

CONTENIDO

SEMINARIOS

- ▣ Caso anterior
- ▣ Caso siguiente
- ▣ Título preliminar
- ▣ Presentación
- ▣ Imágenes
- ▣ Resumen
- ▣ Introducción
- ▣ Resultados
- ▣ Discusión
- ▣ Diagnóstico
- ▣ Referencias
- ▣ PDF

PACIENTE DE 57 AÑOS DE EDAD CON METRORRAGIA. ECOGRAFÍA DE ÚTERO CON FORMACIÓN INTRACAVITARIA. SE REALIZA HISTERECTOMÍA.

Muñoz Arias G., Borrero Martín J. J., Pérez Gutiérrez S., Porras Hidalgo V. y Conde García J.

Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva, España.

IV-CVHAP 2001 SEMINARIO-CASOS - 030

Fecha recepción: 07/02/2001

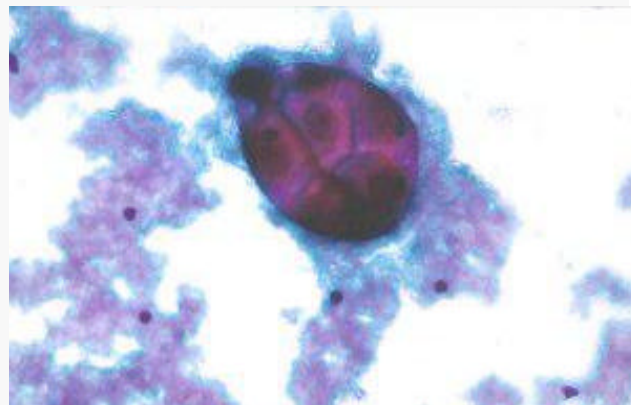
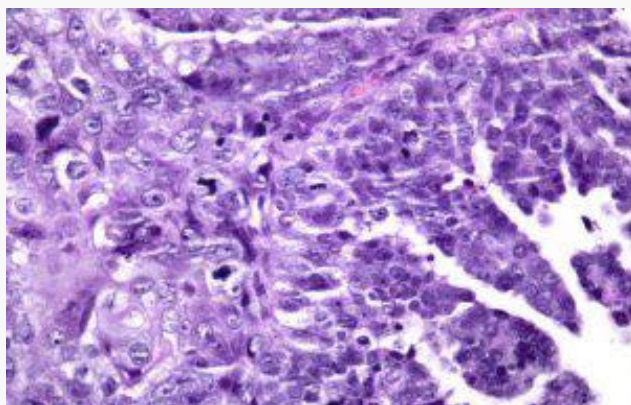
Fecha publicación: 08/03/2001

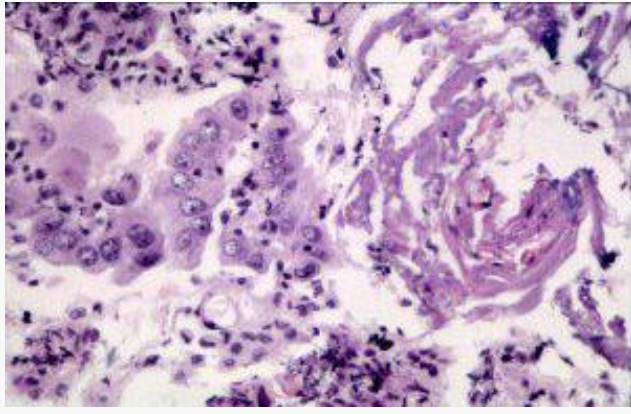
Evaluación: Ver "Taller de Seminario de Casos"

PRESENTACIÓN DEL CASO: HISTORIA CLÍNICA

Se trata de una enferma de 57 años con arritmia cardíaca que tras iniciar tratamiento con Sintrón comienza con metrorragia motivo por el que consulta al Servicio de Ginecología. En la ecografía uterina se aprecia una formación intracavitaria compatible con pólipo endometrial o mioma intracavitario. Se realiza histeroscopia que evidencia un pólipo sospechoso de adenocarcinoma y la biopsia diagnóstica carcinoma adenoescamoso en la toma endometrial. El TAC de tórax es normal y en el TAC de abdomen se aprecia un útero discretamente aumentado de tamaño, con un tumor en endometrio sólido con áreas necróticas, y pequeña adenopatía en cadena ilíaca. Por lo tanto se trata de un carcinoma de endometrio estadio clínico I que se somete a histerectomía total y doble anexectomía a los diecisiete días de la histeroscopia, con amplio muestreo ganglionar (ilíaca primitiva derecha, externa e interna derecha, ilíaca primitiva izquierda, externa e interna izquierda) junto con lavado de cavidad peritoneal.

IMÁGENES





CONTENIDO

SEMINARIOS

▣ Caso anterior

▣ Caso siguiente

▣ Título

▣ Presentación

▣ Imágenes

▣ Resumen

▣ Introducción

▣ Resultados

▣ Discusión

▣ Diagnóstico Final

▣ Referencias

▣ PDF

CARCINOMA ADENOESCAMOSO DE ENDOMETRIO MÍNIMAMENTE INVASOR (ESTADIO I B) CON CITOLOGÍA PERITONEAL POSITIVA.

Muñoz Arias G., Borrero Martín J. J., Pérez Gutiérrez S., Porras Hidalgo V. y Conde García J. .

Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva, España.

IV-CVHAP 2001 SEMINARIO-CASOS - 030

Fecha recepción: 07/02/2001

Fecha publicación: 08/03/2001

Evaluación: Ver "Taller de Seminario de Casos"

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: Habitualmente la presencia de células neoplásicas en la citología de lavado peritoneal realizada tras la histerectomía total por carcinoma de endometrio suele asociarse con estadios avanzados (III - IV) de la enfermedad. El caso que presentamos se trata de un carcinoma adenoescamoso endometrial polipoideo, diagnosticado mediante histeroscopia, con mínima invasión miometrial (0,5 cms), estadio Ib que sorprendentemente mostraba en la citología de lavado peritoneal positividad para células neoplásicas.

PRESENTACIÓN DEL CASO: Enferma de 57 años que tras iniciar tratamiento con Sintrom comienza con metrorragia. Se realiza histeroscopia que evidencia un pólipo sospechoso de adenocarcinoma y la biopsia diagnostica carcinoma

adenocarcinoma en la toma endometrial. A los diecisiete días de la histeroscopia se realiza histerectomía total y doble anexectomía con amplio muestreo ganglionar y lavado de cavidad peritoneal. El útero a su apertura muestra una tumoración exofítica de 4 cms de diámetro máximo que microscópicamente no infiltra el miometrio (espesor medio de 1,7 cms). Histológicamente se trata de un carcinoma adenocarcinoma de endometrio, con un 75% de componente escamoso, mínima infiltración miometrial de 0,5 cms, limitado al endometrio, y que no afecta al istmo ni al cérvix uterino. Los ovarios y las trompas no tienen alteraciones, el muestreo ganglionar fue negativo y la citología del lavado peritoneal fue positiva así como el bloque celular obtenido de dicha citología que evidencia un carcinoma adenocarcinoma por lo que la enferma pasa a un estadio IIIa.

CONCLUSIONES: La histeroscopia en casos de carcinoma de endometrio facilita la diseminación de células neoplásicas a cavidad peritoneal con el consiguiente cambio en el estadiaje, pronóstico y tratamiento de la enfermedad neoplásica. Por todo ello se ha de limitar el uso de la histeroscopia en casos de sospecha de carcinoma endometrial.

Palabras clave: neoplasias epiteliales glandulares | endometrio | adenocarcinoma | tumores mínimamente invasores

INTRODUCCIÓN

Habitualmente la presencia de células neoplásicas en la citología de lavado peritoneal realizada tras la histerectomía total por carcinoma de endometrio suele asociarse con estadios (III-IV) avanzados de la enfermedad. En el presente caso al ser un tumor polipoideo, de crecimiento localizado y con mínima invasión miometrial no se podía esperar que la citología peritoneal fuera positiva para células neoplásicas. Esta falta de correlación diagnóstica nos llevó a realizar una revisión bibliográfica sobre el tema haciendo hincapié en el papel de la histeroscopia como procedimiento diagnóstico que pudiera favorecer la diseminación transtubárica de células neoplásicas hacia la cavidad peritoneal.

RESULTADOS

El útero a su apertura mostraba en cara lateral izquierda una tumoración polipoidea, exofítica, de 4 cm de diámetro máximo, que se continuaba con un endometrio vellositario y excrecente en cara posterior uterina de 0,4 cm de espesor y que alcanzaba una extensión máxima de 2,5 cm. No existe infiltración macroscópica del miometrio que tiene un espesor medio de 1,7 cm.

Histológicamente se trataba de un carcinoma adenoescamoso (Figura 1) de endometrio (con un 75% de componente escamoso), que tenía una infiltración miometrial mínima de 0,5 cms y que se continuaba con focos de adenocarcinoma in situ en el endometrio vellositario adyacente. La neoplasia se limitaba al endometrio, no afectaba a istmo ni a cérvix uterino. Los bordes quirúrgicos estaban libres y no había invasión vascular. Los ovarios y las trompas no presentaban alteraciones y estas últimas se estudiaron en su totalidad y de forma seriada no observándose células neoplásicas en su luz. El muestreo ganglionar fue negativo (cuatro ganglios linfáticos con linfadenitis reactiva) y el líquido de lavado peritoneal tomado a diferentes niveles (pelvis menor, parietocólico derecho, parietocólico izquierdo y subdiafragmático) eran todos positivos para células neoplásicas (Figura 2) y en el bloque celular realizado con el líquido procedente de pelvis menor se evidenciaba un carcinoma adenoescamoso (Figura 3). Este hallazgo citológico hacía que la enferma pasara de un estadio Ib N0 M0 en el que no se precisa tratamiento oncológico adicional, a un estadio IIIa N0 M0 que necesita radioterapia complementaria a nivel abdominal total, con fotones de alta energía.

DIAGNÓSTICO FINAL

Presentamos un caso de un ***Carcinoma Adenoescamoso Endometrial Polipoideo***, intracavitario, diagnosticado mediante histeroscopia, que posteriormente en la pieza tenía una mínima invasión miometrial (0,5 cm), ***estadio Ib***, y que sorprendentemente la citología de lavado peritoneal era positiva para células neoplásicas, y en el bloque celular correspondiente se diagnosticaba de carcinoma adenoescamoso.

DISCUSIÓN

La bibliografía consultada ofrece conclusiones contradictorias. Mientras que algunos autores (1) no relacionan la histeroscopia con citología positiva en el lavado peritoneal de pacientes con carcinoma endometrial, e incluso otros (2) tras estudio de citología de lavado tubárico sugieren que la histeroscopia no tiene ningún efecto peligroso. Hay otros autores (3, 4, 5 y 6) que favorecen la descamación y diseminación de células neoplásicas del carcinoma endometrial a través del fluido de la histeroscopia a cavidad peritoneal dando lugar a la consiguiente citología positiva a dicho nivel.

La incidencia de citología de lavado peritoneal positiva para células neoplásicas en enfermas con carcinoma de endometrio sometidas a histeroscopia oscila entre un 7 % (4) y un 9 % (3). Estudios previos (7, 8) han demostrado que con la presión generada en la histeroscopia de 100-150 mm. de Hg. se produce en el 57- 68% de los casos descamación de células endometriales en cavidad peritoneal. Posteriormente otros estudios (9) describen flujo tubárico de células endometriales con la presión habitual de la histeroscopia de 100 mm. de Hg, pero esto no sucede con presiones inferiores a 70 mm. de Hg. Rose describe un caso con diseminación tumoral usando la histeroscopia con 80 mm. de Hg. La diseminación de células neoplásicas en principio puede cambiar el pronóstico y el tratamiento de la enfermedad, pero es un tema controvertido y poco claro. Mientras que inicialmente (10) se describe un caso con histeroscopia y con una recurrencia tumoral al año de la intervención. Otros autores (11 y 12) piensan que la citología peritoneal positiva no es un factor pronóstico desfavorable cuando el carcinoma de endometrio está localizado en útero, y creen que el impacto pronóstico de dicha citología en la supervivencia a los cinco años, en estadios I y II, no ha sido validado de forma uniforme. Por otro lado la viabilidad de las células tumorales en cavidad peritoneal es cuestionable y si su presencia puede empeorar el pronóstico necesita de estudios con largo seguimiento de la enfermedad. Además, la utilidad de la histeroscopia en casos de sospecha de carcinoma de endometrio es cuestionada y debatida, y su uso como procedimiento diagnóstico ha de ser limitado y manejado con precaución.

NOTAS AL PIE DE PÁGINA

Correspondencia: Gloria Muñoz Arias, <mailto:gloria123@teleline.es>. Borrero Martín J. J., <mailto:jborrerom@nexo.es>. Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva, España.

REFERENCIAS

1. Gu M, Shi W, Huang J, Barakat RR, Thaler HT, Saigo PE. Association between initial diagnostic procedure and hysteroscopy and abnormal peritoneal washings in patients with endometrial carcinoma. *Cáncer* 2000 Jun 25; 90 (3): 143-7 2.
2. Mulvany NJ, Arnstein MB, Ryan VA. Prognostic significance of fallopian tube cytology: a study of 99 endometrial malignancies. *Pathology* 2000 Feb; 32 (1): 5-9.
3. Obermair A, Geramou M, Gucer F, Denison U, Graf AH, Kapshamer E, Neunteufel W, Frech I, Kaider A, Kainz C. Does hysteroscopy facilitate tumor cell dissemination? Incidence of peritoneal cytology from patients with early stage endometrial carcinoma following dilatation and curettage (D & C) versus hysteroscopy and D & C. *Cancer* 2000 Jan 1; 88 (1): 139- 43.
4. Rose PG, Mendelsohn G, Kornbluth I. Hysteroscopic dissemination of endometrial carcinoma. *Gynecol Oncol* 1998 Oct; 71 (1):145-6.
5. Leveque J, Goyat F, Dugast J, Loeillet L, Grall JY, Le Bars S. Value of peritoneal cytology after hysteroscopy in surgical stage I adenocarcinoma of the endometrium. *Oncol Rep* 1998 May-Jun; 5 (3): 713-15.
6. Egarter C, Krestan C, Kurz C. Abdominal dissemination of malignant cells with hysteroscopy. *Gynecol Oncol* 1996 Oct; 63 (1): 143-4.
7. Beith Y, Yaffe H, Levij I: Retrograde seeding of endometrium: a sequela of tubal flushing. *Fertil Steril* 1975 26: 1094-1097.
8. Bartosik D, Jacobs SL, Kelly J: Endometrial tissue in peritoneal fluid. *Fertil Steril* 1986 46: 796-799.
9. Baker VL, Adamson GD: Threshold intrauterine perfusion pressures for intraperitoneal spill during hydrotubation and correlation with tubal adhesive disease . *Fertil Steril* 1995; 64: 1066-9.
10. Romano S, ShimoniY, Muralee D, Shalev E: Retrograde seeding of endometrial carcinoma during hysteroscopy. *Gynecol Oncol* 1992; 44 : 116- 118.
11. Vecek N., Marinovic T, Ivic J, Jukic S, Nola M. Dzanic-Cemalovic N, and Vecek N. Jr: Prognostic impact of peritoneal cytology in patients with endometrial carcinoma. *Eur. J. Gynaecol. Oncol.* 1993; 14: 380-385.
12. Ebina Y., Hareyama H., Sakuragh N., Yamamoto R., Furuya M., Sogame M., Fujino T., Makinoda S., Fujimoto S. Peritoneal Cytology and

its prognostic value in endometrial carcinoma. *Int Surg* 1997; 82: 244-248.