

Cáncer endometrial

Causas, presentación, diagnóstico, estadificación y terapia del cáncer endometrial

MedWire News

Un nuevo trabajo de revisión clínica apunta no solamente a presentar una actualización sobre el estado actual del conocimiento, sino que también proporciona prácticos consejos útiles para los médicos generalistas y los no-especialistas.

El cáncer endometrial representa el 92% de los cánceres uterinos y es el cáncer ginecológico más común en el mundo desarrollado. Tomando como base los datos de los más recientes ensayos clínicos, estudios observacionales, revisiones y meta-análisis, un grupo de especialistas del Imperial College de Londres, Reino Unido, publicó hace poco una revisión clínica del cáncer endometrial. Además de presentar esclarecimiento sobre el estado actual del conocimiento, esta revisión acreditada como EMC tiene como objetivo proporcionar directrices y consejos para no-especialistas.

Aunque la incidencia de cáncer endometrial en Europa es estable o decreciente en las mujeres premenopáusicas o perimenopáusicas, datos de registros y estudios observacionales sugieren que está aumentando en las mujeres posmenopáusicas. Aunque aún resta esclarecer por completo los procesos patogénicos del cáncer endometrial, se han identificado muchos factores de riesgo. Los autores de la revisión informan que los factores de riesgo mejor establecidos son la obesidad y la inactividad física, y la estimulación crónica de estrógeno no-opuesto del endometrio.

La mayoría de las mujeres se presenta temprano en el curso de la enfermedad, 80 al 90% de las cuales tienen adenocarcinomas endometroides estrógeno-dependientes tipo 1. Aunque el cáncer endometrial tipo 1 generalmente tiene un buen pronóstico, los tumores tipo 2 tienden a presentarse en un estadio más avanzado, son más agresivos y confieren pronósticos menos favorables. Los cánceres tipo 2 no son estimulados por el estrógeno y más a menudo son adenocarcinomas serosos papilares o de células claras.

Asimismo, presentan mayores riesgos asociados de relapso y metástasis que los cánceres tipo 1.

Para el diagnóstico del cáncer endometrial existe una serie de directrices europeas y estadounidenses, pero dos exámenes son considerados obligatorios: ecografía transvaginal y biopsia endometrial. Los resultados de un gran meta-análisis indicaron que en el 96% de las mujeres con cáncer endometrial se encontró un grosor endometrial de más de 5 mm. Otro meta-análisis demostró que un grosor endometrial de 4 a 5 mm se asociaba con un bajo riesgo de cáncer, aunque esto no fue aplicable en el caso de las pacientes con terapia de reemplazo hormonal o quienes estaban siendo tratadas con quimioterapia por carcinoma mamario. No obstante, un diagnóstico definitivo siempre requiere un análisis histológico.

La estadificación prequirúrgica (estadios FIGO I al IV) habitualmente se basa en las imágenes de resonancia magnética o tomografía computada. El cáncer endometrial estadio FIGO I, presente en cerca del 80% de las pacientes, a menudo es tratado con histerectomía total abdominal y salpingo-ooforectomía bilateral. El cáncer II al IV comúnmente se trata con una histerectomía radical modificada, salpingo-ooforectomía bilateral y disección de nódulos linfáticos. Habitualmente no se usa radioterapia adyuvante cuando la patología se encuentra en un estadio temprano y es de bajo riesgo, pero cuando en un estadio temprano el riesgo es alto, la enfermedad se trata con radioterapia pélvica adyuvante y braquiterapia vaginal. Los ensayos clínicos de quimioterapia adyuvante han producido resultados mixtos, y el valor de la quimioterapia, particularmente en el estadio FIGO I, aún no es claro.

Los investigadores presentan una serie de consejos para los no-especialistas, enfatizando la importancia de una rápida derivación de las mujeres posmenopáusicas con sangrado vaginal, y mujeres en el rango etario de los 40 a los 50 años con sangrado intermenstrual. También debería

considerarse la derivación en las mujeres más jóvenes con sangrado vaginal inusual, especialmente las obesas o las que han recibido estrógenos opuestos crónicos. Los investigadores agregaron

que “el médico generalista puede actuar como eje, asegurando que la paciente conozca todas las redes de apoyo desde la enfermera especializada en cáncer hasta el centro de cáncer local”.

PERLAS

Terapia oral anticoagulante y menstruación

Fuente: Huq FY, et al. Contraception. 2011;84:128-132.

Issue 07 - 18 Jul 2011

Un estudio recientemente publicado sugiere que en las mujeres en edad reproductiva, la terapia con warfarina da lugar a cambios en su patrón menstrual y a un aumento significativo del sangrado menstrual.

El tromboembolismo venoso (TEV) afecta de una a diez de cada mil mujeres en edad reproductiva todos los años. La terapia habitual para la trombosis de venas profundas (TVP) o la embolia pulmonar es con anticoagulantes orales (AO) tales como la warfarina. El uso de terapia con AO tiene la potencial complicación de aumentar el riesgo de sangrado. En pacientes en tratamiento con AO se ha informado que las tasas de sangrado fatal, sangrado menor y sangrado mayor son 0,8%, 4,9%, y 15%, respectivamente, por año.

Existen muy pocos datos disponibles sobre los efectos de la terapia con AO en el sangrado menstrual. Recientemente, investigadores del Royal Free Hospital de Londres, Reino Unido, publicaron los resultados de un estudio para evaluar los efectos de la terapia con AO en los patrones menstruales y la pérdida de sangre en mujeres en edad reproductiva. Las 53 mujeres incluidas en el estudio tenían de 20 a 50 años de edad y todas estaban siendo tratadas con warfarina por una serie de condiciones incluyendo TVP, embolia pulmonar, síndrome antifosfolípídico y estenosis mitral. La terapia era de por vida en el 55% de los casos y durante tres meses y un año en el 45%.

Además de ser entrevistadas y de responder un cuestionario acerca de sus ciclos menstruales antes y después de comenzar la terapia con AO, 47 mujeres completaron un gráfico de evaluación del sangrado (PBAC, su sigla en inglés). Un

PBAC es una herramienta utilizada en la evaluación del sangrado menstrual.

En el 70% de las participantes del estudio hubo un cambio en el patrón de sangrado de su ciclo menstrual al comenzar la terapia con AO, con el 50% que refirió un aumento significativo de la duración desde una media de 5.4 días a una media de 6.6 días ($p = 0.0008$). Los resultados del PBAC revelaron que el 66% de las participantes obtuvo un puntaje superior a 100 mientras se hallaba en tratamiento con el AO, indicativo de sangrado abundante. Una comparación entre los síntomas de sangrado antes y después de comenzar la warfarina se asoció con aumentos significativos del sangrado intermenstrual, flujo excesivo y coágulos. Basándose en la advertencia respecto del mayor riesgo de trombosis de la anticoncepción hormonal, el 54.7% de las participantes del estudio cambió su método anticonceptivo al comenzar la terapia con AO. La mayoría había estado utilizando anticonceptivos hormonales combinados orales.

Como resumen de sus resultados, los investigadores sugirieron que a todas las mujeres en edad reproductiva que comienzan una terapia con AO se les debería aconsejar y orientar respecto de los posibles cambios en su patrón menstrual y especialmente respecto del posible aumento de sangrado menstrual. Y agregaron: “Aconsejar acerca de la anticoncepción apropiada también debería ser parte de la atención médica proporcionada a estas mujeres. La anticoncepción de barrera, la esterilización y la anticoncepción de progestina sola son todos métodos adecuados en este grupo de pacientes”.

Fertility and Sterility, 2010

Vascularidad reducida asociada con aborto recurrente

MedWire News

Issue 12 - 10 Nov 2010

De acuerdo con los hallazgos de un nuevo estudio, las mujeres con aborto recurrente sin causa aparente (SCA) tienen una vascularidad endometrial y sub-endometrial significativamente reducida, en comparación con las mujeres sanas y fértiles.

Se entiende que una buena vascularidad endometrial es importante para establecer la receptividad endometrial y en el mantenimiento del embarazo. En este nuevo trabajo, programado para publicación en la revista *Fertility and Sterility*, los investigadores informan lo que ellos describen como el primer estudio con ultrasonografía transvaginal tridimensional y angiografía Doppler que compara la vascularidad endometrial y sub-endometrial entre pacientes con aborto recurrente (SCA) y mujeres fértiles.

Los especialistas, del Hospital Nanfang y la Universidad Médica del Sur en Guangzhou, China, midieron la vascularidad siete días después de la ovulación en 88 mujeres con aborto recurrente (SCA) –definido como tres o más abortos espontáneos consecutivos con el mismo compañero antes de la semana 20 de gestación– y en 46 mujeres sanas y fértiles con historial de al menos un parto vivo y sin antecedentes de aborto espontáneo.

No hubo diferencias significativas entre los dos grupos en los siguientes factores: edad, índice de masa corporal, concentraciones basales de hormonas sexuales en suero el día 3, concentraciones de progesterona sérica el día 7 después de la ovulación, duración de la fase folicular, duración de la fase lútea, grosor endometrial,

volumen endometrial, e índice de pulsatilidad (IP) y de resistencia (IR) de arterias uterinas bilateral.

Sin embargo, los investigadores hallaron que los siguientes parámetros angiográficos eran significativamente inferiores en las mujeres del grupo con aborto recurrente (SCA) que en el grupo control.

- Índice de vascularización endometrial
- Índice de flujo endometrial
- Índice de vascularización-flujo endometrial
- Índice de vascularización sub-endometrial
- Índice de vascularización-flujo sub-endometrial

La única medida angiográfica que fue similar en ambos grupos de estudio fue el índice de flujo sub-endometrial.

En su trabajo, los investigadores (Leining C, y cols.) dicen que sus hallazgos sugieren que “la vascularidad endometrial-subendometrial está afectada en forma adversa en las pacientes con aborto recurrente (SCA) durante el período peri-implantación, y que podría influir negativamente en el mantenimiento inicial del embarazo.

Por último, agregan que los hallazgos indican que la técnica de ultrasonido 3D/angiografía Doppler podría ser útil para desarrollar, y evaluando los efectos, estrategias de tratamiento en pacientes con aborto recurrente sin causa aparente.

Una revisión aborda el ejercicio del piso pélvico

Fuente: Maturitas 2010; in press

El entrenamiento muscular del piso pélvico es muy utilizado como tratamiento para la incontinencia urinaria, pero ¿cuál es la evidencia que lo respalda y cuáles son los beneficios? Una revisión sistemática recientemente publicada ha abordado estas preguntas.

Especialistas del departamento de obstetricia y ginecología del Hospital John Radcliffe de Oxford, Reino Unido, llevaron a cabo una revisión bibliográfica e identificaron un total de 107 ensayos aleatorios y controlados relevantes publicados entre 1990 y 2010. Estos describían los efectos del entrenamiento muscular del piso pélvico en mujeres con incontinencia urinaria de esfuerzo, de urgencia o mixta (esfuerzo/urgencia).

En su nuevo trabajo programado para publicación en la revista *Maturitas*, los especialistas primero proporcionan una breve historia del ejercicio del piso pélvico. Y comentan que la función de los músculos del piso pélvico “es sostener las estructuras pélvicas, la uretra, la vagina y el recto”. El entrenamiento muscular implica la contracción voluntaria hacia adentro y hacia arriba del piso pélvico, cuyo número preciso de contracciones recomendado en los estudios revisados varió de 8 a 12, tres veces por día, hasta tanto como 200 por día.

Se entiende que los ejercicios del piso pélvico actúan de tres formas, mediante mejoras de la fuerza y sirviendo de contrapeso e indirectamente mediante la contracción de los músculos abdominales (los que se activan junto con los músculos del piso pélvico).

Los investigadores trazan una serie de conclusiones más importantes a partir de su revisión, incluyendo los siguientes puntos clave:

- Existe un buen conjunto de evidencias que avalan el entrenamiento muscular del piso pélvico como tratamiento conservador de primera línea en mujeres con incontinencia urinaria de esfuerzo, de urgencia o mixta.
- Se han llevado a cabo más estudios del ejercicio del piso pélvico en mujeres con incontinencia de esfuerzo que en mujeres con incontinencia de urgencia. Estos estudios mostraron una mejoría de hasta el 70% en los síntomas de la incontinencia de esfuerzo en las mujeres que participaron en programas de entrenamiento de los músculos del piso pélvico.
- El entrenamiento muscular del piso pélvico es económico, y no tiene efectos adversos debilitantes persistentes.
- El efecto de un programa de tratamiento típicamente aumenta cuando es impartido y supervisado por un fisioterapeuta especializado o una enfermera especializada en continencia.

Los investigadores agregan que también hay pruebas que respaldan el uso del entrenamiento muscular del piso pélvico como tratamiento para las mujeres con incontinencia urinaria posparto persistente.

No obstante, los efectos a largo plazo del ejercicio del piso pélvico se entienden relativamente poco, dado que la mayoría de los estudios publicados tienen un seguimiento limitado o carecen de él. En un estudio de mujeres con incontinencia urinaria de esfuerzo, los investigadores hallaron que cuando el entrenamiento de los músculos del piso pélvico era inicialmente satisfactorio, había una posibilidad del 66 por ciento de que los beneficios persistieran a lo largo de un período de seguimiento de 10 años.

Los autores del trabajo de revisión dicen que todavía existe necesidad de al menos un gran ensayo aleatorio y controlado de grandes dimensiones, para proporcionar más información sobre la efectividad clínica a largo plazo. En general, concluyen que los ejercicios del piso pélvico son “beneficiosos y no tienen efectos adversos significativos” y “se pueden lograr mejoras sustanciales y duraderas en la continencia”.

La menopausia no aumenta el riesgo de diabetes

Fuente: *Menopause* 2011; 18: 857-868

Week 30 - 09 Aug 2011

Los hallazgos de un estudio sugieren que el riesgo de que una mujer padezca diabetes tipo 2 no aumenta mientras transita la menopausia natural o no-natural.

MedWire News: los hallazgos de un estudio sugieren que el riesgo de que una mujer padezca diabetes tipo 2 no aumenta mientras transita la menopausia natural o no-natural.

Investigaciones previas sugieren que atravesar la menopausia podría acelerar la progresión de intolerancia a la glucosa a diabetes en las mujeres con problemas de tolerancia a la glucosa, dice el equipo investigador.

Por lo tanto, Catherine Kim (Universidad de Michigan, Ann Arbor, EE.UU.) y colaboradores del grupo de investigación del Programa de Prevención de Diabetes (DPP, su sigla en inglés) investigaron más el tema en 708 mujeres premenopáusicas, 328 con menopausia natural, y 201 con ooforectomía bilateral.

Todas las mujeres se hallaban en riesgo de padecer diabetes y sufrían problemas de tolerancia a la glucosa (glucosa en plasma a 2 horas de 7.8 a 11.1 mmol/l). Como parte del DPP, las mujeres fueron designadas al azar para someterse a una intervención de estilo de vida que comprendía una mejor dieta y ejercicio, terapia con metformina, o placebo, y fueron controladas por diabetes incidental durante 3 años.

Después de controlar factores tales como la edad, etnia, antecedentes familiares de diabetes e historial de diabetes mellitus gestacional, Kim y colaboradores hallaron que ni ser menopáusica natural ni artificialmente aumentó el riesgo de

desarrollar diabetes tipo 2 a lo largo de los tres años del DPP.

De hecho, las mujeres en el brazo de intervención de estilo de vida que fueron sometidas a ooforectomía bilateral tuvieron en realidad una reducción del riesgo del 81% de desarrollar diabetes en comparación con las mujeres premenopáusicas, pero los investigadores sí coincidieron en que no podía determinarse si esto era independiente del uso de terapia hormonal o no.

No hubo diferencia significativa en el riesgo de diabetes entre las mujeres premenopáusicas y las que experimentaron menopausia natural, comentan los investigadores. Tampoco hubo una diferencia significativa en el riesgo entre las mujeres menopáusicas y las premenopáusicas con la intervención de estilo de vida en comparación con el brazo con metformina del DPP.

“En nuestro estudio, la menopausia no tuvo un efecto adicional en el riesgo de diabetes”, dijo Kim.

“La menopausia es uno de muchos pasos pequeños en el envejecimiento y no significa que la salud de las mujeres empeorará después de atravesar esta transición”.

La investigadora agregó: “Los médicos pueden decirle a las mujeres que los cambios de estilo de vida pueden ser muy efectivos, y que la menopausia no significa que tienen un riesgo mayor de diabetes”.

Los resultados de este estudio se encuentran publicados en la revista *Menopause*.