

4 A. Herruzo
M. Carmona
L. Chiva
E. Ibáñez
S. Menjón
F.J. Rodríguez-Escudero

Sección de Ginecología Oncológica y Patología Mamaria.
Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia.

Correspondencia:

Dr. A. Herruzo.

Avda. de la Constitución, 22, 5.º F. 18012 Granada.

Correo electrónico: aherruzo@obgyn.net

Fecha de recepción: 12/12/01

Aceptado para su publicación: 28/01/02

Evolución de los resultados del tratamiento del cáncer de endometrio en España entre 1980 y 1999. Análisis de las casuísticas nacionales de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia

Evolution of the results of treatment of endometrial cancer in Spain between 1980 and 1999. Analysis of the national casuistic of the Spanish Society of Obstetrics and Gynecology

A. Herruzo, M. Carmona, L. Chiva, E. Ibáñez, S. Menjón, F.J. Rodríguez-Escudero. Evolución de los resultados del tratamiento del cáncer de endometrio en España entre 1980 y 1999. Análisis de las casuísticas nacionales de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. *Prog Obstet Ginecol* 2002;45(2):54-62.

RESUMEN

La Sección de Ginecología Oncológica de la Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología (SEGO) ha analizado en los últimos años las casuísticas conjuntas de numerosos hospitales del país, sobre adenocarcinoma de endometrio, por medio de dos encuestas hechas en 1991 para los casos diagnosticados y tratados entre 1980 y 1985, y en 1999 para los casos de 1993. En los aspectos fundamentales los resultados parecen ser notoriamente superiores en la encuesta más reciente, lo que debería significar que se han producido cambios importantes en el diagnóstico y en el tratamiento de estos procesos. Sin embargo,

el análisis comparado de ambas encuestas, en cuya realización existen algunas deficiencias, indica que los cambios pueden haber sido menos pronunciados de lo esperado.

Tanto la supervivencia global a 5 años (el 59,1 frente al 71,4%) como la supervivencia libre de enfermedad (el 55,6 frente al 63,1%) fueron estadísticamente superiores en la casuística más moderna ($p = 0,0000$). Los casos de la primera casuística fueron más avanzados que los de la segunda y en ellos hubo más casos diagnosticados como adenocarcinomas exclusivamente y con grado de diferenciación histológico significativamente peor. Los casos de 1993 fueron

tratados primariamente con cirugía en el 88,9% de las ocasiones frente a solamente el 76,4% de los de la casuística más antigua ($p = 0,0000$).

Solamente el 28,9% de los casos fue tratado en hospitales que atendían 25 casos o más en la primera casuística, mientras que este porcentaje ascendió al 50,5% en la casuística de 1993. En el primer período estudiado hubo más pacientes perdidas para el seguimiento que en el segundo (el 24,2 frente al 7,0%; $p = 0,0000$). La clasificación quirúrgica de la FIGO (1988) no parecía estar implantada todavía en 1993 pues solamente se realizó en el 27,2% de las pacientes. Estos hechos, junto con la apreciación de que las pacientes son diagnosticadas a edades tardías ($61,0 \pm 9,7$ años en la primera casuística y $64,0 \pm 10,5$ años en la segunda), hacen considerar que la atención sobre el cáncer de endometrio en España es todavía mejorable.

PALABRAS CLAVE

Adenocarcinoma de endometrio. Tratamiento. Seguimiento. Supervivencia. España.

SUMMARY

In the last few years, the Gynecologic Oncology Section of the Spanish Society of Obstetrics and Gynecology have analyzed the combined casuistics for endometrial adenocarcinoma of a large number of Spanish hospitals. Two surveys were used: one performed in 1991 for cases diagnosed and treated between 1980 and 1985 and one performed in 1999 for cases occurring in 1993. In basic aspects the results appear to be considerably higher in the 1999 survey, suggesting that significant changes have been produced in the diagnosis and treatment of these diseases. However, comparison of both surveys, which show certain flaws, indicates that the changes may have been less pronounced than expected.

Both overall 5-year survival (59.1% vs 71.4%) and disease-free survival (55.6% vs. 63.1%) were significantly higher in the more recent casuistics ($p = 0.0000$). Cases in the first casuistics were more

advanced than those in the second and more cases were exclusively diagnosed as adenocarcinoma and had a significantly worse histological grade of differentiation. Treatment was surgical in 88.9% of cases in 1993 compared with only 76.4% of those from the earlier casuistics ($p = 0.0000$).

Only 28.9% of cases were treated in hospitals that treated 25 cases or more in the first casuistics while this percentage rose to 50.5% in the 1993 casuistics. More patients were lost to follow-up in the first period studied than in the second (24.2% vs. 7%; $p = 0.0000$). The FIGO surgical classification (1988) did not seem to have been implanted even in 1993 since it was only used in 27.2% of patients. These results, together with the consideration that patients were diagnosed at an advanced age (61 ± 9.7 years in the first casuistics and 64 ± 10.5 years in the second) indicate that there is still scope for improvement in the treatment of endometrial cancer in Spain.

KEY WORDS

Endometrial adenocarcinoma. Treatment. Follow-up. Survival. Spain.

INTRODUCCIÓN

La Sección de Ginecología Oncológica de la Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología (SEGO) ha analizado en los últimos años las casuísticas conjuntas de adenocarcinoma de endometrio de numerosos hospitales del país, por medio de dos encuestas hechas en 1991 para los casos diagnosticados y tratados entre 1980 y 1985¹, y en 1999 para los casos de 1993^{2,3}. La presentación de la primera encuesta supuso un aldabonazo sobre la creencia de que esta enfermedad tenía una malignidad limitada y que sus resultados eran relativamente favorables. La apreciación de la precariedad de los resultados, que mostraban que solamente el 59,1% de las pacientes estuvieran vivas 5 años después del diagnóstico, motivó el debate sobre esta enfermedad, lo que ya se estaba realizando en otros medios⁴⁻⁸ y había sido una de las causas fundamentales para que la

6 FIGO sustituyese la clasificación clínica de esta enfermedad por la quirúrgica a partir de 1988⁹.

Estos hechos produjeron cambios en los protocolos de diagnóstico y tratamiento en muchos hospitales, lo que justificó que se pretendieran verificar nuevamente los resultados de la actuación sobre esta enfermedad en 1993. Los datos de esta segunda encuesta se presentaron en 1999, comprobándose que las cifras de mortalidad a 5 años de las pacientes con adenocarcinoma de endometrio eran notoriamente superiores a las de la encuesta de 1993. Por ese motivo y sin haberse divulgado *in extenso* los resultados de esta última encuesta, hemos determinado analizar algunos resultados de ambas, con la finalidad de hallar, si es posible, dónde radican las diferencias que han hecho posible la mejora de los resultados que ahora se obtienen.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se han revisado los datos publicados de las dos encuestas que sobre adenocarcinoma de endometrio (AE) ha realizado la Sección de Ginecología Oncológica de la SEGO desde su creación. En los casos en que ha sido posible se han comparado sus resultados al efecto de verificar las diferencias existentes.

La primera encuesta, realizada en 1991, revisó 2.094 casos de AE ocurridos en 23 hospitales durante los años 1980 a 1985. La segunda encuesta recogió 1.083 casos diagnosticados en 70 hospitales durante 1993. El 28,9% en la primera casuística y el 50,5%, en la segunda, se trataron en hospitales que asistían 25 o más casos de cáncer de endometrio al año ($p = 0,0000$).

Ambas encuestas se realizaron con el formulario de recogida de datos del *Annual Report on the Results of Treatment in Gynaecological Cancer* de la Federación Internacional de Ginecólogos y Obstetras (FIGO).

El hecho de que las encuestas se realizasen en momentos en que la clasificación de la FIGO era diferente, hace que no sea posible realizar de forma adecuada la comparación de ambas casuísticas en todos los parámetros en que sería deseable.

Por otra parte la supervivencia no se ha evaluado actuarialmente hasta hace poco y no es posible calcularla ya en la primera casuística, por lo que las comparaciones se hacen sobre las cifras de pacientes vivas a los 5 años.

Tabla 1 Estudios de supervivencia a 5 años en las dos casuísticas

Supervivencia	1980-1985		1993		p
	N	%	N	%	
Supervivencia global	1.238	59,1	770	71,4	0,0000
Supervivencia libre de enfermedad	1.165	55,6	681	63,1	0,0000
Muerte por otra causa	34	1,6	37	3,4	0,0029
Muerte por CE	322	15,4	108	10,0	0,0000
Desconocida	507	24,2	75	7,0	0,0000

CE: cáncer de endometrio.

Los métodos estadísticos empleados en este estudio han sido los descriptivos y para la comparación estadística de algunos resultados se emplearon las pruebas de Student y de Pearson, con el programa MedCalc para Windows de MedCalc Software.

RESULTADOS

Se han evaluado los principales factores de riesgo para la evolución de la enfermedad: estadio del tumor, edad, histología, grado de diferenciación tumoral, afección ganglionar y citología de lavado peritoneal. También se han revisado los tratamientos. En ambos estudios se calcularon la supervivencia y la supervivencia libre de enfermedad.

La edad media de las pacientes de la primera encuesta en el momento del diagnóstico fue de $61,0 \pm 9,7$ años (límites, 28-89; $n = 2.092$) y de $64 \pm 10,5$ años en las pacientes de la segunda (límites, 31-93 años; $n = 965$), estadísticamente diferentes ($p < 0,0000$).

En la tabla 1 se exponen los datos relativos a la supervivencia de las pacientes. Las comparaciones se realizan sobre cifras absolutas. Todas las comparaciones muestran diferencias estadísticamente significativas.

Como se ha indicado previamente, la clasificación actual del cáncer de endometrio es diferente de la que se utilizaba durante los años de los casos de la primera encuesta. Aunque se ha mantenido lo fundamental de la estadificación, los medios de realizarla han cambiado, lo que hace que algunos casos que habrían sido clasificados en un estadio puedan ser clasificados en otro al estudiarse minuciosamente. La distribución por estadios de los casos y las diferencias entre las casuísticas se exponen en la tabla 2.

Tabla 2 Distribución por estadios de los casos de adenocarcinomas de endometrio en las dos encuestas

Estadios	1980-1985		1993		χ^2	p
	N	%	N	%		
I	1.397	66,7	701	65,1	0,76	0,38
II	331	15,8	118	11,0	30,7	0,0000
III	255	12,4	109	10,1	2,7	0,09
IV	89	4,3	19	1,8	12,6	0,0000
SD	32	1,5	130	12,1	160,1	0,0000
	2.094	100	1.077	100		

SD: sin datos.

Tabla 3 Anatomía patológica. Grado de diferenciación e invasión miometrial

	1980-1985		1993		p
	N	%	N	%	
Histología ^a	2.063	95,6	959	88,6	0,0000
Adenocarcinomas	1.827	88,6	774	80,7	
Adenoescamosos	136	6,6	60	6,3	
Adenomas mucinosos			32	3,3	
Adenomas de células claras	52	2,5	22	2,3	
Cáncer de células escamosas			4	0,4	
Otros (papilares)	48 ^b	2,3	44 ^d	4,6	
Otros ^c			23	2,4	
Diferenciación histológica ^a	1.912	91,3	886	81,8	
Grado 1	945	49,4	498	56,2	
Grado 2	714	37,3	261	29,5	0,0000
Grado 3	253	13,2	127	14,3	
Infiltración miometrial ^a	1528	73,0	953	88,0	0,15
Negativa			160	16,8	
Hasta un tercio	620	40,6			
De un tercio a la mitad	325	21,3			
La mitad o menos			450	47,2	
Más de la mitad	583	38,2	335	31,5	
Afección linfática ^a	588	26,7	295	27,2	
Negativa	189	75,9			
Positiva	60	24,1			

^aCasos investigados. ^bIncluyen a los papilares entre otros tipos.

^cNo incluye a los papilares. ^dSerosopapilares exclusivamente.

Los porcentajes se refieren al número de datos obtenidos (no al número total de pacientes).

En la tabla 3 se exponen la histología, el grado de diferenciación, infiltración miometrial y afección linfática hallados. No se hace referencia a la citología del lavado endometrial pues sus resultados no se estudiaron en la segunda casuística. Se señalan los datos estadísticamente diferentes.

Tabla 4 Tratamientos primarios empleados en el cáncer de endometrio en las dos casuísticas

	1980-1985		1993		p
	N	%	N	%	
Cirugía	1.586	76,4	954	88,9	0,0000
Radioterapia	139	6,6	65	6,0	NS
Hormonoterapia	188	9,0	24	2,2	0,0000
Quimioterapia	8	0,4	6	0,6	NS
Ninguno	19	0,9	6	0,6	NS
Desconocido	154	7,4	22	2,0	0,0000

Tabla 5 Supervivencia global en relación con el tratamiento primario empleado

	Supervivencia global 1980-1985			Supervivencia global 1993			p
	N	n	%	N	n	%	
Cirugía	1.586	1.006	63,6	954	844	88,5	0,0000
Radioterapia	49	7	14,3	65	42	64,2	0,0000
Hormonoterapia	188	98	66,7	24	7	28,3	0,06
Quimioterapia	8	2	25,0	7	3	44,4	NI

N: casos tratados; n: supervivencia a 5 años; NI: no investigado.

En la tabla 4 se señalan los tratamientos primarios utilizados aislada o asociadamente con otros tratamientos adyuvantes. Los tratamientos quirúrgicos fueron los tratamientos primarios más empleados en ambas casuísticas. La radioterapia, la hormonoterapia y la quimioterapia fueron empleadas fundamentalmente de manera adyuvante, después de la cirugía y la hormonoterapia se empleó en muchas ocasiones como tratamiento paliativo, sobre todo en la segunda casuística. La supervivencia global en relación con el tratamiento primario empleado se expone en la tabla 5. Los resultados de la segunda casuística fueron estadísticamente superiores en los casos tratados primariamente con cirugía o radioterapia. El porcentaje de casos en remisión completa alcanzó al 88,5% de las pacientes de la casuística más reciente tratadas primariamente con cirugía.

DISCUSIÓN

La evaluación retrospectiva de casuísticas de tantos hospitales, como se hizo en las dos encuestas, impone un sesgo de heterogeneidad que es obvio

8 que entorpece la interpretación de los resultados. Esta dificultad se incrementa si se tiene en cuenta que las dos casuísticas se recogen en dos períodos de tiempo relativamente alejados, en los que los criterios de actuación predominantes pueden haber sido diferentes, lo que es cierto en el estudio del cáncer de endometrio en que los requisitos para su clasificación cambiaron en 1988. Habría de considerarse, también, que el número de casos tratados por hospital y año sigue siendo bajo, aunque este hecho vaya disminuyendo y en 1993 el número de hospitales que trató, al menos 25 casos por año (trató al 50,5% de los casos), fueron 14, aunque solamente dos hospitales trataron más de 50 casos al año, mientras que en la casuística de los años ochenta solamente hubo tres hospitales que tratasen al menos a 25 pacientes por año (el 28,9% de los casos tratados). Estas circunstancias que determinan la disparidad de las casuísticas no deberían impedir, a pesar de todo, la identificación de los factores condicionantes de los resultados, estableciendo su jerarquía y, de esta forma, su exigencia en el diagnóstico y tratamiento de las pacientes.

La comparación de las tasas de supervivencia de las dos casuísticas estudiadas pone de manifiesto diferencias estadísticamente significativas tanto en cuanto a la supervivencia global a 5 años (SG) como a la supervivencia libre de enfermedad (SLE). Las cifras obtenidas fueron: el 71,4 frente al 59,1% para la SG y 63,1% frente al 55,6% para la SLE, siempre favorables a los datos de la segunda encuesta (tabla 1).

Factores generales

La primera dificultad que aparece al evaluar las tasas de supervivencia es que se desconoce la evolución de casi un cuarto de las pacientes de la primera encuesta (507 de 2.094) frente a sólo el 7,0% cuya evolución no se conoce a los 5 años en la casuística más reciente. La diferencia en las tasas de seguimiento es estadísticamente muy grande ($p = 0,0000$) y dificulta mucho la comparación, y hace suponer que las tasas de SG y SLE del primer período puedan estar infravaloradas. Aunque no sea correcto, si se prescindiera de los casos cuya evolución se desconoce las diferencias se acortarían notablemente reduciéndose a 7 puntos en vez de los más de 12 que se observan al incluir a todas las pacientes. Es-

te es un defecto importante de la recogida de datos más antigua, que lastra el análisis que pretendemos y está en la base de algunas discordancias.

Al analizar los datos fundamentales de ambas casuísticas también se observan algunas diferencias. La edad media de las pacientes en el momento del diagnóstico es mayor en la casuística más moderna. La edad en el momento del diagnóstico es más alta de la que se refiere en otras casuísticas y sorprende que sea todavía mayor en las pacientes de 1993. Habría que pensar que en España se tarda demasiado en realizar el diagnóstico o que la edad de presentación de la afección sea más tardía en nuestro medio. Este hecho debería tenerse en cuenta al establecer las medidas preventivas o de diagnóstico temprano, en general o en supuestos de riesgo.

Los cambios de la clasificación de la FIGO de 1988 que exigen la aplicación de métodos quirúrgicos dificultan parcialmente la comparación entre las dos series. Sin embargo, como veremos más adelante, este proceder (la clasificación quirúrgica) no se había generalizado tanto en 1993 como seguramente lo habrá hecho en la actualidad.

La comparación de la distribución de estadios en las dos casuísticas (tabla 2) demuestra que la proporción de casos en estadio I fue prácticamente superponible, aunque sorprendentemente algo más elevada en la casuística más antigua ($p = NS$). No se han encontrado tampoco diferencias entre las cifras de los casos en estadio III. Los casos en estadios II y IV fueron más frecuentes en la primera casuística (el 15,8 frente al 11,0% y el 4,3 frente al 1,8%; $p = 0,0000$), lo que debería influir negativamente en sus resultados. El que en la casuística más reciente no haya podido estadificarse el 12,1% de los casos ($p = 0,0000$) añade alguna dificultad también al análisis. Si pudiera prescindirse de los casos no estadificados las cifras serían mejores para la segunda casuística lo que abonaría sus mejores resultados, pues el número de casos en estadio I sería de casi el 75%, 10 puntos por encima de lo que se ha encontrado al comparar sus datos y más acorde con los de estadísticas de casuísticas que presentan cifras de supervivencia semejantes.

Factores histológicos

Fueron calificados exclusivamente como adenocarcinomas (tabla 3) más casos en la primera ca-

suística que en la segunda ($p = 0,000$), aunque seguramente entre ellos se incluyeron los adenocarcinomas mucinosos. Por otra parte, se diagnosticaron más adenocarcinomas papilares, de peor pronóstico, entre los casos de 1993 que en los de la casuística anterior, pero la recogida de los datos no permite realizar estudios estadísticos que hubieran podido ser significativos.

Debido a la diferencia en la presentación de los resultados de la infiltración miometrial este hecho no se pudo estudiar completamente salvo para los casos que presentaban infiltración de más de la mitad de miometrio que, aunque fue más frecuente en la primera casuística, no evidenció resultados diferentes estadísticamente. Algunos autores no encontraron diferencias estadísticas en cuanto a la supervivencia de los casos con menos del 50% de infiltración miometrial cuando se compararon con los que solamente presentaban infiltración superficial¹⁰.

En el análisis histológico hay otros dos aspectos interesantes. Por un lado, en cuanto al grado de diferenciación histológica, se observa que el número de casos bien diferenciados es más alto estadísticamente en la casuística de 1993 ($p < 0,001$), mientras que los casos con grado de diferenciación moderada son más frecuentes en los casos de la primera encuesta ($p = 0,0000$). El número de casos mal diferenciados fue semejante en las dos casuísticas.

Por otro lado la evaluación de la afección linfática solamente ha sido realizada en el 26,7% de los casos de la primera casuística y en el 27,2% de los de la segunda. No se han podido realizar estudios estadísticos sobre este particular pues no se ha documentado la afección ganglionar por el cáncer de la segunda casuística. Es de señalar que la frecuencia de realización de linfadenectomías era demasiado baja todavía en 1993, aunque ya se considerase obligatorio realizarla al menos a pacientes de alto riesgo de presentar afección ganglionar^{11,12}.

Factores terapéuticos

El tratamiento empleado combinó muchas veces varias armas terapéuticas, fundamentalmente cirugía y radioterapia, pero el tratamiento fundamental permanece siendo el quirúrgico^{13,14}, que se acomoda bien a un gran número de casos debido a la presentación de la enfermedad en estadios tempranos.

Por ello el tratamiento primario más empleado en ambas casuísticas fue la cirugía que casi se hizo en el 90% de los casos de 1993 (tabla 4) mientras que en los casos de los años ochenta representó un porcentaje menor ($p = 0,0000$). Esto podría deberse a que los casos más antiguos presentaran mayor dificultad para la cirugía por ser seguramente estadios más avanzados o a que la cualificación quirúrgica fuese distinta en las dos épocas, lo que, aunque no parece probable, podría estar justificado por lo que se ha señalado del menor número de hospitales que trataban un número relativamente suficiente, para mantener entrenados a los cirujanos, en la primera casuística; a este respecto debe señalarse, sin embargo, que la tasa de linfadenectomías, que pueden representar una dificultad operatoria, fue la misma en ambos períodos de tiempo. No disponemos de otra posibilidad para evaluar la asequibilidad quirúrgica. En ambas casuísticas se obtuvieron los mejores resultados, en términos de supervivencia, en los casos tratados primariamente con cirugía (63,6 y 88,5%, respectivamente).

En la primera casuística, en que se consignaron los casos tratados radicalmente (mediante intervención de Wertheim), se observó que su tasa de supervivencia global a 5 años fue la más alta de la casuística (67,4%). Esto podría hablar de una infraestadificación de los casos de aquella casuística, al obtener mejores resultados quirúrgicos en los casos presuntamente más graves, cuando se ampliaban los procedimientos quirúrgicos ($p = NS$).

Los otros tratamientos, como la radioterapia, la hormonoterapia o la quimioterapia, suelen emplearse primariamente condicionados por las circunstancias de la paciente o, frecuentemente, por lo avanzado de la enfermedad, con la intención a veces de hacer operable un proceso que no lo es de entrada, lo que en esta afección se consigue raramente, o para establecer un tratamiento puramente paliativo.

La radioterapia como tratamiento primario fue empleada escasamente en ambos períodos de tiempo, sin mostrar diferencias estadísticas en cuanto a su frecuencia de utilización. Sus tasas de supervivencia fueron mejores en la casuística más reciente ($p = 0,0000$).

La hormonoterapia fue más empleada en el primer período de tiempo en el que había incluso protocolos terapéuticos que la administraban prequirúrgicamente^{15,16}. La selección de tratamiento hormonal

0 aparentemente pudo ser distinta en los dos períodos de estudio pero las tasas de supervivencia, que fueron mayores en el primero, no alcanzaron diferencias significativas.

La quimioterapia fue empleada de manera poco habitual como tratamiento primario y, lógicamente, en casos avanzados; sus resultados son por ello poco favorables aun cuando mostró alguna eficacia en ambas casuísticas.

COMENTARIOS

Del análisis realizado se desprende que los resultados en el tratamiento del cáncer de endometrio han progresado en los últimos años, aun cuando la comparación entre las dos casuísticas publicadas por la SEGO señala que los cambios obtenidos no son tan grandes como aparentan. Que la diferencia entre las dos casuísticas no es tan clara como los resultados pueden hacer creer y que, por tanto, la mejora de nuestros tratamientos no es tan señalada, viene determinado por la gran heterogeneidad de ambas casuísticas, en las que se incluyen resultados de hospitales que tratan muy pocos casos al año y, posiblemente, los de mejor pronóstico. Además la casuística de los años ochenta presenta un déficit muy grande en el seguimiento (el 28,9% de pacientes perdidas, frente al 7% en la de 1993, y en la casuística de la FIGO¹⁷ en el que fue del 4,8% para los casos de 1990-1992), y, también, la casuística de 1993 tiene un 12% de casos no estadificados. A pesar de estas deficiencias, los casos de los años ochenta parecen algo más avanzados que los de 1993 y las diferencias estadísticas en los resultados histológicos muestran que eran histológicamente más graves y peor diferenciados. Todas estas características fueron seguramente la causa de que muchos más casos de la segunda casuística pudiesen ser tratados quirúrgicamente, lo que establece un pronóstico netamente más favorable, se realice o no cirugía, de los tratamientos adyuvantes.

Entre los tratamientos adyuvantes la radioterapia es el tratamiento más favorable^{1,17-19}, siendo seguramente innecesario emplear braquiterapia en los estadios I²⁰.

Es cierto que en ambas casuísticas se han manifestado algunos factores que empeoran el pronóstico vital, como la edad, algunos tipos histológicos, el

grado de diferenciación histológico, la citología peritoneal, que en la segunda casuística no se reseñó, la invasión miometrial mayor del 50% y desde luego el estadio clínico o quirúrgico^{6,8}. Sin embargo, persisten algunos hechos que hacen pensar que a pesar de los excelentes resultados publicados en el análisis de la casuística de 1993, superiores a los de la mayoría de los que se refieren en la bibliografía, sea ésta de casuísticas agrupadas como la de la FIGO¹⁷ o de casuísticas nacionales o particulares²¹⁻²³, todavía puede mejorarse nuestra actuación sobre este proceso.

En primer lugar, habría que prestar atención al hecho de que la edad media de las pacientes de la casuística más antigua es significativamente más joven. No obstante las pacientes de la FIGO tienen una edad media cercana a la de las de la segunda casuística de la SEGO (63,1 frente a 64,0 años); en cualquier caso este dato habla de la posibilidad de llegar al diagnóstico más tempranamente de lo que se está haciendo ahora, sobre todo al tener en cuenta que la edad más avanzada establece peor pronóstico^{3,24,25}.

También habría de tenerse en cuenta que el número de casos en estadios I es bajo en las dos casuísticas, como puede observarse si se comparan con otros registros nacionales en los que se supera ampliamente el 75% de los casos que se diagnostican en este estadio²⁶.

Por otro lado, sería preciso completar más frecuentemente la clasificación quirúrgica que en ninguno de los dos períodos llegó al 30% de los casos, lo que significa que la nueva forma de clasificación todavía no se había implantado en 1993 o que algunos ginecólogos no se habían familiarizado con la técnica. Será interesante ver cómo se modifica esta situación con el estudio de casuísticas futuras, aun cuando no se considere que la linfadenectomía haya de realizarse a todas las pacientes y parezca asistirse a cierto reflujo en su práctica^{12,26,27}, quizá motivado por no ser siempre necesaria ni beneficiosa.

Aun cuando parece que cada vez se tratan más casos oncológicos en hospitales de referencia y la comparación entre las dos casuísticas lo abona, también se debería favorecer que más cánceres de endometrio fuesen tratados en hospitales con la mayor cualificación (la mediana de casos tratados en los hospitales de la casuística más reciente es solamente de 6 casos por año) y que se haga de la forma

que menos lesione la posibilidad de progreso en los conocimientos y habilidades de todos los hospitales.

Finalmente, también se han puesto de manifiesto algunos aspectos susceptibles de mejorarse en la revisión de nuestras casuísticas que permitan más correctamente su comparación.

AGRADECIMIENTOS

Este artículo se publica gracias al esfuerzo de los miembros de los hospitales de la Sección de Ginecología Oncológica y Patología Mamaria de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia que diagnosticaron y trataron los casos que han servido de base a este análisis. Sus nombres constan en los tres primeros artículos citados en la bibliografía.

BIBLIOGRAFÍA

1. Herruzo A, Carmona M, Asins E, Calero F, Cuadros JL, Dexeus S, et al. Adenocarcinoma de endometrio. Casuística de la Sección de Oncología Ginecológica de la SEGO (1980-85). En: Herruzo A, Calero F, editores. Adenocarcinoma de endometrio. Granada: SEGO. Proyecto Sur de Ediciones, 1993; p. 229-66.
2. Ibáñez E. Encuesta Nacional sobre Cáncer de Endometrio, 1993. Resultados preliminares. En: Rodríguez-Escudero FJ, Galán JR, editores. Avances y controversias en ginecología oncológica. Cáceres: SEGO, 1999; p. 161-76.
3. Ibáñez E, Chiva L, Rodríguez-Escudero F. Resultados de la encuesta nacional sobre el carcinoma de endometrio diagnosticado en 1993. Disponible en: http://www.sego.es/secciones/sego_secciones.htm
4. Lewis BV, Stalworthy JA, Cowdell R. Adenocarcinoma of the body of the uterus. *J Obstet Gynecol Brit Commonw* 1970;77:343-8.
5. Boronow RC, Morrow CP, Creasman WT, DiSaia PJ, Silverberg SG, Miller A, et al. Surgical staging in endometrial cancer: Clinical pathologic findings of a prospective study. *Obstet Gynecol* 1984;63:825-32.
6. DiSaia PJ, Creasman WT, Boronow RC, Blessing JA. Risk factors and recurrent patterns in Stage I endometrial cancer. *Am J Obstet Gynecol* 1985;151:1009-15.
7. Creasman WT, Morrow CP, Bundy BN, Homesley HD, Graham JE, Heller PB. Surgical pathological spread patterns of endometrial cancer (A Gynecologic Oncologic Group Study). *Cancer* 1987;60:2035-41.
8. Morrow CP, Brian N, Bundy BN, Kurman RJ, Creasman WT, Heller PB, et al. Relationship between surgical-pathological risk factors and outcome in clinical stage I and II. Carcinoma of the endometrium: A Gynecologic Oncologic Group Study. *Gynecol Oncol* 1991;40:55-65.
9. FIGO. Changes in gynecologic cancer staging by the International Federation of Gynecology and Obstetrics. *Am J Obstet Gynecol* 1990;162:610-1.
10. Larson DM, Connor GP, Broste SK, Krawisz BR, Johnson KK. Prognostic significance of gross myometrial invasion with endometrial cancer. *Obstet Gynecol* 1996;88:394-8.
11. Mikuta JJ. Preoperative evaluation and staging of endometrial cancer. *Cancer* 1995;76:2041-3.
12. Eltabbakh GH, Piver S, Hempling RE, Shin KH. Excellent long-term survival and absence of vaginal recurrences in 332 patients with low-risk stage I endometrial adenocarcinoma treated with hysterectomy and vaginal brachithery without formal staging lymph node sampling: Report of a prospective trial. *Int J Radiation Oncology Biol Phys* 1997;38:373-80.
13. Creasman WT, Weed JC. Carcinoma of endometrium (FIGO stages I & II: Clinical features and management. En: Coppleson M, editor. *Gynecologic oncology*. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1981; Vol 2: Chap. 44; p. 562-77.
14. Morrow P, Curtin JP. Management of uterine neoplasia. En: *Gynecologic cancer surgery*. New York: Churchill Livingstone, 1996; Chap 11: p. 569-625.
15. Calero F, Alonso E, Asins E, Díaz R, Garzón JM, González P, et al. A preliminary report of a controlled study of the effectiveness of medroxyprogesterone acetate therapy in endometrial carcinoma. *Proc. International Symposium on Medroxyprogesterone Acetate*. Amsterdam: Excerpta Medica, 1982; p. 377-88.
16. Kauppila A. Progestin therapy of endometrial, breast and ovarian carcinoma. A review of clinical observations. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1984;63:441-50.
17. Creasman W, Odicino F, Maissonneuve P, Benedet J, Sheperd J, Sideri M, et al. Carcinoma of the corpus uteri. *J Epidemiol Biostat* 1998;3:35-61.

- 2
18. Nori D. Principles of radiation therapy in the management of carcinoma of the endometrium. En: Nori D, Hilaris BS, editors. Radiation therapy of gynecological cancer. New York: Alan R. Liss Inc, 1987; p. 115-46.
 19. Creutzberg CL, Van Putten WL, Koper PC, Lybeert ML, Jobsen JJ, Warlam-Rodenhuis CC, et al. Surgery and postoperative radiotherapy versus surgery alone for patients with stage I endometrial carcinoma: multicentre randomised trial. PORTEC Study Group. Post Operative Radiation Therapy in Endometrial Carcinoma. *Lancet* 2000;355:1404-11.
 20. Poulsen HK. The danish endometrial cancer study (DEMCA). *Acta Oncologica* 1989;28:589-93.
 21. Abeler VM, Kjorstad KE, Berle E. Carcinoma of the Endometrium in Norway: a histopathological and prognostic survey of a total population. *Int J Gynecol Cancer* 1992;2:9-22.
 22. Piura B, Bar-Dayyan A, Cohen Y, Yanai-Inbar I, Glezerman M. Endometrial carcinoma in the south of Israel: study of 231 cases. *J Surg Oncol* 1997;66:189-95.
 23. Marziale P, Atlante G, Pozzi M, Diotallevi F, Iacovelli A. 426 cases of stage I endometrial carcinoma: a clinicopathological analysis. *Gynecol Oncol* 1989;32:278-81.
 24. Rose PG. Endometrial carcinoma. *N Engl J Med* 1996;335:640-9.
 25. Hernández E, DeFilippis D, O'Connell K, Balsara G, Keyamaneesh S, Anderson L, Heller PB. Poorer prognosis in older patients with endometrial adenocarcinoma. *J Natl Med Assoc* 1996;88:107-11.
 26. Orr JW. Surgical staging of endometrial cancer: does the patient benefit? *Gynecol Oncol* 1998;71:335-9.
 27. Trimble EL, Kosary C, Park RC. Lymphnode sampling and survival in endometrial cancer. *Gynecol Oncol*, 1998;71:340-3.