Artículo original
Ginecol Obstet Mex. 2021; 89 (7): 524-529.

https://doi.org/10.24245/gom.v89i7.5318

Tratamiento laparoscópico en pacientes con cáncer de endometrio

Laparoscopic treatment of patients with endometrial cancer.

Francisco Manuel Montero-Venegas, Elga López-González, Lorena Fernández-Villarrenaga Vázquez

Resumen

OBJETIVO: Conocer la forma de presentación y características del cáncer de endometrio en las pacientes atendidas en el Hospital Juan Ramón Jiménez, evaluar la vía laparoscópica para su tratamiento y analizar su evolución.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio observacional y retrospectivo de los casos de carcinoma de endometrio diagnosticados en el Hospital Juan Ramón Jiménez de Huelva, España, entre los meses de enero de 2013 y diciembre de 2017 y tratados con cirugía laparoscópica. Criterio de inclusión: pacientes con diagnóstico de carcinoma endometrial. Parámetros de estudio: complicaciones quirúrgicas y tiempo de supervivencia. Los datos se analizaron con la versión 23 del programa SPSS.

RESULTADOS: Se encontraron 170 casos con diagnóstico de carcinoma de endometrio: 155 (91.17%) tratados con cirugía primaria por vía laparoscópica. Se registraron 3 casos (2%) con complicaciones intra y posoperatorias inmediatas. La tasa de supervivencia al momento del análisis fue del 98%.

CONCLUSIONES: El tratamiento por vía laparoscópica de pacientes con adenocarcinoma de endometrio es seguro y con tasas de éxito similares a la vía abdominal clásica.

PALABRAS CLAVE: Carcinoma de endometrio; cirugía laparoscópica; complicaciones posoperatorias; tasa de supervivencia; neoplasia de endometrio.

Abstract

OBJECTIVE: To know the form of presentation and characteristics of endometrial cancer in patients treated at the Hospital Juan Ramón Jiménez, to evaluate the laparoscopic approach to its treatment and to analyze its evolution.

MATERIALS AND METHODS: Observational and retrospective study of cases of endometrial carcinoma diagnosed at the Juan Ramón Jiménez Hospital in Huelva, Spain, between January 2013 and December 2017 and treated with laparoscopic surgery. Inclusion criteria: patients diagnosed with endometrial carcinoma. Study parameters: surgical complications and survival time. Data were analyzed with SPSS software version 23.

RESULTS: We found 170 cases with a diagnosis of endometrial carcinoma: 155 (91.17%) treated with primary surgery by laparoscopy. There were 3 cases (2%) with intraoperative and immediate postoperative complications. The survival rate at the time of analysis was 98%.

CONCLUSIONS: Laparoscopic treatment of patients with endometrioid adenocarcinoma is safe and with success rates similar to the classic abdominal approach.

KEYWORDS: Endometrial carcinoma; Laparoscopic surgery; Postoperative complications; Survival rate; Endometrial neoplasms.

Hospital Juan Ramón Jiménez de Huelva, España.

Recibido: febrero 2021

Aceptado: marzo 2021

Correspondencia
Francisco Manuel Montero Venegas
franmonve89@gmail.com

Este artículo debe citarse como:
Montero-Venegas F, López-González E, Fernández-Villarrenaga Vázquez L. Tratamiento laparoscópico en pacientes con cáncer de endometrio. Ginecol Obstet Mex 2021; 89 (7): 524-529.

ANTECEDENTES

El cáncer de endometrio es la neoplasia ginecológica más frecuente en nuestro medio,[1] con dos tipos histológicos diferentes en comportamiento, pronóstico y tratamiento: endometrioide y no endometrioide.[2]

El primero se caracteriza por ser un tumor bien diferenciado y superficialmente invasivo denominado adenocarcinoma endometrial tipo I, sensible a progesterona y de buen pronóstico. El tipo II se distingue por ser mal diferenciado o de tipo histológico agresivo que invade profundamente el miometrio.[3] Cuando ambos grupos se comparan, el tipo II tiene peor supervivencia a cinco años. El correcto tratamiento de las pacientes requiere tener en cuenta distintas variables que determinan el pronóstico.

La mayor parte de estas neoplasias se diagnostica en mujeres posmenopáusicas, entre 55 a 65 años; solo el 25% aparecen en mujeres premenopáusicas y el 5% en menores de 40 años.[4] El tratamiento primario del cáncer de endometrio es quirúrgico, con histerectomía total extrafascial, con doble anexectomía para el estudio de la anatomía patológica, con linfadenectomía pélvica y paraórtica en los casos indicados.

El procedimiento quirúrgico cada vez más elegido para las pacientes con cáncer de endometrio es el laparoscópico porque sus desenlaces son similares en supervivencia y recurrencia[5] a los del acceso abdominal clásico, pero con menores inconvenientes y más pronta recuperación.

En 1971, la FIGO estableció un sistema de etapificación clínica basado en el examen de la paciente anestesiada, con histerometría, raspado endocervical, cistoscopia e imágenes del esqueleto y pulmones.[6] Con la etapificación clínica, incluso hasta un 50% de las pacientes cambiaban de estado al etapificarse quirúrgicamente. En 1988 el Comité para Cáncer de la FIGO estableció la etapificación quirúrgica, que se modificó en 1998 y 2009[7] y que es el sistema que en la actualidad se utiliza en el Hospital Juan Ramón Jiménez de Huelva.

El objetivo de esta investigación fue: conocer la forma de presentación y características del cáncer de endometrio en las pacientes atendidas en el Hospital Juan Ramón Jiménez, evaluar la vía laparoscópica para su tratamiento y analizar su evolución.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional y retrospectivo de los casos de carcinoma de endometrio diagnosticados en el Hospital Juan Ramón Jiménez de Huelva, España, entre los meses de enero de 2013 y diciembre de 2017 y tratados con cirugía laparoscópica. El protocolo diagnóstico ante la sospecha de cáncer de endometrio incluye: historia clínica, exploración física, ecografía endovaginal y biopsia de endometrio obtenida mediante aspirado o histeroscopia. Enseguida del diagnóstico de cáncer de endometrio, y antes de la intervención quirúrgica, se practica una prueba de imagen, casi siempre una resonancia magnética nuclear, cuando no es posible tenerla o se requiere un estudio de extensión, se opta por la tomografía computada y obtención de marcadores tumorales.

En el Hospital Juan Ramón Jiménez el procedimiento quirúrgico para pacientes con cáncer de endometrio, cuando no existen contraindicaciones, se efectúa por vía laparoscópica, con el protocolo quirúrgico conforme al estadio prequirúrgico de cada caso, siguiendo las recomendaciones internacionales. Se inicia con la histerectomía, doble anexectomía y se completa con linfadenectomía pélvica o paraórtica, según esté indicado.

Para la recolección de los datos se procedió al análisis individual de las historias clínicas de las pacientes con diagnóstico de cáncer de endometrio durante el periodo de estudio y los parámetros seleccionados fueron: edad, estadio pre y posquirúrgico, forma de presentación, características histopatológicas, tipo de cirugía, vía de acceso, complicaciones quirúrgicas y evolución de la intervención quirúrgica, tratamientos coadyuvantes y supervivencia. Todos los datos se reunieron en una hoja de datos Excel; para su análisis se recurrió al programa SPSSv23.

RESULTADOS

Se revisaron 170 casos de cáncer de endometrio y el promedio de edad de las pacientes fue de 64 años, con mediana de 58 años. El 14% eran menores de 50 años o menos y solo el 1.8% fueron mayores de 80 años. El mayor porcentaje de la enfermedad se concentró en el grupo de 61 a 70 años. **Cuadro 1**

En el 86.5% de las pacientes destacó la metrorragia como principal motivo de consulta, seguido del dolor abdominal (**Cuadro 2).** Se encontró que el 50.6% habían sido diagnosticadas mediante histeroscopia y el 44.7% mediante aspirado endometrial.

La histología más frecuente fue el carcinoma endometrioide en 84.1% **(Figura 1)** de los casos y, de ellos, en 17.1% se detectó infiltración linfovascular.

Cuadro 1. Edad a la aparición

Edad	n (%)
Menores de 40 años	6 (3.5)
41-50 años	18 (10.5)
51-60 años	53 (31.2)
61-70 años	71 (41.8)
71-80 años	19 (11.2)
Mayores de 81 años	3 (1.8)
Total	170 (100)

En relación con el estadio de la enfermedad al momento del diagnóstico, el 54.1% de los casos estaban en estadio IA seguido del estadio IB con un 22.4%. El tratamiento indicado con más frecuencia fue la histerectomía con doble anexectomía en el 61.2% de los casos. **Cuadro 3**

Se encontró que el 53.5% de los casos tenía invasión miometrial mayor del 50% y que el 55.9% estaban en estadio G1.

La vía de acceso más practicada fue la laparoscópica: 91.2% de los casos, con laparotomía en el 3%. El 5.8% restante no requirió tratamiento quirúrgico. En 32.9% de los casos fue necesaria la linfadenectomía, con hallazgo de metástasis a nivel pélvico en el 2.4% y a nivel paraaórtico en el 3.5% de las pacientes.

De las 170 mujeres diagnosticadas, 5 (2.94%) fallecieron durante el tiempo de seguimiento y 9 (5.3%) tuvieron recidiva. Las 156 restantes (91.76%) viven y están libres de enfermedad, en el momento del estudio, con solo 2% de complicaciones quirúrgicas menores.

DISCUSIÓN

El cáncer de endometrio es uno de los más prevalentes en nuestra población y en España constituye el tercer cáncer ginecológico antecedido por el cáncer de mama y cuello uterino.[8]

Los desenlaces mencionados permiten poner en contexto a una población de 170 pacientes con cáncer de endometrio en la que destaca que la edad a la aparición fue, principalmente, entre los 51 y 70 años, con un promedio de 64 años, y un alto porcentaje de la población en estadio I. Estos hallazgos concuerdan con lo que se encuentra en la bibliografía internacional

https://doi.org/10.24245/gom.v89i7.5318

Cuadro 2. Motivo de consulta

Variable	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Metrorragia	147	86.5	86.5	86.5
Dolor abdominal	7	4.1	4.1	90.6
Hallazgo fortuito	15	8.8	8.8	99.4
Tamoxifeno	1	0.6	0.6	100.0
Total	170	100.0	100.0	

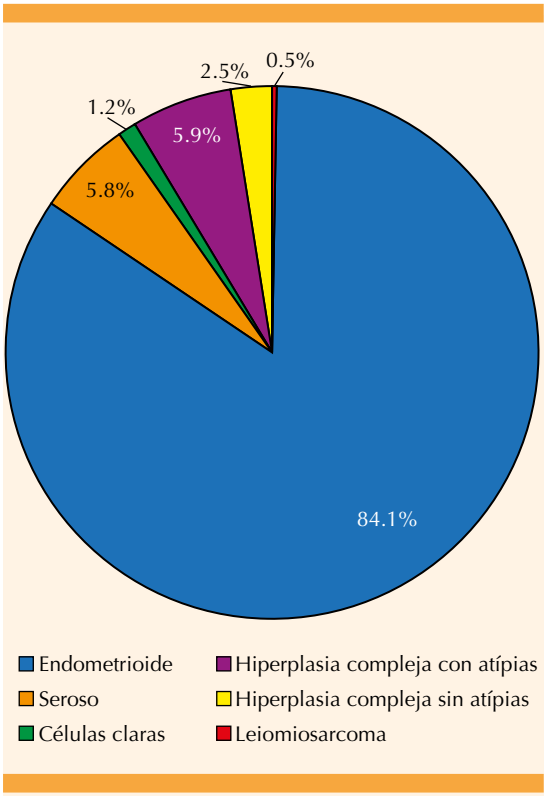


Figura 1. Tipo histológico.

que evidencia que esta neoplasia tiene buenos desenlaces clínicos, sobre todo cuando aparece en etapa I, de bajo riesgo.[9]

Con base en este estudio, la incidencia del cáncer de endometrio es excepcional antes de los 50 años (14%) y muy baja alrededor de los 80 años (1.8%). Sobresale que el 14% de los casos eran mujeres premenopáusicas. La ocurrencia de cáncer en este grupo de edad podría explicar, en parte, el aumento de la incidencia en España y el mundo. Los factores que explicarían este fenómeno son la obesidad mórbida en aumento, asociada con ciclos anovulatorios y la disminución de la paridad. En estos cánceres también debe considerarse la aparición temprana de posibles defectos hereditarios y genéticos, como el síndrome de Linch, la inestabilidad de los microsatélites, las mutaciones específicas como la del K-ras, P-ten, B-catenina y P53, entre otros.[10]

El síntoma referido con más frecuencia por las mujeres con este tipo de cáncer fue la metrorragia que, en la paciente que aún tiene ciclos menstruales suele ser intermenstrual y, menos frecuentemente, se manifiesta como una alteración en la cantidad o duración de las menstruaciones. Gracias a esta característica, el cáncer de endometrio se diagnostica en etapas más tempranas y su evolución es más favorable que la del cáncer de cuello uterino y de ovario. Este síntoma ha sido el principal, con un 86.5%, cifra muy similar a lo expuesto en otras series (80%). Algo diferente sucede con el dolor abdominal (el 4% en nuestra población *versus* 22% de otras series).[11] La diferencia puede radicar en el grupo de mujeres con la combinación de ambos síntomas y que aquí se analizó de manera independiente.

Por lo que se refiere al diagnóstico es necesario destacar que la ecografía ha tenido grandes limitaciones como método de diagnóstico del

Cuadro 3. Tratamiento indicado

Variable	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sin tratamiento	10	5.9	5.9	5.9
HT y DA	104	61.2	61.2	67.1
HT y DA y LP	21	12.4	12.4	79.4
HT y DA y LPAo	35	20.6	20.6	100.0
Total	170	100.0	100.0	

*HT y DA: histerectomía total con doble anexectomía
HT y DA y LP: histerectomía total, con doble anexectomía y linfadenectomía pélvica
HT y DA y LPAo: histerectomía total con doble anexectomía y linfadenectomía paraaórtica.

adenocarcinoma de endometrio. El principal método diagnóstico fue la biopsia por cánula de Gineaspir y, en segundo lugar, la histeroscopia. Un metanálisis informó que la cánula de Gineaspir era el mejor dispositivo con índices de detección para cáncer de endometrio en mujeres posmenopáusicas y premenopáusicas del 99.6 y 91%, respectivamente, motivo por el que en la actualidad es el método de elección para la toma de una biopsia inicial.[12]

Si se atiende a la base de datos nacional de Estados Unidos 2012 se observará que el 69.6% de los cánceres de endometrio aparecen en estadio I, un 7.1% en estadio II, 8.3% en estadio III y un 6.7% en estadio IV.[13] En la casuística aquí reportada la proporción de pacientes en etapa I fue ligeramente mayor (76.6%), con una proporción menor en el resto de los estadios.

La variedad endometrioide constituyó el tipo histológico más frecuente (84.1 %). Sin embargo, las variedades seroso papilar, células claras e indiferenciadas tuvieron frecuencias relativamente bajas, acorde con lo encontrado en la bibliografía.

Se efectuó linfadenectomía al 39.2% de los casos, con afectación pélvica en el 2.4% de los casos y aórtica en el 3.5%.

La tasa de recurrencia descrita en la bibliografía es baja (0-29%),[14,15] pero el seguimiento en estos estudios es durante un periodo corto. En los casos de este reporte, la tasa de recurrencia fue del 5.3%, pero quizá si el seguimiento fuera mayor la tasa también lo sería, como ocurre en otras revisiones. De todo ello destaca que la vía laparoscópica es segura, con solo un 2% de complicaciones.

CONCLUSIÓN

El cáncer de endometrio es la neoplasia ginecológica más frecuente. Su forma de presentación más habitual es la metrorragia y su principal método diagnóstico el aspirado endometrial seguido de la histeroscopia. El tipo más frecuente es el endometrioide, que se detecta en estadios tempranos y destaca casi un 20% de infiltración linfovascular, incluso en pacientes en estadios tempranos en quienes no se ha efectuado tratamiento coadyuvante. De ahí la importancia de emprender estudios que apoyen la inclusión de la infiltración linfovascular en el estadio de la enfermedad que, por lo tanto, permitan tratar a las pacientes que hasta ahora no se les ofrecía tratamiento coadyuvante. Debido a la baja frecuencia de complicaciones de la vía laparoscópica debiera considerarse la de elección, siempre que las características de la paciente lo permitan. Los autores estamos conscientes de las limitaciones de un estudio retrospectivo, por eso están en desarrollo más estudios que confirmen estas conclusiones y puedan reafirmar los datos expuestos.

https://doi.org/10.24245/gom.v89i7.5318

REFERENCIAS

1. Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, Parkin DM, Forman D, Bray F. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. Int J Cancer 2015; 136 (5): E359-86. https://doi.org/10.1002/ijc.29210
2. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Oncoguía Cáncer de endometrio 2016. Prog Obstet Ginecol 2017; 60: 274-302.
3. Cowles TA, Magrina JF, Masterson BJ, Capen CV. Comparison of clinical and surgical staging in patients with endometrial carcinoma. Obstet Gynecol 1985; 66 (3): 413-6.
4. Endometrial cancer. En: Callahan TL, Caughey AB, editores. Blueprint's obstetrics and gynecology. 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins;, 2008; 310-6.
5. Magrina JF. Laparoscopic treatment of endometrial cancer: five-year recurrence and survival rates. Eur J Gynaecol Oncol 2004; 25: 439-41. PMID: 15285298
6. Quinn MA, Benedet JL, Odicino F, Maisonneuve P, Beller U, Creasman WT, et al. Carcinoma of the cervix uteri. FIGO 26th Annual Report on the Results of Treatment in Gynecological Cancer. Int J Gynaecol Obstet 2006; 95(1): 43-103. https://doi.org/10.1016/S0020-7292(06)60030-1
7. Pecorelli S. Revised FIGO staging for carcinoma of the vulva, cervix, and endometrium. Int J Gynaecol Obstet. 2009; 105(2): 103-4. https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2009.02.012
8. Balagueró L, Comino R, Sainz de la Cuesta R, Jurado M, Xercavins J, Petschen I. Carcinoma de endometrio. Documento de Consenso SEGO. Madrid: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia; 1999. p. 91–136. https://doi.org/10.1016/j.gine.2009.03.009
9. Hecht JL, Mutter GL. Molecular and pathologic aspects of endometrial carcinogenesis. J Clin Oncol 2006; 10(29): 4783-91. https://doi.org/10.1200/JCO.2006.06.7173
10. Sanhueza P, Oliva L. Eficiencia de los métodos diagnósticos en el estudio del sangrado uterino anormal en la peri y post menopausia. Rev Chil Obstet Ginecol 2008; 73 (1): 58-62. https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262008000100010
11. Tabor A, Watt HC, Wald NJ. Endometrial thickness as a test for endometrial cancer in women with postmenopausal vaginal bleeding. Obstet Gynecol 2002; 99(4): 663-70. https://doi.org/10.1016/S0029-7844(01)01771-9
12. Lachance JA, Everett EN, Greer B, et al. The effect of age on clinical/pathologic features, surgical morbidity, and outcome in patients with endometrial cancer. Gynecol Oncol 2006; 101: 470-75. https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2005.11.009
13. Siegel R, DeSantis C, Virgo K, Stein K, Mariotto A, Smith T, et al. Cancer treatment and survivorship statistics, 2012. CA Cancer J Clin 2012; 62 (4): 220-41. https://doi.org/10.3322/caac.21149
14. Jadoul P, Donnez J. Conservative treatment may be beneficial for young women with atypical endometrial hyperplasia or endometrial adenocarcinoma. Fertil Steril 2003; 80: 1315-24. https://doi.org/10.1016/S0015-0282(03)01183-X
15. Morice P, Fourchotte V, Sideris L, Gariel C, et al. A need for laparoscopic evaluation of patients with endometrial carcinoma selected for conservative treatment. Gynecol Oncol 2005; 96: 248-54. https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2004.09.034

CITACIÓN ACTUAL

De acuerdo con las principales bases de datos y repositorios internacionales, la nueva forma de citación para publicaciones periódicas, digitales (revistas en línea), libros o cualquier tipo de referencia que incluya número doi (por sus siglas en inglés: Digital Object Identifier) será de la siguiente forma:

REFERENCIAS

1. Yang M, Gou, ZW, Deng CJ, Liang X, et al.* A comparative study of three different forecasting methods for trial of labor after cesarean section. J Obstet Gynaecol Res. 2017;25(11):239-42. https://doi.org/10.1016/j.gyobfe.2015.04..0015.**

* Cuando la referencia contiene hasta tres autores, éstos se colocarán de forma completa. En caso de 5 autores o más, solo se colocan cuatro, seguidos de la palabra en latín "et al".

** El registro Doi deberá colocarse con el link completo (como se indica en el ejemplo).