

Cáncer de endometrio

Autor Pilar García Enguita

- Epidemiología
- Etiopatogenia
- Diagnóstico
- Pronóstico
- Tipos histológicos
- Tratamiento
- Bibliografía

Epidemiología

El cáncer de endometrio es la neoplasia más frecuente del tracto genital femenino, habiendo aumentado su incidencia en el último siglo a la vez que descendía la del cáncer de cérvix. Pero a diferencia de éste cáncer, que presenta una mortalidad del 50% de los casos, o del de ovario, con una mortalidad del 85%, el cáncer de endometrio sólo presenta una mortalidad del 30% de los casos diagnosticados. Supone el 13% de los cánceres en mujeres con una incidencia en España de 7-13/100.000 mujeres y año. La edad más frecuente de presentación es entre los 55 y 59 años; sólo un 20% de los casos se diagnostican durante la premenopausia siendo excepcional antes de los 40 años.

Etiopatogenia

El factor etiopatogénico más importante es la estimulación endometrial por los estrógenos sin la oposición de la progesterona, ya sea por estrógenos exógenos o endógenos. Así se ha asociado a tratamiento hormonal sustitutivo (THS) sin gestágenos asociados, a tumores ováricos productores de estrógenos como los tumores de la teca-granulosa (y también a carcinomas ováricos endometrioides, aunque su patogenia no está suficientemente aclarada), a situaciones de anovulación como el síndrome de ovarios poliquísticos (amenorrea, menstruaciones irregulares y nuliparidad), síndrome de Turner y, la hemorragia uterina disfuncional de la perimenopausia y menopausia tardía.

Clásicamente se ha descrito en estas pacientes la triada de obesidad, diabetes e hipertensión arterial. La asociación con la obesidad es clara y se explica porque con el sobrepeso se ve aumentada la conversión periférica de andrógenos suprarrenales a estrógenos. La diabetes, en ausencia de obesidad, también aumenta ligeramente el riesgo relativo. En cambio, la hipertensión arterial no es factor de riesgo

independiente.

La mayor incidencia observada en países desarrollados y en el Japón parece ser consecuencia de factores ambientales como la dieta rica en grasas.

Dentro de los factores hormonales cabe destacar el tamoxifeno: parece asociar un aumento de los cánceres endometriales todavía sin demostrar ni saber el mecanismo etiopatogénico exacto de este fármaco sobre el endometrio. Por tanto, el tratamiento con tamoxifeno durante más de dos años exige control ginecológico de screening de cáncer de endometrio.

Otros factores de riesgo menos importantes son la radioterapia (p.e. ante castración radioterápica) y el sustrato genético pues en un 18-28% de los casos existe historia familiar de primer grado y no es excepcional que se asocie a cáncer de mama personal.

Existen factores protectores del cáncer endometrial como son la menarquia tardía, los anticonceptivos orales, los gestágenos y el hábito tabáquico.

Diagnóstico

Es fundamentalmente histológico a partir de material de una biopsia endometrial.

El punto más importante es mantener un bajo umbral de sospecha ante hemorragias uterinas anormales en toda mujer mayor de 40 años porque es el síntoma príncipes del cáncer de endometrio y de aparición habitualmente precoz y porque también se manifiesta de esta manera la hiperplasia adenomatosa, lesión que dejada a su libre evolución dará lugar a un cáncer y es reversible al tratamiento con gestágenos.

El primer método para llegar al diagnóstico es la ecografía vaginal, método incruento que permite descartar patología endometrial pero no llega al diagnóstico de certeza ante un endometrio anormal.

El estudio histológico puede ser realizado, de entrada, ambulatoriamente mediante la cánula de Cornier, pero ante una

hemorragia anormal y biopsia endometrial negativa se debe proseguir el estudio con legrado fraccionado o con histeroscopia y biopsia dirigida, siendo esta última técnica, el método diagnóstico de elección actualmente.

Se precisa de la histerectomía para el estadiaje.

Categorías TNM

Estadios FIGO

TX

No se puede evaluar el tumor primario

T0

No existen signos de tumor primario

Tis

0

Carcinoma in situ

T1

I

Tumor limitado al cuerpo

T1a

IA

Limitado a endometrio

T1b

IB

Invade la mitad del miometrio

T1c

IC

Invade más de la mitad del miometrio

T2

II

Tumor que invade cuello

T2a

IIA

Afectación exclusivamente glandular

T2b

IIB

Invade el estroma cervical

T3 y/o N1

III

Diseminación local y/o regional

T3a

IIIA

Invade serosa, anejos y/o citología peritoneal positiva

T3b

IIIB

Afectación vaginal

N1

IIIC

Afectación ganglios pélvicos o aórticos

T4

IVA

Invasión mucosa vesical o intestinal

M1

IVB

Metástasis a distancia

Cada uno de los estadios de la FIGO se subdivide según el grado de diferenciación del adenocarcinoma, en función del porcentaje de crecimiento sólido no escamoso o no morular, en:

G1 = 5% o menos

G2 = del 6 al 50%

G3 = más de un 50%

Factores pronósticos

Extensión y grado de diferenciación

El pronóstico del cáncer de endometrio depende de la presencia o ausencia de invasión de los ganglios pélvicos y para-aórticos, siendo inusuales las metástasis a distancia en ausencia de invasión ganglionar. Los factores asociados con la invasión ganglionar son:

-

Afectación del segmento bajo uterino

-

Grado de diferenciación tumoral

-

Profundidad de invasión miometrial

Existe correlación entre el grado de diferenciación y la invasión miometrial, siendo éste último parámetro, el factor pronóstico más importante.

Receptores de progesterona

La ausencia o un bajo número de receptores de progesterona asocia un peor pronóstico que suele ir asociado a un mayor grado tumoral y mayor profundidad de invasión miometrial.

Otros

Invasión vascular, ocho o más mitosis por campo de 10 aumentos. Oncogenes: sobreexpresión de HER-2/neuDNA ploidía , fracción de células en fase S.

Tipos celulares de carcinoma endometrial

1.-Endometriode (75%-80%)

Adenocarcinoma ciliado

Adenocarcinoma secretor

Papilar o villoglandular

Adenoacantoma o adenoescamoso

2.-Seroso papilar (<10%)

3.-Mucinoso (1%)

4.-De células claras (4%)

5.-Escamosocelular (<1%)

6.-Mixto (10%)

7.-Indiferenciado

Tratamiento

-

Estadios precoces (I y II de la FIGO): El tratamiento es quirúrgico, y si hay invasión de más de la mitad del espesor miometrial se asocia tratamiento coadyuvante con radioterapia y tratamiento hormonal.

-

Esdadios avanzados y recurrencias: Se intentará cirugía citorreductora pero el tratamiento de elección será el hormonal pudiéndose asociar, según los casos, radioterapia y quimioterapia.

TTº quirúrgico

Histerectomía total abdominal con doble anexectomía y lavado peritoneal. La linfadenectomía pélvico y para-aórtica se realiza ante pacientes delgadas o ante sospecha de ganglios linfáticos afectados. La histerectomía radical (con resección de parametrios) puede practicarse ante afectación del cérvix pero la evolución de la enfermedad es distinta que ante un cáncer primario de cérvix. La extirpación de manguito vaginal puede ser sustituida por la radioterapia. Actualmente, la indicación de histerectomía por vía vaginal está muy limitada pero es probable, en próximos años, que se realice con mayor frecuencia aunque asociándose a laparoscopia para valoración de la cavidad abdominal y eventual linfadenectomía.

TTº radioterápico

Tratamiento coadyuvante de primera elección. Puede ser braquiterapia y/o radioterapia externa habitualmente postoperatoria.

TTº hormonal

Tratamiento coadyuvante. De elección se utiliza 1gr de acetato de medroxiprogesterona semanal durante un año (asocia riesgo cardiovascular).

TTº quimioterápico

Se utilizan antraciclinas en asociación con otros quimioterápicos; pero su eficacia en el cáncer de endometrio es muy limitada y ocasionan, en estas pacientes (con elevada edad y frecuentemente obesas, diabéticas e hipertensas), importante morbilidad por lo que sus indicaciones son muy limitadas.

Bibliografía

-

Lambert ME, Blake PR: "Gynaecological Oncology". Ed. Oxford, New York, 1.992.

-

"Atlas TNM. Guía ilustrada de la clasificación TNM/pTNM de los tumores malignos" Ed. Springer-Verlag Ibérica, Barcelona 1.998.

-

"Jones III HW, Wentz AC, Burnett LS: "Tratado de Ginecología de Novak" 11ª edición. Ed. Interamericana, México, 1.991.

-

Manzano Villalba MS, Guijarro Ponce JA: "Carcinoma de cuerpo uterino" en Manual del Residente de Obstetricia y Ginecología. Ed. Smithkline-Beecham, 1.997.

Autora: Dra. Pilar García Enguita - Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Obispo Polanco