

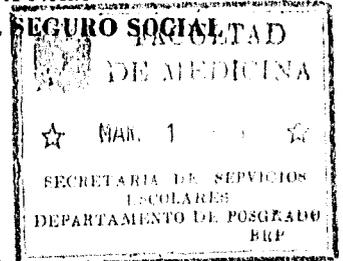
11217 85  
29



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**HOSPITAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA  
"LUIS CASTELAZO AYALA"**

**INSTITUTO MEXICANO DEL**



**UTILIDAD DE LA ETAPIFICACION QUIRURGICA EN EL CARCINOMA  
DE ENDOMETRIO.  
EXPERIENCIA EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA ONCOLOGICA**

**TESIS DE POSTGRADO  
QUE PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD EN  
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA  
P R E S E N T A :  
DRA. MARITZA MARTINEZ ALVERNIA**

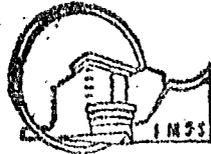
*TUTOR DE TESIS: DR. JOEL BAÑUELOS FLORES*



**IMSS**

MEXICO, D. F.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



H. ER. ANZA

**"LUIS CASTELAZO AYALA"  
IMSS**

1996

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



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.

HOSPITAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA # 4

" Luis Castelazo Ayala "

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

TITULO DEL TRABAJO :

Utilidad de la Etapificación Quirúrgica en el Carcinoma de Endometrio .Experiencia en el Servicio de Ginecología Oncológica.

NOMBRE DEL INVESTIGADOR PRINCIPAL :

Dra. Maritza Martínez Alvernia

NOMBRE DEL ASESOR :

Dr. Joel Bañuelos Flores



MEXICO, D.F. 1996

UTILIDAD DE LA ETAPIFICACION QUIRURGICA EN EL CARCINOMA DE  
ENDOMETRIO. EXPERIENCIA EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA ONCO  
LOGICA.

MARTINEZ M.; BAÑUELOS J.

HOSPITAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA " LUIS CASTELAZO AYALA"

R E S U M E N

Con el fin de analizar y correlacionar la etapificación clínica con la etapificación quirúrgica propuesta por la Federación Internacional de Ginecólogos y obstetras para el carcinoma de endometrio se analizaron los expedientes clínicos de 81 pacientes con diagnóstico histológicamente confirmado de cáncer endometrial. El rango de edad incluido en estas pacientes fué de 20 a 82 años de edad con una edad promedio de 55 años. Todas las pacientes fueron etapificadas quirúrgicamente. Al 100% se les realizó histerectomía total abdominal, al 96% se les realizó salpingooforectomía bilateral, al 67% se tomó biopsia de ganglios pelvicos y paraaórticos, al 40% se le tomó lavado peritoneal y al 11% se le tomó biopsia de epiplón. 78 / 81 pacientes fueron etapificadas como estadio I y solo 3 pacientes fueron clasificadas como etapa II. Se excluyeron las pacientes con etapa clínica III y IV. Después de etapificar las quirúrgicamente al 81% se les clasificó como etapa quirúrgica I; 22, 29 y 15 pacientes en etapa Ia, Ib y Ic, respectivamente. 7 / 81 pacientes en etapa II, 5 y 2 en etapa IIa y IIb respectivamente, en etapa II se incluyeron a 5 pacientes y en etapa IVb se agrupó a 3 pacientes. Al comparar la etapa clínica con la etapa quirúrgica se destaca que sólo el 45% de las pacientes fueron etapificadas adecuadamente. En el 43% la etapificación clínica había subetapificado a estas pacientes y en el 11% las había sobreetapificado. Incluso comparando el grado de diferenciación tumoral obtenido en forma preoperatoria comparandolo con el reporte patológico definitivo se demostró que el 19% de los reportes preoperatorios no coincidieron con el resultado definitivo. El seguimiento mínimo fué de 24 meses con un rango de 24 a 101 meses y un promedio de seguimiento de 45 meses. Solo 5% de las pacientes se perdieron en su seguimiento. Solo 4 pacientes presentaron recurrencia, es decir, que el 95% de las pacientes se encuentran vivas sin evidencia de actividad tumoral. No se reportan muertes por la enfermedad. Debido al número tan bajo de recurrencias es difícil poder determinar los factores pronósticos adversos relacionados a la recurrencia. Se concluye que la etapificación quirúrgica para el cáncer de endometrio esta indicada para conocer la extensión de la enfermedad al momento del diagnóstico y repercuta en lograr una mayor sobrevida y menor número de recurrencias.

I N D I C E

	Página
Introducción .....	1
Material y métodos .....	6
Resultados .....	8
Conclusiones .....	25
Bibliografía .....	33

## I N T R O D U C C I O N

Desde 1972 el carcinoma de endometrio es la enfermedad maligna más comunmente observada en la pelvis femenina - en los Estados Unidos de América. La sociedad americana del cáncer ha observado que el número de pacientes con cáncer endometrial aumentó una vez y media y estimó que en 1990 se detectaron cerca de 33 000 nuevos casos. (1)

Actualmente se estima que el adenocarcinoma de endometrio es el cuarto cáncer más común en la mujer, después del cáncer de mama, colon y pulmón. Las 4 000 muertes reportadas por carcinoma de endometrio cada año lo colocan como la séptima causa de muerte por enfermedad maligna en la mujer. (2)

La enfermedad generalmente se presenta en la mujer posmenopáusica, aunque el 25% de los casos ocurren en mujeres premenopáusicas y hasta un 5% ocurre en mujeres de menos de 40 años. (2)

En el 75% de todos los casos, el tumor se encuentra confinado al cuerpo uterino al momento del diagnóstico y como consecuencia el porcentaje de sobrevivida a más de 5 años es del 75%. (3)

El carcinoma endometrial ha sido etapificado por un largo número de sistemas de clasificación. Las clasificacio-

nes han sido basadas en hallazgos clínicos, hallazgos patológicos macroscópicos y diversas características histopatológicas de la enfermedad. La primera clasificación clínica fué propuesta por Heyman en 1925 y consideraba a las pacientes- como clínicamente operables, técnicamente operables e inoperables. Finn en 1951 extiende esta clasificación incluyendo hallazgos patológicos, histológicos y macroscópicos. (3)

En 1950 la Federación Internacional de Ginecología y obstetricia (FIGO) propone una clasificación simplificada - basada en la extensión de la enfermedad (limitada al útero ó diseminada fuera del órgano) y a la operabilidad. La clasificación propuesta por Blaikley en 1958 y su adaptación por la FIGO dirige la evaluación de operabilidad en favor de una etapificación más clínica. Este sistema fué el primero en incluir la afectación del cérvix antes de la cirugía, pero fué criticada por no hacer ninguna distinción entre la etapa III y IV. (3)

En 1962 Barber adapta la clasificación de Dukes del cáncer colorectal al carcinoma de endometrio. La etapa b distingue la invasión miometrial entre parcial y total e incluye a pacientes con metástasis al ovario o al peritoneo. Este sistema no permitía la subclasificación en pacientes inoperables debido a su falta de estudio patológico. (3)

También en 1962, Gusberg sugiere una clasificación puramente clínica en la cual el tamaño del útero fué el reflejo de la extensión al miometrio. Sin embargo, esto solo pudo ser determinado después de la cirugía. La clasificación de Gusberg incluyó la diferenciación histológica del tumor y fué el primero en mostrar una buena correlación entre la etapa y los resultados de tratamiento. (3)

Hirabayashi y Graham en 1968 simplificaron el sistema de Gusbert e introdujeron la longitud de la cavidad uterina como un parámetro del tamaño uterino. El límite entre la etapa I y II es de 8.5 cms. El grado histológico no fué considerado. En contraste con la clasificación de Blaikey en 1958 y la de la FIGO la afectación al cérvix fué considerada como etapa III, debido al alto rango de ganglios linfáticos afectados y al pobre pronóstico para éstas pacientes (3)

El sistema de 1972 incluyó la diferenciación del tumor al menos en etapa I. La etapa IV indicaba afectación a la vejiga o del recto (etapa IV a ) o metástasis a distancia (IVB) Hasta 1971 ninguno de los sistemas de clasificación había estimado el rango de ganglios linfáticos afectados y Javert describió una correlación entre el grado de invasión al miometrio y el rango de metástasis a los ganglios retroperitoneales. (6)

## CLASIFICACION CLINICA DEL CANCER ENDOMETRIAL

- Etapa 0 carcinoma in situ
- Etapa I Limitado al cuerpo uterino incluyendo istmo.  
I a Cavidad menos a 8 cms,  
I b Cavidad mayor a 8 cms.
- Etapa II Diseminación al cérvix pero no fuera del útero.
- Etapa III Diseminado fuera del útero pero no fuera de la pelvis.
- Etapa IV Diseminado fuera de la pelvis verdadera o a la mucosa de la vejiga o recto.  
IV a Diseminado a órganos adyacentes.  
IV b Diseminado a órganos a distancia.

15 avo. Reporte Anual de la FIGO

En 1988, la FIGO complementa la anterior clasificación agregando la etapificación quirúrgica. La profundidad de invasión miometrial es un factor muy importante tomando en cuenta la diferenciación del tumor que se aplica a todas las etapas.

Sin embargo, la poca precisión del sistema de clasificación clínica fué claramente demostrado por Cowles en 1958

demonstró que el 50% de los casos que clínicamente parecían estar infiltrados histológicamente no presentaban enfermedad y hasta el 20% del grado histológico obtenido por biopsia puede ser alterado al analizar el espécimen en la histerectomía. Los indicadores pronósticos más importantes como el nivel de invasión miometrial, la afectación a ganglios linfáticos y la diseminación extrauterina solo pueden ser determinados adecuadamente por un muestreo quirúrgico-patológico.(3)

En 1988 la FIGO propone la etapificación quirúrgica y es hasta el momento la clasificación más utilizada. (3)

#### SISTEMA DE ETAPIFICACION QUIRURGICA

- Etapa Ia G 123 Tumor limitado al endometrio.
- Etapa Ib G 123 Invasión de menos de la mitad del miometrio
- Etapa Ic G 123 Invasión de más de la mitad del miometrio.
- Etapa IIa G 123 Compromiso glandular endocervical.
- Etapa IIb G 123 Invasión al estroma cervical.
- Etapa IIIa G 123 Invasión a serosa y/o anexos, lavado peritoneal positivo.
- Etapa IIIb G 123 Metástasis vaginales.
- Etapa IIIc G 123 Metástasis a ganglios pelvicos o paraaorticos.
- Etapa IVa G 123 Invasión a vejiga o recto.
- Etapa IVb G 123 Metástasis a distancia, incluye ganglios inguinales.

FEDERACION INTERNACIONAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA 1988

## MATERIAL Y METODOS

Este estudio está basado en una revisión retrospectiva de los registros clínicos de 92 pacientes con diagnóstico de carcinoma de endometrio, los cuales fueron tratados en el servicio de Ginecología Oncológica del Hospital " Luis Castelazo Ayala" ( IMSS ) entre los años 1986 a 1991.

En la revisión retrospectiva se excluyeron en total 11 casos debido a que 6 de ellos no fueron etapificados quirúrgicamente como lo marcan las normas en el servicio, 3 de estas pacientes fueron enviadas a radioterapia y no fueron clasificadas quirúrgicamente debido a que presentaban obesidad exógena extrema ó alguna otra patología que contraindicara la cirugía. Dos pacientes fueron excluidas por presentar etapas avanzadas; una de ellas con etapa III por metástasis vaginales y otra con etapa IV por infiltración vaginal corroborada histológicamente en forma preoperatoria.

Todas las pacientes fueron etapificadas según el sistema de clasificación clínica adoptado por la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia ( FIGO ) en 1972. La gran mayoría de las pacientes fué sometida a Laparotomía exploradora y etapificadora en forma inicial ( 76 / 81 ó 92% ) y sólo cinco pacientes fueron enviadas a radioterapia y posteriormente sometidas a cirugía.

Debido a la carencia de seguimientos estadísticos es difícil definir cual es la verdadera incidencia de la enfermedad en nuestro medio. En un estudio efectuado en el Servicio de Ginecología Oncológica reportado anteriormente reportaba que en 1 000 casos de cáncer ginecológico el carcinoma de endometrio ocupaba el tercer lugar en incidencia.

Algunos de los factores de riesgo para el desarrollo de carcinoma de endometrio aparentemente se relacionan en forma significativa con las características antropomórficas de nuestra población.

El principal objetivo de este estudio es examinar y correlacionar la etapificación clínica con la etapificación quirúrgica propuesta con la FIGO para el carcinoma de endometrio y en base a la etapa quirúrgica establecer el pronóstico, recurrencia de la enfermedad y determinar la necesidad de terapia adyuvante para este grupo de pacientes.

## R E S U L T A D O S

La edad media de las pacientes estudiadas es de 55.87 años con un rango de 20 a 82 años.

Dentro de las características clínicas de éste grupo de pacientes destaca la asociación con obesidad en el 44% de la población (36/81), el 38 % de estas pacientes referían ser hipertensas, 14 pacientes ( 23 % ) tenían antecedente de ser diabética. Dentro de este grupo de pacientes sólo el 16 % tenían el antecedente de la utilización de estrógenos-exógenos y 21 pacientes ( 25 % ) no contaban con ningún factor de riesgo o enfermedad asociada para el desarrollo de cáncer endometrial.

Por mucho la forma de manifestación clínica más comúnmente observada fué la hemorragia transvaginal; 70 pacientes - ( 86 % ) la presentaron. Otras manifestaciones menos comunes fueron dolor abdominal ( 9 % ), descarga vaginal ( 5 % ) y la detección de tumor en sólo 3 pacientes ( 3.5 %).

La forma más común de obtener el diagnóstico histológico fué la realización de biopsia endometrial, en este grupo - 46/81 ( 57 % ) reportó el diagnóstico de malignidad, en 25 pacientes ( 31 % ) se requirió la realización de legrado -

uterino instrumental para obtener diagnóstico histológico y en 10 pacientes ( 12 % ) el diagnóstico histológico se realizó al examinar la pieza quirúrgica. (Grafica 1 ).

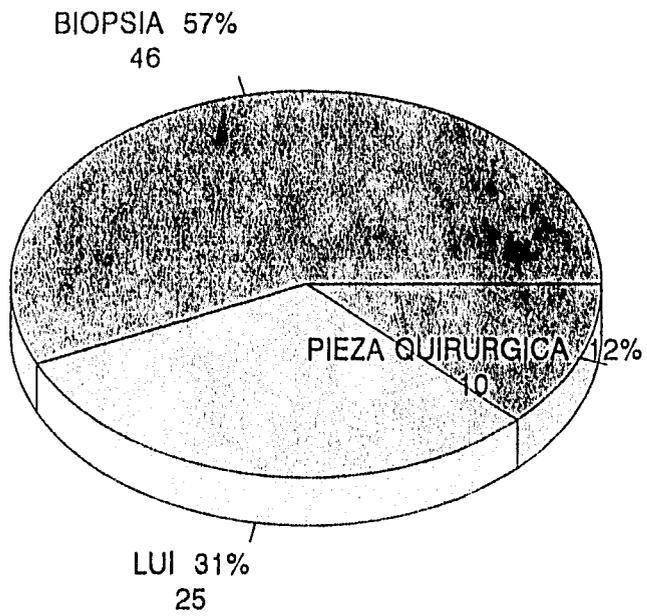
Las 81 pacientes fueron etapificadas quirúrgicamente, al 100% se les realizó histerectomía total abdominal; a ninguna de estas pacientes se les practicó histerectomía subtotal, radical o vaginal. Al 96 % de las pacientes se les realizó salpingooforectomía.

El realizar biopsia de ganglios pélvicos y retroperitoneales está en relación al criterio del cirujano y en este estudio se realizó al 67 % ( 55/81). El lavado peritoneal se tomó en el 40 % ( 32/81 ) de las pacientes y a sólo al 11 % ( 9 / 81 ) de las pacientes se les tomó biopsia de epiploon. A ninguna paciente se le realizó linfadenectomía ganglionar.

En el 43 % ( 35 / 81 ) del número total de casos se les ofreció algún tipo de manejo adyuvante. A 28 pacientes (34%) se les envió a RT; 23 % (19 / 81 ) recibió hormonoterapia y solo una paciente (1.2 % ) recibió quimioterapia por presentar metástasis hepática. Algunas pacientes recibieron manejo adyuvante en forma simultánea.

El seguimiento mínimo es de 24 meses, con rango de 24 a 101 meses y un promedio de seguimiento de 45.43 meses. Solo 4 pacientes ( 5 % ) fueron perdidas en su seguimiento.

DIAGNOSTICO DE MALIGNIDAD PREOPERATORIA



Gráfica No. 1

El tiempo de evolución de los síntomas fué variable ya que algunas pacientes sólo refieren 30 días de evolución mientras que otras refieren hasta 36 meses antes de buscar atención médica. En éste grupo el tiempo medio de evolución en lo síntomas es de 9.2 meses.

La evaluación histológica de los especímenes quirúrgicos demostró que 44 pacientes ( 54% ) se reportaron como Adenocarcinoma endometroide, 10 pacientes ( 8.1 ) se reportaron sólo como Adenocarcinoma ; en 9 pacientes ( 11% ) el espécimen quirúrgico no reportó diagnóstico de malignidad y en 6 pacientes el reporte mencionaba tratarse de carcinoma endometroide con elementos escamosos; 4 pacientes con carcinoma endometroide con áreas de papilar y en dos pacientes que recibieron radioterapia previa a la cirugía la pieza quirúrgica no demostró tumor residual; dos pacientes presentaban Adenoacantoma, una paciente con Adenocarcinoma de células claras; una con Adenocarcinoma de tipo seroso y una con Adenocarcinoma con células en Anillo de sello. ( Ver tabla No. I ).

Comparando la Histología reportada en el estudio preoperatorio con los datos obtenidos posteriormente al estudiar la pieza quirúrgica, se encontró que 66 casos el 81.48% coincidieron en su histología; mientras que 15 casos que corresponden al 18.51 % fueron reportados con histología diferente.

## HISTOLOGIA DEL TUMOR

Adenocarcinoma endometroide	44 (54.32 %)
Adenocarcinoma	10 (12.34 %)
Sin neoplasia	9 (11.11 %)
Adenocarcinoma endometroide con elementos escamosos	6 ( 7.40 %)
Adenocarcinoma endometroide con áreas de papilar	4 ( 4.93 %)
Sin neoplasia con radioterapia preoperatoria	2 ( 2.46 %)
Adenoacantoma	2 ( 2.46 %)
Adenocarcinoma de células claras	1 ( 1.23 %)
Adenocarcinoma seroso	1 ( 1.23 %)
Adenocarcinoma con células en anillo de sello	1 ( 1.23 %)
Sarcoma uterino	1 ( 1.23 %)

### Tabla No. I

En este grupo de pacientes en sólo un caso el diagnóstico histológico preoperatorio fué reportado como adenocarcinoma de endometrio y el reporte definitivo concluyó que se trataba de un sarcoma uterino.

El grado de diferenciación tumoral para éste estudio -  
fué basado en la información obtenida de la revisión de  
los especímenes quirúrgicos.

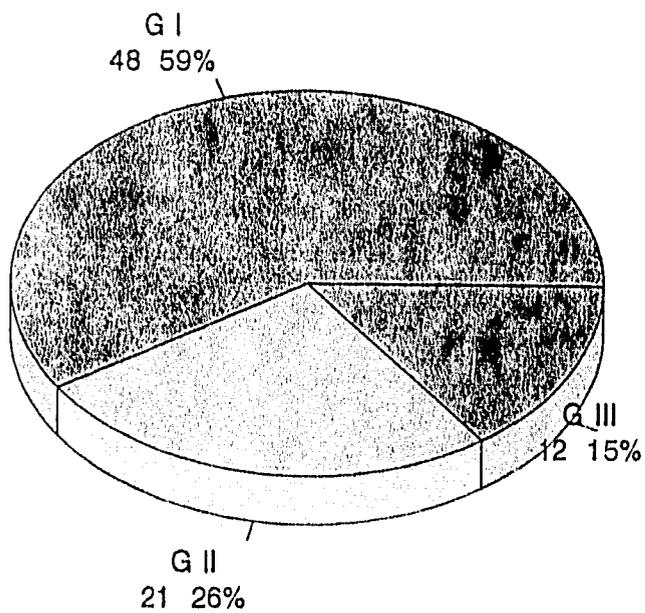
En 48 casos que corresponden al 59% de las pacientes -  
se presentaron lesiones bien diferenciadas ( Grado I); en 21  
casos ( 26% ) las lesiones se presentaron con un Grado II  
de diferenciación y sólo en 12 pacientes que correspondían  
al 15% las lesiones fueron mal diferenciadas ( Grado III).

Ver. Gráfica No.2a. y 2b.

Comparando el grado de diferenciación de las lesiones en  
los estudios preoperatorios con el grado de diferenciación-  
obtenido en el exámen de los especímenes quirúrgicos se  
observó que en el 81% (66/81) el grado de diferenciación  
fué similar; en nueve pacientes, el 11% el grado de diferen-  
ciación preoperatorio fué menor que el reportado en el es-  
tudio postoperatorio y en seis pacientes, el 7% el grado-  
fué mayor que en el estudio patológico definitivo.

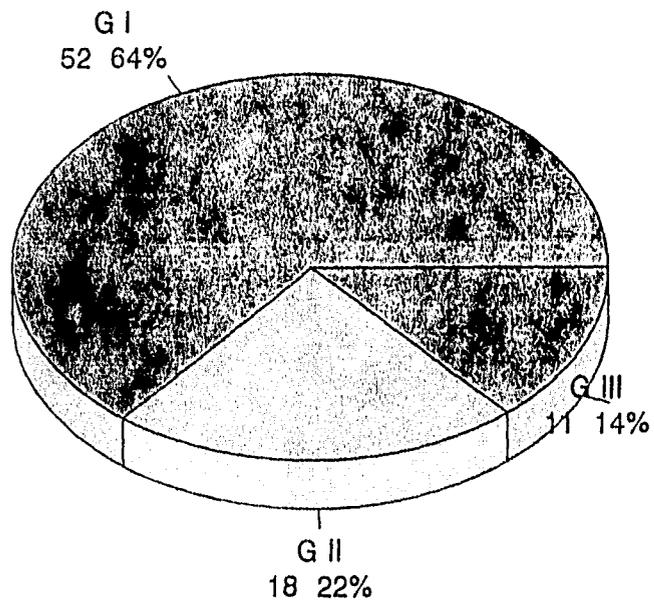
Ver Gráfica No. 3

GRADO HISTOLOGICO POSTOPERATORIO



Gráfica No. 2a.

## GRADO HISTOLOGICO PREOPERATORIO



Gráfica No. 2b.

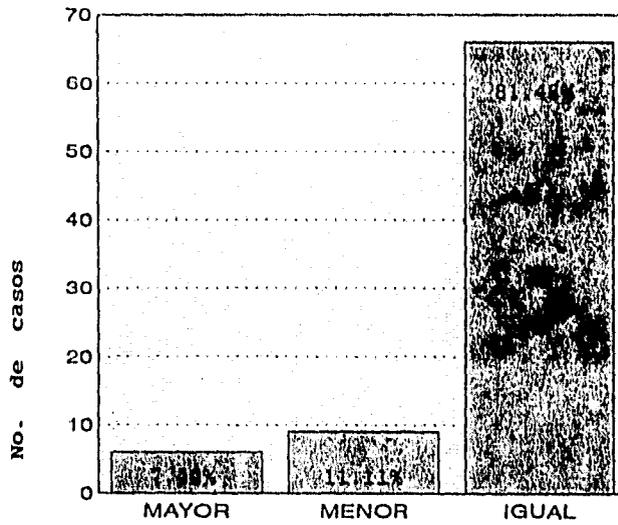
Con respecto a la etapificación clínica, quirúrgica y una comparación entre ambas se observó :

El 96.29 % ( 78 / 81 ) de las pacientes tenían una etapa clínica I, 3.69 % presentaban una etapa clínica II. En éste estudio se excluyeron las etapas III y IV. (Ver Grafica No. 4 )

Después de la etapificación quirúrgica 66 / 81 Pacientes ( 81.47 % ) correspondieron a etapa I ; 22, 29 y 15 pacientes para etapa Ia, Ib y I c respectivamente. 7 / 81 pacientes ( 8.63 % ) correspondió a la etapa II; 5 y 2 pacientes para etapa IIa y IIb, respectivamente. En la etapa quirúrgica III se clasificaron a 5 pacientes ( 6.15 % ); 2, 1 y 2 pacientes en etapa III a, III b y III c, respectivamente y la etapa IV solo agrupó a 3 pacientes ( 3.70 % ) todas ellas incluidas como etapa IV b, las cuales presentaban invasión a epiplón.

No se reporta extensión tumoral a intestino y/o alguna otra área de diseminación. Ninguna paciente en esta serie presentó diseminación de la enfermedad por arriba del diafragma. ( Ver grafica 5)

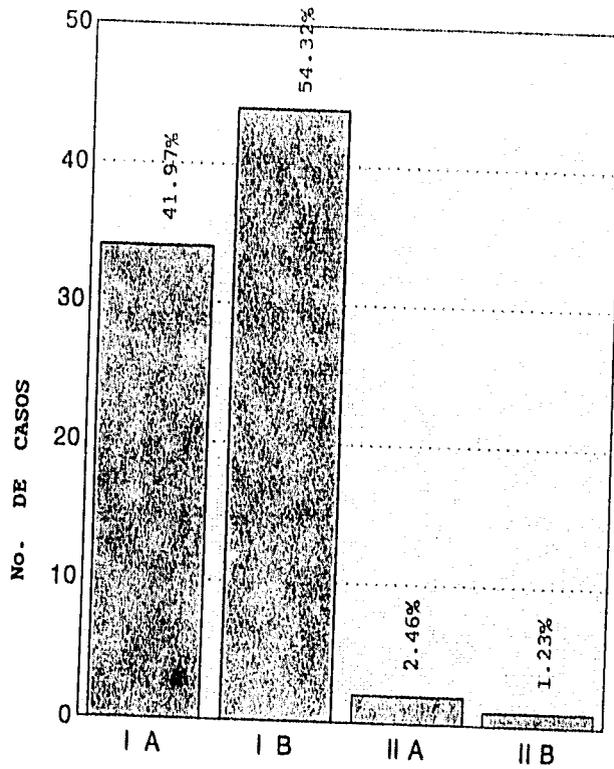
## COMPARACION GRADO HISTOLOGICO PREQX.-POSTQX



Grado de diferenciación histológica

Gráfica No. 3

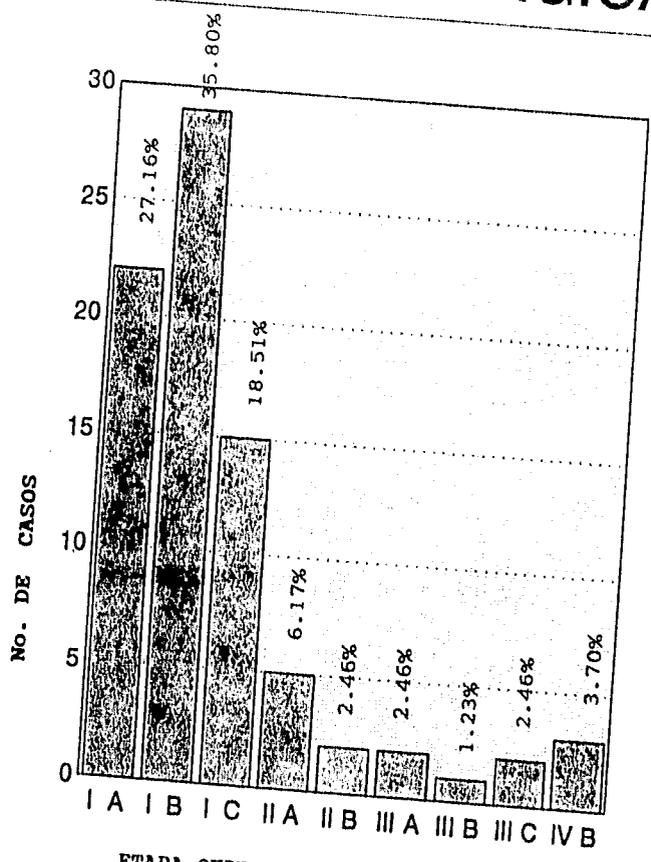
# ETAPA CLINICA



ETAPA CLINICA ( FIGO )

Gráfica No. 4

# ETAPA QUIRURGICA



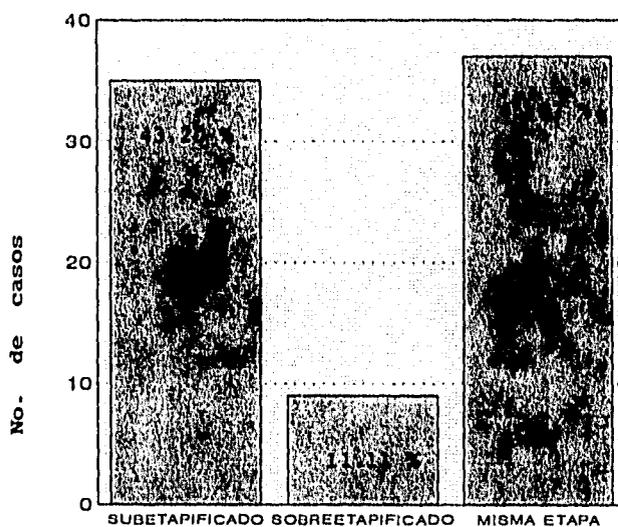
ETAPA QUIRURGICA ( FIGO )

Gráfica No. 5

Al compararse la etapa clínica con la etapa quirúrgica se destaca que sólo en 37 pacientes ( 45.67 %) la etapa fué similar . En 35 pacientes (43.20%) la comparación demostró que la clasificación clínica subetapificó a éste grupo de pacientes ; y en 9 pacientes ( 11.11 %) la clasificación clínica había sobreetapificado a las pacientes.

Ver Gráfica No.6

### COMPARACION ETAPA CLINICA - QUIRURGICA



Gráfica No. 6

En relación al tratamiento adyuvante otorgado a estas - pacientes de manera general se reportó que 28 pacientes, 34 % recibieron radioterapia; 19 pacientes (23.45 % ) recibieron hormonoterapia y a una sola paciente se le administró quimio terapia por metástasis hepáticas. 46 Pacientes (56.79 %) no ameltaron ningún tratamiento adyuvante.

Divididos por subgrupos se observó que la conducta del servicio fué mantener a las 22 pacientes con I a G 123 sin recibir ningún manejo adyuvante.

La distribución para manejo adyuvante para cada subgru po de pacientes se encuentra resumido en la tabla No. II.

Dentro del seguimiento de estas pacientes solamente a cuatro de ellas se detectó recurrencia, es decir, que el 95% de las pacientes se encuentran libres de enfermedad. De - las cuatro pacientes con recurrencia, una de ellas fué etapi ficada como I a G3 (recurrencia pelvica ), dos pacientes con etapa I G 2-3 y una paciente con etapa Ic G2 con recurren - cia abdominal. (ver grafica No. 7).

Tres de estas pacientes actualmente se encuentran vi vas sin evidencia de actividad tumoral y solo una de ellas, se encuentra viva con actividad tumoral. No se reportó nin - gún fallecimiento en este grupo de pacientes durante su se guimiento. (Ver tabla III )

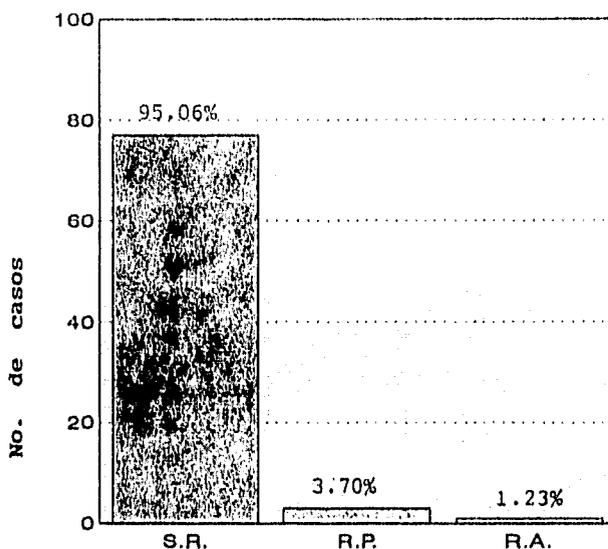
TRATAMIENTO ADYUVANTE

ETAPA QUIRURGICA	SIN TRATAMIENTO	CON TRATAMIENTO
IA	22	Ninguno
IB	20	Rt-5 Ht-7
IC	2	Rt-12 Ht-5
IIA	0	Rt-3 Ht-3
IIB	0	Rt-1 Ht-1
IIIA	0	Rt-2 Ht-1
IIIB	0	Rt-1 Ht-0
IIIC	0	Rt-2 Ht-0
IVB	0	Rt-2 Ht-2 y Qt-1

Tabla No. II

Rt- Radioterapia  
Ht- Hormonoterapia  
Qt- Quimioterapia

## RECURRENCIAS



S.R. = SIN RECURRENCIA  
 R.P. = RECURRENCIA PELVICA  
 R.A. = RECURRENCIA ABDOMINAL

Gráfica No. 7

### RECURRENCIAS

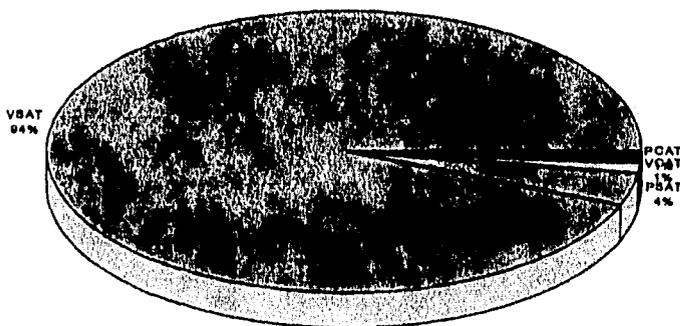
E.C.	E.Qx.	SITIO	EDO. ACTUAL	Tx.
IB GIII	IB GIII	Pélvica	V.S.A.T	Rt + Ht
IB GI	IC GII	Abdominal	V.S.A.T	Rt + Ht
IA GIII	IA GIII	Pélvica	V.C.A.T	Sin Tx.
IB GII	IB GII	Pélvica	V.S.A.T	Rt
V.S.A.T	Vivo sin actividad tumoral			
V.C.A.T	Vivo con actividad tumoral			

Tabla No. III

El seguimiento en este grupo de pacientes dejó ver que la gran mayoría ( 76/81 ) el 94% se encontraban vivas y sin evidencia de actividad ; 3 pacientes el 4% se encontraban perdidas sin actividad tumoral; una paciente se reportó como viva con actividad tumoral y sólo una se encontraba perdida con actividad tumoral. Ver gráfica No.8

En la población estudiada se reportó a una sola paciente con una segunda neoplasia metacrónica ( NIVA), en una paciente se reportó un Cistoadenoma de ovario sincrónico, en otra se diagnosticó Tecoma sincrónico y en otra paciente se diagnosticó un cáncer de ovario sincrónico.

### ESTADO ACTUAL



VSAT = VIVO SIN ACTIVIDAD TUMORAL  
VCAT = VIVO CON ACTIVIDAD TUMORAL  
PSAT = PERDIDO SIN ACTIVIDAD TUMORAL  
PCAT = PERDIDO CON ACTIVIDAD TUMORAL

Gráfica No. 8

## C O N C L U S I O N E S

El carcinoma de endometrio es reportado en otros países como el tumor maligno más frecuente del tracto genital femenino, representando el 13 % de todos los tumores malignos de la mujer. ( 10 )

La mayoría de los casos se diagnosticán entre los 60 y 70 años de edad, el rango de edad comprendida en nuestra población estudiada es de 20 a 82 años, con un promedio de edad de 56 años. (5)

En México es difícil definir en forma confiable cual es su porcentaje de presentación y aunque es bien conocido que otras neoplasias ginecológicas son más frecuentes en nuestra población, por ejemplo, cáncer cervicouterino, las características fenotípicas de la población femenina mexicana la hacen tener un riesgo alto para el desarrollo de carcinoma de endometrio. En nuestra población estudiada se demostró que el 44% son pacientes obesas, en la literatura la obesidad es un factor de riesgo importante, se refiere que el sobrepeso de menos de 22 Kgs. aumenta tres veces la posibilidad de padecer carcinoma de endometrio, cuando el sobrepeso es mayor a

22 kgs el riesgo se eleva hasta 10 veces.

Otro de los factores de riesgo para el desarrollo de carcinoma endometrial, aunque controversial, es el uso de es trogénos exógenos. En la población estudiada solo el 16 % de las pacientes referían el uso prolongado de hormonas. De los factores asociados en el carcinoma endometrial, se detectó - que el 40 % de las pacientes se referían hipertensas y el 23 % son diabéticas. (4)

Las mujeres postménopáusicas con hemorragia uterina - deben ser evaluadas con el fin de descartar cáncer de endome trio, a pesar de que solo el 20 % de estas pacientes se les diagnósticara una neoplasia maligna. En las pacientes estu diadas la manifestación clínica más comúnmente observada en forma inicial es la hemorragia transvaginal, el 86 % lo pre sentó ( 5 )

En relación al manejo quirúrgico del carcinoma de endo metrio la cirugía no solo cumple con la función de reseca ra la enfermedad macroscópica sino también de delimitar con exactitud la extensión de la enfermedad, ya que de esta mane ra se podra definir con exactitud que pacientes ameritan ma nejo adyuvante basandose en los factores pronósticos. Acerca de los factores pronósticos es posible clasificarlos como sigue : a) Uterinos. Incluye tipo histológico, grado de di

ferenciación tumoral, grado de invasión al miometrio, extensión oculta al cérvix e invasión al espacio vascular, b) Extrauterinos. Metástasis a los anexos, diseminación intraperitoneal extrauterina, citología peritoneal positiva y metástasis a ganglios pélvicos y paraaórticos. La forma más apropiada - para poder determinar la presencia de estos factores es unícamente la cirugía. El procedimiento mínimo recomendable incluye una insición, usualmente vertical, muestreo del líquido peritoneal para su evaluación citológica ( lavado de células intraperitoneales ), exploración pélvica y abdominal con toma de biopsia o excisión de cualquier lesión extrauterina-sospechosa. Estos procedimientos suelen ir seguidos por histerectomía extrafacial con salpingooforectomía bilateral, si - existen factores pronósticos de alto riesgo, el muestreo ganglionar paraaórtico y pélvico, biopsia de epiplón deben ser realizados. (7)

Algunos autores refieren como indicaciones para realizar el muestreo ganglionar solo si : a) existe invasión miometrial en más del 50 % , b) extensión al istmo, c ) Diseminación extrauterina, d) Si el tipo histológico corresponde a adenocarcinoma seroso-papilar, células claras o carcinoma-indiferenciado y, e) si existe ganglios linfáticos sospechos de actividad tumoral (8)

En nuestra población al 100 % se le realizó histerecto

mía total abdominal, al 96 % de la población total se le realizó salpingooforectomía bilateral. Como se comentó con anterioridad el muestreo ganglionar esta basado en los factores pronósticos adversos, este procedimiento se realizó en 55 / 81 pacientes, es decir, 67 %. A ninguna paciente se le efectuó linfadenectomía pélvica ni paraaórtica. (9)

El lavado peritoneal se realizó solo en 32 / 81 casos (40 %) y sólo se reportó positivo en 3 pacientes. La biopsia de epiplón se realizó en 9 / 81 pacientes, 11 % y fué reportado como positivo en solo dos pacientes, una de ellas tenía como histología un adenocarcinoma endometroide y la otra adenocarcinoma de células claras.

El principal objetivo de este estudio es analizar la utilidad de la etapificación quirúrgica sobre la etapificación clínica, algunos autores como Cowles han reportado que la etapificación clínica es inadecuada en el 52 % de los casos con etapa I, 62 % en las pacientes con etapa II y en el 60% con etapa III. Este estudio anterior demostró un cambio general de etapa en 37 de las 150 pacientes, es decir, en el 24.7 % de la población con un predominante impacto en las pacientes con etapa II en donde el 59 % fué subetapificado y en el 27.3 % fueron sobreetapificados; además, el 12.4 % de las etapas clínicas I y 60 % de las etapas clínicas III fueron sobreetapificados. (7)

ESTÁ EN LA BIBLIOTECA  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

En nuestra población estudiada se excluyeron las etapas clínicas III y IV, solo se incluyeron etapas clínicas I y II. El 96 % ( 78 / 81 ) de las pacientes tenían una etapa clínica I y solo 3 de 81 pacientes (3.69 % ) presentaban una etapa clínica II.

Una vez etapificados quirúrgicamente se demostró que 66 / 81 pacientes ( 81.47 % ) correspondieron a etapa quirúrgica I; 22, 29 y 15 pacientes para etapa Ia, Ib y Ic, respectivamente. 7 / 81 pacientes se clasificaron como etapa II, 5/81 como etapa III y en la etapa IV quirúrgica se incluyeron a 3 pacientes (3.7 % )

Al comparar la etapa clínica con la etapa quirúrgica se observó que solo 37 / 81 pacientes fueron clasificadas --clínicamente en forma adecuada, en 35 / 81 pacientes, es decir, el 43.20 % la etapificación clínica había subetapificado a este grupo de pacientes y en 9/ 81 pacientes (11.11 %) la etapificación clínica sobreetapificó a estas pacientes.

El porcentaje global de pacientes etapificadas clínicamente en forma inadecuada en forma general incluye al 54.31 % de las pacientes lo cual concuerda con los datos obtenidos por Cowles. (7)

Otro de los puntos importantes que ratifican la utilidad

dad de la etapificación quirúrgica sobre la clínica es la posibilidad de obtener un resultado definitivo en el tipo histológico y en el grado de diferenciación del tumor.

En el presente estudio se pudo demostrar que el tipo - histológico reportado en forma preoperatoria, obtenido ya sea por legrado o biopsia endometrial, es diferente en cerca del 20 % de los especímenes analizados una vez etapificadas quirúrgicamente. En este estudio el tipo histológico más común es el adenocarcinoma endometroide.

Incluso al analizar el grado de diferenciación del tumor en forma preoperatoria con el grado de diferenciación - en el reporte definitivo, se observó que en el 81% (66 / 81 pacientes ) el grado fué similar, pero en el 19 % restante - el grado de diferenciación preoperatorio no coincide con el grado de diferenciación en el reporte definitivo, en 11 % el grado de diferenciación preoperatorio fué menor y en el 8 % el grado de diferenciación fué mayor que en el estudio patológico definitivo.

Una ventaja de la etapificación quirúrgica sobre la etapificación clínica está en poder determinar con mayor - exactitud que pacientes son candidatas a recibir algún manejo adyuvante, en esta revisión, el 43. 20 % de las pacientes fueron candidatas a recibir algún manejo adyuvante.

Una mejor etapificación con un mayor conocimiento de la verdadera extensión de la enfermedad brinda bases más sólidas para definir subgrupos para manejo adyuvante y esto repercute en mejores porcentajes de supervivencia y en menor posibilidad de recurrencias.

En esta población solo 4 pacientes presentaron recurrencia, es decir, que el 95% de la población al momento de reportar estos datos se encontraban libres de actividad tumoral. En las 4 pacientes con recurrencia, 3 de ellas presentaban una etapa I (una paciente con etapa Ia y dos con Ib) y solo una de ellas presentaba etapa avanzada (IcG2), estas pacientes recibieron manejo con radiaciones y actualmente 3 se encuentran libres de actividad tumoral y solo una de estas se encuentra viva con actividad tumoral.

Debido al número tan bajo de pacientes con recurrencia y dado que no existen pacientes que hayan fallecido por actividad tumoral se considera que no es posible definir cuáles son los sitios más comunes de recurrencia ni cuáles son los factores pronósticos que se asocian a recurrencia.

Esta revisión, como otras anteriormente publicadas, demuestran que la etapificación quirúrgica adaptada por la Federación Internacional de Ginecólogos Obstetras (FIGO) para carcinoma de endometrio está indicada para un adecua-

do conocimiento de la extensión de la enfermedad al momento del diagnóstico y que repercute finalmente en lograr mejores porcentajes de supervivencia y menor presentación de recurrencia de la enfermedad.

## BIBLIOGRAFIA

1. Angel G., DuBeshter B. Recurrent Stage I Endometrial Adenocarcinoma in the Nonirradiated Patient: Preliminary Results of Surgical "Staging"., Gynecologic Oncology 48, 221-226, 1993.
2. Belinson j., Kenneth L., Clinical Stage I Adenocarcinoma of the Endometrium-Analysis of Recurrences and the potential Benefit of Staging Lymphadenectomy, Gynecologic Oncology 44, 17-23, 1992.
3. Burghardt E., Surgical Gynecologic Oncology, Thieme Medical publishers, Inc, 1993
4. Disaia P., Creasman W., Ginecología Oncológica, Editorial Panamericana, Tercera Edición, 1991.
5. Hoskins W., Perez C., Practice and Principles of Gynecologic Oncology, J.B. Lippincott Company, Ph. 1992.
6. Kadar N., Homesley H., Positive Peritoneal Cytology Is an adverse Factor in Endometrial Carcinoma Only if There is Other Evidence of Extrauterine Disease, Gynecologic Oncology 46, 145-149, 1992.
7. Lurain, J., The Significance of Positive Peritoneal Cytology in Cytology in Endometrial Cancer, Gynecologic Oncology, 46, 143-144 1992.
8. Noumoff J., Menzin A., The Ability to Evaluate Prognostic Variables on Frozen Section in Hysterectomies Performed for Endometrial Carcinoma, Gynecologic Oncology 42, 202, -208, 1991
9. Wolfson A., Sightler S., The Prognostic Significance Of Surgical Staging for Carcinoma of the Endometrium, Gynecologic Oncology, 45, 142-146, 1992.
- 10 De vita, V., Principles and Practice Oncology, Ph Company, 1993.