

CASOS CLÍNICOS

Transición entre endometriosis y carcinoma endometriode de ovario

P. Valenzuela^a, P. Ramos^b y J.A. Solano^c

^aDepartamento de Especialidades Médicas. Universidad de Alcalá de Henares. Madrid. España.

^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares. Madrid. España.

^cServicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares. Madrid. España.

ABSTRACT

The association of endometriosis and endometrioid ovarian cancer has been well documented in the literature and progression of endometriosis to ovarian neoplasia (endometrioid and clear cell carcinoma) has even been suggested.

We present the case of a patient with endometrioid adenocarcinoma and transition between endometriosis and adenocarcinoma, meeting the strict criteria for malignant transformation.

We suggest that there is an association between endometriosis and endometrioid ovarian carcinoma. Although this association is not frequent, patients with ovarian endometriosis and a high CA 125 serum level require special management.

La coincidencia entre endometriosis y cáncer de ovario endometriode está bien documentada en la literatura médica desde 1925⁷, y la posibilidad de una asociación directa se ha indicado en un 30-40% de los pacientes^{8,9}.

Presentamos un caso de coincidencia de endometriosis y cáncer endometriode de ovario, que cumple criterios estrictos de transformación maligna.

CASO CLÍNICO

Paciente de 59 años, nuligesta, sin antecedentes ginecológicos de interés, con última regla a los 53 años, que consultó por aumento del perímetro abdominal, de forma progresiva, desde hacía 2 meses.

La exploración abdominal y ginecológica descubrió una tumoración de superficie regular, que ocupaba la pelvis menor y la sobrepasaba hasta alcanzar 4 traveses de dedo por encima del ombligo. La imagen ecográfica mostró una tumoración compleja, de 20 cm de diámetro, en la que se entremezclaban zonas sólidas con quísticas. Los valores preoperatorios de CA 125 y el antígeno carcinoembrionario (CEA) fueron de 2.672 U/ml (normal hasta 35 U/ml) y 3,4 ng/ml (normal hasta 5 ng/ml), respectivamente.

Ante el diagnóstico de tumoración abdominopelviana sospechosa, probablemente de origen anexial, se programó una laparotomía exploradora. En la intervención se encontró una tumoración anexial izquierda de 20 cm de diámetro, sin excrescencias en su superficie, pero fuertemente adherida a útero, sigma y epiplón. Tras realizar lavado peritoneal, se procedió a practicar anexectomía; la tumoración se rompió durante la intervención. Se envió para estudio intraoperatorio, y se confirmó la sospecha de malignidad. No se encontraron otras lesiones en la cavidad abdominal. En el mismo acto quirúrgico, se completó la cirugía con histerectomía y anexectomía derecha, apendicectomía, omentectomía y linfadenectomía pelviana y

INTRODUCCIÓN

La endometriosis es una enfermedad benigna que se define como la presencia de glándulas endometriales y estroma en localizaciones ectópicas, sobre todo en ovario y peritoneo¹. La prevalencia de la endometriosis en la población premenopáusica se estima en un 10%², mientras que sólo el 2-4% de los diagnósticos de endometriosis se realiza en período posmenopáusico³.

El carcinoma endometriode de ovario ocupa el tercer lugar en frecuencia de los tumores epiteliales malignos, después del seroso y el mucinoso⁴, y representa el 20-25% de todos los carcinomas de ovario⁵. Son bilaterales en el 28% de los casos. Ocurren más frecuentemente en la quinta y sexta década de la vida, pero no es excepcional en mujeres mayores⁶.

Aceptado para su publicación el 10 de noviembre de 2006.

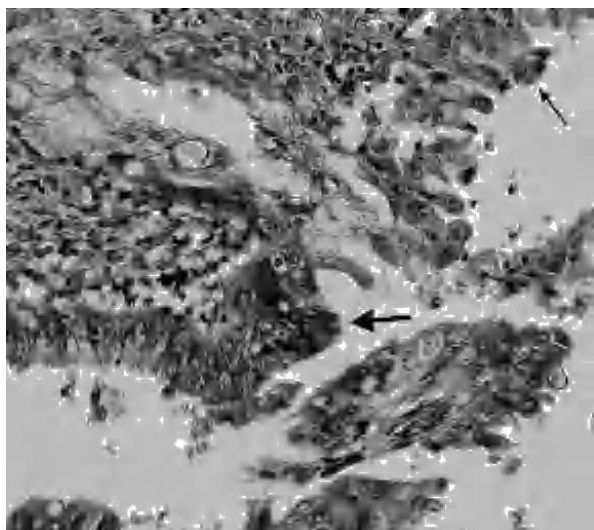


Fig. 1. Transición entre epitelio endometriósico benigno (flecha delgada) y carcinoma endometrioide (flecha gruesa) (HE, $\times 100$).

paraaórtica. El estudio anatomopatológico reveló en el ovario izquierdo un cistoadenocarcinoma con predominio de patrón endometrioide, con áreas de diferenciación tipo células claras, sobre endometriosis ovárica. Se demostró la presencia de una zona de transición de endometriosis a adenocarcinoma endometrioide (fig. 1). En el otro ovario también se encontraron zonas de endometriosis, pero sin malignización. La citología del lavado peritoneal fue negativa.

El estadio definitivo fue Ic G1. Se completó el tratamiento con 6 ciclos de quimioterapia. Se ha controlado a la paciente periódicamente con posterioridad, utilizando CA 125 como marcador tumoral de recidiva. Tras 8 años de seguimiento la paciente sigue viva y libre de enfermedad.

DISCUSIÓN

La transformación maligna de la endometriosis ocurre principalmente en el ovario, aunque también puede tener un origen extragonadal. El tumor más frecuentemente encontrado es el carcinoma endometrioide, seguido por el de células claras¹⁰. Sampson¹¹ fue el primero que describió la asociación entre endometriosis y carcinoma endometrioide y definió los siguientes criterios para establecer la transformación maligna de la endometriosis: *a)* que la endometriosis esté vinculada de manera estrecha con el cáncer; *b)* que la histología del cáncer sea compatible con un origen endometrial, y *c)* que no se identifique otro

cáncer primario. La atipia de las glándulas endometriales apoyaría aún más la transformación maligna. La presencia simultánea de endometriosis con y sin atipias o endometriosis y carcinoma no puede considerarse concluyente en sí. La prueba definitiva requeriría la transición desde formas benignas a malignas. Utilizando estos criterios, sólo el 0,7-1% de todos los casos de endometriosis presenta una transformación maligna^{12,13}.

En nuestro caso, se diagnosticó la endometriosis ovárica por la presencia de glándulas epiteliales acompañadas de estroma endometrial, en cualquier área del ovario. El componente epitelial predominante fue carcinoma endometrioide. Para considerar que el tumor tenía su origen en la endometriosis se exigió la presencia de una zona de transformación de endometriosis a carcinoma. El valor tan elevado de CA 125 es predictor de cáncer de ovario no mucinoso, aunque se han descrito algunos casos de CA 125 superiores de 1.000 U/ml en mujeres sin cáncer de ovario, pero con un diagnóstico de endometriosis^{14,15}.

Las pacientes con cáncer de ovario desarrollado a partir de endometriosis son 10-20 años mayores si las comparamos con mujeres con endometriosis sin cáncer¹⁰. Los datos de investigadores previos indican que la asociación de endometriosis y adenocarcinoma de ovario ocurre particularmente en pacientes posmenopáusicas^{16,17} y con larga historia de endometriosis¹⁸, lo que indica que el proceso de transformación maligna de la endometriosis es lento. Sin embargo, hay casos descritos de pacientes jóvenes, menores de 30 años, con diagnóstico reciente de endometriosis¹⁹.

Sainz de la Cuesta et al¹³ proponen que la coexistencia de adenocarcinoma endometrioide y endometriosis tiene un pronóstico favorable. Incluso se ha encontrado asociación entre la endometriosis y el lavado peritoneal negativo en estadios I de carcinomas de células claras de ovario²⁰.

La esterilidad y la dismenorrea son síntomas que llevan al clínico a sospechar, diagnosticar y tratar la endometriosis, pero al establecerse la menopausia esta enfermedad suele perder interés. La existencia de asociación con el carcinoma endometrioide y con el de células claras de ovario nos debe obligar a realizar un control, más allá de la menopausia, de estas pacientes.

Podemos concluir que, aunque con poca frecuencia, existe una asociación entre endometriosis y carcinoma endometrioide de ovario, asociación que se debe tener presente en el tratamiento de pacientes con sospecha o diagnóstico de endometriosis, especialmente con valores elevados de CA 125.

RESUMEN

La coincidencia entre endometriosis y cáncer de ovario está bien documentada, incluso se ha sugerido la progresión de endometriosis a carcinoma de ovario (carcinoma endometrioide y de células claras).

Presentamos un caso de asociación entre endometriosis y cáncer endometrioide de ovario, aplicando criterios estrictos de transformación maligna.

Nosotros indicamos que existe una asociación entre endometriosis y carcinoma endometrioide de ovario. Aunque esta asociación no es muy frecuente, las pacientes con endometriosis ovárica y CA 125 elevado requerirán un tratamiento especial.

BIBLIOGRAFÍA

1. Clement PB. Disease of the peritoneum. En: Kurman RJ, editor. Blaustein's pathology of the female genital tract. 5th ed. New York: Springer-Verlag; 2002. p. 729-89.
2. Olive DL, Schwartz LB. Endometriosis. N Engl J Med. 1993;328:1759-69.
3. Punnonen R, Klemi PJ, Nikkanen V. Postmenopausal endometriosis. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 1980;11: 195-200.
4. Tagashira Y, Shimada M, Kigawa J, Iba T, Terakawa N. Ovarian endometrioid adenocarcinoma arising from endometriosis in a young woman. Gynecol Oncol. 2003;91: 643-7.
5. Tyler CW Jr, Lee NC, Robboy SJ, Kurman RJ, Paris AL, Wingo PA, et al. The diagnosis of ovarian cancer by pathologists: How often do diagnoses by contributing pathologists agree with a panel of gynecologic pathologists? Am J Obstet Gynecol. 1991;164:65-70.
6. Russell P. Surface epithelial stromal tumors of the ovary. En: Kurman RJ, editor. Blaustein's pathology of the female genital tract. 4th ed. New York: Springer-Verlag; 1994. p. 705-82.
7. Swiersz LM. Role of endometriosis in cancer and tumor development. An N Y Acad Sci. 2002;955:281-92.
8. Kurman RJ, Craig JM. Endometrioid and clear cell carcinoma of the ovary. Cancer. 1972;29:1653-64.
9. Oral E, Ilvan S, Tustas E, Korbeyli B, Bese T, Demirkiran F, et al. Prevalence of endometriosis in malignant epithelial ovary tumors. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2003;109: 97-101.
10. Heaps JM, Nieberg RK, Berek JS. Malignant neoplasms arising in endometriosis. Obstet Gynecol. 1990;75:1023-8.
11. Sampson JA. Endometrial carcinoma of the ovary arising in endometrial tissue in that organ. Arch Surg. 1925;10:1-72.
12. Nishida M, Watanabe K, Sato N, Ichikawa Y. Malignant transformation of ovarian endometriosis. Gynecol Obstet Invest. 2000;50 Suppl 1:18-25.
13. Sainz de la Cuesta R, Eichhorn JH, Rice LW, Fuller AF, Nikrui N, Goff BA. Histologic transformation of benign endometriosis to early epithelial ovarian cancer. Gynecol Oncol. 1996;60:238-44.
14. Check JH, Coates TE, Nowroozi K. Extreme elevation of serum CA 125 in two women with severe endometriosis: case report. Gynecol Endocrinol. 1991;5:217-20.
15. Johansson J, Santala M, Kauppila A. Explosive rise of serum CA 125 following the rupture of ovarian endometrioma. Hum Reprod. 1998;13:3503-4.
16. Kline RC, Wharton JT, Atkinson EN, Burke TW, Gershenson DM, Edwards CL. Endometrioid carcinoma of the ovary: Retrospective review of 145 cases. Gynecol Oncol. 1990;39:337-46.
17. Czernobilsky B, Silverman BB, Mikuta JJ. Endometrioid carcinoma of the ovary. A clinicopathologic study of 75 cases. Cancer. 1970;26:1141-52.
18. Brinton LA, Gridley G, Persson I, Baron J, Bergqvist A. Cancer risk after a hospital discharge diagnosis of endometriosis. 1997;176:572-9.
19. Tagashira Y, Shimada M, Kigawa J, Iba T, Terakawa N. Ovarian endometrioid adenocarcinoma arising from endometriosis in a young woman. Gynecol Oncol. 2003;91:643-7.
20. Komiyama S, Aoki D, Tominaga E, Susuma N, Udagawa Y, Nozawa S. Prognosis of Japanese patients with ovarian clear cell carcinoma associated with pelvic endometriosis: Clinicopathologic evaluation. Gynecol Oncol. 1999;72:342-6.