



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES PARA
LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

CORRELACION ANATOMOCLINICA DE PATOLOGIA
ENDOMETRIAL EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL
HOSPITAL REGIONAL "LICENCIADO ADOLFO LOPEZ MATEOS"
DEL AÑO 2004 AL 2006

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PRESENTA LA
DRA. JEANNELLE GÓMEZ RODRÍGUEZ
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE LA ESPECIALIDAD DE
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA



ISSSTE

ASESOR DE TESIS:
DR. JOSÉ ADRIÁN TOLENTINO LÓPEZ

Nº de registro de protocolo: 45.2007

2008



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.

DR SERGIO B. BARRAGAN PADILLA
CORDINADOR DE CAPACITACION DESARROLLO
E INVESTIGACION

DR. CARLOS LENIN PLIEGO REYES
JEFE DE ENSEÑANZA

DR. CESAR RUISANCHEZ PEINADO
JEFE DE INESTIGACION

DR. OSCAR TREJO SOLÓRZANO
PROFESOR TITULAR

DR. JOSÉ ADRIAN TOLENTINO LÓPEZ
ASESOR DE TESIS

DR. OSCAR TREJO SOLÓRZANO
VOCAL DE INVESTIGACION

*A Dios por dirigir mi vida
A Fernando por su invaluable apoyo, amor y compañía
A mis padres y hermanos que han sido grandes protagonistas de mi formación
A mis maestros y compañeros por su enseñanza y paciencia*

INDICE

RESUMEN	1
SUMMARY	2
ANTECEDENTES	3
OBJETIVOS	7
MATERIALES Y MÉTODOS	8
RESULTADOS	10
DISCUSIÓN	18
CONCLUSIONES	21
BIBLIOGRAFIA	22

RESUMEN

Antecedentes. El cáncer de endometrio ocupa el tercer lugar entre los cánceres del tracto genital femenino, la hiperplasia endometrial es una lesión precursora de esta patología. Existen diversos factores de riesgo para presentar patología endometrial como son menopausia, sangrado posmenopáusico, obesidad, antecedente de terapia de reemplazo hormonal, uso de tamoxifen así como presentar diabetes mellitus o hipertensión arterial sistémica.

Objetivos. Conocer los diagnósticos histopatológicos más frecuentes de las biopsias de endometrio que se realizaron en el periodo de enero del 2004 a diciembre del 2006 en el servicio de ginecología en el Hospital Regional "Adolfo López Mateos" así como establecer la asociación entre los factores de riesgo y los diagnósticos histopatológicos.

Materiales y Métodos. Se trata de un estudio retrospectivo y longitudinal que se realizó recabando los reportes histopatológicos de las biopsias de endometrio realizadas en el periodo de enero del 2004 a diciembre del 2006. Se revisaron expedientes de las pacientes con diagnósticos alterados para identificar los factores de riesgo. El análisis estadístico se realizó con ayuda del programa SPSS para Windows versión 12.0. Se utilizó variables cruzadas y Chi cuadrada considerando la $p < 0.05$ para que los resultados fueran estadísticamente significativos.

Resultados. En el periodo de estudio se realizaron 1065 biopsias de endometrio, 798 reportes no mostraron alteración; 204 pacientes contaban con diagnósticos histopatológicos de cáncer de endometrio o hiperplasia endometrial. Los factores de riesgo con un valor de $p < 0.05$ fueron el diagnóstico de menopausia, sangrado posmenopáusico, IMC mayor a 30 y eco endometrial mayor a 4 mm.

Conclusiones. El diagnóstico más frecuentemente encontrado fue endometrio sin alteración. De los resultados alterados la hiperplasia simple sin atipia fue el más frecuentemente encontrado seguido del adenocarcinoma. Los factores de riesgo más frecuentemente asociados a patología endometrial fueron menopausia, sangrado posmenopáusico, eco endometrial mayor a 4 mm e IMC mayor a 30 que más, significativamente se relacionaron con adenocarcinoma.

Palabras clave: Factor de riesgo, Patología endometrial, Adenocarcinoma, Menopausia, Terapia de reemplazo hormonal

SUMMARY

Background: Endometrial cancer occupies the 3rd place among the cancers of the female genital tract. The endometrial hyperplasia is a precursor lesion of this pathology. There are a variety of risk factors for endometrial pathology like menopause, postmenopausal bleeding, obesity, history of replacement hormonal therapy, use of tamoxifen, and chronic diseases (diabetes mellitus and hypertension)

Objectives: to know the most frequent histopathologic diagnosis of endometrial biopsies made on the Gynecology service of the Hospital regional Licenciado Adolfo López Mateos during the period of January 2004 and December 2006, and to establish the association among risk factors and the histopathologic diagnosis.

Methods and Materials: This is a retrospective longitudinal study using the histopathologic reports of the endometrial biopsies made during the period of January 2004 and December 2006. We made a revision of the medical charts of the patients with altered diagnosis to identify risk factors. Statistical analysis was made using the SPSS window version 12.0 program, using the chi square and crossed variables considering $p < 0.05$ as statistically significant.

Results: During the study period 1065 biopsies were made, 798 reports did not show any alteration; 204 patients had diagnostics of endometrial cancer or endometrial hyperplasia. Risk factors with a $p < 0.05$ were menopause, postmenopausal bleeding, corporal mass index > 30 and endometrial eco > 4 mm.

Conclusions: The most frequent diagnosis found was non altered endometrium. Of the altered results simple hyperplasia without atypia was the most frequent followed by adenocarcinoma. Most common risk factor associated with endometrial pathology included menopause, postmenopausal bleeding, endometrial eco > 4 mm and corporal mass index > 30 . These were more related with adenocarcinoma.

Key words: Endometrial pathology, Risk factor
Adenocarcinoma, Menopause, Replacement
hormonal therapy

ANTECEDENTES

La hiperplasia endometrial y el cáncer de endometrio son patologías que afectan de manera importante en el período de la perimenopausia y posmenopáusia. En México, el cáncer de endometrio, ocupa el tercer lugar entre los cánceres del tracto genital femenino. En el año 2000 se reportaron 1583 casos de cáncer de endometrio y 578 defunciones por ésta causa.

El cáncer de endometrio es una neoplasia que se presenta con mayor frecuencia en países desarrollados con predilección en las mujeres de raza blanca. En Estados Unidos el cáncer de endometrio ocupa el primer lugar de neoplasias en mujeres mayores de 55 años y en los periodos de la perimenopausia y la posmenopausia.

La lesión precursora de cáncer de endometrio es la hiperplasia endometrial; que es definida como una proliferación de glándulas con tamaño irregular y un incremento en la relación glándula estroma. La hiperplasia endometrial se clasifica en hiperplasia simple y compleja, con o sin atipia.

La hiperplasia simple se caracteriza por presentar glándulas regulares con abundante estroma, la hiperplasia compleja presenta glándulas de varios tamaños con escaso estroma. La atipia se determina cuando las células que conforman las glándulas presentan núcleos hipercromáticos, nucleolos prominentes y un incremento en la relación núcleo citoplasma. La atipia es un factor pronóstico importante para progresión a cáncer de endometrio. La hiperplasia sin atipia progresa en menos del 2% de los casos a cáncer, por otro lado la hiperplasia con atipia progresa a cáncer en el 23% de los casos en un periodo de 4 años.

El tipo histológico más frecuente de cáncer de endometrio es el adenocarcinoma endometroide llegando hasta el 90% de casos; otros tipos histológicos menos frecuentes son el adenoacantoma, adenoescamoso, de células claras, seroso papilar, indiferenciado, mixto y metastático.

El síntoma más común que presentan las pacientes jóvenes con hiperplasia endometrial o cáncer de endometrio es el sangrado uterino anormal. En las pacientes posmenopáusicas invariablemente presentan sangrado uterino de mayor cuantía cuando se trata de cáncer o hiperplasia; en cambio si se trata de sangrado por atrofia endometrial solo presentan sangrado escaso. Otros síntomas de cáncer de endometrio son dolor pélvico, tumor pélvico y obstrucción intestinal.

Las pacientes en la etapa de la posmenopausia, es decir, mujeres mayores de 46 años que tienen más de 12 meses sin presentar menstruación, son más susceptibles de presentar patología endometrial ya que presentan factores de riesgo asociados a hiperplasia endometrial y cáncer de endometrio tales como la edad, mayor incidencia de padecimientos crónico degenerativos como hipertensión arterial sistémica y diabetes mellitus; antecedente de uso de estrógenos como terapia de reemplazo hormonal, más frecuentemente asociado cuando se usan estrógenos sin progestinas.

Otros factores de riesgo asociados a patología endometrial son la nuliparidad, la obesidad, antecedente de cáncer de mama, infertilidad, irregularidades menstruales, síndrome de ovarios poliquísticos y el antecedente de uso de tamoxifen.

Para realizar el diagnóstico de patología endometrial es necesario seleccionar a las pacientes de acuerdo a la sintomatología y los factores de riesgo que presenten posteriormente se debe realizar un ultrasonido endovaginal para medir el eco endometrial que debe ser menor a 5mm, si el eco endometrial supera los 5 mm es indispensable realizar otros estudios.

Algunos estudios reportan, en cuanto la medición del eco medio, un valor predictivo positivo de 9% cuando el eco endometrial es mayor de 5mm y un valor predictivo negativo de 99% con una sensibilidad de 90% y especificidad de 48%.

La biopsia de endometrio es un procedimiento que debe realizarse a pacientes mayores de 40 años con sangrado uterino anormal, con sangrado posmenopáusico; en pacientes con un eco endometrial mayor a 5 mm o en pacientes con factores de riesgo de patología endometrial.

La histeroscopia con toma de biopsia dirigida es el estándar de oro para realizar diagnósticos de patología endometrial con una sensibilidad de 98% y una especificidad de 95%; sin embargo este estudio tiene la desventaja de ser costoso y que en muchos hospitales no se cuenta con este recurso.

Para elegir el tratamiento se debe considerar a cada paciente en cuanto a edad, deseos de procrear, riesgo quirúrgico, presencia o ausencia de atipia.

Muchos estudios han demostrado eficacia en el tratamiento conservador con progestinas y análogos de la GnRH, en pacientes con hiperplasia simple sin atipia observando hasta 90% de remisión después de 42 meses de tratamiento. Para las pacientes posmenopausicas con hiperplasia con atipia se prefiere la histerectomía total abdominal con salpingooforectomía bilateral. En pacientes premenopáusicas con hiperplasia con atipia se puede intentar tratamiento conservador con progestinas o análogos de la GnRH con realización de biopsias cada 3 a 6 meses.

En la literatura mexicana, en pacientes con hiperplasia simple, se recomienda tratamiento conservador con vigilancia estrecha o histerectomía total abdominal con salpingooforectomía derecha en menores de 45 años y salpingooforectomía bilateral en mayores de 45 años. Cuando el diagnóstico es hiperplasia compleja se recomienda la histerectomía total abdominal con salpingooforectomía derecha en menores de 45 años y salpingooforectomía bilateral en mayores de 45 años.

Si el diagnóstico de cáncer de endometrio; el tratamiento en los estadios IA y IB grado 1 y 2 es histerectomía total abdominal con salpingooforectomía bilateral y seguimiento. Para los estadios IA, IB y IC grado 3 se debe realizar histerectomía total abdominal con salpingooforectomía bilateral y toma de biopsias de ganglios linfáticos y posteriormente aplicar radioterapia pélvica. En los estadios IIA y IIB se debe realizar histerectomía total abdominal con salpingooforectomía bilateral con toma de biopsia de ganglios linfáticos y radioterapia pélvica, si existe contraindicación para tratamiento quirúrgico solo se aplicara radioterapia. En los estadios IIIA, IIIB y IIIC se debe realizar histerectomía total abdominal y salpingooforectomía bilateral con biopsia de ganglios linfáticos iliacos y paraaórticos con radioterapia posterior. En el estadio VI se aplicara radioterapia paliativa y en algunos casos cirugía cito reductora.

Este estudio pretende conocer la prevalencia de los diagnósticos histológicos más frecuentes de patología endometrial, en las pacientes en quienes se realizó biopsia de endometrio en el servicio de ginecología de este hospital del año 2004 al año 2006; así como realizar una asociación entre los factores de riesgo con cada patología; por lo tanto, identificar a las pacientes que tienen mayor riesgo para hiperplasia endometrial y cáncer de endometrio.

El analizar los factores de riesgo que presentan las pacientes con patología endometrial es de utilidad debido a que de acuerdo a las características de cada paciente que acuden al servicio de Ginecología del Hospital Regional "Adolfo López Mateos"; se podrá identificar a las pacientes con riesgo y de esta manera realizar el diagnóstico oportuno y otorgar el mejor tratamiento.

De acuerdo a los resultados de este estudio se podrán proponer criterios para indicar la realización de biopsia de endometrio en las pacientes que acudan al servicio de ginecología de este hospital.

El conocer la incidencia de patología endometrial, es de gran valor epidemiológico ya que hasta el momento se desconoce los resultados de las biopsias de endometrio que se realizan a nuestras pacientes.

OBJETIVOS

GENERAL

Conocer los diagnósticos histológicos de las biopsias de endometrio que se realizaron del año 2004 al 2006 a las pacientes que acudieron al servicio de Ginecología del Hospital Regional “Adolfo López Mateos”; así como establecer la asociación entre los factores de riesgo y los diagnósticos histológicos de dichas pacientes.

ESPECIFICOS

1. Conocer la prevalencia de los diagnósticos histopatológicos de las pacientes a quienes se les realizó biopsia de endometrio en el periodo comprendido de enero 2004 a diciembre 2006.
2. Determinar los factores de riesgo para patología endometrial que presentan las derechohabientes que acuden al servicio de ginecología del Hospital Regional “Adolfo López Mateos”
3. Proponer criterios para la indicación de toma de biopsia de endometrio en las pacientes con riesgo de desarrollar patología endometrial

MATERIALES Y MÉTODOS

El presente estudio se realizó posterior a la aprobación del Comité de Investigación de la Coordinación de Capacitación Desarrollo e Investigación del Hospital Regional “Adolfo López Mateos”.

Se trata de un estudio retrospectivo y longitudinal realizado en el Hospital Regional “Adolfo López Mateos” recabando los diagnósticos histopatológicos de las biopsias de endometrio realizadas en el período del 01 de enero del 2004 al 31 de diciembre del 2006.

Se recabó información del archivo del servicio de patología con una cédula de recolección de datos que consignaba el nombre, edad, número de expediente y diagnóstico histopatológico de las pacientes a quienes se les realizó biopsia de endometrio en el período antes mencionado. Así mismo se contabilizó el número de biopsias con resultado negativo a patología endometrial.

Los diagnósticos patológicos incluían: Hiperplasia compleja con atipia, Hiperplasia compleja sin atipia, Hiperplasia simple con atipia, Hiperplasia simple sin atipia, Adenocarcinoma y Carcinoma adenoescamoso.

Se revisaron los expedientes de las pacientes con diagnósticos patológicos con una cédula de recolección de datos que consignaba factores de riesgo de hiperplasia endometrial y cáncer de endometrio, como son: Índice de masa corporal, menopausia, sangrado posmenopáusico, engrosamiento endometrial, enfermedades crónico degenerativas, antecedente de uso de tamoxifen y antecedente de uso de terapia de reemplazo hormonal.

Los criterios de inclusión fueron: pacientes del servicio de ginecología del Hospital Regional “Adolfo López Mateos” y pacientes a quienes se les realizó biopsia de endometrio en el periodo del 01 enero del 2004 al 31 de diciembre del 2006.

Los criterios de exclusión fueron reportes de patología con muestra inadecuada o insuficiente para diagnóstico; pacientes sin expediente o expediente incompleto, es decir, que en el expediente no se encontraron consignados los factores de riesgo descritos.

Para el análisis estadístico fue realizado con ayuda del programa SPSS para Windows versión 12.0. Se utilizó variables cruzadas y Chi cuadrada considerando la $p < 0.05$ para que los resultados fueran estadísticamente significativos.

RESULTADOS

En el período de estudio se realizaron 1065 biopsias de endometrio; se excluyeron 63 reportes de patología; 28 por no contar con expediente completo, de los cuales la razón principal fue no contar con la medición del eco endometrial; 35 se eliminaron por reportar muestra insuficiente o inadecuada para diagnóstico.

Se obtuvieron 204 reportes con diagnósticos patológicos, como son: Hiperplasia compleja con atipia, Hiperplasia compleja sin atipia, Hiperplasia simple con atipia, Hiperplasia simple sin atipia, Adenocarcinoma y Carcinoma adenoescamoso. Los resultados sin patología endometrial fueron 798.

Se analizaron los factores de riesgo de las pacientes con diagnósticos patológicos con los siguientes hallazgos:

La edad promedio de las pacientes con patología endometrial fue de 49.6 con una desviación estándar de 12.4 con edad mínima de 30 años y máxima de 86 años. El índice de masa corporal que más frecuentemente se encontró fue de 28 a 33 con un 72%. El sangrado posmenopáusico se presentó en 111 de las 204 pacientes, es decir, el 54.4%. En 135 pacientes (66.2%) se encontró el diagnóstico de menopausia. El eco endometrial fue mayor de 4mm en el 72.1% de pacientes. El 61.8%, es decir, 126 pacientes no tenían antecedente de uso de terapia de reemplazo hormonal.

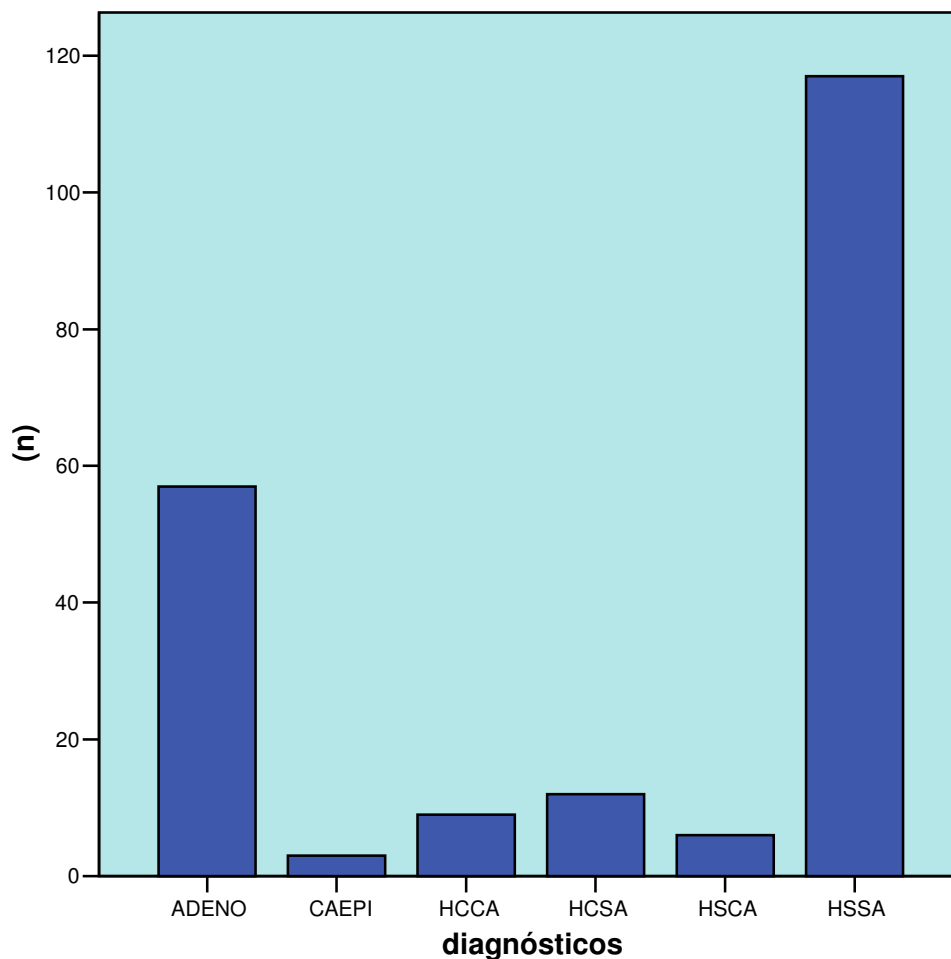
Únicamente 6 pacientes tenían antecedente de uso de tamoxifen. El 32.4% contaban con el diagnóstico de diabetes mellitus no insulina dependiente y el 30.9% presentaban hipertensión arterial sistémica.

El diagnóstico más frecuentemente encontrado fue Hiperplasia simple sin atipia con un 57.4%; seguido de adenocarcinoma con un 27.9% (tabla 1 y gráfica 1).

Tabla 1. Frecuencia de diagnósticos Histopatológicos

Diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje
ADENOCA	57	27,9
CAEPI	3	1,5
HCCA	9	4,4
HCSA	12	5,9
HSCA	6	2,9
HSSA	117	57,4
Total	204	100,0

Gráfica 1. Frecuencia de Diagnósticos Histopatológicos



*ADENO: Adenocarcinoma CAEPI: Carcinoma adenoescamoso HCCA: Hiperplasia compleja con atipia
HCSA: Hiperplasia compleja sin atipia HSCA: Hiperplasia simple con atipia HSSA: Hiperplasia simple sin atipia

La variable independiente, que en este caso fue el diagnóstico; se correlacionó con las variables dependientes, es decir, los factores de riesgo para patología endometrial con los siguientes hallazgos:

El adenocarcinoma se presentó más frecuentemente entre los 61 a 70 años en 20 pacientes (9.8%). La hiperplasia simple sin atipia se presentó con mayor frecuencia en las pacientes de 41 a 50 años en el 20.09%, seguida del grupo de edad de 30 a 40 años en el 17.1%.

El índice de masa corporal que más frecuentemente se asocio a adenocarcinoma fue mayor de 30 en 46 de las 57 pacientes con un valor p de 0.001. Por otro lado el IMC que presentaron la mayoría de las pacientes con hiperplasia simple sin atipia fue de 26 a 30 en 46 de las 117 pacientes, es decir, en el 39.3% con una p de 0.001.

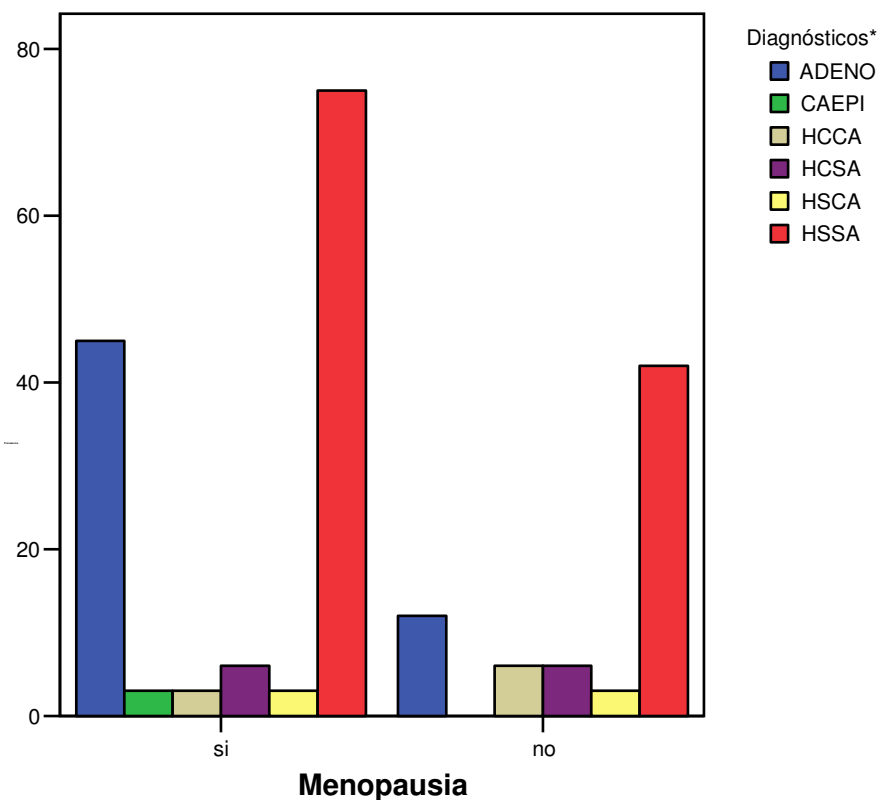
El diagnóstico de menopausia se encontró en 135 de las 204 pacientes con patología endometrial es decir el 66.1%. En las pacientes con adenocarcinoma, el 78.9% tenían diagnóstico de menopausia y en las pacientes con hiperplasia simple sin atipia el 64.1% presentaban dicho diagnóstico. Todas las pacientes con carcinoma adenoescamoso tenían menopausia. Con un valor p de 0.03. (Tabla 2, Gráfica 2).

Tabla 2. Menopausia y Diagnósticos Histopatológicos

MENOPAUSIA	Diagnósticos						Total
	ADENO	CAEPI	HCCA	HCSA	HSCA	HSSA	
Si	45	3	3	6	3	75	135
No	12	0	6	6	3	42	69
Total	57	3	9	12	6	117	204

*ADENO: Adenocarcinoma CAEPI: Carcinoma adenoescamoso HCCA: Hiperplasia compleja con atipia
HCSA: Hiperplasia compleja sin atipia HSCA: Hiperplasia simple con atipia HSSA: Hiperplasia simple sin atipia

Gráfica 2. Menopausia y Diagnósticos Histopatológicos

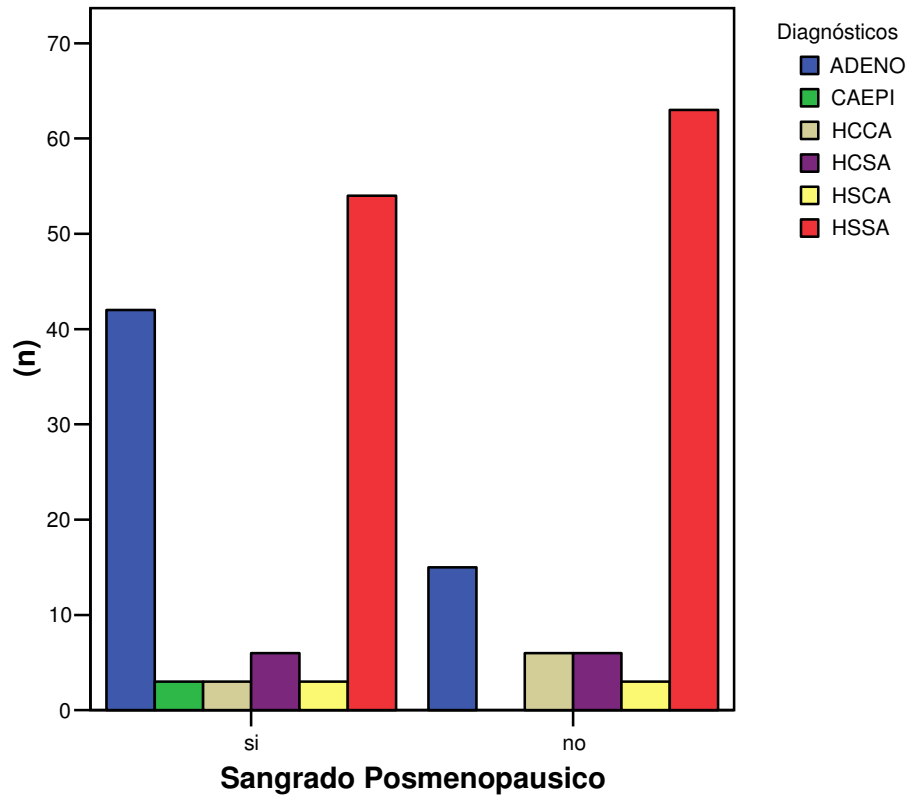


*ADENO: Adenocarcinoma CAEPI: Carcinoma adenoescamoso HCCA: Hiperplasia compleja con atipia
HCSA: Hiperplasia compleja sin atipia HSCA: Hiperplasia simple con atipia HSSA: Hiperplasia simple sin atipia

El sangrado posmenopáusico se presentó en 111 pacientes (54.4%). En cuanto al adenocarcinoma el 73.6% presentó el antecedente de sangrado posmenopáusico; así mismo el 100% de las pacientes con carcinoma adenoescamoso presentó éste antecedente con valor de p de 0.007.

Sin embargo el 53.8% de las pacientes con hiperplasia simple sin atipia no presentaron el antecedente de sangrado posmenopáusico. El resto de pacientes con hiperplasia no presentaron diferencias significativas (Gráfica 3).

Gráfica 3. Sangrado posmenopáusico y diagnóstico histopatológico



*ADENO: Adenocarcinoma CAEPI: Carcinoma adenoescamoso HCCA: Hiperplasia compleja con atipia
HCSA: Hiperplasia compleja sin atipia HSCA: Hiperplasia simple con atipia HSSA: Hiperplasia simple sin atipia

El grosor endometrial fue mayor de 4mm en el 94.7% de pacientes con adenocarcinoma, con un valor $p < 0.05$. Sin embargo en el 74.3% de las pacientes con hiperplasia simple sin atipia el endometrio fue igual o menor a 4mm. El resto de diagnóstico no existieron diferencias significativas (Tabla 3).

Tabla 3. Eco endometrial y diagnósticos histopatológicos

Eco endometrial (mm)	Diagnósticos						Total
	ADENO	CAEPI	HCCA	HCSA	HSCA	HSSA	
2	3	0	2	1	0	42	48
3	0	0	1	3	0	5	9
4	11	0	1	1	2	40	55
6	9	0	1	1	2	9	22
8	16	2	4	3	1	17	43
9	3	0	0	0	0	0	3
10	10	1	0	3	1	3	18
11	5	0	0	0	0	1	6
Total	57	3	9	12	6	117	204

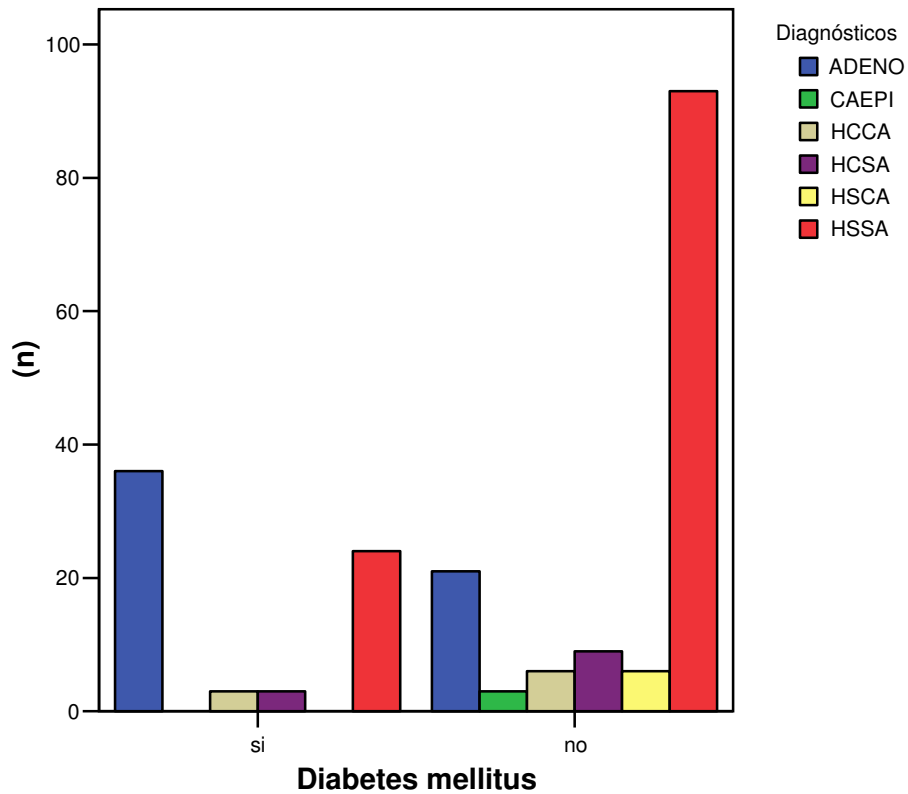
*ADENO: Adenocarcinoma CAEPI: Carcinoma adenoescamoso HCCA: Hiperplasia compleja con atipia
HCSA: Hiperplasia compleja sin atipia HSCA: Hiperplasia simple con atipia HSSA: Hiperplasia simple sin atipia

El antecedente de uso de terapia de reemplazo hormonal se presentó en el 38.2% del total de paciente. En las pacientes con adenocarcinoma el 26.6% tenía antecedente de terapia de reemplazo hormonal. El valor p fue de 0.06.

Solamente se encontraron 6 pacientes (2.9%) con antecedente de uso de tamoxifen de las cuales 3 presentaron adenocarcinoma y 3 hiperplasia compleja con atipia.

La diabetes mellitus no insulino dependiente se encontró en el 32.3% del total de pacientes, sin embargo en las pacientes con adenocarcinoma se presentó en el 63.1% con valor de $p < 0.05$ (Gráfica 4).

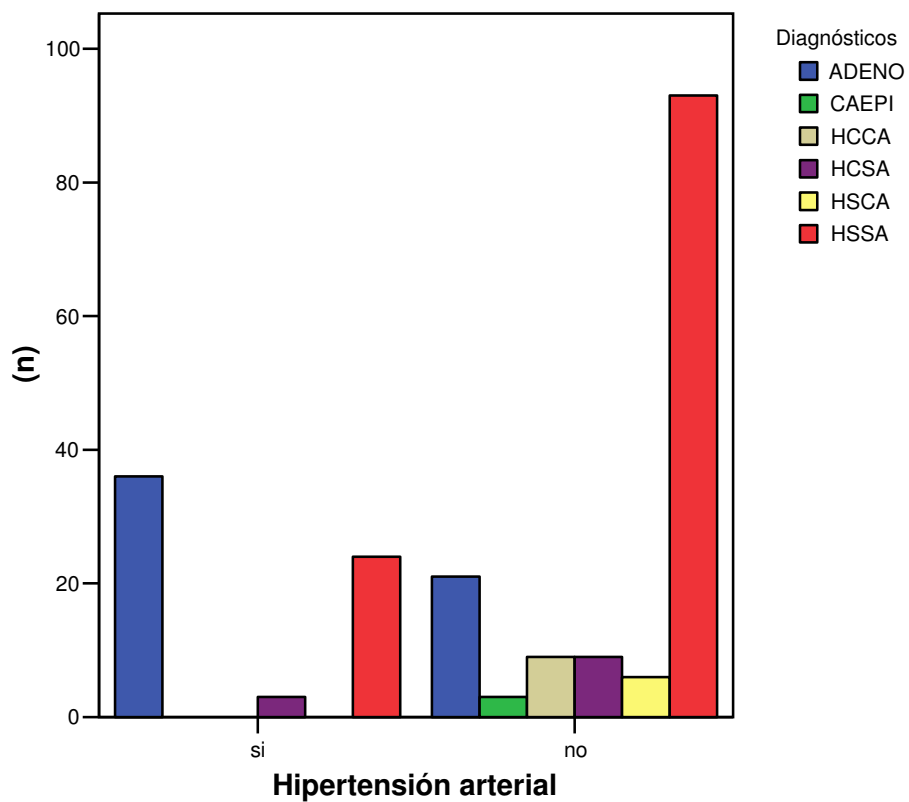
Gráfica 4. Diabetes mellitus y diagnósticos histopatológicos



*ADENO: Adenocarcinoma CAEPI: Carcinoma adenoescamoso HCCA: Hiperplasia compleja con atipia
HCSA: Hiperplasia compleja sin atipia HSCA: Hiperplasia simple con atipia HSSA: Hiperplasia simple
sin atipia

La hipertensión arterial sistémica se presentó en el 30.8% del total de pacientes. Solo en las pacientes con diagnóstico histopatológico de adenocarcinoma el porcentaje de hipertensión arterial sistémica fue mayor con un 63.1% con un valor de $p < 0.005$. En el resto de diagnósticos dicho antecedente no tuvo diferencias significativas (Gáfica 5).

Gráfica 5. Hipertensión arterial sistémica y diagnósticos histopatológicos



*ADENO: Adenocarcinoma CAEPI: Carcinoma adenoescamoso HCCA: Hiperplasia compleja con atipia
HCSA: Hiperplasia compleja sin atipia HSCA: Hiperplasia simple con atipia HSSA: Hiperplasia simple sin atipia

DISCUSIÓN

Con respecto a los resultados de este estudio se pudo determinar que de las 1065 biopsias de endometrio que se realizaron en el período del 01 de enero del 2004 al 31 de diciembre del 2006; 798 presentaban reportes histopatológicos sin patología endometrial, es decir el 74.9% que es lo esperado para un método de tamiz para cáncer.

En 798 pacientes se encontraron resultados alterados, pudiendo determinar que el diagnóstico histopatológico más frecuentemente encontrado fue la hiperplasia simple sin atipia coincidiendo con lo que marca la literatura, seguido del adenocarcinoma endometrial que es la estirpe histológica más frecuente de cáncer de endometrio.

Los factores de riesgo se correlacionaron los diagnósticos histopatológicos; se observó que el adenocarcinoma se presentó más frecuentemente en la séptima década de la vida, que es lo esperado para este tipo de cáncer que se presenta con mayor frecuencia después de los 55 años. Por otro lado el diagnóstico más frecuente se presentó con mayor acumulación en la década de los 50, resultado también esperado.

La mayoría de las pacientes con diagnóstico histopatológico alterado presentaron un IMC superior a 26 que es el límite entre la normalidad y el sobrepeso; encontrando mayor IMC en las pacientes con adenocarcinoma en las cuales el 80.7% tenían un IMC mayor a 30, dato estadísticamente significativo. Debido al estímulo endometrial constante de estrona producida en el tejido adiposo la obesidad es un factor de riesgo para presentar cáncer de endometrio e hiperplasia endometrial.

El factor de riesgo con más significancia estadística fue que la paciente presentara el diagnóstico de menopausia ya que el 66.1 de las pacientes tenía este diagnóstico. En el caso de las pacientes con adenocarcinoma el porcentaje fue de 78.9% probablemente debido a que la edad de presentación más frecuente de cáncer de endometrio son los 55 años, edad en que gran parte de las pacientes presenta menopausia. Todas las pacientes con carcinoma adenoescamoso tenían menopausia.

Otro factor de riesgo con gran significado estadístico fue el sangrado posmenopáusico en donde se encontró que el 73.6% de las pacientes con cáncer presentaron este antecedente, lo que nos habla de la importancia investigar la causa del sangrado posmenopáusico en una paciente sin diagnóstico; considerando, además, que el sangrado posmenopáusico es un signo en las pacientes con cáncer de endometrio. La hiperplasia endometrial no tuvo significancia estadística para este factor de riesgo.

Solamente 6 pacientes presentaron antecedente de uso de tamoxifen es decir el 2.9% de las pacientes con resultados alterados; sin embargo es importante destacar que el 50% de dichas pacientes presentaron adenocarcinoma de endometrio lo que nos hace pensar que puede ser factor de riesgo para cáncer de endometrio y no estar tan asociado a hiperplasia endometrial. Los resultados anteriores también presentaron significancia estadística.

El eco endometrial es un factor de riesgo bien descrito para hiperplasia endometrial y cáncer de endometrio; algunos autores indican la biopsia de endometrio u otros estudios adicionales si el eco medio es mayor a 4mm o 5mm. En este estudio se encontró que el 94.7% de las pacientes con adenocarcinoma tenían un eco endometrial mayor a 4mm, sin embargo esto no fue probado en las pacientes con hiperplasia ya que el 73.3% presentaban un eco endometrial menor a 4mm.

El antecedente de uso de terapia de reemplazo hormonal no se asocio a patología endometrial, probablemente debido a que la TRH no se asocio a patología endometrial ya que se incluyeron a todas las pacientes con antecedente de uso de terapia hormonal sin importar el número de años bajo tratamiento, es sabido que la asociación neoplásica con los fármacos hormonales, es mayor después de 5 años de uso.

En las pacientes con adenocarcinoma, si existió asociación con respecto a los padecimientos crónico degenerativos ya que el 63.1% de las pacientes presentaban diabetes mellitus o hipertensión arterial sistémica. Esta asociación no se encontró en las pacientes con hiperplasia endometrial.

Los factores de riesgo más fuertemente asociados a patología endometrial, de los que se incluyeron en este estudio fueron el diagnóstico de menopausia, el sangrado posmenopáusico, el eco endometrial mayor de 4mm y el IMC mayor a 30. Esta asociación fue más consistente para adenocarcinoma que para hiperplasia endometrial; sin embargo se debe considerar que la hiperplasia endometrial es una lesión precursora de cáncer de endometrio.

Cabe señalar que uno de los efectos indeseables del uso de tamoxifen es el aumento en el riesgo de presentar cáncer de endometrio y aún que en este estudio fueron muy pocas pacientes con antecedente de uso de este fármaco, la mitad de ellas presentó adenocarcinoma.

CONCLUSIONES

El diagnóstico más frecuentemente encontrado en los reportes de patología de las biopsias que se practicaron en el servicio de ginecología del Hospital Regional “Adolfo López Mateos” en el período del 01 de enero del 2004 al 31 de diciembre del 2006 fue sin alteración neoplásica en el 74.9%.

Los diagnósticos patológicos más frecuentemente encontrados fue la hiperplasia simple sin atipia seguido de adenocarcinoma endometrial.

Los factores de riesgo de las pacientes derechohabientes que acuden al servicio de ginecología del Hospital Regional “Adolfo López Mateos”; que mostraron significado estadístico mayor para patología endometrial fueron el diagnóstico de menopausia, sangrado posmenopáusico, eco endometrial mayor a 5 mm y el índice de masa corporal mayor a 30 m² de SCT.

Los factores de riesgo que se analizaron es este estudio se asociaron más significativamente con adenocarcinoma de endometrio que con hiperplasia endometrial.

Este estudio refleja que se debe poner especial atención en las pacientes que presentar factores de riesgo para patología endometrial, sobre todo las que tiene el diagnóstico de menopausia; o presentan sangrado posmenopausico, o presentan un eco endometrial mayor a 4mm o tienen o IMC mayor a 30 ya que tienen un riesgo elevado de presentar hiperplasia endometrial y sobretodo adenocarcinoma endometrial

Este estudio propone que los criterios para indicar una biopsia de endometrio en las pacientes que acuden al servicio de ginecología del Hospital “Regional Adolfo López Mateos” deben ser:

- a. A todas las pacientes que cuentan con el diagnóstico de menopausia
- b. A todas las pacientes que presentan un eco endometrial mayor a 4mm después de que se presente la menopausia
- c. A todas las pacientes que presentan sangrado posmenopáusico.
- d. A todas las pacientes mayores de 55 años con IMC mayor a 30 m² SCT.

BIBLIOGRAFIA

1. Montgomery, B. Daum, G. Dunton, C.: Endometrial hiperplasia: A review. *New England Journal Medicine*. 2005; 13 4543-4555
2. Archer, D.: Continuous combined hormone replacement therapy and endometrial hiperplasia: Risk of developig cancer is very low. *Am J Obstetric and gynecology*;. 2003; 182: 1456-1461.
3. Orbo, A. Baak, J. Kleivan, I.: Computerise morphometrical análisis in endometrial hiperplasia for the prediction of cancer development. A long term retrospective study from Northern Norway. *Obstetric and gynecology*. 2005; 64: 184-194.
4. Mutter, G. : Diagnosis of premalignant endometrial disease. *Am J Obstetric and Gynecology*. 2004; 234: 2103- 2116.
5. Fleischer, A. Wheeler, J. Hendrix, S.: An assessment of tha value of ultrasonographic screening for endometrial disease in postmenopausal women without symptoms. *Cancer*: 2003; 56: 403-412.
6. Farquhar, C. Lethaby, A. Soeter, M.: An evaluaction of risk factors for endometrial hiperplasia in premenopausal womwn with abnormal menstrual bleeding. *General Obsteric and Gynecology*. 2006; 34: 1167-1172.
7. Torres, A.: *Cáncer Ginecológico.Diagnóstico y tratamiento*. McGraw Hill. Primera edición. 2004: 169-179.
8. Philip, J. DiSaia. William, T. Creasman.: *Oncología Ginecológica Clínica*. Elsevier Science, Sexta Edición. 2002
9. Berek, J. Adams, P. Adashi, E.: *Ginecología de Novak*, McGraw Hill, Decimotercera edición. 2004
10. Copeland, L. Jarell, F.: *Ginecología*. Editorial Panamericana, segunda edición. 2003
11. Amant, F. et al.: Treatment modalities in endometrial cancer. *Current Opinion in Oncology*. 2007 19(5):479-485
12. Wheeler, D.: Histologic Alterations in **Endometrial Hyperplasia** and Well-differentiated Carcinoma Treated With Progestins. *American Journal of Surgical Pathology*. 2007; 31(7):988-998.
13. Soslow, D.: Clinicopathologic Analysis of 187 High-grade **Endometrial** Carcinomas of Different Histologic Subtypes: Similar Outcomes Belie Distinctive Biologic Differences. *American Journal of Surgical Pathology*. 2007:31(7):979-987
14. Feeley, C.: Non-neoplastic nuclear atypia in **endometrial** epithelium in postmenopausal women on hormonal therapy. *Histopathology*.2007: 50(7):958-961

15. Mutter, G. et al.: Benign **Endometrial Hyperplasia** Sequence and **Endometrial** Intraepithelial Neoplasia. *International Journal of Gynecological Pathology*.200; 26(2):103-114
16. Steiner, A. et al.: Unopposed Estradiol Therapy in Postmenopausal Women: Results From Two Randomized Trials. *Obstetrics & Gynecology*.2007; 109(3):581-587
17. Steiner, A. et al.: Unopposed Estradiol Therapy in Postmenopausal Women: Results From Two Randomized Trials. *Obstetrics & Gynecology*.2007 109(3):581-587
18. Gould, D. et al.: Menorrhagia: causes, diagnosis and treatment options. *Nursing Standard*. 2007; 21(24):44-52
19. Temkin, S.: Is Body Mass Index an Independent Risk Factor of Survival Among Patients With **Endometrial** Cancer? *American Journal of Clinical Oncology*. 2007 30(1):8-14
20. Yeh, I-Tien.: Postmenopausal Hormone Replacement Therapy: **Endometrial** and Breast Effects. *Advances in Anatomic Pathology*.2007; 14(1):17-24
21. Fadare, C. et al. : Precursors of Endometrial Clear Cell Carcinoma. *American Journal of Surgical Pathology*.2006; 30(12):1519-1530