



clínica e investigación en ginecología y obstetricia

www.elsevier.es/gine



CASO CLÍNICO

Metástasis de carcinoma de cérvix sobre cicatriz: dos casos clínicos

R. Vidal-Hernández*, I. Pardo Pumar, M. Vázquez Rodríguez,
O. Ouviaña Millán y A. López Portela

Recibido el 3 de diciembre de 2007; aceptado el 29 de diciembre de 2007

PALABRAS CLAVE

Cáncer de cérvix;
Recurrencia;
Cicatriz quirúrgica
abdominal

Resumen

La recidiva del cáncer de cérvix sobre la cicatriz quirúrgica abdominal tras cirugía es un hecho extremadamente raro. Actualmente, hay muy pocos casos publicados en la literatura médica. La supervivencia de estas mujeres es corta, pues el carcinoma de cérvix sobre cicatriz se considera como una recidiva de la enfermedad. El tratamiento en estos casos varía: cirugía, quimioterapia o radioterapia. A continuación se presentan 2 casos tratados quirúrgicamente y con tratamiento adyuvante. En la actualidad, ambas mujeres están vivas.

© 2007 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Cervical carcinoma;
Recurrence;
Abdominal surgical
scar

Incisional skin metastasis from a cervical carcinoma: report of two cases

Abstract

Recurrence of cervical carcinoma in an abdominal surgical scar after radical surgery is extremely uncommon. Few reports have been published in the literature and survival in these patients is short; consequently this entity is considered to be a carcinoma recurrence. Treatment varies and may consist of surgery, chemotherapy or radiation. We present two cases treated with surgery and adjuvant therapy. Currently, both patients are still alive.

© 2007 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La recurrencia sobre la cicatriz quirúrgica abdominal se ha descrito en el cáncer de colon, de vejiga, de vesícula biliar o de riñón¹. Pero es extremadamente infrecuente en el cáncer

de cérvix (entre el 0,1 y el 2%). Se encontraron metástasis de carcinoma cervical en incisiones de los trocares, abdominales, laparoscópicas y de episiotomías^{2,3,4}. Esta recurrencia puede diseminar la enfermedad localizada en la pelvis hacia fuera de ella y, por tanto, empeorar el pronóstico.

Hay 2 posibles teorías para explicar las recidivas sobre la cicatriz quirúrgica: la primera es la siembra directa del tumor durante el propio acto quirúrgico, y la segunda es la

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ritinavidalh@hotmail.com (R. Vidal-Hernández).



Figura 1 Nódulo ulcerado de crecimiento rápido.



Figura 2 Exéresis amplia de metástasis de cáncer de cérvix en la piel.

diseminación retrógrada del tumor, secundaria a una obstrucción linfática.

Los tipos histológicos que producen metástasis en la piel con mayor frecuencia son el adenocarcinoma y el carcinoma indiferenciado; en el caso del carcinoma de células escamosas es infrecuente^{5,6}. Sin embargo, la mayoría de los casos publicados son carcinomas de células escamosas y, con menor frecuencia, adenocarcinomas (lo que probablemente se deba a la mayor incidencia del primero)⁷. La recurrencia sobre la cicatriz parece tener mejor pronóstico en el caso del adenocarcinoma, hecho que se evidencia por la mayor supervivencia demostrada en estos casos (que llegó a 5 años), mientras que la supervivencia del carcinoma de células escamosas rara vez sobrepasa el año de vida⁸ (figs. 1 y 2).

Casos clínicos

CASO 1

Mujer de 51 años que presenta metrorragias y coitorragias de 6 meses de evolución con anemia crónica secundaria.

En la exploración física se observa útero discretamente aumentado de tamaño y cérvix difícil de valorar debido a un mioma cervical de entre 3 y 4 cm. Se programa para histerectomía y doble anexectomía; luego se informa que la anatomía patológica es carcinoma escamoso (CE) invasivo queratinizante estadio IB2 con bordes de resección afectados. Se decide realizar tratamiento adyuvante con radioterapia (RT) externa (dosis total de 45 Gy, en 25 fracciones de 1,8 Gy) y braquiterapia (18 Gy en fracciones de 4,5 Gy).

Diez meses después de la intervención presenta un nódulo de 2,5 cm sobre la cicatriz laparotómica, que se reseca con márgenes amplios (carcinoma epidermoide [CaEp] moderadamente diferenciado que infiltra piel y tejido celular subcutáneo). Se decide realizar tratamiento de rescate con RT (dosis total de 60 Gy distribuidos en fracciones de 2 Gy).

A los 8 meses se produce una nueva recidiva, por lo que se procede a cirugía de rescate; la anatomía patológica confirma la recidiva de CaEp poco o moderadamente diferenciado que afecta a la piel, al tejido subcutáneo y al músculo esquelético, con borde profundo de resección libre de tumor (fascia, sínfisis del pubis y grasa perivesical). Se decide aplicar quimioterapia (QT) según esquema de cisplatino y Utefos[®] durante 7 ciclos.

En la actualidad, la mujer se encuentra asintomática tras 52 meses desde el diagnóstico inicial.

CASO 2

Mujer de 54 años, menopáusica desde los 51, que consulta por metrorragia y coitorragia. Presenta citología compatible con carcinoma, diagnóstico que se confirma con biopsia dirigida por colposcopia (CE de célula grande no queratinizante). Se le realiza histerectomía radical abdominal tipo Wertheim-Meigs por estadio IB2 (grado 2). Asimismo, se decide realizar RT adyuvante y braquiterapia (12 Gy en fracciones de 4 Gy).

Cinco meses después de la intervención, consulta por un nódulo de crecimiento rápido, ulcerado en su zona central y ubicado sobre la cicatriz laparotómica. Se realiza exéresis amplia de ésta, que luego se informa como CaEp. Actualmente se encuentra bajo tratamiento con aplicación de QT adyuvante, según esquema de taxol y carboplatino.

Discusión

La mayoría de los casos publicados corresponden a mujeres a las que se les realizó cirugía radical, mientras que en el caso clínico 1 (debido al hallazgo casual de carcinoma a posteriori) no se realizó una cirugía mayor y se propuso RT externa así como braquiterapia⁹.

Llama la atención la supervivencia prolongada de esta mujer. En la literatura médica consultada, incluso en estadios más iniciales, el pronóstico de estas mujeres es desalentador y más aun si se considera el tipo histológico. Hasta el momento actual no hay ningún caso de una doble recidiva publicado, lo que hace más llamativa esta supervivencia tan prolongada.

Aunque el intervalo entre el diagnóstico de cáncer de cérvix y la metástasis sobre la cicatriz es muy variable, la mayoría de las recurrencias tienen lugar a partir de los 21

meses; destaca la rapidez de la recidiva en el caso clínico 2 (a los 5 meses)¹⁰.

Bibliografía

1. Sharma DN, Chawla S, Chander S, Gairola M, Thuncar S, Singh MK. Cervical carcinoma recurring in an abdominal wall incision. *Clin. Oncol. (R. Coll. Radiol)*. 2000;12:354-6.
2. Behtash N, Ghaemmaghami F, Yarandi F. Cutaneous metastasis from carcinoma cervix at the drain site: a case report. *Gynecol. Oncol.* 2002;85:209-11.
3. Nanmman RW, Spencer S. An umbilical metastasis after laparoscopy for squamous cell carcinoma of cervix. *Gynecol. Oncol.* 1997;64:507-9.
4. Khalil AM, Khatib RB, Muffarij RA. Squamous cell carcinoma of the cervix implanting in the episiotomy site. *Gynecol. Oncol.* 1993;51:408-10.
5. Copas PR, Spann CO, Thomas WW. Squamous cell carcinoma of the cervix metastatic to a drain site. *Gynecol. Oncol.* 1995;56:102-4.
6. Imachi M, Tsukamoto N, Kinoshita S, Nakano H. Skin metastasis from carcinoma of the uterine cervix. *Gynecol. Oncol.* 1993;48:349-54.
7. Liro M, Kobierski J, Brzoska B. Isolated metastases of cervical cancer to the abdominal wall: a case report. *Gynecol. Pol.* 2002;73:704.
8. Selo-Ojeme DO, Bhide M, Aggarwal VP. Skin incision recurrence of adenocarcinoma of the cervix five years after radical surgery for stage IA disease. *Int. J. Clin. Pract.* 1998;52:519.
9. Stenson R, Jacobs AJ, Janney CG, Schmidt DA. Incisional recurrence of squamous cell cervical carcinoma following operative staging. *Gynecol. Oncol.* 1990;39:232-5.
10. Dhall R, Grant KA. Cervical adenocarcinoma metastasizing to the skin incision: a case report. *Asia-Oceania J. Obstet. Gynaecol.* 1991;17:261-3.