

11217



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA ¹⁶⁷
DE MEXICO ₂₉

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
HOSPITAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
I. M. S. S.

LAPAROTOMIA ETAPIFICADORA EN CANCER
DE ENDOMETRIO

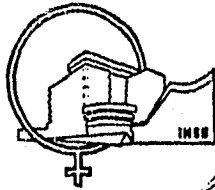
T E S I S

Para obtener el Título en la especialidad de:

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

Presenta:

DR. JOSE UBALDO VIZARRA GASTELUM



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

México, D. F.



asesor:
LUIS MENDEZ MORAN
EN LIANZA
NGO "LUIS CASTELAZO AYALA"
IMSS

1996

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



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.

INDICE

RESUMEN

INTRODUCCION

MATERIAL Y METODOS

RESULTADOS

DISCUSION Y CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

TABLAS Y GRAFICAS

Vizcarra G. U., Méndez M. L.: LAPAROTOMIA ETAPIFICADORA EN CANCER DE ENDOMETRIO, Hospital de Ginecología y Obstetricia "Luis Castelazo Ayala" Especialidad en Ginecología y Obstetricia.

Se revisaron 123 casos de pacientes de Cáncer de endometrio, a los cuales se les realizó Laparotomía etapificadora de acuerdo a los criterios de la F.I.G.O., del 01 de enero de 1986 al 31 de diciembre de 1993; encontrándose lo siguiente: Una edad promedio de 59.17 años, 23 casos de pacientes premenopausicas y 100 posmenopausicas. El factor de riesgo más importante fué la Obesidad en 24.4% o asociada a Hipertensión y Diabetes. La hemorragia post menopausica en 61% de los casos fué el sintoma principal e intermenstrual en 17.9% por menor incidencia en pacientes premenopausicas un tiempo de evolución de 107.4 meses y dentro de la metodología diagnostica fué realizado por biopsia en 55.7% y por LUI en 15.4%. Dentro de la etapificación preoperatoria se encontraron 93.5% en etapas I(a-c). De los 123 casos de adenocarcinoma preoperatorios, se detectaron una incidencia mayor de 78.9% y 15 casos de patología benigna, lo que refleja una confiabilidad del 87%. Se reportan en etapas I(a-c) un total de 76 casos (61.8%), etapas II (a-b) en 12 casos (9.8%), etapas III (a-c) también en 12 casos (9.8%) y etapa IV 7 casos (5.6%). La comparación entre etapificación quirúrgica y clínica mostró una x^2 de 60.01 con $p=0.000$

Mismos resultados fueron encontrados al correlacionar grado de diferenciación y hayasgos quirúrgicos.

La recurrencia tratamientos adyuvantes y la mortalidad no fué posible valorarlas en presente diseño, pudiendose incorporar otros criterios como antígenos tumorales, (CA125), citometría de flujo para ploidía de DNA y Oncogenes. Establecer una etapificación quirúrgica adecuada establece criterios de manejo adyuvante y mejor en un futuro las tasas de sobrevida de periodo libre de enfermedad.

INTRODUCCION

El carcinoma de endometrio es la neoplasia maligna invasora mas común del tracto genital femenino en los Estados Unidos y en México, es posterior al cervicouterino, pero también con una frecuencia importante. El uso de la etapificación quirúrgica ha sido anteriormente reconocida por tener un significado pronóstico por si misma o como ayuda en las decisiones de manejo de estos pacientes. El propósito de este estudio es mostrar nuestra experiencia de laparotomía etapificadora de acuerdo a la clasificación de la federación internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), establecer cambios en decisiones terapéuticas y pronósticos, así como de evolución clínica.

ANTECEDENTES BIBLIOGRAFICOS

La importancia de etapificación quirúrgica en pacientes con carcinoma de endometrio confinado al útero, ha sido mostrada previamente (1-5). En 1960, Gusberg y Col. (6), demostraron el efecto de criterios pronósticos desfavorables en la supervivencia. El impacto de la virulencia tumoral en los diferentes hallazgos patológicos para todos los estadios de carcinoma endometrial ha sido bien documentado (2,7, 9). De acuerdo a Lewis y Col. (10), el riesgo de siembra extrauterina no se limita a pacientes con involucreación miometrial profunda o cervical. El porcentaje de supervivencia en 5 años para el estadio I varia en diferentes estudios del 90 al 30% (11-12). Esta discrepancia debe estar relacionada a siembra extrauterina no detectada.

Pacientes con extensión tumoral que sobrepasa el cuerpo uterino puede negar una terapia efectiva. La etapificación quirúrgica provee la ventaja de reconocer la distribución y la extensión verdadera de la enfermedad. (13-14). El estudio del grupo de Oncología Ginecológica por Creasman y Col. (1), reportaron un 22% de incidencia (144 de 621

pacientes) de siembra extrauterina en estudio Y. Este estudio y reportes previos de Boronow Y Col., confirmaron la importancia de la siembra quirúrgico patológica en el estadio I (16-17). En estos estudios, el porcentaje de siembra extrauterina detectada relativa al número total de pacientes mostraba variaciones; probablemente relacionadas al tipo de linfadenectomía selectiva realizada por más de 50 cirujanos.

Chen (5) encontró siembra extrauterina en estadios I y II en 18.9 Y 40% respectivamente, con una incidencia total de 23.4%. VARDI y Col. (21) reportan un 19% para el estadio I y 42% en estadio clínico II. La mayor parte de los pacientes con carcinoma endometrial se encuentran en estadio I Y II; con lo cual se podría esperar que un número significativo tuviera enfermedad extrauterina no detectable (18). ALDERS y Col. (4), 379 pacientes con recurrencia, 274 (73 %) de los cuales fueron pacientes con estadio I Y II. VARDI (21) reporta el 14% de nódulos linfáticos positivos con evidencia de actividad metastásica.

No existe un acuerdo general en la literatura acerca de la técnica o extensión de la disección y muestreo de los nódulos linfáticos para al carcinoma de endometrio. Creasman y Col, (1) mostraron la importancia del muestreo adecuado de los nódulos linfáticos. Las técnicas de disección de los nódulos linfáticos a partir de la iliaca común, iliaca externa, Hipogástrica, obturador y paraaórticos L4 y L5, identifica a la mayor parte de pacientes con siembra extrauterina. Solo el 10% de los pacientes con metástasis presenta crecimiento notable de ganglios linfáticos; habiéndose mostrado que la disección puede detectar enfermedad microscópica en nódulos linfáticos aparentemente normales (1, 16).

Dos patrones de siembra extrauterina se han descrito, uno hacia el peritoneo superficial y el otro hacia los nódulos linfáticos del retroperitoneo. Ambos patrones se incluyen en la nueva clasificación de la FIGO como estadios III A Y III C respectivamente. De acuerdo con CHEN (5), la siembra linfática es más común en estadio clínico I, en el que 11 de 74 pacientes (14%) muestran compromiso contra 5 (7%) con siembra peritoneal.

Vardi (21) establece que 21 a 23 pacientes fueron reetapificados de estadio I a III posterior a laparotomía exploradora. En 12 de esos pacientes (60%) se encontró siembra a nódulos linfáticos retroperitoneales y en 8 (40%) al peritoneo superficial.

La nueva clasificación de la FIGO elimina a todos los pacientes con enfermedad extrauterina de los estadios I y II del carcinoma endometrial, por lo que podría esperarse un porcentaje de supervivencia mayor a 5 años (89 y 100% respectivamente) comparándolos con los estadios clínicos I y II (83 y 64% respectivamente). Parece ser que la nueva etapificación quirúrgica, resulta en una redistribución de las tasas de supervivencia acorde al estatus verdadero de la enfermedad. En general, el porcentaje de supervivencia para la población abierta permanece sin cambios. La tasa de supervivencia en pacientes con estadios clínicos I A, I B y I C, no demuestran diferencias significativas estadísticamente ($p = .067$). Estos sugiere los factores desfavorables no tienen impacto significativo en la supervivencia de pacientes con enfermedad confinada al útero.

En estadios avanzados la tasa de supervivencia es del 58% para el estadio III y del 24% para el estadio IV (19-20). Estos resultados enfatizan la importancia de la laparotomía exploratoria primaria en pacientes con enfermedad avanzada; las cuales tendrían el beneficio de tratamiento quimioterápico sistémico durante el diagnóstico. En conclusión la etapificación quirúrgica identifica la mayoría de los pacientes con enfermedad extrauterina, cambia significativamente decisiones terapéuticas y mejora las tasas de supervivencia.

Etapificación quirúrgica del Cáncer de Endometrio de acuerdo a la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (1988).

Etapa	Hallazgos quirúrgicos
IA	Tumor limitado al endometrio.
IB	Invasión a < del 50% del miometrio.
IC	Invasión a > del 50% del miometrio.
IIA	Invasión glandular superficial endocervical.
IIB	Invasión estromal endocervical.
IIIA	El tumor invade la serosa/ anexos y/o citología peritoneal positiva.
IIIB	Metástasis vaginales.
IIIC	Metástasis pélvicas y/o ganglios paraaórticos.
IVA	Invasión de la vejiga y/o mucosa intestinal.
IVB	Metástasis a distancia, incluyendo intraabdominal y/o ganglios linfáticos inguinales.

Procedimientos quirúrgicos a realizar dentro de la laparotomía etapificadora en Cáncer de endometrio.

- 1)- Lavado peritoneal para citología.
- 2)- Histerectomía total abdominal.
- 3)- Salpingooforectomía bilateral.
- 4)- Biopsias ganglionares de ganglios paraaórticos retroperitoneales.

MATERIAL Y METODOS

El estudio tomará en cuenta a todas las pacientes con estudio histológico de cáncer de endometrio, a los que se les realizó laparotomía etapificadora dentro de su protocolo de estudio y tratamiento, el período de estudio comprendió del 1 de enero de 1986 al 31 de diciembre de 1993, con consideraciones clínicas en diagnóstico, cuadro clínico, hallazgos quirúrgicos y evolución postoperatoria. El análisis estadístico fue bajo X² (chi cuadrada).

Se buscaron los siguientes objetivos:

Objetivo general: Establecer la importancia de la laparotomía etapificadora en cáncer de endometrio.

Objetivos específicos:

- 1) Determinar que las pacientes sometidas a laparotomía etapificadora tienen un valor pronóstico en cuanto a la evolución clínica de su padecimiento.
- 2) De los hallazgos que se desprenden de la cirugía y a una etapificación quirúrgica se complementa la etapificación clínica precedente.
- 3) Establecer criterios de manejo de acuerdo a etapificación quirúrgica.
- 4) Valorar las tasas de supervivencia de acuerdo a etapificación clínica y quirúrgica.

Hipótesis:

La laparotomía etapificadora es un instrumento eficaz en la evaluación quirúrgica de la extensión de la enfermedad en las pacientes con cáncer de endometrio y tiene una especificidad mayor al diagnóstico clínico.

Hipótesis nula:

No existen variaciones en la etapificación clínica y quirúrgica de las pacientes con cáncer de endometrio.

Tipo de estudio: Retrospectivo, observacional y comparativo.

Variables:

Independiente: Etapificación quirúrgica por laparotomía exploradora.

Dependientes:

- a) Penetración miometrial.
- b) Grado de diferenciación tumoral.
- c) Extensión cervical.
- d) Número de ganglios afectados.
- e) Cadenas ganglionares afectadas.
- f) Diseminación intrapélvica o intraabdominal.
- g) Tratamientos adyuvantes efectuados.

Criterios de inclusión:

Pacientes con diagnóstico histopatológico de cáncer de endometrio y con laparotomía etapificadora realizada de 1986 al 31 de diciembre de 1993, que cuenten con análisis quirúrgico de anatomía patológica, seguimiento y tratamiento posterior por el servicio de oncología ginecológica en el hospital de Ginecología número 4 "Luis Castelazo Ayala".

Criterios de exclusión:

Pacientes con procedimiento quirúrgico realizado en otras unidades o instituciones.
Se anexan hojas de recolección de datos.

No se requirió equipo espacial, las pacientes y sus estudios histopatológicos se realizaron como parte del protocolo de estudio y manejo. Lo mismo sucedió con auxiliares de diagnóstico y tratamiento instituidos; los cuales se analizaron como parte integral de cada caso individual, con la participación de los siguientes Servicios:

- Archivo Clínico.
- Anatomía Patológica.
- Oncología Ginecológica.
- Estadística.

El financiamiento no difirió del que se destina para la atención de pacientes con cáncer de endometrio; en la operación diaria, tanto hospitalaria como ambulatoria, en los aspectos de cirugía, hospitalización y/o tratamientos oncológicos especializados (quimioterapia, radioterapia, etc.). Los gastos de papelería fueron sufragados por el investigador principal.

SERVICIO DE GINECOLOGIA ONCOLOGICA
REGISTRO DE CASOS CANCER DE ENDOMETRIO

Nombre: _____ caso () ()
 paterno materno nombre

Domicilio _____

Telefono _____

1. Cédula: () () () -- () () () 2. Edad () ()
3. Menarca: () () años 4. Menopausia: () () años 5. Gesta: () () 6. Para: () ()
7. Cesarea: () () 8. Aborto: () () 9. Anticonceptivos: NO-01, orales-02, inyectables-
04, DIU-08, barrera-16, otros 32 _____

_____ () ()
10. Factores de riesgo: NO-01, Diabetes-02, Obesidad-04, Hipertensión-08, estrógenos
exógenos-16, Poliquistosis ovarica-32, otro -64 _____
_____ () ()

11. Sintomas: NO-01, Hemorragia Genital-02, Dolor-04, Tumor-08, Descarga vaginal-16, otro
32 _____
_____ () ()

12. Tiempo evolución: (1) () () días ó (2) () () meses

13. Histerometria _____ () () cms

14. Diagnóstico de malignidad preoperatoria: Biopsia-01, Legrado-02, Pieza quirúrgica-04, Sin
diagnóstico-08, otro-16 _____ () ()

15. Variedad

histologica _____
_____ preoperatoria

Etapas clínicas preoperatorias:

16. (1 a 4) _____ ()

17.(A o B)_____ ()

18.Grado de diferenciación...(1 a 3)_____ ()

19.Fecha de cirugía...()--()--()
mes día año

RESULTADO HISPATOLÓGICO POSTOPERATORIO: No efectuado-1, Negativo-2,
Positivo-3, Efectuado y desconocido-4.

20.Utero_____ ()

21.Histología_____ ()

22.Miometrio: 0%-5, -50%-6, +50%-7_____ ()

23.Cervix: endocervix-8, estroma cervical-9_____ ()

24.Ovarios_____ ()

25.Ganglios pélvicos derechos_____ ()

26.Ganglios pélvicos izquierdos_____ ()

27.Ganglios retroperitoneales_____ ()

28.Lavado peritoneal_____ ()

29.Epiplon_____ ()

30.Otro sitio_____ ()

31.Otro primario_____ ()

Numeros de patología:_____

Etapa quirúrgica:

32.(1 a 4)_____ ()

33.(A o B)_____ ()

34.Grado de diferenciación(1 a 3):_____ ()

35. Marcador tumoral CA125(pre-tratamiento) _____

U/ml

36. Tratamiento adyuvante: Ninguno-01, Radioterapia-02,
Quimioterapia-04, Hormonoterapia 08 _____

()

37. Se envió pero: Si recibió-1, No recibió-2 _____ ()

38. Fecha de última consulta: () () -- () () -- () ()

mes día año

39. Tiempo de seguimiento _____ () () meses

40. Recurrencia o Persistencia: NO-01, Pélvica-02, Abdominal-

04, Hepática-08, Ganglionar 16, _____ especificar cadena

Tórax-32, otro-64 _____ () () mencione sitio

41. Marcador Tumoral CA125(último

control) _____ U/ml

42. Estado actual: _____

()

VSAT-1 PSAT-3 MSAT-5

VSAT-2 PSAT-4 MSAT-6

NOTA: los datos desconocidos se marcan con cero (0).

RESULTADOS:

Se buscaron 261 casos probables, descartándose los de otras patologías, mal clasificadas dentro de los casos de cáncer de endometrio, y otros se encontraron sin criterios de inclusión; dejándose para el estudio actual sólo 123 expedientes que representaron el 100% de la muestra, siendo estadísticamente significativos y cuyos resultados se enlistan a continuación.

La mayor frecuencia de pacientes, se encontró en los grupos de edad entre los 56-65 años, con una media de 59.17, un rango de 22 a 83 años; desviación standard de 11.92. de los casos detectados, 12 (9.8%) fueron menores de 45 años y 111 (90.2%) mayores. Esto va de acuerdo a parámetros internacionales, como puede observarse en la Tabla I.

La edad promedio fue de 13.22 años, desviación standard de 2.33; lo cual indica que no existe variación con respecto a la población general. Esto va en contra del factor de riesgo mencionado de la menarca temprana como factor de riesgo en estos casos, (Tabla II).

La frecuencia en pacientes premenopáusicas fue como era de esperarse predominantemente a partir de los 45 años de edad en donde se encontró más de la mitad de los casos como se aprecia en la Tabla III.

En la Tabla IV, se muestra la frecuencia de casos de acuerdo a etapificación quirúrgica en pacientes premenopáusicas, los 23 casos encontrados en pacientes premenopáusicas, muestran al rango menor de 22 años, una media de 42.52 años; dentro de la distribución de frecuencias de acuerdo a etapificación quirúrgica; se encontraron 6 casos de patología benigna (26.0%), etapas Ia (13.0%), Ib (30.4%), Ic (13.0%), IIb (4.3%) y IIIc (13.0%); lo cual demuestra una incidencia mayor en etapas iniciales de la enfermedad. Una χ^2 de 67.36, con grados de libertad de 60 muestran una $p=0.000$ altamente significativa.

La frecuencia en pacientes menopáusicas fue la siguientes: El promedio de edad en pacientes postmenopáusicas fue de 63,1 cuál demuestra la mayor incidencia en este grupo de pacientes ver Tabla V.

En la Tabla VI se muestra el número de embarazos como factor de riesgo. Las pacientes nulíparas fueron 19 (15.4%), las cuales constituyen el mayor grupo de riesgo por estrogenismo persistente; pero el promedio total no difiere del de la población general con 4.46 gestaciones.

La utilización de anticonceptivos de acuerdo a frecuencia fue la siguiente: No se encontró como factor de riesgo significativo la utilización previa de métodos de planificación familiar; así como la utilización de terapia estrogenica substitutiva; hecho que deberá modificarse en los próximos años como una tendencia mundial (Tabla VIII).

En la frecuencia de presentación de factores de riesgo asociados se destacan por su frecuencia la asociación de cáncer de endometrio con patologías ya conocidas como obesidad en 24.4% y a la vez esta asociada a diabetes e hipertensión principalmente. Los estrógenos postmenopáusicos por sí solos solo en un 4.9% y en 7 casos mas asociados a las otras patologías mencionadas como puede observarse en la Tabla VIII.

La Tabla IX muestra la presentación de síntomas por frecuencia, en donde la hemorragia postmenopáusica en un 61% representó la mayor frecuencia de presentación como síntoma único o asociado a descarga vaginal en 13.0%. La frecuencia de hemorragia intermenstrual de 17.9% va de acuerdo a menor incidencia en pacientes premenopáusicas.

La frecuencias por tiempo de evolución (Meses) fue la siguiente: El promedio en meses de 107.4, muestra un retraso importante en la solicitud de servicios médicos por parte de las pacientes ver la Tabla x.

En la Tabla XI se pueden observar las frecuencias por Medición de Histerometrias. La mayor frecuencia entre 7 y 8 cm con 22.0 y 29.3% corresponde a la media de 7.31; medida normal comparada con la población general y discretamente mayor a lo esperado en pacientes postmenopáusicas.

La realización de biopsia como método diagnóstico del 57.7% es menor al promedio mundial; reportándose en 19 pacientes la realización del diagnóstico por ambos procedimientos para un 15.4%. En este estudio se engloban dentro de las pacientes de legrado uterino como se establece en la Tabla XII

En la Tabla XIII y en relación a la etapificación Clínica Preoperatoria por frecuencia. Se muestra una mayor frecuencia de etapificación IaG2 y la limitación del método clínico para detectar metástasis tempranas o estadios avanzados de la enfermedad por el mismo.

La Tabla XIV de los resultados histopatológicos del útero, nos permite observar que de un total del 100% de estudios preoperatorios con cáncer de endometrio, se encontraron 15 casos negativos para un 12.2% de patología benigna que se enlista a continuación en dicha tabla.

En relación a las frecuencias de Variedades Histopatológicas, en la Tabla XV se enlistan los 15 casos de patología benigna postoperatoria de un 100% de adenocarcinomas preoperatorias, destacándose 6 casos de hiperplasia endometrial (4.9%); probablemente secundarios a dificultad técnica en la interpretación de especímenes provenientes de biopsia y/o legrado uterino o estadios iniciales (in situ) no corroborados posteriormente en el estudio definitivo. Llama la atención la presentación de un caso de patología del cuerpo uterino en un caso (0.8%) por sarcoma uterino.

Se excluyen 18 casos no clasificados por benignidad u otra patología; reportándose una mayor frecuencia de bien diferenciados con 56.0%, moderadamente diferenciados en 36.2% y

6.5% de poco diferenciados. χ^2 de 14.14, p altamente significativa de 0.002. El alto grado de negatividad del 67% corresponde en la muestra a un porcentaje mayor de etapas iniciales Ia a c y sólo 16.3% etapas clínicas II en adelante.

Se reportaron una alta frecuencia de resultados negativos con 79.7% y sólo 6 casos por etapificación a este nivel con 4.9% que corresponde a etapa III en adelante. Se reportó una alta frecuencia de estudios no realizados con 36.6% probablemente secundario a que algunos estudios se realizaron previamente a la uniformación de criterios en el servicio. El porcentaje mayor de negatividad del 46.3% corresponde a etapas no clasificadas y sólo 3 casos (2.4%) en etapas avanzadas IVb. Se reportaron 39% de estudios no efectuado por el mismo motivo anterior, 43.9% de estudios negativos y sólo 2 casos (1.6%) en etapas Ivb. Se incluyeron 37.4% de estudios no efectuados también por no unificación de criterios inicial u omisión en el desarrollo de los actos quirúrgicos. Se reportaron 39.0% de estudios negativos y 9 casos que equivalen al 7.3% de casos en etapa IIIC. Hubo 17.1% de estudios no realizados, 39.8% de estudios negativos y 5 casos (4.1%) que por este criterio se incluyen en etapa IIIa; a los que deben sumarse los que involucran a nivel de ovarios para complementar el número de casos para esta etapa. En un 85.4% de estudios no necesarios o no efectuados, 18 realizados de lesiones sospechosas; resultando negativo en 11 casos para un 8.9% y en 7 casos positivos (5.7%) que corresponde a metástasis intraabdominales principalmente en etapas IVa y Ivb. Se muestran en etapas I (a-c) un total de 76 casos (61.8), etapas II (a-b) en 12 casos (9.8%), etapas III también en 12 casos (9.8%) y en etapa IV, 7 casos (5.6%). Se incluyen también los casos de benignidad. La diferencia entre la etapificación clínica preoperatoria y la quirúrgica postoperatoria es evidente; con la poca correspondencia entre ambas. Las limitaciones del estudio clínico inicial, aunque necesario deben corresponder siempre a una etapificación quirúrgica complementaria en todos sus pasos, dando la etapificación correspondiente. Esto es altamente significativo con χ^2 de 60.01 y $p=0.000$.

Encontramos una frecuencia mayor de casos bien diferenciados en 49.6%, siguiendo en frecuencia moderadamente diferenciados en 28.5% y poco diferenciados en 6.5%. La correspondencia estadística es de χ^2 de 127.02 con $p=0.000$ altamente significativa.

El tiempo de seguimiento en promedio fue de 29.4 meses, correspondiendo al número de pacientes operadas en los últimos años, incluyéndose además los perdidos en seguimiento posterior al acto quirúrgico.

Es importante y altamente significativo la presencia de seguimiento en pacientes con etapa I (a/c) en 45 pacientes (36.6%) las cuales se encuentran vivas sin actividad tumoral, reportándose en ellas también una falla en el seguimiento en 25 (20.3%), probablemente secundario a mejoría clínica y abandono en sus citas. Otro dato trascendental es el número tan importante en el seguimiento en pacientes en etapas avanzadas III y IV, permaneciendo vivas sin actividad tumoral 3 casos (2.4%), pérdidas sin actividad tumoral en 6 casos (4.9%) y 9 casos (7.3%) pérdidas con actividad tumoral; este último dato sugiere indirectamente la probable mortalidad del estudio, pero cuya conclusión rebasa el diseño del mismo. Estadísticamente se corrobora por χ^2 de 173.51 y $p=0.000$.

La dificultad del seguimiento en el 50% de los casos se debió al diseño experimental, debiéndose tomar medidas para un seguimiento posterior y a largo plazo, incluyendo mortalidad; ya sea por búsqueda de pacientes por trabajo social y/o mecanismos de localización telefónica para que los resultados sean más confiables. De todas maneras se obtuvo una χ^2 de 142.80 y una $p=0.000$ altamente significativa.

CONCLUSIONES:

Se han hecho numerosos comentarios y análisis al pié de gráficas y tablas de resultados. De acuerdo al diseño experimental, deberán hacerse las siguientes consideraciones.

- 1)- El cáncer endometrio es una patología que deberá considerarse principalmente en pacientes postmenopáusicas con una mayor incidencia entre los 56-65 años; su aparición en premenopáusicas deberá acompañarse de sangrado genital anormal; por lo que la metodología diagnóstica de biopsia y/o legrado uterino con resultado histopatológico deberán realizarse ante la mínima sospecha. La asociación con otros factores de riesgo como la obesidad, Hipertensión y Diabetes es evidente.
- 2)- De los resultados histopatológicos se obtuvo una confiabilidad del 87.8% con respecto al estudio preoperatorio.
- 3)- Una frecuencia de presentación principal del adenocarcinoma en 78.9% de los casos y dentro de las patologías malignas en un 90.7%.
- 4)- La utilidad de la etapificación clínica es limitada y deberá acompañarse siempre del estudio completo de laparotomía en sus pasos con estudio histopatológico para criterios de manejo preestablecidos.
- 5)- La relación entre el grado de diferenciación y la aparición de lesiones de etapas avanzadas es estadísticamente significativo en el estudio; pero las limitaciones en el seguimiento nos hacen ser cautos en las conclusiones.

6)- Deberá realizarse un nuevo estudio o continuar el presente, incluyendo criterios de seguimiento para establecer nuestros criterios pronósticos para cada una de las etapas como se reporta en la literatura (Abeler y Col, 1992) o los criterios de Kaplan-Meier para el cáncer cervicouterino.

7)- La recurrencia y la mortalidad no fue posible valorarlas en el presente estudio, pero deberán tomarse en cuenta para los siguientes.

8)- Otros criterios que pueden ser incluidos son la presencia de antígenos tumorales; principalmente CA 125, y otros como citometría de flujo para ploidía de DNA y Oncogenes.

9)- Lo más importante de recalcar en nuestro estudio es la utilidad técnica de los criterios de la FIGO; establecer una etapificación quirúrgica adecuada establece criterios de manejo adyuvante y mejora en un futuro las tasas de sobrevida y de periodo libre de enfermedad.

ESTA COPIA NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

BIBLIOGRAFIA:

1. Creasman WT, Morrow CP, et al: Surgical pathologic spread patterns of endometrial
2. Lotocki RJ, Copeland IJ, et al: Stage I endometrial adenocarcinoma: Treatment results in 835 patients. *Am J Obstet Gynecol* 1983;146:141-6.
3. Hendrickson M, Ross J, et al: Adenocarcinoma of the endometrium: Analysis of 256 cases with carcinoma limited to the uterine corpus. Pathology review and analysis of prognostic variables. *Gynecol Oncol* 1982;13:373, 1992.
4. Analders JG, Abeler V, Kolstad P: Recurrent adenocarcinoma of the endometrium: A clinical and histopatological study of 379 patients. *Gynecol Oncol* 1984;17:85-103.
5. Chen SS: Extrauterine spread in endometrial carcinoma clinically confined to the uterus. *Gynecol Oncol* 1985;21:23-31.
6. Gusberg SB, Jones HC, Tovell HMM Selection of treatment for corpus cancer. *Am J obstet Gynecol* 1960;80:374-9.
7. Gusberg SB. The problem of staging endometrial cancer. *Obstet Gynecol* 1966;28:305-7.
8. Christopherson WM, Connelly PJ, Alberhsaky RC. Carcinoma of the endometrium: An analysis of prognosticator in patients with favorable subtype and stage I disease. *Cancer* 1983;51:1705-9.
9. Burke TW, Heller PB, Woodward JE, y Col. Treatment failure in endometrial carcinoma. *Obstet Gynecol* 1990;75:96-101.

10. Lewis GC Jr, Mortel R, Slack NH. Endometrial cancer therapeutic decision and the staging process in early disease. *Cancer* 1977;39:959-66.
11. Jones HW. Treatment of adenocarcinoma of the endometrium. *Obstet Gynecol Surv* 1975;30:147-69.
12. Malkasian GD, Annegers JF, Fountain KS. Carcinoma of the endometrium: Stage I. *Am J Obstet Gynecol* 1980;136:872-88.
13. Averette HE, Donato DM: Surgical Staging of gynecologic malignancies. *Cancer* 1987;60:2010-20.
14. Shimm DS, Wang CC: Management of high grade stage I adenocarcinoma of the endometrium: Hysterectomy following low dose external beam pelvic irradiation. *Gynecol Oncol* 1986;23:183-91.
15. Cutler SJ, Ederer F: Maximum utilization of the life table method in analyzing survival. *J Chronic dis* 1958;8:699-712.
16. Boronow RC, Morrow CP, Creasman WT, et al. Surgical staging in endometrial cancer: Clinical pathologic findings of a five study. *Obstet Gynecol* 1984;63:825-32.
17. Disaia PJ, Creasman WT, y Col. Risk factors and recurrent patters in stage I endometrial cancer. *Am J obstet Gynecol* 1985;51:1009-15.
18. Bedwinek J, Galakatos A, y Col. Stage I, grade III adenocarcinoma of the endometrium treated with surgery and irradiation. *Cancer* 1984;54:40-7.
19. Aalders JG, Abeler V, Kolstad P. Clinical (stageIII) as compared to subclinical intrapelvic

extrauterine tumor spread in endometrial carcinoma.: A clinical and histopathological study of 175 patients. *Gynecol Oncol* 1984;7:64-74.

20. Aalders JG, Abeler V, Kolstand P. Stage IV endometrial carcinoma A clinical and histopathological study of 83 patients. *Gynecol Oncol* 1984;17:75-84.

21. Vardi JR, Tadros GH, y Col. The value of exploratory laparotomy in patients with endometrial carcinoma according to the new international federation of Gynecology and Obstetrics staging. *Obstet Gynecol* 1992;80:204-8.

22. Abeler VM, Kjørstand KE, Berle E. Carcinoma of the endometrium in Norway: a histopathological and prognostic survey of a total population. *Int J Gynecol Cancer* 1992;2:9-22.

23. Burghardt E, (edit), Webb MJ y Col. *Surgical Gynecologic Oncology* Capitulo 7; Endometrial Cancer. Editado en Stuttgart Alemania 1993:334-396.

Tabla I. Frecuencia de acuerdo a la edad

Grupos de edad	Frecuencia	Porcentaje	Acumulado
21-25	1	0.8	0.8 %
26-30	2	1.6	2.4%
31-35	0		
36-40	6	4.8	7.35
41-45	3	2.4	9.7%
46-50	17	13.8	23.5%
51-55	17	13.8	23.5%
56-60	19	15.4	52.8%
61-65	19	15.4	68.2%
66-70	17	13.8	82.1%
71-75	13	10.5	92.6%
76-80	5	4.0	96.7%
81-85	4	3.2	100%
Total	123	100	

Sumatoria 7278.00

Media 59.17

D.E. 11.92

Tabla II. Frecuencia en edad de aparición de la menarca

Menarca (años)	Frecuencia	Porcentaje	Acumulado
No consignados	2	1.6	1.6 %
10	1	0.8	2.4 %
11	10	8.1	10.6 %
12	23	18.7	29.3 %
13	37	30.1	59.3 %
14	18	14.6	74 %
15	23	18.7	92.7 %
16	4	3.3	95.9 %
17	4	3.3	99.2 %
20	1	0.8	100 %
Total	123	100	

Sumatoria 1626.00

Media 13.22

D.E. 2.33

Tabla III. Frecuencia en pacientes premenopáusicas

Edad	Frecuencia	Porcentaje	Acumulado
22	1	4.3	4.3 %
29	1	4.3	8.7 %
30	1	4.3	13.0 %
38	1	4.3	17.4 %
39	1	4.3	21.7 %
40	4	17.4	39.1 %
41	1	4.3	43.5 %
45	2	8.7	52.2 %
46	4	17.4	69.6 %
47	1	4.3	73.9 %
48	2	8.7	82.6 %
49	2	8.7	91.3 %
52	2	8.7	100 %
Total	23	100	

Sumatoria 978.00

Media 42.52

D.E. 7.46

Tabla IV. Frecuencia de casos de acuerdo a etapificación quirúrgica en pacientes premenopáusicas

Edad	ETAPA QUIRURGICA						Total
	0	Ia	Ib	Ic	IIb	IIIc	
22	0	0	1	0	0	0	1
29	0	0	1	0	0	0	1
30	0	0	0	1	0	0	1
38	0	0	1	0	0	0	1
39	1	0	0	0	0	0	1
40	1	0	1	2	0	0	4
41	0	1	0	0	0	0	1
45	2	0	0	0	0	0	2
46	1	0	2	0	1	0	4
47	0	1	0	0	0	0	1
48	0	0	1	0	0	1	2
49	1	1	0	0	0	0	2
52	0	0	0	0	0	2	2
Total	6	3	7	3	1	3	23

Tabla V. Frecuencia en pacientes menopáusicas

Edad	Frecuencia	Porcentaje	Acumulado
46	1	1.0	1.0 %
47	2	2.0	3.0 %
48	1	1.0	4.0 %
50	4	4.0	8.0 %
51	1	1.0	9.0 %
52	5	5.0	14.0 %
53	2	2.0	16.0 %
54	2	2.0	18.0 %
55	5	5.0	23.0 %
56	5	5.0	28.0 %
57	6	6.0	34.0 %
58	3	3.0	37.0 %
59	4	4.0	41.0 %
60	1	1.0	42.0 %
61	5	5.0	47.0 %
62	4	4.0	51.0 %
63	4	4.0	55.0 %
64	5	5.0	60.0 %
65	1	1.0	61.0 %
66	3	3.0	64.0 %
67	3	3.0	67.0 %
68	5	5.0	72.0 %
69	1	1.0	73.0 %
70	5	5.0	78.0 %
71	2	2.0	80.0 %
72	3	3.0	83.0 %
73	2	2.0	85.0 %
74	1	1.0	86.0 %
75	5	5.0	91.0 %
77	1	1.0	92.0 %
78	2	2.0	94.0 %
79	2	2.0	96.0 %
81	1	1.0	97.0 %
82	2	2.0	99.0 %
83	1	1.0	100 %
Total	100	100.0	

Sumatoria 6300.00

Media 63.00

D.E. 9.14

Tabla VI. Número de embarazos como factor de riesgo

Gesta	Frecuencia	Porcentaje	Acumulado
0	19	15.4	15.4 %
1	13	10.6	26.0 %
2	14	11.4	37.4 %
3	16	13.0	50.4 %
4	9	7.3	57.7 %
5	13	10.6	68.3 %
6	6	4.9	73.2 %
7	8	6.5	79.7 %
8	6	4.9	84.6 %
9	7	5.7	90.2 %
10	3	2.4	92.7 %
11	3	2.4	95.1 %
12	1	0.8	95.9 %
14	1	0.8	96.7 %
16	2	1.6	98.4 %
17	1	0.8	99.2 %
18	1	0.8	100 %
Total	123	100.0	

Sumatoria 549.00

Media 4.46

D.E. 3.97

Tabla VII. Utilización de anticonceptivos de acuerdo a frecuencia

Anticonceptivos	Frecuencia	Porcentaje	Acumulado
No	110	89.4	89.4 %
Orales	9	7.3	96.7 %
Inyectables	2	1.6	98.4 %
DIU	1	0.8	99.2 %
Barrera	1	0.8	100 %
Total	123	100.0	

Sumatoria 25.00

Media 0.20

D.E. 0.87

Tabla VIII. Frecuencia de presentación de factores de riesgo asociados

Factores de riesgo	Frecuencia	Porcentaje	Acumulado
Ninguno	24	19.5	19.5 %
Diabetes	2	1.6	21.1 %
Obesidad	30	24.4	45.5 %
Diabetes y Obesidad	8	6.5	52.0 %
Hipertensión	11	8.9	61.0 %
Hipertensión y Diabetes	1	0.8	61.8 %
Hipertensión y Obesidad	19	15.4	77.2 %
Diabetes, Obesidad, Hipertensión	13	10.6	87.8 %
Estrógenos Postmenopáusicos	6	4.9	92.7 %
Obesidad y Estrógenos Postmenop.	1	0.8	93.5 %
Diabetes, Obesidad y Estrógenos P:	1	0.8	94.3 %
Hipertensión y Estrógenos	1	0.8	95.1 %
Diabetes, Obesidad y Estrógenos P.	1	0.8	95.9 %
Obesidad, Hipertensión y Estrógenos	3	2.4	98.4 %
Desconocidos	1	0.8	99.2 %
Total	123	100	

Sumatoria 530
 Media 4.31
 D.E. 4.65

Tabla IX. Presentación de síntomas por frecuencia

Síntomas	Frecuencia	Porcentaje	Acumulado
Ninguno	2	1.6	1.6 %
Hemorragia postmenopáusica	75	61.0	62.6 %
Hemorragia intermenstrual	22	17.9	80.5 %
Dolor y hemorragia postmenopáusica	4	3.3	83.7 %
Dolor y hemorragia intermenstrual	2	1.6	85.4 %
Descarga vaginal	1	0.8	86.2 %
Descarga vaginal y hemorragia post.	16	13.0	99.2 %
Dolor, gescarga vaginal y hem. inter.	1	0.8	100 %
Total	123	100	

Sumatoria 461.00

Media 3.75

D.E. 5.71

Tabla X. Frecuencia por tiempo de evolución (meses).

Tiempo de evolución	Frecuencia	Porcentaje	Acumulado
0	3	2.4	2.4 %
12	1	0.8	3.3 %
15	1	0.8	4.1 %
60	1	0.8	4.9 %
101	6	4.9	9.8 %
102	6	4.9	14.6 %
103	9	7.3	22.0 %
104	10	8.1	30.1 %
105	7	5.7	35.8 %
106	7	5.7	41.5 %
107	7	5.7	47.2 %
108	5	4.1	51.2 %
109	5	4.1	55.3 %
110	7	5.7	61.0 %
111	2	1.6	62.6 %
112	21	17.1	79.7 %
118	2	1.6	81.3 %
120	1	0.8	82.1 %
124	11	8.9	91.1 %
125	1	0.8	91.9 %
130	1	0.8	92.7 %
136	5	4.1	96.7 %
148	2	1.6	98.4 %
160	1	0.8	99.2 %
172	1	0.8	100 %
Total	123	100	

Sumatoria 13210.00

Media 107.40

D.E. 24.69

Tabla XI. Frecuencias por medición de histerometrias

Histerometría	Frecuencia	Porcentaje	Acumulado
No consignado	8	6.5	6.5 %
4	3	2.4	8.9 %
5	4	3.3	12.2 %
6	12	9.8	22.0 %
7	27	22.0	43.9 %
8	36	29.3	73.2 %
9	20	16.3	89.4 %
10	7	5.7	95.1 %
11	5	4.1	99.2 %
13	1	0.8	100.0 %
Total	123	100	

Sumatoria 899.00

Media 7.31

D.E. 2.45

Tabla XII. Frecuencias por metodología diagnóstica

Diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje	Acumulado
Biopsia	71	57.7	57.7 %
Legrado	52	42.3	100 %
Total	123	100	

Sumatoria 52.00
 Media 0.42
 D.E. 0.50

Tabla XIII. Etapificación preoperatoria por frecuencia

ETPAPREOP	Frecuencia	Porcentaje	Acumulado
1aG1	2	1.6	1.6 %
1aG2	46	37.4	39.0 %
1aG3	29	23.6	62.6 %
1bG1	10	8.1	70.7 %
1bG2	13	10.6	81.3 %
1bG3	15	12.2	93.5 %
II	3	2.4	95.9 %
Desconocido	5	4.2	100 %
Total	123	100	

Sumatoria 314.00

Media 2.55

D.E. 1.78

Tabla XIV. Resultados histopatológicos Utero

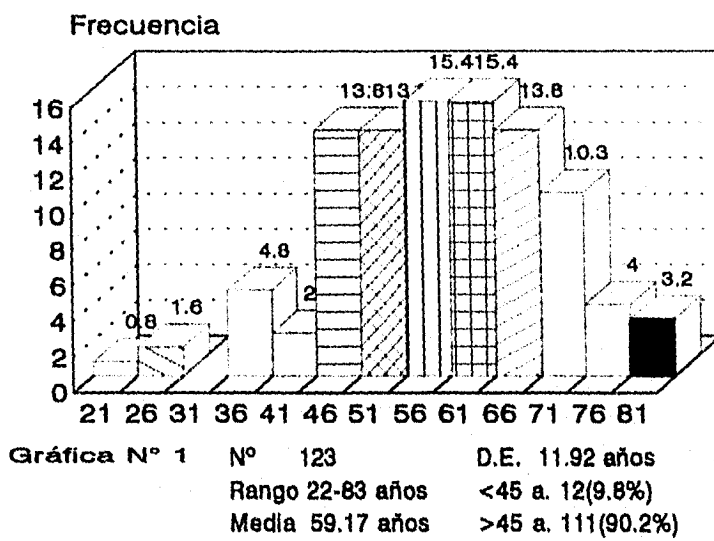
Utero	Frecuencia	Porcentaje	Acumulado
Negativo	15	12.2	12.2 %
Positivo	108	87.8	100 %
Total	123	100	

Sumatoria 349.00
 Media 2.84
 D.E. 0.41

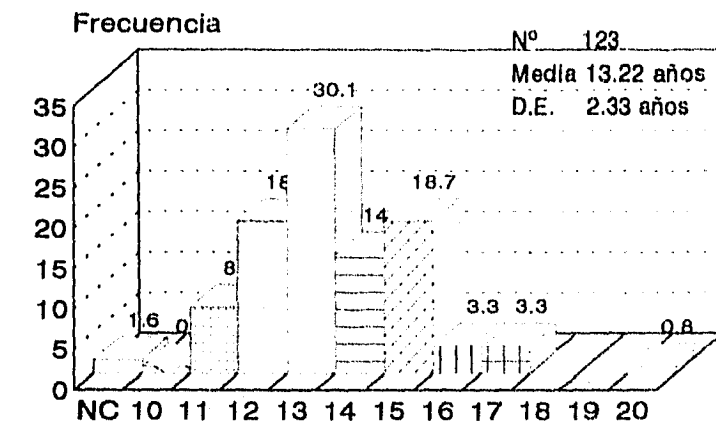
Tabla XV. Frecuencias de variedades histológicas

Variedad histológica	Frecuencia	Porcentaje	Acumulado
Adenoacantoma	1	0.8	0.8 %
Adenocarcinoma	97	78.9	79.7 %
Adenocarcinoma clara	2	1.6	81.3 %
Adenocarcinoma papilar	3	2.4	83.7 %
Adenocarcinoma	1	0.8	84.6 %
Adenoescamoso	3	2.4	87.0 %
Atrofia endometrial	2	1.6	88.6 %
Endometrio atrófico	1	0.8	89.4 %
Endometrio inactivo	2	1.6	91.1 %
Endometrio proliferativo	2	1.6	92.7 %
Endometritis	1	0.8	93.5 %
Hiperplasia sin atipia	6	4.9	98.4 %
Leiomiomas	1	0.8	99.2 %
Sarcoma uterino	1	0.8	100 %
Total	123	100	

FRECUENCIA DE ACUERDO A GRUPO DE EDAD

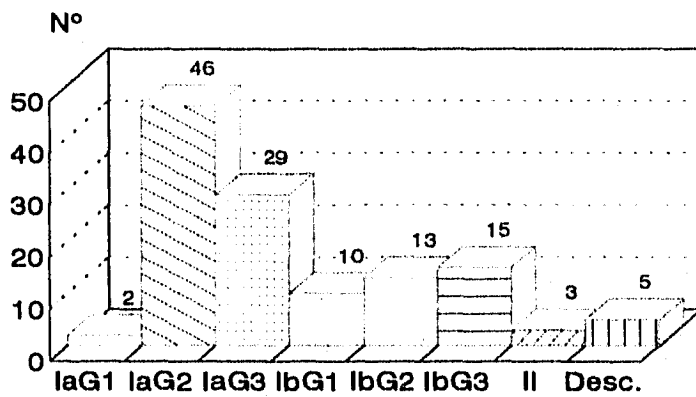


MENARCA POR AÑOS DE APARICION



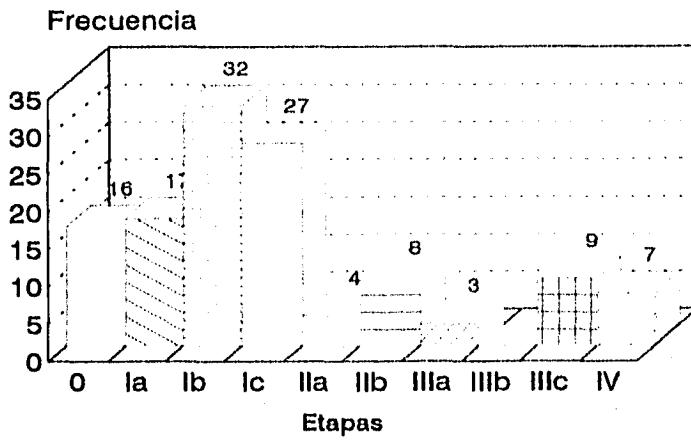
Gráfica N° 2

ETAPIFICACION CLINICA PREOPERATORIO POR FRECUENCIA



Gráfica N° 3

FRECUENCIA DE ACUERDO A ETAPIFICACION QUIRURGICA



Gráfica N° 4