

Cáncer de endometrio y prolapso útero-vaginal. Una asociación poco frecuente

Ramón M. Miralles
Juana Galera
Miriam De la Flor
Silvia Torres Ardanuy

Hospital Universitari
de Tarragona
Joan XXIII
Servei d'Obstetricia
i Ginecologia
Universitat Rovira
i Virgili
Tarragona

Correspondencia:
RM.Miralles
Servei d'Obstetricia
i Ginecologia
Hospital Universitari
de Tarragona Joan XXIII
Dr. Mallafre Guasch, s/n
43007 Tarragona

Resumen

La presencia de adenocarcinoma de endometrio, en pacientes con prolapso útero-vaginal, es poco frecuente. Se comentan dos casos clínicos y se valoran las diversas opciones terapéuticas.

Palabras clave: Adenocarcinoma de endometrio. Prolapso útero-vaginal.

Summary

Is infrequent the presence of carcinoma of the endometrium in patients with utero-vaginal prolapse. Two case reports are commented and different therapeutical options evaluated.

Key words: Endometrial cancer. Utero-vaginal prolapse.

Introducción

Si excluimos el cáncer de mama, el de endometrio es hoy día el más frecuente entre los que afectan al aparato genital. En 1988 la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) recomendó el estadiaje quirúrgico del mismo consistente en lavados citológicos peritoneales, histerectomía y doble anexectomía y muestreo ganglionar. La mayoría de ginecólogos adaptaron el estadiaje quirúrgico en función de factores pronósticos tales como el grado histológico, la profundidad de la invasión miometrial y la presencia de patología anexial. Algunos autores han empleado la histerectomía vaginal para el tratamiento del cáncer de endometrio en pacientes obesas o con patología asociada^{1,2}.

Los factores de riesgo para el carcinoma de endometrio se esquematizan en la Tabla 1³.

El prolapso útero-vaginal consiste básicamente en el descenso de ambos órganos acompañado o no del de la vejiga urinaria (cistocele), del recto (rectocele),

de asas intestinales (enterocele), o de todos ellos. Puede existir también algún tipo de desgarro perineal concomitante. El prolapso se produce por relajación del suelo pélvico y puede coexistir, o no, con incontinencia urinaria al esfuerzo. Aunque puede tratarse con medidas conservadoras, es habitual el tratamiento quirúrgico del mismo. La histerectomía vaginal y la reconstrucción del suelo pélvico mediante plastias, supone una de las intervenciones quirúrgicas más frecuentes en mujeres mayores de 65 años⁴.

En el Hospital Universitario de Tarragona Joan XXIII, durante el periodo comprendido entre enero de 1997 y diciembre del 2002, doscientas setenta y una pacientes fueron intervenidas por prolapso útero-vaginal. Dos de ellas, lo cual supone el 0,73 %, presentaron de forma concomitante cáncer de endometrio.

Caso clínico 1

Paciente de 74 años que acude a Consultas externas remitida desde el ambulatorio por presentar prolapso útero-vaginal total, sin otra sintomatología. Como antecedentes personales presenta: hipercolesterolemia, diabetes mellitus mal controlada, hipertensión y Parkinson en tratamiento. Tras el estudio preoperatorio correspondiente, se le practica histerectomía vaginal total simple y plastias musculares vaginales anteriores y posteriores. El estudio anatomopatológico de la pieza operatoria es informado como adenocarcinoma de endometrio, de tipo endometriode, que infiltra la porción más superficial del miometrio, con grado histológico G1 (pT1b). El cérvix uterino presenta epidermización atribuible al prolapso e hiperplasia de la mucosa. Dicha paciente no realizó ningún tipo de tratamiento posterior y, a los 45 meses de la intervención quirúrgica, se halla libre de enfermedad.

Caso clínico 2

Paciente de 77 años que acude a Consultas externas derivada por su ginecólogo por presentar prolapso genital total de 14 años de evolución. La paciente, que era portadora de un pesario, refería discretas pérdidas vaginales que habían sido atribuidas a la presencia de una pequeña úlcera cervical, sangrante al roce, en la cual previamente se habían descartado otras causas de patología. Como antecedentes personales destacaban una cardiopatía en tratamiento y la exéresis de un quiste mamario. Tras el correspondiente estudio preoperatorio fue intervenida de histerectomía vaginal y plastias. El estudio anatomopatológico de la pieza operatoria informó de la presencia de un adenocarcinoma de endometrio de tipo endometriode, con infiltración miometrial superior al 50% y grado histológico G2 (pT1c). El cérvix uterino presentaba acantosis e hiperqueratosis atribuibles al prolapso. En el postoperatorio inmediato la paciente presentó un episodio de tromboembolismo pulmonar que se resolvió con tratamiento médico. Por este motivo se desistió de ampliar el estadiaje quirúrgico y se administró radioterapia como tratamiento alternativo. A los 26 meses de la intervención quirúrgica se halla libre de enfermedad.

Discusión

Se presentan los casos clínicos de dos pacientes en las cuales se realizó el diagnóstico de adenocarcinoma de endometrio sobreañadido, al realizar el estudio histopatológico de dos piezas de histerectomía consecutivas a cirugía vaginal para tratamiento de sendos prolapsos útero-vaginales. Pese a que una de las pacientes refirió un pequeño sangrado vaginal que se atribuyó a una úlcera cervical por roce, ningún otro síntoma clínico hizo sospechar previamente la existencia de cáncer de endometrio en ambas pacientes. En nuestro servicio, el prolapso útero-vaginal se trata habitualmente mediante histerectomía vaginal asociada a plastias musculares vaginales anteriores y posteriores. La presencia de enterocele se corrige, por idéntica vía, en el mismo acto operatorio.

Si se conoce, preoperatoria o intraoperatoriamente, la coexistencia de prolapso útero-vaginal y cáncer de endometrio, disponemos de las siguientes alternativas terapéuticas:

- Abordaje vaginal del útero, obteniendo por esta vía muestras peritoneales para citología y realizando anexectomía bilateral concomitante.

-
- Obesidad, hipertensión, diabetes.
 - Menarquia precoz/menopausia tardía.
 - Anovulación u oligoovulación.
 - Antecedentes familiares de cáncer.
 - Antecedentes de irradiación pélvica.
 - Antecedentes de estrogénoterapia aislada.
 - Antecedentes de cáncer en otras localizaciones.
-

Tabla 1.
Factores de riesgo para el adenocarcinoma de endometrio

- Cirugía vaginal para tratamiento del prolapso seguida de inmediato por exploración abdominal y linfadenectomía selectiva.
- Histerectomía abdominal y estadiaje laparotómico primario con culdoplastia abdominal y eventual reparación posterior por vía vaginal⁵.

El empleo de la laparoscopia permite dos alternativas más:

- Estadiaje exclusivamente laparoscópico y eventual plastia vaginal ulterior.
- Laparoscopia para lavados peritoneales, muestreo ganglionar y eventual asistencia a la histerectomía, terminando la intervención por vía vaginal⁶⁻⁸.

La vía vaginal se ha empleado para el tratamiento de pacientes con cáncer de endometrio estadio 1, obesas o con patología médica asociada. Existen series en la literatura en las que se comprueba que los índices de supervivencia a 5 años, en pacientes libres de enfermedad con cáncer de endometrio estadio I tratadas mediante cirugía vaginal, son comparables a los de aquellas que fueron tratadas por vía abdominal⁹.

Un porcentaje considerable (70-80 %) de pacientes con carcinoma de endometrio corresponden a estadio I FIGO, es decir tienen enfermedad confinada al cuerpo uterino. Para este grupo de pacientes la mejor opción terapéutica es la cirugía.

Si la enfermedad está confinada al endometrio, sin afectar la musculatura uterina, el riesgo de que exista enfermedad fuera del útero es muy bajo y la histerectomía, practicada por cualquier vía, parece la mejor opción terapéutica. Además de todo ello, el 80% de pacientes con carcinoma de endometrio G1 tienen enfermedad con afectación superficial del miometrio y, en estas circunstancias, el riesgo de metástasis es bajo³. Las pacientes con grado histológico 2 o 3, con invasión miometrial superior al 50%, o con determinados tipos histológicos desfavorables (seroso papilar, indiferenciado, células claras) sí tienen elevado riesgo metastásico y deben ser

sometidas a muestreo ganglionar. En este grupo de pacientes también es más elevado el riesgo de recaída.

Por lo anteriormente expuesto en la paciente correspondiente al caso clínico número 1, no se realizó ningún tratamiento asociado y se renunció a ampliar el estadiaje quirúrgico dado el bajo riesgo de metástasis.

Por lo que se refiere a la paciente del caso clínico número 2 que sí era tributaria de completar el estadiaje quirúrgico, se desistió de ello debido al elevado riesgo vital (tromboembolismo pulmonar) y se administró radioterapia alternativa.

Tal como se ha indicado ambas pacientes se hallan libres de enfermedad.

Bibliografía

1. Peters WA, Andersen WA, Thornton N, Morley GW. The selective use of vaginal hysterectomy in the management of adenocarcinoma of the endometrium. *Am J Obstet Gynecol* 1983;146:285-91.
2. Bloss JD, Berman ML, Bloss LP, Buller RE. Use of vaginal hysterectomy for the management of stage I endometrial cancer in the medically compromised patient. *Gynecol Oncol* 1991;40:74-7.
3. Disaia PJ, Creasman WT. Adenocarcinoma del útero. En: *Oncología Ginecológica Clínica*. Madrid: Harcourt Brace de España S.A., 1999;135-68.
4. Hernández Alcantara A. Relajación del suelo pélvico y prolapso genital. En: *Tratado de Obstetricia y Ginecología Vol II Ginecología*. J.A. Usandizaga-P. De la Fuente eds. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana, 1998;262-72.
5. Cliby WA, Dodson MK, Podratz KC. Uterine Prolapse complicated by endometrial cancer. *Am J Obstet Gynecol* 1995;172:1675-83.
6. Eltabbakh GH, Shamonki MI, Moody JM, Garafano LL. Laparoscopy as the primary modality for the treatment of women with endometrial carcinoma. *Cancer* 2001; 91:378-87.
7. Manolitsas TP, Maccartney AJ. Total laparoscopic hysterectomy in the management of endometrial carcinoma. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 2002;9:54-62.
8. Holub Z, Jabor A, Bartos P, Eim J, Urbanek S, Pivovarnikova R. Laparoscopic surgery for endometrial cancer: long-term results of a multicentric study. *Eur J Gynaecol Oncol* 2002;23:305-10.
9. Scarselli G, Savino L, Ceccherini R, Barciulli F, Massi GB. Role of vaginal surgery in the 1st stage endometrial cancer. *Eur J Gynaecol Oncol* 1992;13:15-9.