

# CÁNCER DE ENDOMETRIO

<i>Autor</i>	Dr. Jorge L. Soriano García
<i>Colaboradores</i>	Dr. Joaquín González González, Dra. Mayté Lima Pérez, Dr. Roberto Rodríguez López, Lic. Laura A. de León Serra, Lic. Elizabeth Ugando García, Lic. Ramón E. Ramírez Román, Lic. Marta González Dueñas, Lic. Magdalena Lorenzo Rodríguez, Lic. Luis Fuente Crespo, Téc. Ana Artilles Morales
<i>Servicio</i>	Oncología Clínica
<i>Participan</i>	Oncología, Cirugía General, Anatomía Patológica, Imagenología, Psicología

## INTRODUCCIÓN

El cáncer de endometrio es el cáncer genital femenino más frecuente en el mundo desarrollado, que afecta sobretodo a mujeres postmenopáusicas, con una mediana de edad de 58 años. Sin embargo, 25 % de los casos afectan a mujeres premenopáusicas. La incidencia del cáncer endometrial varía mucho entre los distintos países y grupos étnicos. En Cuba, los tumores malignos del cuerpo uterino ocupan el 6to lugar entre las neoplasias malignas de la mujer y la mayor incidencia ocurre entre las edades de 50 a 65 años, con una incidencia de 422 nuevos casos por año, para una tasa de  $7.7 \times 100\ 000$  mujeres y ocasiona cerca de 288 fallecimientos por año, para una tasa de  $5.2 \times 100\ 000$ , siendo el más común en la mujer postmenopáusica. El mayor número de casos al momento del diagnóstico se encuentra en los estadios I y II de la enfermedad.

La obesidad, la diabetes, la hipertensión, y la nuliparidad son situaciones frecuentemente asociadas al cáncer de endometrio. Otros factores de riesgo son una historia de anovulación crónica, ciclos irregulares, consumo de estrógenos exógenos, radiación pélvica y menopausia tardía.

El manejo clínico de las pacientes portadoras de tumores malignos del endometrio, debe ser asumido por especialistas con experiencia en el diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad, y los equipos de trabajo han de ser interdisciplinarios y deben reunir, de ser posible, al oncólogo, ginecólogo y cirujano, así como al radioterapeuta, e internista.

## OBJETIVOS

### Principal

- Incrementar las tasas de supervivencia y control del cáncer de endometrio en nuestra institución.

### **Secundarios**

- Proporcionar la terapéutica disponible basada en evidencias científicas que sea la más conveniente para el paciente y los proveedores de salud.
- Lograr reducir las complicaciones de los tratamientos oncoespecíficos a través de medidas de intervención.
- Promover la ejecución de trabajos de investigación que profundicen en la caracterización de esta enfermedad, así como en la evaluación de nuevos fármacos que incrementen las tasas de supervivencia global y libre de enfermedad.

## **DESARROLLO**

### **Universo**

Pacientes con cáncer de endometrio que se diagnostiquen y sean tratadas en nuestro centro.

### **Procedencia de los pacientes**

Pacientes con cáncer de endometrio que acuden a la consulta externa del HHA y luego son remitidas a las consultas de cirugía u oncología para la atención de este tipo de enfermedad.

### **Criterios de admisibilidad**

Todo paciente con diagnóstico de cáncer de endometrio que se atienda en el HHA.

### **Criterios diagnósticos**

- **Anamnesis**
  - ⊕ **APF** Antecedentes familiares o alto riesgo de cáncer colorrectal hereditario no polipósico (HNPCC):

### ***Criterios clínicos para identificar HNPCC***

#### **Criterios de Ámsterdam I**

Al menos tres familiares con confirmación histológica de cáncer colorrectal:

- Uno debe ser familiar de primer grado de los otros dos
- Al menos dos generaciones sucesivas deben estar afectadas
- Al menos uno de los familiares afectados de cáncer colorrectal debe haber sido diagnosticado antes de los 50 años.
- La Poliposis Adenomatosa Familiar debe haberse excluido.

#### **Criterios de Ámsterdam II**

- Al menos tres familiares afectados de cáncer asociado con CCHNP (colorrectal, endometrio, estómago, ovario, uréter o pelvis renal, cerebral, intestino delgado, vía biliar o piel).

### Criterios de Bethesda

- Individuos con cáncer en familias que cumplan criterios de Ámsterdam.
- Individuos con dos tumores relacionados con CCHNP, incluyendo cáncer colorrectal sincrónico y metacrónico o cánceres extracolónicos asociados.
- Individuos con cáncer colorrectal y un pariente de primer grado con CCR y/o tumores extracolónicos relacionados con CCHNP y/o un adenoma colorrectal: uno de los cánceres diagnosticado antes de los 45 años, y el adenoma diagnosticado antes de los 40 años.
- Individuos con cáncer colorrectal o cáncer de endometrio diagnosticado antes de los 45 años
- Individuos con cáncer colorrectal derecho con formas histológicas poco diferenciadas (sólido/cribiforme) diagnosticado antes de los 45 años.
- Individuos con cáncer colorrectal con células en anillo de sello diagnosticado antes de los 45 años.
- Individuos con adenomas diagnosticados antes de los 45 años.

*Se recomiendan iniciar estudios moleculares de CCHNP especialmente en individuos que cumplan alguno de los últimos 4 criterios de Bethesda y el tumor está disponible.*

- ⊕ **APP** de nuliparidad (más de 2 veces de riesgo), obesidad (más de 30 % de sobrepeso, más de 3 veces de riesgo; más de 50 % de sobrepeso, más de 10 veces de riesgo), menopausia tardía (edad de la menopausia  $\geq$  52 años, más de 2,5 veces más riesgo), dietas con alto contenido en grasas, estimulación estrogénica (exógena o endógena a largo plazo), entre otros.

### ⊕ **Sintomatología actual**

#### ➤ **Postmenopáusicas**

- ✧ **En estadios tempranos:** secreción vaginal anormal en 90 % de los casos y sangramiento vaginal en 80 %.
- ✧ **En enfermedad más avanzada:** sensación de peso en hipogastrio o aumento de volumen del abdomen, asociado o no a sangramiento vaginal y toma del estado general.

- **Premenopáusicas:** el diagnóstico es más difícil en este grupo de

pacientes. Debe pensarse cuando hay sangramientos prolongados, menstruaciones abundantes o sangramientos intermenstruales repetidos. La mayoría de las pacientes jóvenes en quien se desarrolla un cáncer endometrial son obesas y a menudo presentan ciclos menstruales anovulatorios.

- **Examen físico**

- ⊞ **Examen clínico**

- Examen bajo espéculo.
    - Tacto vaginal bimanual y tacto rectal.
    - Palpación abdominal, precisando la existencia y las características del aumento de volumen del útero. El examen general previo resulta indispensable para evaluar el estado general y la presencia de metástasis a distancia.

- **Exámenes complementarios**

- ⊞ Exámenes hematológicos y de función renal y hepática.
  - ⊞ Ecografía pélvica (abdominal y transvaginal), es muy efectiva para diferenciar masas anexiales benignas de las malignas y evaluar extensión de la lesión uterina, precisar grosor del endometrio, entre otros.
  - ⊞ Rx tórax para detectar metástasis pulmonares, evaluación preoperatorio.
  - ⊞ Ultrasonido hepático: opcional, para detectar metástasis hepáticas.
  - ⊞ TC de abdomen y pelvis, para evaluación de la tumoración. Es mucho más útil cuando se combinan con contrastes orales e intravenosos y es fundamental cuando se sospecha invasión extra-uterina.
  - ⊞ CA-125, en histologías de carcinoma papilar seroso o de células claras.
  - ⊞ Citología vaginal.
  - ⊞ Si sospecha de invasión cervical: curetaje endocervical, biopsia de cérvix
  - ⊞ Biopsia: la confirmación histológica es **obligatoria**. Acorde a la clasificación OMS. Los subtipos establecidos son:
    - Carcinoma endometrial típico y variantes (diferenciación escamosa, secretorio, ciliar)
    - Papilar seroso
    - De células claras
    - Mucinoso
    - Carcinoma de células escamosas
    - Carcinoma indiferenciado y mixto

***Se debe actuar de la siguiente forma:***

- Micro legrado fraccionado (endocérvis y exocérvis).
- Legrado diagnóstico bajo anestesia general: obtención de material para diagnóstico histológico (diagnóstico de certeza).

*Debe ser fraccionado y la muestra debe enviarse en frascos separados*

**Estadamiento**

Luego de realizado los exámenes anteriores se debe realizar el estadamiento post quirúrgico bajo la clasificación FIGO de 1988, donde se incorporan los principales factores pronósticos anátomo-quirúrgicos: grado histológico, invasión miometrial, y la extensión y localización a otras estructuras, incluyendo, metástasis a ganglios retroperitoneales.

**Clasificación clínica**

<b>Estadios FIGO</b>	<b>Clasificación TNM</b>	<b>Descripción</b>
	<b>T0</b>	• No se evidencia tumor primario
Estadio 0	<b>Tis</b>	• Carcinoma in situ
Estadio I	<b>T1</b>	• Tumor confinado al cuerpo
Estadio IA	<b>T1a</b>	• Cavidad uterina mide $\leq 8$ cm longitud
Estadio IB	<b>T1b</b>	• Cavidad uterina mide $\geq 8$ cm longitud
Estadio II	<b>T2</b>	• El tumor ha tomado el cuerpo y el cuello
Estadio III	<b>T3</b>	• El tumor se ha extendido por fuera del útero, pero no de la pelvis verdadera
Estadio IVA	<b>T4</b>	• El tumor invade la mucosa de la vejiga o recto o se extiende por fuera de la pelvis verdadera
Estadio IVB	<b>M1</b>	• Metástasis a distancia

**Clasificación FIGO 1988. Quirúrgica-Patológica**

<b>Estadios FIGO</b>	<b>Grado dife- renciación</b>	<b>Descripción</b>
Estadio IA	<b>G 1, 2 y 3</b>	• Tumor limitado al endometrio
Estadio IB	<b>G 1, 2 y 3</b>	• Menos de mitad del grosor del miometrio afectado
Estadio IC	<b>G 1, 2 y 3</b>	• Más de la mitad del miometrio afectado
Estadio IIA	<b>G 1, 2 y 3</b>	• Afectación de glándulas endo cervicales
Estadio IIB	<b>G 1, 2 y 3</b>	• Invasión estromal cervical
Estadio IIIA	<b>G 1, 2 y 3</b>	• Invasión serosa y/o anejos y/o citología
Estadio IIIB	<b>G 1, 2 y 3</b>	• Metástasis vaginales
Estadio IIIC	<b>G 1, 2 y 3</b>	• Metástasis a ganglios pélvicos y/o para aórticos
Estadio IVA	<b>G 1, 2 y 3</b>	• Invasión vesical y/o de mucosa intestinal
Estadio IVB		• Metástasis a distancia, incluyendo ganglios intra abdominales y/o regionales

### **Grado de diferenciación histológico**

- **G1:**  $\leq 5$  % de un tipo de crecimiento sólido no escamoso o no morular.
- **G2:** 6-50% de un tipo de crecimiento sólido no escamoso o no morular.
- **G3:**  $\geq 50$  % de un tipo de crecimiento sólido no escamoso o no morular.

## **TRATAMIENTO**

### **Estrategia general**

- Debe realizarse tratamiento quirúrgico (\*) en todas las pacientes en que sea posible.
- La preparación debe incluir la evaluación de algún problema médico concurrente, especialmente la hipertensión y la diabetes, los cuales son frecuentemente encontrados en este tipo de pacientes.
- Necesidad de realizar dicho tratamiento antes de cualquier otra medida terapéutica.
- Debe realizarse una metodología quirúrgica bien definida.
- Asumir los problemas y complicaciones que se deriven de esta metodología.
- La cirugía realizada por mínimo acceso (laparoscópico) debe confinarse a un selecto grupo de pacientes en estadio I, pero solo deberá realizarse en el marco de un ensayo clínico.

(\*) El legrado diagnóstico es insuficiente porque:

- ⊕ Tiene errores en cuanto al grado de afectación cervical.
- ⊕ No diferencia la afectación glandular de la del estroma.
- ⊕ No evalúa la profundidad de la invasión miometrial.

### **Metodología quirúrgica**

- Vía de acceso: abdominal (nunca vaginal).
- Tipo de incisión: laparotomía media umbilical.
- Exploración intra-abdominal y retroperitoneal (\*\*). Realizar biopsia de cualquier lesión sospechosa.
- Toma de muestra de fluido para examen citológico. Realizar lavado peritoneal y examen citológico del mismo.
- Realizar histerectomía total abdominal extra-fascial (HTA) y salpingo ooforectomía bilateral (SOB). El útero extirpado debe ser abierto en el salón de operaciones y se evalúa la profundidad de la penetración miometrial, presencia o ausencia de compromiso endocervical, tamaño tumoral, localización del tumor, entre otros. Estos son determinados por la observación clínica o por cortes microscópicos de congelación. En más del 90 % de los casos, puede ser determinado con seguridad, el grado de invasión miometrial.

(\*\*) Si no existiera masa grosera intraperitoneal, pélvica o paraórtica debe

realizarse linfadenectomía selectiva en las siguientes condiciones:

- ⊕ Invasión de más de la mitad del miometrio
- ⊕ Presencia de tumor en el istmo cervical
- ⊕ Metástasis extra-uterina o anexial
- ⊕ Presencia de los tipos histológicos serosos, células claras, indiferenciado, o escamosos
- ⊕ Ganglios linfáticos microscópicamente aumentados de tamaño.

En estos casos debe realizarse una toma de muestras de ganglios adecuada, intentando obtener de cada uno de los sitios anatómicos (porción distal de la arteria ilíaca común, arteria y vena ilíaca superior, y el grupo de ganglios que surcan a lo largo del nervio obturador).

**Tabla 1:** Neoplasias de endometrio. Tratamiento quirúrgico complementario estándar

<b>Estadio</b>	<b>Tratamiento complementario</b>
<b>I</b>  Cirugía HTA + SOB*	<b>Estadamiento quirúrgico completo</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>IA</b>- Observación.</li> <li>• <b>IB</b>- Observación.</li> <li>• <b>IC</b>- RTP pélvica ± braquiterapia vaginal (si G3).</li> </ul> <b>Estadamiento quirúrgico incompleto</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>IA</b>- Observar (Si Grado 1-2). Si Grado 3 RTP pélvica + BQT vaginal</li> <li>• <b>IB</b>- Observar (Si Grado 1-2). Si Grado 3 RTP pélvica + BQT vaginal</li> <li>• <b>IC</b>- RTP pélvica+BQT vaginal (Si Grado 1-2). Re-estadamiento quirúrgico (Si Grado 3).</li> </ul>
<b>II</b>  Cirugía HTA + SOB*	<b>Estadamiento quirúrgico completo</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>IIA</b> - Si invasión miometrial</li> <li>• &lt; 50 % y Grado 1-2- Observar o BQT vaginal.</li> <li>• &lt; 50 % y Grado 3- RTP pélvica ± BQT vaginal.</li> <li>• &gt;50 % y Grado 1-2- BQT vaginal ± RTP pélvica.</li> <li>• &lt; 50% y Grado 3- RTP pélvica + BQT vaginal.</li> <li>• <b>IIB</b> - RTP pélvica + BQT vaginal.</li> </ul> <b>Estadamiento quirúrgico incompleto:</b> Restadamiento quirúrgico
<b>III</b>  Cirugía HTA + SOB*	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>IIIA</b> - Si solo citología positiva: Observación.</li> <li>- Resto de los Estadios III:               <ul style="list-style-type: none"> <li>Opción 1: QTP + RTP.</li> <li>Opción 2: RTP pélvica ± BQT vaginal.</li> <li>Opción 3: RTP abdominal.</li> </ul> </li> <li>• <b>IIIB</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Opción 1: QTP + RTP.</li> <li>Opción 2: RTP pélvica ± BQT vaginal.</li> </ul> </li> <li>• <b>IIIC</b> - Si ganglios positivos en la pelvis: QTP + RTP               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Si ganglios positivos en ilíacos o paraórticos: QTP + RTP o RTP sobre pelvis+paraórticos ± BQT vaginal</li> </ul> </li> </ul>
<b>IV</b> Cirugía de debulking (**)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Opción 1: QTP + RTP.</li> <li>• Opción 2: RTP abdominal ± BQT.</li> <li>• Opción 3: Ensayo Clínico.</li> </ul>

**Nota:** QTP: Quimioterapia; RTP: Radioterapia. BQT: Braquiterapia; HTA: histerectomía total abdominal extra-fascial; SOB: salpingo ooforectomía bilateral

(\*) En el caso de los tipos histológicos de células claras y seroso papilar, la cirugía debe ser la siguiente: HTA + SOB + linfadenectomía paraaórtica y pélvica + omentectomía + lavado peritoneal + biopsia diafragma. Realizar cirugía citoreductora, si no puede realizarse resección completa.

(\*\*) Si no es posible, se deberá tratar como una enfermedad extra uterina (Ver Tabla 2).

**Tabla 2:** Neoplasias de endometrio con invasión extrauterina. Tratamiento.

<i>Etapa clínica</i>	<i>Características o tratamiento primario</i>	<i>Tratamiento complementario</i>
<b>Metástasis aisladas</b>	<b>Resección posible</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• RTP</li> <li>• Si recurrencia: Tratar como enfermedad diseminada</li> </ul>
	<b>Si no posible resecar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratar como enfermedad diseminada.</li> </ul>
<b>Metástasis diseminadas</b>	<b>Asintomática o Bajo grado</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• HTP. Si progresión: QTP. Si progresión, MTS o Ensayo Clínico.</li> </ul>
	<b>Sintomática o G 2-3 o grandes volúmenes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• QTP y/o RTP. Si progreso, MTS o Ensayo Clínico.</li> </ul>
<b>Recurrencia local</b>	<b>Si no RTP previa</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Exploración quirúrgica abdomen-pelvis</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Opción 1: RTP intraoperatoria</li> <li>-Opción 2: Resección si es posible ± RTP sobre pelvis + braquiterapia vaginal: si enfermedad confinada a vagina o ganglios linfáticos pélvicos. Si compromiso ganglios para-aórticos o ilíacos comunes, añadir campos para-aórticos. Si compromiso abdominal incluir RTP sobre abdomen.</li> </ul> </li> </ul>
	<b>Si RTP previa</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Si braquiterapia previa solamente</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Exploración quirúrgica abdomen-pelvis</li> <li>-Opción 1: RTP intraoperatoria</li> <li>-Opción 2: Resección si posible ± RTP sobre pelvis (si ganglios linfáticos pélvicos (+)). Si compromiso ganglios para-aórticos o ilíacos comunes, añadir campos paraaórticos. Si compromiso incluir RTP sobre abdomen.</li> </ul> </li> </ul>
	<b>Si RTP previa</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Si RTP externa previa solamente:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Opción 1: Exenteración pélvica ± RTP intra-operatoria.</li> <li>-Opción 2: RTP</li> <li>-Opción 3: HTP</li> <li>-Opción 4: QTP</li> </ul> </li> </ul>

QTP: Quimioterapia; RTP: Radioterapia; HTP: Hormonoterapia; MTS: Mejor tratamiento soporte



## Tratamientos sistémicos en pacientes con cáncer endometrio

Esquema de quimioterapia	Dosis	Vía administración	Modo administración
<b>PA</b> (ciclos cada tres semanas)			
Cisplatino	50 mg/m <sup>2</sup> /día	EV (1 h Inf.)	D 1
Doxorrubicina	60 mg/m <sup>2</sup> /día	EV (Inf. corta)	D 1
<b>TCp</b> (ciclos cada cuatro semanas). 6 Ciclos			
Paclitaxel	175 mg/m <sup>2</sup> /d	EV (3 h Inf.)	D 1
Carboplatino	350 mg/m <sup>2</sup> /d	EV (1 h Inf.)	D 1
<b>IT</b> (ciclos cada tres semanas)			
Ifosfamida	1500 mg/m <sup>2</sup> /d	EV (1 h Inf.)	D 2-5*
Paclitaxel	175 mg/m <sup>2</sup> /d	EV (3 h Inf.)	D 1
Acetato de megestrol	160 mg/día	P/O	Diario
Acet. medroxi-progesterona	200-400 mg/d	P/O	Diario

**Nota:** En los Leiomiomas, se prefieren regímenes que contengan doxorubicina; En los Carcinosarcomas, se prefieren los que contengan ifosfamida. (\*) Uroprotección con MESNA.

## Acápice especial: Sarcomas uterinos

### Histología

- **Sarcomas puros uterinos**
  - ⊕ Sarcomas del estroma endometrial (SEE)
  - ⊕ Sarcomas Indiferenciados de alto grado (SIAG)
  - ⊕ Leiomiomas (LMS)
- **Sarcomas mixtos**
  - ⊕ Carcinosarcomas (CS)
  - ⊕ Adenosarcomas (AS)

**Tabla 3:** Sarcomas uterinos. Estrategia general de tratamiento.

Localización	Estrategia	Tratamiento Específico
<b>Útero</b>	Médicamente inoperable	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Opción 1: RTP pélvica + braquiterapia + QTP</li> <li>• Opción 2: HTP</li> </ul>
	Operable	<ul style="list-style-type: none"> <li>• HTA + SOB + Citología + Disección Ganglionar pélvico y para-aórtico. Si se comprueba existe enfermedad extrauterina: no realizar linfadenecto</li> </ul>
<b>Extra uterina</b> (sospechada o conocida)	Considerar resección quirúrgica basada en: síntomas, extensión de la enfermedad, resecabilidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si resección quirúrgica: HTA + SOB y/o resección de foco metastásico.</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• NO resección quirúrgica</li> </ul>

**Tabla 4:** Sarcomas uterinos. Tratamiento por estadios clínicos y tipos histológicos

<i>Etapas</i>	<i>Tipo histología</i>	<i>Tratamiento</i>
<b>Estadio I-II</b>	SEE	-Observación
	SIAG, LMS, CS	-RTP sobre pelvis ± braquiterapia
<b>Estadio IIIA-IIIB</b>	SEE	-HTP ± RTP sobre pelvis
	SIAG, LMS, CS	-Opción 1: RTP sobre abdomen/pelvis excepto LMS -Opción 2: RTP sobre pelvis ± braquiterapia ± QTP
<b>Estadio IIIC</b>	SEE	-HTP ± RTP sobre pelvis
	SIAG, LMS, CS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Si Ganglios para-aórticos positivos:</i> QTP + RTP sobre pelvis/para-aórtico</li> <li>• <i>Si Ganglios para-aórticos negativos:</i> -Opción 1: RTP sobre abdomen/pelvis excepto LMS -Opción 2: RTP sobre pelvis/para-aórtico -Opción 3: QTP</li> </ul>
<b>Estadio IVA</b>	SEE, SIAG, LMS, CS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Opción 1: RTP + QTP</li> <li>• Opción 2: HTP</li> </ul>
<b>Estadio IVB</b>	SEE	• HTP
	SIAG, LMS, CS	• QTP

### Seguimiento

- Más de 75 % de las recidivas se producen en los dos primeros años.
- Examen clínico y citología vaginal: cada 6 meses en los primeros dos años, luego, anual. Se deberá hacer énfasis en la educación del paciente para la detección de síntomas de metástasis: con especial atención a sangrados vaginales, dolor abdominal o pélvico y síntomas respiratorios como tos persistente o disnea.
- Rx de tórax: anual.
- Examen hemoquímico: Solo si hay sospechas clínicas. No está indicado su uso de rutina.
- CA 125: Solo si estaba elevado inicialmente en enfermedad extra-uterina.
- TC de Abdomen/Pelvis: No está indicada como examen de rutina. Solo si hay sospechas clínicas.

### EVALUACIÓN Y CONTROL

<b>Indicadores de estructura y proceso</b>	<b>Excelente%</b>	<b>Bueno%</b>	<b>Deficiente%</b>
% pacientes con criterios de C. Endometrio hereditario/familiar en Unidad de Consejo Genético	> 95	90-95	<90
% pacientes con confirmación citohisto-	> 95	90-95	<90

lógica pre-operatoria			
% pacientes con criterios de C. Endometrio que son tratadas antes de 21 días desde primera consulta en el centro	>90	80-90	<80
% pacientes con C. Endometrio operadas que se le realiza intervención quirúrgica acorde a las guías práctica	>85	75-85	<75
% pacientes con C. Endometrio operadas que comienzan QTP antes de los 21 días luego de intervención quirúrgica	>85	75-85	<75
% pacientes con C Endometrio con criterios de QTP con esquemas acorde a las guías práctica	>90	80-90	<80
% pacientes con C Endometrio con criterios de RTP con esquemas acorde a las guías práctica	>90	80-90	<80
% pacientes perdidos de seguimiento	<5	5-10	>10
<b>Indicadores de Resultados</b>	<b>Excelente%</b>	<b>Bueno%</b>	<b>Deficiente%</b>
<b>% Supervivencia Global a 5 años</b>			
<b>Etapa I</b>	>90	80-90	<80
<b>Etapa II</b>	>60	50-60	<50
<b>Etapa III</b>	>40	30-40	<30
<b>Etapa IV</b>	>5	3-5	<3
% de complicaciones a la cirugía	<10	10-15	>15
% complicaciones a la radioterapia Grado III-IV	<15	15-25	>25
% complicaciones a la quimioterapia Grado III-IV	>10	10-15	>15

### Información a pacientes y familiares

- Información general sobre el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad, así como de los efectos secundarios y secuelas de los tratamientos empleados, así como en la rehabilitación.
- A las pacientes se le deberán realizar diversos procedimientos terapéuticos del tipo farmacológico o no farmacológico, los cuales serán explicados inicialmente o cuando haya que realizar algún cambio en la terapéutica.

- Se le deberá realizar un consentimiento informado por escrito al inicio del tratamiento, sea quirúrgico o quimioterápico (según lo requiera el caso). (Ver Anexo).
- Se confeccionará un folleto o plegable con información para pacientes y familiares sobre medidas de prevención y detección de las complicaciones.

## **Bibliografía**

1. Benedet, JL, Bender H, Jones H et al. FIGO staging classifications and clinical practice guidelines in the management of gynecologic cancers. FIGO Comité on Gynecologic Oncology. Int J Gynaecol Obstet 2000; 70:209.
2. Creutzberg CL, van Putten WL, Koper PC, et al: Survival alter relapse in patients with endometrial cancer: results from a randomized trial. Gynecol Oncol 2003; 89:201-9.
3. Pearcey RG, Petereit DG: Postoperative high-dose rate brachithery in patients with low-to-intermediate-risk endometrial cancer. Radiother Oncol 2000; 56:17-22.
4. Creasman WT Prognostic Significance of Hormone Receptors in Endometrial Cancer. Cancer 1993; 71: 1467-70.
5. Classification and staying of Gynecologic malignancies. American College of Obstet. and Gynecol. Technical Bolletin No.155 May 1991.
6. Gerbaulet A. et al: La Radioterapia en el cáncer de endometrio. Bulletin Cancer Radioterapia 1992; 79: 481-99.
7. Lentz S.S.: Advanced and recurrent endometrial carcinoma, hormonal therapy. Seminars in Oncology 1994; 21 (1): 100-106.
8. Saco M., Rott P., Plampino M.: The Surgical and Radiotherapy treatment of endometrial adenocarcinoma and retrospective analysis of preoperative irradiation. Department of Oncology. University of Goterbory Sahlgreuska ajuskuhet, Swedwn. Gynaecol Oncol. 1991; 41 (1):17-21.