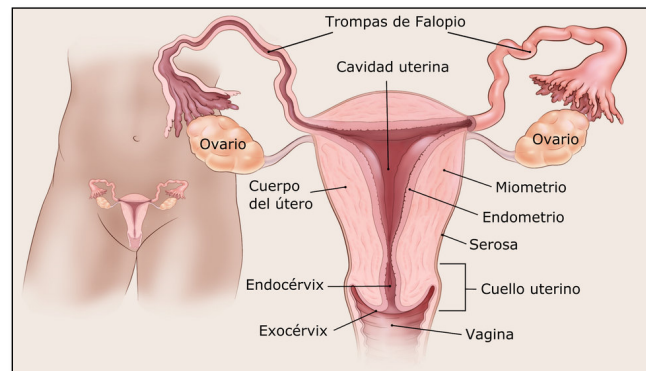


CÁNCER DE ENDOMETRIO

Anatomía y epidemiología

Cuando hablamos de cáncer de útero, nos referimos al que se produce en el cuerpo uterino, formado por dos capas: el miometrio que es la capa más externa y se trata de músculo, y el endometrio, la capa más interna y en la que se producen los cambios durante el ciclo menstrual.



El cáncer de endometrio es la neoplasia ginecológica maligna más frecuente en los países desarrollados. El adenocarcinoma endometriode es el tipo histológico más frecuente de cáncer de útero. Los tumores endometrioides suelen tener un pronóstico favorable ya que se presentan en una fase temprana con hemorragia uterina anormal. La incidencia alcanza su punto máximo entre los 60 y los 70 años y esta aumentado debido a la edad y la obesidad.

Histopatología

Clásicamente, los carcinomas endometriales, son clasificados en dos categorías histológicas, que difieren en incidencia y comportamiento clínico y tratamiento:

- El tipo I: los adenocarcinomas endometrioides, corresponden al 80% y son de mejor pronóstico.
- El tipo II que corresponde al 20% restante que incluye histologías más agresivas como el carcinoma seroso, de células claras, indiferenciados, etc.

Las recientes investigaciones sugieren que el cáncer de endometrio engloba un grupo de enfermedades con distintas características genéticas y moleculares por lo que actualmente se está introduciendo una clasificación molecular que tiene en cuenta otros parámetros que nos permiten estratificar mejor el riesgo y por tanto adaptar mejor los tratamientos.

Otro tipo de cáncer de útero son los que se originan en la capa muscular, es decir, el miometrio, llamados sarcomas y que presentan diferente clasificación y tratamiento.

Factores de riesgo

Los principales factores de riesgo relacionados con el cáncer de endometrio son la exposición a estrógenos, la obesidad o el síndrome metabólico en las que se incluye la DM, HTA, la nuliparidad, menarquia temprana o menopausia tardía, la toma de tratamientos hormonales como el tamoxifeno que se da en pacientes con cáncer de mama, síndrome de ovario poliquístico y algún síndrome genético como es el síndrome de Lynch.

Síntomas

El síntoma más frecuente por el que se inicia el estudio del cáncer de útero es el sangrado vaginal anómalo, seguido del dolor abdominal.

Diagnóstico

Lo primero es la exploración ginecológica que se suele acompañar de una ecografía transvaginal donde se puede detectar un engrosamiento del endometrio y se toma una muestra. Generalmente, los parámetros analíticos son normales.

En cuanto a las pruebas de imagen, la resonancia magnética nuclear (RMN) es la que mejor nos evalúa el tamaño tumoral y la invasión miometrial y cervical. La tomografía computarizada (TC) se utiliza como estudio de extensión ya que es útil para descartar afectación extrauterina

La prueba fundamental para un correcto diagnóstico es la biopsia.

Tratamiento

En cuanto al tratamiento, en los estadios localizados la cirugía es el elemento fundamental que incluye histerectomía, doble anexectomía y biopsia selectiva del ganglio centinela (BSGC) y en ocasiones asocia linfadenectomía pélvica y paraaórtica.

La cirugía nos permite conocer la estadificación definitiva y decidir tratamientos adyuvantes, ya que nos permite conocer con exactitud la profundidad de la infiltración miometrial del tumor y si afecta a otros órganos vecinos.

Un aspecto fundamental a la hora de decidir los tratamientos es el comité multidisciplinar de tumores ginecológicos donde se debaten cada uno de los casos con sus factores de riesgo para individualizar y proponer el mejor tratamiento a cada paciente.

De una forma general podemos decir que en los tumores de bajo riesgo se opta por la observación, en riesgo intermedio por administrar braquiterapia vaginal, en alto-intermedio por radioterapia externa (RTE) más braquiterapia vaginal y en los de alto riesgo quimioterapia seguido de radioterapia y braquiterapia.

Aspectos claves sobre la radioterapia externa y la Braquiterapia vaginal:

La RTE consiste en administrar radiaciones ionizantes sobre la zona a tratar que en el caso del cáncer de endometrio intervenido son el lecho quirúrgico y las áreas ganglionares pélvicas que incluyen cadenas iliaca común, iliacas externas e internas y obturadores. Es un tratamiento de alta precisión en que protegemos los órganos de alrededor como son el intestino delgado, el recto, la vejiga y las cabezas femorales para evitar los efectos secundarios. Las sesiones de radioterapia son diarias de lunes a viernes y en el cáncer de endometrio, oscilan entre 23-28 sesiones.



La braquiterapia vaginal consiste en tratar directamente la cúpula vaginal, ya que es la zona de mayor riesgo de recidiva, directamente a través de un aplicador que se introduce en la vagina. El número de sesiones puede oscilar entre 3 a 5 en caso de administrarse en monoterapia o entre 1 a 3 como sobreimpresión tras RTE.

Efectos secundarios del tratamiento:

Los efectos secundarios más frecuentes por radioterapia son:

- Agudos: Estos son los que se producen durante el tratamiento y hasta unas semanas después de finalizar el mismo.
 - A nivel intestinal: enteritis o proctitis que se manifiesta con diarrea, dolor abdominal, tenesmo rectal.
 - A nivel urinario: síntomas similares a una infección de orina como disuria, incremento de la frecuencia miccional.
- Crónicos: son los que se producen a partir de los 6 meses de finalizar los tratamientos. Los más frecuentes son los vaginales como la sequedad de mucosa vaginal, estrechamiento y acortamiento vaginal.

Seguimiento

No hay un consenso sobre el método y frecuencia de seguimiento, ya que se individualiza dependiendo de cada caso y sus factores de riesgo. Dado que los primeros 2-3 años son los de mayor riesgo de recidiva se suele establecer un control cada 4-6 meses incluyendo examen físico y alguna prueba de imagen, ecografía o TAC. Posteriormente control anual hasta los 5 años.

Después es fundamental que la mujer no abandone sus revisiones ginecológicas.