desde el 1 de Enero 2008 - 31 de Diciembre del 2009.*

## **II - Justificación**

Las neoplasias malignas ginecológicas se han convertido en un problema de salud pública a nivel mundial, en especial en tejidos como cérvix uterino y endometrio por ende es pertinente conocer su comportamiento en nuestro medio, haciendo énfasis en determinar la prevalencia de las mismas y sus características anatomopatológicas.

*Prevalencia de Neoplasias Malignas Ginecológicas diagnosticadas en el departamento de Patología, HEDRA,  
desde el 1 de Enero 2008 - 31 de Diciembre del 2009.*

### **III - Planteamiento del problema**

¿Cuál es la prevalencia de las neoplasias malignas ginecológicas en muestras histopatológicas examinadas en el departamento de Patología de León

#### **IV - Objetivos**

-General:

Determinar la prevalencia de Neoplasias Malignas Ginecológicas diagnosticadas en el departamento de Patología, HEODRA, desde el 1 de Enero 2008 - 31 de Diciembre del 2009.

-Específicos:

- 1- Describir características socio-demográficas de las pacientes diagnosticadas de neoplasias malignas ginecológicas.
- 2- Caracterizar anormalidades citológicas, patologías benignas y lesiones precursoras de cáncer.
- 3- Caracterizar procedimientos quirúrgicos, hallazgos macroscópicos e histopatológicos.
- 4- Determinar tasas de prevalencia de neoplasias malignas ginecológicas.

## **V- Marco Teórico**

Desde el punto de vista asistencial, en la propedéutica del cáncer ginecológico pueden distinguirse los siguientes grupos poblacionales:

1. Población general sin factores de riesgo: chequeo ginecológico periódico.
2. Población general con factores de riesgo: chequeo ginecológico con especial atención en la exploración del órgano diana.
3. Pacientes sintomáticas: exploraciones dirigidas a detectar la enfermedad neoplásica.
4. Pacientes con cáncer ginecológico : referidas para evaluación de su enfermedad, con la finalidad de:
  - Continuar controles.
  - Completar tratamiento (p. ej. Cirugía reglada en el caso de que no se haya efectuado).
  - Iniciar o continuar tratamiento.<sup>1</sup>

### **Población general sin factores de riesgo.**

Las exploraciones para el diagnóstico precoz del cáncer están determinadas por la relación costo-beneficio. En una institución como la nuestra, cuando una paciente acude voluntariamente a un chequeo ginecológico, se trata de una decisión personal con las expectativas de que se haga todo lo necesario para detectar ( si hubiere) cualquier anormalidad.

*Prevalencia de Neoplasias Malignas Ginecológicas diagnosticadas en el departamento de Patología, HEDRA, desde el 1 de Enero 2008 - 31 de Diciembre del 2009.*

El estudio incluye examen ginecológico completo (sin olvidar las glándulas mamarias), citología, colposcopia y Ecosonografía Transvaginal <sup>3, 4</sup>.

**Población con factores de riesgo.**

En estos casos deben añadirse exploraciones adicionales con la finalidad de obtener muestras para citología y en especial para poder practicar biopsias dirigidas de las lesiones sospechosas (incluido el estudio preoperatorio de especímenes resecados). En la tabla aparecen de forma resumida los factores de riesgo para cada órgano, sin cuantificar magnitud <sup>1, 2, 3</sup>.

**FACTORES DE RIESGO DE CANCERES GINECOLOGICOS MÁS FRECUENTES**

<b>Órgano</b>	<b>Factores de Riesgo</b>	<b>Exploraciones complementarias.</b>
<b>Cuello Uterino</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Primera relación sexual antes de los 16 años.</li> <li>• Infecciones virales (VPH, VHS, VIH).</li> <li>• Temprana edad del primer parto.</li> <li>• Promiscuidad</li> <li>• Tabaquismo</li> <li>• Falta de higiene</li> <li>• Paridad</li> <li>• Inmunosupresión</li> <li>• Deficiencias vitamínicas.</li> <li>• Uso de contraceptivos orales.</li> <li>• Tiempo transcurrido después del último estudio citológico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Colposcopia.</li> <li>• Colpomicrohisteroscopia.</li> <li>• Citología.</li> <li>• Biopsia.</li> <li>• Tipificar virus.</li> </ul>

*Prevalencia de Neoplasias Malignas Ginecológicas diagnosticadas en el departamento de Patología, HEDRA,  
desde el 1 de Enero 2008 - 31 de Diciembre del 2009.*

<b>Ovario</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Síndromes hereditarios.</li> <li>• Nuliparidad.(ovulación interrumpida)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ecosonograma</li> <li>• Marcadores tumorales.</li> <li>• Eventualmente cirugía.</li> <li>• Estudio anatomopatológico.</li> </ul>
<b>Endometrio</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Antecedentes de hiperplasia atípica.</li> <li>• Antecedentes de cáncer de otra localización.</li> <li>• Edad superior a los 40-45 años.</li> <li>• Predisposición Genética.</li> <li>• Pólipos cervicales o endometriales.</li> <li>• Nuliparidad.</li> <li>• Obesidad.</li> <li>• Hipertensión.</li> <li>• Diabetes.</li> <li>• Tratamiento con Tamoxifeno.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Citología endometrial.</li> <li>• Ecosonograma.</li> <li>• Histeroscopia.</li> <li>• Biopsia endometrial dirigida.</li> </ul>

### **Pacientes Sintomáticas**

En este grupo se distinguen las pacientes que acuden a la consulta por síntomas y/o signos de escasa duración, en las que es posible diagnosticar una enfermedad neoplásica en etapas evolutivas avanzadas. Una parte corresponde a tumores tracto genital inferior y endometrio, a los cuales hay que agregar la mayoría de los tumores malignos del ovario que son sintomáticos, además los sarcomas del cuerpo uterino y los cánceres de la trompa uterina, que son excepcionales <sup>3, 4, 5</sup>.

*Prevalencia de Neoplasias Malignas Ginecológicas diagnosticadas en el departamento de Patología, HEDRA,  
desde el 1 de Enero 2008 - 31 de Diciembre del 2009.*

Con este preámbulo se intenta destacar que, dependiendo de cada caso y el estadio evolutivo, será más fácil o más laborioso llegar a una conclusión diagnóstica con la respectiva confirmación anatomopatológica <sup>4, 5, 6</sup>.

Una vez completada la anamnesis y la exploración clínica, el ginecólogo integra el resultado de los estudios citológicos y de las biopsias, con la cual está adecuadamente orientado sobre el órgano en que se encuentra la lesión; en el caso del tracto genital inferior, muchas veces ya tiene una idea clara de sus dimensiones y características generales. Dispones además del tipo histológico y del grado de diferenciación, quedando por indicar otras exploraciones de diagnóstico por imagen a fin de determinar con mayor precisión el tamaño, la infiltración en profundidad, la extensión a estructuras vecinas y la detección de adenomegalias <sup>4, 5, 6</sup>.

En el caso del cáncer de endometrio la Resonancia Magnética (RM) con contraste es preferible a la Tomografía Computarizada (TC) cuando se trata de precisar la profundidad de la invasión miometrial. No hay que olvidar que la exploración de elección en la evaluación del endometrio es la Histeroscopia <sup>3, 4</sup>.

El ovario es cuestión aparte. Una vez establecido por el examen ginecológico y el Ecosonograma Transvaginal (incluido Doppler por color) de que se está en presencia de una masa anexial sospechosa de tumor ovárico, se recurre a la TC o la RM ( de preferencia con reforzamiento) y se determinan los niveles de marcadores tumorales en suero: el CA-125 y el CA-19.9 en los tumores malignos epiteliales y estromales de la superficie, y la gonadotropina coriónica humana (HCG), la alfa feto proteína (AFP) y la lactato

*Prevalencia de Neoplasias Malignas Ginecológicas diagnosticadas en el departamento de Patología, HEDRA,  
desde el 1 de Enero 2008 - 31 de Diciembre del 2009.*

deshidrogenasa (LDH), cuando se supone la existencia de un tumor maligno de células germinales. No hay que olvidar que es importante conocer estos valores no solo para el diagnóstico, sino también como referencia para el control pos tratamiento.<sup>1, 2, 3.</sup>

En pacientes con alto riesgo de cáncer de ovario, la utilización de los niveles de CA-125 y la Ecografía Transvaginal están ensayándose en estudios multicentricos con la intención de demostrar su papel en la detección precoz de la neoplasia en esa localización <sup>3, 4, 5.</sup>

Durante muchos años se ha utilizado la estadificación clínica como expresión del estadio evolutivo y por lo tanto como punto de partida para decidir la terapia y predecir la evolución. La Union Internacional Contre el Cáncer (UICC) diseñó y recomendó el empleo de un sistema de clasificación fundamentado en las características del tumor primitivo (T), en la existencia o no de metástasis en los ganglios linfáticos regionales(N) y en la presencia o no de metástasis a distancia (M). El TNM se generalizó y se hizo aplicable a la totalidad de los tumores del organismo <sup>3-6.</sup>

Más adelante la federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) propuso variantes para los tumores ginecológicos, inicialmente mediante la aplicación de criterios clínicos, hasta que con el tiempo se hizo evidente que las discrepancias entre la apreciación clínica y los hallazgos quirúrgicos (confirmados anatomopatologicamente) hacía necesaria la aplicación de un sistema que los incluyera <sup>3, 4, 5.</sup>

Como es lógico, el estudio anatomopatologico de los especímenes resecados evidenció notables ventajas a la hora de establecer la extensión en profundidad, el incipiente compromiso de estructuras vecinas y la presencia o no de metástasis peritoneales o

ganglionares. Por dicha razón la propia FIGO recomendó una estadificación quirúrgica-patológica en especial para los cánceres del cuello, endometrio y ovario <sup>1, 3-5</sup>.

Hecha esta disgregación, en la mayoría de los casos el tratamiento de elección para el cáncer ginecológico es la cirugía y es aquí donde cabe enfatizar sobre el concepto de cirugía reglada. Si se parte de la premisa de que cada caso debe estadificarse, se hace indispensable disponer de todas las estructuras que deben evaluarse anatomopatologicamente. Este término deriva de cirugía reglamentada. Es natural aceptar casos excepcionales que escapan a las normas generales. Tal es el caso de la cirugía conservadora en ciertos tumores del ovario en mujeres jóvenes que desean conservar la fertilidad aunque sea temporalmente; en el polo opuesto está el caso de tumores que solo son susceptibles de cirugías citorreductoras. De todas maneras la utilización de nuevas técnicas (ganglio centinela, cirugía laparoscópica, etc.) aunada a la utilización de marcadores tumorales con valor pronóstico es posible que en un futuro permitan prescindir de la linfadenectomía tal como se realiza en la actualidad <sup>3, 4, 5, 6</sup>.

### **Histogénesis de los tumores vulvovaginales.**

Las displasias graves y el carcinoma in situ de la vulva (VIN-III) y de la vagina (VAIN-III), al igual que el carcinoma escamoso vulvovaginal se originan en el epitelio escamoso de la mucosa de estos órganos <sup>3-6</sup>.

La Enfermedad de Paget de localización extra mamaria (predominantemente vulvar) se origina de novo en la epidermis o en estructuras epidérmicas derivadas de los anejos (presumiblemente de los conductos de las glándulas sudoríparas).

Existen evidencias de que las células de Paget representan una diferenciación aberrante de una célula multipotencial derivada del estrato germinativo de la epidermis<sup>3-6</sup>.

El melanoma se origina en las células dendríticas derivadas de la cresta neural conocidas como meloncitos. Estas se encuentran localizadas en las capas basales de la epidermis que cubre los labios mayores de la vulva o la vagina<sup>1</sup>.

Los tumores mesenquimatosos malignos (Sarcomas) se originan en el mesénquima vulvar, sobre todo de los labios mayores. Son de diversos tipos, según tengan su origen en el tejido conjuntivo, vascular, adiposo, muscular o del revestimiento de las fibras nerviosas. En la vulva destaca el Rabdomyosarcoma embrionario o Sarcoma Botriodes originados en el musculo estriado<sup>3-6</sup>.

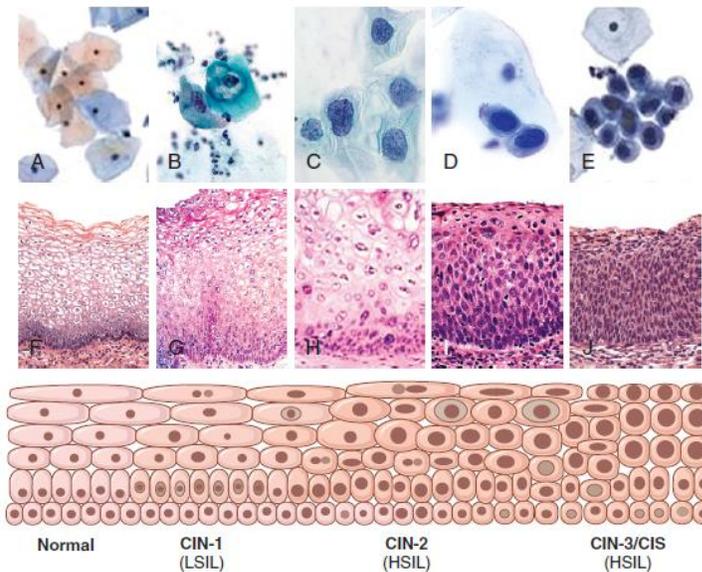
### **Histogénesis de los tumores más frecuentes del útero y anejos**

En el cuello uterino, la mucosa exocervical y del endocervix (incluidas las glándulas) dan origen a la gran mayoría de los tumores malignos: displasia severa y carcinoma in situ (NIC-III), carcinoma microinvasivo, carcinoma escamoso y adenocarcinoma<sup>1-4, 8</sup>.

En el endometrio, el epitelio de revestimiento superficial y/o glandular da origen a la variedad más frecuente de cáncer endometrial: el carcinoma endometriode, aunque los otros tipos también tienen el mismo origen<sup>3</sup>. En el ovario, la histogénesis de los diversos tumores es algo más compleja. Sin embargo los tumores malignos más frecuentes se originan en el epitelio y en el estroma superficial. A pesar de su origen común, puede ser serosos, mucinosos o endometrioides.<sup>3-6, 9</sup>.

## **Histogénesis de los tumores del cuello uterino.**

La displasia severa y el carcinoma in situ (NIC III), al igual que el carcinoma microinvasivo y el carcinoma escamoso infiltrante, se originan en el epitelio exocervical o en el epitelio escamoso metaplásico de la zona de transformación.



El Adenocarcinoma es un tumor maligno del endocervix cuya histogénesis está vinculada al epitelio de revestimiento superficial y/o glandular del endocervix <sup>1,2, 3, 4, 8</sup>. Los tumores mesenquimatosos del cuello uterino son muy raros y se originan en el estroma cervical. Pueden ser de diversos tipos, según las células que le den origen.<sup>1, 3, 8</sup>

Los tumores mixtos son aún más excepcionales, y su histogénesis es epitelial y mesenquimatosos. Aunque en el carcinosarcoma ambos componentes son malignos, puede haber combinaciones en las cuales solo uno de ellos es maligno (Adenosarcoma).<sup>1, 4, 5,8, 10, 11.</sup>

### **Histogénesis de los tumores del cuerpo uterino.**

Los carcinomas del endometrio se originan en el epitelio de revestimiento glandular y superficial de la mucosa.

Hay un número apreciable de casos en los cuales se tiene evidencia de una lesión precursora: la hiperplasia atípica. Las variedades menos frecuentes de cáncer endometrial (Carcinoma escamoso, indiferenciado, mixto, de células gigantes, etc.) también se originan en el epitelio <sup>3- 8, 13.</sup>

Los Leiomiomas se originan en las fibras musculares lisas del miometrio y excepcionalmente pueden resultar de la malignización de un leiomioma pre existente. El Sarcoma estromal está vinculado al estroma endometrial y puede igualmente originarse en lesiones estromales benignas <sup>4, 5, 8, 13, 14.</sup>

Los tumores mixtos epiteliales y mesenquimatosos constituyen un grupo complejo que incluye combinaciones diversas y que no están necesariamente relacionadas histogenéticamente <sup>4.</sup> En el Adenosarcoma, el componente epitelial es benigno y el componente mesenquimatoso es maligno. En el carcinosarcoma o tumor mixto maligno de origen Mülleriano, ambos componentes son malignos <sup>4, 5, 6.</sup>

### **Histogénesis de los tumores del ovario**

Los tumores malignos más frecuentes del ovario se originan del revestimiento epitelial superficial y del estroma subyacente. Se incluyen los carcinomas serosos, mucinosos, endometrioides y también carcinomas de células claras, de células transicionales (tumor de Brenner) y los tumores epiteliales mixtos.

*Prevalencia de Neoplasias Malignas Ginecológicas diagnosticadas en el departamento de Patología, HEDRA,  
desde el 1 de Enero 2008 - 31 de Diciembre del 2009.*

El componente epitelial de los carcinomas también se vincula histogenéticamente al revestimiento superficial del ovario <sup>4-11, 14, 15</sup>. El estroma ovárico (de sostén y especializado) da origen a los tumores del estroma y de los cordones sexuales). Este nuevo enfoque sustituye la denominación previa de tumores originados en el estroma especializado. Los tumores malignos de la granulosa y los androblastos constituyen las variantes más frecuentes <sup>4- 11, 14, 15</sup>.

Los tumores de células germinales derivan de células germinales primitivas de la gónada embrionaria. El Disgerminoma, el tumor del seno endodérmico, el carcinoma embrionario y el teratoma quístico inmaduro o con transformación maligna constituyen los tipos más frecuentes. Existen otras modalidades más raras, incluso hay neoplasias malignas que son el resultado de combinaciones entre células germinales y derivados del estroma y de los cordones sexuales, como el Gonadoblastoma. Algunos tumores mesenquimatosos malignos no son específicos del ovario. Su histogénesis puede ser indeterminada y pueden originarse en teratomas preexistentes o formar parte de tumores mixtos malignos de origen Mülleriano con predominio de una determinada variedad de células mesenquimatosos malignas <sup>4- 7, 10, 11, 14, 15</sup>.

## **VI- Material y Método.**

➤ **Tipo de Estudio:** Descriptivo Serie de casos.

➤ **Área de Estudio:**

Se realizó en el departamento de patología Dr. Uriel Guevara, del Hospital Escuela Dr. Oscar Danilo Rosales Argüello, el cual está localizado en el sótano de dicho hospital. Anualmente se analizan aproximadamente 7000 biopsias quirúrgicas, el mayor volumen corresponden a biopsias Gineco-obstétricas y cerca de 23,000 Citologías Ginecológicas y un promedio de 300 citologías no ginecológicas.

➤ **Universo:** Todos las biopsias ginecológicas que ingresaron al servicio de Patología.

➤ **Población de estudio:** Todas las biopsias ginecológicas que expresaron malignidad durante el periodo de estudio.

➤ **Periodo de estudio:** 1 de Enero 2008- 31 de Diciembre 2009.

➤ **Criterios de inclusión:**

1. Todas las muestras atendidas por patologías ginecológicas, diagnosticadas con neoplasias ginecológicas malignas en el departamento de Patología.
2. Las pacientes que presentaron hoja de solicitud con datos completos requeridos para el estudio.

➤ **Método de Recolección de la muestra:**

➤ Mediante una ficha de recolección de datos las que se obtuvieron de fuente secundaria como:

*Prevalencia de Neoplasias Malignas Ginecológicas diagnosticadas en el departamento de Patología, HEDRA,  
desde el 1 de Enero 2008 - 31 de Diciembre del 2009.*

1. Hoja de solicitud de estudio histopatológico.
2. Registro de ingreso de biopsias.
3. Reporte histopatológico.

➤ **Consideraciones éticas.**

Todas las pacientes incluidas en este estudio se han sometido a procedimientos Intrahospitalarios, previa firma de consentimiento informado para procedimientos de diagnósticos y tratamientos y sus muestras fueron remitidas a solicitud del médico tratante mediante formato de solicitud de estudio histopatológico. De ninguna manera se revelarán los datos de identidad de las pacientes.

La información recopilada se utilizó solo para fines de la investigación respetando la normativa de ética y Deontología médica de la UNAN-León.

➤ **Procesamiento de los resultados:**

Los datos fueron introducidos y almacenados en una base de datos, donde se procesaron y analizaron de acuerdo a la Operacionalización de variables, con el programa estadístico SPSS 20 para Windows. Se estimaron las medidas de frecuencia, porcentaje, prevalencia y los resultados se plasmaron en cuadros y gráficos.

La prevalencia se estableció mediante la fórmula:

$$\frac{\text{Número de casos con neoplasia maligna}}{\text{Número de especímenes ginecológicos}} \times 100$$

*Prevalencia de Neoplasias Malignas Ginecológicas diagnosticadas en el departamento de Patología, HEDRA,  
desde el 1 de Enero 2008 - 31 de Diciembre del 2009.*

**Operacionalización de variables:**

<b>Variable</b>	<b>Concepto</b>	<b>Indicador</b>	<b>Valor</b>
<b>Grupos etarios</b>	Tiempo transcurrido en años desde el nacimiento hasta el momento del estudio	Hoja de solicitud de biopsia.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 18 – 25</li> <li>• 26 – 40</li> <li>• 40 - 89</li> </ul>
<b>Procedencia</b>	Municipio donde habita la paciente.	Hoja de solicitud de biopsia.	Municipios
<b>Número de partos</b>	Cuántas veces dio a luz	Hoja de solicitud de biopsia.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 0</li> <li>• 1-5</li> <li>• ≥5</li> </ul>
<b>Patología benigna-precursora de cáncer concomitante.</b>	Patología diagnosticada y asociada al proceso neoplásico.	Reporte de Patología	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hiperplasia Endometrial. (simple, compleja, con atipia, sin atipia y mixta.</li> <li>• Pólipo Endometrial.</li> <li>• Pólipo endocervical.</li> </ul>
<b>Citopatología</b>	Estudio de las enfermedades a nivel celular.	Registro del laboratorio de citología	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cervico uterina</li> <li>• Lavado peritoneal</li> <li>• Aspirado de quistes</li> </ul>
<b>Procedimiento quirúrgico realizado.</b>	Operación instrumental total o parcial de las lesiones con fines diagnósticos que practicó el cirujano.	Hoja de solicitud de Biopsia.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Histerectomía Abdominal Total.</li> <li>• Histerectomía Vaginal.</li> <li>• Curetaje endocervical</li> <li>• Ooforectomía.</li> <li>• Escisión</li> </ul>

*Prevalencia de Neoplasias Malignas Ginecológicas diagnosticadas en el departamento de Patología, H.EODRA,  
desde el 1 de Enero 2008 - 31 de Diciembre del 2009.*

Variable	Concepto	Indicador	Valor
			electroquirúrgica (LEEP). <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conización.</li> <li>• Biopsia colposcópica.</li> </ul>
<b>Espécimen</b>	Estructura, órgano o tejido enviado para estudio histopatológico.	Hoja de solicitud de Biopsia.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Órgano o tejido enviado.</li> </ul>
<b>Órgano de tumor primario</b>	Órgano de donde proviene el tumor maligno ginecológico.	Reporte por Patología.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ovario</li> <li>• Útero</li> <li>• Cérvix</li> <li>• Vagina</li> <li>• Vulva.</li> </ul>
<b>Tipo histológico.</b>	Diferenciación celular de la neoplasia maligna	Reporte por Patología.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adenocarcinoma</li> <li>• Sarcoma</li> </ul>
<b>Grado histológico</b>	Grado de similitud del tumor en relación al tejido de origen.	Reporte de Patología.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1</li> <li>• 2</li> <li>• 3</li> <li>• No determinado.</li> </ul>
<b>Estadio clínico patológico</b>	Extensión de la enfermedad integrando elementos clínicos, exámenes de gabinete, y anatomopatológico	Expediente clínico. Reporte histopatológico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Imagenología.</li> <li>• Criterios clínicos.</li> <li>• Patológico.</li> </ul>

*Prevalencia de Neoplasias Malignas Ginecológicas diagnosticadas en el departamento de Patología, HEDRA,  
desde el 1 de Enero 2008 - 31 de Diciembre del 2009.*

<b>Variable</b>	<b>Concepto</b>	<b>Indicador</b>	<b>Valor</b>
<b>Ganglios linfáticos</b>	Número de ganglios disecados.	Reporte histopatológico.	Relación ganglios positivos/ negativos.
<b>Metástasis</b>	Propagación de células cancerosas a un órgano distinto de aquel en el que se inició.	Reporte histopatológico.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sitio anatómico.</li> </ul>
<b>Margen de resección quirúrgica.</b>	Corte que practicó el cirujano durante el procedimiento para separar del tejido aparentemente sano.	Reporte de Patología.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Libre.</li> <li>• Tomado.</li> </ul>
<b>Invasión vascular sanguínea.</b>	Invasión de un tumor hasta penetrar la pared de un vaso sanguíneo formando un émbolo que es depositado en un órgano determinado.	Reporte de Patología.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presente.</li> <li>• Ausente.</li> </ul>
<b>Invasión vascular linfática.</b>	Células tumorales que penetran pequeños vasos linfáticos y son transportadas por la linfa hasta el ganglio linfático regional.	Reporte de Histopatología.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presente.</li> <li>• Ausente.</li> </ul>
<b>Invasión perineural.</b>	Afectación de células tumorales rodeando los nervios.	Reporte de histopatología.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presente.</li> <li>• Ausente.</li> </ul>

## VII- Resultados

Durante el periodo de estudio se admitieron un total de 2892 muestras ginecológicas que por órganos correspondieron a: Cérvix: 1405 casos, Útero: 900 casos, Ovario: 575 casos y vulva: 12 casos. De todos, 172 mostraron una Neoplasia Maligna Ginecológica. En relación a las características sociodemográficas, la mayoría de los cánceres ginecológicos estaban concentrados en dos grupos etarios: de 48 – 89 años, 104 pacientes (60,5 %), y de 26-40 años, 51 pacientes (29,7%). En cuanto a la procedencia, 133 (76,3 %) pacientes eran originarias de León. En lo que respecta a su ocupación la mayoría eran ama de casa, con 97 (56,4 %), seguidas por las domesticas y las jubiladas con 13 (7,6 %), respectivamente. (Tabla 1)

**Tabla 1- Características socio demográficas de las pacientes con cáncer.**

<b>Grupos etarios</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
18-25	17	9,9
26-40	51	29,7
41-89	104	60,5
Total	172	100
<b>Procedencia</b>		
León	133	76,9
Desconocida	23	13,4
Chinandega	10	12,7
Jinotega	1	0,6
Managua	1	0,6
RAAS	1	0,6

*Prevalencia de Neoplasias Malignas Ginecológicas diagnosticadas en el departamento de Patología, HEDRA, desde el 1 de Enero 2008 - 31 de Diciembre del 2009.*

Ocupación		
Ama de casa	97	56,4
Doméstica	13	7,6
Jubilada	13	7,6
Comerciante	12	7,0
Desempleada.	7	4,1
Profesional	4	2,3
Estudiante	4	2,3
Obrera	3	1,7
Vendedora ambulante	2	1,2

En la distribución de frecuencia de pacientes con cáncer ginecológico en la población de estudio, se encontró que el más común fue el Carcinoma cervical con 141 (81,9%), seguido por el Adenocarcinoma de Endometrio (Útero) 18 (10,4%) y el menos frecuente fue el Carcinoma de vulva con 1 caso (0,5%). (Tabla 2)

**Tabla 2: Frecuencia de cáncer ginecológico por órgano.**

Localización	No.	%
Cáncer de Cérvix	141	81,9
Cáncer de Útero	18	10,4
Cáncer de Ovario	12	6,9
Cáncer de Vulva	1	0,5

*Prevalencia de Neoplasias Malignas Ginecológicas diagnosticadas en el departamento de Patología, HEDRA, desde el 1 de Enero 2008 - 31 de Diciembre del 2009.*

En relación a los hallazgos de la citología cervico uterina en pacientes con cáncer ginecológico revelaron que la lesión intraepitelial escamosa de alto grado se manifestó (LIE- AG) en 74 (43%), 40 (23,2%) casos no fueron reportados, siendo negativos para lesión intraepitelial y células malignas 32 (19, 4%) y 22 (12,7%) presentaron lesión intraepitelial escamosa de bajo grado (LIE- BG). (Tabla 3)

**Tabla 3: Hallazgos en la citología cervico uterina en pacientes con cáncer ginecológico.**

<b>Citología cervico uterino</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
LIE-AG	74	43
No reportado	40	23,2
Negativo para LIE y células malignas.	32	19,4
LIE- BG	22	12,7
ASC-US	4	2,3
ASC-H	1	0,5

Dentro de las condiciones benignas concomitantes y/o lesiones precursoras por sitio anatómico afectado por cáncer ginecológico, en 5 casos de pacientes con cáncer uterino (Endometrio) presentaban Hiperplasia endometrial compleja con atipia. (Tabla 4)

**Tabla 4:**  
**Condiciones benignas y lesiones precursoras concomitantes según sitio anatómico afectado por cáncer ginecológico.**

Patología Concomitante	Sitio anatómico			
	Cérvix	Útero	Ovario	Vulva
Ninguna	131	8	12	1
Hiperplasia Endometrial simple sin atipia	2	0	0	0
Hiperplasia Endometrial compleja con atipia	0	5	0	0
Hiperplasia Endometrial compleja sin atipia	1	0	0	0

El procedimiento quirúrgico realizado con más frecuencia fueron las biopsia colposcópica con 141 (81,9 %), (Tabla 5).

**Tabla 5: Frecuencia de procedimiento quirúrgico realizado a pacientes con Cáncer Ginecológico.**

Procedimiento	No.	%
Biopsia colposcópica	65	37.8
Curetaje endocervical	62	36.0
Conización	45	26.2
Histerectomía Abdominal Total	24	14.0
Ooforectomía	23	13.4
Histerectomía Radical	11	6.4
Histerectomía Vaginal	1	0.6
Vulvectomía	1	0.6

*Prevalencia de Neoplasias Malignas Ginecológicas diagnosticadas en el departamento de Patología, HEDRA, desde el 1 de Enero 2008 - 31 de Diciembre del 2009.*

En relación a la distribución de pacientes con cáncer ginecológico por sitio anatómico y su relación con paridad más afectadas las mujeres que tienen de 1 - 5 partos para un total de 98 pacientes (Tabla 6).

**Tabla 6: Distribución de Cáncer Ginecológico de la paciente según paridad.**

Paridad	Sitio anatómico				Total
	Cérvix	Útero	Vulva	Ovario	
<b>0</b>	13	4	0	3	20
<b>1 – 5</b>	82	8	0	8	98
<b>&gt; 5</b>	46	6	1	1	54
<b>Total</b>	141	18	1	12	172

En base a la distribución de tipo histológico de cáncer por sitio anatómico, se encontró que a nivel del Cérvix el más frecuente fue el Carcinoma escamoso con 132 (77 %) casos, seguido por el Adenoescamoso con 4 (2%) casos, y con menor frecuencia el Adenocarcinoma Vello glandular 1 (1%). Con respecto al Endometrio resaltó el adenocarcinoma tipo Endometrioide con 17 (10 %) casos. En lo que respecta al Ovario se presentó con mayor frecuencia el Cistoadenocarcinoma Seroso Papilar en 7 (4 %) casos, seguido de Cistoadenocarcinoma Mucinoso con 2 (1 %) casos y en menor frecuencia: Tumor de células de la granulosa, tipo adulto, Disgerminoma y Psamomacarcinoma seroso papilar representando 1 (1 %) por cada uno de los diferentes carcinomas (Tabla 7).

**Tabla 7: Distribución de tipo histológico de Cáncer ginecológico por sitio anatómico.**

<b>Sitio anatómico</b>	<b>Tipo histológico</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
<b>Cérvix Uterino</b>	Carcinoma escamoso	132	77%
	Adenoescamoso	4	2%
	Adenocarcinoma endocervical	2	1%
	Adenocarcinoma de células claras.	2	1%
	Adenocarcinoma Vello glandular.	1	1%
<b>Útero</b>	Adenocarcinoma tipo Endometrioides	17	10%
	Carcinoma Seroso papilar del endometrio.	1	1%
<b>Ovario</b>	Cistoadenocarcinoma Seroso Papilar	7	4%
	Cistoadenocarcinoma Mucinoso papilar.	2	1%
	Psamomacarcinoma Seroso Papilar	1	1%
	Tumor de células de la granulosa, tipo adulto con patrón microfolicular.	1	1%
	Disgerminoma.	1	1%
<b>Vulva</b>	Carcinoma escamoso	1	1%

En relación a la distribución por grado histológico de cáncer ginecológico, predominó el grado I con 114 (66 %) y en menor frecuencia los tumores indiferenciados con 2 (1 %).

**Tabla 8: Distribución según grado histológico de Cáncer ginecológico en la población de estudio.**

<b>Grado histológico</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
I	114	66
II	38	22
III	14	8
Indiferenciado	2	1
No definido	4	2
Total	172	100

Según la distribución de frecuencia de afectación de márgenes quirúrgicos se encontraron libres en 49 casos (28,4 %) y en 25 casos (14,5 %) estaban tomados. (Tabla 9)

**Tabla 9: Distribución de frecuencia de afectación de márgenes quirúrgicos en cánceres ginecológicos.**

<b>Margen quirúrgico</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
Libres	49	28.4
No aplica	81	47
Tomados	25	14.5
No reportados	17	9.9
Total	172	100

*Prevalencia de Neoplasias Malignas Ginecológicas diagnosticadas en el departamento de Patología, H.EODRA, desde el 1 de Enero 2008 - 31 de Diciembre del 2009.*

En relación a la distribución de frecuencia de cáncer ginecológico, la invasión vascular sanguínea se observó en 3 casos (2 %), la invasión vascular linfática se reportó en 5 casos (3 %), y en 2 casos (1 %) casos, dieron positivos para células malignas en ganglios linfáticos, sin embargo, la metástasis a distancia se presentó en 7 (4%), casos. (Tabla 10).

**Tabla 10: Distribución de frecuencia de invasión sanguínea, linfática, a ganglios y metástasis a distancia de cáncer ginecológico en la paciente.**

<b>Tipo de invasión</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
<b>Vascular sanguínea</b>		
SI	3	2
NO	169	98
<b>Ganglios Linfáticos</b>		
Positivos	2	1
Negativos	170	99
<b>Metástasis a distancia</b>		
SI	7	4
NO	165	96
<b>Vascular linfática</b>		
SI	5	3
NO	167	97
Total	172	100

En la distribución por estadio clínico patológico del cáncer ginecológico por órgano en la población de estudio reveló, que en relación al Cérvix superó el Carcinoma de células escamosa in situ (pre invasivo) con 90 (52.3 %) casos, seguida por el estadio I A 49 (28.5 %), consecutivo a este se encontró que en el Útero predominó el estadio I A con 6 (3.5 %), la condición del Ovario prevaleció en el estadio II A ( 4.1 %),

*Prevalencia de Neoplasias Malignas Ginecológicas diagnosticadas en el departamento de Patología, H.EODRA, desde el 1 de Enero 2008 - 31 de Diciembre del 2009.*

seguido por el estadio IVB 3 (1.7 %), en relación a la Vagina, se presentó un caso (1.7 %) en estadio I A, (Tabla 11).

**Tabla 11: Distribución del estadio clínico patológico del Cáncer ginecológico.**

Estadio Clínico Patológico		Sitio anatómico de tumor primario				Total
		Cérvix	Útero	Ovario	Vulva	
<b>IN SITU</b>	Frecuencia	90	3	0	0	93
	%	52,3	1,7	0	0	54,1
<b>IA</b>	Frecuencia	49	6	1	1	57
	%	28,5	3,5	0,6	0,6	33,1
<b>IIA</b>	Frecuencia	1	1	7	0	9
	%	0,6	0,6	4,1	0	5,2
<b>IIIA</b>	Frecuencia	0	2	0	0	2
	%	0	1,2	0	0	1,2
<b>IB</b>	Frecuencia	1	5	1	0	7
	%	0,6	2,9	0,6	0	4,1
<b>IVB</b>	Frecuencia	0	1	3	0	4
	%	0	0,6	1,7	0	2,3

La tasa de prevalencia de las neoplasias malignas ginecológicas fue la siguiente:

Cérvix: 10%, Útero: 2%, Ovario: 2%, y Vulva: 8 %.

### **VIII- Discusión**

El cáncer ginecológico se presentó de manera con mayor frecuencia en el grupo etario de 41 – 89 años, esto coinciden con lo expresado por Robert J, Yakasai. En relación a este dato, el comportamiento observado en el presente estudio se corresponde con la tendencia presentada en otras investigaciones mostrando un aumento progresivo de casos de cáncer de cérvix en el grupo de edad de 30-39 años, y alcanzando un pico entre la V- VI década de la vida <sup>1, 14</sup>.

El patrón de malignidad ginecológica varía en las diferentes áreas geográficas del mundo, sin embargo, el presente estudio muestra datos que en general, guardan similitud en cuanto al orden de frecuencia del cáncer ginecológico mostrados en otros estudios; si comparamos estos datos con los aportados por GLOBOCAN 2012, en este último se observó que los tumores más frecuentes fueron de mayor a menor frecuencia el de cérvix uterino, cuerpo uterino y ovario, sin embargo, es oportuno destacar que en nuestro medio el predominio es del cáncer de cérvix concentrándose en este tipo de tumor la gran mayoría de casos de malignidades ginecológicas, en cambio a nivel global las estadísticas de cáncer de cérvix son sólo levemente superiores a las del cáncer de endometrio <sup>1, 3, 14</sup>.

En América Latina y el Caribe, el cáncer es la segunda causa principal de muerte. Las causas más comunes de muertes son el cuello uterino, de mama y el cáncer de estómago entre las mujeres. Uruguay, Argentina, Colombia, Perú y Barbados están entre los países de la región que está experimentando la mayor carga de cáncer <sup>3</sup>.

*Prevalencia de Neoplasias Malignas Ginecológicas diagnosticadas en el departamento de Patología, HEDRA,  
desde el 1 de Enero 2008 - 31 de Diciembre del 2009.*

La patología tumoral ginecológica más frecuente fue el Cáncer de Cérvix con 81.98 %, (85 % a 90 % según la OMS). Estos resultados se explican por la debilidades en el programa de detección, analizados a lo largo de América Latina, región donde todos los países informan poseer un programa de cribado de cáncer de cuello de útero, sin embargo, la cobertura de tamizaje es muy baja, ya que más de la mitad de la países informaron de un 25% o menos cobertura. El 80% de los casos de cáncer de cervix se encuentran en países en vías de desarrollo <sup>3</sup>. En lo que concierne al tipo histológico predominó el de células escamosas, este dato coincide con el de otros estudios, que reportan que este representa el 85-90% de los casos de carcinoma de cervix <sup>3</sup>.

La paridad y su relación con el tipo de cáncer ginecológico se corresponden con la descrita por la literatura para cáncer cervicouterino en comparación con cáncer de endometrio y de ovario, siendo coherente con los informes de algunos estudios como por ejemplo los realizados por Kurman J et al <sup>14</sup>, el informe de la OMS del 2008 <sup>3</sup>. La baja frecuencia de cáncer de ovario observada en el presente estudio, podría explicarse en parte por el elevado número de partos, ya que esto se ha descrito como un factor de protección, así como el uso reducido de contraceptivos orales.

La elevada frecuencia de LIE- AG, se corresponde con el comportamiento de predominio de patología maligna de cervix uterino, concuerda con los estudios llevados a cabo por Yakasai <sup>1</sup>, Kurman J <sup>14, 17, 18</sup>.

Estos datos están en correspondencia con los procedimientos quirúrgicos empleados en la población de estudio, siendo los más frecuentes: las biopsias colposcópica, el Curetaje endocervical y la Conización.

*Prevalencia de Neoplasias Malignas Ginecológicas diagnosticadas en el departamento de Patología, HEDRA,  
desde el 1 de Enero 2008 - 31 de Diciembre del 2009.*

El Carcinoma de Endometrio (Útero) es el segundo cáncer ginecológico más frecuente en nuestro medio con el 10,4 % y que dentro de las condiciones benignas concomitantes la hiperplasia endometrial compleja con atipia se asoció a éste, el tipo histológico usual fue el Adenocarcinoma tipo Endometriode, es comparable con otros estudios realizados por Viola et al <sup>8</sup>, Kurman J et al <sup>14</sup>. El cáncer de endometrio es la séptima neoplasia en orden de frecuencia en el mundo, y la cuarta en países desarrollados. Más del 90% de los casos ocurren en pacientes mayores de 50 años <sup>3, 6-8, 17, 18</sup>.

En la población de estudio se encontró que el grado histológico I fue el más frecuente con el 66 %, continuando el grado II con 22 % y el grado indiferenciado fue tan solo un 2 %.

Cerca del 80% de los adenocarcinomas de endometrio son de bien a moderadamente diferenciados, y generalmente están asociados a hiperplasia endometrial en el caso de tumores tipo I. Cerca del 10% de los cánceres de endometrio son de tipo II, (de alto grado o pobremente diferenciados), siendo los más comunes el seroso papilar, células claras y escamoso <sup>3, 17, 18</sup>.

El Carcinoma de Ovario ocupa el tercer lugar con el 6.98 %, bajo en comparación con los países desarrollados como: Escandinavia, Estados Unidos, Alemania entre otros, se determinó que el tipo histológico más frecuente fue el Cistoadenocarcinoma Seroso Papilar con 4 %, en el que se encontró un caso de Disgerminoma estos datos son análogos a los encontrados en estudios elaborados por Hosanuna <sup>10</sup>, Kurman J <sup>14, 17, 18</sup>.

*Prevalencia de Neoplasias Malignas Ginecológicas diagnosticadas en el departamento de Patología, HEDRA,  
desde el 1 de Enero 2008 - 31 de Diciembre del 2009.*

La invasión vascular sanguínea se dio en un 2 %, la invasión vascular linfática en un 3 %, la afectación a ganglios linfáticos fue de 1 % y un 4 % presentó metástasis a distancia.

En relación al estadio clínico patológico de las pacientes con carcinoma ginecológico por órgano se determinó, que a nivel del Cérvix el carcinoma de células escamosas in situ fue el más frecuente con el 52.3 %, seguido por el estadio I A con el 28.5 %, en relación al útero el 3.5 % se encontraron en estadio I A y el 2.9 % en estadio I B, con respecto al Ovario 4.1 % estaban en estadio II A y 1.7 % en estadio IV B, a nivel de la Vulva se identificó un caso en estadio I A.

Los factores clínicos que influyen el pronóstico del cáncer de cérvix, son edad, estadio de la enfermedad, volumen, invasión linfática, e invasión vascular sanguínea. La presencia de metástasis a distancia está determinada en gran medida por el estadio: 3% en estadio IA, a 75% en estadio IV A

## **IX-Conclusiones**

- El cáncer ginecológico se presentó con mayor frecuencia en el grupo etario de 41 - 89 años, el comportamiento observado se corresponde con la tendencia presentada en otras investigaciones mostrando un aumento progresivo de casos de cáncer de cérvix, que fue el más común en este estudio.
- La prevalencia de neoplasias malignas ginecológicas se corresponde con el comportamiento reportado en GLOBOCAN 2012, salvo que en el presente estudio el predominio del cáncer cervicouterino es más acentuado.
- En relación a los estadio clínico patológicos el carcinoma de Cérvix in situ fue el más frecuente con el 52.3 %; en relación al útero el 3.5 % se encontraron en estadio I A, y con respecto al Ovario 4.1 % estaban en estadio II A.
- La tasa de prevalencia de las neoplasias malignas ginecológicas fue la siguiente:  
Cérvix: 10%, Útero: 2%, Ovario: 2%, y Vulva: 8 %.

### **X-Recomendaciones**

- Plasmar los antecedentes Gineco-obstétricos tanto en el expediente como en la hoja de solicitud de biopsias.
- Reflejar todos los parámetros de interés pronóstico - extensión de la enfermedad tanto en el abordaje clínico como patológico de los casos.
- Dotar de inmunohistoquímica, ya que a falta de marcadores diagnósticos, se puede tener una estadística sub real del comportamiento epidemiológico.
- Garantizar los estudios imagenológicos a las pacientes que en su abordaje lo ameritan tanto para fines diagnósticos como de pronóstico.

## **XI- Bibliografía**

- 1- Yakasai IA, Ugwa EA, Otubo J. Gynecological malignancies in Aminu Kano Teaching Hospital Kano: A 4 year review. Abuja, Nigeria, Jan – Mar 2013. Vol 16. Issue 1.
- 2- Catabelle R, Diagnósticos, Tratamientos, Prevenciones, Detección del Cáncer Cervicouterino, Francia, Enero – Febrero. 2014.
- 3- Boyle P and Levin B (Eds.) World Health Organization. World Cancer Report. Press: Lyon 2008.
- 4- Grases P, Patología Ginecológica. Bases para el Diagnóstico Morfológico.
  - a. Universidad de Venezuela, Caracas. 2003. P. 155-159. Cap.7
- 5- Sternberg's. Diagnostic Surgical Pathology. En: Female Reproductive System and Peritoneum. 5th ed. Vol .2; 2010. P .2096-2309. Cap.51, 52, 53, 54,
- 6- Nucci M, Oliva E. Gynecologic Pathology. Churchill Livingstone. 2009. Cap.2, 3, 5, 7 y 13.
- 7- World Cancer Report. Cervical Cancer. Ovarian Cancer. Endometrial Cancer. Francia. 2008. P. 418-428.
- 8- Viola As, Gol veria D, Andrade L, Aldrighi J. Prevalencia de la Hiperplasia no sintomática y Carcinoma Endometrial en mujeres obesas y con sobrepeso. Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medical Sciences, Universidade de Estadual de Campinas, Brazil. 2008. P. 13-257.
- 9- Guía Clínica del Cáncer Cervico-Uterino. Reforma de la Salud. Gobierno de Chile. 2005.

*Prevalencia de Neoplasias Malignas Ginecológicas diagnosticadas en el departamento de Patología, HEDRA,  
desde el 1 de Enero 2008 - 31 de Diciembre del 2009.*

- 10-Hosanuna S, Koba yashi Y. Clinical Significance of side population in ovarian cancer cells. Japón. 7 January 2011. P. 9-12.
- 11-Dallenbach G, Von Knebel O, Trunk M, Color Atlas of Histopathology of the Cervix Uteri 2nd ed. 2005. P.2-5; 117-176.
- 12-Robbins y Cotran. Patología Estructural y Funcional. España. 8 ed. 2010. P. 1012- 10522-
- 13-Arquímedes B, Díaz J, Martínez J. Morbilidad de Carcinoma Endometrial según Factores Epidemiológicos. Hospital Universitario Dr. Luis Razetti. Barcelona Orizoátegui. 1999-2008.
- 14-Kurman R J, Hederick L, Ronnett B M. Blausten's Pathology of the female Genital Tract. 6th ed. 2011, New York USA. Cap. 6, 9 y 14.
- 15-Munguía F, Oliva E. Uterine Cancer Screening. Diagnosis and Treatment Current Clinical Oncology. 2009. Guía Clínica de Cáncer Cervico Uterino.
- 16- [www.scrib.com/doc/72-47-761/patología-vulvar-maligna](http://www.scrib.com/doc/72-47-761/patología-vulvar-maligna) (18- Oct-2008).
- 17-Tavassoli F. A, Devileec P (Eds.): World Health Organization of Tumours.
- 18-Pathology and Genetics of Tumours of the breast and Female Genital Organs. IARC. Press: Lyon 2003.

*Prevalencia de Neoplasias Malignas Ginecológicas diagnosticadas en el departamento de Patología, HEDRA,  
desde el 1 de Enero 2008 - 31 de Diciembre del 2009.*

# **ANEXO**

*Prevalencia de Neoplasias Malignas Ginecológicas diagnosticadas en el departamento de Patología, HEODRA,  
desde el 1 de Enero 2008 - 31 de Diciembre del 2009.*

**FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Fecha: \_\_\_\_\_

Ficha No. \_\_\_\_\_

**I-Datos Generales:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ años Ocupa \_\_\_\_\_

Procedencia: \_\_\_\_\_ Biopsia No. \_\_\_\_\_ Fecha de toma de la biopsia: \_\_\_\_\_

**II- Número de partos**

**III – Patología Benigna, precursora de cáncer concomitante:**

Hiperplasia Endometrial (simple, compleja, con atipia, sin atipia y mixta (5) (\_\_\_)

Pólipo Endocervical (\_\_\_) Pólipo Endometrial (\_\_\_)

**IV- Citopatología**

Cervico uterino (\_\_\_) Resultado: \_\_\_\_\_

Lavado peritoneal (\_\_\_) Resultado: \_\_\_\_\_

Aspirado de Quiste (\_\_\_) Resultado: \_\_\_\_\_

**V- procedimiento quirúrgico realizado.**

Histerectomía Abdominal Total (\_\_\_)

Histerectomía Vaginal (\_\_\_)

Curetaje endocervical (\_\_\_)

Biopsia colposcópica (\_\_\_)

Conización (\_\_\_)

Ooforectomía (\_\_\_) Histerectomía Radical (\_\_\_)

Vulvectomía (\_\_\_)

Escisión electroquirúrgica (LEEP) (\_\_\_)

**VI- Espécimen:**

Órgano o tejido enviado

**VII- Órgano de tumor primario:**

Ovario (\_\_\_)

Útero (\_\_\_)

Cérvix (\_\_\_)

*Prevalencia de Neoplasias Malignas Ginecológicas diagnosticadas en el departamento de Patología, HEDRA,  
desde el 1 de Enero 2008 - 31 de Diciembre del 2009.*

Vagina (\_\_\_)

Vulva (\_\_\_)

**VIII- Tipo histológico**

Adenocarcinoma\_\_\_\_\_ Sarcoma\_\_\_\_\_.

**IIIX- grado histológico:**

1 (\_\_\_) 2 (\_\_\_) 3 (\_\_\_) No determinado (\_\_\_).

**IX- Estadio clínico patológico:**

- Imagenología\_\_\_\_\_
- Criterios clínicos\_\_\_\_\_
- Patológico \_\_\_\_\_

Ganglios linfáticos	Positivos (___) Negativos(___)
Metástasis	• sitio anatómico
Margen de resección quirúrgica.	Libre (___) Tomado(____)
Invasión vascular sanguínea.	Presente(____) Ausente (___)
Invasión vascular linfática.	Presente(____) Ausente (___)
Invasión perineural.	Presente(____) Ausente (___)