



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES

ESTADO ACTUAL DEL MANEJO DEL  
 CARCINOMA DE ENDOMETRIO EN EL  
 HOSPITAL DE GINECOOBSTETRICIA  
 NUMERO TRES C. M. R.

TESIS DE POSTGRADO

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
 G I N E C O O B S T E T R A  
 P R E S E N T A

DR. NICOLAS HERRERA RIVERA

ASESOR DE TESIS:

DR. FERNANDO MINAURO NORIEGA

COLABORADOR:

DR. ALVARO SEVILLA Y RUIZ

MEXICO, D.F.

TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN

1988



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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.

## I N D I C E

INTRODUCCION . . . . .	1
ASPECTOS BASICOS DEL CARCINOMA DE ENDOMETRIO . . . . .	3
MANEJO DEL CARCINOMA DE ENDOMETRIO . . . . .	27
PRESENTACION DE MANEJO DEL CARCINOMA DE ENDOMETRIO EN EL H.G.O. No. 3 . . . . .	49
RESUMEN . . . . .	55
BIBLIOGRAFIA . . . . .	61

## INTRODUCCION

El carcinoma endometrial es uno de los cánceres más frecuentes reportados en la literatura mundial, ocupando dentro de los cánceres del aparato genital femenino el segundo lugar en nuestro país, quizá junto con el cáncer de ovario y después del carcinoma cervicouterino.

La frecuencia de este tumor se ha visto incrementada en los últimos años, pero también día a día se conoce más sobre la biología del tumor, ésto ha redundado en mejores tratamientos (cirugía, radioterapia, hormonoterapia y quimioterapia) - de ahí la inquietud de conocer este aspecto; por otra parte el hospital maneja cada vez un número mayor de estas pacientes y su sintomatología se encuentra íntimamente ligada a la patología ginecológica.

En el presente trabajo se investigarán algunos aspectos relacionados con el tratamiento del carcinoma endometrial en sus diferentes modalidades, ya que a la fecha no se conoce el trabajo que sobre el tema se realiza en el Hospital de Gineco - Obstetricia Número tres, del Centro Médico "La Raza"

En el primer capítulo se tratan generalidades del cáncer endometrial a fin de conocer sus aspectos básicos y actualizados; posteriormente se presenta el tratamiento administrado -

durante casi tres años y finalmente se darán las conclusiones respectivas.

## 2. ASPECTOS BASICOS DEL CARCINOMA DE ENDOMETRIO

### A) EPIDEMIOLOGIA

En los Estados Unidos de América el Carcinoma de Endometrio ocupa el primer lugar dentro de los cánceres del aparato genital femenino ( excluyendo las lesiones intraepiteliales ), habiéndose notado que las muertes por la enfermedad han disminuido posiblemente por: la mayor disponibilidad de atención médica, más mujeres alcanzan la edad crítica para la aparición del cáncer, así como la presencia de factores medioambientales desconocidos entre otros, como el uso de estrógenos - aunque ésto ha sido discutido en varios países donde su uso es limitado y se nota el aumento. ( 1 )

### B) FACTORES DE RIESGO

Se conocen factores de riesgo para el carcinoma de endometrio:

- |                     |                            |
|---------------------|----------------------------|
| - Edad              | - Hipertensión Arterial    |
| - Obesidad          | - Exposición a radiaciones |
| - Diabetes Mellitus | - Tumores funcionantes     |
| - Nuliparidad       | - Ovarios Poliquísticos    |
| - Menopausia tardía | - Disgenesia Gonadal       |

- Anticonceptivos orales

1. Edad: Afecta durante los años reproductivos y la menopausia, siendo lo más común entre los cincuenta y cinco a cincuenta y nueve años, sólo 3-5 % de pacientes son menores de cuarenta años ( 8 )

2.. Obesidad, Nuliparidad y Menopausia Tardía: Estas variantes de la anatomía o fisiología normal se asocian -- con el proceso.

El riesgo aumenta diez veces con sobrepeso de veinticinco kilogramos ( 8 ). 24 a 31 % de pacientes con carcinoma endometrial son multíparas; las pacientes con menopausia después de los cincuenta y dos años tienen un riesgo 2.4 veces mayor, en comparación a las que la presentan antes de los cuarenta y nueve años de edad. La ocurrencia tardía de menopausia debe diferenciarse de HUA ( Hemorragia Uterina Anormal ) en mujeres perimenopáusicas.

3. Enfermedades Médicas Asociadas: La Hipertensión Arterial y la Diabetes Mellitus se asocian frecuentemente al Carcinoma Endometrial, hay un riesgo 2.8 veces mayor para mujeres diabéticas ( 8 ); la hipertensión arterial es



prevalente entre la población obesa, añosa y no parecer un factor significativo por sí mismo, aunque un 25 % de pacientes la tengan sola o asociada a cardiopatía arterioesclerótica ( 8 ). Se ha encontrado una frecuencia discretamente mayor de pacientes con esta neoplasia asociada con hipotiroidismo y artritis; los estados de inmunodeficiencia e inmunosupresión se encuentran altamente relacionados con el desarrollo de malignidad, debe prestarse especial atención a pacientes con trasplante renal exitoso y si presentan HUA, no atribuirle a anovulación y estudiarla completamente.

- 4) Exposición a Radiaciones Ionizantes. Aunque se sabe que la radiación es carcinogénica en animales, no se ha encontrado relación con el Carcinoma Endometrial; -- sin embargo la asociación más notable de carcinoma uterino y radiación, es en relación con las lesiones sarcomatosas, donde 5 a 8 % de las pacientes tienen historia de radiación previa ( 2 ).
- 5) Tumores Funcionantes. Gusberg ( 8 ) encontró relación entre cáncer endometrial y tumores "feminizantes". Norris y Taylor estudiaron docientas tres pacientes en-

el Instituto de patología de las Fuerzas Armadas de los-EUA ( AFIP ) con tumores de células tecagranulosas y encontraron carcinoma endometrial en solo 9 %, aunque no - se mencionan lesiones precursoras. Mansell y Hertig - ( 9 ) estudiaron ochenta tumores feminizantes y encontraron once con adenocarcinoma, aunque el 60 % mostraban - datos de estimulación estrogénica. Estas pacientes suelen cursar con tumores en etapa I y con poca penetración miometrial y mejor pronóstico.

6. Síndrome de Ovarios Poliquisticos. Se han reportado hasta 25 % de incidencia de Cáncer Endometrial en pacientes con SOP ( 2 ) aunque es probable que las cifras reales - sean mucho menores; si consigue evitarse el estrogenismo persistente no contrarrestado por resección en cuña o - por tratamiento con clomifeno. Kistner ha mencionado - que los progesteracionales pueden causar regresión de la - hiperplasia y del cáncer in situ endometrial.
7. Disgenesia Gonadal. Estas pacientes tienen un riesgo-incrementado debido a la terapéutica substitutiva a base unicamente de estrógenos especialmente si ésta es iniciada a edades tempranas.

8. **Anticonceptivos Orales.** Los anticonceptivos secuencia les se han relacionado recientemente con el desarrollo de carcinoma endometrial en mujeres jóvenes; estos tumores se encuentran en estadio clínico temprano, de buena diferenciación, casi sin penetración miometrial y con buen pronóstico, y son los estigmas habituales de las pacientes con carcinoma endometrial.

## C) CUADRO CLINICO.

Los síntomas más frecuentes encontrados son:

- Hemorragia Uterina Anormal
- Leucorrea
- Dolor
- Mal Estado General

- 1) Hemorragia Uterina Anormal. La HUA es el síntoma o signo cardinal especialmente cuando ocurre en mujeres peri ó post-menopáusicas. Sin embargo se ha reportado en premenopáusicas con frecuencia variable entre 3, 5, 20 y 25 %. En un estudio de Caspi ( 8 ) sobre HUA post-menopáusica, se encontraron a las enfermedades neoplásicas como causa de la HUA en sólo un 17-63 % de estas neoplasias, 50 % tendrán un origen endometrial, el resto serán cervicales, algunos ováricos y otros primarios. Otras causas que deberán descartarse como etiologías de la HUA son: Estrogenoterapia por alguna vía, pólipos o endometritis o cervicitis atróficas.
- 2) Leucorrea. Aunque clásicamente se refiere, es un síntoma de poca importancia y poco observado.

- 3) Dolor, Píometra, Mal Estado General. El dolor es raro como síntoma inicial de presentación en la paciente postmenopáusica, la presencia de píometra obliga a descartar el Carcinoma Endometrial y los síntomas generales son indicadores de lesión maligna.

## D) PROCEDIMIENTOS DE DIAGNOSTICO.

Hay muchas técnicas que ha sido utilizadas para efectuar diagnóstico citológico, pero un legrado uterino instrumental ( LUI ) fraccionado continúa siendo el procedimiento diagnóstico definitivo.

Creasman encontró que la citología cervicovaginal tiene una precisión diagnóstica de 47 a 67 % para el cáncer endometrial invasor ( 6 ). Se ha encontrado que la presencia de células endometriales normales en un frotis cervicovaginal se asocia a la presencia de cáncer endometrial en 2 y 5.2 % para mujeres en la fase secretora del ciclo y en 13.2 % de mujeres postmenopáusicas hay un 15 % de hallazgos de lesiones precursoras en mujeres con frotis positivo para células endometriales en mujeres de cincuenta a cincuenta y nueve años y el porcentaje se eleva a 33 % en mujeres mayores de cincuenta y nueve años de edad ( 6 ).

Se han desarrollado una gran variedad de instrumentos para tomar muestras de la cavidad endometrial; las muestras pueden tomarse por sondas uterinas, cepillos endometriales e instrumentos de irrigación. La exactitud diagnóstica de las

preparaciones citológicas varía de 57 a 92 %. Ninguna técnica ha logrado detectar todos los cánceres, los resultados en algunas experiencias son:

Total	21 Pacientes
Papanicolaou	14 ( 67 % )
Sonda Uterina	12 ( 57 % )
Cepillado Endometrial	16 ( 76 % )
Irrigación Endometrial	17 ( 81 % )
Biopsia Endometrial	13 ( 62 % )

Los resultados de detección mejoran mucho si se cambian pruebas de detección citológica con estudio histológico; con este abordaje la exactitud Diagnóstica es mejor que con cualquier técnica aislada. Desafortunadamente, la exactitud diagnóstica es menor para las lesiones precursoras que para el cáncer endometrial franco.

TECNICAS	% DETECCION
Cepillado más lavado endometrial	91 % de los casos
Cepillado más biopsia endometrial	91 % de los casos

El LUI-biopsia puede ser efectuado con legras pequeñas o bien con aparatos de succión, la tasa global de precisión diagnóstica de cada uno de los métodos es de 90 y 100 % res -

pectivamente. Una ventaja adicional reportada del LUI por sug  
ción es su gran capacidad para detección de lesiones precursoras. La técnica de la esponja intrauterina reportada por -  
Chatfiel y Bremmer, tuvo una tasa de 97.6 % de muestras adecu  
das y diagnóstico correcto en 13 de 17 carcinomas endometria -  
les invasores. Así el diagnóstico del cáncer endometrial pue -  
de efectuarse a partir de una biopsia de consultorio. Un le -  
grado cervical puede ayudar a descartar afectación cervical y -  
evita realizar un legrado fraccionado, el cual se deberá prac -  
ticar en cualquier alteración que demande investigación, de -  
una manera formal, así mismo todas las pacientes con síntomas -  
persistentes a pesar de citología y biopsia normales deberán -  
someterse a legrado formal.



## E) ETAPIFICACION.

Las dos clasificaciones más comunmente usadas son las -  
 propuestas por la FIGO ( Federación Internacional de Gineco -  
 Obstetricia ) y la UICC ( Unión Internacional Contra el Cán -  
 cer ) ( 800 ). Se expone en la siguiente tabla ( 21 )

Estadíos criterio para el Carcinoma de el Endometrio:

---

ESTADIO O ( T1s ): Carcinoma In Situ

ESTADIO I ( T1 ): Carcinoma confinado al cuerpo.

ESTADIO IA( T1a ): Cavidad uterina de 8 cm. ó menor en lon-  
 gitud.

ESTADIO IB( T1b ): Cavidad uterina mayor de 8 cm. en longi -  
 tud.

El Estadío I debe ser subagrupado de -  
 acuerdo a su diferenciación histológica -  
 como sigue: G1 altamente diferenciado, -  
 G2 moderadamente diferenciado, G3 indife-  
 renciado.

ESTADIO II( T2 ): Extensión a cervix Únicamente.

ESTADIO III (T3) : Extensión fuera del úter. pero confinada  
 a la pélvis verdadera.

ESTADIO IV ( T4 ): Extensión más allá de la pelvis verdadera o invadiendo la vejiga o recto

---

Aproximadamente 75 % de las pacientes se encontrarán en -  
Estadio I y el resto se dividirán casi igualmente en los otros  
tres estadios ( 18 )

## F) FACTORES PRONOSTICO

Se han identificado los siguientes:

- Edad en el momento del diagnóstico
- Grado Histológico
- Infiltración Miometrial
- Etapa Clínica

Metástasis Linfática.

Lavado peritoneal positivo

## 1) Edad:

Las pacientes con menos de cincuenta y nueve años tienen mejor sobrevida que las pacientes de mayor edad en el estadío I ( 7 ); se han reportado tasas a cinco años de más de 80 % y menos de 56 % para cada grupo respectivamente. Se cree también que esta mejoría en la sobrevida podría ser explicada en base a que en pacientes jóvenes, hay tendencia hacia lesiones más tempranas mejor diferenciadas y sin invasión miometrial ( 8 ). Otro factor invocado para explicar esto sería la inmunocompetencia en pacientes jóvenes.

## 2) Estadío al diagnóstico:

Esto tiene sesgo debido a la gran cantidad de pacientes que se encuentran en la Etapa I.

La sobrevida por estadío se ilustra en la siguiente tabla.

SERIE	% DE SOBREVIDA A 5 AÑOS POR ESTADIO			
	I	II	III	IV
Kottmeier	72 %	50 %	31 %	9 %
Morrow	76 %	51 %	26 %	9 %
Sall	90 %	50 %	24 %	9 %

Creasman ( 6 ) demostró un aumento en la frecuencia de -  
mostró un aumento en la frecuencia de metástasis pélvi -  
cas y paraaórticas cuando había aumento de las dimensio -  
nes uterinas, sin embargo otros afirman que la medida -  
que sirve como mejor discriminador es de diez centíme -  
tros de histerometría en lugar de ocho centímetros ( De -  
Muelenaere ).

El tamaño del útero se asocia tanto con el grado histo -  
lógico como con la invasión miometrial, ambos factores -

son de mayor importancia para el pronóstico.

La importancia de establecer la presencia de afectación cervical es evidente al ver la caída en la sobrevida de 80 % a 50 %.

La localización también es de interés, ya que las neoplasias en la parte inferior de la cavidad pueden afectar al cérvix más tempranamente. Se encuentra también que en pacientes con invasión estromal del cérvix tenía menor sobrevida ( 47 % ) que aquellas en las cuales la invasión se encontraba limitada a las glándulas o no presentaban estroma en el legrado endocervical ( 74 % ) ( 18 ). El factor clave parece ser la infiltración al estroma cervical con mayor propensión a la diseminación a ganglios pélvicos ( 36 % ).

### 3) Diferenciación Histológica:

Como ya se mencionó el grado de diferenciación histológica es uno de los indicadores más sensibles del pronóstico. La relación entre el grado de diferenciación y la sobrevida persiste independientemente del tipo de tratamiento como ha sido reportado por Erick y Cols.

## 4) Grado de Infiltración Miometrial:

Es un indicador consistente de la agresividad tumoral. -  
Hay un descenso en la sobrevida del 80 % al 60 % conforme  
aumenta la penetración al miometrio.

Lutz encontró que cuando el tumor se hallaba a 5 mm. de -  
la serosa la sobrevida a cinco años era de 65 %, pero -  
cuando estaba a 10 mm. la sobrevida se extendía a 97 %.

## 5) Metástasis Ganglionares.

Hay un riesgo sustancial de lesión a los gánglios linfá -  
ticos cuando se encuentra invasión miometrial intermedia -  
o profunda aunque también depende de la diferenciación -  
histológica, ya que lo anterior se aplica también cuando -  
hay una invasión miometrial superficial por un tumor en -  
grado tres; a su vez existe un riesgo mínimo de metásta -  
sis ganglionar cuando esta lesión se limita al endome --  
trio independientemente del grado, ver cuadro .

GRADO DE INVASION	G. PELVICOS POSIT.	G. AORTICOS POSIT
Solo Endometrio	2.5 %	1.2 %
Músculo superficial	8.4 %	7.2 %
Músculo intermedio	13.3 %	6.6 %
Músculo profundo	46.4 %	28.5 %

Debido a que la Histerectomía total abdominal con salpingooforectomía ha sido la piedra angular del tratamiento de estas pacientes, ha sido difícil establecer el porcentaje de pacientes que presentan gánglios positivos de acuerdo al estadio. Creasman ha sido quien más ha estudiado este aspecto con series a las cuales se les efectuó histerectomía radical y encontró para el estadio I una incidencia de gánglios pélvicos positivos de 10 a 11 % y de 7 a 10 % para los ganglios paraaórticos. Las metástasis para el estadio II no fueron valoradas pero cabe esperar que fueran mayores en la incidencia ( ver cuadro )

#### 6) Citología Peritoneal

El uso de rutina de este método es una práctica común pa-

ra etapificar pacientes que requieren laparotomía por -  
cáncer genital. Creasman y Cols. ( 6 ) han encontrado -  
lavados peritoneales positivos en un 12 a 15 % de casos-  
estudiados.

Es de interés saber que según la FIGO y sumando las eta-  
pas clínicas sólo 65 % de las pacientes con cáncer endo-  
metrial se encuentran vivas y libres de enfermedad cin-  
co años después ( 2 ). Se ha observado un aumento defi-  
nitivo en la incidencia de la enfermedad a partir de -  
1970, atribuido a aumento de grasas insaturadas en la -  
dieta, exposición a estrógenos, endógenos y exógenos, obe-  
sidad, paridad disminuida y otros ya comentados, así co-  
mo factores medioambientales no bien conocidos, especial-  
mente en el mundo occidental. Lo que es aún más impor-  
tante, es que están surgiendo formas más virulentas del  
padecimiento.



## G) PATRONES DE DISEMINACION.

La diseminación continúa a partir del endometrio hacia el canal endocervical, las salpinges o la penetración miometrial, ocurre comunmente; La invasión de vasos sanguíneos explica las metástasis distantes a pulmón, hueso y otros tejidos y tal permeación vascular puede ser identificada en el espécimen quirúrgico. 10 % de pacientes con estadios I y II presentan la laparotomía para etapificación citológica positiva o sospechosa en el lavado peritoneal. La sobrevida está moderadamente disminuida en estos casos a pesar del estadio clínico inicial. Así mismo la afectación cervical expone a la paciente a estas nuevas rutas de diseminación. Los linfáticos endometriales han sido descritos y se clasifican en la siguiente forma, con sus drenajes respectivos:

- Los linfáticos del endometrio se unen a los miometriales que finalmente se dirigen hacia la base del ligamento ancho y drenan hacia los ganglios linfáticos ilíacos, a nivel de la bifurcación de la arteria ilíaca primitiva. Los linfáticos del fondo uterino se unen a los de la salpinge y fluyen hacia los ganglios ováricos, hacia los paraaórticos. Algunos de los linfáticos subserosos-

en la región del fondo se anastomosan con los del ligamento redondo y pueden llevar hacia los gánglios inguinocru-  
rales por vía retrograda.

## H) PATRONES DE RECURRENCIA.

Generalmente se diagnostica la recurrencia antes del segundo año de seguimiento, y un 85 % durante los primeros cinco años ( 13 ). Los tumores más indiferenciados tienden a recurrir más tempranamente, y los hacen hacia el tercio inferior de vagina y hacia órganos distantes. Los bien diferenciados metastatizan tardíamente y hacia tercio superior de vagina o bien hacia estructuras pélvicas, ya sea aisladas o en combinación. Con el uso de las últimas décadas de la radioterapia ha disminuido la incidencia de recurrencias a nivel vaginal. Así el sitio de recurrencia se ve influenciado no sólo por la virulencia del tumor, sino también por la modalidad de tratamiento empleado ( 3 )

AUTOR	TX	RECURRENCIA VAGINAL
Gusberg	HTA	14.6 %
	HTA más Radioterapia	4.5 %
Boutselis	HTA	14.7 %
	HTA más Radioterapia	1.8 %

## I) DIAGNOSTICO DE RECURRENCIA.

Las pacientes en tratamiento para cáncer endometrial ameritan valoración y exámen físico, cuando menos cada tres meses, durante los primeros tres años, y luego cuatrimestralmente hasta el quinto año en que basta un exámen semestral; deberán efectuarse en este seguimiento:

- Citología vaginal: (Deberá cuidarse la aparición de alteraciones celulares secundarias a la radioterapia y ante cambios sugestivos de malignidad, deberá hacerse una biopsia)
- Radiografía de Tórax: Cada tres a seis meses o antes si los datos clínicos lo indican.
- Ultrasonografía Pélvica y Abdominal: Es controvertido pero detecta 85 % de tumoraciones de un centímetro, y se prefiere a la TAC.
- Hepatomegalia, que amerita gamagrafía y biopsia si es indicada.
- Cuando se identifica una masa en la exploración física deberá efectuarse biopsia de la misma por punción o excisional.
- Si no está clara la placa de tórax, deberá efectuarse -

tomografía.

- En todo el tejido extirpado, deberá efectuarse estudio para valorar receptores hormonales
- Otro estudio es la localización de la proteína denominada catepsina lisosomal B1 por técnicas inmunohistoquímicas; esta sustancia es liberada por las células tumorales humanas en el medio periférico; Pietras ( 8 ) la ha estudiado y encontró valores más altos en pacientes con el padecimiento en comparación con controles, y mucho más si había recurrencia.

Otros autores han estudiado la hipersensibilidad celular por inhibición de la migración leucocitaria por antígeno de cáncer endometrial homólogo ( 3 ).

Estos últimos estudios no son de valor diagnóstico, sin embargo en pacientes con riesgo de recurrencia, son de utilidad si los resultados fueron positivos.

**J) EL CUADRO CLINICO DE LA RECURRENCIA.**

Estará dominado por los tejidos y órganos afectados, a saber:

- Pélvis
- Abdomen
- Tórax
- Huesos
- Partes Blandas

El dolor abdominopélvico es el más frecuente de los síntomas encontrados, otros son menos comunes como el sangrado trasvaginal, sangrado urinario o rectal; el dolor óseo es común en caso de enfermedad extrapélvica y los síntomas de invasión pulmonar son menos frecuentes.

Si no se detecta recurrencia por exploración física o investigación metastásicas, los síntomas de la paciente se podrán relacionar a un posible sitio de recurrencia, o relacionarlos con el tipo de tratamiento inicialmente administrado.

### 3. MANEJO DEL CARCINOMA DE ENDOMETRIO

Ya en 1900 Thomas Cullen, en su libro Cáncer del Utero - afirmaba que el tratamiento estándar de la paciente con carcinoma endometrial era Histerectomía Total Abdominal con Salpingooforectomía Bilateral; actualmente se conocen otras modalidades de tratamiento aparte del quirúrgico, a saber:

- 1) Quirúrgico
- 2) Radioterapia
- 3) Quimioterapia
- 4) Hormonoterapia

Otras modalidades de tratamiento como la inmunoterapia - aún no se estudian adecuadamente, por lo que los criterios de manejo se basan en los arriba mencionados, hasta la actualidad.

A continuación se describen los criterios de manejo actual del cáncer endometrial por etapas clínicas según la FIGO.

- A) Tratamiento del Adenocarcinoma Endometrial en Etapa I -- y por grado de diferenciación:

## GRADO I:

Laparotomía Protocolizada que incluye la Histerectomía - Abdominal Total con Salpingooforectomía Bilateral y lavado peritoneal; se recomienda radioterapia en caso de resultados patológicos pronósticos adversos.

## GRADO II:

Laparotomía Protocolizada que incluye el manejo mencionado arriba más biopsia de gánглиos linfáticos pélvicos y/o radioterapia.

## GRADO III:

Laparotomía Protocolizada más linfadenectomía pélvica y paraaórtica selectiva.

Haciendo una revisión de la evolución del manejo de la etapa I, encontramos que Kelly en 1916 a pesar de tratar pacientes con radio aceptaba que el tratamiento primario era quirúrgico, en 1939, Healy y Brown opinaban que la combinación de radioterapia seguida tres a seis semanas después por HTA con SOB era el mejor tratamiento para el cáncer del cuerpo uterino. Javert y Douglas ( 50's ) fueron de los principales impulsores de la HTA radical con linfadenectomía para el tra -



tamiento, cuando no se encontraban metástasis; si éstas estaban presentes, realizaban linfadenectomía selectiva, y posteriormente radioterapia.

En la revisión de Rutledge de 1974, se encontró la misma tasa de supervivencia a cinco años para pacientes con cirugía radical y con otras modalidades de tratamiento; se cree, que la frecuencia de nódulos positivos en el estadio I, no justificaban la linfadenectomía de rutina, sin embargo se acepta que - podría ser útil para el tratamiento al identificar a las pacientes con mayor riesgo, ésto es, a aquellas con metástasis a ganglios. De manera similar Rutledge encontró que las pacientes tratadas con HTA radical, tenían menor incidencia de recurrencia vaginal, aunque ésto también puede conseguirse - con radioterapia. Por tanto la mayoría de los autores están de acuerdo en que la HTA radical y la linfadenectomía pélvica no está indicada en el estadio I de carcinoma endometrial.

En un estudio ( 20 ) se encontró que sólo 2 % de las pacientes tuvo metástasis en ganglios linfáticos, el 4 % presentó invasión miometrial profunda y sólo 4 % desarrolló una recurrencia, en la enfermedad de grado I. Parece por tanto - que la laparotomía protocolizada constituye un tratamiento -

adecuado.

También durante la década de los 40's y las subsiguientes, hubo interés importante en la radioterapia preoperatoria; se pensaba que ésta podría minimizar la viabilidad de las células cancerosas que se diseminaría en la operación y que esterilizaría algunas metastásis vaginales subclínicas. Jones, en un artículo de revisión de la literatura de 1950 a 1970, notó que la sobrevivencia a cinco años de pacientes tratadas con cirugía solamente, era esencialmente lo mismo que de pacientes tratadas con radioterapia más cirugía. Así algunos investigadores han sugerido el uso de radioterapia postoperatoriamente, ya sea en forma rutinaria o selectiva a pacientes que, en el momento de la cirugía se encuentre que tienen carcinomas mal diferenciados ó penetración miometrial importante.

Lo que se ha encontrado como generalización es que las pacientes que son sometidas a radioterapia pre o postoperatoriamente, presentan una menor incidencia de recurrencias a nivel de la cúpula vaginal. Sin embargo la tasa global de sobrevivencia a cinco años no es diferente para el grupo tratado con cirugía que para el de pacientes tratadas con cirugía y-

radioterapia. Esto es particularmente cierto para pacientes con lesiones grado 1 y 2. Las pacientes con tumores grado 3 con terapia combinada, tenían una sobrevida ligeramente mejor que en la mayoría de las series no era estadísticamente significativa. Onsrud, Kolstad y Norman en un estudio prospectivo y al azar, evaluaron el papel de la radioterapia externa en pacientes con estadio I, encontraron que, a pesar de que disminuye las recurrencias locales, no afecta la sobrevida incluso en lesiones grado tres. El efecto del radio vaginal en este estudio pudo haber sido beneficioso al disminuir las recurrencias locales, pero con certeza no tuvo efecto en las metástasis a distancia.

En el estudio de Boronow y Cols, en la enfermedad de grado dos, el 11 % tuvo metástasis de gánglios linfáticos, 15 % invasión miometrial profunda y 15 % recurrencia, parece, por tanto que los cánceres de grado dos deben tratarse con histerectomía abdominal total con salpingooforectomía bilateral, seguidas de algún tratamiento de gánglios linfáticos pélvicos, especialmente cuando hay invasión de más de un tercio del espesor del miometrio.

Debido a que hay múltiples factores pronóstico en el -

cáncer endometrial, la radioterapia rutinaria no está indicada; como no todos los factores pronósticos pueden determinarse preoperatoriamente parece ser que el mejor abordaje del problema es practicar la cirugía primero y con base en los hallazgos y estudio histopatológico dar radioterapia selectiva a las pacientes de alto riesgo.

A continuación se resume la conducta terapéutica por etapa y grado de diferenciación: de las etapas I y II.

E IA G3:

Laparotomía protocolizada y estudio de la pieza operatoria, en caso de encontrar invasión profunda del miometrio, invasión del istmo y/o cérvix, ganglios pélvicos positivos, invasión de anexos, áreas de carcinoma indiferenciado se da radioterapia externa.

E IA G2 Y IB G1:

Histerectomía Total Abdominal más Salpingooforectomía Bilateral con biopsia de ganglios pélvicos y paracavales siguiendo los criterios de radioterapia externa mencionados. Con riesgo quirúrgico mayor, únicamente se indica radioterapia interna y externa.

E IA G3 y IB G3.

Laparotomía protocolizada más linfadenectomía pélvica y paraaórtica selectiva. Cuando se reportan gánglios positivos se indica tratamiento paliativo a base de hormonoterapia y quimioterapia. En caso de pacientes con riesgo quirúrgico-elevado se indica radioterapia interna y externa, más quimioterapia y hormonoterapia.

E II:

Se indica el mismo manejo que en la etapa anterior, - otros prefieren iniciar radioterapia interna y externa preoperatoria.

Radioterapia complementaria en los dos primeros estadios

Las técnicas para Radioterapia en Cáncer endometrial son muy variadas:

Técnicas Postoperatorias:

- a) Ovoides vaginales para 6,000 a 7,000 rads.
- b) Obturador vaginal (ventaja, abarca toda la longitud vaginal)
- c) Si no hay diseminación extrauterina, sólo invasión mio-trial profunda, dar radioterapia externa con 4,000 a -

4,500 rads a toda la p elvis en cuatro a cinco semanas.

- d) Cuando hay g anglios p elvicos dar 5,000 rads en cinco a seis semanas.
- 4) Cuando hay paraaórticos, dar radioterapia ( hasta doce g anglios ) a dosis de 4,000 a 4,500 rads. Cuando se dan dosis mayores surgen diversas complicaciones intestinales.

En los sitios en los cuales hay la tendencia hacia la radioterapia preoperatoria, se intenta individualizar m as el tratamiento.

- a) Con cavidad pequena, se coloca un tandem uterino y un ovoide vaginal para administrar 3,000 a 3,500 mg/hora y 7,000 rads de dosis de superficie respectivamente, en una aplicación; la Histerectomía Total Abdominal se practica inmediatamente.
- b) Con útero moderadamente crecido, se aplican dos tandem con intervalo de dos a tres semanas para brindar cada uno 2,500 mgs./hora. Se utilizan también ovoides vaginales para una sola aplicación de 7,000 rads de superficie,   bien 8,000 rads en dos aplicaciones. La Histerectomía Total Abdominal se hace inmediatamente.

En los dos grupos anteriores, se efectúa radioterapia - externa si se demuestra penetración miometrial ( 4,000 rads ).

Cuando el tumor es grande o anaplásico se dan cuatro mil rads durante un periodo preoperatorio de cuatro semanas y - luego tandem vaginal-uterino para dar 2,500 mg/hora junto con ovoides vaginales para dar una dosis de superficie de 4,000 - rads. La Histerectomía Total Abdominal se practica cuatro a seis semanas después. Las pacientes que son inoperables por razones médicas, deberán también ser sometidas a radioterapia individualizada:

a) Utero pequeño y tumor bien diferenciado: Tandem y ovoides vaginales, en dos sesiones de setenta y dos horas, - para proveer una dosis uterina de 5,000 a 6,000 mg/hora y una dosis de superficie vaginal de ocho mil rads.

b) En pacientes con útero moderadamente aumentado de tamaño se recomienda el mismo esquema.

Si se utiliza el aparato de Heyman, deberá aplicarse tantas cápsulas del material radiactivo como sea posible, - para "adelgazar" la pared uterina y que la fuente radiante se encuentre más cerca del tumor.

c) En la paciente inoperable con útero grande, se sigue el-

mismo protocolo que para el preoperatorio descrito, salvo que la radioterapia externa es seguida de dos aplicaciones de radio ( Heyman ó Tandem ) para dar 3,500 a 4,00 mg /hora al útero. Hay un pequeño grupo de pacientes que requieren consideración especial; Creasman ha reportado lavados peritoneales positivos en 16 % de pacientes con cáncer endometrial temprano, lo cual lleva a un porcentaje significativo de recurrencias abdominales. Se está usando actualmente para ésto el radiocoloide.

#### Terapia Hormonal y Quimioterapia Coadyuvante.

El papel de estos agentes en el carcinoma endometrial temprano no ha sido bien delineado. Este tratamiento es popular para casos de enfermedad avanzada y recurrente. La terapéutica con progestina administrada por vía oral ó intramuscular tiene buen efecto con pocas reacciones secundarias. En el estadio I, se evaluó medroxiprogesterona VS placebo y no se vieron diferencias en la sobrevida a cuatro años entre ambos grupos. Descoster ha sugerido que las progestinas intracavitarias pueden ser tan efectivas como la radioterapia preoperatoria en pacientes con estadio I. El grupo tratado con hormonas tenía además la ventaja de evitar la radioterapia y de absor-



ción sistémica de la substancia. Generalmente no se ha usado quimioterapia para el tratamiento del cáncer endometrial temprano; Donovan ha reportado las siguientes tasas de respuesta con agentes únicos: Tasa global: 27 %; 5-FU ( 25 % ), Ciclofosfamida ( 28 % ), Adriamicina ( 38 % ). Aunque los resultados preliminares son alentadores se requieren más estudios.

Hay varias opciones terapéuticas para el tratamiento del estadio II. El abordaje convencional consistente de radioterapia externa o intracavitaria, seguida de Histerectomía Total Abdominal mas Salpingooforectomía Bilateral, como se ha descrito para el estadio I, en pacientes con tumores anaplásicos o utero grande. Otros ( 16 ) prefieren combinar esta operación con linfadenectomía pélvica y paraaórtica selectiva antes de seleccionar radioterapia externa, pensando que permite una evaluación más completa del estado ganglionar y la detección más temprana de la enfermedad que puede estar fuera del alcance de la teleterapia convencional. No Wertheim

A veces se ha utilizado la Histerectomía Total Abdominal radical como parte del manejo, pero esto no es unánimemente aceptado.

El procedimiento de Wertheim no se recomienda por que - las tienden a ser más viejas, obesas y requieren frecuente - mente radioterapia.

El papel de la quimioterapia coadyuvante puede ser benéfico especialmente si se encuentra enfermedad fuera del cuerpo uterino y el cérvix.

## CONDUCTA TERAPEUTICO ETAPAS III Y IV

## Cirugía en casos de cáncer avanzado.

El papel de la cirugía en estos casos es controvertido, - ya que el procedimiento no es probable que sea curativo para - la mayoría de estas pacientes. Si el diagnóstico se hace en - el momento de la laparotomía, se podrá completar el procedi - miento sólo para hacer a la paciente un mejor candidato para - tratamiento adyuvante con otras modalidades de tratamiento. - Es deseable la extirpación de tumoraciones, epiplón, gánglios- linfáticos crecidos, segmentos de intestino invadidos e histe- rectomía total abdominal con salpingooforectomía bilateral.(8) La reducción del volumen tumoral sin afectación sería del apo~~r~~ te sanguíneo ó la producción de hemorragia ó sepsis es muy ne- cesaria. ( 9 ) La Histerectomía Total Abdominal radical no - está indicada, de acuerdo con las cifras de Javert; ya que la - mayoría de las pacientes son seniles y obesas, se prefiere re- ducir el volumen tumoral a niveles microscópicos y después -- efectuar tratamiento adicional, ésto generalmente puede lograj se con linfadenectomía selectiva pélvica y aórtica y remoción de masas tumorales más que con Histerectomía radical ( HTA ra- dical ) y linfadenectomía total ( 21 ).

### Tratamiento Quirúrgico en Carcinoma Recurrente:

El papel de la cirugía depende de la naturaleza y extensión del tratamiento inicial. Las pacientes que han sido tratadas con Radioterapia solamente y presentan enfermedad recurrente a nivel de cérvix, útero o parte superior de vagina, pueden beneficiarse de extirpación local. De manera similar a lobectomías pulmonares si la lesión es abordable y única. Las pacientes con recurrencia pélvica central grande pueden ser candidatas ocasionales para exenteración pélvica. Sin embargo esto es grande y se pone en duda.

### Radioterapia en Enfermedad Avanzada:

Cuando se encuentran pacientes con enfermedad fuera del útero pero confinada a la pélvis, después de que se ha completado la cirugía inicial se utiliza generalmente radioterapia a la pélvis completa. El objetivo de la cirugía, como se mencionó es detumozicar; no se practicará linfadenectomía completa, si se va a emplear radioterapia porque la tasa de complicaciones sería inaceptablemente alta. Los márgenes superiores de la disección se marcarán con clips y los niveles a partir de los cuales se tomaron los gánglios positivos deberán identifi

ficarse también. La descripción meticulosa de la enfermedad ayudará a la planeación del tratamiento. Se se van a incluir los gánglios ilíacos externos, el campo deberá ser de un ancho mínimo de quince centímetros para tratar toda la pélvis, el campo deberá tener también quince centímetros de largo. Para el tratamiento de toda la pélvis puede usarse un betatrón de veintidos MeV ó una bomba de cobalto sesenta. La pelvis puede ser tratada con dos campos opuestos ó con técnica de cuatro haces.

Cuando la pelvis completa ha sido tratada con cinco milrads deberán construirse campos más pequeños para tratamiento adicional de áreas residuales afectadas. Si los gánglios ilíacos internos ó los paraaórticos se encuentran afectados, algunos médicos o radioterapeutas tratarán estas regiones con radioterapia. Sin embargo la posibilidad de curar enfermedad extensa en esta región es pequeña y la incidencia de lesión intestinal con radiación iterativa en esta zona es grande. Además, debido a que las pacientes son seniles y obesas, con vasculatura insuficiente, las complicaciones de la radioterapia paraaórtica pueden no estar justificadas teniendo en cuenta las complicaciones. La supresión de la morbilidad por ra-

dioterapia pélvica total con extensión de campos paraaórticos, será significativa y ésto limitará las posibilidades de quimioterapia ulterior. Por tanto cuando la enfermedad se encuentra fuera de la pelvis en el momento de la laparotomía, se prefiere limitar la radiación a pequeños volúmenes tumorales o dosis bajas de radioterapia para que el control de la enfermedad sea posible sin riesgo, y tratar a la paciente ya sea con hormonoterapia ó quimioterapia ó combinaciones. Cuando se encuentra enfermedad metastásica fuera del abdomen durante la planeación del tratamiento inicial, a veces es útil el tratar a la paciente con hormonoterapia ( Ht ) sistémica ó Qt. y emplear este depósito metastásico como indicador o centinela de la respuesta; esto es especialmente cierto para las lesiones pulmonares; la excepción serían las lesiones óseas que frecuentemente son muy dolorosas o causan disfunción importante. Estas pueden tratarse con radioterapia con mejoría rápida de los síntomas. Idealmente, deberá ser un campo lo suficientemente largo para incluir el área completa de metástasis y único. Los campos opuestos paralelos pueden ser necesarios si la enfermedad es extensa o si se localiza en la línea media del abdomen. La dosis de 1,200 rads suelen controlar el dolor, las áreas hacia huesos largos ó segmentos

de columna vertebral dos mil rads dosis tumoral en lapso de una semana. Cuando existen metástasis múltiples en el cráneo, pueden ser tratadas con la administración de cuatro mil rads, dosis tumor en cuatro semanas. Se prefiere tratar el tórax con radioterapia sólo cuando hay obstrucción de estructuras vitales que requieran alivio inmediato: una dosis tumor de cuatro mil rads con dos campos opuestos paralelos en un periodo de cuatro semanas puede proporcionar alivio. En pacientes con un cáncer estadio III no candidatas a cirugía se pueden tratar la pelvis con cuatro mil rads por cuatro semanas y luego añadir radio al útero con un Heyman con 3-4 mil mg/hora. En casos de irregularidades en la cavidad uterina, estenosis cervical, distorsión vaginal o variantes anatómicas puede tratarse con toda la pelvis por radioterapia externa con cinco mil quinientos rads externos y puede incluirse un campo más pequeño para complementar el tratamiento de útero, cérvix y vagina.

#### Cáncer Recurrente:

Puede tratarse efectivamente con radioterapia, las pacientes que no la han recibido, tendrán con frecuencia recurrencia a la cúpula vaginal; éstas pueden tratarse con exci-

sión ó Radioterapia con ovoides para una dosis tumor de 5-6 - rads para un campo pélvico de diez por diez centímetros, se - guido de la coloración de radioterapia vaginal para propor - cionar una dosis mucosa adicional de 3-4 mil rads. A veces la detumorización quirúrgica seguida de radioterapia dá buen re - sultado. La sobrevida de pacientes tratadas para recurrencia en la cúpula vaginal se acerca al 35-40 % con cualquiera de - estos procedimientos.

Cuando se diagnostica una recurrencia central en pacien - tes que no han recibido radioterapia previa y sin contraindi - cación, puede utilizarse radioterapia externa total a pelvis, con 4 a 5.5 mil rads. La adición de radioterapia a vagina - estará indicada sólo si el tumor está cerca de la cúpula y - puede recibir una contribución significativa de la fuente va - ginal debido a su proximidad. Cuando el cáncer ocurre fuera - de la pelvis deberá tratarse de acuerdo a lo establecido pre - viamente para las pacientes con cáncer inicial en estadios II y IV. La recurrencia vaginal usualmente implica enfermedad - sistémica y es razonable tratar toda la pelvis mientras se ra - día vagina. La sobrevida de pacientes tratadas para recurren - cia vaginal baja a cinco años es de 27 %. Cuando hay recu -



rruencia en un solo lugar en la pelvis la sobrevida es de -  
 31 % y si son múltiples áreas en la pelvis, 21 % las mets -  
 a distancia solas ó en combinación con recurrencia pélvica,-  
 responden poco a radioterapia sola. ( 9 )

#### Hormonoterapia:

La tasa de respuesta de pacientes con Ca Endometrial -  
 avanzado o recurrente es de 33 %, siendo máxima con los bien  
 diferenciados ( 30- 50 % ) y menor con los poco diferencia -  
 dos ( 0-15 % ) ( 10 ). También es mejor cuando la recurrenci  
 a es tardía, y mejor cuando es recurrente o cuando es me--  
 tastásico. Hay una clara correlación entre la incidencia de  
 respuesta y la duración del tratamiento. No hay relación en  
 tre la respuesta y la edad de la paciente cuando se hace co-  
 rrelación para el grado de diferenciación. La dosis óptima-  
 para cada agente no se ha establecido, para la medroxiprog<sup>e</sup>s  
 terona se suele dar una dosis inicial en cuatro a ocho sema-  
 nas y luego una dosis de sosten semanal de cuando menos -  
 cuatrocientos miligramos diarios. Como guía del tratamiento  
 y de la dosis se ha observado el índice cariopictótico y -  
 Bonte encontró que se observan respuestas sólo en las pacient  
 es en las cuales los frotis mostraban atrofia durante el -

tratamiento. Gurrpide ha demostrado que la progesterona reduce el número de receptores estrogénicos disponibles y los niveles de la 17- $\beta$ -OHsteroides DH que cataliza la conversión de E2 a E1 y disminuye el efecto del estrógeno en la célula. Se ha encontrado que el muestreo de receptores de progestinas en el tratamiento del cáncer endometrial de información confiable en el resultado del manejo con progestinas hasta en un 86 % ( 12 ) de los casos. El antiestrógeno tamoxifén ha demostrado eficacia aunque el espectro de sensibilidad del tumor al tamoxifén y la progestina no son completamente idénticos, la combinación aún está en estudio ( 12 ). La vía de administración parece ser de poca importancia, por lo que se administra fácilmente, vía oral. El beneficio clínico de la terapia de progestina adyuvante no está demostrado ( 13 ).

#### Quimioterapia No Hormonal:

En 1974, Donavan revisó la literatura disponible y encontró la siguiente tasa de respuestas con distintos agentes:

Agente	%	Respuesta
5-FU		25
Ciclofosfamida		28

Clorambucilo	9
Otras drogas miscelanes en 53 pacientes	
12 Medicamentos	28
Total	27 %

Otros esquemas utilizados han sido a base de FAC encontrándose respuestas en cuatro a siete pacientes en forma objetiva pero la toxicidad era importante, otra combinación utilizada es a base de 5-FU y melfalán. La terapia simultanea de progestina y citotoxicos no se ha encontrado que incrementen la cifra de sobrevida obtenida con terapia con citotóxicos únicamente ( 11 ).

Las combinaciones de dos o tres drogas incluso incluyendo hormonales ocasionan gran toxicidad hematológica, sin embargo tiene la ventaja de controlar la enfermedad rapidamente - ( más rápido que la Hormonoterapia o la radioterapia ) y es efectiva contra cánceres que no son bien tratados con otras modalidades terapéuticas como son los indiferenciados con recurrencia rápida ( 11 ).

Inmunoterapia:

Aún no hay pruebas de que sea de utilidad en pacientes

con cáncer de endometrio, el agente empleado actualmente es -  
el inmunopotenciador C-parvum la toxicidad clínica es mínima-  
sin toxicidad renal ó de SNC manifiesta.

4. PRESENTACION DE MANEJO DEL CARCINOMA DE ENDOMETRIO EN EL HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA NUMERO TRES DEL CENTRO MEDICO "LA RAZA"

Etapas I Y II

Se revisaron treinta y dos expedientes de un total de cincuenta y dos pacientes con diagnóstico histopatológico de Carcinoma de Endometrio ocurridos entre los años de enero de 1985 y agosto de 1987 en el Hospital de Gineco Obstetricia número tres del Centro Médico "La Raza" del I.M.S.S., para documentar el estado actual del manejo ( Cirugía, Radioterapia-Quimioterapia y Hormonoterapia ) del carcinoma de endometrio de acuerdo a la Etapa clínica ( según la FIGO ) y compararla con lo reportado en la literatura actual.

Del total de pacientes sólo se encontró treinta y dos expedientes ( 61.5 % ) ya que los veinte restantes se había depurado del archivo.

De los treinta y dos casos, veinte se encontraron en el Estadio ( E ) I y seis en el (E) II; lo que hace un total de 62.5 % de pacientes en ( E ) I y 18.7 % en el ( E ) II; con un rango de edad de treinta y un año a ochenta y seis años, y

de cincuenta y siete a setenta y nueve años para los Estadíos I y II respectivamente ( Cuadro 1 ), lo que hace una media de 76.2 años para el Estadío I y de cincuenta y cuatro años para el ( E ) II.

Respecto a la gradación histológica, según la FIGO de la etapa I se encontraron: once pacientes ( 55 % ) en E IA GI, - cinco pacientes ( 25 % ) en etapa IA G2 y cuatro pacientes - ( 20 % ) en etapa IB GI.

No se encontró un solo caso de grado tres.

En cuanto al tipo de tratamiento en las etapas I y II, - se encontró que siempre fué la Histerectomía con Salpingooforectomía bilateral ( ver cuadro ) a excepción de dos casos de la etapa IA G2 quienes contaban con riesgo quirúrgico elevado.

A una paciente de la etapa IB GI se le hizo biopsia de - gánglios pélvicos izquierdos sospechosos, reportados negativos.

Otra paciente de la etapa IA GI se le resecó además doscentímetros de vagina y una paciente de la Etapa II se le extirpó el tercio superior de vagina.

La radioterapia se dió a siete de once pacientes de la etapa IA G1 y tres de cinco pacientes de la etapa IA G2; no se dió en ninguno de los cuatro casos de la etapa IB G1.

En la etapa II se radió a dos de cinco pacientes.

En todos los casos la radiación se dió postoperatoria externa, a excepción de una paciente de la etapa II quien recibió radiación interna también.

Una paciente de la etapa II con variedad adenoescamoso de endometrio sólo recibió radioterapia por contar con riesgo quirúrgico elevado.

Las pacientes tratadas con hormonoterapia se les manejó con acetato de Medroxiprogesterona ( MAP ) 200 a 300 mg. por dos o tres años ó hasta intolerancia y/o falta de respuesta.

Se manejó hormonoterapia en tres pacientes de la etapa IA G2, una paciente de la etapa IB G2 y una más de la etapa II.

De la etapa IB G1 una paciente recibió hormonoterapia a base de Tamoxifén a dosis de 20 mg. por un periodo de dos años, o hasta que hubo recurrencia.

No se manejó con quimioterapia a ninguna paciente de las etapas I y II.

Al término de esta investigación, en las etapas I y II - se reportan tres pacientes pérdidas de la etapa uno y tres - de la etapa II, las demás pacientes se encuentran vivas, sin actividad tumoral. ( Cuadro 2 )



## PRESENTACION DE MANEJO

## ETAPAS III Y IV

De los treinta y dos expedientes revisados no hubo un solo caso de Ca de endometrio E III y se encontraron cinco casos en E IV ( 15.6 % ).

Una paciente más se consideró no clasificable por contar con Histerectomía con Salpingoofbrectomía previa en otro hospital.

El tratamiento quirúrgico para estas pacientes de E IV- fué en un caso de HTA mas SOB al considerarlo E II preoperatoria y E IV postoperatoria por biopsia de epiplón, peritoneo y lavado peritoneal positivos y metástasis pulmonares.

Dos casos más coincidían con un segundo primario en ovario, clasificado como de E III de Ovario y IV de endometriomanejados además de HTA con SOB, con apendicectomía, omentectomía y biopsia de gánglios pélvicos.

Las dos pacientes restantes no fueron manejadas quirúrgicamente.

Sólo se indicó radioterapia postoperatoria a las dos -  
pacientes coincidentes con carcinoma de ovario.

La quimioterapia fué indicada en los dos casos coinci -  
dentes con Carcinoma de Ovario a base de CDDP más ADR más -  
CFA. Otra paciente recibió quimioterapia más hormonoterapia.

De las dos pacientes restantes, una tenía diagnóstico -  
histológico de sarcoma del estroma endometrial de alto grado -  
de malignidad, se encontraba en fase final de su enfermedad -  
falleciendo días después del diagnóstico; la segunda paciente  
recibió tratamiento paliativo a base de hormonoterapia con -  
Medroxiprogesterona a razón de 200 mg. diarios.

La paciente considerada no clasificable recibió radiote -  
rapia y hormonoterapia a base de Medroxiprogesterona, presen -  
tando recurrencia en pared pélvica, sólo cuatro pacientes se -  
encuentran vivas, ya que una falleció poco después del diag -  
nóstico.

## RESUMEN

Se revisaron treinta y dos expedientes de pacientes con diagnóstico histopatológico de adenocarcinoma del endometrio en etapas clínica I a IV en un periodo comprendido entre enero de 1985 y junio de 1987, para evaluar el estado actual en que se encuentra el manejo del carcinoma endometrial en sus diferentes modalidades ( cirugía, radioterapia, hormonoterapia y quimioterapia )

De cincuenta y dos pacientes tratadas en el periodo mencionado sólo se encontraron treinta y dos expedientes, ya que los veinte expedientes restantes habían sido depurados del archivo, sin embargo estos treinta y dos casos hacen un número significativo.

Se encontró que el 62.5 % de las pacientes estaban en el estadio I, lo que se acerca a lo publicado por Creasman y Kotteier ( 8 ), respecto a la edad media de aparición en las reportadas por otros autores ( Malkasian, Boronow y Di Saia) ( 17,31 ) (ver cuadro I)

Hubo sólo una paciente menor de cuarenta años, representando el 5.2 % de los casos de la etapa I, lo que también se

acerca al 3-5 % de frecuencia para esa etapa, confirmando la tendencia ya conocida del tumor de ser una enfermedad predominante de mujeres peri o post-menopáusicas ( cuadro 1 )

El diagnóstico se hizo en el 100 % de las pacientes por medio del legrado uterino instrumental ( LUI ), siendo la tasa global de precisión del 100 % confirmado en todos los casos por la pieza quirúrgica.

Desafortunadamente la clasificación que se ha manejado en esta investigación es totalmente clínica, ya que no se reportan los datos quirúrgicos ni patológicos para correlacionar adecuadamente el tratamiento que fué administrado a las pacientes.

Es de hacer notar que todas presentaban los mismos factores de riesgo ya conocidos para el carcinoma endometrial.

El tratamiento se indicó de acuerdo a las normas de la FIGO, en las etapas I, y II, la cirugía constituyó la terapéutica primaria, y de acuerdo al grado de invasión al miometrio se indicó radioterapia; algunas pacientes consideradas de alto riesgo se enviaron a hormonoterapia. Actualmente todas las pacientes se encuentran vivas sin actividad tumoral.

De todos los casos revisados no se encontró alguna paciente en etapa III.

Respecto a la etapa IV, la reducción del volumen tumoral se indicó sólo para facilitar el manejo complementario en tres de los cinco casos ocurridos, dos pacientes más cursaban con tumor diseminado, una falleció poco después del diagnóstico y la otra se manejó con hormonoterapia.

Cuatro de estas cinco pacientes se encuentran aún vivas con actividad tumoral y en etapa final de su padecimiento.

La sobrevida hasta el momento actual, en las dos primeras etapas es alta ya que cabe esperar que al término de cinco años sea del 87 %, quizá se deba a que cuentan con pronóstico bueno, grados iniciales de diferenciación y poca penetración muscular.

En la etapa IV presentan la sobrevida esperada diez y ocho meses a partir del momento del diagnóstico ( 6 ).

CUADRO I. NUMERO DE CASOS POR ETAPA Y EDAD.

ETAPA	CASOS TOTALES	%	EDAD
I	20	62.5	762
II	6	18.7	54
III	-	-	-
IV	5	15.6	50.4
N.C.	1	3.1	6.2

N.C = NO CLASIFICADA

III = NO SE ENCONTRARON CASOS

+ = EDAD EN AÑOS MEDIA

H.G.O. No. 3, C.M.R.

CUADRO II. TRATAMIENTO POR ETAPA Y GRADO

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

ETAPA Y GRADO	CASOS TOTALES	CIRUGIA	RADIOTERAPIA	HORMONOTERAPIA	PERDIDAS
IA G1	11	11	7		2
IA G2	5	3	3	1	1
IA G3					
IB G1	4	4		1	
IB G2					
IB G3					
II	6	5	3	1	3

\* TODAS LAS PACIENTES SE ENCUENTRAN VIVAS, SIN ACTIVIDAD TUMORAL.

CUADRO 3: TRATAMIENTO DE ETAPAS III Y IV

ETAPA	CASOS TO TALES	CIRUGIA	RADIOTE RAPIA	HORMONO- TERAPIA	QUIMIOTE TERAPIA	VCAT
III						
IV	5	3	1	2	3	4
N.C.	1	1	1	1		

N.C. NO CLASIFICADO

VCAT= PACIENTES VIVAS CON ACTIVIDAD TUMORARIA

\* NO HUBO PACIENTES PERDIDAS EN ESTAS ETAPAS



## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Ackerman LV, del Regato JA. Diagnosis, treatment, and Prognosis. *Cancer*, 819, 717-819, 1977
2. Annual Report on the Results of Treatment in Gynecological Radiumhemmet: Stockholm, Sweden. vol. 18, 1982
3. Antoinades J. Brady LW, Lewi GC. The management of Stage III carcinoma of the Endometrium. *Cancer*, 38. 1833-1842, 1976
4. Bedwinek J. Galakatos A et al. Stage I, Grade III Adenocarcinoma of the Endometrium Treated with Surgery and Irradiation. *Cancer*, 54, 40-77, 1984.
5. Creasman WT, Soper JT et al. Influence of Cytoplasmic Steroid receptor Content on Prognosis of Early Stage endometrial Carcinoma. *AM. J. Obstet Gynecol* 151, 922-32, 1985.
6. Creasman WT, Di Saini PJ et al. Prognostic Significance of Peritoneal Cytology in Patients with endometrial cancer - and Preliminary data concerning Therapy and Intraperitoneal Pharmaceuticals. *Am. J. Obstet Gynecol*, 141. 921-929. 1981.
7. Boronow RC, Morrow CP, Creasman WT et al. Quirurgy state -

- of Endometrial Cancer Prospective discovery. *Obstet and Ginecol.* 63, 825, 1984.
8. Coppleson LW et al. *Oncology Ginecology. PART VI. Carcinoma of Endometrium, Vol. 2, 531-538.*
  9. Cullen Th et al. *cancer of the Uterus. Philadelphia, LUIB Saunders, 1900.*
  10. Draca P, Tesic M et al. *Adenocarcinoma of the Endometrium Cancer, 52, 1026-1031, 1983*
  11. Horton J, Elson P et al. *Combination Chemotherapy for - Advanced Endometrial cancer. Cancer. 49, 2441-2445, 1982*
  12. Kauppila A. *Progestin Therapy of Endometrial, Breast and Ovarian Carcinoma. Acta Obstet Gynecol Scand, 64, 209- - 212, 1984*
  13. Landgren RD et al. *Irradiation of Endometrial Cancer in - Patients with Medical Contraindication to Surgery or - with Unresectable Lesions. AM. J. Roentgenol Radium the - Nucl Med 326, 148-154, 1976.*
  14. La Vecchia C, Franceschi s et al. *Prognostic Features of Endometrial cancer in Estrogen Users and Obese Women. - Am. J. Obstet Gynecol, 144, 387-89, 1982*
  15. Lovecchio JL et al. *Treatment of Advanced or Recurrent - Endometrial Adenocarcinoma with Cyclophosphamide, Doxoru*

- bicin Cis-Platinum and Megestrol Acetate. *Obstet Gynecol*, 63, 557,60, 1984.
16. Onsrud M et al. Endometrial Carcinoma with cervical Involvement (Stage II ). *Gynecol Oncol*, 13; 76-86, 1982.
  17. Peters WA, Andersen WA et al. The Selective use of Vaginal Hysterectomy in the Management of Adenocarcinoma of the Endometrium. *Am. J. Obstet Gynecol*, 146, 258-291, 1983.
  18. Gumpel C et al. *Pathology in Gynecology and Obstetrics*, 2 ed. Philadelphia, 1977.
  19. Jones HW et al. Treatment of Endometrial Carcinoma. *Obstet Gynecol Surv.* 30, 147-169, 1975.
  20. Pivers MA et al. Paraaortic Lymphnode Evaluation in Stage I endometrial carcinoma. *Obstet Gynecol* 5, 97-100, 1982.
  21. Rubin P (ed). *Clinical Oncology for medical Students*, 5 th ed 109.
  22. Shapiro S et al. Recent and past use of Conjugated Steroids in Relation to Adenocarcinoma of the Endometrium. *N England.* 303, 485-489, 1980