



# Cáncer Endometrial

Neoplasia maligna del epitelio glandular endometrial. Cáncer ginecológico más frecuente en países de altos ingresos. Edad promedio al diagnóstico: 60-63 años. Clasificación Bokhman

| Característica        | Tipo I                  | Tipo II                 |
|-----------------------|-------------------------|-------------------------|
| Frecuencia            | 80%                     | 20%                     |
| Estrógeno-dependiente | Sí                      | No                      |
| Histología            | Endometriode            | Seroso / células claras |
| Mutación clave        | PTEN, KRAS, MSI (Lynch) | TP53                    |
| Pronóstico            | Mejor                   | Peor (agresivo)         |

## Estadificación FIGO

|                                                                                                                        |                                                                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| <div>1</div> <div><b>Estadio I</b><br/>Confinado al cuerpo uterino (IA &lt; 50% miometrio, IB ≥ 50%).</div>            | <div>2</div> <div><b>Estadio II</b><br/>Invasión de estroma cervical.</div>          |
| <div>3</div> <div><b>Estadio III</b><br/>Extensión local/regional (serosa/anexos, vagina/parametrios, ganglios).</div> | <div>4</div> <div><b>Estadio IV</b><br/>Vejiga/recto o metástasis a distancia.</div> |

# Factores de riesgo (predominan en Tipo I)

## Factores de riesgo

- Obesidad, anovulación crónica/SOP, nuliparidad.
- Menarquia temprana / menopausia tardía.
- Estrógenos sin oposición, tamoxifeno.
- Diabetes tipo 2, hipertensión.
- Síndrome de Lynch.

## Factor protector

ACO combinados y multiparidad reducen el riesgo (oposición progestágena).

# Diagnóstico

## Sangrado posmenopáusico

Sospecha obligatoria (cáncer presente en 10% de casos).

## Ecografía transvaginal

Endometrio  $\leq 4$  mm  $\rightarrow$  alto VPN.  $> 4$  mm  $\rightarrow$  biopsia.

## Biopsia endometrial ambulatoria (Pipelle)

Primera línea diagnóstica.

## Histeroscopia + biopsia dirigida

Si no concluyente o persiste sangrado.

## En toda paciente

Inmunohistoquímica MMR (tamizaje universal de Lynch).

# Manejo por riesgo

| Grupo de riesgo                       | Conducta                                             |
|---------------------------------------|------------------------------------------------------|
| Bajo (IA, G1-2, sin invasión LV)      | Observación                                          |
| Intermedio                            | Braquiterapia vaginal                                |
| Alto (invasión profunda, G3, Tipo II) | RT pélvica ± quimioterapia (carboplatino+paclitaxel) |
| Metastásico/recurrente                | Quimioterapia; hormonoterapia si RH+ y bajo grado    |

☐ Estándar quirúrgico: histerectomía total + salpingooforectomía bilateral ± evaluación ganglionar.

**Fertilidad:** Conservador con progestágenos SOLO en carcinoma endometrioide G1 sin invasión miometrial en RM, en paciente joven con deseo reproductivo.

## Complicaciones

**Recurrencia**  
Vaginal o a distancia.

**Lesión quirúrgica**  
Lesión ureteral/vesical/intestinal quirúrgica; linfedema.

**Toxicidad actínica**  
Proctitis, cistitis, estenosis vaginal.

**Piometra**  
Por obstrucción cervical.

# Lo mas importante Runner

## 1 Sangrado posmenopáusico

Estudiar cáncer endometrial hasta descartarlo.

## 2 Biopsia endometrial ambulatoria es primera línea

NO la ecografía (que es triage).

## 3 Endometrio $\leq 4$ mm $\rightarrow$ alto VPN

Dato numérico muy preguntado.

## 4 Tipo I vs. Tipo II – dicotomía clave

Tipo I (estrógeno, PTEN, mejor pronóstico) vs. Tipo II (TP53, peor pronóstico).

## 5 Tamoxifeno = factor de riesgo reconocido

Distractor frecuente.

## 6 Tamizaje MMR/Lynch en TODA paciente

Sin importar edad o historia familiar.