

CA DE ENDOMETRIO DE PRESENTACIÓN ATÍPICA

Caso Clínico

Paciente de 32 años, núbil, sin antecedentes obstétricos, refiere sangrado genital intermenstrual, con dolor pélvico crónico, y acude a nuestro centro para ecografía pélvica transvesical.



Fig 1 y 2. Útero agrandado para paciente nulípara, con el endometrio ligeramente engrosado, algo heterogéneo y mal delimitado.



Fig 3. Endometrio engrosado de 15,7mm, posmenstrual inmediato de bordes no bien definidos. También se observa una área hipoecóica de aspecto hemático y un contenido sólido que se proyecta hacia el endocervix. Nótese una pequeña cantidad de líquido en el Douglas.

Fig 4. Se observa una masa alargada heterogénea que se proyecta desde el endometrio hacia el canal endocervical a manera de formación polipoide aunque heterogénea y atípica.

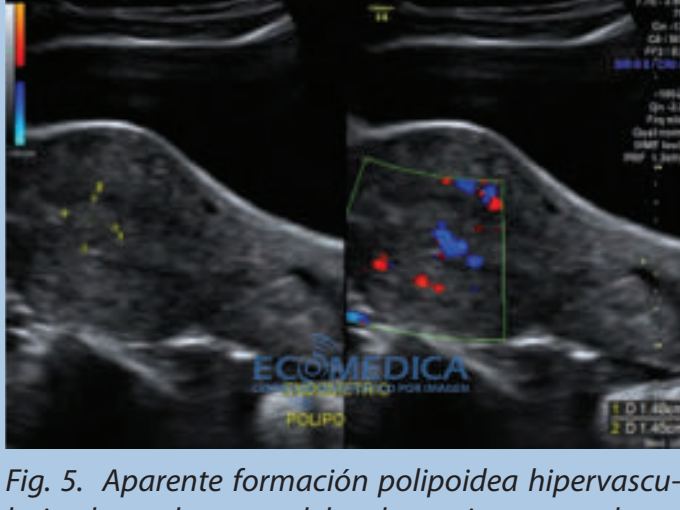


Fig 5. Aparente formación polipoidea hipervascularizada en el espesor del endometrio engrosado.

Fig 6. A la izquierda pequeño mioma subseroso anterior y a la derecha imagen sugestiva de mioma submucoso concomitante.

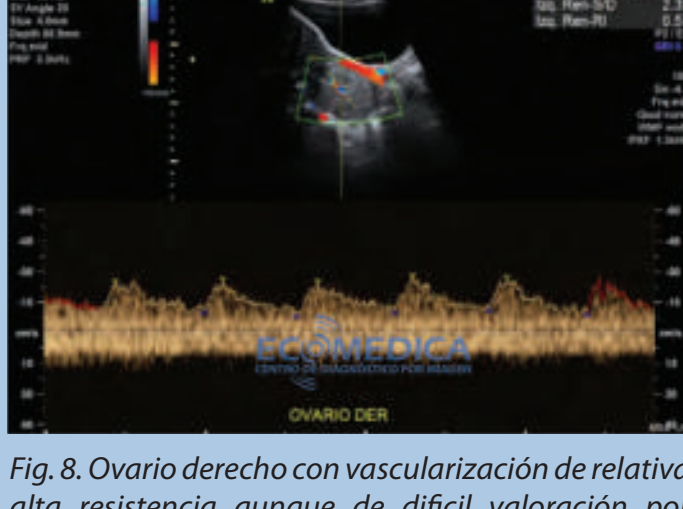


Fig 7. Ovario derecho agrandado, sólido, refringente, con un volumen aproximado de 81 ml, de aspecto tumoral.

Fig 8. Ovario derecho con vascularización de relativa alta resistencia aunque de difícil valoración por tratarse de un estudio suprapúbico.

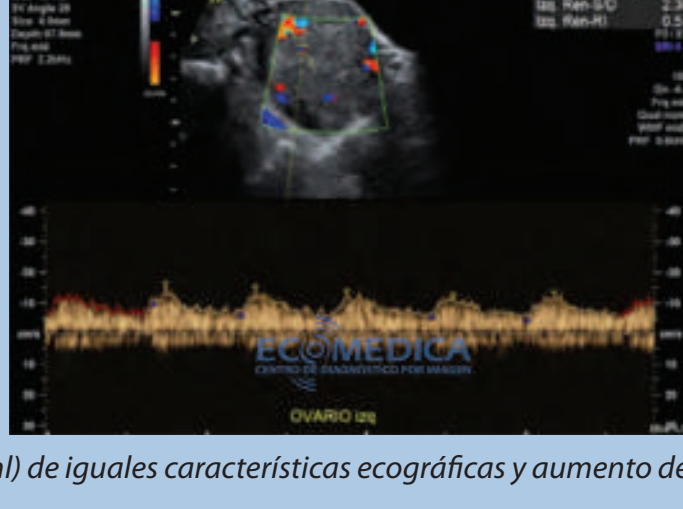


Fig 9 y 10. Ovario izquierdo también agrandado (vol. 51 ml) de iguales características ecográficas y aumento de vascularización casi similar al ovario contralateral.

En el estudio ecográfico se visualiza el endometrio engrosado, heterogéneo de bordes no bien definidos, que al parecer se proyecta hacia el canal endocervical y ovarios anormalmente grandes, sólidos y de aspecto tumoral, razón por la cual se sugirió exámenes complementarios para confirmación diagnóstica de sospecha de neoplasia ovárica y patología endometrial secundaria.

El estudio histopatológico posquirúrgico reporta carcinoma endometriode con diferenciación escamosa, con origen tumoral en endometrio y lesiones ováricas y de epiplón que corresponden a focos secundarios.

CANCER ENDOMETRIAL

El cáncer de endometrio es uno de los cánceres ginecológicos más frecuentes a nivel mundial, el 4to después del cáncer de mama, cuello uterino y ovario. [1] Con una incidencia de 0 a 25 casos por 100.000 mujeres, este porcentaje varía dependiendo de la distribución geográfica. [2].

El cáncer de endometrio afecta principalmente a mujeres posmenopáusicas. La mayoría se diagnostica en mujeres de 50 a 60 años; el 92% de los casos se presentan en mujeres mayores a 50 años. [3] Los factores genéticos y hereditarios explican entre el 5 – 10% de las causas conocidas de cáncer, los factores ambientales y estilos de vida dan cuenta de más del 90% restante. [4]

Los factores que más afectan para padecer cáncer de endometrio son [5]:

- Obesidad
- Nuliparidad
- Consumo de estrógenos después de la menopausia, píldoras anticonceptivas, o tamoxifeno.
- Uso de dispositivo intrauterino.
- Una dieta alta en grasa.
- Sedentarismo.
- Diabetes tipo 2.
- Antecedentes familiares de Ca de endometrio o colorrectal.
- Historia de cáncer de seno o de ovario.
- Historial de hiperplasia endometrial.
- Tratamiento con radioterapia a la pelvis para tratar otro cáncer.
- Hipertensión arterial.

El cáncer endometrial comprende un grupo heterogéneo de tumores con distintos factores de riesgo, presentación clínica, características histopatológicas y moleculares.

Se dividen en tipo I, que son el 80% de estos tumores en que la histología es el adenocarcinoma endometriode. La mayoría de estos se encuentran en estadios iniciales, son de bajo grado tumoral, se asocian a lesiones premalignas (hiperplasia endometrial) y suelen tener un excelente pronóstico.

Los tipo II incluyen al carcinoma escamoso, mucinoso, células claras, seroso, microcítico e indiferenciado (GIII). Tienden a ser más agresivos y no se asocian a lesiones premalignas.

Para el estadiaje es fundamental definir la invasión del miometrio y/o estroma cervical, y la diseminación extrauterina.

Tabla 9. Estadificación FIGO 2009 (31)

CÁNCER DE ENDOMETRIO. FIGO 2009	
Estadio I	Tumor confinado al cuerpo del útero (a)
IA	No invasión del miometrio o inferior a la mitad
IB	Invasión del miometrio igual o superior a la mitad
Estadio II	Tumor que invade estroma cervical sin extenderse más allá del útero (a) (b)
Estadio III	Extensión local y/o regional del tumor (c)
IIIA	Tumor que invade serosa de cuerpo uterino y/o anejos
IIIB	Afectación vaginal y/o parametrial
IIIC	Metástasis en ganglios pélvicos y/o para aórticos
IIIC1	Ganglios pélvicos positivos
IIIC2	Ganglios para aórticos positivos con o sin ganglios pélvicos positivos
Estadio IV	Tumor que invade mucosa de vejiga y/o recto, y/o metástasis a distancia
IVA	Tumor que invade mucosa vesical y/o rectal
IVB	Metástasis a distancia, incluidas metástasis intraabdominales y/o ganglios inguinales

(a) Tanto G1, G2 como G3.
 (b) La afectación glandular endocervical debe considerarse como estadio I y no como estadio II.
 (c) La citología positiva se debe informar de forma separada sin que modifique el estadio.

Por lo general, el adenocarcinoma endometriode se presenta como grandes masas polipoides que llenan la cavidad uterina y pueden protruir a través del cérvix similar a la presentación descrita.

El sangrado vaginal intermitente es el síntoma más frecuente (90%) del cáncer de endometrio y aparece por lo general en etapas tempranas de su evolución. Resulta frecuente la metrorragia en la posmenopausia o el sangrado intermenstrual en pacientes premenopáusicas.

Puede presentarse además flujo mal oliente en estadios avanzados y dolor pelviano difuso por compromiso extrauterino. Es excepcional el debut con metástasis a distancia. [6]

El carcinoma de endometrio con frecuencia produce metástasis anexiales (como en el presente caso). En el estadio I se ha observado enfermedad metastásica oculta en un 7%.

BIBLIOGRAFIA:

[1] R. Orellana, F. Saavedra, J. C. Montero, P. Cisterna, F. Olgún, M. Torretti y C. Silva, «Revista Chilena Obstetria/Ginecología», 2013. [En línea]. Available: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/r-chog/v78n6/art07.pdf>. [Último acceso: 02 septiembre 2019].

[2] I. Alvarado-Cabrero, «ELSEVIER,» Mayo 2012. [En línea]. Available: <https://www.elsevier.es/es-revista-gaceta-mexicana-oncologia-305-articulo-adenocarcinoma-endometrio-conceptos-actuales-X1665920112439420>. [Último acceso: 02 09 2019].

[3] P. Ramirez, D. Gershenson y G. Salvo, «MANUAL MSD,» Marzo 2017. [En línea]. Available: <https://www.msmanuals.com/es/professional/ginecolog%C3%A1-Da-y-obstetricia/tumores-ginecol%C3%B3gicos/c%C3%A1ncer-de-endometrio>. [Último acceso: 02 Septiembre 2019].

[4] T. Tamayo y M. Couret, «Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología,» 2015. [En línea]. Available: <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v41n3/gin07315.pdf>. [Último acceso: 02 09 2019].

[5] American Cancer Society, «American Cancer Society,» 27 03 2019. [En línea]. Available: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-endometrio/causas-riesgos-prevencion/ factores-de-riesgo.html>. [Último acceso: 09 09 2019].

[6] Consenso Nacional Intersociedades sobre Cáncer de Endometrio, «Revista Argentina de Radiología,» Junio 2016. [En línea]. Available: <https://www.elsevier.es/es-revista-argentina-radiologia-383-pdf-S0048761917300741>. [Último acceso: 09 septiembre 2019].