



## clínica e investigación en ginecología y obstetricia

[www.elsevier.es/gine](http://www.elsevier.es/gine)



ORIGINAL

# Factores de riesgo para carcinoma de endometrio de alto grado

L. Baquedano<sup>a,\*</sup>, P.J. Coronado<sup>b</sup>, M.A. Martínez-Maestre<sup>c</sup>, Y. José-Gutiérrez<sup>a</sup>,  
D. Judez<sup>d</sup>, F. Villalobos<sup>a</sup> y M.A. Ruiz-Conde<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Ginecología, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España

<sup>b</sup> Servicio de Ginecología, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

<sup>c</sup> Servicio de Ginecología, Hospital Virgen del Rocío, Sevilla, España

<sup>d</sup> Servicio de Anestesiología y Reanimación, Hospital de Alcañiz, Teruel, España

Recibido el 16 de mayo de 2016; aceptado el 21 de julio de 2016

### PALABRAS CLAVE

Cáncer de endometrio;  
Alto grado;  
Factores de riesgo

**Resumen** El carcinoma de endometrio (CE) ha sido dividido de forma clásica en 2 grupos: el tipo I, considerado de buen pronóstico y estrógeno dependiente y el tipo II, de peor pronóstico y estrógeno independiente. Esta subdivisión etiopatogénica no está tan clara cuando se habla de CE de alto grado. El objetivo del estudio es analizar los factores de riesgo asociados al CE de alto grado.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo de cohortes multicéntrico en 3 hospitales españoles de tercer nivel, Hospital Universitario Miguel Servet en Zaragoza, Hospital Clínico San Carlos en Madrid y Hospital Virgen del Rocío en Sevilla, en el que se estudió la presencia de los factores de riesgo asociados al CE de alto grado histológico: endometrioides G3 (CEG3), carcinoma seroso (CS), carcinoma de células claras (CCC) y carcinosarcoma uterino o tumor mülleriano mixto maligno (TMMM). Se analizaron las posibles diferencias entre los subtipos y atendiendo a si se trataba de CE tipo I/II. Se incluyeron 373 CE de alto grado, de ellos, 135 fueron CEG3 o de tipo I y 238 de tipo II: 96 CS, 64 CCC y 78 TMMM.

**Resultados:** La diabetes, obesidad, nuliparidad y utilización de tratamiento hormonal de reemplazo no mostraron diferencias significativas entre los subtipos. El TMMM fue el que con menor frecuencia se asoció a HTA y, por el contrario, el que mostró mayor asociación a la utilización de tamoxifeno.

**Conclusiones:** Los factores de riesgo asociados a CE de alto grado son similares en el tipo I y II.

© 2016 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [lbaquedanome@hotmail.com](mailto:lbaquedanome@hotmail.com) (L. Baquedano).

## KEYWORDS

Endometrial cancer;  
High grade;  
Risk factors

## Risk factors for high-grade endometrial carcinoma

**Abstract** Endometrial carcinoma (EC) has traditionally been divided into 2 groups: type I, considered to have a good prognosis and to be oestrogen-dependent and type II, with a poorer prognosis and oestrogen-independent. The aim of the study is to analyse the risk factors associated with high-grade EC.

**Material and Methods:** Retrospective multicentre cohort study in 3 Spanish reference hospitals: Hospital Universitario Miguel Servet in Zaragoza, Hospital Clínico San Carlos in Madrid and Hospital Virgen del Rocío in Seville. We studied the presence of risk factors associated with high grade EC: G3 endometrioid (G3EC), serous carcinoma (SC), clear cell carcinoma (CCC) and malignant mixed mesodermal tumours (MMMT). Differences between subtypes were analysed depending on whether the EC was type I or II. A total of 373 cases of high-grade EC were included, of which 135 were G3EC or type I and 238 were type II (96 SC, 64 CCC and 78 MMMT).

**Results:** Diabetes, obesity, nulliparity and use of hormonal replacement therapy showed no significant difference between subtypes. MMMT was less frequently associated with hypertension and conversely it showed greater association with the use of tamoxifen.

**Conclusions:** Risk factors associated with high-grade EC are similar in type I and II.

© 2016 Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

## Introducción

El carcinoma de endometrio (CE) es la neoplasia maligna ginecológica más frecuente en países desarrollados, por delante del cáncer de cérvix, y la segunda en países en vías de desarrollo. En Estados Unidos, se diagnosticaron 52.630 nuevos casos y se produjeron 8.590 muertes en 2014<sup>1</sup>. En las últimas décadas, se ha observado una leve pero progresiva tendencia al aumento en la incidencia del CE, sobre todo en los países desarrollados. Este aumento parece deberse al aumento en la esperanza de vida en estos países, por un lado, y al incremento de factores de riesgo para CE como la obesidad, por otro.

En 1983 Bokhman llamó la atención sobre la existencia de 2 categorías citogenéticas y etiopatogénicas diferentes de CE<sup>2</sup>. Se trata de 2 tipos de tumores distintos no solo histológicamente, sino en su biología, factores de riesgo a los que se asocia, pronóstico y tratamiento. Este modelo dualista se ha mantenido hasta la actualidad y forma parte de la práctica clínica habitual:

- Tipo I: *adenocarcinoma de tipo endometriode*. Generalmente bien diferenciado, se suele diagnosticar cercano a la menopausia y representa el 80-90% del total. Se considera hormonodependiente, relacionado con la exposición a estrógenos y desarrollado por la secuencia hiperplasia-carcinoma. Estas pacientes presentan generalmente factores de riesgo como obesidad, nuliparidad, hiperestrogenismo endógeno o exógeno, diabetes mellitus e hipertensión. Es de buen pronóstico y lenta evolución.
- Tipo II: *adenocarcinoma de tipo no endometriode*. Poco diferenciado, de inicio en edades más avanzadas y sin relación con la exposición a estrógenos. Representan el 10-20%. Por definición se trata de tumores de alto grado e histológicamente corresponden a los carcinomas seroso-papilares y de células claras. Son de evolución más agresiva, peor pronóstico y suelen diagnosticarse en

estadios más avanzados. Estas pacientes suelen ser multíparas y no suelen asociarse a factores de riesgo como obesidad, diabetes o hipertensión arterial.

Existen factores de riesgo clásicos relacionados con el desarrollo del CE que se pueden identificar en el 50% de los casos. En el otro 50% no se encuentran, lo cual supone una dificultad a la hora de plantear una prevención primaria eficaz.

La mayoría de los CE son bien o moderadamente diferenciados (G1, G2) y los pobremente diferenciados (G3) suponen el <15% del total, sin embargo, son los responsables de la mayoría de las muertes por CE<sup>3</sup>. Estos son el subtipo endometriode G3 (CEG3), carcinoma seroso (CS), carcinoma de células claras (CCC) y carcinosarcoma uterino o tumor mülleriano mixto maligno (TMMM).

El objetivo del estudio es analizar la asociación entre los factores de riesgo conocidos para la aparición de CE en los subtipos de alto grado histológico y compararlos entre sí y en dependencia de si se trata de tumores de tipo I o II, siguiendo la clasificación dualística de Bokhman.

## Material y métodos

Estudio retrospectivo de cohortes multicéntrico analítico observacional entre 2001 y 2014 en 3 hospitales españoles de tercer nivel: Hospital Universitario Miguel Servet en Zaragoza, Hospital Clínico San Carlos en Madrid y Hospital Virgen del Rocío en Sevilla. En el periodo de estudio fueron diagnosticadas 1.509 mujeres de CE en estos centros, cuyo manejo se realizó de acuerdo con las mismas guías y protocolos nacionales e internacionales. De ellas, 373 fueron CE de alto grado, 135 fueron CEG3 o tipo I o endometrioides y 238 tipo II o no endometrioides: 96 CS, 64 CCC y 78 TMMM.

Todas las pacientes fueron diagnosticadas y tratadas en los hospitales que integraron el estudio. Las pacientes con CE de bajo grado o intermedio (G1, G2), diagnosticadas

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8644049>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8644049>

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