

11217


HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA"

I.S.S.S.T.E

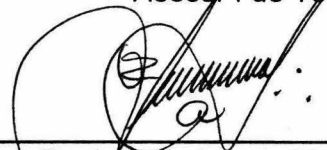
COORDINACION DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

AUTORIZACION DEL ARTICULO

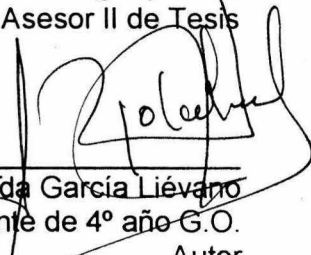
**BIOPSIA DE ENDOMETRIO Y LA EVALUACION DE
SUS FACTORES DE RIESGO**



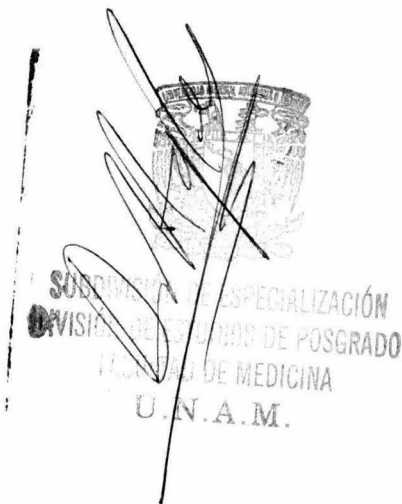
Dr. Juan Miranda Murillo
Coordinador del Servicio de
Ginecología y obstetricia
Asesor I de Tesis



Dr. Antonio Iniesta Mejia
Médico Adscrito de Ginecología y Obst.
Asesor II de Tesis



Dra. Maritza Yolanda García Liévano
Médico Residente de 4º año G.O.
Autor



2004



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

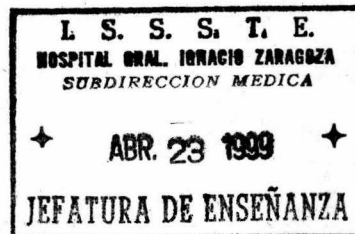
HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA"

I.S.S.S.T.E

COORDINACION DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

AUTORIZACION DEL ARTICULO

**BIOPSIA DE ENDOMETRIO Y LA EVALUACION DE
SUS FACTORES DE RIESGO**



P.P. [Signature]
Dr. Hernán Navarrete Alarcón
Coordinador de Capacitación
Investigación y Desarrollo

P.P. [Signature]
Dra. Ma De Lourdes A: Romero Hernández
Jefe de Investigación

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Mantza Yolanda
Garabá Liévano
FECHA: 11/ Marzo 2004
FIRMA: [Signature]

[Signature]
Dr. Dionisio Parra Roldán
Jefe de Enseñanza de
Ginecología y Obstetricia

BIOPSIA DE ENDOMETRIO Y LA EVALUACION DE SUS FACTORES DE RIESGO

Dra. Maritza Yolanda García Liévano

Dr. Juan Miranda Murillo

Dr. Antonio Iniesta Mejia

SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIOA ZARAGOZA "

CALZ. IGNACIO ZARAGOZA No. 1711

COL. EJERCITO CONSTITUCIONALISTA

DELEGACION IZTAPALAPA, MEXICO D.F

TELS. 744 41 93, 744 15 05, 744 13 80 Ext. 123, 124, 120 122.

Fax 745 51 72

Resumen:

Objetivos: Asociar el sangrado uterino Anormal como Factor de Riesgo para patología endometrial, identificar las edades en las cuales se presentan las lesiones precursoras de cáncer de endometrio e identificar otros factores de riesgo asociados con sangrado uterino anormal.

Material y métodos:Es un estudio realizado en el Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" del I.S.S.S.T.E. observacional, transversal, descriptivo, retrospectivo y abierto en el periodo del 1º de Octubre de 1996 al 30 de septiembre de 1998. Que incluye a 559 pacientes entre los 25 a 65 años a quienes se realizó biopsia de endometrio.

Resultados: La edad media correspondió a 43 años+/-10.5, el nivel sociocultural con predominio fue el bajo a 82 pacientes se asocio el sangrado con Obesidad, y 24 con hormonal de reemplazo. El reporte histopatológico con predominio fue de endometrio secretor (61%), encontrándose además, 43 pacientes (10%) con hiperplasia endometrial sin atípicas 8 (2%) con hiperplasia endometrial adenomatosa y 3 pacientes (1%) con cáncer cervicouterino. La edad predominante en la que se encontró hiperplasia denomatosa fue entre los 40 a 44 años (5.8%).

Conclusiones: Al término del estudio se confirma que el grupo de edad con mayor frecuencia de casos de hiperplasia endometrial adenomatosa está entre los 40-44 años asociándose en estos casos el factor cultural, obesidad (21.5%), así como mayor edad al primer embarazo, sin descartar otros factores asociados como lo son la hipertensión, menopausis precoz y tratamiento hormonal de reemplazo.

Abstract

Objetivo: To associated rth bled uterine abnormal as risk factor for endometrial pathology to identify the ages in those wich are presented the ahrbinger cancer lesions of endometrio and to identify other risk Factors associateswith bled uterine abnormal.

Material and Methods.It is a study accomplished in the Regional Hospital "Gral. Ignacio Zaragoza" of the IS.S.S.T.E. a transverse observational descriptive, retroespective opened in the period of de 1st october to the 30 rd september of 1998. That includes 559 patientes among 25 to 65 years old who was accomplished an endometrial biopsy.

Results.The mean age was to 43 years +/- 10.5 the sociocultural level with prevail was low, to 82patient was associated bled ut with obesity, and 24 with hormonal of replacement. There had one histopatologic study with predominance was secretor endometrio (61%), beingfound furthermore 43 patients (10%) with endopmetrial adenomatos hyperplasia and 3 patients (1%) with cervicouterine cancer , The prevailins age in the one wich was found adenomatosa hyperplasia was among 40 to 44 years (5.8%).

Conclusions:

To the term of this study is confirmed that the groupspf age with greater frecuencia of cases of adenomatosa hyperplasia is among 40 to 44 years being associated in this case the cultural factor, obesity (21.5% as well greater age to the first pregnancy, without discarding others factors, associated as it hipertensión, `pecocious menopause and hormonal replacement treatment.

INTRODUCCION

Como una política de Salud Nacional se ha implementado el Plan de Salud para la Mujer mediante diversas campañas, entre las cuales se encuentra la detección oportuna de los cánceres ginecológicos.

El Cáncer de endometrio ocupa el cuarto lugar entre los cánceres del tracto genital femenino, que se atiende en los Servicios de Ginecología de las Instituciones, donde se tratan neoplasias malignas. En nuestro País constituyó en 1995, el 3% de los cánceres femeninos registrados en la Dirección General de Epidemiología de la Secretaria de Salud, con una frecuencia que los sitúo por debajo de la del cáncer cérvico-uterino, del cáncer mamario y del cáncer de ovario (1). Tiene una incidencia de 0.72x1000. Este se presenta frecuentemente en mujeres que reciben terapia hormonal de reemplazo (THR) con estrógenos sin oposición (2,3,4). El síntoma principal y de aparición más temprana es el sangrado postmenopaúsico, definido como aquel que se presenta seis o más meses después de la menopausia (5).

Biopsia de Endometrio: García, 4

No obstante que el diagnóstico temprano se ve favorecido por el hecho de que la manifestación clínica común y en ocasiones única del padecimiento, es el sangrado genital en la Postmenopausia de pacientes con tendencia a la obesidad y a la diabetes mellitus, existe evidencia documentada de que en Instituciones que atienden población abierta, como el Hospital General de México, un Porcentaje mayor al informado en otras Instituciones, acude con etapas avanzadas de la enfermedad, razón por la que resulta de interés evaluar esta problemática con base en la clasificación clínico quirúrgica del cáncer endometrial adoptada por la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia en 1988 (6,7,8,9), y obtener a partir de dicha clasificación o de la terapéutica empleada, los factores pronósticos que influyeron en la evolución de las pacientes atendidas en el Servicio de Oncología de El Hospital General de México.

Para el estudio del endometrio los métodos más utilizados son: la biopsia (BE), la ultrasonografía transvaginal (USTV) y la histeroscopia, que tienen la ventaja de ser procedimientos ambulatorios lo cual disminuye costos en forma importante.

Múltiples estudios han sugerido que en mujeres con sangrado postmenopáusico un espesor endometrial mayor de 5 mm medido por USTV es indicativo de biopsia de endometrio, sobre todo si se asocia con líquido en la cavidad uterina, endometrio irregular y alta refringencia del mismo, mientras que, en pacientes con THR el espesor de 15 mm se ha sugerido como indicativo de BE

La BE es el procedimiento más utilizado, sin embargo, no está exenta de riesgo ya que existe el riesgo de perforación uterina debido a dificultades técnicas, es un procedimiento doloroso y no es completamente eficaz para el diagnóstico de adenocarcinoma de endometrio. En mujeres con sangrado postmenopáusico se llega a registrar endometrio atrófico hasta en el 75% y según diversas series en 10 a 70% el material es insuficiente para realizar diagnóstico (**10**).

Se sabe que la obesidad asociada sobre todo la distribución del tejido adiposo en el segmento superior tiene amplias repercusiones en el organismo como es mayor frecuencia de hipertensión arterial y diabetes mellitus no dependiente de insulina, además de la conversión periférica de estrógenos en el tejido que da lugar a hiperestrogenismo persistente, situaciones que en conjunto se han señalado como factores asociados al desarrollo de adenocarcinoma de endometrio, considerándose a tales como Factores de Riesgo (**11, 12, 13, 14**).

El cáncer de endometrio constituye un 40% de los cánceres de la esfera ginecológica en países como la Unión Americana donde esta enfermedad, se presenta con una frecuencia una y media veces mayor a la del cáncer invasor del cérvix.

Los objetivos del presente estudio son:

- Asociar el Sangrado Uterino Anormal como Factor de Riesgo con Patología Endometrial.

Biopsia de Endometrio: García, 6

- Identificar las edades en las cuales se presentan las lesiones precursoras de Cáncer de endometrio, en pacientes del servicio de Ginecología de la unidad.
- Identificar otros factores de riesgo asociados con sangrado uterino anormal y patología endometrial.
- Elaborar la Hoja de Factores de Riesgo para esta Patología.

MATERIAL Y METODOS:

El presente estudio se realizó en el Hospital Regional "General Ignacio Zaragoza" del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (I.S.S.S.T.E.) en el área de Ginecología siendo de tipo observacional, transversal, descriptivo, retrospectivo y abierto en el periodo del 1o. Octubre de 1996 al 30 de Septiembre de 1998, que incluyo a todas las pacientes de entre 25 a 65 años, no embarazadas que presenten sangrado uterino anormal que acuden al servicio de urgencias o consulta externa, al momento de la toma de biopsia endometrial se aplico la hoja de recolección de datos (anexo I) para analizar sus factores de riesgo correlacionándolos posteriormente con su expediente.

Se tomaron 559 biopsias endometriales, de las cuales solo se seleccionaron 450 pacientes. Se tomaron en cuenta los siguientes factores de riesgo:

- Obesidad
- Hipertensión
- Diabetes Mellitus
- Tabaquismo
- Uso de hormonales por anticoncepción

Biopsia de Endometrio: García, 8

- Uso de terapia de reemplazo con o sin oposición
- Nivel sociocultural
- Antecedentes ginecoobstetricos
- Sangrado anormal, disfuncional y postmenopaúsico.

RESULTADOS :

De las 559 biopsias endometriales tomadas es importante mencionar que se eliminaron un total de 109 pacientes por tener en el informe histopatológico: muestra insuficiente para diagnóstico, Vellosidades coriales o tejido cervical, quedando un total de 450 pacientes a las cuales se les analizaron sus factores de riesgo encontrando los siguientes resultados:

El rango de edad de las pacientes estudiadas fue de 25 a 65 años, con una media de 43 años y una desviación estándar de 10.5 años. (Tabla 1, Gráfica 1).

Se clasificaron de acuerdo a su educación en niveles socioculturales: (Tabla II, Gráfica II).

- Bajo 72% (325)
- Medio 24% (108)
- Alto 4% (17)

Los diagnósticos integrados a su ingreso fueron:

Biopsia de Endometrio: García, 10

- Sangrado uterino anormal. Con diagnóstico de miomatosis uterina por ultrasonografía 78 pacientes (17%), por diagnóstico clínico 160 pacientes (36%).
- Sangrado uterino disfuncional: Con diagnóstico de hiperplasia endometrial por ultrasonografía 17 pacientes (4%) y por diagnóstico clínico 130 pacientes que corresponden al (29%).
- Sangrado postmenopáusico: Sesenta y cinco pacientes (14%).

De acuerdo con su paridad encontramos los siguientes datos:

Nueve nuligestas (2%), 28 primigestas (6%), 82 secundigestas (18%), 331 multigestas (74%) (Tabla III, Gráfica II).

Con 1 aborto: 80 pacientes, con 2 abortos: 32 pacientes, con 3 abortos: 13 pacientes. Por antecedente de cesáreas: Una cesárea 29 pacientes, Dos cesáreas: 16 pacientes, Tres cesáreas: 21 pacientes. (Tabla IV).

De los Métodos de Planificación utilizados encontramos de acuerdo a su frecuencia: (Tabla V, Gráfica V).

- | | | |
|--------------------------------|---------------|-------|
| • Oclusión Tubaria Quirúrgica: | 151 pacientes | (32%) |
| • Anticonceptivos Orales: | 121 pacientes | (27%) |
| • Sin control: | 95 pacientes | (21%) |
| • Dispositivo Intrauterino: | 48 pacientes | (11%) |

Biopsia de Endometrio: García, 11

- Hormonales de Depósito: 22 pacientes (5%)
- Uso de Preservativo: 16 pacientes (4%)

Se encontraron: 82 pacientes obesas, 25 diabéticas, 30 hipertensas, 25 con tabaquismo, 24 con tratamiento hormonal de reemplazo.

Los Reportes de Patología Fueron los Siguietes: (Tabla VI, Gráfica VI).

- Endometrio Secreto: 278 (61%).
- Endometrio Proliferativo: 49 (11%).
- Hiperplasia Endometrial sin Atipias : 43 (10%).
- Deciduitis: 28 (6%).
- Endometrio Atrófico: 27 (6%).
- Pólipos Endometriales: 9 (2%).
- Hiperplasia Endometrial con Atipias (Adenomatosa): 8 (2%).
- Endometrio Asincrónico : 5 (1%).
- Cáncer Cervicouterino: 3 (1%).
- Cabe mencionar que de los resultados anteriores el endometrio atrofico y la presencia de pólipos endometriales se pueden asociar a hiperplasia endometrial.

Del total de pacientes encontradas con hiperplasia endometrial simple e hiperplasia endometrial adenomatosa (43 y 8 casos respectivamente), (Tablas VII y VIII), corresponden al 12% del total de pacientes estudiadas.

Biopsia de Endometrio: García, 12

De estas 18 ingresaron con diagnóstico de sangrado anormal por alteraciones anatómicas (miomatosis uterina), 21 por sangrado disfuncional y 12 por sangrado postmenopáusico. Así mismo, la mayor frecuencia se encontró en el grupo de edad entre 40 a 44 años, que si bien corresponden a la edad de la perimenopausia (donde se inicia la insuficiente secreción de progesterona de un cuerpo lúteo); que corresponde al 43% del total de pacientes detectadas.

En la correlación con los factores de riesgo en las pacientes con hiperplasia endometrial simple el 25.4% fueron multigestas y solo el 5.8% fueron nuligestas; el 31.3% tienen el antecedente de control de la fertilidad con no hormonales (Oclusión Tubaria bilateral, Dispositivo Intrauterino, sin control); y el 5.8% usaron hormonales, ya que las que acudieron a urgencias por sangrado uterino anormal en su mayoría fueron aquellos que no los usaron; se encontró asociado obesidad en un 19.6%, 4% diabéticas, 5.8% hipertensas, 5.8% con tabaquismo, 25.4% escolaridad baja, 7.8% escolaridad media y escolaridad superior el 4%.

De las pacientes con hiperplasia adenomatosa se encontraron en orden de frecuencia de la siguiente manera:

- | | | |
|----------------|---------|------|
| • 40 a 44 años | 3 casos | 5.8% |
| • 60 a 64 años | 2 casos | 4% |
| • 25 a 29 años | 1 caso | 2% |
| • 35 a 39 años | 1 caso | 2% |
| • 50 a 54 años | 1 caso | 2% |

Biopsia de Endometrio: García, 13

De estas pacientes 7.8% tenían más de 3 embarazos, el 5.8% eran secundigestas y el 2% primigestas; en relación con método de control de la fertilidad el 13.7% fue no hormonal, y el 2% de tipo Hormonal; se asoció la obesidad en un 5.8%, e hipertensión en un 2%.

En lo relacionado con el nivel cultural en éste grupo de mujeres: 7.8% su escolaridad fue baja, un 5.8% media, y el 2% superior.

De los diagnósticos de ingreso al servicio el 3.9% fue por sangrado anormal (miomatosis) y el 5.8% por sangrado disfuncional y postmenopaúsico.

CONCLUSIONES:

Al término de este estudio los resultados indican que la mayor frecuencia de casos de pacientes con hiperplasia se presentó en el grupo de mujeres entre los 40 a 44 años; en todas ellas asociadas con sangrado uterino

Cabe mencionar que se encontró una paciente de 25 y otra de 38 años con hiperplasia adenomatosa y 7 mujeres menores de 40 años con hiperplasia endometrial simple; observando que la posibilidad de la presentación de estas alteraciones pueda variar y ser una lesión premaligna que posteriormente evolucione hacia un Cáncer de endometrio, apreciándose que en estas pacientes se realiza un diagnóstico oportuno por medio de una biopsia de endometrio.

Observamos que se relacionan en gran parte el grado de preparación cultural y las perspectivas propias de la población a la que se estudia así como los factores de riesgo asociados; iniciando con el factor obesidad (con un 21.5% en las mujeres detectadas con hiperplasia); la edad actualmente mayor para el primer embarazo (sobre todo en las mujeres que buscan superación personal), sin descartar los factores

Biopsia de Endometrio: García, 15

predisponentes (Diabetes, Hipertensión, menopausia precoz y por consecuencia tratamiento hormonal de sustitución).

Se concluye que no todos los sangrados uterinos anormales se asocian a cáncer de endometrio, en este estudio podemos decir, que en su mayoría tuvieron un origen inflamatorio (probablemente asociado a alguna patología infecciosa), ya que así lo demuestran los resultados de patología:

- Endometrio secretor 61.78%
- Endometrio proliferativo 10.89%
- Deciduitis 6.22%

En un porcentaje menor: 0.67% se encontró el sangrado anormal asociado a cáncer cervicouterino (adenocarcinoma).

De los factores de riesgo asociado con hiperplasia de acuerdo a su frecuencia fueron:

Método de planificación no Hormonal	41	80.39%
Baja escolaridad	37	72.54%
Multiparidad	34	66.66%
Obesidad	26	50.98%
Método de planificación Hormonal	10	19.60%
Hipertensión arterial	6	11.76%
Tratamiento hormonal de sustitución	5	9.8%

Biopsia de Endometrio: García, 16

Tabaquismo	4	7.84%
Nuliparidad	4	7.84%
Diabetes	4	7.84%

Se mencionan otras patologías endometriales que se asocian a hiperplasia endometrial:

Endometrio atrófico

Pólipos endometriales

Encontradas en 6 y 2% del total de las pacientes estudiadas (450 mujeres).

Tabla No. I
Distribución de Pacientes por Grupos Etáreos

Grupo etáreo	No Pacientes	Porcentaje
		%
25-29	21	4.7
30-34	51	11.3
35-39	82	18.2
40-44	103	22.9
45-49	93	20.7
50-54	60	13.3
55-59	17	3.8
60-64	17	3.8
65 o más	6	1.3
Total	450	100

Gráfica No. I

Distribución de Pacientes por grupos etáreos

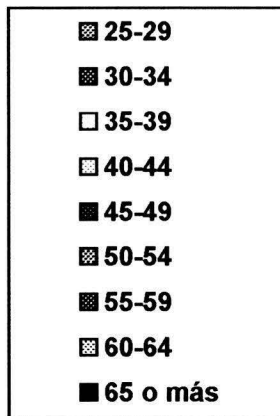
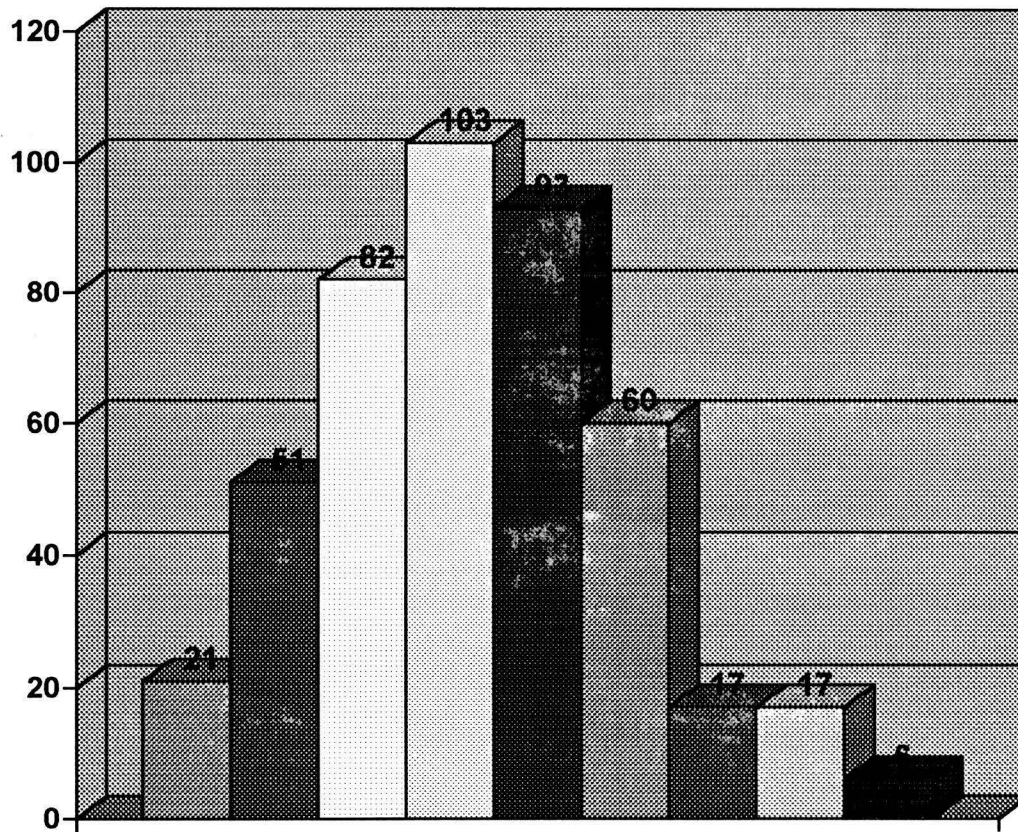


Tabla No. II

Distribución de Acuerdo al Nivel sociocultural.

Nivel educacional	No. Pacientes	Porcentaje
Primaria	325	72
Secundaria	108	24
Preparatoria o más	17	4
Total	450	100

Gráfica No. 2

Distribución de Acuerdo al Nivel sociocultural

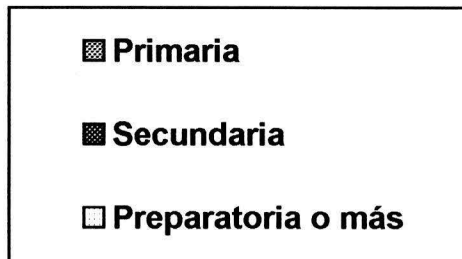
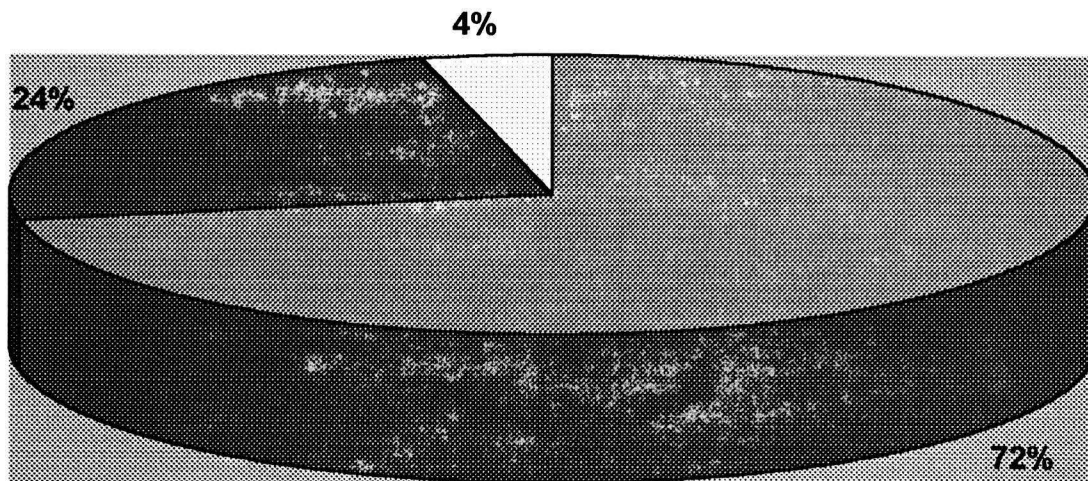


Tabla No. III

Distribución de Acuerdo al Número de Gestaciones

No. De Gestaciones	No. De Pacientes	Porcentaje
0	9	2
1	28	6
2	82	18
3 o más	331	74
Total	450	100

Gráfica No. 3

Distribución de acuerdo al Número de Gestaciones

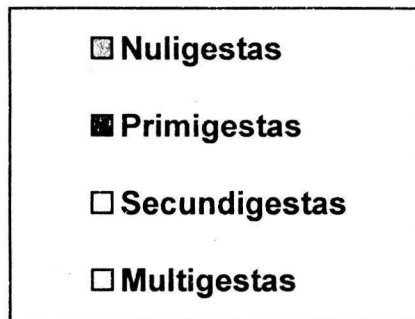
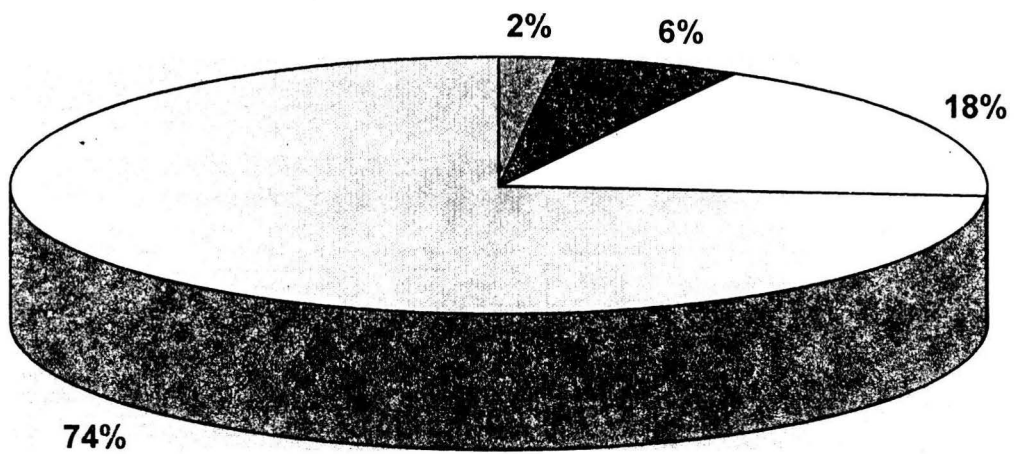


Tabla No. IV

Distribución de Pacientes de Acuerdo a Paridad.

Paridad						
Partos			Abortos		Cesáreas	
Fre-	No. Ptes.	%	No. Ptes.	%	No. Ptes	%
Cuencia						
1	29	7	80	64	29	44
2	102	26	32	26	16	24
3 o +	261	67	13	10	21	32
Total	392	100	125	100	66	100

Tabla No. V
Distribución de acuerdo al método de
Planificación Familiar.

Métodos de	No.	Porcentaje
Planificación Familiar	Pacientes	
O.T.B. quirúrgica	144	32
Anticonceptivos Orales	121	27
Sin control	95	21
Dispositivo Intrauterino	49	11
Anticonceptivo de depósito	23	5
Preservativo	18	4
Total	450	100

Gráfica No. 5

Distribución de acuerdo al método de Planificación Familiar

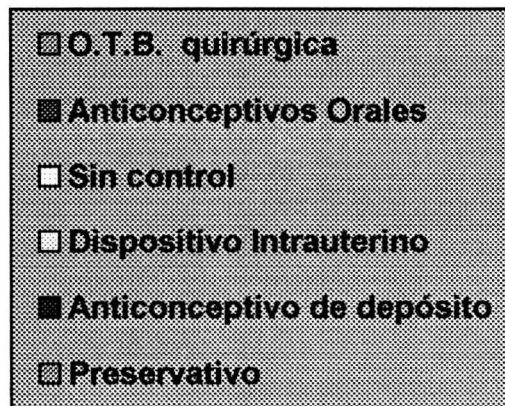
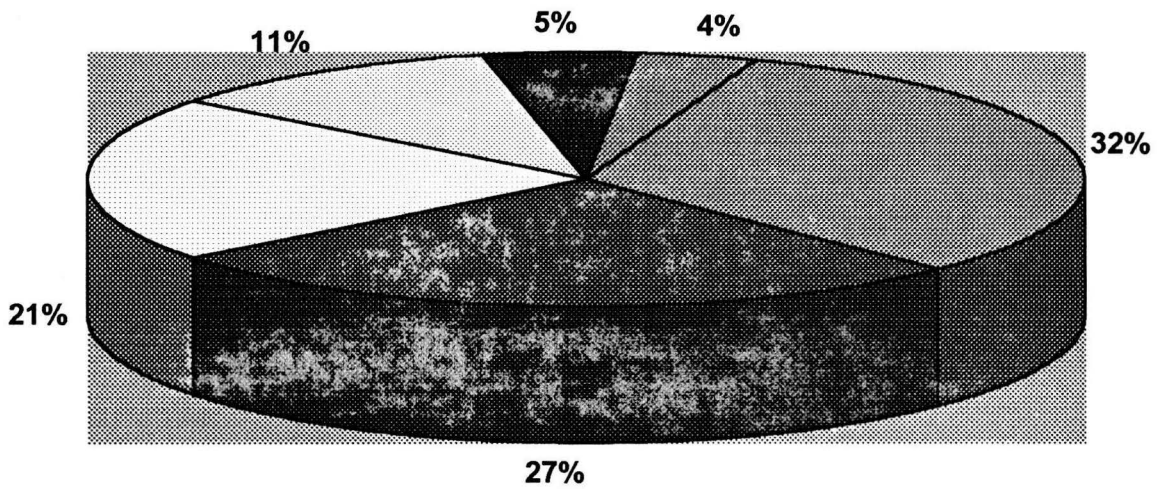
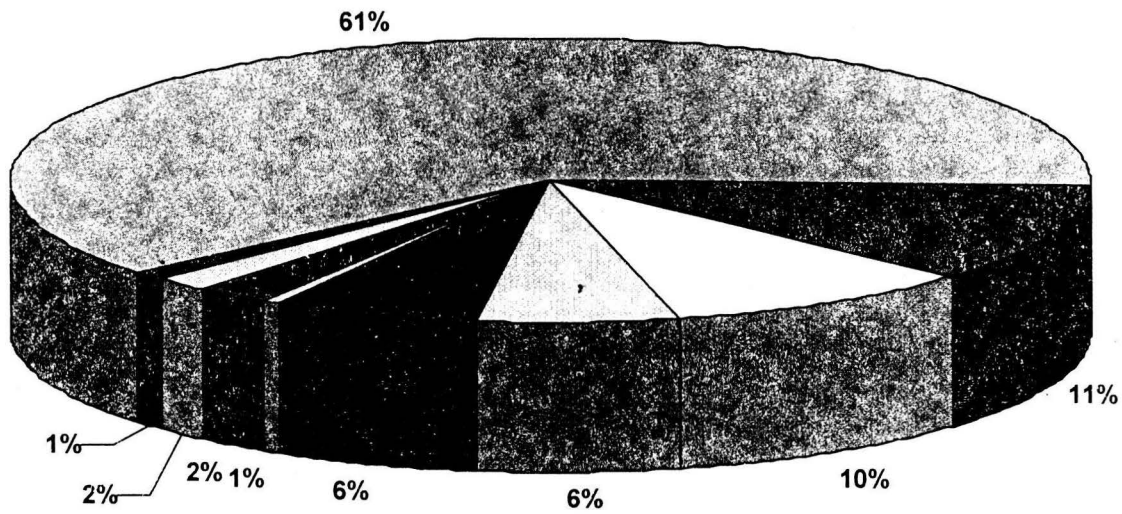


Tabla No. VI
Reporte Histológico

	Número de Pacientes	Porcentaje
Endometrio Secretor	278	61.78%
Endometrio Proliferativo	49	10.89%
Hiperplasia Simple	43	9.56%
Deciduitis	28	6.22%
Endometrio Atrófico	27	6.00%
Cáncer Cervicouterino	3	0.67%
Pólipo Endometrial	9	2.00%
Hiperplasia Adenomatosa	8	1.78%
Endometrio Asincrónico	5	1.11%
Total	450	100.00%

Gráfica No. 6

Reporte Histológico



- Endometrio Secretor
- Endometrio Proliferativo
- Hiperplasia Simple
- Deciduitis
- Endometrio Atrófico
- Cáncer Cervicouterino
- Pólipo Endometrial
- Hiperplasia Adenomatosa
- Endometrio Asincrónico

Tabla VII
Factores de Riesgo en Pacientes con Hiperplasia Simple

Grupo Etáreo	Paridad			Metodos de Planificación		Factores de Riesgo						Escolaridad*			T. De Sangrado**					
	No.	%	0	1	2	3	No Hormonales	Hormonales	Obe-sidad	Diabe-tes	Hiper-tensión	H. Resti-tución	Taba-quismo	B	M	A	A	D	P	
25 a 29	0	0																		
30 a 34	2	4	1	1			1		2		1			1						2
35 a 39	5	9.7		2	3		5		3					3	2		2			2
40 a 44	19	37.2	3	2	1	13	16	10	2	3		3		13	4	2	10			9
45 a 49	7	13.7		2	2	5	5	4		1	2	1		6	1		3			3
50 a 54	4	7.8		1	3		4	2		1	1			4			1			3
55 a 59	2	4			2		2	1	1					2						2
60 a 64	3	5.8			3		1	1			1			3						3
65	1	2			1		1							3						1
Total	43	84.2	4	2	7	30	34	23	4	5	5	4	4	33	8	2	16	18	9	9

Tabla VIII
Factores de Riesgo en Pacientes con Hiperplasia Adenomatosa

Grupo Étareo		Paridad			Metodos de Planificacion		Metodos de Planificacion					Escolaridad*			T. De Sangrado**			
No.	%	0	1	2	3	No Hormonales	Hormonales	Obe-sidad	Diabe-tes	Hiper-tensión	H. Resti-tución	Taba-quismo	B	M	A	A	D	P
25 a 29	2		1			1							1					1
30 a 34																		
35 a 39	2				1	1		1						1				1
40 a 44	5.8		1	1	1	3							2		1			2
45 a 49																		
50 a 54	2				1		1						1					1
55 a 59																		
60 a 64	4		1	1	2			2		1			1	1				2
65																		
TOTAL	8	15.8	1	3	4	7	1	3	1	1	4	3	1	2	1	2	3	3

ESTA TESIS NO SALE DE LA BIBLIOTECA

BIBLIOGRAFIA:

1. Torres L. A. Et. al. Cáncer del Endometrio Clasificación Clínico- Quirúrgica y Resultados del Tratamiento (Análisis de 134 Pacientes). Ginec. Obstet. México 1998; 66: 381-388.
2. Handa V.L. Et. al. Vaginal Administration of Low-Dose Conjugated Estrogens: Systemic Absorption and Effects on The Endometrium. Obstet. Gynecol. 1994; 84(2): 215-218.
3. Brinton L. A. Et al. Estrogen Replacement Therapy and Endometrial Cancer Risk: Unresolved Issues. Obstet. Gynecol. 1993; 81(2): 265-271
4. Jick. S.S. Et al. Oral Contraceptives an Endometrial Cancer. Obstet. Gynecol. 1993; 82(6): 931-935.
5. Carranza.L. S. Et al. Correlación de los Hallazgos Histopatológicos con las Variables Ultrasonográficas del Endometrio Conforme al Peso Corporal y Distribución del Tejido Adiposo en la Postmenopausia. Ginec. Obstet. México 1996; 64: 517-521.
6. Larson D. M. Et. al. Prognostic Significance of Gross Myometrial Invasion With Endometrial Cancer. Obstet. Gynecol. 1996; 88(3): 394-398.
7. Barret. Rolland. Et. al. Endometrial Cáncer Stage at Diagnosis and Associated Factors in Black and White Patients. Am J. Obstet. Gynecol. 1995; 173(2): 414-423.
8. Tsuda H. Et. al. Differences between Occidental and Oriental Postmenopausal Women in Cutoff Level of Endometrial Thickness for Endometrial Cancer Screening by Vaginal Scan. Am. J. Obstet. Gynecol. 1995; 172 (5): 1494-1495.
9. Kadar N. Et. Al. Prognostic Factors in Surgical Stage III and IV Carcinoma of the Endometrium. Obstet. Gynecol. 1994; 84(6): 983-986.

10. Carranza L. S. Et al. Evaluación de las Variables Ultrasonográficas del Endometrio en Relación con los Hallazgos Histopatológicos en Pacientes con sangrado Uterino postmenopáusico. *Ginec. Obstet. México* 1996; 64: 552-555.
11. Hakala A. Et al. Macrophage Colony-Stimulating Factor 1, a Clinically Useful Tumor Marker in Endometrial Adenocarcinoma: Comparison with CA 125 and the Aminoterminal Propetide of type III procollagen. *Am J. Obstet. Gynecol.* 1995; 173(1): 112-119.
12. Cliby W.A. et. Al. Uterine Prolapse Complicated by Endometrial Cancer. *A. J. Obstet. Gynecol.* 1995; 172(6): 1675-1683.
13. Munson L. Et al. Platelet-Derived growth Factor Promotes Endometrial Epithelial cell Proliferation. *Am J. Obstet. Gynecol.* 1995;173(6): 1820-1825.
14. Bernal A. et. al. Aparente Distribución Heterogénea de Receptores de Progesterona en Ciertos Casos de Carcinoma Endometrial. *Ginec. Obst. Mex.* 1997; 65: 96-100.