



METÁSTASIS OVÁRICAS EN CÁNCER DE ENDOMETRIO AVANZADO

Diana María Diago Muñoz, María del Mar García Castejón, Laura Subiela de Rubalcava, Patricia Sánchez-Tembleque Sánchez, Nerea Peñalver Yepes, Andrea Díaz García, Laura Gil Sánchez, Andrea Manzano Roldán y Maribel Sánchez Zapata.



INTRODUCCIÓN:

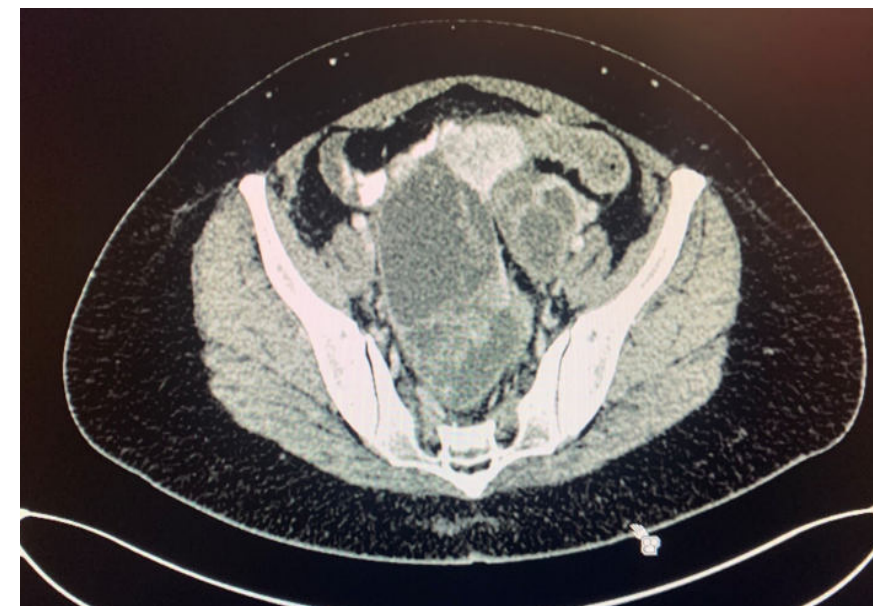
El cáncer de endometrio es el cáncer ginecológico más frecuente en países desarrollados. El tipo histológico más frecuente es el carcinoma endometriode (75-80%)¹. Alrededor del 3% de los cánceres de endometrio tienen una herencia autosómica dominante (Síndrome de Lynch)². En la mayoría de las pacientes el diagnóstico es precoz con buen pronóstico tras la cirugía, que consiste en el primer escalón terapéutico³. Posteriormente, dependiendo del estadio la paciente se beneficiará de quimioterapia (QT) y radioterapia (RT). La realización de la linfadenectomía en estadios precoces está en controversia⁴. Existe una clasificación molecular del cáncer de endometrio que permite individualizar el tratamiento y el seguimiento de las pacientes ya que los pronósticos difieren unos de otros.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

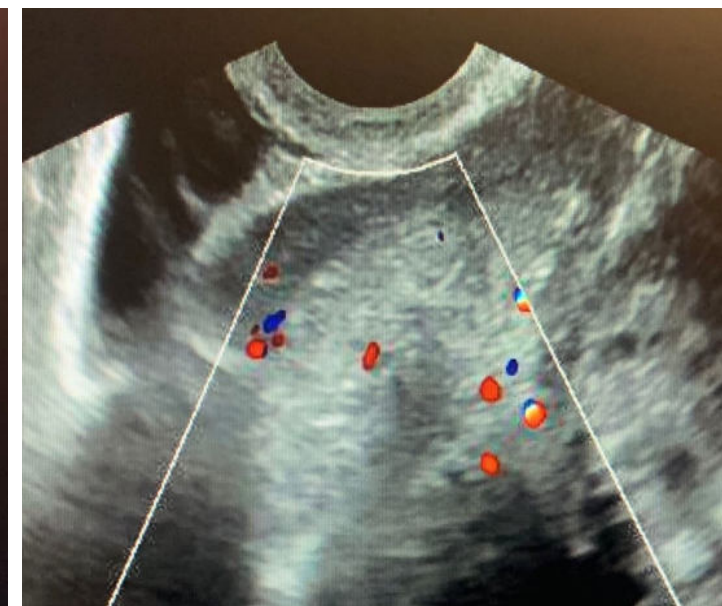
Paciente de 49 años, sin enfermedades de interés, nuligesta. Operada de apendicectomía y un legrado. Acude derivada del HUVA por hallazgo de masas anexiales bilaterales en ginecólogo privado. A la exploración bimanual se palpa una masa en Douglas móvil y pétreo. En la ecografía vaginal se observa un útero en retroversión con endometrio engrosado de 18 mm hiperrefringente, zona en cara anterior con engrosamiento focal y vascularización score 3. Ovario derecho con tumoración quística multilocular sólida de 115 x 76 x 87 mm, paredes engrosadas, áreas sólidas vascularizadas y contenido homogéneo de bajo nivel. Ovario izquierdo con tumoración multilocular sólida de las mismas características de 55 x 40 mm, sugestivas de ca. de ovario endometriode, a descartar ca. de endometrio. El TAC informa de unas **masas solidoquísticas en ambos ovarios de 13 cm en ovario derecho y de 5 cm en ovario izquierdo** sugestivas de cistoadenocarcinoma anexial derecho con metástasis en ovario izquierdo. La AP del endometrio informa de adenocarcinoma de endometrio bien diferenciado (**receptores de estrógenos y progesterona +, PTEN-, p53 +, Ki67 + 40%, sin pérdida de expresión inmunohistoquímicas a enzimas reparadoras de ADN**). 10 días posterior al diagnóstico se realiza una HT+DA+Omentectomía+ Linfadenectomía pélvica-obturadora y paraaórtica. La AP informa de a nivel de endometrio un **Adenocarcinoma glandular y papilar de tipo endometriode (G2)** que infiltra < 50% del miometrio. Presencia de numerosas embolias vasculares. **Se extiende a ambos ovarios con extensión extracapsular a omento y Douglas**. Ausencia de metástasis en ganglios linfáticos. Clasificación **pT3a, N0, M1. FIGO IVB**.

COMENTARIOS:

- El cáncer de la paciente se encuentra en el grupo de alto riesgo ya que es un estadio tipo IV y p53 alterado. Tienen un mayor riesgo de recurrencia y peor pronóstico⁵.
- Estas pacientes se benefician de tratamiento con QT y RT⁶.
- Los tumores endometrioides metastásicos se podrían beneficiar de tratamiento con terapia endocrina aunque algunos estudios no muestran beneficios⁷.
- Los tumores con mutación de POLE y con inestabilidad de microsatélites se asocian con infiltración linfovascular por lo que responden bien a la inmunoterapia, pero no es el caso de nuestra paciente⁸.
- Entre el 10-20% de los tumores bilaterales de ovario son de origen metastásico. Las pacientes con metástasis ováricas tienden a ser más jóvenes que las que presentan el mismo tipo de tumor primario sin afección ovárica⁹.



1. TAC abdomino-pélvico: masas ováricas.



2. Ecografía vaginal: útero con endometrio engrosado.



3. Ecografía vaginal: masas ováricas

Bibliografía

1. Creasman WT, Odicino F, Maisonneuve P, et al. Carcinoma of the corpus uteri. *Int J Gynaecol Obstet.* 2006;**95**(suppl 1):S105-S143.
2. A. Brooks R et al. Current recommendations and recent progress in endometrial cancer. *A cancer Journal for clinicians.* 2019; 69: 258-279.
3. Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer statistics, 2018. *CA Cancer J Clin.* 2018;**68**:7-30.
4. Huvila J, et al. Molecular subtype diagnosis of endometrial carcinoma: comparison of the next-generation sequencing panel and Proactive Molecular Risk Classifier for Endometrial Cancer classifier. *Human pathology.* 2019; 111: 98-109.
5. de Boer SM, Powell ME, Mileskin L, et al. Adjuvant chemoradiotherapy versus radiotherapy alone for women with high-risk endometrial cancer (PORTEC-3): final results of an international, open-label, multicentre, randomised, phase 3 trial. *Lancet Oncol.* 2018;**19**:295-309.
6. Leming GF. Second-line therapy for endometrial cancer: the need for better options. *J Clin Oncol.* 2015;**33**:3535-3540.
7. Howitt BE, Shukla SA, Sholl LM, et al. Association of polymerase e-mutated and microsatellite-instable endometrial cancers with neoantigen load, number of tumor-infiltrating lymphocytes, and expression of PD-1 and PD-L1. *JAMA Oncol.* 2015;**1**:1319-1323.
8. Lee SJ et al. Clinical characteristics of metastatic tumors of the ovaries. *J Korean Med Sci.* 2009;**24**:114-9.