

CARCINOSARCOMA UTERINO. REPORTE DE UN CASO

EMELISSA SOSA, WILFREDO PERFETTI GIRÓN, CONSUELO CHUMBIMUNI DONNERYS RIVAS, OSMAR GELDER, GUSTAVO BRACHO

INSTITUTO DE ONCOLOGÍA "DR. MIGUEL PÉREZ CARREÑO" UNIVERSIDAD DE CARABOBO, VENEZUELA

RESUMEN

OBJETIVO: Los carcinosarcomas uterinos o tumores müllerianos mixtos malignos son neoplasias poco frecuentes, representando del 2 % al 3 % de todos los cánceres endometriales. Histológicamente están formados por una mezcla de componente epitelial y mesenquimal malignos, por su poca incidencia presentamos este caso clínico. **MÉTODO:** Paciente de 68 años quien consultó por presentar sangrado genital posmenopáusico y lesiones genitales abortivas, clínicamente se evidenció lesión exofítica, polipoidea, que protruía a través del orificio cervical externo, fue tratada quirúrgicamente realizándosele protocolo de endometrio. **RESULTADO:** La biopsia definitiva fue carcinosarcoma uterino. **DISCUSIÓN:** Los carcinosarcomas son tumores muy agresivos e infrecuentes, suelen presentarse en pacientes con edad media entre los 61 y 69 años. La supervivencia media a los 5 años oscila entre el 25 % al 40 % en la mayoría de las series. El tratamiento es fundamentalmente quirúrgico y depende del estadio al momento del diagnóstico.

PALABRAS CLAVE: Carcinosarcoma, útero, posmenopausia, cirugía.

SUMMARY

OBJECTIVE: The uterine carcinosarcomas or malignant mixed Mullerian tumors are rare neoplasms, representing 2 % to 3 % of all endometrial cancers. Histologically are formed by a mixture of epithelial and mesenchymal malignant component. For his fewer incidences we present this clinical case. **METHOD:** A 68 years old female patient who consulted due to postmenopausal genital bleeding and abortion genital lesions, clinically exophytic, polypoid, protruding through the external orifice cervix was evident. **RESULTS:** She received primary surgical treatment: Protocol of endometrium. The result of the final pathology was uterine carcinosarcoma. **DISCUSSION:** The carcinosarcomas are highly aggressive tumors of low incidence that usually occur in patients with an average age between 61 and 69 years old. The average 5 year survival ranges between 25 % and 40 % in most of the series revised. The treatment of these less frequent tumors is fundamental the surgical intervention.

KEY WORDS: Carcinosarcoma, uterus, postmenopausal, surgery.

Recibido: 19/09/2015 Revisado: 16/10/2015

Aceptado para publicación: 22/11/2015

Correspondencia: Dra. Emelissa Sosa. Instituto Oncológico "Dr. Miguel Pérez Carreño", Valencia

Estado Carabobo, Venezuela. Tel: +58424421205.

E-mail: emelissa_s@hotmail.com.

INTRODUCCIÓN

Los carcinosarcomas uterinos o tumores müllerianos mixtos malignos son neoplasias poco frecuentes, representando del 2 % al 4 % de todos los cánceres endometriales. Histológicamente están formados por una mezcla de componente epitelial y mesenquimal malignos, que conforman un patrón bifásico^(1,2). Suelen aparecer en pacientes posmenopáusicas con una edad media entre 61 a 69 años, generalmente en forma de metrorragia posmenopáusica y/o masas uterinas que en muchos casos protruyen por el orificio cervical externo⁽²⁾. La localización más frecuente es el cuerpo uterino, sin embargo, han sido descritos en el cérvix y los ovarios.

Entre los factores de riesgo reconocidos se encuentran la obesidad, la hipertensión arterial, la nuliparidad, el hiperestrogenismo, el tratamiento con tamoxifeno, la irradiación previa de la pelvis⁽²⁾.

Se trata de neoplasias altamente agresivas, con una supervivencia a los cinco años menor al 40 %⁽²⁾, siendo común la extensión pélvica, con invasión vascular y linfática y la presencia de metástasis a distancia. La invasión miometrial es frecuente al momento del diagnóstico, si el tumor se ha extendido a la serosa el útero o más allá en el momento de la cirugía, el pronóstico es muy desfavorable^(1,3).

Presentamos un caso de una paciente posmenopáusica diagnosticada y tratada en nuestro servicio de ginecología oncológica con carcinosarcoma uterino

CASO CLÍNICO

Paciente de 68 años quien consultó por presentar sangrado genital posmenopáusico y lesiones genitales abortivas de seis meses de evolución. Como antecedentes médicos de

interés refirió XII gestas, XI paras, I aborto, hábito tabáquico acentuado por más de veinte años. Al examen físico ginecológico se evidenció con espéculo lesión exofítica, polipoidea, rojo-vinosa, de más de 4 cm que no permitió la visualización del cérvix, al tacto vaginal se corrobora que la lesión protruye a través del orificio cervical externo con un tallo largo, blanda y friable, fondos de sacos se encontraban libres, al tacto rectal parametrios libres. Se realizó biopsia a una de las lesiones, la cual fue expulsada espontáneamente por la paciente, cuyo reporte fue concluido como adenosarcoma uterino. Se realizaron los siguientes estudios complementarios:

Radiografía de tórax: con leves cambios fibróticos.

Tomografía abdomino-pélvica: en excavación pélvica lesión ocupante de espacio heterogénea que forma cuerpo con el útero, sin evidencia de crecimiento ganglionar regional ni signos infiltrativos de estructuras adyacentes.

Ante los hallazgos clínicos e histológicos se decide tratamiento quirúrgico primario. Los hallazgos fueron: útero aumentado de tamaño de 12 cm x 10 cm, resto de la cavidad peritoneal sin alteraciones, se realizó protocolo de endometrio. El resultado de la anatomía patológica definitiva fue: carcinosarcoma uterino, con componente epitelial de adenocarcinoma endometrioide bien diferenciado, componente mesenquimal de sarcoma del estroma endometrial de bajo grado, con infiltración mayor del 50 % del espesor del miometrio, serosa uterina libre de enfermedad, el resto de la pieza y tejidos celulares ganglionares evaluados libres de neoplasia. Se clasificó como: estadio IB (FIGO 2009). El estudio inmunohistoquímico reportó receptores de estrógenos y progesterona negativos. La paciente fue enviada a medicina oncológica para tratamiento sistémico adyuvante.

DISCUSIÓN

Los carcinosarcomas son tumores muy agresivos de baja incidencia que suelen presentarse en pacientes con una edad media entre 61 y 69 años ⁽⁴⁾. El síntoma más frecuente es el sangrado genital ⁽¹⁻³⁾ que puede deberse a la presencia de cambios tróficos en el tumor con la aparición de necrosis y hemorragia, también es frecuente que el tumor se extienda más allá de su lugar de origen, protruyendo en ocasiones a través del orificio cervical externo ⁽⁵⁾.

Existe controversia acerca de la histogénesis de este tipo de tumores. Han sido propuestas algunas teorías como la de “colisión”, la de “combinación”, la de “composición” y la del “carcinoma metaplásico”. La teoría de “colisión” postula que hay un origen bifásico con dos proliferaciones neoplásicas sincrónicas, separadas, que luego se fusionan formando un solo tumor. La teoría de “combinación” sugiere que los componentes epitelial y sarcomatoso comparten un mismo origen. La teoría de “composición” plantea un origen monoclonal y que el componente mesenquimal es producto de un fenómeno de metaplasia del tejido carcinomatoso y por último, la “teoría del carcinoma metaplásico”, postula un origen en común con metaplasia de ambos componentes resultando en una diferenciación neoplásica divergente ⁽⁶⁾.

De los componentes de este tipo de tumores, el carcinomatoso suele estar muy poco diferenciado y en el componente sarcomatoso pueden existir elementos homólogos o heterólogos; estos últimos ⁽²⁾ pueden contener uno o más de los siguientes elementos en orden de frecuencia: rhabdomyosarcoma, condrosarcoma, osteosarcoma y liposarcoma. Las técnicas de inmunohistoquímica ayudan a la caracterización de estos tumores porque las células tumorales suelen presentar inclusiones con tinción positiva para vimentina, queratina, mioglobina

o el antígeno de membrana epitelial. La inmunohistoquímica revela que los marcadores epiteliales y la vimentina son más difusos e intensos en los componentes carcinomatosos y sarcomatosos respectivamente, aunque la co-expresión de los dos tipos de marcadores puede estar presente ⁽⁶⁾.

La evolución de estos tumores suele ser desfavorable a pesar de ser diagnosticados y tratados en fases precoces, porque tienen una mayor tendencia a la diseminación linfática precoz y a la recurrencia pélvica o abdominal que otras neoplasias de endometrio. La edad, el tipo histológico y los tratamientos adyuvantes no parecen influir en la recurrencia y supervivencia ⁽³⁾, por el contrario, el grado histológico y el estadio son los factores pronósticos más importantes. La supervivencia media a los 5 años oscila entre el 25 % y el 40 % en la mayoría de las series ⁽²⁾.

El tratamiento de estos tumores es fundamentalmente quirúrgico, dependiendo el tipo de intervención del estadio de la enfermedad en el momento del diagnóstico.

El papel de la radioterapia es controvertido porque aunque para la mayoría de los autores se asocia a una disminución de las recurrencias pélvicas sin influencia en la supervivencia global, otros no encuentran beneficios ni en cuanto al control local ni a la supervivencia libre de enfermedad. La organización europea de estudio y tratamiento del cáncer, publicó un estudio prospectivo en el que valora la eficacia de la radioterapia en estadios iniciales de la enfermedad, los resultados muestran que en estas pacientes la radioterapia solo fue beneficiosa en el control local de la enfermedad, pero no en la supervivencia global ⁽⁷⁾. Con respecto a la braquiterapia, parece que también puede ser útil para disminuir las recurrencias vaginales ⁽⁸⁾. Existe escasa evidencia, en relación con el agente quimioterápico de elección en estas pacientes. Tanto la ifosfamida en monoterapia, como la

combinación de cisplatino, ifosfamida y mesna han demostrado buena tolerancia y aumento en la supervivencia global y libre de enfermedad en estudios sin grupo control. Hay grupos que presentan buenos resultados con cisplatino, doxorubicina y paclitaxel, asociados al factor de crecimiento hematopoyético, mientras que otros consideran de elección el cisplatino y doxorubicina ⁽⁹⁾.

REFERENCIAS

- Guntupalli S, Cao D, Shroff R, Gao F, Menias C, Massad S, et al. Wilms' tumor 1 protein and estrogen receptor beta expression are associated with poor outcomes in uterine carcinosarcoma. *Ann Surg Oncol*. 2013;20(7):2373-2379.
- Gutierrez Y, Puig F, Baquedano L, Lanzon A, Arregui S, Ruiz M. Tumores mullerianos mixtos malignos uterinos. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2011;76(6):420-426.
- Park J, Kim D, Kim J, Kim Y, Kim YT, Nam J. The role of pelvic and/or para-aortic lymphadenectomy in surgical management of apparently early carcinosarcoma of uterus. *Ann Surg Oncol*. 2010;17(3):861-868.
- Gao Y, Meng H, Zhang Y, Jiao T, Hui N. Retrospective analysis of 80 cases with uterine carcinosarcoma, leiomyosarcoma and endometrial stromal sarcoma in China, 1988-2007. *Int J Clin Exp Pathol*. 2014;7(4):1616-1624.
- Shi Y, Liu Z, Peng Z, Liu H, Yang K, Yao X. The diagnosis and treatment of Mullerian adenosarcoma of the uterus. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2008;48(6):596-600.
- Kedzia W, Pruski D, Iwaniec K, Przybylski M, Friebe W, Rajpert-Kedzia H. Carcinosarcoma (malignant mixed mesodermal tumor) of the uterus: Clinic immunohistochemically and histogenic characteristics. *Folia Histochem Cytobiol*. 2012;50 (4):513-518.
- Plataniotis G, Castiglione M, ESMO Guidelines Working Group. Endometrial cancer: ESMO clinical practices guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol*. 2010;21(Suppl 5):S41-S45.
- Nemani D, Mitra N, Guo M, Lin L. Assessing the effects of lymphadenectomy and radiation therapy in patients with uterine carcinosarcoma: A SEER analysis. *Gynecol Oncol*. 2008;111(1):82-88.
- Sutton G, Kauderer J, Carson L, Lentz S, Whitney C, Gallion H. Adjuvant ifosfamide and cisplatin in patients with completely resected stage I or II carcinosarcomas (mixed mesodermal tumors) of the uterus: A Gynecologic Oncology Group study. *Gynecol Oncol*. 2005;96(3):630-634.