



PROGRESOS de OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

www.elsevier.es/pog



ORIGINAL

Abordaje laparoscópico del adenocarcinoma endometriode de endometrio: resultados a corto y medio plazo

Juan Manuel Marín, Sandra Guerra, Carmen Cuesta, Miguel Martínez-Etayo, Roberto Arina e Iñaki Lete*

Servicio de Ginecología, Hospital Santiago Apóstol, Vitoria, Álava, España

Recibido el 28 de diciembre de 2010; aceptado el 9 de junio de 2011
Accesible en línea el 1 de septiembre de 2011

PALABRAS CLAVE

Adenocarcinoma de endometrio;
Cirugía laparoscópica;
Linfadenectomía pélvica

KEYWORDS

Endometrial carcinoma;
Laparoscopic surgery;
Pelvic lymphadenectomy

Resumen

Objetivo: Valorar la eficacia del abordaje laparoscópico en los casos de adenocarcinoma endometriode de endometrio.

Material y método: Estudio observacional, retrospectivo, mediante los registros de la historias clínicas de los casos de adenocarcinoma endometriode de endometrio diagnosticados en nuestro hospital entre los meses de enero de 2005 y diciembre de 2009 y tratados mediante cirugía laparoscópica. Los parámetros fundamentalmente evaluados fueron la tasa de complicaciones quirúrgicas y la tasa de supervivencia.

Resultados: De los 60 casos de adenocarcinoma endometriode diagnosticados, 52 (86,7%) fueron tratados mediante cirugía primaria por vía laparoscópica. Se produjeron un 5% de complicaciones intra y postoperatorias inmediatas y la tasa de supervivencia en el momento del análisis fue del 93,3%.

Conclusiones: El abordaje laparoscópico de la cirugía del adenocarcinoma endometriode de endometrio es factible, seguro y presenta unas tasas de éxito similares a la vía abdominal clásica.

© 2010 SEGO. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

The laparoscopic approach in endometrioid carcinoma of the corpus uteri: short- and medium-term results

Abstract

Objectives: To assess the efficacy of the laparoscopic approach in cases of endometrioid carcinoma of the corpus uteri.

Material and methods: We performed an observational, retrospective study of cases of endometrial carcinoma diagnosed in our hospital between January 2005 and December 2009 and treated by laparoscopic surgery. The main variables analyzed were the rates of surgical complications and survival.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ilete@hsan.osakidetza.net (I. Lete).

Results: Of the 60 cases of endometrial endometrioid adenocarcinoma diagnosed, 52 (86.7%) were treated with the laparoscopic approach. The rate of intra- and immediate postoperative complications was 5% and the overall survival rate at the time of the analysis was 93.3%.

Conclusions: In endometrial endometrioid carcinoma, the laparoscopic approach is safe and provides similar success rates to the classical abdominal approach.

© 2010 SEGO. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

El cáncer de endometrio es el más frecuente entre los tumores genitales femeninos¹ estimándose su incidencia en 17 casos/100.000 habitantes/año y su mortalidad en 7/100.000/año². La mayoría de los casos se diagnostican en mujeres postmenopáusicas, entre 55-65 años; solo el 25% de los mismos se presentan en mujeres premenopáusicas y el 5% en mujeres menores de 40 años³.

El tipo histológico más frecuente es el adenocarcinoma endometriode, que constituye el 80% de los carcinomas endometriales. Otros tipos histológicos son: mucinoso, células claras, seroso, microcítico e indiferenciado⁴. Recientemente, la estadificación de los tumores endometriales ha sufrido una modificación (tabla 1)⁵.

El tratamiento primario del cáncer de endometrio es quirúrgico e implica la realización de histerectomía total extrafascial con doble anexectomía para estudio de anatomía patológica y lavado peritoneal para estudio citológico. La linfadenectomía pélvica debe realizarse siempre, excepto en las siguientes situaciones:

- Paciente no apta para cirugía extensa por razones médico-anestésicas y/o técnicas (obesidad).
- Adenocarcinoma endometriode grado 1 sin invasión miometrial (según valoración clínica por ecografía transvaginal y/o resonancia magnética). En caso de histología desfavorable (células claras, seroso papilar) debe hacerse aún en ausencia de infiltración miometrial.

Tabla 1 Estadios del cáncer de endometrio (FIGO 2009)

Estadio	Extensión de la enfermedad
I	Tumor confinado al cuerpo uterino
IA	Sin infiltración del miometrio o infiltración < 50%
IB	Infiltración del miometrio ≥ 50%
II	El tumor invade el estroma cervical pero no se extiende más allá del útero
III	Diseminación local o regional del tumor
IIIA	El tumor invade la serosa uterina y/o los anejos
IIIB	Invasión de la vagina y/o los parametrios
IIIC	Metástasis en ganglios linfáticos y/o paraaórticos
IIIC1	Ganglios pélvicos positivos
IIIC2	Ganglios paraaórticos positivos
IV	El tumor invade la vejiga y/o el intestino y/o hay metástasis a distancia
IVA	Invasión de la vejiga y/o el intestino
IVB	Metástasis a distancia

Fuente: Tomado de Pecorelli S⁵.

En los casos de enfermedad más avanzada o potencialmente más agresiva, y siguiendo las recomendaciones postuladas por la FIGO⁶ se debe de realizar, además, una linfadenectomía paraaórtica.

Respecto a la vía de abordaje quirúrgico del cáncer de endometrio, cada día existe mayor consenso en la idoneidad del abordaje laparoscópico que ha demostrado resultados similares, en cuanto a supervivencia y recurrencias, que la vía abdominal clásica⁷. Por ello, desde hace 5 años, introdujimos en el protocolo de tratamiento del cáncer de endometrio, en nuestro hospital, el abordaje laparoscópico y hemos querido revisar y analizar nuestros resultados.

Material y métodos

Hemos realizado un estudio observacional, retrospectivo, de los casos de cáncer de endometrio diagnosticados en nuestro hospital entre los meses de enero de 2005 y diciembre de 2009 con el objetivo de conocer la tasa de supervivencia de las mujeres diagnosticadas de adenocarcinoma endometriode de endometrio y sometidas a cirugía. El protocolo diagnóstico ante la sospecha de cáncer de endometrio incluye: historia clínica, exploración física, ecografía endovaginal y biopsia de endometrio. En las ocasiones en las que con este protocolo no se consigue llegar a un diagnóstico, a pesar de la existencia de una alta sospecha de cáncer, se realiza histeroscopia diagnóstica con toma de muestra endometrial. Tras el diagnóstico de cáncer de endometrio, y antes de la intervención quirúrgica, se realiza una prueba de imagen, habitualmente una resonancia magnética nuclear (RMN) aunque en pacientes que refieren claustrofobia se solicita una tomografía computarizada (TAC), debido a que la exploración dura menos tiempo. También solicitamos marcadores tumorales en sangre, básicamente el Ca 125.

El abordaje quirúrgico del cáncer de endometrio en nuestro centro se realiza, cuando no existen contraindicaciones, por vía laparoscópica e incluye el lavado y aspiración del líquido peritoneal para toma citológica, la linfadenectomía pélvica bilateral del territorio de los vasos ilíacos externos y fosa obturatriz y la histerectomía total con doble anexectomía. En los casos clasificados preoperatoriamente como estadio IA, se solicita biopsia intraoperatoria del útero y solo cuando la extensión del tumor o el grado histológico son superiores al estadio IB G1 se realiza linfadenectomía pélvica. En casos de estadios III o IV, tumores con grado histológico tres o tumores con histología de alto riesgo se ha realizado, además, una linfadenectomía preaórtica.

Para la recogida de los datos se procedió al análisis individual de las historias clínicas de las pacientes diagnosticadas de cáncer de endometrio durante este período de tiempo y los parámetros seleccionados: edad, estadio, tipo

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3969214>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3969214>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)