



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA

CURSO DE ESPECIALIDAD EN GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA

**PAPEL DE LA CIRUGÍA ESTADIFICADORA
COMPLEMENTARIA EN CÁNCER DE
ENDOMETRIO: ¿MEJORANDO EL PRONÓSTICO
O CONFIRIENDO MORBILIDAD?**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

SUBESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA

PRESENTA:

DR. JOSÉ GERARDO VELÁZQUEZ OLGUÍN

DR. SALIM ABRAHAM BARQUET MUÑOZ

DIRECTOR DE TESIS



CD.MX.

2021



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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

PAPEL DE LA CIRUGÍA ESTADIFICADORA COMPLEMENTARIA EN
CÁNCER DE ENDOMETRIO: ¿MEJORANDO EL PRONÓSTICO O
CONFIRIENDO MORBILIDAD?

AUTORIZACIONES

Dr. Rafael Vázquez Romo

Jefe de Enseñanza

Dr. Aaron González Enciso

Profesor Titular del curso

ÍNDICE

- I. Marco Teórico
- II. Pregunta de investigación
- III. Planteamiento del problema
- IV. Justificación
- V. Objetivos
- VI. Hipótesis
- VII. Metodología
- VIII. Análisis estadístico
- IX. Resultados
- X. Conclusiones
- XI. Referencias

I. MARCO TEÓRICO

El cáncer de endometrio es la segunda neoplasia ginecológica más frecuente en los países subdesarrollados y la primera en los desarrollados. Su pronóstico suele ser favorable ya que se diagnóstica en etapas tempranas y su tratamiento inicial es eminentemente quirúrgico. En 1988 la estadificación recomendada por la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) paso de ser clínica a ser quirúrgica, lo cual fue reafirmado en 2009 y es el estándar actual, se distinguen 2 procedimientos en el manejo quirúrgico del cáncer de endometrio: La histerectomía total con salpingooforectomía bilateral, cuyo objetivo es en control de la enfermedad y la linfadenectomía pélvica y para -aórtica, cuyo objetivo es pronóstico.

Sin embargo, muchas pacientes son diagnosticadas posterior a una histerectomía total abdominal secundaria a sangrado uterino anormal en la cual se presume etiología benigna, posteriormente encontrando en el reporte definitivo de patología cáncer de endometrio, las pacientes son referidas a instituciones de tercer nivel para su manejo, en las cuales se debe decidir si la paciente debe ser reintervenida en aras de estadificar la enfermedad o llevada a adyuvancia directamente. La utilidad de estadificar a la paciente radica principalmente en conferirle un pronóstico y un tratamiento ajustado a la extensión de la enfermedad, sin embargo, sabemos que reintervenir a una paciente conlleva numerosos riesgos empezando por las adherencias formadas y la distorsión de la anatomía posterior a la primer cirugía, además el perfil de la paciente con cáncer de endometrio es generalmente el de una paciente obesa y con comorbilidades, haciendo que la decisión recaiga en el juicio clínico de sus médicos tratantes ya que la paciente estará sujeta a un gran riesgo quirúrgico. Es aquí donde surge la interrogante de si en realidad hay una diferencia en el pronóstico y morbilidad de estos pacientes que justifique una conducta u otra.

II. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

1. ¿Existen diferencias en el porcentaje de afección ganglionar entre las pacientes con cirugía de estadificación inicial en el instituto vs las pacientes con cirugía fuera de instituto llevadas a cirugía de estadificación complementaria vs las pacientes con cirugía fuera del instituto no llevadas a cirugía de estadificación complementaria?
2. ¿Existen diferencias de sobrevida global o periodo libre de enfermedad entre las pacientes con cirugía de estadificación inicial en el instituto vs las pacientes con cirugía fuera de instituto llevadas a cirugía de estadificación complementaria vs las pacientes con cirugía fuera del instituto no llevadas a cirugía de estadificación complementaria?
3. ¿Existen diferencias en la morbilidad quirúrgica entre las pacientes con cirugía de estadificación inicial en el instituto vs las pacientes con cirugía fuera de instituto llevadas a cirugía de estadificación complementaria vs las pacientes con cirugía fuera del instituto no llevadas a cirugía de estadificación complementaria?

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Muchas pacientes llevadas a cirugías de estadificación complementaria padecen numerosas complicaciones quirúrgicas sin que se haya caracterizado totalmente si su pronóstico se modifica con dicho procedimiento quirúrgico. Se deben tomar en cuenta el costo que el procedimiento quirúrgico y la resolución de complicaciones conllevan para los pacientes y la institución. A la fecha no existe un estudio que haya caracterizado esta interrogante y que dé pie futuras investigaciones que nos permitan determinar que paciente se beneficiará de una cirugía de estadificación complementaria.

IV. JUSTIFICACIÓN

La finalidad de esta investigación es sustentar con evidencia la decisión que se toma todos los días en múltiples centros oncológicos o incluso consultorios respecto a reintervenir quirúrgicamente a una paciente con cáncer de endometrio diagnosticado en una histerectomía en la que no había sospecha de malignidad, para realizarle una cirugía estadificadora complementaria. Es necesario conocer de manera objetiva si hay diferencias en el pronóstico, desenlaces oncológicos y morbilidad quirúrgica y con esto ofrecer el mejor manejo a las pacientes. Se espera que esta investigación ayude a crear políticas y algoritmos para disminuir morbilidad en las pacientes y optimizar recursos humanos y materiales en las instituciones que realizan estos procedimientos. En cuanto a las exigencias de este estudio será homogeneizar toda la información de un número elevado de pacientes que han sido tratadas a lo largo de un periodo largo de tiempo, para poder realizar los análisis planeados, sin embargo, se considera viable gracias al expediente clínico electrónico con el que cuenta la institución y el elevado nivel asistencial y académico de quienes lo elaboran.

V. OBJETIVOS

General: Describir el porcentaje de afección ganglionar en 3 subgrupos de pacientes con cáncer de endometrio: Pacientes con histerectomía sin cirugía de estadificación complementaria, pacientes con histerectomía con cirugía de estadificación complementaria y pacientes con cirugía de estadificación inicial.

Específicos:

1. Describir las características demográficas, pronósticas y de morbilidad quirúrgica de las pacientes tratadas por cáncer de endometrio en el instituto nacional de cancerología.
2. Realizar un estudio analítico para evaluar diferencias de pronóstico y complicaciones quirúrgicas en 3 subgrupos de pacientes con cáncer de endometrio.

VI. HIPÓTESIS

H0: No existen diferencias en términos de afección ganglionar, sobrevida global, periodo libre de enfermedad y morbilidad quirúrgica en los 3 grupos de pacientes anteriormente descritos.

H1: Existen diferencias en términos de afección ganglionar en los 3 grupos de pacientes anteriormente descritos.

H2: Existen diferencias en términos de afección ganglionar, sobrevida global, periodo libre de enfermedad y morbilidad quirúrgica en los 3 grupos de pacientes anteriormente descritos.

VII. METODOLOGÍA

Se realizará una revisión de los expedientes clínicos electrónicos de los pacientes con el diagnóstico mencionado, llenando una base de datos con las variables contempladas en Excel. Se filtrarán a las pacientes elegibles y se realizarán los análisis descritos a continuación.

- i. **Diseño:** Estudio de Casos y controles
- ii. **Población:** Pacientes con cáncer de endometrio tratadas en el instituto nacional de cancerología entre 2013 y 2020. Inclusión: Toda paciente con diagnóstico de cáncer de endometrio que haya sido tratada en el instituto, independientemente de su estado ganglionar por imagen e independiente del número de ganglios obtenidos en la linfadenectomía. Exclusión: Más de 1 cáncer primario, enfermedad metastásica (estadio IVB). Eliminación: Pacientes que declinaran la propuesta de manejo, pérdida de seguimiento, tratadas en otro centro.
- iii. **Tamaño muestral:** Se estima que ingresan al instituto entre 200-300 pacientes con cáncer de endometrio de manera anual, por lo que se espera una muestra de 1500 pacientes de las cuales se estiman 750 operadas fuera del instituto y 750 con cirugía inicial de estadificación en el instituto. Se estima que de las operadas fuera registremos 250 llevadas a cirugía de estadificación complementaria y 500 no llevadas a este procedimiento.

VIII. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

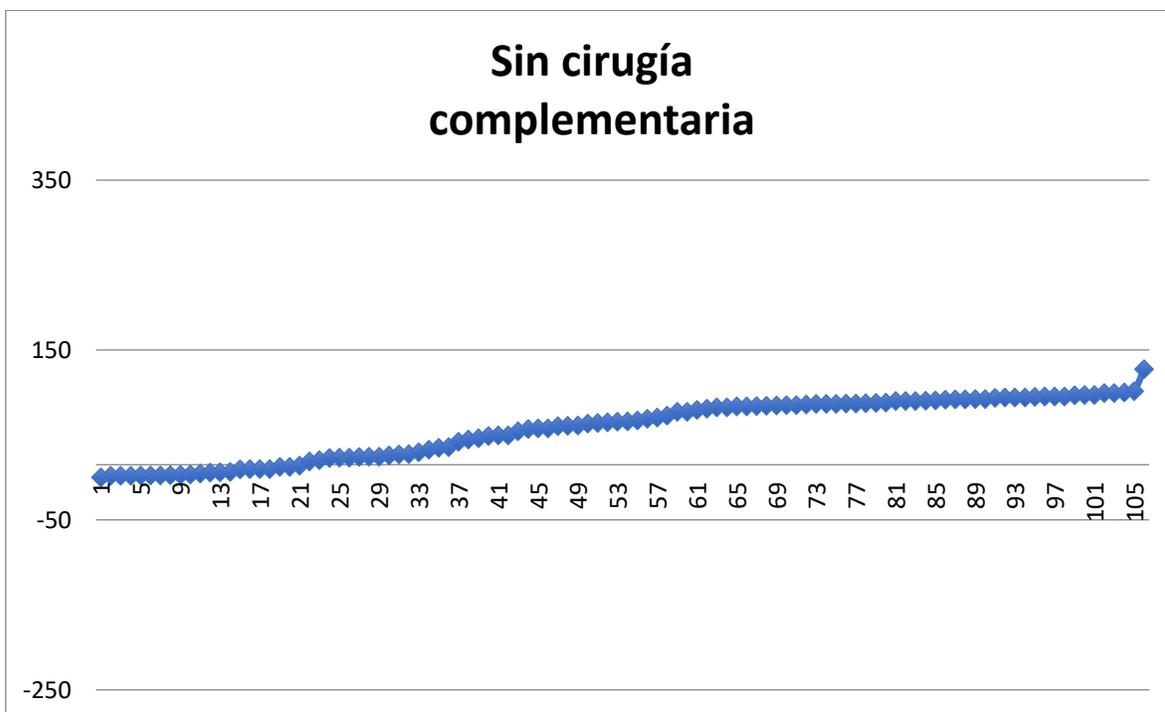
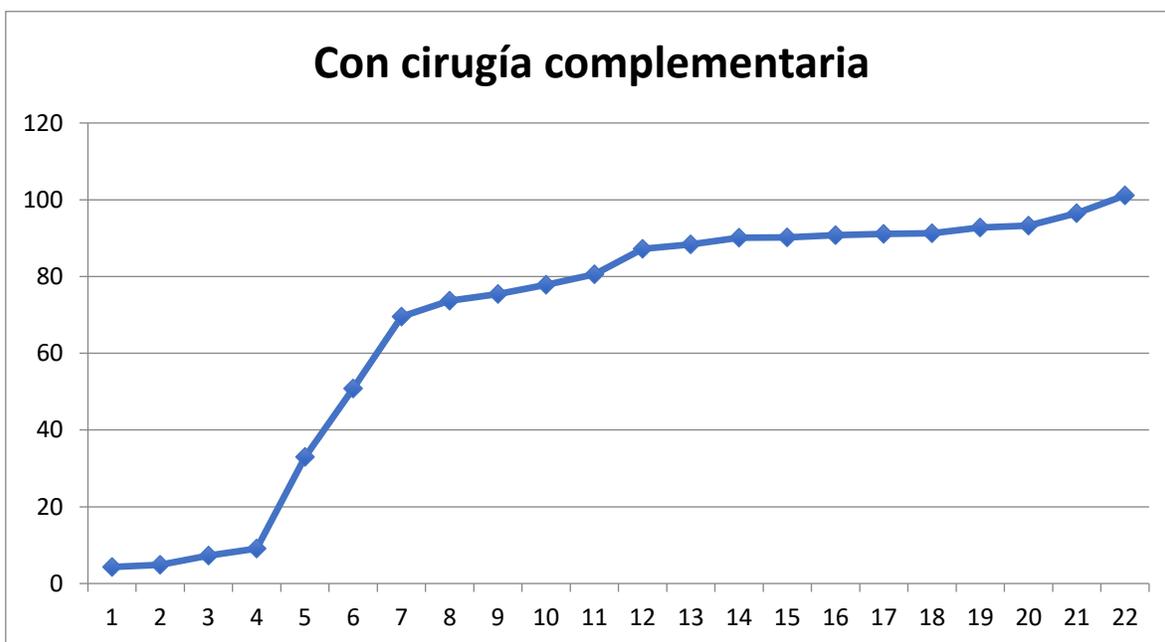
Se realizará un análisis descriptivo con medidas de tendencia central utilizando media y desviación estándar para las variables continuas normales; mediana y rango intercuartil para las variables continuas no normales; y valor absoluto con porcentaje para las variables cuantitativas.

Se realizará un análisis comparativo utilizando Anova, cruskall wallis o Chi^2 dependiendo del tipo de variable. Se definirá supervivencia global como: cita de primera vez en el instituto hasta muerte; periodo libre de enfermedad (PLE) como: fin del tratamiento oncológico a recurrencia. Se realizarán curvas de sobrevida con método de Kaplan Meyer y se compararán con Log rank.

Se realizará un análisis univariado para buscar asociación con la supervivencia global y el PLE. Se tomarán en cuenta las variables con un valor estadístico de p menor a 0.2 para ser evaluadas en el análisis multivariado. Se tomará en cuenta un valor de p menor a 0.05 como estadísticamente significativo. Se usará programa STATA 13.1.

Resultados esperados: Lograr encontrar una diferencia estadísticamente significativa entre los 3 grupos que nos permita elaborar conclusiones y una nueva investigación. Nuestras conclusiones podrán ser utilizadas para normar la conducta de los distintos centros oncológicos en Latinoamérica. Se podrán disminuir la sobrecarga psicosocial y económica de una intervención quirúrgica y sus complicaciones en los pacientes. Se podrán aprovechar de forma más eficientes los recursos humanos y económicos de la institución pública de México. Esta investigación no pertenece a otra investigación más amplia. El periodo de realización será entre 2020 y 2021.

IX. RESULTADOS



X. CONCLUSIONES

Mediante este estudio pudimos observar que hay mayor morbilidad en el grupo de pacientes con cirugía complementaria, por lo que se deberá decidir en base a la información de la paciente: si es muy probable que requiera adyuvancia el valor de la cirugía complementaria será poco y el riesgo de complicaciones alto. No hubo diferencias en sobrevida, como se esperaba y lo cual está en línea con los hallazgos de ensayos aleatorizados que evalúan el valor de la linfadenectomía.

XI. REFERENCIAS

1. Isla D, Montalvo G, Salcedo R. Ginecología Oncológica. 1 ed. Mc Graw Hill. 2020.
2. ESMO-ESGO-ESTRO Consensus Conference on Endometrial Cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up, Colombo N, Creutzberg C, Amant F et al., Ann Oncol, 2016; 27: 16-41
3. Creasman W, Morrow P, Bundy B. Surgical Pathologic Spread Patterns of Endometrial Cancer A Gynecologic Oncology Group Study. Cancer. 1987. 60: 2035-2041
4. Amant F, Raza M, Koskas M. Cancer of the corpus uteri. Int J Gynecol Obstet. 2018; 143 (Suppl 2): 37-50
5. Morrow CP, Bundy BN, Kurman RJ, et al. Relationship between surgical-pathological risk factors and outcome in clinical stage I and II carcinoma of the endometrium: a Gynecologic Oncology Group study. Gynecol Oncol. 1991;40(1):55-65
6. Benedetti Panici P, Basile S, Maneschi F, et al. Systematic pelvic lymphadenectomy vs. no lymphadenectomy in early-stage endometrial carcinoma: randomized clinical trial. J Natl Cancer Inst. 2008;100(23):1707-1716
7. ASTEC study group, Kitchener H, Swart AM, Qian Q, Amos C, Parmar MK. Efficacy of systematic pelvic lymphadenectomy in endometrial cancer (MRC ASTEC trial): a randomised study. Lancet. 2009;373(9658):125-136
8. Todo Y, Kato H, Kaneuchi M, Watari H, Takeda M, Sakuragi N. Survival effect of para-aortic lymphadenectomy in endometrial cancer (SEPAL study): a retrospective cohort analysis. Lancet. 2010;375(9721):1165-1172
9. Mariani A, Dowdy SC, Cliby WA, et al. Prospective assessment of lymphatic dissemination in endometrial cancer: a paradigm shift in surgical staging. Gynecol Oncol. 2008;109(1):11-18.
10. Milam MR, Java J, Walker JL, et al. Nodal metastasis risk in endometrioid endometrial cancer. Obstet Gynecol. 2012;119(2 Pt 1):286-292NCCN V 2.2020.