

MANEJO DE LOS PRECURSORES DEL CANCER DE ENDOMETRIO EN EL HOSPITAL PRINCIPAL DE APOYO "DANIEL ALCIDES CARRION" DURANTE LOS AÑOS 1980 - 1986

Luis Pacora, Gerardo Caballero, Nelly Salgado, Martha Oshiro y Walter Mlttu

RESUMEN

Durante los años 1980-1986, se efectuó 2,428 legrados uterinos biópsicos fraccionados en el Servicio de Oncología Ginecológica del HPA-DAC. Se realiza estudio retrospectivo de 146 mujeres portadoras de hemorragia uterina anormal en edad pre y post-menopáusicas, procediéndose a descartar neoplasia cervical por clínica, citología e histología, obteniéndose los siguientes resultados: endometrio proliferativo 88 casos (60.27%); hiperplasia glandular quística 24 casos (16.43%); hiperplasia adenomatosa 15 casos (10.28%); hiperplasia adenomatosa atípica 19 casos (13.02%). Se analiza antecedentes epidemiológicos de importancia, exponiendo el manejo realizado en estas pacientes.

SUMMARY

Between 1980 and 1986, 2,428 dilatation and fractionated curettages were performed at the Gynecological Oncology Service of HPA-DAC. Retrospective clinical, cytological and histological studies of 146 women presenting pre-or postmenopausal abnormal uterine bleeding revealed proliferative endometrium in 88 cases (60.27%), cystic glandular hyperplasia in 24 cases (16.43%), adenomatous hyperplasia in 15 cases (10.28%) and atypical adenomatous hyperplasia in 19 cases (13.02%).

Epidemiological relevant past history and management are analyzed.

INTRODUCCION

Dentro de los cuadros clínicos que con mayor frecuencia motivan evaluación ginecológica en pacientes post-menopáusicas, se considera a la hemorragia uterina anormal que se encuentra asociada con cierta frecuencia a cambios endometriales (v.g. hiperplasia del endometrio). Estos cuadros histológicos representan diversas graduaciones en cuanto a su estructura glandular y cambios celulares individuales, pasando desde hiperplasia glandular quística, hiperplasia adenomatosa, hiperplasia adenomatosa atípica hasta carcinoma endometrial.

En vista de que este cuadro clínico es motivo frecuente de consulta en nuestro medio, principalmente por pacientes post-menopáusicas, y de la posibilidad de degeneración en carcinoma endometrial, es que se revisa y expone el manejo de esta entidad, haciendo especial énfasis en los cuadros histológicos considerados como precursores del carcinoma de endometrio, a fin de ofrecer pautas y lineamientos generales en la evolución y seguimiento de este tipo de pacientes.

MATERIAL Y METODOS

El presente trabajo es un estudio retrospectivo que se llevó a cabo en el Servicio de Oncología Ginecológica del Hospital Principal de Apoyo "Daniel A. Carrión", de la Unidad Departamental de Salud del Callao.

Se analiza los resultados de 2,428 legrados uterinos biópsicos fraccionados, procediéndose a estudiar 146 historias clínicas correspondientes a mujeres en edad pre y post-menopáusicas portadoras de hemorragia uterina anormal.

El procedimiento diagnóstico en el grupo de estudio, consistió en:

1. Historia clínica.
2. Papanicolaou.
3. Biopsia de endometrio.
4. Examen bajo anestesia.
5. Legrado uterino fraccionado.
6. Estadío clínico.

En la Unidad Departamental de Salud del Callao, durante los años 1980-1986, se evaluó un total de 803,328 pacientes, correspondiendo a 2,428 pacientes la población de riesgo para contraer carcinoma endometrial, lo cual representa el 0.30% del total de pacientes evaluados.

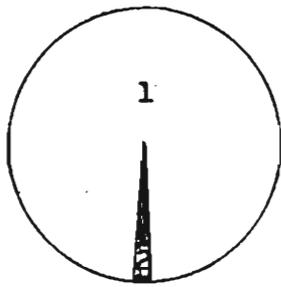
Se revisa los archivos de historias clínicas de la Unidad de Estadística, los condensados de historias del Servicio de Oncología, los informes de Anatomía Patológica en el estudio de biopsias y especímenes quirúrgicos y los informes de biopsias y especímenes quirúrgicos y los informes registrados en los libros de sala de operaciones.

Se pone especial énfasis en la investigación de los factores de riesgo (diabetes Mellitus, hipertensión arterial, obesidad, esterilidad, antecedentes de cáncer de mama u ovario, etc.), a fin de establecer el tipo de relación existente con esta entidad clínica. Se expone la metodología diagnóstica

y conducta terapéutica empleadas en nuestro servicio para cada uno de los estadios encontrados y los resultados de este manejo.

TABLA No. 1

<i>Población total atendida en la U.D.S. Callao durante 1980-1986 (1) : 803,328 pacientes : 100.00%</i>		
<i>Población que tuvo legrado uterino (2) : 2,428 pacientes : 0.30%</i>		



En la Tabla No. 1 se esquematiza el total de la población atendida en la U.D.S. del Callao y la población que tuvo legrado uterino, que representa el 0.30% del total de la población atendida y que es la que motiva el presente estudio.

TABLA No. 2

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LA POBLACION TOTAL ATENDIDA EN LA U.D.S. CALLAO DURANTE 1980-1986

<i>Servicio de Salud</i>	<i>Población Atendida</i>	<i>%</i>
Región de Salud del Callao	803,328	100.00
Servicio de Gineco-Obstet.	129,818	16.16
Servicio de Ginecología	72,460	9.02
Servicio de Obstetricia	57,358	7.14

En la Tabla No. 2, se expresa la distribución porcentual de la población total atendida en la U.D.S.-Callao en el período 1980-1986. El número de pacientes atendidas en Ginecología representa el 9.02% del total de pacientes, y la población que tuvo legrado uterino vendría a representar, en este caso, el 3.35% de la población ginecológica estudiada.

TABLA No. 3

DISTRIBUCION ETAREA DE LA POBLACION QUE TUVO LEGRADO UTERINO

<i>Edad</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>%</i>
40 - 44 años	9	6.16
45 - 49 años	15	10.27
50 - 54 años	18	12.32
55 - 59 años	24	16.45
60 - 64 años	32	21.94
65 - 69 años	21	14.39
70 - 74 años	16	10.95
75 - 79 años	6	4.10
> 80 años	5	3.42
TOTAL	146	100.00

En la Tabla No. 3 de distribución etárea se aprecia que la mayor incidencia ocurrió en las edades comprendidas entre 55 y 69 años, correspondiendo al 52.78% de la muestra.

TABLA No. 4

SIGNOS Y SINTOMAS PRINCIPALES

<i>Hallazgos</i>	<i>No.</i>	<i>%</i>
Hemorragia uterina anormal	129	88.35
Menometrorragia	17	11.64
Dolor pélvico	27	18.49
Sensación de tumoración	14	9.58
Leucorrea sanguinolenta	21	14.38

En la Tabla No. 4, como es lógico suponer, es la hemorragia uterina anormal el signo más importante de esta entidad clínica, con el 88.35%, seguido del dolor pélvico, con 18.49%.

TABLA No. 5

HISTOLOGIA ENDOMETRIAL

<i>Hallazgos</i>	<i>No.</i>	<i>%</i>
Endometrio Proliferativo	88	60.27
Hiperplasia Glandular Quística	24	16.43
Hiperplasia Adenomatosa	15	10.28(44-11%)*
Hiperplasia Adenomatosa Atípica	19	13.02(55-89%)*
TOTAL	146	100.00

* Lesiones consideradas pre-cancerosas

En la Tabla No. 5 se tiene que el endometrio del tipo proliferativo es el más frecuentemente encontrado, seguido de la hiperplasia glandular quística, la hiperplasia adenomatosa atípica y la hiperplasia adenomatosa.

TABLA No. 6
HISTOLOGIA ENDOMETRIAL

Hallazgos	No.	o/o
Hiperplasia Glandular Quística	24	0.98
Hiperplasia Adenomatosa	15	0.62
Hiperplasia Adenomatosa Atípica	19	0.78
Endometrio Proliferativo	88	3.63
Endometrio Senil ó Atrófico	2265	93.29
Adenocarcinoma	17	0.70
TOTAL	2428	100.00

La Tabla No. 6 está ampliada al estudio de la población total de legrados uterinos (2,428 pacientes), donde se aprecia que es el endometrio senil o atrófico el tipo histológico más frecuentemente encontrado en el Hospital (93.29%).

TABLA No. 7
FACTORES DE RIESGO

Factores	No.	o/o
Infertilidad	14	9.58
Obesidad	21	14.38
Diabetes Mellitus	11	7.53
Intolerancia a los carbohidratos	10	6.84
Hipertensión arterial	35	23.97

La Tabla No. 7 muestra que la hipertensión arterial es el factor de riesgo más frecuentemente hallado (23.97%), seguido por la obesidad, (14.38%).

PROCEDIMIENTO TERAPEUTICO:

1. Endometrio Proliferativo : Observación.
2. Hiperplasia Glandular Quística e Hiperplasia Adenomatosa si recidiva : Dilatación y L.U.B.F. : Histerectomía.
3. Hiperplasia Adenomatosa Atípica : Histerectomía.+ S.O.B.

El Cuadro expone el procedimiento terapéutico empleado en nuestro Servicio, de acuerdo al cuadro histológico encontrado.

DISCUSION

Las pacientes predominantemente afectadas o susceptibles de contraer hemorragia uterina anormal son aquéllas comprendidas en la edad post-menopáusica, entre los 55 y 69 años, lo cual está acorde con los reportes de la literatura médica (1, 3).

Actualmente, sólo se considera como precursores del carcinoma de endometrio a la hiperplasia adenomatosa y a la hiperplasia adenomatosa atípica, además del carcinoma in situ (que en nuestro estudio no se ha encontrado); la hiperplasia glandular quística por su bajo potencial de malignidad (0.36% degeneran a Ca. de endometrio) ya no se considera como precursor de esta entidad (6, 7, 10, 11).

Los factores de riesgo encontrados guardan relación con los datos referidos en la literatura, poniendo especial énfasis, en nuestro medio, a la hipertensión arterial y la obesidad (2, 4, 5, 8).

El Cuadro expone el manejo empleado en este tipo de pacientes de acuerdo a nuestro protocolo de diagnóstico y tratamiento.

CONCLUSIONES

Toda paciente en edad pre-y post-menopáusica y, más aún, aquélla que presenta factores de riesgo, debe ser cuidadosamente evaluada con las normas ya establecidas para descartar lesiones precursoras de cáncer de endometrio.

Las lesiones actualmente consideradas como pre-malignas constituyen un porcentaje significativo y son susceptibles a curación con un diagnóstico precoz y tratamiento oportuno.

Toda paciente con hemorragia uterina anormal, no debe ser motivo de alarma innecesaria ya que, si bien es cierto que hay un porcentaje significativo de lesiones pre-malignas, el mayor porcentaje corresponde a endometrio proliferativo y, de acuerdo con los reportes de la literatura, no degeneran en cáncer de endometrio.

A toda paciente con hemorragia uterina anormal en edad perimenopáusica se le deberá practicar legrado uterino fraccionado a fin de determinar las características histológicas del endometrio.

El estudio histológico de toda la población que tuvo legrado uterino en nuestro Hospital revela mayor incidencia de endometrio senil ó atrófico.

La hipertensión arterial y la obesidad son los factores de riesgo más frecuentemente hallados en relación a las pacientes portadoras de lesiones pre-malignas de Ca de endometrio.

REFERENCIAS

1. Cope E.: Management of abnormal bleeding. *Br. Med. J.*, 2: 700, 1971.
2. Bentler H.K., Dockerty M.B. and Randall L.M.: Precancerous lesions of the endometrium. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 86: 433, 1963.
3. Gore H. and Heriting A.T.: Premalignant lesions of the endometrium. *Clin. Obstet. Gynecol.*, 5: 1148, 1962.
4. Gusberg S.B. and Kaplan A.L.: Precursors of corpus cancer. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 87: 662, 1963.
5. Shesman A.I. and Brown S.: The precursors of endometrial carcinoma. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 134: 947, 1979.
6. Vellios F.: Endometrial hyperplasias, precursors of endometrial carcinoma. En *Pathology Annual*, S.C. Sommers Appleton-Century-Crofts, editores, New York, 1972.
7. Welch W.R. and Scully R.E.: Precancerous lesions of the endometrium. *Hum. Pathology* 8: 503, 1977.
8. Pacheco J. C. and Kempers R.D.: Etiology of postmenopausal bleeding. *Obstet. Gynecol.* 32: 40, 1968.
9. Scommagna A. and Dmowsky W.P.: Dysfunctional uterine bleeding. *Clin. Obstet. Gynecol.* 16: 221, 1973.
10. Valdivia Ponce, F.: *Oncología* 1: 101-111, 1982.
11. Novak: *Textbook of Gynecology*, Williams and Wilkins Co., 380-393, 1981.
12. Pacora L.: *Manual de Normas y Procedimientos de diagnósticos y tratamiento del Servicio de Oncología Ginecológica* 37-45, 1982.