

Martínez Vicente, Laura; Lorca Alfaro, Sofía; Muñoz Contreras, María; Gurrea Almela, Elena; ; García Soria, Vanesa; Peces Rama, Almudena; Abril Alcobas, Carlota; Machado Linde, Francisco.

Servicio de Ginecología. Hospital General Universitario Reina Sofía (Murcia)

## INTRODUCCIÓN

El tratamiento actual propuesto por la FIGO para las pacientes con carcinoma endometrial (CE) de BAJO RIESGO es **histerectomía** en combinación con **salpingo-ooforectomía bilateral (SOB)**. La justificación es que la SOB supone la detección y extirpación de **enfermedad oculta metastásica** así como **cáncer ovárico sincrónico** y **disminución de la producción estrogénica** (1)(2).

La prevalencia del CE en las mujeres premenopáusicas no es despreciable, descrita aproximadamente como un cuarto de los casos en USA, con incidencias mayores en otros países como en Korea, donde alcanza el 45% (siendo el 10% menores de 40 años). Estas pacientes presentan además un perfil oncológico de **mejor pronóstico** (tipo histológico, estadio, grado de diferenciación) (2)

En estas mujeres, la histerectomía resulta en una pérdida de fertilidad, mientras que la ooforectomía induce una menopausia quirúrgica con las secuelas secundarias de la deprivación estrogénica, incluyendo principalmente un riesgo aumentado de **enfermedad cardiovascular, mayor pérdida de masa ósea, deterioro cognitivo, afectación de la función sexual y una supervivencia global, por tanto, posiblemente disminuida** (3).

Actualmente la ESMO ha planteado en su último consenso la recomendación de considerar la preservación ovárica en pacientes menores de 45 años de BAJO RIESGO con un nivel de evidencia IV y fuerza de recomendación B (recomendación 4.7) (4)

Esto es debido a un cuerpo creciente de evidencia de estudios retrospectivos que ha reportado una adecuada seguridad oncológica, constatando que en mujeres premenopáusicas de bajo riesgo la PO tuvo la misma supervivencia cáncer- específica, una mayor supervivencia global y un menor riesgo acumulativo de enfermedad cardiovascular que las que se trataron con SOB (5)(6)(7) El riesgo de recurrencia global en el grupo de PO con mayor tiempo de seguimiento – 55 meses- fue del 4%, pero ninguna de estas pacientes pertenecía al grupo considerado de bajo riesgo por la FIGO. Se han propuesto una serie de factores de riesgo en la literatura de riesgo de afectación ovárica (**Tabla 1**) presentes en las pacientes con recurrencia. El grupo de bajo riesgo excluye la presencia de todos ellos, y ninguno estaba presente en las pacientes sin recurrencia (8).

## REVISIÓN

En nuestro hospital han sido intervenidas de cáncer uterino en una edad igual o menor a 45 años 23 pacientes desde 2005 a 2018. Un caso fue de sarcoma uterino de hallazgo tras miomectomía, otro de tipo seroso, De estas pacientes, 14 correspondían a carcinoma endometrial con estadio de bajo riesgo. El resto se trataba de pacientes con riesgo aumentado de cáncer de ovario – síndrome de Lynch-, subtipo histológico no endometrial (un caso de subtipo seroso) o estadio o grado más avanzado (un estadio IB en anatomía definitiva y dos IIC, dos más con afectación sincrónica o metastásica de ovario al inicio). (figura circular).

Con el fin de evaluar retrospectivamente la seguridad oncológica de la preservación ovárica respecto a la bibliografía disponible, se comprobó la presencia de indicadores propuestos de una preservación ovárica segura. Estos se obtienen con una adecuada valoración previa y quirúrgica, así como resultados retrospectivos anatomopatológicos. No se halló patología maligna ovárica, primaria ni metastásica, en ninguna de las pacientes de bajo riesgo sin factores de riesgo. De forma casual se encontró patología benigna (endometriosis) en una de las pacientes.

## CONCLUSIONES

La proporción de mujeres premenopáusicas con cáncer de endometrio es considerable teniendo en cuenta una incidencia que se prevee irá en aumento en esta patología. Este estrato de pacientes suelen presentar un estadio más temprano y un mayor grado de diferenciación, es decir, mejor pronóstico.

El tratamiento actual establecido por la FIGO para el ESTADÍO BAJO de CE es la **HISTERECTOMÍA** más **DOBLE ANEXECTOMÍA**. La justificación está en la exéresis de patología ovárica primaria o metastásica, y la deprivación estrogénica. Sin embargo, hoy en día un cuerpo creciente de estudios retrospectivos aportan evidencia de que la PO no tiene impacto estadísticamente significativo en la supervivencia oncológica.

Por tanto, en un grupo seleccionado de pacientes podría plantearse como mejor opción terapéutica global la PO (**Tabla 1**).

El consenso de la ESMO en 2013 recoge esta recomendación.

Por supuesto, tras una adecuada selección de pacientes candidatas, esta posibilidad debe ser informada y consensuada con la paciente.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Frey MK, Blank S, Curtin J. Minimizing Minimally Invasive Surgery for Endometrial Carcinoma. American Society of Clinical Oncology. Educational Book. 2017. Disponible en: [asco.org/edbook](http://asco.org/edbook).
2. Wright JD, Jorge S, Tergas AI, et al. Utilization and Outcomes of Ovarian Conservation in Premenopausal Women With Endometrial Cancer. *Obstet Gynecol.* 2016; 127: 101-108.
3. Edelman M, Sharp H. Ovarian conservation vs removal at the time of benign hysterectomy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology.* 2018; Mar: 269-279.
4. Colombo N, Creutzberg C, Amant F, Bosse T, González-Martín A, Ledermann J, et al. ESMO- ESGO-ESTRO Consensus Conference on Endometrial Cancer: diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol.* 2016;27:16-41.
5. Wright J, Buck A, Shah M, Burke W, Schiff P, Herzog T. Safety of Ovarian Preservation in Premenopausal Women With Endometrial Cancer. *Journal of Clinical Oncology.* 2009; 27 (8): 1214-1219.
6. Wright JD, Jorge S, Tergas AI, et al. Utilization and Outcomes of Ovarian Conservation in Premenopausal Women With Endometrial Cancer. *Obstet Gynecol.* 2016; 127: 101-108.
7. Survival Impact of Ovarian Preservation on Women With Early-Stage Endometrial Cancer: A Systematic Review and Meta-analysis. *Int Journal of Gynecological Cancer* 2017.
8. Matsuo K, Machida H, Shoupe D, et al. Ovarian conservation and overall survival in young women with early-stage low-grade endometrial cancer. *Obstet Gynecol.* 2016; 128: 761-770.

**Tabla 1. Factores de riesgo de afectación ovárica en CE**

Subtipo histológico
Grado de diferenciación
Profundidad de invasión miometrial o invasión endocervical.
Afectación de afectación extrauterina
Aspecto de los ovarios
Metástasis linfáticas

**Tabla 1. Grupo selectivo de pacientes que podrían beneficiarse de la conservación ovárica**

- Pacientes jóvenes (menos de 45 años)
- Con criterios de bajo riesgo (infiltración miometrial inferior al 50% y grado 1-2).
- Sin sospecha de afectación ovárica ni de enfermedad a distancia (tanto en pruebas de imagen previas como en el curso de la intervención).
- En ausencia de historia familiar de cáncer de ovario o criterios de riesgo de cáncer hereditario.