

CARCINOSARCOMA UTERINO. CASO CLINICO.

Vázquez Bol L, Ojeda F, Argüelles M*, Sirvent M, Lopez-Salva A.
Área de Ginecología y Obstetricia, * Unidad de Anatomía Patológica. Fundación Hospital Alcorcón.
lvazquez@fha.lcorcon.es

Introducción:

Los sarcomas uterinos son tumores ginecológicos poco frecuentes, suponen menos del 1% de las neoplasias ginecológicas y el 2%-5% de las uterinas. Se presentan con mayor frecuencia en la raza negra y en edades avanzadas. Estos tumores se originan a partir de dos tipos de tejidos: el músculo miometrial y el epitelio endometrial. Según este origen obtenemos la clasificación celular: carcinosarcomas (sarcomas mesodérmicos mixtos – 50%), leiomiomas (30%) y sarcoma estromático del endometrio (15%)¹. El único factor etiológico descrito en un 10%-25% de los casos es la radiación pélvica previa². El pronóstico y manejo terapéutico depende fundamentalmente del estadio de la enfermedad en el momento del diagnóstico.

Caso clínico:

Presentamos una paciente de 54 años con antecedentes de hemorragia uterina anormal (HUA) de dos años de evolución. G3A0V3 TM: 4/28. No presentaba otra sintomatología y el último control analítico estaba dentro de la normalidad. En la ecografía se aprecia un útero de 133x89x121 mm que presenta una imagen intracavitaria de 66x48x75 mm de contorno afilado hacia istmo. OD normal. OI no visible.

En la histeroscopia se toman muestras de tejido tumoral que macroscópicamente alcanza endocérnix. El OCI está dilatado con salida de tejido tumoral intracavitario, sin poder realizarse valoración endouterina por dificultad de distensión y sangrado.

Diagnóstico histológico de adenocarcinoma papilar de probable origen endometrial.

La RMN muestra un útero en AVF, muy aumentado de tamaño y con gran masa (14x7x9 cm), heterogénea en todas las secuencias que ocupa toda la cavidad uterina y el endocérnix, sin afectación aparente de la vagina. En T1 y T2 algo más hipointensa que miometrio, que con el contraste realza de manera intensa aunque heterogénea. Vascularización prominente de paramétrios sin alteración de señal en la grasa que sugiera infiltración. Anejos normales. Fig 1.

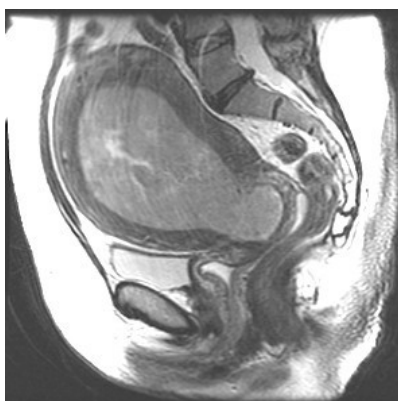


Fig. 1: RMN

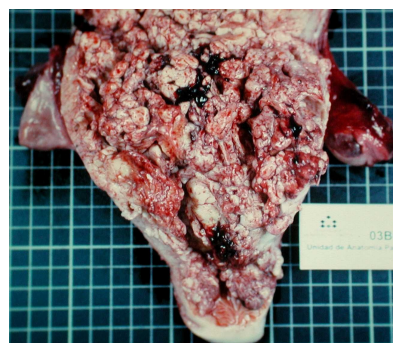


Fig. 2: Pieza quirúrgica.

Se realiza histerectomía abdominal total con doble anexectomía y linfadenectomía pélvica, obturatriz y paraórtica. Fig. 2.

Informe de anatomía patológica: Carcinosarcoma Uterino que no infiltra miometrio ni anejos, cérvix libre. Ganglios Linfáticos: 0/23. Lavado peritoneal: negativo. Fig. 3.

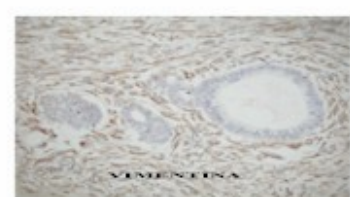
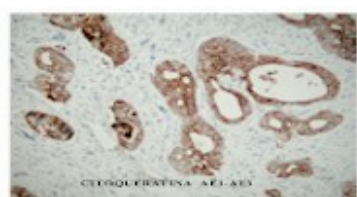
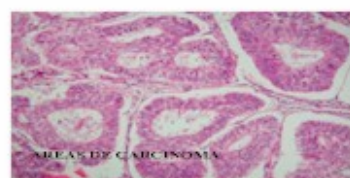
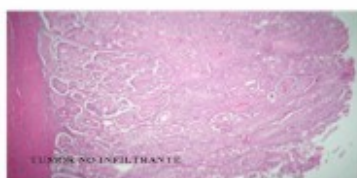
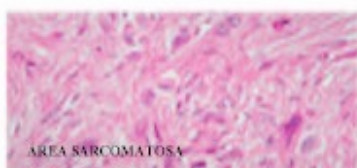
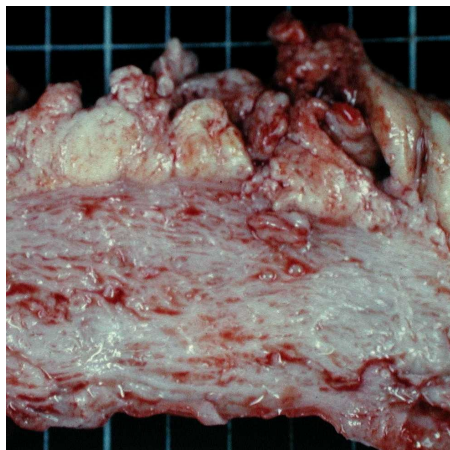


Fig. 3: Estudio AP.

Discusión:

La mayoría de los carcinosarcomas presenta una clínica de hemorragia uterina anormal o prolapso de pólipo endometrial⁷. En el caso que presentamos la paciente refería alteraciones menstruales y en estudios posteriores se determinó la presencia de material endometrial que invadía canal cervical.

El factor pronóstico más importante, y en el que parecen estar de acuerdo la mayoría de autores consultados, es la extensión tumoral en el momento del diagnóstico. El impacto pronóstico de otros factores como la invasión miometrial, la edad de aparición de la menopausia, la paridad, la edad y el empleo de terapias adyuvantes se encuentran en discusión^{3,4}.

En cuanto a la influencia de la radioterapia en el pronóstico de este tumor, las distintas publicaciones, ofrecen resultados contradictorios al respecto⁸. La utilización de la quimioterapia se limita a la enfermedad avanzada, a pesar de que su papel en la terapia adyuvante sigue siendo un motivo de desacuerdo. Los agentes más utilizados son la Ifosfamida y el Cisplatino⁷. Nuevos agentes como el Paclitaxel están en estudio, con buenos resultados en el control de la extensión de la enfermedad⁹.

Otro aspecto que también pudiera jugar un papel importante en la evolución de la enfermedad es la presencia de receptores hormonales de estrógenos y progesterona⁶ y los tratamientos con tamoxifeno⁵.

Los carcinosarcomas uterinos son tumores malignos altamente agresivos con una tendencia a la diseminación hematológica y linfática temprana, por esta razón, tan sólo el 20%-30% de tumores limitados al útero estarán en estadio quirúrgico. El tratamiento de elección se basa en la histerectomía total abdominal, con salpingo-ooforectomía bilateral, acompañado de un adecuado estadiado de acuerdo a los hallazgos quirúrgicos; que determinaran el manejo posterior del tumor^{3,7}.

En el caso que se presenta y de acuerdo a la clasificación de la FIGO, nos encontramos con un tumor, que a pesar del tamaño del útero y el espesor del endometrio (todo el afectado por tumor como se puede apreciar en las imágenes), se encuentra limitado a la cavidad uterina. Tras el estudio anatomopatológico se demuestra la ausencia de tumor en trompas y ovarios, así como en ganglios linfáticos y líquido peritoneal.

Tras el periodo de recuperación postoperatorio la paciente se encuentra asintomática por lo que se decide control de la evolución en consulta sin iniciar ningún tipo de tratamiento adyuvante.

BIBLIOGRAFÍA

- 1: Forney JP, Buschbaum HJ: Classifying, staging, and treating uterine sarcomas. Contemporary Ob/gyn 18(3):47, 50, 55-56, 61-62, 64,69,1981.
- 2: Mayor FJ, Blessing JA, Silverberg SG, et al.: Prognostic factors early stage uterine sarcoma: a Gynecologic Oncology Group study. Cancer 71(4, Suppl): 1702-1709, 1993.
- 3: Macasaet MA, Waxman M, Fruchter RG, Boyce J, Hong P, Nicastrì AD, Remy JC. Prognostic factors in malignant mesodermal (mullerian) mixed tumors of the uterus. Gynecol Oncol. 1985 Jan;20(1):32-42.
- 4: Bodner-Adler B, Bodner K, Obermair A, Czerwenka K, Petru E, Leodolter S, Mayerhofer K. Prognostic parameters in carcinosarcomas of the uterus: a clinico-pathologic study. Anticancer Res. 2001 Jul-Aug;21(4B):3069-74.
- 5: Dallenbach-Hellweg G, Schmidt D, Hellberg P, Bourne T, Kreuzwieser E, Doren M, Rydh W, Rudenstam G, Granberg S. The endometrium in breast cancer patients on tamoxifen. Arch Gynecol Obstet. 2000 Apr;263(4):170-7.

6: Ansink AC, Cross PA, Scorer P, de Barros Lopes A, Monaghan JM. The hormonal receptor status of uterine carcinosarcomas (mixed mullerian tumours): an immunohistochemical study. *J Clin Pathol.* 1997 Apr;50(4):328-31.

7: Vaccarello L, Curtin JP. Presentation and management of carcinosarcoma of the uterus. *Oncology (Huntingt).* 1992 May;6(5):45-9; discussion 53-4, 59.

8: Kristina Gerszten, M.D., Clare Faul, M.D., Sophia Kounelis, M.D., Quingshou Huang, M.S., Joseph Kelley, M.D. The impact of adjuvant radiotherapy on carcinosarcoma of the uterus. *Gynecol Oncol* 1998, 68:8-13.

9: John P. Curtin, M.D., John A. Blessing, Ph.D., John T. Soper, M.D., Koen DeGeest, M.D. Paclitaxel in the treatment of carcinosarcoma of the uterus: A gynecologic oncology group study. *Gynecol Oncol* 2001 Sept;83:268-270.