

RECIDIVA TARDÍA

ADENOCARCINOMA DE ENDOMETRIO

Madrid Gómez de Mercado, MD; Alfosea Marhuenda, E; Gazabat Barbado, E; García Soria, V; Carmona Barnosi, A; Remezal Solano, M ;Barceló Valcárcel, F.

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (Murcia)

INTRODUCCIÓN

Mujer de 50 años precisa la realización de histerectomía y doble anexectomía, por **Adenocarcinoma de endometrio**. AP: adenocarcinoma de endometrio bien diferenciado no infiltrante y líquido ascítico negativo para malignidad (**estadio IA**). No tratamiento adyuvante.

Consulta en urgencias **14 años después** por metrorragia, remitiéndose a oncología ginecológica, donde se realizó:

Eco TV: tumoración heterogénea de 63x41x54 sin ascitis.

Biopsia de cúpula vaginal: no concluyente.

RMN pélvica: masa compleja con contornos definidos, encapsulada que parece contactar con asa sigmoidea. Adenopatías en cadena iliaca izquierda.

Colonoscopia: Acodadura de sigma que impresiona de infiltración. Se biopsia: Adenocarcinoma de endometrio.

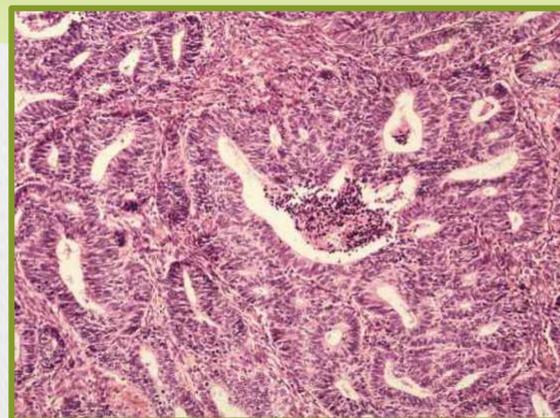
MT: Ca 125: 935 (hace 4 meses), 52(hace 3 meses), CEA 2.2.

Se decide laparotomía diagnóstico terapéutica y se visualiza **tumoración a nivel de fondo de saco de Douglas que infiltra extremo superior de muñón vaginal y cara anterior de recto superior**. AP: neoplasia epitelial maligna de patrón glandular con características de adenocarcinoma probablemente diferenciado de origen endometrial.

Recibe tratamiento adyuvante con 4 ciclos de quimioterapia con carboplatino y paclitaxel, radioterapia externa pélvica y braquiterapia endocavitaria vaginal.

MT a los 6 meses de la intervención: CEA 1.9. Ca 125: 10.

Posteriormente, se le han realizado controles semestrales, normales hasta la actualidad.



CONCLUSIÓN

El **cáncer de cuerpo uterino** es la neoplasia genital más frecuente y ocupa el cuarto lugar en la mujer. El adenocarcinoma de endometrio es considerado el más curable de todos los cánceres ginecológicos.

El **tratamiento** del adenocarcinoma (ACA) de endometrio en estadios precoces es fundamentalmente quirúrgico. La histerectomía total con doble anexectomía asociada a citología de lavados peritoneales es el proceder habitual.

Tanto las **recidivas** como las metástasis a distancia son más frecuentes en los estadios avanzados y en las variedades histológicas de peor pronóstico.

Habitualmente, éstas muestran el mismo tipo histológico que el tumor principal.

No cabe duda que la decisión terapéutica en estos casos debe ser individualizada para cada paciente, participando en ella los distintos servicios que componen el Comité de Oncología Ginecológica, y sólo así podremos obtener el máximo rendimiento de las múltiples terapias de que disponemos.

No existen unos protocolos universales acerca de cuánto tiempo debe realizarse el seguimiento estrecho posterior de las pacientes que presentan este tipo de tumores tratados en estadios iniciales.

BIBLIOGRAFÍA

- M. Bidzinski, B. Lindner, R. Krynicki, K. Bujko. Diagnosis, treatment and follow up in endometrial cancer. Ginekologia Onkologiczna., 1 (2003), pp. 25-36.
- D. Levine, W. Hoskins. Update in de management of endometrial cancer. Cancer J., 8 (2002), pp. 31-39.