

Diagnóstico precoz del adenocarcinoma de endometrio en atención primaria

Teresa Orte¹
 Francesc Alameda²
 Pere Fuste³
 Pilar Prieto¹
 Ricardo Rubio¹
 Ramon Carreras³

¹Passir Ramon Turró

²Departamento de Obstetricia y Ginecología

³Servicio de Anatomía Patológica Hospital del Mar Barcelona

Resumen

Según las proyecciones realizadas por el Instituto Nacional de Estadística INE para el 2020 las españolas seguirán estando, con 85,1 años, entre las mujeres con mayor esperanza de vida de todo el mundo.

La metrorragia posmenopáusica es motivo de consulta muy frecuente en consulta ginecológica. Siempre hay que descartar la presencia de patología maligna de endometrio. El adenocarcinoma de endometrio es la patología neoplásica mas frecuente en países industrializados y representa la cuarta neoplasia después de mama, pulmón y colon. La edad media de aparición es de 60 años.

El caso que presentamos, corresponde a una mujer de 68 años, asintomática, sin factores de riesgo, en la que por exploración clínica evidenciamos la presencia de aumento de moco cervicovaginal de aspecto hiperestrogénico. La citología vaginal nos informo de frotis trófico en una mujer posmenopáusica. En base a este resultado se solicito ecografía transvaginal que informo de hallazgo compatible con patología endometrial. Se confirma el diagnóstico de adenocarcinoma de endometrio por aspirado endometrial con cánula de Cornier. La paciente fue remitida al Departamento de oncología donde, tras el estudio de extensión y estadificación clínica Estadio IC de la FIGO se realizo histerectomía abdominal total con doble anexectomía mas linfadenectomía pélvica bilateral.

Palabras clave: Adenocarcinoma de endometrio. Citología vaginal. Moco estrogénico. Ecografía transvaginal.

Summary

According to the projections made by the Spanish National Institute of Statistic (INE), for the 2020, Spanish women will continue being, with 85.1 years, between the women with greater life expectancy worldwide

Postmenopausal bleeding is the main consultation symptom in gynecology; in this context, It is mandatory to discard the presence of malignant endometrial pathology, in women, of industrialized countries endometrial carcinoma represents the fourth neoplasia in frequency, after breast, pulmonary and colic neoplasias.

The present case is an asymptomatic woman, without risk factors for endometrial carcinoma, whose clinical exam showed increased cervico-vaginal mucus of hyperestrogenic aspect. A cervico-vaginal cytology showed

estrogenic effect; transvaginal ultrasound scan demonstrated suspicious of endometrial adenocarcinoma. An endometrial biopsy was made with a Cornier cannula that confirmed the diagnosis of adenocarcinoma. The patient was sent to the Department of Obstetrics and Gynecology. After the study of extension, the patient was submitted to hysterectomy, bilateral anexectomy, and bilateral pelvic lymphadenectomy. The histopathologic study confirmed the diagnosis.

Key words: Transvaginal ultrasound scan. Cervico-vaginal cytology. Strogenic mucus. Endometrial carcinoma.

Introducción

En las últimas décadas, ha aumentado la incidencia del cáncer de endometrio. Su historia natural se inicia con lesiones hiperplásicas en buena parte de los casos, siendo su causa generalmente el hiperestrogenismo.

El adenocarcinoma de endometrio es la neoplasia mas frecuente del aparato genital femenino. La edad de máxima incidencia oscila entre 55y 65 años con una media de 60 años. Un 20-25% de casos ocurren en mujeres perimenopáusicas y 3-5% en mujeres jóvenes menores de 40 años.

La metrorragia posmenopáusica es el síntoma mas precoz, sin embargo un 7,5% de canceres de endometrio en estadio I son asintomáticos

Caso clínico

Mujer de 68 años, que acude al centro de Atención Primaria para seguir controles ginecológicos periódicos. La paciente no refiere hábitos tóxicos, relata una historia de ulcus gástrico que trata farmacológicamente y una hipercolesterolemia controlada con dieta. La historia ginecológica muestra una menarquia

Correspondencia:
 Teresa Orte Sanz
 Passir Ramon Turró
 Ramón Turró, 337
 Barcelona
 E-mail:
 teresaorte@hotmail.com

Figura 1.
Masa Hiperecogénica con
áreas anecoicas en su
interior. Endometrio
engrosado 24mm
hiperefringente

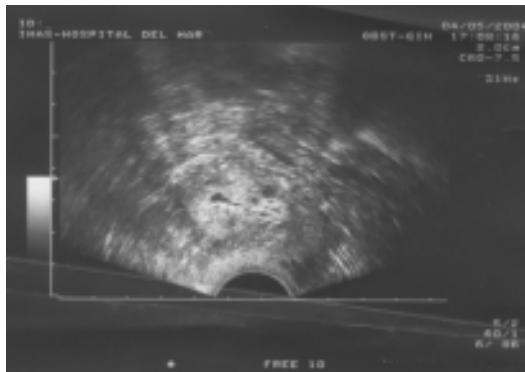
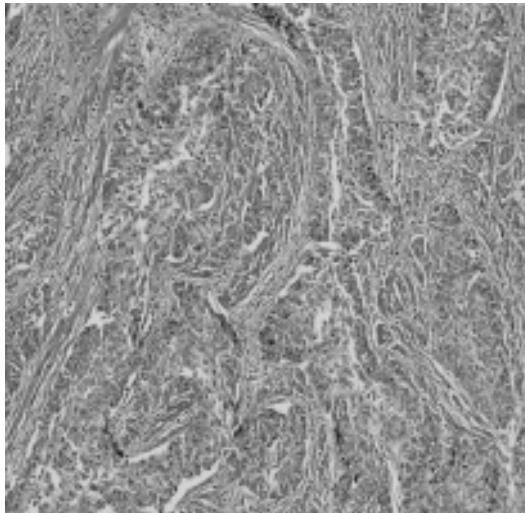


Figura 2.
Adenocarcinoma
endometriode infiltrado
en miometrio. (HEZOX)



a los 13 años, menopausia a los 55 años. Fórmula paritaria TEPAL 4004. La paciente no había recibido tratamiento hormonal sustitutivo. Peso 58,5; Talla 1,58.

Exploración ginecológica: Tacto bimanual, útero de tamaño, forma y movilidad normal, zonas anexiales no se explora patología. Al realizar citología vaginal se visualiza aumento de moco de aspecto estrogénico

Se practica una citología cérvicovaginal que informa de ausencia de malignidad y frotis estrogénico. En base a estos resultados se solicita una citología transvaginal para despistar la posibilidad de patología endometrial. La ecografía transvaginal evidencia un endometrio engrosado (24mm) e hiperefringente (Figura 1). Se procede a la realización de aspirado endometrial con cánula de Cornier. El estudio histológico revela la aparición de fragmentos de mucosa endometrial con cambios de atipia epitelial y mitosis que sugieren la presencia de un adenocarcinoma de endometrio.

Desde el Centro de Atención Primaria es remitida al Departamento de Obstetricia y Ginecología. La exploración de la paciente presenta un útero de características normales con parametrios libres. Como parte de la estadificación se realizó una resonancia Magnética Abdominal y Pélvica y muestra una neoplasia de endometrio con invasión del miometrio. Se practica histerectomía abdominal total con doble anexectomía y linfadenectomía pélvica bilateral.

El estudio anatomopatológico confirma la presencia de un adenocarcinoma endometriode, grado histológico I que afecta más del 50% del miometrio (Figura 2) sin afectación de endocervix (Estadio IC). En la linfadenectomía bilateral practicada se identifica un total 10 ganglios libres de invasión neoplásica.

El periodo postoperatorio cursa favorablemente y es dada de alta con buen estado general a los nueve días de la intervención quirúrgica. Se indica radioterapia postquirúrgica y la paciente está libre de enfermedad neoplásica al año de la intervención.

Discusión

Según datos publicados por la *American Cancer Society* en EEUU se diagnosticaron 36.000 casos en 1998, 37.500 en 1999 y 39.000 en el año 2002 con 6.600 fallecimientos en este último año. En España el carcinoma de endometrio es el cáncer ginecológico más frecuente en la mujer (6,7%) seguido de ovario (4,7%) y de cervix (4,5%)¹. En la Unión Europea el cáncer de endometrial representa el 5% de todos los cánceres en la mujer. La incidencia anual en Europa es de 15 casos por 100.000 mujeres y la mortalidad de 3 casos por 100.000 mujeres².

El riesgo de cáncer de endometrio en caso de sangrado en mujeres postmenopáusicas es de un 10%³.

La poca expresividad del endometrio junto con la protección que ejerce el cervix impiden un adecuado control de la cavidad uterina⁴.

Se han identificado diversos factores de riesgo, según varios estudios epidemiológicos para el adenocarcinoma de endometrio. La presencia de obesidad se ha observado entre el 20 y 75% de mujeres con ADCE⁵⁻⁶ un porcentaje también importante podría explicarse por falta de ejercicio físico⁷. La diabetes (hiperinsulinismo crónico) y la hipertensión arterial son factores de riesgo poco claros y en los que la obesidad podría desempeñar un papel importante⁸.

Las mujeres con menarquía precoz y/o menopausia tardía presentan más riesgo relacionado con la ma-

por exposición a los estrógenos⁹. Las mujeres con hijos presentan un menor riesgo, ya que durante los embarazos han estado expuestas al estímulo de la progesterona⁹.

El hiperandrogenismo ovárico podría ser el mecanismo que interrelacionara los factores de vida nutricional y el riesgo de cáncer de endometrio¹⁰.

La historia de ciclos anovulatorios, ciclos irregulares, siendo el ovario poliquístico y tumores funcionantes¹¹.

La THS no combinada se asocia a mayor incidencia de cáncer de endometrio¹².

El Tamoxifeno incrementa el riesgo de cáncer de endometrio¹³⁻¹⁵. Existe asociación entre cáncer de mama, colon, endometrio y ovario relacionado con el síndrome de Lynch tipo II¹⁶⁻¹⁷. La radioterapia en la zona pélvica puede incrementar el riesgo de carcinoma de endometrio¹⁸⁻⁹.

En el caso que presentamos no se identificó ningún factor de riesgo de los anteriormente mencionados. El diagnóstico precoz es relevante y fundamental en las pacientes que presentan factores de riesgo. La primera herramienta de la que disponemos es la realización de una amniasis detallada y una exploración ginecológica cuidadosa, observando todas las modificaciones fisiológicas que pueden aparecer en la mujer menopáusica, como fue nuestro caso a través de un aumento de moco vaginal con características de hiperestrogenismo y la citología vaginal con diagnóstico de frotis trófico más las pruebas complementarias llegamos al diagnóstico precoz de adenocarcinoma de endometrio. El manejo clínico correcto de las pacientes requiere diversas variables a tener en cuenta y van a determinar el pronóstico.

Cuando se asocian varias pruebas no invasivas en la mujer asintomática pero con sospechas de patología neoplásica éstas son de gran utilidad para el diagnóstico precoz de adenocarcinoma de endometrio, en Atención Primaria. Sin embargo el adenocarcinoma de endometrio sigue siendo un gran reto de diagnóstico.

Ningún estudio ha demostrado la utilidad (coste/eficacia) en el cribado endometrial por lo que no se recomienda en mujeres que no representan factores de riesgo¹⁸.

Se aconseja facilitar la información a las mujeres menopáusicas para que acudan a la consulta si presentan sangrados vaginales.

Bibliografía

1. Centro Nacional de Epidemiología Ambiental y Cáncer. Mortalidad por cáncer y otras causas en España, año 2000. Centro Nacional de Epidemiología. Disponible en: <http://193.146.50.130/cancer/cancer1.htm>.
2. Ferlay J, Bray F, Sankila R, Parkin DM. EUCAN: Cancer Incidence, Mortality and Prevalence in the European Union 1998, version 5.0. IARC Cáncer Base N° 4 Lyon:IARC Press, 1999 [consultado 17/03/2003]. Versión limitada disponible en: <http://www-dep.iarc.fr/eucan/eucan.htm>.
3. Rose PG. Endometrial carcinoma. *N Engl J Med* 1996; 335:640-9.
4. R. Labastida. Tratado y atlas de Histeroscopia.
5. Kjellgren O. Epidemiology and pathophysiology of endometrial carcinoma. *Acta Obstet Gynecol Scand Suppl* 1979;65:78-82
6. Jensen H. Relationship of premorbid state of nutrition to endometrial carcinoma. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1986;65:301-6.
7. Shu X-O, Zhen W, Potischman N, et al. A population based case-control study of dietary factors and endometrial cancer in Shanghai People's Republic of China. *Am J Epidemiol* 1993;137:155-65.
8. Gronoos M, Salmi TA, Vuorio MH, et al. Mass screening for endometrial cancer directed in risk groups of patients with diabetes and patients with hypertension. *Cancer* 1993;71:1279-82
9. Smith RA, Von Eschenbach AC, Wender R, Levin B, Byers T, Totheneberg D, et al. American Cancer Society guidelines for the early detection of cancer: update of early detection guidelines for prostate, colorectal, and endometrial cancers. Also: update 2001- testing for early lung cancer detection. *CA Cancer J Clin* 2001; 51:28
10. Kaak R, Lukanova A, Kurzer MS. Obesity, endogenous hormones, and endometrial cancer risk: a systematic review. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2002;11: 1531-43
11. Coulam CB, Anneyers JF, Krang JS. Chronic anovulation syndrome and associated neoplasm. *Obstet Gynecol* 1983;61:403-7.
12. Nelson HD, Humphrey LL, Nygren P, Teutsch SM, Allan JD. Postmenopausal hormone replacement therapy: scientific review. *JAMA* 2002;288:872-81.
13. Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group. Tamoxifen for early breast cancer: an overview of the randomised trials. *Lancet* 1998;351:1451-67.
14. Tamoxifen for early breast cancer. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003;Vol 3.
15. Schwartz Z, Oel G, Birchenfelcl A, Anteby 50, Schenken JG. Second primary malignancy in endometrial carcinoma patients. *Gynecol Oncol* 1985;22:40-5.

16. Hakala T, Mecklin JP, Forss M, Jarvinen H, Lehtovirta P. Endometrial carcinoma in the cancer family syndrome. *Cancer* 1991;68:1656-9.
17. Gallion HH, Van Nagell JR, Donaldson ES, Powell DE. Endometrial cancer following radiation therapy for cervical cancer. *Gynecol Oncol* 1987;27:76-83
18. Smith RA, Cokkinides V, Von Eschenbach, Levin B, Cohen C, Runowicz CD, *et al.* American Cancer Society guidelines for the early detection of cancer. *CA Cancer J Clin* 2002;52:8-22.