

11217  
204  
204



# Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina  
División de Estudios de Postgrado  
Hospital Regional  
" Lic. Adolfo López Mateos "  
I. S. S. S. T. E.

11 Feb 1988  
C. B.

DIAGNOSTICO TEMPRANO DEL CANCER DE ENDOMETRIO  
E IDENTIFICACION DE LESIONES PREMALIGNAS

## TESIS DE POSTGRADO

Que para obtener el título de  
Especialista en Ginecología  
y Obstetricia  
presenta

DR. JAVIER VALDIVIA NAVARRO



ISSSTE México, D.F.

F. TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

1988



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.

## **I N D I C E:**

**1**

### **INTRODUCCION.**

- FRECUENCIA**
- EDAD**
- DISTRIBUCION GEOGRAFICA**
- TENDENCIAS CRONOLOGICAS**
- INDICES DE SUPERVIVENCIA**
- ASPECTOS HISTOPATOLOGICOS**

### **ASPECTOS ETIOLOGICOS**

- FACTORES HORMONALES**
- HORMONAS SEXUALES ENDOGENAS**
- OBESIDAD**
- DIABETES MELLITUS**
- HIPERTENSION ARTERIAL**

### **ALTERACIONES ENDOCRINOLOGICAS DURANTE LA MENOPAUSIA**

### **ALTERACIONES PRECURSORAS DEL CANCER DE ENDOMETRIO**

### **TECNICAS DE SELECCION PARA EL DIAGNOSTICO DE CANCER DE ENDOMETRIO.**

**MATERIAL Y METODOS**

**2**

**RESULTADOS**

**CONCLUSIONES**

**COMENTARIO**

**BIBLIOGRAFIA**

El cáncer de endometrio se está convirtiendo en una neoplasia cada vez más frecuente. Por muchos años se mostró poco interés tanto por Oncólogos y Ginecólogos por su baja frecuencia y este poco significativo y por ende poca morbilidad en relación a otros cánceres como los del aparato reproductor de la mujer.

En la actualidad se ha observado que el cáncer de endometrio guarda relación con el mayor promedio de vida y el cociente entre cáncer de endometrio y cervical es de uno a dos. (4,2,)

El factor hormonal está íntimamente relacionado con el cáncer de endometrio, considerándose los estrógenos como potentes estimuladores mitóticos que producen proliferación tumoral. Este factor motivado el estudio de mujeres de alto riesgo. (9)

Otros factores de riesgo tales como: Obesidad, hemorragias uterinas disfuncionales, poliquistosis ovárica, tumores ováricos productores de estrógenos, menopausia tardía, sangrados postmenopausales, hipertensión arterial sistémica y diabétes mellitus, factores que predisponen a presentar cáncer de endometrio.

Desde el punto de vista hormonal este tipo de mujeres que no ovulan y el endometrio esta sometido a estimulación constante por estrógenos sin el efecto protector progestacional, condicionan una serie de cambios histopatológicos que se consideran lesiones precursoras -

para el cáncer de endometrio tales como, la hiperplasia quística y adenomatosa. ( 5,6,10,11 )

Estos estudios han demostrado que el ritmo de progresión de la hiperplasia adenomatosa hasta la aparición de cáncer, el efecto del estrógeno en el cáncer endometrial y los grados de intensidad de la hiperplasia ( 10,12 ). Tales lesiones a pesar de haberse estudiado extensamente persiste cierta confusión en cuanto a su importancia exacta, por la dificultad para detectar y evaluar en forma citológica por el grado bajo de precisión.

La hiperplasia adenomatosa sin un criterio definido para tal situación se ha calificado como: Hiperplasia adenomatosa grado III, Atípica o Carcinoma " in situ", siendo en algunos casos irreversible. Prefiriéndose el término hiperplasia adenomatosa leve, moderada y severa. ( 9,10 )

En clínica se reconoce la importancia de la evolución de la hiperplasia adenomatosa a cáncer, tomándose por lo tanto medidas para evitarlo, adoptándose criterio profiláctico y realizándose frecuentemente histerectomías, impidiendo que se estudie la evolución de la hiperplasia.

La detección temprana de cáncer de endometrio e hiperplasias de todos tipos en grupos de alto riesgo, se a podido llevar a cabo a través de la obtención de tejido endometrial por medio de biopsia o de legrado uterino instrumental que cuente con los factores de riesgo que posteriormente se mencionan.

Se ha demostrado la presencia de receptores de estradiol en tumores endometriales de mujeres postmenopáusicas. Demostrándose que éstas mujeres transforman androstenodiona a estrona a un ritmo dos veces mayor que el observado en no menopáusicas. Así mismo más tarde se correlacionó el ritmo de conversión hormonal y la obesidad como cofactor en los pacientes menopáusicas de gran riesgo en relación al cáncer de endometrio.

En 1970 se publicaron resultados de seguimiento efectuados en mujeres postmenopáusicas que habían recibido estrogenoterapia por largo tiempo, observándose mayor riesgo de cáncer endometrial hasta 14 veces en relación a población testigo. ( 20)

Actualmente el Gineco-Obstetra se ve en la necesidad de hacer diagnóstico temprano de cáncer endometrial en relación al aumento de dicha patología, y la variación del pronóstico de acuerdo al estadio, siendo superior al 90% de supervivencia en etapa inicial. Esta detección debe ser bien orientada a la población de riesgo elevado, sintomáticas y asintomáticas y realizar estudios adecuados para identificar al trastorno y sus fases precursoras para reducir el porcentaje de carcinomas endometriales en fases tardías. ( 4,5,7)

Se debe definir con exactitud la frecuencia de la enfermedad, -- pues como se a mencionado ésta va en aumento, y tratar de establecer un método de detección fidedigno y sencillo, práctico para utilizarlo en la mayor población posible.

**FRECUENCIA:** Se carece en nuestro país de datos exactos sobre el cán-

cer de endometrio, razón por la cual es difícil seguir la tenden --  
 cia de la neoplasia. En la Secretaría de Salubridad se ha desarrol  
 lido el registro nacional de cáncer, que es un sistema de informa-  
 ción que permite precisar las características de las neoplasias en-  
 México; sin embargo es frecuente observar codificaciones junto con  
 el cáncer del cervix, siendo no válido el fundamento porque son to-  
 talmente distintos los factores etiológicos . (1,2)

El cáncer de endometrio en U.S.A. ocupa el primer lugar entre to-  
 das las neoplasias malignas, en México en trabajos realizados en el  
 sector salud ocupa el livo. lugar entre todas las neoplasias y el -  
 tercer lugar del cáncer ginecológico, estadística que no es del to-  
 do confiable por el volumen de pacientes y la disparidad en los re-  
 sultados en las diferentes áreas del sector salud. ( 2,4 )

En este estudio uno de los objetivos es establecer la frecuencia  
 del cáncer de endometrio, procurando mencionar someramente los da-  
 tos y darles mayor atención a los criterios preventivos. Aunque la  
 muestra no es muy significativa, nos da una idea de la realidad ac-  
 tual en cuanto a cáncer endometrial se refiere.

La frecuencia de cáncer de endometrio se ha aumentado repentinamente  
 hasta exceder la frecuencia de 10/100/año en algunas regiones  
 de los Estados Unidos. A pesar de éste incremento importante en la  
 frecuencia, se han insistido en el mejoramiento de los métodos diag-  
 nósticos.

EDAD: Esta neoplasia se presenta más frecuentemente en mujeres ---  
 postmenopáusicas entre la sexta y séptima década de la vida, siendo



rara en sus extremos, menores de 20 y mayores de 90 años. Sin embargo actualmente hay tendencia a presentarse en mujeres de menor edad pero aún más tarde que el cáncer de cervix, pudiendose explicar esto por la fisiopatología diferente en los dos trastornos. Es bien conocida las alteraciones hormonales que surgen después de la menopausia en relación a los estrógenos no antagonizados por la progesterona.

**DISTRIBUCION GEOGRAFICA:** Las cifras de frecuencia varían notablemente, se reportan cifras de frecuencia de 1.8 y 3.0 por 100,000 paragnas en India y Brasil respectivamente, a diferencia de 33.8 y 45.8 por 1000 en Alemania Occidental y Estados Unidos. (5,7,)

En los países de ascendencia hispana se observan que los índices para cáncer cervicouterino son altos en relación al carcinoma de endometrio, observandose aumento del mismo en los países industrializados. En cuanto a la raza es más frecuente en blancas que en negras hasta el doble de su frecuencia.

**TENDENCIAS CRONOLÓGICAS:** 40 años antes de 1978 la cifra de cáncer del cuerpo del utero se mantuvo estable, aumentando de un 34 a 75% en los últimos años, lo que puede traducirse que hubo una población expuesta a riesgo, siendo consecuencia del comienzo de la administración de estrógenos sustitutivos a mujeres con síndrome climatérico. (5,11,13)

**INDICES DE SUPERVIVENCIA:** Es de considerar varios factores, desde el tamaño del utero y el grado de diferenciación histológica. Siendo del 72% en todas las etapas a 5 años, y superior el 90% en car--

cinomas localizados en la mucosa endometrial.

**ASPECTOS HISTOPATOLÓGICOS:** El endometrio es un epitelio cilíndrico-simple con una lámina propia que contiene glándulas uterinas sencillas. Los carcinomas endometriales en su mayoría presentan componentes glandulares y ocasionalmente escamosos. El carcinoma de endometrio comprende en promedio el 90% de las neoplasias malignas del cuerpo del útero. Desde el punto de vista histológico los adenocarcinomas se clasifican en muy diferenciados hasta totalmente indiferenciados, siendo muy importante en relación al pronóstico. (10 )

**ASPECTOS ETIOLÓGICOS:** Como en todo tipo de neoplasias malignas se desconoce el factor etiológico, pero en relación al cáncer de endometrio se ha sugerido factores que están en íntima relación, tales como: factores hormonales, obesidad, diabetes mellitus, hipertensión arterial sistémica, predisposición familiar etc. (2,9,11)

**FACTORES HORMONALES:** Desde 1961 Gusberg y Hall señalaron que los -- hormonas podrían intervenir en la génesis del cáncer de endometrio, su uso como método anticonceptivo y de reposición hormonal en mujeres postmenopáusicas, endometriosis, hemorragias disfuncionales -- y en pacientes con disgenesia gonadal; y pacientes en tratamiento con carcinoma de mama avanzado. (11,12,15)

**HORMONAS SEXUALES ENDOGENAS:** Los estudios realizados señalan una -- relación importante entre la acción persistente y no antagonizada -- de los estrógenos en ausencia de ovulación y el mayor riesgo de aparición de cáncer endometrial.

Explicándose dos mecanismos: el primero una secreción excesiva y no antagonizada de estrógenos por el ovario por largo tiempo con estimulación del endometrio inicialmente normal, hasta llegar al grado de hiperplasia adenomatosa, atípica y en algunos casos al carcinoma. El segundo mecanismo se refiere a la producción extraglandular de ESTRONA por conversión periférica de androstenodiona, hecho que se lleva principalmente en postmenopáusicas. (7,18 )

En estudios realizados publicados en 1975 en mujeres que estuvieron recibiendo estrógenos exógenos por largo tiempo los resultados fueron patológicos. El resultado estuvo de acuerdo a la dosis y tiempo de exposición, reportándose un incremento del carcinoma de endometrio de 8 a 14 veces mayor que en los grupos testigos. (12 )

**OBESIDAD:** Es una de los factores más importantes de riesgo para el carcinoma endometrial. El peso corporal en el momento de la menopausia guarda relación mayor que en pacientes obesas premenopáusicas, se ha mencionado que la alimentación de alguna manera ( grasas ) en estas pacientes, así como por la conversión extraglandular (tejido adiposo) de androstenodiona a estrona. Por lo tanto se de considerar pacientes de riesgo elevado con peso corporal mayor del 40%.

**DIABETES SACARINA:** Los estudios realizados por Kessler son entagónicos y no concluyentes en relación a publicaciones revisadas sobre la mayor frecuencia de D.M. y metabolismo anormal de la glucosa y cáncer de endometrio , reportan un 2.8 de riesgo en pacientes con dicho antecedente. Las pacientes con diabetes franca muestran niveles elevados de ESTRONA en relación a mujeres normales. )

**HIPERTENSION:** La relación entre carcinomas endometrial con la hipertensión reviste un problema polémico. Sin embargo la asociación en la cual la presión sistólica es elevada; y el consumo de carnes rojas comparado con la dieta vegetariana, en la relación con la influencia de dietas ricas en grasas animales, en la producción del cáncer de endometrio.

#### ALTERACIONES ENDOCRINOLÓGICAS DURANTE LA MENOPAUSIA

El climaterio, etapa donde culmina la etapa reproductiva de la mujer y que se caracteriza por diversas alteraciones fisiológicas, psicológicas y sociológicas. Esto secundario a la declinación de la función ovárica, hasta la estabilización con valores estrogénicos bajos e incluso ausentes, mostrando el ovario cambios de fibrosis y pequeñas cicatrices secundarias a la actividad fibroblástica.

Es frecuente el uso de estrógenos exógenos para mejorar o aliviar los síntomas climatéricos, incluyendo la osteoporosis, síntomas vasomotoras, cambios atróficos genitales, asociado al riesgo de padecer cáncer de endometrio. Por lo ya mencionado en páginas anteriores es importante seleccionar adecuadamente los pacientes para estrogenoterapia en relación a la dosis y tiempo de exposición y agregar progestina al tratamiento. (8,12,19),20

#### LESIONES PRECURSORAS EN EL CÁNCER DE ENDOMETRIO.

Es reconocido en el endometrio cambios histológicos anormales conocidos como HIPERPLASIAS que tienen diversa evolución, pero que de cualquier forma son consideradas como precursoras del cáncer de endometrio. (10, 9)

y que desgraciadamente no es posible realizar rastreos citológicos periódicos con grado elevado de precisión, siendo difícil evaluar la evolución de las lesiones precancerosas del endometrio., además de que existen variaciones en la terminología descriptiva. (10)

Las lesiones precancerosas se dividen en dos grupos: Hiperplasia Quística e Hiperplasia Compleja. Siendo estas lesiones generalizadas e focales. (10,12)

**HIPERPLASIA QUISTICA:** Se caracteriza por engrosamiento del endometrio como resultado de la proliferación del epitelio y del estroma., con variación inicial en el tamaño mínimo de la glándula y a su máxima expresión el aspecto de queso de GRUYERE . El estroma pasa por fases de proliferación menos manifiesta que podrían ser la causa de la dilatación glandular por obstrucción mecánica. Esta hiperplasia puede ser difusa o localizada, siendo importante diferenciar la lesión precancerosa de la atrofia quística de la mujer postmenopáusica así como las dilataciones glandulares obstructivas.

La hiperplasia quística es una lesión temprana y secundaria a la estimulación estrogénica no antagonizada por progesterona, considerándose como lesión precancerosa., principalmente si se presenta en mujeres postmenopáusicas. (10, 12 )

**HIPERPLASIAS COMPLEJAS.-** Clasificación confusa en la que se utilizan términos como: Hiperplasia adenomatosa, Hiperplasia Atípica y Carcinoma "in Situ".

En 1947 Guebert utilizó el término de hiperplasia adenomatosa -

para incluir toda la gama de anomalías histológicas y citológicas del endometrio (precancerosas), exceptuando la hiperplasia quística. Posteriormente otros autores limitaron el término a formas de mínima y moderada de atipia de la arquitectura celular y tisular ( 9,10,12 ).

La Hiperplasia adenomatosa según Vellios y Cole, indicaron anomalías en la arquitectura glandular, y el término hiperplasia atípica indicara Hiperplasia y/o displasia epitelial. Esta clasificación es la que se usa actualmente por los patólogos pudiendo encontrarse estas entidades en forma pura o mixtas. Otros autores utilizan el término de " HIPERPLASIA ADENOMATOSA ATÍPICA" para denotar una clasificación o combinación de signos citológicos y arquitectónico atípico. ( 9,10 )

Estudios realizados por Sherman y Brown para evaluar la evolución de las Hiperplasias Complejas por un periodo de 2 a 18 años advirtiéndose lo siguiente : 22% evolucionaron a carcinoma de las pacientes con hiperplasia adenomatosa; 57% de las que tenían hiperplasia adenomatosa atípica y 59% de las que tenían Carcinoma in situ. Así mismo otros autores como Chambliss y Taylor observaron la evolución de hiperplasia adenomatosa atípica en mujeres premenopáusicas menores de 36 años presentando carcinoma de endometrio en un 14% en término de 2 a 14 años . ( 10,14 )

Estos datos sugieren que la atipia celular es un precursor más importante del cáncer de endometrio, que las anomalías de tipo estructural ( histológico).

## CARCINOMA DE ENDOMETRIO

Clinicamente el carcinoma de endometrio se va a manifestar por sangrados uterinos anormales hasta en el 80% junto con flujos anormales y en menor proporción dolor pélvico, siendo importante tomar en cuenta que el resto 20% de carcinomas se diagnostican en mujeres asintomáticas. Se debe sospechar esta patología en toda paciente -- con sangrado postmenopausal, y mayormente si presentara factores -- de riesgo y hacer uso de los métodos diagnósticos que se mencionará posteriormente. (15,20 )

### TECNICAS PARA DIAGNOSTICO DE CANCER DE ENDOMETRIO.

Los métodos para la obtención de muestras diagnósticas de endometrio pueden clasificarse en dos grupos: Muestras de tejido y método citológico.

**PROCEDIMIENTOS HISTOLOGICOS:** Legras: Es el prototipo de todos los instrumentos usados para obtener muestras de endometrio, siendo instrumentos resistentes como las curetas de Novack, Randall o Kerkavin pudiendo utilizarse bajo anestesia o sin ella. (14 ) siendo el método más aceptable con una confiabilidad superior al 96%.

**INSTRUMENTOS DESECHABLES.-** Se utiliza aspirador de Vabra, pistolas de endometrio unidas a una jeringa para extraer tejido endometrial por aspiración al vacío, con una confiabilidad menor al 80% y que -- presenta dificultades técnicas principalmente en menopáusicas.

**PROCEDIMIENTOS CITOLOGICOS .-** Entre éstos tenemos el Papanicolaou -- cervicovaginal, no es fidedigno para diagnóstico de cáncer endome --

trial, se puede sospechar cáncer de un 27 a 50% en patólogos experimentados. La aspiración endocervical; técnica con mejores resultados en relación al PAP, pero que de cualquier forma se prefieran -- los procedimientos histológicos para diagnóstico.

**VENTAJAS.-** Se obtienen muestras que pueden ser manejadas e interpretadas por patólogos y que pueden diagnosticar lesiones precancerosas y cancerosas.

**DESVENTAJAS.-** La manipulación intrauterina para toma de biopsia para toma de biopsia puede ser dolorosa y en muchas ocasiones es necesaria realizarla bajo anestesia, implicando tiempo y costo mayor.

(            )



Se incluyeron en el protocolo de estudio 50 pacientes de la consulta externa de G.O. y de la Unidad de Toco-cirugia del Hospital - Regional "Lic. Adolfo López Mateos".

Las pacientes para ser incluidas en éste estudio deberian llenar como mínimo dos de los factores de riesgo para cáncer de endometrio e mencionar: Edad mínima de 38 años y que tuvieran sangrados uterinos disfuncionales, excluyendo por lo tanto patologías orgánicas.

Se realizó historia clínica completa, haciendo énfasis en antecedentes heredo-familiares ( oncológicos), ginecológicos y obstetricos y enfermedades concomitantes tales como: Diabetes mellitus, hipertensión arterial sistémica y obesidad.

Interrogatorio específico sobre el uso de hormonales (estrógenos) ya sea como método anticonceptivo ó como hormonoterapia para tratamiento del síndrome climatérico. Se practicó exploración física completa con toma de tensión arterial, peso así como revisión ginecológica para excluir patologías orgánicas tomándose PAP.

El método utilizado para hacer diagnóstico histológico fue con toma de biopsia a trevez de legredo uterino instrumental bajo anestesia en la U.T.C. ya que no fue posible en consultorio con la cánula de Novack por las dificultades técnicas y el patólogo reportaba material insuficiente para diagnóstico, las muestras se colocaron en fresco con formal y enviadas inmediatamente a el servicio de Patología de este hospital .

**EDAD.**- El rango de edad fué de 35 a 84 años, siendo la edad promedio de 49,7 años. se hicieron varios grupos de edad , siendo el grupo ma yoritario de 40 a 44 años con 14 pacientes (28%), siguiendo el de -- 50--54 años con 11 pac. ( 22%), siguiendo grupo de 45 a 49 años con un total de 10 pac. (20%). A estos grupos formados se le saco la me dia y es como se esquematizan en Gráfica y Tab I.

**GESTAS.**- El promedio de embarazos fue de 4.2 con una paridad de 3.5- por paciente, siendo el grupo mo de 3 a 5 gestas siendo por lo ta n el grupo mayoritario con 20 pacientes (40%). A todos los grupos se - le saco la MEDIA , siguiendo el grupo de 0 a 2 y media de 1 con 14 - pac. (28%); se esquematizan la totalidad del grupo .GRAFICA Y TAB II

**MENARCA.**- El rango de presentación de la menarca fue de 10 a 17 años con un promedio de 13.2 años. El 98% refirió ciclos normales un - te de iniciar con sangrados disfuncionales y solo el 2% amenorreas -- de 3 a 9 meses.

**ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES.**- El grupo estudiado presentó an - tecedentes de riesgo en un 38%.

**SANGRADOS UTERINOS DISFUNCIONALES.**- Todas las pacientes incluidas en el estudio 50 pac. 100% presentaban sangrados uterinos disfuncional- de los cuales 36 pac.(72%) eran premenopáusicas y el resto 14 pac. - que corresponde al 28% habían presentado sangrado postmenopáusicas. VER Gráfica IV.

El promedio de presentación de la menopausia fue de 49,5 años con

un rango de 44 a 54 años.

17

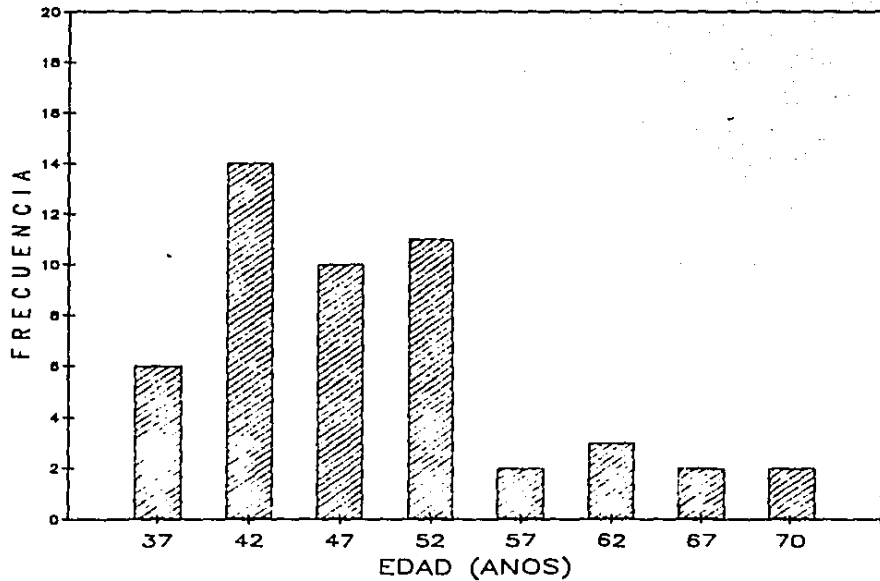
**CONTROL DE LA FERTILIDAD.**- En el grupo de estudio se utilizaron o controlaron la fertilidad en la siguiente forma:

METODO	No. Pacientes	PORCENTAJE
Ninguno .....	22 .....	44%
H. Orales .....	9 .....	18%
D.I.U .....	6 .....	12%
SALPINGOCLASIA.....	5 .....	10%
D.I.U./S.C.B.....	2 .....	4%
BARRERA .....	4 .....	8%
	<hr/>	<hr/>
	50	100%

**OBESIDAD.**- 14 pacientes del grupo estudiado tenía obesidad grado I que corresponde el 28%, grado II 5 pac. (10%), y solo una paciente - grado III el resto de pacientes dentro del peso normal para edad y - paridad. Otros factores de riesgo como Hipertension 13 pac. 26% , -- diabétes mellitus 6 pac. (12%) VER GRAFICA Y TAB V.

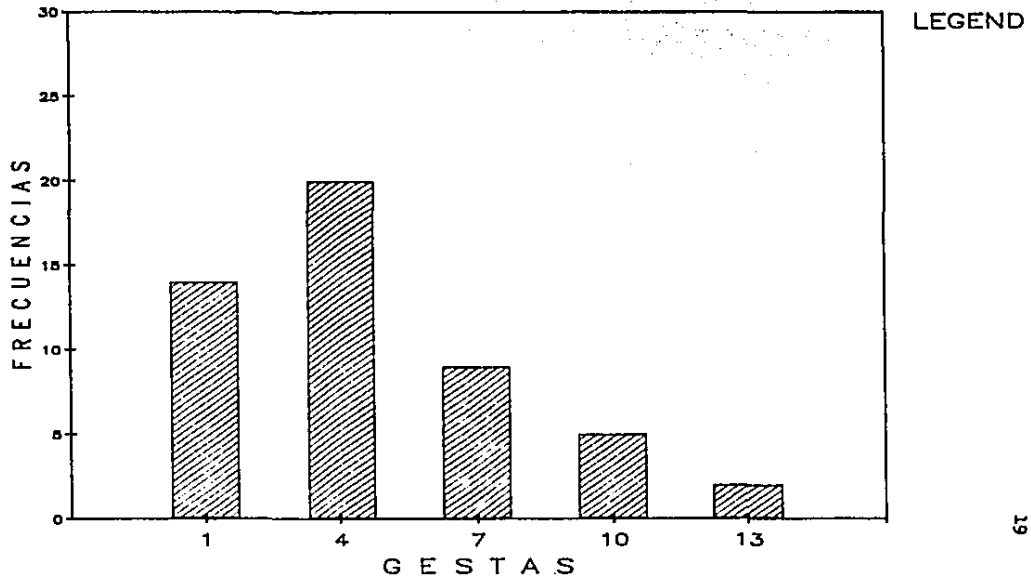
**DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO.**- El reporte de histopatología mayor -- correspondió a endometrios normales (proliferativo, secretor y atrófico en 29 pac. (58%) y el resto resultados anormales que correspondió a hiperplasias y carcinomas (42%) . VER GRAFICA III Y TAB III. En dónde se esquematizan por separado cada variable de los resultado de patología.

GRAFICA I  
HISTOGRAMA DE FRECUENCIA  
PARA LA EDAD



LEGEND

GRAFICA II  
HISTOGRAMA DE FRECUENCIA  
PARA GESTAS



## FRECUCNCIA POR GRUPO DE EDAD.

TAB No. I. Se esqumetiza en gráfrica No. I con la MEDIA del grupo de edad

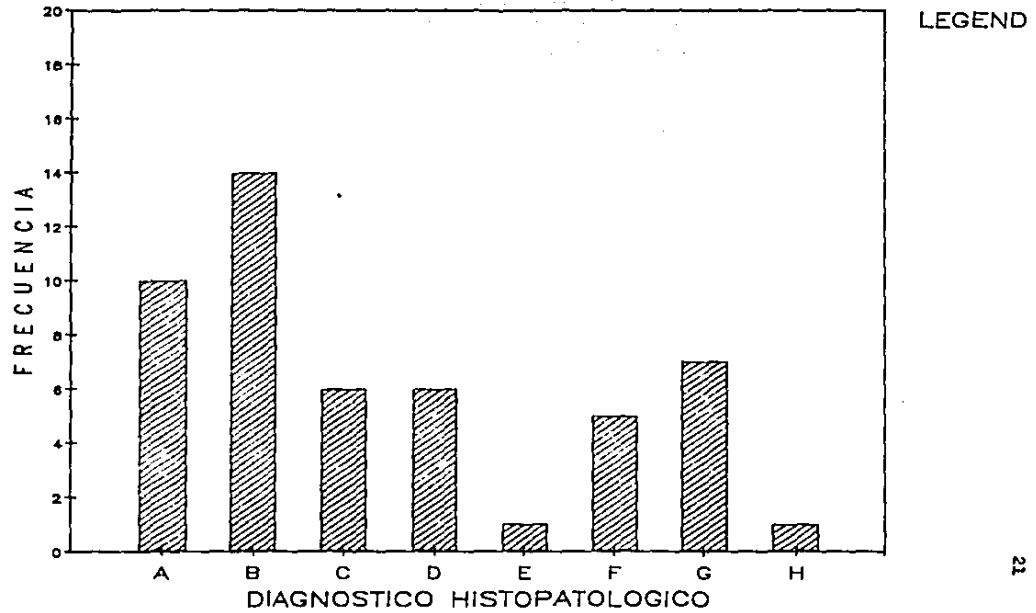
EDAD	FRECUCNCIA	PORCENTAJE
35 a 39 años	6	12%
40 a 44 "	14	28%
45 a 49 "	10	20%
50 a 54 "	11	22%
55 a 59 "	2	4%
60 a 64 "	3	6%
65 a 69 "	2	4%
70 y más "	2	4%
	<hr/> 50 pec.	<hr/> 100%

## FRECUCNCIA PARA GESTAS

TAB No. II se esqumetiza en Gráfica No. II con MEDIA para grupo de gestas.

GESTAS	FRECUCNCIA	PORCENTAJE
0 a 2	14	28%
3 a 5	20	40%
6 a 8	9	18%
9 a 11	5	10%
12 a 14	2	4%
	<hr/> 50 pec.	<hr/> 100%

### GRAFICA III DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO



## DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO DE BIOPSIAS DE ENDOMETRIO.

TAB No. III, Se esquematiza en Gráfica No. III

DX. HISTOPATOLOGICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
A = ENDOMETRIO SECRETOR	10	20%
B = ENDOMETRIO PROLIFERATIVO	14	28%
C = HIPERPLASIA LEVE	6	12%
D = HIPERPLASIA ADENOMATOSA	6	12%
E = POLIPO ENDOMETRIAL	1	2%
F = ENDOMETRIO ATROFICO	5	10%
G = ADENOCARCINOMA ENDOMETRIAL	7	14%
H = HIPERPLASIA QUISTICA	1	2%
	50 pac.	100%

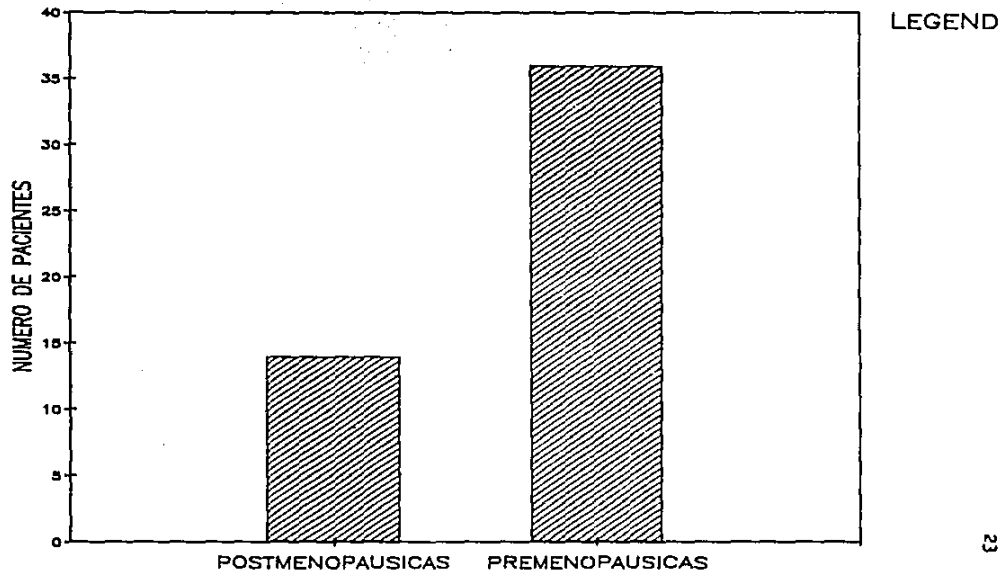
## FACTORES DE RIESGO PARA CANCER DE ENDOMETRIO.

TAB No. V

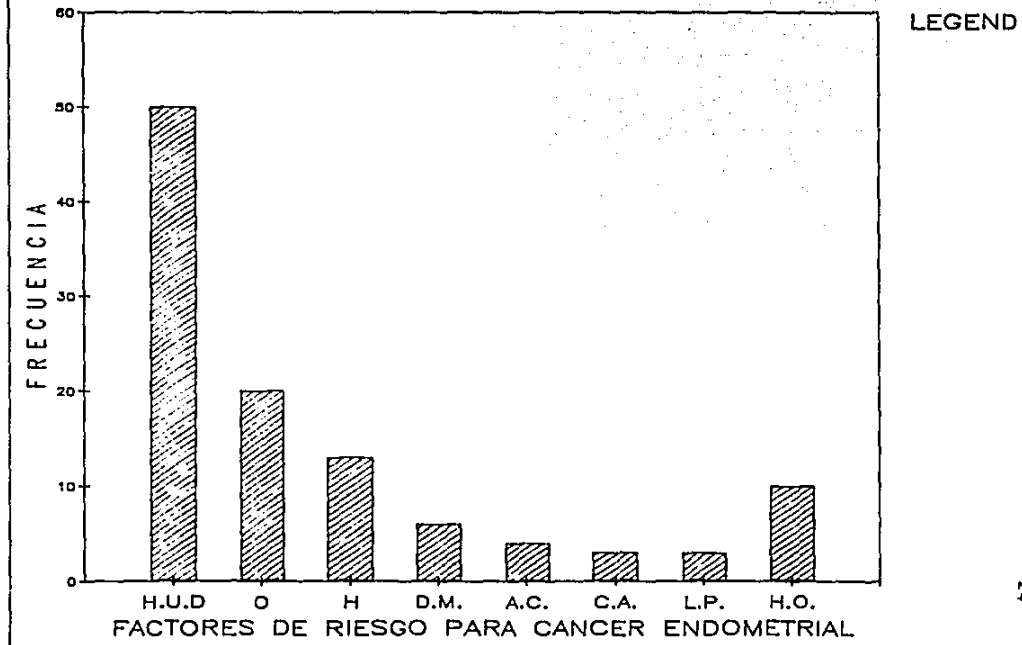
FACTORES DE RIESGO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
H.U.D. = HEMORRAGIA UTERINA D.	50	100%
O = OBESIDAD	20	40%
H = HIPERTENSION ARTERIAL SIST.	13	26%
D.M. DIABETES MELLITUS	6	12%
A.C. = ANTECEDENTES DE CANCER	4	8%
C.A. = CITOLOGIAS ANORMALES	3	6%
L.P. = LESION PRECANCEROSA	3	6%
H.O. = HORMONALES ORALES	10	20%



GRAFICA IV  
ESTADO HORMONAL



GRAFICA V



Durante el lapso de tiempo en que se realizó este estudio, hasta diciembre de 1987 se realizaron 6 histerectomías; con fines profilácticos y curativos, dependiendo del tipo de lesión del endometrio, y posteriormente se correlacionaron ambos diagnósticos, el obtenido mediante legrado biopsia y el de la pieza quirúrgica.

BIOPSIA	PIEZA QUIRURGICA
1.- Adenocarc. mod. diferenc.	Adenoc. mod. diferenciado
2.- Adenoc. focal + hiperplasia adenomatosa	Hiperplasia adenomatosa
3.- Hiperplasia adenomatosa mod. diferenciada focal	Endometrio secretor
4.- Adenocarcinoma bien difer.	Adenocarcinoma mod. diferenciado con invasión profunda al miom.
5.- Hiperplasia adenomatosa mod.	Hiperplasia adenomatosa mod.
6.- Adenocarc. mod. diferenciado	Adenocarcinoma mal diferenciado

Analizando la tab. anterior se observa que no coincidieron solamente dos correlaciones; primero el de Hiperplasia adenomatosa mod. diferenciada focal en biopsia y en la pieza quirúrgica se reportó endometrio secretor, esto probablemente se deba a que el legrado eliminó el foco de hiperplasia en su totalidad, . Lo mismo puede decirse del caso número 2 en que se legro totalmente la zona focal de adenocarcinoma quedando en pieza quirúrgica solo hiper., adenomatosa

PACIENTES CON DX. HISTOPATOLOGICO DE CANCER DE ENDOMETRIO Y  
FACTORES DE RIESGO QUE SE ASOCIARON.

Paciente No. 1

Edad 50 años  
edad menopausia 45 años  
GII PI  
Hormonales orales por 2 años  
Obesidad grado II  
Sangrado Postmenopáusico.

Paciente No. 2

Edad 54 años  
Menopausia 52 años  
Sangrado postmenopáusico  
Cáncer de colon.  
NIC II  
MULIPARA

Paciente No. 3

Edad 59 años  
Menopausia 52 años  
Sangrado postmenopáusico  
GIV PIV  
PAP Clase IV

Paciente No. 4

Edad 35 años  
Diabetes Mellitus  
Hipertensión arterial sistémica  
Obesidad II  
Ovarios Poliquísticos  
Múlipara  
Biopsia previa de Hiperplasia

**Paciente No. 5****Edad 46 años****Hipertensión arterial sistémica****Obesidad grado I****Nulipara****Sangrado perimenopáusico****Móvil****Paciente No. 6****Edad 49 años****GI PI****Hipertensión arterial****Cáncer Hepático en tía materna****Sangrados perimenopáusicos****PAP Clase IV****Paciente No. 7****Edad 80 años****Menopausia 51 años****ESTERIL ( G O )****Sangrado postmenopáusicos.**

## CONCLUSIONES:

La literatura mundial reporta que el carcinoma de endometrio es más frecuente en la 5ta y 6ta década de la vida, y con tendencia a presentarse cada vez en mujeres más jóvenes.

En este estudio realizado de 50 pacientes de alto riesgo, aun es un número reducido nos da una idea de la importancia de que la biopsia de endometrio es un método de gran ayuda para el diagnóstico de cáncer que deberían de llevarse acabo en todas aquellas - pacientes que tengan factores de riesgo en forma rutinaria.

En páginas anteriores se demuestra que el cáncer de endometrio es una neoplasia frecuente siendo del 14% en el grupo estudiado , y de hiperplasia adenomatosa en un 14% siendo porcentajes altos , como para considerarlos, una paciente con hiperplasia quística .

Dentro de los factores más importantes de riesgo como se hace notar en página anterior 4 pacientes tuvieron menopausia tardia - posterior a los 50 años , factor que la literatura lo señala y -- que en este trabajo se confirma , entre los factores que estuvieron presentes en la mayoría presentaron obesidad en diversos grados, en sangrado perimenopáusico y el menopáusico , es de hacerse notar que la MULIPARIDAD o bjas gestas estuvo presente en 6 de 7 pacientes, y el 35% estuvo presente Diabetes e hipertension , tam el 35% de las pacientes con adenocarcinoma de endometrio aunque - no es un método de gran ayuda, pero nos orienta en un porcentaje adecuado. Se encontro una paciente de 35 años de edad con carcinoma endometrial pero que tenia todos los factores de riesgo, motivo por el cual se incluyo. Este trabajo realizado nos sirve para reflexionar y reiterar que la biopsia de endometrio es un método Dx. adecuado y que debería realizarse de rutina para hacer detecciones oportunas de Cáncer Endometrial y lesiones precursoras .

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

## B I B L I O G R A F I A

- 1.- American cancer Society: Cancer facts and figures , 1981
- 2.- Cramer DW: Epidemiology of endometrial. Acta Cytol 24:478,1982
- 3.- Cancer incidence in five Continents, vol 111 Lyon 1 ACR publi-  
cacion No. 15
- 4.- Cann CE, Genant HK, Etlinger S, Gordon G.S. Spiral mineral --  
loss in Women oophorectomized: Determination by quantitative -  
computed tomography. JAMA 244:2056 1994
- 5.- Cancer Statistics 1980. CA, Cancer Journal for clinicians  
30:23. 1980
- 6.- Cramer JH, Osborne KJ: Endometrial neoplasia: Screening the high  
risk patient. Ann J. Obstet Gynecol 139:258 1986
- 7.- Dunn J. Jr. Geographic considerations of endometrial cancer :  
Gynecol Oncol 2: 114 1980
- 8.- Davidson B.J. Riggs, B.L. Gulaw CB, Toft DO: Concentration of -  
Cytosolic estrogen receptors in patients with postmenopausal --  
osteoporosis. Amj. Obstet & Gynecol, 136 430, 1986
- 9.- Davies JL, Rosenshein NB Antunes CMF, Stolley PD: A review of -  
the factor risk for endometrial carcinoma. Obstet Gynecol Surv -  
36, 107, 1981
- 10- Gusber SB Milano C: Detection of endometrial cancer, and its --  
precursors. Cancer 47: 1173 1981
- 11- Hulka BJ., Fowler W, Jr. Kaufman D et al: Estrogen an endometrial  
cancer: Cases and two control groups from North Carolina, Am J -  
Obstet: Gynecol 137: 92 1984
- 12- Hukka BS, Kaufman DG, Fowler WC, Grimson RC: Predominance of --  
early endometrial cancer. After long term estrogens use.  
JAMA 244:2419,1980

- 13.- Jelovser Fr, Hammonds CB, Woodard BH, et al: Risk of exogenous estrogen therapy an endometrial cancer. Am J. Obstet Gynecol - 137:85, 1986
- 14.- Joss Ig, Cramer D, et al: Recent advances in endometrial neoplasia. Acta Cytik ( Baltimore) 24;6; 478 1985.
- 15.- Mac Donald PC, Edman CD, Hensell DL, Forter J.C. : Effect of -- obesity on conversion of plasma androstenedione to estrone in -- Women Postmenopausal with out cancer. Am Obs. Gyn. 130;859, 1984
- 16.- Mac Donal PC, Silteri PK: Relationship Between extraglandular -- production of estrone and endometrial neoplasia. Gynecol Oncol 2: 259 1987
- 17.- Rubin BL, Gusber SB, Butterly J. Han TC, : A screening test for estrogen dependence of endometrial carcinoma. Am J. Obstet Gynec. 114: 660, 1985
- 18.- Shapiro J, Fawcman DN, Stone D. et al: Recent and past use of conjugates estrogens in relation to adenocarcinoma de endometrium. N. Engl. J. Med 303: 485; 1987.
- 19.- ViskneusKII AS, Bokham I: Estrogen treatment and cancer of endo - metrium. Gynecol Oncol. 2 211, 1986.