
	<b>ENDOMETRIAL</b>		CODIGO <b>05-1-OD-003</b>	 <b>SOCIMÉDICOS</b> <small>Sociedad Colombiana de Hematología y Neoplasias Malignas S.A.S.</small>
	TIPO DE DOCUMENTO	AREA RESPONSABLE MISIONAL	VERSION 1	
			VIGENTE	

## INDICE

INTRODUCCION.....	2
JUSTIFICACION.....	3
DEFINICION.....	3
FACTOR DE RIESGO.....	3-4
CLASIFICACION.....	5
DIAGNOSTICO.....	5
TRATAMIENTO.....	6
BIBLIOGRAFIA.....	7

## **INTRODUCCION**

El Cáncer de Endometrio (CE) es la segunda neoplasia ginecológica más frecuente a nivel mundial, siendo más común en la peri menopausia. La incidencia del CE es seis veces mayor en países desarrollados que en los menos desarrollados.

La supervivencia en las etapas clínicas tempranas es del 80%, mientras que las pacientes con enfermedad avanzada Tienen una supervivencia a largo plazo menor al 50%.

## **JUSTIFICACION**

El cáncer endometrial es poco común en mujeres menores de 45 años. La mayoría de los casos (alrededor de tres de cuatro) son encontrados en mujeres de 55 años o más. La probabilidad promedio de que una mujer sea diagnosticada con este cáncer durante su vida es de aproximadamente una en 37. Hay más de 600,000 mujeres sobrevivientes de este cáncer. Este cáncer es ligeramente más común entre las mujeres blancas, aunque las mujeres negras tienen más probabilidad de morir a causa de esta enfermedad.

## **DEFINICION**

Cáncer que se forma en el tejido que reviste el útero (órgano pequeño, hueco y con forma de pera situado en la pelvis de una mujer donde se desarrolla el feto). La mayoría de los cánceres de endometrio son adenocarcinomas (cánceres que comienzan en las células que elaboran y liberan mucosidad y otros fluidos).

## **FACTOR DE RIESGO**

### **I. Factores Hormonales**

El balance hormonal de una mujer desempeña una parte en el desarrollo de la mayoría de los cánceres endometriales. Muchos de los factores de riesgo para el cáncer endometrial afectan los niveles de estrógeno. Antes de que ocurra la menopausia, los ovarios son la fuente principal de los dos tipos principales de hormonas femeninas: el estrógeno y la progesterona. El equilibrio entre estas hormonas varía durante el ciclo menstrual de toda mujer cada mes. Esto produce la menstruación mensual en la mujer, manteniendo al endometrio sano. Un cambio del equilibrio de estas dos hormonas hacia una producción relativamente mayor de estrógeno, aumenta el riesgo de desarrollar un cáncer endometrial.

Después de la menopausia, los ovarios dejan de producir estas hormonas, pero una pequeña cantidad de estrógeno sigue produciéndose naturalmente en el tejido adiposo. Este estrógeno tiene un impacto mayor después de la menopausia en comparación con el que tiene antes de la menopausia. Las hormonas femeninas también están disponibles (como una medicina) en píldoras anticonceptivas para prevenir el embarazo y como terapia hormonal para tratar los síntomas de menopausia.

## **II. Terapia de estrógeno**

El tratamiento de los síntomas de la menopausia con estrógeno se conoce como terapia de estrógeno o terapia hormonal posmenopáusica. El estrógeno está disponible en muchas formas diferentes, como en pastillas, parches para la piel, cremas, inyecciones y argollas vaginales para tratar los síntomas de la menopausia. El tratamiento con estrógeno puede reducir los sofocos repentinos de calor, mejorar la sequedad vaginal, y ayuda a prevenir la debilidad de los huesos (osteoporosis) que pueden ocurrir con la menopausia. Sin embargo, los médicos han encontrado que usar sólo estrógeno (sin progesterona) puede conducir a cáncer endometrial en mujeres que aún tienen úteros. Los medicamentos de tipo progesterona tienen que administrarse junto con estrógeno para reducir el riesgo aumentado de cáncer endometrial. A este método se le llama terapia de hormonas combinada

## **III. Píldoras anticonceptivas**

El uso de píldoras anticonceptivas reduce el riesgo de cáncer endometrial. Este riesgo es más bajo en aquellas mujeres que toman la píldora por largo tiempo, y esta protección continúa por lo menos durante 10 años después de que una mujer deja de tomar esta forma de control de natalidad. Sin embargo, resulta importante analizar todos los riesgos y beneficios cuando se selecciona un método anticonceptivo. El riesgo de cáncer endometrial es sólo un factor a ser considerado. Es una buena idea que hable con su doctor sobre las ventajas y las desventajas de los diferentes tipos de controles de natalidad.

## **IV. Edad**

El riesgo de cáncer endometrial aumenta a medida que la mujer envejece.

## **V. Diabetes**

El cáncer endometrial puede ser tanto como cuatro veces más común en mujeres con diabetes. La diabetes es más común en las personas que tienen sobrepeso, aunque incluso las diabéticas que no están sobrepeso tienen un mayor riesgo de cáncer endometrial.

## **VI. Antecedentes familiares**

El cáncer endometrial tiende a ser hereditario en algunas familias. Algunas de estas familias también presentan tendencia hereditaria a padecer cáncer de colon. Este trastorno se llama cáncer de colon hereditario no poliposo. Otro nombre para el HNPCC es síndrome Lynch. En la mayoría de los casos, este trastorno es causado por un defecto en el gen *MLH1* o el gen *MSH2*. Sin embargo, al menos cinco otros genes pueden causar HNPCC: *MLH3*, *MSH6*, *TGBR2*, *PMS1*, y *PMS2*.

Una copia anormal de cualquiera de estos genes reduce la capacidad del organismo para reparar el daño a su ADN. Esto causa un riesgo muy alto de cáncer de colon, así como un alto riesgo de cáncer endometrial. Las mujeres con este síndrome tienen un riesgo de 40% a 60% de cáncer endometrial en algún momento de sus vidas.

También aumenta el riesgo de cáncer de ovario.

Existen algunas familias que tienen una tasa alta de sólo cáncer endometrial. Puede que estas familias tengan un trastorno genético diferente que aún no se ha descubierto.

## CLASIFICACION

El grado de un cáncer endometriode se basa en la cantidad de glándulas que forma el cáncer que lucen similares a las glándulas encontradas en el endometrio normal y saludable. En cánceres de grados menores, más del tejido canceroso forma glándulas. Mientras mayores sean los grados de los cánceres, más de las células cancerosas están agrupadas de manera irregular o desorganizada y no forman glándulas.

- Los tumores de **grado 1**: tienen 95% o más de tejido canceroso que forma glándulas.
- Los tumores de **grado 2**: tienen entre 50% y 94% de tejido canceroso que forma glándulas.
- Los tumores de **grado 3**: tienen menos de la mitad de tejido canceroso que forma glándulas.

Los cánceres de grado 3 son llamados cánceres de “alto grado”. Éstos tienden a ser agresivos y a tener un pronóstico menos favorable que los cánceres de menor grado (grados 1 y 2).

## DIAGNOSTICO

A la mayoría de las mujeres no se les hace pruebas de detección para el cáncer de endometrio. Por lo tanto, este cáncer se diagnostica con más frecuencia después que la mujer presenta síntomas y consulta con su médico.

### I. Antecedentes y examen físico

Si usted presenta cualquier síntoma de cáncer endometrial (lea la sección “Señales y síntomas de cáncer endometrial”) debe consultar con su médico. El médico le preguntará sobre sus síntomas, factores de riesgo e historial médico familiar. El doctor también llevará a cabo un examen físico general y un examen pélvico.

### II. Visita a un especialista

Si el médico cree que usted pudiera tener un cáncer endometrial, un ginecólogo, quien es un médico calificado para diagnosticar y tratar enfermedades del sistema reproductor femenino, deberá examinarle. Un ginecólogo puede diagnosticar cáncer endometrial, así como tratar algunos casos en etapa inicial.

### III. Muestreo del tejido endometrial

Para determinar si existe una hiperplasia o un cáncer endometrial, el doctor tendrá que extirpar parte del tejido para examinarlo con un microscopio. Se puede hacer un muestreo del tejido mediante una biopsia endometrial, o bien, por medio de dilatación y legrado (D&C), con o sin histeroscopia.

- Biopsia endometrial
- Histeroscopia
- Dilatación y legrado

### IV. Pruebas del tejido endometrial

Las muestras de tejido endometrial extraídas por medio de la biopsia o el procedimiento de dilatación y legrado se observan con un microscopio para ver si hay un cáncer. Si se descubre cáncer, el informe del laboratorio indicará el tipo de cáncer endometrial (tal como endometriode y de células claras) y el grado del cáncer.

## TRATAMIENTO

El tratamiento que se utilice deberá tomar en cuenta la edad de la paciente, el nivel de actividad, sitio de recaída y periodo libre de enfermedad.

### I. Cirugía

Evaluar cirugía de salvamento (incluyendo la posibilidad de exenteración pélvica) en caso de recaída pélvica. El objetivo es la citorreducción óptima.

### II. Radioterapia:

Radioterapia de salvamento dirigida al sitio donde hubo mayor carga tumoral en forma inicial y/o a pelvis externa. Radioterapia en técnica de caja, 4 campos, 50 Gy (1.8 a 2 Gy/día) 25 a 28 fracciones. Indicada en pacientes que no son candidatas para cirugía y que no hayan recibido previamente radioterapia.

### III. Quimioterapia:

A base de platino por cuatro a seis ciclos:

- Paclitaxel + carboplatino cada 21 días o
- Doxorubicina + cisplatino cada 21 días.

4. *Hormonoterapia*: a base de acetato de medroxiprogesterona

200 mg diarios, reservados para tumores de bajo grado y con receptores progestacionales positivos.

## **BIBLIOGRAFIA**

<http://www.anticancerfund.org/es/cancers/cancer-de-endometrio>

<http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002291-pdf.pdf>

<http://www.incan.org.mx/revistaincan/elementos/documentosPortada/1327324358.pdf>