

# Tumores del Cuerpo Uterino\*

Dres.: Jorge E. Zúñiga, M.D.<sup>1</sup> Fernando Zuluaga A., M.D.<sup>2</sup>

## INTRODUCCION:

De los tumores del cuerpo uterino, el 95% son adenocarcinomas. Ocupan el segundo lugar en frecuencia entre las neoplasias genitales malignas de la mujer, después del carcinoma de cérvix. Se acepta que su frecuencia está aumentando, con el aumento de la expectativa de vida. En términos generales hay acuerdo universal en cuanto a la forma terapéutica que debe darse a tal entidad.

El objeto del presente estudio es conocer el comportamiento de los tumores del cuerpo uterino, y principalmente, evaluar la respuesta al tratamiento impartido en nuestra institución.

## MATERIAL Y METODOS

Se revisaron todas las historias clínicas de los casos registrados con el diagnóstico de neoplasia del cuerpo uterino, desde 1956 hasta 1979, del HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE, CALI,

---

\*Análisis de los casos manejados en el Hospital Universitario del Valle, desde 1956 hasta 1979.

1. Profesor Asociado, Departamento de Ginecología y Obstetricia, División de Salud, Universidad del Valle, Cali Colombia.
2. Residente III, Departamento de Ginecología y Obstetricia, División de Salud, Universidad del Valle, Cali, Colombia.

COLOMBIA. Previamente se diseñó un formulario, el cual fue aplicado a todos los casos. Dado el universo tan pequeño no se hizo ningún análisis estadístico, por no ser aplicable, excepto un cálculo de porcentajes absolutos y relativos al analizar tipo de tratamiento, supervivencia y estadios clínicos—vs—supervivencia.

## RESULTADOS.

Se colectó un total de 61 casos. Se destacaron dos hechos importantes, que limitaron grandemente los análisis:

1. Hay déficit de datos en las historias clínicas, llegando a ser, en algunos parámetros, mayor el porcentaje de "SIN DATO" que el de lo que se quería evaluar.
2. No hay seguimiento adecuado de las pacientes por cambio de domicilio, negligencia, etc., afectándose enormemente los resultados de supervivencia vs estadios clínicos y/o tratamiento dado. De muchas pacientes se desconoce si están vivas o no y libres o no de enfermedad tumoral.

La distribución por grupos de edad, mostró que en nuestro medio los tumores del cuerpo uterino son más frecuentes en los grupos 50-59 y 60-69 (29,51% y 31,15% respectivamente. (Cuadro No. 1). La raza mestiza fue la más afec-

Cuadro No. 1

## DISTRIBUCION POR GRUPOS DE EDAD

Grupos de edad	Número de casos	Porcentaje
< 30	0	0
30 - 39	4	6,56
40 - 49	16	26,53
50 - 59	18	29,51
60 - 69	19	31,15
70 - más	4	6,55
Sin dato	0	0
Total	61	100

tada, aunque este fue un dato no consignado en el 49,18% de los casos (Cuadro No. 2). El 78,69% de las pacientes eran de procedencia urbana y ese mismo porcentaje fue atendido en salas generales, (Cuadro No. 3 y 4). Sólo un 18,03% en el servicio de pensionado. Con respecto a la paridad, el 47,54% tuvieron 1-5 partos y 22,95% no habían parido.

Cuadro No. 2

## DISTRIBUCION SEGUN RAZA

Raza	Número de casos	Porcentaje
Blanca	7	11,47
Negra	6	9,84
Mestiza	18	29,51
Sin dato	30	49,18
Total	61	100

Cuadro No. 3

## PROCEDENCIA

Procedencia	Número de casos	Porcentaje
Urbana	48	78,69
Rural	11	18,03
Sin dato	2	3,28
Total	61	100

Cuadro No. 4

## SERVICIO HOSPITALARIO

Servicio Hospitalario	Número de casos	Porcentaje
Sala general	48	78,69
Pensionado	11	18,03
Sin dato	2	3,28
Total	61	100

(Cuadro No. 5). Un 60,7% de las pacientes iniciaron síntomas después de la menopausia; 27,87% 10 años después, aunque hubo un 44,27% de casos en que el número de años transcurrido, desde la menopausia hasta el inicio de los síntomas, no figuraba en las historias. (Cuadros Nos. 6 y 7). Antecedentes de ciclos irregulares y/o anormales estuvo en 49,18% de las pacientes. (Cuadro No. 8). Los síntomas dominantes fueron hemorragia genital anormal y dolor pélvico, en 60,66% y 34,43%, (Cuadro No. 9) respectivamente. (Cuadro No. 10). Al analizar la patología asociada, hipertensión arterial, miomatosis y obesidad,

Cuadro No. 5

## DISTRIBUCION SEGUN PARIDAD

Paridad	Número de Casos	Porcentaje
0	14	22,95
1 - 5	29	47,54
6 - 10	13	21,31
más de 10	2	3,28
Sin dato	3	4,92
Total	61	100

Cuadro No. 6

## INICIO DE LOS SINTOMAS RESPECTO DE LA MENOPAUSIA

Inicio	Número de Casos	Porcentaje
Pre	18	29,50
Post	37	60,70
Sin dato	6	9,80
Total	61	100

en ese orden, fueron las más frecuentes. (Cuadro No. 11). Diabetes ocupó un quinto lugar (6,56%), después de adenomiosis y/o endometriosis.

El legrado biopsia fue el método de diagnóstico más recurrido, aunque 31,15% fueron hallazgos post quirúrgicos. (Cuadro No. 12). Adenocarcinoma endometrial fue el tipo histológico más frecuente: 83,61%. Sarcoma endometrial figuró en el 13,11% de los casos. (Cua-

Cuadro No. 7

## TIEMPO DESDE LA MENOPAUSIA HASTA EL DIAGNOSTICO

Tiempo en años	Número de casos	Porcentaje
Menos de 1	0	0
1 - 5	9	14,75
6 - 10	8	13,11
Más de 10	17	27,87
Sin dato	27	44,27
Total	61	100

Cuadro No. 8

## ANTECEDENTES PRE-DIAGNOSTICO

Antecedentes	Número de Casos	Porcentaje
Tratamiento hormonal previo	9	14,75
Ciclos irregulares y/o anormales	30	49,18
Bipsia (S) con Hiperplasia endometrio	7	11,48
Irradiación	0	0
Sin dato	15	24,59
Total	61	100

dros Nos. 13 y 14). Predominaron los estadios tempranos y en 70,49% de las pacientes no se evidenciaron metástasis. (Cuadro No. 15). El análisis de la supervivencia mostró. 31,15% de sobrevida a

**Cuadro No. 10**

**SINTOMAS**

Sintomas	Número de casos	Porcentaje
Hemorragia genital anormal	37	60,66
Dolor pélvico	21	34,43
Otros	21	32,43
Sin dato	4	6,56
Total	*	*

\* El total es mayor que el número de pacientes y que el 100% porque una paciente puede estar en dos o más síntomas.

**Cuadro No. 11**

**PATOLOGIA ASOCIADA**

Patología Asociada	Número de casos	Porcentaje
Miomatosis	16	26,23
H. T. A.	21	34,43
Obesidad	14	22,95
Diabetes	5	8,20
Otras Endocrinopatías	0	0
Tumor de Ovario	4	6,56
Adenomiosis	7	11,48
Sin dato	3	4,92
Total	*	*

\*El total es mayor que el número de pacientes y que el 100% porque una paciente puede estar en dos o más patologías asociadas.

**Cuadro No. 12**

**METODO DIAGNOSTICO**

Método Diagnóstico	Número de casos	Porcentaje
Legrado Biopsia	39	63,94
Hallazgo post Quirúrgico	19	31,15
Otros	1	1,67
Sin dato	2	3,25
Total	61	100

**Cuadro No. 13**

**DIAGNOSTICO PATOLOGICO**

Diagnóstico	Número de casos	Porcentaje
Adenocarcinoma Endometrial	51	83,61
Sarcoma Endometrial	8	13,11
Leiomiomasarcoma	1	1,64
Carcinosarcoma	1	1,64
Sin dato	0	0
Total	61	100

5 años, no comparada con tratamiento ni estadio clínico, en 26,24% de los casos no había dato de ésta. (Cuadros Nos. 16 y 17). Los cuadros de supervivencia vs estadio clínico y vs tratamiento impartido, muestran el número de pacientes para cada variable y sus respectivos porcentaje absoluto, es decir, con respecto de las 61 pacientes en el estudio

**Cuadro No. 14****ESTADIO CLINICO**

Estadio	Número de casos	Porcentaje
I	28	45,90
II	11	18,03
III	14	22,95
IV	6	9,84
Sin dato	2	3,28
Total	61	100.

**Cuadro No. 16****TRATAMIENTO**

Tratamiento	Número de casos	Porcentaje
Cirugía sola	18	29,51
Cirugía más Radioterapia	18	29,51
Radioterapia sola	12	19,67
Radioterapia mas Cirugía	7	11,48
Cirugía, Radioterapia y Hormonoterap.	4	6,56
Otros	5	8,20
Total	*	*

\*El total es mayor que el número de pacientes y que el 100% porque una paciente puede estar en dos o más modalidades de tratamiento.

**Cuadro No. 15****METASTASIS**

Metastasis	Número de casos	Porcentaje
No	43	70,49
Pulmón	4	6,56
Hígado	2	3,28
Cerebro	3	4,92
Otras	7	11,48
Sin dato	5	8,20
Total	*	*

\*El total es mayor que el número de pacientes y que el 100% porque una paciente puede tener metástasis a más de un órgano.

**Cuadro No. 17****SUPERVIVENCIA**

Supervivencia	Número de casos	Porcentaje
Menos de 1 año	8	13,11
1 - 3	9	14,75
3 - 5	9	14,75
Mayor de 5 años	19	31,15
Sin dato	16	26,24
Total	61	100

Cuadro No. 18

Supervivencia Tratamiento	Menor de 1 año		1 - 3 años		3 - 5 años		Mayor de 5 años		Sin dato	Totales	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n		
Cirugía sola	1	$\frac{1,7}{5,6}$	2	$\frac{3,3}{11,1}$	3	$\frac{4,9}{16,7}$	8	$\frac{13,1}{44,4}$	4	$\frac{6,6}{22,2}$	18
Cirugía mas Radioterapia	3	$\frac{4,9}{16,7}$	3	$\frac{4,9}{16,7}$	4	$\frac{6,6}{22,2}$	6	$\frac{9,8}{33,3}$	2	$\frac{3,3}{11,1}$	18
Radioterapia sola	1	$\frac{1,7}{8,3}$	2	$\frac{3,3}{16,7}$	2	$\frac{3,3}{16,7}$	1	$\frac{1,7}{8,3}$	6	$\frac{9,8}{50,0}$	12
Radioterapia mas Cirugía	0	$\frac{0}{0}$	1	$\frac{1,7}{14,3}$	1	$\frac{1,7}{14,3}$	1	$\frac{1,7}{14,3}$	4	$\frac{6,6}{57,1}$	7
Cirugía Radioterapia Hormonoterapia.	1	$\frac{1,7}{25,0}$	1	$\frac{1,7}{25,0}$	1	$\frac{0}{0}$	1	$\frac{1,7}{25,0}$	1	$\frac{1,7}{25,0}$	4
Otros	1	$\frac{1,7}{50,0}$	0	$\frac{0}{0}$	0	$\frac{0}{0}$	1	$\frac{1,7}{50,0}$	0	$\frac{0}{0}$	2
No tratamiento	1	$\frac{1,7}{100}$	0	$\frac{0}{0}$	0	$\frac{0}{0}$	0	$\frac{0}{0}$	0	$\frac{0}{0}$	1

Una de las pacientes que figura con tratamiento OTROS, recibió transfusión sanguínea, además del tratamiento para neoplasia. Por eso el gran total es 62.

y el porcentaje relativo, esto es, con respecto del número de pacientes en esa variable para todos los rangos de supervivencia. (Cuadros Nos. 18 y 19). Es poco lo que puede decirse de estos dos parámetros, pues la falta de un adecuado seguimiento da un número importante de "SIN DATO" que afecta los resultados. Tentativamente diremos que en nuestra casuística se observó que los estadios tempranos tuvieron mayor supervivencia, lo cual es lo esperado y observado en otros estudios. No se analizan resultados de tratamiento.

#### CONCLUSIONES.

Tal vez lo más importante que queríamos conocer era la supervivencia según el tratamiento. Los resultados (Cuadros Nos. 18 y 19) no lo permiten. La explicación a este aparente caos es:

1. No se trata de un estudio prospectivo, en el cual, de antemano, se fije un programa definido de tratamiento. Al hacer la toma de datos se pudo ver que algunas pacientes fueron llevadas a cirugía con otro diagnóstico y el

Cuadro No. 19

Superviv. Tratamiento	Menor de 1 año.		1 - 3 años		3 - 5 años		Mayor de 5 años		Sin dato		Totales
I	1	1,7 3,6	3	4,9 10,7	5	8,2 17,9	14	23,0 50,0	5	8,2 17,9	28
II	0	0 0	1	1,7 9,1	2	3,3 18,2	1	1,7 9,1	7	11,5 63,6	11
III	4	6,6 28,6	5	8,2 35,7	0	0 0	2	3,3 14,3	3	4,9 21,4	14
IV	3	4,9 50,0	0	0 0	1	1,7 16,7	1	1,7 16,7	1	1,7 16,7	6

En dos casos no figuraba el estadio clínico. Por eso el gran total es 59.

hallazgo de neoplasia fue casual (19 pacientes); algunas no recibieron radioterapia (18 pacientes). Solo 7 pacientes tuvieron radioterapia y luego cirugía, de 139 que tenían diagnóstico de neoplasia previo al tratamiento.

2. El más caótico manejo fue en las pacientes pensionadas, donde se pudo ver que no había trabajo "en equipo": es así como algunas pacientes recibieron solo radioterapia y no fueron enviadas a cirugía complementaria y no tuvieron ningún seguimiento, o al menos no fue registrado.

En esta situación se encontraron 11 pacientes.

Contrariamente a lo descrito en la literatura, nuestras pacientes no tenían una alta asociación con diabetes; la entidad es más frecuente en pacientes de sala general y la paridad no era baja. Un hallazgo importante en nuestro estudio, no descrito en la literatura, es la asociación, en nuestras

pacientes, de miomatosis uterina (26, 23%). Se acepta que el adenocarcinoma endometrial y la miomatosis uterina, son entidades más frecuentes en mujeres con estímulo estrogénico exaltado. Valdría la pena que otros investigadores analizaran este aspecto. Por lo demás, los tumores del cuerpo uterino en nuestro medio, siguen el comportamiento descrito en las revisiones publicadas. La incidencia entre nosotros es baja y no parece estar aumentando.

#### RECOMENDACIONES.

1. Dado el número tan bajo de pacientes ( $\pm 3$  por año), el manejo de ellas debería centrarse en una institución, con un grupo multidisciplinario, especializado, siguiendo patrones definidos de tratamiento, como lo recomienda C.R. WHITFIELD, de la Universidad de Manchester.

2. Hacer un registro completo de los datos de historia clínica.
3. Contar con personal que eduque, oriente y busque las pacientes renuentes al seguimiento.

Se observan su comportamiento y la respuesta a la terapia. Se destaca una patología asociada (miomatosis), no descrita en la literatura médica y que refuerza la teoría del estímulo estrogénico exaltado en la génesis de este tipo de tumores.

#### RÉSUMEN.

Se analizan 61 casos de pacientes con neoplasias primarias del cuerpo uterino.

Se hacen recomendaciones para manejo y estudios similares, futuros.

### TUMORS OF THE UTERUS

#### SUMMARY

In this study authors analyzed 61 cases of patients with primary neoplasia in the uterus. They observed their behavior, evolution and response to treatment. There seems to be an associated

pathology (Miomatosis) not described in available medical literature that supports the theory of exalted estrogen stimulus at the origin of these tumors.

Authors include recommendations for patient management and for future studies in this field.

#### BIBLIOGRAFIA.

1. RICHARD. L. KEMPSON and GERT E. POKORNY. Adenocarcinoma de endometrio en mujeres de 40 años o más jóvenes. *Cáncer* abril 1968 Vol 21 No. 4
2. BOUTSELIS J.C. Carcinoma endometrial factores pronósticos y tratamiento, clínicas quirúrgicas de Norte América Vol. 1. 1978. 111 - 121.
3. KISTNER R. W. Tratado de ginecología primera edición 1974 275 - 299.
4. NOVAK -JONES-JONES. Tratado de ginecología octava edición. 333 - 361.
5. SALAZAR O.M. et all. Adenosquamous carcinoma of the endometrium an entity with an inherent poor prognosis?. *Cáncer* 40: 119 - 130. 1977.
6. TWEEDDALE, D.N; EARLY, L.S; and GOODSITT, E.S. Endometrial adenocarcinoma, a clinical and pathologic analysis of 82 cases, with observations of histogenesis. *Obst. Gynec.* 23: 611 - 618. 1964.
7. NOVAK, E.R; and HALLEY, W.B. Uterine adenoacanthoma. *Obst. Gynecol.* 9: 396. 1957.