



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MÉXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
CENTRO MEDICO NACIONAL
"20 DE NOVIEMBRE"
I.S.S.T.E.**

**"EXPERIENCIA DEL SERVICIO DE GINECOONCOLOGÍA EN EL
TRATAMIENTO DEL CANCER DE ENDOMETRIO".**

TESIS DE POSTGRADO

**PARA OBTENER EL TITULO
EN LA SUBESPECIALIDAD DE:**

CIRUGÍA ONCOLÓGICA

PRESENTA:

DR. EDUARDO MORALES HERNÁNDEZ



ISSSTE

México, D.F. Diciembre 2005



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.

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**

**INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO.
SUBDIRECCIÓN GENERAL MÉDICA.
SUBDIRECCIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN.
CENTRO MEDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"**

**"EXPERIENCIA DEL SERVICIO DE GINECOONCOLOGIA EN EL
TRATAMIENTO DEL CANCER DE ENDOMETRIO".**

**TESIS DE POSTGRADO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
CIRUGÍA ONCOLÓGICA
P R E S E N T A:**

DR. EDUARDO MORALES HERNÁNDEZ.

ASESOR: DRA. BEATRIZ ARCELIA ORTEGA MEZA.

MÉXICO, DISTRITO FEDERAL.

DICIEMBRE DEL 2005.

Subscribo a lo que contiene el presente documento en
UNAM a dirección de la Facultad de Medicina y a la impresión
contenido de mi propia recepción.

NOMBRE: Eduardo Morales

AUTORIZACIONES FECHA: 03/05/06

FIRMA: [Signature]

DR. MAURICIO DI SILVIO LÓPEZ
SUBDIRECTOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN.

DR. JORGE RAMÍEZ HEREDIA
JEFE DE CIRUGÍA ONCOLÓGICA.
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE CIRUGÍA ONCOLÓGICA.

DRA. BEATRIZ ARCELIA ORTEGA MEZA
JEFE DE SECCIÓN DE TUMORES GINECOLÓGICOS.
ASESORA DE TESIS.

DR. EDUARDO MORALES HERNÁNDEZ
MÉDICO RESIDENTE DE ONCOLOGÍA QUIRÚRGICA.
AUTOR DE TESIS.

SUBSECCIÓN DE ONCOLOGÍA
DIVISIÓN DE ONCOLOGÍA
PROGRAMA DE MEDICINA
U.N.A.M.

AGRADECIMIENTOS.

A LAURA POR SER LA PERSONA QUE MÁS HE QUERIDO EN EL MUNDO.

A MIS PADRES POR SU APOYO INCONDICIONAL.

A MIS MAESTROS POR SU LABOR DESINTERESADA EN FORMARME COMO CIRUJANO ONCÓLOGO.

A ANA KAREN POR SER MI PRINCESITA.

A LA DRA. BEATRIZ ORTEGA POR SOPORTARME EN MIS MALOS RATOS.

ÍNDICE.

RESUMEN.	2
ABSTRACT.	3
INTRODUCCIÓN.	4
MATERIAL Y MÉTODOS.	8
TIPO DE ESTUDIO.	8
OBJETIVO PRINCIPAL.	9
OBJETIVOS SECUNDARIOS.	9
JUSTIFICACIÓN.	10
CRITERIOS DE INCLUSIÓN.	11
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.	11
RESULTADOS.	12
DISCUSIÓN.	13
CONCLUSIONES.	14
TABLAS.	15
GRÁFICAS.	17
BIBLIOGRAFÍA.	24

RESUMEN.

El cáncer de endometrio ocupa el primer lugar como neoplasia maligna más frecuente del aparato genital femenino en países desarrollados; en México ocupa el cuarto lugar.

Se presentan en los años reproductivos y menopáusicos; los factores de riesgo más importantes son: exposición estrogénica, tumores secretores de hormonas, tamoxifeno, hiperplasia compleja con atipia. El diagnóstico se realiza con legrado fraccionado biopsia y el subtipo histológico más común es el endometriode.

El síntoma más común es la hemorragia transvaginal anormal.

Se requiere de laparotomía estadificadora para determinar la extensión de la enfermedad.

El tratamiento debe ser en un inicio con cirugía estadificadora y posteriormente se valora el uso de radioterapia, quimioterapia u hormonoterapia ya sea adyuvante o paliativa.

Para este estudio Lineal Retrospectivo Descriptivo se utilizaron expedientes clínicos y electrónicos de pacientes con adenocarcinoma de endometrio del servicio de ginecología oncológica, con la finalidad de conocer la experiencia del Centro Medico Nacional "20 de Noviembre", en un periodo comprendido de enero del 2000 a junio del 2005.

Los resultados obtenidos fueron similares a los reportados en la literatura universal en cuanto a la incidencia por edad, estirpe histológica, grado de diferenciación. Fueron llevadas a laparotomía estadificadora 27 pacientes, ya que 59 de las pacientes fueron operadas fuera de nuestra unidad y de este grupo se reintervinieron a 5 de ellas. Recibieron radioterapia postoperatoria adyuvante 65 pacientes (75.6%), seguida de braquiterapia en 25 pacientes y 20 recibieron sobredosis de teleterapia.

En 21 pacientes no hubo necesidad de radioterapia por grado tumoral y estadio clínico; solo 10 pacientes fueron tratados con quimioterapia.

ABSTRACT.

The endometrium cancer occupies the first place as neoplasia vitates more frequent of separate genital feminine in developed countries; in Mexico it occupies the fourth place.

They appear in the reproductive and menopausal years; the more important factors of risk are: estrogenic expositon, secretory hormone tumors, tamoxifeno, hiperplasy complex with atipia. The diagnosis is made with endometrial biopsy and the histologic subtype commonest is the endometrioid.

The symptom commonest is the abnormal transvaginal hemorrhage.

It is required of laparotomy to determine the extension of the disease. The treatment must be in a beginning and later the radioterapy use is valued, chemotherapy either adjuvant or paliative hormonoterapy.

For this Descriptive Retrospective Linear study clinical and electronic files of patients with adenocarcinoma of endometrium of the service of gynecology oncology were used, with the purpose of knowing the experience the Centro Médico Nacional "20 de Noviembre", in an included period of January of the 2000 to June of the 2005.

The obtained results were similar to the reported ones in universal Literature as far as the incidence by age, histological ancestry, differentiation degree. Was taken to laparotomy in 27 patients, since 59 of the patients were operated outside our unit and of this group it was taken part to 5 of them; 65 patients received adjuvant postoperative radioterapy (75.6%), followed from braquiterapy in 25 patients and 20 they received teleterapy overdose

In 21 patients there was necessity of radioterapy by tumorlike degree and no clinical stage; single 10 patients were dealt with chemotherapy.

INTRODUCCIÓN.

El cáncer de endometrio ocupa el primer lugar como neoplasia maligna más frecuente del aparato genital femenino en EUA y países desarrollados, en México ocupa el cuarto lugar.⁽¹⁾ Representa el 6% de todos los cánceres que se presentan en la mujer. El estimado de casos nuevos para cáncer de endometrio durante el 2005 es de: 40,880 y muertes esperadas de 7,310. Es un tumor con un alto porcentaje de control.⁽²⁾

El adenocarcinoma endometrial se presenta durante los años reproductivos y menopáusicos. La edad media de presentación es de 61 años, detectándose en la mayoría de los pacientes entre los 50 y 59 años. Un 5% de las pacientes presentarán adenocarcinoma de endometrio antes de los 40 años y un 20-25% lo presentarán antes de la menopausia.⁽³⁾

Dentro de los factores de riesgo para padecer cáncer de endometrio se encuentra cualquier factor que incremente la exposición de la mujer a los estrógenos no contrarrestados, como la terapéutica hormonal de reemplazo, los ciclos anovulatorios y los tumores secretores de hormonas. Los factores que disminuyen la exposición a los estrógenos o incrementan los valores de progesterona tienden a ser protectores como el uso de anticonceptivos orales y el tabaquismo.⁽³⁾

Otros factores vinculados con aumento en el riesgo relativo son la obesidad, nuliparidad, menopausia tardía, diabetes mellitus, hipertensión arterial, antecedentes heredofamiliares, dieta rica en grasas y antecedente de irritación pélvica previa.^(4,5,6) En algunas pacientes se puede mostrar el antecedente de hiperplasia compleja con atipia. Se ha observado un aumento en la incidencia de cáncer de endometrio concomitante al tratamiento de tamoxifeno para el cáncer de mama, incremento que pudiera estar relacionado con el efecto estrogénico del tamoxifeno en el endometrio.^(7,8) Por este motivo, las pacientes que se encuentran en tratamiento médico con tamoxifeno deben de ser vigiladas y cuando presenten sangrado uterino disfuncional se debe descartar la presencia de un carcinoma endometrial.

Cuando a través de legrado-biopsia de cavidad endometrial se diagnóstica la existencia de hiperplasia endometrial se debe establecer el tipo de hiperplasia ya que el riesgo de progresión de estas lesiones a un carcinoma será diferente, la hiperplasia simple progresa en el 1% de los casos, la hiperplasia compleja en 3%, la hiperplasia simple con atipia 8% y en la hiperplasia compleja con atipia es de 29% de los casos.⁽¹⁾

De los subtipos Histológicos, el tipo celular más común es el endometriode que esta compuesto por elementos epitellales glandulares malignos (75-80%); la mezcla de metaplasia escamosa es común, correspondiendo a tumores adenoescamosos los cuales contienen elementos malignos de epitelio glandular y escamoso;⁽⁹⁾ el carcinoma de células claras y el carcinoma papilar seroso del endometrio son tumores de histología similar a los observados en los ovarios o en las trompas de Falopio y, el pronóstico es peor para estos tumores.⁽³⁾ Rara vez se encuentran tumores mucinosos, escamosos e indiferenciados.

Respecto a las manifestaciones clínicas en la mayoría de las pacientes la hemorragia transvaginal anormal posmenopáusica, o bien intermenstrual prolongada e intensa en perimenopáusica o premenopáusica. Las pacientes pueden tener además ciclos anovulatorios que deben aumentar la sospecha de esta enfermedad.

En la exploración abdominal puede palpase una masa suprapúbica en relación con un piometra o hematometra.

El diagnóstico se realiza con legrado uterino fraccionado-biopsia, permitiendo identificar hasta en un 90% de los casos.⁽³⁾ Se debe de realizar además USG de hueso pélvico midiendo el grosor del endometrio, en algunas pacientes de deberá de realizar histeroscopia con biopsia dirigida de endometrio para lograr el diagnóstico correcto. A todas las pacientes se realizara citología cervical la cual resultara positiva hasta en un 50% de los casos de cáncer de endometrio. Como estudios de extensión se deben de realizar exámenes preoperatorios, pruebas de función hepática, electrocardiograma, radiografía de tórax, cistoscopia o sigmoidoscopia en casos seleccionados. La tomografía axial computada y la imagen por resonancia magnética no se justifica por su desfavorable costo-beneficio, sin embargo estarían justificadas en pacientes que tienen alguna contraindicación quirúrgica o en mujeres con características histológicas de alto grado por el riesgo de metástasis.⁽³⁾

Se requiere de Laparotomía etapificadora para determinar la extensión de la enfermedad, obteniendo con la pieza histológica quirúrgica, el tipo histológico, la profundidad de invasión del miometrio, grado de diferenciación, así como presencia o ausencia de metástasis ganglionares e implantes peritoneales o de epiplón. La siguiente clasificación quirúrgica ha sido adoptada por la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO, por sus siglas en inglés), y el Comité Estadounidense Conjunto sobre el Cáncer (AJCC, por sus siglas en inglés).⁽¹⁰⁾

ESTADIO I.

El cáncer de endometrio se encuentra confinado a útero.

- Estadio Ia: tumor limitado a endometrio.
- Estadio Ib: invasión a menos de la mitad del miometrio.
- Estadio Ic: invasión a más de la mitad del miometrio.

ESTADIO II.

El cáncer de endometrio afecta el cuerpo y el cuello del útero sin invasión extrauterina.

- Estadio IIa: complicación glandular endocervical solamente.
- Estadio IIb: Invasión estromal cervical.

ESTADIO III.

El cáncer de endometrio en estadio III se extiende fuera de útero pero limitado a pelvis verdadera.

- Estadio IIIa: tumor que invade serosa o anexos o citología peritoneal positiva.
- Estadio IIIb: metástasis vaginales.
- Estadio IIIc: metástasis a los ganglios linfáticos pélvicos o paraaórticos.

ESTADIO IV.

El cáncer de endometrio se encuentra fuera de la pelvis verdadera.

- Estadio IVa : Invasión a la mucosa vesical o intestinal.
- Estadio IVb: metástasis a distancia, incluso a ganglios linfáticos intraabdominales o inguinales.

Se agrupa con respecto al grado de diferenciación del adenocarcinoma, de la siguiente manera:

- G1 5% o menos tienen características de crecimiento sólido no escamoso o no morular.
- G2 de 6% a 50% tienen características de crecimiento sólido o no morular.
- G3 más del 50% de crecimiento sólido o no morular.

Para el tratamiento y estadificación debe realizarse una histerectomía total abdominal con salpingooforectomía bilateral si el tumor está bien o moderadamente diferenciado, se localiza en las dos terceras partes superiores del cuerpo uterino, la citología de lavado peritoneal es negativa, la profundidad de la invasión a miometrio es de menos del 50% sin invasión a los espacios vasculares y el muestreo ganglionar pélvico es negativo a metástasis. En estos casos se refiere que no hay necesidad de tratamiento adyuvante con radioterapia sin embargo algunos autores recomiendan braquiterapia vaginal en los casos con grado de diferenciación moderado.⁽¹¹⁾

Para todos los casos y tipos histológicos, debe combinarse el muestreo ganglionar pélvico y paraaórtico junto con la histerectomía total abdominal y la salpingooforectomía bilateral. Si no existen contraindicaciones médicas y técnicas, ya que la disección ganglionar por sí sola no aumenta la morbilidad de manera significativa. La irradiación reduce la incidencia de recidiva local y regional, sin embargo, no se ha comprobado que está mejore la supervivencia y la morbilidad que provoca es importante.

Debe administrarse irradiación pélvica total, incluso en ganglios iliacos comunes, si los ganglios pélvicos son positivos y los periaórticos son negativos. La incidencia de complicaciones intestinales es de 4% y puede ser más alta si la radiación se administra después de la linfadenectomía pélvica.

Cuando las pacientes tienen contraindicación médica para cirugía etapificadora y en las que presenten metástasis óseas o cerebrales se administra radiación únicamente obteniéndose tasas de control menores a las que se logran con la cirugía.^(1,12)

El tratamiento hormonal está indicado en el cáncer de endometrio recurrente, sobre todo con receptores hormonales positivos, obteniéndose bajas respuestas.

El tratamiento a base de quimioterapia sólo se utiliza con fines paliativos con respuestas de corta duración hasta en un 38%.⁽¹²⁾

MATERIAL Y MÉTODOS.

Se revisaron los expedientes clínicos de las pacientes con diagnóstico de adenocarcinoma de endometrio del servicio de Oncología del Centro Medico Nacional "20 de Noviembre" en el periodo comprendido de enero del 2000 a junio del 2005, se incluyeron todas las etapas, pacientes tratadas con cirugía únicamente, radioterapia sola, combinación de cirugía radioterapia adyuvante y quimioterapia adyuvante o paliativa.

TIPO DE ESTUDIO.

Lineal, retrospectivo, descriptivo.

OBJETIVO PRINCIPAL.

Conocer la experiencia del Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" en el tratamiento del cáncer endometrial.

OBJETIVOS SECUNDARIOS.

-Identificar las edades de mayor frecuencia de pacientes con diagnóstico de cáncer de endometrio.

-Conocer las estirpes histológicas que con mayor frecuencia son tratadas en el Centro Médico Nacional "20 de Noviembre".

-Identificar a que pacientes se les realiza disección ganglionar y a que pacientes se les somete sólo a muestreo ganglionar así como a que pacientes que sólo se someten a Histerectomía total abdominal con salpingooforectomía bilateral sin muestreo o disección ganglionar, así como conocer su repercusión en la sobrevida y el control local de la enfermedad..

-Identificar el intervalo libre de enfermedad.

-Conocer los resultados de las diversas modalidades de tratamiento en pacientes con cáncer de endometrio.

JUSTIFICACIÓN.

Siendo el cáncer de endometrio una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en países industrializados y siendo en México la cuarta causa de mortalidad en pacientes de sexo femenino diagnosticándose entre la quinta y sexta década de la vida y al no contar con métodos de detección oportuna el único método de diagnóstico de certeza es el legrado con biopsia fraccionada es importante conocer los resultados obtenidos en el servicio de Ginecología-Oncológica del CMN "20 de Noviembre " para detectar a las pacientes que presentan el diagnóstico y comparar los resultados con la literatura internacional.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

Pacientes de sexo femenino con diagnóstico histológico de adenocarcinoma de endometrio corroborado en nuestra Institución.

Todos los estadios clínico-quirúrgicos que hayan recibido tratamiento adyuvante o paliativo en este servicio.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

Pacientes que no tengan diagnóstico de cáncer de endometrio.

Pacientes que no acepten tratamiento por parte del servicio de Gineco-Oncología.

Pacientes que se hayan perdido durante el tratamiento o durante el seguimiento.

Pacientes que por su estado general no fueran candidatas a tratamiento oncológico.

RESULTADOS

El adenocarcinoma de endometrio se presentó con mayor frecuencia en mujeres afeosas, encontrándose una mediana de edad de 59 años con un rango de 32 a 84 años. (Tabla 1)

Las etapas clínicas que se observaron con mayor frecuencia fueron etapas tempranas que van desde IA a IC de las cuales la invasión a menos del 50% del miometrio fue la que se encontró con mayor frecuencia en un 24.4% de los casos, aunque también podemos observar que a las pacientes a las cuales no se les pudo estadificar llegaron hasta en un 20.9% de los casos. (Tabla 2)

Las metástasis se presentaron en 10 pacientes, las óseas en 5 pacientes, en hígado 2 pacientes, en cerebro un paciente y en pulmón 2 pacientes.

Dentro de la histología pudimos observar que la incidencia de adenocarcinoma de tipo endometriode es el que con mayor frecuencia se observa y el de tipo papilar seroso es el de menor incidencia con un 1.2%. (Tabla 3).

Las pacientes reintervenidas en el Centro Medico Nacional "20 de Noviembre" fueron solamente 5.8%, las pacientes intervenidas fueron solo el 31.4% como lo muestra la Gráfica 1. El 75.6% de las pacientes recibió radioterapia y de ellas el 98.4% recibió terapia preoperatoria, la dosis de teleterapia más utilizada fue de 45 gys. El 23.3% de las pacientes requirió sobredosis. (Gráfica 2)

El grado tumoral que se observa con mayor frecuencia es el grado intermedio con un 47.7% de los casos, siendo el de alto grado el que tiene 15.1%. (Gráfica 3)

La permeación linfática fue reportada positiva en el 7% de los casos y no reportada en el 79.1%, de igual manera la permeación vascular solo fue reportada en el 7% de los casos. (Gráfica 4)

La disección ganglionar pélvica se realizó en el 9.3% de los casos y el muestreo ganglionar en el 17%, el número de ganglios disecados fue de 4. (Gráfica 5)

Solo el 11.6% de las pacientes requirió de tratamiento a base de quimioterapia y solo el 1.2% requirió de tratamiento de segunda línea. (Gráfica 6)

La hormonoterapia se utilizó en el tratamiento de 7 pacientes (el 8.1%) y la medroxiprogesterona se utilizó en el 85.7% de estas pacientes. El intervalo libre de enfermedad observado varia de 3 a 144 meses con una media de 18 meses.

La recurrencia observada fue de 11.7% y la que con mayor frecuencia se presenta es la locoregional con el 5.8%, seguida de la ósea con 2.3%. El tratamiento de las recurrencias fue a base de radioterapia en un 40%, seguido de quimioterapia + radioterapia, cirugía + radioterapia o quimioterapia + cirugía con el 20% de los casos. (Gráfica 7)

DISCUSIÓN.

Los resultados obtenidos en nuestro grupo de estudio son similares a los reportados en la literatura en cuanto a la incidencia por edad, estirpe histológica, grado de diferenciación y profundidad de invasión. En nuestro grupo las pacientes fueron etapificadas en forma adecuada en nuestro servicio y las pacientes operadas inicialmente fuera del hospital son las que faltaron datos y muestras para una adecuada etapificación esto debido a que por lo general las pacientes son vistas por ginecólogos que únicamente realizan histerectomías simples y los resultados histopatológicos son quirúrgicos muchas de las pacientes son de edad avanzada y con enfermedades comorbidas las cuales en ocasiones no pueden ser sometidas a una reintervención quirúrgica. Muchas veces son enviadas muy tardíamente, en ocasiones ya con manifestaciones de recurrencia lo que únicamente permite tratamientos puramente pallativos.

Como sabemos la cirugía es el principal método diagnóstico y terapéutico para indicar la terapia adyuvante según el reporte histopatológico el cual asegura un buen control de la enfermedad lo que repercute en la sobrevida global de las pacientes en nuestro grupo se obtuvo un buen porcentaje de control de pacientes con etapas tempranas y estirpes de bajo riesgo bien diferenciadas, las recurrencias se presentaron principalmente en pacientes con tipos histológicos de mal pronóstico adenocarcinoma papilar seroso, células claras y en endometrioides moderada a mal diferenciados así como en etapas II-IV. Las recurrencias fueron tratadas con radioterapia; las locales con un buen control. Se obtuvieron pobres respuestas en metástasis hepáticas tratadas con quimioterapia y las óseas con radioterapia sin embargo estas pacientes presentaron progresión falleciendo finalmente al empleo de la hormonoterapia en 7 de las pacientes no hubo respuesta como se reporta en la literatura.

La sobrevida global de las pacientes es similar a la reportada en otras series y depende de la etapa clínica y de la adyuvancia con radioterapia cuando está indicada, administrada en forma oportuna y adecuada.

CONCLUSIONES.

Desafortunadamente no existe un programa de detección oportuna para cáncer de endometrio por lo cual es fundamental la información médica a grupos de riesgo. Los médicos de primer nivel deben recibir la información para tomar en cuenta este diagnóstico en este grupo de pacientes. Una vez establecido el diagnóstico de cáncer de endometrio es recomendable sean intervenidas primariamente por un cirujano oncólogo para una adecuada etapificación de las pacientes y recibir los tratamiento adyuvantes en forma adecuada y oportuna.

Es indispensable que las pacientes lleven un seguimiento adecuado para tratar de detectar recurrencia en forma temprana, sobre todo en pacientes de alto riesgo por histología y etapa clínica y para que puedan recibir un tratamiento adecuado ya sea en muchas ocasiones curativo o paliativo.

Media	57
Mediana	59
Moda	63
Rango	52
Mínimo	32
Máximo	84

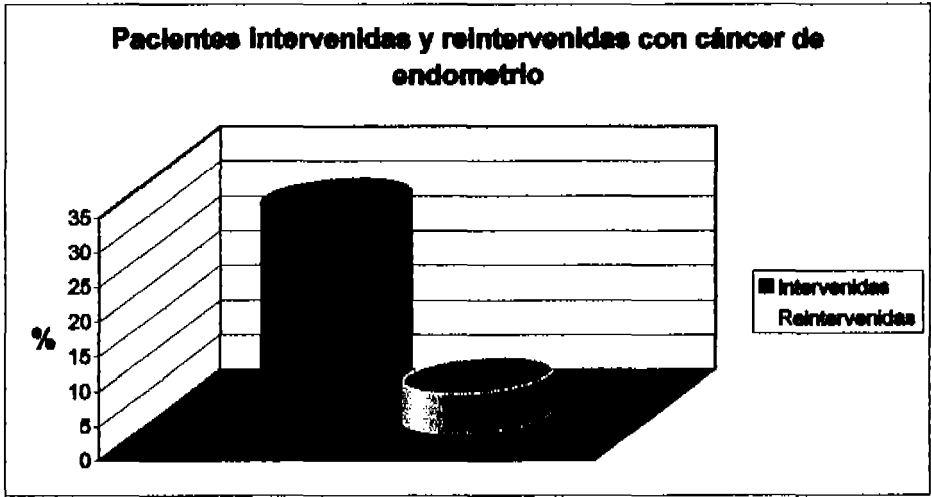
Tabla 1. FRECUENCIAS DE EDAD.

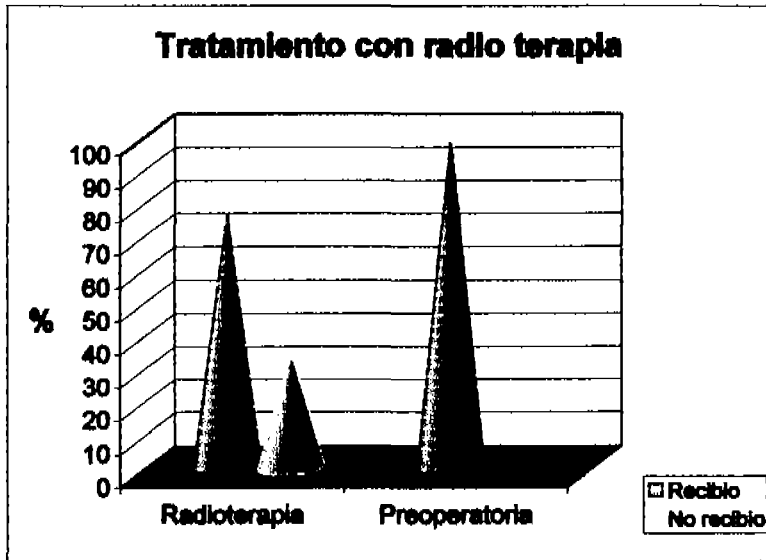
Estadios clínicos	Frecuencia	Porcentaje
IA	10	11.6
IB	21	24.4
IC	12	14.0
IIA	7	8.1
IIB	8	9.3
IIIA	1	1.2
IIIB	1	1.2
IIIC	6	7.0
IVb	2	2.3
NC	18	20.9
Total	86	100.0

Tabla 2. ETAPAS CLÍNICAS.

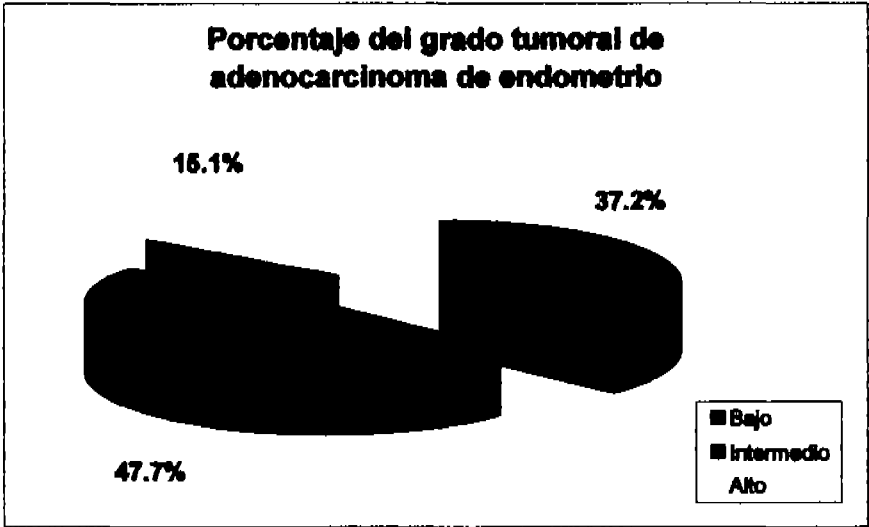
Tipos Histológicos	Frecuencia	Porcentaje
Endometriode	45	52.3
Seroso	1	1.2
Papilar	10	11.6
Células claras	4	4.7
Otros	26	30.2
Total	86	100.0

Tabla 3. TIPOS HISTOLÓGICOS.

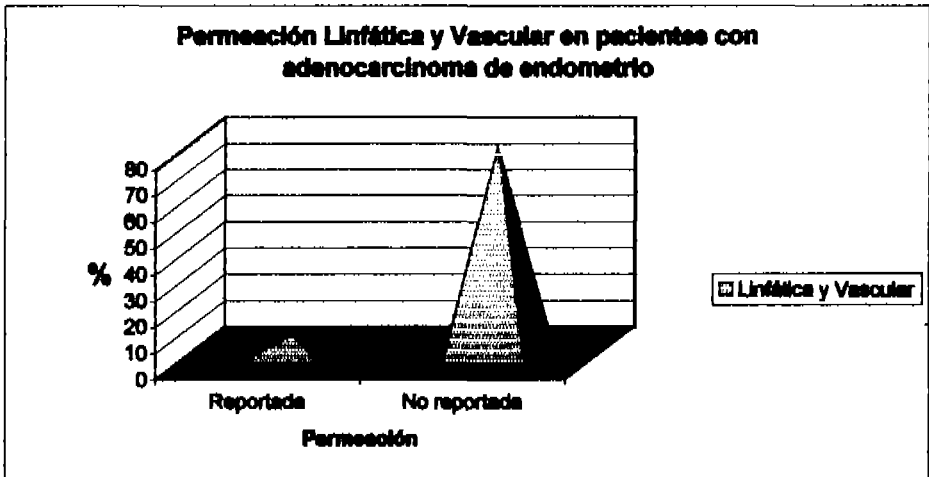




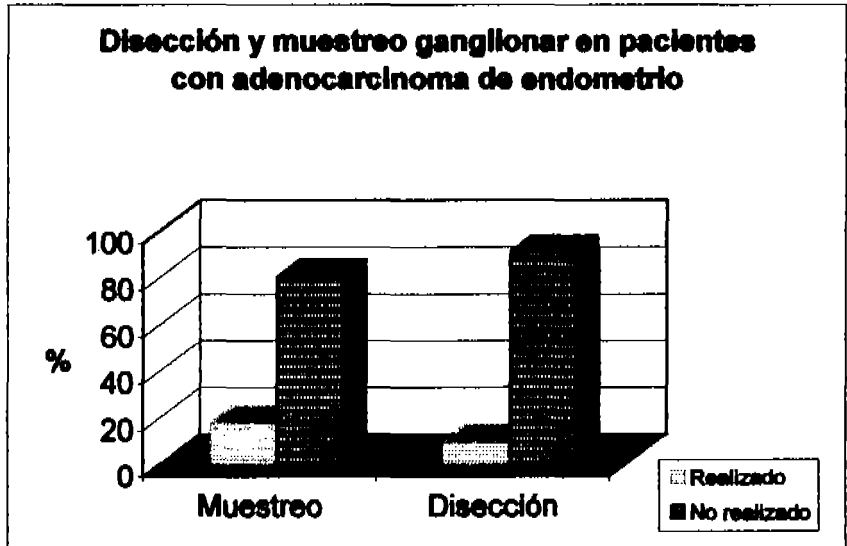
Gráfica 2.

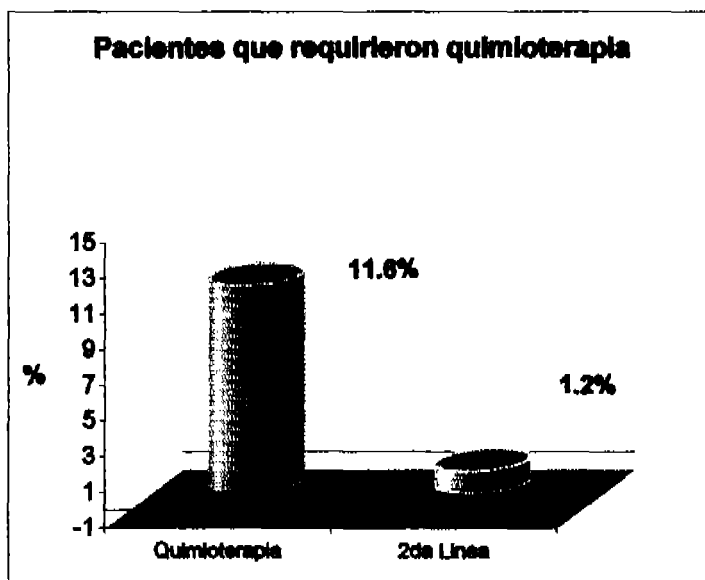


Gráfica 3.

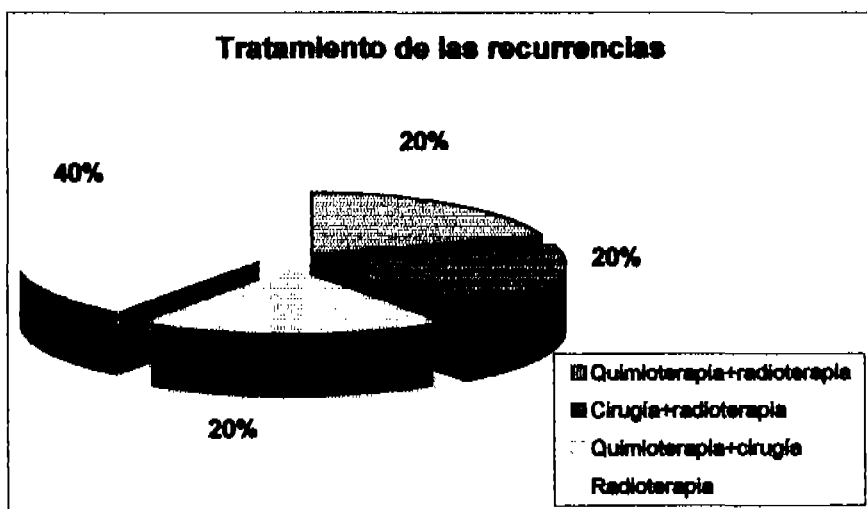


Grafica 4.





Gráfica 6



BIBLIOGRAFÍA.

1. - Incan, Manual de oncología, Procedimientos Médico-Quirúrgicos 2ª, edición Mc Graw-Hill. Págs. 393-398 2004.
2. - DuBeshter B, Warshal DP, Angel C, et al.: Endometrial carcinoma: the relevance of cervical cytology. *Obstet Gynecol* 77 (3): 448-62, 1991.
3. - DiSaia PJ, M.D, Cressman WT, M: D: *Oncología Ginecológica Clínica* 6ª. Edición Ediciones Harcourt, Mosby Pags 137-171 2004.
4. -Ziel HK, Finkle WD: Increased risk of endometrial carcinoma among users of conjugated estrogens. *N Engl Med* 293 (23): 1167-70, 1975.
5. - Jick SS, Walker AM, Jick H: Estrogens, Progesterone, and endometrial cancer. *Epidemiology* 4 (4): 20, 1993.
6. - Jick SS: Combined estrogens and progesterone use and endometrial cancer. *Epidemiology* 4 (4): 384, 1993.
7. - Fisher B, Constantino JP Redmond CK, et al.: Endometrial cancer in tamoxifen-treated breast cancer patients; findings from the national Surgical Adjuvant Breast an Bowel Project (NSABP) B-14. *J Natl Cancer Inst* 86 (7); 527-37, 1994.
8. - Van Leeuwen FE, Benraad J et al.: Risk of endometrial cancer after tamoxifen treatment of breast cancer. *Lancet* 343 (8895); 448-52, 1994.
9. - Zion RJ, Kurman R, Herbold D, et al.: The significance of scanty differentiation in endometrial carcinoma. Data from Gynecologic Oncology Group study. *Cancer* 68 (10): 2293-302, 1991.
10. - Green FL, Page DL, Fleming ID, et al. *AJCC, Cancer Staging Manual* sixth edition Springer, 2002; 29-1.
11. - Pazdur R, Lawrence RC et al, *Cancer Management and multidisciplinary approach. Endometrial Cancer* pags 453-474.
12. - De Vita VT. Hellmann S, *Cancer Principles and practice of oncology* 6th edition Lippincott Williams and Wilkins pags 1573-1586.