



UNIVERSIDAD DE ORIENTE

NÚCLEO ANZOÁTEGUI

ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD

DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA

**MORBILIDAD DE CARCINOMA ENDOMETRIAL SEGÚN FACTORES
EPIDEMIOLÓGICOS, HOSPITAL UNIVERSITARIO “DR. LUÍS RAZETTI”
BARCELONA ANZOÁTEGUI 1999-2008.**

Trabajo de Grado presentado por:

Br. Boada, Arquímedes

Br. Díaz, Juana

Br. Martínez, José

**Trabajo especial de grado presentado como requisito Parcial para optar al título
de MÉDICO CIRUJANO**

Barcelona, Abril de 2009



UNIVERSIDAD DE ORIENTE

NÚCLEO ANZOÁTEGUI

ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD

DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA

**MORBILIDAD DE CARCINOMA ENDOMETRIAL SEGÚN FACTORES
EPIDEMIOLÓGICOS, HOSPITAL UNIVERSITARIO “DR. LUÍS RAZETTI”
BARCELONA ANZOÁTEGUI 1999-2008.**

Profesor Asesor:

Dr. Humberto Gómez

**Trabajo especial de grado presentado como requisito Parcial para optar al título
de MÉDICO CIRUJANO**

Barcelona, Abril de 2009



UNIVERSIDAD DE ORIENTE

NÚCLEO ANZOÁTEGUI

ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD

DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA

**MORBILIDAD DE CARCINOMA ENDOMETRIAL SEGÚN FACTORES
EPIDEMIOLÓGICOS, HOSPITAL UNIVERSITARIO “DR. LUÍS RAZETTI”
BARCELONA ANZOÁTEGUI 1999-2008.**

Jurados:

Dr. Álvarez, Juan C.

Dra. Moschella, Filomena

**Trabajo especial de grado presentado como requisito Parcial para optar al título
de MÉDICO CIRUJANO**

Barcelona, Abril de 2009

DEDICATORIA

A mis padres: Ana Díaz y Ramón Boada por su apoyo.

A mis hermanos: Moisés, Luís napoleón, Luis Rademes, Liliana y Arturo.

Boada Díaz, Arquímedes Ramón

DEDICATORIA

A mi DIOS todo poderoso quien me ha dado la fe y fortaleza para seguir adelante en mi vida, por cuidarme y regalarme cada día el milagro de la vida, por ser mi amigo y darme esperanzas en mis sueños.

A mi padre Domingo Díaz y mi madre Sara Marcano quienes han confiado en mí y me han dado su amor, cariño, ayuda y buen ejemplo, los quiero muchísimo!

A mis hermanos Dominguito, Catire, Miguel y José por compartir conmigo muchos momentos de los cuales solo puedo recordar los buenos.

A mi Amor Alejandro que me impulsa y apoya en mi carrera y en mis sueños, por ser parte importante de mí.

A mis sobrinos José Miguel y Jennifer a quienes quiero mucho.

A mis amigos y compañeros Ger, Teo, Lore, Neibeichon, Dita, José V., Luís y todos aquellos quienes con su trato, saludo y sonrisa fueron la alegría que convirtieron un día duro en algo especial.

A mis amigos de la infancia y del liceo que siempre los recuerdo.

A mi tía Marbellys quien quiero como a una madre.

A mis otros tíos, tías, primos y primas quienes me ayudaron y me dieron ánimo durante toda mi infancia y carrera.

A la Sra. Margarita, Alicia, Nérida, René y el resto de la familia Araguache a quienes hoy quiero como a mi familia.

A todos los que en mi confiaron y aun confían..

Díaz Marcano, Juana Del Valle

DEDICATORIA

A DIOS por la vida y la oportunidad de estudiar esta carrera.

A mi padres: Quirilobia Agreda y Lubardo Martínez por ser el ejemplo a seguir, por su apoyo y consejos en el momentos oportuno, los quiero y los amo POR USTEDES Y PARA USTEDES GRACIAS...

A mis hermanos: Leonardo, Lubardo José, Mary Delia y José Gregorio por ser siempre mis amigos que a pesar de las peleas siempre seremos amigos y compañeros los quiero.

A mi abuelita por su enseñanza, quererme mucho y creer en mí nos vemos pronto...

A mi novia Tatiana Herrera por su amor, cariño y estar allí en los momentos bellos y difíciles Te Amo.

A mis amigos de la chica mi pueblo: Gustavo, Bernardo, Miguel por siempre estar pendiente.

A mis amigos de la toda la vida: Juanita y Quimo por su ayuda en todo GRACIAS...

A mis amigos de la universidad en especial a los “los mochileros”: Teo, Coche, Lore, Luis “el gordito”, Juan e Irwin por compartir momentos inolvidables.

A mis otros panas nordys , nacho, Mirlay, Mariana, Rubma, Adry, Neiban, Nereida y si se me olvida alguien disculpen.

A la familia Márquez Vásquez, por hacerme sentir Parte de su familia durante mi estancia en la isla de Margarita.

Martínez Agreda, José Germán

AGRADECIMIENTOS

A DIOS por iluminarnos en el camino de la medicina.

Al personal de historia médicas, por su colaboración y su buen humor, que hicieron de días arduos de trabajo un momento agradable.

A nuestro asesor de tesis Dr. Huberto Gómez por su ayuda, recomendaciones que hicieron posible este trabajo.

Al Dr. Manuel Ñañez por su colaboración.

Al personal administrativo del área clínica de la escuela de Medicina especialmente a la Sra. Milagros y Mirian.

A los amigos de la biblioteca especialmente a la Sra. Elinor, Sr. Oswaldo, Sr. Manuel y Osvaldi.

A Carina de Control de estudios.

ÍNDICE

DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTOS	ix
ÍNDICE	x
ÍNDICE DE TABLAS	xiii
RESUMEN.....	xvi
INTRODUCCIÓN	18
CAPÍTULO I. EL PROBLEMA.....	21
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:	21
1.2 OBJETIVOs	22
1.2.1 OBJETIVO GENERAL.....	22
1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	22
1.3 JUSTIFICACIÓN	23
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO.....	24
2.1 ANTECEDENTES:	24
2.2 BASES TEÓRICAS:.....	26
2.2.1 Adenocarcinoma de Endometrio.....	26
2.2.2 Epidemiología del Adenocarcinoma de Endometrio	26
2.2.3 Factores de riesgo para el carcinoma de endometrio	28

2.2.4 Clinica del Adenocarcinoma de Endometrio	31
2.2.5 Diagnostico del Adenocarcinoma de Endometrio.....	32
2.2.6 Clasificación Histológica de la Organización Mundial de la Salud (OMS)	33
2.2.7 Tratamiento	34
CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO	35
3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN.	35
3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA	35
3.2.1 POBLACIÓN.....	35
3.2.2 MUESTRA.....	35
3.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	36
3.4 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	36
3.5 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	36
3.6 RECURSOS HUMANOS.....	37
3.6 MATERIALES Y MÉTODOS	37
3.6.1 MATERIALES	37
3.6.2 MÉTODO.....	38
3.7 TRATAMIENTO ESTADÍSTICO DE LOS DATOS	38
CAPÍTULO IV. ANALISIS Y PRESENTACION DE LOS RESULTADOS.....	39
4.1 PRESENTACION DE RESULTADOS	39

CAPITULO V. CONCLUSIIONES Y RECOMENDACIONES	63
5.1 CONCLUSIONES	63
5.2 RECOMENDACIONES.....	64
BIBLIOGRAFÍA	66
ANEXO.....	69
METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:.....	1

ÍNDICE DE TABLAS

Nº	DESCRIPCIÓN	PÁG.
1	Morbilidad de Carcinoma de Endometrio según año de diagnóstico, Hospital Universitario "Dr. Luís Razetti" Barcelona Estado Anzoátegui, Enero 1999-Diciembre 2008.	39
2	Distribución de Pacientes según factores de Riesgo Hospital Universitario "Dr. Luis Razzetti" Barcelona Estado Anzoátegui, Enero 1999 – Diciembre 2008.	41
3	Distribución de Pacientes con Carcinoma de Endometrio según Grupos Etarios, Hospital Universitario "Dr. Luís Razetti" Barcelona Estado Anzoátegui, Enero 1999- Diciembre 2008.	43
4	Distribución de Pacientes con Carcinoma de Endometrio según Edad de Aparición de la Menarquía, Hospital Universitario "Dr. Luís Razetti" Barcelona Estado Anzoátegui, Enero 1999- Diciembre 2008.	45
5	Distribución de Pacientes con Carcinoma de Endometrio según presencia o no de Menopausia, Hospital Universitario "Dr. Luís Razetti" Barcelona Estado Anzoátegui, Enero 1999- Diciembre 2008.	47

- 6 Distribución de Pacientes con Carcinoma de Endometrio según tipo de Menopausia, Hospital Universitario "Dr. Luís Razetti" Barcelona Estado Anzoátegui, Enero 1999- Diciembre 2008. **49**
- 7 Distribución de Pacientes con Carcinoma de Endometrio según Paridad, Hospital Universitario "Dr. Luís Razetti", Barcelona Estado Anzoátegui, Enero 1999- Diciembre 2008. **51**
- 8 Distribución de Pacientes con Carcinoma de Endometrio según Sintomatología presentada, Hospital Universitario "Dr. Luís Razetti" Barcelona Estado Anzoátegui, Enero 1999- Diciembre 2008. **53**
- 9 Distribución Paciente Carcinoma Endometrial según Antecedentes Personales, Hospital Universitario "Dr. Luís Razetti" Barcelona Estado Anzoátegui, Enero 1999- Diciembre 2008. **55**
- 10 Distribución de Pacientes con Carcinoma de Endometrio según Antecedentes Familiares de Cáncer, Hospital Universitario "Dr. Luís Razetti" Barcelona Estado Anzoátegui, Enero 1999- Diciembre 2008. **57**
- 11 Distribución de Pacientes con Carcinoma de Endometrio según tipo Histológico, Hospital Universitario "Dr. Luís Razetti" Barcelona Estado Anzoátegui, Enero 1999- Diciembre 2008. **59**

- 12 Distribución Pacientes con Carcinoma Endometrio según **61**
Tratamiento recibido, Hospital Universitario "Dr. Luís Razetti"
Barcelona Estado Anzoátegui, Enero 1999- Diciembre 2008.



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO DE ANZOÁTEGUI
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA

MORBILIDAD DE CARCINOMA ENDOMETRIAL SEGÚN FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS HOSPITAL UNIVERSITARIO “DR. LUÍS RAZETTI” BARCELONA-ANZOÁTEGUI 1999-2008, AUTORES: BOADA ARQUÍMEDES, DÍAZ JUANA, MARTINEZ JOSÉ, ASESOR: DR. Humberto Gómez, AÑO: 2009

RESUMEN

La incidencia del cáncer de cuerpo uterino se sitúa en 24.5 por 1000.000 mujeres/año según los datos publicados por el Instituto del cáncer de Estados Unidos, la incidencia estimada para todo el mundo es de 18,2 por 100.000 mujeres/ año. El presente trabajo de investigación es de tipo retrospectivo y documental cuyo objetivo principal es determinar la morbilidad de carcinoma endometrial según factores epidemiológicos en el “Hospital Universitario Dr. Luis Razetti” Barcelona- Estado Anzoátegui 1999- 2008 .La muestra estuvo conformada por 61 pacientes con diagnóstico de carcinoma endometrial durante el periodo mencionado, a los cuales se le aplicó un instrumento de recolección de datos (tipo tabla) donde se recogió información acerca de los factores de riesgo de carcinoma de endometrio (edad, antecedentes personales y familiares, menarquía temprana, menopausia tardía, paridad, entre otros), así como el tipo histológico del mismo y el tratamiento recibido. Posteriormente se realizaron tablas y figuras expresadas en porcentajes cuyo análisis reveló: que la morbilidad de carcinoma de endometrio en el período 1999-2008 fue de 61pacientes, en el año 2001 se diagnosticaron el mayor número de pacientes con

Carcinoma de Endometrio y el factor de riesgo que se presento con mayor frecuencia fue los antecedentes personales (hipertensión arterial, diabetes, obesidad entre otros). El grupo etario que presento mayor porcentaje de Carcinoma de Endometrio fue el comprendido entre 51 – 60 años de edad presentando como sintomatología más frecuente el sangrado anormal. El tipo histológico que más se presentó fue el de tipo endometriode y el tratamiento más utilizado fue el combinado, quirúrgico más radioterapia.

INTRODUCCIÓN

El cáncer es conocido desde la antigüedad, habiéndose descubierto en momias egipcias y precolombinas. Existen cánceres en todas las etnias. Pero existen diferencias considerables de distribución de los diferentes tipos de cáncer en cada país, en cada región, estando en relación con el medio ambiente y con las costumbres de vida. (Levi F, Randimbison L, y otros, 2000).

El cáncer endometrial se origina en el epitelio glandular del revestimiento uterino, (Wingo y col, 1995; J. Terán, 1999), por lo común con un trasfondo de cambios hiperplásicos atípicos (Burke y col., 1996).

La incidencia del cáncer de cuerpo uterino se sitúa en 24.5 por 1000.000 mujeres/año según los datos publicados por el Instituto del cáncer de Estados Unidos, la incidencia esimada para todo el mundo es de 18,2 por 100.000 mujeres/ año (Ries, 2002)

La distribución no es homogénea de manera que en los países en vía de desarrollo de Asia, África y Sur América la incidencia es de cuatro a cinco veces menor que en los países industrializados de Europa y Norte de América (Terán, 1999).

Se han identificado diversos factores de riesgo para la aparición del cáncer endometrial, la mayor parte de ellos se relaciona con la estimulación del endometrio a

los estrógenos de manera prolongada y sin oposición, También se asocian trastornos médicos como la diabetes e hipertensión. (MacMahon, 1974; Fisher y col, 1994).

Cerca de 90% de las mujeres con carcinoma endometrial experimenta hemorragias o secreciones genitales como única manifestación, algunas tienen sensación de presión o malestar a nivel pélvico que indican aumento de tamaño o extensión extrauterina de la enfermedad (Smith y col, 1985).

El examen clínico en estadios tempranos es muy inespecífico y a menudo solo demuestra que el sangrado es de origen uterino, el diagnóstico debe hacerse por examen histológico (Terán, 1999).

La FIGO, en 1998, sustituyó la clasificación clínica existente por una clasificación eminentemente anatómicoquirúrgica (Creasman, 2001; Shepherd, 1989). Se incorporan los efectos del grado histológico, la profundidad de la invasión endometrial, la afección cervical, la afección de espacio vascular, las metástasis a ganglios pélvicos, la diseminación a ganglios aórticos, las metástasis en anexos y la citología peritoneo positiva.

Histológicamente el carcinoma de endometrio se clasifica en:

- Adenocarcinoma endometrioide.
- Carcinoma mucinoso.
- Carcinoma seroso papilar.

- Carcinoma de células claras
- Carcinoma escamoso.
- Carcinoma indiferenciado
- Carcinoma mixto.

El tratamiento estándar para el carcinoma del endometrio es la histerectomía con ooforosalingectomía bilateral y linfadenectomía pélvica selectiva o al azar. La radioterapia de haz externo, la braquiterapia o ambas, forman parte integral del tratamiento del cáncer de endometrio. Debe hacerse una consideración especial al tratamiento hormonal del cáncer del endometrio (Terán, 1999).

CAPÍTULO I. EL PROBLEMA.

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

La incidencia del cáncer de cuerpo uterino se sitúa en 24,5 por 100.000 mujeres/año según los datos publicados por el Instituto Nacional del Cáncer de Estados Unidos (NCI) en la revisión realizada entre 1973 y 1999 por el SEER. Así mismo, la incidencia estimada para todo el mundo es de 18,2 por 100.000 mujeres/año.

En los países desarrollados se ha advertido un decrecimiento de las tasas de mortalidad, que se atribuye a que este cáncer se detecta en una etapa cada vez más temprana.

En Venezuela el adenocarcinoma de endometrio representa la 3ª causa de muerte por cáncer ginecológico precedido por el cáncer de cuello uterino y el cáncer de ovario.

Mucho se ha avanzado en los conocimientos de los aspectos epidemiológicos y los factores de riesgo vinculados al cáncer de endometrio, confiriéndole la propiedad de ser un cáncer en el cual las medidas de promoción de salud ocupan un lugar preponderante, por ello es de gran importancia determinar ¿cuál es la morbilidad de carcinoma de endometrio según factores de riesgo en el hospital universitario Dr. Luís Razetti de Barcelona en la últimos 10 años?

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la morbilidad de Carcinoma Endometrial según factores epidemiológicos en el Hospital Universitario “Dr. Luís Razetti” Barcelona Anzoátegui enero1999-diciembre 2008.

1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Conocer el número de casos de carcinoma de endometrio, atendidos en el Hospital Universitario “Dr. Luís Razetti” Barcelona Anzoátegui durante el período de enero 1999- diciembre 2008.
2. Identificar los factores de riesgo en los pacientes con diagnostico de carcinoma de endometrio atendidos en el Hospital Universitario “Dr. Luís Razetti” Barcelona estado Anzoátegui durante el período enero 1999- diciembre 2008.
3. Conocer la frecuencia de los factores de riesgo presentes en los pacientes con diagnóstico de carcinoma de endometrio, atendidos en el Hospital Universitario “Dr. Luís Razetti” Barcelona estado Anzoátegui durante el período enero 1999- diciembre 2008.

4. Identificar la sintomatología inicial en los pacientes con diagnóstico de carcinoma de endometrio atendidos en el Hospital Universitario “Dr. Luís Razetti” Barcelona estado Anzoátegui durante el período enero 1999- diciembre 2008.

5. Conocer el tipo histológico de carcinoma de endometrio más frecuente en los pacientes atendidos en el Hospital Universitario “Dr. Luís Razetti” Barcelona estado Anzoátegui durante el período enero 1999- diciembre 2008.

6. Conocer el tipo de tratamiento aplicado en los pacientes con diagnóstico de carcinoma de endometrio atendidos en el Hospital Universitario “Dr. Luís Razetti” Barcelona estado Anzoátegui durante el período enero 1999- diciembre 2008.

1.3 JUSTIFICACIÓN

La prevención y detección precoz de los cánceres ginecológicos constituye un pilar fundamental de las acciones de salud tendientes a disminuir la mortalidad de la población, así como a minimizar la morbilidad propia de la patología o de los tratamientos requeridos, que son habitualmente agresivos, mutilantes y con importantes secuelas físicas, funcionales y psicológicas; por lo tanto, es de nuestro interés proporcionar el conocimiento epidemiológico actualizado del carcinoma de endometrio en el periodo comprendido entre enero de 1999 - diciembre 2008.

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO.

2.1 ANTECEDENTES:

En relación a los antecedentes, Espinoza (1988) realizó un estudio denominado “Estudio epidemiológico del cáncer de endometrio” en Cumaná Venezuela para conocer las variantes epidemiológica relacionados con esta patología y que eran poco conocidas entre los países en vía de desarrollo.

Su objetivo fue conocer la incidencia y la importancia de las distintas variables relacionadas con el cáncer de endometrio. La metodología se basó en un estudio retrospectivo a través de la revisión de archivos de historias médicas en el hospital universitario patricio Alcalá de Cumaná en el periodo 1978-1987.

Las conclusiones más importantes logradas por el investigador fueron: - El grupo etario más afectado fue el de > 51 años. – El principal motivo de consulta fue sangrado anormal. – Las patologías asociadas más frecuentes fueron la HTA y la diabetes. – En la menarquia temprana y la menopausia tardía se presentaron el mayor número de mujeres con cáncer de endometrio.

También Pérez y col. (2007). En un estudio denominado “epidemiología y factores de riesgo en pacientes con adenocarcinoma de endometrio” en Venezuela estudiaron las características epidemiológicas y los factores de riesgo en las pacientes con adenocarcinoma de endometrio evaluadas en el servicio de ginecología

oncológica del Instituto de Oncología Dr. Miguel Pérez Carreño, en el período comprendido entre enero de 1992 y diciembre de 2005. Realizaron un estudio descriptivo de corte transversal; se determinaron características epidemiológicas, factores de riesgo en pacientes evaluadas entre enero 1992 diciembre 2005. Los resultados fueron: En 129pacientes: mayoría entre 70- 80 años. Menarquía antes 10 años 5, de 10 a 12 años 45, 13 a 15 años 48, > de 15 años 7 y desconocida en 24. Premenopáusicas 18 pacientes, posmenopáusicas 90, desconocido 21. Nuligestas 21, de 1 a 5 gestas 64, de 6 a 10 20, más de 10 gestas 10, desconocidas 14. Hipertensión 35, diabéticos 10, tabáquicos 18, obesidad 5, alcohólicos 5, cáncer 3, otros 8, desconocidos 21, sin antecedentes 34. Antecedentes oncológicos familiares: cáncer de mama 9, cáncer de endometrio 2, otros cánceres ginecológicos 10, cáncer de vías digestivas 14, otros cánceres 12, desconocidos 21 sin antecedentes 78. Tipo histológico: endometriode 115, seroso-papilar 7, adenoescamoso 2,células claras 2, células pequeñas 1, indiferenciado 2.

Castillo y col., (1991) realizaron un estudio denominado: “Adenocarcinoma de Endometrio Análisis de once años: 1980 a 1990” Honduras, donde revisaron los casos que tuvieron diagnostico histopatologico de adenocarcinoma de endometrio, desde enero de 1990 a diciembre de 1990, ocurridos en los Hospitales Escuela y General (San Felipe). En total fueron 39 casos, correspondiendo 27 al Hospital General y 12 al Hospital Escuela. Veinte y uno de los 39 pacientes, (54%), tuvieron sangrado postmenopausico.. El diagnostico se confirmo con legrado biopsia fraccionado que se realizo en todas las pacientes. En 22 pacientes se realizo histerectomía abdominal total más salpingooforectomía bilateral, 13 de las que recibieron radioterapia complementaria, y de estas últimas 6 fueron tratadas también con hormonas. Veinte y ocho pacientes han asistido a sus controles, dos de ellas con sobrevivida a diez años, dos con 6 años, siete a cinco, y siete más controles de uno a cuatro años.

De igual manera Quijada y col (2002) realizaron un estudio en el Hospital Universitario “Dr. Luís Razetti” en el 2003 titulado: “Morbilidad de carcinoma endometrial según pacientes mayores de 15 años. Servicio de ginecología Enero 1999- diciembre 2002. Se trato de un estudio retrospectivo donde se estudiaron 47 pacientes con diagnostico de carcinoma de endometrio y concluyeron: el grupo etario con mayor frecuencia se encuentra comprendida entre 47 y 62 años (53,9%), el antecedente personal que se presento con más frecuencia fue la hipertensión arterial con un 70,21%, la multiparidad presento cifras superiores con respecto a la nuliparidad siendo de 80,85% versus 14,89%.

2.2 BASES TEÓRICAS:

2.2.1 Adenocarcinoma de Endometrio

El adenocarcinoma de endometrio se define como la proliferación anormal del tejido endometrial que produce infiltración de los tejidos adyacentes y/o invasión a distancia por diferentes vías. Prácticamente todas las lesiones uterinas se originan en el componente glandular de la línea uterina creciendo progresivamente a partir de ella (Pérez y col., 2007)

2.2.2 Epidemiología del Adenocarcinoma de Endometrio

Incidencia: El carcinoma endometrial es la lesión maligna más frecuente del aparato genital femenino y constituye casi la mitad de todos los cánceres ginecológicos en estados unidos. Cada año se diagnostican cerca de 39.300 nuevos casos, lo que origina cerca de 6.600 defunciones. El carcinoma endometrial es el

cuarto cáncer en frecuencia y se encuentra por debajo de los cánceres de mama, pulmonar e intestinal y es la séptima causa de muerte por enfermedad maligna en mujeres. De manera global, dos a tres por ciento de las mujeres presentan cáncer endometrial durante su vida. (Jemal, 2002).

En Venezuela, según el Registro Nacional de Tumores de la Dirección de Oncología del Ministerio de Sanidad, el carcinoma de endometrio ocupa el tercer lugar entre los carcinomas de la mujer, después del de cuello uterino y de la glándula mamaria, con una incidencia promedio de 2,81 por 100 000 mujeres entre 1980 y 1994. Para 1988 la incidencia fue de 1,78 por 100 000. (Terán, 1999).

Mortalidad: El cáncer de endometrio ocupa el séptimo puesto en cuanto a mortalidad por cáncer en la mujer, después del cáncer de pulmón, mama, colon, páncreas, ovario y linfoma no hodgkiniano este orden (Ries y col., 2002). En Venezuela los tumores ginecológicos representaron el 1,81 % de todas las causas de muerte para el año 2004, con 116 muertes para los tumores del cuerpo uterino y es la 3ª causa de muerte por cáncer ginecológico precedido por el cáncer de cuello uterino y el cáncer de ovario. En el estado Carabobo para el año 2004 se presentaron 30 defunciones por tumores del cuerpo uterino. (Pérez y col, 2007).

Etiología: Aunque no se sabe cuál es la causa exacta del cáncer de endometrio, se conoce que el exceso de estrógenos, ya sea relativo o absoluto, se ha asociado con la mayoría de los factores que aumentan el riesgo de cáncer de endometrio este exceso de estrógeno produce una estimulación continua del endometrio que puede resultar en una hiperplasia de endometrio. La presencia de atipias citológicas conjuntamente con la hiperplasia predisponen a padecer de un

cáncer de endometrio en la próxima década, en un 23 frente a un 1,6% en las pacientes con hiperplasia sin atipias (Kurman y col., 1985). Existe una minoría de carcinoma de endometrio, representado básicamente por el carcinoma seroso que no parecen estar relacionados con la influencia hormonal y que parecen desarrollarse en epitelios atróficos en vez de epitelios hiperplásicos. Así, mientras el carcinoma endometriode se ha relacionado con la inestabilidad de los microsátélites y mutaciones en los genes ras y PTEN, los carcinomas serosos y serosos-like parecen asociados con mutaciones en el gen p53, con la sobreexpresión del HER-2/neu y con el concepto de neoplasia endometrial intraepitelial (Inoue, 2001; Sherman, 2000).

2.2.3 Factores de riesgo para el carcinoma de endometrio

Entre los factores de riesgo, el aspecto más determinante y estudiado es la asociación con la exposición prolongada e ininterrumpida a los estrógenos, entre estos tenemos la menarquía temprana, nuliparidad, menopausia tardía, terapia de reemplazo solo estrógeno, los contraceptivos secuenciales, y uso de tamoxifeno; También se asocian trastornos médicos como la diabetes mellitus, hipertensión arterial, obesidad, antecedentes familiares de cáncer de mama, ovario, colon y endometrio (MacMahon, 1974; Fisher y col,1994).

Obesidad: predispone al cáncer de endometrio y se piensa que esto ocurre a través de un mecanismo de estimulación estrogénica. Los adipocitos poseen las enzimas capaces de convertir la androstenodiona (producida en las glándulas suprarrenales) en estrona, un estrógeno débil. Esta conversión periférica da como resultado una estimulación estrogénica de bajo nivel (Judd y col. 1982). Se ha podido observar que el nivel de riesgo aumenta con el grado de obesidad de la paciente.

(Rose, 1996). El riesgo de cáncer endometrial se incrementa tres veces en las mujeres con sobrepeso de 9,5 a 23 Kg, y 10 veces en las que el sobrepeso es mayor de 23 Kg (Berek, 2004).

Menarquía temprana y menopausia tardía: Se cree que esto se debe a una mayor exposición del endometrio al influjo estrogénico (Rose, 1996); La menopausia natural que ocurre después de los 52 años de edad incrementa el riesgo de padecer cáncer endometrial 2.4 veces, en comparación con lo que sucede en las mujeres en las que la menopausia sobreviene antes de los 49 años de edad, tal vez por exposición prolongada del útero a los ciclos menstruales deficientes de progesterona (Berek, 2004).

Edad: El cáncer endometrial es fundamentalmente un tumor de las mujeres posmenopáusicas. La incidencia pico específica para la edad se observa en mujeres de 55 a 65 años (Wynder y col., 1996; Mac-Mahon, 1974; Davies y col. 1981; Parazzina y col., 1991). 25% de las mujeres con carcinoma endometrial son premenopausicas y de éstas 5% son menores de 40 años y tienen uno o varios factores de riesgo. (De Vita y col., 1993).

Tratamiento hormonal sustitutivo: con estrógenos sin progestágenos incrementa el riesgo de cáncer de endometrio cuatro a 8 veces. Este riesgo es mayor con las dosis más altas y el uso prolongado, y se puede reducir esencialmente a los niveles basales mediante adición de un progestágeno (Grady, 1995).

Tamoxifeno: Éste fármaco es tanto agonista como antagonista de los estrógenos; Su acción agonista es la que proporciona una estimulación leve y crónica del endometrio. El riesgo de desarrollar un carcinoma de endometrio con el uso de tamoxifeno es bajo, ciertamente menor que el beneficio reconocido de menos recurrencia del cáncer de mama (Cook y col. 1995)

Predisposición familiar: Los únicos cánceres de endometrio que se sabe hasta la actualidad que presentan una predisposición genética son aquellos relacionados con el síndrome de Lynch II o síndrome de cáncer colorrectal no polipótico hereditario (hereditary nonpolyposis colorrectal cancer syndrome: HNPCC). El cáncer de endometrio, dentro de este síndrome, es el cáncer extracolónico más frecuente y suele diagnosticarse alrededor de los 45 años de edad (Rose, 1996). El riesgo de padecer esta neoplasia durante la vida de las pacientes afectas de ésta síndrome oscila entre un 30 y un 60 %, según diferentes estudios (Lindor y col., 1998).

Nuliparidad: La proporción de mujeres nulíparas que padecen cáncer de endometrio es relativamente alta y existen dentro de ellas subgrupos de mujeres que presentan un síndrome que asocia anovulación, obesidad, hipertensión e hirsutismo (Vassallo y col., 2003).

2.2.4 Clínica del Adenocarcinoma de Endometrio

Clínica: En el cáncer de endometrio el signo más frecuente por el cual el paciente generalmente consulta es la metrorragia o sangrado genital, que se deben a áreas de necrosis que sangran espontáneamente; este signo aparece generalmente en la posmenopáusica, y puede ser muy variable, desde mínimas pérdidas hemáticas muy irregulares, hasta sangrados similares a una menstruación. En cualquier caso, el sangrado suele ocurrir después de algún tiempo de que la paciente ha acabado con el periodo fértil de su vida, por lo que acude de forma precoz al médico para su evaluación. En mujeres jóvenes, aún en periodo fértil este sangrado puede aparecer en medio de los ciclos normales o intermenstrual. Aparte de la metrorragia, la paciente puede presentar una secreción purulenta por genitales externos acompañado o no de sangrado. La presencia de anemia secundaria al sangrado, o de un síndrome tóxico como consecuencia de la extensión del carcinoma son signos que suelen presentarse en estadios más avanzados. De igual manera, la presencia de síntomas como: dolor o molestias abdominales por compresión de órganos vecinos suelen presentarse en fases más avanzadas de la enfermedad. (González, 2003). Menos de 5% de las mujeres en las que se ha hecho el diagnóstico de cáncer endometrial son asintomáticas (Berek, 2004).

Se ha establecido que entre el 33% y el 50% de las mujeres con sangrado posmenopáusico tienen una neoplasia endometrial (Terán, 1999). Otras causas uterinas de hemorragia perimenopáusica o posmenopáusica son atrofia endometrial, pólipo endometriales, tratamiento de reemplazo hormonal solo estrógeno, hiperplasia endometrial y sarcoma (Pacheco, 1968; Portier, 1986).

En un estudio realizado en el hospital Antonio patrio de Alcalá de Cumaná en el periodo 1978-1987 se atendieron 37 casos de cáncer de endometrio, el mayor número de casos ocurrió por encima de 51 años y el principal motivo de consulta fue el sangrado anormal. (Espinoza, 1998).

2.2.5 Diagnostico del Adenocarcinoma de Endometrio

Diagnostico: El examen clínico en estadios tempranos es muy inespecífico y a menudo solo demuestra que el sangrado es de origen uterino, el diagnostico debe hacerse por examen histológico. La muestra puede ser obtenida por dilatación y legrado, con curetas metálicas o cánulas desechables, o dirigidas por histeroscopia. Los criterios establecidos con respecto a las técnicas de diagnósticos de la hiperplasia endometrial son validos en esta patología, y el método más preciso para el estudio del endometrio es la biopsia dirigida por histeroscopia, debido a que la dilatación y legrado, como el muestreo de Novak o Pipelle, pueden no incluir parte de la cavidad endometrial y fallan en el diagnostico de lesiones focales (Blumenfeld, 1996). En pacientes con tumores pelvianos extensos, el diagnostico puede establecerse con cualquier método para biopsia tisular: biopsia directa o dirigida colposcopicamente del cuello a vagina, biopsia vesical o rectal a través del cistoscopio o rectosigmoidoscopio. También son útiles la ecografía abdominal, la tomografía computarizada y la resonancia magnética nuclear. (Terán. 1999).

La FIGO, en 1988, sustituyó la clasificación clínica existente por una clasificación eminentemente anatomopatológica (Creasman, 2001; Shepherd, 1989). Se incorporan los efectos del grado histológico, la profundidad de la invasión endometrial, la afección cervical, la afección de espacio vascular, las metástasis a

ganglios pélvicos, la diseminación a ganglios aórticos, las metástasis en anexos y la citología peritoneo positiva.

2.2.6 Clasificación Histológica de la Organización Mundial de la Salud (OMS)

La clasificación histológica de la Organización Mundial de la Salud (OMS) divide al adenocarcinoma de endometrio en:

- Adenocarcinoma endometriode el cual representa el 75 % de las lesiones, con una sobrevida de 60 %-80 % a cinco años.
- Adenocarcinoma mucinoso: poco frecuente parecido al adenocarcinoma mucinoso de endocérvix.
- Adenocarcinoma de células claras: representa el 5 % de las lesiones. Se considera de peor pronóstico y generalmente se presenta en estadios avanzados. Sobrevida de 6 %-44 % a cinco años.
- Adenocarcinoma seroso: representa entre el 1 % y 10 % de las lesiones. Se asocia con un pronóstico peor y se presenta en etapa invasiva. Sobrevida de 4,7 % a 68 % a 5 años.
- Carcinoma de células escamosas: muy infrecuente, representa el 0,1 % de las lesiones. Sobrevida de 6,9 % a 53 % a los cinco años.

- Carcinoma indiferenciado: representa entre el 1 % y 2 % de las lesiones. Se presenta en 2 subtipos: células grandes y células pequeñas. Son de mal pronóstico.
- Carcinoma mixto: compuesto por dos o más subtipos. (Pérez y col, 2007)

2.2 7 Tratamiento

El tratamiento estándar para el carcinoma del endometrio es la histerectomía con ooforosalingectomía bilateral y linfadenectomía pélvica selectiva o al azar. La radioterapia de haz externo, la braquiterapia o ambas, forman parte integral del tratamiento del cáncer de endometrio. Debe hacerse una consideración especial al tratamiento hormonal del cáncer del endometrio(Terán, 1999). Las repercusiones terapéuticas consisten en que la estimulación estrogénica tiene el potencial de incrementar el crecimiento tumoral, mientras que el tratamiento con progesterona puede detener o revertir la proliferación del tumor. (Creasman y col., 1985; Ehrlih y col., 1988).

CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO

3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN.

La investigación llevada a cabo fue de tipo retrospectivo ya que para obtener la información fue necesaria la revisión de historias clínicas de los pacientes con diagnóstico de carcinoma de endometrio desde el periodo de enero 1999 –diciembre 2008.

También es de tipo documental porque fue necesaria la revisión de bibliografía para sustentar teóricamente la investigación.

3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

3.2.1 POBLACIÓN

Estuvo representada por todos los casos de cáncer atendidos en el Hospital Universitario “Dr. Luís Razetti” de Barcelona estado Anzoátegui durante el período enero 1999- diciembre 2008, quedando establecida una población de 5.311 pacientes.

3.2.2 MUESTRA

Estuvo constituida por 61 pacientes con diagnóstico de carcinoma de endometrio atendidos en el Hospital Universitario “Dr. Luís Razetti” de Barcelona estado Anzoátegui durante el período enero 1999- diciembre 2008.

3.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes con diagnóstico de carcinoma de endometrio, atendidos en el Hospital Universitario “Dr. Luís Razetti” de Barcelona estado Anzoátegui durante el período enero 1999- diciembre 2008.
- Comprobación histológica del diagnóstico por biopsia de endometrio.

3.4 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes sin confirmación histológica.

3.5 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

En esta investigación los datos fueron recogidos por los investigadores, los cuales emplearon para la obtención de los datos instrumento de recolección adaptados a los requerimientos del estudio donde se registró la información de cada una de las historias clínica de los pacientes con diagnóstico de cáncer de endometrio atendidos en el Hospital Universitario “Dr. Luís Razetti” de Barcelona que conformaron la muestra.

Se diseñó como instrumento una tabla de recolección de dato la cual consta de: Datos personales (edad) número de historia, antecedentes ginecobstétricos (Edad menarquia, Edad de menopausia, paridad, uso de anticonceptivos orales, terapia de

reposición hormonal sólo estrógeno) antecedentes familiares de cáncer, antecedentes personales (cáncer de cualquier tipo, diabetes e hipertensión arterial), síntomas iniciales, tipo histológico del carcinoma y tratamiento recibido.

3.6 RECURSOS HUMANOS

-Los tesistas: Boada, Arquímedes; Díaz, Juana; José Martínez.

-El asesor Dr. Humberto Gómez

-Personal del Departamento de historias médicas.

3.6 MATERIALES Y MÉTODOS

3.6.1 MATERIALES

- Tarjeta Kardex.
- Historias médicas.
- Tabla de recolección de datos.
- Bolígrafos.

3.6.2 MÉTODO

- Se clasificaron las historias según código de tarjetas Kardex.
- Posteriormente se realizó la revisión de historias.
- Se consignaron en la tabla de recolección los datos de las historias de los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión.
- Representación de los resultados en tablas y gráficos.
- Análisis de los datos.

3.7 TRATAMIENTO ESTADÍSTICO DE LOS DATOS

Se utilizó el método de procesamiento manual de los palotes para realizar la contabilidad en la que partiendo directamente de la tabla de recolección de datos, se anotó en hoja aparte un palote cada vez que se encontró una unidad que poseía las características a estudiar o las combinaciones de ella que se hicieron y, posteriormente, se reunieron los datos en tablas y gráficos que permitió visualizar los resultados para ser comparado con la teoría y posterior análisis.

CAPÍTULO IV. ANALISIS Y PRESENTACION DE LOS RESULTADOS

4.1 PRESENTACION DE RESULTADOS

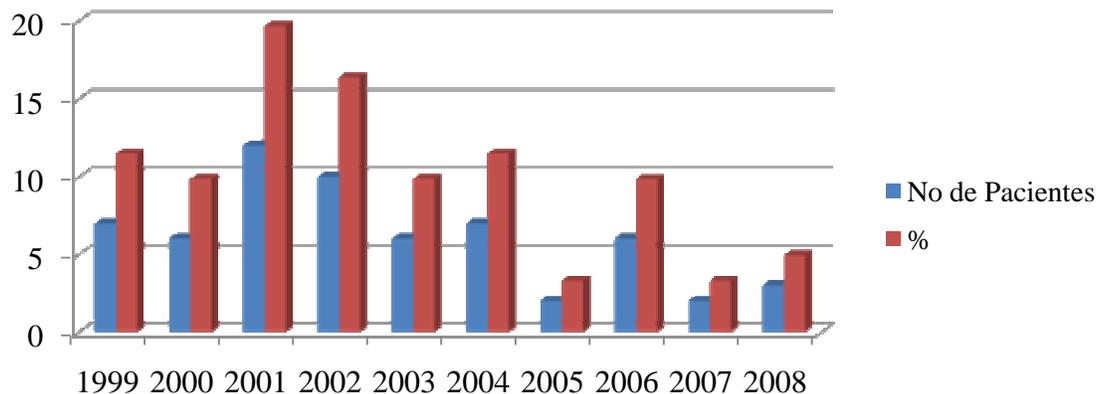
Tabla N° 1.: MORBILIDAD DE CARCINOMA DE ENDOMETRIO SEGÚN AÑO DE DIAGNÓSTICO, HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. LUÍS RAZETTI", BARCELONA ESTADO ANZOÁTEGUI, ENERO 1999-DICIEMBRE 2008.

Año	N° de Pacientes	%
1999	7	11,47
2000	6	9,84
2001	12	19,67
2002	10	16,39
2003	6	9,84
2004	7	11,47
2005	2	3,28
2006	6	9,83
2007	2	3,28
2008	3	4,92
Total	61	100

Fuente: Archivo de historias médicas del hospital universitario "Dr. Luis Razetti".

Figura N° 1.

MORBILIDAD DE CARCINOMA DE ENDOMETRIO SEGÚN AÑO DE DIAGNÓSTICO, HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. LUÍS RAZETTI", BARCELONA ESTADO ANZOÁTEGUI, ENERO 1999-DICIEMBRE 2008.



Fuente: tabla N° 1

En la tabla N° 1 y figura N°1 se observa que la morbilidad del carcinoma de endometrio en el hospital universitario “Dr. Luis Razetti” de Barcelona en el periodo enero 1999- diciembre 2008 fue de 61 pacientes, de los cuales el mayor numero estuvo representado en los años 2001 y 2002, con 12 (19,67%) y 10 (16,39%) pacientes respectivamente, también se puede observar una disminución progresiva a partir del 2002 llegando a 3 pacientes en 2008.

Tabla N° 2.

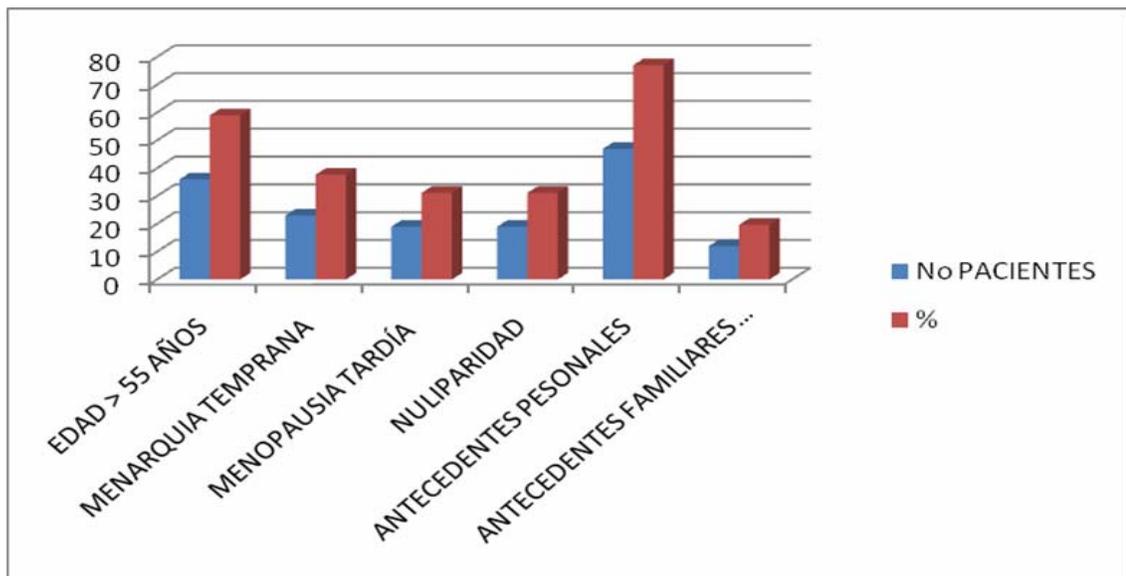
DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON CARCINOMA DE ENDOMETRIO SEGÚN FACTORES DE RIESGOS, HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. LUÍS RAZETTI", BARCELONA ESTADO ANZOÁTEGUI, ENERO 1999-DICIEMBRE 2008.

Factores de riesgo	N° pacientes	%
Edad > 55 años	36	59,02
Menarquia temprana	23	37,70
Menopausia tardía	19	31,15
Nuliparidad	19	31,15
Antecedentes personales	47	77,05
Antecedentes familiares de cáncer	12	19,67

Fuente: Archivo de historias médicas del hospital universitario "Dr. Luis Razetti".

Figura N° 2

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON CARCINOMA DE ENDOMETRIO SEGÚN FACTORES DE RIESGOS, HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. LUÍS RAZETTI", BARCELONA ESTADO ANZOÁTEGUI, ENERO 1999-DICIEMBRE 2008.



Fuente: tabla N°2

En la tabla y figura N°2 se aprecia que el factor de riesgo más frecuente en los pacientes con carcinoma de endometrio atendidos en el Hospital Universitario "Dr. Luís Razetti" en el período 1999-2008 son los antecedentes personales con 47 pacientes (77,05%) que incluyen la hipertensión arterial, diabetes mellitus, obesidad y otros, seguido la edad mayor de 55 años que estuvo presente en 36 pacientes (59,02%); la menarquía temprana, menopausia tardía y la nuliparidad presentaron una frecuencia similar con 23 pacientes (37,70%), 19 (31,15%), 19 (35,15%) respectivamente. En 1988 Espinoza concuerda con estos resultados debido a que los antecedentes personales ocupan el primer lugar como factor de riesgo.

Tabla No 3

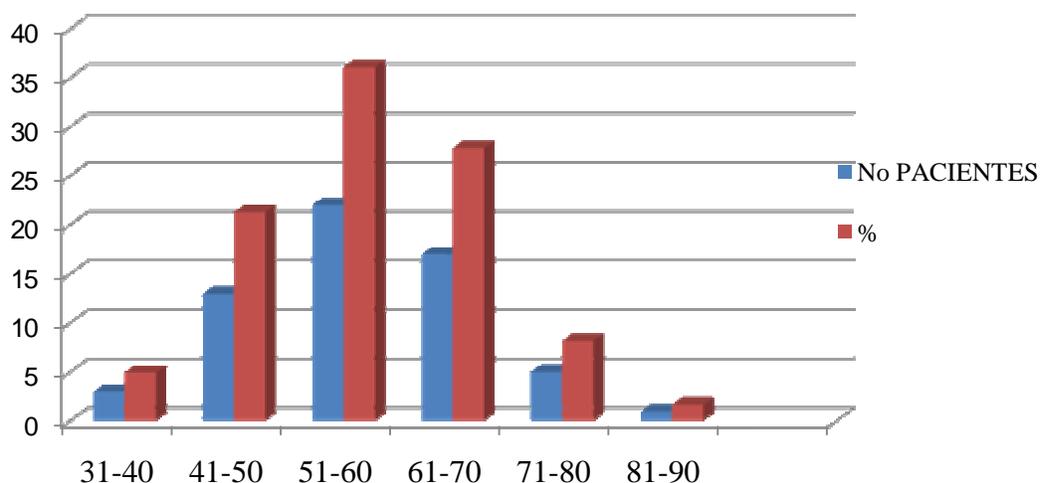
DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON CARCINOMA DE ENDOMETRIO SEGÚN GRUPOS ETARIOS, HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. LUÍS RAZETTI" BARCELONA ESTADO ANZOÁTEGUI, ENERO 1999-DICIEMBRE 2008.

Grupo etario (Años)	Nº Pacientes	%
31-40	3	4,92
41-50	13	21,31
51-60	22	36,06
61-70	17	27,87
71-80	5	8,20
81-90	1	1,64
Total	61	100

Fuente: Archivo de historias médicas del hospital universitario "Dr. Luís Razetti".

Figura N° 3.

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON CARCINOMA DE ENDOMETRIO SEGÚN GRUPOS ETARIOS, HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. LUÍS RAZETTI" BARCELONA ESTADO ANZOÁTEGUI, ENERO 1999- DICIEMBRE 2008.



Fuente: tabla N°3

De la tabla N° 3 y figura N° 3 se analiza que el mayor número de casos se encontró en el grupo etario 51-60 con 22 pacientes (36,06%) seguido por el grupo de 61-70 años de edad con 17 pacientes (27,87%), a continuación el grupo etario de 41-50 años con 13 pacientes(21,16%). concordando este hecho con el estudio presentado por Espinoza en 1988 donde dio a conocer que el 59,4% de los casos pertenecían en este grupo etario.

Tabla N° 4.

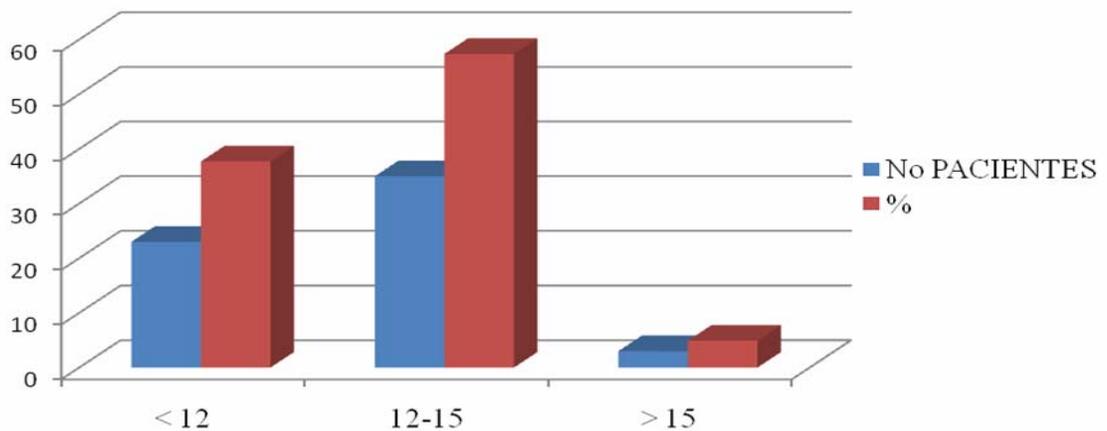
**DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON CARCINOMA DE ENDOMETRIO
SEGÚN EDAD DE APARICIÓN DE LA MENARQUIA, HOSPITAL
UNIVERSITARIO "DR. LUÍS RAZETTI" BARCELONA ESTADO
ANZOÁTEGUI, ENERO 1999- DICIEMBRE 2008.**

Edad de aparición de la menarquia (Años)	N° Pacientes	%
< 12	23	37,70
12-15	35	57,38
> 15	3	4,92
Total	61	100

Fuente: Archivo de historias médicas del hospital universitario "Dr. Luis Razetti".

Figura N° 4.

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON CARCINOMA DE ENDOMETRIO SEGÚN EDAD DE APARICIÓN DE LA MENARQUIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. LUÍS RAZETTI" BARCELONA ESTADO ANZOÁTEGUI, ENERO 1999- DICIEMBRE 2008.



Fuente: tabla N°4

En la tabla y figura N° 4 se interpreta que las edades de la menarquia entre 12 y 15 años es la más frecuente con 35 casos (57,37%), seguido por la menarquia temprana (< 12 años) con 23 casos (37,70%) y solo 3 pacientes con menarquia mayor de 15 años, esto contrasta con lo dicho por Espinoza en 1988 donde el mayor porcentaje (48,65%) correspondió a la menarquía temprana.

Tabla N° 5.

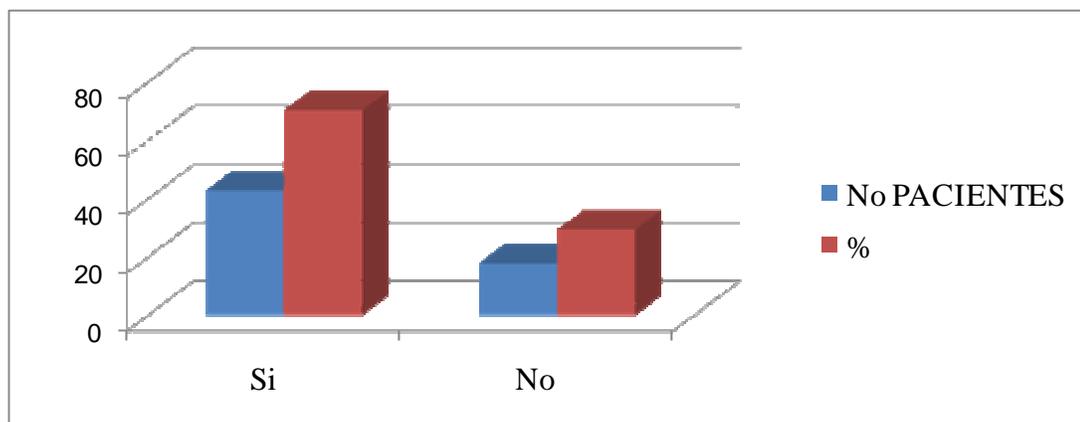
DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON CARCINOMA DE ENDOMETRIO SEGÚN PRESENCIA O NO DE MENOPAUSIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. LUÍS RAZETTI" BARCELONA ESTADO ANZOÁTEGUI, ENERO 1999- DICIEMBRE 2008.

Menopausia	N° Pacientes	%
Si	43	70,49
No	18	29,51
Total	61	100

Fuente: Archivo de historias médicas del hospital universitario "Dr. Luis Razetti".

Figura N° 5.

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON CARCINOMA DE ENDOMETRIO SEGÚN PRESENCIA O NO DE MENOPAUSIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. LUÍS RAZETTI" BARCELONA ESTADO ANZOÁTEGUI, ENERO 1999- DICIEMBRE 2008.



Fuente: tabla N° 5

En la tabla y figura N° 5 se observa que de los 61 pacientes estudiados, la menopausia se presentó en 43 de ellos (70,49%), siendo este resultado similar al publicado por Espinoza en 1988 con un 75,76%, Perez y col en 2007 un 83% y Quijada en 2003 84,13%, afirmando así que el mayor porcentaje de las mujeres con cáncer de endometrio presentan menopausia.

Tabla N° 6.

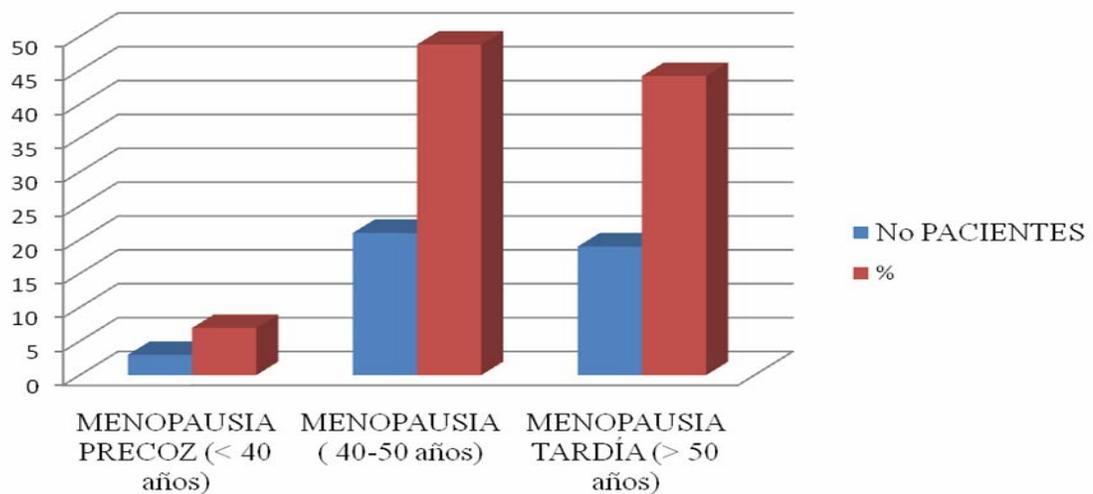
DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON CARCINOMA DE ENDOMETRIO SEGÚN TIPO DE MENOPAUSIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. LUÍS RAZETTI" BARCELONA ESTADO ANZOÁTEGUI, ENERO 1999-DICIEMBRE 2008.

Tipo de menopausia	N° Pacientes	%
Menopausia precoz (< 40 años)	3	6,97
Menopausia (40-50 años)	21	48,84
Menopausia tardía (> 50 años)	19	44,19
Total	43	100

Fuente: Archivo de historias médicas del hospital universitario "Dr. Luis Razetti".

Figura N° 6.

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON CARCINOMA DE ENDOMETRIO SEGÚN TIPO DE MENOPAUSIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO “DR. LUÍS RAZETTI” BARCELONA ESTADO ANZOÁTEGUI, ENERO 1999-DICIEMBRE 2008.



Fuente: tabla N°6

En la tabla y figura N° 6, se puede apreciar que de las 43 pacientes que presentaron menopausia, 3 de ellas (6,97%) presentaron menopausia precoz, mientras que la menopausia en edades normales se presentó en 21 pacientes (48,84%) y la menopausia tardía en 19 pacientes (44,19%). Este resultado difiere con el presentado por Quijada en el 2003 donde el mayor porcentaje (61,70%) estuvo representado por la menopausia tardía.

Tabla N° 7.

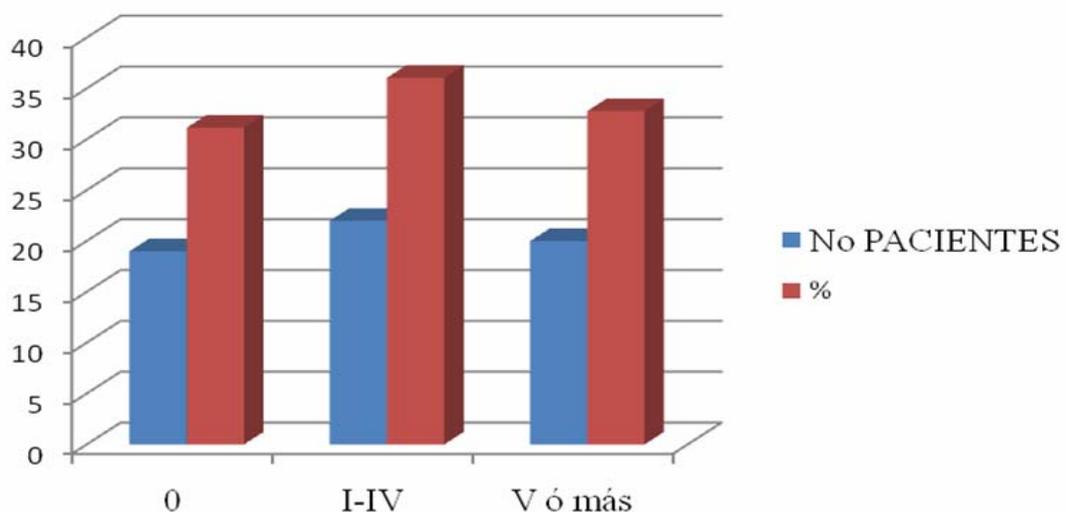
**DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON CARCINOMA DE ENDOMETRIO
SEGÚN PARIDAD, HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. LUÍS RAZETTI",
BARCELONA ESTADO ANZOÁTEGUI, ENERO 1999- DICIEMBRE 2008.**

Paridad	Nº Pacientes	%
0	19	31,15
I-IV	22	36,06
V ó más	20	32,77
Total	61	100

Fuente: Archivo de historias médicas del hospital universitario "Dr. Luis Razetti".

Figura N° 7.

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON CARCINOMA DE ENDOMETRIO SEGÚN PARIDAD, HOSPITAL UNIVERSITARIO “DR. LUÍS RAZETTI” BARCELONA ESTADO ANZOÁTEGUI, ENERO 1999- DICIEMBRE 2008.



Fuente: tabla N°7

En la tabla y figura N° 7 se observa que 22 pacientes (36,06%) tuvieron una paridad entre I y IV, 20 pacientes (32,77%) tuvieron una paridad mayor de V, mientras que 19 pacientes (31,15%) resultaron nulíparas. coincidiendo con el estudio de Espinoza en 1988 y Quijada en 2003 quienes encontraron que el mayor número de casos ocurrió en mujeres que tuvieron entre I y IV partos, seguidos del grupo de 5 o más partos ocurriendo la menor frecuencia en las nulíparas.

Tabla No 8.

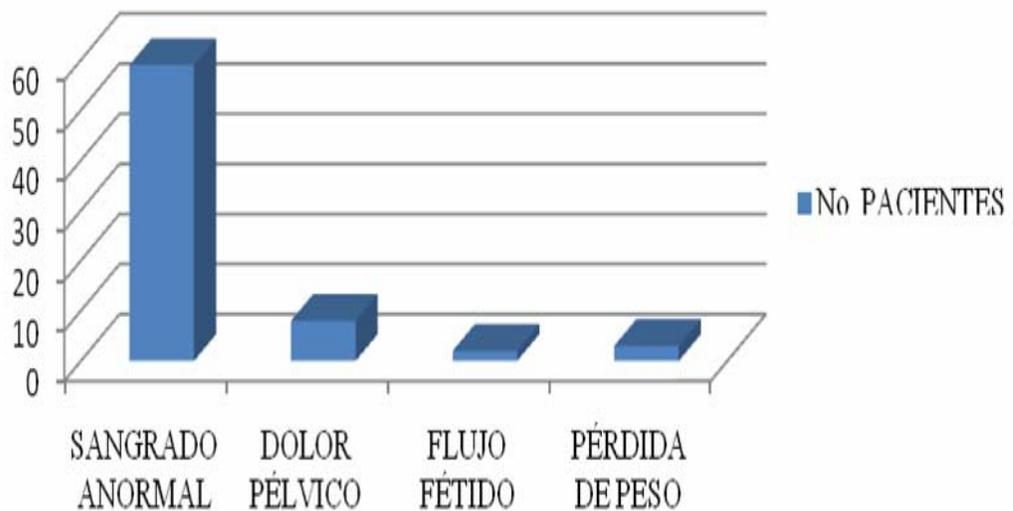
**DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON CARCINOMA DE ENDOMETRIO
SEGÚN SINTOMATOLOGÍA PRESENTADA, HOSPITAL UNIVERSITARIO
"DR LUÍS RAZETTI" BARCELONA ESTADO ANZOÁTEGUI, ENERO
1999- DICIEMBRE 2008.**

Síntomas	Nº Pacientes	%
Sangrado anormal	59	96,72%
Dolor pélvico	8	13,1%
Flujo fétido	2	3,27%
Pérdida de peso	3	4,9%

Fuente: Archivo de historias médicas del hospital universitario "Dr. Luis Razetti".

Figura N° 8.

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON CARCINOMA DE ENDOMETRIO SEGÚN SINTOMATOLOGÍA PRESENTADA, HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. LUÍS RAZETTI" BARCELONA ESTADO ANZOÁTEGUI, ENERO 1999- DICIEMBRE 2008.



Fuente: Tabla N° 8

En la tabla y figura N° 8 el síntoma más frecuente fue el sangrado anormal que se presentó en 59 pacientes, seguido del dolor pélvico, pérdida de peso y flujo fétido que estuvieron presentes en 8, 3 y 2 pacientes respectivamente. Estos resultados coinciden con lo dicho por Quijada en el 2003, Espinoza en el 1988 y castillo en el 1991 donde se demuestra que el síntoma principal presentado por las pacientes es el sangrado anormal seguida de dolor y pérdida de peso.

Tabla N° 9.

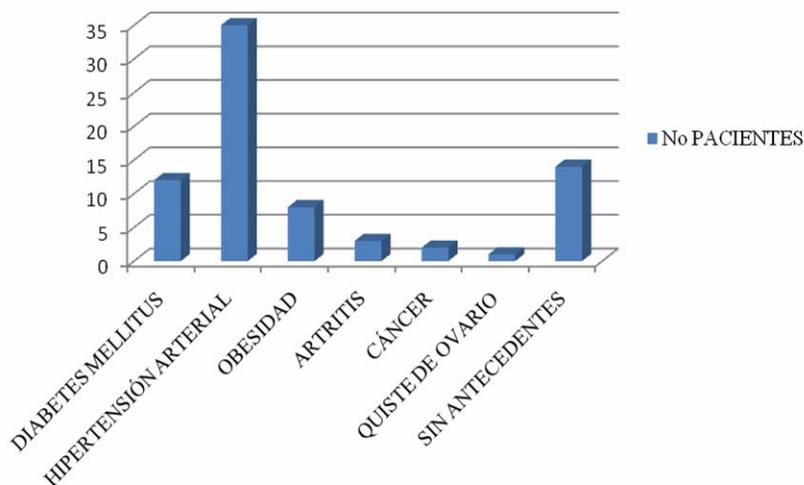
DISTRIBUCIÓN PACIENTE CARCINOMA ENDOMETRIAL SEGÚN ANTECEDENTES PERSONALES, HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. LUÍS RAZETTI" BARCELONA ESTADO ANZOÁTEGUI, ENERO 1999-DICIEMBRE 2008.

Antecedentes de Personales	N° Pacientes	%
Diabetes mellitus	12	19,67
Hipertensión arterial	35	53,37
Obesidad	8	13,11
Artritis	3	4,91
Cáncer	2	3,27
Quiste de ovario	1	1,63
Sin antecedentes	14	22,95

Fuente: Archivo de historias médicas del hospital universitario "Dr. Luis Razetti".

Figura N° 9.

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON CARCINOMA DE ENDOMETRIO SEGÚN ANTECEDENTES PERSONALES, HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. LUÍS RAZETTI" BARCELONA ESTADO ANZOÁTEGUI, ENERO 1999- DICIEMBRE 2008.



Fuente: Tabla N° 9

En la tabla y figura N° 9 la patología con mayor frecuencia como antecedente personal es la hipertensión arterial con 35 (53,37%) pacientes, en orden de frecuencia continuó la diabetes mellitus y la obesidad que estuvieron presentes en 12 (19,67%) y 8 (13,11%) pacientes respectivamente, mientras que 14 pacientes no presentaron antecedentes personales. En igual orden de ideas Quijada en el 2003 mostró que la hipertensión arterial correspondía al 70,21% de los pacientes seguidos por la diabetes y la obesidad con 19,14% y 17,02% respectivamente. Contrario a este estudio Espinoza en 1988 publicó que la mayoría de los pacientes no presentaron antecedentes personales relacionados con el cáncer de endometrio con un porcentaje de 48,64%, seguido por la hipertensión arterial con un 29,73%.

Tabla N° 10.

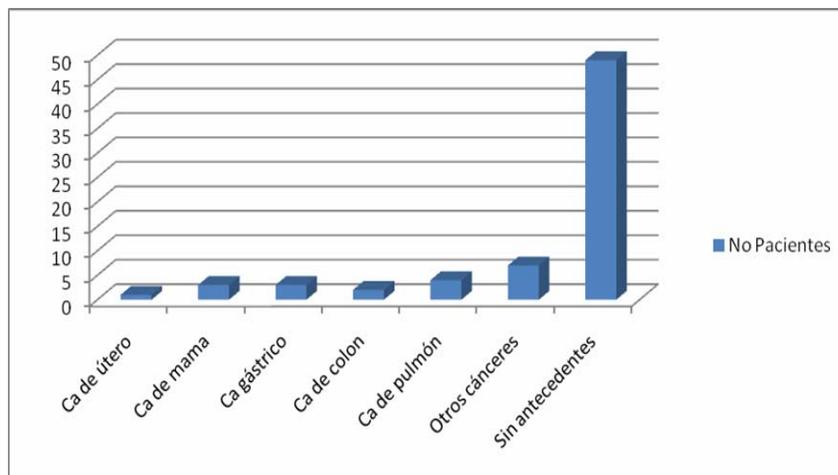
DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON CARCINOMA DE ENDOMETRIO SEGÚN ANTECEDENTES FAMILIARES DE CÁNCER, HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. LUÍS RAZETTI" BARCELONA ESTADO ANZOÁTEGUI, ENERO 1999- DICIEMBRE 2008.

Antecedentes Familiares	Nº Pacientes	%
Ca de útero	1	1,63%
Ca de mama	3	4,91%
Ca gástrico	3	4,91%
Ca de colon	2	3,27%
Ca de pulmón	4	6,55%
Otros cánceres	7	11,47%
Sin antecedentes	49	80,32%

Fuente: Archivo de historias médicas del hospital universitario "Dr. Luis Razetti".

Figura N° 10.

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON CARCINOMA DE ENDOMETRIO SEGÚN ANTECEDENTES FAMILIARES DE CÁNCER, HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. LUÍS RAZETTI" BARCELONA ESTADO ANZOÁTEGUI, ENERO 1999- DICIEMBRE 2008.



Fuente: Tabla N° 10

En la tabla y figura N° 10 respecto a los antecedentes familiares de cáncer, se encontró que 49 pacientes (88,32%) no presentaron antecedentes familiares de cáncer y entre los pacientes que si presentaron este antecedentes el más frecuente fue el Ca de pulmón, seguido del Ca de mama con 3 pacientes, Ca gástrico 3 pacientes, Ca de colon 2 pacientes, útero 1 paciente y 7 pacientes presentaron otros cánceres. Coincide con el estudio de Pérez y col en 2007 donde la mayoría de los pacientes (60%) no tenían antecedentes familiares de cáncer sin embargo contrasta en que el antecedente de cáncer más frecuente fue el de mama con 8%.

Tabla N° 11.

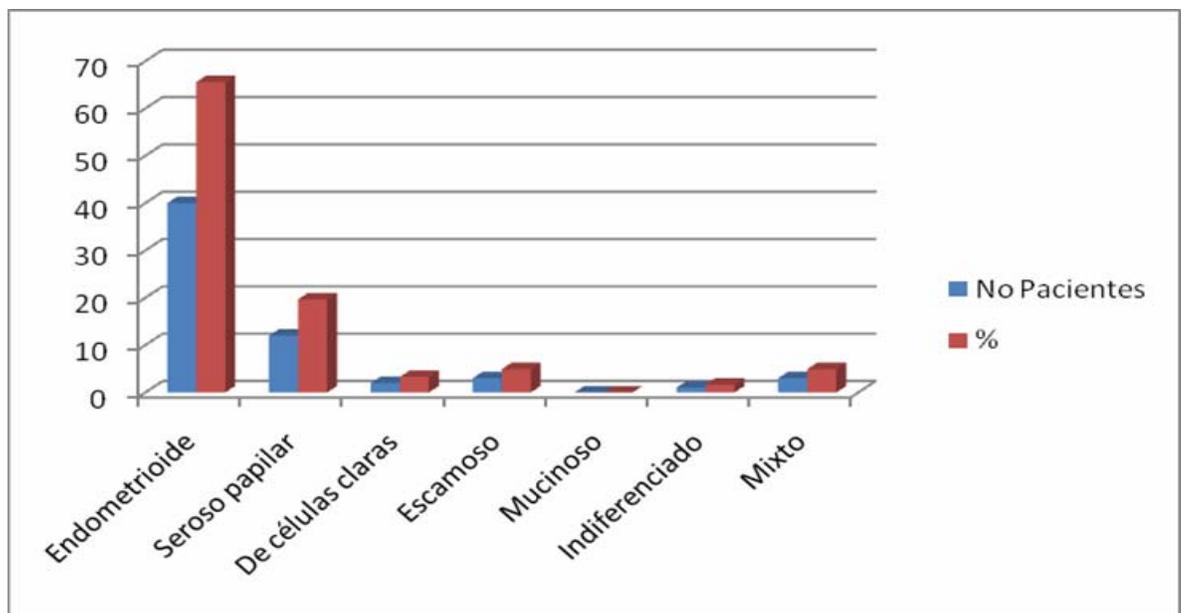
**DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON CARCINOMA DE ENDOMETRIO
SEGÚN TIPO HISTOLÓGICO, HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. LUÍS
RAZETTI" BARCELONA ESTADO ANZOÁTEGUI, ENERO 1999-
DICIEMBRE 2008.**

Tipo histológico	N° Pacientes	%
Endometrioide	40	65,57
Seroso papilar	12	19,67
De células claras	2	3,28
Escamoso	3	4,92
Mucinoso	0	0,00
Indiferenciado	1	1,64
Mixto	3	4,92
Total	61	100

Fuente: Archivo de historias médicas del hospital universitario "Dr. Luis Razetti".

Figura N° 11.

DISTRIBUCIÓN PACIENTES CON CARCINOMA ENDOMETRIO SEGÚN TIPO HISTOLÓGICO, HOSPITAL UNIVERSITARIO “DR. LUÍS RAZETTI” BARCELONA ESTADO ANZOÁTEGUI, ENERO 1999- DICIEMBRE 2008.



Fuente: tabla N° 11

En la Tabla N° 11 y figura N° 11, se encontró que el tipo histológico más frecuente fue el endometrioid el cual se presentó en 40 pacientes (65,57%), seguido del tipo seroso papilar en 12 pacientes (19,67%), luego tipo escamoso y mixto que se presentaron en 3 pacientes (4,92%) cada uno, por último el de células claras en 2 pacientes (3,28%) y sólo un paciente (1,64%) presentó el tipo indiferenciado. Coincide con los resultados de Quijada en 2003 donde el tipo histológico más frecuente fue el endometrioid.

Tabla N° 12.

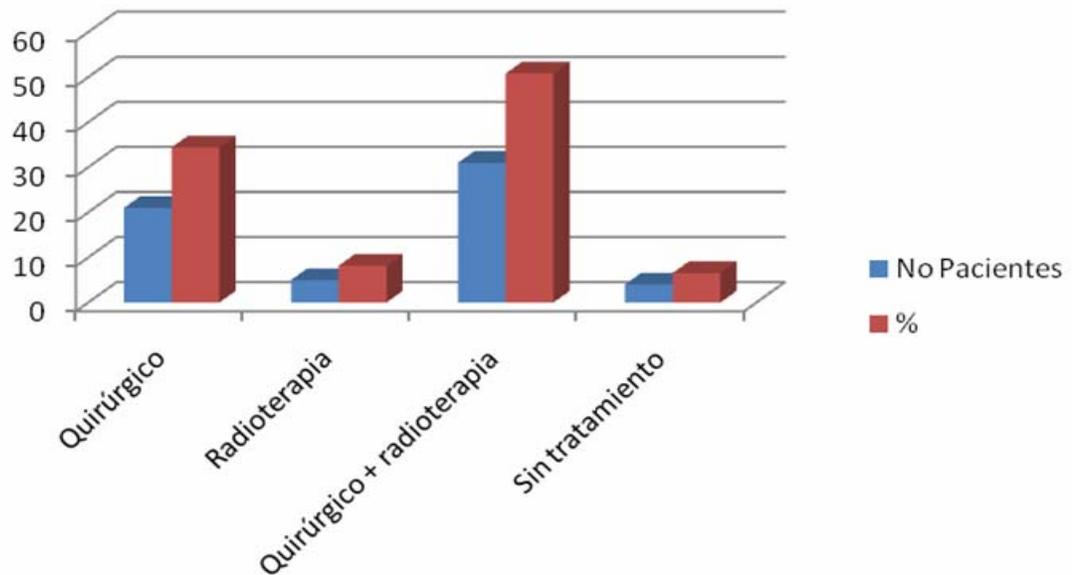
DISTRIBUCIÓN PACIENTES CON CARCINOMA ENDOMETRIO SEGÚN TRATAMIENTO RECIBIDO, HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. LUÍS RAZETTI" BARCELONA ESTADO ANZOÁTEGUI, ENERO 1999-DICIEMBRE 2008.

Tratamiento recibido	Nº Pacientes	%
Quirúrgico	21	34,43
Radioterapia	5	8,19
Quirúrgico + radioterapia	31	50,82
Sin tratamiento	4	6,56
Total	61	100

Fuente: Archivo de historias médicas del hospital universitario "Dr. Luis Razetti".

Figura N° 12.

DISTRIBUCIÓN PACIENTES CON CARCINOMA ENDOMETRIO SEGÚN TRATAMIENTO RECIBIDO, HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. LUÍS RAZETTI" BARCELONA ESTADO ANZOÁTEGUI, ENERO 1999 - DICIEMBRE 2008.



En la tabla y Figura N° 12, de los 61 pacientes estudiados se encontró que 21 pacientes (34,43%) recibieron tratamiento quirúrgico, 5 pacientes (8,19%) recibieron solo tratamiento con radioterapia, 31 pacientes (50,82%) recibieron tratamiento quirúrgico más radioterapia y en 4 pacientes (6,55%) no se encontraron registros de tratamiento. Este resultado concuerda con el estudio realizado por Castillo en 1991 y Espinoza en 1988 donde el mayor número de pacientes recibieron tratamiento combinado de radioterapia e histerectomía.

CAPITULO V. CONCLUSIIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

1. La morbilidad de carcinoma endometrial en el Hospital universitario “Dr. Luís Razetti” Barcelona, Anzoátegui durante el período enero 1999-2008 fue de 61 pacientes.
2. En el año 2001 se diagnosticaron el mayor número de pacientes con Carcinoma de Endometrio.
3. El factor de riesgo que se presento con mayor frecuencia fue los antecedentes personales.
4. El grupo etario que presento mayor porcentaje de Carcinoma de Endometrio fue el comprendido entre 51 – 60 años de edad.
5. La mayoría de los casos con Carcinoma de Endometrio se presentó en pacientes que presentaron menarquía en edades comprendidas entre 12 y 15 años.
6. La mayoría de los pacientes con diagnostico de carcinoma de endometrio habían alcanzado la menopausia.
7. La menopausia en edades comprendidas entre 40 y 50 años fue la que presento mayor porcentaje de pacientes con Carcinoma de Endometrio.
8. El mayor número de casos con Carcinoma de Endometrio tenían una paridad entre I y IV.
9. La sintomatología más frecuente fue el sangrado anormal.

10. El antecedente personal que predominó fue la hipertensión arterial.
11. El antecedente familiar de cáncer que tuvo mayor frecuencia fue el cáncer de pulmón.
12. El tipo histológico más frecuente fue el de tipo endometrioides.
13. La mayoría de los pacientes recibió tratamiento combinado, quirúrgico más radioterapia

5.2 RECOMENDACIONES

1. Promover por medio del servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Universitario Dr. Luis Razetti, campañas dirigidas a la comunidad, sobre la patología estudiada para así colaborar con el diagnóstico temprano de la comunidad.
2. Educar a todas aquellas mujeres en edad avanzada sobre el carcinoma de endometrio periódicamente, y así crear conciencia sobre las consecuencias producidas por ésta.
3. Modernizar los registros de datos (Historias Médicas) con lo cual se evitaría errores y subregistros, lo que constituye un atraso y además una brecha para la crítica de nuestro trabajo de investigación.

4. A los médicos generales y estudiantes de medicina que laboran en el país y principalmente dirigido al Hospital Universitario Dr. Luis Razetti indagar fehacientemente acerca de los factores de riesgo que constituyen un enlace importante en el desarrollo de esta patología.

BIBLIOGRAFÍA

- Berek J. S. (2004) Ginecología de Novak.13ª ed. Mexico. Mc Graw-Hill-interamericana, 921.
- Blumenfeld M., Turner P (1996) Ultrasonografía transvaginal en la valoración de la hiperplasia y cáncer endometrial. Clin Obstet Ginecol; 3:589-601.
- Bokhman J. V. (1983)Two pathogenetic types of endometrial carcinoma. Ginecol oncol; 15:10-17.
- Castillo M.,y col.(1991). Revista médica Hondureña. Adenocarcinoma de Endometrio análisis de once años: 1980 a 1990. Vol. 59; pág. 92-98.
- Creasman WT, Soper JT, McCarty KS Jr, et al (1985): Influence of cytoplasmatic steroid receptor content on prognosis of early stage endometrial carcinoma. Am J Obstet Gynecol; 51: 952.
- Creasman WT, Odicino f, Maisonneuve P, Beller U, Benedet JL, Heintz AP, et al (2001): carcinoma of the corpus uteri. J Epidemiol Biostat, 6, 47.

- Ehrlich CE, Young PCM, Stehman FB, et al (1988): Steroid receptors and clinical outcome in patients with adenocarcinoma of the endometrium. *Am J Obstet Gynecol*, 158: 796.
- Espinoza J. (1988) Estudio epidemiológico del cáncer de endometrio en el Hospital Universitario Antonio Patricio de Alcalá (HUAPA) cumaná 1978-1987.
- Fortier KJ (1986): Postmenopausal bleeding and the endometrium. *Clin Obstet Gynecol*, 29: 440-445.
- González M., J. González B., E. González B.(2003): *Ginecología 8^{va} ed.* Barcelona. Masson, 509-512. Hernández E. (2001): *Clínicas de ginecología y obstetricia. Adenocarcinoma Endometrial.* 4: 683-693.
- Judd HL, Shamonki IM, Frumar AM, Lagasse LD (1982). Origin of serum estradiol in postmenopausal women. *Obstet Gynecol*, 59, 680.
- Levi F, Randimbison L, Te VC, Franceschi S, La Vecchia C (2000). Trends in survival for patients diagnosed with cancer in Vaud, Switzerland, between 1974 and 1993. *Annals of Oncology* 11:957-963.

- Pacheco JC., Kempers RD (1968). Etiology of postmenopausal bleeding. *Obstet Gynecol.* 32: 40-46.
- Perez R., Pontillo H., Urbistazu J. *et al* (2007). Epidemiología y factores de riesgo en pacientes con Adenocarcinoma de Endometrio. *Rev. Venez. oncol.*, vol.19, no.4, p.313-320. ISSN 0798-0582.
- Quijada R., Rojas P. (2003). Morbilidad de adenocarcinoma endometrial según pacientes mayores de 15 años. Hospital universitario “Dr. Luís Razetti” Barcelona estado Anzoátegui. 1999-2002.
- Rose PG (1996). Endometrial carcinoma. *N Engl J Med*, 335, 640.
- Sáez M., Vizcaíno O, Sedeño B. y Lara P (2004). cáncer de endometrio. Instituto Canario de Investigación del Cáncer. *Biocáncer* 1.
- Shepherd JH (1989). Revised FIGO staging for gynecological cáncer: *Br J Obstet Gynecol*, 96, 889.
- Terán D. J., Febres B. F. (1999). *Medicina del Climaterio y la Menopausia.* Ateproca. C.A, 138-14

ANEXO

Tabla de recolección de datos

Nº Historia					
Edad					
Edad de menarquía					
Edad de menopausia					
Paridad					
Antecedentes personales de cáncer, hipertensión, diabetes y obesidad					
Antecedentes familiares de cáncer					
Uso de anticonceptivos orales					
Terapia de reposición					

hormonal solo estrógeno					
Uso de tamoxifeno					
Síntomas iniciales					
Tipo histológico de cáncer de endometrio					
Tratamiento recibido					

Año de diagnostico: _____

**METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y
ASCENSO:**

TÍTULO	MORBILIDAD DE CARCINOMA ENDOMETRIAL SEGÚN FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS, HOSPITAL UNIVERSITARIO “DR. LUÍS RAZETTI” BARCELONA ANZOÁTEGUI 1999-2008.
SUBTÍTULO	

AUTOR (ES):

APELLIDOS Y NOMBRES	CÓDIGO CULAC / E MAIL
Boada D. Arquímedes R.	CVLAC: 16.486.572 E MAIL:boada5000@hotmail.com
Díaz M. Juana del V.	CVLAC: 16.703.084 E MAIL:juani9893@hotmail.com
Martínez A. José G.	CVLAC: 16.816.283 E MAIL:jgma2007@hotmail.com

PALÁBRAS O FRASES CLAVES:

Morbilidad

Carcinoma endometrial

Factores epidemiológicos

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

ÁREA	SUBÁREA
CIENCIAS DE LA SALUD	MEDICINA

RESUMEN (ABSTRACT):

La incidencia del cáncer de cuerpo uterino se sitúa en 24.5 por 100.000 mujeres/año según los datos publicados por el Instituto del cáncer de Estados Unidos, la incidencia estimada para todo el mundo es de 18,2 por 100.000 mujeres/ año. El presente trabajo de investigación es de tipo retrospectivo y documental cuyo objetivo principal es determinar la morbilidad de carcinoma endometrial según factores epidemiológicos en el “Hospital Universitario Dr. Luis Razetti” Barcelona- Estado Anzoátegui 1999- 2008 .La muestra estuvo conformada por 61 pacientes con diagnostico de carcinoma endometrial durante el periodo mencionado, a los cuales se le aplicó un instrumento de recolección de datos (tipo tabla) donde se recogió información acerca de los factores de riesgo de carcinoma de endometrio (edad, antecedentes personales y familiares, menarquía temprana, menopausia tardía, paridad, entre otros),así como el tipo histológico del mismo y el tratamiento recibido. Posteriormente se realizaron tablas y figuras expresadas en porcentajes cuyo análisis reveló: que la morbilidad de carcinoma de endometrio en el período 1999-2008 fue de 61pacientes, en el año 2001 se diagnosticaron el mayor número de pacientes con Carcinoma de Endometrio y el factor de riesgo que se presento con mayor frecuencia fue los antecedentes personales (hipertensión arterial, diabetes, obesidad entre otros). El grupo etario que presento mayor porcentaje de Carcinoma de Endometrio fue el comprendido entre 51 – 60 años de edad presentando como sintomatología más frecuente el sangrado anormal. El tipo histológico que más se presentó fue el de tipo endometrioide y el tratamiento más utilizado fue el combinado, quirúrgico más radioterapia.

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:**CONTRIBUIDORES:**

APELLIDOS Y NOMBRES	ROL / CÓDIGO CVLAC / E_MAIL				
Gómez, Humberto	ROL	CA	AS X	TU	JU
	CVLAC:	3.851.145			
	E_MAIL				
	E_MAIL				
Álvarez, Juan C.	ROL	CA	AS	TU	JU X
	CVLAC:	8.318.568			
	E_MAIL				
	E_MAIL				
Moschella, Filomena	ROL	CA	AS	TU	JU X
	CVLAC:	5.072.688			
	E_MAIL				
	E_MAIL				

FECHA DE DISCUSIÓN Y APROBACIÓN:

2009	04	16
AÑO	MES	DÍA

LENGUAJE. SPA

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:**ARCHIVO (S):**

NOMBRE DE ARCHIVO	TIPO MIME
TESIS.Epidemiología de carcinoma endometrial.doc	Application/msword

CARACTERES EN LOS NOMBRES DE LOS ARCHIVOS: A B C D E F G H I
 J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z. a b c d e f g h i j k l m n o p q r s t u v w x y
 z. 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9.

ALCANCE

ESPACIAL: Departamento de historias médicas del Hospital “Dr. Luís Razetti”,
 Barcelona, estado Anzoátegui.

TEMPORAL: Enero 1999- diciembre 2008

TÍTULO O GRADO ASOCIADO CON EL TRABAJO:

Medico Cirujano

NIVEL ASOCIADO CON EL TRABAJO:

Pregrado

ÁREA DE ESTUDIO:

Escuela de medicina

INSTITUCIÓN:

Universidad de Oriente, núcleo de Anzoátegui.

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:**DERECHOS****ARTICULO 44. Del Reglamento de Trabajo de Grado:**

“Los trabajos de grado son exclusiva propiedad de la Universidad de Oriente y solo podrán ser utilizados a otros fines con el consentimiento del Consejo de Núcleo respectivo quien lo participara al Consejo Universitario”.

Boada D. Arquímedes R

AUTOR

Díaz M. Juana del V

AUTOR

Martínez A. José G.

AUTOR

Dr. Gómez, Humberto

TUTOR

Dr. Álvarez, Juan C.

JURADO

Dra. Moschella, Filomena

JURADO

Dra. Maria Ovalles

POR LA SUBCOMISION DE TESIS