

# Análisis retrospectivo del cáncer de endometrio en Alcalá de Henares en el período octubre 1996-diciembre 1999

J.A. Solano  
A. Nieto  
E. Tello  
S. Mateos  
C. López de la  
Manzanara

Servicio  
de Obstetricia  
y Ginecología  
Hospital Universitario  
"Príncipe de Asturias"  
Alcalá de Henares  
Madrid

## Resumen

El objetivo fue analizar la casuística y la evolución del cáncer de endometrio desde octubre de 1996 hasta diciembre de 1999 en el Hospital Universitario Príncipe de Asturias de Alcalá de Henares.

Se trata de un trabajo retrospectivo. Se revisaron 52 casos de cáncer de endometrio. En todos los casos se realizó cirugía, no considerándose la edad por ser causa de inoperabilidad. Recibieron radioterapia 18 casos (37,5%).

La edad media fue de  $61,52 \pm 11,51$  años, con un tiempo medio de seguimiento de  $18 \pm 16$  meses (1-39). La mayoría de los tumores eran diagnosticados en estadio I (71,15%). Histológicamente, el 90,49% correspondían al tipo endometriode. Un 15,3% de las pacientes presentaban tumores coincidentes, especialmente cáncer de mama. La remisión completa tras el tratamiento inicial se ha obtenido en el 94,23% de los casos.

Se encuentran vivas 51 de las 52 pacientes del estudio, 4 de ellas presentan algún tipo de recidiva-metástasis, con una media de aparición de las mismas de 13,5 meses (12-15).

El diagnóstico del cáncer de endometrio suele realizarse en estadios tempranos. La cirugía supone el tratamiento primario primordial, y las tasas de supervivencia, en la actualidad, suelen ser altas.

**Palabras clave:** Cáncer endometrial. Tratamiento. Cirugía. Estudios retrospectivos.

## Summary

The objective was to analyze the casuistic and the evolution of the endometrial cancer from October of 1996 until December of 1999 in the Hospital Universitario Príncipe de Asturias of Alcalá de Henares.

It is a retrospective study. 52 cases of endometrial cancer were revised. In all the cases they were carried out surgery, not being considered the age by reason of inoperability. They received radiotherapy in 18 cases (37,5%).

The mean of age was of  $61,52 \pm 11,51$  years, with an average time of pursuit of  $18 \pm 16$  months (1-39). Most of the tumours were diagnosed in stadium (71,15%). In relation to pathology, 90,49% were of endometrial type. A 15,3% of the patients presented coincident tumours, especially breast cancer. The complete remission after the

initial treatment has been obtained in 94,23% of the cases.

They are alive 51 of the 52 patients of the study, 4 of them present some relapse type metastasis, with a stocking of appearance of the same ones of 13,5 months (12-15). The diagnosis of the endometrial cancer is usually carried out in early stadiums. The surgery supposes the primordial primary treatment, and the survival rates, at the present time, they are usually high.

**Key words:** Endometrial cancer. Treatment. Surgery. Retrospective-Studies.

## Introducción

El carcinoma de endometrio constituye una de las neoplasias malignas más frecuentes de la pelvis femenina con diferencias geográficas y raciales.

La incidencia en España es de 9,6 / 100.000 mujeres / año<sup>1,2</sup>. Se presenta durante los años reproductivos y menopausia. La edad media es de 61 años, su mayor frecuencia es por encima de los 50 años, con pico entre los 70 y 74 años, descendiendo después. Aproximadamente un 5% de mujeres tendrán un adenocarcinoma antes de la menopausia<sup>3</sup>. En países desarrollados se considera el cáncer genital más frecuente si bien en el mundo, en general, es el segundo tras el de cérvix<sup>2</sup>.

La manifestación hemorrágica temprana condiciona que la mayoría de los diagnósticos se realicen en estadios iniciales. El tratamiento fundamentalmente es quirúrgico con asociación de radioterapia, y la quimioterapia queda en un segundo plano. El pronóstico del cáncer de endometrio, en general, no es malo, fundamentalmente debido a su diagnóstico en estadios iniciales.

El objetivo del presente trabajo es analizar la casuística y evolución del cáncer de endometrio en el período 1996-1999 en el Hospital Universitario Príncipe de Asturias.

Correspondencia:  
Dr. Juan A. Solano Calvo  
C/ Layna Serrano 20 B, 1º A  
19002 Guadalajara  
E-Mail: jsolanoc@sego.es

## Material y método

Se trata de un trabajo retrospectivo de seguimiento desde octubre de 1996 hasta diciembre de 1999, realizado en el Hospital Universitario Príncipe de Asturias de Alcalá de Henares. Alcalá de Henares y Torrejón de Ardoz constituyen el área sanitaria número 3 dentro de la Comunidad Autónoma de Madrid. Se trata de un espacio industrial-urbano en torno a la carretera nacional II (Madrid-Barcelona), con una población de 234.685 habitantes (116.578 mujeres) y que alberga alrededor de un 5% de la población de la región en una extensión del 5% de la misma, y se erige en una área de las más jóvenes. La altitud es de 588m sobre el nivel del mar, tiene un clima continental con una temperatura media en enero (mes más frío) de 5,1° y en julio (mes más caluroso) de 26°, siendo la media anual de 13,6°.

Se revisan 52 casos de carcinoma de endometrio con anatomía patológica comprobada. El principal método diagnóstico ante una metrorragia sospechosa consistió en histeroscopia más biopsia de endometrio

Seguimiento y criterios de respuesta: al tercer y sexto mes, pasando luego a una cadencia de 6 meses.

Para la valoración de la respuesta se han seguido los criterios de remisión completa (RC) si no había signo clínico alguno de enfermedad, remisión parcial (RP) si la tumoración disminuía en un 50% o más, al menos durante un mes y estabilización (E) y progresión (P) si la tumoración aumentaba en un 25% o más.

## Resultados

### Datos generales

La edad media fue de 61,52 ± 11,51 años, con un tiempo medio de seguimiento de 18 ± 16 meses (1-39). La media de aparición ha sido de 17 casos nuevos / año, lo que supone una incidencia local de 14,5 nuevos casos / año / 100000 mujeres (Tabla 1).

| Grado Histológico          | Sin infiltración miometrial |            | 1/3 |            | > 1/3 |            | Total |            |
|----------------------------|-----------------------------|------------|-----|------------|-------|------------|-------|------------|
|                            | N                           | Porcentaje | N   | Porcentaje | N     | Porcentaje | N     | Porcentaje |
| Bien diferenciado          | 8                           | 25,8%      | 14  | 45,16%     | 9     | 29%        | 31    | 59,61%     |
| Moderadamente diferenciado | -                           | 0          | 4   | 30,76%     | 9     | 69,23%     | 13    | 25%        |
| Mal diferenciado           | 1                           | 12,5%      | 1   | 12,5%      | 5     | 62,5%      | 8     | 15,38%     |

## Diagnóstico

La mayoría de los tumores eran diagnosticados en estadio I (71,15%), y eran, respectivamente, del 11,53% y del 17,30% para los estadios II y III, no habiéndose detectado ningún caso en estadio IV.

Histológicamente, el 90,49% eran endometrioides, 7,6% papilares serosos y 1 carcinoma insitu. En cuanto al grado histológico, el 63% eran bien diferenciados, el 21,7% moderadamente diferenciados y el 15,2% mal diferenciados (Tabla 2).

## Tratamiento

Se realizó cirugía en el 100% de los casos. Posteriormente al tratamiento quirúrgico se aplica radioterapia en los casos indicados (37,5%).

- Cirugía convencional consistente en Histerectomía más doble anexectomía más linfadenectomía pélvica (o muestreo) y lavados peritoneales en el 72,9%.  
Cirugía vaginal más doble anexectomía se realizó en 4 casos (8,3%), 3 Histerectomías subtotales y en 10 casos (20%) tratamiento combinado Laparoscópico-vaginal.
- Radioterapia. Se realizó en 18 casos (37,5%).
- Quimioterapia. Se aplicó en 3 casos, uno de ellos por su asociación a Ca inflamatorio de mama.
- Hormonoterapia. Se instauró en un sólo caso con MPA 500mgr/día.

| Estadios | N  | Porcentaje |
|----------|----|------------|
| I        | 37 | 71,15%     |
| a        | 11 | 29,72%     |
| b        | 17 | 45,94%     |
| c        | 9  | 24,32%     |
| II       | 6  | 11,53%     |
| III      | 9  | 17,30%     |
| IV       | 0  |            |

Tabla 1.  
Cáncer de endometrio.  
Distribución por estadios según la FIGO

Tabla 2.  
Cáncer de endometrio.  
Grado histológico e infiltración miometrial (n=52 piezas quirúrgicas)

## Evaluación del seguimiento

El seguimiento de las pacientes hasta la fecha de este trabajo arroja un sólo caso de fallecimiento. Las 51 pacientes restantes (98%) se encuentran vivas. De éstas, 47 (92%) se encuentran libres de enfermedad y 4 (8%) presentan alguna recidiva-metástasis. Dos casos de recidiva vaginal tratadas con cirugía y radioterapia respectivamente y 2 casos de metástasis, una hepáticas y pulmonares (aparición a los 12 meses) y el otro caso metástasis pulmonares múltiples (15 meses).

## Discusión

La incidencia local en nuestro medio es sensiblemente inferior a la publicada para EEUU<sup>1,2</sup>, y este dato puede sugerir que, en nuestro medio, no estaríamos expuestos a los mismos elementos carcinogénicos, además del predominio claro de población mediterránea en nuestra área. La edad media de nuestras pacientes no difiere de las comunicadas por otros autores<sup>3</sup>.

A pesar de que no existe ningún método eficaz que satisfaga los criterios convencionales, para un buen examen de selección, el diagnóstico del cáncer de endometrio suele ser en estadios iniciales<sup>4</sup>, sobre todo por sus manifestaciones hemorrágicas tempranas.

La histeroscopia + biopsia dirigida es el método ideal y permite una visualización directa de la cavidad y realizar una biopsia dirigida<sup>5</sup>.

El tratamiento del adenocarcinoma de endometrio es básicamente quirúrgico. Se ha visto que hay mayor supervivencia en aquellas pacientes en las que se ha realizado un tratamiento quirúrgico adecuado<sup>6</sup>.

La combinación del acceso laparoscópico con la vía vaginal permite la consecución, con menos riesgo para la paciente, de todos los objetivos que, hoy en día, se estima debería formar parte de todo plan lógico de tratamiento del adenocarcinoma de endometrio<sup>7-9</sup>. Los estudios preliminares del tratamiento laparoscópico/transvaginal parecen demostrar que las tasas de recurrencia y supervivencia a tres años son similares a las del abordaje abdominal tradicional en el estadio I del carcinoma de endometrio<sup>10</sup>.

La adición de radioterapia postoperatoria va en función del grado de infiltración miometrial, y se tiende a aplicar siempre que existe algún grado de afectación del músculo y en algunas recidivas<sup>11,12</sup>.

La quimioterapia y hormonoterapia quedan relegadas a un segundo plano<sup>13</sup>.

## Bibliografía

1. Miller BA, Ries LAG, Hankey BF (eds). *SEER Cancer Statistics Review: 1973-1990*. National Cancer Institute. Bethesda, MD: NIH, 1993; 93:2789.
2. Parker SL, Jong T, Wingo PA. Cancer Statistics, 1996. *Cancer J Clin* 1996;46:5-27.
3. Crissman JD, Azoury RS, Barnes AE, Schellhas HF. Endometrial cancer in women 40 years of age or younger. *Obstet Gynecol* 1981;57:699-704.
4. American College of Obstetricians and Gynecologists Report of Task Force on Routine Cancer Screening. *ACOG Committee Opinion* 68. Washington DC: ACOG, 1989.
5. Gimpelson RJ, Rappold HO. A comparative study between panoramic hysteroscopy with directed biopsies and dilation and curettage: a review of 276 cases. *Am J Obstet Gynecol* 1988;158:489-92.
6. Maggino T, Romagnolo C, Landoni F, Sartori E, Zola P, Gadducci A. An Analysis of approaches to the management of Endometrial Cancer in North America: A CTF Study. *Gynecol Oncol* 1998;68:274-9.
7. Hidlebaugh DA, Orr RK. Staging endometrioid adenocarcinoma. Clinical and financial comparison of laparoscopic and traditional approaches. *J Reprod Med* 1997;42(8):482-8.
8. Dottino PR, Tobias DH, Deddoe A, Golden AL, Cohen CJ. Laparoscopic lymphadenectomy for gynecologic malignancies. *Gynecol Oncol* 1999;73(3):383-8.
9. Mettler L. Indications for laparoscopic surgery in cases of gynecological malignancies (endometrial cancer). *Int Surg* 1996;81(3):266-70.
10. Magriña JF, Mutone NF, Weaver AL, Magtibay PM, Fowler RS, Coenella JL. Laparoscopic Lymphadenectomy with bilateral salpingo-oophorectomy for endometrial cancer: morbidity and survival. *Am J Obstet Gynecol* 1999;181(2):376-81.
11. Greven KM, Corn BW, et al. Which prognostic factors influence the outcome of patients with surgically staged endometrial cancer treated with adjuvant radiation? *Int J Radiation Oncology Biol Phys* 1997;39(2):413-8.
12. Irwin C, Levin W, et al. The role of adjuvant radiotherapy in carcinoma of the endometrium-Results in 550 patients with pathologic stage I disease. *Gynecologic Oncology* 1998;70:247-54.
13. Morrow CP, Bundy B, Homesley H, et al. Doxorubicin as an adjuvant following surgery and radiation therapy in patients with high-risk endometrial carcinoma, stage I and occult stage II: A Gynecologic Oncology Group study. *Gynecol Oncol* 1990;36:166.