

Garre Alcázar, M^a del Carmen; Garzabat Barbado, Esteban; Jiménez Díaz, Sandra; López Martínez Consuelo; Madrid Gómez de Mercado, María Dolores; Manzano Roldán, Andrea; Martínez-Espejo Cerezo, Alicia; Martínez Gómez, Ana.

INTRODUCCIÓN

El diagnóstico de cáncer de endometrio en edad reproductiva es cada vez más frecuente. Un 1,6% de las pacientes se diagnosticará entre los 20 y los 35 años.

En este grupo de pacientes, con diagnóstico a edades precoces, habría que tener en cuenta que se pueda tratar de un Síndrome de Lynch.

CASO CLÍNICO

Mujer de 29 años, que consulta por oligomenorreas, con diagnóstico de SOP previo. G0.

Exploración: Endometrio de 18 mm de aspecto hiperplásico. Se toma biopsia Cornier.

Anatomía Patológica: Adenocarcinoma de endometrio estadio I.

RMN: Estadio IA, infiltración < 50 % de endometrio.

TRATAMIENTO CONSERVADOR

Criterios de selección: Fuerte deseo genésico + estadio I.

Estudios previos recomendados: - RMN para valorar infiltración.

- Legrado fraccionado de toda la cavidad previo a iniciar el tratamiento, lo que permite mejor estudio histopatológico del tumor y disminución de la mayor parte del volumen tumoral.

Opciones terapéuticas:

- Progestágenos orales de forma continuada: Acetato de megestrol (Borea) y acetato de medroxiprogesterona (250 mg/ día)
- DIU liberador de levonorgestrel (Mirena). Menor tasa de efectos secundarios.

Seguimiento: Trimestral con biopsia con cornier / legrado + ecografía/ histeroscopia.

Respuesta: Completa en el 75% casos. Tasa de recidivas 40 %.

TRA: No parece empeorar el pronóstico, ni aumenta el riesgo de recidiva, ni de afectación ovárica.

EVOLUCIÓN

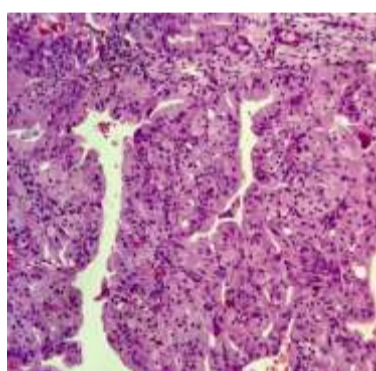
Tratamiento conservador. Inicia tto con acetato de Megestrol hasta intervención quirúrgica, donde se le realiza Ligadura tubárica bilateral + drilling ovarico + histeroscopia. AP: Adenoca endometroide.

Controles trimestrales con histeroscopia con toma de biopsia con todos los resultados negativos para malignidad.

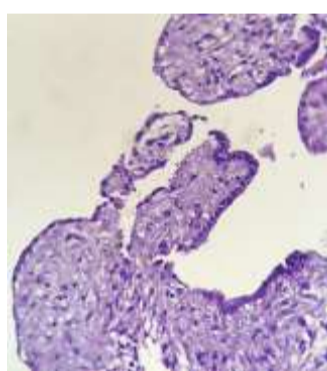
Gestación: A los 2 años del diagnóstico, la paciente queda gestante por FIV, con controles normales durante la gestación, finalizando a término con recién nacido sano y un año más tarde queda gestante de su 2º hijo, con mismo resultados.

Controles entre los partos normales, con histeroscopias y biopsias cornier negativos para malignidad. En tratamiento con desogestrel 75 mg durante la lactancia materna.

Pendiente de **completar tratamiento** quirúrgico. Controles postparto con biopsia negativa para malignidad.



Adenoca de endometrio IA



Remisión tras tto con DIU levonorgestrel

DISCUSIÓN

¿Como completar tratamiento?

Criterios - Finalizados los deseos genésicos / Persistencia de enfermedad a los 12 meses / Recidiva durante el seguimiento.

¿Preservación ovárica? Tradicionalmente se optaba por completar el tratamiento mediante histerectomía + doble anexectomía; sin embargo, en los últimos años se ha ido viendo un cambio radical al plantearse las indicaciones de ooforectomía en la mujer joven con cáncer de endometrio. La literatura ha ido creciendo sugiriendo la seguridad de la conservación de ovarios en este grupo de población. Apoyado en las siguientes premisas:

- La preservación de ovario se asocia con una reducción de la enfermedad coronaria, en mujeres menores de 60 años, el riesgo de muerte por enfermedad cardiovascular es 6 veces mayor que el riesgo de muerte por cáncer de endometrio. Los efectos protectores de la conservación de ovario parecen ser mayores en las mujeres jóvenes.
- En las mujeres sin enfermedad extrauterina clínicamente aparente el riesgo de afectación sincrónica del ovario es < 1%

La preservación de los ovarios puede considerarse en función de la edad y de los factores de riesgo genéticos. El caso de optar por preservar se recomienda realizar salpingolectomía bilateral.

¿THS?: Tras adenoca de endometrio en estadio I la terapia estrogénica sustitutiva es una opción razonable, no habiendo evidencias de un aumento en el número de recidivas ni en la mortalidad del cáncer de endometrio.

BIBLIOGRAFÍA

- Oncoguía SEGO. Cáncer de endometrio:2016,. Guías de practica clínica en cáncer ginecológico y mamario. Publicaciones SEGO. Febrero 2016.
- WWW.NCCN.ORG nccn Practice Guidelines in oncology. Uterine Neoplasm. Version 2,2015
- ESGO Clinical Practice Endometrial CANCER Working Group; Burke WM, OrrJ. Endometrial cancer: a review and current management strategies
- Jason D Whright. Gynecolo Oncology 13. 2013. 287-288