

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua  
UNAN-León.  
Facultad de Ciencias Médicas.

Tesis para optar al título de Doctor en Medicina y Cirugía.



Tema:

“Cáncer de endometrio como causa de Sangrado post-menopáusico en las mujeres ingresadas al servicio de Ginecología del HEODRA en el periodo de Enero 2006-Septiembre 2007.”

Autores:

Bra: Aura Lila Soto Mayorga.  
Br: Felipe Antonio Zárate Munguía.

Tutor(a): Dra. Nora Cárdenas  
Especialista en Ginecología y Obstetricia.

León 16 de Febrero de 2010.

## **Dedicatoria:**

- A Dios Omnipotente que nos ha dado la vida, sabiduría y liderazgo para salir adelante...
- A nuestros padres que con apoyo moral, económico y confianza incondicional nos alentaron para poder terminar, y porque siempre estuvieron ahí cuando más los necesitamos, ellos que con su ardua labor en nuestra formación supieron guiarnos siempre por el camino del bien...
- A nuestra tutora, que con sus conocimientos nos guio por el camino recto del saber, en este arte tan digno de dar salud...

## **Opinión de tutor:**

El cáncer del cuerpo Uterino constituye en la actualidad la patología más frecuente del aparato genital femenino habiendo aumentado su incidencia en el último siglo.

Esta patología ha desplazado en frecuencia al cáncer de mama y cérvix probablemente porque estos se están detectando en etapas más temprana ya que los métodos diagnósticos son más accesibles a la paciente y al médico, no así para detección del cáncer uterino donde el método diagnóstico es dilatación y legrado el cual no puede ser realizado en cualquier nivel de atención.

La población de mujeres en edad avanzada esta aumentada, por lo tanto como médicos tenemos que estar pendientes de analizar los factores de riesgo a que está expuesta nuestra población femenina, como son la obesidad, hipertensión, diabetes, menopausia tardía, uso de estrógenos, exógenos y otros, los cuales se encuentran muy relacionados con el cáncer uterino..

En nuestro medio se desconoce las características socio demográfica y los tipos histológicos de las pacientes con diagnóstico de cáncer uterino, por lo que considero importante la realización de este estudio para que nos sirva de retroalimentación para el diagnóstico y manejo de pacientes con dicha patología.

Dra. Nora Cárdenas de Centeno.  
Ginecóloga y Obstetra.  
UNAN-LEON.

## **Resumen:**

Con la finalidad de identificar las características clínicas y epidemiológicas que reunían las pacientes con sangrado pos menopáusico por cáncer de endometrio, se analizó la información de 28 pacientes con carcinoma de endometrio que ingresaron al servicio de ginecología del HEODRA, desde Enero de 2006 al Septiembre de 2007. La edad promedio en la serie total fue 53 años. La edad media de presentación de la menopausia(n=28) fue de 50 años. Dos pacientes fueron nulíparas (7%), presentándose las mayoría (68%) como grandes multíparas, una paciente presentó miomatosis uterina (3,5%), diez pacientes tuvieron historia de hipertensión arterial(35.7%), cinco pacientes presentaron diabetes mellitus (17.8%) y ninguna historia personal de otro cáncer primario.

Los síntomas más comunes fueron sangrados transvaginales (100%) y dolor pélvico (32%). El signo más frecuente fue útero aumentado de tamaño (25%). En 17 pacientes el Papanicolaou resultó positivo y sospechoso para cáncer (68.7%), y en 11 pacientes resulto negativo que incluía a una paciente con diagnostico de sarcoma de estroma (39.2%). El adenocarcinoma fue el tipo histológico más frecuente (96.4%) seguido del Sarcoma (3.5%). El diagnostico precoz y el estadiaje adecuado son pasos previos muy importantes al tratamiento definitivo del cáncer endometrial.

## Índice:

<u>Contenido :</u>	<u>Paginas:</u>
Introducción.....	1
Planteamiento del problema.....	3
Objetivos.....	4
Marco teórico.....	5
Diseño metodológico.....	18
Resultados.....	20
Discusión de los resultados.....	23
Conclusiones.....	26
Recomendaciones.....	27
Referencias bibliográficas.....	28
Anexos.....	30

## **Introducción:**

El cáncer de endometrio es la enfermedad maligna más común del tracto genital femenino en países desarrollados, donde esta es dos veces más común que el carcinoma de ovario y de cuello uterino; <sup>1-3-4</sup> sin embargo a nivel latinoamericano se indica a para el carcinoma de cuerpo uterino una tasa cruda de incidencia de 2,9 y 1,9 por 100,000 mujeres, respectivamente, ocupando en ambas localidades el tercer lugar como causa de cáncer del aparato genital femenino, después de las neoplasias de cuello uterino y ovario.

En Nicaragua durante el quinquenio de 1989 -1993 de una población de 97,817 pacientes de primera consulta que asistieron al Hospital Berta Calderón se encontró que le 2.2% tenía algún cáncer ginecológico o sea 1 de cada 44 paciente. Encontrándose dividido de la siguiente manera: Cáncer Cérvico Uterino 87.5%, Cáncer de mama 7.4%, cáncer de ovario 1.99%, cáncer del cuerpo uterino 1.5%, y otras variedades 1.4%.

En los últimos años se desconoce el verdadero número de pacientes que padecen esta patología, esto debido a la poca notificación que existe en las unidades de salud al respecto, además no existen estudios que documenten su incidencia en Nicaragua.

El cáncer endometrial ocurre tanto durante los años fértiles como en la menopausia. <sup>1</sup> Aproximadamente 5% de las mujeres tendrá adenocarcinoma de endometrio antes de los 40 años. <sup>1-4-7</sup> Especialmente aquellas mujeres con síndrome de ovario poliquístico o tumores de la teca granulosa en ovario, quienes debido a sus niveles séricos elevados de estrógenos tienen un riesgo incrementado, a pesar de su menor edad. <sup>7-8</sup> En mujeres menores de 45 años con carcinoma endometrial es común el compromiso de ovario o ganglios linfáticos. <sup>9</sup> La edad promedio de las pacientes con carcinoma de endometrio es de 61 años y la mayoría de encuentra entre los 50 y 59 años. <sup>1-4</sup> El riesgo de cáncer endometrial se incrementa sustancialmente con el tiempo de uso de estrógenoterapia sin progestágenos y este incremento persiste después de varios años de discontinuarlo. <sup>10</sup> La obesidad, la nulipalidad y la menopausia tardía son variantes que están relacionados con el carcinoma endometrial <sup>1-4-7-11</sup> y así mismo existe asociación con la diabetes mellitus y la hipertensión arterial. <sup>1-4-7</sup> Algunos datos sugieren que el uso de anticonceptivos orales combinados disminuye el riesgo de desarrollar cáncer endometrial <sup>1-12</sup> e igual efecto tendría el hábito de fumar <sup>1-9-13</sup> aunque esto último no es respaldado por algunos autores. También se describe otras condiciones médicas relacionadas con cáncer de endometrio, como historia familiar de cáncer o historia personal de cáncer de recto o mama. <sup>15</sup> Los leiomiomas y carcinoma endometrial se encuentran juntos en el 30 al 35 % de los pacientes. <sup>2</sup>

En cuanto al cuadro clínico, una pérdida hemática atípica es el síntoma fundamental.<sup>7-11-15</sup> Esta puede ser menorragia o metrorragia en la mujer premenopáusicas,<sup>1-7-15</sup> otros hallazgos incluyen dolor pélvico o masa pélvica<sup>7</sup>. El 5% de pacientes, el diagnóstico se hace en ausencia de sintomatología clínica.<sup>11</sup> Una pérdida hemática en la posmenopausia es expresión de carcinoma de endometrio en el 40 a 60% de los casos.<sup>11</sup> El 10% de los pacientes se presentan signos de enfermedad avanzada, como: ascitis, ictericia, obstrucción intestinal o distres respiratorio.<sup>15</sup>

La dilatación del cérvix con biopsia fraccionada constituye el procedimiento definitivo utilizado para descartar el carcinoma endometrial.<sup>1-15</sup> La exactitud de la biopsia endometrial es del 90%. La detección citológica del cáncer endometrial por el extendido del Papanicolaou ha sido menor, si se le compara con su efectividad para el diagnóstico temprano de la enfermedad cervical.<sup>1-2</sup>

Los exámenes indispensables para la determinación del estadio son la radiografía de tórax, gammagrafía hepática, citología peritoneal, laparoscopia, urografía excretora e histerometría.<sup>11</sup> De los tipos histológicos de carcinoma en endometrio, el más frecuente es el adenocarcinoma, seguido de adenoacantoma, constituyendo ambos entre el 80 a 85% de los casos.<sup>11-15</sup> Los subtipos adenoescamosos papilar y de células claras son menos frecuentes.<sup>11</sup> Después de establecido el diagnóstico de malignidad endometrial la paciente es sometida a una evaluación, que permite establecer el estadio clínico e instituir el tratamiento.<sup>1</sup> De acuerdo a la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), aproximadamente el 75% de las pacientes con carcinoma endometrial presenta enfermedad en estadio I,<sup>1-7-15</sup> no obstante otros autores<sup>19</sup> encuentran una menor frecuencia de casos en este estadio clínico el presente trabajo tiene como objetivo principal identificar las características clínico-patológicas de las pacientes con carcinoma de endometrio y contribuir al diagnóstico precoz de esta neoplasia, lo cual ofrecería mejores posibilidades de un tratamiento oportuno. Adicionalmente pretende identificar en este grupo de pacientes algunos antecedentes epidemiológicos considerados de riesgos para el desarrollo de esta neoplasia.

## **Planteamiento del Problema:**

¿Cuales son las características clínico-epidemiológicas de las pacientes con sangrados pos menopáusicos por cáncer de endometrio que ingresan al servicio de ginecología en el periodo de Enero 2006 Septiembre 2007.

### **Objetivo General:**

- Describir las características clínico- epidemiológicas del sangrado pos menopáusico por cáncer de endometrio de pacientes ingresadas en el Servicio de Ginecología del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales en el periodo comprendido de Enero de 2006 a Septiembre de 2007.

### **Objetivos Específicos:**

- Describir a las mujeres con sangrado pos menopáusico de acuerdo a características biológicas como: Edad, edad a la menopausia, tiempo que transcurre entre la menopausia y el primer sangrado.
- Mencionar las enfermedades presentes en las pacientes, que son conocidas como causa de sangrado.
- Determinar la relación que existe tanto entre las enfermedades, como entre las manifestaciones clínicas y las causas de sangrado.
- Identificar el tipo histológico de cáncer de endometrio más frecuente encontrado en las pacientes estudiadas.

## **Marco teórico:**

El cáncer del endometrio es la malignidad ginecológica más común y representa el 6% de todos los cánceres que se presentan en la mujer. Es un tumor sumamente curable. Para detectar el cáncer del endometrio, es necesario utilizar una técnica que obtenga una muestra de tejido directamente del endometrio. La prueba de Papanicolaou no resulta confiable para la detección selectiva del cáncer del endometrio, aunque un estudio retrospectivo observó suficiente correlación entre la citología cervical positiva y la enfermedad de alto riesgo (es decir, tumor de grado alto e invasión profunda del miometrio) <sup>(2,19)</sup> y el riesgo elevado de enfermedad ganglionar. <sup>(3)</sup> El grado de diferenciación tumoral juega un papel vital en la historia natural de esta enfermedad y en la selección de tratamientos. Se ha encontrado que la exposición prolongada al estrógeno sin oposición aumenta la incidencia de cáncer del endometrio. <sup>(4,5)</sup> En contraste, la terapia de progesterona y estrógeno combinados evita que aumente el riesgo de contraer cáncer del endometrio, que se asocia con el uso de estrógenos sin oposición. <sup>(6,17)</sup> En algunas pacientes se puede mostrar antecedentes de hiperplasia compleja con atipia. Se ha observado también un aumento en la incidencia de cáncer endometrial concomitante al tratamiento de tamoxifeno para el cáncer de la mama, incremento que pudiera estar relacionado con el efecto estrogénico del tamoxifeno en el endometrio. <sup>(8,9)</sup> Por este motivo, la paciente que recibe tamoxifeno debe someterse a exámenes pélvicos de seguimientos y después de cualquier sangrado uterino anormal, a reconocimiento médico.

### **Clasificación celular del cáncer de endometrio:**

El tipo de célula más común del cáncer endometrio es el adenocarcinoma endometrioide que está compuesto de elementos epiteliales glandulares malignos; la mezcla de metaplasias escamosas es común. Los tumores adenoescamosos contienen elementos malignos de epitelio glandular y escamoso; <sup>(21)</sup> el carcinoma de células claras y el carcinoma seroso papilar del endometrio son tumores de histología similar a los observados en el ovario y en la trompa de Falopio, y el pronóstico es peor para estos tumores. <sup>(22)</sup> Raras veces se encuentran tumores mucinosos, escamosos e indiferenciados. A continuación se ofrece una relación de la frecuencia con que se manifiestan los tipos de células de cáncer de endometrio:

1. Endometrioide (75%-80%)

1.1 Adenocarcinoma ciliado.

1.2 Adenocarcinoma secretorio.

1.3 Papilar o villoglandular.

1.4 Adenocarcinoma con diferenciación escamosa.

1.4.1 Adenoacantoma.

1.4.2 Adenoescamoso.

2. Seroso papilar uterino (<10%).

3. Mucinoso (1%).

4. Células claras (4%).

5. Células escamosas (<1%).

6. Mixtos (10%).

7. Indiferenciado.

Se requiere una histerectomía para determinar el grado de invasión del miometrio. La siguiente clasificación quirúrgica ha sido adoptada por la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) y por el Comité Estadounidense Conjunto sobre el Cáncer: <sup>(23)</sup>

### **Estadio I**

El cáncer del endometrio en estadio I es el carcinoma limitado al cuerpo del útero.

- Estadio IA: tumor limitado al endometrio.
- Estadio IB: invasión a menos de 50% del miometrio.
- Estadio IC: invasión a más de 50 % del miometrio.

### **Estadio II**

El cáncer del endometrio en estadio II afecta el cuerpo y el cuello uterino, pero no se ha extendido fuera del útero.

- Estadio IIA: complicación glandular endocervical solamente.
- Estadio IIB: invasión estromática cervical.

El cáncer del endometrio en estadio III se extiende fuera del útero pero está limitado a la pelvis verdadera.

- Estadio IIIA: tumor invade la serosa o anexos o citología peritoneal positiva.
- Estadio IIIB: metástasis vaginales.
- Estadio IIIC: metástasis a los ganglios linfáticos pélvicos o para aórticos.

## Estadio IV

El cáncer del endometrio en estadio IV implica la mucosa vesical o intestinal o ha hecho metástasis a sitios distantes.

- Estadio IVA: invasión tumoral de la mucosa vesical o intestinal.
- Estadio IVB: metástasis a distancia, incluso a ganglios linfáticos intra abdominales o inguinales o ambos.

El cáncer del endometrio puede agruparse con respecto al grado de diferenciación del adenocarcinoma, de la siguiente manera:

- G1: no más de 5% tienen características de crecimiento sólido no escamoso o no morular.
- G2: de 6% a 50% tienen características de crecimiento sólido no escamoso o no morular.
- G3: más de 50% tienen características de crecimiento sólido no escamoso o no morular.

En los Estados Unidos, el cáncer del endometrio es el cáncer más común de los órganos reproductores femeninos. La sociedad Americana del Cáncer estima que se diagnosticaran en los Estados Unidos 39,080 nuevos casos de cáncer del cuerpo uterino durante el 2007. La mayoría de estos serán cánceres del endometrio o del recubrimiento del útero. La Sociedad Americana del Cáncer también estima que alrededor de 7,400 mujeres en los Estados Unidos morirán de cáncer del cuerpo uterino durante el 2007.

Aproximadamente 70% de todos los casos se encontraron en mujeres de 45 a 74 años. La mayoría de los casos se diagnostican en el grupo de 55 a 64 años de edad. Solo 8% ocurre en mujeres más jóvenes.

La probabilidad de que cualquier mujer sea diagnosticada con este cáncer durante su vida es de aproximadamente una en 40.

Hay más de 500,000 mujeres sobrevivientes de este cáncer. Aunque este cáncer es 40% más común entre las mujeres blancas, las mujeres negras tienen casi el doble de probabilidad de morir a causa de esta enfermedad. El índice relativo de supervivencia a 5 años es de un 84%, considerado en conjunto todos los casos de cáncer endometrial. Para el cáncer que se encuentra en etapa inicial, la tasa de supervivencia es mucho más alta. Sin embargo, la expectativa de supervivencia (el pronóstico) de cualquier mujer individual depende de la etapa en que se encuentre el cáncer, y otros muchos factores.

Las características de propagación de la enfermedad dependen en parte del grado de diferenciación celular. Los tumores bien diferenciados tienden a limitar su propagación a la superficie del endometrio; la diseminación al miometrio es menos común. En la paciente con tumor poco diferenciado, la invasión del miometrio ocurre con mayor frecuencia.

A menudo, la invasión del miometrio es una indicación precursora de complicación de los ganglios linfáticos y de metástasis distales y, por lo general, es independiente del grado de diferenciación.<sup>(10,11)</sup> La propagación metastásica se manifiesta con características definidas. La propagación a los ganglios pélvicos y paraaórticos es común. Puede hacer metástasis a puntos distales, afectando más comúnmente los pulmones, los ganglios inguinales y supraclaviculares, el hígado, los huesos, el cerebro y la vagina.

Otro factor que se correlaciona con la propagación tumoral extrauterina y ganglionar es la complicación del espacio linfaticocapilar descubierta en el examen histopatológico<sup>(12,19)</sup>. Mediante la clasificación quirúrgica concienzuda, es posible categorizar la enfermedad en estadio I en 3 grupos de pronóstico. La paciente con tumor de grado 1, complicación solo del endometrio y sin signos de enfermedad intraperitoneal (es decir, propagación a los anexos o lavados positivos), corre poco riesgo (<5%) de presentar complicación ganglionar<sup>(13)</sup>. En la paciente con tumor de grado 2 o 3, invasión de menos del 50% del miometrio y sin enfermedad intraperitoneal, la incidencia de complicación de los ganglios pélvicos es de 5% a 9% y la de tener ganglios paraaórticos positivos es de 4%. Hay una gran probabilidad de que la paciente con invasión muscular profunda, tumor de grado alto y enfermedad intraperitoneal, o sin ella, padezca de propagación ganglionar: a los ganglios pélvicos, de 20% a 60% y a los ganglios paraaórticos, de 10% a 30%.

En un estudio orientado específicamente a los carcinomas en estadio I, grado 1, de tipo histológico favorable, se identificaron cuatro factores pronósticos adversos de significación estadística: invasión del miometrio, invasión vascular, ocho mitosis o más por diez campos de alta energía y ausencia de receptores de progesterona<sup>(14)</sup>.

Cuando la única prueba de propagación extrauterina es la citología peritoneal positiva, no se sabe con certeza cómo influirá en el resultado. El valor de la terapia dirigida hacia este hallazgo citológico no está bien fundamentado.<sup>(15,16)</sup> La preponderancia de la prueba, sin embargo, indicaría que la presencia de otra enfermedad extrauterina es necesaria antes de que se considere la posibilidad de administrar terapia postoperatoria adicional.

Un informe encontró que la concentración de los receptores de progesterona es el indicador pronóstico de más importancia, por sí solo, de la supervivencia de 3 años en la enfermedad en estadios clínicos I y II. El 93% de las pacientes con una concentración de receptor de progesterona mayor de 100 sobrevivieron sin enfermedad 3 años en comparación con el 36% de aquellas con una concentración menor de 100. Solamente la complicación cervical y la citología peritoneal resultaron ser variables pronósticas significativas después de ajustar para el nivel de los receptores de progesterona <sup>(1)</sup>. Otros informes confirman la importancia del estado de los receptores hormonales como factor independiente de pronóstico <sup>(4)</sup>.

Además, se ha mostrado que la coloración inmunoquímica del tejido preparado en parafina de los receptores de estrógeno y de los receptores de progesterona se correlaciona con el grado de Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia, así como con la supervivencia. <sup>(1)</sup> Basándose en estos datos, se debe incluir cuando sean posibles los receptores de progesterona y de estrógeno, evaluados ya sea por métodos bioquímicos o inmunohistoquímicos, en la evaluación de los pacientes en estadios I y II. Se ha observado que la expresión del oncogén, la ploidia del ADN y la fracción de células en fase -S también son indicadores pronósticos del resultado clínico. <sup>(4)</sup> Por ejemplo, la sobreexposición del oncogén HER-2/neu ha sido relacionada con un pronóstico global precario. <sup>(6)</sup> Se ha publicado una revisión de los factores de pronóstico <sup>(6)</sup>.

## **Menopausia:**

Es un término que designa la fecha de la última menstruación de una mujer, (del griego mens que significa mensualmente, y pausi cese). Es un paso en un proceso lento y largo de envejecimiento reproductivo.

Cuando esto ocurre entre los 30 y 40 años se denomina menopausia prematura o precoz, y tardía, si en la sexta década de la vida de la mujer, todavía hay ciclos menstruales Regulares <sup>(1,2)</sup>.

## **Sangrado post menopáusico:**

El sangrado pos menopáusico engloba a cualquier pérdida sanguínea originada en el aparato reproductor, que ocurra después de un año de haber cesado la función menstrual. El tipo, la cantidad y la duración del flujo sanguíneo no orienta generalmente al diagnóstico etiológico. El flujo sanguíneo puede ser motivado por trastornos pélvicos locales, enfermedad general o cualquier lesión maligna en el sistema genital <sup>(1)</sup>.

El cáncer pélvico es el factor etiológico más grave. El cáncer de cérvix y del endometrio contribuyen con un 35%-50% del total de los casos, según el orden aproximado de su frecuencia.

El sangrado pos menopáusico es la única condición clínica común y por tanto un importante indicador que anuncia la presencia de malignidad endometrial en aproximadamente 20% de las pacientes; sin embargo, la paciente asintomática la paciente puede tener también cáncer de endometrio <sup>(5)</sup>.

## **Otros factores causales:**

- La administración exagerada o prolongada de estrógenos: si aparece hemorragia anormal durante el tratamiento con estrógenos, debe dejarse inmediatamente el tratamiento y realizarse el diagnóstico. No debe darse por supuesto que la hemorragia es de naturaleza iatrogénica.

Uno de los peligros potenciales de la terapia con estrógenos en la menopausia, es que la frecuente estadística de una hemorragia secundaria a los estrógenos, puede enmascarar una enfermedad seria (cáncer) <sup>(5)</sup>.

- La vaginitis atrófica o senil: es una expresión de imbalance hormonal. Puede producir sangrado por la ruptura de la delicada mucosa vaginal, o por la falta de proliferación endometrial que deja sin protección estromal a los vasos endometriales <sup>(17)</sup>.

- Fragilidad vascular, varices.

- Traumatismos.

- Infecciones.
- Poliposis cervical o endometrial.
- Miomas submucosos.
- Ulceras tróficas del cérvix, asociados a prolapsos uterinos.
- Producción endógena de estrógenos por un tumor ovárico feminizante.
- Enfermedad cardiovascular hipertensiva.
- Discrasias sanguíneas.
- Uso de medicamentos (Ej. Digoxina): los glucósidos cardiotónicos tienen relación química con las hormonas sexuales y adrenocorticales. Su estructura básica es un núcleo de ciclopentanoperhidrofenantreno, al que se une un anillo de lactona no saturada en el carbono 17<sup>(8)</sup>.
- Tamoxifeno: usado para disminuir la recurrencia de cáncer de mama, y propuesto para el tratamiento de la endometriosis, tiene efecto estimulante endometrial en algunas mujeres, con el consiguiente sangrado transvaginal <sup>(9)</sup>.
- Las mujeres posmenopáusicas, como las premenopáusicas pueden sangrar de cualquier tipo de endometrio. El endometrio de mujeres posmenopáusicas puede clasificarse básicamente en tres tipos:

1. No funcional(inactivo, atrófico)
2. Funcional(implica estimulación funcional)
3. Maligno(canceroso)

Es relativamente común encontrar un endometrio proliferativo activo en mujeres posmenopáusicas. La variedad mas exagerada es la hiperplasia glandular quística, en la cual se distingue un desarrollo glandular desigual con edema del estroma y aumento de la vascularización.

El número relativo de figuras mitóticas benignas en el endometrio, constituye un buen índice de la estimulación estrogenica.

Ocasionalmente se diagnostica una hiperplasia adenomatosa o atípica del endometrio. Se caracteriza por la disparidad, invaginaciones y seudoestratificación del epitelio glandular, y una actividad leve a moderada del estroma <sup>(1)</sup>.

No se ha encontrado pruebas de que haya un cambio maligno en esta alteración, y en la actualidad es aun controvertible si este cambio endometrial origina una neoplasia o si representa una lesión premaligna, o simplemente una sobreactividad, sin embargo a la hiperplasia atípica y al adenocarcinoma activo, a menudo se les encuentra juntos. A pesar de ello, no es posible afirmar si trata de una coincidencia o de una progresión a cáncer.

El flujo sanguíneo a partir de un endometrio proliferativo o hiperplásico, probablemente ocurre como resultante de sangrado por despiece.

Existen muchas pruebas de actividad endocrina posmenopáusica: estudios de citología vaginal, histología del endometrio y valoraron de hormonas esteroideas sexuales en orina y sangre.

La producción de estrógenos en el ovario continúa probablemente hasta 10-15 años después de la menopausia. Además, los tumores de las células de la granulosa o teca, aun de pequeño tamaño, pueden producir grandes cantidades de estrógenos durante el climaterio.

La corteza adrenal elabora también esteroides estrogenicos. Los estrógenos endógenos y exógenos pueden explicar la actividad endometrial posmenopáusica y el flujo sanguíneo subsiguiente. <sup>(4)</sup>

El endometrio inactivo es atrófico o senil, ocurre alguna dilatación de las glándulas, pero la existencia de un epitelio rudimentario y de un estroma escaso, constituye la regla.

El flujo sanguíneo en caso de endometrio atrófico se debe con frecuencia al adelgazamiento senil de la capa funcional; las asas capilares se encuentran prácticamente en la superficie y se rompen con facilidad al aumentar la presión intravascular. Esto sucede particularmente en casos de enfermedad cardiovascular hipertensiva <sup>(1)</sup>.

Los pólipos benignos sangran por su superficie o su pedículo, a consecuencia de traumatismos mecánico, alteraciones circulatorias, infección o una combinación de

dichas causas. La torsión y la infección explican los sangrados de los miomas submucosos.

El adenocarcinoma puede ser focal o extensivo. A excepción de las lesiones más tempranas (Ca. In situ), habitualmente en el adenocarcinoma están invadidas la zona intermedia y la basal. Pueden encontrarse diferentes grados de anaplasia y pleomorfismo.

La invasión carcinomatosa y la necrosis aséptica o bacteriana pueden provocar flujo sanguíneo en las pacientes con cáncer.

Los esteroides administrados a dosis terapéuticas, probablemente ejerzan una actividad carcinogenética; los estrógenos pueden producir condiciones favorables para el desarrollo del cáncer, inducido por otros agentes (desconocidos).

No existen evidencias de que la paridad o la nuliparidad predispongan a flujo sanguíneo genital posmenopáusico.<sup>(4)</sup>

## **Datos clínicos:**

### Signos y síntomas:

El **flujo sanguíneo genital** posmenopáusico puede acompañarse de **dolor** de leve a intenso, esto depende de la permeabilidad del cuello, cantidad y rapidez con que ocurre la pérdida sanguínea, presencia de infección o la torsión de un tumor.

El flujo sanguíneo varía desde un manchado o escurrimiento pardo oscuro, hasta la hemorragia franca. Su duración puede reducirse a un corto episodio de manchado o prolongarse por días o meses.<sup>(1)</sup>

## **Laboratorio:**

El estudio citológico vaginal puede revelar células cancerosas descamadas, organismos infecciosos, (tricomonas, candidas, bacterias) causantes de formas específicas de vaginitis, o de células basales libres y leucocitos (pero no células epiteliales cornificadas). Este cuadro sugiere probablemente atrofia o infección vaginal.

Raras veces tiene alguna utilidad para el diagnóstico de cifras plasmáticas de FSH o de estrógenos.

### **Exámenes especiales:**

La introducción de una sonda uterina; puede revelar la existencia de estenosis cervical y de hematocolpos. Así mismo, puede ser causa de cáncer endocervical o endometrial cuando provoca flujo sanguíneo o puede definir los contornos de un tumor uterino o cervical.

La biopsia de aspiración o succión del raspado, a menudo proporciona tejido suficiente para diagnosticar cáncer del endometrio o endometritis. <sup>(2)</sup>

### **Complicaciones:**

A pesar del conocimiento acerca de la relación entre la hiperplasia endometrial atípica y el adenocarcinoma, la persistencia o la recurrencia de una hiperplasia atípica después de legrado uterino concienzudo puede sugerir cáncer. La falla diagnóstica de una enferma de carcinoma pélvico o la institución de un tratamiento inadecuado de las infecciones genitales y urinarias puede dar lugar a la formación de abscesos o de septicemia.

Un tumor funcional de células de la granulosa del ovario que se deja sin tratar puede desarrollar cambios malignos. <sup>(1)</sup>

### **Diagnóstico diferencial:**

La hemorragia puede originarse de procesos patológicos localizados en la porción baja del sistema genital. El flujo sanguíneo de la uretra (carúncula, carcinoma de la uretra o vejiga) o del ano (hemorroides, fisura anal, cáncer.) pueden reportarse erróneamente como hemorragia vaginal.

Si la paciente pos menopáusica comunica que toma medicación inespecífica para su nerviosidad, bochornos o artritis, es necesario identificar el medicamento, pues

se puede tratar de estrógenos exógenos. Estas hormonas producen flujo sanguíneo por descamación cuando se administran de forma ininterrumpida.

Un tumor ovárico funcional o el carcinoma de la trompa de Falopio pueden provocar flujo sanguíneo, aunque no sean palpables. <sup>(2)</sup>

### **Profilaxis:**

Los exámenes ginecológicos y los estudios de citología vaginal periódicos (cada 6-12 meses) deberían ser regla. Las pacientes con mayor riesgo para neoplasia intraepitelial cervical, por ejemplo: inicio de vida sexual activa temprana, multiparidad, múltiples compañeros sexuales, fumadoras, antecedentes de dietilelbestrol in útero, SIDA, o papiloma virus, deben tener citología cervical anual; y las que tienen múltiples riesgos, cada seis meses.

La vagina y al vulva requieren atención y palpación en todas las pacientes, pero particularmente en las mujeres que tienen neoplasia intraepitelial cervical o cáncer de cérvix invasivo, ya que están en mayor riesgo de desarrollar neoplasia escamosa en cualquier parte del tracto genital inferior. <sup>(10)</sup>

Es necesario evitar el uso indiscriminado, continuo o excesivo de estrógenos.

La radiación aplicada incorrectamente puede paliar, pero no eliminar un cáncer oculto que no pudo evidenciarse con el procedimiento quirúrgico previo. En tales casos es preciso practicar otro legrado.

### **Tratamiento:**

Depende de la causa de la hemorragia. Dilatación y legrado uterino asociados a polipectomía en los casos indicados, representan un procedimiento suficiente para casi las dos terceras partes de las pacientes con flujo sanguíneo genital posmenopáusico.

#### **a) Medidas de urgencia:**

Hospitalizarse para estudiar todas las posibles causas de sangrado.

Si el escurrimiento sanguíneo proviene de una parte más alta que el orificio cervical externo, está indicado dilatación y legrado uterino.

Se debe practicar una biopsia del sitio de donde provenga el flujo sanguíneo.

**b) Medidas específicas y quirúrgicas:**

1. Cualquier tratamiento con hormonas esteroideas sexuales debe suspenderse hasta establecer la causa de la hemorragia y que hayan transcurrido por lo menos tres meses de observación.
2. La determinación de la causa de la hemorragia obliga a la evaluación ginecológica completa, que debe complementarse con estudios urológicos, gastrointestinales y hematológicos.
3. Los estudios de citología vaginal y la biopsia de lesiones sospechosas son los medios principales de diagnóstico.
4. Si se origina en las porciones altas del sistema vaginal, están indicadas las biopsias endometriales y el legrado uterino diferencial. Cuando no se encuentran evidencias de cáncer, pero se diagnostica hiperplasia endometrial atípica se harán estudios citológicos mensuales y a los tres meses se repite el legrado. En el intervalo no se administran hormonas.
5. La laparotomía entra en consideración cuando existe un tumor anexial con hiperplasia endometrial persistente (suponiendo la ausencia de terapéutica estrogénica.)
6. En cáncer de cualquier órgano requiere tratamiento definitivo.
7. Puede estar indicada la laparotomía exploradora y la histerectomía total, así como la salpingooforectomía bilateral para pacientes con flujo sanguíneo posmenopáusico recurrente después del segundo raspado (en ausencia de tratamiento con estrógenos).
8. Si la hemorragia tiene como causa única la vaginitis atrófica, se dará como tratamiento estrógenos (cíclico)(18)

**c) Medidas de sostén:**

Las explicaciones para infundir ánimo y el uso de sedantes son medidas importantes para el paciente con ansiedad. Los antibióticos, los hematinicos y los

complementos nutritivos se prescribirán en caso de infección, anemia o desnutrición respectivamente.

Las duchas vaginales diarias con ácido acético están indicadas para la vaginitis clínica.

#### **d) Tratamiento de las complicaciones:**

La perforación uterina causada durante el legrado uterino puede producir flujo sanguíneo en la cavidad peritoneal, en la vejiga o el recto, este caso requiere histerectomía abdominal total y la reparación de los defectos en otros órganos. La infección se trata con antibióticos.

#### **Pronóstico:**

La dilatación y el legrado uterino junto con la terapéutica estrogénica son generalmente suficientes para corregir el flujo sanguíneo genital posmenopáusico que no se debe a cáncer o tumor feminizante del ovario.

El pronóstico en las mujeres cuya hemorragia se origina por cáncer, depende de la extensión tumoral, y del éxito de la terapéutica anticancerosa. <sup>(1)</sup>

## **Diseño metodológico:**

### **Tipo de estudio:**

Se realizó un estudio tipo descriptivo de serie de casos.

### **Área de estudio:**

Departamento de Ginecología del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello.

### **Universo:**

Todas las pacientes que ingresaron a la sala de ginecología del HEODRA con diagnóstico de sangrado pos menopáusico por cáncer de endometrio durante el periodo de estudio.

Entre el 1º de Septiembre del 2006 y el 30 de Septiembre del 2007 fueron admitidas al Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello, León, 58 pacientes por sangrado pos menopáusico de las cuales 36 pacientes tuvieron diagnóstico histológicamente comprobado de carcinoma endometrial. La información del presente estudio descriptivo de series de casos fue obtenida de los archivos de patología y estadística de nuestra institución, además de los expedientes y las propias pacientes que se encontraron ingresadas en el periodo de estudio. De estas 36 historias, 4 se encontraron incompletas, y 4 pacientes no eran pos menopáusicas por lo que fueron excluidas del análisis. Así, la población de estudio consistió de 28 casos. De las historias clínicas se extrajo datos demográficos, síntomas principales antes de la admisión, signos, métodos diagnósticos, hallazgos histopatológico, los que fueron transcritos a una ficha de recolección de datos.

### **Caso:**

Entiéndase como caso a todas las pacientes con diagnóstico de cáncer de endometrio.

### **Muestra:**

Entiéndase como muestra a todas las pacientes con diagnóstico de cáncer de endometrio pero que se encuentren en periodo de menopausia, en el periodo de estudio.

### **Fuente:**

Primaria, ya que se entrevistaron a las pacientes y secundaria por que buscaron datos en los expedientes clínicos presentes en dichos servicios (estadística y patología).

### **Procedimiento de recolección de la información:**

Se recurrió al departamento de estadística y patología del HEODRA para la revisión de los expedientes previos al inicio de la investigación y a todas las pacientes ingresadas con diagnóstico de sangrado posmenopáusico por cáncer de endometrio, se les realizó previo consentimiento informado, interrogatorio, examen físico, y se verificó el reporte histopatológico según el procedimiento diagnóstico que se le realizó; todo lo cual se consignó en una hoja de recolección de datos (ver anexos).

Los datos se procesaron en el programa estadístico SPSS versión 12.0, expresando resultados según las características de las variables en cuadros, gráficos, tablas, porcentajes, medias, etc.

### **Aspecto ético:**

Se solicitó el permiso del director del HEODRA para la revisión de todos y cada uno de los expedientes y a todas las pacientes se les solicitó su consentimiento para participar de este estudio mediante la presentación de un consentimiento informado previa explicación de los objetivos del trabajo asegurando que la información obtenida será conocida únicamente por los autores y utilizada solo con fines del estudio.

### **Operacionalización de variables:**

**Edad:** numérica, discreta, ordinal. Edad de la paciente en años completos al momento del estudio.

**Fecha de última menstruación:** numérica, discreta, ordinal. Edad de la paciente en años cumplidos al momento del cese de sus menstruaciones.

**Años de menopausia:** numérica, discreta, ordinal. Periodo en años desde la fecha de la última menstruación hasta el momento de realizado el estudio

**Paridad:** numérica, discreta, ordinal. Numero de hijos nacidos a término o pretermino por parto vaginal o cesárea.

**Diabetes:** categórica, nominal, diabetes mellitus con diagnóstico previo al momento de su hospitalización registrado dentro de antecedentes patológicos.

**Hallazgo histo patológico:** Categórica, nominal. Comprende los diagnósticos como: muestra insuficiente, normal, atrofia, pólipo endometrial, hiperplasia sin

atipia, hiperplasia con atipia, y cáncer endometrial. Obtenido mediante dilatación y curetaje uterino con cureta de Novak.

### **Resultados:**

**Tabla 1: Edad de las pacientes ingresadas al servicio de ginecología con diagnóstico de cáncer de endometrio en el periodo de estudio.**

<b>Edad</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
45-54 años	11	39.3
55-69 años	13	46.4
≥65 años	4	14.2
Total	28	100

**n=28**

La edad promedio de las pacientes que presentaron sangrado pos menopáusico en asociación a cáncer de endometrio, se encontraba entre 55-69 años (46.4%) que concuerda con la bibliografía que menciona que el pico de incidencia está entre la quinta y la sexta década de la vida.

**Tabla 2: Antecedentes epidemiológicos en pacientes con cáncer de endometrio que se ingresaron al HEODRA, en el periodo de estudio.**

<b>Antecedentes</b>	<b>No.</b>	<b>(%)</b>
Nuliparidad	2	7.1
Abortos	11	39.2
Hipertensión arterial	10	35.7
Diabetes mellitus	5	17.8
Miomatosis uterina	1	3.5
Obesidad: IMC>25	17	60.7
Otras*	2	7.1

**\*1 paciente con artritis y 1 paciente con asma.**

**n=28**

Podemos ver en esta tabla que existe una fuerte relación entre la presencia de enfermedades crónicas con la aparición de cáncer de endometrio que represento mas del 50 % de las pacientes, asi como los IMC mayores de 25, debido a que las pacientes obesas presentan concentraciones elevadas de estrógenos debido a la conversión en la grasa periférica, que aumenta el riesgo de cáncer.

**Tabla 3: Cuadro clínico de pacientes con cáncer de endometrio, ingresadas al HEODRA en el periodo de estudio.**

<b>Síntomas y signos</b>	<b>No.</b>	<b>(%)</b>
<b>Síntomas</b>		
Sangrado trans cervical	28	48.2
Post menopáusico	28	48.2
Dolor pélvico	19	32.7
Pérdida de peso	11	18.9
Tumoración abdominal	0	0
<b>Signos</b>		
Útero aumentado de tamaño (>8 cm)	7	12.0
Atrofia de genitales	6	10.3
Palidez cutánea.	7	12.0

**n=28**

Determinamos en esta tabla que el síntoma cardinal en las pacientes con diagnóstico de cáncer fue el sangrado trans cervical, en el periodo post menopáusico, seguido de dolor pélvico.

**Tabla 4: Tipo de fármacos utilizados por las pacientes, previo a su ingreso al HEODRA en el periodo de estudio.**

<b>Medicamentos</b>	<b>F</b>	<b>(%)</b>
Antihipertensivos	10	35.7
Hormonas(estrogenos)	2	7.1
Hipoglucemiantes	5	17.8
Aines	2	7.1
No fármacos	9	32.1
Total	28	100

**n=28**

En esta tabla podemos observar que la más alta incidencia de cáncer de endometrio no se relacionó con la ingesta de hormonas, como lo menciona la

literatura, siendo los de mayor presencia en las pacientes los anti hipertensivos e Hipoglucemiantes.

**Tabla 5: Tipo de cáncer (histopatológico) en las pacientes ingresadas al HEODRA en el periodo de estudio.**

<b>Tipos</b>	<b>F</b>	<b>(%)</b>
Adenocarcinoma	27	96.4
Sarcoma	1	3.6
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>100.0</b>

Se determinó que el tipo histológico predominante de cáncer fue el adenocarcinoma el cual represento el 96.4% de los casos concordando con lo mencionado por Jano en su estudio de prevalencia en España en el 2009, donde menciona que es la forma más frecuente, y alcanza el mas del 80% de los casos.

**Tabla 6. Enfermedades relacionadas a sangrados trans cervical, encontradas en las pacientes menopáusicas con diagnostico de cáncer endometrio.**

<b>Enfermedad</b>	<b>F</b>	<b>(%)</b>
<b>Miomatosis uterina</b>	<b>1</b>	<b>3.5%</b>
<b>Otras</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>
<b>Sin otras causas</b>	<b>27</b>	<b>96.4%</b>

**n: 28**

Podemos observar que solamente en un 3,5% de los pacientes, se determinó la presencia de enfermedades causantes de sangrado trans cervical posterior a la menopausia, de tal manera lo plasma la bibliografía al mencionar que Pérdida de sangre o flujo rosado en la pos menopausia en el 2% de los casos se debe a una patología que no es cáncer propiamente dicho, siendo la mayor causa de sangrado en este periodo el cáncer de endometrio en cualquiera de sus tipos.

De tal manera podemos decir que las causas de sangrado en la mayoría de las pacientes no es debido a patologías anexas como la diabetes, hipertensión u otras como se plasma en cuadro de antecedentes patológicos de las mismas, no existiendo relación entre el sangrado y la presencia de estas.

## **Discusión de los resultados:**

Los hallazgos del presente estudio demostraron que de las 58 pacientes que ingresaron por sangrado pos menopáusico a ginecología en el periodo de estudio el 48.2% fueron positivas para cáncer de endometrio que correspondió a nuestra población a estudiar.

La edad promedio de las pacientes con carcinoma de endometrio fue 53,1 años, la cual es diferente a la indicada por otros autores, que citan como edad promedio entre los 59 y 61 años<sup>1,3,4,7,20</sup>. Sin embargo, la mayoría de los casos estuvo distribuida entre los 50-59 años (42,85%), lo cual es similar a lo señalado por otros investigadores<sup>1,4, 20,21</sup>. Además no encontrándose así pacientes menores de 40 años.

La Nuliparidad, como sugerente de una estimulación estrogenica continua del endometrio por una larga historia de anovulación u ovulación irregular, aun no muy bien comprendida<sup>2,4</sup> se asocia comúnmente con el carcinoma de endometrio<sup>1,3, 7,15</sup>. En nuestra revisión esta condición estuvo presente en 7.14% de las pacientes que presentaron la patología.

La diabetes mellitus y la hipertensión arterial son enfermedades asociadas con mayor frecuencia con cáncer de endometrio<sup>1, 4,7, 21</sup>, aunque actualmente no constituyen factores de riesgo por sí mismos, ya que son situaciones prevalentes en una población obesa y de edad avanzada<sup>4</sup>. En nuestro informe, 35.7% de las pacientes tuvo diagnostico de hipertensión arterial (PA>139/85 mmHg), lo cual difiere a lo descrito por algunos autores<sup>1, 7, 23</sup>, quienes refieren un porcentaje de 25%. Además, se encontró cinco pacientes (17.8%) con diagnostico de diabetes mellitus. Iruretagoyena<sup>23</sup> señala que, de 400 casos de carcinoma endometrial, 51 (12,8%) tuvieron diagnostico de diabetes mellitus.

En una paciente se encontró miomatosis uterina, diagnostico que se hizo incidentalmente tras la realización incidental de un ultrasonido abdominal que no se encuentra en correspondencia con lo que dice la bibliografía de que en un 30-35% de los pacientes se acompañan de esta patología. Así mismo, se encontró once casos (39%) con antecedentes de uno o más abortos, condición que para algunos también se asocia con cáncer de endometrio.

Acorde con otros<sup>3, 11, 21</sup>, el síntoma fundamental fue una perdida hemática atípica. En nuestro estudio, las 28 pacientes (100%) presentaron sangrado vaginal anormal, como síntoma principal. Dolor pélvico se presento en 67.9%, lo cual

contrasta con Bonadonna<sup>11</sup>, quien señala que es excepcional que las pérdidas hemáticas se asocien a sintomatología dolorosa pélvica.

Se encontró útero aumentado de tamaño (mayor de 8 cm.) en 25% de los casos, hallazgos que difiere al de otros autores<sup>1, 11</sup>, quienes consideran bastante raro que el útero este aumentado de volumen. Castillo M, Flores<sup>8</sup> indican crecimiento uterino solo en 6 de 53 pacientes (11%). Barber<sup>2</sup> refiere que la estimación del tamaño uterino puede distorsionarse cuando coexiste el diagnóstico del leiomiomas, asociación que en nuestra serie de presento en 3,5% de los casos y no estaba en correspondencia el mioma con el crecimiento encontrado. En relación a esta última característica, atribuir el sangrado anormal a un leiomioma puede ser una causa en el retraso del diagnóstico de cáncer endometrial<sup>2</sup>. Atrofia genital se encontró en 6 pacientes (10.3%), palidez muco cutánea en 7 pacientes (12%), pérdida de peso en 11 pacientes (18.9%), mas no se encontró presencia de tumoración abdominal. Con respecto al índice de masa corporal encontramos que 16 pacientes (57.14%) presentaban obesidad de grado I (IMC: 25-30) y que 2 pacientes (7.14%) con bajo peso (IMC: 17-18) y 1 paciente (3.5%) con obesidad de grado II (IMC: 30-35) que algunos autores lo titulan como factor de riesgo para desarrollar cáncer.<sup>4, 7, 11.</sup>

La biopsia de endometrio con la cureta de Novak es considerada por varios investigadores como una técnica efectiva para detectar carcinoma de cuerpo uterino. La dilatación y curetaje sigue considerándose como el principal método diagnóstico de carcinoma endometrial<sup>1, 15</sup>, atribuyéndose un rendimiento diagnóstico de 90 a 100%<sup>16</sup>. En el presente estudio se diagnóstico cáncer de endometrio en todas las pacientes a través de LUI fraccionado colocándose este como procedimiento de primera línea diagnóstica en esta institución. Sin embargo, reconociendo las desventajas de la dilatación mas curetaje, como son los riesgos de la anestesia y complicaciones que incluyen infección, sangrado, perforación y sinequias<sup>11</sup>, este procedimiento siempre debería ser realizado no solo porque favorece una adecuada evaluación pélvica, sino también porque permite un apropiado diagnóstico y estadiaje, al descartar lesión endocervical, lo cual es importante previo al tratamiento definitivo<sup>15</sup>.

La detección citológica del cáncer endometrial por el extendido del Papanicolaou ha sido menor si se le compara con su sensibilidad para el diagnóstico temprano de la enfermedad cervical, con un índice de positividad de 35 a 80%<sup>1, 3, 20</sup>. La principal razón de esto es que las muestras no son obtenidas directamente de la lesión, como ocurre en el cáncer de cuello uterino. Además, el cáncer de endometrio permanece dentro del útero un largo periodo antes de diseminarse al miometrio e istmo del endocervix<sup>2</sup>. En nuestra serie, se informo de 17 muestras positivas (60.7%) y sospechosas de cáncer mediante el Papanicolaou.

Esto demuestra que la prueba de Papanicolaou tiene un alto rendimiento en diagnosticar o descartar compromiso cervical por cáncer de endometrio solo etapas de compromiso del istmo del endocervix. Con este propósito es muy útil obtener separadamente muestras de la unión escamo columnar y endocervix con espátula de Ayre y torunda de algodón, respectivamente<sup>3</sup>.

Actualmente la ultrasonografía con transductores vaginales es un examen útil para identificar pacientes con riesgo de neoplasia endometrial, especialmente en aquellas con endometrio mayor de 4mm y existencia de lesiones polipoideas<sup>20</sup>. En nuestro estudio el ultrasonido no era considerado como uno de los exámenes de rutina para la detección de cáncer de endometrio por lo cual no se evaluó su rendimiento diagnóstico.

En el presente estudio, el tipo histológico más común fue el Adenocarcinoma del tipo I, 27 pacientes (96.4%). Para Bonadonna<sup>11</sup>, el adenocarcinoma representa el 85 a 90% de casos de carcinoma endometrial. En segundo lugar encontramos el Sarcoma presente en solo una paciente (3.5%).

La clasificación de los cánceres de acuerdo a sus estadios no pudo ser establecida ya que tanto los reportes en los expedientes clínicos y de patología eran muy pobres y no lo abordaban sino tan solo en una minoría no siendo válido para evaluar este parámetro.

Nuestro estudio confirma el hecho que, en una mujer en edad posmenopáusicas con hemorragia trans cervical, debe considerarse la posibilidad de cáncer endometrial, incluso se encuentre alguna condición benigna, como leiomiomas o pólipo y por tanto debe descartarse dicha neoplasia. Como en la mayoría de neoplasias malignas, el diagnóstico precoz y el estadiaje adecuado del cáncer endometrial son los pilares fundamentales para un tratamiento eficaz.

## Conclusiones:

- La edad promedio para las mujeres en que se presentó la menopausia es de 50.2 años,
- El tiempo promedio de presentación de los síntomas desde la menopausia hasta el diagnóstico fue de 7.9 meses;
- La edad más afectada para cáncer de endometrio es la que va de 55-69 años (46%), en su mayoría las pacientes con diagnóstico positivo para cáncer fueron grandes multíparas.
- En las pacientes estudiadas se encontró a pacientes con antecedentes de Hipertensión arterial y Diabetes Mellitus, Miomatosis Uterina y obesidad en relación a cáncer de endometrio sin ser estas causas directas del mismo.
- El uso de medicamentos correspondía en su mayoría a Antihipertensivos, Hipoglucemiantes, además de AINES, que no determinaban ni la aparición ni el progreso de la misma.
- La sintomatología predominante en las pacientes estudiadas fue de hemorragia trans cervical post menopáusica (100%) y dolor pélvico (lumbosacro) (32.7%).
- El tipo histológico más común en las pacientes fue el adenocarcinoma (96.4%) y en segundo lugar el sarcoma (3.6%).

## **Recomendaciones:**

A las unidades de atención primaria:

- Al personal asistencial de primer nivel, que consideren frente a una paciente con sangrado posmenopáusico una de las primeras sospechas diagnósticas es el cáncer de endometrio y realicen así un abordaje temprano.
- Que se cumpla en la medida de lo posible las normas técnicas para la indicación y realización del Papanicolaou en la población femenina haciendo énfasis en los dos mas grandes grupos de riesgo (embarazadas y mujeres que utilizan métodos de planificación familiar).
- Que a este nivel sean conocidas las normas técnicas de abordaje del cáncer para su atención y manejo temprano

A los SILAIS:

- Garantizar que en las unidades de atención primaria el personal asistencial conozca el adecuado flujo de este tipo de pacientes, para su remisión oportuna a un mayor nivel de resolución.
- Establecer un sistema de registro para este tipo de pacientes para determinar la verdadera incidencia, en los últimos años, en nuestro país.
- Que se realicen a través de las áreas de promoción y educación, campañas mas completas para la prevención y detección temprana de este tipo de patologías, sobre todo en las áreas geográficas mas vulnerables, y grupos etéreos mas vulnerables.

## **Referencias bibliográficas:**

1. Disaia D, Creasman W. Ginecología Oncológica 3<sup>a</sup>.ed, Editorial Medica Panamericana S.A. Buenos Aires 2001; 121-0.
2. Barber H. Manual de Oncología 2<sup>a</sup>.ed. Nueva Editorial Interamericana S.A. México: 2002; 272-88.
3. Jones H, Collson W, Burnett L. Tratado de Ginecología de Novak 13<sup>a</sup>. Nueva Editorial Interamericana S.A. México D.F. 2003; 6:15-73.
4. David N. Danforth. “Tratado de Obstetricia y ginecología” 10<sup>a</sup>. Edición. Nueva Editorial Interamericana S.A. de C.V. México D.F.2005. pág.: 172-272.
5. Albuja P. El cáncer en Trujillo 1981-1987: Estudio de incidencia y mortalidad REGGAT Monografía N0. 01 Trujillo, 1992.
6. Gitsch G, Hanzal F, Jeensen D, Hacker N. Endometrial cancer in postmenopausal women 45 years and younget. Ohstet Gynecol 2005; 85: 404-508.
7. Bonadonna G, Robustelli D. Manual de Oncología Medica.1<sup>a</sup>.ed. Editorial Masson S.A. España; 2003; 628-30.
8. Castillo M, Flores F. Adenocarcinoma de endometrio: Análisis de once años: 1980 a 1990, Rev. Med Hondur 2001; 59: 91-8.
9. Pérez S. Ginecología, 3<sup>a</sup>.ed. Editorial Mediterráneo, Chile 2003; 285-91.
10. Vall J. Collins V, Hudgins P. Adenocarcinoma of the endometrium. Am j Obstet Gynecol 2007; 97: 787-92.

11. Iruretagoycna B, Lozano P, Santos C. Adenocarcinoma de endometrio. Complicaciones postquirúrgicas y enfermedades asociadas más frecuentes. Rev. Cuba Oncol 2001; 6: 11-6.
  12. Iversen O, Segadal F. The value of endometrial Cytology, Obstet Gynecol Surg 2005; in 111-20.
  13. Fanning I, Evans NI, Peters A. Endometrial adenocarcinoma histologic Subtypes: Clinical and pathologic profile. Gynecol Oncol 2009; 32: 288-91.
  14. Medina A. Lejarcequi F. Puig T. Carcinoma de endometrio. Estudio Retrospectivo en 231 pacientes, Rev. Med Costa Rica 2003; 60: 107-12.
  15. Saavedra M. Muster O. Carcinoma endometrial: Experiencia del Hospital San Juan de Dios. Rev. Chil Obstet Ginecol 1992; 57: 414-31.
  16. <http://www.cancer.gov/espanol/pdq/tratamiento/endometrio/HealthProfessional/page3>
  17. Ralph C, Benson, M.D."Manual de ginecología y obstetricia" 7ª.ed. Editorial Manual Moderno. S.A. de C.V. México D.F.1994 pág.: 645-649.
  18. Te Linde Thompson/Rock. "Ginecología quirúrgica" 9ª.ed. Editorial Médica Panamericana, 2006. Pág.: 285-286.
  19. Jaime Botero U., Alfonso Jubiz H, Guillermo Henao." Obstetricia y Ginecología".7ª.ed. 2004. Pag.:486-486.
  20. Goodman y Gilman. "Las bases farmacológicas de la terapéutica"11ª. ed. Editorial Panamericana. 2006. Pág. 795.
  21. Zaino RJ, Kurman R, Herbold D, et al.: The significance of squamous Differentiation in endometrial carcinoma. Data from a Gynecologic Group Study Cancer 68 (10): 2293-302, 2001. [PUBMED Abstract].
  22. Gusberg SB: Virulence factors in endometrial cancer. Cancer 71 (4 Supply): 1464-6, 2003. [PUBMED Abstract].
  23. FIGO staging for corpus cancer. Br J Obstet Gynecol 99(5): 440, 2002.
- 24[http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/tesis/Salud/torres\\_vl/torres\\_vl.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/tesis/Salud/torres_vl/torres_vl.pdf)

# ANEXOS

**Ficha de recolección de información:**

“Cáncer de endometrio como causa de Sangrado pos menopáusico en las mujeres ingresadas al servicio de Ginecología del HEODRA en el periodo de Enero 2006- Septiembre 2007.”

- Nombre \_\_\_\_\_ y  
Apellidos: \_\_\_\_\_  
—
- Edad actual: \_\_\_\_ peso: \_\_\_\_ talla: \_\_\_\_ IMC: \_\_\_\_ G: \_\_\_\_ P: \_\_\_\_ A: \_\_\_\_ C: \_\_\_\_
- Edad en que se presento la menopausia(FUMN): \_\_\_\_\_
- Tiempo transcurrido desde la FUMN hasta el primer sangrado pos menopáusico: \_\_\_\_\_
- Número de sangrados hasta el momento de ingreso: \_\_\_\_\_
- Síntomas que acompañan al sangrado:
  - Dolor pélvico o lumbosacro: \_\_\_\_\_
  - Sensación de peso: \_\_\_\_\_
  - Flujo vaginal no hemático: \_\_\_\_\_
  - Otros: \_\_\_\_\_
  - Cual: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Antecedentes personales patológicos y tiempo de evolución:
- Cardiopatía: \_\_\_\_\_
- HTA: \_\_\_\_\_
- Uretritis: \_\_\_\_\_
- Atrofia genitales: \_\_\_\_\_
- Otras: \_\_\_\_\_

- Cuales:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Uso de medicamentos y tiempo de uso:

- Glucósidos cardiotónicos: \_\_\_\_\_
- Antihipertensivos: \_\_\_\_\_
- Hormonas: \_\_\_\_\_
- Otros: \_\_\_\_\_
- Cuales:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Hallazgos clínicos al examen ginecológico:

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

- Procedimiento realizado:

- LUA: \_\_\_\_\_
- LUI: \_\_\_\_\_
- Biopsia de cérvix: \_\_\_\_\_
- Otros: \_\_\_\_\_
- Cuales:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Resultado de estudio histopatológico:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_