
METASTASIS UMBILICAL DE ADENOCARCINOMA DE ENDOCERVIX UTERINO: PRESENTACION DE UN CASO CLINICO.

Umbilical metastasis of uterine adenocarcinoma of endocervix: Case Report.

Paola Carolina Cajide, María Carolina Ordóñez

Prof. Dr. Guillermo Eduardo Harvey. Jefe de Servicio de Cirugía Oncológica, Profesor Adjunto de Cirugía – Facultad de Medicina UNNE. Servicio de Oncología Quirúrgica. Hospital “José Ramón Vidal”-Corrientes.

INTRODUCCION:

La incidencia del Cáncer de cuello Uterino es elevada en la Provincia de Corrientes, alcanzando un 33,7% del total de los tumores presentados en el Comité de Tumores del Hospital “José Ramón Vidal” de la ciudad de Corrientes, siendo éste, el tumor que ocupa el primer lugar por delante del cáncer de mama y de pulmón.

La diseminación metastásica es un evento clave en la historia natural del cáncer, ya que ella transforma una enfermedad circunscripta y potencialmente curable por un tratamiento local, en una enfermedad generalizada cuyo tratamiento es sistémico ⁽¹⁾. La misma ocurre esencialmente por dos vías: sanguínea y linfática, habiendo preferencias por una u otra vía de acuerdo al órgano y tejido donde se origina el tumor primario ⁽¹⁾.

La metástasis se puede definir como la capacidad que tienen las células malignas de abandonar el tumor primario, migrar e implantarse en los tejidos de un órgano a distancia, proliferando y formando nuevos focos tumorales. Está asociada a la infiltración o invasividad tisular local de las células, caracterizada por su propiedad de penetrar e invadir el tejido normal vecino al tumor y aún cuando es propia de los tumores malignos, ciertas células normales poseen capacidad de abandonar su tejido de origen. ⁽²⁾

El cáncer de cuello uterino, en etapa IIb debe considerárselo como una enfermedad localmente avanzada. El tratamiento convencional es la neoadyuvancia, cirugía oncológica según la respuesta y adyuvancia quimioterápica y radiante. Las metástasis hemáticas son tardías y poco frecuentes.

La metástasis de cáncer de cuello uterino en ombligo es una variable muy poco frecuente, se da a través de la arteria umbilical en su nacimiento desde la arteria uterina.

El comportamiento del adenocarcinoma de endocervix uterino se caracteriza por una gran afectación locorregional, dando metástasis en etapas tardías. La *estirpe histológica más frecuente es el Carcinoma moderadamente diferenciado*. El caso que aquí presentamos es un *adenocarcinoma mucinoso Infiltrante bien dife-*

renciado que representa el 2 % de todos los tumores del cuello uterino.

La diseminación por vía hemática es la menos frecuente y raramente observamos este tipo de metástasis, pero en algunos casos sobre todo en aquellos que son del estirpe “adenocarcinoma” del endocervix, hemos observado siembra por implante quirúrgico en herida operatoria.

Se evaluará el caso de una paciente con cáncer de cuello uterino, localmente avanzado, con metástasis en el ombligo presentada en el Servicio de Cirugía Oncológica del Hospital “José Ramón Vidal” de la ciudad de Corrientes.

CASO CLINICO:

Paciente de 79 años, oriunda de la ciudad de, San Miguel- Corrientes, admitida en el Hospital “José Ramón Vidal”, de la ciudad de Corrientes, el día 4 de mayo de 2004, con diagnóstico de adenocarcinoma mucinoso de endocervix, en etapa IIb, para su tratamiento con neoadyuvancia, quimioterapia y radioterapia. Presentando buena evolución y regresión de la enfermedad a un estadio Ib, se le indica cirugía. La paciente rechaza la opción y se traslada a su ciudad de origen.

Luego de 2 años nota secreción serosa por el ombligo y aumento de tamaño del mismo, pero no le da importancia alguna en esos momentos.

Con el correr del tiempo nota que el tumor iba cambiando de características, haciéndose mas voluminoso y duro en la misma región, con aspecto vegetante en la cicatriz umbilical de 2 x 7 cm aproximadamente y con exudación fétida seropurulenta, por lo que consulta al médico de su ciudad y la deriva para diagnóstico y tratamiento al Hospital “José Ramón Vidal”.

Reingresó al hospital, luego de su derivación con deterioro del estado general, asténica y adinámica.

En esta oportunidad, evaluada por el cirujano oncólogo, se encontró, con abdomen globoso, y se notó “una masa umbilical”, dura, no reducible, al examen físico se constata el tumor y se la evalúa ginecológicamente, estadiificando como etapa Ib, por lo que se le propo-

ne tratamiento quirúrgico con la *operación de Wertheim*. Con aceptación de la paciente se continuó con el acto operatorio. Se resecó en bloque el tumor de la región umbilical, que presentaba características duro pétrea, de 6 x 4 cm de diámetro, además se realizó una anexohisterectomía total con mango vaginal, ambos parametrios y celuloganglionar ilíaco, hipogástrico y obturatriz. Se envían las piezas a anatomía patológica.

El estudio patológico informó:

- 1ra pieza: anexohisterectomía total con mango vaginal y tejido celuloganglionar pelviano. Se identifica tumor de endocervix de 2 x 2 cm que compromete cuello uterino. Adenocarcinoma semidiferenciado mucosecretante de endocervix infiltrante, embolias angiolímfática, grado histológico 2, con áreas de necrosis. Parametrio derecho libre e izquierdo infiltrado en su 1/3 proximal, se aísla 3 ganglios obturatrizes izquierdos, 2 iliacos primitivos izquierdos, 1 ganglio iliaco externo izquierdo, 1 ganglio hipogástrico izquierdo; 2 ganglios obturatrizes derechos, 2 ganglios iliacos primitivos derechos, 1 ganglio iliaco externo derecho. Se observa metástasis en 2 ganglios obturatrizes izquierdos. Mango vaginal de 2 cm libre de infiltración tumoral. Endometrio libre de tumor.
- La segunda muestra se informa como adenocarcinoma semidiferenciado mucosecretante de 5 x 3 cm de diámetro se observan numerosas embolias neoplásicas intravasculares.

La paciente evoluciona favorablemente luego de la cirugía, sin complicaciones. En controles posteriores al alta se encuentra en buenas condiciones y asintomática.

DISCUSION

El Cáncer del Cuello Uterino es un problema muy importante en Salud Pública en los países en vías de desarrollo, representa el 10 % de la mortalidad por cáncer en mujeres, que lo sitúa en el sexto lugar como causa de muerte por cáncer en la población femenina argentina⁽³⁾, pero representa el 33,7% del total de los tumores presentados en el Comité de Tumores del Hospital "José Ramón Vidal", ocupando el primer lugar por delante del cáncer de mama y de pulmón.

La mortalidad por cáncer de útero en menores de 35 años es de 5,4 %, y el mayor porcentaje se registra entre los 40 años y 50 años.⁽³⁾

Algunos estudios epidemiológicos demuestran que el factor de mayor riesgo para el desarrollo de carcinomas escamosos preinvasores o invasores del endocervix es la infección

del virus del papiloma humano (VPH), que tiene mayor importancia que otros factores de riesgo conocido, tales como alta paridad, alto número de compañeros sexuales, la primera relación sexual con coito a una edad temprana, el estado socioeconómico bajo y tabaquismo. (Cuadro 1)^(4, 5)

Cuadro 1: Factores pronóstico:

CLINICOS ANATOMOPATOLOGICOS

- Edad
- Volumen tumoral
- Etapa clínica
- Grado de invasión estromal
- Tipo Histológico
- Diferenciación histológica (bien o pobremente diferenciado)
- Invasión linfovascular
- Compromiso ganglionar y número de linfonodos comprometidos
- Extensión endometrial o a otras estructuras pélvicas.

La estirpe histológica más frecuente ha sido el Carcinoma moderadamente diferenciado. El caso que aquí presentamos es un adenocarcinoma mucinoso Infiltrante bien diferenciado que representa el 2 % de todos los tumores del cuello uterino.

Las características de este tumor es la infiltración de los parametrios, vagina, cuerpo uterino y cadenas ganglionares Iliacas, hipogástricas y obturatrizes, como así también órganos vecinos como vejiga y recto. Se identifica por producir una gran afectación locorregional, dando metástasis en etapas tardías.

La diseminación metastásica por vía linfática es la que se valora para la estadificación de esta enfermedad. Es poco frecuente las metástasis precoces y a distancia, aunque se han visto invasión de cadenas ganglionares supraclaviculares en nuestra casuística, como así también hepáticas, pulmonares u óseas principalmente.

La diseminación por vía hemática es la menos habitual de encontrar y las metástasis de cáncer de cuello uterino en ombligo es muy poco frecuente, llevándose a cabo a través de la arteria umbilical en su nacimiento desde la arteria uterina.

Si repasamos la anatomía de la vascularización del cuello uterino, podemos observar que principalmente recibe nutrientes de la arteria hipogástrica, a través de la arteria uterina formando un arco vascular con al arteria útero ovárica rama del pedículo infundíbulo pélvico. La arteria hipogástrica también da ramas que nutren esta región: la arteria cervicovaginales, la umbilicovesical y las hemorroidales inferiores entre otras. De todas estas ramas la umbilicovesical nace de la arteria hipogástrica y a veces directamente de la arteria uterina antes

de su entrecruzamiento con el uréter, en relación directa con el parametrio, sobre todo en su fase superior, de esta variable vascular se comprueba la diseminación al ombligo por la embolización tumoral de dicho vaso a través de la infiltración del respectivo parametrio. ⁽⁶⁾

La citología cervical es la mejor herramienta de screening para el diagnóstico de lesiones escamosas preinvasivas que pueden ser eficazmente tratadas en forma oportuna ⁽⁷⁾. En el cáncer preclínico, (sin síntomas y sin lesión visible, la sospecha es por citología, (estadios la y algunos lb1), el diagnóstico se realiza mediante conización.

La afectación del espacio vascular ya sea venoso o linfático, no debe alterar la clasificación del estadio, pero se debe registrar de una manera específica puesto que puede afectar a decisiones terapéuticas futuras.

En los casos clínicos (lesión visible macroscópicamente) el diagnóstico se realiza mediante la biopsia de la lesión sospechosa.

Tras la confirmación histológica de cáncer cervical invasivo se realizará un cuidadoso estudio de la extensión para el estadiaje clínico que definirá posteriormente la terapéutica a realizar. (Cuadro 2) ^(7, 8).

Cuadro 2 ^(7, 8)

Nomenclatura FIGO 1994

Etapa 0

Carcinoma in situ. Neoplasia intraepitelial grado III (NIE 3)

Etapa I

Carcinoma confinado estrictamente al Cuello uterino

Ia1: Invasión estromal microscópica mínima

Ia2: Invasión estromal menor de 5 mm. y extensión menor de 7 mm.

Ib: Lesiones de mayor tamaño que Ia.

Etapa II

Carcinoma invade útero pero no alcanza pared pélvica o el tercio distal de vagina.

Ila: Sin compromiso parametrial evidente.

Ilb: Compromiso parametrial obvio.

Etapa III

Carcinoma se extiende a pared pélvica. Tumor incluye tercio distal de vagina. Todos los casos con hidronefrosis y riñón no funcionando.

IIla: Tumor no alcanza pared pélvica

IIlb: Extensión hasta la pared pelviana y/o hidronefrosis o riñón no funcionando.

Etapa IV

Carcinoma alcanza la pelvis verdadera ó compromiso de mucosa vesical o rectal (biopsia).

IVa: Extensión a órganos adyacentes.

IVb: Extensión a órganos distantes.

Compromiso Linfonodos Sobrevida a 5 años

Negativos 75,2%

Pélvicos (+) 45,6%

ParaAórticos (+) 15,4%

Profundidad invasión (mm.) % libre enfermedad a 5 años

3-4 100 %

5-7 88 %

8-10 77 %

11-15 54 %

16+ 54 %

TNM- Ganglios linfáticos regionales

Incluyen los paracervicales, parametriales, hipogástricos (obturador), ilíacos interno, externo y común; sacros y presacros.

Las metástasis ganglionares fuera de los grupos ganglionares regionales se clasifican como metástasis a distancia.

Clasificación:

NX: No se pueden valorar los ganglios regionales

N0: No afectación ganglionar regional

N1: Afectación ganglionar regional.

De acuerdo a la clasificación TNM, la afectación ganglionar independientemente del T, se considera un estadio IIIB. La afectación ganglionar no influye en el estadiaje según la clasificación FIGO.

Los tumores umbilicales pueden ser benignos o malignos, primarios o metastásicos. El término "nódulo de la hermana María José", se utiliza para describir a los tumores malignos, asociado generalmente a carcinomas intrabdominales avanzados metastatizantes. Es un signo exploratorio que se caracteriza por la existencia de masas umbilicales de naturaleza metastásica. Suele manifestarse como una masa solitaria de unos dos centímetros de diámetro aunque en ocasiones se presenta como un engrosamiento e inflamación del tejido subcutáneo. El 97% de las metástasis son de origen intraabdominal, de origen digestivo (52%), ginecológicas (28%) siendo el principal en las mujeres.

La detección de un nódulo de la hermana María José puede ser la única manifestación que lleve al diagnóstico de una neoplasia oculta. Otras veces es un signo que alerta de la reactivación de una neoplasia ya conocida.⁽⁹⁾

En esta paciente se efectuó tratamiento quirúrgico a través de la operación de Wertheim, efectuada por vía abdominal, procediéndose a la resección del mango vaginal, la totalidad del útero con sus parametrios (anteriores, posteriores y laterales) agradándose una anexo histerectomía total con resección del tejido celuloganglionar iliaco, hipogástrico y obturatriz y extracción en bloque de tumor umbilical.

CONCLUSION

En base a lo establecido por el Comité de Tumores del Hospital "José Ramón Vidal" de la ciudad de Corrientes, el adenocarcinoma mucinoso bien diferenciado de endocervix representa el 2% de todos los tumores de cuello uterino, siendo éste, el tumor que ocupa el primer lugar delante del cáncer de mama y de pulmón.

El pronóstico de los pacientes con cáncer cervical depende en gran medida de lo avanzada que se encuentre la enfermedad en el momento del diagnóstico. Debido a que una gran mayoría de estos casos (más del 90%) podrían y deberían ser detectados temprano a

través de la prueba de Papanicolaou, la tasa de mortalidad actual es mucho más alta de lo que debería ser y refleja que, aún en la actualidad, las pruebas de Papanicolaou no se efectúan en aproximadamente un tercio de las mujeres que cumplen los requisitos para esta prueba.⁽¹⁰⁾

Finalmente la metástasis de cáncer de cuello uterino en ombligo es una variable muy poco frecuente, se da a través de la arteria umbilical en su nacimiento desde la arteria uterina, y el tipo histológico hallado en esta paciente fue el adenocarcinoma mucinoso.

BIBLIOGRAFIA

- 1 Arvelo F, France-Poupon M. Aspectos moleculares y celulares de la metástasis cancerosa; Revisión (Biología Celular); Acta científica Venezolana, 52:304-312,2001.
- 2 Raimondo G, Conte M, Egidi F, Borghese M. Umbilical metastases: current viewpoint. Department of Surgery, "P.Valdoni" – University of Rome "La Sapienza", Rome, Italy World Journal of Surgical Oncology 2005, 3:13
- 3 Ministerio de Salud. Secretaria de Atención Sanitaria. Programa Nacional de Control de Cáncer. Subprograma Nacional de Detección Precoz de Cáncer de Cuello Uterino. Ministerio de Salud. Secretaria de Atención Sanitaria. Resolución Ministerial N 480/98 1998.
- 4 Follen M, Richards-Kortum R. Protocolo de diagnóstico y tratamiento del cáncer de cuello uterino. The Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance/Low-Grade Squamous Intraepithelial Lesions Triage Study (ALTS). Journal of the National Cancer Institute 92(5); 397-402, 2000.
- 5 Landis SH, Murray T, Bolden S, et al. Cancer statistics 1999. CA Cancer J Clin 1999; 49: 8.
- 6 Rouvière H, Delmas A. Anatomía Humana. Descriptiva, Topográfica y Funcional. 9º edición. Barcelona Masson SA 1987. Tomo 2:614-629.
- 7 Shepherd JH: Cervical and vulva cancer: changes in FIGO definitions of staging. British Journal of Obstetrics and Gynaecology 1996;103 (5): 405-406.
- 8 American Joint Committee on Cancer. Cervix uteri In AJCC Cancer Staging Manual. 5th ed. Philadelphia Lippincott-Raven Publishers 1997:189-194.
- 9 Campos Rivas R, Acha Arrieta V, Guarch R et al. Sister Mary Joseph' nodule?. An. Med. Interna (Madrid), Nov. 2005, vol.22, Nº 11:555-556.
- 10 National Cancer Institute Workshop. The 1988 Bethesda System for reporting cervical/vaginal cytological diagnoses. JAMA: Journal of the American Medical Association 1989 262(7): 931-934.