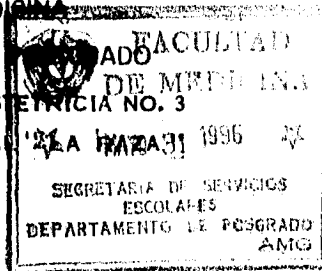


11217
151
29



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
HOSPITAL DE GINECO - OBSTETRICIA NO. 3
CENTRO MEDICO NACIONAL



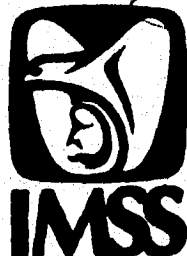
IMSS

ADENOCARCINOMA DE ENDOMETRIO
RESULTADOS CON LA ETAFICACION CLINICO
QUIRURGICO
1986 - 1995

TESIS DE POSTGRADO

PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALISTA EN:
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
P R E S E N T A:
DRA. ORTENCIA SOLORZANO BARCENAS

[Handwritten signature]
ASESOR:
DR. CESAR BACELIS CASTAÑON
DRA. FEDIA ELSA ARAGON GARZA



COLABORADOR:

DR. LUIS ALFONSO RUIZ SOTO

MEXICO, D. F.

MARZO DE 1996

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

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.

DEDICATORIAS Y AGRADECIMIENTOS

**A mis padres por su constante
apoyo moral y estímulo, para
la conclusión de mí ideal.**

**A mis maestros, que contribuyeron a mí
superación académica, y a lograr la
meta deseada.**

**A Mario, que me hizo comprender
que la vida sí tiene sentido
cuando se persigue un fin
y cuando se ama de verdad.**

INDICE

ANTECEDENTES HISTORICOS	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
OBJETIVOS	10
HIPOTESIS	11
MATERIAL Y METODOS	12
RESULTADOS	14
CONCLUSIONES	26
BIBLIOGRAFIA	28

ANTECEDENTES HISTORICOS

Es de importancia señalar que el carcinoma de endometrio es el tumor maligno más frecuente del aparato genital femenino, representa el 13% de todos los tumores malignos en los Estados Unidos.

La sociedad Americana de cáncer estima que en 1993, aproximadamente 31,000 mujeres desarrollan cáncer del cuerpo uterino cada año, aunque la mayoría de los cánceres endometriales se presentan en etapa I y II, el 14% en las etapas III y IV, estas contribuyen en un 54% de las muertes de cáncer de endometrio; lo que se debe no solo a un mayor número de casos del padecimiento, sino también a la declinación notoria de la incidencia de cáncer cervico-uterino. (1,2,12)

México ocupa el doceavo lugar en cuanto a su localización de órganos afectados, ocupa el tercer lugar entre las neoplasias malignas del aparato genital femenino, con frecuencia lo sitúa por debajo del cáncer cervico-uterino. (11,27)

El cáncer endometrial es una patología que predomina en mujeres postmenopáusicas, entre 60 y 70 años de edad, con una incidencia máxima en la sexta década de la vida y solo un 10% de los casos se presenta en mujeres que no han alcanzado aun los 50 años de edad; por lo que la detección de los precursos endometriales deberá dirigirse al grupo de edad perimenopáusico. (1,3,5,6,27)

El registro histopatológico de neoplasias de México en 1993, reportó que el adenocarcinoma representó la principal variedad histopatológica (69.2%) seguida por carcinoma SAI (12%) y posteriormente por adenocarcinoma in situ (8.8%) y ocupa el 3.5% de todos los tumores malignos en México (27%).

Se han encontrado dos tipos de mecanismos de patogénesis del adenocarcinoma de endometrio.

El primer tipo se ha observado en un 60 y 70% de pacientes; está caracterizado por la asociación del hipotálamo, hipófisis e hiperactividad ovárica, resultando trastornos metabólicos de los lípidos y carbohidratos, así como hiperestrogenismo.

Los hallazgos típicos de este tipo están representados por historia de sangrado uterino anovulatorio, disminución de la fertilidad, es frecuente después de los 50 años, en post-menopáusicas con colpocitológicos con reacción estrogénica, ovario con hiperplasia de la teca, síndrome de Stein Leventhal, tumores feminizantes, antecedente de hiperplasia endometrial, relacionado con miomatosis o adenomiosis, obesidad, hiperlipidemia, diabetes e hipertensión.

El tumor es alto o moderadamente diferenciado (G1 o G2), la invasión al miometrio es superficial, no hay metástasis a linfáticos, es sensible a la progesterona, está asociado con múltiples tumores primarios (ovario, mama y colon), el pronóstico es favorable, una supervivencia en un 85% a 5 años.

El segundo tipo patogénico de la enfermedad aparece en mujeres que no presentan ninguno de estos trastornos o en las que dichos trastornos no están claramente definidos, tienden a presentar tumores poco diferenciados, invasión micometrial profunda, elevada frecuencia de las lesiones metastásicas en ganglios linfáticos, menor sensibilidad a la progestina y mal pronóstico (58% de supervivencia a 5 años).

Se supone de su descripción que en el segundo grupo patogénico en mayor el número de pacientes con lesiones más avanzadas, lo que podría explicar el peor pronóstico. (9, 28)

Por lo que se puede concluir, que los factores de riesgo para cáncer endometrial son: nuliparidad, esterilidad, historia de diabetes, hipertensión, obesidad, terapia sustitutiva en pacientes menopáusicas, síndrome de ovarios poliquísticos, tumores productores de estrógenos y algunos factores sociodemográficos también están asociados al cáncer endometrial. (1, 3, 5, 6, 7, 28)

La hemorragia genital anormal es la manifestación clínica habitual y en ocasiones la única, pero el diagnóstico se establece por medio de la biopsia, que puede realizarse en el consultorio y sin anestesia o en caso de duda en la sala de cirugía bajo anestesia general, por medio de un legrado fraccionado.

La citología cervico-vaginal, ayuda pero de ninguna manera es suficiente para establecer el diagnóstico definitivo y menos el tratamiento. (1, 4, 7, 9, 11)

El pronóstico depende de muchos factores, pero básicamente se encuentra en la cantidad de mayor y menor grado de diferenciación, peor pronóstico y viceversa; no obstante insistimos que no son los únicos factores, pues la edad, los padecimientos concomitantes, etc., influyen, pero no en forma tan clara como los primeros que enunciamos. (4,10)

El pronóstico se ha relacionado más que ninguna otra variable, con la etapa clínica, siendo en general un 90% de curación en las etapas I y II, con un marcado retroceso, dependiendo si la etapa es III y IV, consiguiéndose escasa supervivencia cuando ésta se disemina. (3, 12, 13)

La clasificación por etapas de cáncer endometrial fue adoptada en 1950 y sólo determinaba si el cáncer estaba confinado al cuerpo o tenía una extensión profunda del mismo. (14)

El comité del cáncer de la FIGO, revisa la clasificación del carcinoma de endometrio y aumenta una forma especial que involucra cérvix y la extensión extrauterina confinada a la pelvis. Además aumenta la etapa IV que incluye mucosa de vagina y recto, se extiende más allá de pelvis verdadera, se utiliza durante un periodo de 9 años, de 1962 a 1971. (14, 15)

Etapa 0	Sospecha de hallazgos histológicos de malignidad, pero no comprobado.
Etapa I	Carcinoma confinado a útero.
Etapa II	Carcinoma que involucra cuerpo y cérvix.
Etapa III	Carcinoma con extensión fuera del útero, pero no de la pelvis verdadera.
Etapa IV	El carcinoma con extensión más allá de la pelvis verdadera e involucra la mucosa del recto y vejiga.

Pero en 1970 fue evidente que otros factores fueron significativos para el pronóstico y la historia natural del cáncer endometrial, por lo que se enfatizó en tres parámetros de virulencia que deberían aumentarse en la clasificación, los cuales son: tamaño de la cavidad uterina, falta de diferenciación del tumor y la complicación clínica del cérvix y se utilizó desde 1971 a 1988. (14, 16, 17, 18)

	Hiperplasia atípica del endometrio, carcinoma in situ.
	Los hallazgos histológicos son sospechosos de malignidad.
Etapa I	El carcinoma está confinado al cuerpo uterino.
Ia	La longitud de la cavidad uterina es inferior a 8 cm.
Ib	La longitud de la cavidad uterina es superior a 8 cm.
Etapa II	El carcinoma afecta el cuerpo y el cuello uterino.
Etapa III	El carcinoma se extiende fuera del útero, pero está confinado dentro de la pelvis.
Etapa IV	El carcinoma se extiende fuera de la pelvis verdadera o afecta la mucosa de la vejiga o el recto.
IVa	Extensión de órganos vecinos, como la vejiga, sigmoides o intestino delgado.
IVb	Extensión de órganos de distancia.

Histología	Grado de diferenciación
G1	Adenocarcinoma bien diferenciado
G2	Adenocarcinoma moderadamente diferenciado con algunas áreas sólidas
G3	Predominantemente sólido o completamente indiferenciado.
Gx	Grado no establecido

Con base en los informes del grupo de Ginecología-Oncología y otras organizaciones en 1988, se hicieron modificaciones a la clasificación del cáncer de endometrio. (14, 16, 17, 18)

La principal modificación de la etapa I fue asignar a las pacientes en tres subdivisiones con arreglo al estado de invasión de la pieza extirpada, de manera similar al grado histológico se asignó después de un estudio histopatológico minucioso de la pieza.

En la etapa II se confirmó de mejor manera por análisis microscópico de la pieza extirpada, el grado de afectación del cuello uterino y no por los datos notoriamente "inexactos" y poco confiables del respaldo endocervical; por lo que se toma en cuenta la afección a glándulas endocervicales y la invasión al estroma.

Como definió el grupo de Ginecología-Oncología, se necesita de la cirugía etapificadora en pacientes no tratadas, para identificar características ocultas del mal pronóstico en la enfermedad, en etapas III y IV.

Por lo que los factores pronósticos (tipo histológico, diferenciación histológica, estadio de la enfermedad, invasión miometrial, citología peritoneal, metástasis a ganglios linfáticos, metástasis en anexos) asociados con el carcinoma de endometrio, se han subdividido en dos grupos: primero en factores intrauterinos y segundo a factores extrauterinos.

Los factores pronóstico intrauterinos: 1) Grado histológico, 2) Profundidad de invasión miometrial, 3) Extensión cervical y 4) Invasión al espacio vascular.

Los factores pronóstico extrauterinos: 1) Metástasis a ganglios pélvicos, 2) Metástasis a ganglios aórticos, 3) Estudios citológicos de material peritoneal positivos, 4) Metástasis a anexos. (10, 12, 19, 20, 21, 24)

La FIGO reconoce los avances de la clasificación y es aprobada en octubre de 1988, en Río de Janeiro, y se establece en enero de 1989. (9, 14, 16, 17, 18)

Etapa I	Tumor limitado al cuerpo.
Ia grados 1,2,3	No hay invasión del miometrio.
Ib grados 1,2,3	La invasión es menor de la mitad del miometrio.
Ic grados 1,2,3	La invasión es mayor de la mitad.
Etapa II	Involucra cérvix.
Iia grados 1,2,3	Glándulas endocervicales
Iib grados 1,2,3	Invasión del estroma cervical.
Etapa III	Involucra más allá del útero, confinado a pelvis.
IIa grados 1,2,3	Tumor que invade serosa y/o anexos, citología.
IIb grados 1,2,3	Metástasis vaginales.
IIc grados 1,2,3	Ataque a ganglios linfáticos, pélvicos o periaórticos positivos.
Etapa IV	Involucra vejiga, recto y sitios distantes.
IVa grados 1,2,3	Ataque a mucosa vesical o intestinal.
IVb grados 1,2,3	Metástasis intrabdominales/ganglios linfáticos inguinales a distancia.

Histología: Grado de diferenciación.

Los casos de carcinoma del cuerpo deben agruparse de acuerdo con el grado de diferenciación del adenocarcinoma de la siguiente manera:

G1: Patrón de crecimiento sólido no morular o no pavimentoso del 5% o menos.

G2: Patrón de crecimiento sólido no morular o no pavimentoso del 6% al 50%.

G3: Patrón de crecimiento sólido no morular o no pavimentoso de más del 50%.

Así mismo al examinar los tumores tratados en forma primaria con cirugía, aportan datos de tal manera que permite emitir un pronóstico y considerar la utilización de un tratamiento post-quirúrgico.
(22, 23, 24, 25, 26)

Desde 1986, en nuestra unidad pasan a cirugía etapificadora todas las pacientes con sospecha se cáncer de endometrio, esto es a 3 años, antes de que la FIGO emitiera la comunicación de etapificación modificada como la conocida actualmente.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Es de importancia conocer los resultados que se han obtenido con la clasificación clínico-quirúrgica del adenocarcinoma de endometrio, en el Hospital de Gineco-Obstetricia No. 3 Centro Médico Nacional "La Raza" desde 1986 a 1995?

OBJETIVOS

Analizar los resultados que se han obtenido con la clasificación clínico-quirúrgica del adenocarcinoma de endometrio, desde febrero de 1986 a febrero de 1995 en el Hospital de Gineco-Obstetricia No. 3 del CMNR, IMSS.

Determinar si la clasificación clínico-quirúrgica podría proporcionar información útil como guía para los subsecuentes tratamientos en pacientes con adenocarcinoma de endometrio.

Evaluar los procedimientos diagnóstico y comparar la clínica con la etapa quirúrgica para determinar el pronóstico y evaluar los factores pronósticos y la sobrevida de las pacientes con adenocarcinoma de endometrio.

HIPOTESIS

H1 Las pacientes etapificadas en forma primaria por cirugía aportan datos que nos permiten emitir un pronóstico y tratamiento post-quirúrgico.

H2 En pacientes etapificadas en forma primaria por cirugía no hay datos de importancia para emitir un pronóstico y un tratamiento post-quirúrgico.

PROGRAMA DE TRABAJO

MATERIAL Y METODOS

Criterios de inclusión

Se revisarán los expedientes de las pacientes con diagnóstico de adenocarcinoma de endometrio en todas las etapas clínicas, desde febrero de 1986 a febrero de 1995 en el Hospital de Gineco-Obstetricia No. 3 del Centro Médico Nacional "La raza" del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Se revisarán los archivos de patología, para verificar que las pacientes hayan sido diagnosticadas histológicamente en esta unidad.

De los expedientes clínicos, se tomarán los datos disponibles para su seguimiento, manejo y evolución, de los cuales se revisarán los siguientes parámetros:

- 1.- Factores de riesgo
- 2.- Metodología diagnóstica
- 3.- Grado de diferenciación del tumor
- 4.- Tipo histológico
- 5.- Profundidad de invasión
- 6.- Ganglios linfáticos positivos
- 7.- Etapa clínico-quirúrgica
- 8.- Tratamiento complementario en caso necesario
- 9.- Seguimiento
- 10.- Recurrencia

11.- Tiempo de sobrevida

12.- Intervalo libre de enfermedad

Se compara el comportamiento biológico por etapas, observado en esta unidad, sobre la enfermedad y lo reportado en la literatura.

Criterios de exclusión

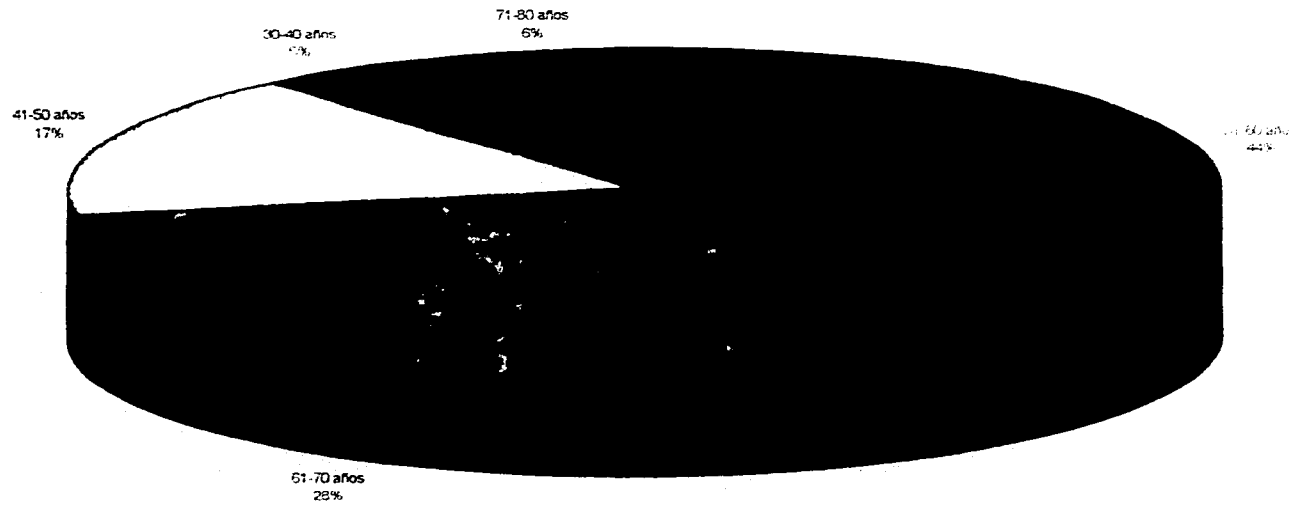
Todas las pacientes que no hayan recibido tratamiento inicial en esta unidad

RESULTADOS

Se revisaron 179 reportes histológicos del archivo de patología del hospital de Gineco-Obstetricia No. 3 del Centro Médico Nacional "La Raza", en un periodo de 10 años (febrero de 1986 a febrero de 1995) y solamente se encontraron 103 expedientes en el archivo general del Hospital, por lo que solo entran al estudio 100 pacientes; se excluyen 3 por no haber sido clasificables por tratamiento fuera de la unidad, obteniéndose los siguientes resultados:

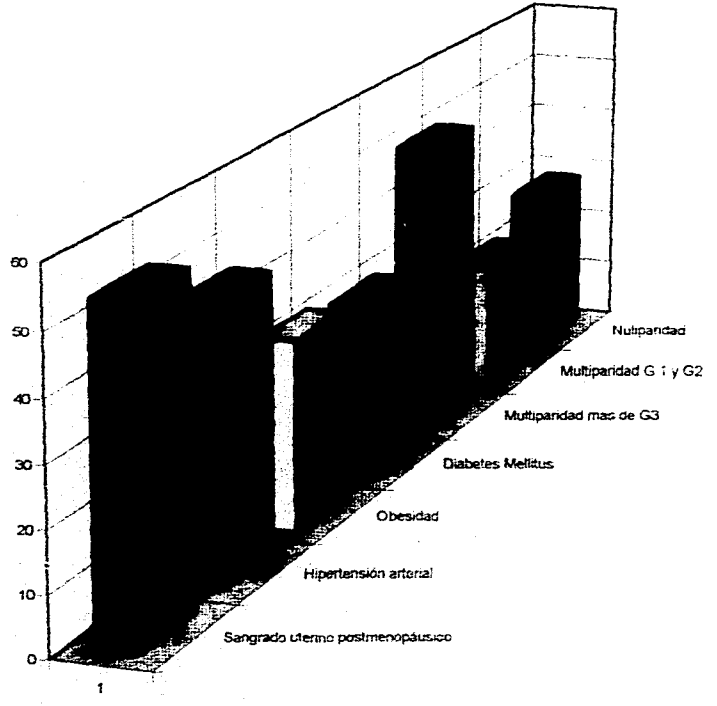
1.- La edad promedio de las pacientes correspondió; 51-60 años: 44%; 61-70 años: 28%; 41-50 años: 17%; 30-40 años: 5%; 71-80 años: 6%.

**Adenocarcinoma de endometrio por edad
1985-1995**



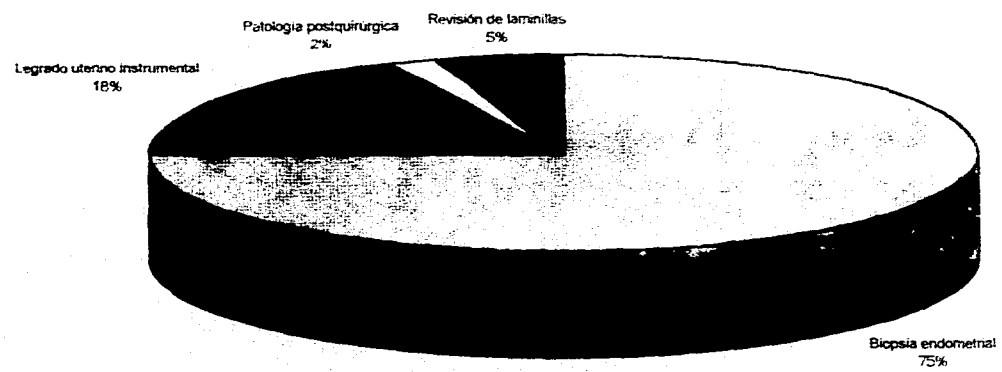
2.- En relación a los factores de riesgo, el más importante fue el sangrado uterino post-menopáusico: 54%; hipertensión arterial: 46%; obesidad: 32%; diabetes mellitus: 30%; multiparidad 50% (más de tres gestas), una y dos gestas: 22%; nuliparidad: 28%.

Adenocarcinoma de endometrio
Factor de riesgo



3.- El diagnóstico de cáncer de endometrio se basó en el 75% de los casos de biopsia endometrial; 18% legrado uterino instrumental; 2% como resultado de patología post-quirúrgica y en un 5% con diagnóstico ya establecido y corroborado por revisión de laminillas.

**Adenocarcinoma de endometrio
Diagnóstico**



4.- La etapa clínica que presentaban las pacientes fue:

Ia. 15%

Ib. 33%

Ic. 8%

IIa. 14%

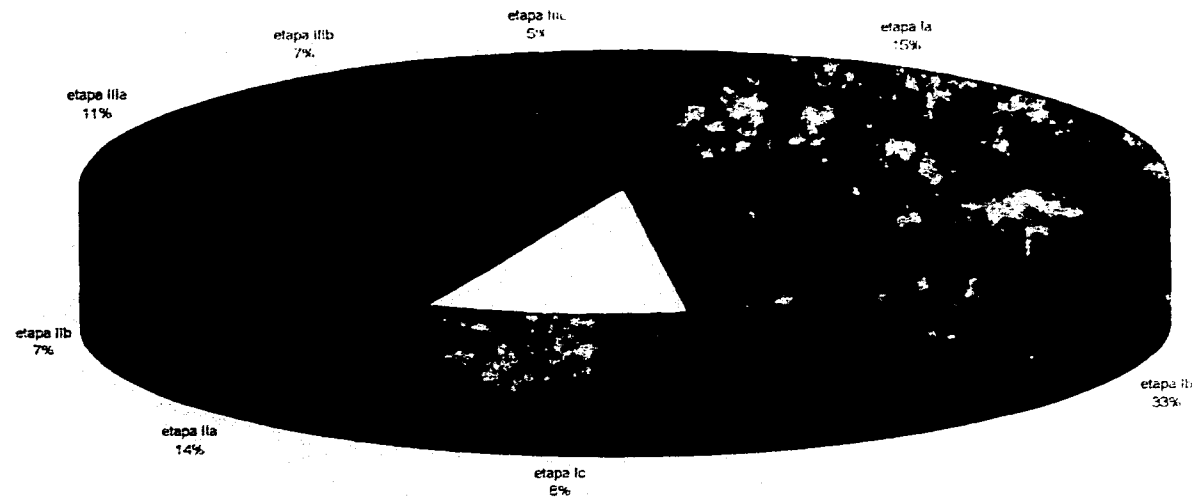
IIb. 7%

IIIa. 11%

IIIb. 7%

IIIc. 5%

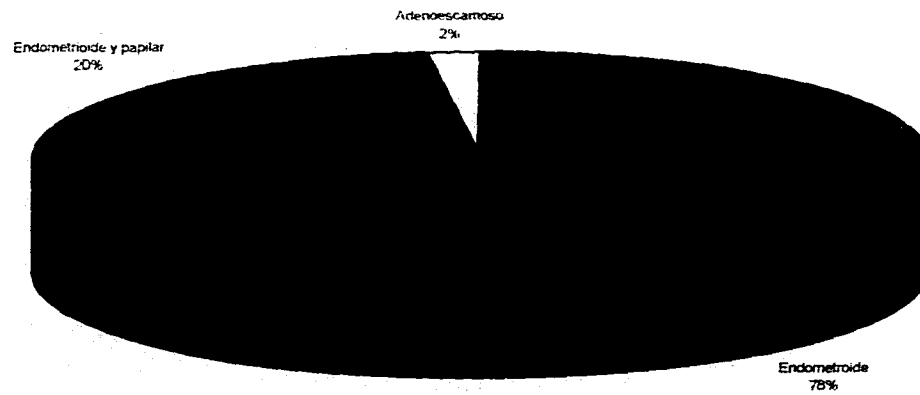
Adenocarcinoma de endometrio
Etapa clinica



5.- El tipo histológico más frecuente fue: Endometrio 78%; endometroide y papilar 20%; adenoescamoso 2%.

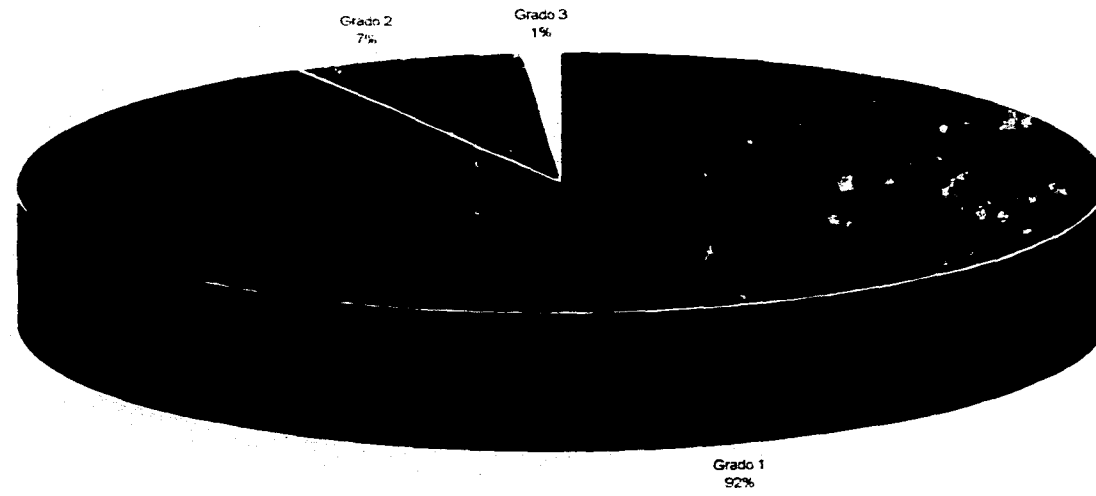
5.- El tipo histológico más frecuente fue: Endometrio 78%; endometroide y papilar 20%; adenocarcinoma 2%.

Adenocarcinoma de endometrio
Tipo histológico



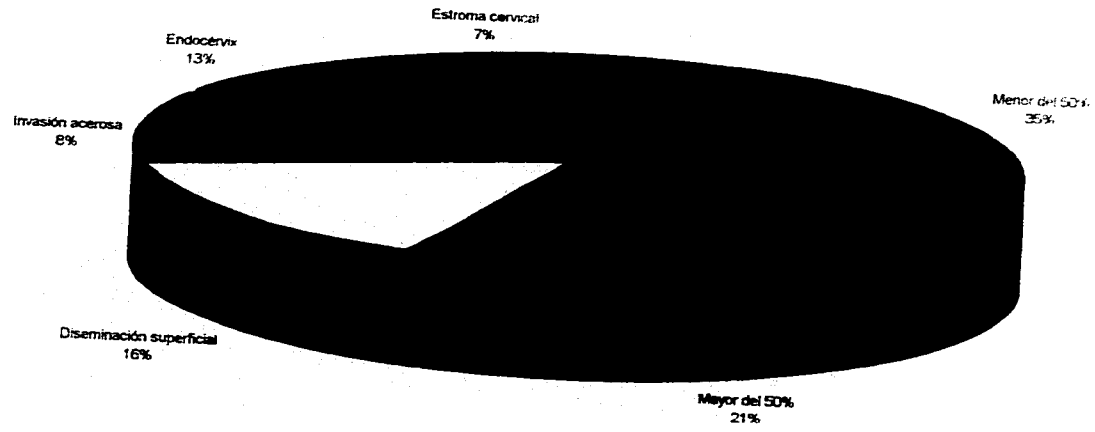
6.- El grado de diferenciación correspondió al Grado I: 92%, Grado II: 7%, Grado III: 1%.

Adenocarcinoma de endometrio
Grado de diferenciación



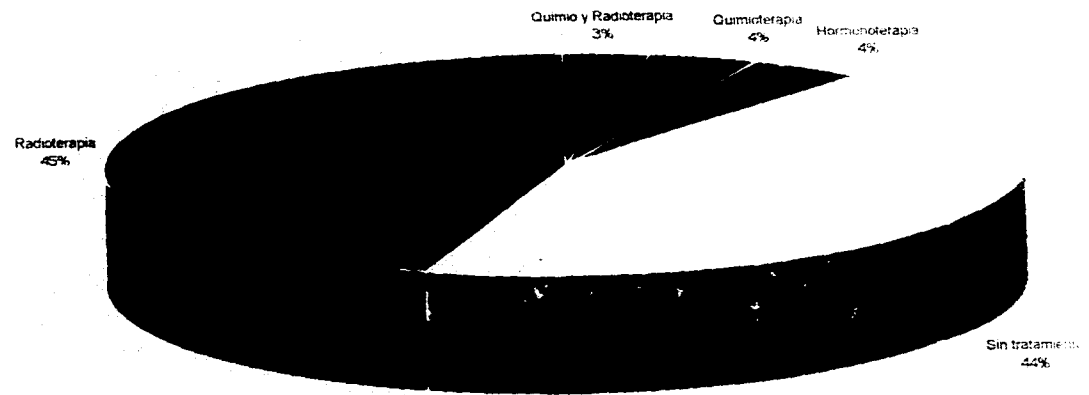
7.- La invasión miometrial fue menor de la mitad del mismo 35%; mayor a esta: 21% de disminución superficial: 16%; incluyendo serosa: 8%; endocervix: 13%; estroma cervical: 7%.

**Adenocarcinoma de endometrio
Grado de Invasión**



8.- Unicamente el 56% recibieron terapia adyuvante: radioterapia: 45%, quimioterapia: el 1%, hormonoterapia: 4%, y tratamiento combina: el 3% (radioterapia y quimioterapia).

**Adenocarcinoma de endometrio
Terapia Adyuvante**



9.- En el 12% de las pacientes se modificó la etapa clínica inicial en base al resultado histopatológico.

10.- A los dos años presentaron recurrencia dos pacientes en etapa clínica Ic, con grado de diferenciación I, por lo que el tratamiento se basó en radioterapia y hormonoterapia.

11.- De los expedientes analizados, dos pacientes se dieron de alta a su UMF, dos al Centro Médico Nacional y una paciente finada (no operada por el servicio de oncología).

CONCLUSIONES

1.- Como se demuestra acerca de esta patología, la edad más frecuente fue entre los 50 y 60 años de edad, y concuerda con la literatura internacional.

2.- En el grupo joven que presentó cáncer de endometrio, sólo dos pacientes correspondieron a etapa II y tres pacientes a etapa Ib, todas ellas con grado de diferenciación I, así mismo, contaban con el antecedente de diabetes, hipertensión, obesidad y en un caso esterilidad.

3.- En cuanto a los factores de riesgo, se encontró diferencia notable en relación a la paridad de lo escrito en la literatura internacional, pacientes con más de tres gestas: 50%; menor a tres gestas: 22%; y nuliparidad: 28%.

4.- El diagnóstico se basó principalmente en biopsia endometrial: 75%; el cual es un método accesible y se realiza en el consultorio.

5.- La etapa clínica en que se realizó el mayor número de los diagnósticos fue Ib: 34%; siguiéndole la etapa Ia: 16%.

6.- El tipo histológico más frecuente es el endometroide, así como el grado de diferenciación fue el I. En cuanto a la invasión miometrial correspondió a menos del 50%.

7.- Solamente dos pacientes presentaron recurrencia, lo que indica el pronóstico de las mismas, con base a la etapa clínica, tipo y grado histológico del cáncer de endometrio.

8.- Es importante hacer mención que ocho pacientes presentaron doble cáncer primario, correspondió cinco pacientes a cáncer de ovario y endometrio, y tres pacientes a cáncer de mama y endometrio.

9.- Cabe hacer mención que esta clasificación nos permite identificar factores pronósticos, y que esto influye en la sobrevida de las pacientes como lo constata el 12% que modificó su etapa clínica inicial, y el 56% que recibió tratamiento complementario. En conjunto, hace hace que un 68% se beneficie con este tipo de etapificación. Esto resalta el trabajo realizado en el servicio de Oncología del Hospital de Gineco-Obstetricia No. 3 del Centro Médico Nacional "La Raza", dado que tres años antes de que la FIGO emitiera su clasificación clínico-quirúrgica, ésta se realizaba ya en esta unidad, para un mejor tratamiento y pronóstico de las pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Vicent, De Vita, et. al. CANCER: PRINCIPIOS Y PRACTICA DE ONCOLOGIA. (Carcinoma del cuerpo uterino). Balcelona, España. 2a. ed. Editorial Salvat. 1988. p.p. 969-982.
- 2.- Boring, C.C. Squires, T.S. and Tong T. CANCER STATICS. Cancer J. Clin. 1993; 43: 7-26.
- 3.- Danforth, H. S. TRATADO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA. (CANCERES DEL CUERPO UTERINO)
Interamericana. 1990; 50. p.p. 1091-1104.
- 4.- Leminen, A., Forss, M., and Lehtovirta, P. ENDOMETRIAL ADENOCARCINOMA WITH CLINICAL OF CERVICAL INVOLMENT: ACCURANCY OF DIAGNOSTIC PROCEDURES, CLINICAL COURSE, AND PROGNOSTIC FACTORS. Acta Obstetrica Gynecol. Scand 1995; 74: 61-66.
- 5.- Lissner, L., et. al. ADIPOSE TISSIE FATTY ACIDS AND DIETARY FAT SOURCES IN RELATION TO ENDOMETRIAL CANCER: A POPULATION-BASED CONTROLS. Acta Gynecol. Scand. 1993; 72: 481-487.
- 6.- Vecchia, La C., et. al. PRONOSTIC FEATURES OF ENDOMETRIAL CANCER IN ESTROGENS USERS AND OBESE WOMEN. Am. J. Obstet. Gynecol. 1982; 144: 387-390.

- 7.- González, M. J. ONCOLOGIA GINECOLOGICA. (ADENOCARCINOMA DE ENDOMETRIO). Salvat. Barcelona, España. 1991; 6. p.p. 211-226.
- 8.- Cowles, T. A. COMPARISION OF CLINICAL AND SURGICAL STATING IN PATIENTES WITH ENDOMETRIAL CARCINOMA. *Obstet. Gynecol.* 1985; 66: 413-416.
- 9.- Disaia, P. J.; Creasman, W. T. GINECOLOGIA ONCOLOGICA CLINICA. (ADENOCARCINOMA DEL UTERO). Editorial Mosby/Doyma. 4a. edición. 1994;5. p.p. 156-193.
- 10.- Behbakht, K.; et. al. PRONOSTIC INDICATORS OF SURVIVAL ADVANCED ENDOMETRIAL CANCER. *Gynecol. Oncol.* 1994; 55: 363-367.
- 11.- Torres, L. A. CANCER DEL CUERPO UTERINO, VALORACION TERAPEUTICA Y PRONOSTICO EN 100 CASOS. *Ginecologia y Obstetricia de México* 1980; 47: 119-133.
- 12.- Disaia, P. J.; et. al. RISK FACTORS AND RECURENTS PATTERNS IN STAGE I ENDOMETRIAL CANCER. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1985; 151: 1009-1015.
- 13.- Barbar, A. G., et. al. SURGICAL STAGE IV ENDOMETRIAL CARCINOMA: A STUDY OF 47 CASES. *Gynecol. Oncol.* 1994; 52: 237-240.
- 14.- Mikuta, J. J. INTERNATIONAL FEDERATION OF GYNECOLOGY AND OBSTETRICS STATING OF ENDOMETRIAL CANCER 1988. *Cancer* 1993; 71: 1460-1463.

15.- REPORT PRESENT BY THE CANCER COMMITTEE TO GENERAL ASSEMBLY OF F.I.G.O., NEW YORK, APRIL 1970. *Int. J. Gynecol. Obstet.* 1971; 9: 172-180.

16.- FIGO NEWS FROM THE SECRETARIAT, ANNUAL REPORT ON THE RESULTS OF TREATMENT IN GYNECOLOGICAL CANCER. *Int. J. Gynecol. Obstet.* 1989; 28: 189-193.

17.- Haward, G. H. REVISION (1980) DE LOS SISTEMAS CLASIFICATORIOS DE LA FEDERACION INTERNACIONAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA PARA CANCER ENDOMETRIAL Y EVALUACION VULVAR. *Clinicas Obstétricas y Ginecológicas* 1992; 1: 87-92.

18.- Creasman, W. T. NEW GYNECOLOGIC CANCER STATING OBSTETRICS GYNECOLOGY. 1990; 75: 287-288.

19.- Zaino, R. J. ENDOMETRIAL CARCINOMA: THE NEED TO PURSUE A NEW PATHOLOG. *Gynecol. Oncol.* 1992; 42: 233-234.

20.- Kilgore, L. C. ADENOCARCINOMA OF ENDOMETRIUM: SURVIVAL COMPARISONS OF PATIENTS WITH AND WITHOUT PELV NODE SAMPLING. *Gynecol. Oncol.* 1995; 56: 29-33.

21.- Gusberg, S. B. VIRULENCE FACTORS IN ENDOMETRIAL CANCER. *Cancer* 1993; 71: 1464-1466.

22.- Boronow, R. C.; et. al. SURGICAL STATING IN ENDOMETRIAL CANCER. CLINICAL PATHOLOGIC FINDING OF A PROSPECTIVE STUDY. *Obstet. Gynecol.* 1984; 63: 825-832.

23.- Merino, B. D.; et. al. STATING LAPAROTOMY FOR ENDOMETRIAL CARCINOMA ASSESSMENT OF PERITONEAL SPREAD. *Gynecol. Oncol.* 1995; 56: 34-38.

24.- Morrow, R. C. RELATIONSHIP BETWEEN SURGICAL-PATHOLOGICAL, RISK FACTORS AND OUTCOME IN CLINICAL STAGE I AND II CARCINOMA OF THE ENDOMETRIUM: A GYNECOLOGIC ONCOLOGY GROUP STUDY. *Gynecol. Oncol.* 1991; 40: 55-56.

25.- Larson, D. M. and Jhonson, P. A. PELVIC AND PARA AORTIC LINPHADENECTOMY FOR SURGICAL STATING OF HIGN. RISK ENDOMETRIOD OF THE ENOMETRIUM. *Obstet. Gynecol.* 1993; 345-348.

26.- Grigsby, P. W. RESULTS OF THERAPY, ANALISIS OF FAILURES AND PROGNOSITIC FACTORS FOR CLINICAL AND PATHOLOGIC STAGE III ADENOCARCINOMA OF THE ENDOMETRIUM. *Ginecol Oncol.* 1987; 27: 44-57.

27.- De la Fuente, R.; et. al. CUERPO DEL UTERO: COMPENDIO DEL REGISTRO HISTOLOGICA DE NEOPLASIAS MALIGNAS S. S. A. 1993: 103-106.

28.- Bokhman, J. V. TWO PATHOGENETIC TYPES OF ENDOMETRIAL CARCINOMA. *Gynecol. Oncol.* 1983; 15: 10-17.