

Procedimientos, técnicas y comunicaciones en ginecología, proctología y bioética

Cáncer del endometrio. Breves consideraciones*

Tte. Cor. M.C. Raúl Fernández Doblado**

Escuela Médico Militar. Ciudad de México

RESUMEN. Actualmente el cáncer del endometrio es la malignidad genital más frecuente en Estados Unidos. Esta neoplasia es susceptible de curación si se identifica con oportunidad mediante evaluación apropiada del sangrado vaginal postmenopáusico. Para establecer el diagnóstico dependemos del estudio del tejido recogido por dilatación cervical y legrado uterino fraccionado. Están en estudio otros recursos diagnósticos novedosos y prometedores. La hiperplasia adenomatosa compleja atípica es lesión precursora de cáncer endometrial. No disponemos de métodos de pesquisa o marcadores tumorales para identificar cáncer asintomático. La clasificación quirúrgica representa un adelanto significativo y orienta mejor el pronóstico y la terapéutica. El tratamiento es quirúrgico, individualizado y multidisciplinario. Recursos terapéuticos adicionales incluyen: radiaciones, quimio y hormonoterapia. El tratamiento de los tumores genitales malignos deben ser atendidos responsablemente por gineco-oncólogos certificados.

Palabras clave: cáncer del endometrio, neoplasia, radiación.

La ausencia de estudios estadísticos confiables impide conocer en México si el cáncer del endometrio es o no un problema de salud pública. Se desconocen sus causas. La obesidad, la diabetes mellitus y la hipertensión arterial han sido señaladas como factores predisponentes o de riesgo. Se ha encontrado relación causal entre el uso prolongado de estrógenos naturales o sintéticos con hiperplasia endometrial y cáncer del endometrio. No disponemos de métodos de pesquisa o marcadores tumorales para identificar este cáncer en etapa asintomática.

La manifestación clínica más frecuente consiste en hemorragia vaginal postmenopáusica. El diagnóstico se establece mediante legrado uterino fraccionado, a fin de conocer si hay

SUMMARY. Endometrial cancer is the most frequent gynecological malignancy in the United States at the present time. This malignant neoplasia is curable with early detection which requires adequate evaluation of postmenopausal bleeding. Fractional curetage is diagnostic. Transvaginal ultrasound and ambulatory biopsy are being used for diagnostic purposes. Atypical endometrial complex hyperplasia of the endometrium should be treated as a precursor of carcinoma of the endometrium. Surgical staging is critical for prognostic and treatment purposes. Treatment is surgical, individualized and multidisciplinary. Treatment will consider surgery alone, postoperative radiation therapy, chronic progestational therapy and in some cases chemotherapy. Treatment of genital malignancies should be the responsibility of gynecologic oncology specialists.

Key words: endometrial cancer, neoplasia, radiation.

o no impregnación del cuello uterino. En caso de invasión cervical hay que modificar la estrategia terapéutica a seguir y también cambia el pronóstico. Se trata habitualmente de tumores de estirpe adenocarcinomatosa, pero hay por supuesto otras variedades, siendo particularmente temible, por su mal pronóstico, el adenocarcinoma endometrial papilar seroso. Ha despertado interés y es prometedor emplear con fines diagnósticos el ultrasonido transvaginal, con miras a apreciar el espesor del endometrio y en caso necesario complementarlo con biopsia. Este singular y novedoso recurso diagnóstico no debe despertar entusiasmos prematuros.

Es menester actuar con prudencia, tanto en las interpretaciones como en las conclusiones.

El tratamiento es quirúrgico, individual y multidisciplinario. Como infortunadamente en México todavía no estamos preparados para evaluar resultados de sobrevida absoluta y relativa, acerca de lo que ocurre a nuestras enfermas a lo largo y ancho de nuestra patria, considero que quizá pudiera ser más provechoso enumerar algunas de las enseñanzas recogidas en reciente Symposium titulado "Lessons learned after 30 years of gynecologic oncology".

* Conferencia dictada en el Hospital ABC de la Ciudad de México.

** Prof. Emérito de Obstetricia de la Escuela Médico Militar.

Correspondencia:

Tte. Cor. M.C. Raúl Fernández Doblado
Monte Blanco No. 225
11000 México, D.F.

Actualmente el cáncer endometrial es la malignidad más frecuente en el aparato genital de la mujer estadounidense, al haber desplazado al cáncer cervicouterino y del ovario.

En el creciente interés que ha suscitado esta malignidad han intervenido; el abatimiento de la mortalidad por cáncer cervicouterino, la prolongación de la vida, el tratamiento de sustitución hormonal, el diagnóstico más temprano, y un mejor entendimiento del significado de las lesiones premalignas.

Pienso también que es uniforme la aceptación de la clasificación quirúrgica, al reemplazar a la clasificación clínica. La nueva clasificación ofrece muchas ventajas. Entre éstas se señala el haber modificado la cronología terapéutica: primero la cirugía y después las radiaciones, en términos generales. Por otra parte la graduación histológica y la estadificación son adelantos de gran significación para atender la enfermedad.

Aun cuando comienzan a corregirse y combatirse las deplorables consecuencias de la errática concepción del doctor Gusberg, todavía se llevan al cabo incontables cirugías innecesarias. No se trata de impedir histerectomías bien indicadas cuando hay ausencia de respuesta a tratamientos convencionales. Se pretende solamente combatir los excesos... y todavía son muchos.

Coinciden los expertos en que la hiperplasia adenomatosa compleja y con atipias debe ser considerada como lesión precancerosa en porcentajes calculados alrededor de 30%.

La linfadenectomía ha dejado de ser paso obligado durante la intervención quirúrgica. Algo que no deben olvidar los ginecólogos consiste en tener presente que parte de la utilidad de la clasificación quirúrgica consiste en poder comparar en grupos semejantes, la aplicabilidad, la eficiencia y la seguridad de los recursos terapéuticos. Otro logro importante es el mejor entendimiento que actualmente se tiene de la importancia terapéutica de los receptores hormonales. Hay cánceres que se benefician notablemente y hay un grupo particularmente temible y agresivo, aunque felizmente infrecuente: el adenocarcinoma endometrial papilar seroso, que está siendo tratado de manera semejante a los tumores epiteliales del ovario, es decir, con exéresis quirúrgica amplia, hormono y quimioterapia.

Es plausible observar que ha crecido el sentido de responsabilidad y la calidad humana de los médicos y el personal paramédico, fundamentalmente al abstenerse de aconsejar y llevar al cabo tratamientos costosos, mutilantes y que indebidamente despiertan esperanzas de curaciones que no llegarán. Es deshonesto y es deplorable atender enfermas portadoras de múltiples factores pronósticos desfavorables, haciéndolas incurrir en gastos onerosos y sufrimientos innecesarios. Por cierto que en revisión crítica llevada al cabo por el Comité Nacional de Cáncer en Estados Unidos, éste destacó entre sus conclusiones qué porcentajes muy elevados de enfermas recibían tratamientos quirúrgicos insuficientes o deficientes. Cabría preguntar ¿Qué ocurrirá entre nosotros que padecemos tantos obstáculos y limitaciones, si eso sucede en el país en donde se practica la mejor medicina del mundo?

Una nota optimista consiste en que cuando la citología resultó positiva, en el lavado peritoneal de la primera intervención, puede indicarse tamoxifeno en virtud de haberse encontrado ausencia de recaídas en laparoscopías postoperatorias, en porcentajes importantes. El tamoxifeno es un SERMs curioso, por una parte su empleo prolongado en la mujer ha sido ligado a la producción de cáncer endometrial y puede tener usos favorables, como ya se indicó. Su mecanismo de acción es desconocido; es posible que actúe en los receptores estrogénicos, estimule el aumento de los receptores de progesterona y explique así los buenos resultados y satisfactoria respuesta apreciada en un tercio de las enfermas sometidas a tratamiento. También ha sido motivo de agrado enterarse de que han aumentado los casos operables y que algunos expertos muestran cifras de 85 por ciento de operabilidad, en virtud de haberse descubierto su cáncer en etapas más tempranas en enfermas con ausencia de riesgos operatorios que aumentan su mortalidad y morbilidad.

Ha crecido la opinión en el sentido de que los tumores malignos del aparato genital femenino deben ser atendidos por gineco-oncólogos y que éstos deben formar parte del equipo multidisciplinario encargado de proporcionar atención apropiada, segura y eficaz.

¡Esto es fundamental, si queremos asistir a la presentación de progresos verdaderos en los años subsiguientes!

Tte. Cor. M.C. Ret. Raúl Fernández Doblado
Profesor Emérito de la Escuela Médico Militar
Monte Blanco 225. 11000 México DF

Referencias

1. Averette HE et al. Lessons from 30 years of gynecology oncology. *Contemp B/GYN* 2000; 1; 102-116.
2. Cancer. Facts and Figures. 1998. American Cancer Society. Atlanta. Georgia 1998.
3. Figo Annual. Report in the results of treatment of gynecologic cancer. *Int J Gynecol Obstet* 1989; 28: 189-190.
4. Finan M, Kline RC. Current management of endometrial cancer. *Contemp OB/GYN* 1998; 12: 88-97.
5. Homesley HD, Kader N et al. Selective pelvic and periaortic lymphadenectomy in surgical staging of endometrium carcinoma. *AM J Obstet Gynecol* 1992; 167: 1225-1230.
6. Kurman RJ, Kaminsky PF, Norris HG. The behavior of endometrial hyperplasia: a long term study of "untreated" hyperplasia of 170 patients. *Cancer* 1985; 56: 403-412.
7. Martin JD et al. The effect of estrogen receptor status on survival in patients with endometrial cancer. *Am J Obstet Gynecol* 1983; 197: 322-327.
8. Piver MS, Reid FD. A prospective trial of progesterone therapy for malignant peritoneal cytology in patients with endometrial cancer. *Gynecol Oncol* 1992; 47: 373-376.
9. Podratz MS et al. Effects of progestational agents in the treatment of endometrial carcinoma. *Obstet Gynecol* 1985; 66: 106-110.
10. Rosenberg P et al. A new aggressive treatment approach to high grade endometrial cancer of possible benefit to patients with stage I uterine papillary cancer. *Gynecol Oncol* 1993; 48: 32-37.
11. Sutton GP, Brill I, Michael H. Malignant papillary lesions of the endometrium. *Gynecol Oncol* 1987; 27: 294-304.
12. Varner RE, Sparks M. Transvaginal sonography of the endometrium in postmenopausal women. *Obstet Gynecol* 1991; 78: 195-199.