

● cáncer de cuerpo uterino

Adenocarcinoma de endometrio

Definición funcional

Conjunto de actividades destinadas al diagnóstico y tratamiento integral (médico, quirúrgico, radioterápico y de apoyo psicológico) de mujeres con cáncer de cuerpo uterino atendidas en Atención Primaria y/o Especializada.

Prevención del CA de útero:

A diferencia del cáncer de cuello uterino no existen estrategias eficaces de prevención

- Especial atención requieren las hemorragias genitales en mujeres peri y post-menopáusicas, sobre todo si además coexisten alguno de los siguientes factores de riesgo:
 - Edad: por encima de 50 años. El riesgo aumenta por encima de 65 años.
 - Nuliparidad.
 - Obesidad: índice de masa corporal superior a 25. El riesgo aumenta por encima de 27.
 - Diabetes.
 - Tratamiento con estrógenos solos sin progestágenos en mujeres no hysterectomizadas.
 - Tratamiento con tamoxifeno más de 2 años.
- La valoración de la hemorragia genital precisará de ecografía abdominal vaginal e histeroscopia con biopsia de endometrio.

Pacientes diagnosticadas de adenocarcinoma de endometrio

Es necesario hacer una clasificación por estadios para la toma de decisiones sobre el tratamiento más oportuno. Las definiciones de las categorías T, N y M se corresponden con los diferentes estadios aceptados por la FIGO. Para la clasificación histológica se utilizará la propuesta por la OMS. (ver tabla pág. 2)

Tratamiento del adenocarcinoma de endometrio según estadio

- Estadio I:
 - Hysterectomía total mas salpingo-ooforectomía bilateral mas linfadenectomía pélvica en los casos en los que se cumplan los siguientes criterios:
 - Tumores bien o moderadamente diferenciados.
 - Afectación 2/3 superiores de útero.
 - Citología peritoneal negativa.
 - Sin invasión vascular.
 - Afectación de menos de la mitad del miometrio.

[cáncer de cuerpo uterino]

Categorías TNM Categorías FIGO

TX		EL TUMOR PRIMARIO NO SE PUEDE EVALUAR
T0		NO HAY EVIDENCIA DE TUMOR PRIMARIO
Tis	0	CARCINOMA IN SITU (PREINVASIVO)
T1	I	CARCINOMA LIMITADO AL CUERPO UTERINO
T1a	IA	TUMOR LIMITADO AL ENDOMETRIO
T1b	IB	TUMOR INVADE MENOS DE LA MITAD DEL MIOMETRIO
T1c	IC	TUMOR INVADE MÁS DE LA MITAD DEL MIOMETRIO
T2	II	TUMOR INVADE EL CÉRVIX, PERO NO SE EXTIENDE MÁS ALLÁ DEL ÚTERO
T2a	IIA	AFECTACIÓN GLANDULAR ENDOCERVICAL
T2b	IIB	INVASIÓN DEL ESTROMA CERVICAL
T3 y/o N1	III	EXTENSIÓN LOCAL Y/O REGIONAL, TAL COMO SE ESPECIFICA EN T3a,b,N1 Y EN FIGO IIIA,B,C
T3a	IIIA	EL TUMOR AFECTA LA SEROSA Y/O ANEXOS (EXTENSIÓN DIRECTA O METÁSTASIS) Y/O CÉLULAS NEOPLÁSICAS EN ASCITIS O LAVADOS PERITONEALES
T3b	IIIB	AFECTACIÓN VAGINAL (EXTENSIÓN DIRECTA O METÁSTASIS)
N1	IIIC	METÁSTASIS EN GANGLIOS PÉLVICOS Y/O PARA-AÓRTICOS
T4	IVA	EL TUMOR INVADE LA MUCOSA VESICAL Y/O INTESTINAL
M1	IV B	METÁSTASIS A DISTANCIA (EXCLUYENDO LAS DE LA VAGINA, SEROSA PÉLVICA, O ANEJOS, E INCLUYENDO LAS INTRAABDOMINALES Y TODAS AQUELLAS QUE NO SEAN PARA-AÓRTICAS Y/O INGUINALES.

Si en estos casos los ganglios son negativos no se aconseja ningún tratamiento adyuvante posterior.

En el resto de los casos debe llevarse a cabo radioterapia post-operatoria y linfadenectomía paraoartica. Si los ganglios paraaórticos son positivos debe valorarse la irradiación post-operatoria de las cadenas paraaórticas. Tratamientos quimioterapicos adyuvantes se encuentran actualmente en fase de ensayos clínicos.

En pacientes con contraindicaciones para el tratamiento quirúrgico podrían tratarse únicamente con radioterapia, aunque los resultados son inferiores a los obtenidos cuando se asocia a cirugía.



[cáncer de cuerpo uterino]

- Estadío II A: análogo al anterior.
- Estadío II B:
 - Histerectomía, salpingo-ooforectomía bilateral y linfadenectomía seguida por irradiación postoperatoria.
 - Braquiterapia y radioterapia externa preoperatoria seguida por histerectomía, salpingo-ooforectomía bilateral y toma de biopsia de nódulos paraaórticos.
- Estadío III: análogo al anterior.
- Estadío IV: en función de la localización metastásica y la sintomatología referida. En casos de enfermedad pélvica avanzada la combinación de braquiterapia y radioterapia externa es el tratamiento de elección. No existe protocolo quimioterápico estándar para las pacientes con enfermedad metastásica.
- Cáncer endometrial recurrente:
 - Radioterapia en recurrencias localizadas: pélvicas, para-aórticas o vaginales.
 - Pacientes con receptores de estrógenos y progesterona positivos pueden responder a hormonoterapia (Progestágenos).
 - Los tratamientos quimioterápicos, sobre todo en pacientes que no responden a hormonoterapia, se encuentran actualmente en fase de ensayos clínicos.



ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3

Cáncer de Endometrio

PROFESIONALES	ACTIVIDADES	DOCUMENTOS
	Límite de entrada: Urgencias y/o Primaria	
• Admisión A. especializada	Gestión de citas al Ginecólogo	
• Consulta Ginecología	Evaluación clínica Ecografía abdomino/vaginal	
• Cirugía menor ambulatoria	Histeroscopia Biopsia endometrio	Anexo 1
• Anatomía Patológica	Informe de Anatomía Patológica ↓ Patología endometrial ALTA	
• Admisión A. especializada	Gestión de cita al Ginecólogo	
• Ginecología 2ª consulta	Adenocarcinoma de endometrio Hiperplasias endometriales	Proceso específico
• Consulta preanestésica	Estadificación Protocolo diagnóstico - terapéutico	Guías práctica clínica. Recomendaciones Sociedades científicas. Anexo 3
• Oncología radioterápica	Tratamiento radioterápico	Anexo 3
• Consulta Ginecología	SEGUIMIENTO	Anexo 3 Anexo 4

