

CANCER DE CUERPO UTERINO*

Dr. J. EDUARDO VALDIVIA PONCE

CONSIDERACIONES GENERALES

El útero es el órgano carcinogénico por excelencia, y el que lleva la más alta incidencia de neoplasias malignas en la mujer.

Igualmente, resulta interesante, el hecho de que segmentos del mismo órgano, como son el cuello y el cuerpo, presenten incidencia de cáncer tan dispar, por lo menos, en nuestro medio.

Así se tiene que el cáncer de cuello uterino es el más frecuente entre nosotros y con una edad promedio de ocurrencia a los 47 (2-27).

Sigue en orden de frecuencia, pero en muy lejana posición, el cáncer de cuerpo, cuya expresión es el cáncer de endometrio.

En un trabajo realizado por el autor en 1955 (26) encontró que por cada 30 casos de cáncer de cuello veíamos solamente uno de cuerpo.

A pesar de los años transcurridos, 11, esta relación persiste. Hecho que lo explicamos ya porque existe un real aumento de cáncer de cuello; o porque existe una relativa disminución del cáncer de endometrio, debido a que las expectativas de vida en nuestra población son alrededor de 52 años para la mujer, en tanto que la edad promedio para el cáncer de cuerpo es de 57; es decir, 10 años más tarde que para el cáncer de cérvix; similar relación que la encontrada por Cosbie y Col. (6).

Las implicaciones de este tema son varias y en particular sobre la fisiología de la reproducción femenina.

Las posibilidades de aumento de cáncer de cuerpo con el aumento de la población, con el aumento de la expectativa de vida, con los métodos de diagnóstico, con las medidas de prevención, etc., etc., son hechos que tienen gran importancia para la ginecología en particular y para la medicina preventiva en general.

(*) Conferencia en el Curso de Cancerología. Hospital Central del Seguro Social del Empleado, 10-XI-1967.

Trabajo realizado en el I.N.E.N. Lima-Perú.

De aquí que en esta oportunidad comunicaremos nuestra experiencia, así como datos e informes de otros autores que consideramos en vigencia.

OBJETIVO Y MATERIAL

El objetivo del presente trabajo es mostrar en nuestro medio hospitalario la incidencia, las características clínicas, de patología, las dificultades diagnósticas, así como los resultados del tratamiento en el cáncer de cuerpo uterino.

El material corresponde a 150 historias clínicas de pacientes que con cáncer de cuerpo fueron admitidas desde 1953 a 1962 en el I. N. E. N.

Las historias clínicas han sido separadas cuidadosamente para la tabulación de datos, y el resultado de supervivencia de 5 años está basado en 112 casos.

DEFINICIONES

1. **Se denomina cáncer de cuello uterino** (Fig. N° 1): El que se inicia en los epitelios existentes en el segmento del útero, comprendido desde el orificio interno hasta la inserción de la mucosa exocervical en la vagina.

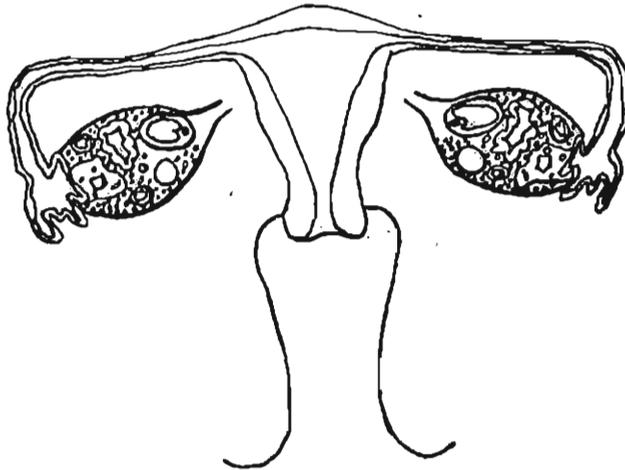


Figura N° 1

(Existen epitelios: 1) Cilíndrico; 2) Pavimentoso estratificado; y 3) A veces el de restos embrionarios).

2. **Se denomina cáncer de cuerpo uterino:** El que se inicia en los epitelios existentes en el resto del segmento de útero, comprendido por encima del orificio interno. (Existen epitelios incluso en el espesor de la pared muscular; el más importante y extenso es el endometrio. También hay de restos embrionarios).

SINONIMIA

Por ser el epitelio endometrial el más importante y el más extenso, se le denomina: **cáncer de endometrio; cáncer de fundus**, porque es en el fondo donde más frecuentemente se inicia. También se le denomina **cáncer de cuerpo**, que parece ser el nombre genérico más apropiado, ya que involucra a cualquier epitelio en su espesor. El epitelio preferentemente es cilíndrico, glandular.

PATOLOGIA: HISTOGENESIS

El tejido endometrial está sujeto a una actividad fisiológica extraordinaria durante la vida genital de la mujer.

Las irregularidades de la función ovárica se manifiestan en la morfología del endometrio. Y un ejemplo de estas alteraciones endometriales lo constituyen la hiperplasia simple, la hiperplasia glandular quística, la hiperplasia adenomatosa.

Diversos autores y desde hace mucho tiempo como Cullen en 1900; Backer en 1904; Robert Meyer en 1923; Hintze en 1929; R. Schroeder en 1928; Taylor en 1932; Novak y Yui en 1936; Gusberg en 1947; Novak y Rutledge en 1948; Hertig y Col. en 1949 (citados 13), han venido informando sobre las diferentes anomalías del endometrio con las sospechas de alguna vinculación con el cáncer del mismo; a punto tal y en resumen que pueda decirse: "Que la falta de ovulación, la hemorragia disfuncional y la hiperplasia adenomatosa, parece un síndrome de significación en la histogenesis del cáncer de endometrio y, más aún, que la hiperplasia adenomatosa es el eslabón más conspicuo de esta cadena (13), a punto tal que se considera como un Ca. in situ". En nuestro medio hay algunos trabajos interesantes como el de Hurtado Koo (16).

También debemos decir que no es infrecuente la coexistencia de dos o más lesiones como la hiperplasia adenomatosa y cáncer.

El cáncer de cuerpo uterino puede nacer en cualquier nivel del cuerpo donde exista epitelio, de preferencia en el endometrio y en la zona del fondo donde hay mayor cantidad del mismo.

El crecimiento del cáncer en el endometrio es lento, de allí su aparente y relativa benignidad; pero cuando se extiende al músculo o más allá del útero, es tan maligno como el cáncer de cuello.

El tipo histológico es variable:

CUADRO N° 1

CARCINOMA DE CUERPO UTERINO TIPO HISTOLOGICO

	Nº casos	Porcentaje
Adenocarcinoma	123	98.1
Adenoacantoma	7	5.0
Ca. epidermoide	3	2.1
Ca. no determinado	5	3.6
GRADACION HISTOLOGICA		
1.— Bien diferenciados	33	} 74.1
2.— Med. diferenciados	50	
3.— Indiferenciados	29	25.8
4.— No determinados	26	

Desde el punto de vista de extensión de la neoplasia, hay:

- a) Formas circunscritas, localizadas.
- b) Formas difusas, extensas.

La mayoría son formas circunscritas y se puede decir que el 50% de los casos comprometen la mitad de la mucosa.

La minoría son formas difusas y se extienden a todo el cuerpo y al cuello. La invasión de la musculatura es la expresión más temprana de extensión de la enfermedad y es un índice de mal pronóstico.

El cáncer de endometrio debe, pues, considerarse como una enfermedad de todo el útero.

La extensión de la neoplasia más allá del útero se realiza por varias vías:

- a) **Por vía linfática.**— Depende de la localización de la neoplasia en el en-

dometrio. Si está en el fondo, la diseminación se hace por la parte alta de los ligamentos anchos. Los linfáticos tienen anastomosis con los de la trompa y con los del hilio del ovario antes de seguir por el plexo para-aórtico del lado izquierdo y en la derecha por el de la cava; en estas circunstancias el ovario se metastatiza en el 12% de los casos.

Igualmente es posible encontrar metástasis en los ganglios inguinales, las mismas que se explican por el compromiso de los linfáticos del ligamento redondo.

Cuando el carcinoma se inicia en la porción central del cuerpo, la propagación se hace por los linfáticos laterales a lo largo de los vasos del útero y de los uréteres. El compromiso ganglionar (ganglios ilíacos, hipogástricos y obturatrices) puede llegar al 25%. Cuando la neoplasia se inicia en la cara posterior, existe la posibilidad de seguir un curso por el plexo linfático posterior por los linfáticos útero-sacros que se continúan con los linfáticos del recto y van al promontorio.

El crecimiento que se inicia en las porciones más bajas del útero, tiene las mismas posibilidades de propagación linfática retrógrada, al cuello; vagina (4 a 12%) (5).

b) **Por vía de trompa.**— La investigación ha demostrado células neoplásicas en el lumen de la trompa y en la cavidad peritoneal. Este hecho hace sospechar la posibilidad de implantes en el peritoneo y en el ovario.

c) **Por vía sanguínea.**— Esta vía explica las metástasis a los pulmones, cerebro, huesos, etc. No todas las células que transitan por el torrente sanguíneo tienen la capacidad de metastatizar. Hay estudios muy interesantes sobre estas células sospechosas que transitan en la circulación periférica (10).

d) **Por vía transperitoneal.**— Es de extensión directa; cuando la neoplasia ha llegado a la serosa visceral, es comprensible una invasión más rápida a las vísceras vecinas.

CUADRO N° 2

CANCER DE CUERPO UTERINO, CLASIFICACION INTERNACIONAL

Figo, Sept. 1961 (19)

ESTADO "O"	: Cáncer "In situ" de endometrio y lesiones sospechosas que concluyentemente no se pueden considerar malignas.
ESTADO "I"	: Las lesiones están confinadas al cuerpo del útero.
Grupo 1	: Lesiones que se consideran completamente extirpables por cirugía.
Grupo 2	: Lesiones consideradas técnicamente operables, como en el grupo 1, pero con mal riesgo quirúrgico, tal como la enfermedad cardiovascular, etc.
ESTADO "II"	: Lesiones técnicamente inoperables, por compromiso extenso, tal como una pelvis congelada, metástasis al peritoneo, recto o vejiga, etc.

CLINICA

1. **Frecuencia.**— Durante 10 años, de 1953 a 1962, hemos visto 150 casos de cáncer de cuerpo y 5,092 cánceres de cuello uterino, lo que da una relación de 1:33, que es una expresión de lo que sucede en nuestro medio hospitalario (27), no así de la clientela privada, en la que hay una relación 1 : 2 (trabajo en prensa) que tiene gran similitud con lo presentado en otros centros: 1:4,5 (5); 1:3 (7); 2:3 (18).

Esta gran diferencia en la incidencia de estos dos tipos de cáncer se explica en parte por el diferente nivel socio-económico de los pacientes que acuden a nuestros hospitales y los de la clientela privada, que conlleva también diferencias en la expectativa de vida; hecho que es muy importante, ya que la incidencia de cáncer de cuerpo es a los 57, mientras que la de cuello es a los 47.

2. **Edad.**— De acuerdo a lo revisado en la literatura, el cáncer de cuerpo se presenta desde los 20 a los 90 años, con una edad promedio alrededor de 60 (5) y entre nosotros a los 57.

CUADRO N° 3

CARCINOMA DE CUERPO. INCIDENCIA EN RELACION A LA EDAD (I.N.E.N.)

Edad	N° de casos	%
0 — 19	—	—
20 — 29	2	1.4
30 — 39	10	7.2
40 — 49	29	21.0
50 — 59	48	34.7
60 — 69	34	24.6
70 — 79	14	10.1
80 — +	1	0.7

138

Edad promedio: 57 años

Edad mínima: 26 años

Edad máxima: 88 años

3. **Gestaciones.**— El 70% de las pacientes han tenido gestaciones (5).

Hertig y Col. (14) consideran que la gestación difiere la presentación del cáncer de endometrio porque con el parto hay una completa expulsión de la capa endometrial.

4. **Menopausia.**— La menopausia, por lo general, en nuestro medio, es a los 47 (2).

En la presente serie de pacientes con cáncer de cuerpo, el 36.4% tienen menopausia tardía, después de los 50; estadísticamente este hecho no tiene mayor significación porque existe un número similar de mujeres que tienen menopausia retardada y no tienen cáncer de cuerpo (11).

Hertig (14) considera que la menopausia retardada (50 o más) es común encontrarla en las pacientes que desarrollan cáncer de cuerpo.

Corscaden (7) interpreta la menopausia retardada como un síntoma de desarrollo de cáncer de cuerpo.

Lo que sí es un hecho práctico, evidente, es que el 75% de los cánceres de cuerpo aparecen después de la menopausia.

5. **Edad menstrual.**— Consiguientemente, el tiempo desde la menarquía a la menopausia, es más largo, según unas estadísticas; y según otras no tendría importancia.

6. **Condición económica.**— Es curioso, pero se observa que estos pacientes tienen una mejor condición económica, hecho que indirectamente favorecería para una mejor nutrición: obesidad, hipertensión y diabetes.

7. **Síntomas.**— No existen signos o síntomas específicos de cáncer de cuerpo. Con todo, la sintomatología está dada:

I. **Hemorragia ostensible en genitales externos.**— Este es el signo más frecuente; lo presentan el 80% de las pacientes.

- a) Hemorragia irregular con tendencia a aumentar en cantidad, es la forma más frecuente antes de la menopausia.
- b) Hemorragia en manchas irregulares y escasas, aparecen a veces después de la micción, de la defecación, casi no son influenciadas por el coito ni por las duchas.
- c) Hemorragia mínima, de manchas discretas, en el período post-menopáusico.
- d) Hemorragias repentinas que son de gran significado después de la menopausia.

Se tendrá presente que existen otras causas de estas hemorragias post-menopáusicas: a) cáncer de cuello; b) pólipo de cérvix; c) colpocervicitis senil; d) carúncula uretral; e) tumor funcionante de ovario; f) pólipo endometrial; g) hemorragia uterina post-tratamiento hormonal.

II. **Flujo.**— El flujo, generalmente, precede a la hemorragia. Un flujo claro, acuoso, es un signo importante, viene después de esfuerzo: defecación o micción. Puede ser precedido de contracciones al útero, sobre todo cuando existe una estenosis cervical. También cuando hay una piometra.

Otros síntomas como dolor, pérdida de peso y anemia, son signos tardíos e implican una enfermedad avanzada.

PATOLOGIA COINCIDENTE

I. De repercusión general

1. **Diabetes.**— En un estudio realizado por Spiegelman y Marks (cit. 5) encuentran que el 1% de la población general padece de diabetes, mientras que en la serie de Boutselis y Col. (5) el 17% de las pacientes con cáncer de cuerpo padecen diabetes; en la de Palmer (cit. 5) el 16.7%; en la Hertig (15) el 9%; en la de Garnet (12) el 50%; en la de Way (28) el 14%; en nuestra serie el 21.3%.

También debemos decir que el 50% de las pacientes tienen curva diabetoide en el test de tolerancia a la glucosa.

Todos estos casos estadísticos indicarían una mayor incidencia de cáncer endometrial en las mujeres con diabetes, pero los estudios de Dunn y Bradbury (11) no demuestran esta significación estadística.

2. **Obesidad.**— En nuestra serie el 52.9% de las pacientes eran obesas de acuerdo a los standard modernos (de relación talla y peso).

Palmer (5) informa el 74%; Hertig (5) el 44%; Dockerty (cit. 5) encuentra la misma tendencia en mujeres jóvenes con cáncer de cuerpo.

El estudio epidemiológico de Winder (29) lo lleva a plantear la hipótesis de sobre-producción de hormonas de crecimiento que traería como consecuencia obesidad y trastorno endocrino.

3. **Hipertensión arterial.**— Se ha considerado hipertensión cuando la P.A. es mayor de 140/90 (11).

Hemos encontrado el 42.5% en las pacientes con cáncer de cuerpo; similar a lo observado por Garnet (12). Esta condición parece ajena al cáncer y es frecuente en la menopausia.

CUADRO N° 4

CARCINOMA DE CUERPO. CONDICIONES ASOCIADAS

	N° casos tabulados	N° casos anormales	%
Obesidad	136	72	52.9
Hipertensión arterial	134	57	42.5
Diabetes	117	25	21.3
Menopausia tardía	110	40	36.4

II. De repercusión local

1. **Miomas.**— El 25% de nuestras pacientes tenían fibromiomas de útero. Hertig (cit. 5) informa el 38%; Herinksen (cit. 5) el 22%.

Los miomas son 8 veces más frecuentes en la coincidencia con cáncer de cuerpo que en la coincidencia con cáncer de cuello (22).

Algunos A.A. interpretan esta coincidencia como expresión de hiper-estrinismo. Según otros como Larson (cit. 5) no habría tal correlación entre miomas y cáncer.

2. **Pólipos de endometrio.**— En nuestra serie el 12% tenían pólipos que eran benignos.

Los pólipos de endometrio son 8 veces más frecuentes en las mujeres con cáncer de cuerpo; aunque debe decirse que un cáncer primario en un pólipo es una rareza (22).

3. **Hiperplasia adenomatosa.**— Se ha encontrado en el 30% de las pacientes que más tarde han desarrollado un cáncer de cuerpo (22).

III. De repercusión local y general

1. **Tumores feminizantes de ovario.**— En especial los de la Teca-granulosa; en el 80% de los casos, van acompañados de hiperplasia endometrial y en el 20% con cáncer.

Igualmente se ha considerado: 1º un factor hereditario (el 20% de las pacientes con cáncer de cuerpo tienen el mismo antecedente). 2º las solteras (el 25% de las pacientes con cáncer de cuerpo son solteras). 3º infértiles en el 30%. 4º irregularidades menstruales.

Todos estos hechos clínicos con recuperación local y otros local y general parecen ser reveladores de una anomalía del substratum desde su inicio y que provocaría una alteración endocrina confusa que ha sugerido a S. Way (28) la posibilidad de una hiper-actividad de la hipófisis, hecho que no ha sido confirmado por Dunn (11). Esto mismo ha llevado a Yahia y Col. a usar el término "Síndrome de cáncer de cuerpo" (30).

Se ha considerado que la actividad estrogénica sería marcada en pacientes con cáncer de endometrio, pero en los estudios, en las trompas y en los cuellos de úteros en pacientes y en menopáusicas no se ha encontrado esa acción ni diferencia. (Chung, 8).

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de cáncer de cuerpo es más difícil que el de cuello, porque el cuerpo no se ve y muchas veces ni se palpa.

El cáncer de cuerpo en su estado inicial es asintomático, y el diagnóstico en esas circunstancias es difícil, motivo por el cual se han desarrollado procedimientos técnicos para facilitar la detección. Ellos son el estudio citológico del flujo vaginal, cervical, endometrial, el escobillonaje, la succión, el lavado endometrial; el estudio cito-histo-químico, y la utilización de ondas cortas (17). El estudio citológico de endometrio es más difícil que el citológico del epitelio cervical. Los resultados estadísticos varían con los autores; algunos tienen resultados de éxito del 80% (15).

El estudio histológico del endometrio continúa siendo el esencial para el diagnóstico. Y se ha sugerido obtenerlo en el consultorio hasta en la sala de operaciones. El examen bajo anestesia con dilatación y curetaje ordenado y fraccionado como expresión del endocervix, de las caras, del fondo y cuernos del útero, es decisivo para evaluar el endometrio y el estado evolutivo de la enfermedad.

Nuestros casos han tenido un estudio del flujo vaginal y del endometrio.

PRONOSTICO

En términos generales el pronóstico de cáncer de cuerpo uterino no es malo; y, por supuesto, está vinculado al grado de avance en el miometrio y con la extensión de la neoplasia fuera del útero (4) (Bergsj and Nilsen) (4), y al tipo histológico (20) (Piver), al grado de diferenciación (24) (Román) y al tratamiento que se realice.

TRATAMIENTO

Las modalidades de tratamiento para el cáncer de cuerpo uterino son:

- a) Cirugía (abdominal - vaginal) (21).
- b) Radiaciones.
- c) Radiaciones y cirugía.
- d) Cirugía y radiaciones.
- e) Hormonoterapia: acetato de medroxí progesterona.
- f) Quimioterapia.

La modalidad clásica y que de preferencia hemos seguido ha sido radiaciones (Radium intra-uterino y ovoides en vagina) previa en 6 semanas a la cirugía (1). Los argumentos en favor de esta conducta son bien conocidos: 1º

que el radium desvitaliza al tumor e impide las metástasis; 2º disminuye el tamaño uterino, facilitando la técnica operatoria; 3º produce fibrosis, cierra los linfáticos y previene la ruptura del útero durante la operación; y 4º mejora el promedio de curaciones.

Los opositores a esta técnica consideran todo ello como pérdida de tiempo y que el tratamiento primario siempre debe ser la cirugía.

Nosotros a continuación expondremos lo que hemos realizado y obtenido en 112 casos tratados y observados por más de 5 años.

CUADRO Nº 5

CARCINOMA DE CUERPO. TIPO DE TRATAMIENTO (I.N.E.N.)

Tipo de tratamiento	Nº de casos
Radioterapia + Cirugía	51
Radioterapia sola	32
Cirugía sola	22
Cirugía + Radioterapia	7
T O T A L	112

Indice de Operabilidad: $80/112 = 70.7\%$

CUADRO Nº 6

CARCINOMA DE CUERPO. RESULTADOS EN 5 AÑOS DE 112 CASOS QUE RECIBIERON TRATAMIENTO (I.N.E.N.)

	Nº de casos	%
Vivos sin evidencia de enfermedad neoplásica	68	60.7
Vivos con carcinoma presente	1	0.8
Fallecidos con cáncer	18	16.0
Fallecidos por enfermedad intercurrente	10	8.9
Perdidos de vista	15	13.3
T O T A L	112	

CUADRO N° 7

CARCINOMA DE CUERPO. TRATAMIENTO Y RESULTADOS EN 112 CASOS

Tipo de tratamiento	N° casos	Supervivencia de 5 años	
		N°	%
Radium + Cirugía	51	37	72.5
Radioterapia sola	32	9	28.1
Cirugía sola	22	16	72.8
Cirugía + Radioterapia	7	6	85.7
T O T A L	112	68	60.7

CUADRO N° 8

CARCINOMA DE CUERPO. RESULTADOS DEL TRATAMIENTO EN RELACION AL GRADO DE DIFERENCIACION HISTOLOGICA

	N° casos	Viven sanos	%
Bien diferenciados	23	18	78.2
Medianam. diferenciados	46	27	58.6
Indiferenciados	27	13	48.1

CUADRO N° 9

CARCINOMA DE CUERPO. MORTALIDAD OPERATORIA EN 80 CASOS QUE TUVIERON CIRUGIA SOLA O CON RADIOTERAPIA

N° historia	Tipo de tratamiento	Causa de muerte
23041	Ra. + Histerectomía	Muerte súbita al 3° día
27658	Ra. + Histerectomía	Muerte súbita al 7° día
29985	Ra. + Histerectomía	Muerte súbita al 10° día
Mortalidad Operatoria; 3/80 = 3.7 %		

De los 112 casos, 51 recibieron radiaciones y luego cirugía; 32 sólo radiaciones; 22 cirugía solamente; y 7 cirugía más radiaciones; con un índice de operabilidad de 70.7% (80 casos); mortalidad operatoria 3.7% (3 casos) de causa cardiovascular. Morbilidad sin mayor significación.

Parece que la diferenciación histológica tiene relación con la supervivencia, siendo de mejor pronóstico los mejor diferenciados.

RESULTADOS

De 112 casos que han sido sometidos a los procedimientos utilizados, hemos tenido una supervivencia de 5 años y sin evidencia de enfermedad en 68, lo que da el 60.7% de curación.

COMENTARIO

Solamente puedo referirme a 112 casos que tienen datos completos. De ellos, 80 han sido sometidos a tratamiento quirúrgico, lo que da un índice de operabilidad de 70.7%, similar al de Parsons y Sommers (22), al igual que el índice de mortalidad operatoria 3.7%, teniéndose presente que este grupo de pacientes conlleva una serie de lesiones como obesidad, diabetes, hipertensión arterial que agrava el R. Q.

El análisis del cuadro de tratamiento y resultados en estos 112 casos nos muestra hechos interesantes:

- 1º Que los casos tratados con Radium + Cirugía nos da el 72.5% de supervivencia de 5 años.
- 2º Que la cirugía sola nos da el mismo resultado de 72.8%.
- 3º Que la cirugía seguida de radiaciones, cuando se juzga conveniente, da el 85.7%.

Se ve pues, claramente, que debe procederse de acuerdo a una conclusión clínica minuciosa y si el caso es de estadio I, grupo 1, debe operarse y después del estudio de la pieza operatoria se puede complementar un tratamiento con radiaciones con la seguridad de que se obtendrá tan buenos o mejores resultados que cuando se hace la radiación previa.

El acetato de Medroxi Progesterona (Provera) se usa en dosis de 500 a 1,000 mgrs. semanales y en inyecciones intramusculares y por 6 o más meses.

Parece que la droga actúa provocando mayor madurez de las células, haciéndolas más secretoras. Mejores resultados se obtienen en los casos histológicamente más diferenciados.

Algunos autores como Grahan y otros la han usado en etapas tempranas de evolución; la mayoría de A.A. la han usado en estados avanzados de la enfermedad (25).

La quimioterapia aún no da buenos resultados.

CONCLUSIONES

- 1.— El cáncer de cuerpo es una neoplasia que generalmente se inicia en el endometrio.
- 2.— El cáncer de cuerpo es, aparentemente, por razones socio-económicas, menos frecuente que el cáncer de cuello; en el Hospital guarda una relación de 1:33 y en la clientela privada 1:2.
- 3.— La incidencia de cáncer de cuerpo es alrededor de los 57 años.
- 4.— Estadísticamente no tenemos bases para hacer una correlación con los trastornos hormonales, infertilidad, obesidad, hipertensión arterial, menopausia tardía.
- 5.— Los extendidos vaginales y cervicales han resultado de escaso valor para el diagnóstico de cáncer de cuerpo.
- 6.— El diagnóstico se basa siempre en la biopsia de endometrio.
- 7.— El tratamiento básico ha sido histerectomía total y ooforosalinguectomía bilateral, precedido o seguido de radiaciones.
- 8.— El ideal es una histerectomía total ampliada al 1/3 superior de vagina y ooforosalinguectomía bilateral (para evitar recurrencia vaginal).
- 9.— Consideramos que debe desplegarse el máximo esfuerzo en la detección precoz del Ca. de cuerpo para obtener mejor éxito en el tratamiento. Y en este sentido diremos que hay:
 - 1) Acción del paciente:
 - a) Propiciar el diagnóstico, y
 - b) Tratamiento precoz.
 - 2) Acción del Médico:
 - a) Diagnóstico preciso, y
 - b) Tratamiento oportuno.

BIBLIOGRAFIA

- 1.— ALLEN, H. H., and FRALEIGH, DONNA M.: Carcinoma of the endometrium. AM. J. Obst. & Gyn.: 85: 302, 1963.
- 2.— BARRIGA, O.: Contribución a la epidemiología en el cáncer de cuello uterino. Tesis de Bachiller, 1954. Universidad Mayor de San Marcos.
- 3.— BECK, R. P., and LATOUR, J. P. A.: Necropsy reports on 36 cases of endometrial carcinoma. AM. J. Obst. & Gyn.: 85: 307, 1963.
- 4.— BERGSJ, PER., and NILSEN PER AGNAR: Carcinoma of the endometrium. AM. J. Obst. & Gyn.: 95: 496, 1966.
- 5.— BOUTSELIS JOHN, G.; BAIR J. R.; VORYS, N., and ULLERY, J. C.: Carcinoma of the uterine corpus. AM. J. Obst. & Gyn.: 85: 994, 1963.
- 6.— COSBIE W. G.; ANDERSEN W.; MILLAR D. B. and BUNKER M. L.: AM. J. Obst. & Gyn.: 67: 1014, 1954.
- 7.— CORSCADEN J. A.: Gynecology cancer: ed. 2. Baltimore, 1956. W. and Wiggins Co., pág. 314, 379.
- 8.— CHUN, L. and RODDICK, J. W.: The epithelium of the uterine tube and cervix in patients with endometrial carcinoma: a search for estrogenic effect. AM. J. Obst. & Gyn.: 78: 174, 1959.
- 9.— DOCKERTY, M. B.; LOVELADY, S. B., and FOUST, C. T. Jr.: AM. J. Obst. & Gyn.: 61: 966, 1957.
- 10.— DORAN, T. A. and THOMPSON, D. W.: Malignant cells in the peripheral blood of patients with endometrial carcinoma. AM. J. Obst. & Gyn.: 94: 985, 1966.
- 11.— DUNN, LEO J. and ERADBURY, JAMES T.: Endocrine factors in endometrial carcinoma. AM. J. Obst. & Gyn.: 97: 465, 1967.
- 12.— GARNET, J. D.: AM. J. Obst. & Gyn.: 76: 11, 1958.
- 13.— GUSBERG, S. and KAPLAN A.: Precursors of corpus cancer. AM. J. Obst. & Gyn.: 87: 662, 1963.
- 14.— HERTIG, A. T. and SOMMERS, S. C.: Cáncer: 2: 946, 1949.
- 15.— HERTIG, A. T.: AM. J. Obst. & Gyn.: 81: 1102, 1961.
- 16.— HURTADO, H. K.: Hiperplasia Endometrial adenomatosa. Tesis de Bachiller: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima-Perú, 1964.
- 17.— INGELMAN - SUNDBERG, A. Y. and ODEBLAD, E.: Attempts to localize a carcinoma of the endometrium with the use of short radio waves. AM. J. Obst. & Gyn.: 92: 592, 1965.
- 18.— KOTTMEIER, H.L.: AM. J. Obst. & Gyn.: 78: 1127, 1956.
- 19.— KOTTMEIER, H. L.: Editor, Annual Report on the results of treatment in carcinoma of the uterus, Stockholm. Vol. XIII, 1963.
- 20.— PIVER, STEVEN M.: Distant metastasis of adenocanthoma of the endometrium. AM. J. Obst. & Gyn.: 96: 1011, 1966.
- 21.— PRATT, JOSEPH H.; SYMMONIDS, RICHARD E. and WELCH, JOHN S.: Vaginal hysterectomy for carcinoma of the fundus. AM. J. Obst. & Gyn.: 88: 1063, 1964.
- 22.— PARSONS and SOMMERS: Gynecology, Pág. 1080; W. Sander Co., 1962.
- 23.— PARSONS and SOMMERS: Pág. 1081.
- 24.— ROMAN T. N.; BECK, R. P. and LATOUR, J. P. A.: Correlation of histologic grading with 5 year survival rates in endometrial carcinoma. AM. J. Obst. & Gyn.: 97: 117, 1967.
- 25.— SMITH JULIAN P.; RUTLEDGE FELIX and SOFFAR, SAHJ, W.: Progestins in the treatment of patients with endometrial adenocarcinoma. AM. J. Obst. & Gyn.: 94: 977, 1966.
- 26.— VALDIVIA PONCE, J. E.: Ginecología y Obstetricia V: 1: 61, 1955.
- 27.— VALDIVIA PONCE, J. E. y Col.: En Prensa.
- 28.— WAY S.: AM. J. Obst. Gyn.: Brit. Emp. 61: 46, 1954.
- 29.— WINDER E. L.; ESCHER G. C. and MANTEL N.: Cáncer 19: 489, 1966
- 30.— YAHIA y Col.: Progress in gynecology, New York, 1963, Grune & Stratton Inc., Vol. 4, pág. 410.