

548 **Marta Crespo**
Ángel Alonso Álvaro
Alberto Tello

Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital General Yagüe.
Burgos. España.

Correspondencia:

Dra. M. Crespo Criado.
Marqués de Berlanga, 18, 7.º A. 09006 Burgos. España.
Correo electrónico: rcr78080@gsk.com

Fecha de recepción: 5/10/05.

Aceptado para su publicación: 17/1/06.

Metástasis atípica de un adenocarcinoma de endometrio

Atypical metastases from endometrial adenocarcinoma

RESUMEN

Presentamos el caso de una mujer diagnosticada y tratada en nuestro servicio de un adenocarcinoma endometriode de endometrio, estadio IV B de la FIGO, que a los 3 años del diagnóstico presentó una metástasis ósea de calota craneal y de cuero cabelludo.

La asociación de metástasis en el cuero cabelludo y en los huesos craneales, en pacientes con adenocarcinoma de endometrio, es extremadamente rara. Se han revisado los otros casos descritos en la bibliografía consultada.

PALABRAS CLAVE

Metástasis de cuero cabelludo. Metástasis ósea craneal. Adenocarcinoma de endometrio.

ABSTRACT

We report the case of a woman treated for FIGO stage IVB endometrial adenocarcinoma in our service; 3 years later the woman showed scalp and cranial bone metastases.

Scalp and cranial bone metastases following endometrial carcinoma are extremely rare. We review the literature on the subject.

KEY WORDS

Scalp metastasis. Cranial bone metastasis. Endometrial carcinoma.

INTRODUCCIÓN

El carcinoma de endometrio es la neoplasia del tracto genital femenino más frecuente en los países occidentales desarrollados. Globalmente, es el cuarto cáncer más frecuente en la población femenina. Debido a que los síntomas de la enfermedad son tempranos, aproximadamente el 75% de las mujeres con cáncer de endometrio se diagnostica en estadio I. Esto contribuye a que el pronóstico global de la enfermedad sea favorable.

Las metástasis óseas y cutáneas son muy poco frecuentes en este tipo de tumores, y suelen ser un reflejo de enfermedad diseminada a otros órganos, por lo que se asocian a muy mal pronóstico.

CASO CLÍNICO

Paciente de 56 años de edad, sin antecedentes personales de interés y antecedentes ginecológicos de menarquia a los 12 años, fórmula menstrual normal, menopausia a los 50 años y 2 partos eutócicos. Sin terapia hormonal sustitutiva previa. Ingresa en

nuestro servicio procedente de urgencias por metrorragia posmenopáusica de 6 meses de evolución, que ha aumentado en intensidad en los últimos días.

Exploración clínica: genitales externos atróficos, vagina amplia. Cérvix normal, a través del cual se objetiva sangrado activo de cavidad. Útero en ante, irregular, aumentado de tamaño como una gestación de 8 semanas. Los anejos no se exploran.

Como exploración complementaria se practicó:

— Ecografía ginecológica: útero en ante de 88 47 56 mm. Endometrio heterogéneo con imágenes hiperrefringentes en su interior, de 2 cm de espesor máximo. Anejos normales.

— Exploración bajo anestesia y legrado uterino diagnóstico-terapéutico. Durante el acto quirúrgico se produce una metrorragia incoercible por probable perforación uterina, que obliga a realizar una laparotomía de urgencia e histerectomía total con doble anexectomía.

Informe anatomopatológico: adenocarcinoma endometriode moderadamente diferenciado con invasión de la serosa del útero y el anejo izquierdo.

Ante este diagnóstico se realiza un estudio de extensión, detectándose múltiples metástasis pulmonares. El tumor descrito se estadifica como pT_{3a} G2, N_x M1. Estadio IVB de la clasificación FIGO. Presentando el caso en sesión clínica, se desestima relaparotomía y radioterapia. La paciente recibió tratamiento quimioterápico con esquema taxol y 4-epiadriamicina en 6 ciclos, y posteriormente tratamiento con acetato de megestrol 160 mg.

Durante el seguimiento en consulta (a los 3 años del diagnóstico), la paciente refiere dolor occipital y aparición de una masa en esa zona. A la exploración se evidenció una tumoración de 6 6 4 cm en el occipital derecho de consistencia blanda. Se solicitó una tomografía computarizada (TC) craneal, en la que se puso de manifiesto una lesión lítica, expansiva, que afectaba a la región interna y externa parietooccipital derecha, con aumento de partes blandas compatible con metástasis ósea. Intracranalmente, no había imágenes que sugirieran metástasis parenquimatosas encefálicas. En la gammagrafía ósea se detectó un intenso aumento del radiotrazador en el parietal derecho, que resultó compatible con una afección infiltrativa ósea en esa zona, sin lesiones en



Figura 1. Metástasis en cuero cabelludo y región occipital.

otras. Las metástasis pulmonares no experimentaron modificaciones respecto a los estudios previos.

Consultado el servicio de oncología radioterápica, se inició tratamiento con irradiación externa con intención paliativa sobre la metástasis ósea de calota craneal.

Transcurridos 9 meses desde la administración de la radioterapia sobre la calota, la paciente acude a consulta manifestando una gran tumoración cervico-supraclavicular izquierda de unos 12 cm, dura y adherida a planos profundos, con dolor irradiado a la cabeza y el hombro izquierdo, así como un linfedema de la extremidad superior izquierda. Asimismo, se detectó un aumento de la tumoración de calota que medía 14 cm de diámetro máximo, adherida a planos profundos (figs. 1-3). Se realiza TC cervicotorácica, visualizándose una metástasis en la clavícula izquierda intensamente vascularizada que produce una desestructuración del tercio anterior y proximal de dicha clavícula. Gammagrafía ósea: depósito patológico en la clavícula izquierda y de L5. La paciente recibe tratamiento radioterápico paliativo en la región laterocervical, la calota y en L5.

Ante la progresión del tamaño de la lesión occipital, pese a la radioterapia recibida, se plantea la posibilidad de extirpar dicha lesión. Se repite la TC craneal, en la que se visualiza una extensa imagen lítica que afecta al occipital derecho, y se acompaña de gran masa de partes blandas de 12 10 9 cm, que invade los espacios cutáneos y epidural (fig. 4).

550



Figura 2. Tumoración cervicosupraclavicular izquierda.



Figura 3. Tumoración cervicosupraclavicular izquierda y de calota.

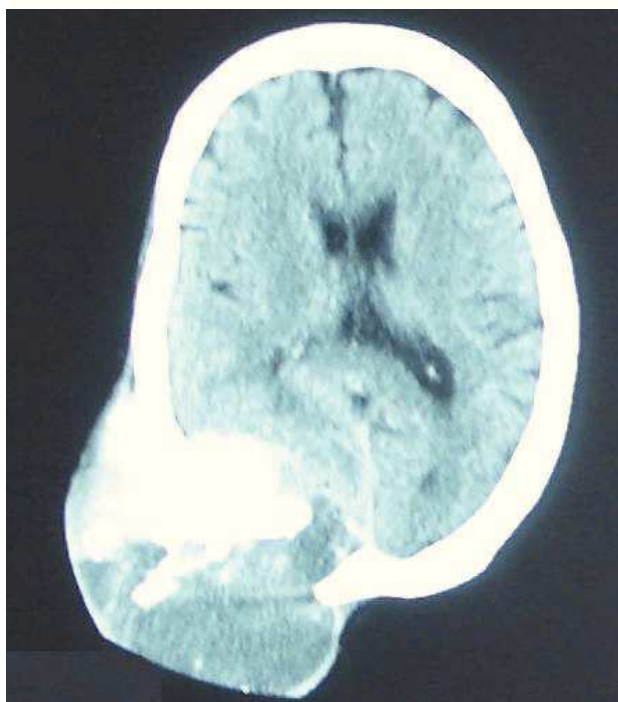


Figura 4. Imagen lítica que afecta al occipital derecho y se acompaña de gran masa de partes blandas, redondeada, que invade los espacios cutáneos, así como el área epidural.

Arteriografía cerebral: metástasis occipital con aporte arterial a través de arteria occipital derecha, temporal superficial y ramas musculares de la arteria vertebral.



Figura 5. Defecto óseo sustituido por malla de titanio y metacrilato.

La paciente fue intervenida en el servicio de neurocirugía, donde se realizó una resección de la metástasis de calota. El defecto óseo fue sustituido por una malla de titanio y metacrilato (fig. 5).

Diagnóstico anatomopatológico: en el hueso y las partes blandas, metástasis de adenocarcinoma endometrioide con focos de metaplasia escamosa, compatibles con un origen endometrial.

En el momento actual, la paciente se encuentra con muy mal estado general y progresión torácica y abdominal de la enfermedad, con presencia de múltiples metástasis óseas.

DISCUSIÓN

El adenocarcinoma de endometrio es la neoplasia ginecológica más frecuente. Su diseminación habitual es por vía linfática. Las metástasis hematógenas se suelen apreciar en pacientes con recurrencias abdominopélvicas y/o metástasis en otros órganos (pulmón e hígado)¹.

El 75% de las mujeres con cáncer de endometrio se diagnostica en estadio I y el adenocarcinoma endometriode es el tipo histológico más frecuente. En nuestro caso, la paciente presentó un adenocarcinoma endometriode metastásico, hallazgo muy poco frecuente.

La incidencia de metástasis óseas en el cáncer de endometrio es muy baja (del 2-6%). Los tumores de endometrio pueden diseminarse a las vértebras y a los huesos pélvicos a través del plexo de Batson (plexo venoso sistémico vertebral), pero la diseminación al resto de huesos (costillas, extremidades, cráneo, etc.) se produce por vía hematógena^{2,3}. La

paciente presenta metástasis en L5, pero también en otras localizaciones óseas extremadamente raras: parietooccipital y clavícula.

En el estudio de Abdul-Karim et al⁴, las metástasis óseas se observaron en los carcinomas de alto grado, pero no en los de bajo grado. La supervivencia media de las pacientes diagnosticadas de una metástasis ósea fue de 10 meses.

La aparición de metástasis cutáneas en pacientes diagnosticadas de adenocarcinoma de endometrio es un hecho extremadamente infrecuente; sin embargo, la presencia de una tumoración en el cuero cabelludo en estas pacientes nos obliga a descartar una metástasis. En caso de confirmarse, siempre sugiere una diseminación hematógena⁵. Las metástasis en el cuero cabelludo suelen presentarse como una tumoración móvil y dolorosa. Nuestra paciente consultó por una tumoración dolorosa, móvil y de consistencia blanda en el occipital.

En la revisión de la bibliografía realizada solamente hemos encontrado 8 casos con metástasis en

Tabla 1 Metástasis en cuero cabelludo por carcinoma de endometrio. Revisión de la bibliografía

Autor, año	Edad	Estadio FIGO	Tumor primario	Localización de metástasis cutáneas	Meses hasta el diagnóstico de las metástasis	Tratamiento de las metástasis cutáneas	Tiempo desde el diagnóstico de las metástasis cutáneas hasta la muerte
Rashbach ⁵ , 1978	53	IC/-	Adenocarcinoma	Cuero cabelludo Sacro Esternón	1	Doxorrubicina Ciclofosfamida	6 meses
Damewood ⁷ , 1980	53	IB/G3	Carcinoma indiferenciado	Cuero cabelludo Sacro Clavícula	2	-	3,5 meses
Damewood ⁷ , 1980	58	IVB/-	Adenocarcinoma mixto	Cuero cabelludo	2	Maygace Adriamicina Ciclofosfamida	Desconocido
Debois ⁸ , 1982	50	II/G3	Adenocarcinoma	Cuero cabelludo Tronco	4	-	Pocas semanas
Debois ⁸ , 1982	56	IC/-	Adenocarcinoma	Cuero cabelludo Rodilla	25	Radioterapia	3 meses
Kushner ⁹ , 1997	45	IC/G3	Adenocarcinoma endometriode	Cuero cabelludo Novena costilla	15	Doxorrubicina Cisplatino	3 meses
Mustafa ¹⁰ , 2001	45	IA/G2	Adenocarcinoma endometriode con diferenciación escamosa	Cuero cabelludo Cráneo	36	Craneotomía	6 meses
Nuestro caso 2005	56	IVB/G2	Adenocarcinoma endometriode	Cuero cabelludo	36	Radioterapia Craneotomía	Aún viva (> 14 meses)

552 el cuero cabelludo por un carcinoma de endometrio (tabla 1). Hay otro caso, publicado por Cates en 1937⁶, del que desconocemos más detalles.

En todos los casos revisados, las pacientes fallecieron en los primeros 6 meses tras el diagnóstico de la metástasis cutánea, excepto el caso 3, en el que no se conoce el tiempo transcurrido desde el diagnóstico. Nuestra paciente, actualmente, se encuentra viva, con enfermedad en progresión y muy mal estado general; sin embargo, llama la atención los meses transcurridos desde el diagnóstico de la metástasis cutánea (14 meses). Este tiempo es superior al de los otros casos revisados, que no es superior a los 6 meses. Las pacientes con metástasis óseas y cutáneas por carcinoma de endometrio suelen tener una supervivencia corta, independientemente del estadio, grado tumoral o tratamiento recibido¹⁰.

Una tumoración en el cuero cabelludo en una paciente con antecedente personal de carcinoma de

endometrio debe ser considerada metastásica mientras no se demuestre lo contrario.

Las metástasis óseas y cutáneas se producen por vía hematógena y suelen ser el reflejo de enfermedad diseminada a distancia, por lo que estas pacientes deben ser estudiadas de manera muy cuidadosa en busca de metástasis en otras localizaciones^{8,10}. No obstante, hay casos de metástasis óseas únicas¹¹.

Las pacientes con metástasis óseas únicas tienen un pronóstico mucho mejor que las que presentan metástasis en el cuero cabelludo y el hueso. Los distintos tratamientos utilizados para las metástasis óseas son: radioterapia, quimioterapia con esquemas que incluyen taxol y carboplatino, o antraciclinas y cisplatino, y hormonoterapia. En nuestro caso, la paciente ha recibido quimioterapia con esquema taxol y epiadriamicina, radioterapia paliativa lumbar, cervical y de la calota, hormonoterapia con acetato de megestrol, y también una resección quirúrgica de la metástasis craneal.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aalders JC, Abeler V, Kolstad P. Recurrent adenocarcinoma of the endometrium: a clinical and histopathological study of 379 patients. *Gynaecol Oncol*. 1984;17:85-103.
2. Brufman G, Krasnokuki D, Biran S. Metastatic bone involvement in gynaecological malignancies. *Radiol Clin*. 1978;47:456-63.
3. Vanecko RM, Yao ST, Schmitz RL. Metastases to the fibula from endometrial carcinoma. *Obstet Gynaecol*. 1967;29: 803-5.
4. Abdul-Karim FW, Kida M, Wentz WB, Carter JR, Sorensen K, Macfee M, et al. Bone metastasis from gynaecologic carcinomas: a clinicopathologic study. *Gynecol Oncol*. 1990;39: 108-14.
5. Rashbach D, Hendricks A, Stoltzner G. Endometrial adenocarcinoma metastatic to the scalp. *Arch Dermatol*. 1978;114:1708-90.
6. Cates O. Cutaneous metastasis of malignant disease. *Am J Cancer*. 1937;30:718-30.
7. Damewood MD, Rosenshein NB, Grumbine FC, Parmly TH. Cutaneous metastasis of endometrial carcinoma. *Cancer*. 1980;46:1471-5.
8. Debois JM. Endometrial adenocarcinoma metastatic to the scalp. Report of two cases. *Arch Dermatol*. 1982;118:42-3.
9. Kushner DM, Lurain JR, Fu TS, Fishman DA. Endometrial adenocarcinoma metastatic to the scalp: case report and literature review. *Gynecol Oncol*. 1997;65:530-3.
10. Mustafa MS, Al-Nuaim L, Inayat-Ur-Rahman N. Scalp and cranial bone metastasis of endometrial carcinoma: a case report and literature review. *Gynecol Oncol*. 2001;81:105-9.
11. Dosoretz DE, Orr DE Jr, Salenius SA, Orr PF. Mandibular metastasis in a patient with endometrial cancer. Case report. *Gynecol Oncol*. 1999;72:243-5.