



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA**

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

**HOSPITAL GINECOOBSTETRICIA NO. 4 “LUIS CASTELAZO
AYALA”**

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DEL
CÁNCER DE ENDOMETRIO
ENDOMETRIOIDE**

TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN:

GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

Dra. IYALHI VIZUETH OLGUÍN



**ASESOR DE TESIS:
DR. MOISES ZEFERINO TOQUERO**

MÉXICO 2011



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.

UNIDAD MEDICA DE ALTA ESPECIALIDAD
HOSPITAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA 4

“LUIS CASTELAZO AYALA”

PERFIL EPIDEMIOLOGICO DEL CPANCER DE ENDOMETRIO ENDOMETRIOIDE

Dr. Oscar Arturo Martínez Rodríguez

Director

Dr. Carlos Emiro Morán Villota

Director de Educación e Investigación en Salud

Dr. Sergio Rosales Ortiz

Profesor Titular

Dr. Moisés Zeferino Toquero

Cirujano-Oncólogo

Hospital de Ginecología y Obstetricia 4

AGRADECIMIENTOS:

A Dios por la vida y acompañarme siempre y en especial por la maravillosa familia que me dio.

A mis padres Francisco y Maurilia por su apoyo siempre incondicional, porque sin ellos no sería lo que soy, por depositar su entera confianza en cada reto que se me presentaba sin dudar ni un solo momento en mí. Los amo.

A mis hermanos Ahtizi y Francisco por estar ahí siempre.

A Migue mi compañero inseparable.

A mis amigos.

A mis maestros a quienes les debo gran parte de mis conocimientos, gracias a su paciencia y enseñanza.

INDICE:

Resumen.....	1
Marco teórico.....	2
Planteamiento del problema.....	6
Justificación.....	7
Objetivo.....	8
Hipótesis.....	9
Material y Métodos.....	10
Resultados.....	11
Discusión.....	25

Conclusiones.....27

Bibliografía.....28

Anexos.....31

RESUMEN:

Introducción: El carcinoma de endometrio es la segunda neoplasia ginecológica más frecuente a nivel mundial con 287,000 (2.3%) casos nuevos en 2008. Existen diferentes características clínicas relacionadas con cáncer de endometrio entre los que se encuentran: estado posmenopáusico, obesidad, la exposición continua a estrógenos, menarca temprana, menopausia tardía, períodos de amenorrea, nuliparidad, diabetes mellitus e hipertensión arterial, en cuanto a la edad en el tipo I va de los 50 – 60 años y en el tipo II de 60–70.

Objetivo: Determinar las características clínicas de las pacientes con cáncer de endometrio tipo endometrioides y compararlas con los reportados en la literatura mundial.
Material y métodos: Estudio observacional descriptivo, transversal, retrospectivo, de las pacientes atendidas en el servicio de Onco ginecología de la UMAE HGO 4 “Luis Castelazo Ayala”, entre enero de 1991 a diciembre 2010. De los expedientes se obtendrán las siguientes variables: edad, multiparidad, nuliparidad, índice de masa corporal, menarca, menopausia, uso de anticonceptivos, uso de terapia hormonal de reemplazo, raza, diabetes mellitus, hipertensión arterial, antecedentes familiares de cáncer, antecedentes personales de cáncer. y se vaciarán las variables en una base de datos de excel realizando análisis paramétrico simple.

Resultados: El promedio de edad de estas pacientes fue de 55.58 años, encontramos que el 12.06 % del total de las pacientes son menores de 40 años. El Índice de Masa Corporal promedio fue de 30.22 kg/m². La edad de presentación de la menarca fue de 12.88 años, solo el 5.9% de las pacientes la presentó ≤ de los 10 años de edad. La edad de presentación de la menopausia fue de 46.7 años en promedio, se presentó después de los 50 años en el 20.27%. El promedio de embarazos fue de 2.9, el 24.25% de las pacientes fue nuligesta. El 31.02% tenía antecedentes familiares de cáncer. El 8.49% presentó una segunda neoplasia. El 17.9% de las pacientes tenía Diabetes Mellitus, el 34.07% Hipertensión arterial crónica y el 9.46% ambas. Predomina la etapa quirúrgica I que la encontramos en el 73.33% de las pacientes.

Conclusión: Ya que nuestra población no presenta todos los factores de riesgo que se han corroborado en diferentes estudios que incrementan el riesgo de presentar cáncer de endometrio tipo I, es de gran importancia siempre considerar que esta patología puede estar presente en aquella mujer que se presenta con sangrado transvaginal e incluso jóvenes, por lo que se deberán realizar estudios encaminados a descartar la presencia de patología y realizar acciones para el manejo del sobrepeso y obesidad que es el factor de riesgo que más frecuentemente encontramos en nuestra población.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DEL CÁNCER DE ENDOMETRIO ENDOMETRIOIDE

MARCO TEORICO

El carcinoma de endometrio es la segunda neoplasia ginecológica más frecuente a nivel mundial con 287,000 casos nuevos en 2008.¹ En Estados Unidos se estiman 43,470 nuevos casos de cáncer de cuerpo uterino en el 2010 y 7950 muertes por esta causa.² En México el cáncer de endometrio es el cuarto cáncer ginecológico mas frecuente después de mama, cérvix y ovario.³

El pronóstico del cáncer de endometrio en etapas tempranas es favorable con tasas de supervivencia de 95%, las pacientes con enfermedades de alto riesgo y enfermedad avanzada tienen una supervivencia a largo plazo del 60%.^{4,5}

De los tumores del cuerpo uterino el cáncer de endometrio es el más frecuente, predomina la variedad endometrioide en un 85% de los casos. Otros tipos histológicos menos frecuentes pero con mayor agresividad son el seroso papilar en un 10% y con menor frecuencia el tumor de células claras, escamoso y carcinomas indiferenciados.^{4,5,6}

Actualmente se conocen dos tipos de cancer de endometrio, el de tipo I relacionado a estrógenos y generalmente de tipo endometrioide y el tipo II no relacionado a estrógenos, se sabe que tienen diferentes perfiles genéticos, su cuadro clínico y pronóstico son diferentes, al momento del diagnóstico en el tipo I la enfermedad se encuentra limitada al útero en un 70% de los casos y tienen mejor pronostico que el tipo II.^{1,6}

Con algunas variaciones menores, existe uniformidad mundial respecto a las características clínicas de las pacientes con cáncer de endometrio al momento del diagnóstico, los factores más consistentes en la literatura son la obesidad, diabetes mellitus, historia familiar de cáncer, terapia de remplazo hormonal con estrógenos, menarca temprana, menopausia tardía y nuliparidad.

Se reporta que mujeres que iniciaron a menstruar a los 15 años o más (RR 1, 95%) tienen un riesgo de un tercio de presentar cáncer de endometrio comparado con quienes empezaron a menstruar a los 10 años o menos (RR 0.35, 95% CI 0.12-0.97).^{7,8} A la

inversa mujeres en las que se reporta una menopausia natural a los 55 años o más tienen un RR de 1.87 (95% CI 1.12-3.09) en comparación con aquellas que se presenta a los 45 años o por debajo de esta edad.^{7,8} Mujeres con 40 años o más de ovulación tienen un RR 3.63 (95% 2.21-5.95).⁸ El embarazo se asoció inversamente con el riesgo de cáncer endometrial, las mujeres que reportaron haber estado embarazada tienen sólo la mitad el riesgo de cáncer endometrial en comparación con el grupo de nulíparas. También se observó una disminución en el riesgo con un mayor número de embarazos.^{8,9,10,11}

La obesidad^{9,10,11,13,14} es una epidemia actual que ha contribuido de forma importante en el incremento de la incidencia del cáncer de endometrio.¹⁵ Diversos autores consideran que las mujeres con cáncer tienen un incremento del riesgo de cáncer de endometrio con un índice de masa corporal de 25 kg/m² o por arriba de este.^{9,11} Se ha encontrado una fuerte asociación positiva entre el índice de masa corporal y el cáncer de endometrio, encontrando que las mujeres con IMC de <20 tienen un RR de 0.8 (95% CI:0.3-1.9), con un IMC ≥25-29 tienen un RR 2.1 (95% CI:1.4-3), con un IMC de 35-39 un RR de 5.8 (95% CI 3.3-10.3) y con un IMC ≥40 tienen un RR de 11.1 (95% CI:5.2-23.8). Esta asociación entre obesidad y cáncer de endometrio se debe a la producción de estrógenos en el tejido adiposo que tienen un efecto mitogénico directo sobre las células endometriales.¹⁶

Se ha reportado que la obesidad asociada a infertilidad o amenorrea, incrementa de forma importante el riesgo de cáncer de endometrio.^{9,11,17}

Existe una fuerte y más consistente relación entre hipertensión y el riesgo de presentar cáncer de endometrio.¹⁸ Se reporta un OR de 1.59 (95% CI:1.3-1.9) para cáncer de endometrio en aquellas pacientes con hipertensión arterial. El OR de acuerdo a la duración de la enfermedad es de 1.1 (95% CI:0.9-1.4) en aquellas con hipertensión arterial de menos de 5 años de diagnóstico y de 1.7 (95% CI:1.3-2.1) en aquellas con más de 5 años de este.¹⁹

Hay varios mecanismos que podrían estar involucrados en el desarrollo de cáncer de endometrio en las mujeres diabéticas.^{10,11,13,14,18} La hiperinsulinemia es una característica de la diabetes, obesidad e inactividad física, y la insulina ha mostrado estimular el crecimiento de las células estromales endometriales, mediante la unión de receptores de insulina a las células endometriales. Además la hiperinsulinemia puede incrementar los

niveles libres de estrógenos , al disminuir las concentraciones de esta hormona asociada a globulina en la circulación.²⁰ El RR para cáncer de endometrio es de 3.13 (95% CI:1.92-5.11) para mujeres diagnosticadas con diabetes comparada con mujeres sin diabetes.¹⁵

Es posible que el síndrome de ovarios poliquísticos sea un factor de riesgo asociado, principalmente en mujeres jóvenes y pre menopáusicas para presentar cáncer de endometrio. Ya que este tiene una fuerte relación con obesidad, exposición continúa a estrógenos e hiperinsulinemia crónica.^{7,21}

El uso de terapia de remplazo hormonal con estrógenos puede causar cáncer de endometrio y su efecto se puede reducir con el uso de progestágenos por un periodo suficiente en cada ciclo. Se ha observado que el uso de hormonales combinados tiene un efecto protector para presentar cáncer de endometrio.²²

La mayor incidencia de cáncer de endometrio tipo I se observa en mujeres de 50 a 60 años de edad y en el de tipo II entre 60 – 70 años.¹⁰ Aunque la mayoría de las mujeres con cáncer de endometrio son posmenopáusicas, el 5-30% se presenta en mujeres por debajo de los 50 años al momento del diagnóstico. Estudios realizados en mujeres jóvenes con cáncer de endometrio reporto que entre mayor grado de obesidad, más temprana es la edad de presentación, a los 41 años en promedio. En estas pacientes también se encontró una alta incidencia de sincrónico primario de ovario.^{11,18}

Un estudio realizado por Lanche et al. reporta una incidencia del 15% de cáncer de endometrio en mujeres menores de 45 años, del 47% en mujeres de 46 a 64 años y del 30% en mujeres de más de 65 años. La mujeres jóvenes con estadísticamente mas obesas que las pacientes mayores, tienen un estadio de la enfermedad, un tipo histológico menor, así como tipos histológicos más favorables, en comparación con las pacientes mayores.²³

Wright y colaboradores reportan que las mujeres de raza blanca tienen una mayor propensión para presentar cáncer de endometrio, que las mujeres de raza negra, sin embargo cuando se presenta en estas, es más agresivo y presentan un peor pronóstico.²⁴

Friedenreich et al. reportan que el cáncer de endometrio incrementa en aquellas mujeres sedentarias y disminuye en aquellas que realizan actividad física.¹⁷ Una revisión en relación a la actividad física y el riesgo de cáncer endometrio mostraron que la mayoría de los estudios (80%) de 10 estudios de alta calidad, encontraron una reducción del 20%. De estos 7 estudios de cohorte que midieron el tiempo de ocio y actividad ocupacional mostraron una disminución del riesgo del cáncer de endometrio (OR 0.77; 95% CI 0.70-0.85) para las mujeres con más actividad física.²⁶

Otros factores asociados al cáncer de endometrio en especial el tipo II son el antecedente de cáncer de mama, uso de tamoxifeno y síndromes hereditarios de cáncer mama-ovario.¹⁰

La hiperplasia sin atipia ya sea simple o compleja tiene una progresión baja a carcinoma (1% y 3% respectivamente). Mientras que a la hiperplasia compleja se le considera un precursor directo del carcinoma endometrioide.²⁷

También dentro de la literatura mundial se han reportado algunos factores protectores entre los que se encuentran:

Uso de anticonceptivos orales.⁹ El número de embarazo a término disminuye de forma considerable el riesgo de cáncer de endometrio.⁹

Jaakkola et al. Reportan que el uso continuo de terapia hormonal de remplazo con estradiol-progestágenos en mujeres posmenopáusica por 3 años o más disminuye el riesgo de cáncer de endometrio tipo I, sin importar la vía de administración o el tipo de progestágeno.²⁸

En algunos estudios se ha encontrado que el consumo de vitamina D y calcio disminuye el riesgo de presentar cáncer de endometrio.^{13,14}

Se encontró una asociación inversa entre el cáncer de endometrio y riesgo de presentar cáncer de endometrio (RR 0.55 CI 0.35-0.86), en comparación con las no fumadoras (RR 1.06 CI 0.71-1.61).¹⁵

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Existe poca información respecto a las características clínicas de la paciente con cáncer de endometrio tipo endometriode en el país por lo que consideramos útil conocer estas en la población derechohabiente de nuestro área de trabajo, para así poder establecer programas de detección precoz en paciente con alto riesgo de presentar cáncer de endometrio, de acuerdo a las características clínicas que más se asocian a este.

Ya que consideramos que los factores de riesgo para cáncer de endometrio tipo endometriode reportados en la literatura mundial, no son los mismos en la población mexicana, se identificarán estos en nuestra población y compararán con los reportados en la literatura mundial.

JUSTIFICACIÓN

Existe uniformidad a nivel mundial en cuanto a las características clínicas de la población con cáncer de endometrio al momento del diagnóstico, sin embargo en México existe información muy limitada e insuficiente para poder comprobar estas características clínicas de las pacientes, y así determinar si estas las comparte con las reportadas en la literatura mundial, ya que no se han realizado estudios en nuestra población que nos permitan conocer estos datos.

Ya que el cáncer de endometrio ha ido incrementando su frecuencia a nivel mundial y en nuestro país, llegando incluso en a ser la segunda neoplasia ginecológica a nivel mundial, solo seguida del cáncer de mama, consideramos que es de suma importancia identificar las características clínicas que presenta la población mexicana al momento del diagnóstico para así poder crear programas de prevención y detección.

OBJETIVO

Objetivo general:

Determinar las características clínicas de las pacientes con cáncer de endometrio tipo endometriode al momento del diagnóstico en nuestra unidad y compararlas con los reportados en la literatura mundial

HIPÓTESIS

Las pacientes con cáncer de endometrio tipo endometriode en nuestra población derechohabiente no comparten las mismas características clínicas que las reportadas en la literatura mundial.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo, transversal, retrospectivo, de las pacientes atendidas en el servicio de Onco ginecología de la UMAE Hospital de Ginecología y Obstetricia No.4 "Luis Castelazo Ayala" Mexico DF en el periodo comprendido de enero de 1995 a diciembre 2010.

De la base de datos del servicio se obtendrán los registros de las pacientes con cáncer de endometrio, se buscaran los expedientes en el archivo y se vaciaran los datos de las variables en una base de datos de excel. (Anexo I, hoja de captura), se realizaran análisis paramétrico simple.

VARIABLES: Edad, multiparidad, nuliparidad, índice de masa corporal, menarca, menopausia, diabetes mellitus, hipertensión arterial, antecedentes familiares de cáncer, 2° neoplasia, etapa quirúrgica del ca endometrio, grado histológico, forma de diagnóstico.

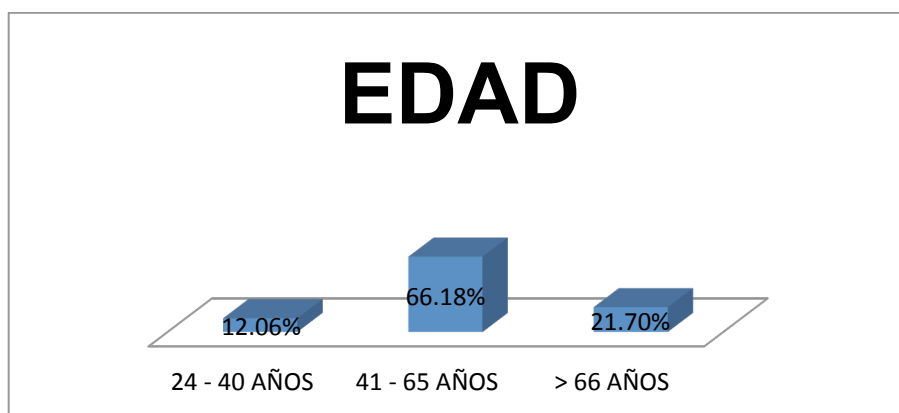
Criterios inclusión: Todas la pacientes con diagnóstico de cáncer de endometrio tipo endometrioide corroborado por patología en el periodo de enero 1991 a diciembre 2010

No inclusión: Expediente incompleto

RESULTADOS

En el período de Enero de 1995 a Diciembre del 2010 se diagnosticaron en el servicio un total de 581 pacientes con cáncer de endometrio tipo endometroide, que son nuestro grupo de estudio.

El promedio de edad de estas pacientes fue de 55.58 años con rango de 24 a 88 años, encontramos que el 12.06 % del total de las pacientes son menores de 40 años, 66.18 % tienen entre 41 y 65 años y 21.7% son mujeres mayores de 66 años. (Grafica 1).

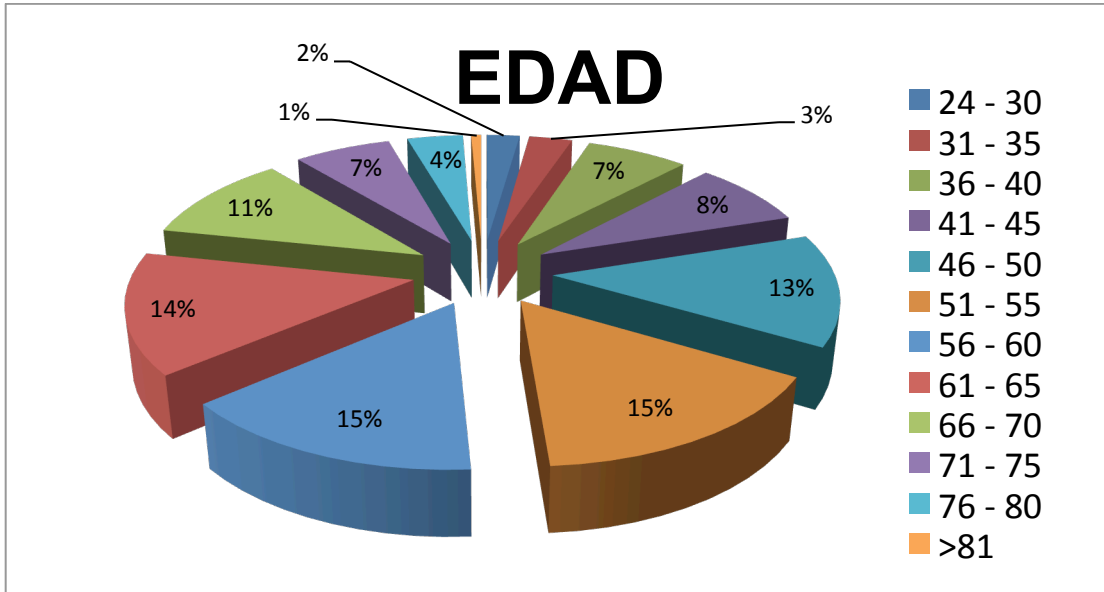


Grafica No. 1

Los detalles por grupo de edad se aprecian en la tabla y grafica 2

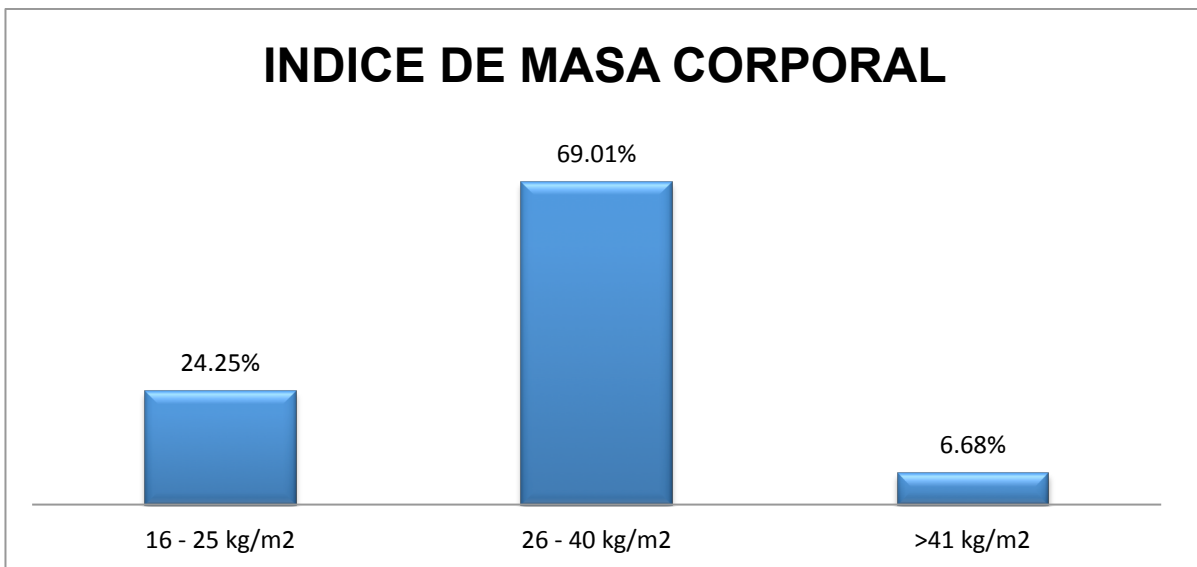
EDAD DE PRESENTACION DEL CA ENDOMETRIO		
24-30 años	13	2.24%
31-35 años	17	2.93%
36-40 años	40	6.89%
41-45 años	46	7.93%
46-50 años	78	13.44%
51-55 años	90	15.51%
56-60 años	86	14.82%
61-65 años	84	14.48%
66-70 años	62	10.68%
71-75 años	38	6.55%
76-80 años	22	3.79%
>81 años	4	0.68%
	580	99.94%
Prom 55.58 años		

Tabla No. 2



Grafica No. 2

El Índice de Masa Corporal promedio fue de 30.22 kg/m² con un rango de 16 – 57 kg/m², con un IMC dentro de lo normal que va de 16 a 25 encontramos el 22.25% de las pacientes, con un IMC que indica sobrepeso que va de 26 a 30 kg/m² un 34.41% y con obesidad un IMC que va de 31 a 40 kg/m² un 69.01% y por arriba de 41 del 6.68%. (Grafica 3) Del total del grupo estudiado un 41.2% se encuentra con obesidad ya que presenta un IMC por arriba de 30 kg/m². Los detalles por grupos se encuentran en la tabla y grafico No. 4.

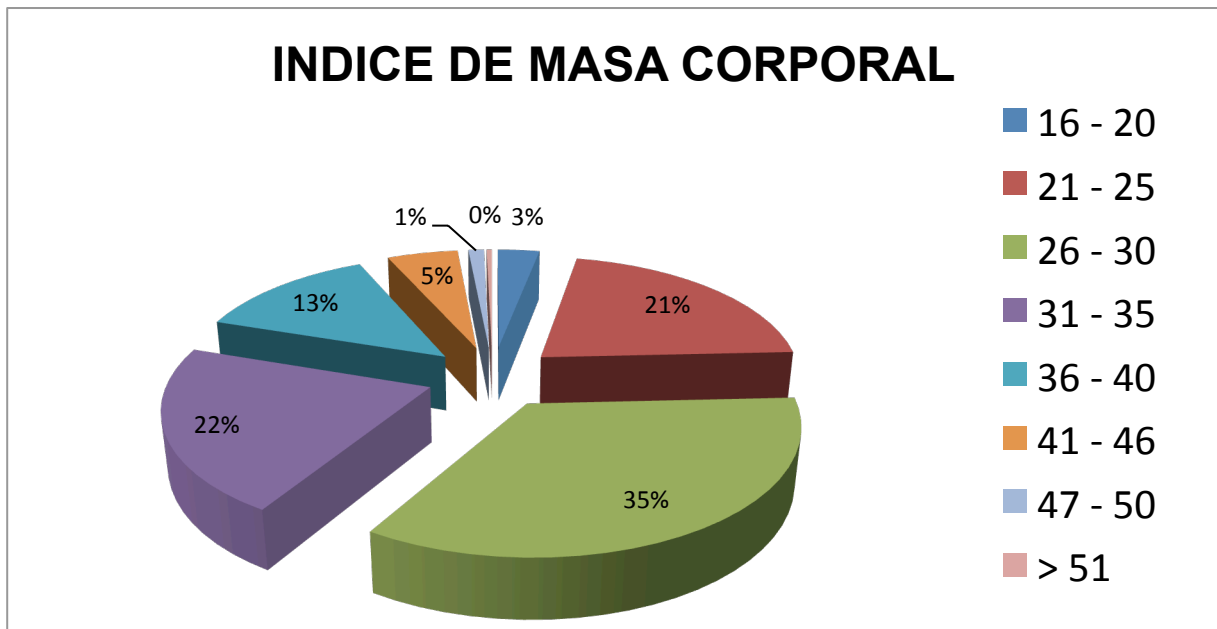


Grafica No. 3

INDICE DE MASA CORPORAL EN PACIENTES CON CANCER DE ENDOMETRIO		
16 – 20 kg/m ²	16	3.05%
21 – 25 kg/m ²	111	21.20%
26 – 30 kg/m ²	180	34.41%
31 – 35 kg/m ²	112	21.41%
36 – 40 kg/m ²	69	13.19%
41 – 46 kg/m ²	27	5.16%
47 - 50 kg/m ²	6	1.14%
> 51 kg/m ²	2	0.38%
Total	523	99.94%

Prom 30.22 kg/m²

Tabla No. 4

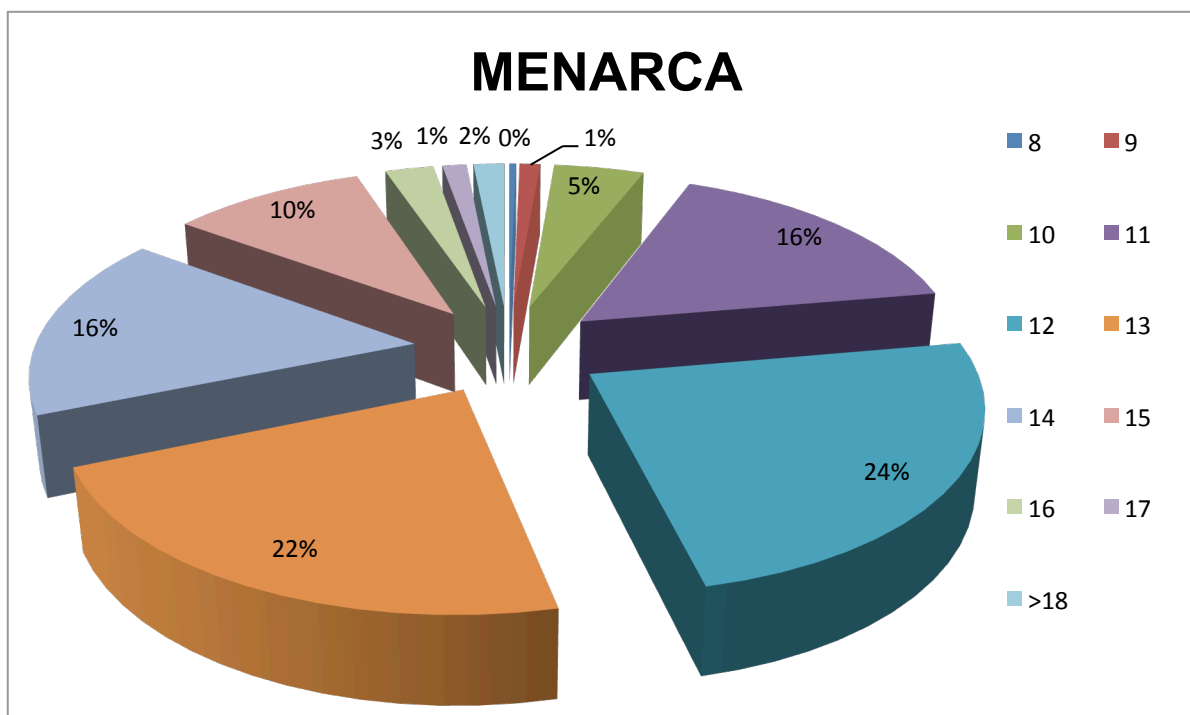


Grafica No. 4

La edad de presentación de la menarca fue de 12.88 años en promedio, con rango de edad de los 8 a los 19 años, solo en 5.9% de las pacientes la menarca la presentó \leq de los 10 años de edad y se presentó a los 11 años o más en el 94% de las pacientes. Los detalles se presentan en la tabla y grafico No. 5.

EDAD DE PRESENTACION DE LA MENARCA EN PACIENTES CON CA ENDOMETRIO		
8 años	2	0.34%
9 años	6	1.04%
10 años	26	4.52%
11 años	94	16.34%
12 años	139	24.17%
13 años	128	22.26%
14 años	94	16.34%
15 años	56	9.73%
16 años	14	2.43%
17 años	7	1.21%
>18 años	9	1.56%
	575	99.94%
Prom 12.88 años		

Tabla No. 5

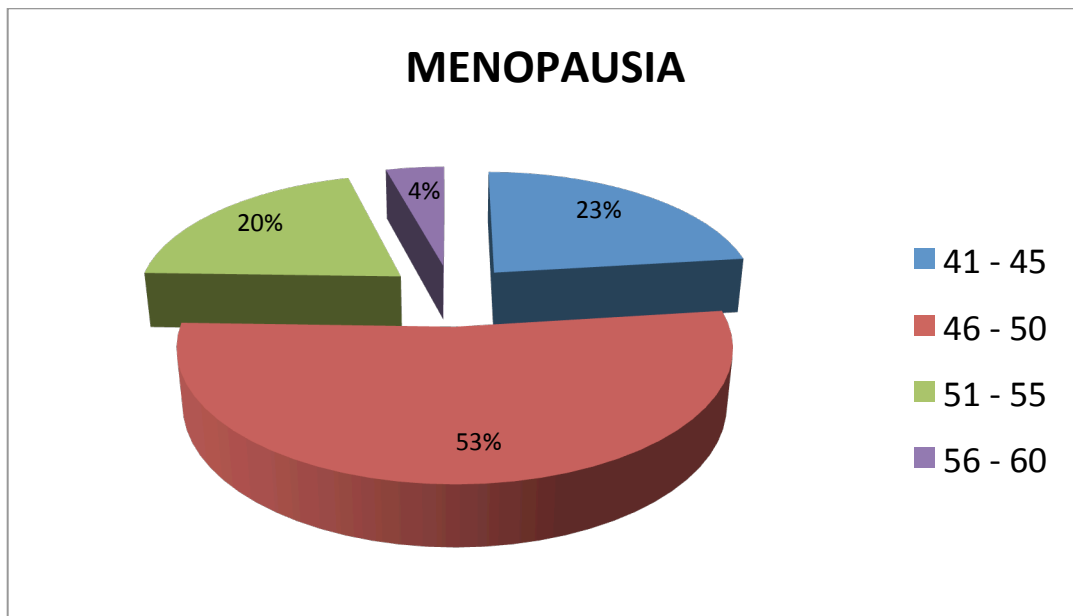


Grafica No. 5

La edad de presentación de la menopausia fue de 46.7 años en promedio, se presento antes de los 50 años en el 74.8% de las pacientes y después de los 50 años en el 20.27%. Las pacientes de 40 años y por debajo de esta edad se excluyeron ya que se les realizo histerectomía como parte del tratamiento del cáncer de endometrio. Los detalles se presentan en la tabla y grafica No. 6

EDAD DE PRESENTACION DE LA MENOPAUSIA EN PACIENTES CON CA ENDOMETRIO		
41 – 45 años	109	19.05%
46 – 50 años	248	43.35%
51 – 55 años	96	16.78%
56 – 60 años	20	3.49%
TOTAL	572	99.97%
Prom 46.74 años		

Tabla No.6

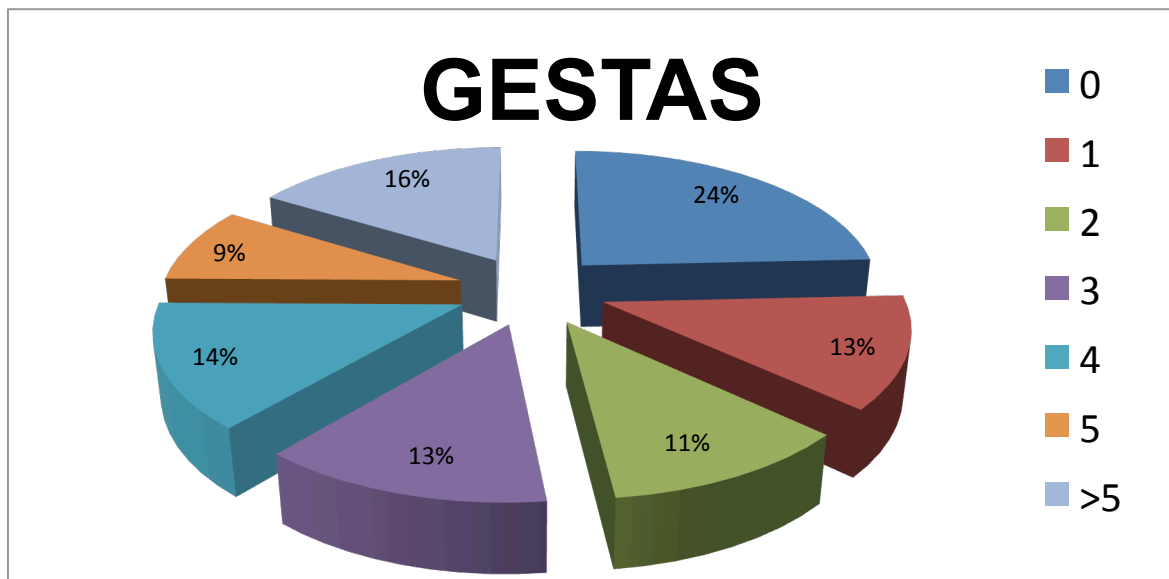


Grafica No. 6

El promedio de embarazos fue de 2.96 con un rango de 0 a 19, el 24.25% de las pacientes fue nuligesta, mientras que el 72.75% tuvo un embarazo o más. Los detalles se encuentran en tabla y grafico 7.

GESTAS		
0 embarazos	139	24.25%
1 embarazos	72	12.56%
2 embarazos	65	11.34%
3 embarazos	75	13.08%
4 embarazos	80	13.96%
5 embarazos	49	8.55%
>5 embarazos	93	16.23%
	573	99.97%
Prom 2.96		

Tabla No. 7

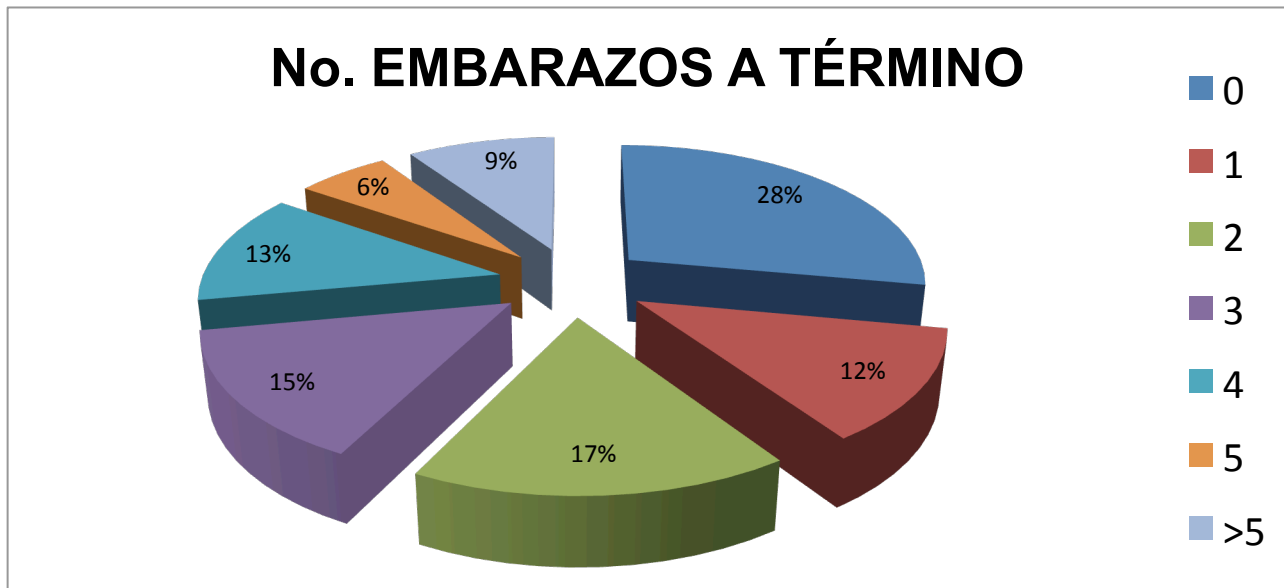


Grafica No. 7

El promedio de embarazos a término fue de 2.42 con un rango de 1 a 19, el 72.04% de las pacientes tubo uno o más embarazos a término. Los detalles se encuentran en la tabla y grafica No. 8

Número de embarazos a termino		
0	160	27.92%
1	72	12.56%
2	97	16.92%
3	84	14.65%
4	72	12.56%
5	34	5.93%
>5	54	9.42%
	573	99.96%
Prom 2.42		

Tabla No. 8

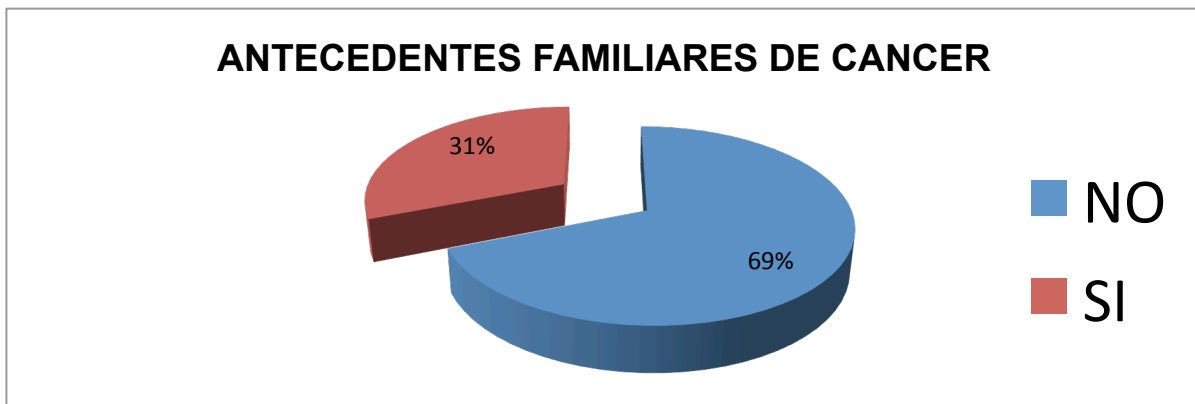


Grafica No. 8

El 68.95% de las pacientes no tiene el antecedente de familiares con cáncer, mientras que el 31.02% si tenía este. Tabla y grafica No. 9. De los 179 pacientes que tienen reportado el antecedente familiar de cáncer, solo en 22 se sabe el sito de cáncer, de ellos el sitio más común es el cáncer gástrico. Tabla No. 10

ANTECEDENTES FAMILIARES DE CANCER		
NO	398	68.95%
SI	179	31.02%
	577	99.97%

Tabla No. 9



Grafica No. 9

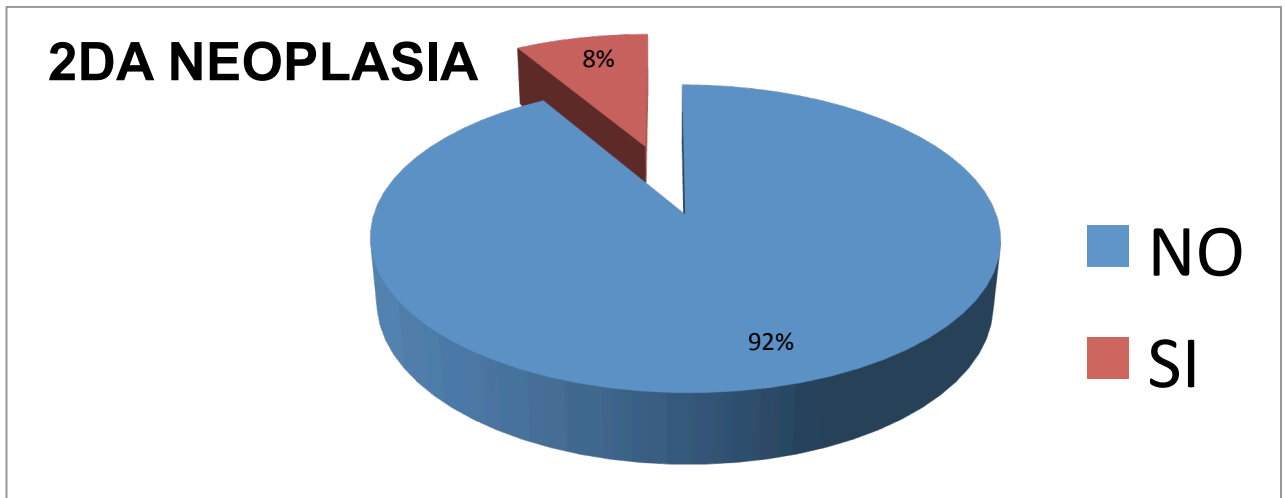
Ca endometrio	2
Ca colón	3
Ca gástrico	8
Ca prostata	2
Ca Cu	2
Ca vesicula	1
Ca páncreas	2
Ca recto	2
Total	22

Tabla No. 10

Del grupo total estudiado, en 49 pacientes que corresponde al 8.49% se presentó una segunda neoplasia. Tabla y grafica No. 11 Sin embargo solo en 11 pacientes se tiene documentado el sitio de la segunda neoplasia, de estas el sitio más frecuente fue el cáncer de mama. Tabla No. 12

2DA NEOPLASIA		
NO	528	91.50%
SI	49	8.49%
Total	577	99.99%

Tabla No.11



Grafica No. 11

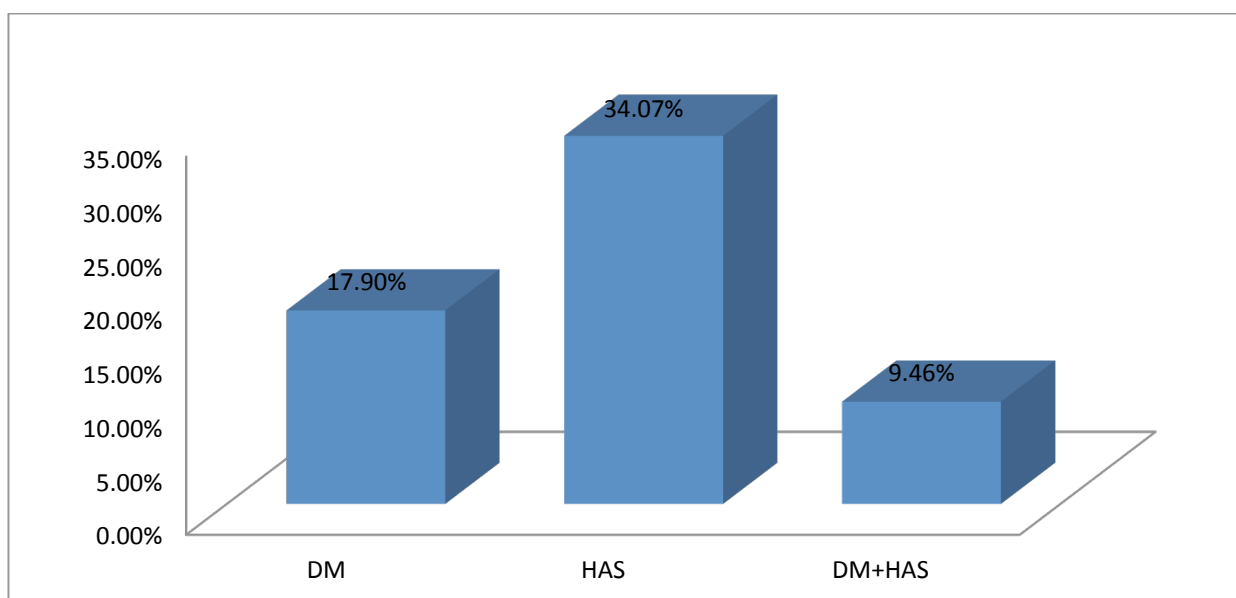
Ca mama	6
CA colón	1
Ca recto	1
CA ovario	1
CA CU	1
Melanoma	1
	11

Tabla No. 12

El 17.9% de las pacientes tenía Diabetes Mellitus, el 34.07% Hipertensión arterial crónica y el 9.46% ambas. Los detalles se encuentran en la tabla y grafica No. 13.

ENFERMEDADES ASOCIADAS EN PACIENTES CON CA ENDOMETRIO		
DM	104	17.90%
HAS	198	34.07%
DM+HAS	55	9.46%

Tabla No. 13

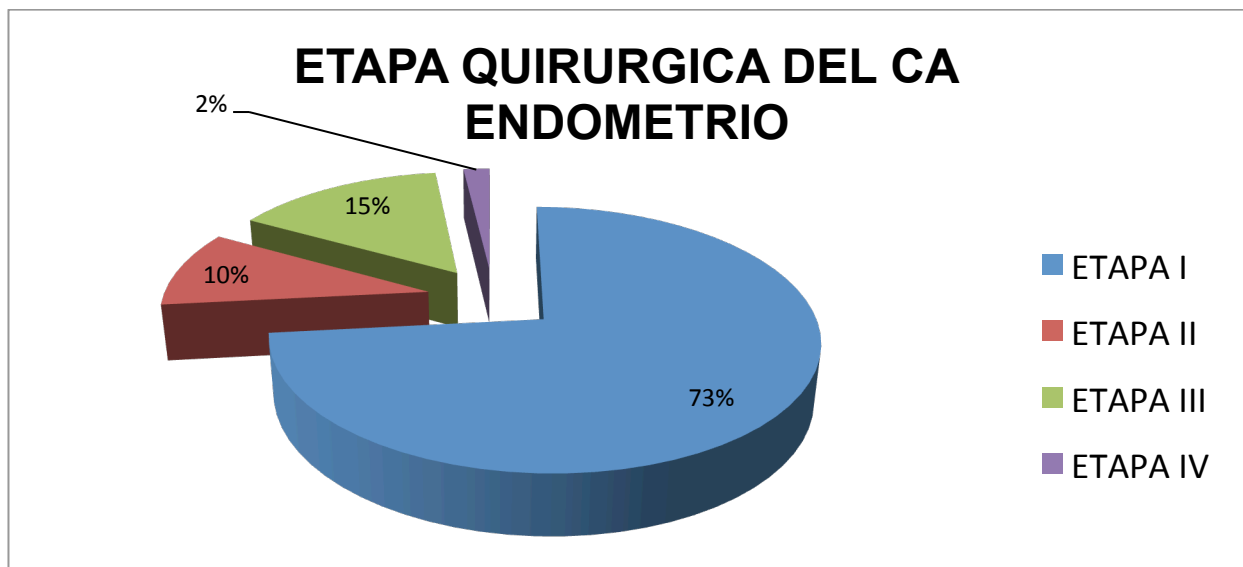


Grafica No. 13

En cuanto a la etapa quirúrgica de presentación, predomina la etapa quirúrgica I que la encontramos en el 73.33% de las pacientes, la II en el 9.76%, la III en el 15% y la IV en el 1.88%. Los detalles se encuentran en la tabla y grafica No. 14.

ETAPA I	405	73.33%
ETAPA II	54	9.76%
ETAPA III	83	15.00%
ETAPA IV	10	1.88%
	552	99.97%

Tabla No. 14



Grafica No. 14

ETAPA QUIRURGICA DEL CA ENDOMETRIO		
IAG1	100	18.11%
IAG2	17	3.07%
IAG3	8	1.44%
IBG1	135	24.45%
IBG2	26	4.72%
IBG3	9	1.63%
ICG1	59	10.68%
ICG2	35	6.34%
ICG3	16	2.89%
IIAG1	10	1.81%
IIAG2	3	0.54%
IIAG3	3	0.54%
IIBG1	21	3.80%
IIBG2	14	2.53%
IIBG3	3	0.54%
IIIAG1	21	3.80%
IIIAG2	9	1.63%
IIIAG3	4	0.72%
IIIBG1	2	0.36%
IIIBG2	1	0.18%
IIIBG3	3	0.54%
IIICG1	14	2.53%
IIICG2	15	2.71%
IIICG3	14	2.53%
IVAG1	1	0.18%
IVBG1	3	0.54%
IVBG2	1	0.18%
IVBG3	5	0.98%
TOTAL	552	99.97%

Tabla No. 15

En las pacientes que presentaron el cáncer de endometrio antes de los 40 años hubo un total de 70 pacientes en la cuales el IMC promedio fue de 31.2 kg/m² con un rango de 19 a 50 kg/m², el 18.8% presento un IMC por de 18 a 24 kg/m², el 59.4% de 25 a 36 kg/m² y el 21.73% >36 kg/m².

El 12.85% de las pacientes presento la menarca a los 10 años o antes y el 87.14% después de los 10 años. El 51.4% de las pacientes fue nuligesta mientras que el 48.5% tuvo un embarazo o más. El 11.4% de las pacientes tenía hipertensión arterial sistémica crónica. El 4.28% tiene Diabetes Mellitus 2. EL 24.28% de la pacientes tiene el antecedente familiar de cáncer.

El 4.28% (3) de las pacientes no tenía ningún factor de riesgo para ca endometrio, el 25.71% (18) tenía 1 factor de riesgo, el 44.28% tenía 2 factores de riesgo, el 12.85% 3 factores de riesgo, el 5.71% 4 factores de riesgo. Los más frecuentes fueron la obesidad y nuligestas.

El 18.5% (13) de las pacientes tuvo una etapa quirúrgica III, el 7.69%(1) IIIA GI, el 7.69% (1) IIIAG2, el 23.07%% (3) IIIBGI, el 7.69% (1) IIIBG2, el 38.46% (5) IIICG2, el 15.38% (2) IIICG3. De las 13 pacientes el 61.3% presentaba un IMC por arriba de 25 kg/m², el 46.1% (6) era nuligesta, el 15.38% (2) presentaron la menarca a los 10 años o antes, ninguna tenia hipertensión arterial sistémica crónica, ni Diabetes Melitus 2, el 30.7% tenía el antecedente familiar de cáncer.

Los detalles de este grupo de edad se observan en la tabla No. 16

CARACTERÍSTICAS DE LAS PACIENTES CON CÁNCER DE ENDOMETRIO		
Característica	<40 años (70)	Toda la población (581)
Edad (Promedio)	34.98 años	55.58 años
IMC (Promedio)	31.2 kg/m ²	30.22 kg/m ²
Menarca (Promedio)	12.5 años	12.88 años
≤10 años	12.85%	5.1%
>10 años	87.14%	94%
Menopausia (Promedio)	_____	46.74 años
Paridad		
Nuliparas	51.4%	24.25%
1P	22.85%	12.56%
2P	11.42%	11.34%
3P o +	14.32%	51.82%
Antecedentes familiares de cáncer		
SI	24.28%	31.02%
NO	75.72%	68.95%
2° Neoplasia		
SI	4.28%	91.5%
NO	95.71%	8.49%
Hipertensión arteria	11.4%	34.07%
Diabetes Mellitus	4.28%	17.9%
Método de diagnóstico		
Biopsia	38.57%	50.95%
Legrado	34.28%	27.90%
Cirugía	27.14%	21.14%
Grado		
Grado 1	72.85%	66.26%
Grado 2	20%	21.9%
Grado 3	7.14%	11.81%
Etapas		
I	68.57%	73.33%
II	12.85%	9.76%
III	18.57%	15%
IV	0	1.88%

Tabla No. 16

DISCUSIÓN

En nuestro estudio encontramos que la edad promedio de las pacientes era de 55.58 años al momento de realizar el diagnóstico de cáncer de endometrio, mientras que 2 estudios realizados en población Mexicana reportan una edad de 57.1 y 61.7 años respectivamente, y en la literatura mundial se reporta de 63 a 68 años.

El 12% de las pacientes tienen menos de 40 años al momento del diagnóstico, otros estudios reportan que menos del 5% de las pacientes se encuentran por debajo de los 40 años al momento del diagnóstico.

El 19.99% de nuestra población tiene menos de 45 años al momento del diagnóstico, la literatura reporta en este grupo de edad un 6.4% a 15%, de los 46 a 65 años tenemos el 58.25% y en la literatura del 47% al 59.2% y en >66 años el 21.7% y en la literatura del 34.4% al 47.7%.

En cuanto al IMC encontramos un promedio de 30.22 kg/m² y en la literatura mundial se reporta de 29.2-31.6 kg/m², con un porcentaje en pacientes con IMC de <25 Kg/m² del 25 al 38% similar a lo que encontramos del 24.25% y por arriba del 25 kg/m² del 60 al 75% también semejante a lo que encontramos en nuestro estudio el 76%, sin embargo en el grupo con IMC de 25 a 29 kg/m² en un estudio se reporta el 17%, mientras que en nuestro estudio encontramos el 34.41. Ya que la obesidad es una epidemia actual a nivel mundial y sobre todo en nuestro país es un factor de riesgo presente en nuestra población, un importante porcentaje de pacientes se encuentra en el grupo de sobrepeso por lo que no debemos enfocar también en estas pacientes ya que se reporta que desde un IMC por arriba de 25 kg/m² el RR para presentar cáncer de endometrio se incrementa.

La edad promedio de la menarca es similar a la reportada en la literatura mundial que va de 12.3 a 13.4 años, sin embargo en los estudios se reporta que el presentarla de forma precoz se asocia de forma positiva con el riesgo de presentar cáncer de endometrio y el presentarla después de los 10 años tiene un factor protector. En nuestra población este factor de riesgo solo se presenta en el 5.9% de las pacientes, por lo que si no esta presente no indica que no puede presentar la enfermedad.

La edad promedio de la menopausia es de 46.7 años en nuestro estudio y que el 20.27% la presento después de los 50 años, no encontramos en la literatura el porcentaje de

pacientes con cáncer de endometrio y menopausia tardía sin embargo si se reporta que hay una asociación positiva entre esta y el riesgo de presentar cáncer de endometrio .

El número de embarazo promedio fue de 2.96% similar a lo reportado en otro estudio que fue de 2.7, en cuanto al porcentaje de nuligesta un estudio reporta el 54%, mientras que nosotros encontramos un 24.25% como podemos observar la nuliparidad no es un factor de riesgo que se presente frecuentemente en nuestras pacientes.

El antecedente familiar de cáncer se encuentra presente en el 31.02% de las pacientes con cáncer de endometrio, sin embargo en la literatura no se reporta el porcentaje de pacientes con ca de endometrio y antecedentes familiares.

En cuanto a la Diabetes Mellitus 2 la literatura reporta la presencia de esta en un 10.2 a 17.45 de la pacientes con ca de endometrio, semejante a lo que encontramos del 17.9%, sin embargo se reporta que la presencia de esta incrementa el riesgo de ca endometrio hasta 3 veces.

La hipertensión arterial sistémica crónica se presentó en 34.07% de las pacientes, mientras que en la literatura se reporta en el 47.2%, como podemos ver tampoco es un factor de riesgo que este de forma frecuente en nuestras pacientes, sin embargo también se reporta en la literatura que el presentar hipertensión arterial incrementa el riesgo de presentar cáncer de endometrio.

El diagnóstico de cáncer de endometrio se realiza en etapas tempranas al igual que lo reportado en la literatura mundial.

En las pacientes con cáncer de endometrio diagnosticado antes de lo 40 años, el promedio de edad fue 34.98 años, mientras que en un estudio en mujeres jóvenes la reportan de 39.8 +/- 4.2, en cuanto el IMC es semejante de 31.2 kg/m² y 29.2 kg/m², el 51.4% era nulípara al momento del diagnóstico, en comparación con el 57%, la forma de realizar el diagnóstico fue al igual que en la literatura mundial por biopsia y legrado en el 72.85% de las pacientes, la etapa I y el grado I fueron los más frecuentes al igual que en la literatura mundial. La gran mayoría de las pacientes que se encuentran en este grupo de edad presentan solo 1 o 2 factores de riesgo de los ya mencionados, siendo los más frecuentes la obesidad y sobrepeso, así como la nuliparidad, ninguna de estas pacientes era diabética o hipertensa.

CONCLUSIONES

No existe en la literatura nacional un reporte de las características epidemiológicas de las pacientes con cáncer de endometrio tipo endometrioide. Como podemos observar en este trabajo, el cáncer de endometrio se presenta en edad más tempranas que la reportada en la literatura, por lo que se debe de sospechar en la población femenina ya que un importante porcentaje de la población la presenta y sobre todo en comparación con la literatura mundial ya que se presenta de 3 a 4 veces más en nuestra población que lo reportado en la literatura.

El factor de riesgo presente más frecuentemente encontrado en nuestra población es el sobrepeso y la obesidad por lo que es importante realizar acciones para modificar este, como una alimentación saludable y la realización de ejercicio ya que se todo esto puede ayudar a disminuir la incidencia de cáncer de endometrio.

Ya que nuestra población no presenta todos los factores de riesgo que se han corroborado en diferentes estudios que incrementan el riesgo de presentar cáncer de endometrio tipo I , es de gran importancia siempre considerar que esta patología puede estar presente en aquella mujer que se presenta con sangrado transvaginal y sobre todo en aquella mujer que no mejora a pesar de tratamiento hormonal ya que como observamos en nuestra población el porcentaje de mujeres jóvenes con cáncer de endometrio es considerable en comparación con lo reportado en la literatura mundial, por lo que se deberán realizar estudios encaminados a descartar la presencia de patología y ya que se trata de una patología en la que va en incremento su incidencia, sería importante realizar futuros estudio para identificar los factores de riesgo que predisponen a nuestra población para presentar esta patología y así realizar acciones encaminadas a tratar estos.


BIBLIOGRAFÍA

1. Ferlay J, et al. Estimates of worldwide burden of cancer in 2008; GLOBOCAN 2008. *Int J Cancer*. 2010.
2. Jemal A, Siegel R, Xu J, Ward E. Cancer Statistics 2010. *CA Cancer J Clin*. 2010;60:277-300.
3. RHMN <http://www.dgepi.salud.gob.mx/diveent/RHNM.htm>
<http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/contenidos/estadisticas/2009/cancer09.asp?s=inegi&c=2680&ep=9>
4. Holland C. Endometrial cancer. *Gynecology and Reproductive Medicine*. 2007;17:318-323.
5. Hamilton C, Kapp D, Chan J. Clinical aspects of uterine papillary serous carcinoma. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2008;20:26-33.
6. Di A, Lora E. Endometrial carcinoma. *Annu. Rev. Pathol. Mech. Dis*. 2007. 2:57–85.
7. Kaas R, Lukanova A, Kurzer M. Obesity, Endogenous Hormones, and Endometrial Cancer Risk: A Synthetic Review. *Cancer Epidemiology*. 2002;11:1531-1543.
8. McPherson C, Sellers T, Potter J, Bostick R, Folsom A. Reproductive factors and risk of endometrial cancer. The Iowa women's health study. *Am J Epidemiol* 143(12):1195–1202.
9. Henderson B, Casagrande J, Pike M, Mack T, Duke R. The epidemiology of endometrial cancer in young women. *Br J Cancer*. 1983;47:749-756.
10. Hamilton A, Kapp D, Chan J. Clinical aspects of uterine papillary serous carcinoma. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2008;20:26-33.
11. Schmeler k, Soliman P, Sun C, Slomovitz B, Gerhernson D, Lu K. Endometrial cancer in young, normal-weight women. *Gynecologic Oncology*. 2005;99:388-392.
12. Navarria I, Usel M, Rapiti E, Neyroud I, Pelte M, Bouchardy C, Petignant P. Young patients with endometrial cancer: How many could be eligible for fertility-sparing treatment? *Gynecology Oncologic*. 2009;114:448-451.

13. Salazar E, Lazcano E, Sánchez L, González G, Escudero P, Hernandez M. Dietary factors and endometrial cancer risk. Results of a case-control study in Mexico. *Int J Gynecol Cancer*. 2005;15:938-945.
14. Salazar E, Lazcano E, Sánchez L, González G, Escudero P, Hernandez M. Case-control study of diabetes, obesity, physical activity and risk of endometrial cancer among Mexican women. *Cancer Causes and Control*. 2000;11:707-711.
15. Lindemann K, Vatten LJ, Ellstrom-Engh M, Eskild A. Body mass, diabetes and smoking, and endometrial cancer risk: a follow-up study. *Br J Cancer*. 2008;98:1582–1585.
16. Lindemann K, Vatten LJ, Ellstrom-Engh M, Eskild A. The impact of BMI on subgroups of uterine cancer. *Br J Cancer*. 2009;101:534–536.
17. Navarria I, Usel M, Rapiti E, Neyroud I, Pelte M, Bouchardy C, Petignant P. Young patients with endometrial cancer: How many could be eligible for fertility-sparing treatment? *Gynecology Oncologic*. 2009;114:448-451.
18. Soliman P, et al. Risk Factors for Young Premenopausal Women With Endometrial Cancer. *Obstetrics & Gynecology*. 2005;105:575-580.
19. Soler M, et al. Hypertension and Hormone-Related Neoplasm in Women. *Hypertension*. 1999;34:320-325.
20. Friberg E, Mantzoros C, Wolk A. Diabetes and risk of Endometrial Cancer: A Population-Based Prospective Cohort Study. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2007;16:276-280.
21. Salha O, Martin P, Lane G, Sharma V. Endometrial carcinoma in a young patient with polycystic ovarian syndrome: first suspect at time of embryo transfer. *Human Reproduction*. 1997;12:959-962.
22. Persson I. Estrogens in the causation of breast, endometrial and ovarian cancers—evidence and hypotheses from epidemiological findings. *J Steroid Biochem Mol Biol*. 2000;74:357–364.
23. Lachance J, et al. The effect of age on clinical/pathologic features, surgical morbidity, and outcome in patients with endometrial cancer. *Gynecol Oncol*. 2006;101:470-475.
24. Wright J. Racial Disparities for Uterine Corpus Tumors. *Cancer*. 2009;115:1276-85.
25. Friederich C, Cook L, Magliocco A, Dugan M, Courneya K. Case-control study of lifetime total physical activity and endometrial cancer risk. 2010;1105-1116.

26. Voskuil D. Physical Activity and Endometrial Cancer Risk, a Systematic Review of Current Evidence. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2007;16:639-648.
27. Bakkum J, Gonzalez J, Laack N, Mariani A, Dowdy S. Current Issues in the Management of Endometrial Cancer. *Mayo Clin Proc.* 2008;83:97-112.
28. Jaakkola S, Lytinen H, Pukkala E, Ylikorkala O. Endometrial Cancer in Postmenopausal Women Using Estradiol-Progestin Therapy. *Obstetrics & Gynecology.* 2009;114:1197-1204.

ANEXO 1



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DIRECCIÓN DE PROTECCIONES MÉDICAS
Unidad de Educación, Investigación y Prácticas de Salud
Coordinación de Telescopios de la Salud

Dictamen de Autorizado

COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD 3606
HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA MUM, 4 CUS (CMT) LAZAR AVILA, I.F. 504

FECHA: 11/08/2011

DR. MOISÉS ZEFERINO TOQUERO

PRESENTE


Tengo el agrado de notificarle que el protocolo de investigación con título:

PERFIL CLÍNICO DE LA PACIENTE CON CÁNCER DE ENDOMETRIO

que usted sometió a consideración de este Comité Local de Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2011-200-16

ATENTAMENTE



DR. OSCAR ARTURO MARTÍNEZ RODRÍGUEZ
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud núm. 3606

IMSS
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

ANEXO 2

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE GINECOLOGÍA –OBSTETRICIA No. 4 “LUIS CASTELAZO AYALA”**

Hoja de captura de datos

Folio _____

Nombre _____

No. Afiliación _____

Edad _____ IMC _____

Menarca _____ Menopausia _____ IVSA _____

PS _____ Gestas _____ Partos _____ Abortos _____

Ant. Familiares de cáncer _____

Ant. Personales de cáncer _____

Diabetes SI () NO () Hipertensión arterial SI () NO ()

Forma de diagnóstico _____

EME _____

Etapa quirúrgica _____

Histopatología _____