



---

---

# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

---

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA  
U.M.A.E. HOSPITAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA No. 3

PREVALENCIA DEL ADENOCARCINOMA ENDOCERVICAL Y ENDOMETRIAL  
OCULTO EN EL HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA # 3 CENTRO MÉDICO  
NACIONAL LA RAZA

## T E S I S

PARA OBTENER EL TITULO DE:  
ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

DR. CARLOS ALBERTO LARA CADENA

ASESOR: DR OSCAR ENRIQUE JIMENEZ HERNANDEZ

FOLIO: F2008-3504-22

REGISTRO: R2008-3504-26

MEXICO, D.F.

2009





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.

**DR. JUAN CARLOS HINOJOSA CRUZ**  
DIRECTOR DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA  
U.M.A.E. GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA No. 3

---

**DRA MARIA GUADALUPE VELOZ MARTINEZ**  
**JEFE DE LA DIVISION DE INVESTIGACION EN SALUD**  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA  
U.M.A.E. GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA No. 3

---

**DR. MARIO MANUEL MATUTE GONZALEZ**  
JEFE DE DIVISION DE EDUCACION EN SALUD  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA  
U.M.A.E. GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA No. 3

---

**DR. OSCAR ENRIQUE JIMENEZ HERNANDEZ**  
MÉDICO ADSCRITO AL SERVICIO DE GINECOLOGIA  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA  
U.M.A.E. GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA No. 3

---

**DR. SAMUEL PEÑALVA ROSALES**  
JEFE DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA  
U.M.A.E. GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA No. 3

---

**DR. CARLOS ALBERTO LARA CADENA**  
RESIDENTE DE 4TO AÑO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA  
U.M.A.E. GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA No. 3

---

## **AGRADECIMIENTOS**

A mis padres, por su incansable apoyo y amor incondicional.

A mis hermanos por su comprensión y su ejemplo.

A mi novia por estar en los momentos difíciles de mi vida.

A todos y cada uno de mis profesores, porque sin su enseñanza no sería posible mi formación como médico especialista y humano.

A mis compañeros, por la solidaridad prestada en todo momento.

## ÍNDICE

	PÁGINA
Resumen	6
Antecedentes científicos	7
Justificación	13
Planteamiento del problema	14
Objetivos	15
<b>A)</b> Objetivo General	15
<b>B)</b> Objetivo Especifico	15
Hipótesis	15
Metodología : Sujetos, material y métodos	16
Determinación de variables	17
Definición de variables	18
Descripción general del estudio	20
Análisis estadístico	20
Aspectos éticos	21
Recursos , financiamiento	22
Factibilidad	23
Resultados	24
Discusión	30
Conclusiones	32
Bibliografía	33
Anexos	35

## RESUMEN

### Objetivo

Identificar la frecuencia y los factores de riesgo del adenocarcinoma oculto endocervical y / o endometrial en las pacientes sometidas a cirugía por diagnósticos preoperatorios distintos al diagnóstico histopatológico definitivo de adenocarcinoma endocervical y endometrial en el Hospital de Ginecología y Obstetricia No 3 Centro Médico Nacional La Raza

### Material y métodos

Se trata de un estudio observacional, retrospectivo, descriptivo y transversal. Se incluyeron todas las pacientes con diagnóstico histopatológico definitivo de adenocarcinoma endocervical y/o endometrio que fueron operadas por diagnósticos preoperatorios distintos al diagnóstico histopatológico definitivo en el Hospital de Ginecoobstetricia No 3, en el periodo de enero de 2005 a septiembre del 2008.

Se midió la frecuencia de las pacientes con diagnóstico de adenocarcinoma endocervical y/o endometrio, los factores de riesgo y los procedimientos diagnósticos utilizados durante el protocolo de estudio de estas pacientes

### Resultados

Conformaron la muestra un total de 43 pacientes con diagnóstico Histopatológico de adenocarcinoma: 17 de ellas con adenocarcinoma endometrial, 23 pacientes con adenocarcinoma endocervical y 3 con adenocarcinoma mixto. De estas a un total de 33 pacientes se les realizó histerectomía: 16 con adenocarcinoma endocervical, 14 con adenocarcinoma endometrial y 3 con adenocarcinoma mixto como parte del tratamiento y las otras 10 pacientes restantes se enviaron directamente a radioterapia: 3 pacientes con adenocarcinoma endometrial y 7 pacientes con adenocarcinoma endocervical. Se encontró una frecuencia del 29% de adenocarcinoma oculto endometrial y un 13% de adenocarcinoma oculto endocervical in situ, no se encontraron casos de adenocarcinoma oculto endometrial invasor. Los principales diagnósticos preoperatorios de las pacientes con adenocarcinoma oculto endometrial fueron: cáncer cervicouterino in situ, sangrado uterino anormal, hiperplasia de endometrio y tumor abdominopelvico. En las pacientes con adenocarcinoma endocervical oculto los diagnósticos preoperatorios fue cáncer cervico uterino in situ y sangrado uterino anormal. Los factores de riesgo asociados son la edad, la multiparidad, la obesidad. El principal síntoma asociado es el sangrado transvaginal. A todas las pacientes se les realizó Papanicolaou con cepillado endocervical y no se diagnosticó lesión glandular en ninguna de ellas. Al 66% de las pacientes se les realizó colposcopia, sin embargo solo resultaron con alteración en la mitad de ellas con lesiones escamosas: cáncer cervicouterino y displasia leve, ninguna con alteración glandular. A 3 pacientes con adenocarcinoma a oculto se les realizó legrado endocervical, en dos de ellas se encontró lesión escamosa y una de ellas hiperplasia endometrial.

### Conclusiones

En el diagnóstico de adenocarcinoma endometrial o endocervical existe dificultad para detectar todos los casos con los protocolos actuales, lo anterior tal vez se presente porque se realiza la biopsia de endometrio o endocérvix a ciegas o no se realice la toma de muestra adecuada porque se presenten a un nivel muy alto en que la colposcopia con toma de biopsia endocervical no logre identificar estos sitios con tejido alterado. Existen reportes en la literatura de adenocarcinoma endometrial oculto sin embargo no hay reportes de adenocarcinoma endocervical oculto. Se encontraron en este estudio 2 casos de adenocarcinoma endocervical oculto in situ (13%).

## ANTECEDENTES CIENTIFICOS

El cáncer cervical es el segundo cáncer más frecuente en la mujer a nivel mundial, con una incidencia anual de 500,000 de los cuales resultan 273,000 muertes (1). El empleo sistemático de las campañas de detección para el cáncer cervicouterino en países industrializados, dio como resultado un descenso de 70% de la mortalidad por esta neoplasia en los últimos 50 años, y un predominio de lesiones tempranas de esta enfermedad representadas por el carcinoma *in situ*, entidad que en Estados Unidos representa más de 80% de diagnósticos de cáncer del cuello del útero. (2)

En México es la primera causa de muerte en las mujeres y tiende a incrementarse en mujeres más jóvenes, continúa representando un importante problema de salud, mostrando cifras porcentuales de carcinoma *in situ* del cuello uterino de entre 20% y 54.5%

En la mayoría de los casos se presenta el carcinoma de células escamosas, el siguiente tipo más común es el adenocarcinoma de cérvix. El adenocarcinoma de cérvix compromete el 15 al 25% de todo el cáncer cervical en los Estados Unidos. (3) El adenocarcinoma se diagnostica cada vez con más frecuencia en mujeres más jóvenes: hasta 30% de los casos ocurre en mujeres menores de 35 años de edad. (3)

El concepto de adenocarcinoma pre invasor de cérvix fue introducido por Hepler et al en 1952, de una revisión de adenocarcinoma cervical invasivo. El adenocarcinoma *in situ* del cérvix fue descrito en detalle en dos pacientes por Friedell y McKay en 1953, es ahora una entidad patológica bien descrita por la presencia de células epiteliales pseudoestratificadas con núcleos alargados e hiperromáticos, pero sin invasión estromal. (4)

La tasa de adenocarcinoma *in situ* se ha incrementado especialmente en los últimos 20 años. Esto ha sido atribuido particularmente al incremento en el uso de anticonceptivos orales y relacionado por la infección con el Virus de Papiloma Humano 18. (5)

Se ha postulado que el adenocarcinoma *in situ* es un precursor de adenocarcinoma invasor basado en: 1) Los hallazgos de adenocarcinoma invasor cercanos a Adenocarcinoma *in situ*; 2) La similitud histológica a adenocarcinoma invasor (excepto que este no invade el estroma); 3) Citológicamente el adenocarcinoma *in situ* asemeja al adenocarcinoma invasor; 4) el promedio de edad de pacientes con adenocarcinoma *in situ* es 6 a 15 años más joven que las tienen adenocarcinoma invasor.

A menudo el adenocarcinoma de cérvix *in situ* coexiste con el adenocarcinoma invasivo en las muestras histológicas. Hasta un tercio de las pacientes a las que se practica biopsia por conización como respuesta a la evidencia citológica de adenocarcinoma *in situ* ya tienen cáncer invasivo. Las mujeres con diagnóstico de adenocarcinoma cervical a menudo mostraron antes evidencia citológica de atipia endocervical en las pruebas durante intervalos de 2 a 10 años.

El adenocarcinoma *in situ* a menudo coexiste con Neoplasia intraepitelial cervical escamoso y el diagnóstico completo histológico solo puede ser evidente después de biopsia por cono. Aunque esta coexistencia en varios estudios no ha mostrado un aumento en la morbilidad o frecuencia de enfermedad invasiva. Sin embargo el foco de adenocarcinoma puede pasar por alto por los

histopatólogos en casos con una prominente anormalidad escamosa o puede estar oculta en la profundidad de las glándulas endocervicales. (5)

En comparación con la neoplasia intraepitelial cervical hay poco conocimiento acerca de la historia natural, topografía o potencial invasivo del adenocarcinoma in situ.

La duración de progresión del adenocarcinoma in situ a adenocarcinoma invasor ha sido estimada entre 5 a 13 años. (6) Aunque el adenocarcinoma in situ está localizado cerca de la zona de transformación en muchas mujeres, en el 29% de los casos no es así. Se encuentran lesiones multifocales en el 16%. Estas lesiones se pueden extender tan lejos como tres centímetros arriba del canal endocervical, pero en mujeres sobre los 36 años es usualmente menor de 10 mm de la unión escamocolumnar.

Ha sido postulado que tipos de virus oncogénicos infectan células de reserva de la zona de transformación que están confinados a diferenciación glandular, los cuales dan lugar a la proliferación de células glandulares atípicas y adenocarcinoma in situ.

Varios estudios revelan que las pacientes con adenocarcinoma tienen un pronóstico más pobre que las pacientes con carcinoma de células escamosas de el mismo estadio y tamaño del tumor porque tienen una mayor tasa de metástasis. (7) Análisis de tipos específicos de Virus de Papiloma Humano indican un pronóstico peor para tumores asociados a tipo 18 oncogénicos. Esto ha sido atribuido a una invasión más profunda y una mayor invasión de nódulos linfáticos pélvicos.

A menudo no se presentan síntomas y es frecuente que el diagnóstico sea un hallazgo incidental en un curetaje endocervical o una biopsia por cono.

El incremento en la incidencia de adenocarcinoma pudiera deberse a que el test de Papanicolaou es menos efectivo para detectar adenocarcinoma comparado con la detección de carcinoma de células escamosas. En el 2001 el sistema Bethesda para reportar citologías cervicales y vaginales clasifico las anormalidades celulares glandulares endocervicales en tres categorías: a) células glandulares atípicas no específicas, b) células glandulares atípicas favorecen neoplasia, c) adenocarcinoma In situ (8)

La sensibilidad del frotis de Papanicolaou para el adenocarcinoma in situ es del 47.6-54.3% (9) Se han documentado altas tasas de falsos negativos para la detección de adenocarcinoma in situ, las tasas son más altas que aquellas para altos grados de lesiones intraepiteliales escamosas o carcinoma de células escamosas.

Como el adenocarcinoma in situ coexiste con la neoplasia intraepitelial cervical de grado alto en 50% de los casos, a menudo el extendido anormal predice solo la lesión escamosa. Las pacientes con informes de células glandulares atípicas en el estudio citológico presentan un riesgo de 30 a 50% de tener enfermedad cervical de alto grado y un riesgo mucho mayor de enfermedad significativa que aquellas con informes de células escamosas atípicas.

La confirmación de biopsia cervical de neoplasia intraepitelial cervical grado 2 o 3 han sido reportadas en un 9-41% de mujeres con diagnóstico inicial de células glandulares atípicas no especificadas y en un 27-96% de mujeres con diagnostico de células glandulares atípicas que favorecen neoplasia. En contraste solo el 0-8% de mujeres que reciben un diagnóstico citológico



de células glandulares atípicas tendrán una biopsia que confirme adenocarcinoma in situ y el 1-9% se diagnosticaría adenocarcinoma invasor. La interpretación citológica de adenocarcinoma in situ es más frecuentemente asociado con diagnóstico citológico de neoplasia glandular ya sea adenocarcinoma in situ (48-69%) o adenocarcinoma invasor (38%)

Ante un informe de células glandulares atípicas es preciso referir a las pacientes a colposcopia y valoración endocervical cuidadosa. El adenocarcinoma in situ es considerado como difícil para visualizar colposcopicamente porque esta neoplasia es a menudo alta en el canal endocervical o profunda en los tejidos, lo cual constituye la necesidad para la toma de muestras de tejido para evaluación histológica. En varios estudios se han revisado los conos por biopsia y los especímenes de histerectomía encontrando que las lesiones del adenocarcinoma in situ pueden ser extensivas involucrando el canal endocervical así como la zona de transformación. (4)

La Sociedad Americana para colposcopia y patología cervical recomienda que todas las mujeres con un diagnóstico de células glandulares atípicas o cualquier otra categoría o adenocarcinoma in situ deben ser evaluadas con colposcopia y muestra endocervical, además se puede realizar evaluación de VPH – DNA, y en mujeres mayores de 35 años deberían ser tomadas muestras de endometrio.

Las características colposcópicas de adenocarcinoma in situ y el adenocarcinoma temprano muchas veces se ven como inespecíficas o mínimas. Esto podría dificultar el determinar la extensión de la lesión (9). La mayoría de los autores sugieren que la colposcopia es un procedimiento útil. Los hallazgos colposcópicos pueden incluir áreas de vellosidades blanquecinas mezcladas con metaplasia inmadura. Las vellosidades son más gruesas y menos afiladas de lo normal. Pueden existir largos vasos horizontales no ramificados. En estos casos se puede sospechar enfermedad invasiva y se puede confirmar mediante biopsia (10)

El curetaje endocervical parece ser importante en la evaluación de pacientes con lesión del endocérvix: se ha reportado un 35 a 78% de incidencia de cambios de malignidad de epitelio columnar en curetajes endocervicales en pacientes con adenocarcinoma in situ. (4) La tasa de falsos negativos es en promedio de 48% (11). La alta tasa de falsos negativos reduce la utilidad del curetaje endocervical en el diagnóstico de adenocarcinoma in situ.

Cuando el diagnóstico de una lesión es sugestivo por citología, curetaje endocervical o colposcopia o aun cuando una biopsia directa muestra adenocarcinoma in situ, una biopsia por cono extendiéndose profundamente en el canal es necesario para confirmar el diagnóstico o excluir la presencia de adenocarcinoma invasor. (11) La mayoría de los investigadores piensan que la conización es la técnica diagnóstica de elección a menos que la invasión se confirme previamente durante el estudio.

Los métodos para biopsia excisional del cérvix incluyen cono con bisturí frío, cono con laser y cono con asa. Sin embargo las lesiones glandulares se localizan en el endocérvix y a menudo no se realiza una excisión adecuada con el asa electroquirúrgica. Las lesiones primarias escamosas intraepiteliales pueden estar presentes por arriba del 65% de pacientes con adenocarcinoma in situ. Cuatro estudios realizados en mujeres con adenocarcinoma in situ han comparado la biopsia en cono con asa de la zona de transformación para el porcentaje de pacientes con márgenes quirúrgicos positivos endocervicales. Estos coinciden que tienen un alto porcentaje de márgenes

endocervicales positivos usando cono con asa en comparación con biopsias con cono de bisturí frío. (12)

La conización con bisturí frío ha sido la modalidad tradicional diagnóstica y terapéutica usada para displasia escamosa y carcinoma celular escamoso temprano. Con lesiones escamosas es claro que el riesgo de persistencia está relacionado con el estado de los márgenes y es bajo si los márgenes son negativos. Sin embargo varios estudios sugieren que la relación entre el estado de la biopsia por cono y residual o enfermedad recurrente no es igual en el adenocarcinoma in situ.

En el manejo de pacientes con adenocarcinoma in situ de cérvix, el estado de los márgenes endocervicales de la biopsia por cono ha sido el factor más frecuente reportado para predecir enfermedad residual (4). Young et al en un estudio retrospectivo en 74 pacientes reporta que aun con márgenes de cono negativos las mujeres con adenocarcinoma in situ aun tienen riesgo de enfermedad residual, recurrente o invasora. (12)

La recurrencia es definida como cualquier lesión detectada después de que un diagnóstico de adenocarcinoma in situ ha sido hecho. (6)

Otros predictores de enfermedad residual en el adenocarcinoma de cérvix podrían ser la profundidad del cono, ya que en pacientes en las que el cono se extendió 25mm adentro de canal endocervical y los márgenes fueron negativos la incidencia de enfermedad residual fue de 0%, además el volumen de la enfermedad en el cono también ha sido presentado como un potencial predictor para enfermedad residual.

El uso de curetaje endocervical para la vigilancia del postoperatorio es de valor limitado en identificar la persistencia de enfermedad. La tasa de falsos negativos del legrado endocervical varía de 10 a 67%. (13)

Por todas estas consideraciones la histerectomía continúa siendo el tratamiento de elección para el adenocarcinoma in situ en mujeres que tienen paridad satisfecha. (9) el manejo conservador es aceptable si la paciente desea mantener su fertilidad. Si se planea manejo conservador y los márgenes de la muestra están involucrados o la muestra endocervical obtenida al tiempo de la excisión contiene neoplasia intraepitelial cervical o adenocarcinoma in situ, la reexcisión incrementa la probabilidad de una completa excisión.

El seguimiento se debe realizar a los seis meses usando una combinación de citología cervical, un test de VPH DNA, y colposcopia con muestra endocervical en pacientes con manejo conservador. El seguimiento a largo plazo es recomendado para pacientes quienes no fueron sometidas a histerectomía (14)

Sin embargo hay varios reportes de recurrencia local de lesiones in situ o desarrollo de adenocarcinoma invasor posterior a tratamiento definitivo de adenocarcinoma in situ de cérvix. (4)

El adenocarcinoma de endometrio es uno de los cánceres más frecuentes en la mujer, si bien hay grandes diferencias geográficas y raciales, dándose las más altas incidencias en Estados Unidos y Canadá y las más bajas en China e India. Concretamente en USA es la neoplasia más común del tracto genital inferior, estimándose unos 40.000 casos nuevos diagnosticados en 2003. (15) Su

incidencia en el mundo occidental es de 17 casos/100.000 habitantes/año, siendo su mortalidad aproximada de 7/100.000/año.

La mayoría de los casos se diagnostican en mujeres postmenopáusicas, entre 55-65 años; sólo el 25% de los mismos se presentan en mujeres premenopáusicas y el 5% en mujeres menores de 40 años.

El tipo histológico más frecuente es el Adenocarcinoma Endometriode, que constituye el 80% de los carcinomas endometriales. Otros tipos histológicos son: mucinoso, células claras, seroso, microcítico e indiferenciado.

Dado que a menudo (80 - 90% de los casos) presenta un síntoma inicial de sangrado irregular postmenopáusico, que la enfermedad se presenta localizada en el útero en el momento del diagnóstico (75%), y que generalmente estos estadios iniciales tienen una tasa de supervivencia alta, muchos médicos tienen la creencia de que el adenocarcinoma de endometrio es una enfermedad relativamente benigna. Sin embargo, el número estimado de muertes debido a esta enfermedad ha pasado de 2.900 en 1987 a 6.300 en 1998. (16)

Representa aproximadamente el 97% de los tumores malignos del cuerpo uterino (17). Los datos de mortalidad por adenocarcinoma endometrial son menos precisos de lo debido, dado que a veces no se diferencian bien las muertes debidas a cáncer de cérvix, de endometrio y a sarcoma uterino; pero en cualquier caso también muestra gran variabilidad de un país a otro, considerándose que representa el 3 % de todas las muertes por cáncer.

La nuliparidad, menarca temprana y menopausia tardía (> 55 a.) , antecedentes de menorragias, obesidad, trastornos metabólicos que asocian obesidad, diabetes e hipertensión, dietas excesivas en calorías, excesivamente ricas en grasas, son factores que aumentan riesgo de padecer adenocarcinoma de endometrio , así como tratamiento estrogénico sustitutivo. El riesgo disminuye en tratamiento hormonal sustitutivo combinado y anticoncepción hormonal oral. (18)

El adenocarcinoma endometrial es una neoplasia que produce síntomas aún en sus estadios más precoces; el 1-5% de las pacientes pueden ser asintomáticas en el momento del diagnóstico, lográndose éste al estudiar a la paciente por un informe citológico de AGUS, y ocasionalmente, incluso tras realizar una histerectomía por un motivo benigno.

El ultrasonido endovaginal es la primera exploración complementaria a realizar en el estudio de una hemorragia uterina anormal (pre o postmenopáusica), debido a su alta fiabilidad para detectar engrosamientos significativos del endometrio, así como a su capacidad para analizar las características del contenido de la cavidad endometrial.

El ultrasonido endovaginal realiza una labor de cribado en pacientes afectas de hemorragia uterina postmenopáusica, seleccionando a las que deben ser estudiadas con histeroscopia para conseguir una confirmación histológica de la causa de un engrosamiento del endometrio. El dato a valorar es el espesor endometrial y el punto de corte se sitúa en 5 mm según autores, y entre 4 y 6 mm (19), según otros.

El diagnóstico del adenocarcinoma de endometrio resulta del estudio histológico de un fragmento de tejido endometrial, obtenido mediante uno de los siguientes procedimientos: 1. Legrado uterino fraccionado. Tradicionalmente y durante muchos años, el legrado uterino endometrial y endocervical con hospitalización y bajo anestesia general, representó el estándar para el diagnóstico del adenocarcinoma de endometrio. Algunos estudios demostraron que se trataba de un procedimiento poco preciso, ya que hasta en un 60% de casos, quedaba sin legrar más de la mitad de la superficie endometrial y en el 16% de casos, incluso las  $\frac{3}{4}$  partes. 2. Biopsia de endometrio Según la American Cancer Society, la biopsia endometrial ambulatoria representa el primer procedimiento en el estudio de la hemorragia uterina anormal. La sensibilidad para detectar adenocarcinoma de endometrio varía entre el 67-96%; la tasa de muestras de tejido inadecuadas para diagnóstico en menopáusicas, es del 22% y la imposibilidad de realizar la biopsia por estenosis del OCE del 1-5%. Ante una biopsia endometrial negativa obtenida con alguno de estos métodos, es obligatorio realizar histeroscopia y nueva biopsia dirigida. 3. Histeroscopia. Es el procedimiento que más ha contribuido al abandono del legrado uterino en el estudio de la patología endometrial. Su uso se ha generalizado en los últimos años gracias a sus ventajas: a) procedimiento ambulatorio, b) ejecución relativamente sencilla c) excelente visualización de la cavidad uterina con magnificación de la imagen al incorporar una videocámara d) buena tolerancia

Las lesiones hiperplásicas endometriales han sido consideradas para ser precursores de adenocarcinoma de endometrio por: a) incremento de la frecuencia observada de adenocarcinoma de endometrio en mujeres con hiperplasia endometrial después de largos periodos de tiempo y b) la coexistencia de adenocarcinoma e hiperplasia atípica en el mismo endometrio. (20)

La tasa y frecuencia de progresión a cáncer después del desarrollo de lesiones endometriales hiperplásicas no está bien aclarado y puede ser sujeto a una variedad de factores tales como el grado de exposición a estrógenos, tratamientos con agentes progestacionales y edad. (21)

La hiperplasia endometrial atípica es caracterizada por un crecimiento anormal de glándulas endometriales con células que reflejan atipia nuclear. El diagnóstico de hiperplasia y adenocarcinoma bien diferenciado implica muy diferentes connotaciones por que los abordajes y orientaciones clínicas son distintos, además el hecho de que las diferencias morfológicas pueden ser poco distinguibles. (22)

El Papanicolaou no es un método efectivo para detectar adenocarcinoma endometrial. Sin embargo es bien conocido que la presencia de células atípicas endometriales en los frotis cervicales, en suma con la edad avanzada y la hemorragia vaginal anormal tienen una alta asociación con la presencia de enfermedad endometrial oculta. (23)

El riesgo de descubrir adenocarcinoma en la pieza de histerectomía cuando una hiperplasia atípica es diagnosticada por biopsia por legrado es entre el 12 y 28%. (24)

## JUSTIFICACIÓN

El cáncer cervicouterino es la principal causa de mortalidad en nuestro país y en nuestra institución. Aunque hay una disminución en la tasa de mortalidad por cáncer cervicouterino en las últimas décadas desde 1988 a un ritmo de 5% anual debido a los programas de detección oportuna, esto se ha visto reflejado en la incidencia de cáncer de cérvix debido a lesiones escamosas, sin embargo aunque la incidencia de las lesiones glandulares del cérvix permanece relativamente baja, esta incidencia se ha incrementado aproximadamente 6 veces de 1970 a 1990

Esto indica la necesidad de comprender mejor los métodos diagnósticos y terapéuticos en mujeres con adenocarcinoma endocervical pues los criterios no son los mismos que para lesiones intraepiteliales, y de esta forma realizar análisis para determinar las nuevas tendencias en la incidencia del adenocarcinoma endocervical y endometrial.

Es necesario conocer la frecuencia y los factores de riesgo que tienen las pacientes de nuestro hospital para presentar un diagnóstico oportuno de adenocarcinoma endocervical y endometrial, con el único objetivo de realizar nuevas estrategias en la detección y diagnóstico de lesiones glandulares y de esta manera proporcionar una mejor atención y pronóstico a las pacientes en el Hospital de Ginecología y Obstetricia 3 La Raza.

De esta manera queremos obtener una base de datos para hacer sustentable una evidencia acerca de la situación que se presenta en esta y otras instituciones para proponer un método diagnóstico que permita identificar oportunamente este tipo de patología endocervical o endometrial.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

¿Cuál es la frecuencia y los factores de riesgo del adenocarcinoma oculto endocervical y / o endometrial en las pacientes sometidas a cirugía por diagnósticos preoperatorios distintos al diagnóstico histopatológico definitivo de adenocarcinoma endocervical y endometrial en el Hospital de Ginecología y Obstetricia No 3 Centro Médico Nacional La Raza?

### **Objetivo General**

Identificar la frecuencia y los factores de riesgo del adenocarcinoma oculto endocervical y / o endometrial en las pacientes sometidas a cirugía por diagnósticos preoperatorios distintos al diagnóstico histopatológico definitivo de adenocarcinoma endocervical y endometrial en el Hospital de Ginecología y Obstetricia No 3 Centro Médico Nacional La Raza

### **Objetivos específicos**

- Describir las características epidemiológicas de las pacientes con diagnóstico de adenocarcinoma oculto endocervical y/o endometrial.
- Determinar el tipo de diagnóstico previo o preoperatorio que se les realizó durante el protocolo de estudio a estas pacientes con adenocarcinoma oculto endocervical y o endometrial.
- Identificar los principales elementos diagnósticos usados en el protocolo de estudio en las pacientes con adenocarcinoma oculto endocervical y o endometrial.

## **METODOLOGIA**

Es un estudio observacional retrospectivo, descriptivo y transversal

### **Universo**

Todas las pacientes operadas con diagnóstico histopatológico definitivo de adenocarcinoma endocervical y/o endometrial y que cumplan los criterios de inclusión en el periodo comprendido de enero 2005 a septiembre de 2008 en la UMAE Centro Médico Nacional La Raza Hospital de Ginecología y Obstetricia #3.

### **GRUPOS DE ESTUDIO:**

- A) CARACTERISTICAS DE LOS CASOS Todas las pacientes operadas con diagnóstico histopatológico definitivo de adenocarcinoma endocervical y/o endometrial y que fueron sometidas a cirugía por diagnósticos preoperatorios diferentes a adenocarcinoma endocervical y/o endometrial en la UMAE HGO3 del CMN "La Raza
- B) CRITERIOS DE SELECCIÓN

#### **Criterios de inclusión**

- Pacientes derechohabientes del IMSS
- Todas las pacientes que fueron sometidas a cirugía por adenocarcinoma endocervical y o endometrial
- Todas las pacientes operadas con diagnóstico histopatológico definitivo de adenocarcinoma endocervical y/o endometrial que fueron sometidas a cirugía por diagnósticos preoperatorios diferentes en el Hospital de Ginecoobstetricia No 3, en el periodo de tiempo en estudio.

#### **Criterios de exclusión**

- Haber sido intervenida en otro hospital del IMSS
- Pacientes con diagnósticos histopatológicos definitivos diferentes a adenocarcinoma endocervical o endometrial

#### **Criterios de eliminación**

- Pacientes que no cuenten con expediente completo

## DETERMINACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable independiente	Pacientes operadas con diagnóstico histopatológico definitivo de adenocarcinoma endocervical y/o endometrial
Variable dependiente	Pacientes con adenocarcinoma endometrial o endocervical oculto con diagnósticos preoperatorios diferentes al definitivo
Variables universales	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Edad</li><li>2. Gesta</li><li>3. Tabaquismo</li><li>4. Diabetes Mellitus</li><li>5. Obesidad</li><li>6. Anticoncepción oral</li><li>7. Sangrado transvaginal</li><li>8. Frotis de Papanicolaou</li><li>9. Colposcopia</li><li>10. Biopsia Directa</li><li>11. Biopsia por cono</li><li>12. Legrado endocervical</li><li>13. Histeroscopia</li></ol>



Variable	Definición conceptual	Definición Operacional	Tipo de unidad	Escala de medición	Unidad de medición
Edad	Tiempo transcurrido en años desde el nacimiento	Edad de la paciente referida en el expediente	Cuantitativa	ordinal	1- 20 a 30 2- 31 a 40 3- 41 a 50 4- Más de 50
Gesta	Número de embarazos concebidos por la paciente	Número de embarazos referida en el expediente	cuantitativa	ordinal	1- 0 2- 1 3- mayor de 2
Tabaquismo	<a href="#">Adicción</a> al <a href="#">tabaco</a> provocada, principalmente, por uno de sus componentes activos, la <a href="#">nicotina</a>	Presencia de tabaquismo reportada en expediente	Cualitativa	Dicotómica	Si No
Diabetes Mellitus	DM 1: trastorno del metabolismo de los carbohidratos caracterizada por hiperglucemia , provocada por defecto en la secreción de insulina DM 2 : trastorno del metabolismo de los carbohidratos caracterizada por hiperglucemia , provocada por defecto en la acción de la insulina	Diagnostico de , DM tipo 1 o DM tipo 2 realizada por el médico tratante	Cualitativa	Nominal	No DM tipo 1 DM tipo 2
Obesidad	Acumulación excesiva de grasa en el cuerpo	Toda paciente que presenta un índice de masa corporal mayor de 30	Cuantitativa	Ordinal	1- Menor de 25 2- 25 a 29 3- Mayor de 30
Anticoncepción oral	metodología que impide o reduce la posibilidad de que ocurra la <a href="#">fecundación</a> o el <a href="#">embarazo</a> al mantener <a href="#">relaciones sexuales</a> con uso de hormonales	Uso de anticonceptivos orales referida en expediente	Cualitativa	Dicotómica	Si No
Sangrado transvaginal	Presencia de sangrado transvaginal fuera de la menstruación	Sangrado transvaginal referido en expediente	Cualitativa	Dicotómica	Si No

Variable	Definición conceptual	Definición Operacional	Tipo de unidad	Escala de medición	Unidad de medición
Frotis de Papanicolaou	examen citológico en que se toman muestras de células <a href="#">epiteliales</a> , en la zona de transición del <a href="#">cuello uterino</a> , en busca de atipias celulares que orienten a la presencia de una posible neoplasia de cérvix	Reporte de Papanicolaou	Cualitativa	nominal	NIC 1 NIC 2 NIC 3 Otro resultado
Colposcopia	procedimiento <a href="#">ginecológico</a> que se realiza normalmente para evaluar a la paciente con resultados anormales en la <a href="#">prueba de Papanicolaou</a>	Reporte colposcópico en el expediente	Cualitativa	Nominal	Resultado de colposcopia
Biopsia directa	procedimiento <a href="#">diagnóstico</a> que consiste en la extracción de una <a href="#">muestra</a> de <a href="#">tejido</a> obtenida por colposcopia o histeroscopia	Reporte de biopsia referido en el expediente	Cualitativa	Nominal	Displasia leve Displasia moderada Displasia Severa Carcinoma in Situ
Biopsia por cono	procedimiento terapéutico-diagnostico mediante el cual se practica en el cuello uterino una incisión en forma de cono, utilizando bisturí frío o asa	Tipo de cono reportado y resultado del mismo	Cualitativa	Nominal	Cono con bisturí frío • resultado  Cono con asa • resultado
Legrado endocervical	Procedimiento por el que se raspa la membrana mucosa del canal cervical por medio de una legra.	Reporte de legrado endocervical en el expediente	Cualitativa	Nominal	Si No Resultado
Histeroscopia	procedimiento endoscópico que permite realizar una evaluación directa y precisa de la cavidad uterina	Reporte de hoja de histeroscopia en expediente	Cualitativa	Nominal	Resultado de histeroscopia

## **DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO**

Se obtuvieron los datos de los registros del consultorio 8 con los diagnósticos de adenocarcinoma endocervical y/o endometrio en pacientes sometidas a cirugía por el servicio de ginecología en el periodo comprendido enero 2005 a septiembre de 2008

Los expedientes fueron solicitados en el servicio de archivo clínico previo llenado del vale correspondiente además de revisión del expediente electrónica a través de programa IMSS Vista

Se revisaron los expedientes y se registraron los resultados obtenidos en los instrumentos de recolección de datos para posteriormente realizar el análisis de datos en el programa estadístico SPSS y se reflejaron los resultados en tablas de frecuencia y porcentajes elaborados en el programa Microsoft Excel

### **INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE INFORMACIÓN:**

La información se obtuvo mediante fichas previamente elaborada y llenada por el investigador basándose en expedientes clínicos y estadísticas.

### **ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

Se midieron las variables cualitativas por medio de porcentajes y proporciones.

Se medirán variables cuantitativas con medidas de tendencia central (media, mediana, promedio)

## **FACTIBILIDAD**

El presente estudio es factible de realizarse en nuestra institución ya que es observacional descriptivo, no requiere de recursos adicionales y no interfiere con la evolución clínica ni el pronóstico de las pacientes.

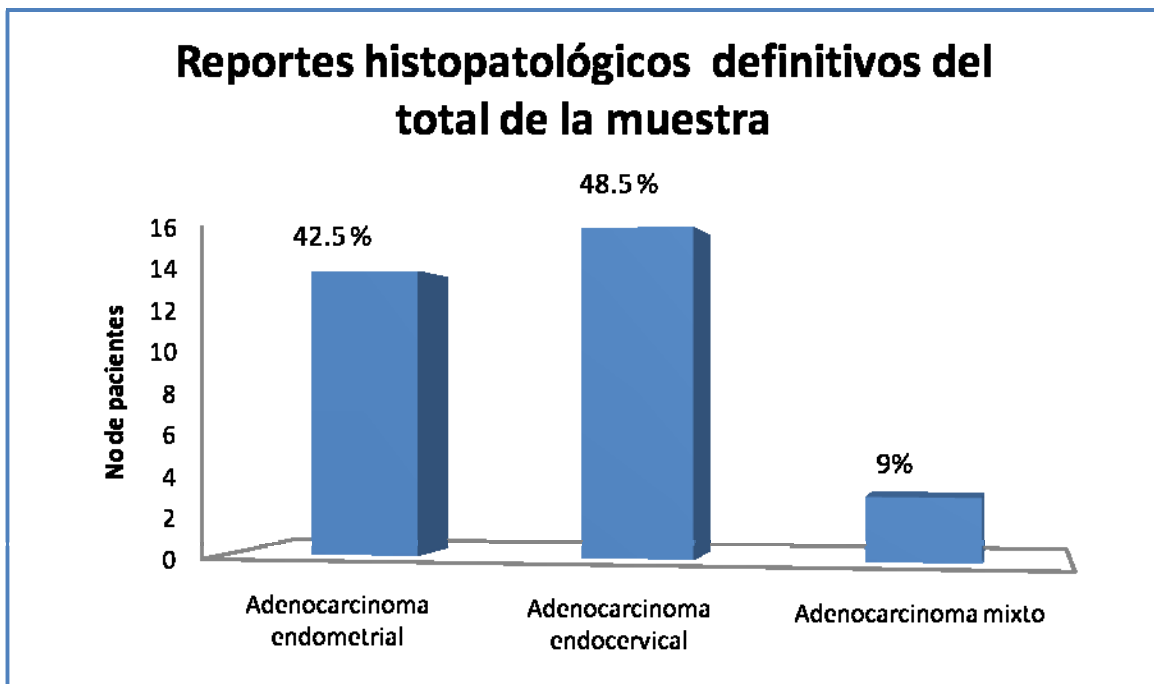
## RESULTADOS

La muestra quedo integrada por un total de 43 pacientes con diagnostico Histopatológico de adenocarcinoma: 17 pacientes con adenocarcinoma endometrial, 23 pacientes con adenocarcinoma endocervical y 3 pacientes con adenocarcinoma mixto.

De estas 43 pacientes a un total de 33 pacientes se les realizó histerectomía: 16 con adenocarcinoma endocervical, 14 con adenocarcinoma endometrial y 3 con adenocarcinoma mixto como parte del tratamiento y las otras 10 pacientes restantes se enviaron directamente a radioterapia: 3 pacientes con adenocarcinoma endometrial y 7 pacientes con adenocarcinoma endocervical.

**Tabla 1. Tratamiento de las pacientes con diagnostico de adenocarcinoma**

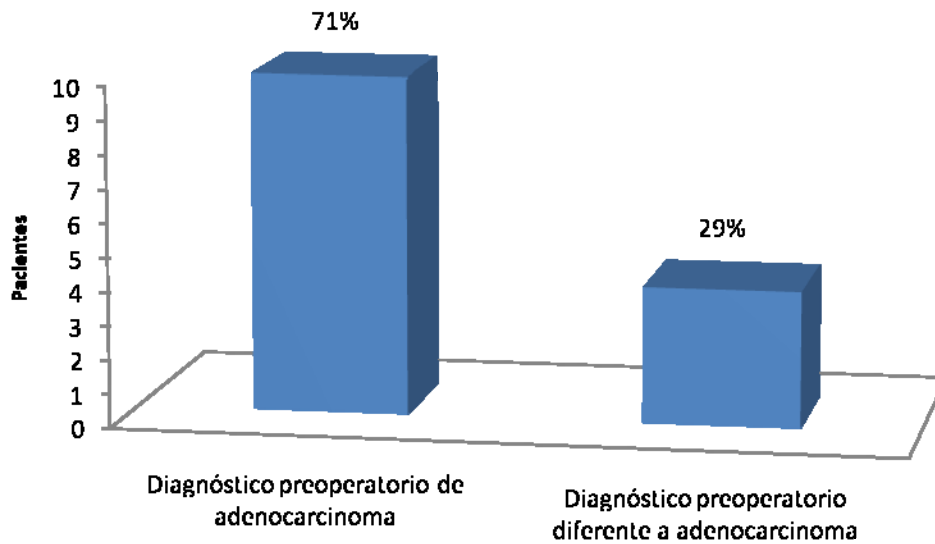
Tratamiento	Adenocarcinoma endometrial	Adenocarcinoma endocervical	Adenocarcinoma mixto
Histerectomía	14	16	3
Radioterapia	3	7	-
Total	17	23	3



De las 14 pacientes con adenocarcinoma endometrial con reporte histopatológico definitivo: 10 (71%) pacientes fueron sometidas a histerectomía con diagnóstico preoperatorio de adenocarcinoma de endometrio.

4 fueron sometidas a cirugía por diagnósticos preoperatorios diferentes, esto significa que en el grupo de estudio se encontró un 29% de adenocarcinoma endometrial oculto.

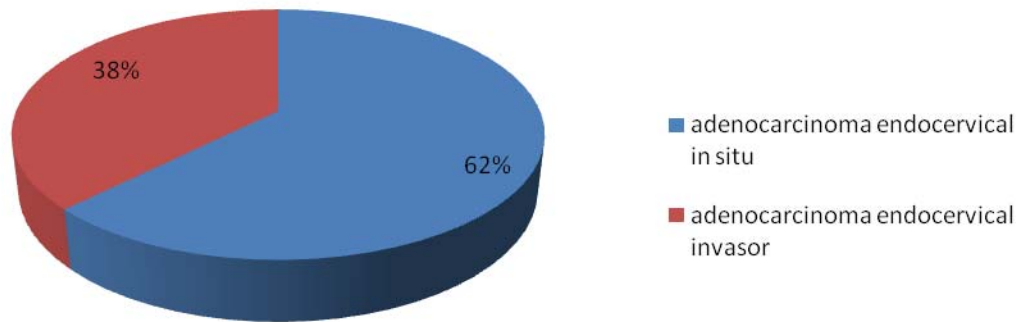
**Reporte Histopatológico Definitivo de Adenocarcinoma de Endometrio y Diagnóstico Preoperatorio**



Los principales diagnósticos preoperatorios de las pacientes con adenocarcinoma endometrial oculto fueron: cáncer cervicouterino in situ, sangrado uterino anormal, hiperplasia de endometrio y tumor abdominopelvico. (Tabla 2)

De las 16 pacientes con adenocarcinoma endocervical a las que se realizó histerectomía 10 (62.5%) tuvieron adenocarcinoma endocervical in situ, 6 (37.5%) adenocarcinoma endocervical invasor.

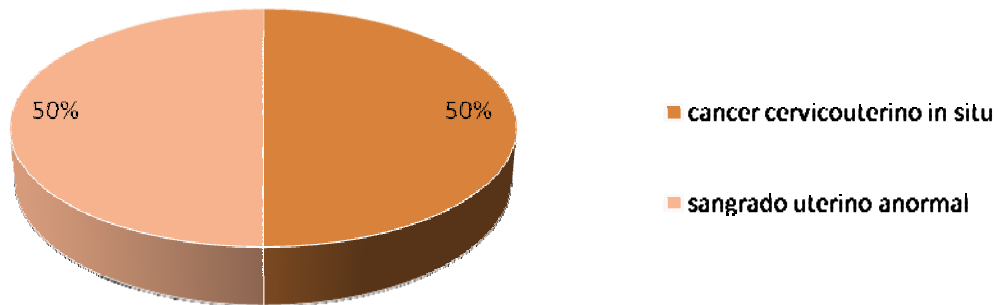
## Tipos de adenocarcinoma endocervical



De estas 16 pacientes con adenocarcinoma endocervical:

14 (87%) pacientes tenían un diagnóstico preoperatorio de adenocarcinoma endocervical: 8 pacientes con adenocarcinoma endocervical in situ y 6 con adenocarcinoma endocervical invasor al momento de la cirugía; las otras 2 (13%) pacientes tuvieron adenocarcinoma endocervical oculto pues fueron intervenidas con diagnósticos preoperatorios distintos al resultado definitivo histopatológico que reporto adenocarcinoma endocervical in situ. Los diagnósticos preoperatorios de estas dos pacientes fueron cáncer cervicouterino in situ y sangrado uterino anormal (tabla 2). No se encontró ningún caso con adenocarcinoma endocervical invasor oculto.

### Relación entre el diagnóstico preoperatorio y el reporte histopatológico definitivo de adenocarcinoma endocervical



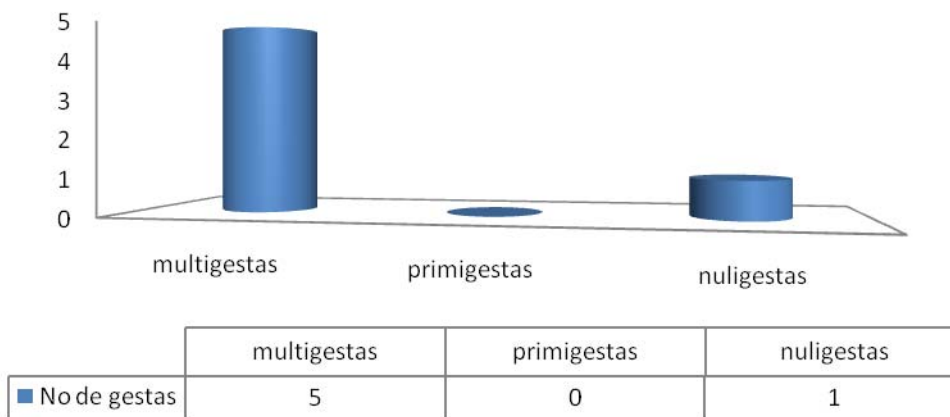
**Tabla 2. Diagnósticos Preoperatorios en pacientes con adenocarcinoma Oculto.**

ADENOCARCINOMA ENDOMETRIAL	ADENOCARCINOMA ENDOCERVICAL
<b>DIAGNÓSTICO PREOPERATORIO</b>	
1.- Cáncer cervicouterino in situ	1.- Cáncer cervicouterino in situ
2.- Sangrado Uterino anormal sin causa aparente	2.- Sangrado Uterino anormal sin causa aparente
3.- Hiperplasia de endometrio	
4.- Tumor abdominopelvico	

Las principales características epidemiológicas muestran que el promedio de edad de presentación del adenocarcinoma endometrial y endocervical oculto es a los 50 años, con una edad mínima a los 37 años y máxima a los 73 años.

Se presento en 5 (88.3%) pacientes multigestas y solo en una paciente nulípara (16.7%), no hubo casos de pacientes primigestas.

### Número de gestas

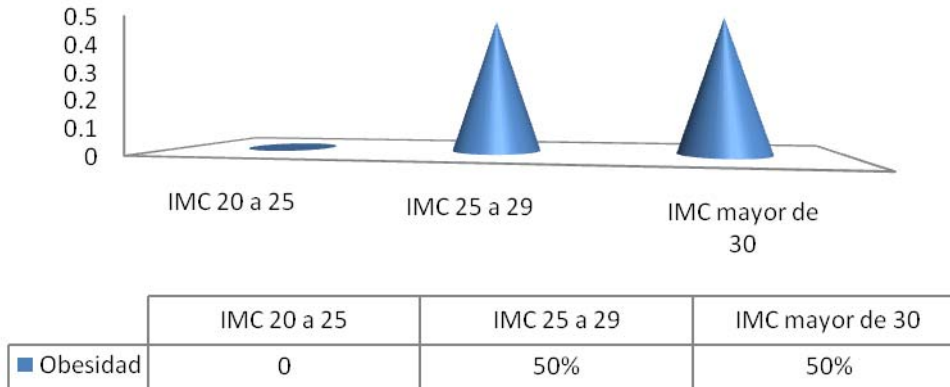


En cuanto a la presencia de enfermedades concomitantes solo se encontró un caso (16.7%) de diabetes Mellitus tipo 2.

Un 50% de las pacientes tuvieron un índice de masa corporal de 25 a 29 , con sobrepeso y el otro 50% de las pacientes tuvieron un índice de masa corporal mayor de 30 con obesidad, no se encontraron pacientes con índice de masa ideal (20 a 25).



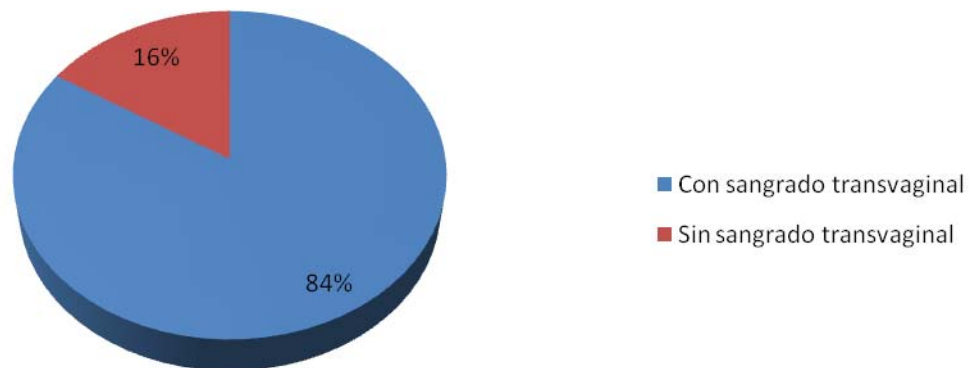
## Obesidad



El 16.7% (1) de las pacientes presentaron tabaquismo al momento del diagnóstico, además el 33% (2) tuvieron antecedente de uso de anticoncepción oral, aunque no se refirió encontró el periodo de uso de los mismos

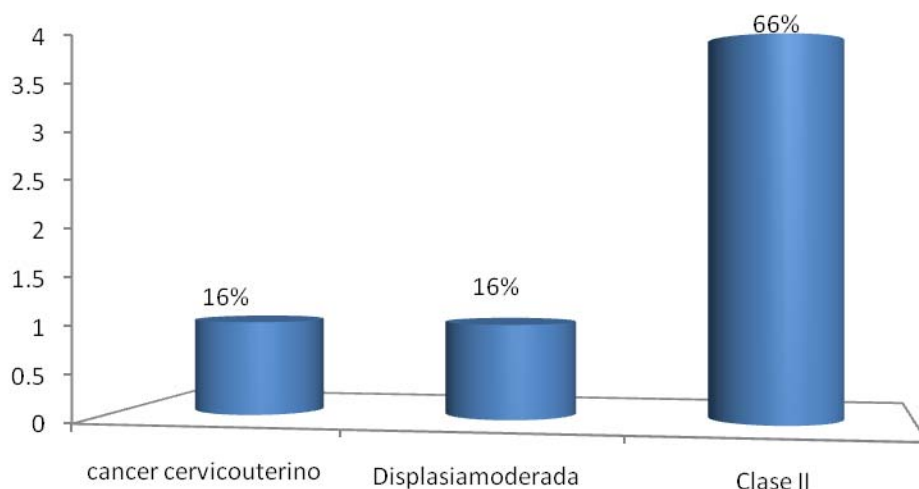
En relación al sangrado transvaginal en las pacientes con adenocarcinoma endometrial o endocervical oculto como principal síntoma se encontró una frecuencia del 84%. La mayoría se presentó con sangrado transvaginal al inicio del estudio con duración de 3 a 8 meses en promedio.

## Adenocarcinoma Oculto y Sangrado Transvaginal



En el protocolo de diagnóstico de estas pacientes con adenocarcinoma oculto en todas se realizó Papanicolaou encontrando solo 1 (16.7%) de ellas con sospecha de cáncer cervicouterino de tipo escamoso, 4 (66.7%) pacientes se les encontró resultado negativo a cáncer con inflamación (clase II) y en 1 (16.7%) se encontró displasia moderada.

### Resultado de Papanicolaou en pacientes con adenocarcinoma oculto

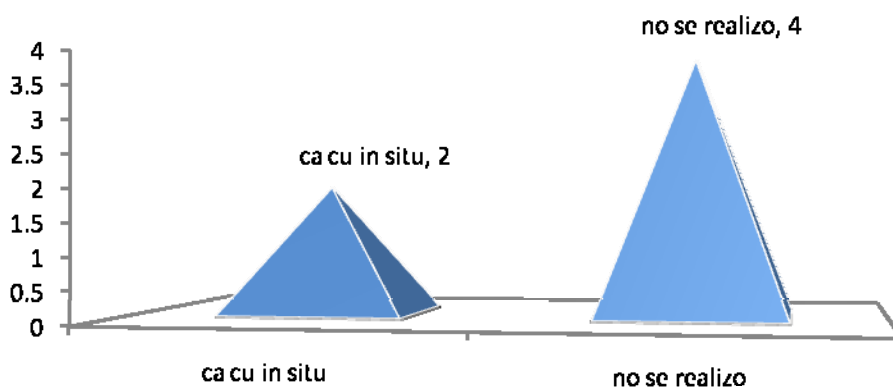


En 4 pacientes (66%) se realizó colposcopia con los siguientes resultados: lesión acetopositiva y yodonegativa sugestiva de displasia en 1 paciente (25%), lesión acetopositiva (25%) y sin lesiones en 2 (50%).

De estas pacientes en 2 (50%) se realizó biopsia directa encontrando en 1 paciente displasia leve y en la otra fragmentos de carcinoma epidermoide.

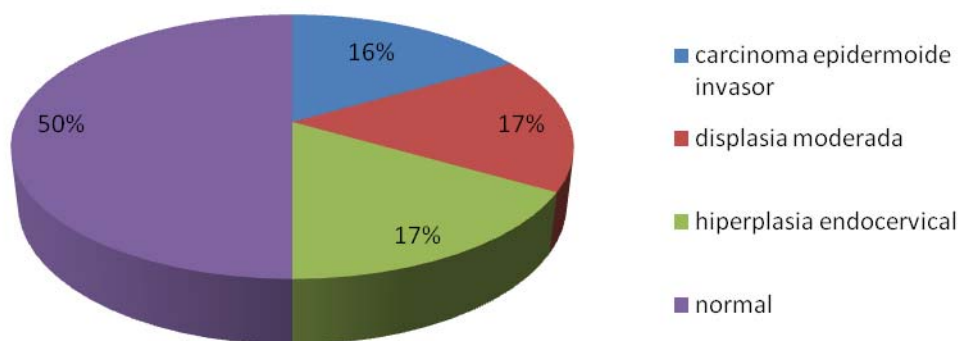
Solo a 2 (33%) pacientes se les realizó como en 1 con bisturí y a la otra con asa diatérmica, en ambas el resultado fue cáncer cervicouterino in situ con extensión glandular.

### Cono



A 3 pacientes con adenocarcinoma oculto se les realizó legrado endocervical se encontraron los siguientes resultados: En 1 paciente carcinoma epidermoide invasor, en 1 displasia moderada y en la otra hiperplasia endocervical y endometrial atípica, en 3 casos restantes solo se realizo cepillado endocervical no se reportando alteraciones.

### Legrado endocervical



## Discusión

En este estudio retrospectivo nosotros encontramos un 29% de adenocarcinoma oculto endometrial en pacientes a las que se realizó cirugía con diagnóstico preoperatorio diferente a adenocarcinoma endometrial. Kurman y colaboradores notaron una progresión de hiperplasia adenomatosa atípica a adenocarcinoma en 11 de 48 pacientes (23%) después de un seguimiento de 1 a 11 años posterior al legrado. En otro largo estudio histórico, Mc Bride siguió a 544 pacientes premenopáusicas con hiperplasia simple durante 24 años y solo observó progresión a cáncer endometrial en 2 casos. Hunter et al en un estudio realizado en 136 pacientes durante 22 años mostró que en un 35% de las pacientes operadas de histerectomía por hiperplasia simple o compleja con atipia tuvieron adenocarcinoma oculto endometrial en los reportes histopatológico definitivos. Agostini reportó que el riesgo de descubrir adenocarcinoma en la pieza de histerectomía cuando se diagnosticó hiperplasia atípica posterior a curetaje es entre el 12 y 28 %.

Nuestros resultados son similares a los reportados en la literatura. Nosotros encontramos que los casos de adenocarcinoma oculto endometrial se presentaron no solo en hiperplasia endometrial, sino también en pacientes con otros diagnósticos como: a) sangrado transvaginal sin causa aparente, b) tumor abdominopélvico y c) cáncer cervicouterino escamoso in situ.

El adenocarcinoma endocervical in situ está reconocido como un precursor de adenocarcinoma invasor. El adenocarcinoma endocervical in situ es una forma tumoral de observación relativamente poco común ya que representa alrededor del 2% de los carcinoma in situ del cuello. La asociación a lesión escamosa intraepitelial del alto grado se observa en aproximadamente 50% de los casos. En algunos trabajos se ha descrito la aparición de focos de lesión escamosa intraepitelial de alto grado en piezas de conización tras la aparición de anomalías en el seguimiento de pacientes con antecedentes de adenocarcinoma endocervical in situ y cono previo con márgenes libres, sin que en estas pacientes existiera previamente asociación con lesión escamosa.

Sin embargo hasta ahora no hay reportes en la literatura en que se describa el adenocarcinoma endocervical oculto in situ, nosotros encontramos dos casos una frecuencia del 13% de los diagnósticos histopatológicos definitivos de adenocarcinoma oculto endocervical in situ, estas pacientes tenían un diagnóstico previo preoperatorio de cáncer cervicouterino in situ y sangrado uterino anormal por miomatosis uterina.

No encontramos casos de adenocarcinoma endocervical invasor, sin embargo la presencia de micrometástasis en los ganglio linfáticos en etapas tempranas de cáncer de cérvix pueden pasar desapercibidas. La detección del ganglio centinela puede mejorar el diagnóstico y el manejo de cáncer de cérvix (escamoso o adenocarcinoma) en estadios tempranos.

La edad promedio de presentación fue de 50 años, lo que difiere con lo reportado de la literatura que la refiere a los 35 años. Además se presentó con mayor frecuencia en pacientes multigestas. El adenocarcinoma se ha relacionado con el uso prolongado de anticonceptivos orales y embarazo. En este sentido se ha postulado que los cambios prominentes obedecen a un estímulo hormonal. En este estudio se encontró que solo el 33% tuvieron antecedente de uso prolongado de anticonceptivos, aunque desconocemos el tiempo de uso de los mismos. Todas las pacientes tuvieron un índice de masa corporal mayor de 25, el 50% con sobrepeso y el 50% con obesidad. En cuanto al consumo de tabaco difiere con lo reportado en la literatura que menciona al tabaquismo en asociación con cáncer de cérvix y solo fue positivo en 1 paciente (16%).

El sangrado transvaginal anormal tuvo una frecuencia del 83%, con un promedio de 3 a 8 meses de duración lo que sugiere que debemos de poner mayor énfasis en todas las pacientes que presenten este síntoma y realizar un protocolo completo de estudio desde la primera consulta que incluya Papanicolaou, histeroscopia y biopsia de endometrio para descartar la presencia de adenocarcinoma oculto ya sea endocervical o endometrial.

La Sensibilidad del papanicolaou ha sido estimada entre el 55 a 72% , con altas tasas de falsos positivos , la presencia de adenocarcinoma endocervical diagnosticado en Papanicolaou reportado en la literatura es frecuente que se asocie a una lesión escamosa de alto grado en un 25% , a menudo el extendido anormal solo predice la lesión escamosa. El adenocarcinoma in situ, el adenocarcinoma cervical, y la enfermedad endometrial, inclusive la hiperplasia y el carcinoma ocurren en un 20% de las pacientes con Papanicolaou con células glandulares atípicas. En este estudio encontramos en dos pacientes (23%) con adenocarcinoma oculto con Papanicolaou anormal : una con displasia severa con diagnóstico definitivo histopatológico del útero de adenocarcinoma endometrial y otra con cáncer cervicouterino in situ con diagnóstico histopatológico definitivo de adenocarcinoma endocervical in situ.

El adenocarcinoma endocervical in situ es considerado difícil de visualizar colposcopicamente porque esas neoplasias son a menudo altas en el canal endocervical o profundas en el tejido. En este estudio, se realizó colposcopia a 4(66%) pacientes con adenocarcinoma oculto y solo dos casos se encontraron alterados, lo que obligo a realizar biopsia directa, sin embargo los resultados de las biopsias dieron positivos para lesiones escamosas: en una paciente displasia leve y en otros fragmentos de carcinoma epidermoide. Se realizó en dos pacientes como por falta de correlación cito histológica con resultado histopatológico de cáncer cervicouterino in situ en las dos pacientes por lo que fueron sometidas a histerectomía por este diagnóstico , sin embargo el resultado histopatológico del útero fue de adenocarcinoma endocervical in situ en una paciente y de adenocarcinoma endometrial en la otra.

La probabilidad de obtener células glandulares anormales del endocervix y regiones más altas de la zona de transformación es mayor cuando son tomadas a través de un legrado endocervical. Sin embargo el 50% de las pacientes a las que se realizo legrado endocervical, tuvieron los siguientes resultados histopatológicos: carcinoma epidermoide invasor, displasia moderada e hiperplasia endocervical y endometrial con atipias.

La histeroscopia es mas informativa comparada con el legrado porque permite una visualización directa y una resección endometrial completa. Sin embargo los falsos negativos son menores por que el examen patológico de las piezas resecadas o biopsadas son las fáciles comparadas con el legrado a menudo laceradas. Esto disminuye la tasa de adenocarcinoma endometrial perdido después de la histeroscopia en comparación con el legrado. Solo se realizó histeroscopia en el 33% de las pacientes sin embargo los resultados no descartaron la presencia de algún tipo de lesión glandular.

## CONCLUSIONES

- En el diagnóstico de adenocarcinoma endometrial o endocervical existe dificultad para detectar todos los casos con los métodos diagnósticos actuales, esto tal vez se presente porque se realiza la biopsia de endometrio o endocérvix a ciegas o no se realiza la toma de muestra adecuada porque la lesión se presente en un nivel muy alto en que la colposcopia con toma de biopsia endocervical no logre identificar estos sitios con tejido alterado.
- Se debe estandarizar los protocolos de estudio de las pacientes con sangrado uterino anormal y con sospecha de cáncer cervico uterino y endometrial que incluya además del papanicolaou y el cepillado endocervical la toma de biopsia por histeroscopia, para disminuir el índice de falsos positivos
- Este estudio demostró que existen pacientes con adenocarcinoma oculto endocervical y endometrial, que durante el protocolo de estudio de las mismas no se sospecho de alguna lesión glandular maligna del útero y que los resultados histopatológicos del protocolo de estudio mostraron lesiones escamosas o incluso se descarto desde el inicio que pudiera existir patología maligna.
- En la literatura hay referidos casos de adenocarcinoma oculto endometrial en las pacientes con hiperplasia de endometrio, sin embargo aun no hay reportes del adenocarcinoma oculto endocervical.
- En cuanto a las pacientes con cáncer cervico uterino in situ que son sometidas a hysterectomía falta aun desarrollar métodos diagnósticos que permitan identificar oportunamente el adenocarcinoma endocervical o endometrial oculto, además de descartar la presencia de microinvasión como es el estudio del ganglio centinela , y realizar estudios prospectivos con el desarrollo de estas nuevas técnicas.

## Bibliografía

1. Herzog. TJ, Monk .B Reducing the burden of glandular carcinomas of the uterine cervix. American Journal Of Obstetrics and Gynecology 2007 Dec :197(6) pp566-71
2. Torres LA, Gómez GG Cáncer cervicouterino en el Hospital general de México: Frecuencia de sus etapas clínicas y su correlación con la edad. Gaceta Mexicana de Oncología Marzo-Abril 2007, Volumen 6, Número 2 pp. 28-32
3. Berek Jonatahan "Ginecologia Oncologica pratica " Ed. Mc Graw Hill 4° ed Mexico 2003 pp308-311
4. Wolf LK, Levenback C, Malpica A , Morris M. Adenocarcinoma in situ of the cervix : significance of cone biopsy margins Obstetrics and Gynecology ,1996 Vol 88 (1) July ; 82-87
5. Soutter WP, Haidonoulos D, Gornall RJ, Mc Indoe GA. is conservative treatment for adenocarcinoma in situ of the cervix safe? British journal Of Obstetrics and gynecology. 2001 Nov Vol 108 pp 1184-1189
6. Poynor EA, Barakat RR, Hoskins WJ management and Follow up of patients with adenocarcinoma in situ of the uterine cervix. Gynecologic oncology 1995 Vol 57 pp158-164
7. Muntz HG, Bell AD, Lage JM. Adenocarcinoma In situ of the uterine cervix. Obstetrics and gynecology 1992 December Vol 80 No6 pp 935-939
8. Westin MC , Derchain SF , Rabelo Santos SH et al atypical glandular cells and adenocarcinoma in situ according to the Bethesda 2001 classification : cytohistological correlation and clinical implications . European journal of Obstetrics and Gynecology and reproductive medicine 2008 jun Vol 139 pp 79-85
9. Geldenhyus L, Murray ML Sensitivity and Specificity of the Pap smear for glandular lesion of the cervix and endometrium. Acta cytologica 2007 January- February Vol 51 No 1 pp 47-49
10. Wright TC , Massad S , Dunton CJ , et al 2006 consensus guidelines for the management of women with cervical intraepithelial neoplasia or adenocarcinoma in situ . American journal of Obstetrics and gynecology 2007 October Volume 197, No 4, Pages 346-355
11. Krivak TC, Rose Scott, McBroom JW et al. Cervical adenocarcinoma in situ: a systematic review of therapeutic options and predictors of persistent or recurrent disease. Obstetrical and gynecological survey 2001 Vol 56 No 9 pp567-574

12. Young JL, Jazaeri A, Lachance JA Cervical adenocarcinoma in situ: the predictive value of conization margin status. *American journal of obstetrics and gynecology*. 2007 august , vol 197 pp 195e1 – 195e8
13. Jakus S, Edmonds P, Dunton C., King S Margin Status and excision of cervical intraepithelial neoplasia: a review. *Obstetrical and Gynecological Survey* 2000, Vol 55 No 5 pp 520-527
14. Philip J. DiSaia, William T. Creasman *Oncologia ginecologica Clinica Elsevier España*, 2002 pp 234-238
15. *Cancer Statistics. CA a Cancer Journal for Clinicians*. 1996; vol. 46, 1 pp. 47-56
16. Parkin,DM. Pisani, P. Ferlay, J. Estimates of the worldwide incidence of eighteen major cancers in 1985. *Int J Cancer* 1993;54:594
17. *Cancer Statistics American Cancer Society* 2005
18. Creasman WT. Endometrial cancer: incidence, prognostic factors, diagnosis and treatment. *Semin Oncol* 1997;24:140-150.
19. Karlson B., Granberg S., Hellberg P., Wikland M. Comparative study of transvaginal sonography and hysteroscopy for the detection of pathologic endometrial lesions in women with menopausal bleeding. *J. Ultrasound Med*. 2004. 13:757-762
20. Hunter JE, Tritz DE, Howell MG, DePriest PD, Gallion HH, Andrews SJ, Buckley SB, Kryscio RJ, van Nagell JR Jr. The prognostic and therapeutic implications of cytologic atypia in patients with endometrial hyperplasia. *Gynecol Oncol*. 1994 Oct; 55(1):66-71.
21. Janicek MF, Rosenshein NB. Invasive endometrial cancer in uteri resected for atypical endometrial hyperplasia. *Gynecol Oncol*. 1994 Mar; 52(3):373-8.
22. Valenzuela P, Sanz JM, Keller J. Atypical endometrial hyperplasia: grounds for possible misdiagnosis of endometrial adenocarcinoma. *Gynecol Obstet Invest*. 2003; 56(3):163-7.
23. Agostini A, Cravello L, Shojai R, Schaeffer V, Bretelle F, Roger V, Blanc B. Risk of finding an endometrial cancer when atypical hyperplasia was incidentally diagnosed on hysteroscopic resection products. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2002 Jun 10;103(1):58-9.
24. Bats A., Clement D Sentinel lymph node biopsy improves staging in early cervical cancer *Gynecologic Oncology* Vol 105 Mar 2007 189–193
25. Fader N, Edwards R, et al Sentinel lymph node biopsy in early-stage cervical cancer: Utility of intraoperative versus postoperative assessment *Gynecologic Oncology* Vol 111 Abril 2008 13–17



## CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

2008

ACTIVIDAD	Sep 15-30	Oct. 1-15	Oct. 16-31	Nov.	DIC
Investigación bibliográfica	xxxx				
Elaboración de protocolo	xxxx				
Registro de protocolo	xxxx	xxxx			
Presentación al Comité Local de Aceptación		xxxx			
Recolección de datos.		xxxx			
Análisis de datos y resultados.			xxxx	xxxx	
Entrega de protocolo				xxxx	
Publicación.					xxxx



## FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

### I- DATOS GENERALES DE LA PACIENTE

Nombre de la Paciente: \_\_\_\_\_ Afiliación \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

### II. DATOS GENERALES DE LA PACIENTE:

Gesta \_\_\_\_\_

Diabetes: SI; \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_ Especifique Tipo \_\_\_\_\_

Obesidad SI \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_

Tabaquismo SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Uso de anticonceptivos orales SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Sangrado transvaginal SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

### II-DATOS RELACIONADOS CON EL DIAGNOSTICO PREVIO A LA CIRUGIA

Papanicolaou SI: \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ Resultado \_\_\_\_\_

Colposcopia Satisfactoria SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ resultado \_\_\_\_\_

Biopsia directa SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ Resultado \_\_\_\_\_

Biopsia por cono \_\_\_\_\_

Bisturí Frio \_\_\_\_\_ Cono con Asa \_\_\_\_\_ Resultado \_\_\_\_\_

Legrado endocervical SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ resultado \_\_\_\_\_

Histeroscopia \_\_\_\_\_

Diagnostico preoperatorio \_\_\_\_\_

### III. DATOS RELACIONADOS CON EL DIAGNOSTICO POSTERIOR A LA CIRUGIA

Resultado de Pieza quirúrgica \_\_\_\_\_

## **ASPECTOS ETICOS Y CARTA DE CONSENTIMIENTO**

El estudio no contraviene las normas éticas, el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud y con la declaración de Helsinki de 1975 y sus enmiendas, así como los códigos y normas internacionales vigentes por tratarse de un estudio descriptivo retrospectivo sin intervención en los resultados finales en las pacientes. No requiere consentimiento informado