



Sarcoma uterino. Reporte de caso

Águeda Sofía Mortara Gómez,* Rafael González Blanco,* Rosa Arias Loza,** Augusto Sangines Martínez,** Héctor José Manuel Moreno Lara,*** José Gerardo Zertuche Zuani****

RESUMEN

Paciente femenina, de 55 años de edad, atendida en el Nuevo Sanatorio Durango debido a miomatosis uterina y anemia. Se inició el protocolo de estudio para histerectomía, con estudios preoperatorios que reportaron parámetros normales. El ultrasonido transvaginal puso de manifiesto la miomatosis uterina y la hiperplasia endometrial. La biopsia de endometrio demostró hiperplasia endometrial simple, sin atipias. Se programó la histerectomía total abdominal, con salpingooforectomía bilateral. El procedimiento quirúrgico transcurrió con un incidente de desgarro del cuerpo uterino, en el lado derecho, con prolongación al cuello y exteriorización del tejido endometrial. La operación se terminó sin complicaciones. El reporte histopatológico fue de sarcoma del estroma endometrial de alto grado. La atención subsiguiente estuvo a cargo de los médicos del servicio de Oncología, quienes le realizaron 25 sesiones de radio y braquiterapia.

Palabras clave: sarcoma uterino, endometrio, histerectomía, salpingooforectomía, radioterapia, leiomiomatosis.

ABSTRACT

55 years female patient who is sent to the New Hospital Durango management fibroids and anemia, why not start the study protocol for hysterectomy, preoperative presenting within normal parameters, transvaginal ultrasound uterine fibroids and endometrial hyperplasia, biopsy endometrium with endometrial hyperplasia without atypia simple, and is scheduled for total abdominal hysterectomy with bilateral salpingo-oophorectomy. Surgical procedure is performed with the incident of tearing the uterine body on the right side with extension to the neck and externalization of endometrial tissue, the event is completed without complications. Histopathologic endometrial stromal sarcoma of high grade. Management in a row by the oncology department by 25 sessions of radio and brachytherapy.

Key words: uterine sarcoma, endometrial, hysterectomy, salpingo-oophorectomy, radiotherapy, leiomyomatosis.

RÉSUMÉ

55 ans patiente qui est envoyé aux nouveaux fibromes direction de l'hôpital Durango et de l'anémie, pourquoi ne pas commencer le protocole d'étude pour l'hystérectomie, la présentation préopératoire dans les paramètres normaux, les fibromes utérins échographie transvaginale et hyperplasie de l'endomètre, de l'endomètre biopsie avec hyperplasie de l'endomètre sans atypie simples, et est prévue pour une hystérectomie abdominale totale avec salpingo-ovariectomie bilatérale. L'intervention est réalisée avec l'incident de déchirer le corps de l'utérus sur le côté droit avec extension au cou et l'externalisation du tissu endométrial, l'événement est terminé sans complications. Histopathologique sarcome de l'endomètre stromale de haute qualité. Gestion dans une rangée par le département d'oncologie de 25 sessions de la radio et la curiethérapie.

Mots clés: sarcome utérin, de l'endomètre, l'hystérectomie, la salpingo-ovariectomie, la radiothérapie, léiomyomatose.

RESUMO

55 anos de pacientes do sexo feminino que é enviado para o New Hospital miomas gestão Durango e anemia, por que não iniciar o protocolo de estudo para a apresentação de histerectomia, pré-operatório dentro dos parâmetros normais, miomas uterinos ultra-sonografia transvaginal e hiperplasia endometrial, endométrio biópsia com hiperplasia endometrial sem atipia simples, e está prevista para histerectomia abdominal total com salpingo-ooftometomia bilateral. Procedimento cirúrgico é realizado com o incidente de rasgar o corpo uterino no lado direito com extensão para o pescoço e externalização de tecido endometrial, o evento é completada sem intercorrências. Sarcoma endometrial histopatológico estromal de alto grau. Gestão em uma linha pelo departamento de oncologia por 25 sessões de rádio e braquiterapia.

Palavras-chave: sarcoma uterino, endométrio, a histerectomia, salpingo-ooftometomia, radioterapia, leiomiomatose.

Los sarcomas uterinos son tumores de baja frecuencia que representan menos de 1-3% de todos los cánceres del aparato genital femenino y entre 2-6% de todos los cánceres del cuerpo uterino.¹ Los límites de edad de mayor aparición de los sarcomas uterinos son 55 y 65 años. Representan un grupo heterogéneo de neoplasias que se clasifican por histología en orden de frecuencia como: leiomiosarcoma, sarcoma del estroma endometrial y carcinosarcoma o tumor mixto mulleriano.^{2,4} Por grado histológico en tumores de bajo grado que frecuentemente tienen crecimiento intravascular y bordes infiltrantes. A pesar de esto, rara vez dan metástasis y de alto grado que son infiltrantes, con acentuadas atipias nucleares y las metástasis son frecuentes.

La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) los clasifica en:

Estadio I: tumor limitado al útero.

Estadio II: tumor que se extiende a la pelvis.

Estadio III: tumor que invade los tejidos abdominales.

Estadio IV: tumor que invade la vejiga, el recto o ambos, o metástasis a sitios distantes.

El sarcoma del estroma endometrial está constituido por células de escaso citoplasma, núcleo redondeado, ovoideo, y con abundante proliferación vascular.⁸

Los factores pronósticos dependen de la edad de la paciente, estadio, tipo histológico, índice mitótico, invasión del espacio linfovascular y aneuploidía del ADN.^{3,7}

El tratamiento es la histerectomía total abdominal, con salpingo-forectomía bilateral con radioterapia o quimioterapia coadyuvante.¹⁰ Tienen un pronóstico pobre, con supervivencia global, en general, menor de 50% a dos años, incluso en etapas tempranas de la enfermedad.⁴

REPORTE DE CASO

Paciente femenina de 55 años de edad, trabajadora del Sistema de Transporte Colectivo Metro, que llegó en el mes de junio de 2011 al Nuevo Sanatorio Durango debido a miomatosis uterina y anemia. El cuadro clínico se inició con sangrado posmenopáusico de tipo hiperpolimenorrea de diez meses de evolución, mismo que ha condicionado anemia. Durante la exploración física se la encontró con palidez de tegumentos, abdomen con masa pélvica de aproximadamente 15 cm por arriba de la sínfisis del pubis. En la exploración ginecológica se encontró que los genitales estaban hipotróficos, la vagina lisa, el útero con dimensiones de 15x10x15 cm, de bordes irregulares, doloroso a la movilización. El cuello uterino no tenía alteraciones, sólo sangrado escaso. Se inició el protocolo de estudio para la histerectomía.

Sus antecedentes más relevantes fueron: originaria del Distrito Federal y residente del Estado de México, casada, dedicada al hogar. Tabaquismo positivo desde los 17 años de edad hasta la fecha. Etilismo social. Abdominoplastia y herniplastia umbilical en 1991. Transfusión sanguínea al nacimiento, por ictericia. Menarquia a los nueve años, ritmo de 28-30x8 días, dismenorreica. Una pareja sexual, control de la fertilidad con salpingooclásia posparto hace 30 años. La citología cervical practicada en el mes de marzo de 2011 fue negativa clase II. La mastografía realizada en el 2009 reportó: BIRADS 2. Se ha embarazado dos veces y ha parido igual número de veces. La menopausia se estableció en el año 2008. La biometría hemática se reportó con: hemoglobina 8.4 mg/dL, hematocrito 25.7, plaquetas 187,000. La química sanguínea, el examen general de orina y los tiempos de coagulación estuvieron dentro de los parámetros normales. La ultrasonografía transvaginal reportó: miomatosis uterina de medianos elementos intramurales y submucosas, engrosamiento endometrial de 12 mm, sin visualización de los anexos. La urografía excretora informó ligera ectasia. Los sistemas colectores con cambios inflamatorios y no se observó proceso obstructivo.

La biopsia endometrial registró: hiperplasia endometrial simple, sin atipias. Como persistió con hiperpolimenorrea se le administró una dosis de zoladex 3.6 mg y se programó para intervención quirúrgica. La valoración preanestésica fue de riesgo bajo y la prequirúrgica con Goldman II/IV. En agosto del 2011 se hospitalizó para el procedimiento qui-

* Residente de tercer año de Ginecología y Obstetricia.

** Médico adscrito a Ginecología y Obstetricia.

*** Médico patólogo.

**** Jefe de Servicio de Ginecología y Obstetricia.
Centro Hospitalario Nuevo Sanatorio Durango, México, DF.

Recibido: 2 de febrero 2012. Aceptado: 16 de febrero 2012.

Este artículo debe citarse como: Mortara-Gómez AS, González-Blanco R, Arias-Loza R, Sangines-Martínez A, Moreno-Lara HJM, Zertuche-Zuani JG. Sarcoma uterino. Reporte de caso. Ginecol Obstet Mex 2012;80(3):224-227.

rúrgico con diagnóstico de sangrado posmenopáusico, más miomatosis uterina e hiperplasia endometrial, más anemia secundaria. Antes de la operación se le transfundieron dos paquetes globulares. Se intervino con hemoglobina de 12.3 mg/dL. Se le realizó hysterectomía total abdominal más salpingoovorectomía bilateral mediante incisión media infraumbilical. Hubo un desgarro a la altura del ítsmo, del lado derecho, con prolongación al cuello uterino en su porción supravaginal y exteriorización del tejido endometrial. El procedimiento quirúrgico concluyó sin complicaciones, con sangrado de 800 mL. Se le transfundieron dos paquetes globulares: uno transoperatorio y el otro durante el posoperatorio, sin complicaciones.

La paciente evolucionó satisfactoriamente y salió del hospital al segundo día, con hemoglobina de 13.7 mg/dL, hematocrito de 41.5 y 287,000 plaquetas. El reporte histopatológico al quinto día de la cirugía fue de: sarcoma del estroma endometrial de alto grado, de 8 cm de diámetro mayor, situado en la cavidad uterina, con infiltración del 80% de la pared miometrial, con 50% de necrosis tumoral, con extensión al canal endocervical, sin llegar a la serosa, ni a los parametrios, completamente extirpado. Fibrosis nodular subcortical e hiperplasia estromal de ambos ovarios. La paciente fue enviada al servicio de Oncología para continuar su atención; se le programaron 25 sesiones de radioterapia con técnica de caja en acelerador lineal 45 Gy y cuatro aplicaciones de braquiterapia, con un par de colpostatos 600 cGy, cada una a 0.5 cm de la mucosa vaginal. La dosis total fue de 24 Gy en alta tasa de dosis. En la actualidad permanece en seguimiento por parte de los médicos del servicio de Oncología, hasta el momento sin evidencia de enfermedad.

DISCUSIÓN

El sarcoma uterino es un padecimiento muy raro, de diagnóstico difícil y reportado en la mayoría de los casos por estudio anatomico-patológico, con pronóstico malo, incluso en etapas tempranas. El cuadro clínico es similar al de la leiomiomatosis: sangrado vaginal, dolor pélvico y tumor abdominal o pélvico palpable.² En el estudio de Sagae⁷ y colaboradores se menciona que 75% de los sarcomas del estroma endometrial se identifican durante el posoperatorio, en el reporte anatomico-patológico de pacientes intervenidas por leiomiomatosis uterina. En la biología tumoral se ha encontrado relacionado con una

traslocación cromosómica t(7;17) (p15;q21) resultado de la fusión de dos genes porque en cada caso se encuentra un sarcoma del estroma endometrial.⁴ Existen diferentes métodos auxiliares de diagnóstico, como el ultrasonido, la TAC y la resonancia magnética. El estudio más útil para este tumor es la resonancia magnética porque demuestra que los márgenes son irregulares con lesiones nodulares en el margen, extensión nodular miometrial y formación de masas nodulares múltiples.^{4,11} El ultrasonido ofrece mayor especificidad para patología benigna del tracto genital femenino y malformaciones mullerianas^{5,9} y, ocasionalmente, el ultrasonido Doppler ofrece ayuda diagnóstica. Umesaki⁶ y colaboradores encontraron que la tomografía por emisión de positrones es más eficaz para detectar sarcomas uterinos que el ultrasonido Doppler. La biopsia endometrial no ofrece ayuda diagnóstica. En el estudio de Yildirim¹ y colaboradores sólo en 24% de las pacientes se diagnosticó sarcoma uterino. En otras series confirman que la biopsia endometrial preoperatoria tiene un índice de falla de 20 a 75%. El tratamiento siempre es quirúrgico, con hysterectomía total abdominal, salpingoovorectomía bilateral con radioterapia o quimioterapia coadyuvante, o ambas.¹⁰ En la bibliografía se menciona que la supervivencia es de 50% a dos años en pacientes con sarcoma uterino, incluso en etapas tempranas de la enfermedad. Sin embargo, en el estudio de Sharma⁴ y colaboradores se informa que la supervivencia es de 36 meses, sin evidencia de enfermedad en 66% de los casos en los sarcomas del estroma endometrial. En el Nuevo Sanatorio Durango se tiene registro de dos casos de sarcoma uterino, incluido el nuestro en los últimos 10 años, que correspondieron a sarcoma del estroma endometrial.

CONCLUSIÓN

El sarcoma uterino es una neoplasia poco común, de diagnóstico difícil y de mal pronóstico. Por ello, la importancia de realizar estudios de imagen que complementen y diferencien entre patología benigna y maligna uterina para lograr mejor diagnóstico y tratamiento a nuestras pacientes.

REFERENCIAS

1. Yildirim Y, Inal M, et al. Uterine sarcomas: a 10 years experience and a review of the literature. Women's Oncol Rev 2004;4:7-12.

2. Szabo I. Transvaginal color Doppler for assessment of uterine vascularity in cases of uterine fibroids and sarcomas. *Ultrasound Review of Obstetrics and Gynecology* 2003;3:294-299.
3. José Luis C. Sarcomas uterinos: manejo actual. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2005;70(5): 332-339.
4. Sharma D, Rath G. Clinical outcome of patients with uterine sarcomas. *Journal of Cancer Research and Therapeutics* 2011;7:270-274.
5. Acharya S, Hensley M L, et al. Rare Uterine Cancers. *Lancet Oncol* 2005;6:961-971.
6. Umesaki N, Tanaka T, et al. Positron emission tomography with magnetic resonance imaging and power doppler imaging. *Gynecol Oncol* 2011;80:372-377.
7. Sagae S, Yamashita K, et al. Preoperative diagnosis and treatment results in 106 patients with uterine sarcoma in Hokkaido, Japan. *Oncology* 2004;67:33-39.
8. Amant F, Coosemans A, et al. Clinical management of uterine sarcomas. *Lancet Oncol* 2009;10:1188-1198.
9. Alcázar JL, Gálvan R, et al. Transvaginal ultrasound in the diagnosis of uterine pathology. *Expert Rev Obstet Gynecol* 2008;3:753-760.
10. Alvarado FJ, Vega E. Sarcoma uterino. Reporte de caso. *Ginecol Obstet Mex* 2005; 73:54-58.
11. Tamai K, Koyama T, et al. The utility of diffusion-weighted MR imaging for differentiating uterine sarcomas from benign leiomyomas. *Eur Radiol* 2008;18:723-730.
12. McCluggage WG, Cromie AJ, et al. Uterine endometrial stromal sarcoma with smooth muscle and glandular differentiation. *J Clin Pathol* 2001;54:481-483.
13. Thomas A, Agarwal S. Uterine sarcoma: An unusual metastatic site. *Journal of Obstetrics and Gynaecology* 1999;19:90.
14. Takeuchi M, Matsuzaki K, et al. Pathologies of the uterine endometrial cavity usual and unusual manifestations and pitfalls on magnetic resonance imaging. *Eur Radiol* 2005;15:2244-2255.