

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

"CARCINOMA DEL ENDOMETRIO Y SU SEGUIMIENTO
DURANTE 10 AÑOS ENERO 1970 - ENERO 1980
EN EL HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA DEL IGSS"

GERARDO RAUL VILLAGRAN RUIZ

PLAN DE TESIS

I- INTRODUCCION

II- OBJETIVOS:

- 1- Generales
- 2- Específicos

III- HIPOTESIS

IV- ANTECEDENTES

V- MATERIAL Y METODOS

VI- GENERALIDADES:

- 1- Endometrio
- 2- Distribución de los receptores citoplasmáticos de estrógenos y progesterona en el endometrio humano.
- 3- Hiperplasia endometrial
- 4- Neoplasia endometrial :
 - a- Definición
 - b- Etiología
 - c- Frecuencia
 - d- Anatomía patológica
 - e- Formas difusas y circunscritas
- 5- Diferenciación histológica
- 6- Diferenciación histológica entre la hiperplasia endometrial y carcinoma in situ (CIS).
- 7- Clasificación clínica del adenocarcinoma del endometrio
- 8- Clasificación histológica de los neoplas-

10- Métodos de diagnóstico

11- Tratamiento:

a- Quirúrgico

b- Radiante

c- Efecto dual biológico del tratamiento quirúrgico y anestesia

d- Hormonal

e- Quimioterápico

12- Pronóstico.

VII- ANALISIS DE DATOS

VIII- RESUMEN

IX- CONCLUSIONES

X- RECOMENDACIONES

XI- BIBLIOGRAFIA

"INTRODUCCION"

Teniendo en cuenta que es interesante evaluar el estudio sobre el seguimiento de las pacientes que cursan con problemas neoplásicos, tal como el CARCINOMA DEL ENDOMETRIO me he propuesto efectuar el seguimiento en dicha población.

De nosotros es bien conocido que el cáncer de endometrio se diagnostica actualmente con mayor facilidad, gracias a la biopsia del mismo, que es un procedimiento inocuo y fácil de efectuar; tomando a éste como un método de diagnóstico principal. El problema estriba en que la gran mayoría de pacientes es efectuado el diagnóstico cuando la enfermedad se encuentra en una etapa muy avanzada; y su tratamiento es prácticamente frustrado por el proceso tardío, incluyendo las complicaciones subsecuentes del período natural de la enfermedad. El presente estudio conlleva datos de los fenómenos descubiertos hasta la fecha que probablemente inicien el desarrollo de un problema neoplásico; ayudando de buena manera al lector interesado la comprensión del mismo, para un diagnóstico precoz, tratamiento y seguimiento de dichos pacientes; que a mi criterio es la llave para investigaciones futuras.

Estableceré en mi estudio el índice de sobrevida durante 10 años en pacientes a los cuales se les diagnosticó Cáncer de ENDOMETRIO mediante estudio histológico; ya sean éstos pre o post-operatoriamente, número de sesiones, estado actual de salud y complicaciones del tratamiento efectuado a la fecha.

"OBJETIVOS"

GENERALES: Evaluar el seguimiento de los pacientes en el H.G.O. del I.G.S.S.

Evaluar el índice de sobrevida durante los últimos 10 años.

ESPECIFICOS:

Conocer cuál o cuáles son los síntomas más frecuentes en nuestra población con cáncer del endometrio.

Conocer la relación de los antecedentes: Obesidad, Hipertensión, Diabetes, y Gineco-obstétricos.

Conocer los signos positivos al examen físico.

Conocer los métodos utilizados para la conclusión del diagnóstico.

Conocer la impresión clínica pre-operatoriamente.

Conocer la patología asociada encontrada en el tratamiento quirúrgico.

Tratamiento efectuado después de haber confirmado el diagnóstico.

Conocer la etapa Histológica (según la FIGO) - que con más frecuencia se encuentra en nuestro

estudio.

Conocer el porcentaje de papanicolau positivos de cúpula vaginal post-tratamiento.

Conocer las complicaciones más frecuentes encontradas en su seguimiento por la clínica de tumores del hosp. (H.G.O.).

coñoces amigas que elásticas la cosa?
estimando con temor a lo que va a suceder. ¿Cuál es el mejor modo de actuar?
nos enseñan que mejor es actuar lo más pronto y lo más temprano que sea posible.
nos actuar lo más temprano que sea posible

En la actualidad, el mejor modo de actuar

es tener una buena cultura médica,
conocer las enfermedades y sus tratamientos,
estar informado de las novedades en el campo de la medicina,
y tener una actitud positiva hacia la vida.

"HIPOTESIS"

"La dilatación y raspado endometrial es de menor confianza para establecer el diagnóstico de carcinoma endometrial".

"La aplicación de Radium intracavitario, no cumple a cabalidad las funciones a la que es destinado".

Conocer lo mejor de la enfermedad,
que con más frecuencia se encuentra en la mujer.

"DILATACION Y RASPADAS"

en la literatura no existen evidencias de que el
"ANTECEDENTES"
de estos tratamientos sea efectivo.

"DIVISIONES"

Se revisó literatura tanto nacional como extranjera; citando entre los nacionales a las tesis efectuadas por los siguientes autores: Mario Augusto Barrios, Silvia Azucena Vicente Faggioli, y Mario René Barrios Perusiana en sus trabajos efectuados sobre el carcinoma del endometrio; efectuados en los diferentes hospitales del estado; llamándonos la atención que tienen únicamente la primera parte del ciclo evolutivo de la enfermedad; y no así la más importante como lo es la evaluación del tratamiento mediante su seguimiento para comprobar si se les da o no un buen tratamiento.

Respecto a la literatura extranjera podemos citar a algunos de ellos como lo son: Ferenczy et, al., Coleman et, al., Greenwood SM et, al., Charles and Kawada MD; quienes nos dan datos de recientes avances respecto al diagnóstico precoz de las lesiones endometriales que probablemente terminarán en malignidad, y que nosotros las descubramos tempranamente para poder dar un tratamiento efectivo y así elevar el índice de supervivencia de estas pacientes que es nuestro objetivo primordial.

"MATERIAL Y METODOS"

MATERIAL: Número de pacientes tratados en el Hospital de Gineco-Obstetricia del IGSS, por Cáncer del Endometrio durante el período de Enero-70 a Enero-80.

METODO: DEDUCTIVO:

Carta de solicitud al Director Ejecutivo del HGO del IGSS. Protocolo de investigación que acompaña dicha carta. Revisión de láminas en el Departamento de Pagoletas de los casos positivos encontrados.

Uso de boletas para cumplir a cabalidad los objetivos al que me he propuesto.

Uso de material bibliográfico tomado del INDEX MEDICUS y bibliografía afín; encontrada en las diferentes bibliotecas de nuestro medio.

"GENERALIDADES"

ENDOMETRIO:

Es 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 ENDOMETRICO; el estroma está tachonado de glándulas tubulares simples cuyos conductos, atravesando la superficie epitelial, se abren en la luz del útero, y cuyas porciones más profundas casi alcanzan el miometrio. Las glándulas están formadas por epitelio cilíndrico similar al que reviste la cavidad del útero. (2)

El epitelio está 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; que se elimina casi en su totalidad en el momento de la menstruación; mientras que la basilar no se modifica notablemente durante todo el ciclo menstrual; persistiendo prácticamente inalterable en el momento de la menstruación para dar génesis a una nueva capa funcional; cuando la pérdida sanguínea cesa. (2,3,9)

El endometrio durante la fase proliferativa el ciclo menstrual es estimulado por el 17-B-estradiol; quien es el promotor esencial del crecimiento estimulando al endometrio a proliferar. Mientras que la progesterona durante la fase post-ovulatoria del ciclo produce maduración del endometrio proliferativo; resultando en desdiferenciación secretora. Si el embarazo no ocurre, sobre la influencia de ambas estradiol y progesterona, el endome-

trio secretor sufre una serie de procesos bioquimicomorfológicos, - se espacian en regresión y una eventual degeneración miometrial. (9)

Estudios esteriobioquímicos demostraron que moléculas de 17-B-estradiol estimulan al ADN-dependiente en la síntesis de ARN en las células blanco; resultando en la producción de varias enzimas específicas. Algunas de estas enzimas están relacionadas en la fase de mitosis del ciclo celular, resultando en aumento de actividad mitótica, las cuales giran hacia el espacio epitelial, produciendo crecimiento del estroma y vascular del endometrio. A nivel del microscopio electrónico la influencia estrogénica de el endometrio está expresado por un aumento en el número de ribosomas y gránulos del retículo endoplásmico y complejos libres de glucogeno-Golgi-Mitocondrias. Estos organelos contienen la matriz en la génesis de las glicoproteínas, enzimas y en energía la cual es necesaria para las secreciones endometriales ricas en glicoproteínas durante el período post-ovulatorio. - Además una acumulación rica de fosfato ácido es observado primariamente en los lisozomas; función en la cual está relacionado a regresión y caída menstrual. Adicionalmente hay un aumento en los cuerpos lípidos y microfilamentos. Lo anterior probablemente nos ayude a suponer que es la sustancia citoplasmática celular que recubre a las glándulas endometriales. Finalmente el 17-Bestradiol estimula la formación de nuevos cilios en la superficie de las microvellosidades de la glándula y superficie celular del epitelio; observándose que las células ciliadas desaparecen de las glándulas durante la fase progestacional y luteal del ciclo tal como sucede en mujeres castradas o en animales castrados; re apareciendo posteriormente cuando se les administra estrógenos exógenos; ciliogénesis endometrial se observó como uno de los mejores parámetros indicadores de estimulación estrogénica. La fina organización estructural del cilio endometrial es idéntico con su contemporáneo trompa de Falopio y su presencia se cree

pueda estar relacionada en el abundante líquido secretor circundante. Un aumento de las microvellosidades superficiales en la glándula y células epiteliales superficiales, durante la fase proliferativa del ciclo es también un reflejo de la estimulación estrogénica. Una de las funciones de las microvellosidades es aumentar las células de la superficie; en total hay un aumento en el área de reabsorción y secreción. Estudios In Vitro, e historiográficos del endometrio proliferativo demostraron un alto grado de incorporación en la titulación de precursores de ADN en el núcleo de glándulas tal como células estromales y en la cubierta de vasos endoteliales como se compara a un endometrio secretor (fig. 1). La actividad mitótica es el resultado de la nueva síntesis de ADN, es una característica la cual es prominente durante la fase preovulatoria del ciclo menstrual. Los resultados nos demuestran que el estradiol estimula ambas síntesis de ADN y mitosis de este modo; la proliferación potencial del endometrio. (8, 9).

Distribución de los receptores citoplasmáticos de Estrógenos y Progesterona en el endometrio humano:

Tsbris et. al., encontraron que en el endometrio normal posee receptores específicos a los estrógenos y progesterona, los cuales se encuentran en alta concentración en el fundus y poca cantidad en el cervix; la toma de radioactividad por el endometrio es también alta durante la fase folicular y baja en la luteal. (17)

HIPERPLASIA ENDOMETRIAL:

Por muchos años, una variedad de anormalidades endometriales se ha asociado a carcinoma endometrial; pero se han designado como hiperplasia y modificado por diferentes adjetivos tales como: adenomatosa, atípica, displasia, anaplasia. Las implicaciones clínicas de estos términos son diferentes a diferentes

investigadores; aunque descrito indistintamente, hay bastante consistencia en transición histológica entre ellos a designarlas como lesiones a continuar un camino de benigno a maligno; significando patrones de crecimiento desordenado. (1,3,6,7,8,9,10,12, 16).

En la hiperplasia quística glandular, hay un aumento en el número total de glándulas y células estromales, comparado al endometrio cíclico y proliferativo; y muchas de ellas son dilataciones quísticas. El epitelio que recubre las glándulas es alto, columnar y con núcleo pseudoestratificado, localizado en endometrio normal, pero más a menudo es local y asociado con anovulación persistente con un endometrio proliferativo, hiperplasia adenomatosa o pólipos. Ultraestructuralmente encontramos un aumento en el número de organelos estrógeno primarios tal como células ciliadas; similarmente la elevación en el número de microvellosidades están aumentadas y asociadas con actividad de fosfata sa alcalina. (9)

En Hiperplasia adenomatosa, un nuevo aumento en el número de glándulas y de células estromales son observadas. Debido a la proliferación celular extensa, las glándulas se convierten en voluminosas, envueltas con proyecciones glandulares que se extienden hacia el estroma adyacente. Las células son altas y el núcleo en forma de bastón (fig. 2). El fenómeno posterior resultante es en una hipercromasia aparente, pero la cromatina nuclear, la cual es finamente granular tiene igual distribución con un contenido de ADN diploide. En adición hay un impresionante aumento en el número de células ciliadas, las microvellosidades son también aumentadas en número y altura extendiéndose claramente en el endometrio interconectadas entre sí fig. 3a. y b. Ultraestructuralmente hay un aumento en: ARN citoplasmático, - complejos Golgi-mitocondria-glucógeno, cuerpos lípidos microfilamentos y lisozomas unidos a la membrana celular (fig. 3c d

Figura No. 1

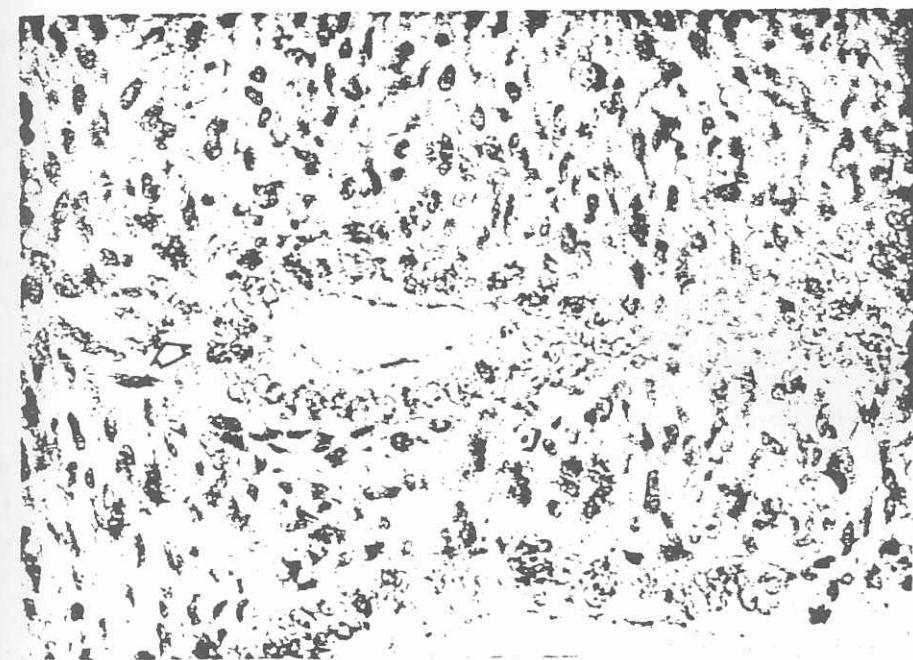


Figura No. 2

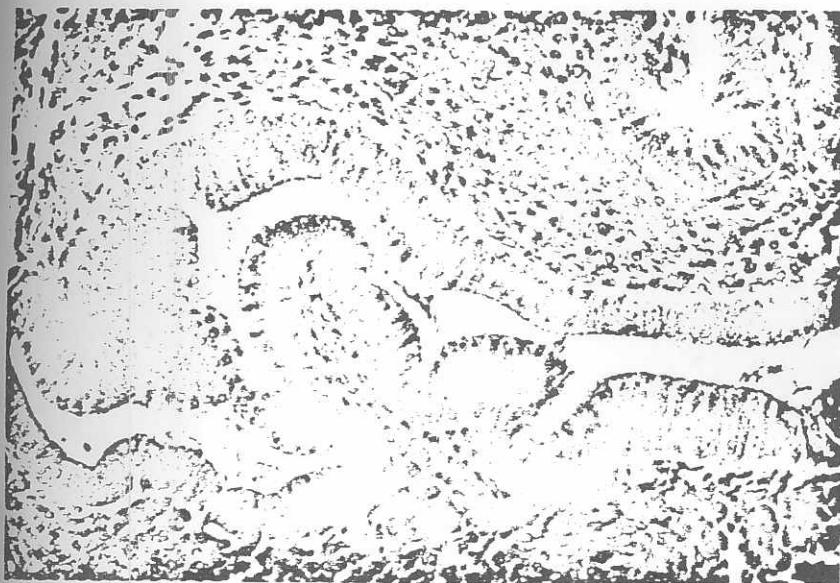
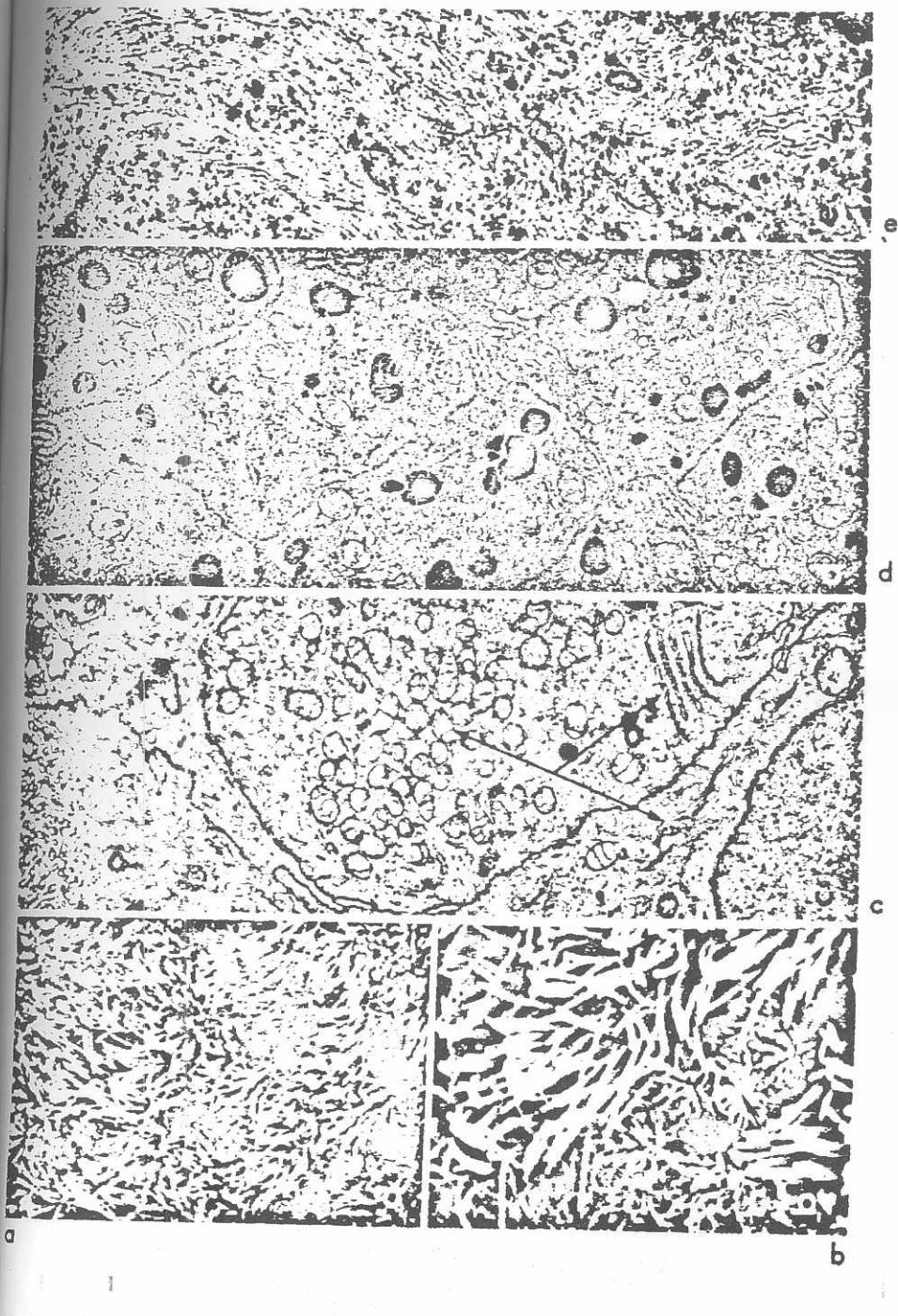


Figura No. 3



y e). Los cambios arriba descritos son cuantitativamente similares a aquellos observados en un endometrio cíclico normal proliferativo; pero son cuantitativamente exagerados. Porque los cambios en un endometrio normal cíclico son considerados estrógeno-dependientes, su considerable aumento en la hiperplasia provee evidencia morfológica de que es debido y mediado por una estimulación hiperestrogénica, en la ausencia de progesterona. Esta suposición está basada por los hallazgos de niveles elevados de 17-B-estradiol encontrados en los receptores, los cuales se encuentran saturados en la hiperplasia. Un aumento de estrógenos es el responsable del endometrio hiperplásico; es también basado por los hallazgos de niveles elevados encontrados en el endometrio en la captación de timidina tihidratada. Otra evidencia que se suma a la anterior es la cerrada asociación entre influencia estrogénica e hiperplasia endometrial está dado por las alteraciones morfológicas en las zonas estrógeno dependientes al administrar una progestina exógena. (9)

Dosis inducidas de progestinas tal como el acetato de medroxi-progesterona (Provera) son capaces de inhibir la actividad mitótica tal como: cilio y microvellogenesis, y la transformación de las glándulas hiperplásicas a unidades normales secretoras. (9)

NEOPLASIA ENDOMETRIAL:

DEFINICION:

Adenocarcinoma del endometrio es un neoplasia epitelial maligno, que se origina de las glándulas de esta estructura histológica (3). Usualmente tiene una configuración glandular, y ocasionalmente puede observarse metaplasia escamosa dentro del proceso neoplásico.

ETIOLOGIA:

En la actualidad no se ha descubierto cuál o cuáles son los procesos que darán en el futuro carcinoma endometrial; llegando a la conclusión la mayoría de autores que dicho tumor se deriva de una estimulación estrogénica (hiperestrogenismo) crónica hacia el endometrio resultando en ésta, carcinoma del endometrio. (1,3,4,7,8,9,10,12,13,15,16,19).

FRECUENCIA: ha sobrepasado al cáncer del cervix en países desarrollados pero se ha llegado a correlacionar que la disminución en el cáncer del cervix es debido a la identificación y reconocimiento de un grupo de lesiones las cuales fueron identificadas y aceptadas como precursores de malignidad; rotulándose a éstas como lesiones displásicas intraepiteliales (1). En el carcinoma del endometrio hay incremento en la frecuencia en mujeres entre los 50 a 70 años (7), pero ocasionalmente se diagnostica en mujeres menores de 35 años (7). En las mujeres de huesos largos y robustas, mesomórficas o endomórficas, parece existir cierta predisposición para desarrollar esta neoplasia. La frecuencia de este tumor es tres veces superior en las nulíparas que en aquellas que han parido; se ha observado también aumento en la incidencia en las mujeres que toman estrógenos exógenos. (3,13)

La mayor incidencia de cáncer endometrial en nuestro medio es en mujeres de 41 a 50 años; llamándonos la atención la década anticipada (3, 19). Otros datos de observación frecuente en pacientes con carcinoma endometrial son: obesidad, talla alta, diabetes, hipertensión y paridad escasa (3).

ANATOMIA PATOLOGICA: El adenocarcinoma del endometrio que llega a ser aproximadamente el 95% de los tumores existentes en el fondo uterino; motivo por el cual trataremos de describirlo en su mejor forma.

Puede presentarse en cualquier parte del útero, en dos formas principales; que no siempre pueden individualizarse claramente:

FORMA DIFUSA: es en el cual gran parte o quizás la totalidad de la superficie endometrial se halla afectada difusamente por el proceso, que se presenta como una excrencencia 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. Por otra parte, aún en los casos más avanzados la participación del miometrio produce gran aumento del tamaño del útero. El volumen del útero se ha empleado como criterio básico en las clasificaciones clínicas; aunque los miomas o la adenomiosis asociadas podrían crear una impresión equivocada. (12).

Algunos datos hacen pensar que el carcinoma del endometrio tiene una evolución semejante a la del carcinoma cervical. - Estudios retrospectivos sobre la aparición de carcinoma después de hiperplasia endometrial indican una serie progresiva de signos glandulares atípicos que preceden en muchos años a la aparición de cáncer manifiesto. (15)

FORMAS CIRCUNSCRITAS: hay algunos casos en las cuales el adenocarcinoma, en una etapa de la enfermedad, parece limitado a una zona relativamente pequeña del endometrio, a pesar de haber invadido ampliamente la musculatura. De hecho, en algunas formas tempranas la lesión puede presentarse en un crecimiento polipoide y la técnica empleada para su diagnóstico como lo puede ser la Dilatación y el Raspado (DyR), puede suprimir toda la enfermedad macroscópica, de manera que el examen del útero una vez extirpado, no permitirá descubrir proceso canceroso. (12)

En el adenocarcinoma las células muestran grados variables de inmadurez y desdiferenciación, pueden observarse diversos cambios degenerativos. (12, 19) El carcinoma endometrial puede desarrollarse en forma de adenoacantoma, que consiste en glándulas y focos de glándulas escamosas; también se observan cambios celulares individuales, con grados variables de inmadurez y desdiferenciación. (3, 7).

DIFERENCIACION HISTOLOGICA: la regla aceptada de que cuanto mayor es el grado de inmadurez y de indiferencia celular, tanto mayor es, desde el punto de vista clínico, la malignidad del tumor; distintos autores han propuesto diferentes sistemas de catalogar estos tumores según su grado:

Grado I: es el menos maligno, la proporción de las células indiferenciadas es relativamente pequeña, y no excede del 25%. En este grupo los caracteres atípicos de la disposición glandular no son ni tan intensos como los observados en los más malignos. En el otro extremo, el grado IV corresponde a los casos con 75% de células malignas. De igual manera como otros neoplasias, los carcinomas del endometrio pueden distinguirse en:

ADENOCARCINOMA IN SITU
ADENOCARCINOMA BIEN DIFERENCIADO
ADENOCARCINOMA MODERADAMENTE DIFERENCIADO
ADENOCARCINOMA POBREMENTE DIFERENCIADO
ADENOCARCINOMA INDIFERENCIADO.

Cuando la estructura histológica se acerca bastante a lo normal se clasifican como bien diferenciados; mientras que van perdiendo su morfología hacia lo normal hasta llegar al carcinoma indiferenciado. (3, 4, 8, 12).

DIFERENCIACION HISTOLOGICA ENTRE LA HIPERPLASIA EN- DOMETRIAL Y CARCINOMA IN SITU (CIS).

El adenocarcinoma In Situ (CIS); está caracterizado por proyecciones intraluminales extensas, muchas de las cuales se fusionan entre sí produciendo un patrón glándula en glándula, si el proceso recubre la glándula totalmente nos dará un patrón cribiforme.

Ultraestructuralmente, las células del CIS en gran contraste a aquellas exhibidas en hiperplasia endometrial hay una dramática disminución en las alteraciones que son efectuadas por los estrógenos. Los cílios están reducidos y la superficie de las microvellosidades aparecen comparativamente más cortos, se encuentra disminuida también la actividad ribosomal primaria. Las células neoplásicas contienen microfilamentos, los cuales parecen estar también en el endometrio normal proliferativo y en el hiperplásico; pero en las anteriores hay orden y en la neoplasia tiene una accidentada forma y localización hacia la periferia del núcleo. En adición, hay evidencia de variación en forma y tamaño de la mitocondria y el retículo endoplásmico quienes tienen

Figura No. 4



una configuración bizarra (fig. 4)

La disminución en alteraciones estrógeno-dependientes en neoplasia endometrial; está considerado ser un reflejo de desdiferenciación celular, más bien de que sea influencia estrogénica. Estudios esterioquímicos demostraron altos niveles de estrona – en la sangre de algunos pacientes cancerosos tal como un alto nivel de receptores citoplasmáticos para moléculas de estradiol, en especímenes de diferentes grados de desdiferenciación. A la fecha no hay información satisfactoria de las relaciones existentes entre hiperplasia adenomatosa y el desarrollo de un adenocarcinoma preinvasor. (9)

CLASIFICACION CLINICA DEL ADENOCARCINOMA DEL ENDOMETRIO:

La extensión del cáncer, permite establecer períodos o etapas clínicas. A continuación daremos la clasificación clínica – más usada en la actualidad; la cual fue dada por la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO):

- ETAPA 0: signos histológicos sospechosos de malignidad no demostrada.
- ETAPA 1: el carcinoma está limitado al cuerpo.
- ETAPA 2: el carcinoma ha afectado cuerpo y cuello.
- ETAPA 3: el carcinoma se ha extendido del útero, por fuera de la pelvis verdadera.
- ETAPA 4: el carcinoma se ha extendido fuera de la pelvis verdadera, o ya ha afectado la mucosa de vejiga o recto. (12)

Existe otra clasificación que es la del Comité Conjunto Estadounidense (TNM), que comprende de las etapas 0 a IV-B; pero la anterior es un método de clasificación lógico, permite de-

masiada amplitud en la etapa I; ya que las lesiones que interesan únicamente al endometrio son las que tienen un 100% de curabilidad. (12)

CLASIFICACION HISTOLOGICA DE LOS NEOPLASMAS DEL UTERO:

- 1- Adenocarcinoma: derivado de elementos endometriales.
- 2- Carcinoma de células escamosas: originado de restos escamosos, posiblemente de la porción ístmica del útero en la vecindad del canal endocervical o bien metaplasia escamosa (ictiosis uteri), secundaria a un proceso inflamatorio crónico; siendo ésta una neoplasia rara.
- 3- Adenoacantoma: es una variedad de adenocarcinoma, que incluye células escamosas derivadas de metaplasia.
- 4- Carcinosarcoma: formado por células de un adenocarcinoma y células sarcomatosas (lesión rara)
- 5- Leiomiosarcoma: debido a la degeneración de un leiomiosarcoma. (lesión rara).
- 6- Sarcoma endometrial: derivado del estroma endometrial. (lesión rara).
- 7- Sarcomas mixtos Mullerianos homólogos y heterólogos
- 8- Carcinoma SCRC-I: es un carcinoma endometrial establecido con células lineares, con cromosomas y morfología similar a otros cánceres endometriales. (18).

SINTOMATOLOGIA:

Puede ser asintomático durante largo tiempo; sólo produce síntomas cuando origina erosión de la superficie endometrial, siendo este síntoma (hemorragia anormal) el signo más importante en la mujer post-menopáusica y en el caso de mujeres en período etario de menstruación, es frecuente observar menorragia. (3,4,12, 19)

Después de las hemorragias, el síntoma más importante es un exudado anormal; al principio acuoso, pero pronto mezclado con sangre, el dolor no aparece sino hasta etapas invasoras tardías de la enfermedad. La misma afirmación puede establecerse en la relación de pérdida de peso y debilidad general, aunque la anemia puede ser intensa si hay pérdida notable de sangre.

Entre los antecedentes de importancia de los pacientes con cáncer endometrial son: obesidad 80%, hipertensión 65%, diabetes mellitus 42%, artritis 38%, arterioesclerosis o enfermedad cardíaca 38%, alteraciones vesiculares 29%, neoplasia maligna de mama, ovario o cervix 11%. (3)

Otros autores han encontrado relación con: terapéutica prolongada con estrógenos, menopausia, hemorragia, castración, tumores ováricos feminizantes, hiperplasia atípica, síndrome de Stein Leventhal, disminución de la fertilidad, poliposis y fibromatosis uterina. (12, 19)

METODOS DE DIAGNOSTICO:

- 1- Colpocitología
- 2- Aspiración de flujo endometrial
- 3- Lavado endometrial
- 4- Biopsia endometrial

- 5- Dilatación y raspado
- 6- Histerografía.

Podemos decir que el lavado endometrial y aspirado con el aspirador de Isaac no nos da la confidencialidad necesaria para descartar patología endometrial. (6)

En el estudio efectuado por Steven y John (10) evaluando la biopsia endometrial para la detección de carcinoma endometrial e hiperplasia atípica; encontraron que de los 21 casos de carcinoma endometrial resueltos por histerectomía, el 81% fue positivo para la biopsia con un 5% de falsos positivos. Para los 25 casos de hiperplasia atípica resueltos por histerectomía, el porcentaje detectado por biopsia fue 68%. Como un instrumento para el diagnóstico de lesiones uterinas, la biopsia endometrial tiene varias ventajas importantes sobre la técnica convencional de dilatación y raspado (Dy C) considerando a la biopsia como una técnica simple de efectuar, disminuye la operabilidad, menos costoso y no dio falsos negativos.

El material obtenido por biopsia es comparado al obtenido por un DyC, así que los patólogos no necesitan emplear técnicas especializadas; es altamente exacto; pero deberá de utilizarse conociendo sus limitaciones. Siempre que haya un diagnóstico dudoso dado por una biopsia insuficiente en casos de mujeres con sangrados no menstruales, especialmente en mujeres post-menopáusicas, se deberán hacer distintos intentos para establecer el diagnóstico; preferiblemente por un DyC ya que cuando se combina con este método su confiabilidad aumenta en un 96%. En la hiperplasia precancerosa, la biopsia endometrial es de valor definitivo. Parece ser menos exacta que en el carcinoma endometrial posiblemente debido a la naturaleza focal y reversible de la lesión.

TRATAMIENTO:

Para las pacientes que sufren de carcinoma endometrial existen varios criterios de tratamiento que a continuación se describirán:

- 1- Tratamiento quirúrgico
- 2- Terapia radiante (pre y post-tratamiento quirúrgico)
- 3- Medicación hormonal
- 4- Quimioterapia.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO: es el tratamiento de elección en las pacientes en las cuales se encuentran en buenas condiciones generales; proporcionando al médico tratante un mejor margen de seguridad. Dependiendo del estadio evolutivo de la enfermedad se toman las siguientes conductas:

ESTADIO I: se efectuará histerectomía total, con salpingooforectomía bilateral y extirpación del tercio superior de la vagina, dado que del 4-7% de los casos, han sido tomados la parte superior de vagina.

ESTADIO II Y III: En los casos II y III, se efectuará histerectomía total abdominal, con salpingooforectomía bilateral, linfadenectomía pélvica y extirpación del tercio superior de la vagina; previo a la terapéutica radiante. Las pacientes en estadio evolutivo IV son casos terminales y por lo consiguiente inoperables. (19)

TRATAMIENTO RADIANTE: la mayoría de los clínicos suplementan la terapéutica preliminar profunda de rayos X o Cobalto-60 a la pelvis; que dan las ventajas que a continuación se detallan:

- A- Aplicación de Radium a la cúpula vaginal y a la cavidad endometrial, preferiblemente con las cápsulas de Heyman:

- 1- Evita las propagaciones vaginales
- 2- Destruye In Situ la tumoración, si las dosis son adecuadas al volumen del cuerpo uterino.
- 3- Tiene la inconveniencia de producir, diseminación a distancia lo cual, le da menor seguridad en la sobrevivencia a 5 años. (15, 19)

B- Radioterapia externa:

- 1- Reduce o destruye el tumor y tiene menor peligro de metástasis
- 2- Logra la oclusión de conductos sanguíneos, linfáticos, así como grado menor de difusión celular durante el acto quirúrgico.

El plan generalmente utilizado por la mayoría de ginecólogos oncólogos ha sido dejar un intervalo de 6 semanas aproximadamente entre radiación y cirugía (tiempo suficiente para que el edema y la vascularización cedan sin permitir que el tumor se difunda). (3, 4, 12, 19).

EL EFECTO DUAL BIOLOGICO DEL TRATAMIENTO QUIRURGICO Y ANESTESIA: Joel Lundy (11) encontró en su laboratorio experimental que barbitúricos aumentan la proporción en el establecimiento y crecimiento de metastasis pulmonares en pacientes las cuales padecen cáncer ginecológico; en adición encontró que tanto los procedimientos quirúrgicos aumentan la incidencia de cáncer a distancia del foco primario. Estos efectos pueden ser disminuidos por el uso de Tiabendazole en el período perioperatorio; documentando que produce inmunosupresión por un período de 4 semanas.

Los resultados de una revisión reciente retrospectiva por

Fried (11) demostraron que los pacientes con carcinoma mamario, particularmente aquellos con nódulos positivos tuvieron un magnífico pronóstico cuando les administraron Halotane en contraste con los otros agentes anestésicos.

Necesitamos desarrollar posteriormente un mejor conocimiento hacia los mecanismos por los cuales los agentes anestésicos, y procedimientos quirúrgicos afectan la biología del tumor y patrones de defensa del huesped.

TERAPIA HORMONAL: en 1951 Kelly observó regresión en 2 de 3 pacientes con cáncer endometrial tratados con progesterona. Desde el estudio efectuado por Kistner's en 1959 otros reportes han dado a luz la respuesta del cáncer endometrial a diferentes progestinas sintéticas. El National Cáncer Institute ha listado dentro de su protocolo de tratamiento a la progesterona como una droga efectiva antineoplásica en el tratamiento del cáncer endometrial. Según Smith y asociados hay una respuesta objetiva al haber una moderada disminución de la masa del tumor o lesiones metastásicas del 25% en pacientes tratadas durante 3 meses con progestinas sintéticas. (12, 14, 17)

Existen varios preparados de compuestos progestínicos pero el más usado en la terapia anticancerosa es la MEDROXIPROGESTERONA: actualmente se está utilizando en la forma oral, según los hallazgos efectuados por Sandford et, al. (14); encontró en su estudio que dando medroxiprogesterona en tabletas de 50 mgs Po.Tid (Provera), en contra de 300 mgs. IM semanalmente (Depo-Provera); encontró niveles más elevados y constantes en la forma oral. Aunque aún no se ha establecido si los niveles constantes y elevados de medroxiprogesterona dados oralmente mejoran el pronóstico de la enfermedad. (14)

TRATAMIENTO QUIMIOTERAPICO: actualmente se ha tenido

que abandonar debido al bajo índice de sobrevida de aproximadamente el 17.8% a los 5 años y por su alta toxicidad. (3)

PRONOSTICO: va a depender cuan infiltrado esté el endometrio y cuál sea su extensión fuera de éste; cuando está afectado solamente el endometrio, la cirugía sola o acompañada de irradiación, deberá brindar una proporción de recuperación del 100%. Cuando se encuentra afectado el miometrio superficial la supervivencia empieza a disminuir en proporción al grado de participación del miometrio. (12)

"ANALISIS Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS"

"CARCINOMA DEL ENDOMETRIO Y SU SEGUIMIENTO DURANTE 10 AÑOS: ENERO 1970 A ENERO 1980; ESTUDIO RETROPECTIVO DE 7 CASOS ENCONTRADOS EN EL HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA DEL I.G.S.S."

Aunque es de nuestro conocimiento el aumento en la incidencia del cáncer del endometrio (1,5,7,9,12,13,16,19); encontramos en el presente estudio únicamente 7 casos en 10 años; que equivale aproximadamente a 0.7 casos por año. La presente investigación se efectuó retrospectivamente en la revisión de papeletas cuyo número de afiliación de la paciente se encuentra anotado en los libros de consulta de la Clínica de Tumores del HGO del IGSS que inició sus funciones en el año de 1973; y en la revisión de los archivos del departamento de Patología de la misma institución; en la cual se encuentran registradas bajo el título de Endometrio; revisando desde el mes de enero de 1970 a enero de 1980 que fueron un total de 7,797 estudios histológicos.

En el presente estudio de nuestras 7 pacientes encontramos que de ellas 6 sobreviven actualmente; dándonos un índice de supervivencia del 65.14% la cual se relaciona a lo encontrado por otros autores. (5,7,12,15)

La baja incidencia de carcinoma endometrial en el hospital (0.9/1000) es debido al diagnóstico precoz de lesiones precancerosas tituladas bajo el nombre de Displasias; en las cuales por encontrarse la mayoría de estas pacientes en la edad meno-páusica o postmenopáusica el tratamiento quirúrgico es el de elección, impidiendo con ello la evolución hacia la malignidad.

CARCINOMA DEL ENDOMETRIO Y SU SEGUIMIENTO DURANTE 10 AÑOS ENERO 1970 - ENERO 1980, ESTUDIO DE 7 CASOS ENCONTRADOS EN EL HOSPITAL GENERAL DEL IGSS.

(DEPTO. GINECO OBSTETRICIA)

CUADRO No. 1

"FRECUENCIA POR AÑO"

AÑO	Casos	%
1973	3	42.86%
1975	1	14.29%
1978	1	14.29%
1979	1	14.29%
1980	1	14.29%
TOTAL	7	100.00%

En el cuadro número 1 se ilustra la variabilidad en la frecuencia encontrándose ésta aumentada en el año de 1973 con el 42.86%. Por ser pequeño el número de casos la frecuencia por año en el HGO del IGSS es de 0.7 por año.

CARCINOMA DEL ENDOMETRIO Y SU SEGUIMIENTO DURANTE 10 AÑOS ENERO 1970-ENERO 1980, ESTUDIO DE 7 CASOS ENCONTRADOS EN EL HOSPITAL GENERAL DEL IGSS.

(DEPTO. GINECO OBSTETRICIA)

CUADRO No. 2

"GRUPO ETARIO"

EDAD	Casos	%
41 - 50	3	42.86%
51 - 60	3	42.86%
61 - 70	1	12.28%
TOTAL	7	100.00%

La edad más afectada en el presente estudio está comprendida entre los 40 y 60 años; relacionándose a los estudios de otros autores quienes han encontrado mayor frecuencia en la etapa perimenopáusica o postmenopáusica. (3,4,5,12,15,19)

PROCEDENCIA

Se encontró que el 100% de las pacientes provenían de la ciudad capital.

Ciudad	Casos	%
MONTEVIDEO	1	14.29%
COLONIA	1	14.29%
CAPIVARI	2	28.57%
TOLEDO	1	14.29%
TOTAL	7	100.00%

CARCINOMA DEL ENDOMETRIO Y SU SEGUIMIENTO DURANTE 10 AÑOS ENERO 1970 - ENERO 1980, ESTUDIO DE 7 CASOS ENCONTRADOS EN EL HOSPITAL GENERAL DEL IGSS.

(DEPTO. GINECO OBSTETRICIA)

CUADRO No. 3

"MOTIVO DE CONSULTA"

Síntomas	Casos	%
HEMORRAGIA VAGINAL	6	85.71%
DOLOR ABDOMINAL	1	14.29%
TOTAL	7	100.00%

Se puede comparar que la hemorragia vaginal es uno de los principales síntomas encontrados en la mujer con neoplasia endometrial seguido de dolor abdominal. (3,4,5,12,15,19)

CARCINOMA DEL ENDOMETRIO Y SU SEGUIMIENTO DURANTE 10 AÑOS ENERO 1970 - ENERO 1980, ESTUDIO DE 7 CASOS ENCONTRADOS EN EL HOSPITAL GENERAL DEL IGSS.

(DEPTO. GINECO OBSTETRICIA)

CUADRO No. 4

"ANTECEDENTES PERSONALES"

Signo	Casos	%
OBESIDAD	1	14.29%
HIPERTENSION	1	14.29%
NEGATIVOS	5	71.42%
TOTAL	7	100.00%

CARCINOMA DEL ENDOMETRIO Y SU SEGUIMIENTO DURANTE 10 AÑOS ENERO 1970 - ENERO 1980, ESTUDIO DE 7 CASOS ENCONTRADOS EN EL HOSPITAL GENERAL DEL IGSS.

(DEPTO. GINECO OBSTETRICIA)

CUADRO No. 5

"ANTECEDENTES FAMILIARES"

Signo	Casos	%
OBESIDAD	1	14.29%
HIPERTENSION	1	14.29%
DIABETES	2	28.57%
NEGATIVOS	3	42.86%
TOTAL	7	100.00%

La presentación de los dos anteriores cuadros podemos concluir, que no hubo relación entre el cáncer endometrial y los anteriores parámetros.

CARCINOMA DEL ENDOMETRIO Y SU SEGUIMIENTO DURANTE 10 AÑOS ENERO 1970 - ENERO 1980, ESTUDIO DE 7 CASOS ENCONTRADOS EN EL HOSPITAL GENERAL DEL IGSS.

(DEPTO. GINECO OBSTETRICIA)

CUADRO No. 6

"ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS"

	Casos	%
NULIPARAS	4	57.14%
MULTIPARAS	2	28.57%
INDETERMINADO	1	14.29%
TOTAL	7	100.00%

Nos demuestra la estrecha relación existente entre la neoplasia endometrial y la nuliparidad. (3,4,5,7,15,19)

CARCINOMA DEL ENDOMETRIO Y SU SEGUIMIENTO DURANTE 10 AÑOS ENERO 1970 - ENERO 1980, ESTUDIO DE 7 CASOS ENCONTRADOS EN EL HOSPITAL GENERAL DEL IGSS
(DEPTO. GINECO OBSTETRICIA)

CUADRO No. 7

"MENARQUIA"

Edad	Casos	%
9 - 13	4	57.14%
14 - 18	3	42.86%
TOTAL	7	100.00%

CARCINOMA DEL ENDOMETRIO Y SU SEGUIMIENTO DURANTE 10 AÑOS ENERO 1970 - ENERO 1980, ESTUDIO DE 7 CASOS ENCONTRADOS EN EL HOSPITAL GENERAL DEL IGSS
(DEPTO. GINECO OBSTETRICIA)

CUADRO No. 8

"MENOPAUSIA"

Edad	Casos	%
41 - 50	7	100.00%

Existe estrecha relación con los neoplasmas del endometrio en las mujeres que menstrúan temprano (57.14%); y las que dejan de hacerlo en la cuarta década; siendo ésta última del 100%. (3,4,5,7,15,19).

CARCINOMA DEL ENDOMETRIO Y SU SEGUIMIENTO DURANTE 10 AÑOS ENERO 1970 - ENERO 1980, ESTUDIO DE 7 CASOS ENCONTRADOS EN EL HOSPITAL GENERAL DEL IGSS
(DEPTO. GINECO OBSTETRICIA)

CUADRO No. 9

"DIAGNOSTICO PRE-OPERATORIO"

	Casos	%
CARCINOMA DEL ENDOMETRIO	4	57.14%
FIBROMATOSIS UTERINA	1	14.29%
HIPERPLASIA ENDOMETRIAL	1	14.29%
NO INTERVENCION QUIRURGICA	1	14.29%
TOTAL	7	100.00%

Vemos que la mayoría de las pacientes ingresaron al quirófano con un diagnóstico exacto (57.14%). Y una paciente a quien se le diagnosticó Carcinoma endometrial no se le pudo intervenir quirúrgicamente por haber llegado al hospital en malas condiciones generales.

CARCINOMA DEL ENDOMETRIO Y SU SEGUIMIENTO DURANTE 10 AÑOS ENERO 1970 - ENERO 1980, ESTUDIO DE 7 CASOS ENCONTRADOS EN EL HOSPITAL GENERAL DEL IGSS

(DEPTO. GINECO OBSTETRICIA)

CUADRO No. 10

"DIAGNOSTICO HISTOLOGICO"

	Casos	%
ADENOCARCINOMA BIEN DIFERENCIADO	5	71.43%
CARCINOMA INDIFERENCIADO	1	14.29%
CARCINOMA ADENO ESCAMOSO	1	14.29%
TOTAL	7	100.00%

El adenocarcinoma bien diferenciado ocupó el 71.43%; siendo ésta una muestra representativa con relación a reportes anteriores. (3,4,5,7,8,12,15,19).

CARCINOMA DEL ENDOMETRIO Y SU SEGUIMIENTO DURANTE 10 AÑOS ENERO 1970 - ENERO 1980, ESTUDIO DE 7 CASOS ENCONTRADOS EN EL HOSPITAL GENERAL DEL IGSS

(DEPTO. GINECO OBSTETRICIA)

CUADRO No. 1

"CLASIFICACION"

	Casos	%
ETAPA 0	1	14.29%
ETAPA 1	5	71.43%
ETAPA 4	1	14.29%
TOTAL	7	100.00%

El 71.43% de las pacientes estuvieron entre la etapa I (según la FIGO) motivo por el cual se relaciona su alto índice de sobrevida a la fecha. (5,7,12,15).

CARCINOMA DEL ENDOMETRIO Y SU SEGUIMIENTO DURANTE 10 AÑOS ENERO 1970 - ENERO 1980, ESTUDIO DE 7 CASOS ENCONTRADOS EN EL HOSPITAL GENERAL DEL IGSS
(DEPTO. GINECO OBSTETRICIA)

CUADRO No. 12

"PATOLOGIA ASOCIADA"

	Casos	%
LEIOMIOMATOSIS	2	28.57%
ADENOMIOSIS	2	28.57%
CARCINOMA INDIFERENCIADO DEL CERVIX	1	14.29%
SALPINGITIS AGUDA	1	14.29%
QUISTES FOLICULARES	1	14.29%
TOTAL	7	100.00%

Se encontró una ligera asociación con Leiomiomatosis y Adenomiosis ambas con el 28.57% relacionándose también con los hallazgos de otros autores. (7, 15).

CARCINOMA DEL ENDOMETRIO Y SU SEGUIMIENTO DURANTE 10 AÑOS ENERO 1970 - ENERO 1980, ESTUDIO DE 7 CASOS ENCONTRADOS EN EL HOSPITAL GENERAL DEL IGSS
(DEPTO. GINECO OBSTETRICIA)

CUADRO No. 13

"TRATAMIENTO"

	Casos	%
HISTERECTOMIA ABDOMINAL SAL- PINGOFOREC- TOMIA UNIBILA- TERAL y/o	6	85.71%
IMPLANTE DE RA- DIUM INTRA CA- VITARIO	4	57.14%
TELECOBALTOTE- RAPIA EXTERNA	4	57.14%

En el presente cuadro podemos deducir que al total de 7 pacientes se les dio a 6 de ellas (85.71%) tratamiento quirúrgico; de las cuales a 3 pacientes fue el único tratamiento y 3 fue combinado de la siguiente manera: Implante intracavitario de radium por 48 horas. Cirugía y posteriormente telecobaltoterapia externa. Una de las pacientes únicamente recibió el primer y tercer tratamiento no así el segundo por su mal estado general.

CARCINOMA DEL ENDOMETRIO Y SU SEGUIMIENTO DURANTE 10 AÑOS ENERO 1970 - ENERO 1980, ESTUDIO DE 7 CASOS ENCONTRADOS EN EL HOSPITAL GENERAL DEL IGSS
(DEPTO. GINECO OBSTETRICIA)

CUADRO No. 14

"No. DE VISITAS POST-TRATAMIENTO"

	Casos	%
12 - 9	1	14.29%
8 - 5	2	28.57%
4 - 1	3	42.86%
NINGUNA	1	14.29%

En este cuadro podemos demostrar que desde que funciona la clínica de tumores (1973). El seguimiento de sus pacientes es constante; ya que los 3 pacientes que representan el 42.86% fue anterior a la creación de esta clínica y se les dio por caso concluido.

CARCINOMA DEL ENDOMETRIO Y SU SEGUIMIENTO DURANTE 10 AÑOS ENERO 1970 - ENERO 1980, ESTUDIO DE 7 CASOS ENCONTRADOS EN EL HOSPITAL GENERAL DEL IGSS
(DEPTO. GINECO OBSTETRICIA)

CUADRO No. 15

"COMPLICACIONES POST-TRATAMIENTO"

	Casos	%
DOLOR ABDOMINAL SUBITO	4	57.14%
HEMORRAGIA VAGINAL	1	14.29%
PERDIDA DE PESO	1	14.29%
DIARREA POSTRADIAZION	1	14.29%
TOTAL	7	100.00%

Encontramos que el 57.14% de las pacientes reportaban hacia el final del tratamiento radiante (telecobaltoterapia), dolor abdominal bajo y el aparecimiento de diarrea inespecífica (negativa a los exámenes de laboratorio) que desaparecieron con tratamiento sintomático.

CARCINOMA DEL ENDOMETRIO Y SU SEGUIMIENTO DURANTE 10 AÑOS ENERO 1970 - ENERO 1980, ESTUDIO DE 7 CASOS ENCONTRADOS EN EL HOSPITAL GENERAL DEL IGSS
(DEPTO. GINECO OBSTETRICIA)

CUADRO No. 16

"PAPANICOLAUS DE CUPULA VAGINAL"

	Casos	%
NEGATIVOS	5	71.43%
INDETERMINADO	2	28.57%
TOTAL	7	100.00%

El 71.43% de los papanicolaus tomados post-tratamiento - fueron negativos inclusive en la paciente que falleció (fue negativo en 2 oportunidades que se le practicó dicho método de diagnóstico). Solamente una paciente no se sabe su última dirección de hace aproximadamente 6 meses pero suponemos que es negativo; motivo por el cual se elevaría al 85.71% de negatividad. - siendo falso negativo únicamente en una oportunidad. (14.29%)

CARCINOMA DEL ENDOMETRIO Y SU SEGUIMIENTO DURANTE 10 AÑOS ENERO 1970 - ENERO 1980, ESTUDIO RETROPECTIVO DE 7 CASOS ENCONTRADOS EN EL HOSPITAL GENERAL DEL IGSS.

(DEPTO. GINECO OBSTETRICIA)

"RESUMEN"

Como se puede analizar en el presente estudio retrospectivo encontramos básicamente dos grupos de pacientes:

- 1- Ptes a las que no se les efectuó su seguimiento post-tratamiento.
- 2- Pacientes a las que actualmente se les supervisa periódicamente.

Al primer grupo (tres pacientes), se les investigó sus direcciones, teniendo contacto directo con dos de ellas y la tercera no pudo ser posible debido a cambio de dirección hace aproximadamente seis meses. Al segundo grupo (tres pacientes) se les mantiene control constante ya que se cuenta con la colaboración de servicio social; quien es el instrumento utilizado en localizar a las pacientes al no presentarse a su sesión control.

Pudimos constatar que de los siete casos; sobreviven a la fecha 6 que nos da un índice de sobrevida del 65.14%; el grupo etario más afectado es el comprendido en el período perío- o-postmenopáusico acompañado de hemorragia vaginal como principal síntoma. No hubo relación con los antecedentes personales tales como obesidad e hipertensión pero sí en los obstétricos; ya que existe estrecha relación entre las pacientes que menstrúan temprano y lo son nulíparas (3,4,7,12,15). El diagnóstico pre-tratamiento fue el de cáncer del endometrio (71.43%), mo-

tivo por el cuál se le dio a cada paciente el tratamiento adecuado; observándose patología asociada diversa tales como: leiomiomatosis, adenomiosisi, carcinoma indiferenciado del cervix, salpingitis aguda y quistes foliculares. (7, 15).

El tratamiento quirúrgico fue el de elección en ambos grupos efectuándoseles: histerectomía abdominal más salpingooforectomía bilateral; siendo el segundo al cual se le adicionó terapia radiante tanto intracavitario como externa continuándoseles seguimiento mediante exámenes físicos y papanicolaus de cúpula vaginal. Siendo este último el esquema de tratamiento aceptado actualmente por la mayoría de los ginecólogos oncológicos.

"CONCLUSIONES"

- 1- Con relación a la primera hipótesis podemos concluir que es falsa ya que si bien la biopsia endometrial nos da un buen margen de seguridad; es la dilatación y raspado en endometrial la que dio en el presente estudio el 85.71% de seguridad (2, 3, 4, 5, 8, 12, 15, 19).
 - 2- La segunda hipótesis podemos concluir que también es falsa ya que, es la terapia radiante la que nos da un mayor margen de seguridad (10-15%) evitando así la diseminación del tumor durante el acto quirúrgico. (8, 12, 15, 19).
 - 3- El síntoma principal encontrado en las pacientes fue el de hemorragia vaginal, seguida de dolor abdominal; datos que concuerdan con estudios de grandes poblaciones dados por otros autores. (3, 4, 5, 7, 8, 12, 15, 19).
 - 4- Existe estrecha relación entre los siguientes datos: mujeres que menstrúan temprano, lo dejan de hacer en la cuarta década y lo son nulíparas; con relación a otros estudios. (3, 4, 7, 8, 12, 15, 16, 19).

- 5- Aunque esta enfermedad se asocia con: obesidad, e hipertensión, en nuestro estudio no lo pudimos comprobar debido a lo pequeño de nuestra población.
- 6- El 71.43% de las pacientes estuvieron en la etapa I según la FIGO; motivo por el cual se relaciona su alto índice de sobrevivencia (65.14%). Siendo el adenocarcinoma el principal (71.43%) diagnóstico. (3,4,5,12,15,19).
- 7- En el seguimiento de las pacientes post-tratamiento con panicolaus de cúpula vaginal nos dan un 85.71% de seguridad.
- 8- Las complicaciones encontradas en las pacientes en sus reconsultas fue el de dolor súbito abdominal en la parte baja del abdomen; la cual se relacionó con el tratamiento efectuado en las mismas; las cuales se resolvieron mediante terapia sintomática.

"RECOMENDACIONES"

- 1- Tomar a la biopsia endometrial como el primer escalón en la búsqueda de lesiones malignas de pacientes ginecológicas y utilizar a la dilatación y raspado endometrial como una segunda alternativa para confirmar diagnósticos dudosos.
- 2- Continuar con el protocolo de tratamiento actualmente establecido el cual es radiación intracavitaria seguido a las seis semanas de cirugía y posteriormente radiación externa.
- 3- Interesarse en la búsqueda de literatura en la cual se puedan efectuar trabajos futuros y comparar su seguimiento con relación a hospitales de países desarrollados.
- 4- Completar el archivo de ginecología; ya que muchas fichas clínicas se encuentran en el departamento de obstetricia y se les dan por perdidas secundariamente al pasado terremoto.
- 5- Prestar la ayuda necesaria para que la biblioteca situada en Pamplona en donde funcionan los departamentos de traumatología y obstetricia del IGSS mejore en varios aspectos:
 - a) Local
 - b) Horario y actualización.
- 6- Efectuar divulgación educativa principalmente en aquellas pacientes que llegan a la consulta externa de ginecología y están en la etapa peri-o-postmenopausica que al inicio de cualquier síntoma; principalmente hemorragia vaginal acuda de inmediato al hospital para su evaluación y tratamiento.

"REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS"

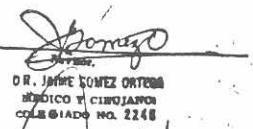
- 1- Alfred I, et, al. The precursor of endometrial carcinoma. Am. J. Obstet Gynecol 135(7): 647, dec 1 1979.
- 2- Arthur W. Ham, et, al. Histología normal del endometrio. En su: Tratado de histología, sexta edición, - México, Interamericana, 1970 pp. 33 - 59.
- 3- Barrios González, Mario Augusto. Carcinoma del endometrio. Tesis (médico y cirujano) Universidad de - San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1976. 80 pp.
- 4- Barrios Perussina, Mario René. Carcinoma del endometrio. Tesis (médico y cirujano) Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1978. - 38 pp.
- 5- Charles and Kawada MD. Screening for endometrial carcinoma. Am. J. Obstet Gynecol 22(3) sep 1979.
- 6- Coleman D, et, al. Value of cytology for detecting endometrial abnormalities (letter). Br. Med. J. 2(618): 130, 14 jul. 1979.
- 7- Davis-Christopher. Carcinoma del endometrio. En su: Tratado de patología quirúrgica. 10 ed. México, Interamericana, 1974. pp 1436 - 6.
- 8- Federico Castro, et, al. Cáncer del endometrio. En su: - Oncología clínica. 1 ed. Guatemala, Hospital General San Juan de Dios, 1975 pp. 254 - 263.

9. Ferenczy A. Recent advances in endometrial neoplasia. Exp. Mol. Pathol. 31(1):226-35, aug. 1979.
- 10- Greendwood SM. et, al. Evaluation of the office endometrial biopsy in the detection of endometrial carcinoma and atypical hiperplasia. Cancer 43(4): 1474 8, apr. 1979.
- 11- Joel Lundy. The biologic dual effects of anesthesia and surgical treatment in the patient with cancer. Surgery, Gynecology and Obstetrics 149(8): 245, aug 1979.
- 12- Novak, Jones Jones. Adenocarcinoma del cuerpo del útero. En su: Tratado de ginecología. 8 ed. México Interamericana, 1971. pp. 333-59.
- 13- Rosenwaks A, et, al. Endometrial pathology and its relation to estrogen therapy in patients with hypogonadism. Pediatrics 62(6 ptz): 1184 - 8, dec. 1978.
- 14- Sandford S. et, al, One comparison of concentration serum of medroxy progesterona by oral or intramuscular in patients with persent or recurrent endometrial carcinoma. Am. J. Obstet Gynecol. 135(5): 647 50, nov. 1 1979.
- 15- Stanley L. Robbins. Carcinoma del endometrio. En su: Tratado de Patología. 3 ed. México, Interamericana, 1968. pp 1033 - 6.
- 16- Studd J. et, al. Menopausal therapy and endometrial pathology (letter). Br. Med. J. 2(6148): 1369, no 11 de 1978.

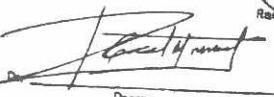
- 17- Tsibris JC. et, al. Distribution of cytoplasmic estrogen and progesterone receptors in human endometrium. - Am. J. Obstet Gynecol 132(4): 449 - 54, 15 oct. - 1978
- 18- Tu. 1. Establishment and characterization of a new endometrial cancer cell line (SCRC-1). Am. J. Obstet Gynecol 135(5): 671 - 79 nov. 1, 1979.
- 19- Vicente Faggioli, Silvia Azucena. Carcinoma del endometrio. Tesis (médico y cirujano) Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, junio 1977. 38 pp.

Dr. 
Gerardo Raúl Villagrán Ruiz

Dr. 
Dr. ÁNGELA TORAL
MÉDICO Y CIRUJANO
COLEGIADO NO. 3408

Dr. 
Dr. JAIMÉ GÓMEZ ORTEGA
MÉDICO Y CIRUJANO
COLEGIADO NO. 2248

Dr. 
Director de Fase III
Héctor Alfredo Muñiz E.

Vo. Ro. 
Decano.
Rolando Castillo R.