

CASO CLÍNICO

Disección radical de axila por carcinoma de ovario metastásico



Luis García-Ruiz^a, Erick Zapata-Ojeda^b, Jorge Luna-Abanto^{a,*}, Laura García^c, Milagros Córdova^d y Absalón Montoya^e

^a Departamento de Cirugía Oncológica. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Lima, Perú. Escuela de Posgrado, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú

^b Departamento de Cirugía Oncológica. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Lima, Perú. Escuela de Posgrado, Universidad Nacional Federico Villarreal, Lima, Perú

^c Departamento de Patología. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Lima, Perú. Escuela de Posgrado, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú

^d Departamento de Patología. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, Lima, Perú

^e Departamento de Ginecología Oncológica. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, Lima, Perú

Recibido el 6 de diciembre de 2019; aceptado el 3 de agosto de 2020

Disponible en Internet el 10 de octubre de 2020

PALABRAS CLAVE

Cáncer de ovario;
Disección de ganglios
linfáticos axilares;
Metástasis

Resumen El cáncer de ovario avanzado con metástasis axilar es una patología poco frecuente que nos orienta en primer lugar a descartar un cáncer de mama. Reportamos el caso de una paciente con esta patología que tuvo tratamiento quirúrgico y posteriormente fue derivado para recibir tratamiento complementario.

© 2020 SESPM. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Ovarian cancer;
Axillary lymph node
dissection;
Metastasis

Axillary lymph node dissection for metastatic ovarian carcinoma

Abstract Metastatic ovarian carcinoma involving axillary nodes is a rare condition that guides us to rule out breast cancer. We report the case of a patient with this entity who underwent surgical treatment and was subsequently referred for complementary treatment.

© 2020 SESPM. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

El carcinoma de ovario es el quinto cáncer con mayor incidencia entre las neoplasias ginecológicas, cuyo tipo histológico más común es el carcinoma seroso de alto grado.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jorgelunaabanto@gmail.com (J. Luna-Abanto).

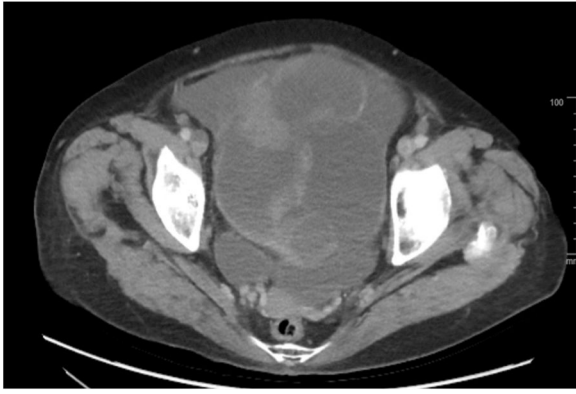


Figura 1 Tomografía con contraste de abdomen corte axial. Se evidencia extensa tumoración abdominopélvica dependiente de anexo izquierdo.

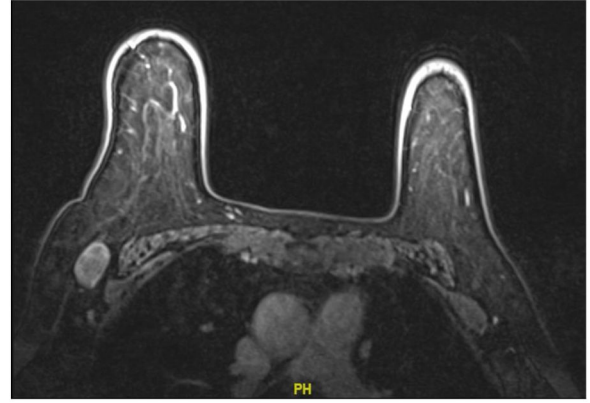


Figura 2 Resonancia magnética de mamas se evidencia adenopatía en región axilar derecha, no lesiones en ambas mamas.

Esta patología se presenta mayormente en estadio clínico avanzado, siendo la forma de propagación más común la vía intraperitoneal¹, seguida de diseminación linfática y hematológica en orden de frecuencia², según la literatura el compromiso de ganglios axilares es inusual, por lo que debe descartarse un segundo primario siendo indispensables los exámenes de imagen y marcadores inmunohistoquímicos. La citorreducción primaria (R0) es el pilar fundamental del tratamiento de esta enfermedad avanzada que consiste en resección de la enfermedad macroscópica visible³. Se presenta un caso de una paciente con diagnóstico de carcinoma seroso de ovario de alto grado con metástasis a ganglios linfáticos axilar que tuvo R0 y disección radical de axila (LA) derecha y posteriormente fue derivado a medicina oncológica para recibir tratamiento sistémico. Se obtuvo consentimiento informado de la paciente previo a la intervención quirúrgica y para la publicación de este trabajo (figs. 1-4).

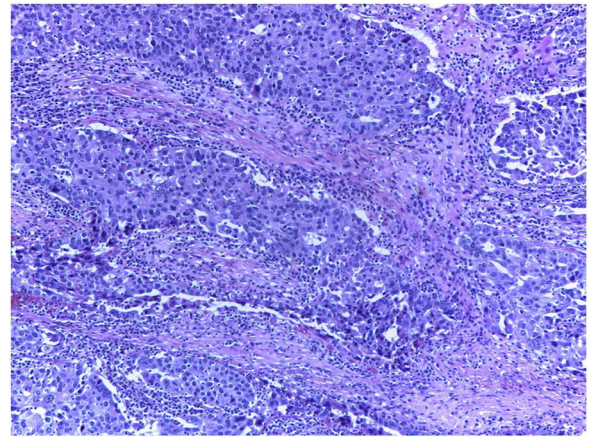


Figura 3 Anexo derecho, imagen con tinción de HE a 10X de aumento, se evidencia tejido ovárico infiltrado por carcinoma seroso de ovario de alto grado.

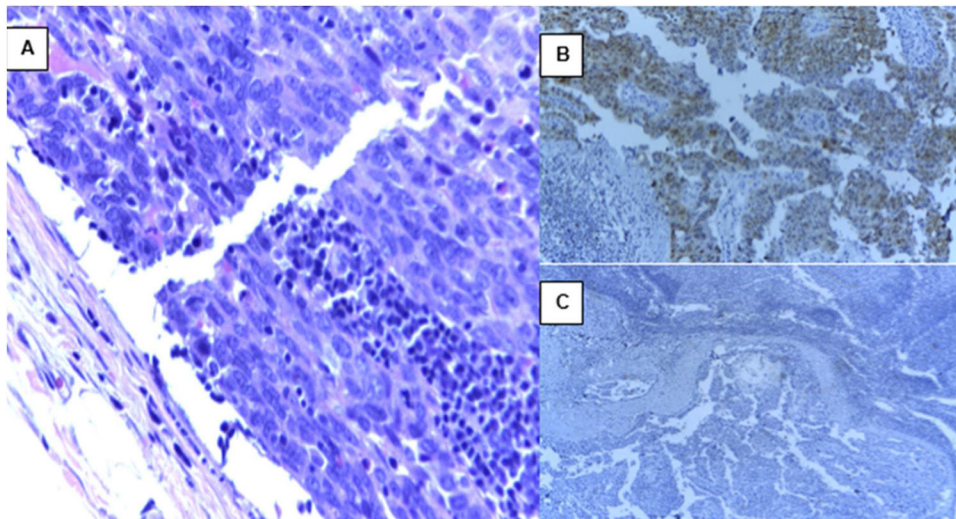


Figura 4 Ganglio axilar izquierdo con metástasis de carcinoma seroso de alto grado con inmunofenotipo compatible con primario de ovario. A) Imagen con tinción de HE a aumento de 40X, ganglio linfático infiltrado por carcinoma seroso de alto grado. B) Células neoplásicas con inmunotinción positiva para PAX-8. C) Células neoplásicas con inmunotinción negativa para GATA 3.

Presentación de caso

Paciente mujer de 68 años sin antecedentes patológicos y familiares de importancia sin cirugías previas, con cuadro clínico de dolor pélvico asociado a masa abdominal sin otro síntoma, al examen físico se evidenció tumoración abdominopélvica extensa y conglomerado ganglionar en región axilar derecha, no lesiones palpables en ambas mamas, por lo que se realizó ecografía transvaginal, tomografía toracoabdominopélvica, resonancia magnética de mama; evidenciándose en estos exámenes de imagen extensa formación sólida quística de 17,7 x 12,9 x 14,7 cm que impresiona depender del anexo izquierdo que ocupa la cavidad pélvica con signos de carcinomatosis peritoneal, asociada a adenopatías en la región axilar derecha, sin evidencia de lesión a nivel pulmonar, tejidos blandos y ambas mamas. Presentó marcadores tumorales de Ca 125: 4125, Ca 199: 1,6; CEA: 3,17. Se realizó PAAF de conglomerado axilar siendo positivo para carcinoma, con inmunohistoquímica (IHQ) que orienta a primario de ovario WT1: positivo difuso, Ca125: positivo difuso; GATA 3: positivo débil multifocal, receptor de estrógeno: positivo débil multifocal. Con los resultados mostrados se presentó el caso a la unidad de ginecología oncológica que dispuso tratamiento quirúrgico realizando citorreducción óptima de ovario con histerectomía abdominal total, salpingooforectomía bilateral, omentectomía infracólica, resección de nódulo pélvico, rafia de intestino delgado y disección axilar derecha; se descartó linfadenectomía pélvica y aórtica puesto que se encontraba en estadio avanzado y no se evidenciaba lesiones en esas regiones. Los hallazgos intraoperatorios fueron extensa tumoración de 15 cm multilobulada dependiente de anexo derecho y otra en anexo izquierdo de 12 cm, que infiltran íleo distal a 10 cm de válvula ileocecal, con implantes tumorales menos de 1 cm a nivel de cúpula diafragmática, ligamento gastrohepático, mesenterio y mesocolon, además infiltración de epiplón mayor con una masa de 5 x 3 cm; múltiples nódulos a nivel de fondo saco de Douglas y espacio prevesical, dejando enfermedad residual menos de 1 cm, a nivel axilar se encontró conglomerado ganglionar de 3 x 4 cm sin infiltración de vasos adyacentes. El informe patológico describió carcinoma seroso de alto grado en ambos anexos con infiltración total de cápsula ovárica y superficie externa comprometida, útero libre de neoplasia, epiplón y saco de Douglas infiltrado por neoplasia maligna, axila derecha con macrometástasis ganglionar sin extensión extracapsular con ganglios comprometidos uno de 18 ganglios extirpados cuya IHQ evidenció PAX 8: positivo; GATA 3: negativo. La paciente evolucionó favorablemente durante el postoperatorio inmediato con una estancia de cuatro días, posteriormente se derivó a la Unidad de Medicina Oncológica para tratamiento sistémico indicando carboplatino y paclitaxel, actualmente presenta un intervalo libre de recaída de tres meses.

Discusión

El 70% de los pacientes con cáncer de ovario al momento del diagnóstico se encuentra en estadios avanzados III y IV; siendo los sitios más comunes de metástasis a distancia de cáncer de ovario avanzado son el hígado, pleura, pulmón, sistema nervioso central y la piel^{4,5}. Cormio et al. muestra-

ron una incidencia de 8% de metástasis a distancia y 22% de estos pacientes la desarrollaron durante el curso de su enfermedad. Hay que tener en cuenta que esta enfermedad a distancia tiene múltiples vías de diseminación, la más frecuente es la vía linfática con mayor compromiso a nivel pélvico y retroperitoneal cuya incidencia varía según el tipo histológico y estadio clínico encontrándose con más frecuencia en carcinomas serosos con un 36,7%, seguido de células claras, tipo endometroide y mucinoso⁵. Sin embargo, el compromiso de los ganglios axilares no es muy frecuente, evidenciándose pocos casos a nivel mundial, con un alto porcentaje de origen epitelial seroso⁶.

La diseminación linfática extraperitoneal de esta enfermedad avanzada se produce debido a su forma de presentación caracterizada por ascitis y carcinomatosis del peritoneo subdiafragmático que se encuentran en íntimo contacto con las vías de drenaje superficial y profunda localizadas en la cara diafragmática del tórax por lo que es lógico la invasión transdiafragmal de las células tumorales al sistema linfático supradiafragmático. La vía superficial recibe el drenaje de los vasos linfáticos del hígado y del tejido subperitoneal, esta vía a nivel supradiafragmática se divide en dos grupos ganglionares, el primero es el grupo prepericárdico anterior que se encuentra detrás del esternón, entre el diafragma y el corazón, se continúa hacia los ganglios linfáticos paraesternales o de la cadena mamaria interna y de la subclavia, que podría conducir con el tiempo a los ganglios axilares, el otro grupo ganglionar es el paracardiaco lateral, donde generalmente drena a la cadena mediastínica anterior. La vía profunda reúne esencialmente todas las vías linfáticas desde los vasos linfáticos profundos inferiores al diafragma (iliaco, paraaórtico y mesentérico) y los vasos linfáticos superficiales inferiores al ombligo, estos vasos se unen para formar la cisterna del quilo y el conducto torácico, que viaja en el mediastino posterior y se abre en la unión de la vena subclavia izquierda y la yugular interna. El recorrido de las células cancerígenas por estas dos vías es la ruta de propagación de la enfermedad hacia la región axilar⁷.

Cuando se evidencian ganglios linfáticos mamarios o axilares con signos de malignidad en pacientes con carcinoma de ovario, pueden surgir dificultades en el diagnóstico, ya que puede simular un segundo primario especialmente metástasis de cáncer de mama. La evaluación radiológica mediante mamografía y resonancia magnética es de gran ayuda para poder determinar el origen del compromiso ganglionar axilar sobre todo descartar un cáncer de mama sincrónico con metástasis regional; en nuestro caso no se evidenciaron lesiones radiológicas en ambas mamas, por lo que se alejaba del diagnóstico diferencial descrito anteriormente, y ante la evidencia del conglomerado ganglionar axilar palpable se decidió realizarle BAAF obteniendo una muestra adecuada para hallar el origen de la diseminación linfática axilar. El papel de la patología e inmunohistoquímica en estos casos es de mucha ayuda^{1,8}. Los marcadores inmunohistoquímicos que sugieren metástasis axilar de origen ovárico son la citoqueratina 7, WT-1, PAX8 y CA-125; la inmunotinción positiva con GATA 3 se relaciona con cáncer primario de mama, por lo que dicha inmunotinción debe encontrarse negativa de tratarse de un cáncer primario ovárico. Dada la posibilidad de cáncer de mama y ovario sincrónico que a menudo se observa en estos pacientes,

identificar el origen de la metástasis axilar mediante patología y tinción con IHC es de gran importancia clínica y puede tener un gran impacto tanto en el pronóstico como en el tratamiento, otra herramienta importante para el diagnóstico diferencial es el CA-125 que se pueden medir en pacientes que debutan con compromiso axilar, pues el nivel de CA125 es raramente elevada en pacientes con cáncer de mama. Por lo general, este marcador tumoral cae después de la cirugía citorrreductora y quimioterapia^{9–12}. En nuestro reporte el informe citológico del conglomerado axilar fue de carcinoma cuyos marcadores inmunohistoquímicos WT1 y Ca125 salieron positivos, en cambio GATA 3 y receptor de estrógeno positivo débil confirmando el origen metastásico de ovario de dicha adenopatía; corroborando con resultados de patología de la pieza operatoria de la disección axilar con marcadores positivos para PAX 8 y negativo para GATA 3.

La citorreducción seguida de quimioterapia adyuvante es el tratamiento base para la mayoría de los casos con carcinoma de ovario en estadio avanzado, demostrando que mejora la supervivencia general hasta 66 meses según la literatura^{3,4}, especialmente cuando se logra una citorreducción óptima con enfermedad residual menos de 1 cm. Por lo tanto, en pacientes con esta patología que tiene metástasis axilar podría cumplir un rol fundamental la resección de los ganglios linfáticos axilares como parte de la citorreducción primaria con el objetivo de conseguir un R0^{1,3,13}. Nuestro reporte tuvo una citorreducción óptima de ovario con linfadenectomía axilar derecha con posterior quimioterapia adyuvante; a diferencia de otros reportes donde las lesiones se consideraron no óptimas para ser resecados en primera instancia, por lo que iniciaron quimioterapia neoadyuvante y posteriormente cirugía^{1,2}.

Conclusiones

El cáncer de ovario con metástasis a ganglios axilares es una entidad rara que en la literatura se ha evidenciado solamente en reporte de casos a nivel mundial, siendo su diagnóstico difícil, por lo que son de gran ayuda los exámenes imagenológicos y marcadores inmunohistoquímicos para descartar otras patologías, principalmente carcinoma de mama sincrónico ya que su tratamiento y pronóstico difieren significativamente.

Financiación

Este trabajo no ha recibido ningún tipo de financiación.

Consideraciones éticas

Se obtuvo consentimiento informado de la paciente para la publicación del presente reporte de caso. Se mantuvo

la privacidad del paciente, así como información que pueda revelar su identidad.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Eitan R, Daliah T, Sabah G, Salmana L. Axillary lymph node metastasis in ovarian carcinoma: Two case reports and review of literature. *Gynecol Oncol Rep.* 2017;94–6.
2. Avani K, Nitin G, Juhi S, Parveen K. Primary Ovarian Serous Adenocarcinoma with Ipsilateral Axillary Lymph Node Metastasis: A Case Report. *Indian J Surg Oncol.* 2014;5:224–6.
3. Chang SJ, Hodeib M, Chang J, Bristow RE. Survival impact of complete cytoreduction to no gross residual disease for advanced-stage ovarian cancer: a meta-analysis. *Gynecol Oncol.* 2013;130:493–8.
4. Cormio G, Rossi C, Cazzolla A, Resta L, Loverro G, Greco P, et al. Distant metastases in ovarian carcinoma. *Int J Gynecol Cancer.* 2003;13:125–9.
5. Takeshima N, Hirai Y, Umayahara K, Fujiwara K, Takizawa K, Hasumi K. Lymph node metastasis in ovarian cancer: difference between serous and non-serous primary tumors. *Gynecol Oncol.* 2005;99:427–31. Epub 2005 19 de agosto.
6. Trupti S, Chintan S, Majal C, Manoj J. Axillary node metastasis from primary ovarian carcinoma. *J Cytol.* 2014;31:202–4.
7. Hynninen J, Auranen A, Carpen O. FDG PET/CT in staging of advanced epithelial ovarian cancer: frequency of supra-diaphragmatic lymph node metastasis challenges the traditional pattern of disease spread. *Gynecol Oncol.* 2012;126:64–8.
8. Aydin C, Unalp HR, Baloglu A, Inci AG, Yigit S, Yavuzcan A. Axillary lymph node metastasis from serous ovarian cancer: a case report and review of the literature. *Arch Gynecol Obstet.* 2009;279:203–7.
9. Ilhan B, Kiliç B, Karanlık H. Ovarian cancer presenting as an axillary mass: Case series and literature review. *Curr Res Transl Med.* 2016;64:161–3.
10. Goyal H, Mattoo VK, Singla U. Isolated axillary lymph node metastasis from serous ovarian cancer. *Case Rep Oncol Med.* 2012;2012:307567.
11. Rossfeldt KK, Carson WE. Surgical management of ovarian carcinoma metastatic to the breast and axilla: A role for metastasectomy? *J Surg Oncol.* 2015;112:581–4.
12. Demir L, Erten C, Yigit SC, Can A, Dirican A, Bayoglu V, et al. Intramammary lymph node metastasis in a patient with ovarian carcinoma and a brief review of the literature. *Contemp Oncol (Pozn).* 2012;16:108–10.
13. Skagias L1, Ntinis A, Vasou O, Kondi-Pafiti A, Politi E. Ovarian carcinoma presenting with axillary lymph node metastasis: a case diagnosed by fine-needle aspiration and brief review of the literature. *Diagn Cytopathol.* 2008;36:891–3.