

ASOCIACION ARGENTINA PARA EL ESTUDIO DEL CLIMATERIO

Screening en Cancer de Colon y Endometrio

5º Curso de Postgrado de Formación en Climaterio
AAPEC 2019

Tomas P. Ramilo
Ginecólogo Oncólogo
Oncólogo Clínico
tramilo@hospitalaleman.com



¿Por qué hacemos lo que hacemos?

- ✓ MBE
- ✓ Guías
- ✓ Porque así lo aprendí
- ✓ Medicina defensiva/miedo
- ✓ Porque lo pide la paciente (Para no perder a la paciente)
- ✓ Porque una vez diagnostique algo...
- ✓ Porque si.....

¿Que solicita el Ginecólogo frecuentemente?

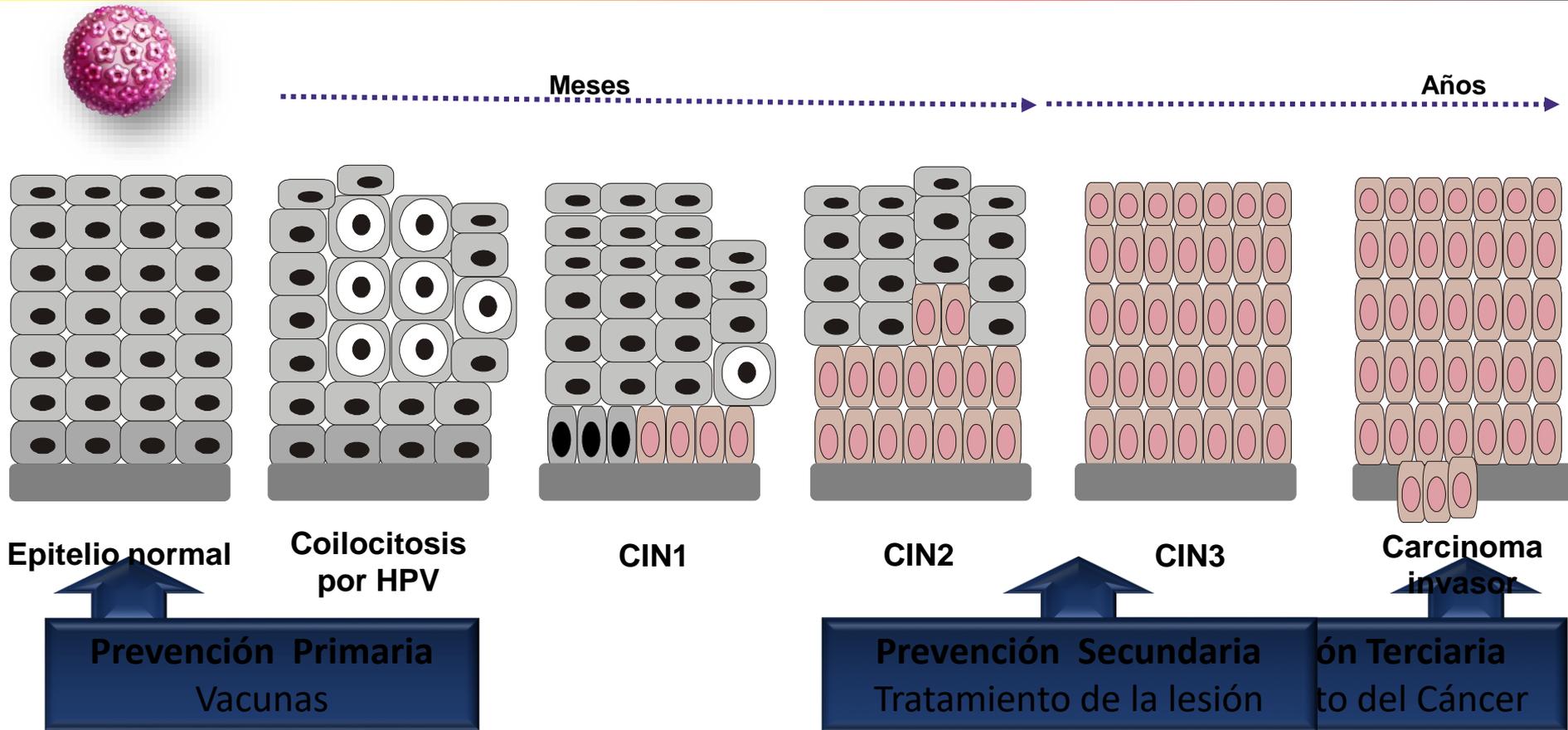
- ✓ Prevención de cáncer gineco-mamario (Screening)
 - Cáncer de mama
 - Cáncer de cuello uterino
 - Cáncer de endometrio
 - Cáncer de ovario
 - Cáncer colorectal???

Condiciones de un Screening

- Deber ser un método relativamente económico.
- Deber ser una enfermedad prevalente.
- Debe haber un tratamiento para la enfermedad.
- Debe haber una fase latente de la enfermedad.
- La historia natural de la enfermedad debe ser comprendida adecuadamente.
- La prueba debe ser aceptable.
- **DEBE REDUCIR MORTALIDAD.**

Frame PS, Carlson SJ. A critical review of periodic health screening using specific screening criteria. 1975

Historia Natural del Cáncer de Cérvix



CÁNCER COLORECTAL (CCR)



Cancer Colorectal

- **tabaquismo,**
- **consumo excesivo de alcohol,**
- **alto consumo de carnes rojas y procesadas,**
- **obesidad**
- **sedentarismo.**

Estos desempeñan un papel clave en el desarrollo de las formas esporádicas.

PREVENCION PRIMARIA

Principios del tamizaje

Aplicación de una prueba a una población de sujetos sin signos o síntomas de una enfermedad con el objeto de detectarla tempranamente o incluso evitarla

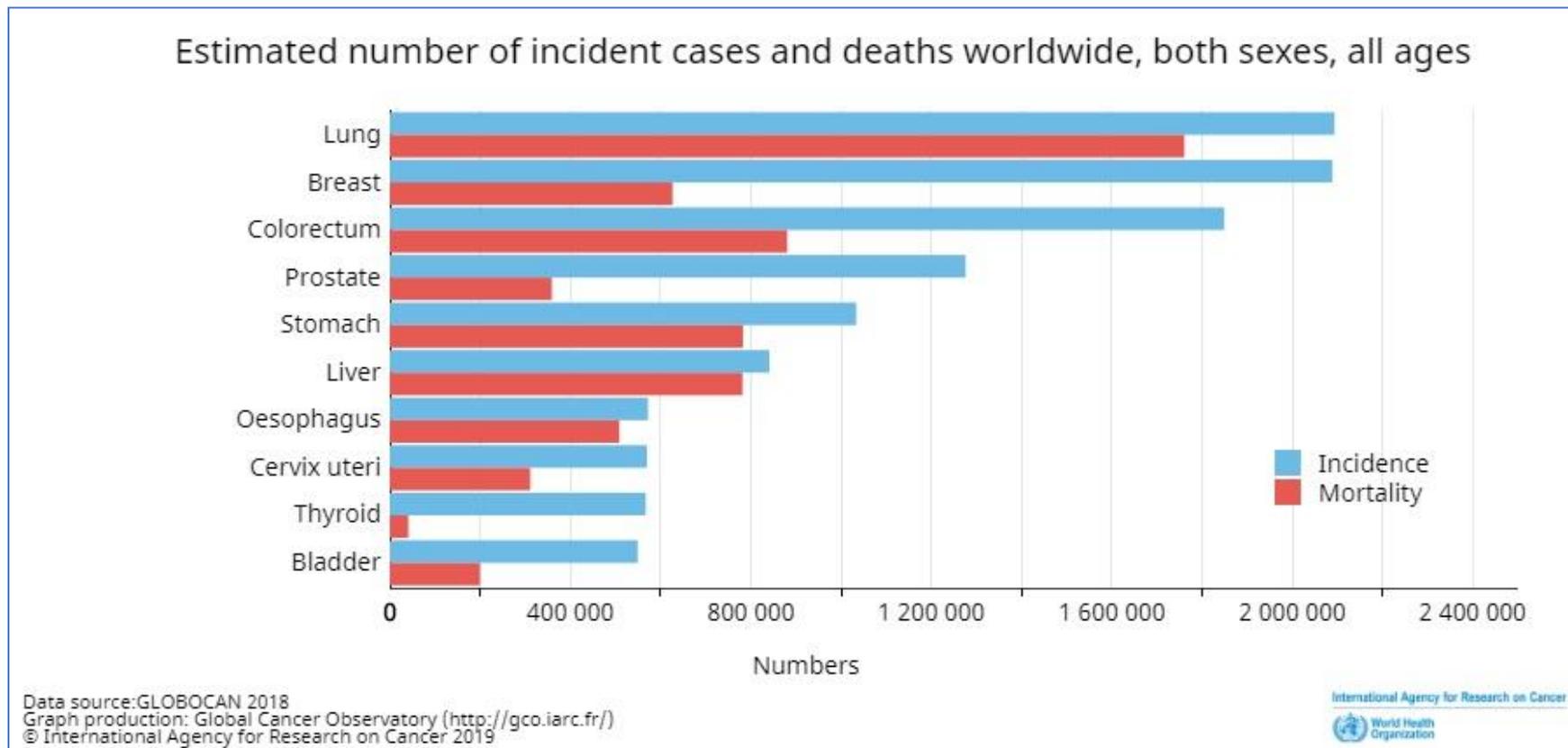
- Enfermedades con alta prevalencia
- Periodo subclinico prolongado
- Métodos diagnósticos con alta sensibilidad
- Su tratamiento ofrece alta tasa de éxito

Principios del tamizaje

Aplicación de una prueba a una población de sujetos sin signos o síntomas de una enfermedad con el objeto de detectarla tempranamente

- **Enfermedades con alta prevalencia**
- Periodo subclinico prolongado
- Métodos diagnósticos con alta sensibilidad
- Su tratamiento ofrece alta tasa de éxito

En el mundo...



- Tercero en incidencia
- Segundo en mortalidad

En el mundo...

Estimated number of incident cases and deaths worldwide, both sexes, all ages

Cancer	Incidence	Mortality
Lung	2 093 876	1 761 007
Breast	2 088 849	626 679
Colorectum	1 849 518	880 792
Prostate	1 276 106	358 989
Stomach	1 033 701	782 685
Liver	841 080	781 631
Oesophagus	572 034	508 585
Cervix uteri	569 847	311 365
Thyroid	567 233	41 071
Bladder	549 393	199 922

Incidencia: en Argentina...

SITIO TUMORAL	AMBOS SEXOS		VARONES		MUJERES	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%
Mama	21558	17,2	-	-	21538	32,6
Colon-recto	15692	12,6	8527	14,5	7165	10,8
Próstata	11600	9,3	11600	19,7	-	-
Pulmón	11595	9,3	7111	12,1	4484	6,8
Riñon	4889	3,9	3165	5,4	1724	2,6
Páncreas	4878	3,9	2302	3,9	2576	3,9
Cervix	4484	3,6	-	-	4484	6,8
Estómago	3980	3,2	2536	4,3	1444	2,2
Vejiga	3631	2,9	2789	4,7	842	1,3
Tiroides	3482	2,8	467	0,8	3015	4,6
Linfoma No-Hodgkin	3405	2,7	1938	3,3	1467	2,2
Encéfalo y otros SNC	3001	2,4	1587	2,7	1414	2,1
Leucemias	2934	2,3	1569	2,7	1365	2,1
Cuerpo de útero	2412	1,9	-	-	2412	3,6
Higado	2343	1,9	1364	2,3	979	1,5
Ovario	2330	1,9	-	-	2330	3,5
Esófago	2299	1,8	1505	2,6	794	1,2
Otros	12224	9,8	8103	13,8	4121	6,2
Total	125014	100,0	58883	100,0	66131	100,0

Mortalidad: en Argentina...

Topografía	Varones		Mujeres		Ambos sexos		
	N	%	N	%	N	%	% Acumulado
Pulmón	6343	19,7	3139	10,5	9484	15,2	15,2
Colon-recto	4095	12,7	3495	11,7	7596	12,2	27,4
Mama	41	0,1	5858	19,6	5900	9,5	36,9
Páncreas	1966	6,1	2224	7,4	4191	6,7	43,7
Próstata	3834	11,9		0,0	3834	6,2	49,8
Estómago	1873	5,8	1052	3,5	2927	4,7	54,5
Cuello de Útero		0,0	2064	6,9	2064	3,3	57,8
Riñón y v. urinarias	1342	4,2	626	2,1	1970	3,2	61,0
Leucemias	1057	3,3	842	2,8	1899	3,1	64,0
Hígado y vías biliares	1079	3,3	789	2,6	1868	3,0	67,0
Esófago	1196	3,7	556	1,9	1756	2,8	69,9
Vejiga	1119	3,5	354	1,2	1473	2,4	72,2
Linfoma no Hodkin	822	2,5	617	2,1	1439	2,3	74,5
Escefago_SNC	718	2,2	582	1,9	1300	2,1	76,6
Vesícula	527	1,6	751	2,5	1278	2,1	78,7
Ovarios		0,0	1258	4,2	1258	2,0	80,7
Laringe	667	2,1	116	0,4	783	1,3	82,0
Mal definidos	2168	6,7	2110	7,0	4280	6,9	88,8
Otros	3427	10,6	3053	10,2	6485	10,4	
Total	32274	100,0	29947	100,0	62246	100,0	

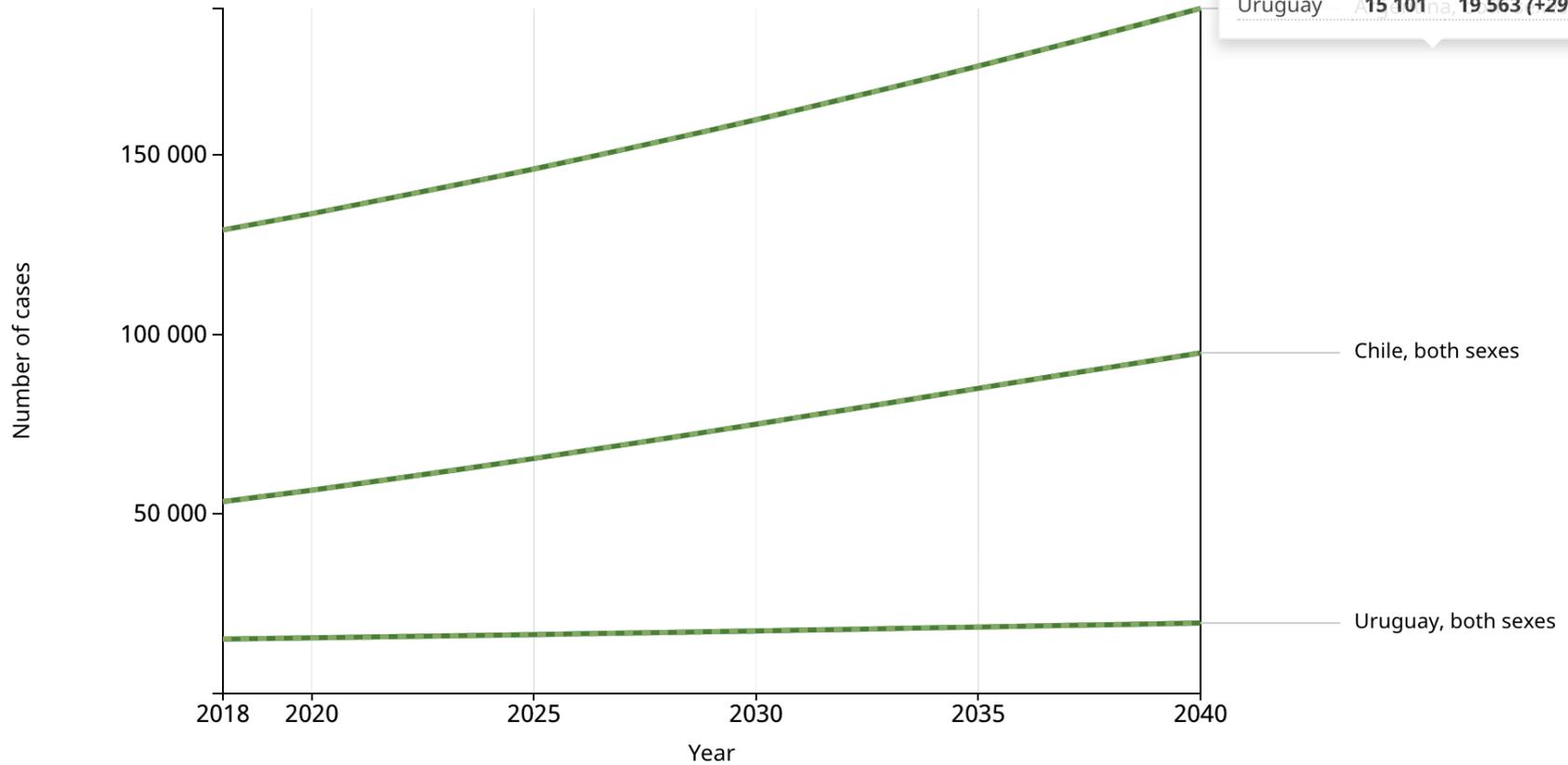
Fuente: SIVER-Ca en base a datos de la DEIS, Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Instituto Nacional del Cáncer (INC), 2018.

SALUD

Cáncer de colon: 20 argentinos mueren cada día por una enfermedad evitable

Los pólipos o adenomas de colon y recto son de progresión lenta y silenciosa. La realización de exámenes periódicos para detectar y extirpar estas lesiones permite prevenir el desarrollo de esta enfermedad maligna

Estimated number of incident cases from 2018 to 2040, all cancers



Demographic change

both sexes, all ages

Country	2018	2040	% Change
Argentina	129 047	190 779	+48.2%
Chile	53 365	94 807	+77.3%
Uruguay	15 101	19 563	+29.1%

Data source: Globocan 2018
 Graph production: Global Cancer Observatory (<http://gco.iarc.fr/>)
 © International Agency for Research on Cancer 2018

Principios del tamizaje

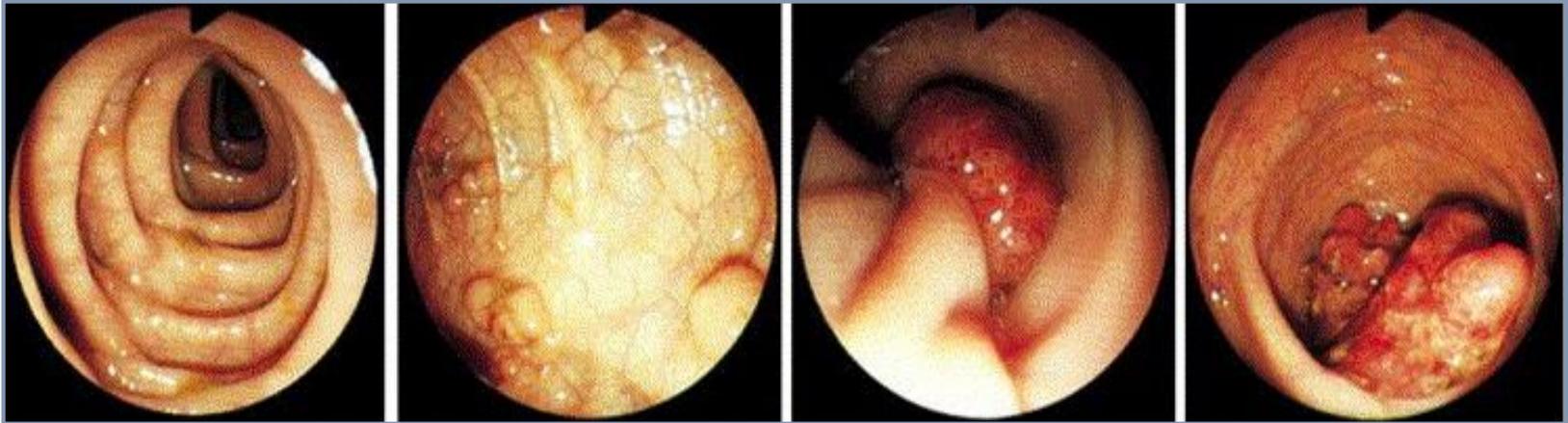
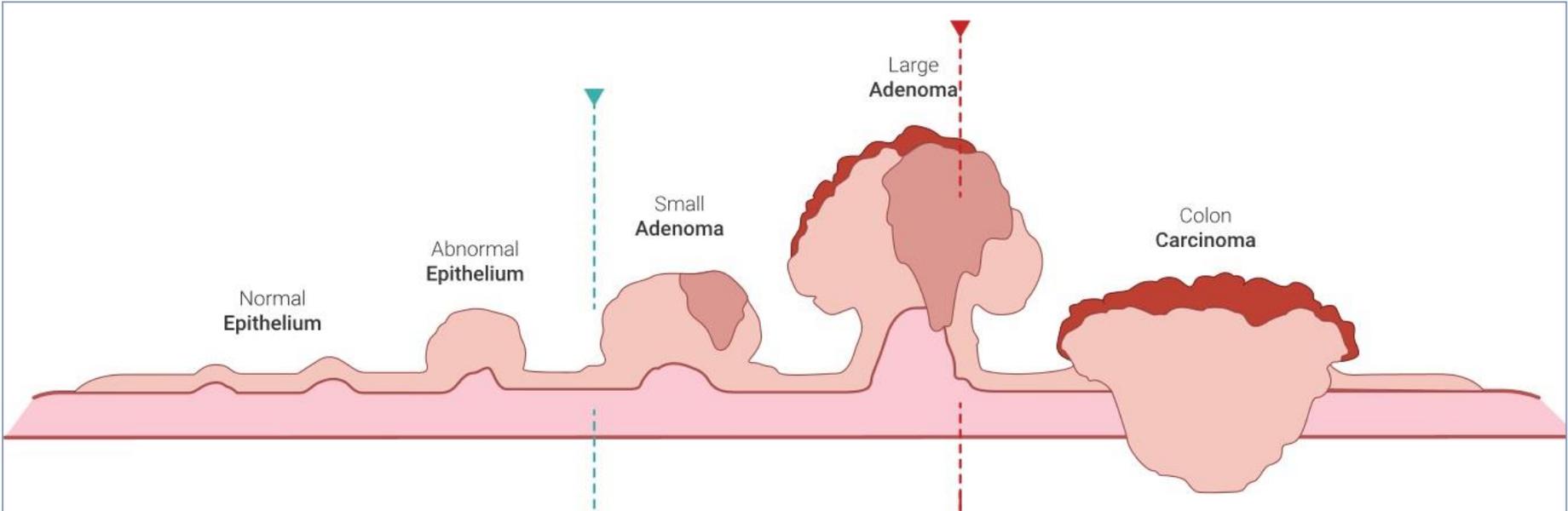
Aplicación de una prueba a una población de sujetos sin signos o síntomas de una enfermedad con el objeto de detectarla tempranamente

- Enfermedades con alta prevalencia
- **Periodo subclinico prolongado**
- Métodos diagnósticos con alta sensibilidad
- Su tratamiento ofrece alta tasa de éxito

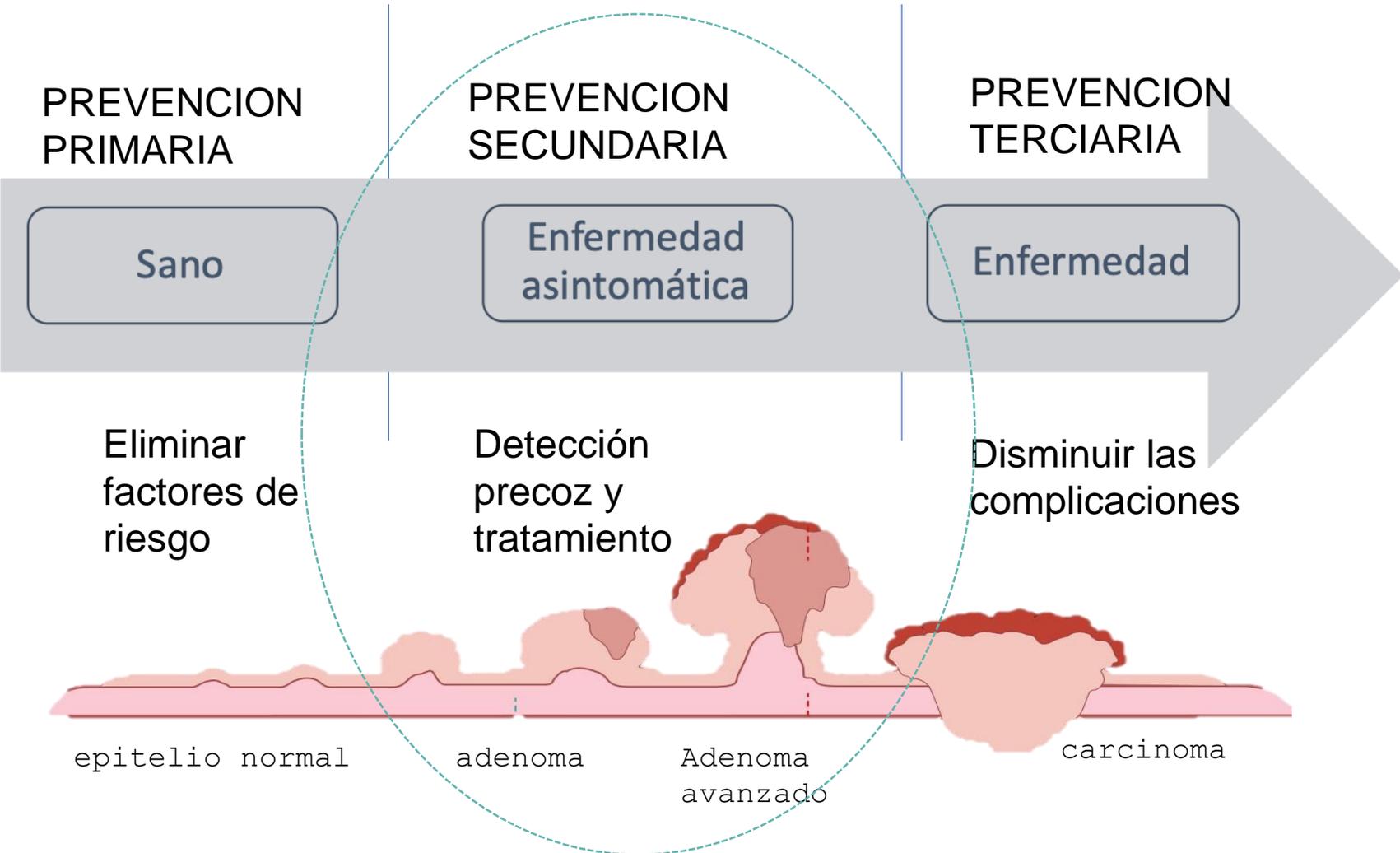
Historia Natural del CCR

- El 80-90% de los CCR están precedidas por lesiones preneoplásicas: los pólipos adenomatosos
- Los adenomas representan el 70% de los pólipos colonicos
- La transformación de adenoma a CCR lleva 10 a 15 años
- Se estima que solo el 5% de los adenomas llegan a malignizar
- **El CCR temprano, presintomático, tiene una curación cercana al 90 %.**
- **Pacientes sintomáticos suelen tener enfermedad avanzada....**

Secuencia adenoma-carcinoma



¿El CCR es pasible de tamizaje?



Principios del tamizaje

Aplicación de una prueba a una población de sujetos sin signos o síntomas de una enfermedad con el objeto de detectarla tempranamente

- Enfermedades con alta prevalencia
- Periodo subclinico prolongado
- **Métodos diagnósticos con alta sensibilidad**
- Su tratamiento ofrece alta tasa de éxito

MÉTODOS DE Screening

- Test de Sangre oculta en materia fecal (SOMF): SOMFg y SOMFi (FIT)
- Rectosigmoideoscopia (RSC)
- Videocolonoscopia (VCC)
- Colonoscopia Virtual (CV)
- Colon por enema doble contraste (CEDC)

Estrategias de tamizaje basadas en SOMF

- Disminuyen la incidencia y la mortalidad por CCR
 - Estudios Aleatorizados:
 - SOMFg
 - Estudios observacionales:
 - SOMFi (FIT)

**THE EFFECT OF FECAL OCCULT-BLOOD SCREENING ON THE INCIDENCE
OF COLORECTAL CANCER**

JACK S. MANDEL, PH.D., M.P.H., TIMOTHY R. CHURCH, PH.D., JOHN H. BOND, M.D., FRED EDERER, M.A.,
MINDY S. GEISSER, M.S., STEVEN J. MONGIN, M.S., DALE C. SNOVER, M.D., AND LEONARD M. SCHUMAN, M.D.

SOMF

- Fundamento: detección de hemoglobina en materia fecal
- Tipos:
 - SOMFi: detección de hemoglobina en MF mediante la utilización de anticuerpos que reaccionan ante la presencia de globina
 - SOMFg: detección indirecta de sangre en MF mediante reacción química



SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL TEST INMUNOQUÍMICO (SOMFI) FIT

- Varias muestras de una misma deposición tomadas en el hogar.
- No requiere restricciones en la dieta o en la ingesta de suplementos.
- Mayor aceptación entre los usuarios
- Si el resultado es positivo debe ser seguido de VCC completa.
- Si el resultado es negativo debe realizarse **anualmente**.
- Baja sensibilidad para polipos adenomatosos.

¿Cómo se hace el Test?

- 

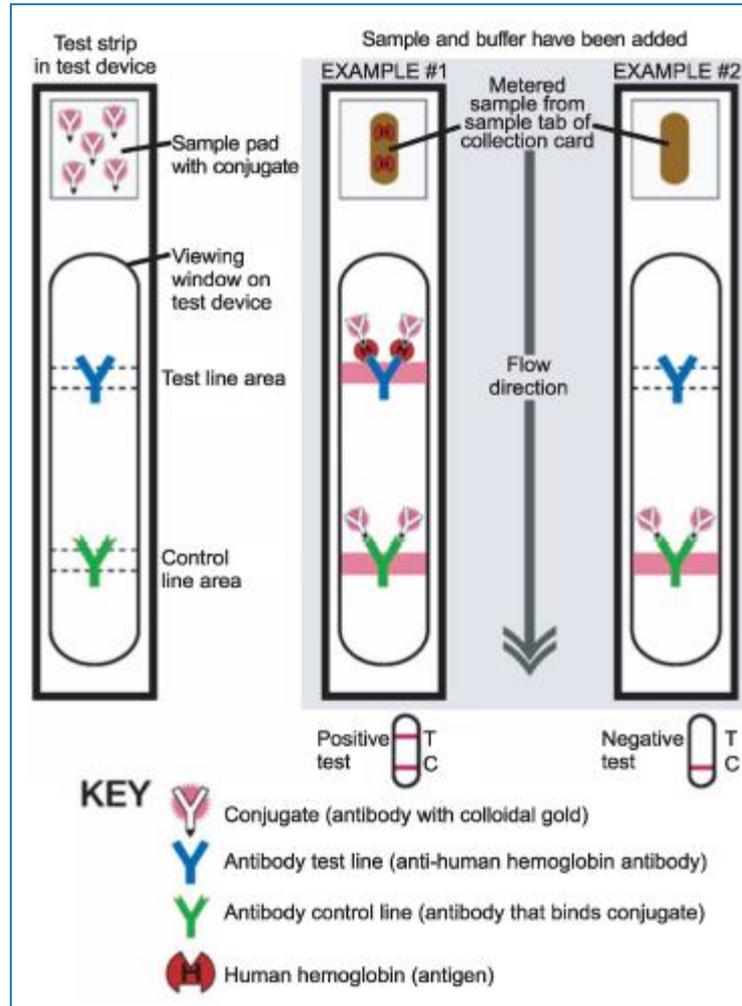
1 Se recomienda que la materia fecal no tenga contacto con el agua del inodoro ni con orina. Para evitarlo, podés colocar papel o un recipiente en el inodoro para tomar la muestra.
- 

2 Desenroscá la tapa blanca del tubo colector.
- 

3 Pinchá 4 o 5 veces la materia fecal en distintos lugares. Tiene que cubrirse solo la punta de la varilla.
- 

4 Cerrá, enroscá y agitá el tubo para que la muestra se mezcle con el líquido que contiene. Luego guardalo en la heladera y llevalo al Centro de Salud lo antes posible (antes de 7 días).

Lectura

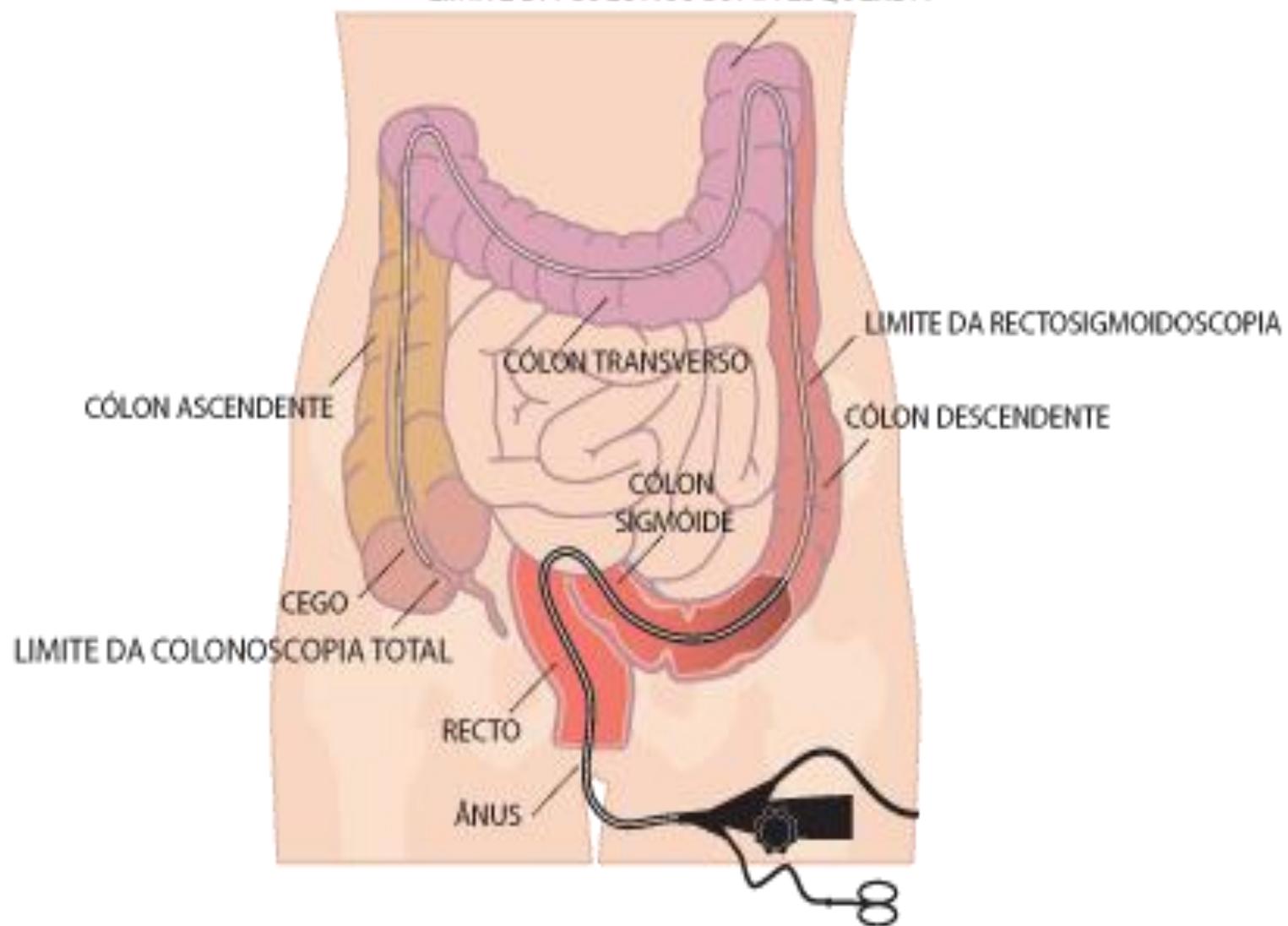


Alisson et al. Gut Liver. 2014 Mar; 8(2): 117–130.

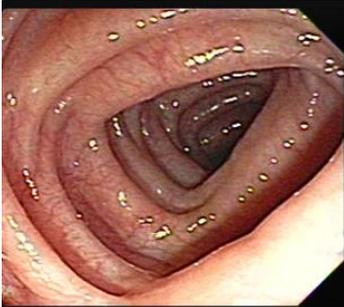
RECTOSIGMOIDEOSCOPIA

- Se asocia con una **reducción en la mortalidad por CCR izquierdo** entre el 60-80%, permitiendo además del diagnóstico el tratamiento de los pólipos.
- La detección por RSC de un pólipo adenomatoso requiere la realización de una VCC completa (Recomendación A).
- Se realiza cada 5 años en población general como screening.

LIMITE DA COLONOSCOPIA ESQUERDA



VIDEOCOLONOSCOPIA



Colon Normal

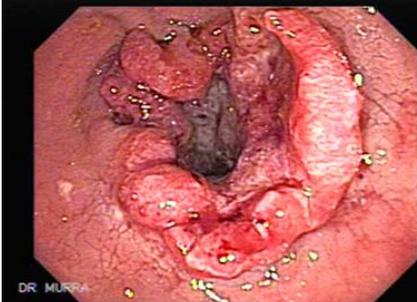
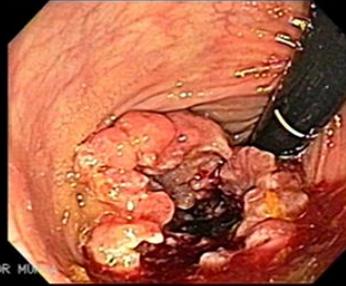


Colonoscopia

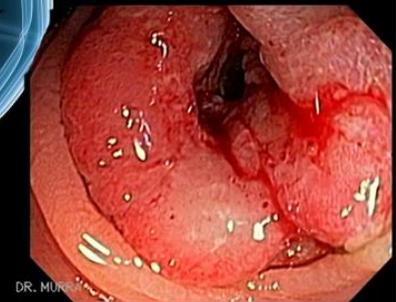
Cáncer del Colon y Recto



Cáncer del Recto



Cáncer del Recto



Cáncer del Colon Descendente

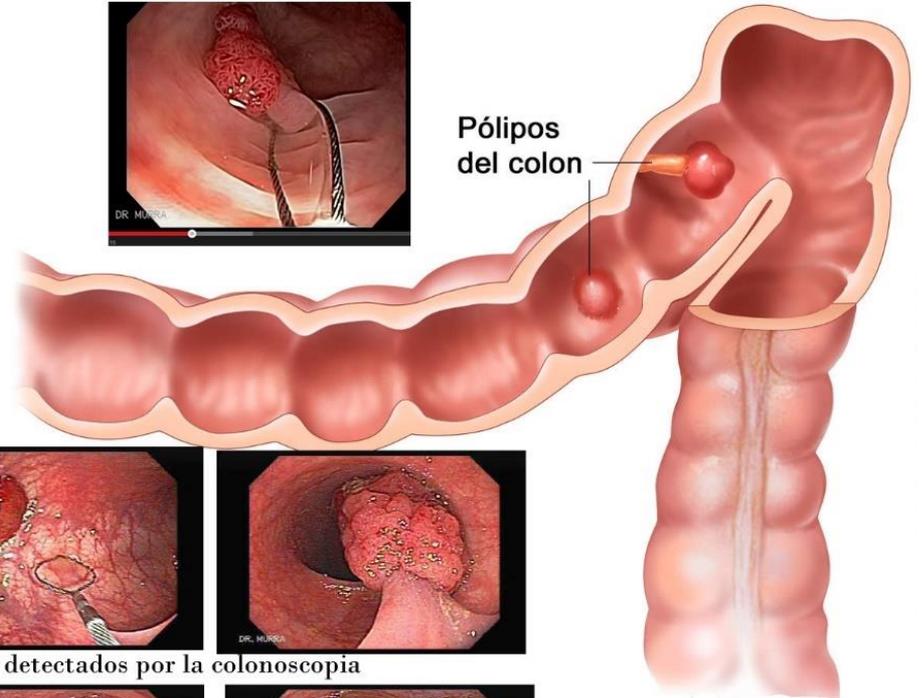
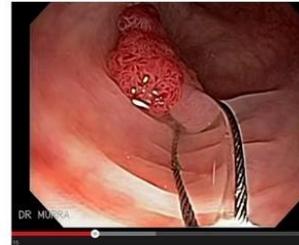
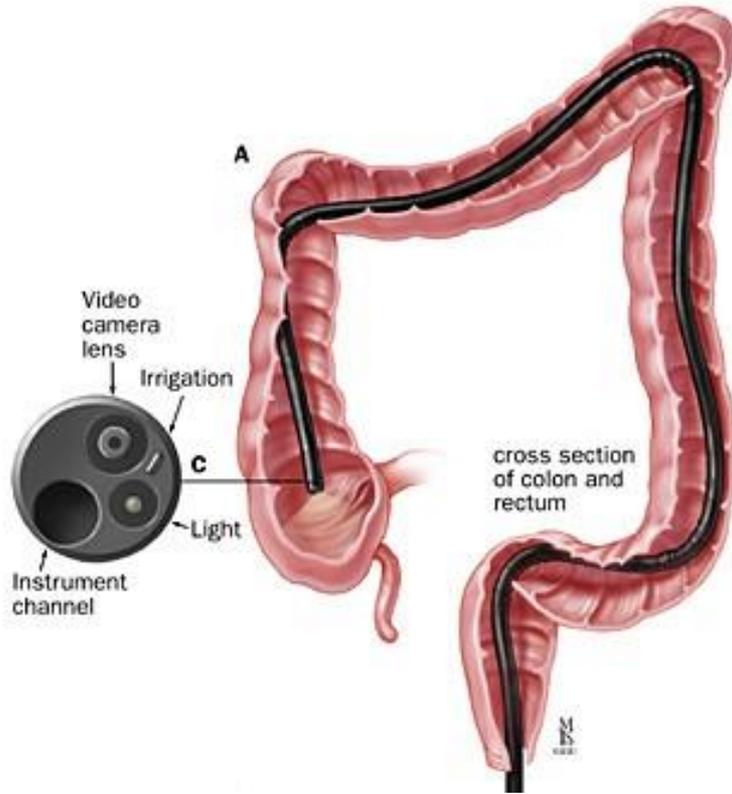
VIDEOCOLONOSCOPIA

- **Reduce la incidencia y mortalidad del CCR.**
- No sólo favorece la detección del CCR en fases iniciales, sino que también permite reducir su incidencia a través de la identificación y la resección de los pólipos adenomatosos.
- El intervalo entre VCC debe ser de 10 años cuando se cumplen con los criterios de calidad (Recomendación B).

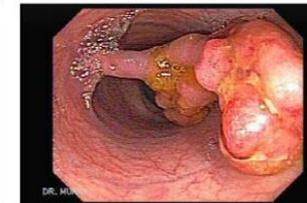
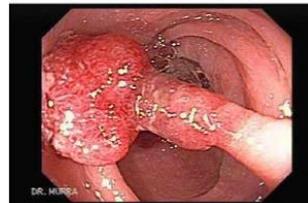
VIDEOCOLONOSCOPIAS

- **Sensibilidad del 98%** para detectar adenomas mayores o iguales a 10 mm
- **Sensibilidad del 90%** para los adenomas mayores o iguales a 5 mm

En un examen completo hasta ciego con una adecuada preparación intestinal y realizada por expertos.



Pólipos detectados por la colonoscopia



TAC (COLONOSCOPIA VIRTUAL)

- Permite la identificación del CCR en fases iniciales y la identificación de pólipos adenomatosos.
- La sensibilidad es de aprox. 90% para lesiones >10mm, similar a la VCC y superior al colon por enema.
- La CV cada 5 años se considera como alternativa de pesquisa en pacientes de riesgo promedio (Recomendación GC).

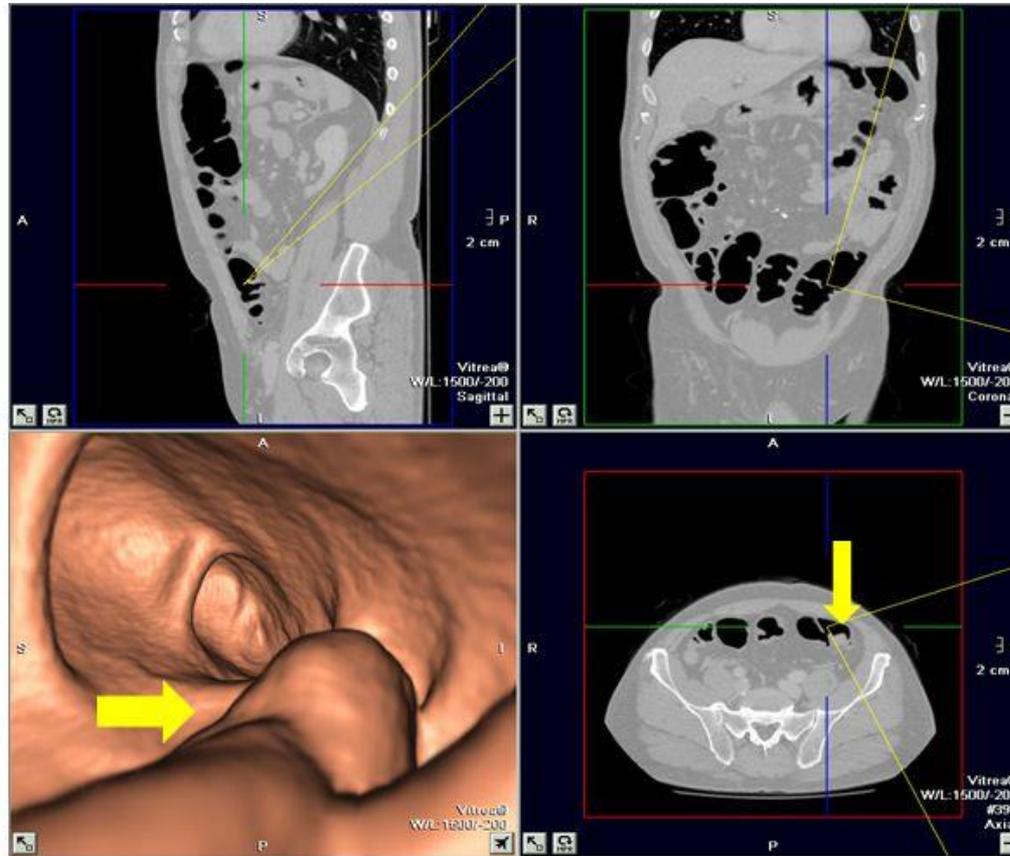


Figura 23: Varón de 55 años, que se le realizó una colonoscopia virtual detectándose un pólipo con anatomía patológica con degeneración e infiltración de la submucosa. La colonoscopia fue incompleta, por lo que aprovechando la preparación del paciente se le realizó una colono-TC para valorar el resto del colon. En la colonoscopia virtual se observa el pólipo en sigma de 1.5cm (flecha), con bordes lisos, que también se identifica en los cortes axiales 2D. No se identificaron otras lesiones del colon ni extracolónicas.

COLON POR ENEMA CON DOBLE CONTRASTE

- **Sensibilidad 48%** para pólipos de tamaño mayor a 10mm.
- No permite la toma de biopsias ni la resección de pólipos. Ante hallazgos positivos se requiere VCC.
- No debería considerarse como alternativa de Screening



Recomendaciones de rastreo

Estratificación de riesgo

- Antecedentes familiares de primer grado con CCR o adenomas avanzados (≥ 1 cm o displasia de alto grado o elementos vellosos) o serrato avanzado (≥ 1 cm o displasia de alto grado)
- Algún familiar con síndrome genético asociado a mayor riesgo de CCR?
- Enfermedad inflamatoria intestinal?
- Antecedentes de Radioterapia Abdominopelviana en la infancia?

ESTRATIFICACION DE RIESGO

- RIESGO HABITUAL O PROMEDIO
- RIESGO MODERADO (PACIENTES CON HISTORIA FAMILIAR DE CCR O POLIPOS AVANZADOS)
- RIESGO ALTO DE CCR

¿Cómo elegir un método?

Balance de
riesgos y
beneficios

Certeza en la
estimación

Costos

Valores y
preferencias

Esto comprende una recomendación para un paciente individual

Valores y preferencias

- Sexo
- Raza
- Fuente de información
- Ingresos
- Rural
- Escolaridad
- Religión
- Conocidos con CCR
- Familiares con CCR
- Tabaquistas
- Otros

Lee, Samuel J et al. "Eliciting vulnerable patients' preferences regarding colorectal cancer screening: a systematic review." *Patient preference and adherence* vol. 12 2267-2282. 31 Oct. 2018, doi:10.2147/PPA.S156552

Sheikh RA, Kapre S, Calof OM, Ward C, Raina A. Screening preferences for colorectal cancer: a patient demographic study. *South Med J*. 2004 Mar;97(3):224-30.

Damm K, Vogel A, Prenzler A. Preferences of colorectal cancer patients for treatment and decision-making: a systematic literature review. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2014 Nov;23(

**RIESGO HABITUAL
O PROMEDIO**

70-75% CCR ESPORÁDICOS

- Individuos sin enfermedad predisponente y sin historia familiar de CCR. El riesgo de un individuo de desarrollar un CCR a lo largo de su vida es del 5%.
- **A partir de los 50 años en:**
 - Ambos sexos, asintomáticos y sin factores de riesgo.
 - Personas con antecedentes familiares de CCR en **un** familiar de 2º o 3º grado.

Familiares de 1º grado: padres, hermanos e hijos.

Familiares de 2º grado: abuelos, tíos y sobrinos.

Familiares de 3º grado: bisabuelos y primos.

- A partir de los 50 años y hasta la edad de 75 años (Recomendación B), utilizando alguno de los siguientes métodos de pesquisa:
 - **SOMF anual (Recomendación A)**
 - **VCC cada 10 años (Recomendación B)**
 - **RSC cada 5 años (Recomendación B)**
 - **Colonoscopia Virtual (CV) cada 5 años (Recomendación GC)**
 - **Colon por Enema Doble Contraste (CEDC) cada 5 años (Recomendación GC)**

“Shared decision Making”

***RECOMENDAMOS COLONOSCOPIA A AQUELLOS PACIENTES
QUE LA DESEAN***

- Mayor sensibilidad para detectar Adenomas
- No requiere otros estudios por 10 años

“Shared decision Making”

RECOMENDAMOS FIT ANUAL (SOMF) O COLONOSCOPIA VIRTUAL CADA 5 AÑOS A AQUELLOS QUE NO DESEAN O NO PUEDEN REALIZAR UNA VIDEOCOLONOSCOPIA

RIESGO MODERADO

**PACIENTES CON
HISTORIA FAMILIAR DE
CCR O ADENOMAS
AVANZADOS**

15-20% CCR FAMILIAR

- Sin un síndrome genético claro ni mutaciones germinales identificadas.
- El CCR familiar es el resultado de la interacción de la predisposición genética y el estilo de vida.
- NO HAY estudios randomizados que demuestren beneficio de screening diferenciado.....

15-20% CCR FAMILIAR

- Familiar de 1 er grado diagnosticado < 60 años
- 2 o más Familiares de 1 er grado a cualquier edad
- Familiar de 1 er grado diagnosticado > 60 años

Familiares de 1° grado: padres, hermanos e hijos.

Familiares de 2° grado: abuelos, tíos y sobrinos.

Familiares de 3° grado: bisabuelos y primos.

15-20% CCR FAMILIAR

- Familiar de 1 er grado diagnosticado < 60 años
Inicia Screening con **COLONOSCOPIA** a los 40 años o 10 años antes del Dx....
- 2 o más Familiares de 1 er grado a cualquier edad
Inicia Screening con **COLONOSCOPIA** a los 40 años o 10 años antes del Dx mas joven....
- Familiar de 1 er grado diagnosticado > 60 años
Inicia a los 40 años con los mismos metodos que la poblacion general...

CCR FAMILIAR. RIESGO MODERADO

- Recomienda realizar VCC cada 5 años a partir de los 40 años o 10 años antes del diagnóstico inicial del caso familiar más joven.
- Sino aceptan VCC, se indica FIT (SOMF) anual.

ALTO RIESGO

ALTO RIESGO

- Síndrome de Lynch
- Poliposis Adenomatosa Familiar
- Enfermedad Inflamatoria intestinal (CU o Crohn)

SINDROME DE LYNCH (HNPCC)

- Mutacion germinal en los genes de reparacion del ADN (MLH1, MSH2, MSH6 y PMS2)
- 30-60% de Riesgo de Cancer Colorectal
- VCC ANUAL a partir de los 20-25 años de edad o 10 años antes de la edad del diagnóstico del caso familiar más joven (Recomendación A).

POLIPOSIS ADENOMATOSA FAMILIAR

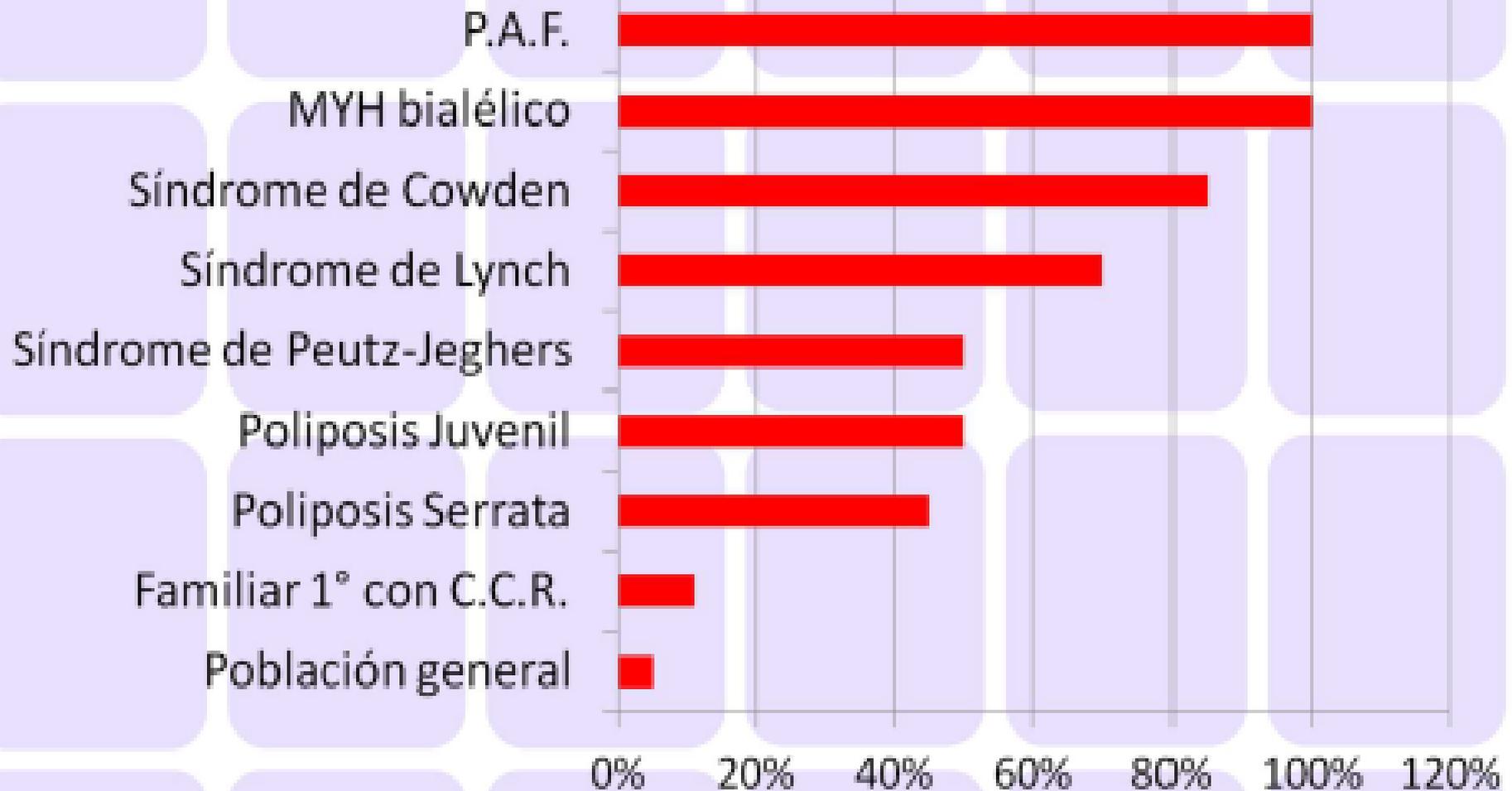
- El 100% de estos pacientes desarrollara Cancer de Colon, en general antes de los 50 años
- VCC anual a partir de los 10-12 años de edad (Recomendación A), indicando el tratamiento quirúrgico si ésta es positiva.



ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

- VCC cada 1-2 años con biopsias escalonadas, a partir de los 8 años después del diagnóstico de Colitis Ulcerosa
- VCC cada 1-2 años a partir de los 12-15 años después del diagnóstico de enfermedad de Crohn de colon (Recomendación B).

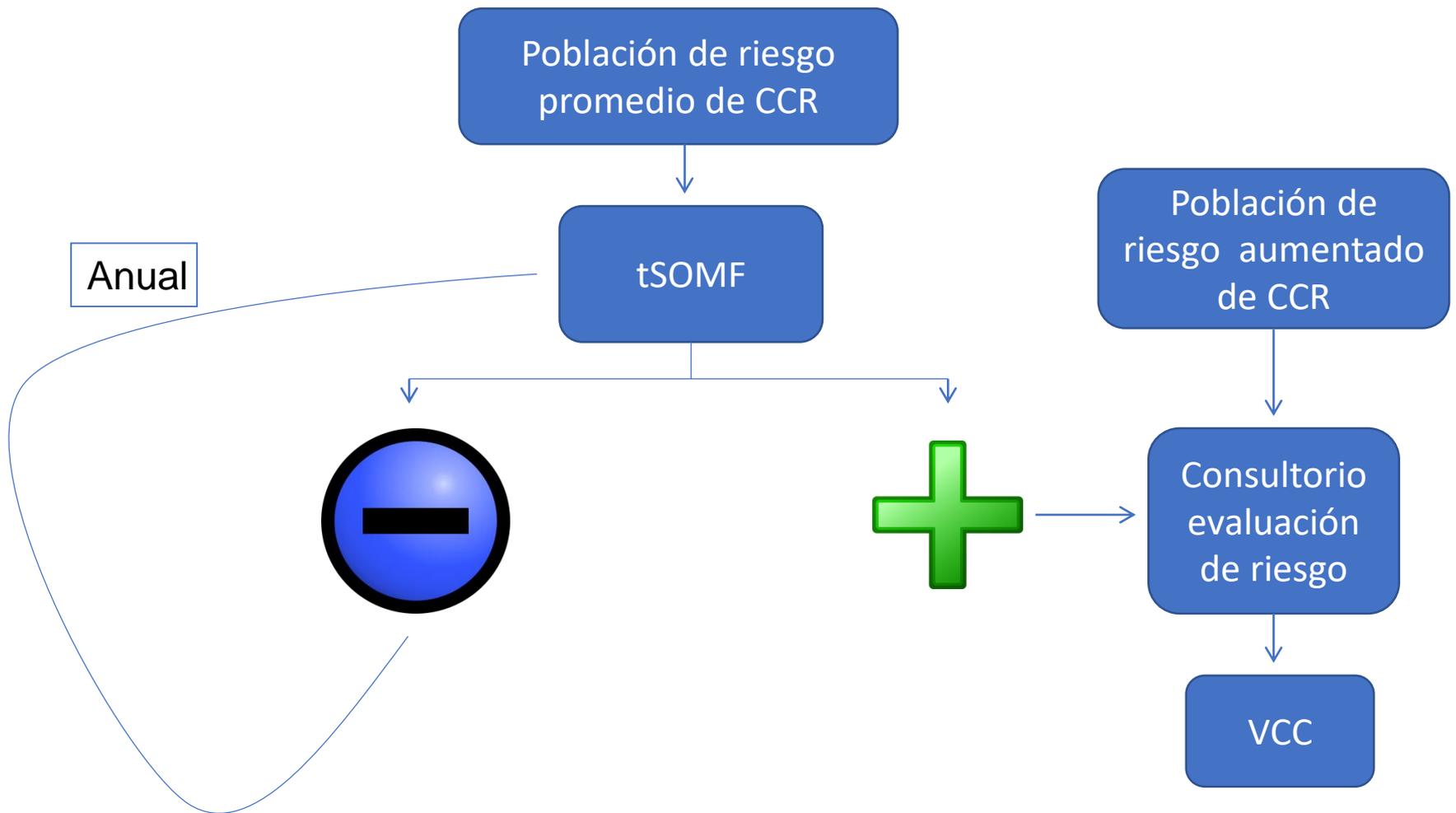
Riesgo de CCR



Pesquisa con sangre oculta en materia fecha(SOMF)/ colonoscopia es efectiva

- ✓ Reducción de la incidencia de CCR
- ✓ Reducción de la mortalidad por CCR
- ✓ Recomendada por sociedades científicas/pagadores/
gobiernos!

SALUD PUBLICA. ESTRATEGIA POBLACIONAL



Como se implementan los métodos en el PNCCR

Adultos asintomáticos y sin antecedentes familiares entre 50 - 75 años



TiSOMF

Adultos con riesgo incrementado:

- Antec fliares de adenomas o CCR
- Antec personales adenomas o CCR
- Colitis Ulcerosa / Enfermedad de Crohn

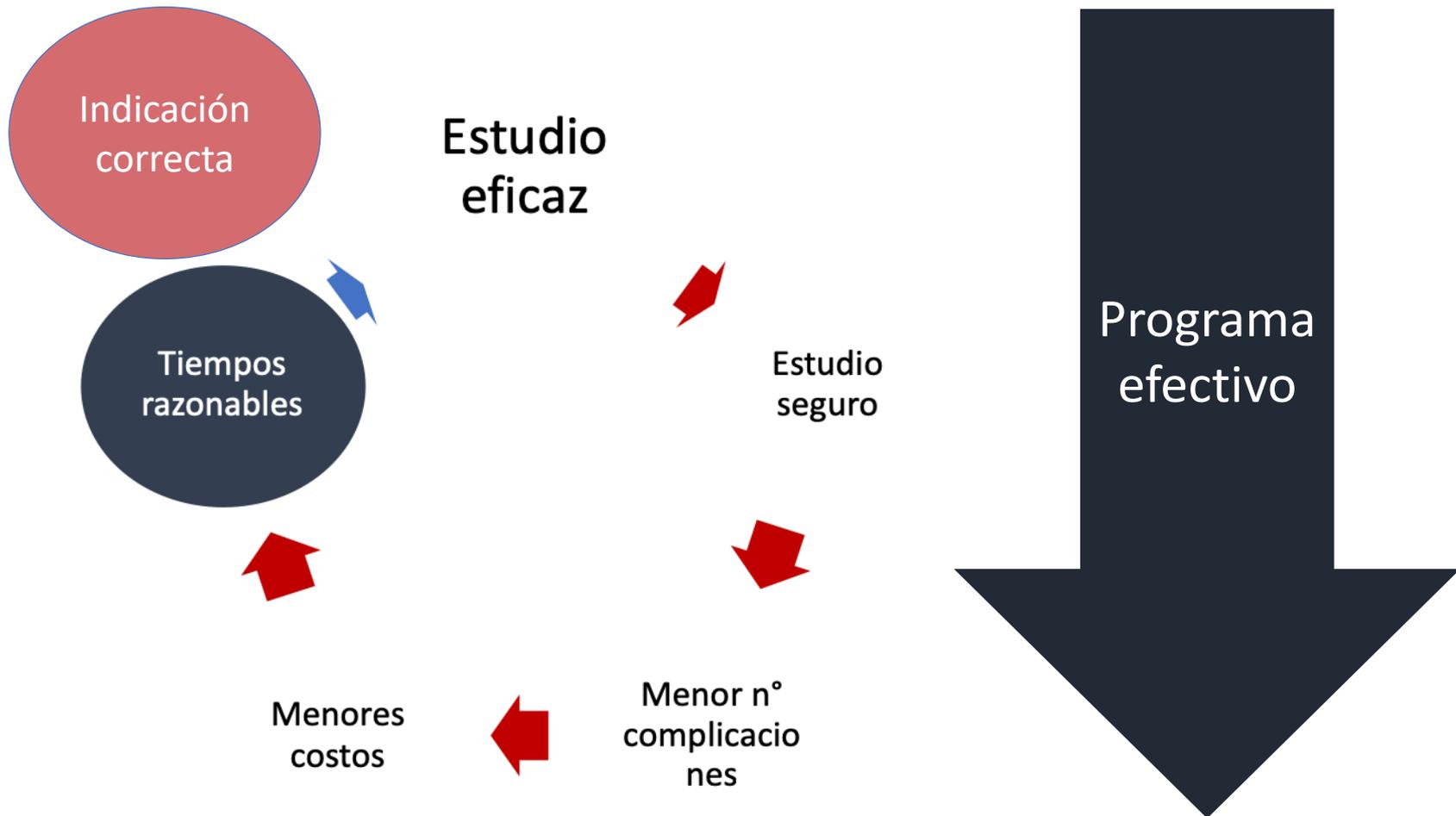


Consejería VCC



CRC Screening...
It's no that easy!

Programa efectivo de prevención de CCR



Fallas en el proceso de la pesquisa en la mayoría de las muertes por CCR



76% de las muertes por CCR se deben a fallas en la pesquisa y vigilancia

- Falta de pesquisa
- Falla en pesquisa de seguimiento
- Fallas en la vigilancia

Aumentan significativamente el
riesgo de muerte por CCR



Doubeni, C et al. Modifiable Failures in the Colorectal Cancer Screening Process and Their Association with Risk of Death. Gastroenterology. 2019.

La decisión de iniciar la pesquisa y la vigilancia generalmente recae en la atención primaria





Screening en atención primaria



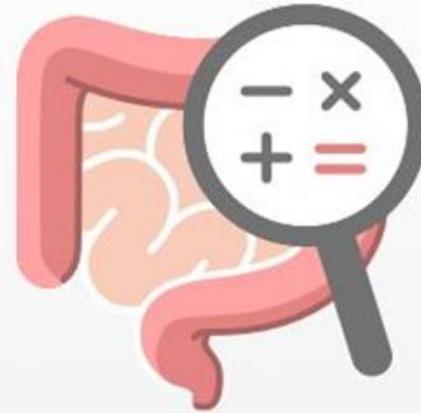
Nuevas herramientas

- Actualizada
- Orientada al médico
- Distintos riesgos basales
- Alertas para el paciente
- Para primer rastreo y para seguimiento



CaPtyVa
CCR

Calculador de Pesquisa y Vigilancia
Cancer colorrectal

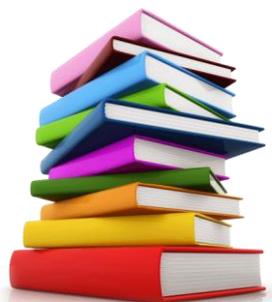


Calculador de pesquisa y vigilancia de CCR

Servicio de Endoscopía Digestiva, Hospital Alemán
ENDIBA

Mejora y facilita el conocimiento

CaPtyVa
CCR
Calculador de Pesquisa y Vigilancia
Cancer colorrectal





CaPtyVa

CaPtyVa
CCR



Herramienta para la correcta indicación de la
pesquisa y vigilancia del cáncer colorrectal (CCR).

PESQUISA

Para pacientes aun no sometidos a estudios
de prevención de CCR. Calcule cuándo y cómo
debe comenzar.

VIGILANCIA

Para pacientes ya sometidos a una
colonoscopia para prevención de CCR.
Calcule cuándo debe repetir el estudio.



Calculadora



Acerca de



Créditos



Términos d...



Más

Sección aprendiendo de
nuestros errores...

Casos clínicos

CASO CLINICO

CaPtyVa
CCR

Calculador de Pesquisa y Vigilancia
Cancer colorrectal



Varón de 30 años

- ✓ Padre CCR 45 años
- ✓ Abuelo CCR a los 50 años
- ✓ Tía cáncer de ovario

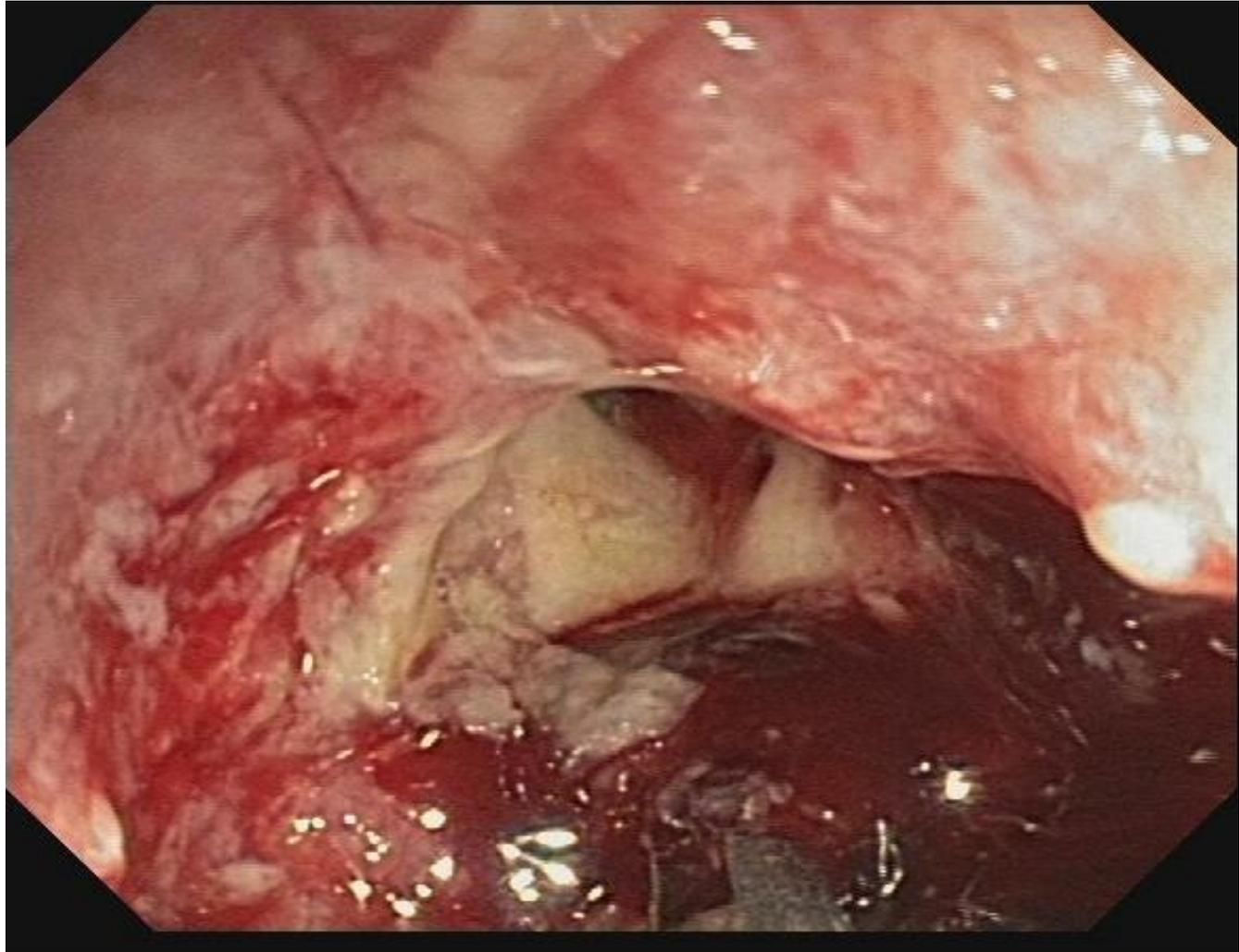
Consulta para hacerse VCC de screening

1)VCC a los 50 años

2)VCC a los 35 años por tener antecedente de familiar con CCR a los 45

3)SOMF a los 35 años por tener antecedente de familiar con CCR a los 45

4)VCC a los 25 años





Herramienta para la correcta indicación de la pesquisa y vigilancia del cáncer colorrectal (CCR).

PESQUISA

Para pacientes aun no sometidos a estudios de prevención de CCR. Calcule cuándo y cómo debe comenzar.

VIGILANCIA

Para pacientes ya sometidos a una colonoscopia para prevención de CCR. Calcule cuándo debe repetir el estudio.

Reflexiones finales

- Múltiples métodos: no hay uno claramente superior
- Decisiones compartidas correctamente informadas
- Adecuar la decisión a la realidad local (costos, efectividad, cultura)
- Centrar el esfuerzo en el programa y no el método

Screening Cancer Colorectal

- Deber ser un método relativamente económico.
- Deber ser una enfermedad prevalente.
- Debe haber un tratamiento para la enfermedad.
- Debe haber una fase latente de la enfermedad.
- La historia natural de la enfermedad debe ser comprendida adecuadamente.
- La prueba debe ser aceptable.
- DEBE REDUCIR MORTALIDAD.

Frame PS, Carlson SJ. A critical review of periodic health screening using specific screening criteria. 1975

Carcinoma de Endometrio



Epidemiología

- Cáncer más frecuente del Tracto Genital en países del primer mundo
- En nuestro medio el segundo después del Ca de Cuello
- 288000 casos por año en el mundo
- Cuarto cáncer en frecuencia
- Séptima causa de muerte

FACTORES DE RIESGO

- Estrogenoterapia sin oposición
- Obesidad (RR 2)
- Nuliparidad, SOP
- Tamoxifeno (RR 2)
- Estados Hiperestrogenicos
- **Síndrome de Lynch**

Generalidades

- ✓ 75% post menopausia-25% pre menopausia (5% < 40 años)
- ✓ 75-90 % se presentan con sangrado uterino anormal
- ✓ 70% se encuentran limitados al endometrio (supervivencia 96% a 5 años)

¿SCREENING CÁNCER DE ENDOMETRIO?

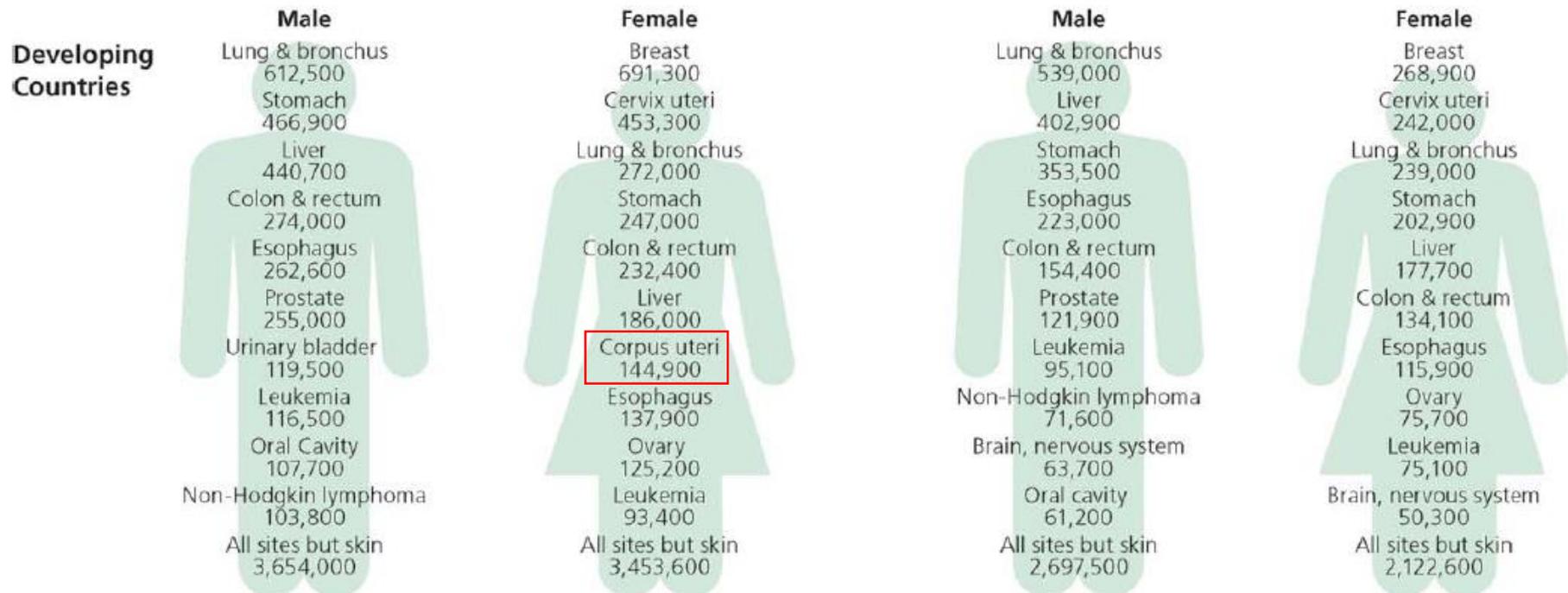


FIGURE 2. Estimated New Cancer Cases and Deaths Worldwide for Leading Cancer Sites by Level of Economic Development, 2008. Source: GLOBOCAN 2008.

LESIONES PRECURSORAS

- HIPERPLASIA SIMPLE (1%)
- HIPERPLASIA COMPLEJA (3%)
- HIPERPLASIA ATIPICA SIMPLE (8%)
- HIPERPLASIA ATIPICA COMPLEJA (30%)

CÁNCER DE ENDOMETRIO

□ Ecografía transvaginal

¿Es útil en pacientes asintomáticas y postmenopausicas?

CÁNCER DE ENDOMETRIO

Ultrasound Obstet Gynecol 2012; 40: 621–629

Published online in Wiley Online Library (wileyonlinelibrary.com). DOI: 10.1002/uog.12306



Capacity of endometrial thickness measurement to diagnose endometrial carcinoma in asymptomatic postmenopausal women: a systematic review and meta-analysis

M. C. BREIJER*†, J. A. H. PEETERS‡, B. C. OPMEER§, T. J. CLARK¶, R. H. M. VERHEIJEN**,
B. W. J. MOL* and A. TIMMERMANS*

CÁNCER DE ENDOMETRIO

La mayoría de las guías recomiendan un corte de espesor endometrial 4-5 mm

Table 1 Characteristics of studies included in meta-analysis for mean endometrial thickness measured by transvaginal ultrasound in asymptomatic postmenopausal women without hormone replacement therapy

Reference	Year	Country	n	Endometrial thickness (mm)		
				Mean	SD	Range
Andolf ¹¹	1993	Sweden	300	2.30	1.8	0-10
Gull ¹²	1996	Sweden	361	3.00	0.1*	1-28
Kasraeian ¹⁴	2011	Iran	259	3.83	2.95	1-25
Malinova ¹⁵	1996	Bulgaria	130	3.86	2.35	NR
Minagawa ¹⁶	2005	Japan	146	2.80	2.2	0.2-14.1
Neele ¹⁷	2000	The Netherlands	148	3.40	1.7	0.9-12.8
Osmers ¹⁸	1989	Germany	155	3.40	7.9	1-63
Pirhonen ¹⁹	1993	Finland	271	2.20	0.77	NR
Warming ²⁰	2002	Denmark	1182	2.10	1.4	NR

Only first author of each study is given. *Standard error. NR, not reported.

2,9mm

Epstein F. Acta Obstet Gynecol Scand 2004;83:89-95.
 Goldstein RB. Society of Radiologist in Ultrasound med 2001;20:1025-1036.
 Dutch Society of Obstetric and Gynecology (NVOG). 2003
 Scottish Intercollegiate Guidelines Network, Royal College of Physicians. 2002

>11 mm 6,7% de Carcinoma

Carcinoma de Endometrio

- Las prevalencias estimadas agrupadas de carcinoma endometrial e hiperplasia endometrial atípica fueron 0.62% (IC 95%, 0.42-0.82%) y 0.59% (IC 95%, 0.22-0.96%)

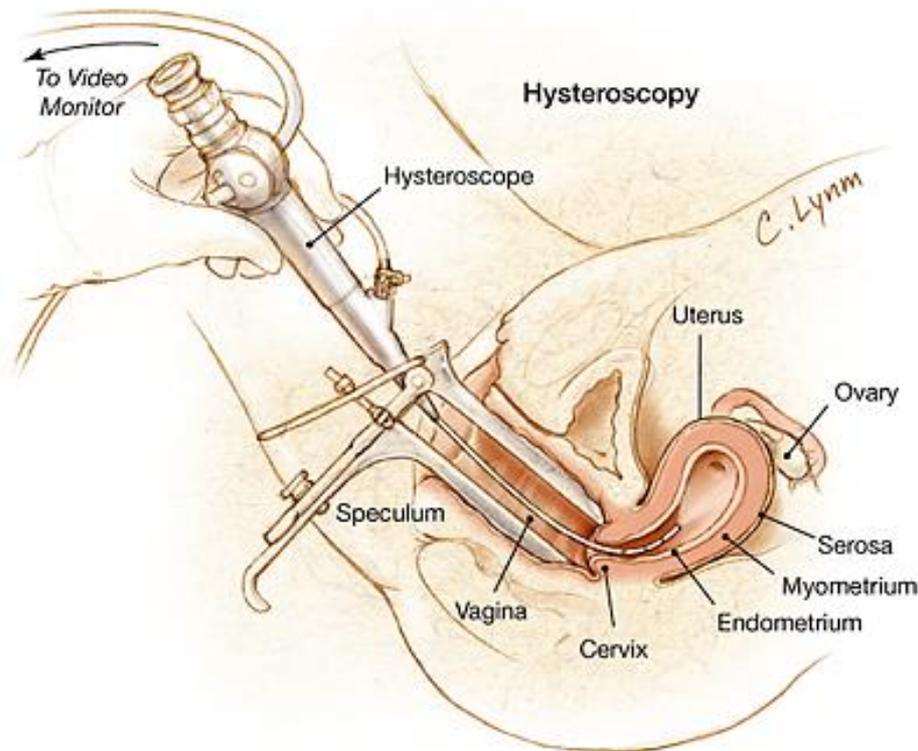
Conclusión:

No justifica el uso de grosor endometrial como screening para carcinoma endometrial y hiperplasia endometrial atípica en mujeres posmenopáusicas asintomáticas que no usan la THR

Screening en mujeres con riesgo Estandar

- **NO EXISTE NINGUN METODO EFICIENTE**
- **AUMENTA EL NUMERO DE INTERVENCIONES INNECESARIAS**

- Raspado fraccionado y total
- **Histeroscopia con biopsia dirigida**



*La **prevención cuaternaria** es un conjunto de medidas que tratan de evitar o atenuar las posibles consecuencias perjudiciales sobre los pacientes de las intervenciones —screening, diagnósticos, tratamientos— del sistema sanitario.*

Screening en Mujeres con riesgo aumentado

- Pacientes Obesas
- Pacientes con DBT tipo II
- Síndrome de Ovario Poliquístico
- Nuligestas
- THR sin oposición.
- Menopausicas recibiendo Tamoxifeno

NO SE RECOMIENDA SCREENING

ALTO RIESGO SINDROME DE LYNCH

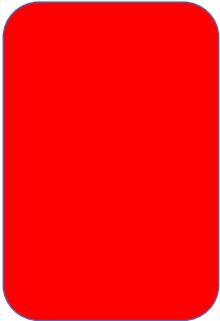
- Enfermedad autosomica dominante con mutacion en los genes de reparacion del ADN
- MLH1,MSH2,MSH6 o PMS2
- 50% de riesgo de desarrollar Ca de Endometrio y Colorrectal
- 10% de riesgo de Ca de Ovario

Screening y manejo en Alto riesgo

A partir de los 35 años:

- Eco TV
- **Histeroscopia con biopsia anual**
- Anexohisterectomía si cumplió paridad

Endometrio: Ausencia de Screening

- Deber ser un método relativamente económico.
- Deber ser una enfermedad prevalente. 
- Debe haber un tratamiento para la enfermedad.
- Debe haber una fase latente de la enfermedad. 
- La historia natural de la enfermedad debe ser comprendida adecuadamente. 
- La prueba debe ser aceptable.
- DEBE REDUCIR MORTALIDAD. 

DIAGNOSTICO

Ante la presencia de Sintomas

Ecografía Transvaginal/Biopsia Endometrial

GRACIAS

