

UNIVERSIDAD JUÁREZ AUTÓNOMA DE TABASCO

División Académica de Ciencias de la Salud



“Cáncer de endometrio en mujeres menores de 40 años. Serie de Casos. Hospital Regional de Alta Especialidad de la Mujer de Tabasco” 2018-2022

**Tesis para obtener el Diploma de la:
Especialidad en Ginecología y Obstetricia**

Presenta:

Indra Anaid De La Cruz Isidro

Director:

Dr. Carlos Alberto Bocanegra Zurita

Villahermosa, Tabasco.

Enero 2023



**UNIVERSIDAD JUÁREZ
AUTÓNOMA DE TABASCO**
"ESTUDIO EN LA DUDA. ACCIÓN EN LA FE"



División
Académica
de Ciencias de
la Salud

Jefatura
del Área de
Investigación



Villahermosa, Tabasco, 26 de enero de 2023

Of. No. 235/DACS/JI

ASUNTO: Autorización de impresión de tesis

C. Indra Anaid De la Cruz Isidro
Especialización en Ginecología y Obstetricia
Presente

Comunico a Usted, que autorizo la impresión de la tesis titulada "**Cáncer de endometrio en mujeres menores de 40 años. Serie de Casos. Hospital Regional de Alta Especialidad de la Mujer de Tabasco**" 2018-2022 con índice de similitud 10% y registro del proyecto No. **JI-PG-082**; previamente revisada y aprobada por el Comité Sinodal, integrado por los profesores investigadores Dra. María Teresa Hernández Marín, Dra. Rosa María Padilla Chávez, Dr. Ever Domínguez Morales, Dra. María Eugenia Lozano Franco y la Dra. Jorda Aleiria Albarrán Melzer. Lo anterior para sustentar su trabajo recepcional de la **Especialización en Ginecología y Obstetricia**, donde funge como Director de Tesis: Dr. Carlos Alberto Bocanegra Zurita.

Atentamente

Dra. Miriam Carolina Martínez López
Directora



C.c.p.- Dr. Carlos Alberto Bocanegra Zurita. - Director de tesis
C.c.p.- Dra. María Teresa Hernández Marín. - Sinodal
C.c.p.- Dra. Rosa María Padilla Chávez. - sinodal
C.c.p.- Dr. Ever Domínguez Morales. - Sinodal
C.c.p.- Dra. María Eugenia Lozano Franco. - Sinodal
C.c.p.- Dra. Jorda Aleiria Albarrán Melzer. - sinodal
C.c.p.- Archivo
DC/MCML/LMC/FJOD/Ind

Miembro CUMEX desde 2008
**Consortio de
Universidades
Mexicanas**
MEMBROS DEL CONSORCIO PARA LA EDUCACIÓN SUPERIOR

Av. Crnel. Gregorio Méndez Masaña, No. 2838-A,
Col. Tamulé de las Barrancas,
C.P. 86150, Villahermosa, Centro, Tabasco
Tel. (993) 3581500 Ext. 6360, e-mail: investigacion@dacs.ujat.mx

www.dacs.ujat.mx

DIFUSION DACS

DIFUSION DACS OFICIAL

@DACSDIFUSION



**UNIVERSIDAD JUÁREZ
AUTÓNOMA DE TABASCO**

"ESTUDIO EN LA DUDA. ACCIÓN EN LA FE"



División
Académica
de Ciencias de
la Salud

Jefatura del
Área de Estudios
de Posgrado



ACTA DE REVISIÓN DE TESIS

En la ciudad de Villahermosa Tabasco, siendo las 11:00 horas del día 17 del mes de enero de 2023 se reunieron los miembros del Comité Sinodal (Art. 71 Núm. III Reglamento General de Estudios de Posgrado vigente) de la División Académica de Ciencias de la Salud para examinar la tesis de grado titulada:

"Cáncer de endometrio en mujeres menores de 40 años. Serie de Casos. Hospital Regional de Alta Especialidad de la Mujer de Tabasco" 2018-2022

Presentada por el alumno (a):

De la Cruz	Isidro	Indra Anaíd
Apellido Paterno	Materno	Nombre (s)
Con Matricula		

1	9	1	E	5	5	0	0	3
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Aspirante al Diploma de:

Especialista en Ginecología y Obstetricia

Después de intercambiar opiniones los miembros de la Comisión manifestaron **SU APROBACIÓN DE LA TESIS** en virtud de que satisface los requisitos señalados por las disposiciones reglamentarias vigentes.

COMITÉ SINODAL

Dr. Carlos Alberto Bocanegra Zurita
Director de Tesis

Dra. María Teresa Hernández Marín

Dra. Rosa María Padilla Chávez

Dr. Ever Domínguez Morales

Dra. María Eugenia Lozano Franco

Dra. Jorda Aleina Albarrán Meztler

Miembro CUMEX desde 2008
**Consortio de
Universidades
Mexicanas**
UNA ALIANZA DE CALIDAD POR LA EDUCACIÓN SUPERIOR

Av. Crnel. Gregorio Méndez Magaña, No. 2838-A,
Col. Tamulté de las Barrancas,
C.P. 86150, Villahermosa, Centro, Tabasco
Tel.: (993) 3581500 Ext. 6314, e-mail: posgrado.dacs@ujat.mx

www.dacs.ujat.mx

f DIFUSION DACS

@ DIFUSION DACS OFICIAL

♥ DACSDIFUSION

Carta de Cesión de Derechos

En la ciudad de Villahermosa Tabasco el día 10 del mes de Enero del año 2023, el que suscribe, Indra Anaid De La Cruz Isidro, alumno del programa de la Especialidad en Ginecología y Obstetricia, con número de matrícula 191E55003 adscrito a la División Académica de Ciencias de la Salud, manifiesta que es autor intelectual del trabajo de tesis titulada: **"Cáncer de endometrio en mujeres menores de 40 años. Serie de Casos. Hospital Regional de Alta Especialidad de la Mujer de Tabasco" 2018-2022** bajo la Dirección del Dr. Carlos Alberto Bocanegra Zurita, Conforme al Reglamento del Sistema Bibliotecario Capítulo VI Artículo 31. El alumno cede los derechos del trabajo a la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco para su difusión con fines académicos y de investigación.

Los usuarios de la información no deben reproducir el contenido textual, gráficos o datos del trabajo sin permiso expreso del autor y/o director del trabajo, el que puede ser obtenido a la dirección: indra_anaid@live.com.mx. Si el permiso se otorga el usuario deberá dar el agradecimiento correspondiente y citar la fuente del mismo.


Indra Anaid De La Cruz Isidro

Nombre y Firma



DEDICATORIA

A mis padres:

Sr. Pedro De La Cruz y Sra. Patricia Isidro por su apoyo incondicional. Han sido mi ejemplo de vida, que con trabajo duro y dedicación todo se puede en esta vida.

A mis hermanos:

Isaac e Itzel por apoyarme a lo largo del camino de esta noble profesión; por su cariño y comprensión a lo largo de esta etapa.

A mis maestros:

Gracias a todo el personal del hospital de la mujer , ya que me aportaron de su enseñanza en este camino lo cual me ayudo a crecer como profesionista en esta área.

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a cada uno de mis profesores, enfermeras (o) , pediátras, anesthesiólogos, trabajo social directivos que forman parte de este Hospital Regional de Alta Especialidad de la Mujer en Villahermosa Tabasco. En especial a todos mis maestros ginecobstetras por tener la paciencia y las ganas de enseñar; A la Dra. Clara Magdalena Martínez por su ayuda y conocimiento metodológico en esta tesis. Al Dr. Carlos Alberto bocanegra Zurita mi director de tesis, por su confianza y disposición de hacer esta investigación. A mis compañeros residentes sin duda aprendí algo de cada uno de ustedes.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.

ÍNDICE

GLOSARIO DE TÉRMINOS	9
GLOSARIO DE ABREVIATURAS	11
RESUMEN	12
ABSTRACT	13
1. INTRODUCCIÓN	14
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	16
3. JUSTIFICACIÓN	17
4. MARCO TEÓRICO	18
Definición.....	18
Incidencia.....	18
Historia del cáncer de endometrio.....	19
Etiología.....	20
Fisiopatología.....	23
Clasificación.....	25
Cuadro clínico.....	26
Diagnóstico.....	26
Tratamiento.....	27
Estadificación	29
Pronóstico.....	31
5. OBJETIVOS	32
5.1 Objetivo General.....	32
5.2 Objetivos Específicos	32
6. MATERIALES Y METODOS	33
6.1 Tipo de estudio.....	33
6.2 Universo y muestra.....	33
6.3 Unidad de análisis	33
6.4 Variables a investigar	34
6.5 Criterios de inclusión y exclusión.....	35
6.6 Técnicas de recolección de información.....	35
6.7 Procesamiento y análisis de la información.....	35

6.8 Consideraciones éticas	35
7. RESULTADOS	36
8. DISCUSIÓN	
9. CONCLUSIONES.....	50
10.RECOMENDACIONES.....	54
11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA.....	55

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.....	24
---------------	----

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1	36
Gráfico 2	37
Gráfico 3	38
Gráfico 4	39
Gráfico 5	40
Gráfico 6	41
Gráfico 7	42
Gráfico 8	43
Gráfico 9	44
Gráfico 10	45
Gráfico 11	46
Gráfico 12.....	47
Gráfico 13.....	48
Gráfico 14.....	49

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	30
---------------	----

GLOSARIO DE TÉRMINOS

Cáncer: (lat. *cancer* 'cangrejo', 'cáncer') Tumor maligno originado por la pérdida de control del crecimiento de las células, que puede invadir estructuras adyacentes o propagarse a sitios alejados y tener como resultado la muerte.

Cáncer de endometrio: Neoplasia glandular maligna que se origina en la capa interna (endometrio) del cuerpo uterino, la mayoría de los cánceres del endometrio son adenocarcinomas (cánceres que derivan de células que producen y liberan moco u otros líquidos).

Adyuvante: Terapia que se da posterior a un tratamiento primario.

Estirpe histológica: Denominación patológica para un tipo de tejido o células en específico, en base a sus características microscópicas.

Factor de riesgo: Condición que eleva la probabilidad de que una persona desarrolle una enfermedad.

Histerectomía. Es la extirpación quirúrgica del útero.

Histopatología: Estudio macroscópico y microscópico de las alteraciones en los tejidos y órganos extirpados.

Infertilidad: Incapacidad de lograr el embarazo después de tener relaciones sexuales regularmente, sin el uso de métodos anticonceptivos durante un año.

Índice de masa corporal (IMC): Medida usada para referir el peso corporal en relación a la superficie corporal. Se obtiene dividiendo el peso en kilogramos, entre la talla en metros al cuadrado.

Linfadenectomía: Procedimiento quirúrgico mediante el cual se extirpan ganglios linfáticos, con fines diagnóstico-terapéuticos.

Metástasis: diseminación de la enfermedad más allá del sitio primario.

Quimioterapia: Es el uso de fármacos para eliminar células malignas.

Radioterapia: Es la terapia que utiliza radiaciones ionizantes dirigidas al tumor con la finalidad de eliminarlo.

Riesgo de progresión: Posibilidad de avance de la enfermedad a un grado o extensión mayor a la inicial.

Riesgo de recurrencia: Posibilidad de reaparición de la enfermedad Después de un periodo libre de enfermedad, una vez realizado un tratamiento específico.

Seguimiento: Técnica de vigilancia clínica que permite la observación continua y programada, que incluye examen físico, imagen, exámenes de laboratorio, con participación activa del paciente.

Síndrome de Ovarios Poliquísticos: Patología endocrina que se caracteriza por la asociación de infertilidad, resistencia a la insulina, hiperandrogenismo, anovulación crónica y ovarios que exhiben típicas características ultrasonográficas como la presencia de más de 10 folículos menores de 10 mm de diámetro, dispuestos en forma periférica y un estroma hiperecogénico.

GLOSARIO DE ABREVIATURAS

FUR: Fecha de última regla

HRAEM: Hospital Regional de Alta Especialidad de la Mujer.

TNM: Características del tumor (T), ganglios linfáticos (N) y metástasis (M).

SOP: Síndrome de Ovarios Poliquísticos

EF: Exploración física

TAC: Tomografía axial por computadora.

USG: Ultrasonido.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.

RESUMEN

El cáncer de endometrio es una neoplasia glandular maligna que se origina en el endometrio, es la segunda neoplasia ginecología más frecuente a nivel mundial. Se clasifica en tipo I y tipo II, esta clasificación se basa en su relación con estrógenos, siendo el tipo I el relacionado a estrógenos.

Objetivo: Describir las características de una serie de casos de cáncer de endometrio, factores socio-demográficos, antecedentes gineco-obstétricos y cuadro clínico en mujeres menores de 40 años en el Hospital Regional de Alta Especialidad de la Mujer durante periodo comprendido de marzo de 2018 a marzo 2022.

Material y métodos: Se trata de un estudio observacional, retrospectivo y analítico en el que se revisaron quince expedientes clínicos de pacientes con cáncer de endometrio en mujeres menores de 40 años en el Hospital Regional de Alta Especialidad de la Mujer durante periodo comprendido de marzo de 2018 a marzo 2022.

Resultados: Se encontraron como factores socio-demográficos, como la edad con un promedio de 34.5 años, población urbana, como antecedentes gineco-obstétricos la mayoría de las pacientes eran nuligestas con infertilidad primaria y síndrome de ovario poliquístico mas frecuente el fenotipo D. A si mismo se encontró que todas las pacientes presentaron un cuadro clínico de alteración del ciclo menstrual.

Conclusión: Se identificó como factores sociodemográficos de las pacientes menores de 40 años con diagnostico de cancer de endometrio viven en zona urbana, tienen un grado de sobrepeso, obesidad, familiares con enfermedades crónico-degenerativas. Como antecedentes gineco obstétricos son pacientes jóvenes nuligestas con síndrome de ovario poliquístico y obesidad. Se debe identificar estos factores de riesgo acompañado de amenorrea secundaria y alteración del ciclo menstrual.

Palabras clave: cáncer de endometrio, factor de riesgo, obesidad, síndrome metabólico.

ABSTRACT

Endometrial cancer is a malignant glandular neoplasm that originates in the endometrium, it is the second most frequent gynecological neoplasm worldwide. It is classified into type I and type II, this classification is based on its relationship with estrogens, with type I being related to estrogens.

Objective: To describe the characteristics of a series of cases of endometrial cancer, socio-demographic factors, gynecological-obstetric history and clinical picture in women under 40 years of age at the Hospital Regional de Alta Especialidad de la Mujer during the period from March 2018. to March 2022.

Material and methods: This is an observational, retrospective and analytical study in which fifteen clinical records of patients with endometrial cancer in women under 40 years of age at the Regional High Specialty Hospital for Women were reviewed during a period of from March 2018 to March 2022.

Results: Socio-demographic factors were found, such as age with an average of 34.5 years, urban population, and gynecologic-obstetric history, most of the patients were nulliparous with primary infertility and syndrome of phenotype D was the most frequent polycystic ovary. Likewise, it was found that all the patients presented a clinical picture alteration of the menstrual cycle.

Conclusion: Sociodemographic factors of patients under 40 years of age with a diagnosis of endometrial cancer were identified as living in an urban area, having a degree of overweight, obesity, relatives with chronic-degenerative diseases. As a gynecological and obstetric history, they are young nulliparous patients with polycystic ovary syndrome and obesity. These risk factors accompanied by secondary amenorrhea and alteration of the menstrual cycle must be identified.

1. INTRODUCCIÓN

El Cáncer de endometrio es la segunda neoplasia maligna femenina más común, después del cáncer de mama, en el mundo desarrollado. En México es el tercer cáncer ginecológico más frecuente con 2,606 casos reportados en 2008, con una tasa de 4.7/100,000 habitantes. (Gómez-Pue, 2011). La edad media de diagnóstico es de 63 años. El adenocarcinoma de endometrio es el más común de los carcinomas endometriales, siendo la edad media de diagnóstico los 61 años, hasta 2-14% pueden ser diagnosticados antes de la menopausia. (Argueta, Batz, & de Paz, 2019) . Hay dos tipos diferentes de cáncer de endometrio: el tipo I relacionado con los estrógenos, que comprende aproximadamente el 80% de los cánceres de endometrio diagnosticados y un grupo más pequeño de cánceres de tipo II no relacionados con los estrógenos. (Ignatov, 2020)

El 5% de los casos de cáncer de endometrio se diagnostican antes de los 40 años. (Rosen, 2019)

Varios factores de riesgo no genéticos se han asociado con un mayor riesgo de cáncer de endometrio, particularmente para el adenocarcinoma endometrial endometriode del subtipo histológico más prevalente, que incluyen obesidad, inactividad física, exceso de estrógeno exógeno, resistencia a la insulina, y el uso de tamoxifeno después del cáncer de mama. (Raglan, 2019)

la obesidad se asocia con un mayor riesgo de recurrencia y muerte por cáncer, la obesidad promueve la carcinogénesis a través de la producción de adipocinas y el mantenimiento de un estado proinflamatorio. (McDonald, 2019)

Aunque la hiperplasia y el cáncer de endometrio son poco frecuentes en las mujeres jóvenes, las consecuencias pueden ser devastadoras, porque el tratamiento a menudo incluye una histerectomía. El diagnóstico de cáncer de endometrio se realiza mediante muestreo de endometrio, que se recomienda en todas las mujeres mayores de 45 años con sangrado uterino anormal y en mujeres más jóvenes con factores de riesgo. (Rosen, 2019)

La supervivencia general se considera buena porque su diagnóstico suele ocurrir en etapas tempranas, con la enfermedad confinada al útero, y la cirugía suele ser

curativa. El procedimiento quirúrgico estándar, cuando está indicado, es una histerectomía total extrafascial con salpingooforectomía bilateral. Se incluye linfadenectomía para la estadificación. (Mariño, 2022)

En este estudio, se presenta mujeres menores de 40 años con diagnóstico de cáncer de endometrio, describiendo los factores socio-demográficos, antecedentes gineco-obstétricos y cuadro clínico.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Conocer e identificar los factores socio-demográficos, antecedentes gineco-obstétricos y cuadro clínico asociados para cáncer de endometrio en mujeres menores de 40 años, en la detección primaria por medio de la historia clínica completa, ultrasonido para ofrecer un manejo oportuno y por lo tanto mejorar el resultado final.

El cáncer de endometrio en mujeres menores de 40 años es poco frecuente sin embargo es importante conocer e identificar los factores de riesgo, sociodemográficos para ofrecer un manejo oportuno y por lo tanto mejorar el resultado final.

El radio de incidencia del cáncer de endometrio es de 0 a 25 casos por 100 000 mujeres, pero este porcentaje varía dependiendo de la distribución geográfica. La mediana de edad de las pacientes en el momento del diagnóstico es de 63 años, sin embargo, el 25% son posmenopáusicas y el 5%, menores de 40 años.

(Gómez, 2012) . La obesidad y las condiciones asociadas con el síndrome metabólico, incluida la diabetes y el síndrome de ovario poliquístico, son factores de riesgo para el desarrollo de cáncer de endometrio. Además, las condiciones que involucran un exceso de estrógeno, incluidos los tumores secretores de estrógeno y el reemplazo hormonal con estrógeno sin oposición (es decir, la terapia de estrógeno sin progesterona), predisponen a las mujeres al cáncer de endometrio. (Lu, 2020) . El propósito de la presente investigación es describir las características clínicas, factores socio-demográficos, antecedentes gineco-obstétricos y cuadro clínico en pacientes menores de 40 años reportados en el Hospital Regional de Alta Especialidad de la Mujer (HRAEM), con diagnóstico de cáncer de endometrio. Por lo anterior se plantea la siguiente pregunta de investigación.

¿Cuáles son las características de una serie de casos de cáncer de endometrio en mujeres menores de 40 años en el HRAEM durante el periodo marzo 2018 a octubre 2022

3. JUSTIFICACIÓN

Conocer las características clínicas para cáncer de endometrio, los factores socio-demográficos, los antecedentes gineco-obstétricos y describir el cuadro clínico en mujeres menores de 40 años es fundamental para detectar de una manera temprana dicha patología , ya que las pacientes son en la mayoría nulíparas con infertilidad primaria y así evitar la realización de histerectomía , poder dar un manejo conservador antes de desarrollar el cáncer de endometrio ya que cuentan con deseo de un embarazo futuro y por lo tanto se podrá atrasar incluso omitir el manejo idóneo a consecuencia.

En el presente estudio, se describen pacientes menores de 40 años con diagnóstico histopatológico de cáncer de endometrio. La relevancia de presentar esta patología reside que es un problema de salud pública ya sea por el incremento de casos y por el daño que ocasiona en las pacientes ya sea como causa de muerte y discapacidad (secuelas funcionales, físicas y psicológicas), por lo que es fundamental las acciones de salud tendientes a disminuirlos ya sea mediante la prevención y detección precoz.

Este dato coincide con el estudio realizado por ((Morice, 2016)), ya que mencionan que la noticia de una intervención quirúrgica supone para la mayoría de las personas un acontecimiento estresante, provocando un impacto en su vida habitual (López Roig, Pastor y Rodríguez, 1992).

Suele considerarse por sí mismo un estresor importante que provoca respuestas de ansiedad anticipatoria y miedo (Gottesman y Lewis, 1982). Los reportes sobre los casos de Cáncer endometrial en mujeres jóvenes en México son limitados, por lo que el estudio del cáncer de endometrio podrá contribuir información sobre esta patología en nuestro medio.

4. MARCO TEÓRICO

DEFINICIÓN:

El cáncer uterino se define como el que ocurre en el cuerpo uterino (cuerpo) y puede surgir del revestimiento interno del útero (endometrio) o de la capa muscular del útero (miometrio). Hay dos tipos principales de cánceres uterinos: adenocarcinomas, que se originan en el endometrio, y sarcomas, que se originan en el miometrio. (Passarello, 2019)

El cáncer de endometrio es el cáncer ginecológico más común y la segunda neoplasia maligna femenina más común, después del cáncer de mama, en el mundo desarrollado. (Raglan, 2019)

INCIDENCIA:

Se prevé que la incidencia del cáncer de endometrio seguirá aumentando en las próximas décadas, en particular entre los países de ingresos bajos y medios. En 2012, el número de casos nuevos y muertes por cáncer de endometrio en todo el mundo fue de 319.605 y 76.160, respectivamente. La incidencia estandarizada por edad y las tasas de mortalidad por cáncer de endometrio han aumentado de manera constante en la mayoría de los países desarrollados durante el período 1978-2013. (Raglan, 2019)

El cáncer de endometrio ocupa el primer lugar entre los cánceres ginecológicos en los países desarrollados. Es el tercer cáncer ginecológico más frecuente en México con una tasa de 4.7/100,000 habitantes. El mayor porcentaje de mujeres con esta neoplasia son menopáusicas, aunque entre 3 y 14% son menores de 40 años. (Gómez, 2012). Pero la incidencia en pacientes menores de 30 años es extremadamente rara, y sólo pocos casos han sido reportados. (Batz, 2019)

La prevalencia del cáncer de endometrio está aumentando en todo el mundo en paralelo a la epidemia de obesidad. A su vez, el cáncer de endometrio se diagnostica cada vez más a una edad más temprana, lo que hace que la detección, el tratamiento y el asesoramiento sean un desafío clínico. Se ha descrito que la incidencia de

cáncer de endometrio es aproximadamente del 15% para pacientes de ≤ 50 años y del 5% para las de ≤ 40 años. (Son, 2020)

A pesar de estas cifras, las mujeres que acuden a la consulta ginecológica para evaluación de sangrado ginecológico anormal en ocasiones son sometidas a investigaciones exhaustivas que pueden incluir ultrasonido pélvico, biopsia endometrial y/o histeroscopia. (Rondón-Tapia, 2018)

La edad promedio de diagnóstico en los EE. UU. es de 62 años. La mayoría de las mujeres (67%) con cáncer de endometrio son diagnosticadas en una etapa temprana con cáncer confinado al útero. Aproximadamente el 21 % tendrá diseminación regional a los ganglios linfáticos pélvicos y los órganos circundantes (p. ej., estructuras anexiales) y aproximadamente el 8 % tendrá metástasis a distancia. (Passarello, 2019)

El Instituto Nacional de Salud Pública informó, en 2018, que en México se ha incrementado la prevalencia de sobrepeso y obesidad en las tres últimas décadas y que, en la actualidad, el nuestro es uno de los dos países con mayor prevalencia de obesidad. En adultos de 20 y más años la prevalencia de sobrepeso y obesidad, en 2016, fue de 72.5% y de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, para 2018, el porcentaje ascendió a 74.9%; similares a los que se reportan en otros estudios mexicanos. (Torres-Lobatón, 2020)

HISTORIA DEL CANCER DE ENDOMETRIO

Bokhman propuso una categorización de los subtipos de cáncer de endometrio en 1983. Ese sistema propuso 2 tipos amplios de cáncer de endometrio y fue ampliamente adoptado como marco para refinar el pronóstico y para establecer diferentes enfoques de tratamiento. (Brooks, 2019)

Jackson y Dockerty estudiaron por primera vez una asociación entre el SOP y la CE en 1957. La mayoría de los estudios consisten en cohortes pequeñas que sugieren una asociación entre el síndrome de ovario poliquístico (SOP) y cáncer endometrial. (Holm, 2012)

ETIOLOGÍA:

El síndrome de ovario poliquístico (SOP) es el trastorno endocrino más frecuente en mujeres premenopáusicas, con una prevalencia del 5 al 10%. Mujeres con síndrome de ovario poliquístico (SOP) a menudo tienen las características del síndrome metabólico y hasta el 70% de las mujeres con síndrome de ovario poliquístico (SOP) son resistentes a la insulina. (Holm, 2012)

Los cánceres relacionados con la estimulación hormonal crónica en las mujeres incluyen el cáncer de endometrio, de ovario y de mama. En mujeres con síndrome de ovario poliquístico, la estimulación crónica de estrógenos a menudo puede causar hiperplasia endometrial o cáncer de endometrio. (Ding, 2018)

La evaluación ecográfica de la morfología ovárica es una parte importante del diagnóstico del síndrome de ovario poliquístico (SOP). En este sentido, las guías de la Sociedad de Síndrome de Ovario Poliquístico y Exceso de Andrógenos (AE-SOP) recomiendan un umbral de 25 folículos o más de 10 ml de volumen ovárico, o ambos, para cumplir con el diagnóstico de síndrome de ovario poliquístico (SOP). (Meczekalski, The polycystic ovary syndrome and gynecological cancer risk, 2020)

Las mujeres con un índice de masa corporal (IMC) normal tienen un 3 % de riesgo de cáncer de endometrio durante su vida, pero por cada aumento de 5 unidades en el IMC, el riesgo de cáncer aumenta en más del 50 %. (Lu, 2020)

Los factores de riesgo importantes para el cáncer de endometrio (CE) que a menudo se presentan en mujeres con síndrome de ovario poliquístico (SOP) son obesidad, nuliparidad, edad > 50 años, infertilidad, hipertensión, diabetes, anovulación crónica y suplementos de estrógenos sin oposición. Por lo tanto, las mujeres con síndrome de ovario poliquístico (SOP) pueden tener un mayor riesgo de desarrollar hiperplasia endometrial y cáncer endometrial, particularmente cuando la eliminación del endometrio es poco frecuente o no existe debido a irregularidades en la ovulación. (Holm, 2012)

Aunque la edad promedio al diagnóstico es de 63 años, los datos del programa de Vigilancia, Epidemiología y Resultados Finales desde 1990 hasta el presente muestran un aumento sostenido de casos entre mujeres menores de 50 años. (Lu, 2020)

Terapia de reemplazo hormonal: el reemplazo de estrógeno a través de medicamentos para controlar los síntomas de la menopausia es un ejemplo de exposición al estrógeno exógeno. El reemplazo de estrógeno sin oposición puede aumentar el riesgo de desarrollar cáncer de endometrio hasta 20 veces, y la duración del uso aumenta el riesgo. Este riesgo se reduce significativamente con el uso concomitante de progestágenos. (Passarello, 2019)

Factores reproductivos: El inicio temprano de la menarquia (<12 AÑOS) la nuliparidad, la infertilidad, la menopausia tardía y la anovulación crónica (p. ej., síndrome de ovario poliquístico) son factores reproductivos asociados a una mayor exposición a estrógenos. (Passarello, 2019)

Terapia con tamoxifeno: la terapia con tamoxifeno también se ha asociado con un mayor riesgo de desarrollar cáncer de endometrio. El tamoxifeno es un modulador selectivo de los receptores de estrógenos (SERM) y actúa como un antagonista de los estrógenos en los tejidos mamarios, pero como un agonista de los estrógenos en los tejidos óseos y endometriales. La mayoría de los estudios han encontrado que el mayor riesgo relativo de desarrollar cáncer para las mujeres que toman tamoxifeno es de dos a tres veces mayor que el de la población general. (Passarello, 2019)

Predisposición genética: Las mutaciones esporádicas son responsables de la mayoría del cáncer de endometrio; sin embargo, aproximadamente el 5% de los casos de cáncer de endometrio son causados por mutaciones genéticas. El cáncer de endometrio causada por predisposiciones genéticas generalmente ocurre de 10 a 20 años. Síndrome de Lynch (Passarello, 2019)

Infertilidad y riesgo de cáncer de endometrio: Varios estudios previos sugirieron una correlación entre la nuliparidad y el cáncer de endometrio, Sin embargo, no está claro si esta correlación se debe a la infertilidad en sí misma o más bien, a otros factores asociados con la infertilidad. las mujeres nulíparas tienen un riesgo

significativamente elevado de cáncer de endometrio en comparación con las mujeres que han tenido hijos. (Ignatov, 2020)

La diabetes tipo 2 y la hipertensión se han asociado epidemiológicamente con un mayor riesgo de cáncer de endometrio; sin embargo, se cree que este riesgo está relacionado con la obesidad concurrente. (Passarello, 2019)

FISIOPATOLOGIA:

EL ESTRÓGENO SIN OPOSICIÓN Y LA RELACIÓN ENTRE EL CÁNCER DE ENDOMETRIO:

En mujeres premenopáusicas, la expresión cíclica de estrógeno por los ovarios impulsa la proliferación endometrial. Después de la menopausia, los tejidos periféricos, especialmente el tejido adiposo, se convierten en el sitio principal de síntesis de estrógenos. Los adipocitos, preadipocitos y células madre mesenquimales dentro del tejido graso son la fuente predominante de aromatasa, la enzima responsable de la conversión de andrógenos en estrógenos. Los niveles y la actividad de la aromatasa aumentan en función de la edad y la adiposidad y, por tanto, contribuyen a la proliferación endometrial inducida por estrógenos en la mujer posmenopáusica. Además, los niveles de globulina transportadora de hormonas sexuales (SHBG) disminuyen con el aumento de la adiposidad, lo que aumenta la reserva de estrógenos bioactivos, incluso en ausencia de síntesis de novo de estrógenos. Una vez unido al receptor de estrógeno, el estrógeno modula directamente la transcripción de una variedad de genes proliferativos que incluyen IGF1R y IGF1. Receptor 1 de estrógeno acoplado a proteína G (GPER1) Interviene en la señalización no genómica dependiente de ligando para estimular la proliferación endometrial mediante la activación de las vías de señalización MAPK y AKT. El estrógeno actúa no solo como mitógeno, sino también como mutágeno. Los metabolitos genotóxicos del estrógeno reaccionan con el ADN para formar aductos depurizantes, lo que finalmente produce una acumulación de roturas de ADN de doble hebra y contribuye a la inestabilidad genética. (Onstad, 2016)

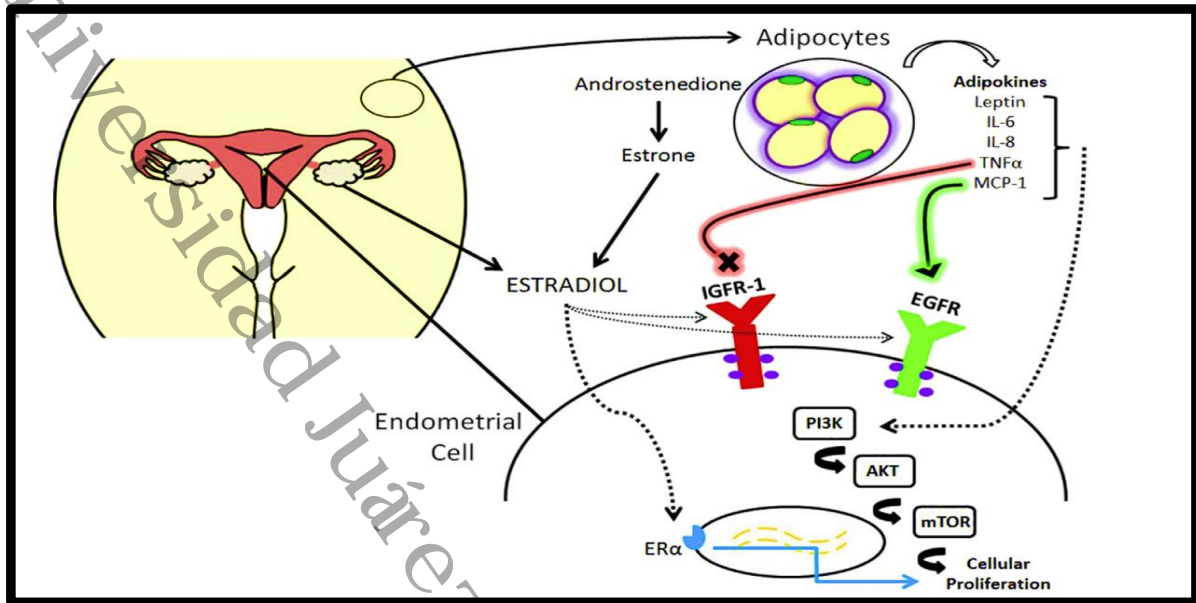
FISIOPATOLOGIA LA HIPERINSULINEMIA Y EL CÁNCER DE ENDOMETRIO:

La hiperinsulinemia estimula la producción de andrógenos suprarrenales y ováricos, la producción de estrógenos endógenos a partir de la progesterona y disminuye la producción de globulina transportadora de hormonas sexuales hepáticas. Además, los andrógenos se convierten en estrógenos por las enzimas aromatasa en los adipocitos viscerales. Los niveles promedio de progesterona se reducen significativamente en mujeres con anovulación. Insulina, los andrógenos y los estrógenos mejoran la actividad mitótica a través del factor de crecimiento similar a la insulina. Estos cambios juntos estimulan la proliferación endometrial y el potencial mutagénico, lo que puede aumentar el riesgo de hiperplasia endometrial y cáncer endometrial. (Holm, 2012)

FISIOPATOLOGIA OBESIDAD Y EL CÁNCER DE ENDOMETRIO:

La obesidad se asocia con un mayor riesgo de recurrencia y muerte por cáncer. El tejido adiposo funciona como un órgano endocrino que contribuye a la producción de hormonas, las respuestas inflamatorias y la estimulación de las vías de proliferación celular. Clásicamente, se consideró que la aromatización de androstenediona a estrona dentro del tejido adiposo impulsaba el desarrollo de cánceres de endometrio tipo I . Además del hiperestrogenismo, la obesidad promueve la carcinogénesis a través de la producción de adipocinas y el mantenimiento de un estado proinflamatorio. (McDonald, 2019)

Figura 1 Obesidad y carcinogénesis. El hiperestrogenismo conduce a una ER directa estimulación, lo que resulta en la proliferación de células endometriales.



Fuente: (McDonald, 2019)

La grasa visceral es un órgano endocrino complejo, compuesto por adipocitos y preadipocitos, así como macrófagos infiltrantes, células estromales, nerviosas y madre. Juntos, secretan una serie de adipocinas que ejercen efectos localizados y sistémicos, que aumentan la proliferación endometrial y promueven la tumorigénesis. Además, el tejido adiposo es una fuente de células madre mesenquimales, que pueden reclutarse para apoyar el crecimiento y la progresión del tumor. (Onstad, 2016)

FISIOPATOLOGIA SOP Y CANCER ENDOMETRIO:

Los cambios endometriales entre los pacientes con síndrome de ovario poliquístico son profundos y provocan fallos en la implantación y aberraciones proliferativas. El trasfondo de estos trastornos se refiere principalmente a la anovulación y la exposición endometrial prolongada a estrógenos sin oposición en ausencia de suficiente progesterona. Además, las mujeres con síndrome de ovario poliquístico tienen hiperandrogenismo y presentan una mayor expresión del receptor de

andrógenos endometriales en comparación con las mujeres sin síndrome de ovario poliquístico. Hormonalmente, el síndrome de ovario poliquístico se caracteriza por la secreción excesiva de hormona luteinizante (LH). Los informes indican que los receptores de LH están altamente expresados en el endometrio de mujeres con síndrome de ovario poliquístico con hiperplasia y carcinoma endometrial. En este sentido, la LH promueve el crecimiento de células cultivadas de endometrio humano. (Meczekalski, 2020)

CLASIFICACIÓN:

Hay dos tipos diferentes de cáncer de endometrio: el tipo I relacionado con los estrógenos, que comprende aproximadamente el 80% de los cánceres de endometrio diagnosticados y un grupo más pequeño de cánceres de tipo II no relacionados con los estrógenos. (Ignatov, 2020)

El cáncer de endometrio tipo 1 representa la mayoría de los cánceres de endometrio. Se desarrolla a partir de proliferaciones glandulares anormales bajo el efecto de un alto nivel de estrógeno sin oposición y generalmente se detecta en una etapa temprana. La forma histológica del cáncer de endometrio tipo 1 es con mayor frecuencia endometriode y es de grado bajo (grado 1 o grado 2). Por el contrario, el cáncer de endometrio tipo 2 tiende a ser menos común, menos dependiente de hormonas, ocurre en un ambiente atrófico, se observa con mayor frecuencia en mujeres mayores y generalmente se detecta en una etapa más avanzada. Por lo tanto, tiene una tasa de mortalidad más alta que el cáncer de endometrio tipo 1. (Ali, 2014)

Las otras formas de cáncer de endometrio se clasifican como subtipos de cáncer de endometrio tipo 2 e incluyen el:

- Adenocarcinoma seroso papilar
- Adenocarcinoma de células claras.

A menudo se detectan en estadios avanzados y tienden a ser más agresivos que los adenocarcinomas endometrioides. Cuando el cáncer de endometrio tiene características de más de un subtipo, se denomina adenocarcinoma mixto, y representa menos del 10% de todos los cánceres de endometrio. (Ali, 2014)

CUADRO CLINICO:

El síntoma más común es el sangrado posmenopáusico. Otros síntomas, no tan raros, incluyen: períodos irregulares, impredecibles, abundantes o prolongados (> 7 días), sangrado entre períodos, después del sexo y después de la menopausia, dolor y presión pélvicos, secreción, cambios en los hábitos intestinales y la frecuencia de la micción. (Ali, 2014)

El sangrado anormal es un síntoma común de muchas enfermedades benignas y solo indica la presencia de cáncer de endometrio en aproximadamente el 9 % de las mujeres posmenopáusicas y entre el 1 % y el 2 % de las mujeres premenopáusicas. Lo que sugiere que muchas mujeres con bajo riesgo se someten a procedimientos de diagnóstico invasivos innecesarios para descartar el cáncer. (Clarke, 2020)

DIAGNOSTICO:

El cáncer de endometrio generalmente se presenta como una enfermedad localizada en el momento del diagnóstico (67%), 20% de los pacientes diagnosticados de diseminación regional y a distancia la metástasis representa el 9%. (Tung, 2021)

El diagnóstico de cáncer de endometrio se realiza mediante muestreo de endometrio, que se recomienda en todas las mujeres mayores de 45 años con sangrado uterino anormal (SUA) y en mujeres más jóvenes con factores de riesgo. Debido a que la muestra de endometrio es un procedimiento invasivo e incómodo, a menudo no se realiza en mujeres jóvenes con sangrado uterino anormal (SUA). (Rosen, 2019)

El cáncer de endometrio a menudo se diagnostica en una etapa en la que se puede extirpar quirúrgicamente porque los síntomas, como el sangrado irregular, se observan desde una etapa temprana. (Aoki, 2020) .

La mayoría de los cánceres de endometrio se diagnostican en etapas tempranas, donde las tasas de supervivencia relativas a los 5 años son de alrededor del 95 %. (Emons, 2019) .

TRATAMIENTO:

El tratamiento del cáncer de endometrio puede ser quirúrgico o conservador. El tratamiento quirúrgico incluye laparotomía exploradora, histerectomía total con salpingooforectomía bilateral, histerectomía total robótica con linfadenectomía pélvica y paraaórtica, histerectomía vaginal asistida por laparoscopia e histerectomía total laparoscópica. El tratamiento conservador incluye el uso de progestágenos, radiación y/o quimioterapia según la estadificación de la enfermedad. En cuanto al tratamiento quirúrgico, la primera elección es la histerectomía total con salpingooforectomía bilateral. (Koutras, 2020)

La supervivencia general se considera buena porque su diagnóstico suele ocurrir en etapas tempranas, con la enfermedad confinada al útero, y la cirugía suele ser curativa. El procedimiento quirúrgico estándar, cuando está indicado, es una histerectomía total extrafascial con salpingooforectomía bilateral. Se incluye linfadenectomía para la estadificación. (Mariño, 2022) . La linfadenectomía de estadiaje se efectúa para conocer si existe afectación ganglionar y, por tanto, indicación de terapia coadyuvante. (Romero-Matas, 2022)

La biopsia de ganglio centinela ofrece información relevante, y es un procedimiento útil para determinar la afectación ganglionar en casos de cáncer de endometrio precoz. (Mariño, 2022)

Aunque la cirugía radical se asocia con un resultado de supervivencia oncológica a 5 años del 75-90% de los pacientes impide la posibilidad de tener futuros embarazos. (Leone Roberti Maggiore, 2021)

Después de una evaluación preoperatoria exhaustiva y una exploración intraoperatoria, la preservación de los ovarios parece ser una opción segura y viable para las mujeres premenopáusicas y perimenopáusicas a las que se les diagnostica cáncer de endometrio endometriode grado 1 de la FIGO en etapa temprana con LVSI negativo, ausencia de afectación de LUS y Menos del 50% de invasión

miometrial. Se cree firmemente que la preservación de los ovarios en esta población de pacientes seleccionada les brindará beneficios de salud potencialmente significativos y una mejor calidad de vida, sin afectar los resultados oncológico. (Khadraoui, 2020)

Las estrategias de tratamiento adyuvante para el cáncer de endometrio, como la radioterapia pélvica de haz externo, la braquiterapia vaginal, la quimioterapia y la quimioterapia y la radioterapia combinada, se han estudiado en varios ensayos aleatorios. Actualmente, el tratamiento adyuvante se basa en la presencia de factores de riesgo clinicopatológicos. La enfermedad de bajo riesgo se trata adecuadamente con cirugía sola.

En el cáncer de endometrio de riesgo intermedio alto, se recomienda la braquiterapia vaginal adyuvante para maximizar el control local, con solo efectos secundarios leves y sin impacto en la calidad de vida. Para el cáncer de endometrio de alto riesgo, grandes ensayos aleatorizados recientes respaldan el uso de la radioterapia pélvica, especialmente en el cáncer de endometrio en estadio I-II con factores de riesgo. (van den Heerik, 2021)

La radioterapia está bien asentada en el algoritmo de tratamiento del cáncer de endometrio, tanto como terapia complementaria tras el tratamiento quirúrgico o como terapia definitiva para el cáncer avanzado. cáncer de endometrio (estadio IV). (Koutras, 2020)

En pacientes < 40 años dentro del tratamiento se podría preservar los ovarios con una adecuada evaluación evitando así una menopausia precoz. (Morales, 2018)

ESTADIFICACION:

El objetivo principal de las clasificaciones por etapas es definir grupos de pacientes con perspectivas similares para estandarizar el manejo y permitir comparaciones de estrategias terapéuticas.

La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) de 2009 y las clasificaciones TNM son las clasificaciones más adoptadas, como se muestra en la tabla 1 (Ali, 2014) . Se basan en la estadificación quirúrgica e incluyen la evaluación de la extensión de la invasión del miometrio y la enfermedad metastásica local y distante, que anulan los factores pronósticos en el cáncer de endometrio. (Morice, 2016) .

A partir de la estadificación quirúrgica, el Gynecologic Oncology Group (GOG) agrupo a los tumores endometrioides según el riesgo de progresión: · Bajo riesgo: estadios IA y IB (G1 - G2) · Riesgo intermedio: IA – IB G3 y II.. · Alto riesgo: corresponde al resto de los estadios. (BORGES, 2019) .

Tabla 1: Estadificación del cáncer de endometrio

Tumor primario m (T)		
Sistema TNM, Categoría T	FIGO Sistema	
T0		Sin evidencia de tumor primario
T1	I	Tumor confinado al cuerpo uterino, incluso cervical, afectación glandular
T1a	IA	Tumor limitado al endometrio o que invade menos de la mitad del miometrio
T1b	IB	Tumor que invade a mitad o más del endometrio
T2	II	Tumor que invade el tejido conjuntivo estromal del cuello uterino, pero sin extenderse más allá del útero. No incluye afectación glandular endocervical.
T3	III	Tumor que afecta la serosa, los anexos, la vagina o el parametrio.
Ganglios linfáticos Regionales (N)		
N0		Sin metástasis en ganglios linfáticos regionales
N1		Células tumorales aisladas en ganglio linfático regional <0,2 mm en diámetro
N1	IIIC1	Macrometástasis en ganglios linfáticos regionales (>2,00 mm a 2,0 mm de diámetro) a los ganglios linfáticos para aórticos con o sin ganglios linfáticos pélvicos positivos.
N2	IIC2	Tumor que invade el tejido conjuntivo estromal del cuello uterino, pero sin extenderse más allá del útero. No incluye afectación glandular endocervical.
Metástasis a distancia (M)		
cM0		Sin metástasis a distancia en la evaluación clínica
cM1	IVB	Metástasis a distancia (inguinal, ganglios linfáticos, pulmón, hígado, hueso o enfermedad intraperitoneal)
pM1	IVB	Metástasis a distancia (inguinal, ganglios linfáticos, pulmón, hígado, hueso o enfermedad intraperitoneal) excluye vagina, serosa uterina o anexos.

Tabla 1 . (Ali, 2014) Sistemas de estadificación para el cáncer de endometrio con el uso del sistema de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) 2009 y el sistema de metástasis del ganglio tumoral (TNM). La estrategia del ganglio centinela comprende la inyección de colorante en el cuello uterino; (imagen superior), con linfadenectomía lateral específica si no se identifica un ganglio centinela (imagen central) y evaluación microscópica con tinción inmunohistoquímica (imagen inferior).

PRONOSTICO:

En la mayoría de los casos el diagnóstico se establece en el estadio I, con un riesgo de extensión extrauterina limitado e índices de supervivencia elevados. (cáncer, 2015)

El cáncer de endometrio en mujeres jóvenes a menudo se asocia con obesidad y nuliparidad y, por lo general, se asocia con un pronóstico más favorable que en mujeres mayores. Las mujeres negras jóvenes tienen más probabilidades de presentar tumores patológicamente agresivos en estadio avanzado. Incluso después de ajustar estas diferencias patológicas, las mujeres negras jóvenes con cáncer de endometrio tienen una mortalidad más alta que las mujeres blancas. (Mukerji, 2018)

La utilidad pronóstica de los estadios de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), se ha confirmado en múltiples estudios tanto uní como multivariados. Este es el factor pronóstico más importante que predice la evolución en mujeres con cáncer de endometrio. El tipo histológico adenocarcinoma endometriode tiene relativamente buen pronóstico.

Por otro lado, el carcinoma seroso es una neoplasia agresiva, con una sobrevida global que varía de 40% a 60% a cinco años. El carcinoma de células claras es también muy agresivo con una sobrevida a cinco años del 30% al 75%. (Alvarado-Cabrero, 2012)

5. OBJETIVOS

5.1 Objetivo general

Describir las características de una serie de casos de cáncer de endometrio en mujeres menores de 40 años del HRAEM en periodo comprendido de marzo de 2018 a octubre de 2022.

5.2 Objetivos específicos

1. Conocer los factores socio-demográficos asociados para cáncer de endometrio en mujeres menores de 40 años.
2. Identificar los antecedentes gineco obstétricos en mujeres con cáncer de endometrio en pacientes menores de 40 años.
3. Describir el cuadro clínico del cáncer de endometrio en mujeres menores de 40 años

6.- MATERIAL Y MÉTODOS:

Tipo de estudio.

Se trata de un estudio observacional, retrospectivo y descriptivo en el Hospital Regional de Alta Especialidad de la Mujer del estado de Tabasco en el periodo comprendido de marzo de 2018 a octubre de 2022, de pacientes con diagnóstico de cáncer de endometrio en mujeres menores de 40 años.

Población en estudio

Está conformada por quince pacientes con diagnóstico de cáncer de endometrio menores de 40 años que acudieron al Hospital Regional de Alta Especialidad de la Mujer de Tabasco, en periodo comprendido de marzo del 2018 octubre 2022.

Unidad de análisis

Se revisaron quince expedientes clínicos de mujeres con diagnóstico de cáncer de endometrio menores de 40 años en el Hospital Regional de Alta Especialidad de la Mujer de Tabasco en periodo comprendido de marzo del 2018 a octubre del 2022.

VARIABLES A INVESTIGAR

Variable	Categoría	Escalas de medición	Definición
Edad	Sociodemográfica	Cuantitativa continua	Edad cronológica del individuo
Sexo	Sociodemográfica	Cualitativa Nominal	característica biológica que permite clasificar a los seres humanos en hombres y mujeres
Población	Sociodemográfica	Cualitativa Nominal	Conjunto de habitantes de un lugar
Peso	Medición	Cuantitativa continua	Indicador de la masa corporal, se establece en kilogramos (kg)
Índice de masa corporal (IMC)	Índice	Cuantitativa continua	El cociente entre el peso y la estatura: $\frac{\text{peso}}{\text{estatura}^2}$ Donde el peso está en kilogramos y la estatura en centímetros
Menarca	Medición	Cuantitativa continua	Edad de la Menarca
Gesta	Medición	Cuantitativa continua	Número de embarazos
Ciclo menstrual	Medición	Cuantitativa continua	Duración del ciclo menstrual
Síndrome de ovario poliquístico	Clínico	Cualitativa Continua	Trastorno hormonal
Enfermedades crónico-degenerativas	Clínico	Cualitativa Continua	Enfermedades cardiovasculares DM2, HAS, Obesidad
Dolor pélvico	Clínico	Cualitativa Continua	Signo de un problema en uno de los órganos de la región pélvica
Dismenorrea	Clínico	Cualitativa Continua	Dolor pélvico durante la menstruación
Reporte histopatológico	Clínico	Cualitativa Continua	Diagnostico que se determinó mediante análisis de células y tejidos en un microscopio.

6.5 Criterios de inclusión y de exclusión

a) Criterios de inclusión

- Pacientes con diagnóstico de cáncer de endometrio menores de 40 años
- Pacientes ingresadas con expediente completo y legible.
- Diagnóstico Histológicamente confirmado de cáncer de endometrio

b) Criterios de exclusión

- Ausencia de expedientes.
- Información incompleta en el expediente
- Mayores de 40 años

Técnica de recolección de la información

Se solicitó al Servicio de Patología el número de expediente de pacientes con cáncer de endometrio con edad menor de 40 años. La recolección de la información se realizó a través de los expedientes clínicos resguardados en el archivo clínico de esta unidad, de todas las pacientes que reunieron los criterios de inclusión.

Procesamiento de datos y análisis estadístico

El programa utilizado para elaborar la base de datos, organizar y analizar los mismos fue el programa Excel 2015 para entorno Windows de Microsoft®. La información fue transportada al programa SSPS versión 25. Los resultados se presentan en tablas y gráficos.

Consideraciones éticas

Para la realización de la presente investigación se solicitó autorización al Comité de Ética en Investigación del Hospital Regional de Alta Especialidad de la Mujer.

Esta investigación de acuerdo al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud es una investigación de Riesgo Tipo I ya que se trata de un estudio retrospectivo de revisión documental. Se conservó el principio de confidencialidad, por lo que los nombres de las pacientes en las impresiones ecográficas fueron omitidos.

7.- RESULTADOS.

En el servicio de ginecología del HRAEM se seleccionaron 15 pacientes que cumplían con los criterios para el estudio, durante el periodo de 2018 – 2022, con cáncer de endometrio, con respecto a los factores sociodemográficos la edad promedio era 34.5 años (+/- 4.346) con un rango de edad 24 a 40 años.

EDAD

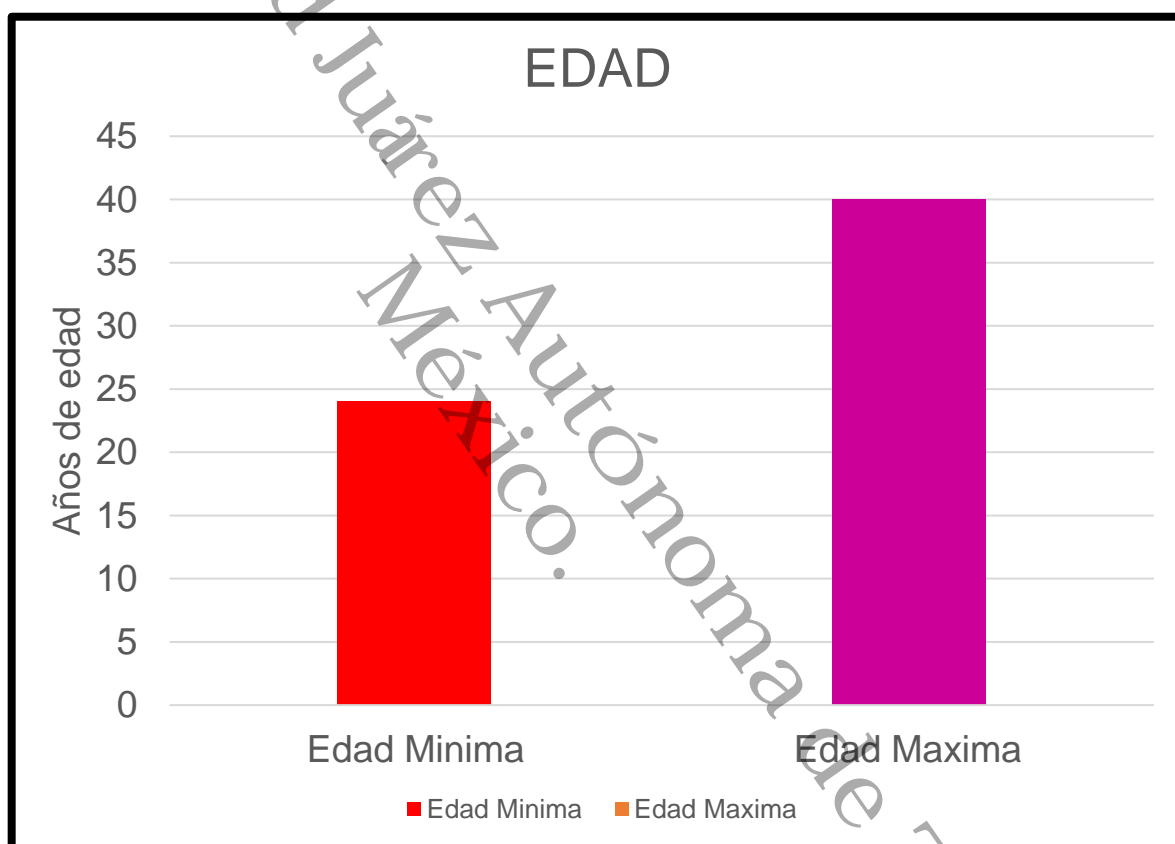


Gráfico 1 Edad

POBLACIÓN

Con respecto a la población el 80% de las pacientes vive en zona urbana y el 20% en zona rural.

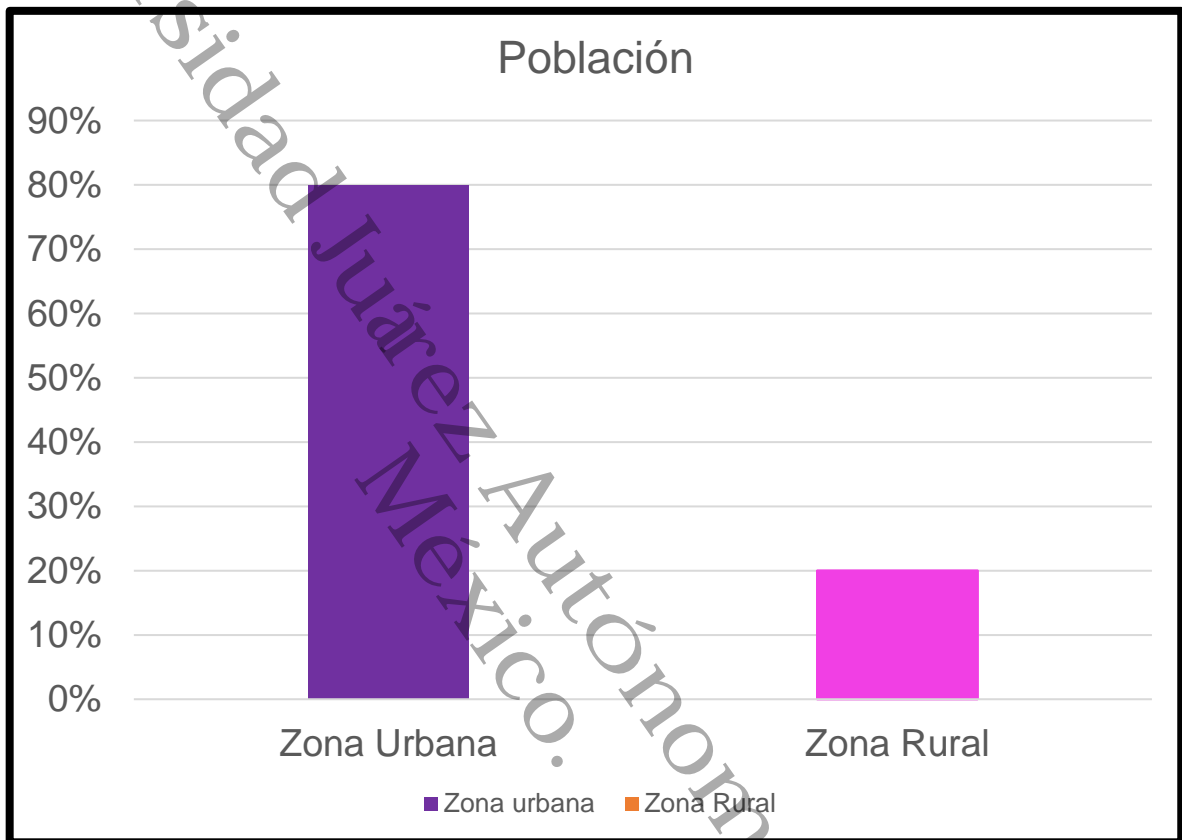


Gráfico 2 Población

ANTECEDENTES HEREDO-FAMILIARES

Los antecedentes heredo familiares fueron 6 pacientes con padre DM2 (40%) , 6 pacientes con Madre HAS (40%), 5 Pacientes con madre DM2 (33.3%) , 5 Pacientes con padre obesidad (33.3%), 4 pacientes con padre HAS (26.6%), 3 Pacientes con madre obesidad (20%) , 3 pacientes con abuelos DM2 (20%) Y 1 Paciente con hermano DM2 (6.6%).

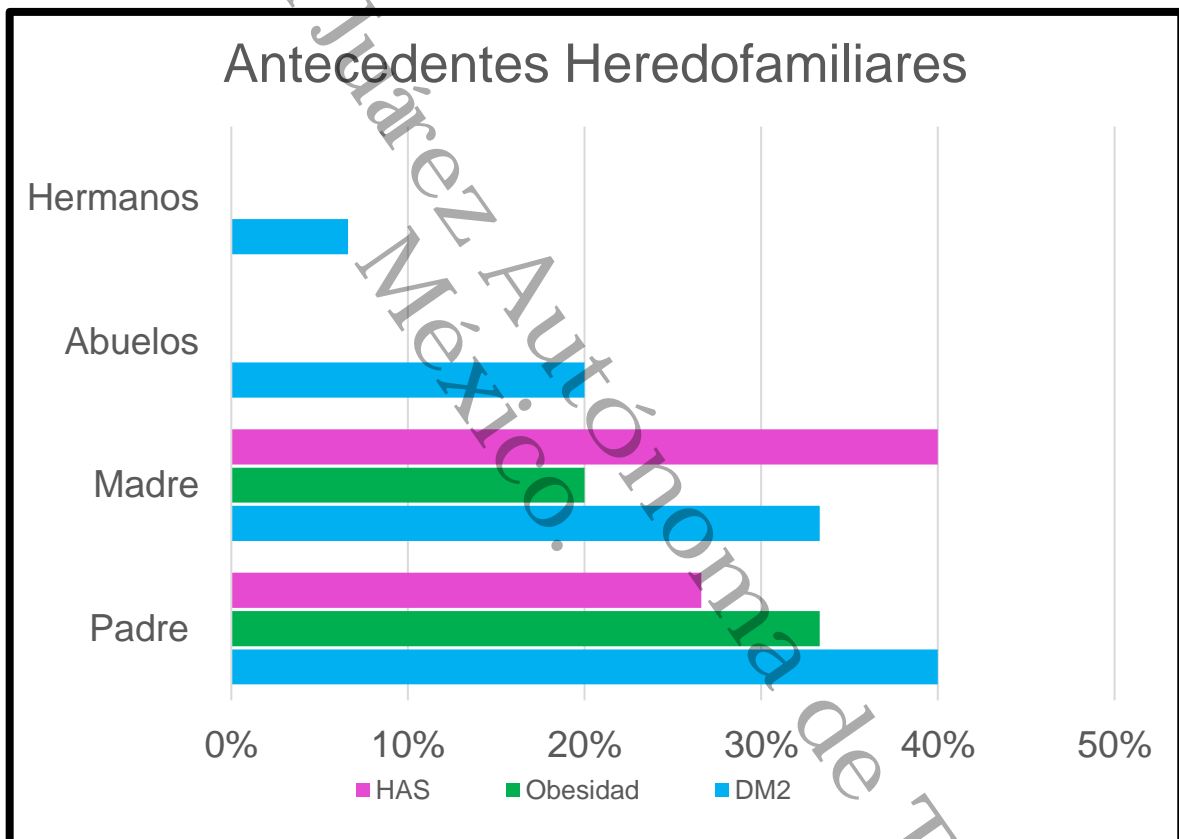


Gráfico 3 Antecedentes Heredofamiliares

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS

En relación con los antecedentes personales patológicos, con respecto al peso de las pacientes 12 pacientes tenían obesidad de las cuales 2 pacientes (13.3 %) obesidad grado I , 6 pacientes (40.0%) obesidad grado 2, 4 pacientes (26.7%) obesidad grado 3; y 3 pacientes (20.0%) con sobrepeso. El IMC promedio fue de 35.72 con un rango de IMC 27.4 – 42.6 .

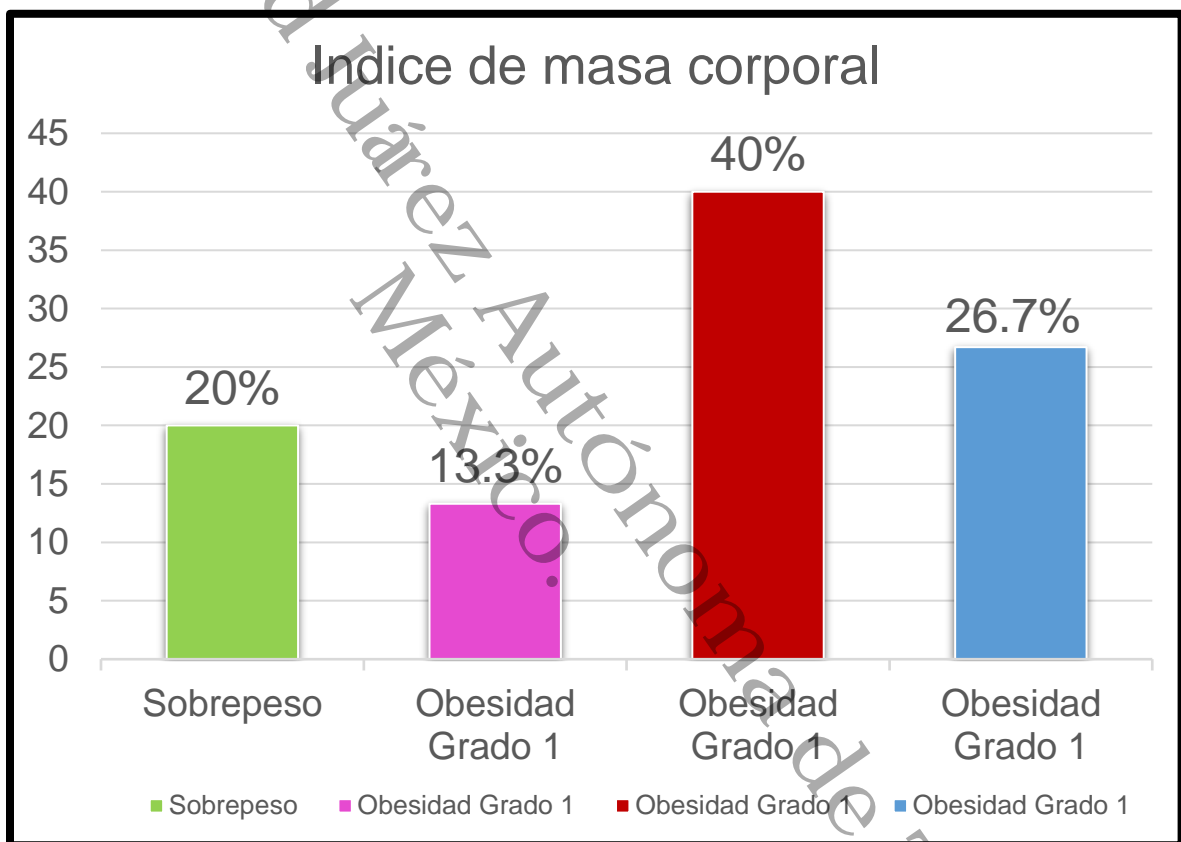


Gráfico 4 Índice de masa corporal

ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS

Con respecto a los antecedentes gineco-obstétricos, en relación con la menarca, el promedio de la edad de presentación era de 11.87 años de edad (+/-1.302) , con un rango de 9 a 14 años .

MENARCA

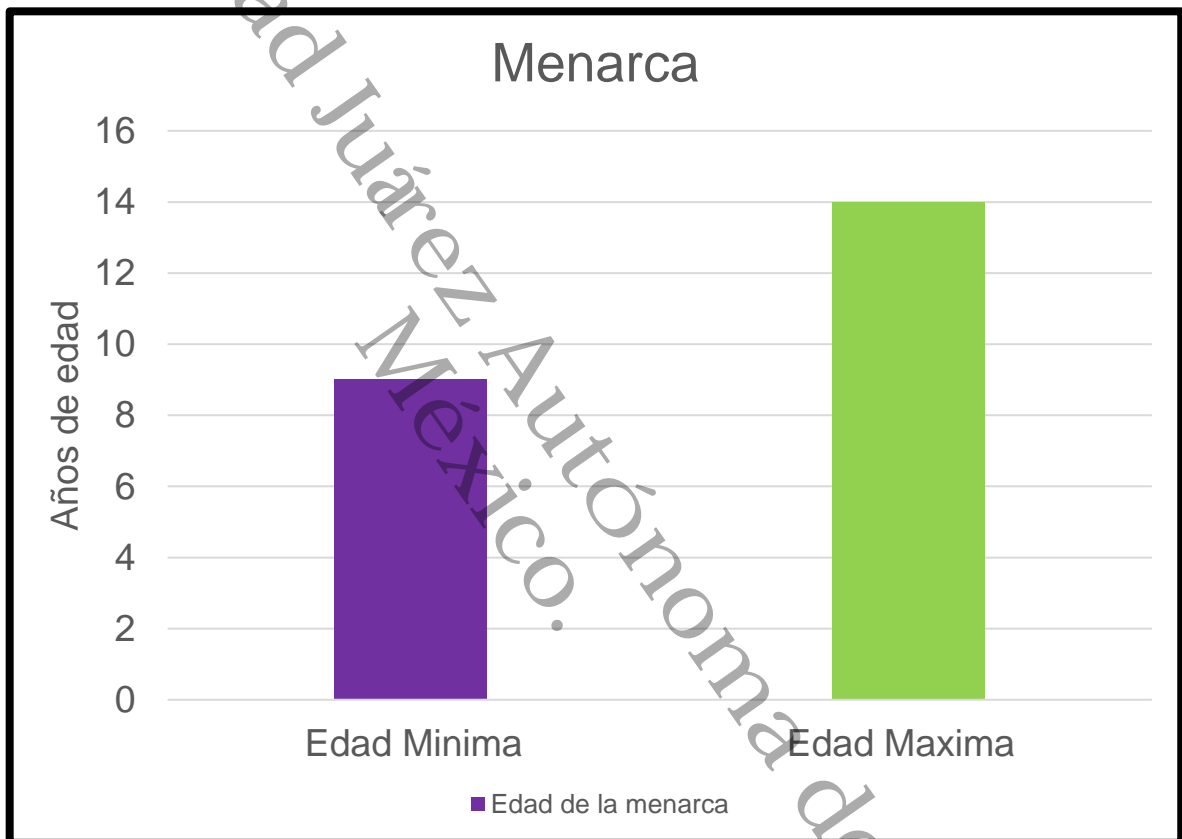


Gráfico 5 Menarca

AMENORREA

En relación con la amenorrea, 3 pacientes con 6 meses de amenorrea, 2 pacientes con 7 meses de amenorrea, 2 pacientes con 3 meses de amenorrea, 2 pacientes con 9 meses de amenorrea, 1 paciente con 8 meses de amenorrea y 5 Pacientes sin amenorrea. Con un promedio de 4.27 meses (+7- 3.555) con un rango de 0 a 9 meses.

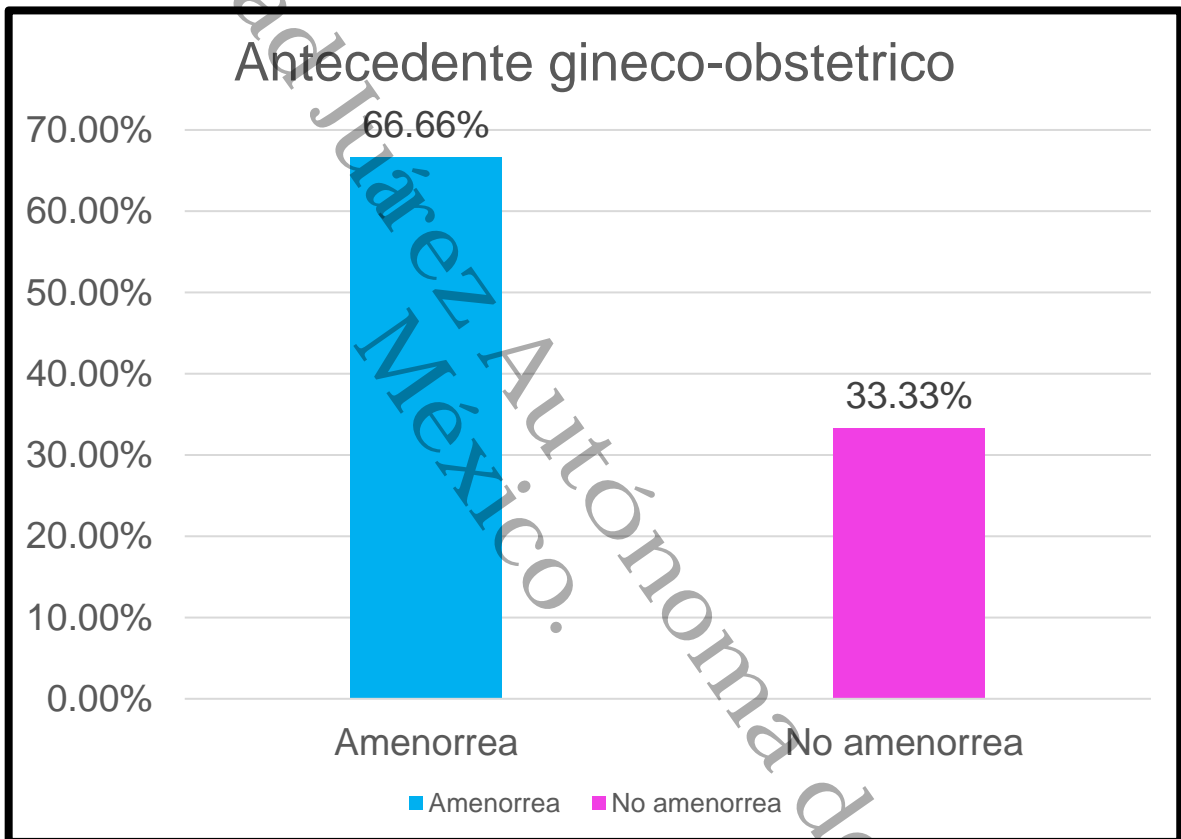


Gráfico 6 antecedentes gineco-obstétricos

CICLO MENSTRUAL

En relación al ciclo menstrual, la duración promedio fue de 14.33 días (+/- 8.740) con un rango de 5- 30 días .

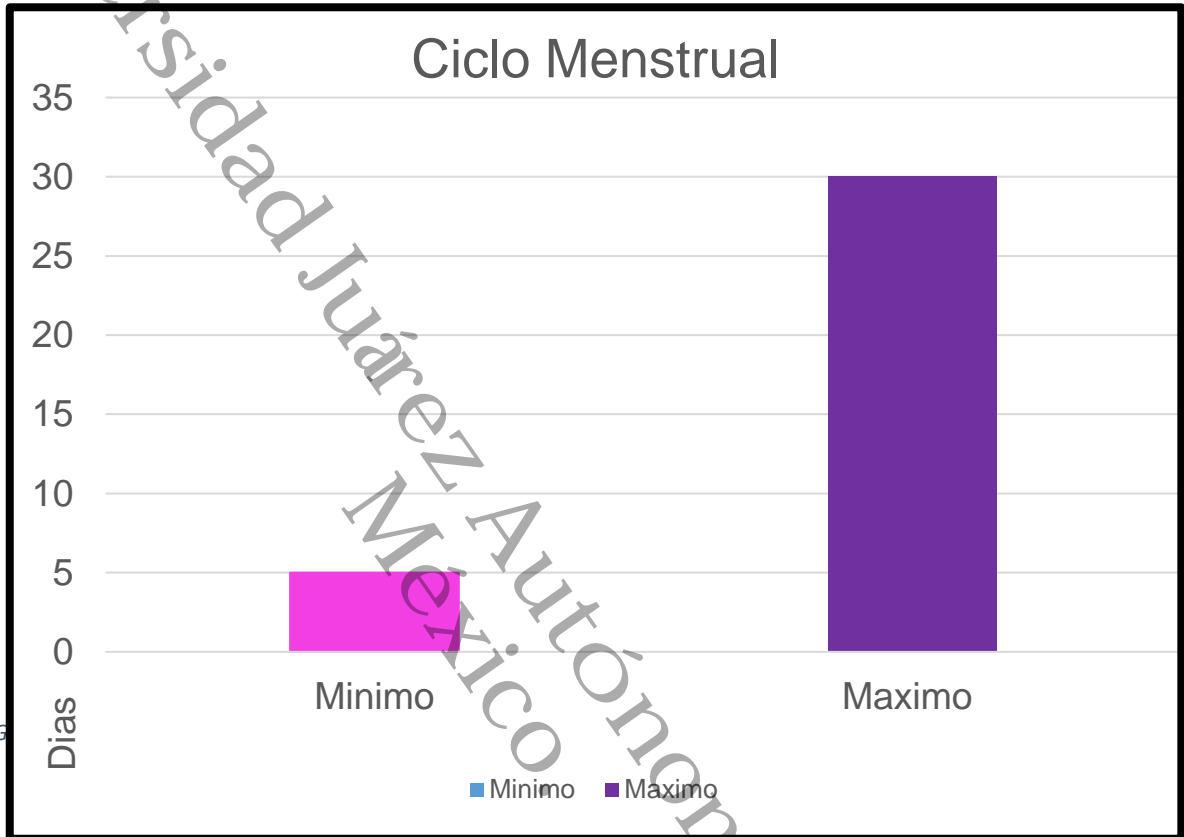


Gráfico 7 Ciclo menstrual

USO DE TOALLAS AL DIA

Con respecto a la cantidad de toallas el uso promedio fue de 9.47 toallas al día (+/- 2.475) con un rango de 4 a 15 toallas/día.

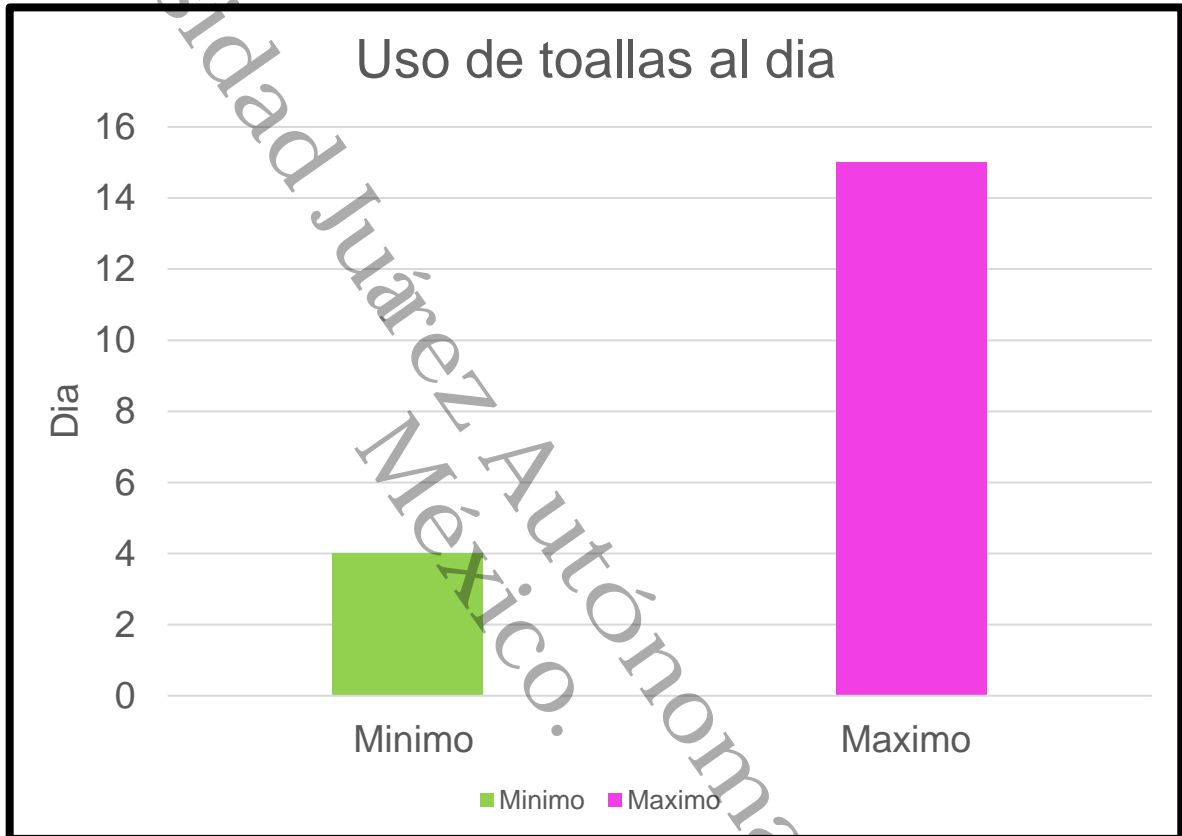


Gráfico 8 Uso de toallas al día

PARIDAD

Con respecto al número de gestas 12 pacientes eran nuligestas (80%) y 3 pacientes gesta 2 (20%), de las cuales 2 pacientes tenían parto previo y una paciente cesárea previa.

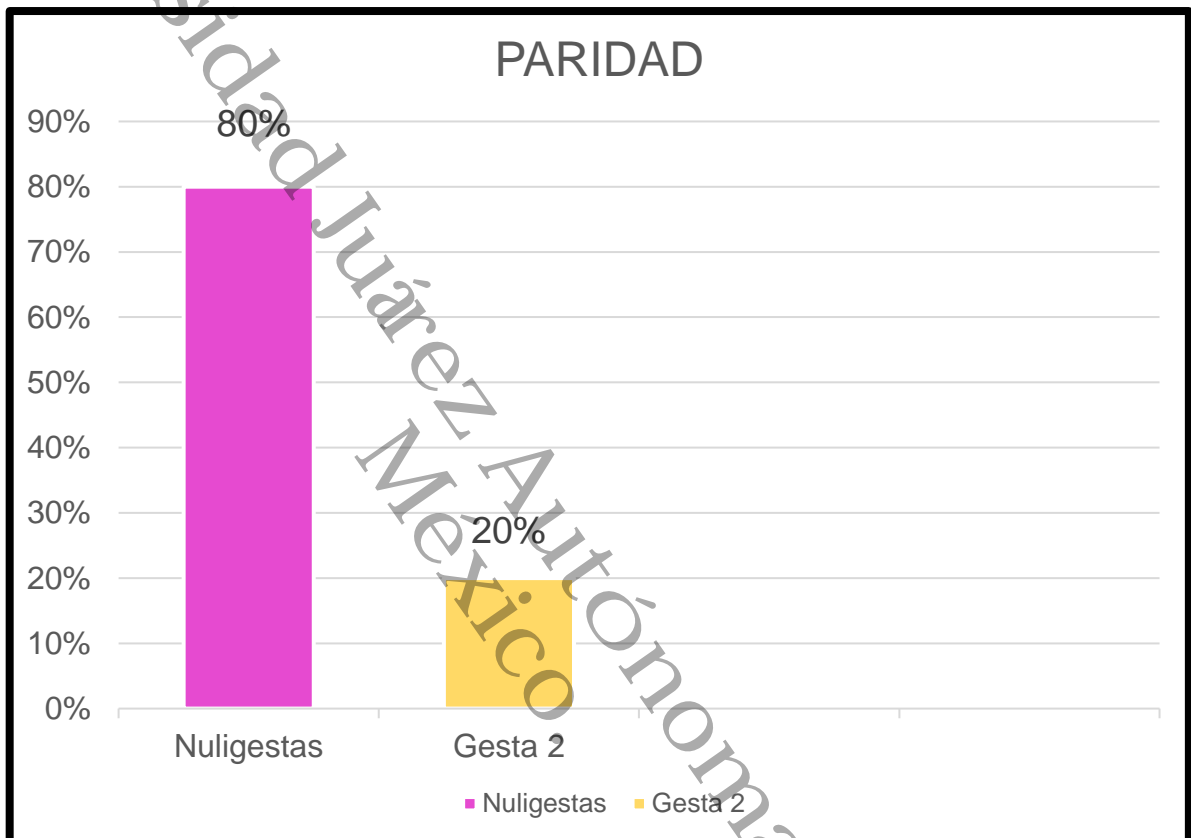


Gráfico 9 Paridad

PADECIMIENTO ACTUAL

Con respecto al padecimiento actual el cien por ciento de las pacientes refirieron sangrado uterino anormal secundario a engrosamiento endometrial, 6 pacientes de 1 año de evolución, 2 pacientes de 2 años de evolución, 2 pacientes con 3 meses de evolución, 2 pacientes con 1 mes de evolución, 1 paciente con 6 meses de evolución, 1 paciente con 5 meses de evolución y 1 paciente con 17 días de evolución. A si mismo 12 pacientes (80%) refirieron dolor pélvico, 9 pacientes (60%) dismenorrea y las 15 pacientes (100%) alteración del ciclo menstrual. En relación con la fertilidad 12 pacientes tenían diagnóstico de infertilidad primaria (80%).

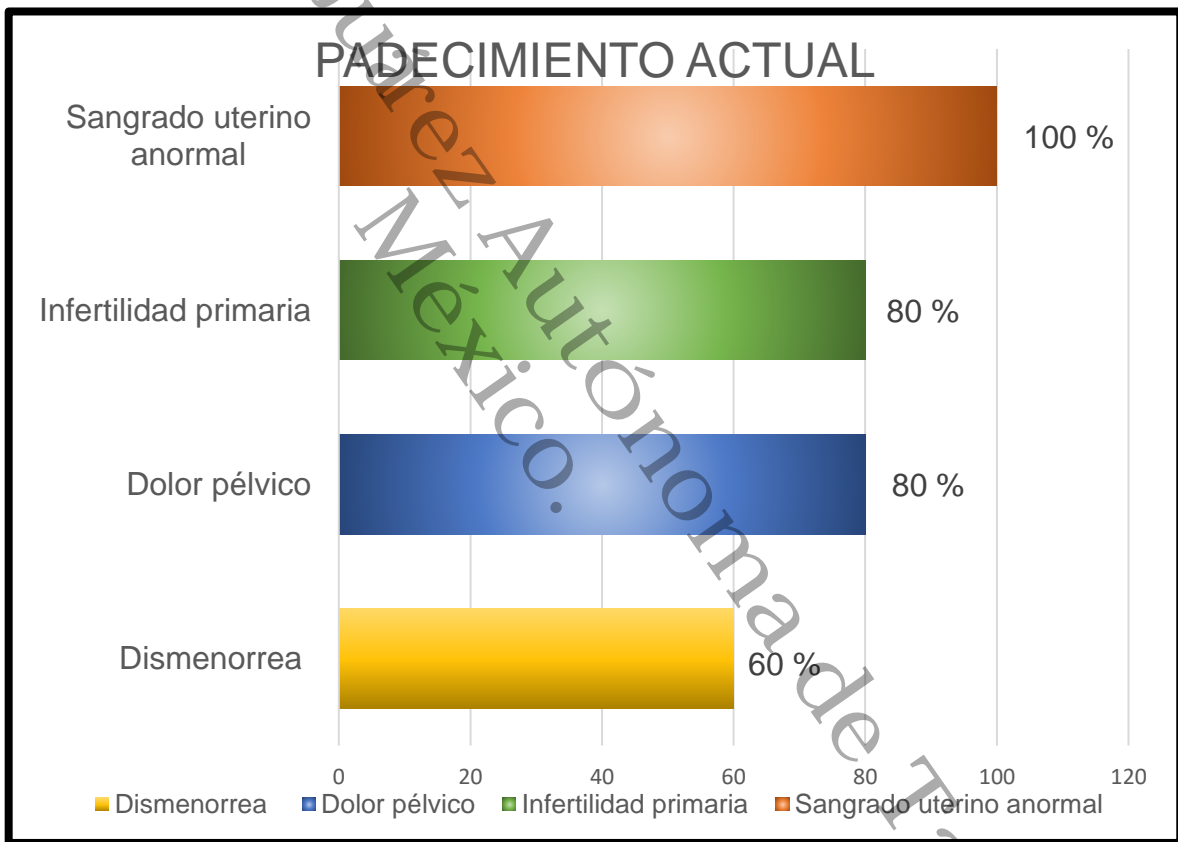


Gráfico 10 Padecimiento actual

SINDROME DE OVARIO POLIQUISTICO

Con respecto al Síndrome de Ovario Poliquístico (SOP) , 8 Pacientes con fenotipo D (53.28 %) , 2 Pacientes con Fenotipo A (13.3%) , 5 Pacientes no tenían Síndrome de Ovario Poliquístico (SOP).

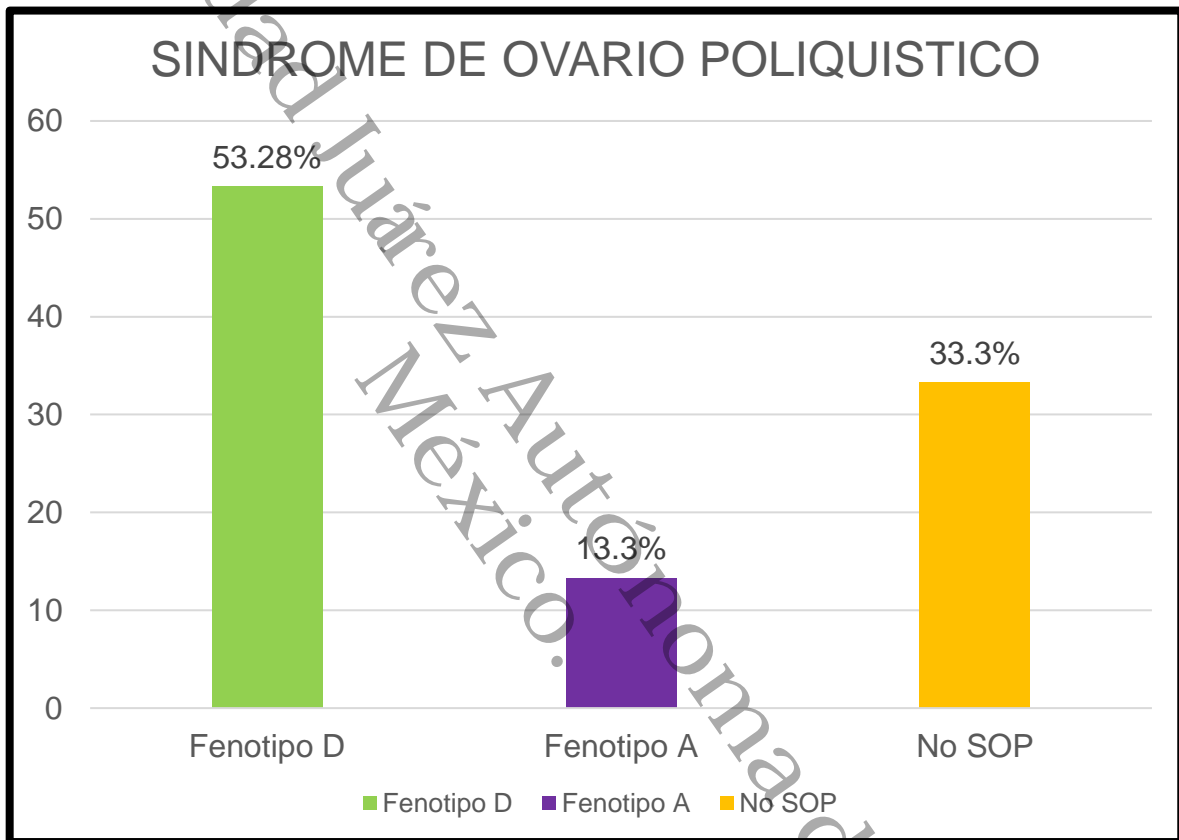


Gráfico 11 Síndrome de Ovario Poliquístico

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

Con relación a enfermedades crónico degenerativas, 4 Pacientes con DM2 (26.6%) , 4 Pacientes con HAS (26.6%), 2 Pacientes con síndrome metabólico (13.3%) .

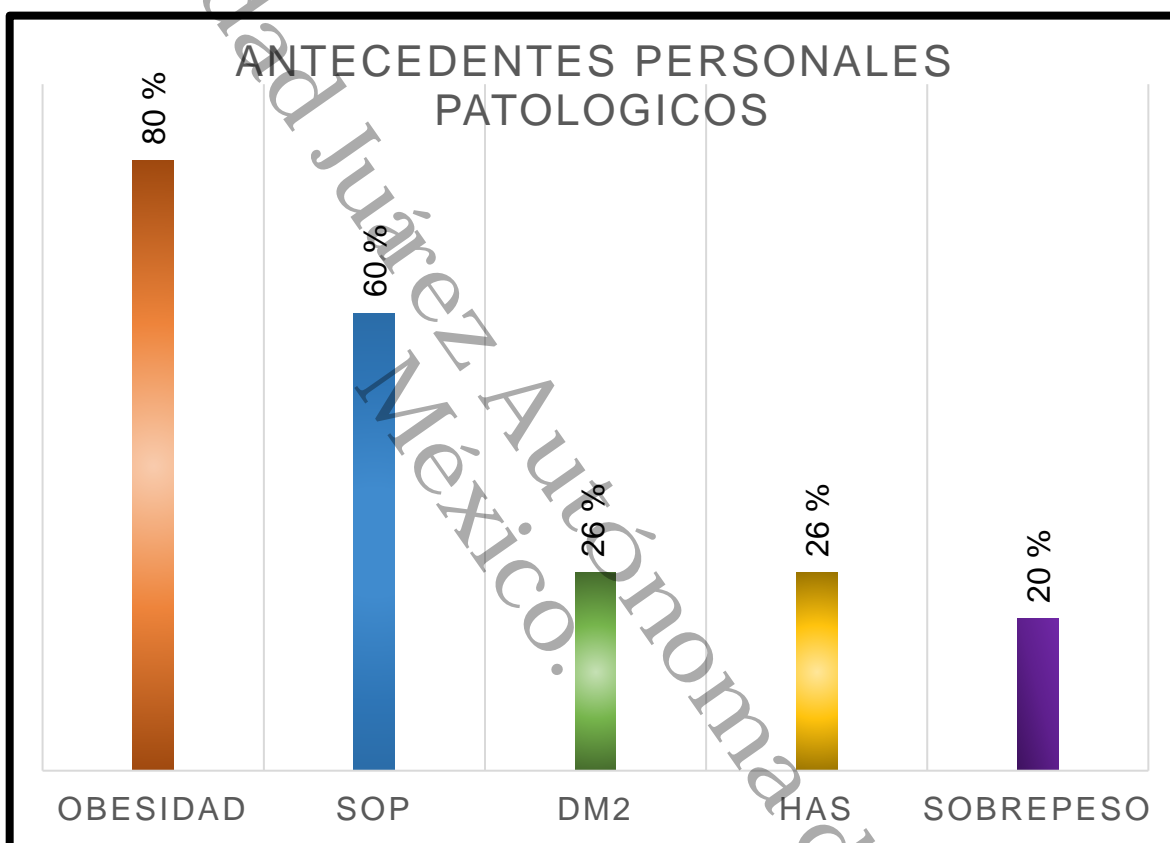


Gráfico 12 Antecedentes personales patológicos

CIRUGÍA REALIZADA.

Con respecto al tipo de cirugía realizada 9 pacientes se realizó Histerectomía total laparoscópica y 6 pacientes histerectomía total abdominal.

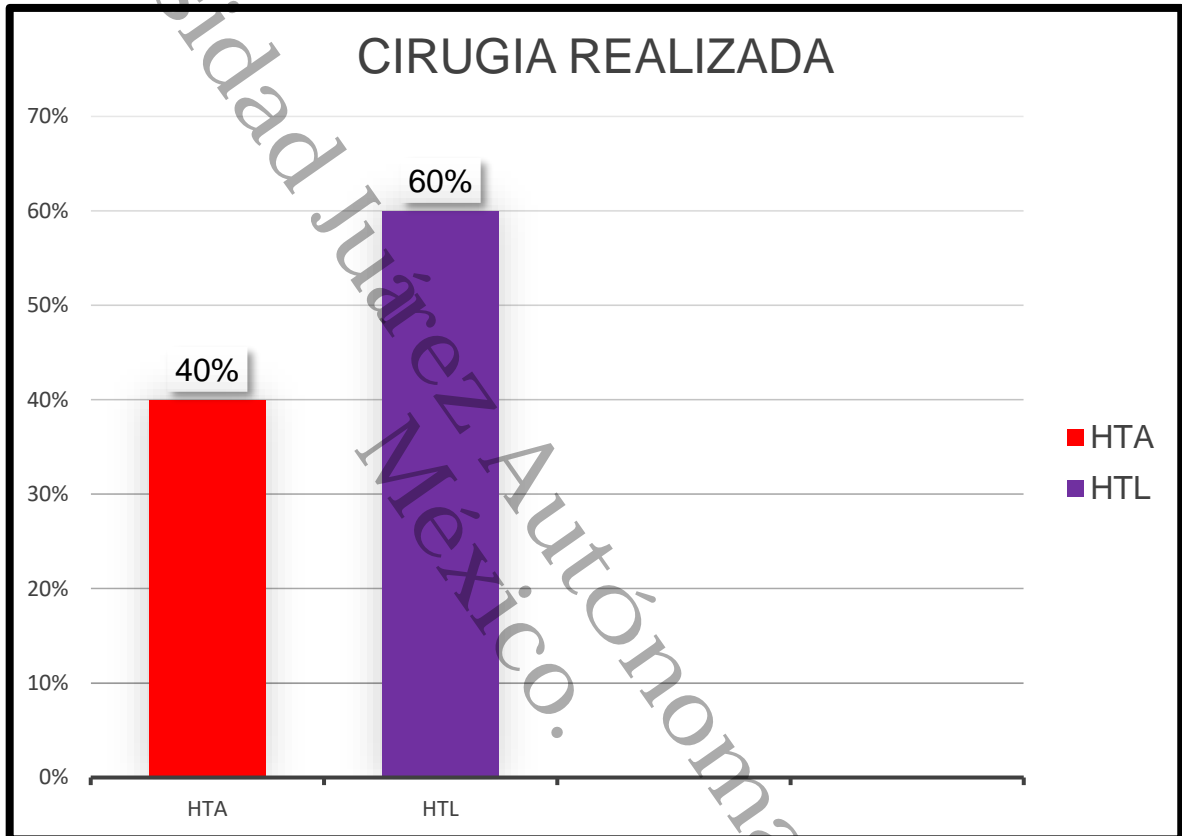


Gráfico 12 cirugía realizada

ESTADIFICACIÓN

En relación a la estadificación 11 pacientes (73.2%) estadio 1AG1 , 1 paciente (6.7%) estadio 1AG2 , 1 Paciente (6.7%) estadio II G2 , 1 Paciente estadio (6.7%) IBG2, 1paciente (6.7%) estadio III C1 G2.

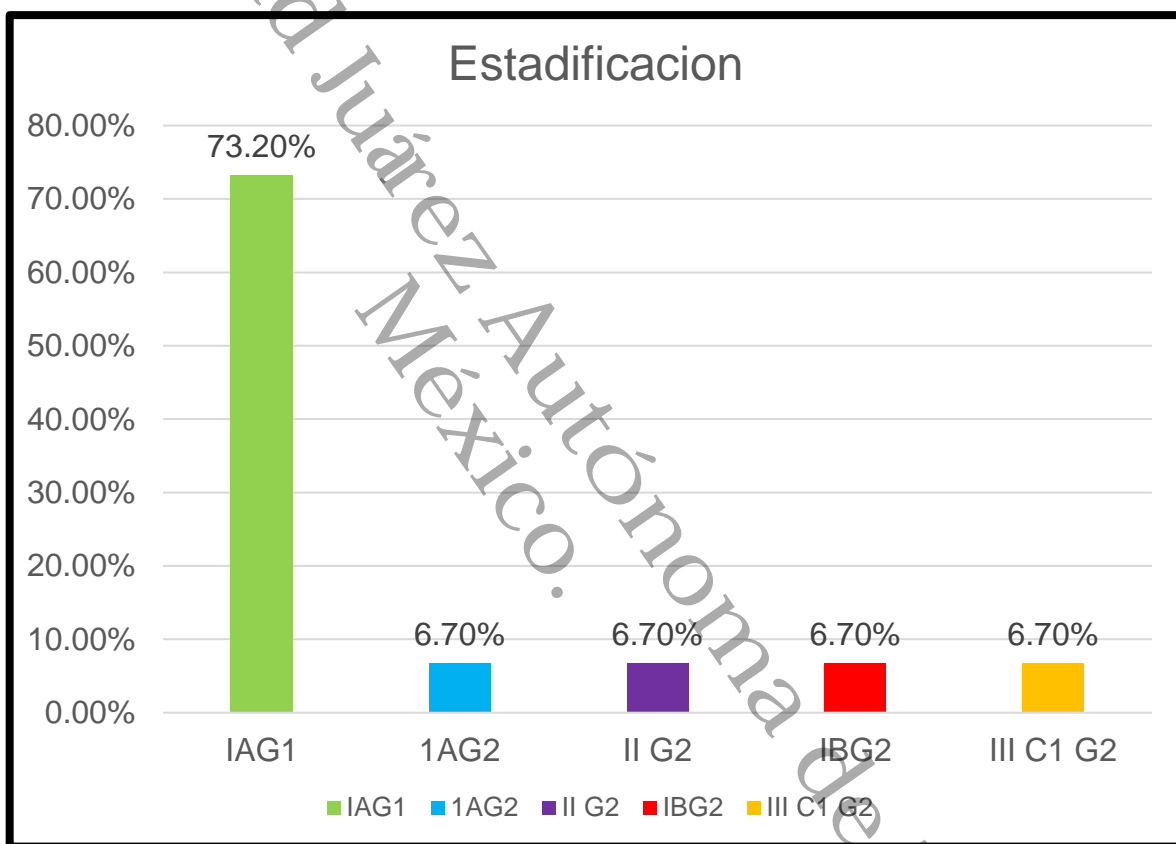


Gráfico 14 Estadificación

8.- DISCUSIÓN

El cáncer de endometrio en pacientes jóvenes representa el 5%. (Mukerji, 2018)

En el HRAEM solo 15 pacientes menores de 40 años fueron reportadas con cáncer de endometrio en los últimos 5 años.

Aproximadamente el 3% de los cánceres de endometrio ocurren en mujeres que tienen una predisposición hereditaria autosómica dominante al cáncer conocido como síndrome de Lynch. En nuestras pacientes no se estudió el factor genético, sin embargo, si encontramos otras causas como la obesidad y las condiciones asociadas con el síndrome metabólico, incluida la diabetes y el síndrome de ovario poliquístico los cuales son factores de riesgo para el desarrollo de cáncer de endometrio. Además, las condiciones que involucran un exceso de estrógeno, incluidos los tumores secretores de estrógeno y el reemplazo hormonal con estrógeno sin oposición, predisponen a las mujeres al cáncer de endometrio (Ali, 2014). En nuestra investigación encontramos como factores de riesgo más frecuentes la obesidad, el síndrome de ovario poliquístico, la DM2, la HAS y el Síndrome metabólico. En un metaanálisis de ocho estudios elegibles publicados entre 1968 y 2008, se documentó un riesgo casi tres veces mayor de cáncer de endometrio para las mujeres con SOP. (Clarke, 2020)

Los factores que brindan protección contra el cáncer de endometrio incluyen la paridad y el uso de anticonceptivos orales, El uso de anticonceptivos orales reduce el riesgo de cáncer de endometrio entre un 30 y un 40 %. (Ali, 2014). La mayoría de nuestras pacientes eran nuligestas (80%) por lo que no contaban con este factor de protección que es la paridad, coincidiendo con el artículo (Ali, 2014)

Encontramos que el 80% de nuestras pacientes eran nuligestas y el 66.6% tenían diagnóstico de infertilidad primaria, lo que coincide con el artículo (cáncer, 2015) donde mencionan La asociación entre infertilidad y alteraciones ovulatorias y cáncer de endometrio pareció ser más fuerte en mujeres nulíparas o en mujeres más jóvenes (< 50 años). El cuadro clínico más frecuente de nuestras pacientes que presentan cáncer de endometrio fue alteración del ciclo menstrual (100%) , lo que

coincide con el art (van den Heerik, 2021) donde se menciona que los síntomas clínicos suelen ser períodos menstruales irregulares o amenorrea, crecimiento excesivo de vello (cara, pecho, espalda o glúteos), intensa actividad de las glándulas sebáceas (piel grasa o acné), pérdida de cabello del cuero cabelludo y fácil aumento de peso. Además, los pacientes con síndrome de ovario poliquístico (SOP) sobreexpresan numerosas alteraciones metabólicas como peso corporal excesivo, hiperandrogenismo, resistencia a la insulina, hiperinsulinemia, dislipidemia, disfunción endotelial e hipertensión. (Holm, 2012)

Aunque los cánceres de endometrio incidentes están aumentando, encontramos que la mayoría de nuestras pacientes diagnosticadas tienen una enfermedad en etapa temprana con un buen pronóstico después de la cirugía, lo que coincide con el artículo (Tung, 2021) donde mencionan que más de la mitad de los pacientes ≤ 40 años tenían cáncer no invasivo.

La prevalencia del cáncer de endometrio se ha incrementado en todo el mundo en paralelo a la epidemia de obesidad. A su vez, el cáncer de endometrio se diagnostica cada vez más a una edad más temprana, lo que hace que la detección, el tratamiento y el asesoramiento sean un desafío clínico. Se ha descrito que la incidencia de cáncer de endometrio es aproximadamente del 15% para pacientes de ≤ 50 años y del 5% para las de ≤ 40 años. (Morales, 2018). Nuestros datos muestran que la obesidad es el factor de riesgo predominante, entre otros el síndrome metabólico y el síndrome de ovario poliquístico. Las pacientes ≤ 40 años tenían factores de pronóstico clínico favorables y eran menos propensos a recibir terapia adyuvante. Por lo que es fundamental reforzar las iniciativas para lograr realizar un diagnóstico temprano y oportuno para poder ofrecer un mejor pronóstico para nuestras pacientes en las que detectamos estos factores de riesgos mencionados.

9.- CONCLUSIONES

Se presentó una serie de casos de 15 pacientes menores de 40 años con cáncer de endometrio.

1. Dentro de los factores socio-demográficos, el rango de edad fue de 34.5 años es decir pacientes de la cuarta década de la vida.
2. La población en pacientes con cáncer de endometrio es más común en la zona urbana en un 80% de las pacientes.
3. De acuerdo al Índice de masa corporal (IMC) se encontró que un 80% de las pacientes presentaron obesidad.
4. En relación a los antecedentes gineco obstétricos la edad promedio de presentación de la menarca fue a los 11.87 años de edad, se encontró que las pacientes con cáncer de endometrio presentaron periodos de amenorrea con un promedio de 4.27 meses, la duración promedio del ciclo menstrual fue de 14.33 días, el uso de toallas al día de 9,47 toallas. A si mismo el 80% de las pacientes eran nuligestas.
5. Como padecimiento actual del cáncer de endometrio el 100% de las pacientes presentaron sangrado uterino anormal, el 80% tenían diagnóstico de infertilidad primaria.
6. El síndrome de ovario poliquístico se presentó en un 66.58% de las pacientes con cáncer de endometrio predominando el fenotipo D.
7. Con respecto a los antecedentes personales patológicos, el 80% de las pacientes tenían antecedente de Diabetes Mellitus tipo 2 y un 26% Hipertensión Arterial crónica.

8. La cirugía realizada en el 60% de las pacientes con cáncer de endometrio fue Histerectomía Total Laparoscópica.
9. La estadificación para cáncer de endometrio según la clasificación de la FIGO, la que predominó en las pacientes con cáncer de endometrio en un 73.20% de los casos es la etapa 1A1.
10. En su mayoría las pacientes con cáncer de endometrio menores de 40 años presentaban algún grado de obesidad, diabetes mellitus, hipertensión arterial crónica. Se trata de pacientes con infertilidad primaria, nuligestas y síndrome de síndrome de ovario poliquístico. El cuadro clínico presentado fue en el sangrado uterino anormal en todas las pacientes, así mismo se encontró en la mayoría algún grado de dolor pélvico y dismenorrea.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.

10. RECOMENDACIONES

- Proponer una intervención integral en el manejo de la obesidad con apoyo de profesionales de salud (nutriólogos, psicólogos, médicos, trabajadores sociales, etc.).
- Concientizar a toda paciente con obesidad, antecedente de amenorrea e infertilidad, realizar ultrasonido en busca de síndrome de ovario poliquístico.
- Realizar historia clínica completa dirigida a los factores de riesgos para cáncer de endometrio.
- Para el personal médico externo a esta unidad se recomienda realizar la referencia oportuna al hospital para evitar complicaciones asociadas.
- Exhortar a las pacientes con sobrepeso u obesidad a cambiar su estilo de vida, hacer ejercicio y dieta.
- En paciente con cancer de endometrio ofrecer un manejo oportuno y así mejorar el resultado final.
- Pláticas para la población en general, acudir a centros educativos para que desde ahí se enseñe a adolescentes y adultos como cuidar su salud, así como explicar qué tipo de alimentación es la mas recomendada y realizar actividades físicas de acuerdo a su edad para crear conciencia de estos factores .
- Folletos y trípticos informativos sobre alimentación y actividad física para la población en general y en las salas de espera.

11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bibliografía

- Ali, A. T. (2014). Reproductive factors and the risk of endometrial cancer. *International Journal of Gynecologic Cancer*, 24(3), 384-393.
- Alvarado-Cabrero, I. (2012). Adenocarcinoma de endometrio: Conceptos actuales. *Gac Mex Oncol*, 11(3), 196-202.
- Aoki, Y. K. (2020). Adjuvant treatment of endometrial cancer today. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 50(7), 753-765.
- Argueta, V., Batz, O., & de Paz, H. (2019). Adenocarcinoma de endometrio en pacientes menores de 30 años. Reporte de 6 casos. *Revista Médica GT*, 158(2), 113-119.
- Batz, O. A. (2019). Adenocarcinoma de endometrio en pacientes menores de 30 años. *Revista médica (Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala)*, 158(2), 106-110.
- BORGES, A. C. (2019). PROPUESTA DE PROTOCOLO DIAGNÓSTICO, ESTADIFICADOR Y QUIRÚRGICO PARA EL CÁNCER DE ENDOMETRIO. *Revista Venezolana de Oncología*, 31(1), 24-33.
- Brooks, R. A. (2019). Current recommendations and recent progress in endometrial cancer. *CA: a cancer journal for clinicians*, 69(4), 258-279.
- cáncer, L. e. (2015). Linfadenectomías en el cáncer de endometrio. *EMC-Ginecología-Obstetricia*, 51(4), 1-6.
- Clarke, M. A. (2020). Risk assessment of endometrial cancer and endometrial intraepithelial neoplasia in women with abnormal bleeding and implications for clinical management algorithms. *American journal of obstetrics and gynecology*, 223(4), 549-e1.
- Ding, D. C. (2018). Association between polycystic ovarian syndrome and endometrial, ovarian, and breast cancer: A population-based cohort study in Taiwan. *Medicine*, 97(39).
- Emons, G. &. (2019). Adjuvant treatment for endometrial cancer. *Current opinion in oncology*, 31(5), 404-410.
- Gómez, A. C. (2012). Tratamiento conservador del cáncer de endometrio como una opción para preservar la fertilidad. Experiencia de cinco años en el Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes. *Ginecología y Obstetricia de México*, 80(06), 394-399.
- Gómez-Pue, D. O.-G.-A.-L.-B.-M.-G. (2011). Tratamiento preservador de la fertilidad en adenocarcinoma de endometrio. *Ginecología y Obstetricia de Mexico*, 79(10).
- Holm, N. S. (2012). The prevalence of endometrial hyperplasia and endometrial cancer in women with polycystic ovary syndrome or hyperandrogenism. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 91(10), 1173-1176.

- Ignatov, A. &. (2020). Endocrine risk factors of endometrial cancer: polycystic ovary syndrome, oral contraceptives, infertility, tamoxifen. *Cancers*, 12(7), 1776.
- Khadraoui, W. T. (2020). Risk-stratifying clinicopathologic criteria for ovarian preservation in premenopausal women with early stage low-risk endometrial cancer. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 150(3), 385-391.
- Koutras, A. P. (2020). Surgical versus conservative treatment for endometrial cancer in women of reproductive age: incidence of urinary tract symptoms. *Anticancer Research*, 40(11), 3065-3069.
- Leone Roberti Maggiore, U. K.-F. (2021). Fertility-sparing treatment of patients with endometrial cancer: A review of the literature. *Journal of clinical medicine*, 10(20), 4784.
- Lu, K. H. (2020). Endometrial cancer. *New England Journal of Medicine*, 383(21), 2053-2064.
- Mariño, M. A. (2022). Sentinel Lymph Node Biopsy in Endometrial Cancer—A Systematic Review and Quality Assessment of Meta-Analyses. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia/RBGO Gynecology and Obstetrics*.
- McDonald, M. E. (2019). Endometrial cancer: obesity, genetics, and targeted agents. *Obstetrics and Gynecology Clinics*, 46(1), 89-105.
- Meczekalski, B. P.-R.-B.-L. (2020). The polycystic ovary syndrome and gynecological cancer risk. *Gynecological Endocrinology*, 36(4), 289-293.
- Meczekalski, B. P.-R.-B.-L. (2020). The polycystic ovary syndrome and gynecological cancer risk. *Gynecological Endocrinology*, 36(4), 289-293.
- Morales, F. A. (2018). Cáncer de endometrio. Reporte de un caso y revisión de la literatura. *Revista Médica Hondureña*, 86((3-4)), 119-122.
- Morice, P. L.-R. (2016). Endometrial cancer. *The Lancet*, 387((10023)), 1094-1108.
- Mukerji, B. B. (2018). Racial disparities in young women with endometrial cancer. *Gynecologic oncology*, 148(3), 527-534.
- Onstad, M. A. (2016). Addressing the role of obesity in endometrial cancer risk, prevention, and treatment. *Journal of Clinical Oncology*, 34(35), 4225.
- Passarello, K. K. (2019). Endometrial cancer: an overview of pathophysiology, management, and care. *In Seminars in oncology nursing*, 35(2), 157-165.
- Raglan, O. K. (2019). Risk factors for endometrial cancer: an umbrella review of the literature. *International journal of cancer*, 145(7), 1719-1730.
- Romero-Matas, M. R.-P.-V.-M.-J.-G. (2022). Cáncer de endometrio: tratamiento quirúrgico en un hospital comunitario de España. *Ginecología y Obstetrícia de México*, 90(04), 307-315.
- Rondón-Tapia, M. R.-V.-M.-M.-C.-R. (2018). Factores de riesgo para cáncer de endometrio en premenopáusicas con hemorragia uterina disfuncional. *INSPIPILIP Revista Ecuatoriana de Ciencia, Tecnología e Innovación en Salud Pública*, 2(2), 1-13.

- Rosen, M. W. (2019). Risk factors for endometrial cancer or hyperplasia in adolescents and women 25 years old or younger. *Journal of pediatric and adolescent gynecology*, 32(5), 546-549.
- Son, J. C. (2020). Endometrial cancer in young women: prognostic factors and treatment outcomes in women aged ≤ 40 years. *International Journal of Gynecologic Cancer*, 30(5).
- Torres-Lobatón, A. B.-M.-A.-R.-J.-O. (2020). Obesidad y cáncer de endometrio: las repercusiones de un problema de salud pública. *Ginecología y obstetricia de México*, 88(9), 569-574.
- Tung, H. J. (2021). Adjuvant and post-surgical treatment in endometrial cancer. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*.
- van den Heerik, A. S. (2021). Adjuvant therapy for endometrial cancer in the era of molecular classification: radiotherapy, chemoradiation and novel targets for therapy. *International Journal of Gynecologic Cancer*, 31(4).

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.