

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

CARCINOMA DE ENDOMETRIO

**"Estudio retrospectivo efectuado en el
Departamento de Gineco-Obstetricia del
Hospital Militar de Guatemala durante
el período comprendido de 1960 a 1979"**

EDGAR ROBERTO RUIZ MORALES

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

CARCINOMA DE ENDOMETRIO

**"Estudio retrospectivo efectuado en el
Departamento de Gineco-Obstetricia del
Hospital Militar de Guatemala durante
el período comprendido de 1960 a 1979"**

TESIS

Presentada a la Junta Directiva de la
Facultad de Ciencias Médicas
de la
Universidad de San Carlos de Guatemala
por

EDGAR ROBERTO RUIZ MORALES

en el acto de su investidura de

MEDICO Y CIRUJANO



Guatemala, julio de 1980

PLAN DE TESIS

- I. Introducción
- II. Objetivos
- III. Justificación
- IV. Definición del Problema
- V. Alcances y Límites
- VI. Material y Métodos
- VII. Antecedentes
- VIII. Revisión Bibliográfica
- IX. Análisis Estadístico
- X. Conclusiones
- XI. Recomendaciones
- XII. Bibliografía

INTRODUCCION

Se realiza el presente trabajo en pacientes del departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Militar Central, por no haber un estudio previo específico sobre este tema en el mencionado centro, y por el tipo de pacientes, los cuales son de una posición socio-económica distinta, con relación a los hospitales nacionales, por cuanto, tienen la facilidad de contar con asistencia hospitalaria eficaz, durante los primeros síntomas de enfermedad.

El Carcinoma de Endometrio es un tema de considerable importancia, tomando en cuenta que es uno de los dos cánceres ginecológicos más frecuentes, y la importancia que representa el diagnóstico precoz de la lesión endometrial, por tener esta neoplasia un pronóstico bueno en su etapa inicial y una sobrevida para la etapa I hasta de 90% para 5 años, pudiendo lograrse este objetivo por medio de una historia clínica adecuada y completa, examen clínico y procedimientos inocuos y fáciles de llevar a cabo, tales como el legrado escalonado y la biopsia del endometrio.

El objetivo de este estudio es conocer la incidencia de pacientes a quienes se les diagnosticó el problema, su procedencia, sintomatología más frecuente, edad de menarquía y menopausia, gestas, paridad, abortos y enfermedades relacionadas con el carcinoma de endometrio, así como el diagnóstico clínico, diagnóstico histológico, tratamiento instituido y el análisis estadístico correlacionando los resultados obtenidos.

El trabajo se realiza mediante la investigación retrospectiva de veinte años sobre carcinoma de endometrio en el departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Militar Central, de enero de 1960 a diciembre de 1979 inclusive.

OBJETIVOS

GENERALES

1. Conocer la incidencia de Carcinoma de Endometrio en pacientes que consultan al Hospital Militar Central.
2. Revisar literatura actualizada sobre Carcinoma de Endometrio.
3. Conocer hasta qué punto se aprovechan los recursos del Hospital Militar para el diagnóstico y tratamiento temprano del Carcinoma Endometrial.
4. Evaluar los obstáculos que impiden un diagnóstico precoz de este padecimiento en la población controlada.
5. Conocer qué tipo de tratamiento se ha efectuado y compararlo con el efectuado en otros estudios.

ESPECIFICOS

1. Conocer las causas predisponentes de este Carcinoma, tanto en la literatura como en la población estudiada.
2. Conocer la edad más frecuente en que se diagnostica este Carcinoma en pacientes que consultan a este centro hospitalario.
3. Conocer la sintomatología más frecuentemente encontrada en la población controlada.
4. Analizar la relación entre el Carcinoma de Endometrio y la diabetes mellitus
5. Analizar la relación entre menarquia, paridad, menopausia y la etapa de Carcinoma Endometrial.
6. Conocer el estadio en que más frecuentemente se diagnostica el problema en esta población.
7. Conocer el tipo de tratamiento más utilizado.
8. Conocer el medio diagnóstico más frecuentemente utilizado.
9. Comparar el diagnóstico clínico con el anatomopatológico.

JUSTIFICACION

Se realiza este trabajo en el Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Militar Central de Guatemala, por no haber un estudio previo que profundice sobre el tema en dicho hospital, y no conocerse por lo tanto cifras comparativas sobre el tema.

Se desea conocer si a las pacientes en dicho hospital, se les proporcionan los medios diagnósticos y el tratamiento adecuado, conforme los procedimientos modernos y de acuerdo a las posibilidades del hospital.

Así también, se quiere analizar si efectivamente hay diferencias entre las variables de las pacientes de este hospital, con las reportadas en estudios hechos en hospitales nacionales, por considerarse que la población consultante al Hospital Militar es de un nivel socio-económico diferente al de los centros comparados.

DEFINICION DEL PROBLEMA

ADENOCARCINOMA DEL ENDOMETRIO

Es un proceso neoplásico maligno que se desarrolla en el Endometrio Uterino, siendo más frecuente en mujeres postmenopáusicas, generalmente a partir de la quinta década de la vida, teniendo un pronóstico bueno en su estadio inicial. Es considerado uno de los dos procesos malignos uterinos más frecuentes.

PROBLEMA

Estudio retrospectivo de Carcinoma de Endometrio en el Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Militar Central, diagnosticadas y tratadas durante el período de 1960 a 1979.

ALCANCES Y LIMITES

ALCANCES

1. Presentar un trabajo sobre Carcinoma de Endometrio que sirva de base para investigaciones posteriores en el Hospital Militar.
2. Conocer la incidencia de este carcinoma en pacientes consultantes al Hospital Militar.
3. Conocer método diagnóstico, así como tipo de tratamiento más utilizado en el Hospital Militar.
4. Conocer los factores relacionados con este proceso.
5. Conocer si los resultados son similares con los obtenidos en los hospitales nacionales.

LIMITES

1. La investigación se lleva a cabo en el Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Militar Central de Guatemala.

2. Comprende a las pacientes a quienes se les ha diagnosticado y tratado el Carcinoma en dicho centro.
3. El estudio abarca el período comprendido de enero de 1960 a diciembre de 1979.

MATERIAL Y METODOS

El trabajo fue realizado en pacientes a quienes se les diagnosticó y trató Carcinoma Endometrial en el Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Militar Central, durante un período de veinte años, que comprende de enero de 1960 a diciembre de 1979.

Se efectuó una revisión bibliográfica de estudios efectuados en el extranjero, así como trabajos efectuados en nuestro país, en los hospitales Roosevelt y General San Juan de Dios para tener base de comparación con los resultados obtenidos en el presente estudio.

Se sacó del archivo general del hospital un total de quince casos diagnosticados con Carcinoma de Endometrio, en tres de los cuales no fue encontrada la papeleta, siendo los doce casos restantes la base del estudio.

Se revisaron las descripciones clínicas del Carcinoma, las notas operatorias y los reportes de anatomía patológica, con el objeto de clasificar los casos retrospectivamente de acuerdo a la clasificación de la FIGO. En uno de los casos, no apareció el informe de anatomía patológica, por lo que no fue clasificado histológicamente.

Por estar asociado este Carcinoma con algunas entidades clínicas como nuliparidad, obesidad, hipertensión y diabetes, fueron obtenidos esos datos, para verificar esa asociación en la población estudiada. Además se investigaron los datos concernientes sobre edad de apareamiento del cáncer, así como de menarquia y menopausia, por ser factores que revisten importancia en la evaluación de esta neoplasia. Se hizo énfasis en el método diagnóstico utilizado, así como el tratamiento instituido, para compararlo con otros estudios efectuados en el extranjero y en nuestro país.

El tratamiento instituido fue relacionado con la etapa del Carcinoma para compararlo con la terapia actualizada y conocer si el tratamiento dado por estadio de enfermedad, fue el correcto.

La menopausia, paridad y edad de la paciente también fueron relacionadas con la etapa de Carcinoma para conocer si estos factores influían en la severidad del Carcinoma.

Todos los datos obtenidos fueron recopilados de las historias clínicas de cada paciente.

ANTECEDENTES

1. Carcinoma del Endometrio. Revisión de 122 casos en los hospitales General San Juan de Dios y Roosevelt. Silvia Azucena Vicente Faggioli, 1977.
2. Carcinoma del Endometrio. Mario René Barrios Perrucina. 1976.
3. Tumores del Utero en Niñas. Revisión de diez años retrospectivos en los hospitales de mayor afluencia del país. Ada Floricela Díaz Velásquez, 1976.
4. Carcinoma Ginecológico y Mamario. Revisión de diez años en el Hospital Militar. Carlos Arturo Dávila Mohr, abril 1977.

Los anteriores trabajos nacionales, fueron efectuados (en especial los tres primeros), en hospitales nacionales y aportan los resultados obtenidos en los mismos. Los resultados de este trabajo, al compararlos con los obtenidos en los hospitales nacionales, toma como base el trabajo de la doctora Vicente Faggioli, por ser el más completo.

REVISION DE BIBLIOGRAFIA

GENERALIDADES

El endometrio es la mucosa que reviste la cara interna del cuerpo y fondo del útero, su grosor experimenta variaciones durante las distintas fases del ciclo menstrual. En términos generales, es más delgado después de la menstruación, pero va aumentando gradualmente de espesor hasta poco antes de aparecer la nueva menstruación. Desde el punto de vista histológico, el endometrio se halla constituido por un epitelio superficial, las glándulas, la lámina propia, o sea el estroma o corión, vasos y nervios.¹

El epitelio está formado por dos capas principales: una superficial gruesa o capa funcional, y una capa profunda delgada o capa basal, irrigadas por arterias espiraladas y rectas respectivamente.¹

Adenocarcinoma del Endometrio

Es un proceso maligno que se origina en las glándulas del epitelio endometrial, en mujeres generalmente postmenopáusicas, siendo la neoplasia más comúnmente encontrada en el útero y el cáncer invasivo del tracto ginecológico, más frecuente. En la mayor parte de casos el tratamiento de esta lesión ha sido quirúrgico y recientemente se ha usado en forma más frecuente la radioterapia pre y postoperatoria.^{1, 7}

ETIOLOGIA Y PATOGENIA

Es muy probable que el adenocarcinoma del endometrio sea un proceso estrógeno dependiente, debido a diferentes observaciones, tanto en animales como en la especie humana, ninguna de las cuales es concluyente pero en conjunto parecen muy sugestivas.^{1, 5} Se acepta que resulta de estimulación estrógena excesiva y duradera de origen ovárico aunque se justifica que la hipófisis sea la causa última de la hiperfunción ovárica.⁵ Aunque no se dispone de una prueba segura de que los estrógenos sean carcinógenos, el hecho de que el estrógeno sea la causa normal de hiperplasia del endometrio y habiéndose observado que la terapéutica por estrógenos produce cuadros hiperplásicos difíciles de distinguir del adenocarcinoma, es lógico que este esteroide sea considerado como posible factor en el desarrollo del cáncer del fondo del útero.⁵

Factores y Condiciones Clínicas Relacionados con Adenocarcinoma del Endometrio

A. Relación de Estrógenos y Adenocarcinoma de Endometrio

A este respecto los estudios y criterios no están de acuerdo.

En diversas revisiones sobre complicaciones con contraceptivos orales, el desarrollo de Carcinoma de Endometrio ya sea que no ha sido mencionado o la suposición ha sido que estos agentes a causa de su predominante efecto progestacional, se esperaría que fueran protectores contra el desarrollo del tumor.²²

Estudios retrospectivos de casos-control han reportado una asociación entre el uso de estrógenos en la menopausia y el subsecuente desarrollo de cáncer del cuerpo del útero.³⁴ Antunes et al, encontraron que el riesgo total de Carcinoma de Endometrio fue seis veces para las que usan estrógenos, comparadas con las que no lo utilizan. El uso por largo tiempo (mayor de 5 años) tuvo un riesgo de quince veces. El riesgo excesivo estuvo presente tanto para el dietilestilbestrol como para estrógenos conjugados. El riesgo asociado con el uso cíclico fue tan grande como para el uso continuo.³⁴

Sin embargo serias críticas han sido hechas con respecto a las investigaciones anteriores, siendo algunas, las siguientes:

—Que el diagnóstico de vigilancia no es tomado dentro del cómputo, es decir, que las mujeres con cáncer uterino latente son descubiertas en un periodo temprano si están bajo cuidado regular, porque ellas están siendo seguidas por el médico que prescribió el estrógeno.

—Otra se refiere a la teoría de que la asociación hallada con los cánceres del útero, pudiera ser debido al hecho que los síntomas tempranos del tumor estuvieran siendo tratados con estrógenos.

—Otra consiste en el reclamo que algunos estudios no obtuvieron historias de exposición de drogas dignas de confianza y que esto pudiera haber sido posible porque tales historias de exposición a la droga fueran más ardientemente buscadas en los casos que en los controles.³⁴

Hertig y Sommers han sugerido la existencia de una relación causal entre el Carcinoma del Endometrio y el balance anormal de estrógenos. Las razones de esta relación incluye:

- 1) El alto número de tumores femenizantes del ovario asociados.
- 2) La hiperplasia cortical del estroma frecuentemente observado en los ovarios de estas pacientes.
- 3) La poca incidencia en pacientes que han tenido ooforectomía previa.
- 4) La relación bastante frecuente con pacientes que han recibido terapia estrogénica continua.

- 5) La asociación frecuente de historia de hemorragia vaginal que ha requerido legrado a cualquier edad en el período de su vida productiva.⁷

B. *Hiperplasia del Endometrio y Adenocarcinoma*

Aunque una hiperplasia de endometrio se presenta durante el período menstrual, no tiene particular importancia siendo más bien transitoria; la hiperplasia durante la menopausia y después, especialmente cuando es recurrente y es de carácter adenomatoso proliferante, es considerablemente más inquietante.⁵

Hay toda una serie de gradaciones, una especie de escalones histológicos entre la hiperplasia atípica y el Adenocarcinoma, y no se sabe con seguridad el momento en que la lesión toma verdaderas características malignas.¹

Los estados precursores de Carcinoma Endometrial invasivo incluyen: hiperplasia adenomatosa, hiperplasia atípica y Carcinoma in situ. Estas lesiones son a menudo referidas como hiperplasia postmenopáusica. Esos estados precursores endometriales incluyen un espectro de atipias con cambios histológicos precisos.³⁸

Muchas publicaciones han señalado la frecuencia con que el cáncer del endometrio va precedido de hiperplasia atípica, mientras que otros estudios no encuentran una asociación estadísticamente significativa entre esas condiciones.^{5, 28}

En caso de duda, lo más seguro es tratar las lesiones como cáncer, decisión hasta cierto punto fácil, por cuanto la mayor parte de tales pacientes se hallan en edad menopáusica incipiente y ya han completado su familia.¹

C. *Obesidad*

Diversos estudios han reportado un exceso de riesgo en las mujeres más obesas con Carcinoma Endometrial, y su relación con el mismo.^{5, 9, 10, 24, 27} Onswud y Kodston han documentado que las pacientes que tienen más del 30% sobre el peso ideal, tienen pronóstico peor en relación con las pacientes que tienen el peso ideal. Además, una de las hipótesis aludidas como etiología del cáncer de endometrio, menciona la asociación de estrógenos y carcinoma endometrial y en estos pacientes (obesos), su exceso de tejido celular subcutáneo aumenta la produc-

ción de estrógenos circulantes. Además la paciente obesa tiene un riesgo alto de desarrollar otras enfermedades metabólicas como diabetes, hipertensión, enfermedades cardíacas, arterioescleróticas, todas las cuales están relacionadas con cáncer de endometrio, además la muerte por enfermedades interrecurrentes es más frecuente en este grupo.³⁶ Elwood en su estudio sobre epidemiología de cáncer de endometrio, encontró que sólo existió exceso de riesgo en las mujeres más obesas.¹⁰

D. *Diabetes Mellitus*

Dun y colaboradores estudiaron la frecuencia de alteraciones en el metabolismo de los carbohidratos con Carcinoma de Endometrio que varió de 1.3 a 22%. Mas, sin embargo, su 7.7% estimado de las pacientes con Carcinoma Endometrial que eran diabéticas, es similar a la incidencia de diabetes mellitus en la población general para cada grupo de edades, por lo tanto no hay una relación convincente entre este disturbio del metabolismo de los carbohidratos y el Carcinoma de Endometrio.³⁷ En contraste Elwood, Malkasian, y otros estudios han encontrado una relación estadísticamente significativa entre el carcinoma y antecedentes de diabetes.^{9, 10, 24}

E. *Hipertensión*

La relación de hipertensión y Carcinoma de Endometrio es igualmente contraversial: cuando la presión arterial se correlaciona con el peso del cuerpo parece no haber diferenciación estadística entre las pacientes con Carcinoma de Endometrio y paciente no canceroso,³⁶ a pesar de que en diversos estudios han encontrado una relación estadísticamente significativa entre esta condición clínica y el carcinoma.^{5, 6, 9, 10, 24}

F. *Otros Factores*

Estudios sobre epidemiología de este carcinoma han encontrado que las mujeres casadas nulíparas, tuvieron un alto riesgo de cáncer y este riesgo disminuyó con incremento de la paridad.^{9, 10}

El riesgo es mayor a medida que se incrementa la edad de la menopausia. Las mujeres que tuvieron una menopausia a los 52 años o más tarde, tuvieron un riesgo más grande que en las mujeres a quienes ocurrió la menopausia antes de los 49 años.¹⁰

El Carcinoma de Endometrio es más común entre mujeres que tienen una menarquia temprana y una menopausia tardía. Un factor común entre la infertilidad, menarquia temprana y menopausia tardía, es la ocurrencia de ciclos anovulatorios.¹⁰

Malkasian, en la Clínica Mayo, encontró que los carcinomas primarios más frecuentemente asociados al cáncer de endometrio, fueron los de la mama y del colon.^{5, 9} En estudios sobre este tema, han encontrado asociación del carcinoma, con tumores funcionales del ovario, tales como: tumor de célula granulosa, tumor de células de la teca y el síndrome de ovario poliquístico.⁹

El Síndrome de Stein Leventhal ha sido relacionado con este cáncer. El factor pertinente es la ausencia de ovulación y secreción de progesterona por el ovario, que origina una estimulación prolongada del endometrio por la hormona estrógena, sin oposición alguna.^{9, 10, 15, 17, 27} Los niveles séricos de FSH en mujeres con este síndrome, están bajos, mientras que los niveles séricos de LH están elevados, hallazgos que explican el fallo de maduración folicular y asimismo anovulación. Alrededor de 90% de adenocarcinomas de endometrio asociados con Síndrome de Stein Leventhal, son bien diferenciados y tienen un excelente pronóstico.¹⁷

FRECUENCIA

El Carcinoma de Endometrio es una enfermedad de la mujer que aumenta con la edad, siendo más frecuente entre los 55 y los 60 años,^{5, 9, 10} y declinando de allí en adelante. En nuestro país, en un estudio efectuado en los hospitales Roosevelt y General San Juan de Dios durante diez años, se encontró que la mayor incidencia se hallaba entre los 41 y los 50 años, contrastando con los estudios extranjeros que lo reportan en la década de los 50 años.¹

Es más frecuente en mujeres postmenopáusicas, seguidas de las menopáusicas, que en las que todavía menstrúan. El 75% de los casos ocurren en mujeres mayores de 50 años y sólo 4% ocurren en mujeres menores de 40 años.²⁷

En años anteriores la relación entre el carcinoma invasor de endometrio y el carcinoma invasor de cérvix, era mayor para este último, pero actualmente esta relación ha tendido a equi-

pararse e incluso ha excedido al carcinoma invasor de cérvix.^{17, 19} Según The Third National Cancer Survey of the National Institute, confirmó que de todos los cánceres invasivos del tracto genital femenino, el 38% son originados en el cuerpo del útero, 30% en el cérvix y 25% en el ovario.

El aparente aumento del Carcinoma de Endometrio se debe a varios factores, entre los cuales se encuentran los siguientes:⁷

—Aumento en la sobrevivencia esperada para la mujer, debido a mejores condiciones de vida.

—Disminución de la incidencia de carcinoma invasivo de cérvix, debido al diagnóstico más temprano de lesiones precancerosas o carcinomas in situ del cérvix.

—El aumento del conocimiento del riesgo de padecer carcinoma en la época postmenopáusica, especialmente en países desarrollados donde se le ha dado importancia, aún no probada a la relación del uso de estrógenos y carcinoma de endometrio en la menopausia.

ANATOMIA PATOLOGICA

El Carcinoma de Endometrio tiende a seguir una evolución macroscópica bastante constante pero incluye dos tipos diferentes. Alrededor del 90% de los Carcinomas de Endometrio, son adenocarcinomas y casi todos los restantes son adenocantomas.^{1, 6, 7}

Estos tumores se originan primero como lesiones in situ que en etapa posterior se transforman en focos aislados (forma circunscrita) de engrosamiento endometrial en cualquier parte de la cavidad uterina o el segmento inferior del útero. Algunos se convierten en masas polipoides nodulares o duras. Otros se desarrollan dentro de la pared infiltrándola. Con el tiempo ambas variantes se tornan fungiformes hacia la cavidad endometrial y adquieren carácter invasor. Por la acumulación de tejido, el útero aumenta de volumen, a menudo de manera asimétrica. Con el tiempo el tumor se extiende por la pared del útero y produce nódulos subserosos y serosos; finalmente se propaga a los tejidos periuterinos por continuidad. Los ligamentos anchos, los fondos de saco laterales y la pelvis pueden ser ocupados por la neoplasia, la cual produce masas palpables.

Por último hay diseminación a los ganglios linfáticos regionales iliacos, aórticos, inguinales e hipogástricos, en periodo avanzado el tumor puede dar metástasis hematógenas a pulmones, hígado, huesos y otros órganos.

Histológicamente el adenocarcinoma produce formas glandulares bastante precisas revertidas de células epiteliales cuboides o cilíndricas netamente anaplásticas. No es raro que se produzcan formaciones papilares. A veces las células segregan moco. Menos a menudo el Carcinoma de Endometrio se desarrolla como adenoacantoma constituido por glándulas y células escamosas.⁶

CLASIFICACION

De acuerdo a la extensión del cáncer del cuerpo, y a su diferenciación histológica, el Comité de Cáncer de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), lo clasifica de la manera siguiente:^{5,9}

Etapa O: Carcinoma in situ: * signos histológicos sospechosos de malignidad no demostrada.

Etapa I: Carcinoma confinado al cuerpo del útero. (Fig. 1)

Etapa IA: El largo de la cavidad uterina es igual o menor de 8 centímetros.

Etapa IB: El largo de la cavidad uterina es mayor de 8 centímetros.

En la etapa I los casos deberán ser sub-grupados con respecto al tipo histológico del carcinoma.

GI: Carcinoma adenomatoso altamente diferenciado.

GII: Carcinoma adenomatoso moderadamente diferenciado pero con áreas sólidas.

GIII: Carcinoma predominante sólido o enteramente indiferenciado.

Etapa II: El carcinoma ha envuelto cuerpo y cérvix (Fig. 2)

Etapa III: El carcinoma se ha extendido fuera del útero pero no fuera de la pelvis verdadera. (Fig. 3)

Fig. 1

Etapa I

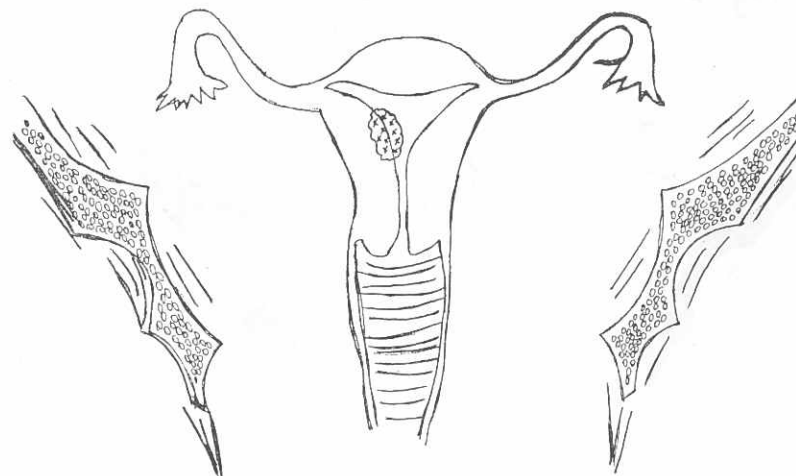


Fig. 2

Etapa II

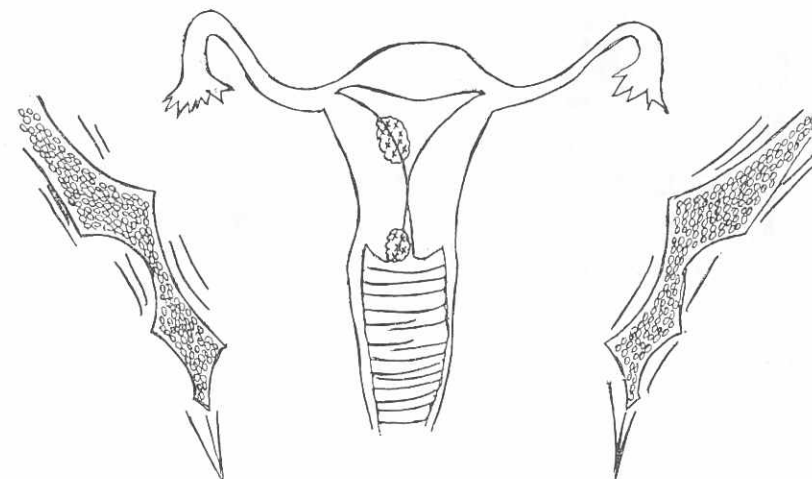


Fig. 3 Etapa III

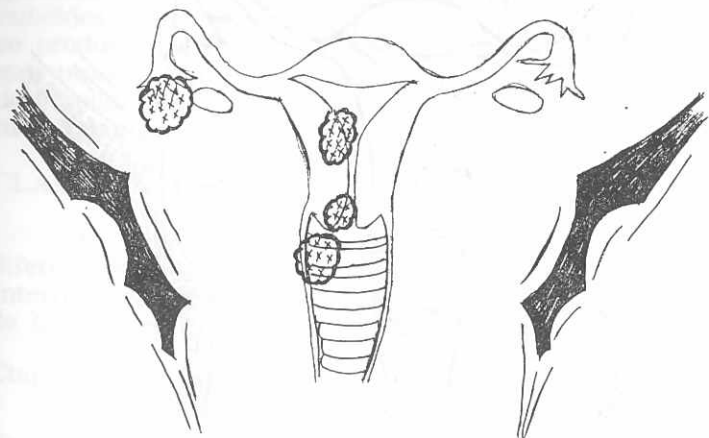
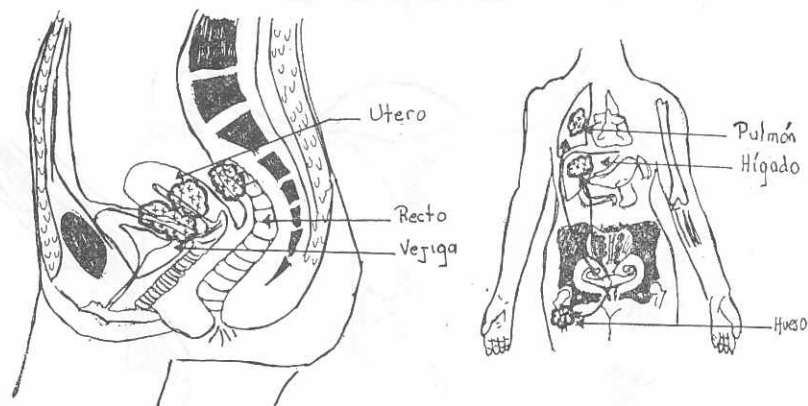


Fig. 4 Etapa IV



Etapa IV: El carcinoma se ha extendido fuera de la pelvis verdadera o evidentemente envolvió la mucosa de la vejiga o recto. (Fig. 4)

*Algunos deploran el término de carcinoma in situ, porque aducen que no se dispone de criterios rígidos para definir un adenocarcinoma endometrial in situ, como se tiene para el carcinoma in situ de cérvix.

Cuanto mayor es el grado de inmadurez y de indiferenciación celular, tanto mayor es desde el punto de vista clínico la malignidad del tumor. Asimismo un tumor bien diferenciado tiene mucho menos tendencia a invadir o causar metástasis y debe indicar un pronóstico mucho mejor.⁵

SINTOMATOLOGIA

El Carcinoma de Endometrio puede ser asintomático durante largo tiempo. Sólo produce síntomas cuando origina erosión de la superficie endometrial o se propaga más allá del cuerpo del útero.⁵

Cualquier tipo de hemorragia vaginal en la menopausia y especialmente en el periodo postmenopáusico, deberá ser visto como altamente sospechoso ya que es el síntoma cardinal del cáncer endometrial.^{7, 8} La presencia de pólipos uterinos con o sin leiomiomas se halla frecuentemente asociado con una alta incidencia de Carcinoma de Endometrio en la edad postmenopáusica.⁷ Después de la hemorragia, el síntoma más importante es un exudado vaginal anormal.⁵

Son síntomas sospechosos asociados, el dolor abdominal y dolor de espalda bajo. Estos síntomas pueden hallarse relacionados con la asociación frecuente de un útero leiomiomatoso. El envolvimiento neoplásico de los plexos nerviosos es otra causa común del dolor. Las pacientes raramente están débiles a pesar de lo avanzado de su enfermedad y a menudo son obesas y de estatura alta. Se hallan también asociadas con el carcinoma, la hipertensión, diabetes mellitus, una historia de infertilidad relativa o absoluta.⁷

Cuando hay invasión profunda del endometrio a partir de los ganglios pelvianos, es muy frecuente (más de 90%) la asociación con metástasis extrapelvianas. En casos avanzados el peritoneo puede ser asiento de implantes.⁵

METODOS DIAGNOSTICOS

El diagnóstico precoz es de suma importancia en este cáncer porque es directamente proporcional con la sobrevida. Para esto es obligado efectuar: 1) una historia clínica completa, haciendo énfasis en la historia menstrual y en la ingestión de hormonas; y 2) un examen pélvico preferiblemente bajo anestesia y efectuar un legrado fraccionado.⁷

Entre los procedimientos diagnósticos están los siguientes:

Legrado

Se acepta que la dilatación y el raspado fraccionado o escalonado, es el método diagnóstico de elección, ya que sólo de esta manera puede hacerse el diagnóstico y estimarse el grado de ataque cervical, el cual es importante para decidir conducta de tratamiento.^{1,8} Debido a que el legrado fraccionado no es usado rutinariamente, el envolvimiento del cérvix en la etapa II cuando no es evidentemente aparente, es el motivo por lo que no es usualmente descubierto preoperativamente.¹⁴ No está probado que el legrado origine metástasis y tiene la ventaja de permitir la exploración bajo anestesia general.

Biopsia Endometrial

Es indudable su gran valor diagnóstico, si es positiva se establece el diagnóstico, si es negativa no lo descarta.^{1,5} Técnicamente el manejo de la biopsia es simple, la mayor barrera en su uso rutinario es la poca cantidad de médicos familiarizados con la técnica, y el malestar frecuente durante el procedimiento porque no se usa anestésico. Beyer y Murphy recomiendan la biopsia endometrial especialmente en casos en que requieren control periódico del endometrio.¹ Para Prem, al momento la mejor técnica de detección temprana del Carcinoma Endometrial, es la biopsia de endometrio.¹¹

Técnica

Puesto que este es un procedimiento intrauterino, las usuales precauciones asépticas cuidadosas, son tomadas. El labio anterior del cérvix es agarrado con un tenáculo. Si el útero está agudamente en anteflexión o el orificio interno está estrecho, pudiera ser necesario pasar un dilatador delgado primero. La cánula de la biopsia se pasa dentro de la cavidad uterina.

Algunas muestras son tomadas desde diferentes partes del cuerpo uterino hasta el orificio interno. La cánula no es removida hasta que el procedimiento es completado. El tejido en la cánula es entonces colocado dentro de un recipiente conteniendo formalina al 10%.

Valor

La biopsia de endometrio revela lesiones malignas del endometrio, aberraciones en la función hormonal y ayuda a determinar la terapia. Esta pudiera ser repetida en subsiguientes ciclos para evaluar la efectividad de terapia.

Contraindicaciones

Incluyen, 1) presencia de infección en el tracto generativo y 2) embarazo.³⁹

Tomando en cuenta que en los estudios nacionales se ha visto que la distribución etaria es mayor entre los 40 y los 50 años, es de considerarse, que es en estas pacientes a las que en consulta externa de nuestros hospitales, debería usarse la biopsia de endometrio como método de detección temprana de carcinoma endometrial de grandes masas, en pacientes asintomáticas, de manera que en un futuro, se diagnostiquen los casos de Carcinoma de Endometrio en etapa más temprana, mejorando así la sobrevida de las pacientes.

Histerografía

Ha sido usada en la investigación y manejo de metrorragias y Carcinoma del Endometrio en centros médicos europeos y norteamericanos, después del clásico trabajo de Beclere y Norman. Los proponentes del método sugieren que se gana mucho usando la histerografía para evaluar hemorragia postmenopáusica inexplicable y para la evaluación preliminar de pacientes con Carcinoma Endometrial. Proporciona considerable valor en términos de localización de tumor dentro de la cavidad endometrial.¹⁵

Lavado a chorro o Yet Washer de Gravlee

Este método parece un buen sistema para detectar lesiones endometriales, pero en base de diversos estudios con este método y después de considerar todos los factores, el legrado

parece ser superior al lavado de Gravlee como el método de elección para Carcinoma de Endometrio entre pacientes sintomáticos,¹³ y los resultados con el lavado, son inferiores a aquellos obtenidos por biopsia endometrial.¹³ Lo anterior nos indica que el lavado de Gravlee es un procedimiento de poca ayuda en el diagnóstico en paciente sintomático, más sin embargo es un procedimiento fácil y sencillo que también puede usarse como de selección en pacientes en edad factible de sufrir este carcinoma.

Citología Exfoliativa en Material Intrauterino:

Puede ser obtenido por aspiración o por lavado de la cavidad uterina, procedimiento que puede realizarse en la consulta externa o en la clínica particular.⁷

El papanicolau cervical es inadecuado como método diagnóstico para la detección de cáncer endometrial ya que da falsos negativos en un buen porcentaje, a diferencia del papanicolau del fondo del saco posterior.¹

TRATAMIENTO

Este es un punto muy discutido y hasta el momento no se ha definido el mejor tratamiento.^{1, 5} Pero hay que enfatizar que la llave del tratamiento de Carcinoma de Endometrio es el diagnóstico temprano.¹¹

El útero es un órgano ideal para ser tratado debido a su accesibilidad para la resección quirúrgica o bien por su alta tolerancia a la radioterapia y por lo fácil de seguir a la paciente con el examen pélvico.⁷

Muchos coinciden en que el mejor tratamiento en el manejo primario del cáncer, cuando los raspados preliminares demuestran poca actividad y el útero está pequeño y libre, es la histerectomía total simple acompañada de supresión de anexos,^{1, 5} y diversos estudios han demostrado que la radioterapia agregada a la cirugía mejora el pronóstico de sobrevida y disminuye notablemente la recurrencia.^{1, 9, 11} Una proporción de mujeres tiene dificultades médicas graves que no les permite tolerar una intervención quirúrgica y únicamente cabe utilizar la radioterapia sola.⁵

Entre los tipos de tratamiento de que se dispone para la atención de estas pacientes, están:

CIRUGIA

Se aplica a pacientes con una condición general aceptable.¹ Algunos coinciden que la histerectomía total con supresión de anexos, constituye la parte más importante de la terapéutica del Carcinoma de Endometrio.⁵ La vía abdominal es la generalmente utilizada y la vía vaginal se utiliza en aquellas pacientes muy obesas, las cuales debido a su exceso de tejido celular subcutáneo, aumentan los problemas técnicos quirúrgicos por vía abdominal.⁵ No hay evidencia que indique que un procedimiento quirúrgico más radical que incluya linfadenectomía pélvica, mejore el pronóstico de sobrevida.⁷ Si los ganglios pélvicos están afectados, también los ganglios aórticos lo van a estar.^{1, 7}

RADIOTERAPIA

Pocos prefieren la radioterapia sola como tratamiento único. La radioterapia debe considerarse en la mujer de mal pronóstico, en la que por motivos diversos son inoperables, están marcadamente debilitadas y/o tienen una supervivencia probablemente limitada.^{1, 5} Se ha demostrado que los mejores resultados los proporciona el tratamiento combinado con la cirugía.¹ y se admite que si la neoplasia está localizada al endometrio y es histológicamente bien diferenciada, la radioterapia no es necesaria.

La aplicación intrauterina de cápsulas radiactivas, en combinación con radioterapia pélvica externa ha dado buenos resultados. Una fuente vaginal parece tener valor para reducir al mínimo las recidivas a ese nivel.^{1, 5} Algunos investigadores han encontrado que existe poca variación si la irradiación se administra antes o después de la cirugía,⁵ mientras que otros creen que tiene mayores ventajas la radiación preoperatoria.³¹

TERAPIA HORMONAL

Se utiliza con fines paliativos y usualmente no se aplica esta terapia hasta que todas las posibilidades de tratamiento con radiación y cirugía han sido agotadas y no ha sido considerada como tratamiento primario.^{1, 7, 9, 31}

Una respuesta objetiva de progesterona a altas dosis podría ser esperada en cerca de 30% de pacientes,^{5, 9} también brinda considerable beneficio subjetivo, en particular un incremento

en apetito, en la tolerancia al ejercicio y un sentimiento de estar bien. El efecto anabólico tiene un mayor resultado benéfico en la moral de las pacientes.⁹

Actualmente en algunos estudios preliminares se ha estado utilizando el acetato de medroxyprogesterona en combinación con citostáticos, en casos de adenocarcinoma de endometrio avanzado siendo los resultados favorables.

Algunos de los medicamentos que se utilizan, entre otros, se encuentran: Dimethisterona, caproato de 17 alfa hidroxiprogesterona, acetofenil de dehidroxiprogesterona, diacetato de etinodiol, medrogestone.

QUIMIOTERAPIA

Es la menos usada dada su toxicidad¹ y ha sido utilizada para el adenocarcinoma endometrial avanzado. Se han asociado con el acetato de medroxyprogesterona, la ciclofosfamida, Adriamicina y 5 Fluorouracilo por un lado y por otro con Melfalan y 5 Fluorouracilo, obteniéndose en los esquemas de tratamiento, resultados aceptables.^{32, 33} La combinación de terapia tiene sustancialmente mejores resultados que los agentes citostáticos usados individualmente o utilizando las hormonas solas, y justificaría además la evaluación de esta terapia combinada como parte del tratamiento de elección inicial, para pacientes con adenocarcinoma endometrial avanzado.³²

TRATAMIENTO POR ESTADIO

Etapa I

Para la etapa IAGI y IBGI el tratamiento es la histerectomía abdominal total con salpingooforectomía bilateral. La radiación suplementaria está indicada en las etapas IA-GII, IAGIII y IBGII, IBGIII.³⁸ Esto indica que son tratadas con cirugía solamente las que tienen un carcinoma histológicamente bien diferenciado, y las que tienen una pobre diferenciación son tratadas con radiación preoperatoria^{11, 31, 38} La técnica de radiación puede incluir radiación intracavitaria, con la técnica de empaque uterino de Stockholm (5,000 a 8,000 mg/hr), seguida por cirugía. El intervalo óptimo entre la cirugía y la radiación es de 6 a 8 semanas aproximadamente.^{5, 11}

Hay alguna divergencia entre si efectuar la radiación pre o postoperatoriamente. Algunos efectúan primero cirugía,

después de la cual se establece con certeza por medio del examen histológico, la extensión de la enfermedad, la cual si se extiende al miometrio o en el sistema vascular, se utiliza la radioterapia.⁵ Otros creen que la radiación preoperatoria es la más adecuada en cuanto que con un útero intacto, una alta dosis de radiación puede ser dada a las estructuras pélvicas centrales con menos riesgo de daño a los tejidos pequeños que a las pacientes con un útero operado previamente.¹¹ Algunos han encontrado un porcentaje de sobrevida mejor con la radiación preoperatoria que con la postoperatoria.¹¹

Etapa II

El tratamiento consiste en 4,000 a 4,500 rads de radioterapia externa a toda la pelvis y aplicación intracavitaria por 24 horas, seguida de histerectomía abdominal total con salpingooforectomía bilateral después de seis semanas.^{7, 21, 38} Un tipo alterno de tratamiento para esta etapa es efectuar histerectomía abdominal radical, linfadenectomía pélvica bilateral y salpingooforectomía bilateral. La radiación postoperatoria a toda la pelvis con 5,000 rads pudiera ser usada por presencia de nódulos positivos.³⁸

Es significativo que la recurrencia vaginal después de tratamiento con radioterapia intrauterina e histerectomía, es más frecuentemente localizada en la mitad distal de la vagina y ocurre en intervalos más largos después de terapia primaria, teniendo un mejor pronóstico, en contraste con la recurrencia después de tratamiento sólo con histerectomía, la cual es más frecuentemente localizada en la mitad proximal de la vagina y ocurre más tempranamente después de tratamiento primario, teniendo un pronóstico más pobre. Esto sugiere que la adición de radioterapia externa y una fuente de radio vaginal, suplementan el tratamiento de radio intrauterino y esto podría reducir el riesgo de recurrencia vaginal.¹¹

Etapa III

El tratamiento para este estadio implica histerectomía abdominal total, salpingooforectomía bilateral, con radioterapia externa, más aplicación interna.^{7, 9}

Etapa IV

Consiste en histerectomía abdominal total, salpingooforectomía bilateral con radioterapia externa y progesterona sinté-

tica.^{7,9} El adenocarcinoma diseminado de endometrio, ha sido tratado beneficiosamente con progestinas, particularmente las lesiones bien diferenciadas. El beneficio de aquéllas con metástasis a pulmón o a huesos se ha aproximado al 30-35%, mientras que el porcentaje de respuesta a la enfermedad local o tejido blando, ha sido de un 20%. Dosis de 500 a 1,000 mg. de Depoprovera IM (acetato de medroxiprogesterona), Delalutin (caproato de hidroxiprogesterona) 2 a 4 veces semanal IM en dosis divididas, o Megace (acetato de megestrol) en una dosis de 40 a 80 mg. b.i.d., oralmente, ha sido considerado terapéutico.

Agentes alquilantes han sido utilizados con 25 a 30% de paliación, pero la terapia hormonal ha proveído respuesta similar con menores complicaciones.³⁸

RECURRENCIAS

Son tratadas con cirugía o radiación, o ambas inicialmente. Si fracasan, son tratadas con progesterona a dosis adecuadas.⁹ La recurrencia en el tercio inferior de la vagina pudiera ser tratada con radiación intersticial. La recurrencia superficial localizada en el canal vaginal superior puede ser tratada con cilindros vaginales.³⁸

PRONOSTICO

El factor más importante relacionado con la supervivencia es la extensión de la enfermedad en la presentación. Después de la extensión, el mejor factor pronóstico parece ser el grado de diferenciación histológica. Cuando sólo hay invasión miometrial, el grado de diferenciación histológica es el factor importante.³¹

El tamaño del útero solamente pudiera indicar al menos una más extensa enfermedad del cuerpo, la cual afecta adversamente la sobrevida.³¹

Cuando está afectado solamente el endometrio, la cirugía sola o acompañada de irradiación debe brindar una proporción de recuperación alrededor de 100%. Cuando está afectado el miometrio superficial, la supervivencia empieza a disminuir en proporción al grado de participación del miometrio⁵ y cuando hay extensión o metástasis extrauterina, las recuperaciones disminuyen grandemente.^{5,31}

Aquellas pacientes quienes tuvieron 10 ó más años de postmenopausia, presentaron un alto porcentaje de tumores pobremente diferenciados, resultando una sobrevida más pequeña en ese grupo.³¹ Generalmente se acepta que el pronóstico es mejor en mujeres jóvenes.²²

Para la etapa I, cuando no hay invasión, o sólo invasión superficial, el porcentaje de sobrevida es alto para todos los grupos, prescindiendo del tipo de tratamiento. El grado histológico y lo profundo de la penetración miometrial, es de mucho mayor significado pronóstico que el tamaño del útero. En esta etapa quienes desarrollaron recurrencias antes de los 5 años, el sitio más frecuente es la pelvis, abdomen y pulmones.³¹

En un estudio en el Memorial Hospital For Cancer, sobre carcinoma de endometrio en etapa II, encontraron que el porcentaje de sobrevida para pacientes con envolvimiento cervical oculto, fue mejor (61%) que en pacientes con diseminación cervical evidente del tumor (48%), pero la diferencia no fue estadísticamente significativa y ambos tienen un pronóstico que requiere terapia agresiva, e indicaron que el mayor factor que influencia la sobrevida en el estado II es el tipo de envolvimiento cervical del tumor —oculto o clínicamente detectable— y la presencia o ausencia de diseminación extrauterina encontrada en la cirugía y son estos hallazgos patológicos más bien que la modalidad de terapia los que explican el pobre porcentaje de sobrevida en este grupo de pacientes.¹⁴ En esta etapa la sobrevida es significativamente mayor en aquellas pacientes quienes no tuvieron invasión al estroma endocervical.²¹

Estudios de pacientes con carcinoma de endometrio con asociación de obesidad, diabetes o hipertensión, indican que esos factores no influenciaron la sobrevida.³¹

La Clínica Mayo reporta una sobrevida para carcinoma de endometrio de 75% para 5 años incluyendo todas las etapas, y 64% para 10 años.⁹

ANALISIS DE RESULTADOS

Tabla 1 DISTRIBUCION ETARIA

Edad	No. Casos	%
40-45	2	16.66
46-50	5	41.66
51-55		
56-60	3	25.00
61-65	1	8.30
66-70	1	8.30
TOTAL	12	100.00

Tabla 2 ETAPA DE CARCINOMA Y EDAD

Etapa	No. Pacientes	Edades	
		Fluctuación	Promedio
O	1	49 años	49
IA	6	45-65	52.2
GI	3	45-47	46
GII	1	58	58
GIII	1	65	65
IB	2	45-58	51.5
GI			
GII	1		58
GIII	1		45
II	1		58
III			
IV	1		50

ANALISIS

El grupo etario más afectado para el carcinoma de endometrio fue el comprendido entre los 46 y los 50 años, con un promedio de edad de 53 años, lo cual concuerda con el estudio efectuado en los hospitales Roosevelt y General San Juan de Dios en los cuales encontraron que el grupo etario más afectado se localizaba entre las edades de 41 y 50 años. Esta edad es inferior a la reportada en la literatura mundial en la cual el grupo de edad más atacado está entre los 55 y 60 años con un promedio de edad de 57 años.

La etapa I fue la más frecuentemente diagnosticada en un 72.72%, siendo entre ésta, el estadio IA el más afectado con 75%, seguido por el IB con 25%, teniendo esta etapa un promedio de 51.8 años. Esta etapa es también la más frecuentemente diagnosticada tanto en estudios en el extranjero como en los nacionales.

Tabla 3

PATOLOGIA ASOCIADA

Enfermedad	No. Casos
1. Hipertensión	3
2. Litiasis biliar	2
3. Quistes de Naboth	2
4. Fibromatosis uterina	1
5. Diabetes	1
6. Carcinoma del recto	1
7. Carcinoma de cérvix primario	1
8. Tumor de mama	1
9. Tumor del ovario	1
10. Metaplasia escamosa de cuello	1
11. Artritis	1
12. Esclerodermia	1

Tabla 4 ANTECEDENTES DE DIABETES

Antecedentes	No. Casos	%
Positivos	1	8.4
Negativos	8	66.6
No conocidos	3	25.0
TOTAL	12	100.0

Tabla 5 ANTECEDENTES DE HIPERTENSION

Antecedentes	No. Casos	%
Positivos	3	25
Negativos	6	50
No conocidos	3	25
TOTAL	12	100

ANALISIS

Es importante recalcar que la mayoría de papeletas no tenían una historia clínica completa. Algunas pacientes tenían más de una enfermedad asociada mientras que otras no tenían nada anotado. Entre los cánceres primarios asociados, había: un carcinoma de recto, un carcinoma de cérvix y un tumor de la mama, lo cual, a pesar del pequeño número de casos, sí concuerda con los que refiere la literatura. Otras enfermedades asociadas importantes, se encuentran: la hipertensión, diabetes, tumor del ovario.

Sólo 1 de los 12 casos era diabético y 2 tenían antecedentes familiares de diabetes. La relación de diabetes con el cáncer no se puede hacer, porque la mayor parte de papeletas no tiene un interrogatorio aceptable sobre antecedentes.

Con la hipertensión, el 25% de los casos sí lo presentaban, cifra que quizás se elevaría si el 25% de los casos con antecedentes no conocidos, hubiera tenido anotados los antecedentes médicos. Esta es una enfermedad que junto con la diabetes es reportada asociada con el carcinoma de endometrio.

Tabla 6 PARIEDAD Y ETAPA DEL CARCINOMA

Etapa	P A R I E D A D		
	O	1-5	Más de 5
O		1	
IA			1
GI		2	1
GII	1		
GIII		1	
IB			
GI			1
GII			1
GIII			
II		1	
III			
IV	1		
TOTAL	2	5	4

Un caso no clasificado histológicamente.

Tabla 7 MENOPAUSIA Y ETAPA DE CARCINOMA

Etapa	M E N O P A U S I A		
	Pre	Durante	Post
O		1	
IA			
GI	2	2	
GII			1
GIII			1
IB			
GI			1
GII			
GIII	1		
II			1
III			1
IV			
TOTAL	3	3	5

ANALISIS

El adenocarcinoma de endometrio fue más frecuente en las mujeres multíparas entre 1 y 5 partos. Esto no concuerda con lo reportado en la literatura donde es más frecuente en pacientes nulíparas o con historia de infertilidad. No fue posible hacer comparación con los estudios nacionales por no aparecer datos confiables de los mismos.

El adenocarcinoma fue más frecuente en las mujeres postmenopáusicas en un 45%, siendo para la etapa IAGI más frecuente en las pacientes durante y postmenopáusicas, y en los grados IAGII y IAGIII estuvieron más afectadas las postmenopáusicas.

Tabla 8

MENARQUIA

Edad	No. Casos	%
10		
11	2	16.6
12	3	25.0
13	4	33.3
14	2	16.6
15		
16		
17	1	8.3
TOTAL	12	100.0

Tabla 9

SINTOMATOLOGIA MAS FRECUENTE

Síntomas	No. Casos	%
Metrorragias	6	50
Hemorragias postmenopáusicas	5	41.6
Masa abdominal y pérdida de peso	1	8.4
TOTAL	12	100.0

ANALISIS

La edad más frecuente de menarquia fue a los 13 años, seguida de los 12 años, esto es, un año antes que la edad más frecuente en los hospitales nacionales. En vista de no conocer un estudio reciente sobre el promedio de edad de menarquia en la mujer guatemalteca, y tomando en cuenta que existe tendencia en la mujer actual, a tener la menarquia en edad más temprana que sus generaciones anteriores, no hay bases para considerar si es o no, menarquia temprana, la cual está reportada en la literatura como causa predisponente para este tipo de carcinoma.

El síntoma más frecuente en el presente estudio fue la hemorragia vaginal anormal, lo cual concuerda con los estudios tanto en el extranjero como en los nacionales.

Tabla 10 METODOS DIAGNOSTICOS

Método DX	No. Casos	%
Legrado uterino	8	66.6
Legrado más biopsia uterina	2	16.3
Laparatomía	1	8.3
Desconocido	1	8.3
TOTAL	12	100.0

Tabla 11 DIAGNOSTICO CLINICO PREOPERATORIO

Diagnóstico (*)	No. Casos	%
Hemorragia postmenopáusica	3	27.2
Fibromatosis Uterina	3	27.2
Metrorragia Uterina Disfuncional	2	18.1
Metrorragia de Etiología a Det.	1	9.0
Adenocarcinoma del Endometrio	1	9.0
Quiste del Ovario	1	9.0
TOTAL	11	100.0

(*) Un caso no aparece con diagnóstico clínico.

ANALISIS

El método diagnóstico más utilizado fue el legrado uterino en un 66.6%, no conociéndose en todos los casos si ese legrado fue escalonado o no. El segundo método diagnóstico fue la biopsia endometrial en 16.6%. Esto concuerda con el estudio en los hospitales Roosevelt y General San Juan de Dios. Se debe hacer notar que en estas pacientes ya había sintomatología.

El diagnóstico clínico preoperatorio más frecuente fue en la misma proporción tanto para hemorragia postmenopáusica como fibrosis uterina. Es de hacer notar que este diagnóstico es clínico, efectuado antes del legrado uterino, ya que después de éste, la casi totalidad de diagnósticos fue de adenocarcinoma de endometrio.

Tabla 12

TRATAMIENTO PRIMARIO

Tipo de Terapia	ETAPA DE CARCINOMA									
	O	IA		IB	II		III	IV		
		GI	GII		GIII	GI			GII	GIII
Histerectomía abdominal total con Salpingooforectomía bilateral solamente.	1	3	1		1	1				
Histerectomía abdominal total con SOB + Radiación.	1	1								
Histerectomía abdominal total con Salpingooforectomía bilateral-resección de epiplón.								1		
Radiación solamente.*										
Histerectomía abdominal total con Salpingooforectomía bilateral-resección de recto.**								1		

* Este caso no estaba clasificado.

** Tenía asociado cáncer del colon.

ANALISIS

El tratamiento efectuado, comparado con esquemas de tratamiento actualizado en otros hospitales como la Clínica Mayo, fue correcto en un 54.5% y no satisfactorio en los restantes.

Mientras que un caso de etapa IAGI fue tratado con HAT-SOB-Radiación, un caso de etapa IAGII, uno de IAGIII, otro de IBGIII y uno de etapa II, fueron tratados sólo con HAT-SOB. El caso de etapa IV fue tratado sólo con cirugía HAT-SOB-Resección de epiplón, sin Radiación o terapia prostestacional.

Tabla 13

LUGAR DE RESIDENCIA

Residencia	No. Casos	%
Guatemala (Ciudad)	9	75.0
Quetzaltenango	1	8.3
Cobán	1	8.3
Izabal	1	8.3
TOTAL	12	100.0

Tabla 14

OCUPACION

Ocupación	No. Casos	%
Oficios domésticos	11	91.6
Cultora de belleza	1	8.4
TOTAL	12	100.0

ANALISIS

El lugar de residencia fue en su mayor parte la ciudad capital. El lugar de origen en más de la mitad de casos fueron lugares del interior del país, pero se tomó el lugar de residencia por ser este factor más importante que el otro, en la historia natural de la enfermedad. Este dato coincide con lo reportado en estudios en hospitales nacionales sobre este tema.

En la casi totalidad de pacientes, la ocupación era de oficios domésticos en un 91.6%, aunque entre ellas había dos maestras de educación, pero no ejercían su profesión.

CONCLUSIONES

1. Los resultados obtenidos en este estudio, son similares a los obtenidos en los hospitales Roosevelt y General San Juan de Dios en cuanto a edad, etapa de carcinoma más frecuentemente diagnosticado, edad de menarquia, sintomatología, método diagnóstico utilizado más frecuentemente, así como tratamiento en general, instituido.
2. El promedio de edad de pacientes con carcinoma de endometrio fue de 53 años, teniendo un intervalo entre los 45 y los 65 años, siendo el grupo etario más afectado el de la década de los 40.
3. La sintomatología más frecuente fue la hemorragia vaginal anormal en un 91.6%.
4. El diagnóstico clínico prelegrado fue en su mayor parte hemorragia postmenopáusica y fibrosis uterina con 27.2% cada una.
5. La etapa de carcinoma de endometrio más frecuentemente diagnosticada fue IA en un 45.4% con un promedio de edad para esta etapa de 52.2 años.
6. No se encontró relación entre nuliparidad y carcinoma de endometrio, ya que fue mayor la incidencia del cáncer, entre las mujeres que tuvieron más de un hijo.
7. La relación entre etapa de cáncer y paridad fue mayor para la etapa IA con una paridad de 1 a 5.
8. La mayor incidencia de carcinoma de endometrio fue entre las mujeres postmenopáusicas, 50%, seguidas de las que se encontraban en el período de la menopausia.
9. Relacionando la frecuencia entre la menopausia y la etapa del cáncer, el estadio IA y IB, tuvieron igual número de pacientes tanto para las premenopáusicas como para las postmenopáusicas. En las etapas II y IV la mayor incidencia fue en las postmenopáusicas.

10. La relación de menarquia temprana y carcinoma, no se comprobó, ya que la menarquia fue más frecuente entre la edad de 13 años, y no conociéndose a ciencia cierta la edad promedio de menarquia en la mujer guatemalteca.
11. El método diagnóstico más empleado fue el legrado uterino en un 83.3% no especificándose en la mayoría de historias clínicas si éste fue escalonado o no.
12. El tratamiento comparado con los esquemas descritos en la literatura, fue correcto en un 54.5% siendo el más empleado la histerectomía abdominal total más salpingo-ooforectomía bilateral sola, con un 58.3%.
13. Entre la patología asociada, la más frecuente fue la hipertensión, seguida de litiasis biliar y quistes de Naboth.
14. La relación entre diabetes mellitus y carcinoma de endometrio no se comprobó concretamente, debido a: 1) que las historias clínicas no estaban satisfactoriamente llenadas ya que más del 25% no referían este dato, y 2) la cantidad de casos era muy reducida.
15. La relación entre hipertensión y carcinoma de endometrio, fue positiva en un 25%, negativa en un 50% y no conocida en otro 25%.
16. La relación entre carcinoma de endometrio y el uso de anticonceptivos no se logró evaluar, en vista de que en las papeletas de la gran mayoría de pacientes, este dato no se encontró anotado.
17. El mayor número de pacientes residían en la ciudad capital en 75% y la ocupación de ama de casa fue la mayoritaria.
18. El mayor obstáculo que impide un diagnóstico precoz, es el desconocimiento general de la mujer, de los fenómenos que conlleva la menopausia y el riesgo implícito: la hemorragia vaginal anormal en esa etapa de la vida.
19. El seguimiento de los casos tratados es inadecuado.
20. Existe un llenado de historias y/o interrogatorio deficiente por parte del personal médico del departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Militar.

RECOMENDACIONES

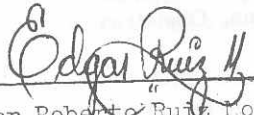
1. Efectuar legrado escalonado de rutina, en toda mujer mayor de 40 años de edad, que consulte por metrorragias.
2. Estimular a las autoridades del departamento de Ginecología a efectuar biopsia de endometrio como método de selección en el grupo etario susceptible en nuestro medio, como lo son las mujeres entre los 40 y 50 años, según lo demuestran los estudios nacionales, incluyendo el presente.
3. Entrenar al futuro ginecólogo con el procedimiento de biopsia de endometrio.
4. Promover orientación educativa para concientizar a toda mujer en edad susceptible, sobre los peligros de las hemorragias vaginales anormales, en especial durante la época de menopausia y postmenopausia.
5. Efectuar un seguimiento adecuado en pacientes tratadas de adenocarcinoma de endometrio para conocer los resultados del tratamiento y sobrevida.
6. Llenar las fichas en el departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Militar, con una historia clínica y examen físico lo más completos posible para que además de llevar un buen control de cada paciente, sirva de fuente veraz para trabajos de investigación posteriores.
7. Continuar este estudio para aumentar el número de casos, ya que los actuales no son significativos por su cantidad reducida, y para comprobar sobrevida con el tratamiento efectuado.

BIBLIOGRAFIA

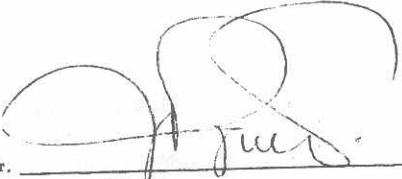
1. Vicente Faggioli, Silvia Azucena. Carcinoma del endometrio. Revisión de 122 casos en hospitales General San Juan de Dios y Roosevelt. Facultad de Ciencias Médicas, USAC. 1977.
2. Barrios Perrucina, Mario Augusto. Carcinoma del endometrio. Facultad de Ciencias Médicas, USAC, 1976.
3. Díaz, Ada Floriselda, Tumor del útero en niñas, Facultad de Ciencias Médicas, USAC, 1976.
4. Dávila, Carlos Arturo. Carcinoma ginecológico y mamario. Facultad de Ciencias Médicas, USAC, abril 1977.
5. Novak, Edmun. Tratado de ginecología, 9na. ed. Edit. Interamericana, 794 p. 1977.
6. Robbins, Stanley. Tratado de patología, 3ra. ed. Interamericana, 1332 p. 1971.
7. Castro, Federico. Barillas A. y Aguilar J. V. Oncología clínica para estudiantes de medicina y médicos en general (p. 254-63).
8. Christopher, Davis. Tratado de patología quirúrgica, 10ma. ed. Interamericana 2067 p. 1974.
9. Malkasian GD Jr. et al, Carcinoma of the endometrium, Mayo Clinic experience, Mayo Clinic Proc, 52(3): 175-80 Mar. 77.
10. Elwood JM. et al, Epidemiology of endometrium cancer, J. Natl Cancer Inst. 59(4): 1055-60, Oct. 77.
11. Prem KA, et al, The evolution of a treatment program for adenocarcinoma of the endometrium, Am. Obstet Gynecol, 133(7): 803-14 Ap. 1979.
12. Dabances, Alfredo. Endometrial findings in postmenopausal women receiving long-term estrogen therapy, Cancer, 43: 658-60 1979.
13. Alfonso, José F., Value of the Gravlee jet washer in the diagnosis of endometrial cancer, Obstetrics and Gynecology, 46(2): 141-45,

14. Howar, Momesley ND, State II endometrial adenocarcinoma Memorial Hospital for Cancer, Obstetrics and Gynecology, 49(5): 604-8, May 1977.
15. Schwarcz, Peter E. et al, Routine use of histerography in endometrial carcinoma and postmenopausal bleeding, Obstetrics and Gynecology, 45(4): 378-83, Apr. 1975.
16. Livolsi, Virginia. MD, Adenocarcinoma of the endometrium with psammoma bodies, Ostetrics and Gynecology, 50(6): 725-28 Dec. 77.
17. Kianoosh, Jafari MD, et al, Endometrial adenocarcinoma and the Stein-Leventhal Syndrome, Obstetrics and Gynecology 51(1): 97-99, Jan. 1978.
18. Piver, Steven et al, A prospective trial comparing, hysterectomy plus vaginal radium, and uterine radium plus hysterectomy in stage I endometrial carcinoma, Obstetrics and Gynecology, 54(1): 85-89. July 1979.
19. Boronow, Richard MD, Endometrial cancer, not a benign disease Obstetrics and Gynecology, 47(5): 630-34, May 1976.
20. Baker, Harold et al, Stage I adenocarcinoma of the endometrium, Obstetrics and Gynecology, 54(2): 146-49, Aug. 1979.
21. Surwit, Earl A. et al, Stage II carcinoma of the endometrium Obstetrics and Gynecology, 52(1): 97-99, July 1978.
22. Silverberg, Steven MD, Endometrial carcinoma in young women taking oral contraceptive agents, 46(2): 503-6. Nov. 1975.
23. Kelley, Harmon, et al, Adenocarcinoma of the endometrium in women taking sequential oral contraceptives, Obstetrics and Gynecology, 47(2): 200-2 Feb. 1976.
24. Kistner, Robert MD, Estrogens and endometrial cancer, Obstetrics and Gynecology, 48(4): 479-82.
25. Sandstrom, Robert et al, Adenocarcinoma of the endometrium in pregnancy, Obstetrics and Gynecology, 53(3): 73s-76s (Supp) March 1979.
26. Nakamo, Kenneth K. et al Endometrial carcinoma with a predominant clear-cell pattern with metastases to the adrenal posterior mediastinum and brain, Am. J. Obstet Gynecol, 122(4): 529-30, Jun. 1975.
27. Wood, Gary MD, Endometrial adenocarcinoma and the polycystic ovary syndrome, Am. J. Obstet Gynecol, 124(2): 140-42, Jan. 1976.

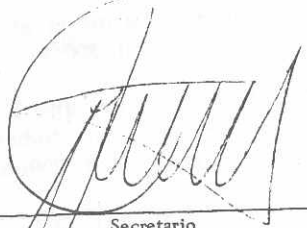
28. Greenwood, Steven MD, The relation of adenomyos in uterito coexistent endometrial carcinoma and endometrial hyperplasia, Obstetrics and Gynecology, 48(1): 68-72, Jul. 1976.
29. Kaiser, Irwin H. et al, Acquired hypertrichosis lanuginosa associated with endometrial malignancy, Obstetrics and Gynecology, 47(4): 479-82, Apr. 1976.
30. Mohamed, Carlos N. et al, Hilus cell tumor of the ovary and endometrial carcinoma, Obstetrics and Gynecology. 52(4): 468-89, Oct. 1978.
31. Homesley, Howard D., et al. Treatment of adenocarcinoma of the endometrium at Memorial-James Ewing Hospitals, Obstetrics and Gynecology, 47(1): 100-05, Jan. 1976.
32. Cohen, Carmel et al, Treatment of Advanced adenocarcinoma of the endometrium with Melphalan, 5 Fluoracil and Medroxyprogesterona acetato, Obstetrics and Gynecology, 50(4): 415-17 Oct. 1977.
33. Bruckner, Howard and Deppe Gunter, combination Chemotherapy of advanced endometrial adenocarcinoma with Adriamycin, Cyclophosphamide, 5 Fluoracil and Medroxyprogesterona acetate, Obstetrics and Gynecology, 50(1) (supp) 10s 12s, July 1977.
34. Antunes, Carlos et al, Endometrial cancer and estrogen use N. Engl. J. Med, 300(1): 9-13, Jan. 1979.
35. Horwitz, Ralph and Feinstein Alvan, Alternative analytic methods for case-control studies of estrogens and endometrial cancer, N. England J. Med. 299(20): 1089-94, Nov. 1978.
36. Osrud, M. Kalstond, P. and Nomel T, Postoperative external pelvic irradiation in Ca of the corpus atage I: a controlled clinic trial, Obstet Gynecol Oncol, 4: 222, 1974.
37. Dunn L. J. Merchant J. A. and Bradbury, J. T. Glucose tolerance and endometrial carcinoma. Arch. Inter., Med. 121:236 1968.
38. Precis. An Update in Obstetrics and Gynecology. The American College of Obstetricians and Gynecologist, 169 p., 1977.
39. Leegman K, Sophic & Kaufman, Sherwing. Infertility in women. endometrial biopsy, Davis Comp., Publishers, p. 54-59, 1961.

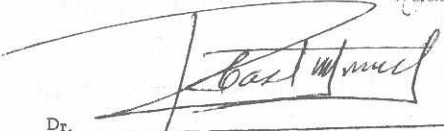
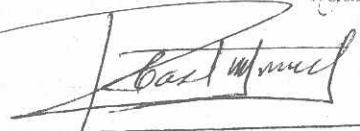
Br. 
Edgar Roberto Ruiz Morales

Dr. 
Asesor.
Haroldo López Villagrán

Dr. 
Revisor.
Julio Luis Rozuelos V.

Dr. 
Director de Fase III
Hector A. Nuila

Dr. 
Secretario
Paul Castillo Rodas.

Vo. Bo. 
Dr. 
Decano.
Rolando Castillo Montalvo

ESTA TESIS SE TERMINO DE IM-
PRIMIR EN LA EDITORIAL DEL
EJERCITO EN EL MES DE JULIO DE
1980. - GUATEMALA, C. A.