

CASOS CLÍNICOS

**NEOPLASIAS GINECOLÓGICAS MÚLTIPLES DOS
TUMORES PRIMARIOS EN UNA MISMA PACIENTE EN
FORMA SIMULTÁNEA****Evert Erwin Perez Morales***Universidad Adventista de Bolivia***Resumen**

Se describe el caso de una paciente de 37 años de edad, natural de Potosí, que presenta dos tipos de neoplasias ginecológicas primarias: adenocarcinoma de endometrio (primario) y Cistoadenocarcinoma papilar de ovario (segundo), que fue manejada en el Hospital Materno Infantil “German Urquidi”, sin antecedentes personales, ni familiares de relevancia oncológica, que ingresa con sintomatología inespecífica, con estudios complementarios (Examen citológico, biopsia de cérvix, ecografía transvaginal, cistoscopia, recto sigmoidoscopia y radiografía de tórax), que sugirieron el diagnóstico. El caso fue manejado inicialmente en forma quirúrgica, por medio de dos intervenciones, realizándose etapificación y citoreducción; Con una evolución postquirúrgica satisfactoria, indicándose su alta hospitalaria al 5° día de su internación, posteriormente ser referida al servicio de oncología clínica del Hospital Clínico Viedma, para su realización de su tratamiento con quimioterapia y radioterapia.

Palabras clave: Neoplasias primarias, Endometrio, Ovario.

Introducción

La presencia de tumores primarios múltiples, en una misma paciente constituye una condición clínica poco frecuente y de difícil diagnóstico, no siendo fácil, la diferenciación entre un segundo tumor primario y una metástasis del tumor primario.

Se denomina tumores primarios

múltiples a las neoplasias que se presentan en una misma paciente, en forma simultánea o sucesivamente, siempre que respondan a los siguientes criterios: Cada tumor debe tener un definido patrón de malignidad, se debe excluir que uno no constituya metástasis de otro, cada tumor presente una his-

tología diferente, y si ambos son similares dentro del mismo órgano que no se pueda demostrar ninguna conexión entre ellos, cada tumor debe seguir su historia natural y presentar una evolución independiente.

Karl Thiersh describe en 1865 por primera vez la presencia de tumores primarios múltiples. Billroth establece en 1889 los criterios diagnósticos.

El diagnóstico puede ser sucesivo (Meta crónicos) o simultáneos (Sincrónicos). Debiéndose considerar que cada tumor puede presentarse con síntomas propios o ser hallazgo durante la estadificación, seguimiento del primero, o ser un hallazgo postmortem durante la necropsia. Por todo lo mencionado, el establecer la frecuencia, resulta difícil, siendo entre 1,2 al 11 % de las neoplasias; Siendo menor a medida que incrementa el número de tumores malignos primarios: La asociación de 2 tumores ginecológicos primarios se presentan en un 56 %; 3 tumores primarios en un 6% y en 0,5% la asociación de 4 o más. Siendo la asociación más frecuente: Cáncer de mama, endometrio, ovario y colon (53%).

En la etiología se debe considerar: Las mutaciones genéticas de carácter hereditario o adquirido, que afectan a genes supresores, pronto oncogenes y genes repara-

dores (delección del gen p53); Exposición a cancerígenos ambientales; Algunos virus; La tecnología humana (uso de monovinilo, pesticidas, mostaza nitrogenada, rayos ultravioleta y otros.).

El tratamiento de un primer tumor podría inducir el desarrollo de una segunda neoplasia a través del efecto mutagénico que pudiera provocar, como la administración de productos hormonales estrógenos derivados, como el tamoxifeno utilizado en el tratamiento del cáncer de mama, induce cáncer en endometrio.

Caso clínico

Se presenta el caso clínico de una paciente de 37 años de edad, natural de Potosí (Provincia Tupiza); que ingresa al servicio de ginecología del Hospital Materno Infantil German Urquidi (H.M.I.G.U.) de la ciudad de Cochabamba, sin antecedentes personales ni familiares de relevancia clínica (oncológica). Con antecedente de 3 gestaciones previas: dos partos de término y un aborto espontáneo de 3 meses; con ciclos menstruales regulares, no usuaria de ningún método anticoncepción.

Ingresa con cuadro clínico de 1 año de evolución, caracterizado por presentar sangrado transvaginal rojo oscuro en moderada cantidad, intermitente, acompañado

de dolor abdominal opresivo en hipogastrio de moderada intensidad, además de pérdida de 5 kilos de peso durante dicho periodo. Por lo que acude a consulta externa de ginecología del HMIGU, donde se le realiza los siguientes estudios: Examen citológico, el cual es sugestivo de carcinoma de cérvix, por lo que se le realiza biopsia de cérvix uterino que reporta: Displasia Glandular Moderada a Severa (Lesión intra epitelial de alto grado). Se le realiza Ecografía transvaginal que reporta; Útero en AVF, de superficie irregular, parénquima heterogéneo de 52,2 mm por 40 mm, endometrio tipo descamativo, cérvix de características conservadas; Ovario derecho de 42,6 por 26,5 mm, con imágenes econegativas en su parénquima. (Figura 1).

Imágenes eco negativas en su parénquima.



Figura 1. Ovario derecho. Ecografía abdominal

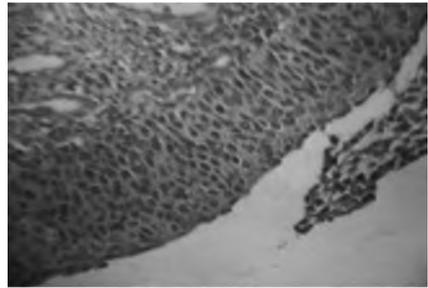


Figura 2. Cérvix Histopatológico: Células atípicas, de displasia severa en glándula endocervical

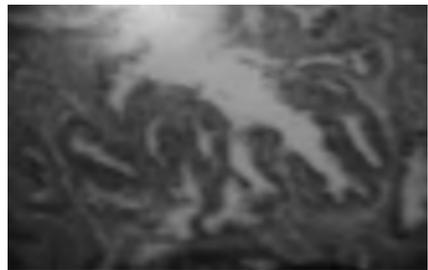


Figura 3. Endometrio Histopatológico: Formaciones glandulares de adenocarcinoma endometriode.

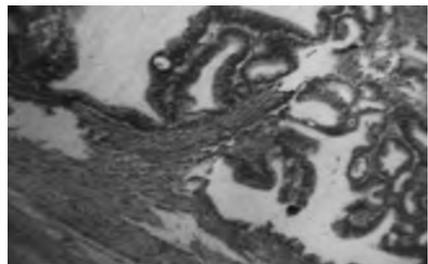


Figura 4. Ovario derecho Histopatológico: Lesiones papilares. Células epiteliales con atipia. Pared adelgazada sin invasión tumoral

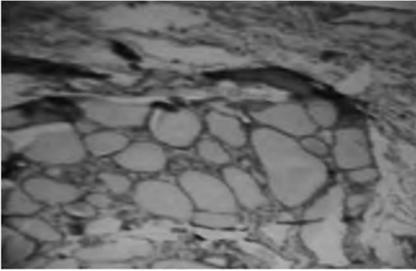


Figura 5. Ovario Izquierdo Microscopia: Estroma conectivo que envuelve a folículos de diámetro diverso revestidos por células cúbicas (estroma).

La cistoscopia realizada reporta trigonitis, y la rectosigmoidoscopia reporta: Polipo rectal, realizándole polipectomía endoscópica (estudio patológico reporta Polipo hipoplásico), Radiografía de tórax no patológica; Por los hallazgos se decide internar a la paciente, ingresando consciente, orientada en las tres esferas, con signos vitales estables: Presión arterial 100/70 mmHg, pulso de 72 latidos por minuto, Mucosas húmedas y rosadas, cardio-pulmonar clínicamente normal. El abdomen blando deprimible, no doloroso a la palpación, con ruidos hidroaéreos positivos, normoactivos.

Al examen ginecológico: Cérvix posterior con ectropión, sangran-te al contacto. Presencia de lesión vegetante de 5 por 5 mm, friable, sangrante al contacto, en labio posterior. Al tacto bimanual, un útero en anteversoflexión de 7 por

5 cm, de consistencia normal, no advirtiéndose compromiso tumoral, anexos de difícil valoración. Al tacto rectovaginal, esfínter anal normotónico, ampolla rectal vacía, tabique rectovaginal indemne, parámetros libres.

Se realiza Histerectomía abdominal total por cáncer in situ de cérvix, salpingo oforectomía derecha por hallazgos transoperatorios, de tumor en ovario derecho de 8 por 5 cm, sospechoso de malignidad.

- Se envía pieza quirúrgica, para estudio anatómico patológico, el cual reporta: Cervicitis con displasia severa y extensión glandular (Figura 2).
- Adenocarcinoma endometriode con invasión endocervical (Figura 3).
- Cistoadenocarcinoma papilar de ovario (Figura 4).

La paciente pasa a salas de recuperación, estable hemodinámicamente, Sin embargo, por el informe patológico se decide realizar una segunda intervención quirúrgica (laparotomía etapificadora y cito-reductora), cuyos hallazgos fueron: Ganglios pélvicos derechos aumentados de tamaño con lesiones quísticas, sin actividad tumoral peritoneal macroscópica, ni ascitis.

- El examen anatomopatológico del lavado peritoneal, cepillado de cúpula diafragmá-

tica, oforectomía izquierda, biopsia y muestreo ganglionar, retroperitoneal y pélvico bilateral reporto: Carcinoma metastásico a cúpula diafragmática y a epiplón mayor, ganglios linfáticos y líquido peritoneal negativos, estroma ovárico (Izquierdo) (Figura 5).

Con todos los hallazgos quirúrgicos y el resultado de la histopatología, la etapificación patológica corresponde a: Cáncer de cérvix in situ, Adenocarcinoma Endometrioide (Estadio - IIA), Cistoadenocarcinoma metastásico de cúpula diafragmática y epiplón mayor.

La evolución post quirúrgica fue satisfactoria, indicándose su alta hospitalaria al 5° día de su internación, para posteriormente ser referida al servicio de oncología clínica del Hospital clínico Viedma, para su tratamiento con quimioterapia y radioterapia.

Discusión

Las neoplasias múltiples corresponden a una entidad patológica poco frecuente. Observándose en el presente caso la asociación de 3 neoplasias primarias; de cérvix, endometrio y de ovario, presentación poco frecuente, pero reconocida. No se pudo determinar en la paciente qué factores pudieron predisponer a la aparición

de dichas neoplasias, no encontrándose: obesidad, hipertensión, diabetes, nuliparidad, menarquia precoz, (Factores asociados al cáncer de endometrio y ovario), además debe llamarnos la atención la edad de la paciente (37 años), pues generalmente estas neoplasias se presentan en mayores de 60 años tampoco presentaba infección por el virus del papiloma humano, ni antecedentes familiares para el CA de cérvix.

Referente a la sintomatología, por lo general es posible realizar el diagnóstico precoz de cáncer de cérvix y endometrio. Sin embargo en el cáncer de ovario el diagnóstico es tardío, con sintomatología inespecífica: malestar abdominal, dispepsia, presión en zona pélvica, aumento del perímetro abdominal, otras veces se sospecha ante la aparición de signos a distancia (derrame pleural, adenopatías, metástasis) o paraneoplásicos (hipercalcemias, queratosis seborreica). En el caso presentado, la paciente presentaba sintomatología inespecífica, sangrado genital y pérdida de peso, llegándose a diagnosticar y etapificar dichas neoplasias en forma transquirúrgica, donde la etapificación patológica correspondió a: Cáncer de cérvix in situ, adenocarcinoma de endometrio Estadio - IIA (Estadio en el que se detecta afección del cuerpo y el cuello uterino, no extendido fuera del útero,

solo con compromiso de glándulas endocervicales). Cistoadenocarcinoma papilar de ovario (Estadio – IIIA, que corresponde a un tumor que compromete uno o ambos ovarios macroscópicamente limitado pero con extensión comprobada a la superficie peritoneal).

Referente al tratamiento de las neoplasias del tracto genital femenino, tienen en común el ser altamente curables si son tratados en estadios iniciales, siendo el tratamiento de elección, el quirúrgico, que puede asociarse con quimioterapia, radioterapia o tratamiento hormonal según los hallazgos operatorios.

El manejo instituido en la paciente fue el adecuado, según los protocolos de manejo, según la literatura, estando indicada, en primera instancia la conducta quirúrgica, debiéndose realizar; Laparotomía, lavado peritoneal para el estudio citológico, explorando pelvis, abdomen y ganglios pélvicos y lumboaorticos, histerectomía total, salpingooforectomía bilateral, omentectomía y linfadenectomía pelviana y lumboaortica (efectuando estudio histopatológico por congelación) logrando una citorreduccion óptima.(masa residual menor a 1 cm), seguido de una primera línea de quimioterapia basada en platino (cisplatino o carboplatino) más paclitaxel, para posteriormente completar la mis-

ma con radioterapia (Radioterapia externa en pelvis total con dosis de 50 Gy, cuando los ganglios son positivos, la exéresis quirúrgica fue insuficiente, la citología peritoneal fue positiva, y/o invasión mayor de la mitad del miometrio, o cuando no se efectuó la linfadenectomía de estadificación), de esta manera mejorar el pronóstico del paciente.

Para concluir se debe destacar que existen pocos trabajos en la literatura que tratan el tema de las neoplasias ginecológicas múltiples y su estudio, a nuestro juicio, podría ser de gran interés para el mejor conocimiento de los mecanismos que dan lugar a esta alteración neoplásica celular.

Bibliográficas

1. Rovatti M, Gerosa E, Turi V. Multiple Primary malignant neoplasms, 1995, 50: 949-58
2. Villasmil E, Guerra M, Torres D. Neoplasias multiles malignas Rev Obstet Ginecol Venez v.66 n.22 Caracas 2006
3. Tejada D, Serrano M, Gomez F. Oncología v.30 Madris 2007
4. Calderaro F, Medina S, Delgado R y cols. Tumores primarios multiples. Rev. Venez. Oncol. 2004
5. Muniesa J, Lazaro J. Cancer del aparato genital en la mujer. Boletín Oncológico www.bolon-

col.com abril, 2008

6. Hugh R. Manual de oncología ginecológica. Editora Santos. 1992 2da Ed.
7. Decherney A, Nathan L. Diagnóstico y tratamiento gineco obstétrico. 2003. 8va Edición
8. Jonathan S. Berek. Ginecología de Novak. 2004. 13° Edición
9. Gori, Jorge, Lorusso, Antonio y col: Ginecología de Gori, segunda edición, Editorial el ateneo, Buenos Aires. 2001
10. Sierralta P, Jofre J, Canessa J y cols. Tumores ginecológicos múltiples. Revista chilena de Obstetricia y ginecología.