

## Carcinoma endometrioide de ovario y recto

J.C. Manuel, M.J. Fernández, J. Alonso, J.L. Alonso, J.M. Barcena, E. de la Puente-Campano\* y J. Corral\*\*

Servicios de Cirugía General (Jefe de Servicio: Dr. J.M. Barcena Barros) y \*\*Anatomía Patológica. \*Jefe de la Sección de Ginecología. Hospital Comarcal de Laredo. Cantabria.

### Resumen

Se presenta el caso clínico de una paciente afectada de endometriosis en ambos ovarios y colon sigmoideo, que comenzó de forma brusca con rotura de un endometrioma en ovario izquierdo y que en el diagnóstico anatomo-patológico se informó de adenocarcinoma endometrioide en ovario y sigma.

**Palabra clave:** *Carcinoma endometrioide. Endometriosis.*

### ENDOMETRIOID CARCINOMA OF THE OVARY AND RECTUM

We present the case of a patient with endometriosis of both ovaries and sigmoid colon. Presentation was sudden with rupture of an endometrioma in the left ovary. Histological diagnosis was endometrioid carcinoma of the ovary and rectum.

**Key words:** *Endometrioid carcinoma. Endometriosis.*

### Introducción

La prevalencia de la endometriosis en mujeres en edad fértil es muy variable, aproximándose en un amplio estudio realizado en EE.UU. al 7%; de estos casos entre el 0,7 y el 1% sufren una transformación maligna de su endometriosis<sup>1</sup>. La afección en el intestino grueso es del 25%, y en esta localización la transformación maligna representa el 4,3% del total de todas las transformaciones malignas<sup>2</sup>. La afección de varios órganos por la malignización es excepcional<sup>3</sup>.

En la endometriosis hay un síntoma fundamental, el dolor pélvico crónico, y si existe afección colorrectal aparecen rectorragias en el 20% de los pacientes y en ocasiones diarrea<sup>4</sup>. Alrededor del 4,8% se presentan en forma de abdomen agudo por rotura o perforación de un endometrioma<sup>5</sup>. Ocasionalmente el cuadro clínico será el de una obstrucción intestinal baja<sup>6</sup>.

El diagnóstico en los casos de malignidad lo establecerá la anatomía patológica<sup>7</sup>, que encuentra que sólo el 46,4% de las transformaciones malignas son adenocarcinomas, siendo el resto adenoacantomas, sarcomas y carcinomas de células claras<sup>2</sup>.

El tratamiento es quirúrgico y con los mismos criterios que otras neoplasias de esta localización y posteriormente se completa con quimio-hormonoterapia<sup>8</sup>.

Presentamos el caso clínico de una paciente afectada de endometriosis, con carcinoma endometrioide en el ovario izquierdo y recto superior.

### Caso clínico

Mujer de 39 años de edad, con un hijo y antecedentes familiares de padre y tío paterno muerto de cáncer de pulmón, abuelo paterno muerto de leucemia, fumadora de un paquete de cigarrillos/día, que acudió a la consulta presentando desde hacía dos meses dolor en hipogastrio, tenesmo rectal, diarrea, hematoquexia y pérdida de 5 kg de peso; no presentaba artralgias ni fiebre.

En la exploración abdominal no se detectaron masas ni megalías, aunque sí dolor en el hipogastrio. El tacto rectal no ponía de manifiesto masas intrarrectales, y las heces tenían coloración y consistencia normales. El test de detección de sangre en heces fue positivo.

Se practicó colonoscopia, visualizándose en la unión rectosigmoidea (16 cm de margen anal) estenosis infranqueable con mucosa preestenótica mamelonada y friable, diagnosticándose de neoplasia estenosante de unión rectosigmoidea. La anatomía patológica describía en la mucosa del intestino grueso pequeñas áreas con estroma inflamatorio y estructuras de tipo glandular con rasgos citoarquitectónicos indefinidos, todo ello insuficiente para el diagnóstico.

En el estudio analítico tanto el perfil básico como el hemograma eran normales. Los marcadores tumorales tenían unos valores de antígeno carcinoembionario de 1,9 ng/ml (valores normales de referencia entre 0,1 y 5,0 ng/ml) y CA 19.9 de 87,4 U/ml (valores normales de referencia entre 1,0 y 18,5 U/ml).

En los estudios de imagen la radiografía simple de tórax no objetivaba alteraciones en éste, el enema opaco visualizaba una estenosis rectal de 7 cm de longitud en el recto superior sin apenas paso de contraste a colon sigmoideo (fig. 1). La ecografía abdominal no detectó

Correspondencia: Dr. C. Manuel Palazuelos  
P.º Menéndez Pelayo, 54 A, 3.º A. 39006 Sandander. Cantabria.

Aceptado para su publicación en octubre de 2001.



Fig. 1. Enema opaco. Estenosis rectal.

alteraciones en el hígado, la vesícula, el páncreas, bazo y riñones. La ecografía pélvica ponía de manifiesto en el ovario izquierdo formación quística de 7 cm de diámetro, siendo el útero y el otro ovario de aspecto normal.

Al día siguiente de la realización del enema opaco la paciente acudió a urgencias por presentar un dolor brusco en la fosa ilíaca izquierda e hipogastrio que no cedía con analgesia habitual, por lo que ante la sospecha clínica de neoplasia de recto perforada se decidió intervención quirúrgica urgente.

Practicamos una laparotomía media ombligo-pubis apreciándose, una vez abierto el peritoneo, que en la fosa ilíaca izquierda y en el fondo de saco de Douglas existía un líquido achocolatado libre; así mismo se visualizó en el ovario izquierdo formación quística rota "quiste de chocolate", tumoración en el recto superior adherida al útero, ovario derecho de aspecto normal, formación quística de unos 4 cm retroperitoneal izquierda adherida a uréter izquierdo. No se evidenciaron metástasis hepáticas, peritoneales o ganglionares. Se practicó histerectomía con doble anexectomía y resección anterior de colon, así como linfadenectomía aortoiliaca, apendicectomía y omentectomía y posterior anastomosis primaria colorrectal con grapadora circular del calibre 31 mm.

La citología practicada no presentaba células malignas y la biopsia perioperatoria de la pieza puso de manifiesto que se trataba de un carcinoma endometrioid.

La anatomía patológica definitiva informó de carcinoma endometrioid de recto-sigma que infiltraba uno de los 26 ganglios linfáticos aislados, respetando los bordes quirúrgicos; peritonitis; apéndice cecal con inflamación de la serosa, y epiplón sin alteraciones; quiste peritoneal consistente en tejido adiposo con esteatonecrosis; útero con un endometrio sin alteraciones, miometrio con adenomiosis e infiltración en cara posterior por carcinoma y en localización subserosa; cérvix sin al-

Fig. 2. Anatomía patológica: carcinoma endometrioid de ovario (100).

teraciones; ovario derecho sin alteraciones; ovario izquierdo con carcinoma endometrioid de 1 cm moderadamente diferenciado que afectaba a la superficie ovárica; resto del ovario con endometriosis (quiste endometriósico, roto); ooforitis, y trompas de Falopio con inflamación. Estadio FIGO III C, TNM IIIC (T3c, N1) (fig. 2).

La paciente evolucionó favorablemente y fue dada de alta hospitalaria a los 10 días. Posteriormente inició tratamiento quimioterápico con 4 ciclos de CDP (75 mg/m<sup>2</sup>) y taxol (175 mg/m<sup>2</sup>).

A los 13 meses de la intervención se encuentra asintomática y en tratamiento ginecológico con estrógenos a dosis de 50 mg dos veces por semana.

## Discusión

La primera observación de endometriosis con afección colónica se debe a Rokitanski en 1860<sup>9</sup> y la primera transformación maligna extragonadal la describe Sampson en 1925<sup>10</sup>, definiendo posteriormente este mismo autor en 1940 los criterios de malignidad en una endometriosis<sup>11</sup>.

Así como la endometriosis de asiento colorrectal benigna es frecuente<sup>1</sup>, su transformación maligna en carcinoma endometrioid es más rara<sup>2</sup>, y para que esta malignización se considere como tal debe cumplir los criterios de Sampson<sup>11</sup>; es decir, que exista endometriosis y carcinoma en la misma localización, que el tumor histológicamente sea compatible con un tumor primario endometrial y que el cáncer surja en este tejido endometriósico y no sea invasión de otro carcinoma. En nuestro caso clínico no sólo se cumplían estos criterios, sino que además existía tumor en ovario e intestino grueso

La sintomatología es superponible a la de una neoplasia colorrectal de otra estirpe histológica: dolor pélvico, diarrea, rectorragias, tenesmo rectal; aunque hay datos ligeramente diferenciales como son que la hematoquecia sólo se produce en el 20% de los carcinomas endometriales<sup>4</sup> y que la perforación de éstos en la región colorrectal es muy rara<sup>12</sup>.

El diagnóstico de sospecha de la endometriosis lo aporta la ecografía, que objetiva una formación quística en alguno de los ovarios, con o sin áreas sólidas, y la colonoscopia, que visualiza una formación polipoidea o una

forma plana en el rectosigmoideo<sup>13</sup>; la biopsia que será definitiva para el diagnóstico si visualiza áreas de endometriosis con carcinoma. En nuestra paciente existían un quiste endometriósico en el ovario izquierdo y una neiformación rectal que la anatomía patológica preoperatoria no pudo precisar.

El tratamiento consiste en la extirpación del útero, ovarios, colon izquierdo, omento mayor y apéndice con linfadenectomía pélvica como si se tratara de otro tipo de tumor colorrectal con infiltración de estructuras vecinas<sup>2</sup>. La dificultad estriba en los casos en que no existe diagnóstico previo de carcinoma y al abrir el peritoneo nos encontramos con una pelvis con lesiones endometriósicas en ovarios, ligamentos anchos, retroperitoneo e incluso tabique rectouterino con un sigma o recto con estenosis y pérdidas de austras, o de aspecto arciforme-festoneado en el borde antimesentérico, o pequeños implantes superficiales; en todos estos casos la biopsia intraoperatoria es obligada para llegar a un diagnóstico.

Como tratamiento complementario se ha utilizado la quimioterapia, sola o asociada a radioterapia, y en casos de enfermedad diseminada con resultados desconocidos<sup>2</sup>.

El pronóstico es más favorable que en el adenocarcinoma de colon, siendo la supervivencia a los 5 años del 67% para la transformación maligna endometriósica localizada en el ovario y del 100% para la que sólo se localiza extragonadalmente y está confinada en el sitio de origen<sup>2</sup>. Sin embargo, Aure et al<sup>14</sup> afirman que este pronóstico es igual estadio por estadio al del carcinoma de ovario.

## Bibliografía

1. Barbieri RL. Etiology and epidemiology of endometriosis. *Am J Obstet Gynecol* 1990;162:565-7.
2. Heaps JM, Nieberg RK, Berek JS. Malignant neoplasms arising in endometriosis. *Obstet Gynecol* 1990;75:1023-8.
3. Marchevsky AM, Kaneko M. Bilateral ovarian endometriosis associated with carcinosarcoma of the right ovary and endometrioid carcinoma of the left ovary. *Am J Clin Pathol* 1978;70:709-12.
4. Remohi J, Gvanez PP. Aspectos clínicos de la endometriosis. Simon C. And Nezhat C, editores. Cuadernos de medicina reproductiva. Madrid: Panamericana, 1995; p. 240-54.
5. Vallet Fernández J, Pi Siqués F, Sueiras Gil A, Calabuig Escoda R, Ortiz Rodríguez C. Oclusión intestinal baja de instauración aguda como forma rara de presentación de la endometriosis. *Cir Esp* 2001;69:424-6.
6. Ranney B. Endometriosis II. Emergency operations due to hemoperitoneum. *Obstet Gynecol* 1970;36:437-40.
7. Dabbs DJ, Sturtz K, Zaino RJ. The immunohistochemical discrimination of endometrioid adenocarcinomas. *Hum Pathol* 1996;27:172-7.
8. Amano S, Yamada N. Endometrioid carcinoma arising from endometriosis of the sigmoid colon: a case report. *Hum Pathol* 1981; 12:845-8.
9. Von Recklinghausen F. Über die venöse embolie und den retrograden Transport in denlymphgefäß. *Virchows Arch (Pathol Anat)* 1885;100:503.
10. Sampson JA. Endometrial carcinoma of the ovary arising in endometrial tissue in that organ. *Arch Surg* 1925;10:1.
11. Sampson JA. Development of the implantation therapy for origin of peritoneal endometriosis. *Am J Obstet Gynecol* 1940;50:549.
12. Abbo L, Segre D, Liberatore E, Rosso C, Landra M, Occelli M, et al. Endometriosis del sigma perforata. A propósito di un caso. *Minerva Chir* 1995;50:393-7.
13. Picucci L, Ahbrandi M, Persico Stella L, Davoli G, Forlini G, Quondamcarlo C, et al. Endometriosi del sigma: due nuove osservazioni e revisione della letteratura. *Minerva Ginecol* 1995;47:155-64.
14. Aure JC, Hoeg K, Kolstad P. Carcinoma of the ovary and endometriosis. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1971;50:63-7.