

# Carcinosarcoma de ovario

## A propósito de un caso

Donzo Tobe M; Esquinas Vega MC; Vazquez Campa R; Bueno Gonzalez MM; Rodriguez Lopez PM; Jimenez García A; Pastor Conesa M, Sanchez Zapata MI.\*

\*Servicio de Obstetricia y Ginecología de Hospital General Universitario Santa Lucía

### INTRODUCCIÓN

El carcinosarcoma de ovario, también conocido como tumor maligno mixto mülleriano es una forma infrecuente de neoplasia maligna de ovario. Representa entre 1-4% de todas las neoplasias de ovario, y se caracteriza por la presencia de elementos epiteliales y mesenquimales, probablemente originarios de una célula madre precursora común. A su vez se clasifica en homólogo o heterólogo de acuerdo con la presencia de componente estromal propia de dicha localización. Generalmente se presenta en estadio avanzado, con una supervivencia media menor de 18 meses, que varía según las series.

En este poster presentamos un caso de carcinosarcoma homólogo de ovario en una paciente de 59 años diagnosticado en un estadio avanzado estadio IVa de la FIGO.

### CASO CLÍNICO

Paciente de 59 años que consulta en nuestro servicio por dolor abdominal de 3 meses de evolución, inapetencia y pérdida de peso no filiada. Como antecedentes ginecológicos, menarquía a los 14 años, 3 embarazos con 2 partos normales, 1 aborto y menopausia a los 46 años. Refiere controles ginecológicos normales hace 3 meses y screening de diagnóstico precoz de cáncer de mama al día y normal.

A la exploración ginecológica, el cérvix se encuentra retropúbico, fijo, con el útero en retroversión, anejos difícil de valorar. Al tacto bimanual, se palpa una gran masa no móvil, de consistencia pétreo que ocupa todo el Douglas y que llega hasta la región umbilical.

La ecografía ginecológica muestra una masa heterogénea sólida quística de 18x15x15 cm de contornos irregulares y tabiques gruesos, hipervascularizada y con flujos de baja resistencia. Importante líquido libre en el Douglas.

En el TAC toraco abdomino pélvico con contraste se observa una masa mixta pélvica retrouterina con extensión abdominal, de tamaño 18 x 15 cm, de predominio quístico tabicado. Presenta un componente sólido lobulado de 7 cm en FID y que engloba apéndice. (Figura 1) Presencia nodularidad en grasa de meso adyacente así como implantes de más de 2 cm en el meso de abdomen superior y en el subdiafragmático derecho. Escaso líquido libre en pelvis, gotera y perihepático derecho. Derrame pleural derecho con atelectasia de lóbulo inferior.

Marcadores tumorales: Ca 125 esde 1.859, CEA: 344 y Ca 19.9: 166.

Durante el estudio, la paciente ingresa en medicina interna por dificultad respiratoria. En la Rx de tórax se observa un derrame pleural masivo bilateral (Fig 2). La citología del derrame pleural es positiva para células malignas.

Se procede a una BAG mediante control de imagen y anestesia local de lesión ovárica y implantes peritoneales.

La anatomía patológica se informa como carcinoma ovárico homólogo con componentes epiteliales probablemente seroso (Ki67 90% y P53>90%) (Fig 3) y componente sarcomatoso que orienta a tipo: leiomiomasarcomatoso (Fig 4).

Con el diagnóstico de carcinosarcoma de ovario estadio IV A de FIGO e irreseabilidad óptima primaria por mal estado general, el comité multidisciplinar de tumores ginecológicos decide iniciar una quimioterapia neoadyuvante basada en la combinación de platino-paclitaxel.

Tras un ciclo de quimioterapia, la paciente sigue ingresada en el servicio de medicina interna en mal estado general con además del derrame pleural bilateral, una trombosis venosa extensa profunda y superficial de los miembros inferiores, y un enfisema subcutáneo en el tórax derecho tras colocación de drenaje torácico permanente.

Figura 1: Masa pélvica en TAC



Figura 2: Derrame pleural bilateral

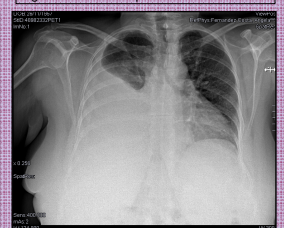


Figura 3: Las citoqueratinas evidencian las células epiteliales componente epitelial

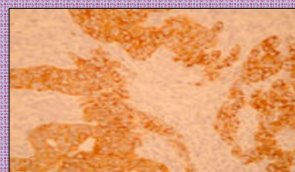
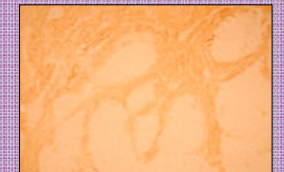


Figura 4: La actina de músculo liso demuestra el carácter muscular del componente estromal maligno



### DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

El carcinoma de ovario es un tumor infrecuente y generalmente de mal pronóstico. Debido a esta rareza, resulta difícil realizar estudios de pronóstico y tratamiento. En general se ha asociado a mujeres de edad media mayor que el cistoadenocarcinoma de ovario (66 años frente a 62 años), aunque en el caso presentado la paciente se encuentra por debajo de ambas medias.

La forma de presentación clínica es similar a otras neoplasias de ovario y con hallazgo casual en una revisión rutinaria. Suele tratarse de mujeres en estadio clínico avanzado (70-80% en estadio III-IV), peor estado general como en nuestro caso y con menor supervivencia media. En las series más recientemente publicadas, no se encuentran diferencias pronosticas entre tumores de histología homóloga u heteróloga.

El abordaje terapéutico cuenta con la cirugía citorreductora óptima y la quimioterapia a base de platino.

Debido a su rareza, no existe en el momento actual de estudios aleatorizados de calidad, por lo que el tratamiento se realiza a partir de publicaciones de casos, series retrospectiva o extrapolaciones de neoplasias de proceso patológico similar en otras localizaciones.

### BIBLIOGRAFÍA:

1. Marcela GC, Birrer M, Schorge JO. Carcinoma of ovary: A review of the literature. 125 (2012) 271-277
2. Becerro A et Al. Carcinomatosis de ovario: revisión de literatura médica a propósito de un caso. Clin Invest Gin Obst. 2010; 37 (4): 169-172.
3. Broown E et Al. Carcinoma of the ovary, 19 years of prospective data from a single center. 2004; 100: 2148-53