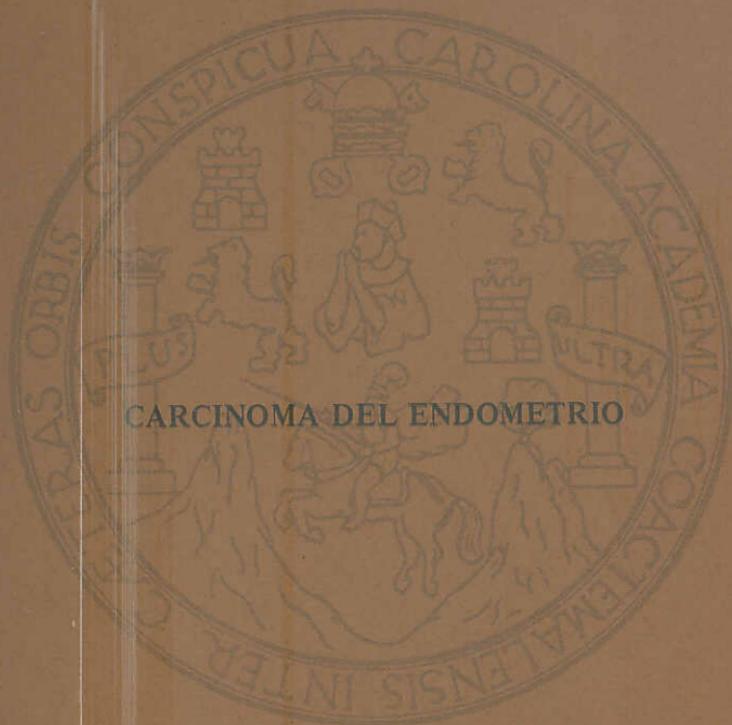


FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



CARCINOMA DEL ENDOMETRIO

MARIO RENE BARRIOS PERUSSINA

GUATEMALA, C. A.

## CONTENIDO

- I. INTRODUCCION
- II. GENERALIDADES
- III. OBJETIVOS
- IV. MATERIAL Y METODOS
- V. RESULTADOS
- VI. CONCLUSIONES
- VII. RECOMENDACIONES
- VIII. BIBLIOGRAFIA

## I. INTRODUCCION

Este trabajo de investigación realizado en forma retrospectiva sobre CARCINOMA DEL ENDOMETRIO, durante los años 1973-1977 (5 años) en el Hospital Roosevelt, pretende contribuir en parte a un mejor conocimiento de esta patología y comparar los resultados con las estadísticas que nos proporciona la literatura extranjera.

Considero de importancia el presente estudio, ya que se trata en frecuencia del segundo lugar en cánceres ginecológicos, y sin embargo el médico piensa muy poco en esta patología cuando se presenta para hacer su diagnóstico.

## II. GENERALIDADES

El útero es un órgano muscular, piriforme, situado entre la vejiga y el recto, y constituido por una porción superior o cuerpo, que se adelgaza hacia abajo en el cuello; ambas porciones se unen en un ángulo obtuso abierto hacia adelante, esto es: el útero se encuentra en anteflexión. El cuerpo presenta una cara anteroinferior o vesical, aplanada, que descansa sobre la vejiga; una cara posterosuperior o intestinal, convexa, y bordes laterales, a lo largo de los cuales llegan al útero los vasos y los nervios. El fondo es el extremo redondeado del cuerpo por arriba de la inserción de las trompas de falopio en cada ángulo externo; es la parte más ancha del órgano y mide alrededor de 5 cms. en sentido transversal.

El útero consiste en tres capas; a saber: mucosa o endometrio, muscular y serosa.

### ENDOMETRIO:

La mucosa que reviste la cara interna del cuerpo y el fondo del útero está formada por epitelio y una lámina propia conectiva que se continúa con la del miometrio. La lámina propia suele denominarse estroma endométrico: El estroma se halla tachonado de glándulas tubulares simples cuyos conductos, atravesando la superficie epitelial, se abren en la luz del útero, y cuyas proporciones más profundas casi alcanzan el miometrio. Las glándulas están formadas por epitelio cilíndrico similar al que reviste la cavidad del útero.

Resulta cómodo considerar el epitelio formado por dos capas principales: una superficial gruesa, o capa funcional, y una profunda delgada, o capa basilar. La capa funcional se denomina así porque cambia netamente de carácter durante el ciclo menstrual; en el momento de la menstruación se elimina casi totalmente. El carácter de la capa basilar no se modifica de manera notable durante el ciclo menstrual; durante la menstruación persiste

para regenerar una nueva capa funcional cuando la pérdida sanguínea cesa.

*El cancer del endometrio* es característicamente enfermedad de la mujer que aumenta en edad, y con la duración media de la vida femenina que ha aumentado hasta casi 75 años se deduce que hay un número mayor de mujeres que viven tiempo suficiente para desarrollar esta enfermedad, particularmente frecuente en la mujer posmenopáusica que envejece. Su frecuencia máxima la encontramos en la década de los 55-65 años de edad. El promedio de edad de 57 años corresponde a una década más tarde que el del cancer cervical. Ocurre también en las mujeres premenopausicas, particularmente en aquellas con anovulación prolongada.

De todos los procesos malignos del fondo del útero, el 95o/o son adenocarcinomas del endometrio, mucho más frecuentes que el adenocarcinoma del cuello, pero mucho menos que el cancer cervical epidermoide, constituyendo alrededor de 7o/o de los tumores malignos en la mujer.

Factores geográficos, étnicos y raciales deben de valorarse cuidadosamente en este tipo de patología. Respecto a lo anterior, literatura consultada reporta un trabajo en el cual Novak y Villa Santa indican que en un hospital con un número elevado de pacientes de nivel socioeconómico bajo, habrá mayor proporción de cáncer cervical, mientras con una clientela blanca limitada aumenta el cáncer de cuerpo.

El reporte de muchas series de casos, encontrados en la literatura extranjera, informan varias relaciones interesantes. El carcinoma del endometrio parece ser más frecuente cuando hay obesidad, hipertensión, diabetes sacarina y nuliparidad.

Admitiendo que no se dispone de una prueba segura de que los estrógenos sean carcinógenos, el hecho de que éstos sean la causa normal de la hiperplasia del endometrio, y habiendose observado que la terapéutica por estrógenos produce cuadros hiperplásticos difíciles de distinguir del adenocarcinoma, es lógico que este esteroide sea considerado con desconfianza, y posible

factor en el desarrollo del cáncer del fondo.

Generalmente en la actualidad, se acepta que el carcinoma del endometrio resulta de estimulación estrógena excesiva y duradera, de origen ovárico. Sin embargo, está justificado pensar que la hipofísis puede ser la causa última de la hiperfunción ovárica. En estas pacientes a veces se advierten causas manifiestas de hiperestrinismo, de la índole de tumores de células granulosas y tecales de los ovarios, y se supone que en todas estas circunstancias el hiperestrinismo sea mecanismo patogénico importante. Varios estudios cuidadosos han comprobado en biopsias sucesivas la transición progresiva de hiperplasia a hiperplasia adenomatosa, hiperplasia adenomatosa con anomalías citológicas y adenocarcinoma insitu, con aparición definitiva de adenocarcinoma endometrial inconfundible. Sin embargo, en algunas de estas pacientes la coexistencia con obesidad, hipertensión, diabetes sacarina y nuliparidad sugiere, además, que puede haber cierta hiperactividad hipofisaria como base de las modificaciones ováricas. concuerda con esta hipótesis el hecho de que se haya observado hiperplasia del estroma cortical ovarico en un porcentaje importante de pacientes con esta forma de cáncer. Es más probable que las modificaciones ováricas mencionadas guarden relación con estimulación hipofisaria que con hormonas ováricas endógenas.

Diferentes observaciones ninguna de las cuales es concluyente, pero en conjunto parecen ser muy sugestivas, hacen recordar a los estrógenos como probable carcinógeno. A continuación se presentan en una forma breve.

- Experimentos con animales: Meissner, Sommers, y Sherman se citan como investigadores que han podido producir en algunas variedades de conejos, adenocarcinomas bien diferenciados.
- Menopausia tardía: Diversas observaciones han comprobado que las mujeres con adenocarcinoma tienen una historia de menopausia tardía prolongada; por lo tanto, como la ausencia de ovulación en esta época es frecuente, hay la oportunidad de acción de estrógeno sin oposición.

- Menopausia hemorrágica: Frecuentemente las pacientes con adenocarcinoma presentan este tipo de menopausia, necesitando raspados, que en un gran porcentaje de casos muestran hiperplasia o un cuadro anovulatorio.
- Castración: Repetidas observaciones han demostrado la rareza del cáncer del endometrio como secuela de ooforectomía bilateral.
- Tumores ováricos feminizantes: gran cantidad de tumores celulares de la teca granulosa, capaces de producir estrógeno, han sido frecuentemente observados coexistiendo (15 a 25o/o en la mayor parte de series), con cáncer del endometrio, en proporción mayor que el cálculo de probabilidad pudiera consentir.
- Terapéutica estrógena: Aún cuando nadie ha podido establecer una relación de causa a efecto, se han publicado cierto número de casos de efectos producidos por una terapéutica prolongada con estrógenos, seguida más tarde de adenocarcinoma.
- Asociación de hiperplasia y adenocarcinoma: (se habló de esto anteriormente).
- Hiperplasia postmenopausica. Novak señala en una publicación la semejanza entre mujeres con hiperplasia posmenopáusica y adenocarcinoma maligno en relación con determinados caracteres como obesidad, hipertensión, diabetes, nuliparidad, menstruación prolongada, menopausia hemorrágica, etc., observados repetidas veces coincidiendo con adenocarcinoma.
- Asociación con el síndrome de Stein-Leventhal: Esta asociación ha sido referida por muchos autores. Evidentemente, el factor pertinente es la ausencia de ovulación y secreción de progesterona por el ovario de S-L, que origina una estimulación prolongada del endometrio por la hormona estrógena, sin oposición ninguna.

En la etiología también se incluye como factor la tendencia hereditaria (10-20o/o en ciertas familias), la cual es intensificada por estimulación estrogénica.

#### ANATOMIA PATOLOGICA MACROSCOPICA:

Presentandose en cualquier parte del útero, el adenocarcinoma, puede hacerlo en dos formas principales, que no siempre pueden individualizarse claramente:

1. *Forma difusa:* En esta forma, gran parte o quizá la totalidad de la superficie endometrial se halla afectada difusamente por el proceso, que se presenta como una excrecencia polipoide o fungoide, con extensa ulceración y necrosis superficial. En fases avanzadas, la pared muscular es invadida en gran parte con penetración de la serosa, formando nódulos sobre la superficie. En los casos más avanzados la participación del miometrio produce gran aumento del tamaño del útero.
2. *Forma circunscrita:* Hay algunos casos en los cuales el adenocarcinoma, aparte de la etapa de la enfermedad, parece estar limitado a una zona relativamente pequeña del endometrio, a pesar de una amplia invasión de la musculatura. De hecho, en algunas formas tempranas el cáncer puede presentarse como un pequeño crecimiento polipoide.

#### CLASIFICACION CLINICA DEL ADENOCARCINOMA DEL ENDOMETRIO:

A continuación se presenta la clasificación usada, y dada por la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO).

##### Etapas

- I Carcinoma limitado al cuerpo.
  - Ia La longitud de la cavidad uterina es de 8 cms. o menos.
  - Ib La longitud de la cavidad uterina es mayor de 8 cms. La etapa I deberá ser sub-agrupada con respecto a el tipo histológico de el adenocarcinoma como sigue:

- G1 Carcinomas adenomatosos muy bien diferenciados.  
 G2 Carcinomas adenomatosos diferenciados pero con porciones sólidas.  
 G3 Predominantemente sólidos o carcinomas indiferenciados.

Etapa II El carcinoma ha afectado el cuerpo y el cuello.

Etapa III El carcinoma se ha extendido fuera del útero, pero no fuera de la pelvis verdadera.

Etapa IV El carcinoma se ha extendido fuera de la pelvis verdadera o ya ha afectado la mucosa de vejiga o recto.

Puede a veces ser difícil decidir si el cancer envuelve el endocervix. Si una clara diferenciación no es posible en el examen de especimen obtenido por curetage fraccional, el adenocarcinoma debe ser clasificado como carcinoma de el cuerpo y el epidermoide como carcinoma de el cervix.

#### DIAGNOSTICO MICROSCOPICO:

Otro factor que interviene en la clasificación de los adenocarcinomas, es la gradación histológica. El diagnóstico microscópico se basa en dos hechos principales, a saber:

- A. *La disposición o arquitectura:* Mientras que en el endometrio normal, en cualquier fase de la vida menstrual o posmenstrual, la disposición glandular es uniforme, en el adenocarcinoma hay gran alejamiento de esta distribución ordenada de las glándulas, que muestran no solo un notable aumento numérico, sino caracteres atípicos en grado variable con tal hiperplasia adenomatosa que se oblitera el estroma, formación papilar por aumento de la estratificación y tal proliferación celular que se oblitera la imagen glandular.

- B. *Cambios celulares individuales:* En el adenocarcinoma las células muestran grados variables de inmadurez y desdiferenciación, así como núcleos pleomorficos anormales; muchos de estos tienen hiperchromatosis, actividad mitótica anormal y otros signos de anaplasia. Pueden observarse diversos cambios degenerativos, con producción de células de tipo lipóide y "espumosas" produciendo una imagen de tipo de mesonefroma.

#### DIAGNOSTICO MICROSCOPICO DIFERENCIAL:

A pesar de que el diagnóstico microscópico del adenocarcinoma suele ser simple, puede haber gran dificultad para distinguir ciertas variedades proliferativas atípicas o adenomatosas de hiperplásica. Cuando los cambios atípicos son de grado moderado, la diferenciación es bastante sencilla. Cuando la lesión es muy adenomatosa con intensa proliferación epitelial, la semejanza con un carcinoma de grado bajo es tan grande que los anatomopatólogos diferirán en la interpretación diagnóstica.

De hecho, hay un pequeño grupo del cual algunos autores creen que ningún patólogo pueda estar absolutamente seguro. En cualquier forma hiperplásica hay mitosis, a menudo en gran número, de manera que no ayuda mucho a la diferenciación microscópica. En los adenocarcinomas de grado bajo probablemente haya cierta indiferenciación de las células epiteliales, y en cualquiera de las lesiones benignas o malignas la capa epitelial puede estar estratificada. Además gran proporción de adenocarcinomas mostrarán invasión mínima o nula del miometrio. En realidad, hay una invasión mayor del músculo en las adenomiosis enteramente benignas que lo que suele verse en gran número de adenocarcinomas.

El término de adenocarcinoma endometrial in situ, ha sido denominado por varios autores como de uso desafortunado, aduciendo que si bien el cáncer cervical in situ tiene algunas características estándar definidas, para llamarlo in situ, por ejemplo, la substitución de todo el espesor del epitelio de revestimiento por las células basales anormales no diferenciadas, no

se dispone de tales criterios rígidos para definir un adenocarcinoma endometrial in situ.

#### GRADOS HISTOLOGICOS DEL ADENOCARCINOMA:

Siguiendo la regla aceptada de que cuanto mayor es el grado de inmadurez y de indiferenciación celular, tanto mayor es, desde el punto de vista clínico, la malignidad del tumor, distintos autores han propuesto diferentes sistemas para catalogar estos tumores según su grado. Según ellos, cabe distinguir cuatro grados. En el grado I, el menos maligno, la proporción de las células indiferenciadas es relativamente pequeña, y no excede del 25o/o. En este grupo los caracteres atípicos de la disposición glandular no son ni con mucho tan intensos como los observados en los más malignos. Frecuentemente se denomina esta variedad *adenoma maligno*. En el otro extremo, el grado IV corresponde a los casos con 75o/o de células malignas. Parece comprobado que en la mayor parte de los casos el grado microscópico generalmente es paralelo a la invasión de miometrio y al pronóstico último. En otras palabras, un tumor bien diferenciado tiene mucha menor tendencia a invadir o causar metástasis, y debe indicar un pronóstico mucho mejor.

#### CANCERES PRIMARIOS DEL ENDOMETRIO:

Los cánceres primarios del endometrio son casi invariablemente de los siguientes tipos:

1. *Adenocarcinoma*: obviamente derivado de elementos endometriales.
2. *Carcinoma de células Escamosas*: Surgen de restos escamosos, quizá en la porción ístmica de el útero cerca de el canal endocervical.
3. *Adenoacantoma* de el endometrio, o metaplasia escamosa del epitelio glandular. Esto a veces ocurre en adenocarcinomas -usualmente aquellos de menor grado de malignidad.

4. *Adenocarcinoma* que se desarrolla dentro de un pólipo endometrial benigno, el cual ocurre con poca frecuencia.
5. *Carcinoma epidermoide* de el endometrio es sumamente raro. Placas de epitelio escamoso ocurren en el útero senil, quizá como resultado de metaplasia del epitelio columnar; y, presumiblemente, los cánceres epidermoides pueden surgir en dichas áreas.
6. *Sarcoma endometrial*. originandose de el estroma endometrial. Afortunadamente, la invasión de el miometrio y metástasis ocurren relativamente tarde. Cuando la invasión de la pared uterina ocurre, los linfáticos son afectados primariamente y las venas y arterias tardíamente.

El carcinoma endometrial puede extenderse en cualquiera de las siguientes direcciones: (1) dentro del endometrio; (2) dentro del miometrio al peritoneo y parametrio; (3) a través del oviducto a los ovarios; (4) hacia los linfáticos uterinos y cervicales; (5) hacia las venas y arterias uterinas; y (6) hacia la pelvis y visceras abdominales, por penetración a través de la serosa.

#### CARACTERISTICAS CLINICAS:

Más de las dos terceras partes de todos los casos ocurren en mujeres más allá de la menopausia; la proporción es aproximadamente del 75o/o de posmenopáusicas, 15o/o de menopáusicas, y 10o/o en mujeres que todavía menstruan. Obesidad, hipertensión, diabetes y antecedentes de raspados previos, son frecuentes. Muchas veces hay antecedentes de esterilidad o poca fertilidad. No se sabe si una menopausia por irradiación puede ser factor causal, a pesar de muchos datos sospechosos indicando que la irradiación, en general, debe considerarse con sospecha en lo que a génesis de procesos malignos se refiere.

El único síntoma importante es la hemorragia anormal, generalmente postmenopausica. En el caso de mujeres que todavía se hallan en edad menstrual, es frecuente observar menorragia.

Después de la hemorragia el síntoma más importante es una exudación anormal, al principio acuosa, pero pronto mezclada con sangre. Como ocurre con el cáncer en otras localizaciones, el dolor no aparece hasta etapas invasoras tardías de la enfermedad. La misma afirmación puede establecerse con relación a la pérdida de peso y la debilidad general, aunque la anemia puede ser intensa si hay pérdida notable de sangre.

En ocasiones quizá no haya hemorragias anormales, pero sí fenómenos de compresión por el útero distendido en forma masiva por la sangre que no puede escapar por obstrucción de vías genitales bajas. Algunos autores han comprobado que en la tercera parte, aproximadamente, de sus casos de hematometra posmenopáusica hay un carcinoma del endometrio.

#### DIAGNOSTICO:

Cuando un médico se enfrenta a un caso de hemorragia posmenopáusica, en lo primero que debe pensar es en el cáncer cervical o del cuerpo. El cáncer cervical suele poderse descartar por lo general mediante inspección, frotis y biopsia.

Incluso cuando se encuentra un exudado teñido en sangre o un escurrimiento hemorrágico que escapa por el conducto cervical, no siempre podemos estar seguros de la existencia de un adenocarcinoma; se descubre en menos del 10o/o de todos los casos de hemorragia posmenopáusica. Otras causas posibles son pólipos o hiperplasia benignos (con frecuencia inducida por estrógenos), miomas submucosos, o vaginitis senil.

Para establecer el diagnóstico puede efectuarse la biopsia endometrial si es positiva se establece el diagnóstico pero si es negativa no puede excluirse el cáncer.

Solo hay una forma segura de establecer el diagnóstico; la técnica estándar debiera ser dilatación y raspado. La aspiración de la cavidad endometrial no se comparan a la eficacia de este último. No está comprobado que el raspado origine metástasis, aunque

puede haber un aumento temporal en el número de células tumorales transportadas por la sangre. Nunca hay que despreciar la citología vaginal con índice de maduración aunque su seguridad para descubrir cáncer del endometrio quizá solo sea del orden del 80o/o.

Si la enferma menstrúa todavía, el hecho de que el tejido obtenido por medio del raspado sea abundante tiene mucho menos importancia, pues este fenómeno se da a menudo en la hiperplasia benigna y en el aborto incompleto insospechado, para mencionar solo las afecciones más importantes.

El lavado a chorro de Graviee ha sido ampliamente recomendado por muchos autores, y estamos de acuerdo con sus impresiones pues parece ser un método seguro para detectar lesiones endometriales. Sin embargo, en la paciente promedio en buenas condiciones generales, aún se prefiere dilatación completa y raspado.

#### TRATAMIENTO:

Caben tres conductas para tratar el cáncer del cuerpo, que pueden resumirse como sigue:

1. Irradiación: Esta conducta como única, no es muy apoyada por ginecólogos más que todo norteamericanos. Proporciona algunas supervivencias del orden de 33o/o; merece considerarse en la mujer de mal pronóstico, o la que por motivos diversos tiene una supervivencia probable limitada, al igual que el tratamiento de las recidivas vaginales.
2. Cirugía: Pocos pondrán en duda que la histerectomía total con supresión de anexos constituye la parte más importante de la terapéutica usual del cáncer de cuerpo, enfermedad caracterizada frecuentemente por una simple extensión en superficie, grados menores de participación del endometrio y difusión linfática poco frecuente. La vía abdominal es casi obligada, aunque algunos autores preconizan la vaginal.

Muchos ginecólogos tanto norteamericanos como europeos usan este método en forma única.

3. Irradiación y cirugía: Muchos observadores coinciden en que para todas las etapas de un adenocarcinoma del fondo, los mejores resultados los proporciona el tratamiento combinado, admitiendo que si la neoplasia todavía está localizada, la irradiación no es necesaria. Sin embargo, no cabe hacer afirmaciones dogmáticas acerca de la extensión del proceso antes de examinar la pieza de histerectomía y valorar cuidadosamente los raspados.

La actitud referida por Novak es realizar la cirugía, después de la cual puede establecerse con certeza la extensión de la enfermedad (al contrario de lo que ocurría al aplicar radio antes de la operación). Si existe invasión extensa al miometrio o diseminación vascular, se utiliza cobalto en dosis de 3 a 4000 rads por medio de una fuente introducida en vagina después de la operación y durante el tiempo de hospitalización. Las complicaciones han sido mínimas, y se prevee en lo referido por este libro, un 75o/o de supervivencias con este tratamiento. Independientemente del método de administración parece ser que la radiación proporciona supervivencia quinquenal en todos los casos de adenocarcinoma endometrial, aunque la cirugía por si sola es adecuada cuando existe útero libre, pequeño y la histerectomía revela tumor muy diferenciado confinado a endometrio sin aparente diseminación vascular.

El adenocarcinoma del endometrio es probable que sea un tumor estrógeno dependiente; y como estrógeno y progesterona a veces son sinérgicos, ha sido cada vez más elevado el número de estudios indicando el empleo de progesterona para tratar ciertos casos de neoplasia del endometrio. Aunque los resultados obtenidos con terapéutica de metotrexato para lesiones trofoblásticas, representan una buena contribución a los intentos cada vez más eficaces de tratar el cáncer por vía general.

### III. OBJETIVOS

1. Determinar la incidencia del Carcinoma del Endometrio en el hospital Roosevelt.
2. Conocer el período de vida de la mujer en el cual es más frecuente esta patología.
3. Saber cual es la sintomatología más frecuente en estos casos.
4. Determinar cual fue el hallazgo clínico más frecuente.
5. Comparar el diagnóstico clínico con el histopatológico.
6. Averiguar cual fue el tratamiento instituido a estas pacientes.
7. Conocer cual fue el hallazgo operatorio más frecuente.
8. Saber cual es la variedad más frecuente de este carcinoma.
9. Encontrar si hay relación entre la paridad y el carcinoma del endometrio.
10. Averiguar qué relación hay entre Diabetes Mellitus y este problema.
11. Conocer qué relación hay entre carcinoma del Endometrio y la Hipertensión arterial.

IV.  
MATERIAL Y METODOS

1. MATERIAL:

- a. Institucional: Hospital Roosevelt con sus siguientes departamentos:
  - 1. Gineco-obstetricia.
  - 2. Patología.
  - 3. Registros Clínicos.
  
- b. Humano:
  - 1. Catedrático de Fisiología (Fase I) de la Facultad de Medicina.
  - 2. Residente de Gineco-obstetricia del Hospital Roosevelt.
  - 3. Estudiante del último año de la Facultad de Ciencias Médicas.
  
- c. Otros:
  - 1. Registros Médicos.
  - 2. Informes histopatológicos.
  - 3. Papelería, etc.

2. METODOLOGIA:

- a. Revisión de todos los informes histopatológicos comprendidos entre los años de 1973-1977, proporcionados por el departamento de Patología. Total 16,234 informes.
  
- b. Elección dentro de los informes histopatológicos de los que presentaban el diagnóstico de carcinoma del endometrio.
  
- c. Tabulación de resultados por año
  
- d. Tabulación de resultados de los 5 años.

- e. Al revisar los informes histopatológicos se obtuvieron los números de las historias clínicas de los casos a estudiar.
- f. Revisión de los archivos clínicos de los cuales se extrajeron los registros a investigar.
- g. Se procedió a la revisión de los registros médicos de acuerdo con los objetivos del presente estudio.
- h. En este estudio solo se pudo revisar 7 casos en vista que los registros médicos correspondientes a los 6 casos restantes no estaban completos.

## V. RESULTADOS

### 1. INCIDENCIA:

Como se menciona anteriormente después de revisar todos los informes histopatológicos (total 16,234) de los años 1973-1977 se seleccionaron los que presentaban el diagnóstico de carcinoma del endometrio, los cuales fueron en total 13 casos encontrandose distribuidos en la siguiente forma:

CUADRO No. 1

A ñ o	N o. de Casos	o/o
1973	2	15,38
1974	2	15,38
1975	2	15,38
1976	3	23,07
1977	4	30,76
Total	13	100,00

Como se puede observar en el cuadro anterior, el número de casos se mantuvo constante durante 3 años (1973-1975) con 2 casos cada año; en 1976 hubo un aumento del 50o/o con relación a cada año pues se encontraron 3 casos, y en el año de 1977 hubo también un aumento del 50o/o con relación al año 1976 y un aumento del 100o/o con relación a los años anteriores que se estudiaron, pues se encontraron 4 casos.

Por lo anteriormente visto se puede decir que la incidencia del Carcinoma del Endometrio ha aumentado en los últimos años; este estudio de la incidencia se basa en los 13 casos encontrados en los informes Histopatológicos pero por razones explicadas anteriormente el resto de los resultados se haran en base de 7 casos que tenían un registro adecuado pra realizar el mismo.

## 2. EDAD:

Para el estudio de la frecuencia por edades se utilizaron intervalos de 10 años a partir de la 3a. década, ya que abajo de esta no se encuentra ningún caso. El cuadro correspondiente es el siguiente:

CUADRO No. 2

Años	No. de Casos	o/o
31 - 40	2	28.57
41 - 50	2	28.57
51 - 60	0	0.00
61 - 70	1	14.28
71 - 80	2	28.57
Total	7	100.00

La tabla anterior nos da una idea de las edades más afectadas por el problema en estudio. Aunque la literatura nos habla de una edad promedio de 57 años como la más afectada, nos damos cuenta que desde la 3a. década no es raro que se presente el Carcinoma del Endometrio. La edad de las pacientes en nuestro estudio fueron: 38, 39, 41, 43, 61, 76 y 80 años lo que nos da un promedio de 54 años.

## 3. SINTOMATOLOGIA Y TIEMPO DE EVOLUCION:

El estudio sobre la sintomatología y tiempo de evolución de la misma arroja los datos siguientes:

CUADRO No. 3

Sintoma	No. de Pres.	o/o
Metrorragia	3	42.85
Amenorrea	1	14.28
Prolapso Genital	1	14.28
Flujo blanquesino y dolor en fosa iliaca izquierda	1	14.28
Dolor en hipogastrio	1	14.28
Total	7	100.00

Como podemos observar la metrorragia es el síntoma más frecuente, que se presenta en pacientes afectadas por el Carcinoma del Endometrio. Sin embargo no hay que menospreciar el dolor, el cual se presenta en 2 casos constituyendo el 28.57o/o, siendo el síntoma que le sigue a la misma frecuencia.

Luego tenemos un caso en que el síntoma lo constituyo el prolapso genital y un caso más cuyo síntoma fue el flujo blanquesino (asociado con dolor).

Con respecto al tiempo de evolución de los síntomas se obtiene el cuadro siguiente:

CUADRO No. 4

Tiempo de Evolucion	No. de Meses	o/o
7-30 dias	3	42.85
2-6 meses	2	28.57
7-12 meses	2	28.57
Total	7	100.00

En este cuadro se puede apreciar que en la mayoría de los casos hubo síntomas con menos de un mes de evolución

(42.85o/o); es de hacer notar que de este tiempo de evolución correspondiente a todos los casos que presentaron metrorragia, podría ser que el sangrado anormal sea el síntoma que mas preocupe a la mujer y hace que consulte con más rapidez al médico, pues con los otros síntomas que presentaron el que menos tiempo de evolución tuvo, fue de 4 meses.

#### 4. HALLAZGOS CLINICOS:

Los hallazgos clínicos más frecuentes al ingreso de los pacientes fueron:

CUADRO No. 5

Hallazgos clínicos	No. de Ptes.	o/o
Útero aumentado de tamaño	4	57.14
Masa a la palpación		
Bimanual	3	42.86
Masa cervical	1	14.29
Hemorragia Vaginal	1	14.29
Prolapso genital	1	14.29
Útero atrófico	1	14.29

El hallazgo clínico más frecuente encontrado fue un aumento de tamaño del útero. Este hallazgo se encuentra en pacientes comprendidos entre la 3a. década (2 casos) y la 4a. década (2 casos) no así en pacientes de mayor edad.

#### 5. DIAGNOSTICO CLINICO:

La impresión clínica que se tuvo al ingreso de los pacientes se puede observar en el siguiente cuadro:

CUADRO No. 6

Diagnóstico Clínico	No. de Ptes.	o/o
Fibromatosis uterina	4	57.14
Metrorragia	2	28.57
Leiomioma intracavitario	2	28.57
Polipo cervical	1	14.28
Procidencia genital	1	14.28
Masa anexial derecha	1	14.28
Cistadenoma del ovario	1	14.28
Amenorrea	1	14.28

Como se puede ver la mayoría de los diagnósticos fueron de fibromatosis uterino (Mioma uterino) y es lógico ya que según la literatura es el tumor uterino más frecuente ya que se dice que alrededor del 20o/o de las mujeres que pasan de los 35 años lo padecen, además debemos recordar que el hallazgo clínico que más frecuentemente se encontro fue el de útero aumentado de tamaño lo cual asociado a la frecuencia de la fibromatosis uterina (mioma uterino) hacia sospechar fuertemente en el diagnóstico de éste último.

Los demás diagnósticos que siguen estaban asociados al primero a excepción del de procidencia genital y el de Cistadenoma del ovario, estos dos últimos diagnósticos estaban asociados a masa de etiología indeterminada.

#### 6. TRATAMIENTO:

El tratamiento efectuado para tratar esta patología se puede observar en el siguiente cuadro:

CUADRO No. 7

Tratamiento	No. de Pres.	o/o
Histerectomía abdominal	6	85,71
Histerectomía vaginal	1	14,28
Total	7	100,00

Es notorio que el tratamiento de elección es el quirúrgico, a seis casos (85.71o/o) se les practicó histerectomía abdominal total, a un caso (14.28o/o) se le practicó histerectomía vaginal (el caso que presentaba prolapso genital); asociado a la histerectomía se efectuaron dos omentectomías parciales ya que se encontraron metastasis en el epiplón, también en estos dos casos se efectuaron una salpingectomía derecha y una salpingooforectomía izquierda por problemas de metástasis en el primer caso y por un Cistadenocarcinoma que se localizaba en el ovario izquierdo, en este último caso la paciente tenía 76 años de edad.

## 7. HALLAZGOS OPERATORIOS:

Los hallazgos encontrados durante el acto quirúrgico fueron:

CUADRO No. 8

Hallazgos Operatorios	No. de pres.	o/o
Útero aumentado de tamaño	4	57,14
Ascitis	1	14,28
Quiste ovarico simple	1	14,28
Cistadenocarcinoma ovarico	1	14,28
Hidrosalpinx	1	14,28
Útero normal	1	14,28
No reportados	1	14,28

El hallazgo operatorio más frecuente fue el de útero aumentado de tamaño en 4 casos (57.14o/o); se encontro un caso con ascitis (el mismo caso del Cistadenocarcinoma del ovario), el cual también presentaba un utero de tamaño normal.

## 8. PARIDAD:

La paridad investigada en las pacientes estudiadas fue la siguiente:

CUADRO No. 9

Paridad	No. de Pres.	o/o
Nulíparas	4	57,14
Múltiparas	2	28,57
Primíparas	1	14,28
Total	7	100,00

En esta revisión se encontraron 4 pacientes nulíparas (57.14o/o) de las cuales 2 habían tenido gestas terminadas en abortos (no especifican la causa), una primípara (14.28o/o) y 2 múltiparas (28.57o/o) entre ellas una gran múltipara con 6 gestas y 6 paras. Por lo descrito anteriormente se puede observar que la mayoría de las pacientes eran nulíparas.

## 9. VARIEDAD DEL CARCINOMA:

Se investigó que variedad de carcinoma era el más frecuente obteniéndose el siguiente cuadro.

CUADRO No. 10

Variedad del Carcinoma	No. de Pres.	o/o
Adenocarcinoma	7	100
Otros	0	0
Total	7	100

Todos los casos con carcinoma endometrial fueron de la variedad del adenocarcinoma por lo que en el presente estudio constituyó el 100o/o de los casos.

#### 10. DIABETES MELLITUS E HIPERTENSION ARTERIAL:

Estas dos patologías fueron investigadas ya que para muchos autores el carcinoma del endometrio está frecuentemente relacionado con las mismas, sin embargo durante la revisión de los registros médicos no se encontro ningún paciente con Diabetes o Hipertensión.

#### 11. MENOPAUSIA:

Por ultimo se investigó el porcentaje de pacientes con carcinoma del endometrio que ya habían presentado su climaterio, los resultados son los siguientes:

CUADRO No. 11

Menopausia	No. de Ptes.	o/o
Si	3	42.85
No	4	57.14
Total	7	100.00

Tres pacientes (42.85o/o) habían presentado la menopausia contra cuatro pacientes (57.14o/o) que no la habían presentado. Me parece importante hacer notar que la literatura nos dice que la hemorragia en pacientes pos climaterio, es muy sugestiva de carcinoma de endometrio, sin embargo en el presente estudio las pacientes pos-menopausicas no presentaron metrorragia, sino que consultaron por otra clase de síntomas como: prociencia genital, flujo y dolor en hipogastrio.

## VI. CONCLUSIONES

1. El número de casos de carcinoma del endometrio aumenta cada año.
2. El carcinoma del endometrio es más frecuente a partir de la 3a. década de la vida.
3. La edad promedio en que más se presenta este problema es la de los 54 años.
4. El síntoma más frecuente es la metrorragia.
5. El síntoma que más alerta a la mujer y hace que consulte más rápidamente es la metrorragia.
6. El hallazgo clínico más común es el aumento del tamaño uterino.
7. El tratamiento de elección es el quirúrgico.
8. El carcinoma del endometrio es más frecuente en mujeres nulíparas.
9. La variedad del más frecuente es el Adenocarcinoma. (en este estudio constituyó el 100o/o de los casos).
10. En nuestro estudio no se encontro relación entre carcinoma del endometrio y Diabetes Mellitus.
11. También no se encontro relación entre este problema y la hipertensión arterial.
12. El carcinoma del endometrio puede presentarse tanto antes como después de la menopausia.
13. En ninguno de los casos se hizo el diagnóstico clínico.

## VII. RECOMENDACIONES

Llevar una mejor forma de registros médicos, que puedan suministrar toda clase de información (antecedentes, record operatorio, etc.).

Realizar legrado diagnóstico escalonado a toda paciente mayor de 30 años que presente metrorragia de etiología no determinada.

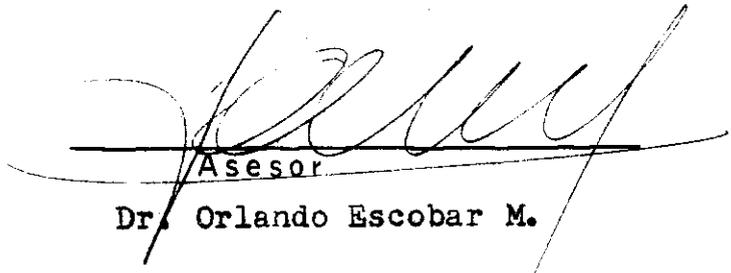
Administrar con precaución los estrogénos a pacientes pos-menopausicas que los necesiten.

Hacer conciencia en el médico general de la necesidad de tomar en cuenta este tipo de patología en nuestro medio.

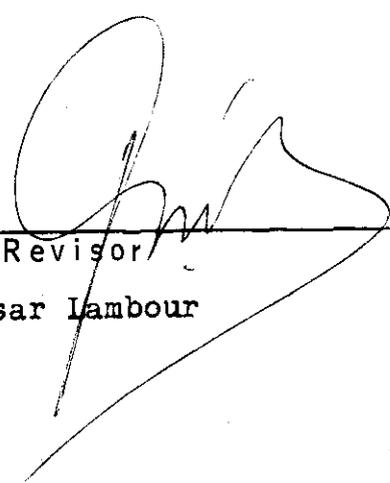
VIII  
BIBLIOGRAFIA

1. Novak, E.R., G.S. Jones y H.W. Jones.  
Tratado de Ginecología, traducido por el Dr. Alberto Folch y  
PI. México: Nueva Editorial Interamericana, 1971. pp.  
323-349.
2. Davis-Christopher Sabiston Jr.  
Tratado de patología quirúrgica, traducida al español por el  
Dr. Alberto Folch. Nueva Editorial Interamericana, 1973 Vol.  
2, pp. 1433-1434.
3. Jonathan E. Rhoads, Henry N. Harkins.  
Principios y práctica de Cirugía, traducido por el Dr. Santiago  
Sapiña, Nueva Editorial Interamericana, México 1974. pp.  
1331-1333.
4. Stanley Robbins  
Tratado de Patología, traducido por el Dr. Homero Vela Treviño.  
México. Nueva Editorial Interamericana, 1978. pp. 1033-1034.
5. Arthur W. Ham.  
Tratado de Histología. Traducción por el Dr. Alberto Folch y  
PI. México. Nueva Editorial Interamericana, 1972. pp.  
894-900.
6. Arthur C. Guyton.  
Tratado de Fisiología Médica, Traducido por el Dr. Alberto  
Folch. México: Nueva Editorial Interamericana, 1971. pp.  
1022-1023.

  
Br. Mario René Barrios P.

  
Asesor

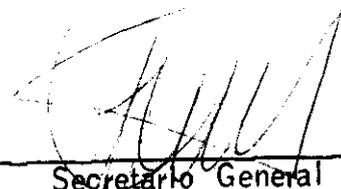
Dr. Orlando Escobar M.

  
Revisor

Dr. César Lambour

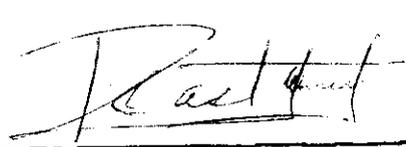
  
Director de Fase III

Dr. Julio de León

  
Secretario General

Dr. Raúl A. Castillo R.

Vo.Bo.

  
Decano

Dr. Rolando Castillo Montalvo