

Cáncer de Endometrio: Guía Completa

El cáncer ginecológico más frecuente en países desarrollados. Esta guía aborda epidemiología, factores de riesgo, clasificación, diagnóstico y tratamiento según Williams y enfoque CONAREM.

1. EPIDEMIOLOGÍA

Prevalencia

Cáncer ginecológico más frecuente en países desarrollados.

Edad de presentación

Pico: 55–65 años.

Pronóstico favorable

La gran mayoría se diagnostica en estadio temprano por sangrado uterino anormal, lo que mejora el pronóstico.

- ☐ Mujer posmenopáusica con metrorragia = cáncer de endometrio hasta demostrar lo contrario.

2. FACTORES DE RIESGO

Williams subraya que el factor clave es la **exposición estrogénica sin oposición**.

Factores que aumentan riesgo:

Obesidad

(principal causa actual) → aromatización periférica a estrona.

Anovulación crónica

(SOP).

Factores hormonales

- Menarca temprana y menopausia tardía.
- Nuliparidad.

Terapia hormonal

Terapia estrogénica sin progestágeno.

Tamoxifeno

Síndrome de Lynch

(muy importante).

Factores protectores:

- Anticonceptivos combinados.
- Multiparidad.
- Tabaquismo (por menor exposición estrogénica).

Cuál es el factor de riesgo más importante actual → obesidad.

3. TIPOS (CLASIFICACIÓN DE BOKHMAN)

Williams destaca dos vías patogénicas:

A. Tipo I (endometrioide) - 80%

- Asociado a estrógenos sin oposición.
- Mejor pronóstico.
- Usualmente precedido por hiperplasia endometrial.
- Mutaciones: PTEN, KRAS, inestabilidad MSI (Lynch).
- Mujeres perimenopáusicas.

B. Tipo II (no endometrioide) - 10-20%

- No relacionado con estrógenos.
- Peor pronóstico.
- Seroso, células claras, carcinosarcoma.
- Mutación característica: p53.
- Mujeres mayores, endometrio atrófico.

❑ Tipo asociado a mutación p53 → Tipo II.

4. CLÍNICA

❑ **Sangrado uterino anormal en mujeres premenopáusicas.**

❑ **Metrorragia posmenopáusica (síntomatología cardinal).**

❑ **Flujo acuoso o maloliente en etapas avanzadas.**

❑ **Dolor pélvico tardío.**

5. DIAGNÓSTICO

Método inicial:

Biopsia endometrial (pipelle) → sensibilidad >90%.

Hallazgos ecográficos:

Grosor endometrial >4 mm en posmenopáusicas es sugestivo.

Otros estudios:

- Histeroscopia cuando la biopsia es no concluyente.
- TC/RM para estadificación.

Metrorragia posmenopáusica → estudio inicial = biopsia endometrial.

6. HIPERPLASIA ENDOMETRIAL

1

A. Hiperplasia SIN atipias

- Riesgo bajo de progresión (1 a 3%).
- Tratamiento: progestágenos (DIU-LNG o VO).

2

B. Hiperplasia CON atipias (HSIL endometrial or EIN)

- Riesgo alto de progresión (hasta 30%).
- Tratamiento estándar: **histerectomía**.
- En deseo gestacional → progestágenos de alta dosis + seguimiento estricto.

❏ Hiperplasia con atipia → conducta correcta = histerectomía.

7. ESTADIFICACIÓN Y 8. TRATAMIENTO

El cáncer de endometrio se **estadifica quirúrgicamente, no por imagen**. Incluye:

- Histerectomía total.
- Salpingooforectomía bilateral.
- Muestreo ganglionar selectivo.
- Lavado peritoneal.

A. Estadio I (localizado al útero)

- Histerectomía + salpingooforectomía bilateral.
- Eventual disección ganglionar.
- Radioterapia adyuvante según riesgo.

B. Estadio II (cérvix comprometido)

- Cirugía ampliada + radioterapia.

C. Estadio III-IV

- Cirugía citorreductora.
- Quimio: carboplatino + paclitaxel.
- Radioterapia según extensión.

9. FACTORES PRONÓSTICOS MÁS IMPORTANTES

01

Grado tumoral.

02

Profundidad de invasión miometrial.

03

Compromiso linfovascular.

04

Afectación ganglionar.

Williams enfatiza que la **profundidad de la invasión miometrial** es uno de los marcadores pronósticos más significativos.

10. ASOCIACIÓN CON SÍNDROME DE LYNCH Y RESUMEN

Punto crítico que CONAREM pregunta:

Sospecha de Lynch

- Mujeres jóvenes (<50)
- Con cáncer de endometrio
- Historia familiar de cáncer colorrectal

Mutación

Debe sospecharse Lynch, mutación en MMR (MLH1, MSH2, MSH6).

Conducta:

- Realizar evaluación genética.
- Screening para cáncer de colon.

11. TABLA CONAREM RESUMEN

Tema	Punto clave
Síntoma cardinal	Metrorragia posmenopáusica
Factor de riesgo más importante	Obesidad
Clasificación	Tipo I (estrógeno), Tipo II (p53)
Lesión precursora	Hiperplasia endometrial
Dx inicial	Biopsia endometrial
Estudio en postmenopáusica	Endometrio >4 mm = sospechoso
Tto hiperplasia con atipia	Histerectomía
Tto cáncer estadio I	TH + SOO bilateral
Pronóstico	Profundidad de invasión miometrial
Mutación típica tipo II	p53
Asociación genética clave	Síndrome de Lynch