

CARCINOMA DE ENDOMETRIO

EN LOS ULTIMOS CINCO AÑOS HOSPITAL CALDERON GUARDIA (1982-1986)

Francisco Fúster Alfaro*

Alvaro González Rubio**

Robert Aguilar Oscar***

INTRODUCCION

El Carcinoma de Endometrio es uno de los cánceres en general que ha adquirido mayor importancia a nivel mundial, pero especialmente en los países más desarrollados, con un estatus de vida elevado y un nivel de atención médica igualmente efectivo. Esto se debe principalmente a que su incidencia ha aumentado considerablemente en relación a otros cánceres del aparato genital femenino como el Cáncer de Cérvix, por dos factores fundamentales que son: La *popularización de los métodos de screening, como el papanicolau que permiten diagnosticar de manera efectiva y en etapas tempranas el Cáncer del Cuello Uterino. El otro factor que ha permitido el aumento de la incidencia del Carcinoma de Endometrio es la influencia de factores ambientales en la etiología de este tipo de patología, como son las costumbres nutricionales relacionadas directamente con la obesidad, y la administración de estrógenos exógenos que en los últimos años han sido de uso diverso y difundido, especialmente en los países desarrollados ya sea como terapia de reposición hormonal en la mujer post menopáusica, o como anticonceptivos ingeribles e incluso en el tratamiento de algunas patologías como dismenorrea, endometriosis, esterilidad, etc. En los Estados Unidos es el Cáncer del Tracto Genital femenino más común con 40.000 nuevos casos en 1985 seguido por Cáncer de Cérvix con solo 16.000 casos esperados para esta fecha (1). En 1981 la incidencia de Cáncer de Endometrio en Estados Unidos era de 38.000 casos nuevos siendo solo la tercera parte de los de Cérvix (2). Esto nos demuestra la importancia que ha adquirido esta patología en la última década. En Costa Rica la incidencia de "CANCER DEL CUERPO UTERINO" como aparece registrado estadísticamente a nivel nacional fue de 37 casos

nuevos por año promediado en los últimos 5 años (1982 - 1986) entendiéndose que en esta información van filtrados algunos casos de patologías diferentes al Cáncer de Endometrio como los Sarcomas uterinos que son tumores del "CUERPO UTERINO" pero cuya incidencia es tan escasa que no altera significativamente estas cifras. El Cáncer de Endometrio en Costa Rica en los últimos 5 años es solo el 5.6% de todos los tumores malignos del Tracto Genital Femenino (Registro Nacional de Tumores)

Ministerio de Salud -, ocupando el 3er. lugar en orden de importancia después del Cáncer de Cérvix y de ovario y trompas. Estos datos nos han llevado a analizar más a fondo el comportamiento del Cáncer de Endometrio en este país por lo cual decidimos revisar los últimos 5 años de esta patología en el Hospital Calderón Guardia principalmente relacionando los factores etiopatogénicos, Estadaje Clínico, diagnóstico y manejo desde que se organizó el Departamento de Ginecología Oncológica en este Hospital.

MATERIAL Y METODOS

En este estudio se revisaron todos los expedientes de las pacientes portadoras de Cáncer de Endometrio en el Hospital Calderón Guardia desde 1982 hasta 1986 inclusive. Se escogió este período de tiempo teniendo en cuenta que es muy difícil recolectar expedientes de muchas de estas pacientes que fallecieron por razones de edad o de alguna patología inherente como el mismo Carcinoma de Endometrio en períodos anteriores al último quinquenio. Además de que la clasificación clínica y quirúrgica (Estadaje) y el tratamiento sólo han logrado ser normatizados a partir de que se organizó el departamento de Ginecología Oncológica en el Hospital Calderón Guardia en 1983. Se incluyeron en el estudio 30 pacientes, que fue el total de casos de Carcinoma de Endometrio en este período de tiempo en nuestro Hospital. Hubo 2 casos que mencionamos como curiosidad: El primero de ellos fue un Carcinoma de Ovario Metastásico a Endometrio en una paciente de 34 años y un Carcinoma del Estroma

* JEFE DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA ONCOLOGICA. H. C. G.

** RESIDENTE SERVICIO DE GINECOOBSTETRICIA. H. C. G.

*** JEFE SERVICIO DE GINECOLOGÍA. H. C. G.

Endometrial los cuales no incluimos en el estudio por razones obvias.

En el estudio tuvimos en cuenta las siguientes variables:

- A) Edades lmites y edad promedio.
- B) Paridad.
- C) Distribución según estadfos.
- D) Tipos histológicos y grado de diferenciación.
- E) Sintomatología que llevó al diagnóstico.
- F) Tiempo transcurrido entre iniciación de los síntomas y el diagnóstico.
- G) Tipo de biopsia que permitió el diagnóstico.
- H) Antecedentes patológicos de importancia.
- I) Presencia de lesiones precursoras
- J) Relación con menarca y menopausia.
- K) Grado de Penetración miometrial.
- L) Relación con metástasis o recidiva
- LL) Antecedentes de terapia hormonal.
- M) Tipo de tratamiento según el estadiaje.
- N) Sobrevida.

Estas variables fueron comparadas con resultados obtenidos en otros trabajos de la literatura reciente.

RESULTADOS

En nuestro estudio se pudieron revisar el total de expedientes de pacientes con cáncer de endometrio desde 1982 hasta 1986 inclusive, siendo un total de 30 casos con un promedio de 6 casos por año. Se encontraron 2 casos que no fueron incluidos en el estudio, que fueron un carcinoma de ovario metastásico a endometrio, y un Sarcoma del Estroma Endometrial. El promedio de edad presentado por las pacientes al momento del diagnóstico fue de 57.3 años con un pico máximo entre los 51 y los 60 años. El porcentaje de nulíparas fue un 30% lo que es estadísticamente significativo. La mayoría de los casos se diagnosticaron en el estadio I (79%). El tipo histológico más frecuente fue el Adeno Carcinoma bien diferenciado (GI) en el 80% de los casos. El principal síntoma asociado a esta patología fue el sangrado uterino anormal en el 83% de los casos. La mayoría de las pacientes consultaron durante los primeros 3 meses después de iniciados los síntomas. La biopsia que permitió el diagnóstico en la mayoría de los casos fue el legrado uterino (74% de los casos). Los antecedentes de Diabetes, Obesidad

e Hipertensión se presentaron solos o asociados en el 53% de los casos. El 63% de los casos no presentaban lesiones premalignas precursoras. La Hiperplasia Adcnomatosa fue la lesión premaligna más frecuente presentándose en el 13% de los casos. La Menarca tuvo un promedio de aparición en nuestras pacientes de 14.1 años y la Menopausia de 47.2 años. En el 63% de las pacientes el grado de invasión Miometrial fue leve. En la mayoría de los casos el tratamiento fue la Histerectomía Abdominal sola o la Histerectomía más Cobaltoterapia (70%) teniendo en cuenta el estadfo. La sobrevida global a 2 años fue del 80% de las pacientes y a 5 años del 66% de las pacientes.

COMENTARIO

El Carcinoma de Endometrio suele ser un trastorno de la mujer post Menopausia predominantemente en el grupo entre los 58 y los 60 años (21-11-20). Aunque hay publicaciones anteriores que ubican al grupo de mayor riesgo después de los 60 años de edad (2-6). En nuestro estudio el promedio de edad para la aparición de ésta patología fue de 57.3 años con un rango entre 40 y 83 años, cifras que coinciden con las reportadas en la literatura mundial. Reportes recientes dicen que solo un 10% de Cáncer de Endometrio ocurre antes de los 50 años (12) nosotros obtuvimos que estas cifras corresponden a un 20% (TABLA No. 1).

TABLA No. 1 CARCINOMA DE ENDOMETRIO
DISTRIBUCION SEGUN EDAD

	No.	%
MENOR DE 40 AÑOS	0	0
40 A 50 AÑOS	6	20
51 A 60 AÑOS	14	46.6
61 A 70 AÑOS	7	23.3
71 A 80 AÑOS	1	3.3
MAYOR DE 80 AÑOS	2	6.6
TOTAL	30	100.00
PROMEDIO DE EDAD	57.3 AÑOS	
RANGO ENTRE	40-83 AÑOS	

En nuestro estudio no obtuvimos ninguna paciente con cáncer de endometrio menor de 40 años, la única paciente que presentó una patología relacionada fue una mujer de 34 años con un Carcinoma de Ovario Metastásico a Endometrio la cual no fue incluida en el trabajo. Se reportan en la literatura solo un 2-5% de Cáncer de Endometrio en mujeres menores de 40 años y excepcionalmente algunos casos en mujeres menores de 25 años (22). Se ha encontrado que en las mujeres con Cáncer de Endometrio el número de embarazos es marcadamente más bajo que en los grupos control. Diferencias en la nuliparidad también han sido observadas, encontrándose tasa de nulíparas comparadas con 4.1% en grupos control (12). En nuestro estudio encontramos un promedio de 2.4 embarazos por paciente en el grupo estudiado con un 30% de nulíparas que es un poco más alto que las cifras reportadas en diferentes estudios (TABLA No. 2).

TABLA No. 2 CARCINOMA DE ENDOMETRIO
RELACION CON LA PARIDAD

	No.	%
NULIPARAS	9	30
MULTIPARAS	18	60
GRAN MULTIPARA	3	10
TOTAL	30	100.00

PROMEDIO DE 2.4 EMBARAZOS POR PACIENTE

Cerca del 75% de los casos el Carcinoma de Endometrio se encuentra confinado al útero (22). En nuestro estudio el diagnóstico se realizó en un 79% en el Estadío I. En un 43% de los casos en el Estadío IA seguido por un 36% de casos en el Estadío Ib, 10% de los casos en Estadío II y otro 10% de los casos en Estadíos avanzados (TABLA No. 3).

TABLA No. 3 CARCINOMA DE ENDOMETRIO
DISTRIBUCION SEGUN ESTADIO

	No.	%
ESTADIO IA	13	43
ESTADIO IB	11	36
ESTADIO II	3	10
ESTADIOS II - IV	3	10
TOTAL	30	100

El Carcinoma de endometrio tiende a seguir una evolución macroscópica bastante constante pero incluye varios histotipos diferentes. La mayor parte (60 - 85%) son Adenocarcinomas pero en los 30 últimos años ha aumentado la incidencia de los otros histotipos: Adenoacantoma y Carcinoma Adenoescamoso, cuyas frecuencias varían entre un 10% y un 20% para el primero y de un 2-10% para el 2o. (26). En nuestro estudio encontramos que el Adenocarcinoma en sus diferentes grados fue el tipo histológico predominante con un 93.6% de los casos, encontrándose 2 casos de Carcinoma Adenoescamoso para un 6.6% de los casos. No coincide esto con lo revisado anteriormente, pues el 2o. histotipo más frecuente, que es el Adenoacantoma, no fue encontrado en ninguna de nuestras pacientes (TABLA No. 4).

TABLA No. 4 CARCINOMA DE ENDOMETRIO
TIPOS HISTOLOGICOS

	No.	%
ADENOCARCINOMA BIEN DIFERENCIADO (G1)	24	80
ADENOCARCINOMA POCO DIFERENCIADO (G2)	3	10
ADENOCARCINOMA INDIFERENCIADO (G3)	1	3.3
CARCINOMA ADENO- ESCAMOSO	2	6.6
TOTAL	30	100.00

El síntoma predominante del Carcinoma de Endometrio es la hemorragia uterina anormal en un 90% de los casos. Presentándose un 75% de ellas en el período Post Menopáusico (20-22). En nuestro trabajo el sangrado uterino anormal se presentó en el 83.3% de todas las pacientes con un 63.3% de los casos en el período Postmenopáusico. Solo en 5 casos (16.6%) se llegó al diagnóstico por la presencia de masa pélvica no relacionada con sangrado (TABLA No. 5).

En todos estos casos el (legrado uterino instrumental) no fue la forma ideal para llegar al diagnóstico pues 3 casos se diagnosticaron por la pieza de Histerectomía y 2 casos fueron confirmados por la autopsia. En ninguno de los 3 casos en que se realizó el diagnóstico por la pieza de Histerectomía tenían legrado uterino previo y no se sospechaba el

diagnóstico. El tiempo transcurrido entre la iniciación de los síntomas y el diagnóstico fue en la mayoría de los casos menor de 3 meses (51.72%). Sin embargo el promedio de tiempo entre la iniciación de los síntomas y el diagnóstico fue de 5.9 meses (TABLA No. 6).

TABLA No. 5 CARCINOMA DE ENDOMETRIO
CAUSA QUE LLEVO AL DIAGNOSTICO

	No.	%
SANGRADO POST MENOPAUSICO	19	63.33
TRANSTORNOS MENSTRUALES	6	20
MASA PELVICA	5	16.66
TOTAL	30	100.00

TABLA No. 6 CARCINOMA DE ENDOMETRIO
TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE
INICIACION DE LOS SINTOMAS
Y EL DIAGNOSTICO

	No.	%
MENOR DE 3 MESES	15	51.72
3 - 6 MESES	7	24.13
MAYOR 6 MESES	7	24.13
TOTAL	29*	100.00

* 1 CASO FUE HALLAZGO INCIDENTAL EN AUTOPSIA
TIEMPO PROMEDIO PARA LLEGAR A DIAGNOSTICO
5.9 MESES

La mayoría de los autores coinciden en que la mayor parte de las pacientes consultan en los primeros 3 meses de iniciados los síntomas de sangrado anormal. Las demás pacientes a quienes se le realizó el diagnóstico después de los 3 meses fue porque no consultaron tempranamente. El diagnóstico de Carcinoma de Endometrio se puede realizar por medios histológicos, citológicos, endoscópicos y radiológicos. Se ha tratado de idear un método de tamizaje para la detección temprana de esta patología teniendo en cuenta su alta incidencia en los últimos años. El Papanicolau tomado en el fómix posterior, exo y endocervix es positivo en el 50% de las pacientes únicamente, y tiene una frecuencia de falsos negativos de un 82% (12-2). Sin embargo trabajos recientes de Zucker y colaboradores (28) hablan de una mayor efectividad de este método diagnóstico

pero teniendo en cuenta la experiencia del citólogo. La toma de citología obtenida directamente del Endometrio ha tenido un mayor índice de efectividad estimado de un 86%. Los métodos más utilizados son el cepillado de las células endometriales o el lavado de las mismas para análisis citológicos (9-8-7). La mayor limitación de la citología endometrial es la carencia de un laboratorio adecuado a mano y un citólogo experimentado en la interpretación de este tipo de patología que sólo se justifica en los países con alta incidencia de esta enfermedad, y realizado solo en pacientes con factores de riesgo como son Obesidad, Hipertensión, Anovulación crónica, Diabetes y Sangrado Uterino Anormal. El Curetaje fraccionado sigue siendo el método más efectivo de diagnóstico en el Cáncer Endometrial, y en la paciente sintomática con cualquiera de los métodos anteriores negativos es mandatorio en todos los casos. En nuestro estudio todas las pacientes tenían algún síntoma de alerta y en el 83.3% fue el sangrado uterino anormal, sea peri o postmenopáusico (TABLA No. 5) lo que justificaba el curetaje en todas ellas. Aparte de que la incidencia de Cáncer de Endometrio en Costa Rica es tan baja que no se ha visto la necesidad de implementar un método de Screening para detectar esta patología. Se llegó al diagnóstico por medio del legrado fraccionado en un 74% de los casos, en un caso (3.3%) por biopsia de Endometrio; en 2 casos se llegó al diagnóstico en la autopsia (en una de ellas se sospechó previamente). Cinco pacientes se llevaron a Histerectomía sin un legrado previo, haciendo el diagnóstico por este medio en el 16.6% de los casos (TABLA No. 7).

TABLA No. 7 CARCINOMA DE ENDOMETRIO
TIPO DE BIOPSIA QUE PERMITIO
EL DIAGNOSTICO

	No.	%
LEGRADO UTERINO	22	74.06
HISTERECTOMIA ABDOMINAL	5	16.66
BIOPSIA DE ENDOMETRIO	1	3.33
AUTOPSIA	2	6.66
TOTAL	30	100.00

En estudios recientes de resonancia electromagnética se ha podido comprobar que aún con la más depurada técnica quirúrgica, en un raspado endometrial sólo un 70% del Endometrio puede ser removido (19) sin embargo es el método de elección

para el diagnóstico integral y el estadiaje preciso en Cáncer de Endometrio hasta la actualidad. La histeroscopia y la Histerografía son métodos radiológicos que pueden dar una mayor información para la localización exacta, la extensión en la cavidad uterina, la extensión al cérvix y el origen del tumor. La Histeroscopia permite tomas de biopsia directas de la lesión (12) principalmente en pacientes en quienes se sigue sospechando el diagnóstico después de curetajes negativos, y para la mejor correlación entre el estadiaje clínico y el quirúrgico. En nuestro estudio solo 4 pacientes tuvieron un estado mayor en la clasificación quirúrgica en relación a la clasificación clínica lo que corresponde a un 13.3% de los casos. Recientemente se han utilizado métodos adicionales para una mejor clasificación preoperatoria de esta patología, como la Tomografía Axial computarizada con contraste aportando datos adicionales, imposibles de valorar en un examen clínico o quirúrgico, como son la invasión miometrial o cervical y la extensión a ganglios pélvicos (14). La resonancia electromagnética también ha sido utilizada recientemente pero tiene limitaciones como la Tomografía para diagnosticar compromiso en ganglios menores de 2 cm. (15-19). La citología del líquido o el lavado peritoneal es positiva entre un 12.8% y un 15.5% según estudios hechos por Creasman y Rutledge, Koettel y Pixley; Creasman y Disaia (3-14-17). En nuestro estudio sólo se realizaron 7 citologías de líquido peritoneal sin resultados positivos en ninguna de ellas. La citología peritoneal tiene valor pronóstico en el Cáncer de Endometrio. En cuanto a los antecedentes patológicos de importancia el 53.3% de las pacientes tenían un factor de riesgo presente o la asociación de varios de ellos. Estos antecedentes eran Obesidad en 11 casos (36.6%), Hipertensión Arterial 11 casos (36.6%), Diabetes en 8 casos (26.6%) (TABLAS No. 8 y No. 9).

TABLA No. 8 CARCINOMA DE ENDOMETRIO
ANTECEDENTES PATOLOGICOS
DE IMPORTANCIA

	No.	%
CON ANTECEDENTES	16	53.3
SIN ANTECEDENTES	14	46.6
TOTAL	30	100.00

Otros antecedentes importantes como hepatopatías o Poliquistosis Ovárica no fueron reportados o configurados en los expedientes revisados. La obe-

TABLA No. 9 CARCINOMA DE ENDOMETRIO
ANTECEDENTES PATOLOGICOS
DE IMPORTANCIA

	No. DE CASOS
OBESIDAD	11
HIPERTENSION ARTERIAL	11
DIABETES MELLITUS	8
HEPATOPATIAS	0

sidad se ha considerado siempre un factor de riesgo importante en la génesis del Cáncer de Endometrio e incluso es considerado por algunos autores el factor de riesgo más importante (12-21). La Hipertensión Arterial ha sido asociada a esta patología pero los datos siguen siendo ambiguos pues la triada de síntomas: Diabetes Mellitus, Hipertensión y Obesidad ocurren en el grupo de edad estudiado (20). Dunn y colaboradores han revisado la frecuencia de Cáncer de Endometrio asociado a los trastornos de los hidratos de carbono y varía entre un 1.3 hasta el 22% y se encontró que los datos no eran concluyentes al respecto (5). Los antecedentes de terapia hormonal en la mujer en edad reproductiva y sobre todo en la mujer post menopáusica, han sido considerados como un factor de riesgo importante en la génesis de esta patología, pero los estudios posteriores han considerado a la relación riesgo, beneficio, y se ha demostrado que el mayor riesgo lo presentan las mujeres que utilizan preparados estrogénicos sólo (sin progestinas), altas dosis de los mismos, durante períodos prolongados y que el uso racional de los mismos, con una vigilancia estrecha de la paciente, no representa un peligro mayor en dichas pacientes (27). En nuestro estudio solo se pudo constatar el uso de preparados hormonales en 3 de las pacientes (10%) lo cual no es significativo. La Hiperplasia Adenomatosa se ha considerado que progresa a Carcinoma de Endometrio entre el 12% y el 14% de los casos (12-27). En nuestro trabajo se encontró un 13.3% de pacientes con hiperplasia Adenomatosa típica y un 3.3% con hiperplasia Adenomatosa Atípica. Se encontró antecedentes de Hiperplasia Quística y de Polipo Endometrial en el 10% de los casos (TABLA No. 10).

Cerca del 23% de pacientes con hiperplasia atípica diagnosticada por curetaje se convirtieron en carcinoma en un período de 11 años de seguimiento según Kurman (18). Los Polipos Endometriales a menudo acompañan a los Adenocarcinomas de Endometrio encontrándose entre un 12% y un 34% de

las casos (21). La Menarca temprana y la Menopausia tardía han sido reflejo de patología endometrial de tipo hiperplásico o Canceroso en algunos estudios (4). En nuestro estudio la edad de la Menarca promedio fue de 14.1 años y la Menopausia fue de 47.2 años. (TABLA No. 11)

TABLA No. 10 CARCINOMA DE ENDOMETRIO
PRESENCIA DE LESIONES
PRECURSORAS

	No.	%
SIN LESION	19	63.3
HIPERPLASIA ADENOMATOSA	4	13.3
HIPERPLASIA ATIPICA	1	3.3
HIPERPLASIA QUISTICA	3	10
POLIPO ENDOMETRIAL	3	10
TOTAL	30	100.00

TABLA No. 11 CANCER DE ENDOMETRIO
RELACION CON MENARCA Y
MENOPAUSIA

	EDAD PROMEDIO
MENARCA	14.1 AÑOS
MENOPAUSIA	47.2 AÑOS

En la mujer americana las edades promedio de la menarca y la menopausia son 12.8 años y 51.4 años respectivamente (27), lo que muestra una clara

TABLA No. 13 CARCINOMA DE ENDOMETRIO
TIPO DE TRATAMIENTO

	IA(%)	IB(%)	II(%)	III-IV(%)	TOTAL
H.T.A (HISTERECTOMIA TOTAL ABDOMINAL)	9 (69.2)	3 (27.2)			9
H.T.A + COBALTOTERAPIA POSTOPERATORIA	3 (23)	4 (36.3)	1 (33.3)	1 (33.3)	9
H.T.A + COBALTOTERAPIA + HORMONOTERAPIA					0
COBALTOTERAPIA		1 (9)	1 (33.3)		2
COBALTOTERAPIA + HORMONOTERAPIA			1 (33.3)		1
H.T.A + HORMONOTERAPIA	1*(7.6)	1 (9)			2
COBALTOTERAPIA PREOPERATORIA + H.T.A.		2 (18.1)			2
SIN NINGUN TRATAMIENTO				2**(66.6)	2

* LA PACIENTE REHUSO RADIOTERAPIA POST RECIDIVA
** HALLAZGO DE AUTOPSIA

diferencia entre lo encontrado entre nosotros y lo que se ha reportado en la literatura. En nuestro estudio encontramos que en el 63% de los casos hubo invasión Miometrial de 1/3 o menos de profundidad y sólo en un 36% hubo invasión profunda (TABLA No. 12).

TABLA No. 12 CARCINOMA DE ENDOMETRIO
GRADO DE PENETRACION

	No.	%
1/3 DE LA PARED DEL MIOMETRIO O MENOS	12	63
MAYOR 1/3 DE LA PARED DEL MIOMETRIO	7	36
TOTAL	19*	100

* SOLO EN 19 CASOS FUE REPORTADA LA
INVASION MIOMETRIAL.

Este parámetro y el de la gradación histológica se consideran los factores más importantes en el pronóstico de esta enfermedad (TABLA No. 4) (1). No tanto lo es el tamaño uterino, que hasta ahora es el parámetro clínico que nos permite una clasificación preoperatoria entre los estudios iniciales. El tipo de tratamiento utilizado lo podemos observar en la TABLA No. 13, en la cual observamos que en el estado la el 69.2% de los casos fueron tratados con cirugía únicamente; el 23% de los casos (3 pacientes fueron tratados con cirugía más radioterapia),

uno de ellos por invasión Miometrial extensa, el 2o, por recidiva en cupula vaginal al año de operada y la 3a no se sabe el motivo de la radioterapia complementaria.

Están de acuerdo todos los autores que el tratamiento básico del cáncer de endometrio en el estadio I es la histerectomía total más Salpingooforectomía bilateral (10) y la extirpación de ganglios pélvicos y paraaórticos cuando sea sospechosos. La extirpación de Manguito Vaginal no ha demostrado tener mayor efectividad en el tratamiento de estas pacientes (22). Algunos autores preconizan el uso de la Radioterapia o el Radium Intracavitario pre o postoperatorio como complemento del tratamiento en el estadio I, y hay numerosas publicaciones defendiendo ambos métodos (23-24-29). Realmente el tratamiento debe ser individualizado y considerar principalmente el grado histológico del tumor y la penetración miometrial que son los dos factores pronósticos más importantes (1) para decidir si se aplica Radioterapia pre o post operatoria y si se debe hacer Radium Intracavitario o Radioterapia externa. En nuestras pacientes como podemos ver se utilizó la Histerectomía como método único, en las pacientes que tenían invasión miometrial superficial y un grado histológico I. Recibieron Radioterapia externa complementaria las demás. En nuestro Hospital a ninguna de las pacientes se le aplicó Radium Intracavitario. Estos métodos son ideales cuando la paciente tiene contraindicación médica para la cirugía (23). En el estadio Ib que eran 11 casos en nuestro estudio sólo se les hizo tratamiento quirúrgico a 3 pacientes (27.2%), los demás 4 casos (54.5%) recibieron Cobaltoterapia pre o postoperatoria, una paciente recibió Cobaltoterapia sólo por lo avanzado de su edad (81 años) y la otra paciente Hormonoterapia (depoprovera) después de la Histerectomía Abdominal porque rehusó la Radioterapia (TABLA No. 13). De las pacientes con un estadio II (3 casos), a una (33.3%) Se le realizó cirugía más Cobaltoterapia, a otra se le realizó Cobaltoterapia sólo porque, al momento de la histerectomía, se sospechó un estadio III, pero las biopsias de parametrios fueron negativos. La tercera recibió radioterapia más hormonoterapia, por contraindicación médica para cirugía y falleció a los dos años con Metástasis Pulmonares (TABLA No. 13). En estos casos de estadio II la tendencia actual es realizar tratamiento quirúrgico sin Radioterapia previa, para un mejor estadiaje quirúrgico, pues se ha encontrado que los estadios II con un grado III tienen en un alto porcentaje de metástasis Extrapelvicas (21). En los estadios avanzados III-IV (3 pacientes) en nuestro trabajo, una recibió tratamiento con ciru-

gía más Cobaltoterapia postoperatoria (fue llevada a sala por masa pélvica sin un Legrado previo y sin la sospecha de que tuviera un Cáncer de Endometrio). Las otras dos pacientes fueron diagnósticos de autopsia. Una fue un hallazgo casual y la otra llegó en estado terminal pero se sospechó el diagnóstico antes de su muerte. En los estadios avanzados III y IV la cirugía está indicada para evitar el foco de propagación (estadio III) Como coadyuvante de la radioterapia y en los estadios IV para reducir la hemorragia uterina, en algunos casos para disminuir la masa tumoral. Se ha utilizado la aplicación de progestinas como coadyuvante en el tratamiento de los estadios avanzados a altas dosis y por largo tiempo (12-21-16); se ha preconizado el uso de diversas drogas citóticas para el tratamiento quimioterápico del Cáncer de Endometrio (14-25) como Ciclofosfamida, Cisplatinum y Doxorubicin obteniéndose resultados parcialmente buenos en los estadios avanzados con 60% de mejoría clínica y un 33% de regresión total o parcial del tumor (12-14). Sin embargo en este tipo de terapia no hay experiencia en Costa Rica. En nuestro hospital se han utilizado las progestinas en altas dosis en algunos casos, pero sin realizar estudio de receptores hormonales para determinar hasta que punto pueden responder estas pacientes como se ha descrito en algunos estudios (12-21-2). La sobrevivida global a 2 años en nuestro estudio fue de 16 pacientes de 20 que se pudieron incluir en este parámetro, lo que corresponde a un 80% y la sobrevivida a 5 años fue 4 a 6 pacientes que se diagnosticaron en el año 1982 lo que corresponde a un 66% de sobrevivida en todos los estadios. No se realizó la estimación de sobrevivida en relación a penetración miometrial ni a grado histológico porque el número de casos es pequeño y no daría resultados estadísticamente significativos (TABLA No. 14).

TABLA No. 14 CARCINOMA DE ENDOMETRIO
SOBREVIDA GLOBAL

	No.	%
SOBREVIDA A 2 AÑOS	16/20*	80
SOBREVIDA A 5 AÑOS	4/6*	66

* TOTAL DE CASOS CONSIDERADOS

RESUMEN

Se revisa el cáncer de endometrio manejado en

el Departamento de Ginecología Oncológica del Hospital Calderón Guardia en el período comprendido entre 1982-1986, siguiendo las pautas dictadas por las normas de Oncología, con una sobrevivencia a 2 años de 80% y a 5 años de 66% para todos los estadios.

REVIEW

We analyze the cases of endometrial cancer treated in the gynecological Oncology Department of the Calderón Guardia Hospital during the period of 1982-1986, following the rules of the "Normas de Oncología", with a survival of 80% at 2 years and 66% at 5 years for all the stages.

BIBLIOGRAFIA

1. Boronow C. et al "SURGICAL STAGING IN ENDOMETRIAL CANCER: CLINICAL PATHOLOGIC FINDINGS OF A PROSPECTIVE STUDY". *Obstet Gynecol* 63: 325, 1984.
2. Brush, King and Taylor "ENDOMETRIAL CANCER". Baillière Tindall, 1978. London.
3. Creasman W. T., Disaja P.J. "PRONOSTIC SIGNIFICANCE OF PERITONEAL CYTOLOGY IN PATIENTS WITH ENDOMETRIAL CANCER AND PRELIMINARY DATA CONCERNING THERAPY WITH INTRAPERITONEAL RADIO PHARMACEUTICALS". *Am J. Obstet Gynecol*, 141: 921, 1981.
4. Creasman W. T., Rutledge F. "THE PRONOSTIC VALUE OF PERITONEAL CYTOLOGY IN GYNECOLOGIC MALIGNANT DISEASE". *Am Jr. Obstet and Gynecol* 110: 773, 1971.
5. Dunn L. J., et al "ENDOCRINE FACTORS OF ENDOMETRIAL CARCINOMA. A. PRELIMINARY REPORT". *Am Jr. Obstet Gynecol* 97: 465, 1967.
6. Davis E. W. "CARCINOMA OF THE CORPUS UTERI: A STUDY OF 525 CASES AT THE NEW YORK HOSPITAL" (1932-1961). *Am Jr. Obstet Gynecol* 88: 163, 1964.
7. Ferenczy A. et al "OUTPATIENT ENDOMETRIAL SAMPLING WITH ENDOCITE: COMPARATIVE STUDY OF ITS EFFECTIVENESS WITH ENDOMETRIAL BIOPSY". *Obstet and Gynecol* 63: 295, 1984.
8. Ginsberg N. A., Padleck R. et al "DIAGNOSTIC RELIABILITY OF MI MARK TECHNIQUE IN ENDOMETRIAL NEOPLASIA". *Obstet and Gynecol* 62: 225, 1983.
9. Gravlee L. C. Jr. "JET IRRIGATION METHOD FOR THE DIAGNOSIS OF ENDOMETRIAL ADENOCARCINOMA". *Obstet and Gynecol* 34: 168 1969.
10. Gusberg S.B. "THE EVOLUTION OF MODERN TREATMENT OF CORPUS CANCER". *Cancer* 38: 603, 1976.
11. Gusberg S. B. Kaplan A. L. "PRECURSOR OF CORPUS CANCER AND ADENOMATOUS HIPERPLASIA AS STAGE 0" *Am Jr. of Obstet and Gynecology* 87: 662, 1963.
12. Gusberg S. B. Muevhill M. N. "ENDOMETRIAL CANCER". *Clinics in Obstetrics and Gynecology* W. B. Saunders Co. Vol. 13, 1986.
13. Hasumik et al "COMPUTED TOMOGRAPHY IN THE EVALUATION AND TREATMENT OF ENDOMETRIAL CANCER". *Cancer* 50: 904, 1982.
14. Horton J. et al "COMBINATION CHEMOTHERAPY FOR ADVANCED ENDOMETRIAL CANCER". *Cancer* 49: 2441, 1982.
15. Hricak H. et al "GYNECOLOGIC MASSES: VALUE OF MAGNETIC RESONANCE IMAGING" *Am Jr. Obstet and Gynecol* 153: 31, 1985.
16. Huber H. et al "RADIOSENSITIZING EFFECTS OF MEDROXYPROGESTERONE ACETATE ON ENDOMETRIAL CANCER CELLS IN VITRO". *Cancer* 54: 999, 1984.
17. Keettel W. C., Pixley E., et al "EXPERIENCIA WITH PERITONEAL CYTOLOGY IN THE MANAGEMENT OF GYNECOLOGIC MALIGNANCIES". *Am J. Obstet and Gynecol* 4: 174, 1974.
18. Kurman R. J. et al "EVALUATION OF CRITERIA FOR DISTINGUISHING ATYPICAL ENDOMETRIAL HIPERPLASIA FROM WELL DIFFERENTIATED ADENOCARCINOMA". *Cancer* 49: 2547, 1982.
19. Mann W. J. "PRELIMINARY IN VITRO STUDIES OF NUCLEAR MAGNETIC RESONANCE SPIN LATTICE RELAXATION TIMES AN THREE DIMENSIONAL NUCLEAR MAGNETIC RESONANCE IMAGING IN GYNECOLOGIC ONCOLOGY". *Am Jr. of Obstet and Gynecol* 148: 91, 1984.

20. Mattingly R. F. "GINECOLOGIA OPERATORIA". Quinta Edición. Editorial El Atenco. P: 677, 1980. Barcelona.
 21. Malboubi E., Eyer N. R., et al "HIPERPLASIA Y NEOPLASIAS ENDOMETRIALES". Clínica Obst. y Ginecológica Vol. I. 1982.
 22. Morrow P. C., Duane E. "SYNOPSIS OF GYNECOLOGIC ONCOLOGY". Second Edition John Wiley and Sons, 1981 New York.
 23. Obayomi O., et al "TREATMENT OF ENDOMETRIAL CARCINOMA WITH RADIATION THERAPY ALONE". Cáncer 49: 2466, 1982.
 24. Patanaphan V. et al "WHAT CAN BE EXPECTED WHEN RADIATION THERAPY BECOMES THE ONLY CURATIVE ALTERNATIVE FOR ENDOMETRIAL CANCER". Cáncer 55: 1462, 1985.
 25. Piver M. S. et al "MELPHALAN, 5 FLUORACIL AND MEDROXYPROGESTERONE ACETATE IN METASTATIC ENDOMETRIAL CARCINOMA". Obstet Gynecol 67: 261, 1986.
 26. Robbins S. L., Cotran R. S. "PATOLOGIA ESTRUCTURAL Y FUNCIONAL". Segunda edición interamericana, P: 1.182, 1984.
 27. Speroff L. et al "GYNECOLOGY ENDOCRINOLOGY AND INFERTILITY". P: 224, Williams and Wilkins Co. U.S.A., 1983.
 28. Zucker P. Kudson K., Feldstein M.L. "THE VALIDITY OF PAP SMEAR PARAMETERS AS PREDICTORS OF ENDOMETRIAL PATHOLOGY IN MENOPAUSAL WOMEN". Cáncer 56: 2256, 1985.
 29. Weigensberg I.J. "PREOPERATIVE RADIATION THERAPY IN STAGE I. ENDOMETRIAL ADENOCARCINOMA". Cáncer 53: 242, 1984.
-