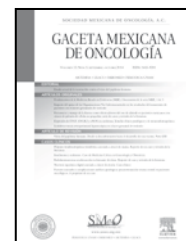




SOCIEDAD MEXICANA DE ONCOLOGÍA, A.C.
**GACETA MEXICANA
DE ONCOLOGÍA**

www.elsevier.es



CASO CLÍNICO

Carcinoma endometrial asociado a teratoma maduro de ovario

Irlanda Pacheco-Bravo* y Beatriz Elena Retamoza-Rojas

Instituto Nacional de Cancerología, México D.F., México

PALABRAS CLAVE

Hemorragia; uterina;
México.

KEYWORDS

Hemorrhage; Uterine;
Mexico.

Resumen El abordaje diagnóstico de una mujer con sangrado transvaginal abundante requiere rigurosamente una valoración ultrasonográfica, donde debe existir la sospecha de afección maligna a nivel endometrial. De acuerdo con la Sociedad Americana de Cáncer, en 2006 se identificaron 41,200 casos de carcinoma del cuerpo uterino, principalmente endometrio. Exponemos en el presente artículo, el caso de una paciente quien se presentó por hiperpolimenorrea a causa de un carcinoma endometrioide, donde la valoración ultrasonográfica y la sospecha de invasión estromal del cuello uterino permitió realizar un abordaje quirúrgico adecuado.

Endometrial carcinoma in association to mature teratoma

Abstract Diagnostic approach of abnormal bleeding on postmenopausal women, in which an endometrial abnormality is suspected requires a sonographic evaluation. The American Society estimated in 2006, 41,200 new cases of cancer of the uterine corpus, mostly where endometrial.

We present a clinical case of a female patient who presented with abnormal bleeding due to endometrial carcinoma. Sonographics evaluation allowed an adequate surgical plan by suspecting cervical infiltration of the primary tumor.

1665-9201 © 2014 Gaceta Mexicana de Oncología. Publicado por Masson Doyma México S.A. Todos los derechos reservados.

Presentación del caso

Femenina de 37 años de edad, quien inicia su padecimiento 2 meses previos con hiperpolimenorrea, por lo que acude a facultativo quien realiza ultrasonido pélvico, donde se identifica engrosamiento endometrial importante;

posteriormente se realiza legrado intrauterino con reporte de adenocarcinoma endometrial, por lo que acude al Instituto Nacional de Cancerología.

A su ingreso se atiende en Unidad Funcional de Ginecología, quienes solicitan nuevo estudio de imagen. En ultrasonido transvaginal se encontró un útero en anteversoflexión

* Autor para correspondencia: Av. San Fernando N° 22, Belisario Domínguez Sección 16, Delegación Tlalpan, C.P. 14080, México D.F., México. Teléfono: (55) 5628 0400. Correo electrónico: drairlandapacheco@hotmail.com (Irlanda Pacheco-Bravo).



Figura 1 Imagen sagital con aplicación de Doppler color, donde se observa engrosamiento endometrial que se extiende en el segmento uterino inferior afectando al canal cervical. No es posible definir de manera adecuada la interfase endometrio-miometrial.

con una zona de irregularidad en su segmento inferior, el cual se extiende en sentido caudal hacia el canal endocervical, midiendo aproximadamente 12 mm de grosor. Asimismo, como hallazgo incidental se identificó en topografía del anexo derecho una imagen de contornos regulares y bien definidos, con una ecogenicidad mixta ecogénica en su porción ventral compatible con componente adiposo, así como contenido quístico con ecos lineales en su interior y nódulo mural ecogénico en su pared, conocido como nódulo de Rokitsky. El anexo izquierdo se encontró normal (figs. 1, 2 y 3).

Se decide llevar a la paciente a histerectomía abdominal y resección de la lesión anexial derecha, donde en estudio

transquirúrgico se corroboró invasión al estroma cervical menor al 50%, por lo que se completa con linfadenectomía pélvica.

El reporte histopatológico reveló la presencia de una lesión exofítica de 6.5 x 2 cm que cubre toda la cavidad endometrial, se extiende hasta el canal endocervical y además se encuentra a 0.8 cm del borde vaginal. Se concluyó como un carcinoma endometrioide bien diferenciado polipoide, el cual infiltra hasta 1 cm de la pared miometrial. La pieza obtenida de anexo izquierdo se catalogó como un teratoma quístico maduro.

Discusión

Más del 90% de los carcinomas de endometrio son adenocarcinomas. Dependiendo del patrón glandular que presenten se clasifican en bien diferenciados (G1) o anaplásicos (G3). Los factores pronósticos incluyen el grado del tumor y el estadio clínico. La mayoría de los carcinomas de endometrio se detectan de manera temprana debido al contexto clínico en el que se encuentran.

El estudio ultrasonográfico permite dirigir una biopsia endometrial a pacientes con alta sospecha de carcinoma endometrial. Un meta-análisis realizado por Smith-Bindman et al. reportó que realizando un punto de corte de 5 mm de engrosamiento endometrial, 96% de las pacientes con carcinoma endometrial, presentaban una ecografía endovaginal anormal^{1,2}. Se han descrito también patrones de vascularidad por medio de ecografía Doppler color, así como signos indirectos de invasión al estroma cervical, como pérdida de la interfase endometrio-miometrial^{3,4}.

La histerosonografía también ha permitido diferenciar lesiones focales y difusas a nivel endometrial, y por lo tanto permite identificar anomalías en paciente posmenopáusicas, así como en aquellas que han presentado pérdidas fetales tempranas⁵.



Figura 2 Imagen en corte transversal y longitudinal de anexo derecho, donde se identifica una masa con ecogenicidad mixta, de predominio ecogénico en sentido ventral, con un componente quístico, el cual presenta bandas lineales en su interior. Compatible con un nódulo de Rokitsky.



Figura 3 Anexo izquierdo de morfología, situación y dimensiones. Con presencia de múltiples imágenes quísticas menores a 10 mm compatibles con folículos en su interior.

En cuanto a la detección de neoplasias ováricas, numerosos estudios han corroborado que el ultrasonido posee un valor predictivo negativo del 95% al 99% en la exclusión de neoplasias malignas. Los teratomas quísticos maduros son tumores benignos provenientes de al menos 3 capas germinativas. Afectan pacientes jóvenes con una edad media de 30 años. Por lo general, cursan asintomáticas aunque pueden existir complicaciones como torsión ovárica y degeneración maligna en el 1%-2% de los casos^{6,7}.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Financiamiento

Los autores no recibieron patrocinio para llevar a cabo este artículo.

Referencias

1. Smith-Bindman R, Kerlikowske K, Feldstein VA, et al. Endovaginal ultrasound to exclude endometrial cancer and other endometrial abnormalities. *JAMA* 1998;280:1510-1517.
2. Dubinsky TJ, Parvey HR, Maklad N. The role of transvaginal sonography and endometrial biopsy in the evaluation of peri- and postmenopausal bleeding. *AJR Am J Roentgenol* 1997;169:145-149.
3. Teefey SA, Stahl JA, Middleton WD, et al. Local staging of endometrial carcinoma: comparison of transvaginal and intraoperative sonography and gross visual inspection. *AJR Am J Roentgenol* 1996;166:547-552.
4. Arko D, Takac I. High frequency transvaginal ultrasonography in preoperative assessment of myometrial invasion in endometrial cancer. *J Ultrasound Med* 2000;29:639-643.
5. Sohaey R, Woodward P. Sonohysterography: technique, endometrial findings, and clinical applications. *Semin Ultrasound CT MR* 1999;20:250-258.
6. Matz MH. Benign cystic teratomas of the ovary. *Obstet Gynecol Surv* 1961;16:591-605.
7. Comerchi JT Jr, Licciardi F, Bergh PA, et al. Mature cystic teratoma: a clinicopathologic evaluation of 517 cases and review of the literature. *Obstet Gynecol* 1994;84:22-28.