

ADENOCARCINOMA SEROSO DE ALTO GRADO CON DIAGNÓSTICO TRAS METÁSTASIS GANGLIONAR A DISTANCIA. MANEJO DE CARCINOMA DE ORIGEN DESCONOCIDO.

HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA

Gómez Carrascosa I, Kozak I, Iniesta Albaladejo MA, Pérez Vidal JR, Alfosea Marhuenda E, Gómez Monreal B, Oliva Sánchez R, Barceló Valcárcel FJ.



Arrixaca
Hospital Universitario
"Virgen de la Arrixaca"

INTRODUCCIÓN

El carcinoma de origen desconocido es un grupo heterogéneo de tumores malignos con confirmación histológica de una de las lesiones metastásicas, en los cuales la lesión primaria no es identificada a pesar de un enfoque diagnóstico estandarizado. Representa el octavo cáncer más frecuente en el mundo, es una neoplasia de mal pronóstico, con supervivencia media de 3 meses. En el 10%-30% de los casos, no se logra encontrar el tumor que origina la metástasis aun después realizar una búsqueda exhaustiva con las técnicas más avanzadas

CASO CLÍNICO

MOTIVO DE CONSULTA:

Paciente de 50 años con dolor abdominal, astenia e hiporexia.

ANTECEDENTES PERSONALES:

No AMC. HTA en tto con buen control. HSIL con CIN2-3 que precisó dos conizaciones en 2014. Alta en 2018 con citologías negativas. Controles ginecológicos reglados. G2P2.

EXPLORACIÓN FÍSICA:

Cérvix bien epitelizado, no doloroso a la movilización. Tacto bimanual normal.

Abdomen: Distensión abdominal, semiología de ascitis no a tensión sin palpase megalias.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

- **TAC abdomen:** Considerable cantidad de ascitis de distribución dudosa para probable origen hepático. Alteración de aspecto pseudo micronodular a nivel de la grasa peritoneal en omento mayor, que junto a ñla discreta loculación de las ascitis podria hacer pensar en signos de carcinomatosis peritoneal. En pelvis no se observan lesiones de origen anexial.
- Marcadores: CA125 229, CEA normal.
- Gastroscofia y colonoscopia NORMAL.
- Paracentesis liquido ascítico: ADENOCARCINOMA MUCINOSO.
- RMN pelvis: Ascitis masiva que impide buena visualización. Masas paraanexiales bilaterales, implantes peritoneales, ascitis. (Imagen nº 1)
- EcoTV: Genitales internos sin hallazgos significativos.
- Mamografía y eco mamaria y axilar: Mama sin hallazgos. Engrosamiento focal de la cortical de dos ganglios axilares izquierdos de 3.5 y 5 mm realizándose BAG axila: ADENOCARCINOMA SEROSO ALTO GRADO. (imagen nº 2)

JUICIO DIAGNÓSTICO

ADC seroso alto grado estadio IV (adenopatías axilares). Se pauta 1ª línea de QT con esquema paclitaxel-carboplatino

Imagen nº 1: RMN pélvica

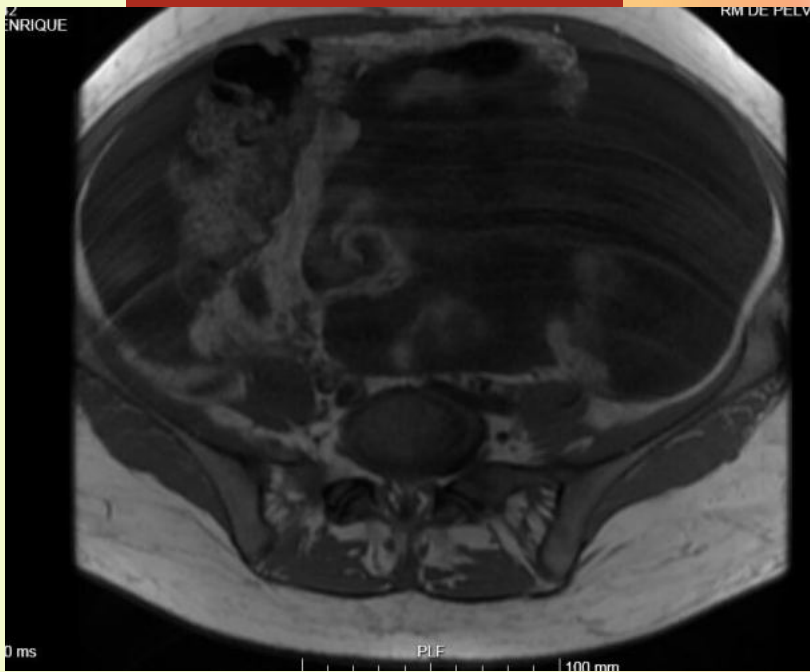
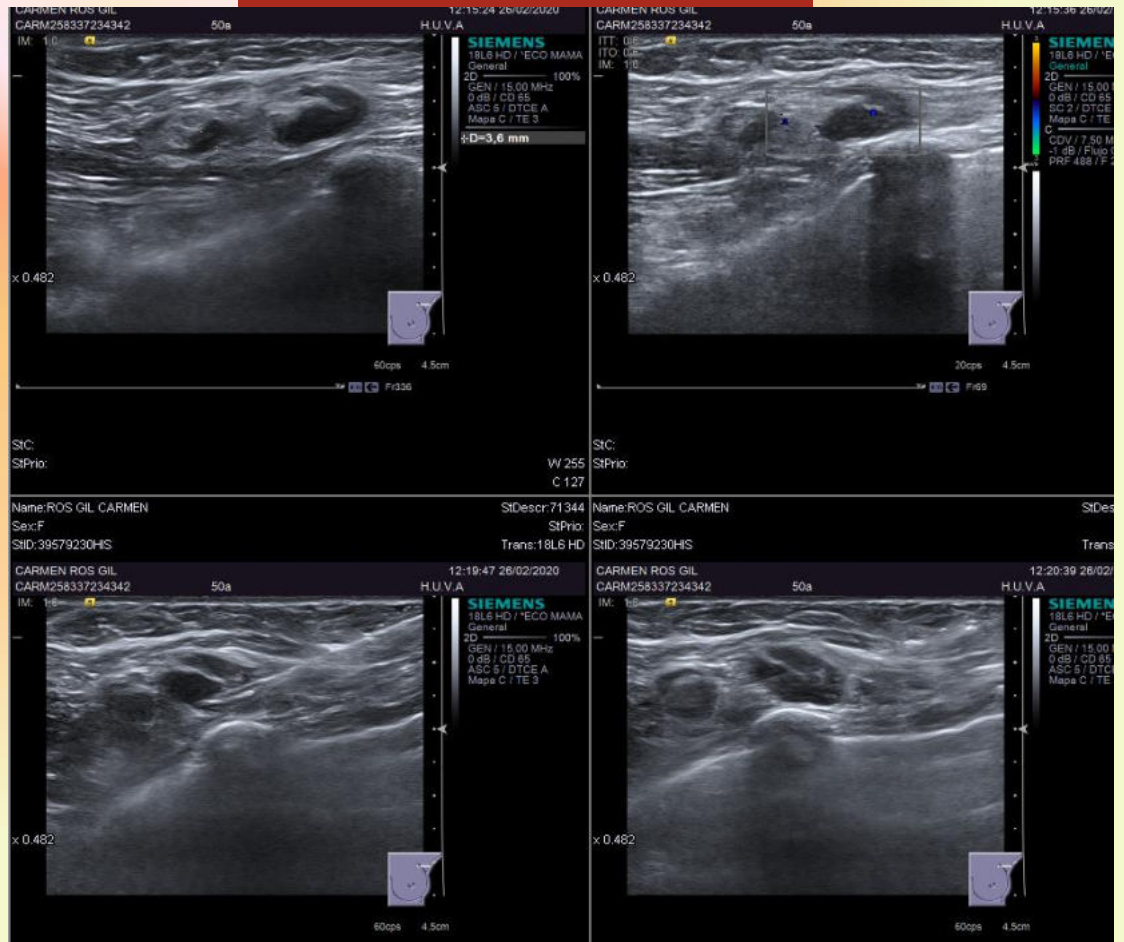


Imagen nº 2: Ecografía axilar



DISCUSIÓN

Las mujeres que debutan con una carcinomatosis peritoneal diseminada conllevan un diagnóstico de presunción de tumor ovárico. Ocasionalmente podría tratarse de un tumor mamario o gastrointestinal aunque esta forma de presentación es mucho menos frecuente. La carcinomatosis peritoneal primaria, también conocida como carcinoma seroso multifocal extraovárico o carcinoma serosopapilar peritoneal tiene una presentación clínica muy similar al ovario. La única diferencia es que en la carcinomatosis peritoneal no se objetivan lesiones visibles en los ovarios. Las metástasis suelen estar limitadas a la cavidad peritoneal y el Ca 125 suele elevarse. Si la histología confirma la existencia de un adenocarcinoma seroso papilar el manejo debe ser similar al del carcinoma de ovario en estadio III de la FIGO con esquema de quimioterapia basadas en taxanos/platino. La tasa de respuestas completas en los distintos estudios varía entre el 10-39% con una supervivencia media de 16 meses y una supervivencia a largo plazo (5 años) del 16%. La quimioterapia intraperitoneal o la radioterapia no han demostrado beneficios clínicos.

Un actual ensayo fase III ICON7 en una población de pacientes con carcinoma de ovario de alto riesgo (aquellas con enfermedad irreseable, inoperable o estadios metastásicos) ha demostrado un beneficio de supervivencia libre de progresión de casi 4 meses (de 14.5 a 18.1 meses) y un beneficio de supervivencia global de casi 8 meses (de 28.8 a 36.6 meses) cuando se le añadía bevacizumab a la quimioterapia convencional.

BIBLIOGRAFÍA

B. Cantos Sánchez de Ibagüenl; A. Sánchez Ruizl; C. Maximiano Alonsol; A. Hurtado Nuñol; M. R. Sánchez Yustell. Carcinoma de origen desconocido: diagnóstico y manejo terapéutico. Oncología (Barc.) vol.29 no.3 mar. 2006