

PRESERVACIÓN OVÁRICA EN ADENOCARCINOMA ENDOMETRIAL DE BAJO RIESGO. RIESGO OSTEOPORÓTICO.

Martínez Vicente, Laura; Lorca Alfaro, Sofía; Muñoz Contreras, María; Gurrea Almela, Elena; García Soria, Vanesa; Peces Rama, Almudena; Abril Alcobas, Carlota; Machado Linde, Francisco.
Servicio de Ginecología. Hospital General Universitario Reina Sofía (Murcia)

INTRODUCCIÓN

El tratamiento actual propuesto por la FIGO para las pacientes con carcinoma endometrial (CE) de BAJO RIESGO es **histerectomía** en combinación con **salpingo-ooforectomía bilateral (SOB)**. La justificación es que la SOB supone la detección y extirpación de **enfermedad oculta metastásica** así como cáncer ovárico **sincrónico** y **disminución de la producción estrogénica** (1,2)

La menopausia quirúrgica acarrea secuelas secundarias de la deprivación estrogénica, incluyendo principalmente un riesgo aumentado de **enfermedad cardiovascular, mayor pérdida de masa ósea, deterioro cognitivo, afectación de la función sexual y una supervivencia global, por tanto, posiblemente disminuida** (3-5).

Actualmente la ESMO ha planteado en su último consenso la recomendación de considerar la preservación ovárica en pacientes menores de 45 años de BAJO RIESGO con un nivel de evidencia IV y fuerza de recomendación B (recomendación 4.7) (6).

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes con cáncer endometrial tipo endometroide de bajo grado intervenidas en HUGRS con edad al tratamiento quirúrgico igual o menor de 46 años sin riesgo oncológico y que en el estudio previo así como en la Anatomía Patológica definitiva presentan un Estadio IA. Se realiza toma de medidas para IMC actual, analítica con parámetros de interés óseo, densitometría y se calcula el riesgo de fractura mayor osteoporótica y fractura de cadera mediante mediante FRAX (7)(8).

RESULTADOS

En total tenemos 13 pacientes que cumplan los criterios anteriores. Se excluyen tres pérdidas por fallecimiento, negativa a estudio e imposibilidad (inmovilizada tras fractura de cadera).

Tras la revisión de casos se obtienen los datos que aparecen en la tablas.

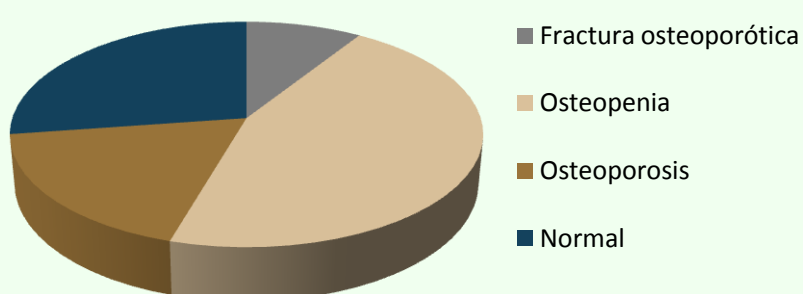
Las características de las pacientes se muestran en la tabla 1.:

Tabla 1

Variable	Resultado
Edad actual (años)	43±6,09
Años desde enfermedad (años)	6,54±2,58
Edad al diagnóstico (años)	37,45±5,43
IMC previo (Kg/m2)	31,88±12,49
Fumadora, n (%)	2 (20)
THS, n (%)	2 (20)

En la gráfica 1 se muestran los resultados diagnósticos de calidad ósea, incluyendo la paciente con fractura osteoporótica.

Gráfica 1



En la tabla 2 se muestran los resultados de densitometría, analíticos y resultados de índices de FRAX de las 10 pacientes.

Tabla 2

Resultado	Variable
DM columna	-0,95±1,62
DM cadera	0,517±0,85
Osteopenia (%)	5 (50%)
Osteoporosis (%)	2 (20%)
Fósforo	3,84±0,36
25OH-vitD	24,55±15,19
Hipovitaminosis D	5 (50%)
PTH	59,69±12,87
Albúmina	4,24±0,24
FRAX % a 10ª de fractura mayor osteoporótica	1,78±0,29
FRAX % 10 años de fractura de cadera	0,12±0,09

CONCLUSIONES

La anexectomía bilateral en pacientes con estadio de bajo riesgo da lugar a una prevalencia elevada de hallazgos patológicos en la densitometría (osteopenia y osteoporosis), así como hipovitaminosis D. Es decir, una pérdida de calidad ósea que conlleva una mayor morbilidad y mortalidad a largo plazo.

En cuanto al índice FRAX calculado, no se da importancia en el índice la aparición de una menopausia precoz (los datos para edad y DMO no se modifican por la aparición de riesgo de osteoporosis secundaria que se marca en el caso de pacientes con menopausia antes de los 45 años) así que puede que esté infraestimado este riesgo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Frey MK, Blank S, Curtin J. Minimizing Minimally Invasive Surgery for Endometrial Carcinoma. American Society of Clinical Oncology. Educational Book. 2017. Disponible en: asco.org/edbook.
2. Wright JD, Jorge S, Tergas AI, et al. Utilization and Outcomes of Ovarian Conservation in Premenopausal Women With Endometrial Cancer. Obstet Gynecol. 2016; 127: 101-108.
3. Edelman M, Sharp H. Ovarian conservation vs removal at the time of benign hysterectomy. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 2018; Mar: 269-279.
4. Felix AS, Bower JK, Pfeiffer RM, et al. High cardiovascular disease mortality after endometrial cancer diagnosis: results from the Surveillance, Epidemiology, and End Results (SEER) Database. Int J Cancer. 2017; 140: 555-564.
5. Kurita K, Henderson V, Gatz M, Hohn J, Hodis H, Karim R et al. Association of bilateral oophorectomy with cognitive function in health, postmenopausal women. Fertility and Sterility. 2016; 106 (3): 749-756.
6. Colombo N, Creutzberg C, Amant F, Bosse T, González-Martín A, Ledermann J, et al. ESMO- ESGO-ESTRO Consensus Conference on Endometrial Cancer: diagnosis, treatment and follow-up. Ann Oncol. 2016;27:16-41.
7. Kanis JA, Harvey NC, Johansson H, Odén A, Leslie WD, McCloskey EV. FRAX Update. J Clin Densitom Off J Int Soc Clin Densitom. septiembre de 2017;20(3):360-7.
8. Aplicación FRAX online. [Internet]. [citado 3 de marzo de 2019]. Disponible en: <https://www.sheffield.ac.uk/FRAX/tool.aspx?country=4>.