

CASO CLÍNICO

CASE REPORT

1. Servicio de Obstetricia y Ginecología - Maternidad "Dr. Nerio Belloso", Hospital Central "Dr. Urquinaona", Maracaibo, Estado Zulia, Venezuela
 - a Médico cirujano, Residente del Post-grado de Ginecología y Obstetricia
 - b Doctor en Ciencias Médicas, Especialista en Ginecología y Obstetricia
 - c Médico especialista en Ginecología y Obstetricia

Declaración de aspectos éticos

Reconocimiento de autoría: Todos los autores declaran que han realizado aportes a la idea, diseño del estudio, recolección de datos, análisis e interpretación de datos, revisión crítica del contenido intelectual y aprobación final del manuscrito que estamos enviando

Responsabilidades éticas: Protección de personas. Los autores declaran que los procedimientos seguidos se conformaron a las normas éticas del comité de experimentación humana responsable y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki.

Confidencialidad de los datos: Los autores declaran que han seguido los protocolos del Hospital Central "Dr. Urquinaona" sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado: Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Financiamiento: Los autores certifican que no han recibido apoyos financieros, equipos, en personal de trabajo o en especie de personas, instituciones públicas y/o privadas para la realización del estudio.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Recibido: 12 setiembre 2016

Aceptado: 3 abril 2017

Correspondencia:

Dr. Eduardo Reyna-Villasmil.

📍 Hospital Central "Dr. Urquinaona".
Final Av. El Milagro, Maracaibo, Estado Zulia, Venezuela

☎ 584162605233

✉ sippenbauch@gmail.com

Citar como: Suárez-Torres I, Reyna-Villasmil E, Torres-Cepeda D, Labarca-Acosta M. Recurrencia colónica tardía de adenocarcinoma endometrial. Rev Peru Ginecol Obstet. 2017;63(3):321-324

Recurrencia colónica tardía de adenocarcinoma endometrial

Late colonic recurrence of endometrial adenocarcinoma

Ismael Suárez-Torres^{1,a}, Eduardo Reyna-Villasmil^{1,b}, Duly Torres-Cepeda^{1,b}, María Labarca-Acosta^{1,c}

RESUMEN

La tasa de recurrencia del carcinoma endometrial después de la cirugía más radioterapia es baja y la mayoría de los casos ocurren dentro de los primeros 3 años. La cúpula vaginal es el sitio más común de recurrencia. La recurrencia del cáncer endometrial al colon es muy rara. Se presenta el caso de una mujer de 69 años que presentaba dolor en fosa ilíaca izquierda, anorexia y pérdida de peso de 5 meses de evolución, con antecedentes de histerectomía abdominal total y ooforosalingectomía bilateral por carcinoma endometrial estadio IA hacía 7 años. La colonoscopia reveló constricción circunferencial en el tercio medio del colon transversal, sospechosa de compresión extrínseca. La tomografía computada no reveló si la tumoración se originaba en el colon sigmoideo o lo rodeaba. Durante la laparotomía, se observó enfermedad macroscópica que afectaba colon transversal y mesenterio del intestino delgado, con estenosis vascular. Se realizó la resección intestinal de las porciones afectadas y omentectomía total, sin dejar enfermedad residual macroscópica durante el procedimiento. El análisis inmunohistoquímico reveló adenocarcinoma endometrial pobremente diferenciado. La paciente se recuperó sin complicaciones y fue tratada con quimioterapia adyuvante.

Palabras clave. Carcinoma Endometrial; Recurrencia al colon; Inmunohistoquímica.

ABSTRACT

The recurrence rate of endometrial carcinoma after surgery plus radiotherapy is low and, in most cases, it occurs within the first 3 years of treatment. The vaginal vault is the most common site of recurrence. Recurrence of endometrial cancer to the colon is very rare. We report a 69-year-old woman who presented with right iliac fossa pain, anorexia and weight loss for five months. She had a history of total abdominal hysterectomy and bilateral oophorosalingectomy for stage IA endometrial carcinoma 7 years ago. Colonoscopy revealed a mid-sigmoid colon stricture suspicious of external compression. A CT scan did not reveal if the tumor was arising from the sigmoid colon or abutting it. During laparotomy, we found macroscopic disease involving transverse colon and small bowel mesentery with an ischemic stricture was found. Bowel resection and total omentectomy were performed leaving no residual macroscopic disease. Immunohistochemistry analysis revealed a poorly-differentiated endometrial adenocarcinoma. Patient recovered without complications and was treated with chemotherapy.

Keywords: Endometrial Carcinoma; Colon Recurrence; Secondary Colon Cancer; Immunohistochemistry.



INTRODUCCIÓN

La mayoría de los casos de cáncer de colon son primarios. Los tumores secundarios son raros y de origen pulmonar, mamario u ovárico. Solo existe un pequeño número de casos de cáncer de colon secundario con origen endometrial. La mayoría son secundarios a endometriosis más que a enfermedad metastásica⁽¹⁾. El carcinoma endometrial tiene una tasa de recurrencia posterior a cirugía en los estadios I y II con o sin radioterapia adyuvante de 3% a 15%. Más de tres cuartas partes de los casos se producen en los siguientes 3 años, siendo la cúpula vaginal el sitio de recurrencia más común. La afección gastrointestinal es infrecuente y generalmente secundaria a invasión rectal en cuadros avanzados⁽²⁾. Se reporta un caso de recurrencia colónica tardía de adenocarcinoma endometrial.

REPORTE DE CASO

Se trata de paciente de 69 años quien consultó por presentar dolor en fosa iliaca izquierda acompañado de anorexia y pérdida de peso de 5 meses de evolución. La paciente refería antecedentes de histerectomía abdominal total más ooforosalingectomía bilateral hacia 7 años por carcinoma endometrial con invasión a mucosa endometrial y menos de la mitad del miometrio. Negaba náuseas, vómitos, fiebre, escalofríos, hematoquezia o melena. El examen físico reveló abdomen doloroso en fosa iliaca izquierda e hipogastrio. No se encontraron signos de defensa abdominal y los ruidos hidroaéreos estaban normales.

La tomografía computada mostró tumoración de 5 centímetros en fosa ilíaca izquierda, sin poder definir si se originaba del colon sigmoidees o lo rodeaba. No se observaron ganglios linfáticos o metástasis. La colonoscopia reveló área de constricción circunferencial azul-violácea sin ulceraciones en el tercio medio del colon transverso, sospechosa de compresión extrínseca (figura 1) y la biopsia demostró fibroblastos sin evidencia de malignidad. La tomografía de tórax estaba normal.

La paciente fue sometida a laparotomía, encontrándose enfermedad macroscópica en colon transverso y mesenterio del intestino delgado, con estenosis vascular. Se realizó lavado de cavidad abdominal seguido de resección intestinal

de las porciones afectadas y omentectomía total, sin dejar enfermedad residual macroscópica durante el procedimiento. La paciente se recuperó sin complicaciones y fue tratada con quimioterapia adyuvante.

El análisis de anatomía patológica demostró células atípicas de gran tamaño con núcleos hipercromáticos y patrón cribiforme, positivas para citoqueratina-7, CA-125, receptores de estrógeno (RE) y PAX-8 y negativas para citoqueratina-20 y CDX2 confirmando el diagnóstico de adenocarcinoma endometrial pobremente diferenciado (figura 2).

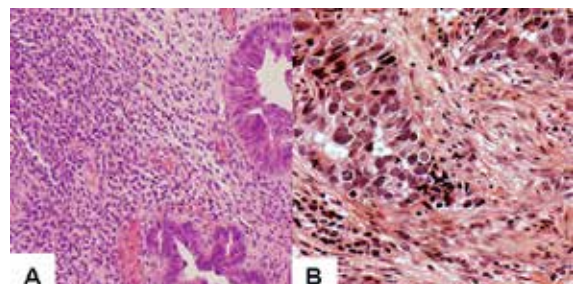
DISCUSIÓN

El adenocarcinoma endometrial ocurre principalmente en menopáusicas, en la sexta década de vida y con tasa de supervivencia a los 5 años

FIGURA 1. ÁREA DE CONSTRICCIÓN CIRCUNFERENCIAL EN COLON TRANSVERSO, DURANTE LA COLONOSCOPIA.



FIGURA 2. ADENOCARCINOMA SEROSO METASTÁSICO PRESENTE EN LA CAPA MUSCULAR, SIN ALCANZAR LA MUCOSA. A) COLORACIÓN DE HEMATOXILINA-EOSINA 100X. B) INMUNOHISTOQUÍMICA POSITIVA PARA CITOQUERATINA-7, CA-125, RECEPTORES DE ESTRÓGENO (RE) Y PAX-8.





de 65%⁽³⁾. La mayoría están confinados al útero y se manifiestan en estadios tempranos como sangrado vaginal. Generalmente tiene excelente pronóstico cuando son adenocarcinomas bien diferenciados, tratadas con cirugía radical, sin invasión extra-peritoneal, y profundidad de invasión miometrial menor de un tercio. La radioterapia se utiliza en el tratamiento adyuvante para los carcinomas endometriales más avanzados, con reducción en la tasa de recurrencia local⁽²⁾.

Los carcinomas endometriales luego de la cirugía generalmente reaparecen localmente en la cúpula vaginal. También pueden aparecer en los ganglios linfáticos pélvicos y paraaórticos o sitios distantes, como los pulmones. Los sitios atípicos incluyen ganglios linfáticos extrapélvicos, hígado, glándulas suprarrenales, cerebro, hueso y, muy raramente, páncreas, bazo, músculos esqueléticos y vulva⁽⁴⁾. La mayoría de las recurrencias ocurren en los 3 años siguientes a la cirugía. Sin embargo, se ha descrito un caso de obstrucción intestinal 34 años después de la histerectomía secundaria a adenocarcinoma endometrial⁽⁵⁾.

Los tumores secundarios de colon por neoplasias ginecológicas pueden producirse por diseminación directa hacia porciones intestinales dentro de la pelvis. Generalmente se presentan como implantes serosos más que como tumoración intraluminal. Las manifestaciones intestinales posteriores a la recurrencia son consecuencia de compresión externa⁽²⁾.

El adenocarcinoma de colon y de endometrio comparten características morfológicas con diferentes perfiles inmunohistoquímicos. Aquellos de colon moderadamente diferenciados muestran epitelio cuboidal bajo, ordenado en patrón arquitectónico complejo, con tejido necrótico y pleomorfismo moderado; frecuentemente contienen núcleos grandes. En contraste, el adenocarcinoma endometrial puede mostrar variedad de atipias y pleomorfismos nucleares. El adenocarcinoma bien diferenciado tiene estructura glandular cribiforme, con algunas atipias nucleares y actividad mitótica variable. La arquitectura glandular más compleja y/o aumento de la atipia nuclear se observa en aquellos moderadamente diferenciados⁽³⁾. La diferenciación escamosa focal está presente en más del 20%, aunque su presencia no representa aumento en la tasa

de recaída. Esta también se observa en el adenocarcinoma de colon, pero solo en 1% de los casos. En contraste con el carcinoma endometrial, la diferenciación escamosa en el adenocarcinoma colorrectal se considera un fenómeno neoplásico propio y sirve como marcador de transformación neoplásica de alto riesgo de los pólipos colorrectales⁽⁶⁾.

El perfil inmunohistoquímico común del adenocarcinoma endometrial es CK7 (+), RE (+), CK20 (-) y CDX-2 (-)⁽⁷⁾. Los adenocarcinomas de colon son siempre CDX-2 (+) y generalmente CK20 (+), mientras que es CK7 (-) y RE (-). La expresión de CDX-2 está asociada a carcinomas gastrointestinales. Sin embargo, algunos carcinomas extraintestinales (especialmente aquellos con diferenciación intestinal o mucinosa) pueden expresar este marcador⁽⁸⁾.

La quimioterapia adyuvante se utiliza exitosamente para eliminar depósitos tumorales microscópicos en adenocarcinoma mamario y colorrectal. Las metástasis a ganglios linfáticos, tipo de tumor y parámetros microscópicos del tumor primario (presencia de invasión microvascular, alto índice mitótico) pueden ser factores predictores potenciales⁽³⁾. El tratamiento con progesterona puede utilizarse como primera línea basado en la presencia de receptores en más del 70% de los tumores. Aunque su uso rutinario es de dudoso valor, en pacientes cuidadosamente seleccionadas puede ser útil⁽⁹⁾. Si el estado de los receptores es desconocido y el tumor es bien diferenciado, se le puede utilizar, pero la tasa de respuesta es de 10 a 15%⁽¹⁰⁾.

En mujeres con antecedentes de cáncer ginecológico, incluyendo cáncer endometrial, es importante mantener un índice de sospecha de recurrencia cuando se presentan síntomas como sangrado genital, dolor abdominal o pélvico y pérdida de peso. La evaluación inmunohistoquímica es importante para distinguir el adenocarcinoma endometrial del colorrectal cuando se necesita descubrir su origen.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Tamas K, Walenkamp AM, de Vries EG, van Vugt MA, Beets-Tan RG, van Etten B, et al. Rectal and colon cancer: Not just a different anatomic site. *Cancer Treat Rev.* 2015;41(8):671-9. doi: 10.1016/j.ctrv.2015.06.007.
2. Sohaib SA, Houghton SL, Meroni R, Rockall AG, Blake P, Reznek RH. Recurrent endometrial cancer: patterns of recurrent disease and assessment of prognosis. *Clin*



- Radiol. 2007(1);62:28-34.
- Hunn J, Dodson MK, Webb J, Soisson AP. Endometrial cancer--current state of the art therapies and unmet clinical needs: the role of surgery and preoperative radiographic assessment. *Adv Drug Deliv Rev.* 2009;61(10):890-5. doi: 10.1016/j.addr.2009.04.015.
 - Kurra V, Krajewski KM, Jagannathan J, Giardino A, Berlin S, Ramaiya N. Typical and atypical metastatic sites of recurrent endometrial carcinoma. *Cancer Imaging.* 2013;13:113-22. doi: 10.1102/1470-7330.2013.0011.
 - Wang TT, Jabbour RJ, Girling JC, McDonald PJ. Extraluminal bowel obstruction by endometrioid adenocarcinoma 34 years post-hysterectomy: risks of unopposed oestrogen therapy. *J R Soc Med.* 2011;104(10):421-3. doi: 10.1258/jrsm.2011.110057.
 - Del Rio P, Cozzani F, Viani L, Nisi P, Rossini M, Sianesi M. The malignant colonic polyp Review of biological, clinical parameters and treatment. *Ann Ital Chir.* 2015;86:396-405.
 - Zannoni GF, Vellone VG, Fadda G, Petrillo M, Scambia G. Colonic carcinoma metastatic to the endometrium: the importance of clinical history in averting misdiagnosis as a primary endometrial carcinoma. *Int J Surg Pathol.* 2011;19(6):787-90. doi: 10.1177/1066896909336442.
 - Freund JN. Identity and intestinal pathologies: the Cdx2 homeotic gene. *Ann Pathol.* 2012;32(5 suppl):S24-7. doi: 10.1016/j.annpat.2012.08.005.
 - Ray M, Fleming G. Management of advanced-stage and recurrent endometrial cancer. *Semin Oncol.* 2009;36(2):145-54. doi: 10.1053/j.seminoncol.2008.12.006.
 - Banno K, Kisu I, Yanokura M, Tsuji K, Masuda K, Ueki A, et al. Progestin therapy for endometrial cancer: the potential of fourth-generation progestin (review). *Int J Oncol.* 2012;40(6):1755-62. doi: 10.3892/ijo.2012.1384.