

PRESERVACIÓN DE FERTILIDAD EN PACIENTES CON CÁNCER DE ENDOMETRIO. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Penadés Sanz, Inmaculada 1; Pérez Buendía, Judit 1; Sánchez Martínez, Elena1; Oliva Sánchez, Raquel 2; Guerrero Mercader, María Leonor 2; Montoya Martínez, Jose Luis2

1 MIR de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca (Murcia, España).

2 FEA de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca (Murcia, España).



Introducción

El cáncer de endometrio es el más frecuente entre todos los de origen ginecológico en países con altos recursos. La incidencia va en aumento por el incremento en la prevalencia de factores de riesgo, como la obesidad y la nuliparidad, que se asocian a hiperestrogenismo. La mayoría de estos tumores son diagnosticados en la menopausia, aunque hasta el 4% ocurren en mujeres menores de 40 años, siendo la mayoría de ellas nuligestas. (1)

El tratamiento inicial de elección es la histerectomía con doble salpingooforectomía. Sin embargo, en pacientes con fuerte deseo genésico y menores de 40 años se puede ofertar un tratamiento hormonal alternativo con el fin de preservar su fertilidad. Es preciso además de estas dos premisas que el cáncer se encuentre en estadio inicial y que sea de buen pronóstico (endometroide G1).

Existen diferentes protocolos de tratamiento que incluyen gestágenos orales, DIU CON LNG y / o resección histeroscópica. Un seguimiento estrecho y una atención individualizada son imprescindibles para alcanzar el éxito del tratamiento. Una vez conseguida la gestación y el parto debemos proceder a la extirpación del útero y los ovarios. (2)

En estos casos la individualización de la atención es importante ya que cada paciente tiene características, necesidades y expectativas diferentes.

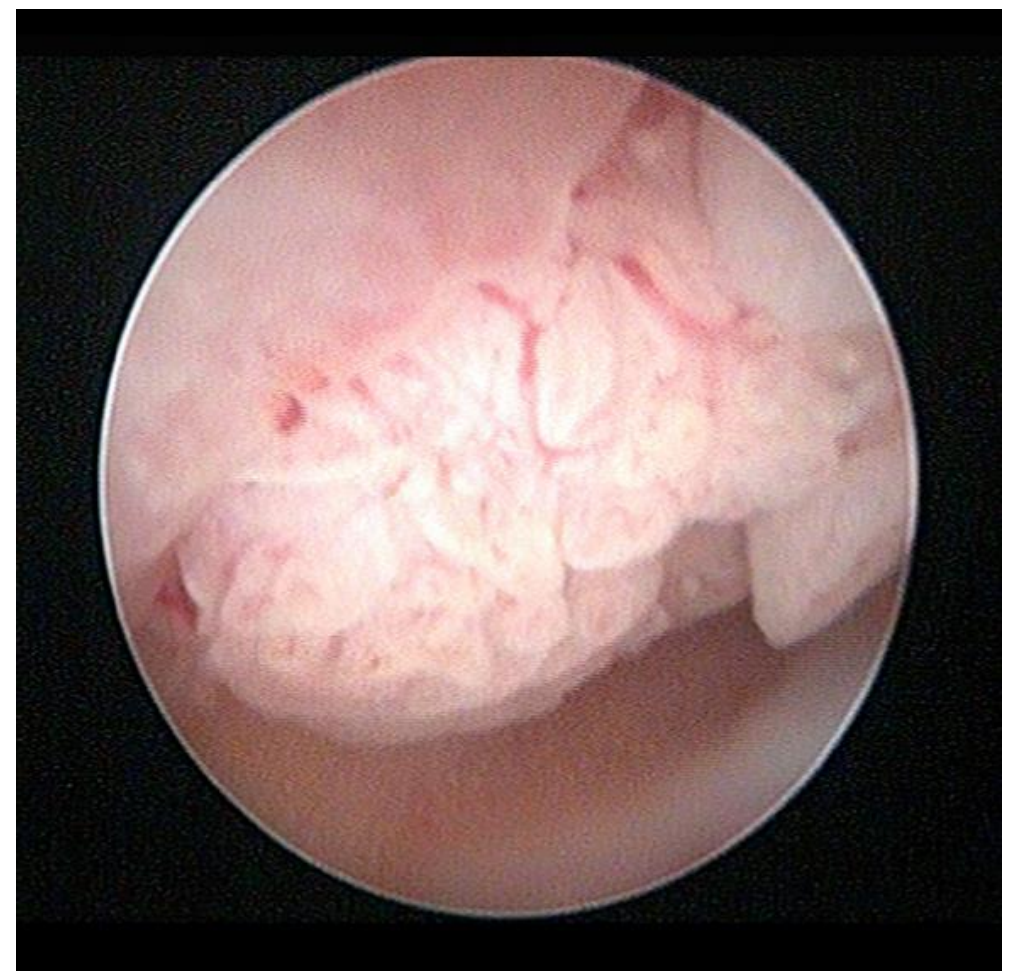
Caso clínico

Mujer de 21 años con sangrado uterino anormal presenta imagen ecográfica compatible con pólipo endometrial de 9mm. La paciente es nuligesta, sin antecedentes médicos ni quirúrgicos de interés y su IMC es de 18.42 kg/m².

Se realiza histeroscopia ambulatoria con diagnóstico de formación polipoidea de 9mm con imágenes papilares y vascularización activa compatible con adenocarcinoma de endometrio focal. La anatomía patológica muestra un diagnóstico de adenocarcinoma endometrioide grado 1. La ecografía ginecológica y el TC toraco-abdomino-pélvico posterior no muestran infiltración miometrial profunda ni enfermedad a distancia.

Se plantea tratamiento conservador para preservar su fertilidad realizándose una extirpación histeroscópica del lecho de la lesión y biopsias del resto de la cavidad endometrial dejando insertado DIU-Levonorgestrel 52mg. En las muestras obtenidas no se observa infiltración miometrial y las biopsias endometriales son negativas. A los tres meses se añade al tratamiento Acetato de Megestrol 80mg.

Se realiza seguimiento cada 3 meses con histeroscopia y biopsia endometrial consiguiendo biopsias negativas a partir del sexto mes del tratamiento. En la actualidad se encuentra libre de enfermedad en espera de buscar gestación tras dos biopsias negativas.



Discusión

El cáncer de endometrio es una patología infrecuente en mujeres menores de 40 años. Afortunadamente, al igual que en el caso descrito, estos tumores tienden a ser bien diferenciados, sin invasión miometrial y asociados a un pronóstico favorable.

Para su tratamiento están descritos diferentes protocolos de tratamiento. Los progestágenos pueden ser administrados vía oral o a través de un dispositivo intrauterino. Dentro de los progestágenos orales los más utilizados son el acetato de medroxiprogesterona y el acetato de megestrol y para la administración local se utiliza el DIU-Levonorgestrel.

No existe evidencia científica suficiente progestágeno, la vía de administración o la dosis óptima. (3)

La resección histeroscópica desempeña una función diagnóstica al permitir la evaluación de invasión miometrial y terapéutica al extirpar el tumor y aumentar potencialmente la eficacia y/o disminuir la dosis y duración del tratamiento médico.

Sin embargo, el tratamiento conservador no está exento de riesgos: invasión miometrial, cambio de grado histológico, metástasis linfáticas pélvicas, paraaórticas o en otras localizaciones y enfermedad maligna anexial concomitante (primaria o metastásica). En mujeres en edad reproductiva, la aparición de metástasis en un ovario en estadio I de cáncer de endometrio ocurre en un 5% de los casos. El riesgo de progresión de la enfermedad durante el tratamiento conservador del carcinoma endometrial en estadio I oscila entre un 5-6%.

Para evaluar la respuesta se debe realizar una biopsia guiada por histeroscopia a los 3, 6, 9 y 12 meses. Transcurrido este tiempo si las biopsias son positivas para adenocarcinoma se debe contraindicar el tratamiento conservador. Se inicia la búsqueda de embarazo tras dos biopsias negativas.

Se recomienda realizar la histerectomía con salpingooforectomía bilateral después del embarazo aunque podría considerarse la preservación de los ovarios según la edad y los factores de riesgo genéticos.

Conclusión

En pacientes jóvenes con fuerte deseo genésico y cáncer de endometrio bien diferenciado y en estadio inicial podemos considerar el tratamiento conservador con terapia hormonal y resección histeroscópica de la lesión.

El seguimiento estrecho y la actuación individualizada son claves para conseguir la gestación con el mínimo riesgo para la paciente.

Bibliografía

- (1) Surveillance, Epidemiology, and End Results Program. Cancer Stat Facts: Uterine cancer. <http://seer.cancer.gov/statfacts/html/corp.html> (Accessed on September 12, 2021)
- (2) Concin N, Matias-Guiu X, Vergote I, et al. ESGO/ESTRO/ESP guidelines for the management of patients with endometrial carcinoma. *International Journal of Gynecologic Cancer* 2021;31:12-39.
- (3) Oncologic and reproductive outcomes with progestin therapy in women with endometrial hyperplasia and grade 1 adenocarcinoma: a systematic review. Gunderson CC, Fader AN, Carson KA, Bristow RE. *Gynecol Oncol*. 2012;125(2):477.
- (4) Hysteroscopic Endometrial Focal Resection followed by Levonorgestrel Intrauterine Device Insertion as a Fertility-Sparing Treatment of Atypical Endometrial Hyperplasia and Early Endometrial Cancer: A Retrospective Study. Giampaolino P, Di Spiezio Sardo A, Mollo A, Raffone A, Travaglino A, Boccellino A, Zizolfi B, Insabato L, Zullo F, De Placido G, Bifulco G.
- (5) *J Minim Invasive Gynecol*. 2019;26(4):648. Epub 2018 Jul 11.