



ORIGINAL

Descripción de los síntomas de alarma en las mujeres con cáncer ginecológico



Blanca Sánchez-Galindo^a, Joseba Rabanales-Sotos^{b,c,d,*},
 Ángel López-González^{b,c}, Carmen María Sánchez-Martínez^a,
 Marta Castaño-Díaz^a y Jesús López-Torres Hidalgo^{b,e}

^a Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM), Albacete, España

^b Grupo de Actividades Preventivas en el ámbito universitario de Ciencias de la Salud (UCLM), Albacete, España

^c Facultad de Enfermería, Universidad de Castilla-La Mancha, Albacete, España

^d Fundación para el Desarrollo de la Enfermería (FUDEN), Madrid, España

^e Médico de Familia, Servicio de Salud de Castilla-La Mancha; Facultad de Medicina, Universidad de Castilla-La Mancha, Albacete, España

Recibido el 16 de abril de 2025; aceptado el 19 de junio de 2025

Disponible en Internet el 15 de julio de 2025

PALABRAS CLAVE

Cáncer ginecológico;
 Síntomas de alarma;
 Intervalos de tiempo
 diagnósticos

Resumen

Objetivo: Describir la forma de presentación del cáncer ginecológico en atención primaria, cuantificando la presencia de síntomas de alarma, y estableciendo su relación con el intervalo de tiempo hasta el diagnóstico y el tratamiento.

Diseño: Estudio retrospectivo de una cohorte de mujeres con cáncer ginecológico.

Emplazamiento: Treinta consultas de medicina de familia.

Participantes: Ciento treinta y ocho mujeres (periodo 2014-2023).

Mediciones principales: Características de las pacientes, del proceso asistencial y de la enfermedad. Intervalos de tiempo considerados: del paciente, de atención primaria, de diagnóstico e intervalo total.

Resultados: La mayoría fueron diagnosticadas en estadios precoces, excepto en cáncer de ovario. El síntoma de presentación más frecuente en cáncer de endometrio y cérvix fue la metrorragia posmenopásica, en cáncer de ovario la distensión abdominal y en cáncer de vulva la úlcera vulvar. En cáncer de endometrio, tanto la edad como el número de problemas de salud fueron superiores ($p=0,01$) en las mujeres con síntomas de alarma. En cáncer de ovario los síntomas de alarma fueron más frecuentes ($p=0,04$) en las mujeres con mayor comorbilidad. Globalmente el 87,1% presentó algún síntoma de alarma específico de cada tumor. En cáncer de ovario, los síntomas de alarma se asociaron con menor intervalo de tiempo hasta el tratamiento ($p=0,04$).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: joseba.rabanales@uclm.es (J. Rabanales-Sotos).

Conclusiones: La mayoría de las mujeres con cáncer ginecológico son diagnosticadas en estadios precoces, excepto en cáncer de ovario. Una elevada proporción presenta síntomas de alarma, guardando relación con el intervalo de tiempo hasta el diagnóstico y tratamiento en el cáncer de ovario.

© 2025 Los Autores. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la CC BY-NC licencia (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>).

KEYWORDS

Gynecological cancer;
Alarm symptoms;
Diagnostic time
intervals

Description of alarm symptoms in women with gynecologic cancer

Abstract

Objective: To describe the presentation of gynecological cancer in primary care, quantifying the presence of alarm symptoms and establishing their relationship with the interval of time until diagnosis and treatment.

Design: Retrospective study of a cohort of women with gynecological cancer.

Placement: Thirty family medicine consultations.

Participants: One hundred thirty-eight women (period 2014-2023).

Main measurements: Characteristics of the patients, the care process, and the disease. Time intervals considered: patient, primary care, diagnosis, and total interval.

Results: Most were diagnosed in early stages, except for ovarian cancer. The most frequent presenting symptom in endometrial and cervical cancer was postmenopausal metrorrhagia, in ovarian cancer it was abdominal distension, and in vulvar cancer it was vulvar ulcer. In endometrial cancer, both age and the number of health problems were higher ($P=.01$) in women with alarm symptoms. In ovarian cancer, alarm symptoms were more frequent ($P=.04$) in women with higher comorbidity. Overall, 87.1% presented some specific alarm symptoms for each tumor. In ovarian cancer, alarm symptoms were associated with a shorter interval until treatment ($P=.04$).

Conclusions: Most women with gynecological cancer are diagnosed at early stages, except for ovarian cancer. A high proportion present alarm symptom, related to the interval of time until diagnosis and treatment in ovarian cancer.

© 2025 The Author(s). Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>).

Introducción

La mayoría de los cánceres que se presentan en atención primaria (AP) son sintomáticos, incluso cuando existe el cribado poblacional para determinados cánceres. Los médicos de familia son el primer contacto del paciente con el servicio sanitario, quienes deciden qué pruebas hacer y cuándo y dónde derivar al paciente. El principal reto para estos profesionales es mantener el equilibrio entre evitar pruebas innecesarias y no demorar las actuaciones necesarias ante los síntomas de alarma¹. Las recomendaciones del Nice Institute for Health and Care Excellence (NICE) consideran que un síntoma que presente un valor predictivo positivo (VPP) del 3% es suficiente para iniciar el proceso diagnóstico².

La incidencia de los cánceres ginecológicos ha ido aumentando debido a patrones de estilo de vida inadecuados, hábitos alimentarios y factores genéticos. Los cánceres ginecológicos incluyen los de vulva, vagina, cérvix, endometrio, ovario y trompas de Falopio, y los de endometrio, ovario y cérvix representan la mayor incidencia, suponiendo más de un tercio de los cánceres recién diagnosticados a nivel mundial en las mujeres³. En 2022 la incidencia de cáncer ginecológico alcanzó 30,3/100.000 mujeres y la tasa de mortalidad de 13,2/100.000 mujeres. Si se mantienen las tendencias actuales se estima que el número de nuevos

casos y muertes por tumores ginecológicos aumentará en las 2 próximas décadas⁴.

La importancia del diagnóstico precoz del cáncer se basa en la relación inversamente proporcional entre la supervivencia y el tiempo entre el diagnóstico y el tratamiento. Aunque una proporción de cánceres se diagnostican en fase presintomática, la mayoría son diagnosticados tras la aparición de síntomas⁵. El cáncer de ovario puede manifestarse a través de síntomas inespecíficos, como pérdida de peso, astenia, alteración de la frecuencia de las deposiciones y dolor o distensión abdominal, pero se consideran síntomas específicos del cáncer ginecológico el sangrado posmenopáusico, la coitorragia o la dispareunia⁶. Hay síntomas predictivos de cáncer, algunos comunes a diferentes tipos de neoplasias y otros más específicos, como el sangrado posmenopáusico en el cáncer de endometrio o de cérvix y la úlcera vulvar en el cáncer de vulva. Estos últimos se corresponden con los síntomas de alarma (*red flags*) descritos en la Guía NICE⁷, presentan un mayor VPP y se asocian a cáncer con mayor probabilidad⁸.

El médico de familia tiene un papel importante en el diagnóstico precoz del cáncer ginecológico mediante el reconocimiento de los diferentes síntomas de alarma. El buen conocimiento del paciente, de sus antecedentes personales y familiares, de sus factores de riesgo y estilos de vida son factores clave para contribuir a su diagnóstico precoz.

El objetivo del estudio es describir la forma de presentación de los tumores en las pacientes con cáncer ginecológico que consultan en AP, cuantificando la presencia de síntomas de alarma en cada tumor y estableciendo su relación con el intervalo de tiempo hasta el diagnóstico y tratamiento.

Material y métodos

Se trata de un estudio observacional retrospectivo y analítico en una cohorte de mujeres de 18 años o más con diagnóstico de cáncer ginecológico durante el periodo entre 2014 y 2023. Se obtuvo información tanto del ámbito de AP como del entorno hospitalario y desde la aparición de los primeros síntomas hasta el diagnóstico y tratamiento. Las mujeres participantes fueron seleccionadas en 30 consultas de medicina de familia pertenecientes a los Centros de Salud (CS) Zonas IV, Zona VB y VIII de la ciudad de Albacete. El estudio fue aprobado previamente por el Comité Ético de Investigación Clínica del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

Se seleccionó consecutivamente a todas las diagnosticadas de cáncer de endometrio, cérvix, ovario y vulva durante el periodo estudiado (criterio de inclusión), a partir de los listados de morbilidad facilitados por el módulo de explotación de datos clínicos del Sistema de Información Turriano (historia clínica informatizada de AP del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha). Las pacientes fueron localizadas mediante la codificación CIE9 y/o CIAP y fue criterio de exclusión cualquier tumor ginecológico no clasificable como neoplasia maligna. El número de mujeres diagnosticadas de cáncer ginecológico fue de 138 casos. El tamaño muestral corresponde a una proporción esperada de las mujeres con síntomas de alarma en el cáncer ginecológico del 85%, considerando un nivel de confianza del 95% y una precisión de $\pm 6\%$.

Las variables de estudio incluyeron características de las pacientes (edad, antecedentes familiares de primer grado de cada tumor y comorbilidad), del proceso asistencial (participación en cribado de cáncer de cérvix y lugar de la primera consulta) y de la enfermedad (estadio tumoral, sín-

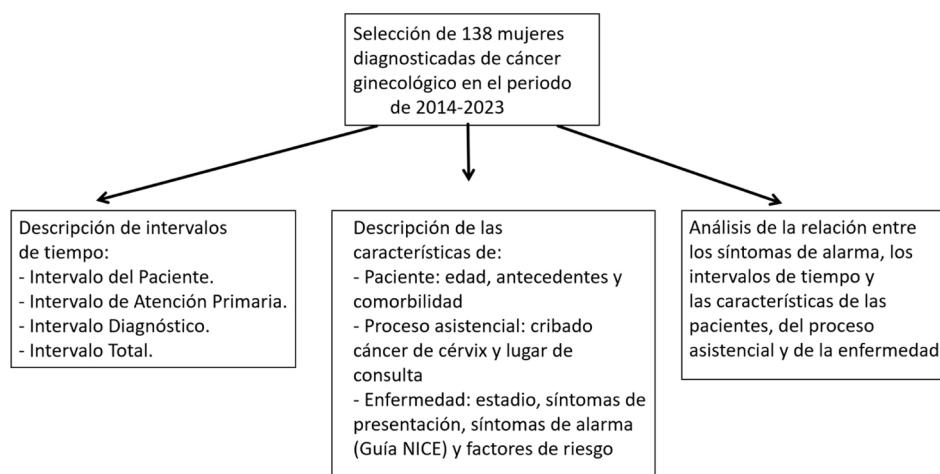
tomas de presentación, síntomas de alarma de cada tumor descritos en la Guía NICE⁷ y factores de riesgo, incluyendo consumo de alcohol y tabaco, obesidad, nuliparidad, edad de la menarquia, edad de la primera gestación, edad de la menopausia y exposición a terapia hormonal). Los intervalos de tiempo considerados hasta el diagnóstico y tratamiento⁹ fueron: intervalo del paciente (IP), tiempo entre los primeros síntomas y la primera consulta; intervalo de atención primaria (IAP), tiempo entre la primera consulta y la derivación del paciente al hospital; intervalo diagnóstico (ID), tiempo entre la primera consulta y la confirmación diagnóstica e intervalo total (IT), tiempo entre la aparición de los síntomas y el inicio de tratamiento.

Toda la información obtenida fue incluida en una base de datos y posteriormente analizada mediante el programa IBM SPSS® statistics versión 28.0. La estrategia de análisis consistió en una descripción de las variables de estudio mediante proporciones, medidas de tendencia central y dispersión según la naturaleza de las variables, y la construcción de intervalos de confianza al 95%. Se realizó un análisis comparativo entre las mujeres con o sin síntomas de alarma respecto a los distintos intervalos de tiempo y el resto de las variables estudiadas, recurriendo a pruebas de comparación de medias en grupos independientes (t de Student) o a pruebas no paramétricas (U de Mann-Whitney). En la comparación de proporciones se utilizó la prueba Chi-cuadrado, o el test exacto de Fisher cuando no se verificaron sus condiciones de aplicación, utilizando un nivel de significación de $p < 0,05$.

Resultados

Las características de las 138 participantes, según el tipo de cáncer ginecológico, se describen en la [tabla 1](#). La edad media de las mujeres fue de 60,7 años (DE: 30,7; IC 95%: 58,3-63,0; rango: 32-89).

Los síntomas de presentación de cada tumor aparecen en la [tabla 2](#), siendo los más frecuentes la metrorragia posmenopáusica en los cánceres de endometrio y cérvix, la



Esquema general del estudio. Estudio analítico prospectivo de cohorte abierta o dinámica, mediante cuestionario anónimo auto-administrado, en los años 2005 y 2007.

Tabla 1 Características de las participantes según el tipo de cáncer

Características	Cáncer de endometrio (N = 52) N.º (%)	Cáncer de cérvix (N = 37) N.º (%)	Cáncer de ovario (N = 43) N.º (%)	Cáncer de vulva (N = 6) N.º (%)
Edad (años)				
Menos de 50	4 (7,7)	17 (45,9)	11 (25,6)	0 (0)
50 o más	48 (92,3)	20 (54,1)	32 (74,4)	6 (100)
<i>Participación en cribado de cáncer de cérvix</i>				
Sí	39 (75,0)	30 (81,1)	34 (81,0)	3 (50,0)
No	13 (25,0)	7 (18,9)	8 (19,0)	3 (50,0)
<i>Estadio tumoral</i>				
Estadio I	34 (65,4)	16 (43,2)	1 (2,3)	4 (66,7)
Estadio II	8 (15,4)	8 (21,6)	4 (9,3)	0 (0)
Estadio III	10 (19,2)	11 (29,7)	15 (34,9)	2 (33,3)
Estadio IV	0 (0)	2 (5,4)	23 (53,5)	0 (0)
<i>Antecedentes familiares de 1.º grado</i>				
Sí	3 (5,8)	3 (8,1)	5 (11,6)	0 (0)
No	49 (94,2)	34 (91,9)	38 (88,4)	6 (100)
<i>Lugar de la primera consulta</i>				
Centro de salud	42 (80,8)	17 (45,9)	24 (55,8)	4 (66,7)
Otros servicios sanitarios	10 (19,2)	6 (16,3)	19 (44,2)	2 (33,3)
Diagnóstico mediante cribado	—	14 (37,8)	—	—
<i>Otros problemas de salud</i>				
Ninguno	11 (21,2)	20 (54,1)	17 (39,5)	3 (50,0)
1 o 2	27 (51,9)	15 (40,5)	22 (51,2)	3 (50,0)
3 o más	14 (26,9)	2 (5,4)	4 (9,3)	0 (0)
<i>Factores de riesgo (específicos de cada tumor)</i>				
Ninguno	3 (5,8)	2 (5,4)	5 (11,6)	1 (16,7)
1 o 2	33 (63,5)	20 (54,1)	29 (67,4)	5 (83,3)
3 o más	16 (30,8)	15 (40,5)	9 (20,9)	0 (0)

Tabla 2 Síntomas de presentación en cada tipo de cáncer

Síntomas de presentación	Cáncer de endometrio (N = 52) N.º (%)	Cáncer de cérvix (N = 37) N.º (%)	Cáncer de ovario (N = 43) N.º (%)	Cáncer de vulva (N = 6) N.º (%)
Dolor abdominal.	1 (1,9)	1 (2,7)	22 (51,2)	-
Distensión abdominal	2 (3,8)	1 (2,7)	25 (58,1)	-
Metrorragia postmenopásica	45 (86,5)	12 (32,5)	3 (7,0)	-
Sangrado intermenstrual	5 (7,8)	4 (10,8)	5 (11,6)	-
Coitorragia	-	4 (10,8)	-	-
Prurito vulvar	-	1 (2,7)	-	1 (16,7)
Astenia	-	-	1 (2,3)	-
Pérdida de peso	-	-	2 (4,6)	-
Alteración del ritmo intestinal	-	-	1 (2,3)	-
Úlcera vulvar	-	-	-	5 (83,3)
Lesión labio mayor	-	-	-	1 (16,7)
Secreción vaginal alterada	-	1 (2,7)	-	-
Ausencia de síntomas (diagnóstico por cribado)	-	14 (37,8)	-	-

distensión/dolor abdominal en el cáncer de ovario y la úlcera vulvar en el cáncer de vulva.

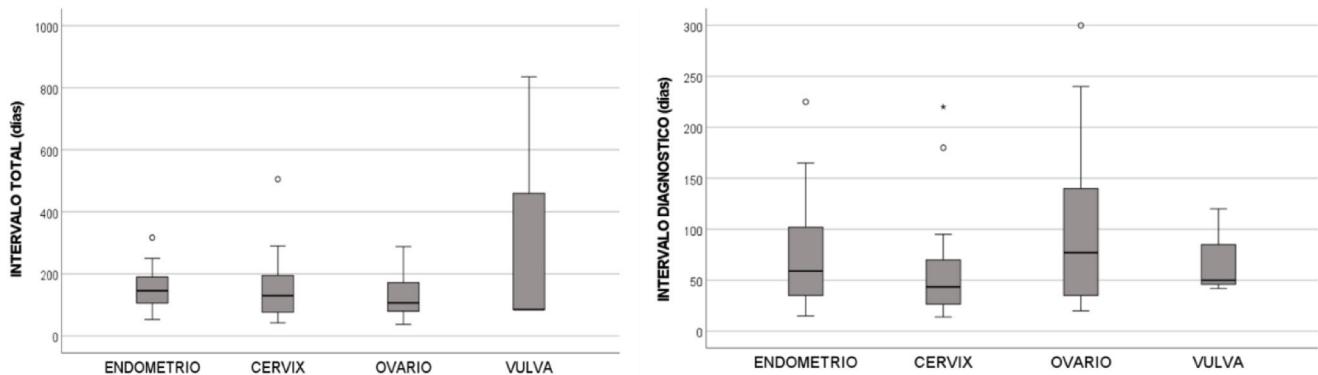
Respecto a los síntomas de alarma de cada tumor descritos en la Guía NICE, en la tabla 3 se muestra la presencia o ausencia de estos. En el cáncer de endometrio, el único

síntoma de alarma fue la metrorragia posmenopásica, presente en el 86,5% de los casos (N = 45). En las mujeres que presentaron dicho síntoma de alarma fueron significativamente superiores tanto la edad media ($67,5 \text{ años} \pm 9,7 \text{ DE}$ vs. $50,4 \text{ años} \pm 6,9 \text{ DE}$; $t = 4,4$; $p < 0,01$) como el número de

Tabla 3 Presencia o ausencia en cada tumor de los síntomas de alarma descritos en la Guía NICE

Tipo de cáncer	Síntomas de alarma	Presente N.º (%)	Ausente N.º (%)
Endometrio (N = 52)	Metrorrugia postmenopáusica	45 (86,5)	7 (13,5)
	Secreción vaginal	0 (0,0)	52 (100)
Cervix ^a (N = 23)	Hematuria	0 (0,0)	52 (100)
	Sangrado vaginal anormal	16 (69,6)	7 (30,4)
	Coitorragia	4 (17,4)	19 (82,6)
Ovario (N = 43)	Secreción vaginal	1 (4,3)	22 (95,7)
	Dolor en zona pélvica	1 (4,3)	22 (95,7)
	Dolor abdominal o pélvico	22 (51,2)	21 (43,8)
	Pérdida de apetito	2 (4,6)	41 (95,3)
	Distensión abdominal	25 (58,1)	18 (41,9)
	Urgencia urinaria	0 (0,0)	43 (100)
	Alteración del ritmo intestinal	1 (2,3)	42 (97,7)
	Dolor de espalda o costal	0 (0,0)	43 (100)
	Hemorragia vaginal anormal	8 (18,6)	35 (81,4)
	Pérdida de peso	2 (4,6)	41 (95,3)
Vulva (N = 6)	Masa abdominal/pélvica	0 (0,0)	43 (100)
	Ulceración vulvar	5 (83,3)	1 (16,7)
	Masa vulvar	0 (0,0)	6 (100)
	Prurito vulvar	1 (16,7)	5 (83,3)
	Eritema vulvar	0 (0,0)	6 (100)

^a Excluidas las mujeres diagnosticadas de cáncer de cérvix mediante cribado.

**Figura 1** Representación mediante diagrama de caja de los intervalos de diagnóstico e intervalo total.

problemas de salud ($1,9$ problemas $\pm 1,3$ DE vs. $0,7$ problemas $\pm 0,7$ DE; $t = 2,4$; $p = 0,01$). Entre las mujeres con cáncer de cérvix, sin tener en cuenta las diagnosticadas mediante cribado, presentaron algún síntoma de alarma el 91,3% de ellas ($N = 21$), siendo el más frecuente el sangrado vaginal anormal, presente en el 87,0% de los casos ($N = 16$). En los casos de cáncer de ovario algún síntoma de alarma apareció en el 86,0% ($N = 37$), siendo los más frecuentes la distensión abdominal (58,1%; $N = 25$) y el dolor abdominal o pélvico (51,2%; $N = 22$). Estos síntomas de alarma aparecieron con una frecuencia significativamente superior entre las mujeres con mayor comorbilidad (2 o más problemas de salud) respecto a las demás (100 vs. 76,9%; Chi-cuadrado = 4,6; $p = 0,04$). En el cáncer de vulva también la mayoría (83,3%; $N = 5$) presentó alguno de los síntomas de alarma (úlcera vulvar). Considerando a todas las mujeres con algún síntoma de alarma de cualquiera de los tumores y excluyendo a las diag-

nosticadas de cáncer de cérvix mediante cribado, el 87,1% de ellas ($N = 108$) presentaron algún síntoma de alarma específico del tumor.

En la [figura 1](#) se muestra mediante diagramas de caja la distribución de los intervalos de diagnóstico y total en cada tipo de cáncer y en la [tabla 4](#) se describe la duración media de los diferentes intervalos de tiempo en los cánceres de endometrio, cérvix y ovario. Tanto el IP como el IT fueron más prolongados en el cáncer de cérvix, con valores medios superiores a 49 y 149 días, respectivamente. En cuanto a los IAP y de diagnóstico, los valores medios más elevados correspondieron al cáncer de ovario, superiores respectivamente a 30 y 74 días. En el caso de las mujeres diagnosticadas de cáncer de ovario, el IT fue significativamente superior ($t = -2,1$; $p = 0,01$) en aquellas que no presentaron síntomas de alarma (163,8 días; DE: 61,2) respecto a las que sí los presentaron (99,8 días; DE: 69,5). En el resto de los tumores no

Tabla 4 Intervalos de tiempo de los cánceres ginecológicos

Intervalos de tiempo	Cáncer de endometrio		Cáncer de cérvix ^a		Cáncer de ovario	
	Media (IC 95%)	Mediana (rango intercuartil)	Media (IC 95%)	Mediana (rango intercuartil)	Media (IC 95%)	Mediana (rango intercuartil)
Intervalo del paciente	26,7 (18,8-34,6)	15 (29)	49,1 (11,4-86,9)	22 (46)	24,5 (17,2-31,8)	15 (31)
Intervalo de AP	0 (0,0-0,0)	0 (0)	3,6 (0-10,2)	0 (0)	30,1 (5,6-56,0)	0 (34)
Intervalo diagnóstico	59,3 (48,5-72,1)	42 (61)	53,4 (38,6-68,1)	45 (41)	74,8 (54,9-94,8)	55 (75)
Intervalo total	138,9 (121,6-156,2)	128 (96)	149,5 (97,1-201,8)	124 (123)	110,2 (86,4-134,1)	94 (100)

AP: atención primaria; IC 95%: intervalo de confianza del 95%.

^a Excluidas las mujeres diagnosticadas de cáncer de cérvix mediante cribado.

se alcanzaron diferencias estadísticamente significativas en la duración del IT ante la presencia o ausencia de síntomas de alarma.

Discusión

En la muestra estudiada se observa un predominio de mujeres diagnosticadas de cáncer de endometrio y de ovario mayores de 50 años, generalmente con otros problemas de salud y con factores de riesgo del propio tumor. La mayoría habían participado en el programa de cribado de cáncer de cérvix, aunque más de la mitad de las mujeres con esta enfermedad no fueron diagnosticadas por el programa sino por presentar síntomas. La mayoría de las mujeres con cáncer ginecológico fueron diagnosticadas en estadios precoces, excepto en el cáncer de ovario donde cerca del 90% fueron diagnosticadas en estadios avanzados. Respecto a los síntomas de presentación, el más frecuente tanto para el cáncer de endometrio como para el de cérvix fue la metrorragia posmenopásica, la distensión abdominal en el cáncer de ovario y la úlcera vulvar en el de vulva. Una elevada proporción de las mujeres presentó alguno de los síntomas de alarma descritos en cada tumor, guardando claramente relación con el intervalo de tiempo hasta el diagnóstico y tratamiento en el cáncer de ovario. Sin considerar las diagnosticadas mediante cribado, el lugar de consulta de los primeros síntomas fue la del médico de familia en la mayoría de las mujeres.

En este estudio la neoplasia ginecológica más frecuente fue el cáncer de endometrio (37,8%), seguida de ovario (31,2%), cérvix (26,8%) y vulva (4,3%). Esta distribución es diferente a la de otros estudios realizados en otros ámbitos geográficos, como la obtenida en población asiática¹⁰, en la que frente al cáncer de endometrio se observa un predominio de las neoplasias de ovario y cérvix. Estas diferencias pueden ser atribuidas a los distintos factores de riesgo asociados al cáncer de endometrio, como la obesidad, el estilo de vida sedentario, el tratamiento hormonal y el retraso de la edad de gestación¹¹. El síntoma principal de presentación del cáncer de endometrio es el sangrado postmenopásico, el cual aparece en torno al 90% de los casos, tanto en nuestros resultados como en descripciones

anteriores^{12,13}. A diferencia de nuestros resultados, en los que en ninguna mujer con cáncer de endometrio consta alteración del flujo vaginal, en un estudio previo¹⁴ dicho síntoma estuvo presente en más de la mitad de los casos.

En este estudio los síntomas más frecuentes de presentación en el cáncer de ovario fueron la distensión abdominal (58,1%) y el dolor abdominal/pélvico (51,2%), tratándose de resultados bastante coincidentes con los publicados por Dilley et al.¹⁵ en un estudio sobre asociación entre síntomas de presentación de cáncer de ovario, demora diagnóstica y supervivencia. En dicha investigación el síntoma más común fue el dolor abdominal o pélvico (39,5%) seguido en frecuencia por la distensión abdominal (39,2%). En otro estudio¹⁶, dirigido a identificar los signos y síntomas precoces del cáncer de ovario, también la mayoría de las pacientes presentaron dolor abdominal (57,3%), seguido de distensión abdominal (22,6%). En general la presencia de síntomas de alarma en nuestros resultados (86,0%) fue superior a lo descrito en otras investigaciones^{15,17} en las que se describe una proporción en torno al 65-71%. El hecho de que los síntomas de presentación del cáncer de ovario sean igualmente inespecíficos en diferentes poblaciones contribuye desgraciadamente a que esta neoplasia sea diagnosticada con frecuencia en estadios avanzados. Así, la mediana del ID observada en nuestros resultados (80 días) es muy similar a la observada por Dilley et al.¹⁵ (77 días) en Reino Unido.

Los síntomas de presentación más frecuentes del cáncer de cérvix son la alteración del flujo vaginal, las alteraciones en el sangrado menstrual, la coitorragia o el sangrado posmenopásico¹⁸. En nuestros resultados el más frecuente fue el sangrado vaginal anormal (69,6%), coincidiendo con lo observado por Lim AW et al.¹⁹ en un estudio para determinar el retraso diagnóstico en el cáncer de cuello uterino sintomático, en el que las alteraciones del sangrado menstrual alcanzaron el 82,5%. El hecho de que este síntoma sea el más reportado puede estar influenciado por el desigual conocimiento de las pacientes acerca de los síntomas relacionados con el cáncer de cérvix. Hasta un 79% de las mujeres conocen la relación entre este síntoma y la enfermedad, a diferencia de la que guardan otros síntomas como la coitorragia, conocida únicamente por el 26%²⁰. Nuestro ID, en torno a 53 días, fue claramente inferior al observado por Ma et al.²¹

en un estudio cuyo objetivo fue determinar el retraso diagnóstico en estas pacientes (134 días), así como los factores involucrados.

El síntoma de presentación en 5 de los 6 casos de cáncer de vulva fue la aparición de úlcera vulvar, tratándose de una de las manifestaciones más evidentes de este tumor. Otros síntomas de presentación pueden ser prurito vulvar, sangrado, secreción vaginal atípica o aparición de nódulos elevados²². El prurito, que fue el síntoma de presentación más frecuente en un estudio previo²³, solo apareció en uno de nuestros casos. En otro estudio²⁴, el síntoma de presentación más frecuente fue el dolor vulvar. En cuanto a la demora diagnóstica, en este último estudio²⁴, dirigido a evaluar la repercusión de la demora diagnóstica en la supervivencia de las mujeres con cáncer de vulva, el ID osciló entre 3 y 12 meses, bastante similar al observado por Muigai et al.²⁵ (6 a 11 meses), pero claramente superior al obtenido en nuestros resultados (10 a 120 días).

En cuanto a las limitaciones del estudio, se observa cierta variabilidad en el grado de cumplimentación de la historia clínica, habiendo sido en ocasiones deficitaria la información sobre algunas variables estudiadas. Para evitar sesgar la medición de los intervalos temporales en el diagnóstico del cáncer se han seguido las recomendaciones contenidas en la Declaración de Aarhus, la cual incluye una lista de comprobación útil en el diseño de este tipo de estudios y define adecuadamente los puntos temporales que delimitan los intervalos de tiempo.

Los resultados del estudio han permitido cuantificar los síntomas de presentación más frecuentes de los cánceres ginecológico, especialmente los que se consideran síntomas de alarma en cada tumor, comprobándose su relación con el intervalo de tiempo que transcurre entre la aparición de los primeros síntomas y el inicio de tratamiento en las mujeres con cáncer de ovario. Aportan información útil para proponer medidas que contribuyan a optimizar los intervalos de tiempo hasta el diagnóstico y tratamiento de las pacientes con cáncer ginecológico, como podría ser la puesta en marcha de circuitos de derivación preferente ante la presencia de síntomas de alarma. En el cáncer ginecológico, como sucede en cualquier proceso tumoral, la detección temprana es esencial para mejorar el pronóstico de la enfermedad. Un adecuado conocimiento de cuáles son los síntomas de alarma en cada tumor, aunque se trate de síntomas inespecíficos, es fundamental para iniciar precozmente el estudio diagnóstico. En el cáncer de ovario, donde los síntomas de presentación son generalmente inespecíficos, podría ser esperanzador como método de diagnóstico precoz el uso de determinados biomarcadores, con alta sensibilidad y especificidad, incluso antes del diagnóstico clínico^{26,27}.

En conclusión, la mayoría de las mujeres con cáncer ginecológico son diagnosticadas en estadios precoces, excepto en el cáncer de ovario. Una elevada proporción presenta alguno de los síntomas de alarma descritos en cada tumor, siendo claramente inferior el intervalo de tiempo entre la aparición de los primeros síntomas y el inicio del tratamiento en las mujeres con cáncer de ovario y síntomas de alarma. A pesar de la elevada participación en el programa de cribado del cáncer de cérvix, la mayoría de las mujeres con esta enfermedad se diagnostican por la presencia de síntomas. El lugar de consulta más frecuente de los primeros síntomas es la consulta del médico de familia.

Lo conocido sobre el tema

- El cáncer ginecológico es una enfermedad en aumento, y causa importante de morbilidad en la población femenina. El médico de familia suele ser el primero en sospechar que puede presentar este tipo de cáncer.
- Existen diferentes síntomas de alarma de los cánceres ginecológicos, y algunos tienen un valor predictivo positivo elevado de malignidad.
- Conocer los síntomas de alarma del cáncer ginecológico permite realizar un diagnóstico precoz, y mejorar el pronóstico y la supervivencia al disminuir los intervalos de tiempo hasta el diagnóstico y el tratamiento.

Qué aporta el estudio

- Aunque es elevada la participación en el cribado de cáncer de cérvix, la mayoría de los casos se diagnostican por la presencia de síntomas.
- La mayoría de las pacientes con cáncer ginecológico se detectan en estadios precoces, excepto en el cáncer de ovario.
- Muchas mujeres con cáncer ginecológico presentan síntomas de alarma específicos de cada tumor, siendo el centro de salud el lugar más frecuente de consulta de estos síntomas.
- En el cáncer de ovario la presencia de síntomas de alarma guarda relación con una menor duración del intervalo de tiempo transcurrido entre la aparición de síntomas y el inicio del tratamiento.

Financiación

La presente investigación no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

Consideraciones éticas

El estudio fue aprobado por el Comité Ético de la Investigación con Medicamentos de la Gerencia de Atención Integrada de Albacete. Las participantes firmaron el consentimiento informado. El trabajo descrito se ha llevado a cabo de conformidad con el Código de Ética de la Asociación Médica Mundial (Declaración de Helsinki). El estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no presentan conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Bartolomé C, Melús E, Vela C, Arana S, Gallego M, Navarro J, et al. Recomendaciones de prevención del cáncer. Actualización 2024. Aten Primaria. 2024;56:103128, <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2024.103128>.
2. Funston G, O'Flynn H, Ryan NAJ, Hamilton W, Crosbie EJ. Recognizing Gynecological Cancer in Primary Care: Risk Factors, Red Flags, and Referrals. Adv Ther. 2018;35:577-89, <http://dx.doi.org/10.1007/s12325-018-0683-3>.
3. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin. 2018;68:394-424, <http://dx.doi.org/10.3322/caac.21492>.
4. Zhu B, Gu H, Mao Z, Beeraka NM, Zhao X, Anand MP, et al. Global burden of gynaecological cancer in 2022 and projections to 2050. J Glob Health. 2024;14:04155, <http://dx.doi.org/10.7189/jogh.14.04155>.
5. Marzo M, Bartolomé C, Bellas B, Melús E, Vela C. Recomendaciones de prevención del cáncer. Actualización PAPPS 2022. Aten Primaria. 2022;54 Suppl 1:102440, <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2022.102440>.
6. Balasubramaniam K, Ravn P, Larsen PV, Sondergaard J, Jarbol DE. Specific and unspecific gynecological alarm symptoms prevalence estimates in different age groups: A population based study. Acta Obstet Gynecol Scand. 2015;94:191-7, <http://dx.doi.org/10.1111/aogs.12538>.
7. National Institute for Health and Care Excellence. Suspected cancer: recognition and referral. NICE guideline. 2015 [consultado 3 Mar 2025]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK328425/>
8. Hippisley-Cox J, Coupland C. Symptoms and risk factors to identify women with suspected cancer in primary care: Derivation and validation of an algorithm. Br J Gen Pract. 2012;63:11-21, <http://dx.doi.org/10.3399/bjgp13X660733>.
9. Weller D, Vedsted P, Rubin G, Walter FM, Emery J, Scott S, et al. The Aarhus statement: Improving design and reporting of studies on early cancer diagnosis. Br J Cancer. 2012;106:1262, <http://dx.doi.org/10.1038/bjc.2012.68>.
10. Wasim T, Mushtaq J, Wasim AZ, Gul-e-Raana. Gynecological malignancies at tertiary care hospital, Pakistan: A five-year review. Pak J Med Sci. 2021;37:621-7, <http://dx.doi.org/10.12669/pjms.37.3.3596>.
11. Boeckstaens S, Dewalheyns S, Heremans R, Vikram R, Timmerman D, van den Bosch T, et al. Signs and symptoms associated with uterine cancer in pre- and postmenopausal women. Heliyon. 2020;6:e05372, <http://dx.doi.org/10.1016/j.heliyon.2020.e05372>.
12. Clarke MA, Long BJ, Morillo AM, Arbyn M, Bakkum-Gamez JN, Wentzensen N. Association of Endometrial Cancer Risk With Postmenopausal Bleeding in Women. A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA Intern Med. 2018;178:1210-22, <http://dx.doi.org/10.1001/jamainternmed.2018.2820>.
13. Chelmow D, Brooks R, Cavens A, Huber-Keener K, Scott DM, Sheth SS, et al. Executive Summary of the Uterine Cancer Evidence Review Conference. Obstet Gynecol. 2022;139:626-43, <http://dx.doi.org/10.1097/AOG.0000000000004711>.
14. Parkish JA, Lu KH, Sun CC, Burzawa JK, Greisinger A, Smith FA, et al. Endometrial cancer associated symptoms: A case-control study. J Women Health. 2016;25:1187-92, <http://dx.doi.org/10.1089/jwh.2015.5657>.
15. Dilley J, Burnell M, Gentry-Maharaj A, Ryan A, Neophytou C, Apostolidou S. Ovarian cancer symptoms, routes to diagnosis and survival population cohort study in the "no screen" arm of the UK Collaborative Trial of Ovarian Cancer Screening (UKCTOCS). Gynecol Oncol. 2020;182:22-36, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ygyno.2020.05.002>.
16. Khan A, Sultana K. Presenting signs and symptoms of ovarian cancer at tertiary care hospital. J Pak Med Assoc. 2010;60:260-2.
17. Kanjuga M, Lewis F, Ward M, O'Gorman C, Henderson B, Hurley S, et al. Frequency and trends of presenting symptoms in women with ovarian cancer in a tertiary referral hospital. Int J Gynecol Cancer. 2024;34:A227, <http://dx.doi.org/10.1136/ijgc-2024-IGCS.394>.
18. Mishra GA, Pimple SA, Shastri SS. An overview of prevention and early detection of cervical cancers. Indian J Med Paediatr Oncol. 2011;32:125-32, <http://dx.doi.org/10.4103/0971-5851.92808>.
19. Lim AW, Ramirez AJ, Hamilton W, Sasieni P, Patnick J, Forbes L JL. Delays in diagnosis of young females with symptomatic cervical cancer in England: An interview-based study. Br J Gen Pract. 2014;64:e602-10, <http://dx.doi.org/10.3399/bjgp14X681757>.
20. Singh S, Narayan N, Sinha R, Sinha R, Sinha P, Sinha VP, et al. Awareness about cervical cancer risk factors and symptoms. Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol. 2018;7:4987-91, <http://dx.doi.org/10.18203/2320-1770.ijrcog20184953>.
21. Ma J, Luo Y, Yang S, Wang H, Valimaki M, Gu C, et al. Patient delay and related influencing factors in Chinese women under 35 years diagnosed with cervical cancer: A cross-sectional study. Asian Pac J Oncol Nurs. 2023;10:100165, <http://dx.doi.org/10.1016/j.apjon.2022.100165>.
22. Restaino S, Pellecchia G, Arcieri M, Bogani G, Taliento C, Greco P, et al. Management of Patients with Vulvar Cancers: A Systematic Comparison of International Guidelines (NCCN-ASCO-ESGO-BGCS-IGCS-FIGO-French Guidelines-RCOG). Cancers. 2025;17:186, <http://dx.doi.org/10.3390/cancers17020186>.
23. Alkatout I, Schubert M, Garbrecht N, Weigel MT, Jonat W, Mundhenke C, et al. Vulvar cancer: Epidemiology, clinical presentation, and management options. Int J Womens Healt. 2015;7:305-13, <http://dx.doi.org/10.2147/IJWH.S68979>.
24. Hlapane RS, Khumalo TL, Makhathini BS, Moodley J. Impact of a delayed diagnosis of vulvar cancer and its association with HIV infection: A 4-year review at a tertiary hospital in KwaZulu-Natal, South Africa. South Afr J HIV Med. 2021;22:1272, <http://dx.doi.org/10.4102/sajhivmed.v22i1.1272>.
25. Muigai J, Jacob L, Dinas K, Kostev K, Kalder M. Potential delay in the diagnosis of vulvar cancer and associated risk factors in women treated in German gynecological practices. Oncotarget. 2018;9:8725-30, <http://dx.doi.org/10.18632/oncotarget.23848>.
26. Whitwell HJ, Worthington J, Blyuss O, Gentry-Maharaj A, Ryan A, Gunu R, et al. Improved early detection of ovarian cancer using longitudinal multimarker models. Br J Cancer. 2020;122:847-56, <http://dx.doi.org/10.1038/s41416-019-0718-9>.
27. Hong MK, Ding DC. Early diagnosis of ovarian cancer: a comprehensive review of the advances, challenges, and future directions. Diagnostics. 2025;15:406, <http://dx.doi.org/10.3390/diagnostics15040406>.