

Cáncer de endometrio

Es una neoplasia glandular maligna que se origina en el endometrio, generalmente parece estar relacionado con una estimulación estrogénica crónica del endometrio no contrabalanceada, por una fuente de estrógenos endógenos o exógenos.

Epidemiología

- Edad media de presentación de 58 años (entre 55 y 65 años).
- Hay una asociación con cáncer de mama y colon.
- Actualmente no hay métodos de tamizaje para este cáncer.

Toda situación que aumente exposición a estrógenos es un factor de riesgo: Obesidad, SOP, menopausia tardía, nuliparidad (ningún estado de anovulación) y tamoxifeno.

CUADRO VII. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL CÁNCER ENDOMETRIAL

Menarquía precoz
Menopausia tardía
Longitud "vida menstrual"
Infertilidad o nuliparidad
Obesidad
Tamoxifeno
Tratamiento estrogénico sustitutivo prolongado
Enfermedades ováricas (Tumores de las células de la granulosa-teca; SOP)
Dieta rica en grasa animal
Diabetes
Hipertensión arterial



ENARM 2023

Es la cuarta neoplasia ginecológica más frecuente en México

FR: uso de tamoxifeno en ca de mama, terapia hormonal, obesidad, diabetes, ventana estrogenica prolongada

Supervivencia del 80% si se detecta en etapas tempranas.

Tipo 1 (Adenocarcinoma endometriode) 80 - 90%

- Se relaciona con estrógenos.
- Origen en hiperplasia endometrial.
- Responde a hormonoterapia.
- No expresa el HER2/Neu.
- Predominio bajo grado.
- Evolución lenta.
- Mutación PTEN.

Tipo 2 (Seroso – células claras) 10 - 20%

- No relacionado a estrógenos.
- No hay hiperplasia, inician en endometrios atróficos.
- Son de alto grados y agresivos.
- Expresan HER2/Neu.
- Sin mutación PTEN.

R

No existen métodos de pesquisa para cáncer de endometrio, se recomienda sólo en pacientes de alto riesgo como aquellas que son portadoras de mutaciones asociadas con síndrome de cáncer color rectal hereditario no polipósico (CCHNP)

E

El cáncer de Endometrio es una neoplasia que produce síntomas aún en sus estadios más precoces; el síntoma más común es sangrado uterino anormal. Del 1-5% de las pacientes pueden ser asintomáticas en el momento del diagnóstico.

Sospechar en pacientes con sangrado posmenopáusico o sangrado anormal + factores de riesgo asociados.

ENARM 2023

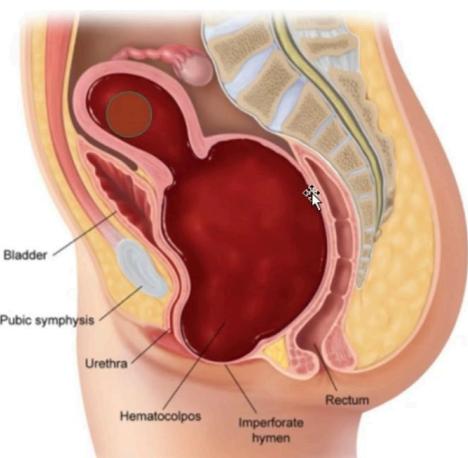


- El sangrado uterino anormal está presente en 75% de pacientes). En estadios avanzados se presenta la metrorragia en agua de lavar sangre.
- Las pacientes con sangrado persistente después de una evaluación, 10% de estas pacientes pueden presentar la enfermedad.
- Otros síntomas son: Dolor pélvico, piometra y hematometra.



CLÍNICA

- Sangrado uterino anormal en mujer postmenopáusica (75%)
- Dolor pélvico
- Piometra
- Hematometra (retención de sangre en útero)



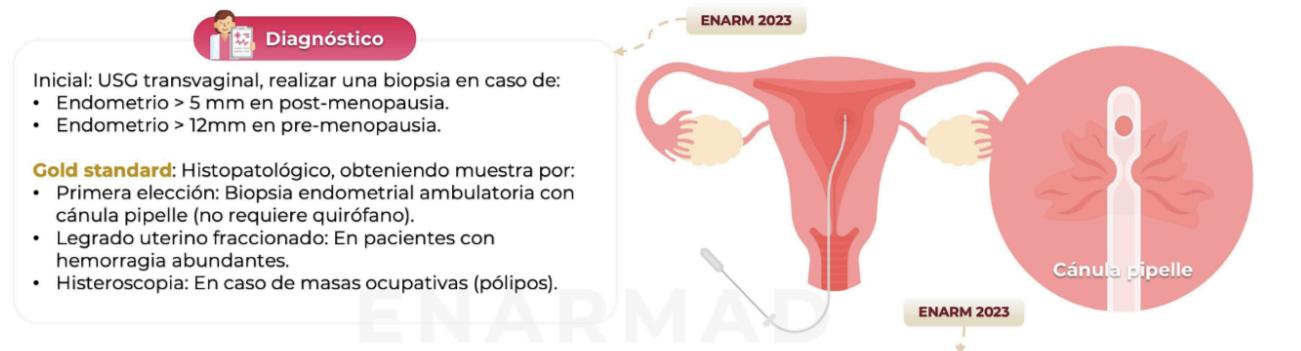
DIAGNÓSTICO

- USG transvaginal
 - Mujer con sangrado postmenopáusica
 - FR: peso > 90 kg, >45 años o con antecedente de hiperplasia endometrial atípica o cáncer endometrial

DX DEFINITIVO

USG transvaginal con toma de biopsia en caso de...

- Endometrio > 5 mm sintomática
- Endometrio > 12 mm asintomática
- Endometrio > 16 mm en mujer premenopáusica



OTROS ESTUDIOS:

- TAC o RM en sospecha de metástasis
- CA 125 si se sospecha extrauterino >>> sirve para monitorizar la respuesta clínica, se puede elevar falsamente

La estadificación de cáncer endometrial se realiza después de la cirugía (laparotomía exploradora + hysterectomía).

T. quirúrgico

E La cirugía implica la realización de laparotomía exploradora y estadificadora para Cáncer de endometrio la cual debe de incluir:

4. Lavado peritoneal,
5. hysterectomía extrafascial con salpingo-ooforectomía bilateral; linfadenectomía pélvica bilateral y para-aórtica.

En caso de estirpe de células claras, serosa-papilar o indiferenciados, se debe realizar además omentectomía y toma de biopsias peritoneales y de cúpula diafragmática.

Régimen de quimioterapia: Carboplatino / paclitaxel.

R Tratamiento adyuvante

Estadios de bajo riesgo de recurrencia: IA G 1 Y G2 histología endometriode. No requieren terapia adyuvante. Solo vigilancia.

R Para el estadio II la radioterapia pélvica + braquiterapia está indicada. Se puede omitir la radioterapia en caso de realizar hysterectomía radical de acuerdo a los factores de riesgo encontrados.

Tratamiento y estadificación posterior a cirugía		
Estadio I: Tumor en cuerpo uterino.	IA G1	Observación.
IA G2, G3	Observación o braquiterapia.	
II G1	Braquiterapia y/o teleterapia pélvica.	
II G2	Braquiterapia con teleterapia pélvica.	
II G3		
III A	Braquiterapia con teleterapia pélvica con quimioterapia.	
III B		
IIIC	Braquiterapia con teleterapia pélvica y paraórtica con quimioterapia.	
IV	Detumorización máxima Quimioterapia con o sin radioterapia.	
Estadio III: Extensión local y regional		
Estadio IV: Tumor afecta vejiga, mucosa rectal o metastasis.		

UTERINO CONFINADO A MIOMETRIO

UTERINO INVADE ESTROMA CERVICAL

EXTENSION LOCAL Y/O REGIONAL
A= VEJIGA
B= VAGINA
C= ANGLIOS

METS
A = RECTO
B= DISTANCIA

TRATAMIENTO QX

Estadio I

Laparotomía exploratoria etapificadora + lavado peritoneal + histerectomía extrafascial + salpingooforectomía bilateral + linfadenectomía pélvica bilateral y para aórtica

Estadio II

+ omentectomía + tomas de biopsias peritoneales y cúpula diafragmática

Estadio III

+ Radioterapia + quimioterapia

Estadio IV

Tratamiento paliativo

BAJO RIESGO	RIESGO INTERMEDIO	ALTO RIESGO
Tipo I, Estadio IA G1-2	Tipo I, Estadio IA G3	Tipo I, Estadio IB G3
SIN ADYUVANCIA	Tipo I, Estadio IB G1-G2	Tipo I, Estadio II G3
	Tipo I, Estadio II G1-G2	Cualquier Tipo II

RADIO

RADIO Y QUIMIO

TODO G3 QUIMIO Y
RADIO A MENOS QUE
SEA 1A

TODO G2 RADIO A
MENOS QUE SEA 1A