Artículos originales

Caracterización clínico-epidemiológica del cáncer de ovario

Clinical-epidemiological Characterization of Ovarian Cancer

Hailyn González Fernández[1] Rodolfo Arian Morales Yera[1] Sergio Marcelino Santana Rodríguez[1] Liena Reinoso Padrón[1] Bernardo Enrique Heredia Martínez[1]

[1] Hospital Universitario Docente Celestino Hernández Robau, Santa Clara, Villa Clara, Cuba

Cómo citar este artículo:
González-Fernández H, Morales-Yera R, Santana-Rodríguez S, Reinoso-Padrón L, Heredia-Martínez B. Caracterización clínico-epidemiológica del cáncer de ovario. **Revista Finlay** [revista en Internet]. 2021 [citado 2026 Nov 13]; 11(4):[aprox. 11 p.]. Disponible en: https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/1071

Resumen

Fundamento: el cáncer de ovario constituye un problema de salud pública en Cuba y en el mundo por su elevada morbilidad y mortalidad.
Objetivo: caracterizar las pacientes diagnosticadas con cáncer de ovario atendidas en el Servicio de Ginecología Oncológica del Hospital Universitario Docente Celestino Hernández Robau en el periodo 2015 - 2018.
Método: se realizó un estudio descriptivo de corte transversal con una muestra de 71 pacientes diagnosticadas de cáncer de ovario en el Hospital Universitario Docente Celestino Hernández Robau. Se consideraron las variables: edad, nivel de escolaridad, hábito de fumar, obesidad, antecedentes patológicos familiares de cáncer de ovario, antecedentes ginecostétricos, clasificación histológica, estadio clínico, tratamiento monoespecífico y respuesta al tratamiento primario. Se determinaron frecuencias absolutas y relativas.
Resultados: predominaron las pacientes entre 50-59 años (36,6 %), las multíparas (92 %), en etapa clínica IIIC con un 35,22 %, los adenocarcinomas serosos representaron el tipo histológico más frecuente (64,79 %). La cirugía subóptima se practicó al 52,11 % y la quimioterapia adyuvante al 45,07 %. El 35 % de las pacientes alcanzaron respuesta completa al tratamiento inicial.
Conclusiones: los resultados obtenidos se comportan, en general, de acuerdo a patrones epidemiológicos reportados internacionalmente. Las pacientes entre 50-59 años, multíparas, en etapa clínica IIIC y con adenocarcinomas serosos, son prevalentes. La cirugía y la quimioterapia fueron los tratamientos estándar. Se obtuvo respuesta completa en la mayoría de las pacientes después del tratamiento inicial.

Palabras clave: cáncer de ovario, morbilidad, mortalidad, tratamiento

Abstract

Background: ovarian cancer constitutes a public health problem in Cuba and the world due to its high morbidity and mortality.
Objective: to characterize the patients diagnosed with ovarian cancer treated at the Gynecol Oncology Service of the Celestino Hernández Robau Teaching University Hospital in the period 2015 - 2018.
Method: a descriptive cross-sectional study was carried out with a sample of 71 patients diagnosed with ovarian cancer at the Celestino Hernández Robau Teaching University Hospital. Variables were considered: age, level of education, smoking, obesity, family pathological history of ovarian cancer, gynecostal history, histological classification, clinical stage, monospecific treatment and response to primary treatment. Absolute and relative frequencies were determined.
Results: patients between 50-59 years (36.6 %), multiparous (92 %), in clinical stage IIIC with 35.22 %, serous adenocarcinomas represented the most frequent histological type (64.79 %). Suboptimal surgery was performed in 52.11 % and adjuvant chemotherapy in 45.07 %. 35 % of the patients achieved a complete response to the initial treatment.
Conclusions: the results obtained behave, in general, according to epidemiological patterns reported internationally. Patients between 50-59 years of age, multiparous, in clinical stage IIIC and with serous adenocarcinomas are prevalent. Surgery and chemotherapy are standard treatments. Complete response was obtained in most patients after initial treatment.

Key words: ovarian cancer, morbidity, mortality, treatments

Recibido: 2021-09-30 10:58:46
Aprobado: 2021-12-21 10:30:04

Correspondencia: Hailyn González Fernández. Hospital Universitario Docente Celestino Hernández Robau. Villa Clara. hailyngf@gmail.com

 ISSN 2221-2434

INTRODUCCIÓN

El cáncer de ovario es uno de los cánceres ginecológicos más frecuentes. En la actualidad ocupa el séptimo lugar en incidencia con 10,1 por 100 000 mujeres entre 20 y 74 años, una tasa de mortalidad estimada de 8,4 y una cifra de mortalidad de alrededor de 168 752 mujeres por esta enfermedad en el mundo.[1]

Menos de la mitad de las pacientes sobreviven más de 5 años y más del 75 % de las mujeres se diagnostican cuando la enfermedad se encuentra en una etapa avanzada, siendo común el diagnóstico en estadios 3 y 4, donde la tasa de supervivencia es de 25-30 %; además, el 60 % de ellas presentan enfermedad metastásica al momento del diagnóstico.[2,3]

En Estados Unidos, el cáncer de ovario es el más agresivo, produciendo una alta mortalidad a pesar de mantener estable su incidencia en los últimos 20 años, es la quinta causa de muerte por cáncer entre las mujeres en EE. UU. [4] La edad promedio de diagnóstico es de 65 años, con una tasa de supervivencia de 5 años inferior a 10 % para estadio IV y de 80 % para estadio 1A. El diagnóstico de cáncer de ovario se realiza de manera tardía entre el 68 y el 75 % de los casos.[5]

En Latinoamérica presenta una incidencia de 9,2 y una tasa de mortalidad de 7,3 por 100 000 mujeres, a diferencia de Estados Unidos con 12,6 y 8,8 respectivamente.[1]

En Cuba se ha mantenido aumentando la incidencia de esta patología, en el año 2018, se comportó como el séptimo cáncer más frecuente en el sexo femenino con 532 casos, de estos la provincia Villa Clara presentó un total de 45 pacientes reportadas, disminuyendo la incidencia en relación con años anteriores.[6]

La alta mortalidad de este tipo de cáncer se debe a un crecimiento asintomático del tumor. Los síntomas, usualmente inespecíficos, suelen presentarse en etapas avanzadas, siendo los más comunes: dolor de espalda, fatiga, dolor/distensión abdominal, constipación o síntomas urinarios que se presentan al menos 3 meses antes del diagnóstico.[2,3]

Con el afán de mejorar el pronóstico de la enfermedad, se han implementado estrategias que favorecen la detección temprana. Actualmente los estudios se centran principalmente en el marcador tumoral CA-125 y en diversos estudios de diagnóstico por imagen, cuyo principal objetivo consiste en ayudar a diferenciar entre lesiones benignas o malignas y favorecer el diagnóstico oportuno de estas.[3]

En este contexto y teniendo en cuenta el problema que constituye esta enfermedad oncológica en el mundo, el país y la provincia, se decidió hacer esta investigación que tiene como objetivo: caracterizar las pacientes diagnosticadas con cáncer de ovario atendidas en el Servicio de Ginecología Oncológica del Hospital Universitario Docente Celestino Hernández Robau en el periodo 2015 - 2018.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal con el objetivo de caracterizar el cáncer de ovario en el Servicio de Ginecología Oncológica del Hospital Universitario Docente Celestino Hernández Robau de Santa Clara, Villa Clara en el periodo enero 2015 a diciembre 2018.

La población del estudio estuvo integrada por 123 pacientes, registradas en la oficina de estadística de dicho hospital, con diagnóstico de cáncer de ovario durante este periodo. Se excluyeron las pacientes cuyas historias clínicas carecían de datos incluidos como variable de estudio. La muestra quedó constituida por 71 pacientes.

Se utilizó un modelo de recolección de datos en el que se registraron los fundamentos necesarios a partir de las historias clínicas de las pacientes. El llenado de este modelo se realizó por el investigador principal, donde se analizaron las siguientes variables: edad, nivel de escolaridad, hábito de fumar, obesidad, antecedentes patológicos familiares de cáncer de ovario, antecedentes ginecostétricos, clasificación histológica, estadio clínico, tratamiento monoespecífico y respuesta al tratamiento primario.

No se recogió consentimiento informado porque solo se trabajó con los datos existentes en las historias clínicas individuales, respetando siempre su divulgación y utilizándolos solo con fines científicos.

El tratamiento de los datos se realizó mediante el empleo de una microcomputadora Pentium 4 y fueron llevados a un software de procesamiento estadístico (SPSS), versión 11.5 para Windows. Luego se confeccionó la base de datos para

obtener los resultados y se resumieron en tablas y gráficos estadísticos. Se determinaron frecuencias absolutas (número de casos) y relativas (porcentajes) en las distribuciones de frecuencia conformada.

La investigación fue aprobada por el consejo científico de la Institución.

RESULTADOS

La distribución por edades mostró un rango entre los 19 y 78 años, con una edad promedio de 54 años en el momento del diagnóstico o de la primera consulta. Predominaron las pacientes en la década de los 50 años de vida con 26 mujeres (36,62 %), presentando diferencias altamente significativas entre las proporciones. (Tabla 1).

Tabla 1. Categorías de edades de las pacientes con cáncer de ovario

Edad por categorías	Pacientes	
	N	%
Menos de 20 años	1	1,41
20 a 29 años	5	7,05
30 a 39 años	4	5,63
40 a 49 años	12	16,90
50 a 59 años	26	36,62
60 a 69 años	11	15,49
Más de 70 años	12	16,90
Total	**71**	**100,00**

Cálculo de la significación por Chi cuadrado (X^2), p=0.000

A continuación se muestra la distribución de las pacientes según el nivel de escolaridad. Se evidenció un predominio significativo de mujeres con niveles de secundaria básica (28 %), seguidas del técnico medio (27 %) y preuniversitario (25 %). (Fig 1).



Fig 1. Nivel de escolaridad de las pacientes con cáncer de ovario
Cálculo de la significación por Chi cuadrado (X^2), p=0.006

A continuación se exponen los factores asociados al estilo de vida en la muestra de estudio. En las pacientes no prevaleció la obesidad ni el hábito de fumar, se evidenciaron diferencias significativas respecto a las que sí presentaron estos factores de riesgo. (Fig 2).

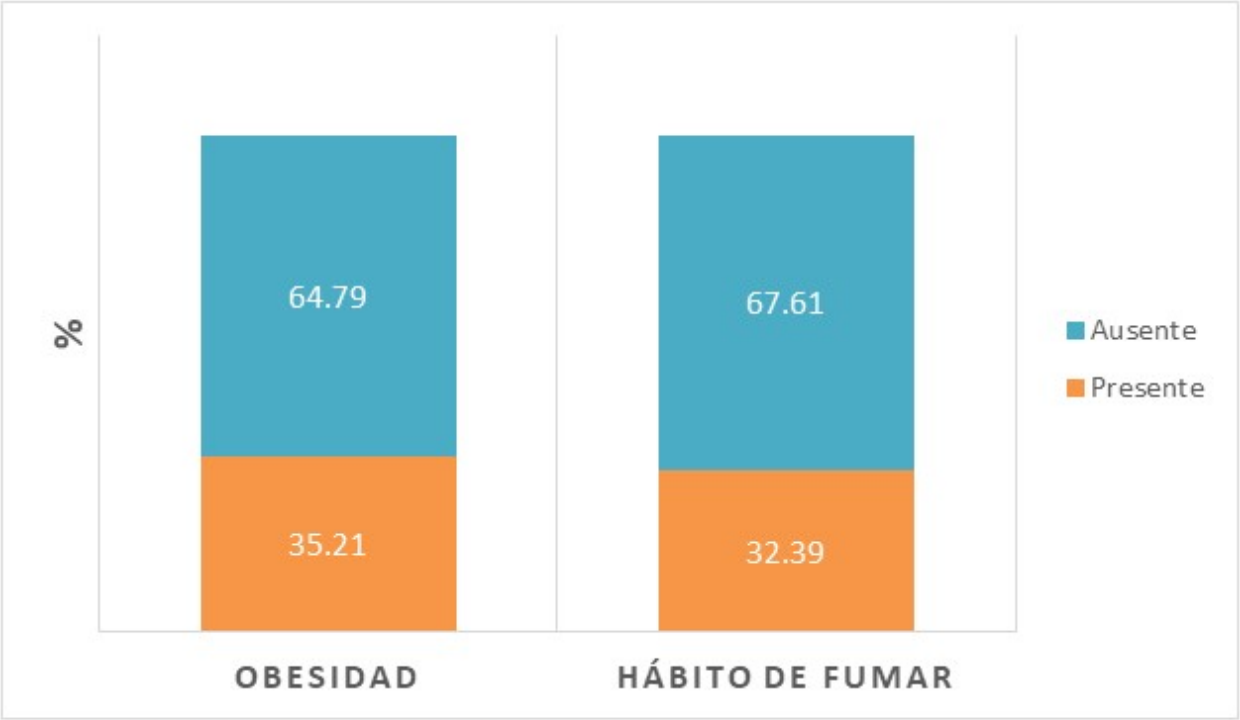


Fig 2. Factores asociados al estilo de vida de las pacientes con cáncer de ovario
Cálculo de la significación por Chi cuadrado (X^2). Obesidad: p=0.013; hábito de fumar: p=0.003

Se muestra la distribución de las pacientes según los antecedentes patológicos familiares de cáncer de ovario. Predominaron las pacientes sin antecedentes familiares (98,59 %); solo una paciente presentó estos antecedentes (1,41 %), evidenciándose diferencias significativas. (Tabla 2).

Tabla 2. Antecedentes patológicos familiares de cáncer de ovario

Antecedentes familiares de cáncer de ovario	Pacientes	
	N	%
Presentes	1	1,41
Ausentes	70	98,59
Total	**71**	**100,00**

Cálculo de la significación por Chi cuadrado (X^2), p=0.024

Se muestra la distribución de las pacientes según los antecedentes ginecoostétricos. La mayoría fueron multíparas, evidenciándose diferencias significativas respecto a las nulíparas. La menarquia precoz se presentó en 16,9 %, con diferencias significativas respecto a las que no la presentaron. La menopausia tardía no se presentó en ninguna paciente. El 91,66 % de las mujeres que presentaron menarquia precoz fueron multíparas. (Fig 3).

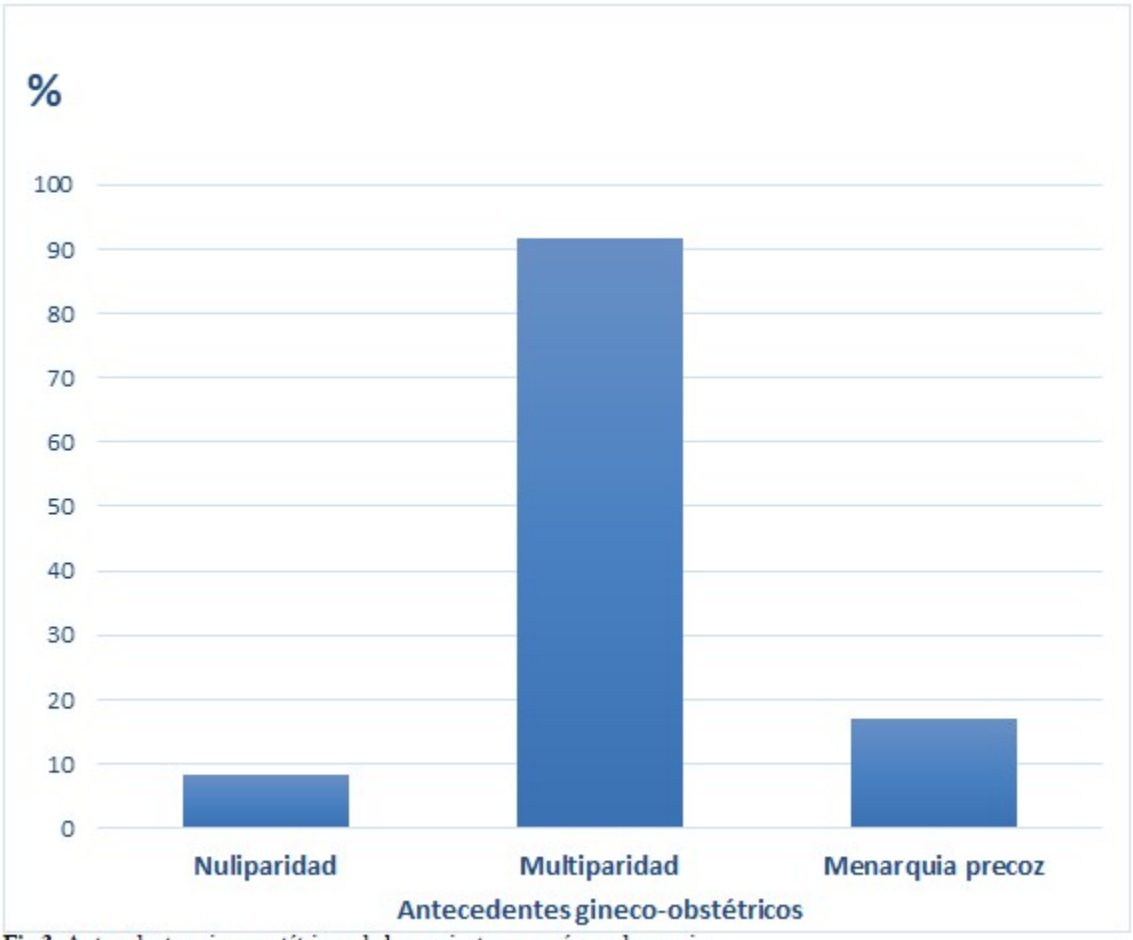


Fig 3. Antecedentes ginecoostétricos de las pacientes con cáncer de ovario
Cálculo de la significación por Chi cuadrado (X^2). Nuliparidad: p=0.000. Multiparidad: p=0.000. Menarquia precoz: p=0.000

Se muestra la distribución de las pacientes según el estadio clínico al diagnóstico. El mayor número de casos se presentó en la etapa clínica IIIC de la enfermedad (35,22 %). Las etapas clínicas restantes se presentaron en menor frecuencia, evidenciándose diferencias significativas entre las proporciones. (Tabla 3).

Tabla 3. Estadio del cáncer de ovario

Estadio	Pacientes	
	N	%
I	5	7,04
IA	5	7,04
IB	6	8,45
IC	4	5,63
II	3	4,22
IIB	3	4,22
IIC	1	1,41
III	7	9,86
IIIA	1	1,41
IIIB	2	2,82
IIIC	25	35,22
IV	3	4,22
IVB	6	8,46
Total	**71**	**100**

Cálculo de la significación por Chi cuadrado (X^2), p=0.000

Se presenta la distribución de las pacientes con cáncer de ovario según la clasificación histológica. La histología de las neoplasias evidenció predominio de los tumores epiteliales (91,55 %), entre ellos el adenocarcinoma seroso resulto el más frecuente (64,79 %), seguido del adenocarcinoma mucinoso (18,31 %). El resto de las formas histológicas se presentaron en menor frecuencia, evidenciándose diferencias significativas entre las proporciones. (Tabla 4).

Tabla 4. Clasificación histológica del cáncer de ovario

Clasificación histológica	N	%	P
Tumores epiteliales	65	91,55	0,000
Adenocarcinoma seroso	46	64,79	
Adenocarcinoma mucinoso	13	18,31	
Adenocarcinoma endometrioide	4	5,63	
Carcinoma indiferenciado	1	1,41	
Tumor de células claras	1	1,41	
Tumores de los cordones sexuales y del estroma	5	7,04	0,665
Tumor de células de la granulosa	3	4,23	
Tumor de células Sertoli-Leydig	2	2,82	
Tumores germinales	1	1,41	-
Teratoma inmaduro G1	1	1,41	

Cálculo de la significación por Chi cuadrado (X^2)

Se muestra la distribución de pacientes según la forma de tratamiento utilizada. La mayor parte de ellas fueron sometidas a cirugía (97,18 %), siendo la cirugía subóptima (52,11 %) la más frecuente. La modalidad de quimioterapia más utilizada fue la adyuvante en un 45,07 %. Predominó la combinación de la cirugía seguida de quimioterapia adyuvante en un 85,92 % de los casos. (Tabla 5).

Tabla 5. Tratamientos del cáncer de ovario de las pacientes

Tratamiento	N	%
Quimioterapia neoadyuvante	18	25,35
Quimioterapia adyuvante	32	45,07
Quimioterapia paliativa	12	16,90
Cirugía	69	97,18
Cirugía óptima	16	22,54
Cirugía subóptima	37	52,11
Cirugía secundaria	16	22,54

Cálculo de la significación por Chi cuadrado (X^2). Clasificación de la cirugía p=0.000

Se muestra la distribución de pacientes según respuesta primaria al tratamiento. Del total de las pacientes estudiadas predominaron aquellas con respuesta completa al tratamiento inicial (35,21 %), seguidas de las pacientes con respuesta parcial (28,17 %) sin diferencias significativas entre las proporciones. (Fig 4).

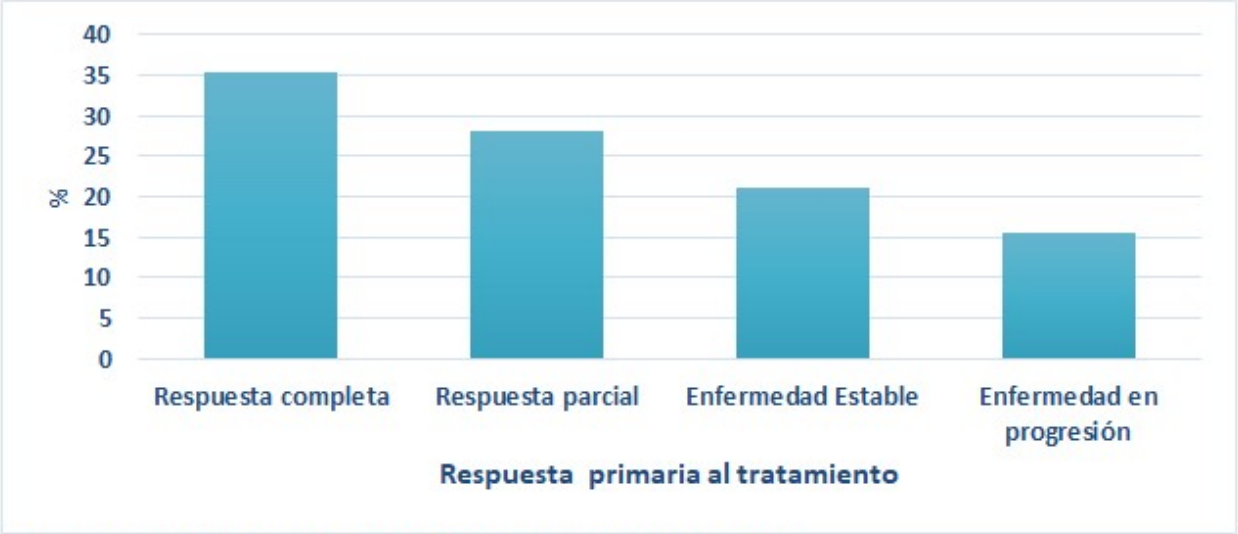


Fig 4. Respuesta primaria al tratamiento de las pacientes con cáncer de ovario
Cálculo de la significación por Chi cuadrado (X^2), sin diferencias significativas p=0.101

DISCUSIÓN

La mayoría de los autores consultados reportan un predominio de las pacientes con cáncer de ovario por encima de los 50 años, resultados que coinciden con los de este estudio. Pérez Cutiño[7] en su investigación sobre la expresión del receptor de factor de crecimiento epidérmico en cáncer de ovario en Cuba, constató una incidencia de cáncer de ovario de 11,2 por cada 100 000 habitantes, siendo mayor en la población de más de 55 años.

Martínez Ospina[5] reporta en su estudio realizado en Colombia de 2009-2016 que la edad promedio de cáncer de ovario fue de 62,97 años.

Según Sequeira[8] en el estudio realizado sobre la epidemiología del cáncer de ovario en un Hospital de Managua, Nicaragua, las prepúberes, perimenopáusicas y posmenopáusicas, deben ser objeto de estudio inmediato cuando existan lesiones benignas de ovario, por el aumento del riesgo de malignidad, siendo la edad promedio de diagnóstico entre los 50 y 70 años, en coincidencia con los resultados ya descritos en el estudio actual.

Los resultados obtenidos en relación al nivel de escolaridad reflejaron pocas diferencias entre los niveles que prevalecieron de féminas con escolaridad de secundaria básica, técnico medio y preuniversitario; el nivel de escolaridad primario fue muy poco representativo. En contraposición con los resultados del estudio de Sequeira[8] en un Hospital de Managua, Nicaragua, el nivel de escolaridad que predominó fue el de pacientes que cursaron la primaria con 39,4 %.

El nivel educativo se ha relacionado con el acceso al diagnóstico y tratamiento oportunos. En las mujeres con formación primaria, el riesgo de demora en la atención es casi cinco veces mayor, comparado con el de personas que ha realizado algún nivel de formación superior al preuniversitario. El diagnóstico es más rápido en las mujeres con mayor educación (universidad y postgrado) y el analfabetismo está relacionado con mayor riesgo de morir por cáncer en general.[5]

Otros autores aseveran, que estas patologías son más frecuentes en países industrializados donde predominan las mujeres con un buen nivel funcional y educacional.

Al analizar como factores asociados al estilo de vida, la obesidad y el hábito de fumar, no se encontró prevalencia en ninguno de ellos, pero se evidenciaron diferencias significativas, respecto a las que sí presentaron estos factores de riesgo.

En contraposición, el estudio realizado en Perú por Vásquez Cuela[9] obtiene resultados que demuestran, que de las pacientes con cáncer de ovario, el 52,8 % presentan obesidad y el 30,2 % presentan sobrepeso, se encontró relación estadística entre la obesidad y el cáncer de ovario $p<0,05$. En coincidencia, en lo que respecta al hábito tabáquico, Guerra[10] reporta que el 71 % de las pacientes de la población estudiada, no fumaba.

Existe amplia información en la literatura consultada sobre la reducción del riesgo asociado a factores del estilo de vida, aunque algunos tienen un efecto general sobre el riesgo de cáncer de ovario, otros, como el tabaquismo y la obesidad, son específicos para ciertos subtipos.[11]

Respecto a la historia familiar y su relación con el cáncer de ovario, Sequeira[8] obtuvo un [OR: 0,482 IC 95 %: 0,18-1,27], no presentando relación significativa. Vásquez Cuela,[9] aprecia que del total de pacientes con cáncer al ovario el 62,3 % no presentaron antecedentes familiares.

Las condiciones hereditarias representan entre el 5 y el 15 % de los casos de cáncer de ovario. A pesar de la creciente lista de genes predisponentes para este cáncer, aproximadamente el 60 % del excedente de riesgo familiar permanece sin explicación. [11]

Al realizar el análisis de los antecedentes obstétricos como la nuliparidad, multiparidad y la menarquia precoz, los resultados de este estudio coinciden con los reportados en Perú donde las pacientes con cáncer de ovario multíparas representaron el 66 %, encontrándose relación estadística entre el la paridad y el cáncer de ovario $p<0,05$. [9] En contraposición con la observación de que la nuliparidad y la infertilidad se asocian a un mayor riesgo, como resultado de la reducción en el número de ciclos ovulatorios (hipótesis de la ovulación incesante).[11]

Durante mucho tiempo se ha establecido que la paridad disminuye el riesgo en mujeres con uno,

dos, tres o más embarazos, con un riesgo reducido de 28, 43 y 54 % respectivamente en comparación con mujeres nulíparas.[11,12]

La menor prevalencia de pacientes con menarquia precoz en este estudio se contradice con los datos encontrados en la literatura reportada al respecto que le confiere a esta un riesgo aumentado de padecer cáncer de ovario, sobre todo al asociarse a menopausia tardía que constituiría el verdadero de riesgo. Guerra[10] reporta, que en la serie de pacientes estudiadas, aquellas con lesiones malignas, estaban en estado posmenopáusico.

Ortiz Pulla,[13] al referirse a la menopausia tardía, enfatiza, que aunque el cáncer de ovario se presenta en el 57, 3 % de las pacientes menopaúsicas con un promedio de edad de 49 años, sus diferencias no son significativas.

Con respecto al estadio de las pacientes en el momento del diagnóstico, el cáncer de ovario es difícil de diagnosticar en etapas tempranas, debido a que inicialmente produce síntomas poco específicos.[2]

Cortés Morera, reporta que más del 75 % de las mujeres se diagnostican cuando la enfermedad se encuentra en una etapa avanzada, siendo común el diagnóstico en estadios III-IV.[3] También Zambrano B.[14] obtiene, como el estudio actual, que el estadio III prevaleció con un 81,48 % (44/54) y a su vez el estadio IIIc fue el más frecuente de todos los estadios avanzados con un 59,25 % (32/54), al estadio IV correspondió un 18,51 % (10/54).

El predominio en esta serie de pacientes con tumores epiteliales (91,55 %) y dentro de ellos el adenocarcinoma seroso, concuerda con lo reportado por Sequeira[8], donde el 85 % de las neoplasias malignas primarias fueron de origen epitelial, fundamentalmente carcinomas serosos (37,3 %), carcinomas endometrioides (32,4 %) y en menor frecuencia carcinomas de células claras (17,6 %), mucinosos (11,8 %) en contraposición con un 18,31 % encontrado en este estudio donde sucedieron a los carcinomas serosos.

Zambrano B[14] reporta predominio de la estirpe epitelial con un 89,8 % (44/49) y de los germinales se halló un 10,2 % (5/49). En el subgrupo epitelial el más encontrado fue el adenocarcinoma seroso con un 77,27 % (34/44). En el estudio realizado por Vásquez Cuela[9] la histología prevaleciente en su serie de pacientes fue el adenocarcinoma seroso (24,5 %), seguido por el seroso intermedio (13,2 %), mientras Guerra describe una prevalencia del adenocarcinoma endometroide con 37 %.[10]

Según Sequeira, fue preciso realizar a las pacientes que conformaron su muestra de estudio, citorreducciones secundarias en el 23,7 %, de ellos 21 en pacientes con citorreducciones subóptimas derivadas de diferentes hospitales comarcales y 2 en pacientes jóvenes nulíparas que optaron por cirugía con biopsia en diferido, estadio Ia y Ic, siendo el tratamiento quirúrgico el más utilizado en estas pacientes generalmente con estadios avanzados de la enfermedad al momento del diagnóstico.[8]

El estudio realizado en Mérida, Venezuela, reporta el haber practicado tratamiento quirúrgico a un 90,74 %. En las pacientes que se les practicó tratamiento quirúrgico como primera intención, se logró un 46,16 % (18/39) realizar una citorreducción óptima y en un 53,84 % (21/39) citorreducción subóptima. El 18,51 % (10/54) fueron considerados irresecables inicialmente, recibiendo quimioterapia neoadyuvante con previa confirmación histopatológica en todas estas pacientes.[14]

Bentivenga, coincide con la mayoría de los autores al considerar la citoreducción óptima como el principal factor pronóstico modificable en el carcinoma epitelial de ovario. En la serie de pacientes estudiadas refiere un 49 % de cirugías citorredutoras subóptimas, que se atribuyen al predominio de pacientes diagnosticadas en estadios avanzados, y que por consiguiente, necesitaron de la administración de quimioterapia adyuvante.[15] Concuerdan parcialmente estos resultados con los del presente estudio donde a 37 pacientes se realizó cirugía subóptima (52,11 %) y un 45,07 % recibió quimioterapia adyuvante, predominando así la combinación de la cirugía con la quimioterapia adyuvante en un 85,92 de los casos.

La respuesta completa al tratamiento, depende del diagnóstico precoz, el estadio y diferenciación del tumor; pero con la cirugía y la quimioterapia adyuvante los resultados son más alentadores, tal es así, que la mayoría de las pacientes tuvieron una respuesta completa al tratamiento inicial evidenciándose la importancia de las primeras líneas de tratamiento.[10,13]

Otros autores coinciden al señalar que el uso de

la quimioterapia adyuvante basada en platinos, independientemente de los estadios de la enfermedad y de la respuesta inicial alcanzada, constituye el tratamiento estándar recomendado. Con la realización de este procedimiento se mejora la supervivencia libre de enfermedad y en algunos casos la supervivencia global.[14]

Reporta, Zambrano B. que más del 90 % de las pacientes recibió tratamiento adyuvante y casi la totalidad recibió quimioterapia. La mayoría de ellas recibió la adyuvancia después de un primer tratamiento quirúrgico; la combinación de carboplatino y ciclofosfamida fue la más se empleó y 8 de cada 10 pacientes evidenciaron buena respuesta, notándose además que esta última fue independiente del tipo de cirugía empleada.[14]

En este estudio el cáncer de ovario se presentó con mayor frecuencia en las pacientes mayores de 40 años de edad, con grado de escolaridad de secundaria básica y en multíparas. El carcinoma epitelial fue el más frecuente y de este el adenocarcinoma seroso fue el tipo histológico más común, la etapa clínica IIIC fue la más prevalente. La cirugía, y dentro de esta la subóptima, fue la que más se realizó y la quimioterapia adyuvante la más administrada como tratamiento sistémico. Se obtuvo respuesta completa en la mayoría de las pacientes después de la valoración del tratamiento inicial.

Conflicto de intereses:

Los autores declaran la no existencia de conflictos de intereses relacionados con el estudio.

Los roles de autoría:

1. Conceptualización: Hailyn González Fernández, Rodolfo Arian Morales Yera.

2. Curación de datos: Hailyn González Fernández, Bernardo Enrique Heredia Martínez, Liena Reinoso Padrón.

3. Análisis formal: Hailyn González Fernández.

4. Adquisición de fondos: Esta investigación no contó con la adquisición de fondos.

5. Investigación: Hailyn González Fernández, Rodolfo Arian Morales Yera, Sergio Marcelino Santana Rodríguez, Liena Reinoso Padrón, Bernardo Enrique Heredia Martínez.

6. Metodología: Hailyn González Fernández, Rodolfo Arian Morales Yera, Sergio Marcelino Santana Rodríguez, Liena Reinoso Padrón, Bernardo Enrique Heredia Martínez.

7. Administración del proyecto: Hailyn González Fernández, Rodolfo Arian Morales Yera.

8. Recursos: Sergio Marcelino Santana Rodríguez, Liena Reinoso Padrón.

9. Software: Bernardo Enrique Heredia Martínez.

10. Supervisión: Hailyn González Fernández.

11. Validación: Rodolfo Arian Morales Yera.

12. Visualización: Bernardo Enrique Heredia Martínez.

13. Redacción del borrador original: Hailyn González Fernández, Rodolfo Arian Morales Yera, Liena Reinoso Padrón, Sergio Marcelino Santana Rodríguez, Bernardo Enrique Heredia Martínez.

14. Redacción revisión y edición: Hailyn González Fernández, Rodolfo Arian Morales Yera, Sergio Marcelino Santana Rodríguez.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. International Agency for Research on Cancer. GLOBOCAN 2018: Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2018 [Internet]. Lyon: OMS; 2018 [citado 19 May 2021]. Disponible en: https://gco.iarc.fr/

2. Doubeni CA, Doubeni AR, Myers AE. Diagnosis and Management of Ovarian Cancer. Am Fam Physician. 2016;93(11):937-44

3. Cortés A, Ibáñez M, Hernández A, García MA. Cáncer de Ovario: Tamizaje y diagnóstico imagenológico. Med Leg Costa Rica [revista en Internet]. 2020 [citado 19 May 2021];37(1):[aprox. 8p]. Disponible en: https://www.scielo.sa.cr/pdf/mlcr/v37n1/2215-5287-mlcr-37-01-54.pdf

4. Caresia AP. PET/TC en el cáncer de ovario: estadificación inicial, valoración de la resecabilidad primaria y la respuesta a la quimioterapia neoadyuvante [Internet]. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona;

2017 [citado 27 Oct 2020]. Disponible en: https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/403771/apca1de1.pdf?sequence=1&isAllowed

5. Martínez AP, Porras A, Rico A. Epidemiologia de cáncer de ovario Colombia 2009- 2016. Rev Chil Obstet Ginecol [revista en Internet]. 2019 [citado 19 May 2021];84(6):[aprox. 9p]. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262019000600480&lng=es&nrm=iso

6. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud 2018 [Internet]. La Habana: MINSAP; 2019 [citado 19 May 2021]. Disponible en: https://files.sld.cu/bvscuba/files/2019/04/Anuario-Electrónico-Español-2018-ed-2019-compressed.pdf

7. Pérez M, Alonso A, González E. Expresión del receptor de factor de crecimiento epidérmico en cáncer de ovario. Rev Cubana Obst Ginecol [revista en Internet]. 2018 [citado 19 May 2021];44(2):[aprox. 8p]. Disponible en: https://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138

8. Sequeira GC. Epidemiología del cáncer de ovario en pacientes intervenidas por servicios no oncológicos referidas a oncología del Hospital Bertha Calderón Roque en el periodo de enero del 2015 a diciembre del año 2017 [Internet]. Managua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; 2018 [citado 19 May 2021]. Disponible en: https://repositorio.unan.edu.ni/9051/

9. Vásquez RS. Factores de riesgo asociados a la prevalencia del cáncer de ovario en el HNDM del 2013 al 2017 [Internet]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2019 [citado 19 May 2021]. Disponible en: https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/10338/Vasquez_cr.pdf?sequence=3&isAllowed=y

10. Guerra JC, Calderaro F. Importancia de las características sociodemográficas y epidemiológicas en el manejo de los tumores de ovario. Rev Digit Post [revista en Internet]. 2020 [citado 19 May 2021];9(3):[aprox. 11p]. Disponible en: https://portal.amelica.org/ameli/jatsRepo/101/1011187012/101118

11. Menon U, Karpinskyj CH, Gentry MA. Prevención y detección del cáncer ovárico. Obstet Gynecol [revista en Internet]. 2018 [citado 19 May 2021];131(3):[aprox. 18p]. Disponible en: https://journals.lww.com/greenjournal/Documents/May2018_Translation_Menon.pdf

12. Sung HK, Ma SH, Choi JY, Hwang Y, Ahn C, Kim BG, et al. The effect of breastfeeding duration and parity on the risk of epithelial ovarian cancer: a systematic review and meta-analysis. J Prev Med Public Health. 2016;49(6):349-66

13. Ortiz EP. Estadiaje clínico inicial y postquirúrgico de cáncer de ovario en estadios avanzados su utilización en el tratamiento quirúrgico y antineoplásico [Internet]. Machala: Universidad Técnica de Machala; 2017 [citado 19 May 2021]. Disponible en: https://repositorio.utmachala.edu.ec/handle/48000/9926

14. Zambrano B, Santos M, Díaz L, Omaña D. Experiencia en el tratamiento del cáncer ovárico avanzado. Rev Venez Oncol [revista en Internet]. 2017 [citado 19 May 2021];29(4):[aprox. 11p]. Disponible en: https://www.redalyc.org/jatsRepo/3756/375652706004/html/index.html

15. Bentivegna E, Gouy S, Maulard A, Miailhe G, Morice P. Cirugía de tumores epiteliales malignos del ovario. EMC Cirugía General [revista en Internet]. 2019 [citado 19 May 2021];19(1):[aprox. 18p]. Disponible en: https://www.em-consulte.com/article/252329/cirugia-de-los-tumores-epiteliales-malignos-del-ovario