



CAUSAS ORGÁNICAS DE SUA

SANGRADO EN LA PACIENTE CON CÁNCER GINECOLÓGICO

DR. SERGIO MARTÍNEZ

Hospital ClCan Ruti.

Badalona (Barcelona)

SANGRADO ANORMAL EN LA PACIENTE CON CÁNCER GINECOLÓGICO

ÍNDICE

➤ SANGRADO GENITAL EN EL DIAGNÓSTICO DE CÁNCER GINECOLÓGICO

➤ CÁNCER DE ENDOMETRIO

➤ CÁNCER DE CÉRVIX Y VAGINA

➤ COMPLICACIONES HEMORRÁGICAS EN LAS NEOPLASIAS GINECOLÓGICAS

➤ IMPORTANCIA DE LA ANEMIA EN LA PACIENTE ONCOLÓGICA

➤ TRATAMIENTO DE LA ANEMIA EN LA PACIENTE ONCOLÓGICA



SANGRADO GENITAL EN EL DIAGNÓSTICO DEL CÁNCER GINECOLÓGICO

HEMORRAGIA GENITAL: IMPORTANTE SÍNTOMA CENTINELA DEL CÁNCER GINECOLÓGICO

OPORTUNIDAD DE **DIAGNÓSTICO TEMPRANO**
Y TRATAMIENTO CURATIVO DE **NEOPLASIAS GINECOLÓGICAS.**

IMPORTANTE IMPACTO EN SUPERVIVENCIA

CUALQUIER **ALTERACIÓN DEL PATRÓN DE SANGRADO FISIOLÓGICO**
DEBE MOTIVAR DESPISTAJE DE NEOPLASIA:

TODAS LAS PACIENTES POSTMENOPÁUSICAS

PATRONES SOSPECHOSOS EN PERIMENOPÁUSICAS

SANGRADOS ACÍCLICOS EN CUALQUIER EDAD



SANGRADO GENITAL EN EL DIAGNÓSTICO DEL CÁNCER GINECOLÓGICO: CÁNCER DE ENDOMETRIO



CÁNCER DE ENDOMETRIO 97% DE NEOPLASIAS UTERINAS



1º TRACTO GENITAL FEMENINO. RIESGO ACUMULADO 1-2,5% (1 /70 MUJERES)



EL MÁS CURABLE: SUPERVIVENCIA SUPERIOR AL 90 %



LETALIDAD 18 % (OVARIO 55 %, CÉRVIX 30 %)



HISTEROSCOPIA Y BIOPSIA DIRIGIDA



RMN ABDOMINO PÉLVICA





SANGRADO EN POSTMENOPAUSIA



CUALQUIER SANGRADO
GENITAL EN LA MUJER
DESPUÉS DE LA MENOPAUSIA
CORRESPONDE A UN CÁNCER
DE ENDOMETRIO MIENTRAS
NO SE DEMUESTRE LO
CONTRARIO

LA MAYORÍA TIENEN **OTRAS CAUSAS DE SANGRADO**

ATROFIA

PATOLOGÍA BENIGNA: PÓLIPO

PATOLOGÍA PRENEOPLÁSICA: HIPERPLASIA ENDOMETRIAL

APROXIMADAMENTE 14%: NEOPLASIA ENDOMETRIAL

OBLIGADO DESPISTAJE DE PATOLOGÍA

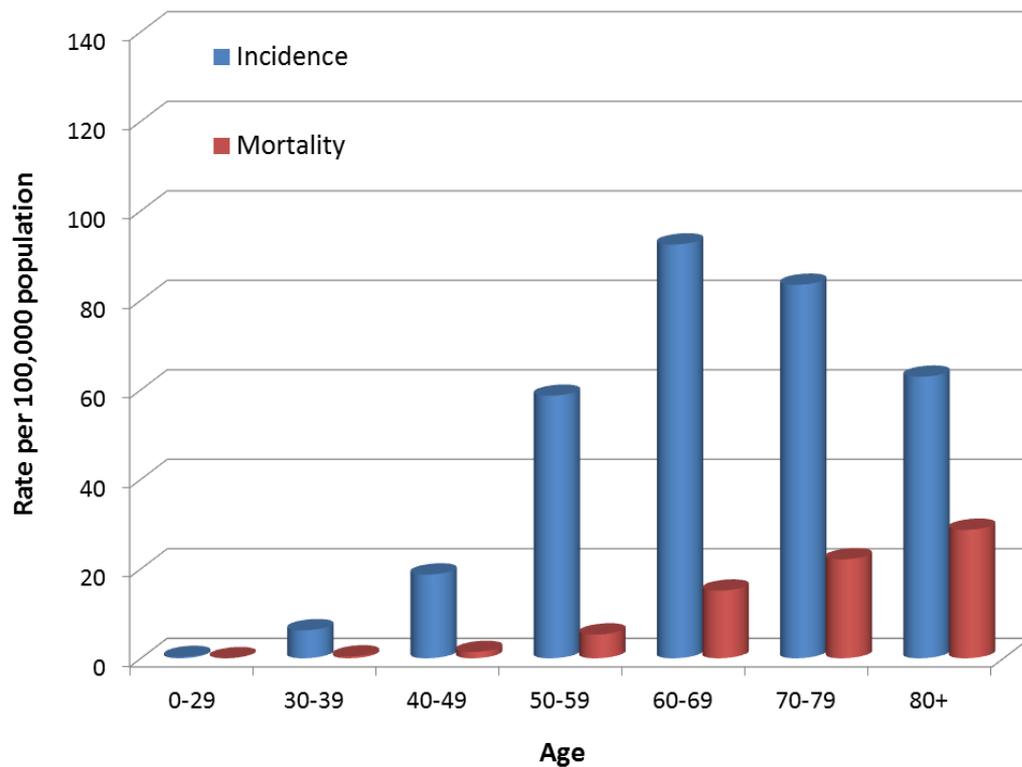


La mayoría de casos en la **postmenopausia**

Pico de incidencia entre los **55 y 65 años**

25%
en mujeres premenopáusicas

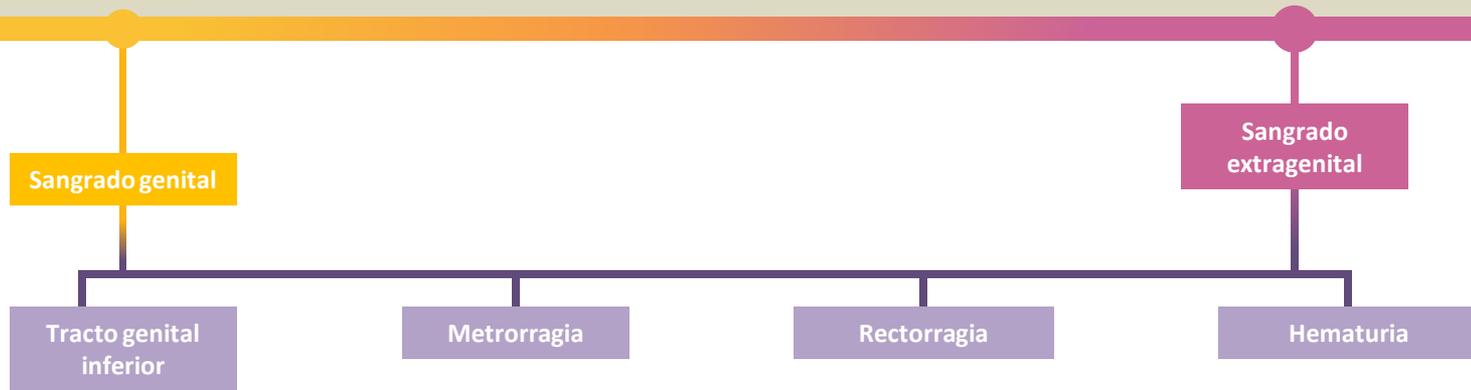
5%
en menores de 40 años





ALGORITMO DIAGNÓSTICO DE HEMORRAGIA POSTMENOPAUSIA

EXPLORACIÓN GINECOLÓGICA





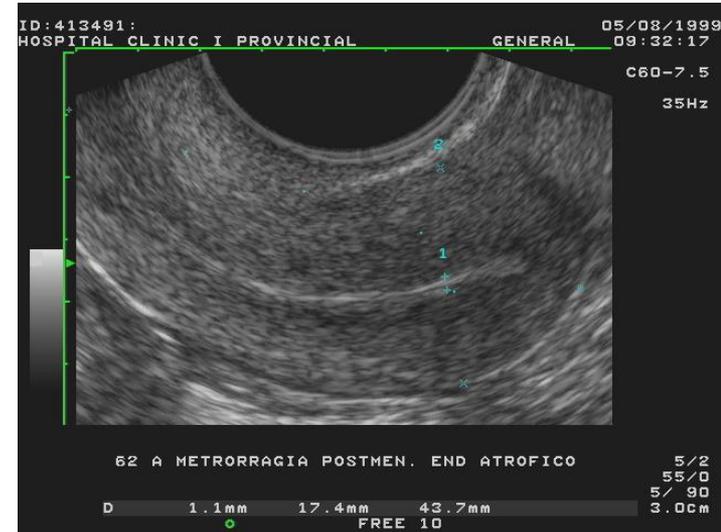
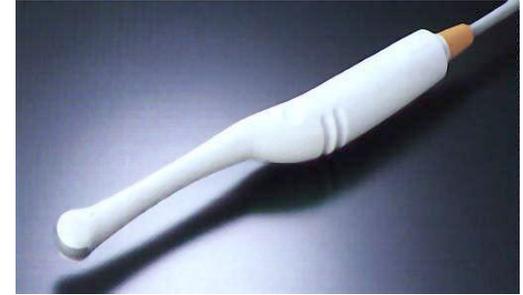
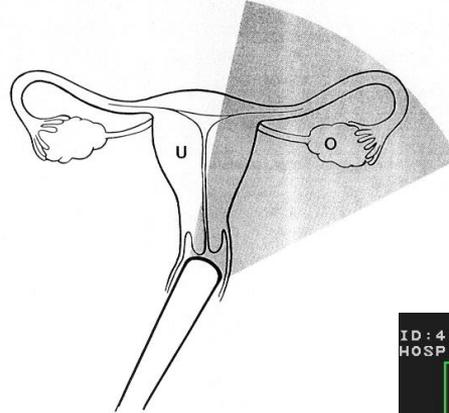
ECO TRANSVAGINAL

5 - 7 MHZ

GROSOR ENDOMETRIAL

< 3 MM.

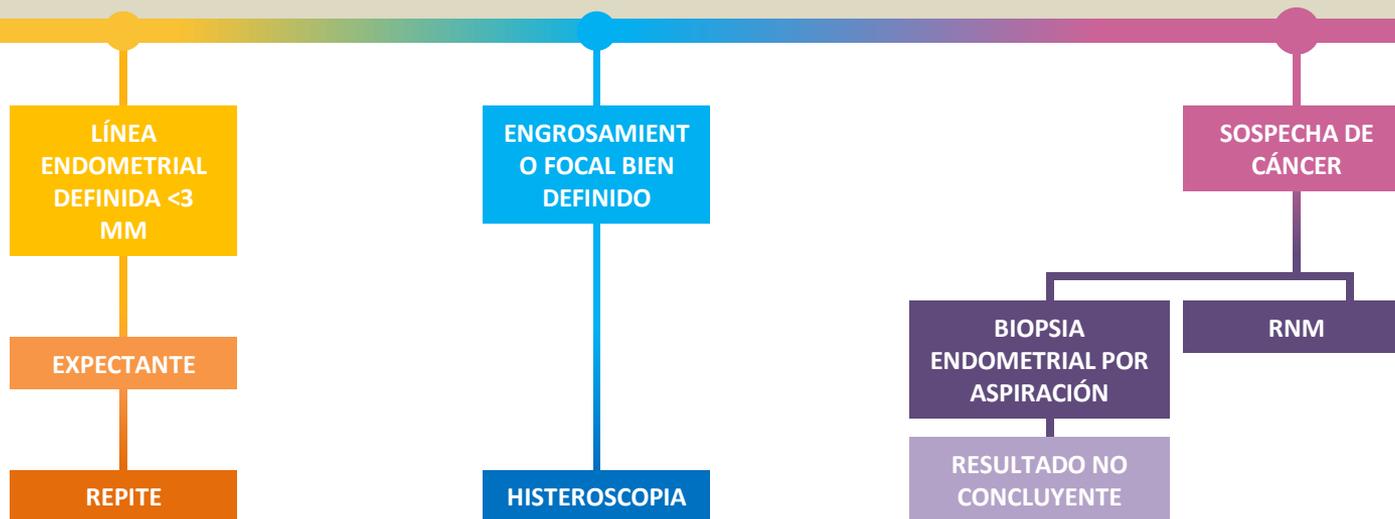
NPV : 95 %





ALGORITMO DIAGNÓSTICO DE METRORRAGIA EN POSTMENOPAUSIA

ECOGRAFÍA TRANSVAGINAL





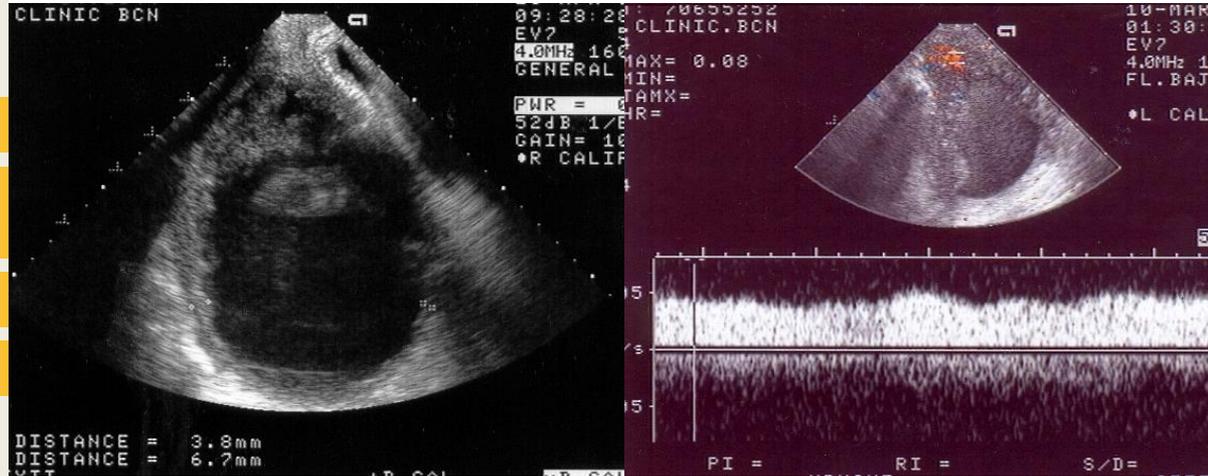
HALLAZGOS EN CA. ENDOMETRIO

Crecimiento asimétrico

Patrón de engrosamiento
heterogéneo

Pérdida de la interfase, espiculación

Hallazgos Doppler-color

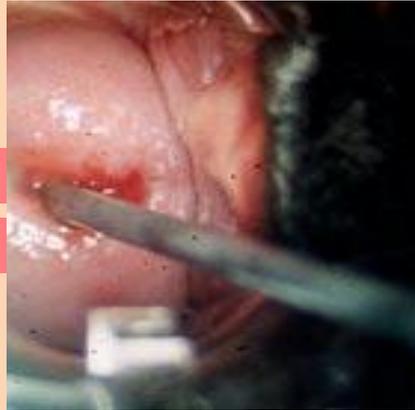




BIOPSIA ENDOMETRIAL

Cánula de aspiración (Cornier)

Minilegrado





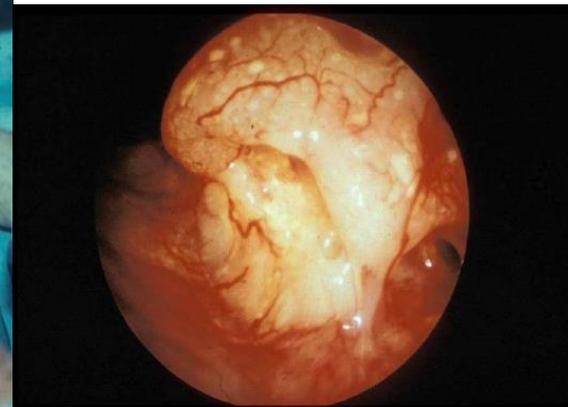
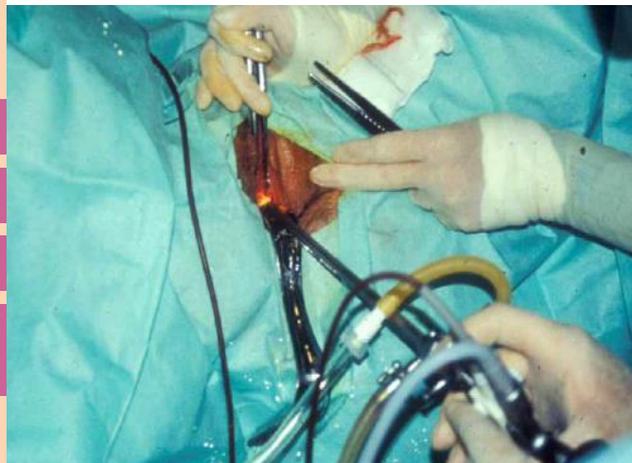
HISTEROSCOPIA

Endometrio engrosado

Áreas polipoideas

Masas endometriales

**Vascularización
incrementada- atípica**





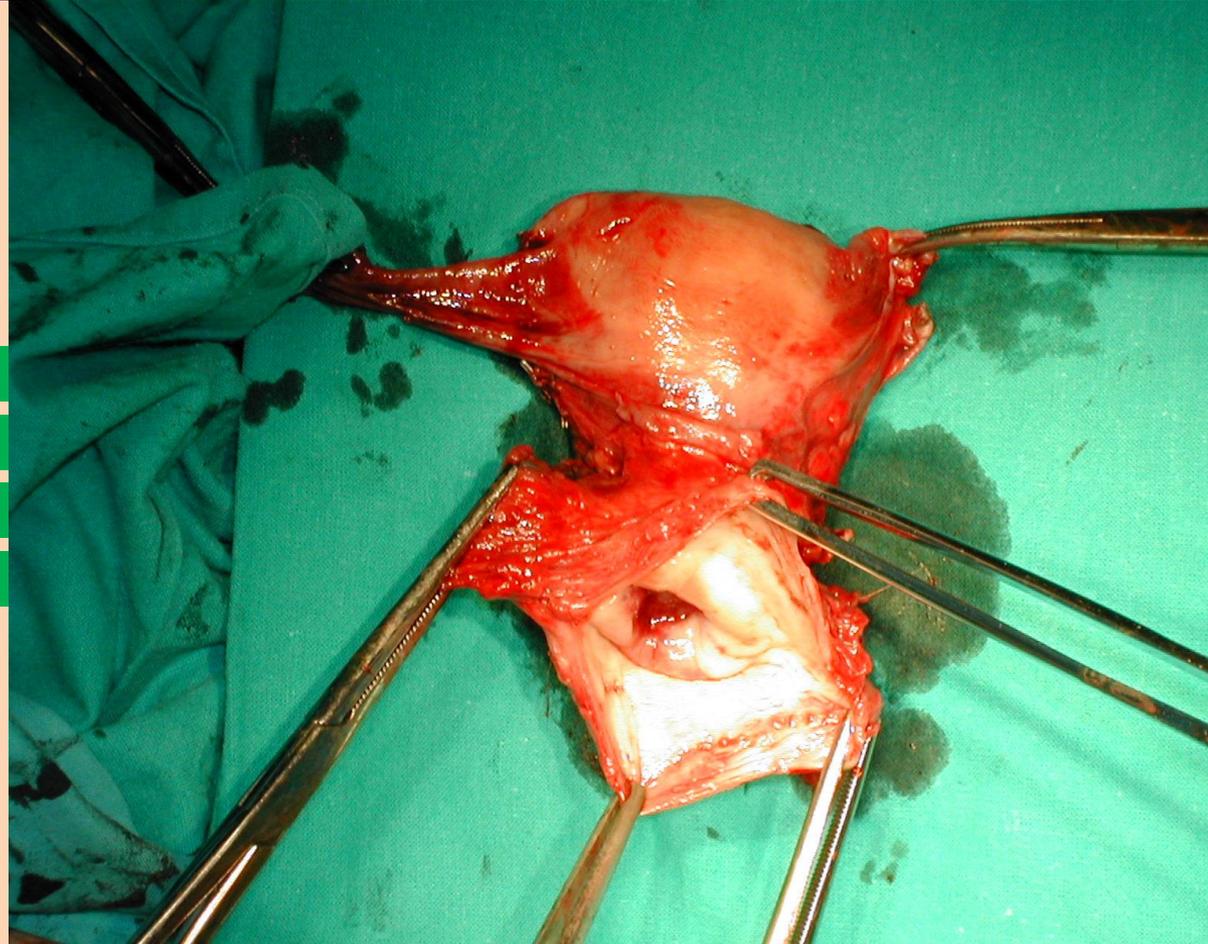
NEOPLASIA DE CÉRVIX Y VAGINA

Sangrado escaso irregular

Rodorrea acuosa

Coitorragia

Suele ser tardía





COMPLICACIONES HEMORRÁGICAS DE NEOPLASIAS GINECOLÓGICAS

HEMORRAGIA SEVERA EN CÁNCER DE CÉRVIX

HEMORRAGIAS POST-CONIZACIÓN

POCO FRECUENTE EN CÁNCER DE ENDOMETRIO

FÍSTULA ARTERIO-VENOSA EN ENFERMEDAD TROFOBLÁSTICA

TRATAMIENTO

TAPONAMIENTO Y HEMOSTÁTICOS LOCALES

QUIRÚRGICO

EMBOLIZACIÓN RADIOGUIADA

RADIOTERAPIA HEMOSTÁTICA



AGENTES HEMOSTÁTICOS LOCALES



SUBSULFATO FÉRRICO (SOLUCIÓN DE MONSEL)



TEJIDO COLÁGENO ABSORBIBLE



ESPONJA DE GELATINA BOVINA



CIANOACRILATO



ALBÚMINA DE SUERO BOVINO CON GLUTARALDEHIDO



MATRIZ DE TROMBINA-FIBRINÓGENO



CELULOSA OXIDIZADA- TRILISINA-POLIETILENGLICOL



CIRUGÍA HEMOSTÁTICA

HISTERECTOMÍA EN CÁNCER DE ENDOMETRIO

HISTERECTOMÍA RADICAL EN CÁNCER DE CÉRVIX EN ESTADÍO INICIAL

EXENTERACIÓN PELVIANA EN NEOPLASIA LOCALMENTE AVANZADA O RECIDIVADA

FÍSTULA ARTERIO-VENOSA EN ENFERMEDAD TROFOBLÁSTICA

LIGADURA VASCULAR:

Arterias uterinas

QUIRÚRGICO



PROCEDIMIENTOS DE EMBOLIZACIÓN RADIOGUIADA

EMBOIZACIÓN SELECTIVA O SUPRASELECTIVA

EMBOIZANTES LÍQUIDOS:

- Cianoacrilato
- Onyx

PARTÍCULAS EMBOLIZANTES:

- Partículas de pva (polivinil alcohol)
- Gelfoam: esponja de gelatina reabsorbible

EMBOIZANTES MECÁNICOS:

- Coils y microcoils de platino
- Balones desechables

NECROSIS TUMORAL. COMPROMISO DE LA VASCULARIZACIÓN Y DE POSTERIOR TRATAMIENTO QUIMIO O RADIOTERÁPICO



RADIOTERAPIA HEMOSTÁTICA

ALTA DOSIS DE **RADIACIÓN** CON BAJO **FRACCIONAMIENTO**

DOSIS TOTAL POR DEBAJO DE LAS DOSIS RADICALES
Y ALEJADAS DE LA TOLERANCIA TISULAR.

PERMITE HEMOSTASIA, DESCOMPRESIÓN Y ANALGESIA

SE UTILIZA ORTOVOLTAJE TRANSVAGINAL,
TELETERAPIA CON FRACCIONES DE ALTA DOSIS O **BRAQUITERAPIA**



ANEMIA EN LA PACIENTE ONCOLÓGICA

ANEMIA MUY FRECUENTE EN PACIENTE ONCOLÓGICO

ESTUDIO ECAS (EUROPEAN CANCER ANEMIA SURVEY) ANEMIA EN 62% TUMORES SÓLIDOS

MULTIFACTORIAL: POR ORDEN DE FRECUENCIA E IMPORTANCIA EN GINECOLOGÍA

- **Perdidas hemáticas**
- **Yatrogenia** (quimioterapia, radioterapia, etc)
- **Depresión medular por enfermedad crónica**
 - Incremento de actividad eritofagocítica de los macrófagos por mayor producción de citoquinas inflamatorias (IL-1 y TNF)
 - Inhibición de producción de eritropoyetina endógena
 - Disminución de la respuesta de los progenitores eritroides a esta eritropoyetina
- **Déficit nutricional**
- **Ferropenia**
- **Insuficiencia renal**
- **Hemólisis**
- **Infiltración medular**

SEVERIDAD MEDIA O MODERADA. LA MAYORÍA HEMOGLOBINA ENTRE 8-10 GR./DL.

20-30% REQUIEREN TRANSFUSIÓN



IMPORTANCIA DE LA ANEMIA EN LA PACIENTE ONCOLÓGICA

SINTOMATOLOGÍA ANÉMICA

- **Empeoramiento de la astenia y del estado general de la paciente oncológica**

RIESGOS DE LA ANEMIA EN PACIENTES FRÁGILES

- **Riesgo de angor hemodinámico y cardiopatía isquémica**
- **Riesgo de insuficiencia cardiaca y/o respiratoria**
- **Riesgo de miopatía multifactorial**
- **Riesgo de deterioro multisistémico**
- **Riesgo de complicaciones postoperatorias**
(infección, fallo de sutura anastomótico, fístula)

NIVELES TISULARES DE OXÍGENO CORRELACIONAN CON EFECTO ANTINEOPLÁSICO DE QUIMIOTERAPIA Y DE RADIOTERAPIA

EFFECTO RADIOBIOLÓGICO ÓPTIMO REQUIERE CONCENTRACIONES DE HEMOGLOBINA SUPERIORES A 12 G/DL

ANEMIA ES FACTOR PRONÓSTICO INDEPENDIENTE DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO ONCOLÓGICO Y DE SUPERVIVENCIA



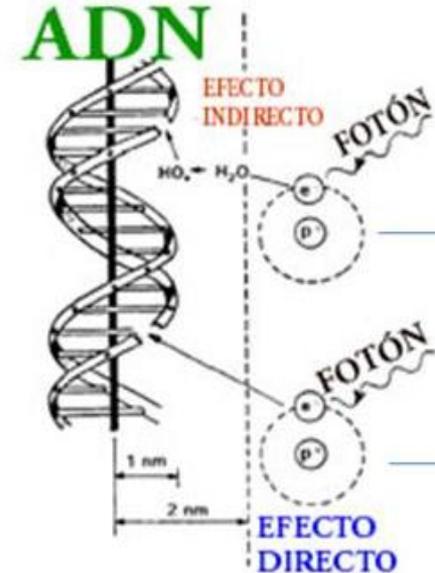
RADIOBIOLOGÍA

Efecto inmediato: lesión directa ADN. Apoptosis

Efecto indirecto: generación de ROS y lesión de ADN diferida. Impide la recuperación de lesión subletal de las células neoplásica.

Requiere de concentraciones parciales tisulares de O₂ adecuadas
(comprometidas en anemia, insuficiencia respiratoria, circulatoria, isquemia y/o tabaquismo)

Anemia: menor respuesta y más frecuente recidiva tras radioterapia





TRATAMIENTO DE LA ANEMIA EN LA PACIENTE ONCOLÓGICA

Extrema importancia de la optimización de cifras de hemoglobina

Evaluar causa principal de la anemia para tratamiento dirigido

- **Descartar pérdidas ocultas**
- **Estudiar ferritinemia como principal parámetro de ferropenia**
- **Determinar reticulocitos**
- **Descartar folicopenia**
- **Descartar hemólisis**



TRATAMIENTO DE LA ANEMIA MICROCÍTICA

TRATAR LA FERROPENIA

- **Considerar posibles problemas de absorción**
(gastrectomía, hipoclorhidria, resecciones intestinales)
- **Considerar problemas de tolerancia al hierro oral en pacientes oncológicas**
- **Evaluar utilización de ferroterapia**

FERROTERAPIA ORAL

- **Sales ferrosas**
(sulfato, lactato, gluconato fumarato, glucohepatato o sulfato de ferroglicina)
- **Compuestos férricos**
(frimanolito ovoalbúmina, ferrocolinato o succinil caseína)

FERROTERAPIA PARENTERAL

- **Intolerancia oral**
- **Problemas de absorción**
- **Urgencia en reposición de hierro**
- **Preparados: Hierro sacarosa (ev), dextrano (ev), carboximaltosa(ev), Gluconato (ev), polimaltosa (im)**



ANÁLOGOS DE LA ERITROPOYETINA

- DARBOEPOETINA Y EPOETINA ALFA SON FÁRMACOS ESTIMULANTES DE LA ERITROPOYESIS
- ADMINISTRACIÓN SUBCUTÁNEA
- REDUCEN DE MANERA SIGNIFICATIVA LOS REQUERIMIENTOS TRANSFUSIONALES
- MEJORÍA DE SINTOMATOLOGÍA ANÉMICA
- EFECTO NEUROPROTECTOR FRENTE A LAS ALTERACIONES COGNITIVAS INDUCIDAS POR QUIMIOTERAPIA.
- RIESGO DE PROGRESIÓN TUMORAL?
- RIESGO DE EVENTOS TROMBOEMBÓLICOS?



TRATAMIENTO DE LA ANEMIA EN LA PACIENTE ONCOLÓGICA

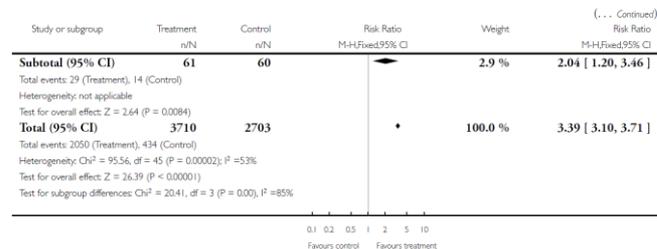
Erythropoietin or darbepoetin for patients with cancer (Review)

Tonia T, Mentler A, Robert N, Schwarzer G, Siddiqui J, Weingart O, Hyde C, Egger A, Bohlus J

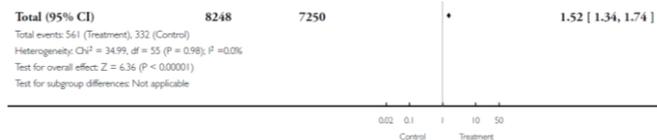
12 December 2012



HEMATOLOGIC RESPONSE



THROMBOEMBOLIC EVENTS



**N= 91 TRIALS:
20,102 PARTICIPANTS**

- ESAs significantly reduced RR of transfusions
 - (RR) 0.65; (95% CI: 0.62-0.68)
- ESAs may improve Quality of Life (QoL)
- Strong evidence ESAs increase mortality during active study period
 - HR 1.17; 95% CI 1.06 to 1.29
- Some evidence that ESAs decrease overall survival
 - HR 1.05; 95% CI 1.00 to 1.11
- Risk ratio for thromboembolic complications increased
 - RR 1.52, 95% CI 1.34 to 1.74
- ESAs may also increase the risk for hypertension
 - RR 1.30; 95% CI 1.08 to 1.56
- Insufficient evidence to support an effect of ESA on tumour response
 - RR 1.02; 95% CI 0.98 to 1.06

ESAS REDUCE THE NEED FOR RED BLOOD CELL TRANSFUSIONS BUT INCREASE THE RISK FOR THROMBOEMBOLIC EVENTS AND DEATHS. THIS SHOULD BE BALANCED AGAINST THE POTENTIAL BENEFITS TAKING INTO ACCOUNT EACH PATIENT'S CLINICAL CIRCUMSTANCES AND PREFERENCES.

CONCLUSIONES

EL **SANGRADO GENITAL** PUEDE SER UN SIGNO TEMPRANO DE **NEOPLASIA GINECOLÓGICA** QUE NO DEBE SER INFRAVALORADO

LAS **NEOPLASIAS GINECOLÓGICAS** PUEDEN COMPLICARSE POR HEMORRAGIA SEVERA. LAS OPCIONES DE TRATAMIENTO PUEDEN SER LA **CIRUGÍA, LA RADIOLOGÍA INTERVENCIONISTA O LA RADIOTERAPIA**

LA **ANEMIA** ES MUY FRECUENTE EN LA PACIENTE CON **CÁNCER GINECOLÓGICO**. TIENE ETIOLOGÍA MULTIFACTORIAL, SE ASOCIA A MAL PRONÓSTICO Y A FALTA DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO ONCOLÓGICO

EL **TRATAMIENTO DE LA ANEMIA EN LA PACIENTE ONCOLÓGICA** DEBE SER PUNTUAL, DIRIGIDO Y EFICAZ, INCLUYENDO CORRECCIÓN DE LA **FERROPENIA** POR VIA ORAL O PARENTERAL Y OCASIONALMENTE LA UTILIZACIÓN DE **ANÁLOGOS DE LA ERITROPOYETINA**



MUCHAS
GRACIAS