

SARCOMA DEL ESTROMA ENDOMETRIAL ASOCIADO A CÁNCER DE OVARIO, A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

ENDOMETRIAL STROMAL SARCOMA ASSOCIATED WITH OVARIAN CANCER IN A CLINICAL CASE

AUTORES: MICAELA MEJALELATY****, MERCEDES LINCUEZ***, IRENE S. LONGO** , NOELIA GOMEZ**
SANTIAGO R. BOVALINA TECELAN*

LUGAR DE TRABAJO: SERVICIO DE GINECOLOGÍA, HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS CARLOS G. DURAND, AV. DÍAZ VÉLEZ
5044, C1405DCS CABA

*JEFE DE SERVICIO GINECOLOGÍA

**MÉDICA DE PLANTA SERVICIO DE GINECOLOGÍA

***JEFA DE RESIDENTES SERVICIO DE GINECOLOGÍA

****MÉDICO RESIDENTE SERVICIO DE GINECOLOGÍA



Abstract:

INTRODUCTION: The simultaneous presence of endometrial and ovarian neoplasia is called synchronous endometrial and ovarian cancer (SEOC). It accounts for 2% of gynecological cancers.

Prognostic factors include histopathological characteristics, CA125 levels, and the stage of endometrial carcinoma. Surgical intervention is the treatment of choice, and the adjuvant use of chemotherapy and radiotherapy is still under review.

OBJECTIVE: Description of the clinical case of a patient diagnosed with endometrial stromal sarcoma associated with ovarian serous carcinoma.

CASE REPORT: Menopausal patient with metrorrhagia. Upon examination formation that protrudes through the cervix. The uterus was umbilical with a flattened cervix, and the annexes were not delimited. Ultrasound revealed: uterus with a cavity occupied by 52mm heterogeneous material, negative Doppler. Right annex 40x20mm negative Doppler CA 125 203. CT: heterogeneous uterus, with thickened walls, thickened and heterogeneous endometrium displaced due to fluid. Exophytic endometrial formation measuring 39x36mm. Heterogeneous right annex, with abnormal enhancement, ascites. Anxohysterectomy, peritoneal cytology, and omental biopsy were performed revealing no particularities in the adnexa, a 12 x 8 cm uterus with necrotic material in the vagina, and no palpable lymphadenopathy or metastasis. Pathological findings showed high-grade endometrial stromal sarcoma that infiltrates more than 50% of the myometrial thickness. The left ovary exhibited infiltration by high-grade serous carcinoma. Ascitic fluid was negative. The decision was made to proceed with chemotherapy.

DISCUSSION: SEOC is uncommon, there is no consensus on its management post-diagnostic and staging surgery. Studies with a high level of evidence for therapeutic decision-making have not been conducted yet.

Resumen

INTRODUCCIÓN: La presencia simultánea de neoplasia de endometrio y ovario, se denomina cáncer sincrónico de endometrio y ovario. Representa 2% de los cánceres ginecológicos. Son factores pronósticos las características

histopatológicas, CA125 y el estadio del carcinoma endometrial. El tratamiento de elección es quirúrgico y aún está en revisión la adyuvancia con quimioterapia y radioterapia.

OBJETIVO: Descripción del caso clínico de una paciente con diagnóstico de sarcoma del estroma endometrial asociada a carcinoma seroso de ovario.

REPORTE DE CASO Paciente menopáusica con metrorragia. Al examen formación que protruye por cervix. Útero umbilical, cuello aplanado. Anexos no se delimitan. Ecografía: Útero con cavidad ocupada por material heterogéneo de 52mm, doppler negativo. Anexo derecho 40x20mm doppler negativo CA 125 203. TAC: útero heterogéneo, de paredes engrosadas, endometrio engrosado y heterogéneo desplazado por líquido. Formación exofítica endometrial de 39x36mm. Anexo derecho heterogéneo, con realce anormal, ascitis. Se realiza Anxohisterectomía + citología peritoneal + biopsia omental: Anexos sin particularidades, útero 12 x 8 cm con material necrótico en vagina. Sin adenopatías ni metástasis palpables. Anatomía patológica: Sarcoma del estroma endometrial de alto grado que infiltra más del 50 % del espesor miometrial. Ovario izquierdo: Infiltración por carcinoma seroso de alto grado. Líquido ascítico negativo. Se decide realizar tratamiento con quimioterapia.

DISCUSIÓN

El cáncer sincrónico de endometrio y ovario es poco frecuente, no existe consenso sobre su manejo luego de la cirugía de diagnóstico y estadificación. No se han realizado aún estudios de investigación con alto grado de evidencia para la toma de decisiones terapéuticas.

Keywords: Sarcoma, Ovarian cancer, Carcinoma Ovarian epithelial, Endometrial neoplasms

Palabras Clave: Sarcoma, Cancer de ovario, Carcinoma epitelial de Ovario, Neoplasias de endometrio

INTRODUCCIÓN

El sarcoma del estroma endometrial representa el 1% de todas las neoplasias uterinas (6). Es el

segundo en frecuencia de los tumores mesenquimales del útero, luego del leiomioma. El sangrado uterino anómalo y la sintomatología de compromiso extrauterino generalmente están presentes al momento del diagnóstico (1). El tratamiento es quirúrgico, asociándose con un peor pronóstico si los ganglios linfáticos están comprometidos.

La terapia adyuvante podría mejorar la supervivencia, pero aún se encuentra en debate (1). En cuanto al carcinoma de ovario, el subtipo seroso es el más frecuente. Sus factores pronósticos más importantes son el estadio y el tumor residual post cirugía. La cirugía de citorreducción + la quimioterapia (QT) son los pilares de tratamiento. En estadios muy avanzados la QT neoadyuvante pretende obtener una reducción del tumor, previo al acto quirúrgico (5).

La presencia simultánea de una neoplasia de endometrio y de ovario, se define como cáncer sincrónico de endometrio y ovario (SEOC). Representan alrededor del 2% de los cánceres ginecológicos en total (8). Generalmente se presentan alrededor de la quinta década de la vida. Estudios retrospectivos evidencian que la supervivencia de las pacientes con tumores sincrónicos es mayor que la esperable para tumores metastásicos debido a que se presentan en estadios más tempranos (3,9). Las características histopatológicas, el valor de CA125 y el estadio del carcinoma endometrial jugarían un rol significativo en el pronóstico (8). Dada la relación que existe entre esta entidad y el síndrome de Lynch, se recomienda realizar pruebas para diagnóstico del mismo (4).

Si bien la instancia quirúrgica no está en discusión, aún está en revisión el tratamiento adyuvante. Algunos autores consideran que el tratamiento quirúrgico es suficiente en los tumores grado I endometrioides, mientras que otros son partidarios de terapias adyuvantes como la quimioterapia y la radioterapia, especialmente para tumores no endometrioides que suelen ser más agresivos. Una QT basada en taxanos + platino sería de utilidad para ambas neoplasias (2).

OBJETIVO

Descripción del caso clínico de una paciente con

diagnóstico de sarcoma del estroma endometrial asociada a un carcinoma seroso de ovario de alto grado.

REPORTE DE CASO

Paciente de 67 años con metrorragia de la postmenopausia de 6 meses de evolución.

Especuloscopia: formación de 3x2 cm que protruye por orificio cervical externo (OCE), de aspecto necrótico (Fig.1). Útero umbilical, globuloso, cuello aplanado, anexos no se delimitan, fondos de saco impresionan libres. Ecografía TV: Útero en AVF de 98x73x82mm, cavidad ocupada por material heterogéneo de 52mm, doppler negativo. Anexo derecho por vía transabdominal: 40x20mm homogéneo doppler negativo. Anexo izquierdo no se visualiza. Douglas libre. Marcadores tumorales: CA 125 203 resto negativos. TAC: útero de aspecto heterogéneo, de paredes engrosadas, endometrio engrosado y heterogéneo desplazado por líquido (Fig.2). Formación exofítica endometrial de 39 x 36 mm. Anexo derecho de aspecto heterogéneo, presentando realce anormal de 41x32mm, pudiendo estar en relación con proceso neofornativo. Imágenes ganglionares no adenomegálicas a nivel de la cadena ilíaca externa. Líquido libre perihepático perianexial y en fondo de cavidad. Biopsia de formación que protruye por OCE: Necrosis. Se realiza Anexohisterectomía total + toma de citología peritoneal + biopsia de omento. Intraoperatorio: Anexos sin particularidades, útero de 12 x 8 cm con abundante material tipo necrótico en vagina. Sin adenopatías palpables ni lesiones metastásicas.



FIGURA 1 : ESPECULOSCOPIA



FIGURA 2: TC DE PELVIS

Anatomía patológica diferida: Sarcoma del estroma endometrial de alto grado que infiltra más del 50 % del espesor miometrial. Vimentina + CD10 +. Ovario izquierdo:

Infiltración por carcinoma seroso de alto grado. RP + CK AE1/AE3 + PAX 8 + P53 sobreexpresado WT1 +

débil. Líquido ascítico oncológicamente negativo. Se realiza ateneo ginecooncológico donde se decide iniciar tratamiento con carboplatino-paclitaxel. Tratamiento quimioterápico con regular tolerancia y progresión de enfermedad.

DISCUSIÓN

Los SEOCs son entidades poco frecuentes, que ocurren en aproximadamente el 10% de todas las mujeres con cáncer de ovario y 5% de las que presentan cáncer de endometrio (7). No existe aún un consenso en cuanto a su manejo terapéutico luego de la cirugía de diagnóstico definitivo y estadificación (2).

CONCLUSIONES

El escaso número de casos alrededor del mundo no permite aún realizar estudios de investigación con alto grado de evidencia para la toma de decisiones terapéuticas. Se sugiere, de acuerdo con los recursos en cada institución, el estudio para descartar síndrome de Lynch (4).

Conflictos de Interés: Los autores del artículo declaran que no hay ningún conflicto de interés al publicar el manuscrito en la Revista.

Fecha de envío: 29/01/2024

Fecha de aceptación: 13/03/24

BIBLIOGRAFÍA

1. **Capozzi VA**, Monfardini L, Ceni V, Cianciolo A, Butera D, Gaiano M, Berretta R. Endometrial stromal sarcoma: A review of rare mesenchymal uterine neoplasm. *J Obstet Gynaecol Res*. 2020 Nov;46(11):2221-2236. doi: 10.1111/jog.14436. Epub 2020 Aug 23. PMID: 32830415.
2. **Glassman D**, Rauh-Hain JA, Tandon N, Fattahi N. Diagnostic and treatment considerations for synchronous cancer of the ovary and endometrium. *Int J Gynecol Cancer*. 2023 Jan 3;33(1):118-122. doi: 10.1136/ijgc-2022-004140. PMID: 36603893.
3. **Matlock DL**, Salem FA, Charled EH, Save EW. Synchronous multiple primary neoplasms of the upper female genital tract. *Gynecol Oncol* 1982; 13: 271-277.
4. **Matsuo K**, Machida H, Blake EA, Holman LL, Rimel BJ, Roman LD, Wright JD. Trends and outcomes of women with synchronous endometrial and ovarian cancer. *Oncotarget*. 2018 Jun 19;9(47):28757-28771. doi: 10.18632/oncotarget.25550. PMID: 29983894; PMCID: PMC6033337.
5. **NCCN** Guidelines: Ovarian Cancer including fallopian tube cancer and primary peritoneal cancer. Version 2.2023
6. **Siegel RL**, Miller KD, Wagle NS, Jemal A. Cancer statistics, 2023. *CA Cancer J Clin*. 2023 Jan;73(1):17-48. doi: 10.3322/caac.21763. PMID: 36633525.
7. **Soliman B.M**, Slomovitz R.R, Broaddus C.C, Sun J.C, Oh P.J, Eifel, et al. Synchronous primary cancers of the endometrium and ovary: a single institution review of 84 cases. *Gynecol. Oncol.*, 94 (2) (2004), pp. 456-462
8. **Sozen H.**, Vatansever, D., Iyibozkurt, A. C., Topuz, S., Ozsurmeli, M., Salihoglu, Y., Guzelbey, B., and Berkman, S. (2015) Clinicopathologic and survival analyses of synchronous primary endometrial and epithelial ovarian cancers. *J. Obstet. Gynaecol. Res.*, 41: 1813-1819. doi: 10.1111/jog.12826.
9. **Zaino R**, Whitney C, Brady MF et al. Simultaneously detected endometrial and ovarian carcinomas: A prospective clinicopathologic study of 74 cases: A gynecologic oncology group study. *Gynecol Oncol* 2001; 83: 355-362.