



# Carcinoma primario de peritoneo. Reporte de un caso y revisión de la bibliografía

## RESUMEN

El carcinoma primario de peritoneo es un tumor excepcional que se origina en el peritoneo pélvico y abdominal. Se cree que proviene de un sistema mülleriano secundario que desencadena el inicio de un carcinoma primario similar al carcinoma papilar seroso del ovario en su aspecto histológico, diseminación, tratamiento y pronóstico. Su compleja forma de presentación dificulta la diferenciación con un tumor primario de ovario, que casi siempre aparece con características de ascitis, elevación importante del antígeno CA 125 y la tomografía sugiere carcinomatosis peritoneal. En este reporte se expone el caso de una paciente de 39 años de edad, con diagnóstico prequirúrgico concordante con un tumor epitelial del ovario, que se descartó en el procedimiento quirúrgico. La causa del tumor se confirmó en el peritoneo visceral de sigmoides.

**Palabras clave:** peritoneo, carcinoma primario de peritoneo, carcinoma, carcinoma papilar seroso, carcinomatosis peritoneal, cáncer de ovario.

José María Togo Peraza<sup>1</sup>  
Jesús Iván Gómez Pinto<sup>1</sup>  
Luis Roberto Togo Osuna<sup>2</sup>  
José de Jesús Montoya Romero<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Ginecólogo-oncólogo, Centro Oncológico del Pacífico.

<sup>2</sup> Ginecoobstetra.  
Central Médica Quirúrgica, Mazatlán Sinaloa.

## Primary carcinoma of the peritoneum. Case report and literature review

### ABSTRACT

Peritoneal primary carcinoma is an unusual tumor originated on the pelvic and abdominal peritoneal surface. It is believed that it originates from a secondary müllerian system giving place to a peritoneal primary carcinoma very similar to the epithelial ovarian cancer in its clinical presentation, histological aspect, spread pattern and its treatment and prognosis. Its complex clinical presentation difficult the differentiation from an epithelial tumors from the ovary. Both tumors present ascitis, elevated CA 125 and signs of peritoneal carcinomatosis on the tomographic images. In this report is exposed the case of a 39 years old women with a pre-surgical diagnosis of primary carcinoma of the ovarian, which was discarded during surgery founding that the primary tumor was on the peritoneal surface of the descending colon.

**Key words:** Peritoneum, primary peritoneal carcinoma, carcinoma, papillary serous carcinoma, peritoneal carcinomatosis of ovarian cancer.

Recibido: 11 de noviembre 2013

Aceptado: 27 de marzo 2014

### Correspondencia

Dr. José María Togo P  
Avenida Ejército Mexicano 2207  
82010 Mazatlán, Sinaloa, México  
drjosestogo@hotmail.com

### Este artículo debe citarse como

Togo-Peraza JM, Gómez-Pinto JI, Togo-Osuna LR, Montoya-Romero JJ. Carcinoma de peritoneo. Reporte de un caso y revisión de la bibliografía. Ginecol Obstet Mex 2014;82:344-349.



## ANTECEDENTES

El carcinoma primario de peritoneo es un tumor excepcional que se origina en el peritoneo pélvico y abdominal, o en un sistema mülleriano secundario. El mesotelio del peritoneo y el epitelio germinal del ovario tienen el mismo origen embriológico, por eso el peritoneo puede retener la multipotencialidad del sistema mülleriano y permitir el surgimiento de un carcinoma primario que es similar en aspecto histológico, diseminación, tratamiento y pronóstico al carcinoma papilar seroso del ovario.<sup>1</sup>

Solo con hallazgos clínicos e imagenológicos es imposible distinguir un carcinoma primario de peritoneo, del carcinoma papilar seroso del ovario. Aquél se caracteriza por carcinomatosis peritoneal sin o con mínima afectación de los ovarios y sin tumor primario identificable.

Los síntomas más comunes del carcinoma primario de peritoneo son: malestar abdominal, dolor y distensión debidos al daño peritoneal difuso. El hallazgo más común es la ascitis, reportada en 85% de los casos.<sup>2</sup>

## CASO CLÍNICO

Paciente de 39 años de edad, con antecedentes de alcoholismo y tabaquismo ocasional. Una abuela falleció a consecuencia de cáncer renal; sin antecedentes quirúrgicos. Menarquia a los 13 años, ciclos regulares con anticoncepción oral combinada desde hacía nueve años, dos embarazos y dos partos, con lactancia en ambos casos.

La paciente acudió a consulta debido al dolor y distensión abdominal de 20 días de evolución, que fueron en aumento; además, estreñimiento y poliuria y, en los últimos tres días, disnea discreta al decúbito dorsal. El antígeno CA 125 se reportó en 3030 U/mL. A la exploración física la

paciente se encontró con palidez leve de la piel y tegumentos, y el cuello sin nódulos palpables; campos pulmonares limpios y ventilados sin evidencia de síndrome de condensación o derrame pleural. El abdomen estaba globoso a expensas de líquido ascítico. No se palparon viceromegalias ni se encontraron datos que sugirieran abdomen agudo; en la palpación superficial no fue posible identificar un tumor dominante. En la exploración vaginal los genitales externos se encontraron sin lesiones aparentes, el cuello uterino eutrófico, sin evidencia de lesión. El Papanicolau se reportó sin anomalías.

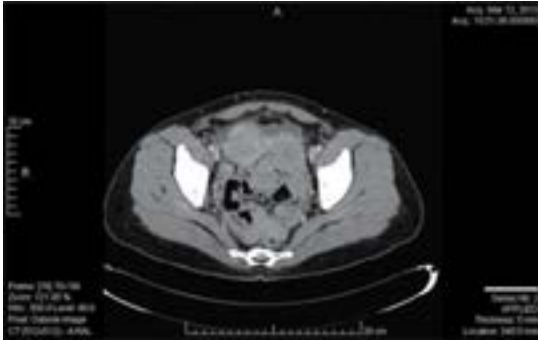
Durante el tacto vaginal bimanual fue difícil delimitar los bordes del útero por la cantidad de líquido ascítico y por la palpación de una masa en la fosa iliaca izquierda de difícil limitación. En el tacto rectal no se percibieron lesiones en la luz intestinal.

La TAC de abdomen y pelvis mostró imágenes compatibles con un tumor sólido en el ovario izquierdo, ascitis abundante y señales de infiltración hacia el recto-sigmoides y omento. (Figuras 1, 2 y 3)

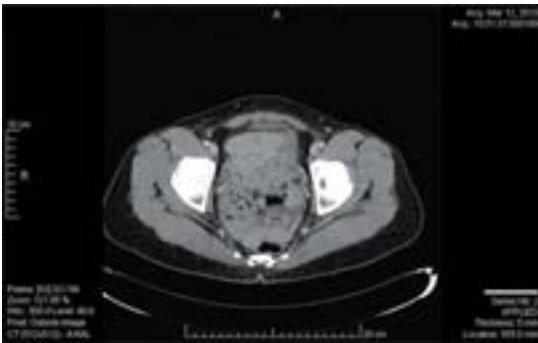
La radiografía de tórax, las pruebas de función hepática y la fosfatasa alcalina no reportaron



**Figura 1.** Tumor anexial izquierdo de 80.5 x 67.8 mm adherido al útero, de aspecto sólido.



**Figura 2.** Gran actividad tumoral en la región pélvica con afectación al útero, ovarios y recto sigmoides.



**Figura 3.** Tumor ovárico izquierdo que involucra el espacio útero–rectal. Desplaza al recto pero sin disminuir su luz ni infiltración a su cavidad.

anormalidades. La primera posibilidad diagnóstica fue: carcinoma epitelial del ovario izquierdo.

Durante la laparotomía exploradora se encontraron 4.5 litros de líquido ascítico. Luego de un análisis exhaustivo se concluye que el tumor era citorreducibile, por eso se extendió la incisión desde el pubis hasta el apéndice xifoides. Los principales hallazgos fueron: infiltración masiva al omento, carcinomatosis peritoneal desde ambas fosas pélvicas hasta ambos hemidiafragmas. El tumor principal estaba en el rectosigmoides y

medía aproximadamente 15 cm, con infiltración hasta su capa muscular. El útero tenía implantes tumorales y los ovarios eran de tamaño normal, se concluyó que se trataba de un tumor primario de peritoneo, con un índice de carcinomatosis de 21.

La cirugía citorreductora consistió en exantelación pélvica posterior modificada (resección anterior baja). Se conservaron 5 cm distales del recto; omentectomía supra e infra cólica, apendicectomía y destrucción de todos los implantes visibles cercanos al íleon distal con láser argón. Se retiraron las adenopatías sospechosas y los implantes del peritoneo de mayor tamaño y los menores de 1 cm se evaporaron con láser argón.

El estudio histopatológico reportó carcinoma papilar seroso poco diferenciado primario de peritoneo. El útero y ovario izquierdo sólo tenían implantes tumorales en la superficie.

El periodo postquirúrgico transcurrió sin problemas, con tratamiento con clindamicina y ceftriaxona. Salió del hospital cinco días después sin complicaciones mediatas.

La paciente recibió seis ciclos de quimioterapia con carboplatino y paclitaxel, sin complicaciones. Al terminar el esquema completo de quimioterapia la determinación sérica del antígeno CA 125 fue de 11.39 U/mL.

Debido al alto riesgo de recurrencia de este tipo de tumores se le realizó peritonectomía e HIPEC, en el Instituto Jalisciense de Cancerología. El procedimiento se realizó sin complicaciones y salió del hospital 10 días después.

En la actualidad, a dos meses de la intervención quirúrgica la paciente permanece con buen estado general, con concentraciones séricas de antígeno CA 125 de 15.26 U/mL y en franca recuperación.



## DISCUSIÓN

El carcinoma primario de peritoneo es poco frecuente y su tratamiento se fundamenta en las mismas normas que el carcinoma epitelial de ovario. En el caso aquí reportado sobresalieron: la edad de la paciente, que es menor que la que se reporta en la bibliografía y la ausencia de factores de riesgo aparentes. Hasta ahora, sólo se han reportado 10 casos de invasión al colon por carcinoma primario de peritoneo.<sup>3,4</sup>

El diagnóstico diferencial de carcinoma primario de peritoneo incluye: mesotelioma maligno de peritoneo y carcinomatosis peritoneal metastásica. Los hallazgos imagenológicos de carcinoma primario de peritoneo tienen gran parecido con los del carcinoma papilar seroso del ovario e incluyen ascitis y nódulos peritoneales focales o difusos. El tamaño de los ovarios suele ser normal, aun a pesar de implantes en la superficie de los ovarios. En el omento pueden apreciarse imágenes que varían desde cordones de infiltración hasta grandes masas; puede apreciarse, además, engrosamiento nodular irregular del peritoneo.<sup>5,6</sup>

La evaluación preoperatoria suele mostrar elevación de las concentraciones séricas del antígeno CA 125, dato consistente con los hallazgos de la paciente. Sin embargo, esto no es un elemento diagnóstico porque no es un antígeno tumor-específico y se encuentra elevado en 1% de controles sanos, en pacientes en el primer trimestre del embarazo, cirrosis hepática, endometriosis o procesos infecciosos como tuberculosis y pancreatitis y en 40% de quienes tienen enfermedad maligna abdominal avanzada de origen no ovárico.<sup>7,8,9</sup>

Para el diagnóstico de carcinoma primario de peritoneo se requieren los siguientes criterios:

### Criterios del GOG (Gynecology Oncology Group) para diagnóstico de carcinoma primario de peritoneo

1. Ambos ovarios deben tener tamaño normal y si están aumentados puede ser por algún proceso benigno.
2. Los sitios de afectación extraovárica deben ser mayores que la afectación de la superficie de ambos ovarios.
3. Microscópicamente el componente ovárico debe ser:
  - a) Inexistente
  - b) Confinado al epitelio de la superficie ovárica sin evidencia de invasión cortical
  - c) La superficie ovárica y cortical abarcada por un tumor menor de 5 x 5 mm
  - d) Tumor menor de 5 x 5 mm dentro del ovario, con o sin enfermedad en la superficie
4. Las características histológicas y citológicas del tumor deben ser, predominantemente, de tipo seroso y similares o idénticas a algún grado de carcinoma papilar seroso del ovario.

El mesotelioma maligno de peritoneo es idéntico al carcinoma primario de peritoneo y al carcinoma papilar seroso del ovario; sin embargo, el mesotelioma maligno de peritoneo es resistente a la quimioterapia y radioterapia, por eso el diagnóstico específico de este tipo de padecimientos es decisivo.<sup>10</sup>

Los marcadores para mesotelioma: calretinina, podoplanina y D2-40 son los mejores para propósitos diagnósticos.<sup>11,12</sup> Además, la expresión de receptores estrogénicos en el carcinoma primario de peritoneo y en el carcinoma papilar seroso del ovario, pero no en el mesotelioma maligno de peritoneo, es muy útil para discriminar entre estas enfermedades.<sup>13</sup>

Las mutaciones en los genes BRCA1 y BRCA2 se asocian con cáncer de mama y ovario hereditario. La prevalencia de mutación del gen BRCA1 en la población general está entre 0.07 y 0.24% y entre 0.14 y 0.22% para BRCA2.<sup>14,15</sup> En pacientes con mutaciones de BRCA1 y BRCA2 el riesgo de carcinoma primario de peritoneo se incrementa de 1.3 a 20%.

El tratamiento convencional del carcinoma primario de peritoneo es similar al del carcinoma papilar seroso del ovario e incluye histerectomía total abdominal, salpingo-ooforectomía bilateral, linfadenectomía pélvica y paraórtica y citorreducción radical seguida de quimioterapia combinada (platino y taxanos). El objetivo principal de este procedimiento es la citorreducción máxima, en el caso aquí comunicado se logró una citorreducción óptima que incrementó notablemente la supervivencia de la paciente, a pesar de que el pronóstico es sombrío.

La media de supervivencia en estos casos va de 0 a 26% a cinco años con una media de supervivencia de 7 a 27.8 meses, el punto fundamental es el grado de citorreducción en la paciente y la posibilidad que estas pacientes puedan tratarse con peritonectomía y HIPEC.

## CONCLUSIÓN

Diferenciar un tumor primario de peritoneo de un tumor primario de ovario es difícil antes de la cirugía; por lo tanto, en las pacientes con indicios clínicos y radiológicos similares a los aquí señalados debe pensarse en una posibilidad diagnóstica previa a la intervención quirúrgica y establecer una comunicación estrecha con el patólogo porque la evidencia patológica de ausencia de tumor primario en el ovario es la piedra angular del diagnóstico definitivo, a pesar de que el tratamiento siga los mismos esquemas que los del tumor epitelial de ovario.

Llamaron particularmente nuestra atención que la paciente era premenopáusica de 39 años de edad, sin factores de riesgo aparente e, incluso, que tomó anticonceptivos orales durante nueve años (factor protector). La edad media de este tumor es entre la sexta y séptima décadas de la vida. Es indispensable la coordinación con el patólogo porque la evidencia patológica es la piedra angular del diagnóstico definitivo, a pesar de que siga los mismos esquemas del tumor epitelial de ovario.

## REFERENCIAS

1. Bloss JD, Liao SY, Buller RE, et al. Extraovarian peritoneal serous papillary carcinoma: a case-control retrospective comparison to papillary adenocarcinoma of the ovary. *Gynecol Oncol* 1993;50:347-351.
2. Eltabbakh GH, Piver MS. *Oncology*. 12ª ed. Washington: Williston Park, 1998; 813-819.
3. Tsujimura T, Takeda M, Terada N, Uramoto H. Two cases peritoneal serous papillary adenocarcinoma. *Acta Pathol Jpn* 1991;41:642-646.
4. Von Riedenauer WB, Janjua SA, Kwon DS, Zhang Z, Velanovich V. Immunohistochemical identification of primary peritoneal serous cystadenocarcinoma mimicking advanced colorectal carcinoma: a case report. *J Med Case Rep* 2007;1:150.
5. Zissin R, Hertz M, Shapiro-Feinberg M, Bernheim J, Altaras M, Fishman A. Primary serous papillary carcinoma of the peritoneum: CT findings. *Clin Radiol* 2001;9:740-745.
6. Chopra S, Laurie LR, Chintapalli KN, Valente PT, Dodd GD. Primary papillaryserous carcinoma of the peritoneum: CT pathologic correlation. *J Comput Assist Tomogr* 2000;24:395-399.
7. Zanaboni F, Vergadoro F, Presti M, Gallotti P, et al. Tumor antigen Ca 125 as a marker of ovarian epithelial carcinoma. *Gynecol Oncol* 1987;28:61-67.
8. Barutcu O, Erel HE, Saygili E, Yildirim T, Torun D. Abdominopelvic tuberculosis simulating disseminated ovarian carcinoma with elevated Ca-125 level: Abdom Imaging 2002;4:465-470.
9. Kebapci M, Vardareli E, Adapinar B, Acikalin M. CT findings and serum Ca-125 levels in malignant peritoneal mesothelioma: report. *Eur Radiol* 2003;12:2620-2626.
10. Loggie BW. Malignant peritoneal mesothelioma. *Curr Treat Options* 2001;2:395-399.
11. Ordóñez, NG. Immunohistochemical diagnosis of epithelioid mesothelioma: an update. *Arch Pathol Lab Med* 2005;129:1407-1414.



12. Ordonez, NG. The diagnostic utility of immunohistochemistry and electron microscopy in distinguishing between. *Mod Pathol* 2006;19:34-48.
13. Barnetson RJ, Burnett RA, Downie I, Harper CM, Roberts F. Immunohistochemical analysis of peritoneal mesothelioma and primary and secondary serous. *Am J Clin Pathol* 2006;125:67-76.
14. Anonymous. Prevalence and penetrance of BRCA1 and BRCA2 mutations in a population-based series of breast. *Br J Cancer* 2000;83:1301-1310.
15. Whittemore AS, Gong G, John EM, McGuire V, et al. Prevalence of BRCA1 mutations carriers among non-Hispanic Whites. *Cancer Epidemiol Biomarkers* 2004;13:2078-2083.