

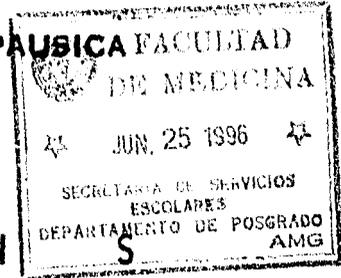
11217
20
33



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

División de Postgrado
Hospital de Ginecoobstetricia
Luis Castelazo Ayala

CANCER DE ENDOMETRIO EN
LA MUJER PREMENOPAUSICA



T E S I S

Que para optar por el Título de Especialista en
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
p r e s e n t a
DR. ZIGOR CAMPOS GOENAGA



DIRECTOR DE TESIS:
DRA. CATALINA ROMO AGUIRRE

México, D.F. Luis Castelazo Ayala
IMSS Noviembre 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).

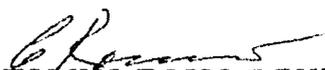
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

HOSPITAL DE GINECOOBSTETRICIA

LUIS CASTELAZO AYALA

**CANCER DE ENDOMETRIO EN
LA MUJER PREMENOPAUSICA**

INVESTIGADOR: DR ZIGOR CAMPOS GOENAGA


ASESOR: DRA CATALINA ROMO AGUIRRE

29/x/95
Vob
Duf



MEXICO, D.F. NOVIEMBRE DE 1995

AGRADECIMIENTOS

Para mí, éste trabajo, no sólo es una serie de datos destinados a permanecer en el estante de alguna biblioteca, sino que significa el fin de un paso más de ésta larga carrera iniciada hace más de diez años. El agradecimiento, por lo tanto, debe abarcar a muchas personas y diversas instituciones, que han sido determinantes para llegar a poder redactar estas líneas.

A mi madre, María Isabel Goenaga, por todo el esfuerzo empleado en mí, por todo el cariño , y por el ejemplo que me ha puesto.

A mi padre, José Campos, quien hubiera disfrutado éste momento y siempre estará presente entre nosotros.

A mi hermana Isabel, por todo su apoyo.

A Désirèè, por toda la paciencia y cariño demostrados desde hace cuatro años.

A la Universidad La Salle y al Hospital de Ginecoobstetricia " Luis Castelazo Ayala" , lugares que forman parte de mí.

A la Dra Catalina Romo Aguirre, por su asesoría dentro de ésta tesis.

A los Dres Luís Méndez y Pedro Escudero, por su colaboración en la realización del trabajo.

A mis amigos, que prácticamente son parte de mi familia

Mexico DF, Noviembre de 1995

DEDICATORIA

A José y Maria Isabel, mis padres.

INDICE

INTRODUCCION.....	1
MATERIAL Y METODOS.....	6
RESULTADOS.....	8
GRAFICAS.....	11
DISCUSION.....	18
CONCLUSIONES.....	21
BIBLIOGRAFIA.....	23
RESUMEN.....	25

INTRODUCCION

El cáncer de endometrio, es el primer cáncer ginecológico en Estados Unidos, y la cuarta neoplasia en frecuencia entre mujeres norteamericanas. En las últimas décadas, la incidencia respecto a edades, está disminuyendo, al igual que su proporción respecto al cáncer cervicouterino. La sobrevivida a 5 años, es del 85%, con una sobrevivida del 92% si se diagnostica en etapas tempranas. Se calculan unas 5 000 muertes por año en Estados Unidos. (1,8)

Se aprecia una diferencia significativa entre los diversos países, encontrando una mayor incidencia en poblaciones de Norteamérica y Norte de Europa, intermedia en América Latina, y una menor proporción en poblaciones de África y Asia. La enfermedad es rara en mujeres menores de 45 años, pero el riesgo aumenta en mujeres de la sexta y séptimas décadas de la vida. El promedio de edad de presentación es de 61 años. Un 85% de los casos se presentan en mujeres postmenopáusicas, sin embargo, cerca de un 10% de mujeres menores de 45 años desarrollan ésta entidad. (1,5,6)

En las décadas pasadas, se apreció un incremento en el patrón de presentación del cáncer endometrial, caracterizado por un pico alrededor de 1975. Esto se relacionó con el uso indiscriminado de estrógenos exógenos durante los sesentas y setentas. (28)

Actualmente se identifican factores de riesgo tales como la nuliparidad y la obesidad que pueden aumentar el cáncer endometrial de 3 a 10 veces respecto a población normal. (8, 19)

La asociación entre cáncer de endometrio y nuliparidad se puede deber a infertilidad. Esta hipótesis se sustenta en base a estudios que reportan 3.5 veces más riesgo en mujeres que no se embarazaron durante un período de 3 años. Las alteraciones biológicas asociadas, incluyen ciclos menstruales anovulatorios (exposición prolongada a estrógenos sin progesterona suficiente), altos niveles de androstenediona, y la ausencia de la descamación endometrial mensual (el tejido residual puede favorecer la hiperplasia). (4-22-23)

Aunque la paridad disminuye el riesgo de cáncer endometrial, no hay evidencia de que éste disminuye con un mayor número de embarazos. (22)

La edad de la menarca puede ser otro factor de riesgo, aunque los estudios no han comprobado ésta hipótesis.(14, 22)

La obesidad es otro factor de riesgo reconocido. Las mujeres obesas tienen aumentada la producción de estrona debido a la conversión de androstenediona a estrona, por aromatización en tejido adiposo.(2, 28)

Existe la evidencia de que la distribución de la obesidad, más que el volumen de grasa es más importante debido a las anomalías metabólicas y hormonales. Mujeres con obesidad de segmento superior, tienen una mayor prevalencia de diabetes, hipertensión arterial, y coledocolitiasis. Se estima que el aumento en el riesgo, se debe a una mayor producción de estrógenos

endógenos, particularmente no ligados a proteínas, los cuales son antagonizados por la progesterona. La cantidad de estrógenos no ligados a proteínas es inversamente proporcional a la cantidad de globulina ligada a hormonas sexuales (SHBG). Mujeres con cáncer de endometrio tienen niveles bajos de SHBG al igual que las paciente con obesidad de tipo androide. Austin y cols han demostrado que la obesidad durante la adolescencia, así como una larga evolución de ésta son factores promotores del cáncer de endometrio. (2,3, 21,26)

Otras entidades que cursan con niveles elevados de estrogénos como son el Síndrome de Ovarios Poliquísticos , y los tumores ováricos productores de estrogénos, también se han asociado con niveles elevados de carcinoma endometrial. (4,10)

Las pacientes diabéticas presentan un mayor riesgo para desarrollar carcinoma de endometrio, que la población general, lo cual puede estar asociado a niveles altos de estrona. En un estudio de Schapira y cols se encontró presente en un 7.1% de los casos. La hipertensión arterial , también se encuentra asociada, aunque no representa un factor de riesgo por sí misma, sino que es común en pacientes obesas. (20, 26)

Histológicamente, el 85% de los carcinomas endometriales son adenocarcinomas, caracterizados por unas formaciones glandulares más o menos bien definidas, revestidas por células epiteliales cuboideas o cilíndricas de naturaleza maligna. (5, 25)

CLASIFICACION DEL CARCINOMA DE ENDOMETRIO

ADENOCARCINOMA ENDOMETRIOIDE

PAPILAR

SECRETOR

CELULAS CILIADAS

ADENOCARCINOMA CON DIFERENCIACION ESCAMOSA

CARCINOMA MUCINOSO

CARCINOMA SEROSO

CARCINOMA DE CELULAS CLARAS

CARCINOMA ESCAMOSO

CARCINOMA INDIFFERENCIADO

TIPOS MIXTOS

MISCELANEO

CARCINOMA METASTASICO

Se puede clasificar en tres grupos, de acuerdo al grado de diferenciación:

Las lesiones grado 1 son altamente diferenciadas, el número de glándulas está aumentado, dando un patrón "espalda con espalda". Pueden existir proyecciones papilares hacia la luz de la glándula, y las mitosis tanto normales, como anormales, están presentes. (5, 25)

Las lesiones grado 2, son moderadamente diferenciadas. La forma glandular, es irregular, y la cantidad de células epiteliales atípicas es mayor que en el grado previo. (5, 25)

Las lesiones grado 3 o indiferenciadas se caracterizan por placas de células neoplásicas con destrucción del patrón glandular. (5, 25)

El grado de invasión endometrial, es un importante factor pronóstico. Es un parámetro dentro de la clasificación de la FIGO, y se describe según el porcentaje de invasión, mayor o menor del 50% del espesor endometrial.

(6,7,11)

La clasificación de la FIGO, revisada en 1988, etapifica al cáncer de endometrio, de la siguiente manera:(11)

ESTADIO		
IA	G123	TUMOR LIMITADO A ENDOMETRIO
IB	G123	INVASION A <1/2 ENDOMETRIO
IC	G123	INVASION A > 1/2 ENDOMETRIO
IIA	G123	ABARCA GLANDULAS ENDOCERVICALES
IIB	G123	INVASION ESTROMA CERVICAL
IIIA	G123	SEROSA, ANEXOS , O LAV PERITONEAL (+)
IIIB	G123	METASTASIS VAGINAL
IIIC	G123	METS A GANGLIOS PELVICOS O PARAAORTICOS
IVA	G123	INVASION A VEJIGA O INTESTINO
IVB		METASTASIS A DISTANCIA

El tratamiento en etapas tempranas , incluye la histerectomia total abdominal con salpingooforectomía bilateral. Dentro de la etapificación quirúrgica, se incluye el lavado peritoneal, y la triple biopsia ganglionar, de ganglios pélvicos y paraaórticos. (5, 6, 7)

El tratamiento adyuvante, radioterapia, quimioterapia, u hormonoterapia está dado en base al reporte histopatológico, y los datos de mal pronóstico.(5, 6, 7)

FACTORES UTERINOS	FACTORES EXTRAUTERINOS
TPO HISTOLOGICO	METASTASIS ANEXIALES
GRADO	DISEMINACION PERITONEAL
INVASION ENDOMETRIO	LAVADO PERITONEAL POSIT
EXTENSION CERVICAL	METASTASIS GANGLIOS PELVICOS
INVASION VASCULAR	METASTASIS GANGLIOS AORTICOS

MATERIAL Y METODOS

Se estudiaron 15 casos de mujeres menores a 45 años, premenopáusicas, en el Hospital de Ginecoobstetricia "Luis Castelazo Ayala", con reporte histopatológico realizado en el Departamento de Patología de dicho Hospital, desde Enero de 1988 hasta Octubre de 1995. Todas ellas, fueron captadas de la Consulta Externa, del servicio de Oncología Ginecológica de dicho Hospital.

Dentro de la hoja de captación de datos, se especificó la edad, cuyo rango fue de 18 a 44 años, menarca y paridad. Otros factores de riesgo captados incluyeron obesidad, determinada por relación peso / talla, hipertensión arterial y diabetes , con diagnóstico en consultas previas y valoradas por los servicios de Endocrinología y Medicina Interna, así como el diagnóstico de Síndrome de Ovario Poliquístico, corroborado en el Servicio de Endocrinología Ginecológica.

Los métodos anticonceptivos se evaluaron en busca de administración de hormonales. Dentro de la sintomatología, se analizó hemorragia genital, dolor, tumor o descarga vaginal. La histerometría y el tiempo de evolución de la sintomatología, fueron datos obtenidos de las consultas previas a la cirugía, así como el procedimiento utilizado para obtener el diagnóstico preoperatorio, incluyendo, etapa clínica y variedad histológica.

Todas las piezas fueron analizadas en el Servicio de Patología obteniéndose el reporte histopatológico definitivo, con grado de invasión a miometrio, extensión cervical, y hallazgos anexiales. Posteriormente se estableció la etapificación postquirúrgica. En base a ésta se indicó terapia adyuvante en ciertos casos.

Una sola pieza, se obtuvo fuera del Hospital de Ginecoobstetricia "Luis Castelazo Ayala". Los cortes histológicos de esta pieza fueron analizados por el servicio de Patología de nuestro Hospital.

El tiempo de seguimiento fue de 80 meses como máximo, utilizando Ca 125 como marcador tumoral, excepto en dos casos que no ameritó seguimiento con marcadores tumorales. El estado actual se obtuvo en base a la última revisión de la paciente en la consulta externa.

RESULTADOS

Un total de 15 pacientes reunieron los criterios de inclusión. El rango de edad fue de 18 a 44 años (gráfica 1), teniendo como promedio 36.66 años. La menarca vivió en un rango de 10 a 15 años (gráfica 2), siendo la mediana 12 años, y el promedio de 12.4 años.

Cuatro pacientes fueron nuligestas (26.66%), y en total 6 nulliparas (40%) (gráfica 3) . Una paciente presentó cuatro abortos. Diez pacientes negaron el uso de método anticonceptivo, 4 de ellas tenían OTB, y una portadora de DIU, (gráfica 4) retirado previo a la sintomatología.

Respecto a los factores de riesgo, 12 pacientes eran obesas (80%); 4 tenían antecedentes de diabetes (26.66%); 2 tenían hipertensión arterial crónica (13.33%); 2 con Sx de Ovarios Poliquísticos (13.33%); y otras dos pacientes (13.33%) no tenían factor de riesgo atribuible (gráfica 5). Estas dos pacientes cursaron con diagnóstico histopatológico definitivo de cáncer endometrial in situ, y negativo, respectivamente.

El 100% de los casos , tuvieron como sintomatología hemorragia genital anormal, tres pacientes refirieron dolor pélvico inespecífico, y una cursó con descarga vaginal fétida. El tiempo de evolución de los síntomas fue de 9.73 meses en promedio, con un rango de 2 a 24 meses de evolución. (gráfica 6)

La histerometría fue en promedio de 8.8 centímetros, con un rango de 6 a 12 centímetros. El diagnóstico preoperatorio, se estableció en 9 casos (60%) mediante legrado hemostático biopsia; en 5 casos (33.33%) mediante biopsia de endometrio, y en un caso se analizó directamente la pieza obtenida fuera de la unidad. La etapa clínica preoperatoria, fue 1A1 en cinco casos (33.33%); 1B1 en 7 casos (46.66%); 1 caso fue 1B2; otro caso 1C1; y negativo en otro caso. A ésta paciente se le realizó histerectomía total abdominal con salpingooforectomía bilateral, y en el estudio patológico, se le diagnosticó adenocarcinoma bien diferenciado.

El reporte histopatológico definitivo, fue positivo en el 86.66% de las paciente (13 casos). Los dos reportes negativos fueron catalogados como cáncer endometrial in situ, y negativo a células malignas. De los reportes positivos, 11 (73.33%), correspondieron a adenocarcinoma de endometrio bien diferenciado, y 2 (13.33%) a adenocarcinoma de endometrio moderadamente diferenciado. El grado de invasión a miometrio fue negativo en 3 pacientes (20%), menor del 50% en 9 pacientes (60%), y mayor del 50% en tres pacientes (20%). Una sola paciente tuvo afección glandular endocervical y fue clasificada como IIA2.

La etapificación postquirúrgica presentó un caso negativo; 4 casos 1a1 (26.66%), 7 casos 1B1 (46.66%), y tres casos 1C1, 1C2, y 2A2 respectivamente. En ocho (57.14%), de 14 casos, en que se contó con diagnóstico preoperatorio, la etapificación postquirúrgica, se correlacionó con la prequirúrgica.

Tres pacientes (20%), recibieron terapia adyuvante postoperatoria, a base de radioterapia, y una junto con quimioterapia y hormonoterapia. Los casos correspondieron a estadios 1C1, 1C2, y 2A2 respectivamente. Trece pacientes (86.66%), fueron seguidas con marcadores tumorales (Ca 125), y ninguna reportó elevación sérica (>30 UI). El tiempo de seguimiento fluctuó de 2 hasta 80 meses (gráfica 13).

No existe notificación de pacientes fallecidas o con actividad tumoral en ninguno de los casos .

INDICE DE GRAFICAS

GRAFICA 1. EDAD DE LAS PACIENTES

GRAFICA 2. MENARCA

GRAFICA 3. PARIDAD DE LAS PACIENTES

GRAFICA 4. METODO ANTICONCEPTIVO UTILIZADO

GRAFICA 5. FACTORES DE RIESGO

GRAFICA 6. TIEMPO DE EVOLUCION EN MESES

GRAFICA 7. HISTEROMETRIA

GRAFICA 8. METODO DIAGNOSTICO

GRAFICA 9. ETAPA CLINICA PREOPERATORIA

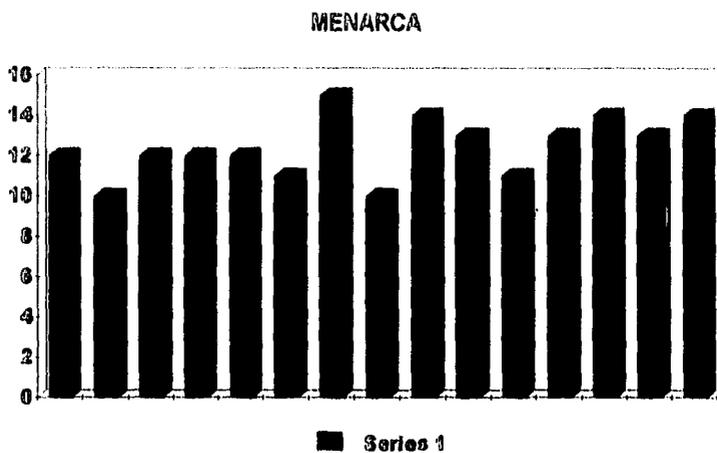
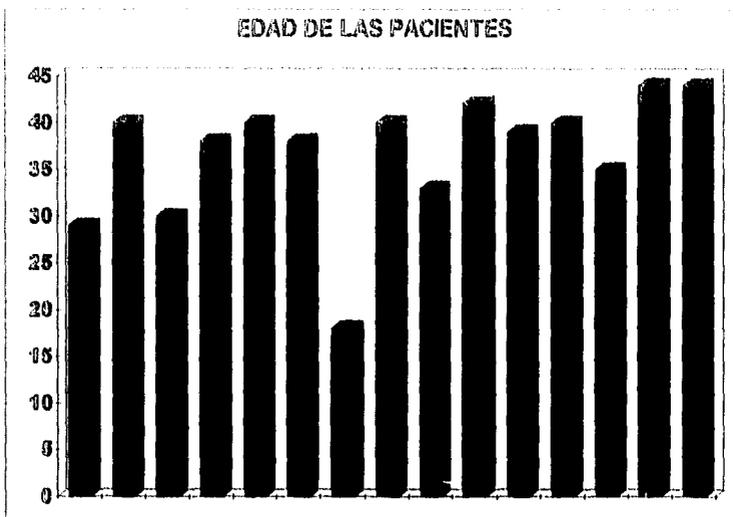
GRAFICA 10. REPORTE HISTOPATOLOGICO

GRAFICA 11. INVASION A MIOMETRIO

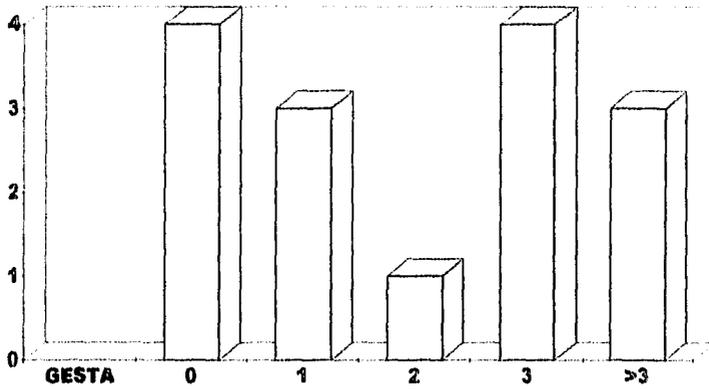
GRAFICA 12. ETAFIFICACION POSTQUIRURGICA

GRAFICA 13. TIEMPO DE SEGUIMIENTO POSTQUIRURGICO

GRAFICAS

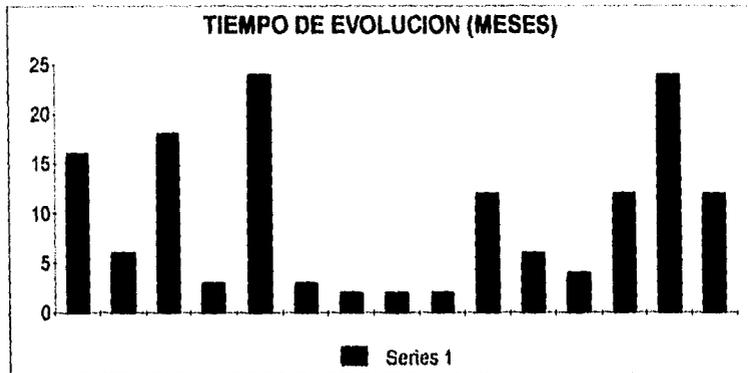
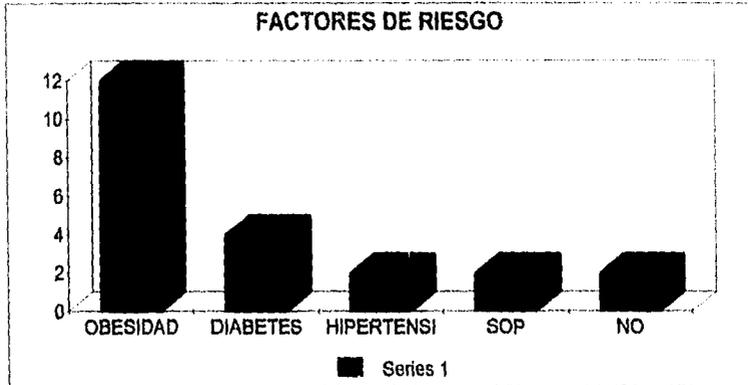


PARIDAD DE LAS PACIENTES

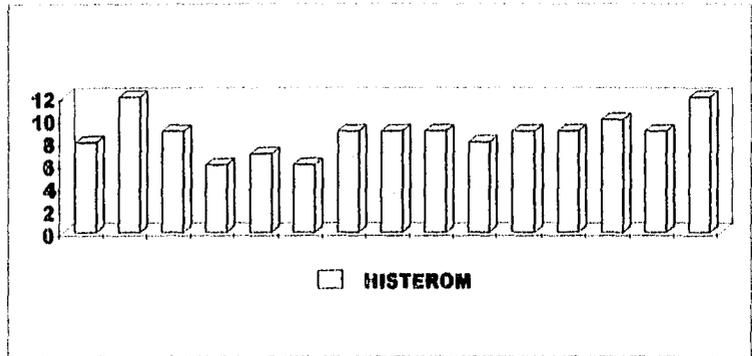


METODO ANTICONCEPTIVO

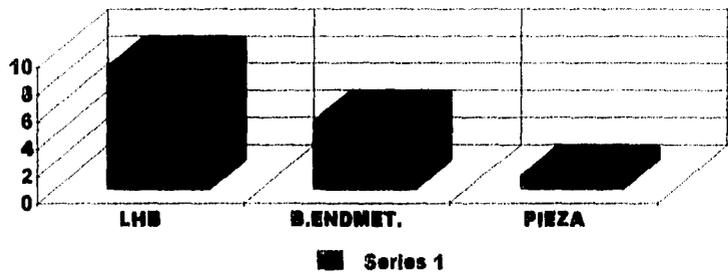


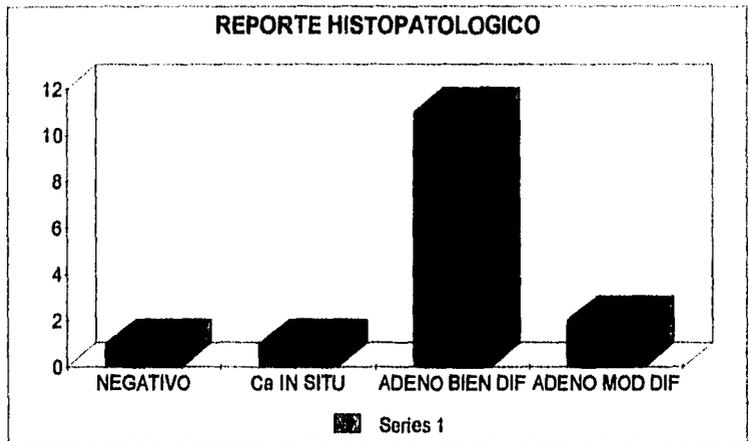
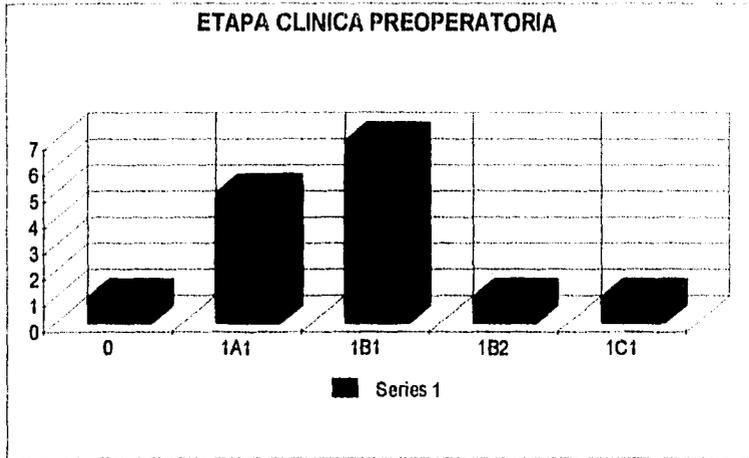


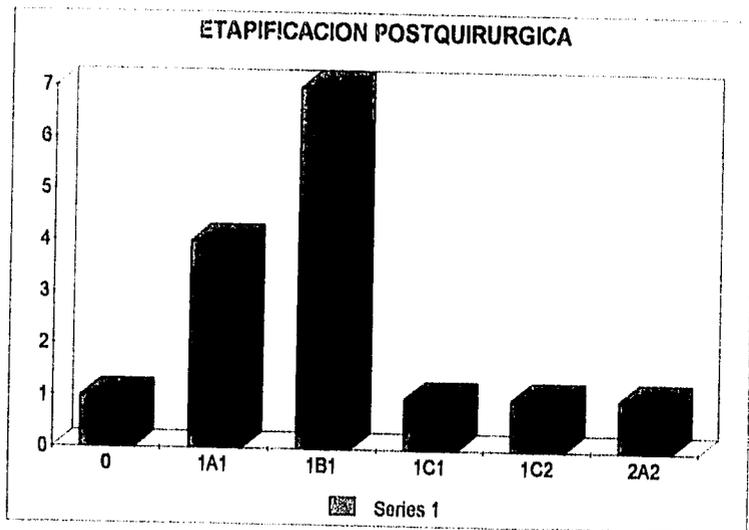
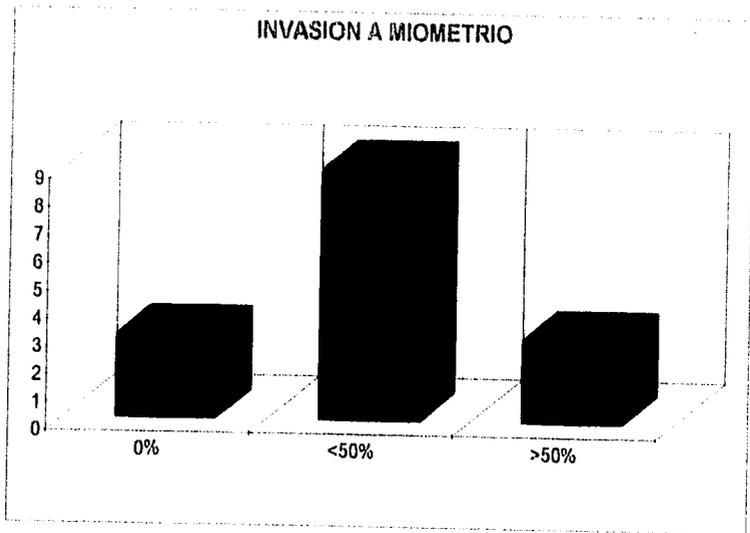
HISTEROMETRIA

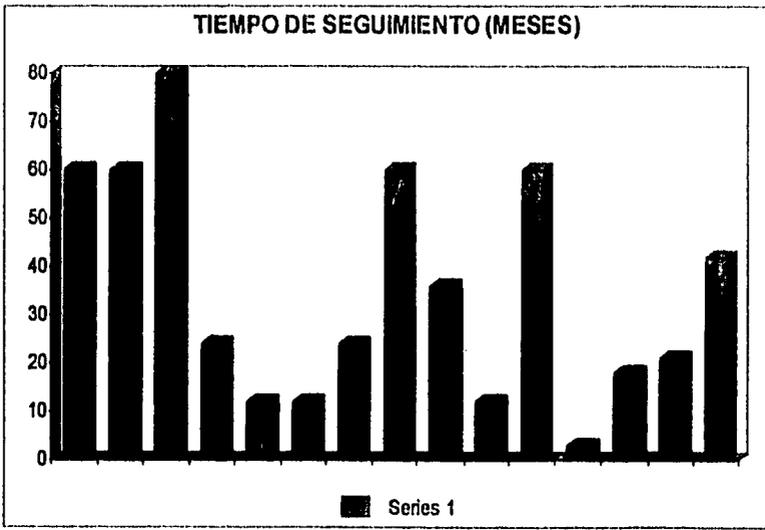


METODO DIAGNOSTICO









DISCUSION

El cáncer de endometrio es un padecimiento presente a partir de la sexta década de la vida. Durante éste período se observan picos en la frecuencia de ésta entidad. Mientras en Estados Unidos, ocupa el primer lugar en frecuencia dentro de las neoplasias ginecológicas, en nuestro medio, es el cuarto, detrás del cáncer cervicouterino, mama, y ovario.. El número de casos, es comparable a las series de Franchi y Pricop, en el sur de Europa.(1,8,12,24)

Dentro de los factores de riesgo, se observó en nuestra cohorte, que un 26.6% de las pacientes eran nuligestas, y un 40% nulíparas. Al igual que reporta Parazzini y col. parece que la infertilidad, es un claro factor de riesgo para la presentación de ésta neoplasia, debido a la anovulación, que se caracteriza por un tiempo prolongado de exposición a estrogénos, sin oposición progestacional. Esta hipótesis es apoyada por estudios que demuestran un mayor riesgo en mujeres casadas nulíparas , que en mujeres solteras. Otro estudio, demuestra una mayor incidencia en mujeres con deficiencia de progesterona. (9,19,22,27)

Otro factor de riesgo atribuible, es la obesidad. En éste trabajo, un 80% de la población era obesa. Schapira y col postulan que mujeres con elevada producción endógena de estradiol no ligado a proteínas, y niveles disminuidos

de SHBG, tienen un alto riesgo de desarrollar cáncer de endometrio. A su vez pacientes con ésta neoplasia, cursan con niveles elevados de SHBG. (15,18,21,26)

Un 26.6% de las pacientes eran diabéticas, y un 13.3% hipertensas. Generalmente, éstas entidades se asocian con obesidad, ya que sólo en un caso la paciente era diabética, sin ser obesa, aunque contaba con el antecedente de infertilidad. (8, 18, 27)

Dos pacientes que no tuvieron factores de riesgo, tuvieron reportes histopatológicos negativos con diagnóstico de Ca in situ , que correspondió a clase 0 , y sin células malignas, al cual se le atribuyó 1A1 por el reporte previo de adenocarcinoma bien diferenciado.

La sintomatología clásica, definida por hemorragia uterina anormal, se presentó en todas las pacientes. La mayoría presentaron sangrados intermenstruales, o alteraciones del tipo hiperpolimenorrea. El diagnóstico, realizado ya sea mediante legrado hemostático biopsia, o por biopsia de endometrio, debe tomarse con cierta cautela, ya que se reportan de un 6 a 10% de falsos negativos debido a una toma de muestra inadecuada, o a un curetaje insuficiente de la cavidad uterina. El método con una mayor sensibilidad diagnóstica, es la toma de biopsias dirigidas mediante histeroscopia. En éste

protocolo la correlación de la etapificación prequirúrgica, con la postquirúrgica se dio en el 57.14% de los casos.(14, 16)

La estirpe histológica presente en todos los casos cuyo reporte patológico fue positivo, era adenocarcinoma, lo cual concuerda con el estudio de Franchi, aludiendo que cursa con un tipo más favorable, y que los datos de mal pronóstico como grado 3, o invasión miometrial mayor al 50%, son raros en pacientes jóvenes. En nuestro estudio sólo un 20% de las pacientes tuvieron invasión más allá de la mitad del espesor del tejido endometrial, y tres pacientes tuvieron estadios postquirúrgicos 1A1, 1C2, y 2A2. Estas pacientes fueron tratadas con radioterapia, y un caso con quimioterapia y hormonoterapia, evolucionando favorablemente, estando actualmente libres de enfermedad. (12, 13, 14)

El excelente pronóstico, que ofrece el tratamiento quirúrgico oportuno se corrobora con el tiempo de seguimiento de 35 meses en promedio, libre de enfermedad. El uso de Ca125 como marcador de la actividad tumoral, reporta una sensibilidad del 80%. En nuestro estudio, ninguna paciente ha cursado con elevación de dicho marcador en las consultas subsecuentes. (5,6,7,13)

CONCLUSIONES

El cáncer de endometrio, ocupa el primer lugar dentro de las neoplasias ginecológicas en países desarrollados. Aunque la mayoría de los casos se presentan en la postmenopausia, de un 5 a 10% se presentan en etapas previas.

Los factores de riesgo implicados, incluyen infertilidad, y obesidad. Los resultados obtenidos , concuerdan con los reportados en la literatura mundial. Otros factores tales como diabetes, hipertensión arterial, y poliquistosis ovárica no muestran una relación tan evidente con la neoplasia endometrial. Las pacientes premenopaúsicas, están exentas de la aplicación de terapia hormonal de reemplazo por síndrome climatérico, situación a la cual se le ha dado una mayor importancia dentro de la presentación de cáncer endometrial.

Si bien éstos factores no siempre son previsibles, se debe esmerar el cuidado en pacientes de riesgo, sobretodo, si presentan sintomatología como sangrado uterino anormal, o descarga vaginal fétida. El protocolo de manejo debe incluir toma de muestra de miometrio.

La supervivencia de las pacientes, con un diagnóstico oportuno, y un tratamiento adecuado, que incluya histerectomía, salpingooforectomía bilateral, triple biopsia ganglionar y lavado peritoneal se acerca al 100% a 5 años. El análisis de la pieza quirúrgica, basado en el grado de diferenciación, e invasión miometrial, ofrece los factores pronósticos más importantes, y plantea la posibilidad de administrar terapia adyuvante. Un seguimiento posterior que incluya marcadores tumorales identifica la recurrencia de la enfermedad. En pacientes jóvenes, es rara, aunque depende de los factores pronósticos descritos previamente.

BIBLIOGRAFIA

1. American Cancer Society: Cancer statistics 1991. CA41:1, 1991.
2. Austin H. Endometrial cancer, obesity and fat distribution. Cancer Res 51(581), 1991.
3. Bernstein L. Estrogen and sex hormone globulin binding levels in nulliparous and parous women. JNCI 74:741, 1985.
4. Coulan CB. Chronic anovulation syndrome and associated neoplasia. Obstet Gynecol 61 : 403, 1983.
5. Danforth's. Obstetrics and Gynecology. Philadelphia 7th Ed, 1994. JB Lippincott.
6. Di Saia P. Clinical Gynecologic Oncology. St Louis 4th ed. Mosby.
7. Di Saia P. Risk factors in recurrent carcinoma stage Y. AM J Obstet Gynecol 152:1009, 1985
8. Elwood, JM. Epidemiology of endometrial cancer. JNCI 59:1055, 1977.
9. Farhi, DC. Endometrial adenocarcinoma in women under 25 years. Obstet Gynecol 61: 966, 1986
10. Fechner RE. Endometrial adenocarcinoma in Stein Leventhal syndrome. Cancer 34: 444, 1974.
11. FIGO staging for corpus cancer. 96,889. 1988
12. Franchi M. adenocarcinoma endometriale en eta fertile. minerva gin. 45:1-2, 1993.
13. Genest P. Prognostic factors in early carcinoma of endometrium. Am J Oncol 36:97, 1990.
14. Henderson, BE. The epidemiology of endometrial cancer in young women. Br J Cancer 47:749, 1983.

15. Hulka BS. Estrogen and endometrial cancer. *AM J Obstet Gynecol* 137:92, 1980
16. Karlsson B. Endovaginal scanning of the endometrium compared to cytology. *Gynecol Oncol.* 50 173-8. 1993
17. Kelsey JL. A case control study of cancer of endometrium. *Am J Epidemiol* 116, 333, 1982
18. La Vecchia C. Anthropometric indicators for endometrial cancer. *Eur J Cancer* 27:4, 1991.
19. La Vecchia C. Risk factors for endometrial cancer at different ages. *JNCI* 73, 667, 1984.
20. Lawrence C. Smoking, body weight and early stage endometrial cancer. *Cancer* 59: 1665, 1987
21. Nisker JA. SHBG and estradiol in women with or without endometrial cancer. *Am J Obstet Gynecol* 138: 637. 1980.
22. Parazzini F. Reproductive factors and risk of endometrial cancer. *Am J Obstet Gynecol* 164:2, 1991
23. Parazzini F. The epidemiology of endometrial cancer. *Gynecol Oncol* 41, 1-16. 1991
24. Pricop M. Endometrial carcinoma in cases under 45 years. *Rev Med Chir Soc* 93:3, 1989
25. Robbins SL: *Patologia estructural y funcional.* Mexico 3a De. Interamericana.
26. Schapira DV. Upper body fat distribution and endometrial cancer. *JAMA* 266:1808, 1991.
27. SiiteriPK. Steroid Hormones and cancer. *Cancer Res.* 38: 4360-80. 1978.
28. Weiss NS. Increasing incidence of endometrial cancer. *NEJM* 294, 1259, 1976.

**CANCER DE ENDOMETRIO EN LA MUJER PREMENOPAUSICA
CAMPOS GOENAGA Z, ROMO AGUIRRE C.
HOSPITAL DE GINECOOBSTETRICIA " LUIS CASTELAZO AYALA "**

El adenocarcinoma de endometrio, en pacientes menores de 45 años , ocurre de un 3 a 8%. La sobrevida en estadios iniciales es del 95% a 5 años.

Se obtuvieron 15 casos, en pacientes menores de 45 años, premenopáusicas con diagnóstico de cáncer de endometrio, en el Hospital de Ginecoobstetricia "Luis Castelazo Ayala", de Enero de 1988, hasta octubre de 1995. Todas ellas contaban con reporte histopatológico definitivo.

Se observó que dentro de los principales factores de riesgo, 4 de ellas (26%) eran nuligestas, y 6 , nuliparas (40%). Doce pacientes (80%) eran obesas, 4 tenían antecedentes de diabetes; 2 , antecedentes de hipertensión arterial, y 2 con síndrome de Ovarios Poliquísticos. Otras dos pacientes, no tuvieron factores de riesgo atribuibles.

La sintomatología presente en el 100% de los casos fue hemorragia uterina anormal. El tiempo de evolución de la sintomatología varió de 2 a 24 meses. El diagnóstico preoperatorio se estableció mediante legrado hemostático biopsia en 9 casos, y biopsia de endometrio en 5 casos.

El reporte histopatológico definitivo, fue positivo en 13 pacientes (86%). Las dos pacientes con reporte negativo, no tenían factores de riesgo entre sus antecedentes. De los reportes positivos, 11 correspondieron a adenocarcinoma bien diferenciado, y 2, adenocarcinoma moderadamente diferenciado. Dentro de los factores pronóstico, el grado de invasión a miometrio fue menor al 50% en 12 casos, y grado 1 de diferenciación en 11 casos.

A las pacientes se les realizó histerectomía total abdominal con salpingooforectomía bilateral, lavado peritoneal y triple biopsia ganglionar. Sólo en 3 casos hubo necesidad de administrar terapia adyuvante. El seguimiento se hizo por un tiempo de hasta 60 meses, con Ca 125 como marcador tumoral, y actualmente no hay reportes de muertes recurrencia de actividad tumoral.

Los principales factores de riesgo fueron la infertilidad, y la obesidad. El pronóstico para éstas pacientes es excelente, ya que generalmente cursan con un tipo histológico favorable, con lesiones de bajo grado, sin infiltración de más de la mitad del miometrio y en estadios tempranos.

FE DE ERRATAS

PAGINA	DICE	DEBE DECIR
8	vrió definitico	varió definitivo
9	obtenidad	obtenida
21	miometrio	endometrio