

CASOS CLÍNICOS

Diseminación a distancia del adenocarcinoma de endometrio en la mujer joven como primera manifestación

J. Garriguet^a, J.M. Díaz-Iglesias^b, A. López-Cordero^a y C. Chica^a

^aLínea de Procesos materno-infantil y ginecológicos. ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Alto Guadalquivir. Andújar. Jaén. España.

SUMMARY

We report a case of endometrial adenocarcinoma in a young patient, thirty seven years old, with a respiratory distress, asthenia and a badly general state due to a pulmonary metastatic spread as the first clinical manifestation.

INTRODUCCIÓN

El adenocarcinoma de endometrio es el más frecuente de los tumores infiltrantes del tracto genital femenino en los países occidentales¹. Generalmente se trata de neoplasias con buen comportamiento, en parte justificado porque, considerando todas sus fases, la cifra de supervivencia a los 5 años es de aproximadamente un 80%.

La edad media de presentación es de 61 años², y sólo un 5% se detecta antes de los 40 años²⁻⁴.

La obesidad, nuliparidad y menopausia tardía son variables clásicas asociadas al carcinoma de endometrio. Si en la actualidad admitimos el concepto de hiperestronismo como factor predisponente del cáncer de endometrio, debe reconocerse que en un 20% de los casos este factor parece no estar presente, coincidiendo con una mayor indiferenciación celular, receptores hormonales negativos y, por lo tanto, peor pronóstico⁵.

La distribución por estadios se sitúa en el 75% para el I, en el 11% para el II y el III, y el 3% para el IV².

En cuanto al tipo histológico, el 75% corresponde al carcinoma endometrioides, seguido por el carcinoma seroso, el de células claras, el mucinoso, el escamoso, los mixtos y el carcinoma indiferenciado⁶.

Aceptado para su publicación el 23 de septiembre de 2002.



Fig. 1. Siembra metastásica pulmonar bilateral.

CASO CLÍNICO

Presentamos un caso atípico de adenocarcinoma de endometrio en una mujer multigesta de 37 años, con un comportamiento muy agresivo, y cuya primera manifestación fue la de diseminación metastásica pulmonar (suelta de globos) detectada en una radiografía de tórax (fig. 1) al acudir al Servicio de Urgencias por un cuadro de disnea, astenia, tos seca, febrícula y malestar general.

En un primer momento pasó a ser estudiada por el Servicio de Medicina Interna y, tras la realización de pruebas complementarias, no se evidenció tumor primario. Se solicitó nuestra evaluación al detectarse un endometrio engrosado (16 mm) en la tomografía computarizada (TC) pélvico-abdominal. A la exploración ginecológica se observó una tumoración dura, irregular y adherida a planos profundos en la cara anterior de la vagina, tercio externo y localización suburetral; el cérvix estaba bien epitelizado, y el útero y

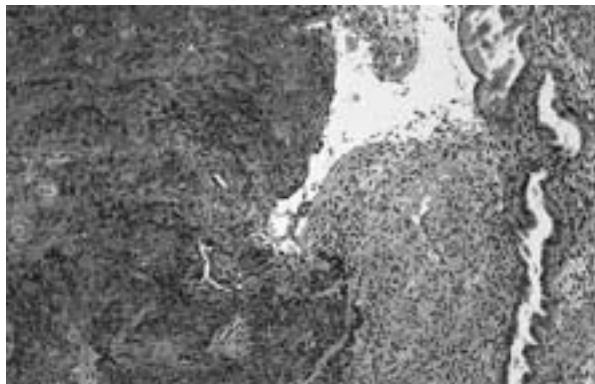


Fig. 2. Adenocarcinoma endometrial pobemente diferenciado.

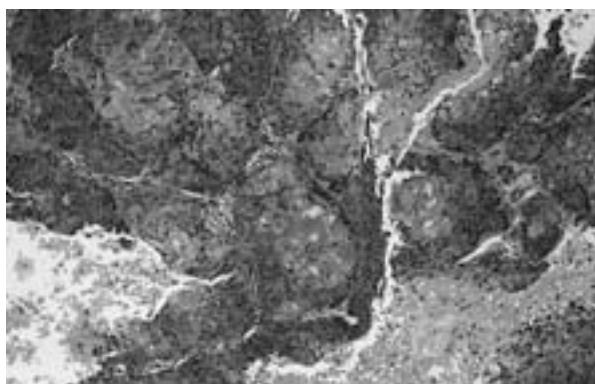


Fig. 3. Adenocarcinoma de endometrio con áreas de diferenciación escamosa.

anejos eran normales. En las ecografías abdominal y transvaginal sólo encontramos un endometrio engrosado de 16 mm, homogéneo, que en principio no nos pareció patológico por el estado premenopáusico de la paciente. No obstante, le practicamos una biopsia endometrial y de la masa en vagina con el resultado histológico de adenocarcinoma de endometrio pobemente diferenciado (figs. 2 y 3) y positividad para carcinoma en la biopsia del nódulo suburetral. Con el diagnóstico de adenocarcinoma de endometrio en estadio IV de la FIGO fue derivada al Servicio de Oncología, donde se indicaron tres ciclos de quimioterapia (CAP). Posteriormente practicamos una histerectomía total con anexectomía bilateral como cirugía de rescate, sin hallarse rastro de tumor en el estudio anatopatológico de la pieza. Durante el seguimiento apareció una recidiva en la vagina y la vulva, así como diseminación a distancia con localización metastásica en pulmón y hueso. El deterioro físico acon-

teció rápidamente, produciéndose el fallecimiento a los 13 meses del diagnóstico.

DISCUSIÓN

La presentación de enfermedad a distancia en el cáncer de endometrio como primera manifestación clínica es excepcional. La rareza de la aparición de cáncer de endometrio a la edad de 37 años²⁻⁴ nos hizo sospechar, en principio, un tumor secundario con origen primario extragenital³ o bien metacrónico con afectación de la mama, ovario o intestino grueso como localizaciones más frecuentes², ya que las neoplasias simultáneas de ovario y endometrio se detectan en aproximadamente un 8% de los casos². Esta sospecha se descartó después de todas las exploraciones complementarias realizadas.

Se pensó también en un origen endocervical (el 10% del cáncer de cérvix corresponde a adenocarcinoma). Esta opción coincide más con la abrupta presentación y existe mayor correlación con la edad y lo avanzado del estadio, pero tanto la biopsia endocervical como el posterior estudio de la pieza de histerectomía fueron negativos para esta localización.

Al ser un tumor indiferenciado llegó a plantear problemas de diagnóstico diferencial con otros tumores no epiteliales, como sarcomas o linfomas³, además de ser más frecuente la afectación pulmonar metastásica en éstos⁷, lo que obliga algunas veces a recurrir a técnicas especiales de inmunohistoquímica para su diferenciación (positividad a EMA y citoqueratinas, y negatividad al antígeno leucocitario común, vimentina y desmina)³, como bien se hizo en este caso.

CONCLUSIONES

Aun siendo una neoplasia de la posmenopausia, hay que pensar en el adenocarcinoma de endometrio en otras edades, como en el presente caso. Ante un endometrio engrosado, mayor de 15 mm, que aparece en edad fértil, es preceptivo estudiarlo con biopsia-legrado o, preferiblemente, con histeroscopia para llegar a un diagnóstico correcto.

RESUMEN

Presentamos un caso de adenocarcinoma de endometrio en una paciente joven de 37 años que comienza con un cuadro respiratorio de disnea, astenia y malestar general justificado por una diseminación metastásica pulmonar como primera manifestación clínica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Condom E, Vidal A. Carcinoma de endometrio. En: Ginecología oncológica, IX curso intensivo de formación continua. Madrid: Ediciones Ergon, S.A., 2002; p. 157-63.
2. Disaia PJ, Creasman WT. Adenocarcionoma de útero. En: Oncología Ginecológica Clínica. 4.^a ed. Madrid: Mosby/Doyma Libros, S.A., 1994; p. 156-93.
3. González-Merlo J. Adenocarcinoma de endometrio. En: Oncología ginecológica. Barcelona: Salvat Editores, S.A., 1991; p. 211-61.
4. Gregorini SD, Lespi PJ, Álvarez GR. Endometrial carcinoma with polycystic ovaries. Report of two cases in women younger than 40 years old. *Medicina* 1997;57:209-12.
5. Blanc BJ, Boubli L. Cánceres endometriales. En: Ginecología. 2.^a ed. Madrid: Mosby/Doyma Libros, S.A., 1994; p. 422-32.
6. Fanning J, Evans MC, Peters AJ. Endometrial adenocarcinoma histologic subtypes: clinical and pathologic profile. *Gynecol Oncol* 1989;32:288-91.
7. Mahadeva R, Stewart S, Wallwork J, et al. Metastatic endometrial stromal sarcoma masquerading as pulmonary lymphangioleiomyomatosis. *J Clin Pathol* 1999;52:147-8.