

ADENOCARCINOMA SEROSO OVÁRICO BILATERAL DE ALTO GRADO CON INFILTRACIÓN DE PARED UTERINA Y PARED RECTAL



HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA
Gómez Carrascosa I, Iniesta Albaladejo MA, Kozak I, Cortés Sandoval S, Pérez Vidal JR, Alfosea Marhuenda E
Gómez Monreal B, Barceló Valcárcel FJ.

Arrixaca
Hospital Universitario
"Virgen de la Arrixaca"

INTRODUCCIÓN

El carcinoma ovárico es una enfermedad altamente letal. Más del 60% de las mujeres afectadas mueren a causa de esta enfermedad. En dos de cada tres casos está diseminada más allá de los órganos reproductivos en el momento del diagnóstico. En el mundo es la quinta causa de muerte por cáncer en mujeres. Anualmente, con una incidencia de 16 por 100 mil mujeres (3) y 225.000 nuevos casos, mueren 140.000 mujeres por esta causa (3,4).

El subtipo histológico más frecuente y letal es el carcinoma seroso de alto grado (CSAG) (70% de todos los carcinomas ováricos, responsable del 90% de las muertes por cáncer ovárico). La mayoría de éstos son diagnosticados en etapa avanzada, con tasa de supervivencia a 5 años entre 9-34%. De alto grado indica su alta atipia nuclear y alto índice mitótico. Se diferencia de otros subtipos por su naturaleza agresiva y albergar alteraciones genéticas únicas.

CASO CLÍNICO

MOTIVO DE CONSULTA:

Paciente de 82 Años remitida de Hospital General por sospecha de metrorragia y flujo maloliente.

ANTECEDENTES PERSONALES:

No AMC. HTA. DM tipo 2 diagnosticada en 2009 en tto con ADO. FA anticoagulada con sintrom. Osteoporosis. G2 P2. No recuerda último control ginecológico.

EXPLORACIÓN FÍSICA:

Cervix bien epitelizado, no doloroso a la movilización. Se observa salida por OCE leucorrea escasa levemente maloliente.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

- **EcoTV:** Endometrio no valorable. OD: Formación fusiforme de pared tricapa y engrosada de 58 x 25 mm. Contenido ecogénico heterogéneo de alta intensidad. OI: Tumoración de 76 x 79 x 50 mm, multilocular sólida de límites imprecisos y adherida a útero y al otro anejo La porción sólida es muy heterogénea. Hay un lóbulo quístico grande (63 x 47 mm) con contenido ecogénico de alta densidad, no uniforme y proliferación papilar de 17 x 7 mm. **JC:** Formación anexial bilateral de estructura muy compleja y difícil catalogación. Puede corresponder a absceso tuboovárico bilateral en el contexto probable de neoplasia de ovario izquierdo.

- **Histeroscopia:** Se visualiza en cara posterior y cuerno derecho formaciones polipoideas de base amplia recubiertas de endometrio atrofico quístico y vascularización activa postmenopausica, que al intentar biopsia con bipolar sangra impidiendo vision para continuar.

- **Biopsia endometrial:** Sangrado activo. No valorable

- **Marcadores tumorales:** Normales excepto Ca125 - 88.0 UI/ml

- **TAC:** Hallazgos descritos sería compatibles con neoplasia, probablemente de origen anexial bilateral, con masa anexial izquierda complicada (probablemente por fistulización y de intestino delgado adyacente) y diseminación linfática retroperitoneal descrita.

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO:

Tumoración ovárica bilateral con infiltración de órganos pélvicos adyacentes.

HTA + DA + Resección de sigma caudal y recto craneal. Colostomía descarga.

AP: Pieza de exenteración con útero+ anejos+ segmento de recto con adenocarcinoma seroso ovárico bilateral de alto grado con infiltración de pared uterina y de pared rectal, con 2 ganglios positivos aislados en la escisión mesorrectal. implante en parametrio izquierdo. ESTADÍO IIIA1 (PT2B N1)

Imagen nº 1: Histeroscopia



Imagen nº 2: Eco TV

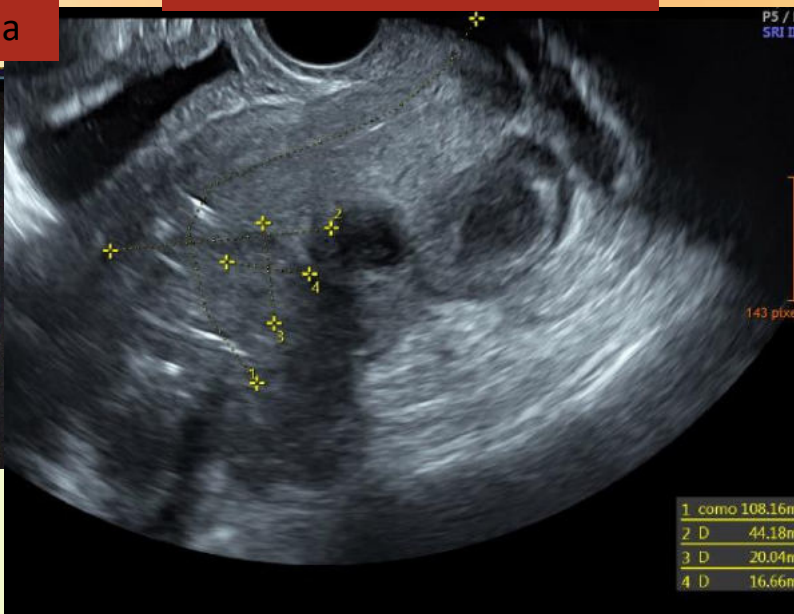
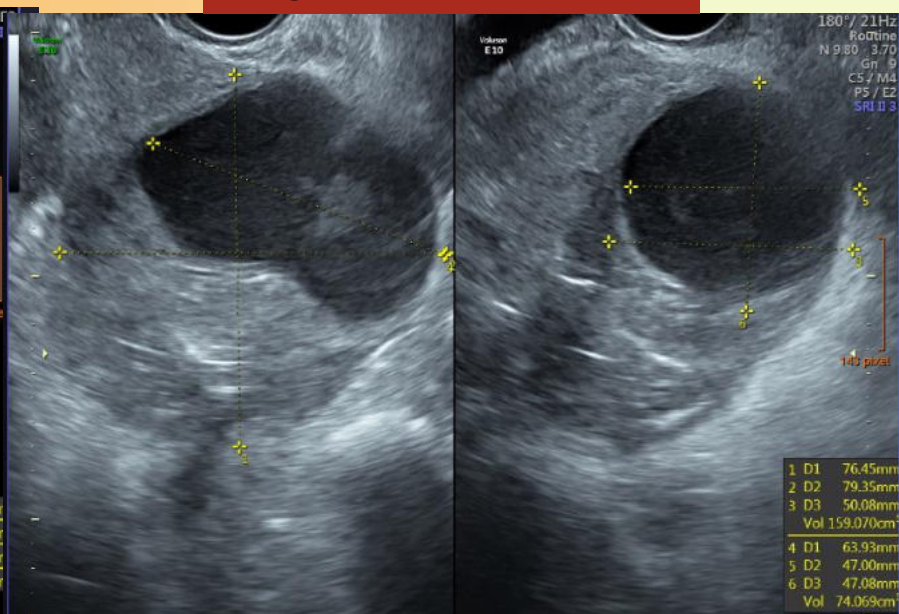


Imagen nº 3: Eco TV



DISCUSIÓN

El ensayo clínico ICON 5, que agrupa el mayor número de pacientes con cáncer de ovario avanzado (4.312 pacientes en estadios III y IV), mostró resultados muy ilustrativos sobre esta enfermedad. La supervivencia global de las pacientes con cáncer de ovario avanzado está en torno a los 44 meses, con una supervivencia libre de enfermedad de 16 meses. Este mismo estudio demostró que las pacientes sometidas a cirugía citorreductora inicial en las que se había alcanzado residuo tumoral 0, obtenían datos de supervivencia global que llegaban a 68 meses; por otro lado, las pacientes en las que se conseguía enfermedad residual menor de 1 cm alcanzaban 40 meses, mientras que las que quedaban con enfermedad mayor de 1 cm tenían una mediana de supervivencia de 33 meses. Es decir, el objetivo de la cirugía es la citorreducción completa de toda enfermedad macroscópica visible. En torno a 3-6 semanas tras cirugía, se administra el tratamiento de quimioterapia, llamada en este caso adyuvante. Debe recibir tratamiento toda paciente con cáncer epitelial de ovario estadio I de alto riesgo (IA-IB G2, cualquier tumor G3 o IC de células claras), así como todos los estadios II-IV.

BIBLIOGRAFÍA

Bookman MA, et al. GOG0182-ICON 5: 5 arm phase III randomized trial of paclitaxel and carboplatin vs combinations with gemcitabine, PEG-liposomal doxorubicin or topotecan in patients with advanced-stage epithelial ovarian or peritoneal carcinoma. J Clin Oncol 2006; ASCO annual meeting proceedings part 1, vol 24, No. 18S, 2006: 5002