Caso clínico
Ginecol Obstet Mex. 2020; 88 (11): 815-819.

Cáncer de ovario endometrioide asociado con útero didelfo: reporte de un caso

Endometroid ovarian carcinoma associated to uterus didelphys, case reported.

Victor Edmundo Valdespino-Castillo,[1] Juan Landa-Mejía,[2] Germán Maytorena-Córdova,[3] Yazmín Ballesteros-Montenegro,[4] Giselle Zavala-Ramírez,[5] Victor Valdespino-Gómez[6]

Resumen

ANTECEDENTES: Las malformaciones müllerianas aparecen en 0.5-5%, incluso más, de la población de estudio, y el cáncer endometrioide representa 10% de todos los tumores malignos del ovario.

CASO CLÍNICO: Paciente de 45 años, con dolor abdominal-pélvico crónico, asociado con elevadas concentraciones de Ca-125 (94 U). En los estudios de extensión, la radiografía reportó: útero didelfo y un tumor sólido en el ovario. El tratamiento consistió en resección de la lesión del ovario derecho. El reporte de histopatología fue: carcinoma endometrioide grado 2 (IC2), moderadamente diferenciado. El protocolo de quimioterapia coadyuvante incluyó 6 ciclos con carboplatino y paclitaxel, con buena tolerancia. Hoy día la paciente permanece libre de enfermedad y en vigilancia periódica.

CONCLUSIONES: El diagnóstico de malformaciones müllerianas se establece por amenorrea en pacientes jóvenes y falla para lograr un embarazo de término en mujeres adultas. La asociación entre neoplasia maligna del ovario e hiperplasia endometrial en ambas cavidades uterinas y malformaciones ginecológicas se ha reportado muy poco en la bibliografía.

PALABRAS CLAVE: Malformaciones müllerianas; cáncer de ovario; dolor pélvico; radiografía; útero; tumor de ovario; carcinoma endometrioide grado 2; quimioterapia coadyuvante; carboplatino; paclitaxel; amenorrea; embarazo; hiperplasia endometrioide.

Abstract

BACKGROUND: Müllerian abnormalities are between 0.5 and 5% depends on the population in a clinical trial, and endometroid ovarian cancer is 10% of all ovarian cancers.

CLINICAL CASE: A 45-year-old patient with chronic abdominal-pelvic pain associated with high concentrations of Ca-125 (94 U). In the extension studies, the radiography reported: uterus didelphys and a solid ovarian tumor. Treatment consisted of resection of the lesion of the right ovary. The histopathology report was: endometrioid carcinoma grade 2 (IC2), moderately differentiated. The adjuvant chemotherapy protocol included 6 cycles of carboplatin and paclitaxel, with good tolerance. Today the patient is disease free and under regular surveillance.

CONCLUSIONS: The diagnosis of Müllerian malformations is established by amenorrhea in young patients and failure to achieve a full-term pregnancy in adult women. The association between ovarian malignancy and endometrial hyperplasia in both uterine cavities and gynecological malformations has been very little reported in the literature.

KEYWORDS: Müllerian abnormalities; Ovarian cancer; Pelvic pain; Radiography; Uterus; Ovarian tumor; Endometrioid carcinoma grade; Adjuvant chemotherapy; Carboplatin; Paclitaxel; Amenorrhea; Pregnancy; Endometrial hyperplasia.

[1] Coordinador clínico del servicio de Cirugía, Hospital General de Zona 1 (IMSS), Campeche, Campeche.
[2] Gineco-oncólogo, Hospital General de Zona 33, Bahía de Banderas, Nayarit.
[3] Jefe del servicio de Oncología, Hospital de Ginecoobstetricia 4 Luis Castelazo Ayala (IMSS), Ciudad de México.
[4] Gineco-oncóloga, Hospital General de Zona 6 (IMSS), Monterrey, Nuevo León.
[5] Gineco-oncóloga, Hospital de Ginecoobstetricia 4 Luis Castelazo Ayala (IMSS), Ciudad de México.
[6] Academia Nacional de Cirugía.

Recibido: mayo 2020

Aceptado: junio 2020

Correspondencia
Víctor Edmundo Valdespino Castillo
edvaldespinocg@yahoo.com

Este artículo debe citarse como
Valdespino-Castillo VE, Landa-Mejia J, Maytorena-Córdova G, Ballesteros-Montenegro Y, Zavala-Ramírez G, Valdespino-Gómez V. Cáncer de ovario endometrioide asociado con útero didelfo: reporte de un caso. Ginecol Obstet Mex. 2020; 88 (11): 815-819.
https://doi.org/10.24245/gom.v88i11.4289

ANTECEDENTES

El cáncer de ovario asociado con alguna malformación mülleriana se ha reportado poco en la bibliografía mundial. Las malformaciones müllerianas asociadas con enfermedades malignas son poco frecuentes, se diagnostican durante los estudios de extensión, al momento de evaluar la neoplasia o por fallas en llevar el embarazo a término.

Las malformaciones müllerianas suelen especificarse con bastante precisión, mediante un sistema de clasificación aprobado para su identificación. Este tipo de malformaciones aparece en aproximadamente 0.5 a 5%, según la población de estudio.

Los escenarios clínicos de las malformaciones müllerianas son diversos y las anomalías anatómicas obstructivas reproductivas suelen provocar amenorrea progresiva y dolor en las adolescentes, e infertilidad, aborto y abortos de repetición en mujeres adultas.

El cáncer de ovario es la cuarta neoplasia ginecológica más frecuente. En 2019 se reportaron 295,414 casos y la muerte de 184,799 pacientes.[2]

El cáncer de ovario epitelial es un grupo heterogéneo de enfermedades o subtipos histopatológicos que difieren en su origen, patogénesis, características moleculares y genéticas, y pronóstico.[3]

Los tumores malignos de ovario, o carcinomas, están compuestos por cinco principales subtipos histopatológicos: serosos de alto grado (70%), endometrioides (10%), células claras (10%), mucinosos (3%) y serosos de bajo grado (5%).[4]

CASO CLÍNICO

Paciente de 45 años, sin antecedentes familiares de cáncer, con diabetes tipo 2 diagnosticada hacía 8 años. Entre sus antecedentes gineco-obstétricos refirió: 1 embarazo a los 39 años (no ameritó técnicas asistidas para lograr el embarazo), 1 cesárea y 1 aborto; hasta el momento de redactar este reporte no se había diagnosticado la malformación mülleriana. Índice de masa corporal de 29.

La paciente inició con dolor abdominal-pélvico crónico, asociado con elevadas concentraciones de Ca-125 (94 U). En los estudios de extensión, la radiografía reportó: útero didelfo y un tumor sólido de ovario. Se programó para laparotomía exploradora, con estudio transoperatorio del tumor de ovario; se resecó la lesión del ovario derecho y se envió a estudio histopatológico con reporte de carcinoma endometrioide. Se estableció la estadificación quirúrgica completa con salpingooforectomía contralateral, histerectomía Querlow-Morrow A, linfadenectomía sistemática pélvica, retroperitoneal, omentectomía e histerectomía y lavado peritoneal. La paciente fue dada de alta del hospital al siguiente día del procedimiento quirúrgico, sin complicaciones. Tres semanas después, el reporte de histopatología estableció el diagnóstico definitivo de carcinoma endometrioide grado 2; útero didelfo en ambos cuerpos uterinos, hiperplasia endometrial, anexo contralateral sin alteraciones, 9 ganglios pélvicos derechos y 9 izquierdos negativos a metástasis; 12 ganglios retroperitoneales negativos a metástasis; omentectomía sin tumor demostrable, y lavado peritoneal negativo para células malignas. La lesión se estadificó de modo quirúrgico en IC2, carcinoma endometrioide moderadamente diferenciado.

El tratamiento consistió en 6 ciclos de quimioterapia coadyuvante, con carboplatino y paclitaxel, con buena tolerancia. En la actualidad, la paciente permanece libre de enfermedad (11 meses después del diagnóstico) y en vigilancia, sin manifestaciones clínicas adicionales. **Figuras 1 a 3**

https://doi.org/10.24245/gom.v88i11.4289



Figura 1. Malformación mülleriana, con útero didelfo y doble cuello uterino.



Figura 2. Dos cavidades uterinas y doble cuello.

DISCUSIÓN

Las malformaciones müllerianas aparecen en 0.5 a 5%, dependiendo de la población de estudio



Figura 3. Doble cuello y ovario contralateral negativo a neoplasia.

(incluso se ha estimado una cifra de 16.7%). La clasificación más completa y validada en el área de Ginecología y Obstetricia es la de VCAUM, que describe gran variabilidad de posibilidades de las deformaciones.[5]

La asociación entre neoplasia maligna de ovario y malformaciones müllerianas se ha reportado muy poco en la bibliografía internacional y nacional. Las malformaciones müllerianas se acompañan de anormalidades del conducto urinario y, en ocasiones, deformidades musculoesqueléticas, con ovarios funcionales y genitales externos normales. No obstante, en la paciente de este estudio no se encontraron alteraciones en la morfología renal o musculoesqueléticas.

Las malformaciones uterinas se han evaluado ampliamente en el ámbito ginecoobstétrico, pero muy poco en el oncológico.[6] Entre las malformaciones müllerianas se ha dado mayor

importancia al útero didelfo, como en el caso aquí reportado, asociado con tumores de ovario de tipo germinal.[7] Es poco frecuente el reporte de tumores epiteliales.[7]

El Hospital de Ginecoobstetricia 4 Luis Castelazo Ayala es una institución de alta concentración, que atiende a pacientes de forma oportuna en los servicios de Oncología y Ginecología. Los tumores malignos de ovario suelen diagnosticarse en etapa temprana en 50% de los casos totales, lo que representa un factor decisivo en el pronóstico de supervivencia. En la paciente de este estudio se efectuó la estadificación quirúrgica-patológica completa, que demostró una etapa IC2.

Bae y su grupo[8] reportaron un carcinoma seroso asociado con ovario supernumerario en una paciente con síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser; el tumor fue de tipo seroso de alto grado y se practicó cirugía citorreductora. Los ovarios sanos no mostraron alteraciones histopatológicas; el tratamiento de los ovarios supernumerarios consistió en citorredución y quimioterapia; la citorreducción implicó exenteración pélvica, para lograr el tratamiento óptimo.[8]

Barik y sus colaboradores[9] informaron un caso de adenocarcinoma mucinoso bien diferenciado con estadificación quirúrgica completa en dos tiempos, en una paciente con ovarios supernumerarios. El dolor abdominal crónico y el tamaño del tumor (25 x 25 x 20) fueron factores importantes para establecer el tratamiento quirúrgico y el diagnóstico.[9]

No existe relación causa-efecto demostrada entre las malformaciones müllerianas y el riesgo de cáncer ginecológico; sin embargo, algunos estudios demuestran esta asociación, sobre todo en pacientes con cáncer de endometrio.[10]

La malformación mülleriana de nuestra paciente correspondió a útero bicorne completo (IVA) asociado con C1; es decir, duplicación del cuello y carcinoma endometrioide grado 2 de ovario, IC2.[5,11]

Las neoplasias ginecológicas sincrónicas más frecuentes incluyen la asociación ovario-endometrio, de tipo endometrioide. Este tipo de tumores simultáneos aparece una década, incluso antes de la manifestación clínica habitual, en pacientes con cáncer aislado endometrial o de ovario, como en la paciente de este estudio (45 años). La paciente del caso tuvo cáncer endometrioide de ovario y la lesión premaligna previa al carcinoma (hiperplasia compleja) fue similar a la serie de Lim y sus coautores,[12] sin evolucionar a carcinoma. El factor predisponente para estas lesiones sincrónicas es la sobrestimulación estrogénica en el sistema mülleriano extendido o secundario.[12,13] Sin embargo, en la paciente del caso no evolucionó a cáncer de endometrio, pero sí a la lesión precursora.

La estadificación quirúrgica completa es obligatoria, sobre todo en pacientes con malformación mülleriana asociada con cáncer ginecológico, pues es probable que las vías linfáticas muestren anomalías locales o regionales y la falta de todos los elementos implicados en la estadificación puede suponer una etapa aparentemente temprana; no obstante, Vázquez y sus colaboradores efectuaron solo histerectomía con anexectomía bilateral.[14] Las manifestaciones clínicas tempranas de cáncer epitelial de ovario son excepcionales (25%), quizá debido al envío temprano de las pacientes al servicio de Oncología ginecológica y los recursos diagnósticos de las instituciones médicas.[15,16]

CONCLUSIONES

Las malformaciones müllerianas asociadas con neoplasias malignas son poco frecuentes. El

https://doi.org/10.24245/gom.v88i11.4289

diagnóstico de malformaciones müllerianas se establece por amenorrea en pacientes jóvenes y falla para lograr un embarazo de término en mujeres adultas. La asociación entre neoplasia maligna de ovario e hiperplasia endometrial en ambas cavidades uterinas y malformaciones ginecológicas se ha reportado muy poco en la bibliografía.

REFERENCIAS

1. Dietrich JE, et al. Obstructive reproductive tract anomalies. J Pediatr Adolesc Gynecol 2014; 27 (6): 396-402. Doi: 10.1016/j.jpag.2014.09.001
2. The Global Cancer Observatory. Ovary. Globocan 2019. https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/25-Ovary-fact-sheet.pdf
3. Reid BM, et al. Epidemiology of ovarian cancer: a review TA. Cancer Biol Med. 2017; 14 (1): 9-32. doi: 10.20892/j.issn.2095-3941.2016.0084
4. Prat J. Ovarian carcinomas: five distinct diseases with different origins, genetic alterations, and clinicopathological features. Virchows Arch 2012; 460 (3): 237-249. doi: 10.1007/s00428-012-1203-5.
5. Jáuregui-Meléndrez RA, et al. Estado actual de la clasificación, diagnóstico y tratamiento de las malformaciones müllerianas. Ginecol Obstet Mex 2013; 81: 34-46. https://ginecologiayobstetricia.org.mx/secciones/articulos-de-revision/estado-actual-de-la-clasificacion-diagnostico-y-tratamiento-de-las-malformaciones-mullerianas/
6. Nahum GG. Uterine anomalies. How common are they, and what is their distribution among subtypes? J Reprod Med 1998; 43 (10): 877-87. http://europepmc.org/article/med/9800671
7. Kim H, et al.Ovarian dysgerminoma with Müllerian anomaly: a case report. Obstet Gynecol Sci 2020; 63 (1): 98-101. doi: 10.5468/ogs.2020.63.1.98
8. Bae HS, et al. Cancer of the supernumerary ovary in Mayer Rokitansky- Küster- Hauser Syndrome: A case report. Oncology Letters 2013: 5; 598-600. doi: 10.3892/ol.2012.1073
9. Barik S, et al. Adenocarcinoma of the supernumerary ovary. Int J Gynecol Obstet 1990; 34 (1): 75-77. https://doi.org/10.1016/0020-7292(91)90543-E
10. Dane C, et al. A single horn endometrial carcinoma of a uterus bicornis unicollis. J Gynecol Oncol 2009; 20 (3): 195-197. doi: 10.3802/jgo.2009.20.3.195
11. American Joint Committee on Cancer. Cancer Staging Manual. 8th Ed. New York: Springer, 2016.
12. Lim YK, et al. Survival outcome of women with synchronous cancers of endometrium and ovary: a 10 year retrospective cohort study. J Gynecol Oncol 2011; 22 (4): 239-243. doi: 10.3802/jgo.2011.22.4.239
13. Gutierrez PL, et al. Tumores triple sincrónicos ginecológicos. Cir y Cir 2016; 84 (1): 69-72. https://doi.org/10.1016/j.circir.2015.06.015
14. Vazquez CF, et al. Adenocarcinoma de endometrio en útero septo: utilidad de la histeroscopia en el diagnóstico. Prog Obstet Ginecol 2006; 49 (7): 398-400. doi: 10.1016/S0304-5013(06)72625-5
15. Gede BI, et al. Ovarian cancer: Pathogenesis and current recommendations for prophylactic surgery. J Turk Ger Gynecol Assoc 2019; 20 (1): 47-54. doi: 10.4274/jtgga.galenos.2018.2018.0119
16. Singh A, et al. Epigenetic biomarkers in the management of ovarian cancer: Current prospectives. Front Cell Dev Biol 2019; 7: 182. doi: 10.3389/fcell.2019.00182

Puntaje para mantener la vigencia

El Consejo Mexicano de Ginecología y Obstetricia otorga puntos para la vigencia de la certificación a los ginecoobstetras que envíen, a la página web del Consejo, un comentario crítico de un artículo publicado en la revista Ginecología y Obstetricia de México. El comentario deberá tener mínimo 150 y máximo 500 palabras.