

CANCER DE ENDOMETRIO. NUESTRA EXPERIENCIA

Dr. Hugo B. FERREIRA, Profesor Adjunto Clínica Quirúrgica II.

Dr. Oscar A. FAVA, Jefe de trabajos prácticos Clínica Quirúrgica II.

Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Cuyo.

RESUMEN

Presentamos 125 pacientes tratados por cáncer de endometrio (1960-1982). Los aspectos clínicos son similares a los hallazgos de otros autores. La sobrevida global sin evidencia de enfermedad fue de 56,8 %. Para el estadio I fue de 84,5 %. Concluimos que el mejor tratamiento es la combinación de cirugía y radiaciones. Recordamos la frecuente asociación con el cáncer de mama y de cuello uterino. Desde 1978 estamos efectuando quimioterapia preoperatoria con fluorouracilo que se inicia en el posoperatorio y por un año, que evaluaremos en el futuro.

SUMMARY

We present 125 patients with endometrial cancer who were treated since 1960 to 1982. The clinical picture was similar to the finding of the authors. The survival rate without disease was 56,8 %. The survival rate for the patients treated with the disease at Stage I was 84,5 per cent. We conclude that the combination of surgery and irradiation is the best treatment. We remind the frequent association with the breast and cervix cancers. Since 1978 we are performing adjuvant chemotherapy, for one year of treatment, beginning with the surgical procedure, employing 5-Fluorouracil, and for future evaluation.

INTRODUCCION

El cáncer de endometrio se ubica entre las cinco primeras localizaciones neoplásicas femeninas y su incidencia va en aumento, al incrementarse la vida media y asociarse otros factores extrínsecos. 90 % son adenocarcinomas cuyo pronóstico depende de la diferenciación: relativamente benignos los bien diferenciados y de mal pronóstico los indiferenciados. 3 a 4 % son mixtos: adenoacantomas. 1 % son carcinomas pavimentosos. Las mujeres con alto riesgo presentan: obesidad, diabetes, infertilidad y menstruaciones irregulares, que durante la peri o posmenopausia sufren metrorragias. En este último caso debe hacerse de inmediato el legrado fraccionado, tomando material por separado de:

- a) canal endocervical,
- b) cuerpo: paredes,
- c) fondo y cuernos;

recordando no hacer ningún tratamiento hormonal previo. La lesión precancerosa es la hiperplasia adenomatosa. También se puede observar el carcinoma "in situ". Los autores recuerdan el riesgo de dar indefinidamente estrógenos en la menopausia, que podría inducir al cáncer de endometrio y mama, a la hipertensión arterial y al tromboembolismo. El inadecuado funcionamiento hormonal del ovario podría también inducir al cáncer de endometrio.

De hecho las pacientes con cáncer de endometrio tienen asociada patología ovárica el doble de veces que las mujeres sin este cáncer.

La U.I.C.C. (Unión Internacional Contra el Cáncer) utiliza y asocia las clasificaciones T.N.M. y la de ESTADIOS I al IV de la F.I.G.O. (Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia). En nuestra casuística hemos usado esta última clasificación.

El tratamiento curativo está dado por la cirugía: anexohisterectomía total con manguito vaginal. El vaciamiento ganglionar no es necesario ya que la invasión va más arriba de la pelvis, a los ganglios lumbo-aórticos. La secuencia terapéutica más útil es: cirugía, radium vaginal y teleirradiación en parametrios. Una excepción sería el carcinoma muy indiferenciado en que la secuencia sería: radium intrauterino y colpostatos vaginales, cirugía y teleirradiación.

En el ESTADIO I localizado, sin invasión del miometrio en profundidad, y sin extensión hacia el canal cervical, se efectúa solamente la cirugía. Terapia preoperatoria posoperatoria se está realizando de dos maneras: a) con hormonoterapia: compuestos de progesterona, o bien b) quimioterapia con monodroga generalmente, prefiriéndose el fluorouracilo. Estos resultados deberán ser evaluados más adelante.

El tratamiento paliativo en recidivas o metástasis tiene su principal ayuda en la hormonoterapia con drogas progestéricas (hidroxi-progesterona, medroxi-progesterona-MAP, gestonorona, etc.) que dan respuestas objetivas de 30 % y subjetivas de hasta 70 %. En las metástasis pulmonares se observan las mejores respuestas. También se usa la quimioterapia, que no supe- ta la acción de la hormonoterapia.

La cirugía paliativa (derivación urinaria, trata- de la obstrucción intestinal, etc.) y la irradiación de zonas recidivadas poco irradiadas o no irradiadas pre- viamente, también contribuyen, asociadas a la hormo- no y quimioterapia.

MATERIAL Y METODO

En el Servicio - Cátedra de Cirugía II, Hospital Central, hemos registrado 125 pacientes con cáncer de endometrio desde 1960 hasta julio de 1982. Las edades extremas fueron 43 y 82 años, y la mayor incidencia en la década 61 a 70 años (38,4 %). 58 casos o sea el 46,4 % eran estadio I según la clasificación de la F.I.G.O. A un grupo de 37 casos (el 29,6 %) no se lo pudo estadi- ficar por falta de datos precisos, y corresponde a pacien- tes de los años 1960 a 1970 en su mayoría.

En 117 casos (93,6 %) se trató de adenocarcino- mas. Hubo 6 adenoacantomas (4,8 %), un adenocarci- noma "in situ" y un carcinoma epidermoide (0,8 %). Estas modalidades son similares a las que describen los autores. (1) (2) (5) (8). Ver CUADRO N° 1.-

Los tratamientos realizados han seguido la nor- ma general que indica que la cirugía es la base de la terapéutica curativa, realizándose la anexohisterecto- mía con manguito vaginal, y en tratamiento combinado la mayoría de las veces con radium, TE.CO.60, o am-

CUADRO Nº 1
CARCINOMA DE ENDOMETRIO
SERVICIO CATEDRA CIRUGIA II Y ACTIVIDAD PRIVADA (1960-julio 1982)

EDADES			ESTADIOS		
TOTAL DE PACIENTES	125	100%	ESTADIO I:	58 casos	46,4
40 a 50 años	16	12,8	ESTADIO II:	6 "	4,8
51 a 60 "	47	37,6	ESTADIO III:	16 "	12,8
61 a 70 "	48	38,4	ESTADIO IV:	8 "	6,4
71 a 80 "	11	8,8	NO EVALUADO :	37 "	29,6
81 a 90 "	3	2,4	TOTALES :	125 "	100 %

EDAD MAXIMA: 82 años
 EDAD MINIMA: 43 años

ANATOMIA PATOLOGICA

ADENOCARCINOMAS:	117 casos	93,6
ADENOACANTOMAS:	6 "	4,8
ADENOCARCINOMA "IN SITU":	1 "	0,8
CARCINOMA EPIDERMÓIDE:	1 "	0,8
TOTALES:	125 "	100%

CUADRO Nº 2

CARCINOMA DE ENDOMETRIO. TRATAMIENTOS REALIZADOS

1.-CIRUGIA Y TE.CO.60:	80 casos	64 %
2.- TE.CO.60:	3 "	2,4
3.- RADIUM:	2 "	1,6
4.- RADIUM Y TE.CO.60:	13 "	10,4
5.- RADIUM, CIRUGIA Y TE.CO.60:	8 "	6,4
6.-CIRUGIA:	19 "	15,1
TOTALES	125 "	100%

bos (1), (2), (5), (8), (9). El CUADRO Nº 2 detalla los tratamientos efectuados.

La cirugía estuvo presente en 88 casos (70,4%) asociada a la TE.CO.60 en 80, y al radium en 8.

En dos casos se utilizó radium intracavitario solamente, por ser pacientes muy obesas, en 1962 y 1966 y se controlaron.

En tres casos se efectuó telecobaltoterapia solamente: dos por ser estadio IV y una por contraindicación quirúrgica por la edad.

En 13 casos (10,4 %) se asoció la irradiación intrauterina con radium con la de pelvis con telecobaltoterapia. La cirugía estaba contraindicada por: estado cardiovascular, obesidad, edad avanzada, etc.

Finalmente en 19 casos (15,1 %), se realizó solamente cirugía.

RESULTADOS

Los resultados globales se observan en el CUADRO Nº 3.

La sobrevida sin evidencia de enfermedad (N.E.E.) se observó en 71 casos de los 125, lo que da 56,8 %. Este valor global de sobrevida de 5 años o más es similar a las recopilaciones globales que da la American Cancer Society, de 64,5 %. Hemos incluido aquí algunos casos de menos de 5 años, pero son estadíos I, y no modificarán mayormente el promedio global. (4), (8).

Si tomamos globalmente todos los estadíos I, 58 casos, con 49 controlados, el promedio de sobrevida es

84,5 %, valor también similar a las estadísticas antes citadas que dan 86,5 %. (4).

Debemos excluir lamentablemente a 30 casos (29 %) por no tener el seguimiento, y de ellos hay 15 que se trataron sin tener el estadio bien registrado, y que creemos que muchos de ellos están controlados.

Para conocer las variantes que ocurrieron en los últimos cinco años, y en relación con los tratados anteriormente, separamos nuestros 125 casos en dos grandes grupos: uno desde 1960 hasta 1977 y el otro desde 1978 a la fecha. En el CUADRO Nº 4 se observan los pacientes del primer grupo (1960-1977).

Son 93 casos en donde 40 % estaban en el estadio I, y en 37,7 % se desconocía el estadio (35 casos). En 30 casos se desconocía la evolución (32,8 %). En este período estaban N.E.E. por 5 años o más 78,4 % de los estadíos I; y 52,7 % del total global.

Si observamos ahora el CUADRO Nº 5 (período 1978-1982) destacamos lo siguiente:

- a) **Mayor proporción de pacientes que consultan precozmente:** de 32 casos de este grupo, 21 (65,4 %) eran estadíos I. Del grupo anterior era sólo 40 %.
- b) **Un mejor seguimiento del paciente.** Mayor responsabilidad del paciente y del médico. La evolución es desconocida en 6 casos, sobre 32 (18,7 %). En el grupo anterior era de 32,8 %.
- c) **Mejor estudio y estadificación de los pacientes.** De los 32 casos sólo en 2 no se pudo

CUADRO N° 3
CARCINOMA DE ENDOMETRIO EVOLUCION (1960-Julio 1982)

ESTADIO	CASOS	N.E.E.	REC. MET.	EVOL. DESC.
I	58	49 (84,5 %)	6	3
II	6	3	1	2
III	16	1	4	11
IV	8	0	3	5
SIN EVALUAR	37	18	4	15
TOTALES:	125	71	18	36
	100%	56,8%	14,4%	29,6%

CUADRO N° 4
CARCINOMA DE ENDOMETRIO EVOLUCION (1960 -1977 INCLUSIVE)

ESTADIO	CASOS	NE.E. 5 o más años	REC/ MET.	EVOL. DESC.
I	37 (40%)	29 (78,4 %)	6	2
II	4	2 (50 %)	1	1
III	12	1 (0,8 %)	2	9
IV	5	0	2	3
SIN EVALUAR	35, (37,7%)	17	3	15
TOTALES	93	49	14	30
	100%	52,7%	11,2%	32,8%

CUADRO N° 5
CARCINOMA DE ENDOMETRIO EVOLUCION (1978-Julio 1982)

ESTADIO	CASOS	N.E.E.	REC/ MET.	EVOL. DESC.
I	21 (65,6%)	20 (95,2%)	0	1
II	2	1	0	1
III	4	0	2	2
IV	3	0	1	2
SIN EVALUAR	2(6,2%)	1	1	0
TOTALES	32	22	4	6
	100%	68,7%	3,2%	18,7%

establecer el estadio (6,2 %). En el grupo anterior era de 37,7 %.

Es justo que aclaremos que la mayoría de los pacientes sin estadificación se registraron en nuestro Servicio, enviados de otros centros, con alguno de los tratamientos realizados y así no fuimos responsables de esa falta de codificación tan esencial para el paciente neoplásico.

Finalmente evaluaremos los 19 casos tratados con cirugía solamente. Ver CUADRO N° 6.

De ellos tenemos la evolución registrada de 13 casos. Hubo recidiva en 5, o sea en 38,4 %. Aunque los 6 casos de evolución desconocida estuvieran N.E.E. la recidiva sería del 26,3 %; tan alto valor que significa tratamiento no completo. En efecto, esto nos demuestra que el tratamiento combinado es el correcto, con radium y en algunos casos con teleirradiación también.

Hubo dos casos en que el cancer de endometrio se asoció al cáncer del cuello del útero (1,6 %): uno era un cáncer de cuello pavimentoso estadio IIb, y adenocarcinoma de endometrio diferenciado estadio I. Se trató con radium y telecobaltoterapia. El otro caso era un carcinoma pavimentoso de cuello estadio I cáncer "in situ" (adenocarcinoma) de endometrio. Se efectuó operación de Wertheim. Ambos casos se controlaron.

Hubo un caso de cáncer de endometrio y cán-

cer de mama estadio II (0,8 %). Por lo que sabemos sobre la génesis del cáncer de endometrio, pueden haber existido algunos casos asociados de tumores funcionantes ováricos, que por ser muy pequeños, no se estudian anatomopatológicamente si no es por varios cortes de los ovarios. (3), (10).

Finalmente recordamos la frecuencia de las metástasis en el ovario, aunque nada lo haga sospechar aún a la cirugía, con la vista directa del cirujano. Registramos 4 casos de metástasis ovárica, o sea 3,2 %.

Los tratamientos paliativos los realizamos con hormonoterapia, a veces asociada a la quimioterapia con fluorouracilo. También informamos que estamos realizando terapia precaucional con monoquimioterapia con fluorouracilo, desde el posoperatorio y por un año. Estos resultados se evaluarán en algunos años más, ya que los comenzamos en 1978. (1), (5), (3), (9).

RESUMEN

Presentamos 125 pacientes tratadas por cáncer de endometrio desde 1960 hasta 1982 (julio). La clínica, edad, estadio, anatomía patológica, etc, es similar a los hallazgos de diversos autores. La sobrevida global sin evidencia de enfermedad fue del 56,8 %. Para el estadio I fue del 84,5 %. Comparando los grupos 1960-77 y 1978-82 observamos un marcado avance en : a) mayor porcentaje de pacientes en estadio I; b) mejor

CUADRO Nº 6

CARCINOMA DE ENDOMETRIO TRATAMIENTO CON CIRUGIA SOLA

TRATAMIENTOS COMBINADOS	101	
RADIUM SOLAMENTE	2	
TE.CO.60 SOLAMENTE	3	
CIRUGIA SOLAMENTE	19	
TOTAL PACIENTES TRATADOS	125	
TRATADOS CON CIRUGIA SOLA:	19	100%
ESTADIO I:	12	
ESTADIO II:	1	
RECIVIDARON:	5	38,4
EVOLUCIÓN DESCONOCIDA:	6	
SI LOS DESCONOCIDOS NO RECIVARON, EL % RECIDIVA:		26,3

registro, estadificación, al primer tratamiento; c) mejor seguimiento de los pacientes. Comentamos los diversos tratamientos y concluimos que el mejor tratamiento es el combinado de cirugía e irradiación. Recordamos la

asociación con el cáncer de cuello de útero y de mama. Informamos que desde 1978 efectuamos terapia precaucional con fluorouracilo que se inicia en el posoperatorio, y por un año, y a evaluar en el futuro.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- BACNATTI E. P. y Col. "Carcinoma de Endometrio". Actualizaciones Labina. Año 2. Nº 4 Agosto, 1978.
- 2.- GUSBERG S.B. "An Approach to the Control of Carcinoma of the Endometrium CAA Cancer Jour. for Clinicians. Vol. 23 Nº 2, Pag. 99. 1973.
- 3.- INGLESI J. "Additional Therapy of Endometrial Cancer with Gestonorone Capronate" Mesa de Trabajo Nº 56. XII Cong. Intern. Cancer. 1978.
- 4.- JAMES A.C. "Cancer Prognosis Manual" American Cancer Society. 1966 Edition. Lesion: corpus. Pag. 61.
- 5.- KNAPPER W.H. et al. "Carcinoma of the endometrium. Surgical Grand Rounds Clinical Bulletin. Vol. 2 Nº 2. Pag. 66. Memorial Hospital. 1972.
- 6.- KOSS G.L. et al. "Screening of Asymptomatic Women for Endometrial Cancer" Obs. and Gyn. Vol. 57. Nº 6. Pag. 681. June, 1981.
- 7.- MACASAIT M. "The significance of Residual Disease after Radio therapy in Endometrial Carcinoma. Amer. Jour. of Obs. and Gyn. Vol 138 Nº 5. Nov. 1980.
- 8.- MONACO H. "Estado Actual del Tratamiento de las Afecciones Malignas del Utero" Bol. y Trab. Soc. Arg. de Cirujanos. Año XXXIV Nº 9 y 10 Pag. 195. Junio, 1973.
- 9.- MORROWCH. "Current Management of Endometrial Cancer. Obs. and Gyn. 42:3. Set. 1973.
- 10.- REEVES G. et al. "Endometrial Adenocarcinoma: Associated Ovarian Pathology". Mesa Trabajo Nº 56. XII Cong. Intern. Cancer. 1978.
- 11.- REIFENSTEIN E.C. "Hydroxyprogesterone Therapy in advanced Endometrial Cancer". CANCER. Vol. 27 Nº 3. Pag. 485. March, 1971.
- 12.- U.I.C.C. Sistema T.N.M. y F.I.G.O. Harner Editor. Pag. 89. Ginebra, 1978.