

HOSPITAL MILITAR DOCENTE CLINICOQUIRÚRGICO
"COMANDANTE MANUEL FAJARDO RIVERO"
SANTA CLARA, VILLA CLARA

INFORME DE CASO

CARCINOMA ENDOMETROIDE SIMULTÁNEO DE OVARIO
Y ENDOMETRIO.

Por:

Dr. Antonio Ferrer Pérez¹, Dr. Abraham Reyes Pérez² y Dr. Ignacio Igualada Correa³

1. Especialista de II Grado en Cirugía General. Asistente. ISCM-VC.
2. Especialista de II Grado en Ginecología y Obstetricia. Profesor Auxiliar. ISCM-VC.
3. Especialista de I Grado en Anatomía Patológica.

Descriptores DeCS:

NEOPLASMAS UTERINOS
CARCINOMA

Subject headings:

UTERINE NEOPLASM
CARCINOMA

El tumor endometroide es un tumor de las células del epitelio superficial del ovario, y representa una frecuencia hasta de un 20 % de todos los cánceres de ovario; el grupo de edad más afectado son las mujeres mayores de 20 años¹.

Los tumores endometroides de ovario y útero pueden existir de forma independiente, y ninguno de ellos es una forma metastásica del otro^{1,2}.

La causa no está bien precisada, aunque existen factores que favorecen su aparición: terapia hormonal sustitutiva, menopausia³, y la tríada diabetes mellitus, obesidad e hipertensión arterial.

El ultrasonido transvaginal y contrastado son los medios que más se utilizan para su diagnóstico⁴⁻⁶.

La mayoría de los tumores endometroides son carcinomas y, en menor frecuencia, son cistoadenofibromas; es uno de los carcinomas con mejor supervivencia, pues del 40-50 % de las pacientes sobreviven cinco años⁷.

Se distingue del resto de los tumores por la presencia de glándulas tubulares. Del 15-30 % se acompaña de un carcinoma endometrial, y el pronóstico es relativamente favorable⁸.

La histeroscopia es un medio diagnóstico usado para la toma de biopsia. Hay autores que hablan de dependencia estrogénica en esta entidad⁹; desde el punto de vista morfológico, presentan áreas sólidas y quísticas. El 40 % de las mismas ha afectado ambos ovarios. Mediante estudio hístico se ha comprobado que los patrones glandulares son muy parecidos a los de origen endometrial¹⁰.

Presentación del paciente:

Paciente de 70 años de edad, blanca, con antecedentes de padecer de hipertensión arterial desde hace 25 años, que controla con tratamiento médico; hace 15 años padece de litiasis renal izquierda, y hace seis meses comenzó a presentar sangramiento vaginal, que se acompaña de dolor de moderada intensidad en fosa iliaca derecha (FID).

Entre los antecedentes patológicos personales se destaca: Menarquía a los 15 años, primeras relaciones sexuales a los 27, gesta 4 para 4, parto eutócico; tuvo la menopausia a los 50 años, de forma natural.

Entre los hábitos tóxicos se refiere el consumo de café.

En el examen físico se halló abdomen doloroso a la palpación profunda en el bajo vientre, que fue más intenso en FID, así como matidez en dicha zona.

Al realizar tacto vaginal se percibe vagina atrófica, con pliegues normales; anejo derecho engrosado, y útero aumentado ligeramente de tamaño, por lo que no se logró definir bien las características del mismo.

Se indican exámenes complementarios, cuyos resultados fueron:

Hemograma: Hemoglobina = 11 g/l con diferencial normal.

Laparoscopia: A nivel del mesogastrio se observa una formación polilobulada en el anejo derecho, de aspecto quístico en algunas partes, y en otras aparecen masas de neoformación. Hígado normal.

Ultrasonido renal y ginecológico: Riñones irregulares con pérdida de la relación córtico-medular. Al realizar ultrasonido ginecológico fue difícil la visualización abdominal. En el ultrasonido transvaginal se observó útero de 7 x 3 cm; llama la atención que hacia la proyección del anejo derecho y fondo de saco posterior, sin poder precisar independencia o no del útero, se observa imagen mixta de 81 x 37 cm, que presenta cavidades quísticas y masa ecogénica en su interior. La posibilidad de un adenocarcinoma de endometrio, anejo derecho o ambos, debe tenerse presente.

Se decide la intervención quirúrgica, y se realiza laparotomía exploradora, mediante la que se encuentra líquido en la cavidad peritoneal, positivo de células neoplásicas.

Se realizó histerectomía subtotal, por ser técnicamente imposible realizarla de forma total, con doble anexectomía y omentectomía.

La paciente presentó una evolución postoperatoria satisfactoria, fue egresada del hospital y remitida a la especialidad de Oncología para su seguimiento.

En el resultado anatomopatológico de la muestra obtenida para biopsia se informó: carcinoma endometroide simultáneo de ovario y endometrio.

Comentario:

Los carcinomas de ovario son cada vez más frecuentes; en la actualidad el diagnóstico es precoz, lo que aumenta la vida media de los enfermos. La intervención quirúrgica es la clave del tratamiento. El tumor endometroide representa el 20 % de los tumores de ovario; se informa en un 15 % su presentación simultánea en el útero.

Los carcinomas endometroides fueron descritos por Santesson en 1961, y hasta entonces no se les había prestado atención. Si una colección grande y de muchos años de tumores de ovario se revisa ahora con carácter retrospectivo, se encontrarían seroanaplásicos, carcinomas primitivos de ovario y otros diagnósticos. Si se hace una reconsideración del material, de forma retrospectiva, se podría afirmar que el cáncer endometroide es el más frecuente de todos los cánceres de ovario.

Referencias bibliográficas

1. Cotran SR, Kumar V, Collins T. Robbins. Patología estructural y funcional. 6ª ed. Madrid: Mc Graw Hill Interamericana; 2000.
2. Irvin WP, Rice LW, Berkowitz RS. Advance in the management of endometrial adenocarcinoma. A review. J Reprod Med 2002; 47(3):173-90.
3. Van Gorp T, Neven P. Endometrial safety of hormone replacement therapy. Maturitas 2002; 42(2):93-104.
4. Ascher SM, Reinhold C. Imaging of cancer of the endometrium. Radiol Clin Nort Am 2002; 40(3):563-76.
5. Bianchini F, Kaaks R, Vainio H. Overweight, obesity, and cancer risk. Lancet Oncol 2002; 3(9):565-74.
6. Scheidler J, Heverk AF. Imaging of cancer of the cervix. Radiol Clin North Am 2002; 40(3):577-90.
7. Kuramoto H, Hurmano M, Imain M. HEC-1 cells. Hum Cells 2002; 15(2):81-95.
8. Gupta JK, Chien PF, Voit D, Clark TJ, Khan KS. Ultrasonographic endometrial thickness for diagnosing endometrial. Pathology in women with postmenopausal bleeding: a meta-analysis. Acta Obstet Gynecol Scand 2002; 81(9):799-816.
9. Hamm B, Pollinger A. Cross-sectional imaging of endometrial carcinoma. Zentralbl Gynakol 2002; 24(1):27-31.
10. Sirvidis E. Angiogenesis and endometrial cancer. Anticancer Res 2001; 21(60):4383-8.