

MANEJO QUIRURGICO DE LOS CARCINOMAS ENDOMETRIALES TIPO II

P. Ibarra, A. Marín, JR. Rodríguez, C. Moreno, I. Castaño, AM. Calleja, M. Remezal, F. Barceló, A. Nieto



INTRODUCCIÓN

- **Carcinoma de endometrio tipo II**: histología de mayor grado, evolución más agresiva y peor pronóstico que tipo I.
- Representan el 10-20% de los carcinomas endometriales.
- Perfil biológico y genético similar al carcinoma seroso ovárico de alto grado (diseminación abdominal)
- Tratamiento : **estadificación completa** en TODOS los estadios de la enfermedad



Histerectomía total + DA
Linfadenectomía pélvica + aorto-cava
Omentectomía
Revisión de cavidad y biopsias peritoneo

OBJETIVOS

Determinar la **necesidad de omentectomía sistemática** durante la estadificación quirúrgica.

Valorar la **afectación linfática en función del estadio tumoral**.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo de 48 pacientes

Intervenidas entre 2015 - 2017 en HCU Virgen Arrixaca

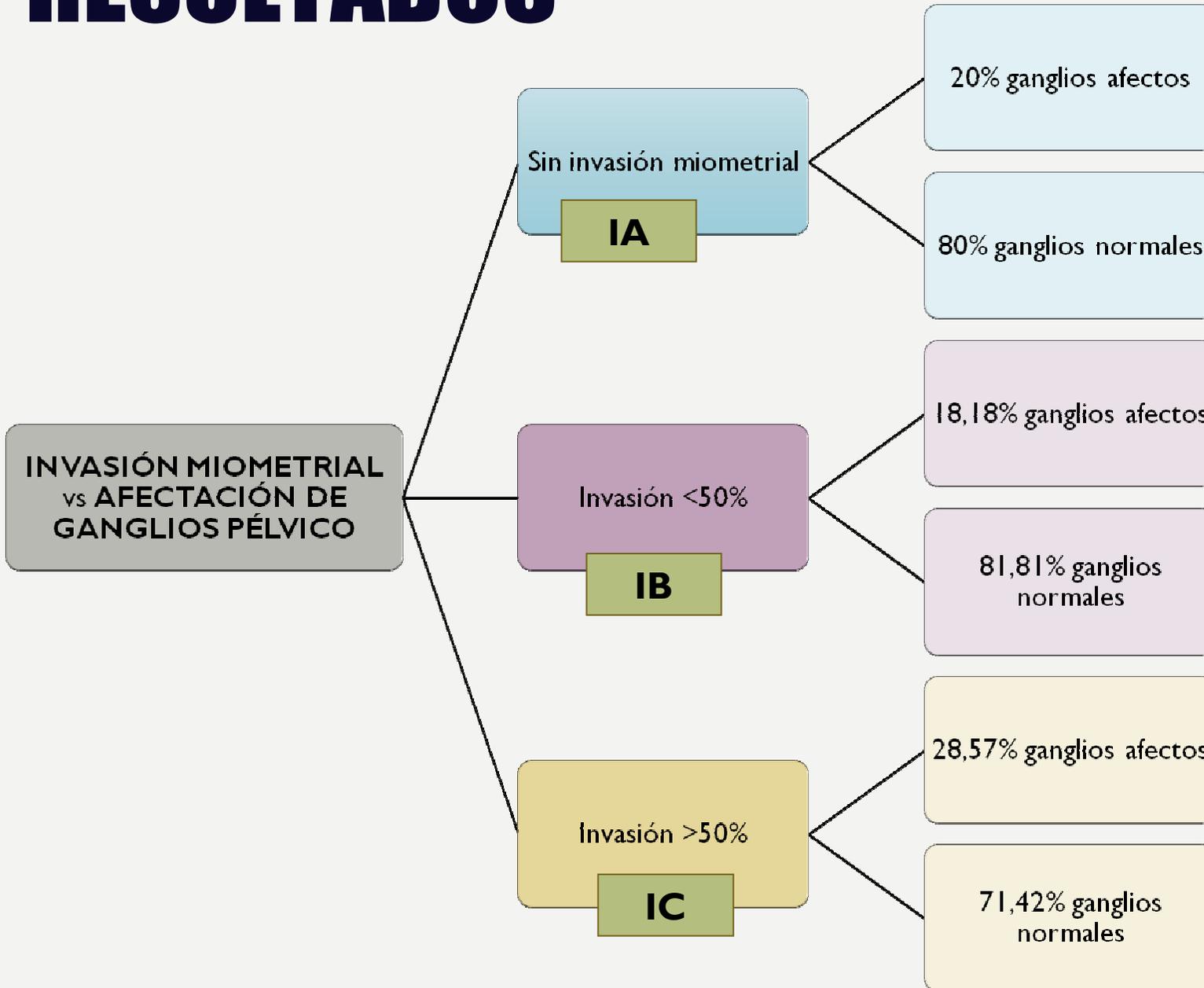
**Adenocarcinoma de endometrio no
endometriode** confirmado atomopatológicamente

RESULTADOS

RESULTADOS DESCRIPTIVOS

| | |
|--|---|
| Edad media | 68 ± 9,75 años (IC 95%) |
| Diagnóstico AP | 47,9% carcinoma seroso papilar (n=23) 20,8% carcinoma de células claras (n=10) 29,9% carcinomas mixtos (n=14) 2,1% carcinoma desdiferenciado (n=1) |
| Media tamaño tumoral | 3,3926 cm |
| Estadíaaje quirúrgico completo | 45,8% (n=22) |
| Omentectomía | 50% de los casos (n=24) |
| Normalidad macroscópica abdominal | 62,8% de los casos (n=31) |

RESULTADOS

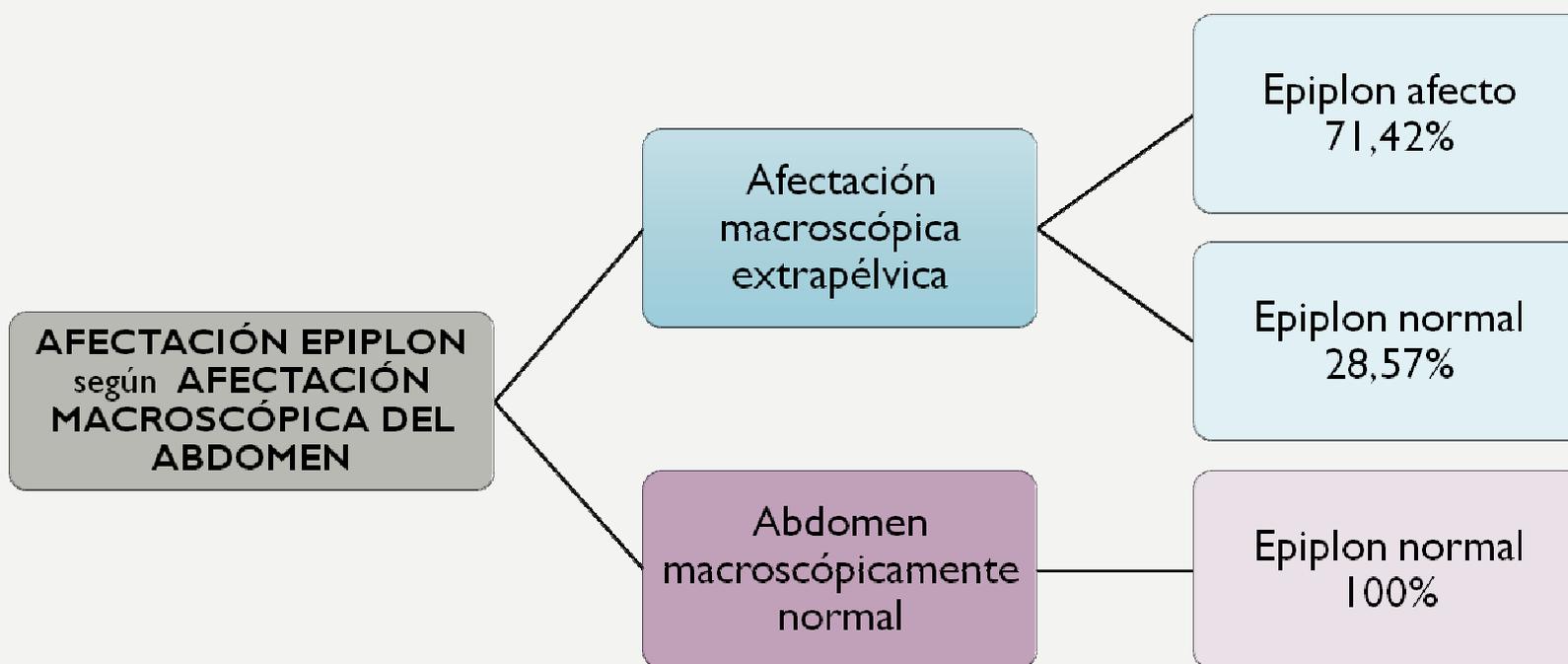


Análisis de Chi²:
 $p = 0.868$.
No significativo

La afectación de los ganglios pélvicos es **INDEPENDIENTE** al grado de infiltración miometrial.

(No tuvimos n suficiente para analizar los aórticos.)

RESULTADOS



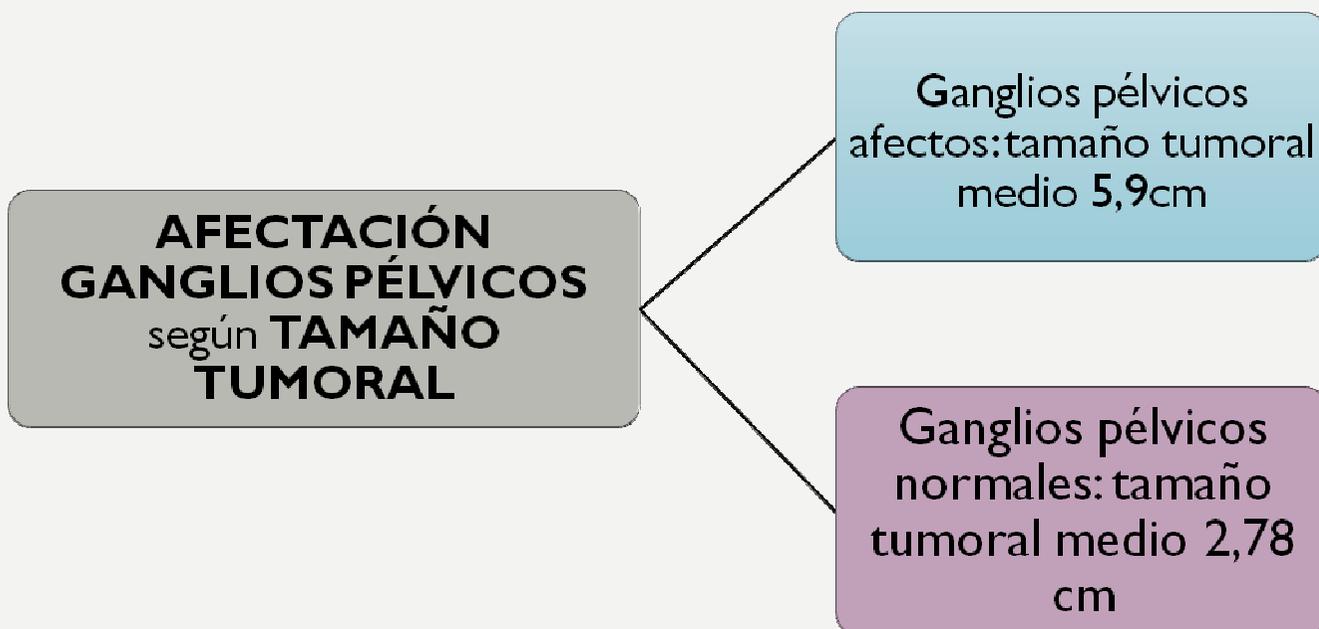
Si hay afectación extrapélvica, el epiplon suele estar afectado.

Si abdomen macroscópicamente normal, el epiplon no suele estar afecto (en nuestra serie, nunca)

*Análisis de Chi²:
p= 0.075.*

No significativo por la n reducida (n=24)

RESULTADOS



A mayor tamaño tumoral, mayor afectación de ganglios pélvicos.

Tras el análisis estadístico de muestras independientes, $p= 0,001$
Significativo

DISCUSIÓN

- Los factores de riesgo conocidos para la diseminación linfática (grado tumoral, profundidad de la invasión y permeación linfovascular) **NO se han correlacionado** sistemáticamente con la diseminación linfática en los carcinomas de endometrio tipo II.

Goff BA, Kato D, Schmidt RA, Ek M, Ferry JA, Muntz HG, et al. Uterine papillary serous carcinoma: patterns of metastatic spread. Gynecol Oncol 1994;54:264-8.

- Múltiples grupos han descrito series de ca. endometrio II estadificado quirúrgicamente **sin invasión miometrial** pero **con altas tasas de enfermedad extrauterina**.

Hui P, Kelly M, O'Malley DM, Tavassoli F, Schwartz PE. Minimal uterine serous carcinoma: a clinicopathological study of 40 cases. Mod Pathol 2005;18(1): 75-82.

- Debido a la tendencia del ca. endometriode II a extenderse a las superficies peritoneales, se ha defendido la omentectomía de rutina. Sin embargo, diversos estudios concluyeron que **la inclusión rutinaria de omentectomía** en la estadificación del ca. endometrio II **puede no ser necesaria**.

Gehrig PA, Van Le L, Fowler Jr WC. The role of omentectomy during the surgical staging of uterine serous carcinoma. Int J Gynecol Cancer 2003;13(2):212-5.

CONCLUSIONES

El papel de la omentectomía en el carcinoma seroso uterino no ha sido confirmado. Según nuestros resultados no está justificada la omentectomía de rutina en la estadificación quirúrgica del carcinoma de endometrio II.

La enfermedad metastásica ocurre independientemente de la invasión miometrial y diseminación linfovascular. Debemos realizar linfadenectomía en todos los estadios tumorales.

A decorative graphic on the left side of the slide, consisting of three parallel, wavy lines in shades of light blue and white, extending from the top to the bottom of the frame.

GRACIAS