

Publicado en Seclaendosurgery.com (en línea) 2012, nº 40.

Disponible: http://seclaendosurgery.com/index.php?option=com_content&view=article&id=260&Itemid=242

Copyright © Secla Endosurgery. N° ISSN: 1698-4412

XI CONGRESO NACIONAL SECLA MADRID 2012 RESUMEN DE COMUNICACIÓN

Título:

REVISIÓN DEL CANCER DE ENDOMETRIO EN NUESTRO ÁREA: 1996-2011.

Autores:

Autor presentador:

María Dolores Rodríguez Garnica

Resto de autores:

Virginia García Pineda, Cristobal de Valle Corredor, Álvaro Zapico Goñi, Soraya Herón Iglesias.

Institución:

Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares, Madrid, España.

Resumen de comunicación:

Introducción:

Realizamos una revisión de 301 pacientes diagnosticadas de cancer de endometrio en nuestro centro.

Objetivo:

Describir la casuística del carcinoma de endometrio en nuestra población en los últimos dieciséis años, correlacionando la edad, estadio, tipo histológico, abordaje quirúrgico, tratamiento adyuvante, complicaciones intraoperatorias, postoperatorias y la evolución global.

Material y método:

Se realiza un estudio retrospectivo y descriptivo en una muestra poblacional de 301 pacientes intervenidas de carcinoma de endometrio en el Hospital Universitario Príncipe de Asturias de Alcalá de Henares, Madrid entre los años 1996-2011.

La información se obtuvo de las bases de datos nuestro hospital y del historial clínico de las pacientes, y efectuamos su análisis estadístico mediante el programa SPSS versión 15.0.

Resultados:

Se estudiaron 301 pacientes diagnosticadas de cáncer de endometrio en el período comprendido entre los años 1996-2011 siendo la media de edad al diagnóstico de $63 \pm 0,595$ (36-88) años

El estadio mas prevalente al diagnóstico fue el Ia en el 65,8% de las pacientes (198 casos), seguido del Ia, en un 16,3% de las pacientes (49 casos), siendo el menos prevalente el IVb, 0,7% (2 casos). El IMC medio fue de $31,4 \pm 0,408$ (18-53) kg/m², el 25,9% de las pacientes presentaban un IMC mayor de 35 (78).

En el 77,8% de los casos se realizó histerectomía, doble anexectomía y linfadenectomía(234). La media del número de ganglios obtenido fue de $8,10 \pm 0,361$ (0-28) y en el 5,5% de las pacientes resultaron positivos (13). El abordaje, en 72,1% de los casos (217 pacientes), fue laparoscópico y se

realizó laparotomía en 23,6% (71 pacientes), que corresponde a los primeros años de la serie. Se reservó la vía vaginal solo para aquellas pacientes (13) que presentaban un alto riesgo quirúrgico, 4,3% de los casos.

No hubo complicaciones intraoperatorias en el 84,7 % de las cirugías (255 casos), la estancia media fue de $5,01 \pm 0,21$ (2-33) días. En el 15,3% de los casos (46 pacientes) se presentaron complicaciones intraoperatorias, con una estancia media de $11,15 \pm 2,12$ (2-65) días siendo la más frecuentes la hemorragia de vasos menores. Se encontró un síndrome adherencial severo en el 7,3 % de las cirugías (22 casos) siendo necesaria la reconversión a laparotomía en 7% de los casos (21 casos). Durante el postoperatorio presentaron complicaciones el 37,9% (114 pacientes), siendo las más frecuentes la anemia en 14% de los casos (42 pacientes), la patología de la herida quirúrgica en el 5 % (15 casos) y la fiebre sin foco en el 4,7% (14 casos). Fue necesaria la transfusión el 12,3 % de los casos (37 pacientes).

Al comparar la laparotomía con la laparoscopia encontramos que hubo mayor número de complicaciones intraoperatorias en la laparoscopia, 17,5 % (38) frente a 11,3% (8 casos) en la laparotomía, siendo la más frecuente los problemas anestésicos, 5,1% (11). Las pacientes con laparotomía la complicación intraoperatoria más frecuente fue la hemorragia, en el 4,2% (3), fue mayor la necesidad de transfusión, 16,9% (12) frente a 10,1% (22), y la estancia media $7,96 \pm 0,643$ días (3-33) versus $5,31 \pm 0,49$ (2-65).

Las pacientes con un IMC mayor de 35 presentaron más complicaciones durante el postoperatorio, el 45,2% (33 casos), siendo las más frecuentes anemia 9,6% (7 casos) y la patología de la herida quirúrgica en el 8,2% (6) aunque la necesidad de transfusión fue menor (9,6% ,7 pacientes).

Respecto a la histología el más prevalente fue el adenocarcinoma endometriode en el 87,4% de los casos (263), seguido del papilar seroso con 5,6% (17 casos) y de los tumores müllerianos mixtos con 3,3% (10 casos).

En el 41,5% de los casos fueron adenocarcinomas bien diferenciados (125) y moderadamente diferenciado en el 40,5% (122 casos).

La supervivencia global fue del 85,7%, con una media de $139,8 \pm 3,932$ (132,12-147,5).

Al estudiar a las pacientes en función de los tipos histológicos, dividimos a las pacientes en 2 grupos: el primero con las pacientes con adenocarcinomas endometrioides (263 casos) y el segundo con las pacientes con tipos histológicos no endometrioides (38). La supervivencia en el primer grupo fue del 87,1% y en grupo de los no endometrioides del 76,3%.

Al dividir a las pacientes en estadios precoces (Ia Ib), y en estadios tardíos (II, IIIa, IIIb, IIIc, IVa, IVb), según la clasificación FIGO 2010, el 82% de las pacientes pertenecen al grupo estadio precoz (247 casos) y el 18% al de estadio tardío (54 casos).

En ambos grupos el abordaje laparoscópico fue el más frecuente (73,3% estadios precoces, 66,7% estadios tardíos) pero en el grupo de los estadios tardíos encontramos un mayor número de laparotomías (29,6%, 16 casos) y de complicaciones intraoperatorias (20,4%, 11 casos). Las más frecuentes fueron en el 5,6% de los casos problemas anestésicos (3) y cirugía incompleta en el 5,6% (3). También fue mayor el número de reconversiones a laparotomías 7,4%, (4 casos), frente al 6,9% (17 casos) en estadios precoces, y de transfusiones 24,1% (13 casos) frente a 9,7% en estadios precoces (24). La estancia media fue $5,7 \pm 0,45$ (2-65) en estadios precoces y $6,9 \pm 0,71$ (2-33) estadios tardíos.

Conclusiones:

El cáncer de endometrio es la neoplasia ginecológica más frecuente en los países desarrollados, con una incidencia en Estados Unidos de 43 470 casos por año y 7950 muertes por año [1]. Presenta un

pico de incidencia entre los 55 y 70 años, la edad media al diagnóstico es de 67 años [2,3]. En la mayoría de los casos se diagnostica en estadios iniciales y el pronóstico depende fundamentalmente de 3 parámetros: el tipo histológico, el grado histológico y la invasión miometrial.

El 80% de los casos se trata de un adenocarcinoma endometriode [4]. Suele asociarse a mujeres obesas con hiperlipidemias, anovulación [5] y ser precedido por hiperplasias complejas atípicas [4]. Tiene muy buen pronóstico, especialmente si se diagnostica en estadios iniciales. La supervivencia a los 5 años para grado histológico 1 y 2 es 87-93% y de 61% en los pobremente diferenciados [6]. En nuestro estudio el adenocarcinoma endometriode fue el más prevalente, en el 87,4% de los casos, diagnosticándose en estadios precoces en el 83,7% de los casos y con una supervivencia similar lo publicado en la bibliografía (87,1%).

El 20% restante serían carcinomas no endometrioides [4]. En este grupo estarían incluidos 2 tipos histológicos de peor pronóstico: el seroso papilar que representaría el 10% de los cánceres de endometrio con una supervivencia a los 5 años de 24-34% y el de células claras (5%) con una supervivencia a los 5 años del 42% [4, 6, 7]. En nuestra casuística estos 2 tipos histológicos son menos frecuentes, el seroso papilar se encuentra en el 5,6% , y el carcinoma de células claras en el 2,3% y presentaron una supervivencia mayor a la descrita en la literatura (76,3%).

El tratamiento quirúrgico consiste en histerectomía, doble anexectomía y linfadenectomía pélvica y paraaórtica.

En los casos de tumores bien diferenciados, con invasión miometrial menor al 50% y tipos histológicos de buen pronóstico (endometrioides Ia G1 G2) puede no realizarse linfadenectomía de rutina, ya que el riesgo de afectación ganglionar es muy bajo y la linfadenectomía no mejora la supervivencia libre de enfermedad ni la supervivencia global [6, 7, 8, 9, 10, 11]. Habrá que tener en cuenta también la morbilidad asociada en las pacientes añosas, obesas, diabéticas e hipertensas, por lo que minimizar el exceso de tratamiento es de suma importancia [6,9].

En aquellos tumores no endometrioides, con grado histológico alto e invasión miometrial mayor del 50% debe realizarse linfadenectomía debido al mayor riesgo de afectación ganglionar (Ib G2 21,01% G3 37,25%) [12], además ha demostrado aumentar la supervivencia libre de enfermedad y la supervivencia global [6, 7, 8, 14].

En nuestros resultados, el 5,5% de las pacientes (13) tuvieron afectación ganglionar. El 69,2% presentaron adenocarcinoma endometriode moderadamente diferenciado e invasión miometrial mayor del 50% en el 92,3%.

El protocolo quirúrgico que seguimos en nuestro centro es el siguiente: mediante abordaje laparoscópico se realiza una visualización de la cavidad, toma de biopsias de zonas sospechosas, histerectomía y doble anexectomía. Se envía el útero a biopsia intraoperatoria para conocer el grado histológico y la invasión miometrial. Si se confirma que nos encontramos ante un estadio Ia G1 G2 no se realizará linfadenectomía pélvica. En caso de ser un estadio Ib G1 G2 se realizará linfadenectomía pélvica con estudio intraoperatorio de los ganglios y en caso de afectación se realizará linfadenectomía paraaórtica. En los tumores no endometrioides y en los G3, se realizará linfadenectomía paraaórtica retroperitoneal, linfadenectomía pélvica, histerectomía y doble anexectomía.

En conclusión, el cáncer de endometrio es una neoplasia frecuente en mujeres añosas y obesas, con buen pronóstico. El tratamiento quirúrgico mediante laparoscopia debe considerarse hoy en día como 1 opción, incluido en las pacientes con IMC elevados, reservando la laparotomía cuando exista contraindicación para la laparoscopia o en casos de reconversión.

SECLA

ENDOSURGERY

BIBLIOGRAFÍA:

1. Diavolitsis V, Rademaker A, Lurain J, Hoekstra A, Strauss J, Small W Jr: Clinical Outcomes in International Federation of Gynecology and Obstetrics Stage IA Endometrial Cancer with Myometrial Invasion Treated with or Without Postoperative Vaginal Brachytherapy. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 2012 Feb 24.
2. Creutzberg CL, van Putten WL, Koper PC, Lybeert ML, Jobsen JJ, Wárlám-Rodenhuis CC, De Winter KA, Lutgens LC, van den Bergh AC, van der Steen-Banasik E, Beerman H, van Lent M; PORTEC Study Group :The morbidity of treatment for patients with Stage I endometrial cancer: results from a randomized trial. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 2001 Dec 1;51(5):1246-55.
3. Hirai M, Hirono M, Oosaki T, Hayashi Y, Yoshihara T, Matsuzaki O: Prognostic factors relating to survival in uterine endometrioid carcinoma. *Int J Gynaecol Obstet.* 1999 Aug; 66 (2):155-62.
4. Prat J: Prognostic parameters of endometrial carcinoma. *Hum Pathol.* 2004 Jun;35(6):649-62
5. Crosbie EJ, Roberts C, Qian W, Swart AM, Kitchener HC, Renehan AG: Body mass index does not influence post-treatment survival in early stage endometrial cancer: Results from the MRC ASTEC trial. *Eur J Cancer.* 2011 Nov 17.
6. Bassarak N, Blankenstein T, Brüning A, Dian D, Bergauer F, Friese K, Mylonas I: Is lymphadenectomy a prognostic marker in endometrioid adenocarcinoma of the human endometrium? *BMC Cancer.* 2010 May 21;10:224.
7. Touboul E, Belkacémi Y, Buffat L, Deniaud-Alexandre E, Lefranc JP, Lhuillier P, Uzan S, Jannet D, Uzan M, Antoine M, Huart J, Ganansia V, Milliez J, Blondon J, Housset M, Schlienger M: Adenocarcinoma of the endometrium treated with combined irradiation and surgery: study of 437 patients. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 2001 May 1;50(1):81-97.
8. Bottke D, Wiegel T, Kreienberg R, Kurzeder C, Sauer G: Stage IB endometrial cancer. Does lymphadenectomy replace adjuvant radiotherapy? *Strahlenther Onkol.* 2007 Nov;183(11):600-4.
9. 10. Mariani A, Dowdy SC, Cliby WA, Gostout BS, Jones MB, Wilson TO, Podratz KC. Prospective assessment of lymphatic dissemination in endometrial cancer: a paradigm shift in surgical staging. *Gynecol Oncol.* 2008 Apr; 109(1):11-8. Epub 2008 Mar 4.
10. J. Or, T. Taylor. Surgical management of endometrial cancer: How much is enough?. *Gynecologic Oncology* 2008;109:1-3.
11. ASTEC study group, Kitchener H, Swart AM, Qian Q, Amos C, Parmar: Efficacy of systematic pelvic lymphadenectomy in endometrial cancer (MRC ASTEC trial): a randomised study. *Lancet.* 2009 Jan 10;373(9658):125-36. Epub 2008 Dec 16
12. Creasman WT, Odicino F, Maisonneuve P, Quinn MA, Beller U, Benedet JL, Heintz AP, Ngan HY, Pecorelli S. Carcinoma of the corpus uteri. FIGO 6th Annual Report on the Results of Treatment in Gynecological Cancer. *Int J Gynaecol Obstet.* 2006 Nov;95 Suppl 1:S105-43.
13. Todo Y, Kato H, Kaneuchi M, Watari H, Takeda M, Sakuragi N. Survival effect of para-aortic lymphadenectomy in endometrial cancer (SEPAL study): a retrospective cohort analysis *Lancet.* 2010 Apr 3;375(9721):1165-72. Epub 2010 Feb 24.