

## GINECOLOGÍA

**NEOPLASIAS GINECOLÓGICAS MÚLTIPLES  
DOS TUMORES PRIMARIOS EN UNA MISMA PACIENTE -  
EN FORMA SIMULTÁNEA**

NUMEROUS GYNECOLOGIC NEOPLASMS

TWO SIMULTANEOUS PRIMARY TUMORS IN THE SAME PATIENT

William Alexander Torrico Aponte<sup>1</sup>  
Jaime Barriga Chacon<sup>2</sup>  
Mario Luis Torrico Aponte<sup>3</sup>

**Trabajo Recibido:**  
15 de Junio de 2010  
**Trabajo Aceptado:**  
15 de Oct. de 2010

**RESUMEN**

Se describe el caso de una paciente de 37 años de edad, natural de Potosí, que presentó dos tipos de neoplasias ginecológicas primarias: adenocarcinoma de endometrio (primero) y Cistoadenocarcinoma papilar de ovario (segundo), que fue manejada en el Hospital Materno infantil "Germán Urquidi", sin antecedentes personales, ni familiares de relevancia oncológica, que ingresa con sintomatología inespecífica, con estudios complementarios (Examen citológico, biopsia de cérvix, ecografía transvaginal, cistoscopia, recto sigmoidoscopia y radiografía de tórax), que sugirieron el diagnóstico.

El caso fue manejado inicialmente en forma quirúrgica, por medio de dos intervenciones, realizándose etapificación y citoreducción; Con una evolución post quirúrgica satisfactoria, indicándose su alta hospitalaria al 5° día de su internación, para posteriormente ser referida al servicio de oncología clínica del Hospital clínico Viedma, dónde actualmente se encuentra realizando su tratamiento con quimioterapia y radioterapia.

**PALABRAS CLAVE:** Neoplasias primarias, Endometrio, Ovario.

**ABSTRACT**

The case of a patient of 37 years old is described, she is from Potosi. She had two sort of primary gynecological neoplasms: adenocarcinoma of endometrium (first), and papillary cystoadenocarcinoma of ovaries (second). She was treated in "Germán Urquidi" Maternal and Children's Hospital without important personal history.

She was admitted with no specific symptomatology and complementary studies, such as, cytological study, cervix biopsy, vaginography, cystoscopy, rectosigmoidoscopy and Chest X-ray, those one suggested diagnosis.

1. MD - Ginecólogo - Obstetra. Hospital San Martín de Porres de Ibuelo, Cochabamba-Bolivia.
  2. MD - Ginecólogo - Obstetra. Hospital Materno Infantil Germán Urquidi, Cochabamba-Bolivia.
  3. Médico Residente. Anestesiología. Hospital Clínico Viedma, Cochabamba-Bolivia.
- Correspondencia: William A. Torrico Aponte: drwilliamkillertorrico@hotmail.com

At the beginning, she was treated in two surgeries for the classification and cytoreduction followed by satisfactory post-surgery evolution. It was indicated absolute discharge the fifth day of admit and later she was send to clinical oncology unit of Viedma Clinical Hospital. At the moment she carries on with chemotherapy and radiotherapy.

**KEY WORDS:** Primary neoplasm, Endometrium, Ovary.

La presencia de tumores primarios múltiples, en una misma paciente constituye una condición clínica poco frecuente y de difícil diagnóstico, no siendo fácil, la diferenciación entre un segundo tumor primario y una metástasis del tumor primario<sup>1,2</sup>.

Se denomina tumores primarios múltiples a las neoplasias que se presentan en una misma paciente, en forma simultánea o sucesivamente, siempre que respondan a los siguientes criterios: Cada tumor debe tener un definido patrón de malignidad, se debe excluir que uno no constituya metástasis de otro, cada tumor presente una histología diferente, y si ambos son similares dentro del mismo órgano que no se pueda demostrar ninguna conexión entre ellos, cada tumor debe seguir su historia natural y presentar una evolución independiente<sup>1,3,4,5</sup>.

Karl Thiersch describe en 1865 por primera vez los la presencia de tumores primarios múltiples<sup>1,4</sup>. Billroth establece en 1889 los criterios diagnósticos<sup>1</sup>.

El diagnóstico puede ser sucesivo (Metacrónicos), o simultáneo (Sincrónicos)<sup>(1)(6)</sup>. Debiéndose considerar que cada tumor puede presentarse con síntomas propios o ser hallazgo durante la estadificación, seguimiento del primero, o ser un hallazgo post mortem durante la necropsia<sup>(6)</sup>. Por todo lo mencionado el establecer la frecuencia, resulta difícil, siendo entre 1,2 al 11 % de las neoplasias; Siendo menor a medida que incrementa el número de tumores malignos primarios: La asociación de 2 tumores ginecológicos primarios se presenta en un 56 %; 3 tumores primarios en un 6% y en 0,5% la asociación de 4 o más. Siendo la asociación más frecuente: Cáncer de mama, endometrio, ovario y colon(53 %)<sup>1,6</sup>.

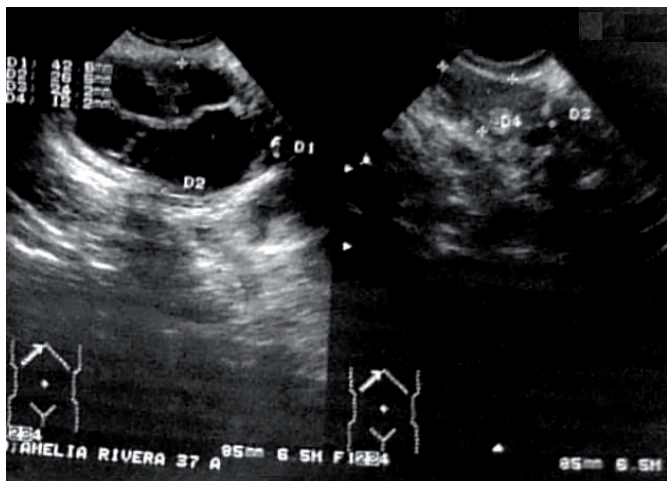
**En la etiología se debe considerar:** Las mutaciones genéticas de carácter hereditario o adquirido, que afectan a genes supresores, proto oncogenes y genes reparadores (delección del gen p53)<sup>6,7</sup>; Expo-

sición a cancerígenos ambientales; Algunos virus; La tecnología humana (uso del monovinilo, pesticidas, mostaza nitrogenada, rayos ultravioleta, etc)<sup>6,7</sup>. El tratamiento de un primer tumor podría inducir el desarrollo de una segunda neoplasia a través del efecto mutagénico que pudiera provocar, como la administración de productos hormonales estrógeno derivados, como el tamoxifeno utilizado en el tratamiento del cáncer de mama, induce cáncer en endometrio<sup>6-9</sup>.

## CASO CLINICO

Se presenta el caso clínico de una paciente de 37 años de edad, natural de Potosí (Provincia Tupiza); que ingresa al servicio de ginecología del Hospital Materno infantil Germán Urquidi (H.M.I.G.U.) de la ciudad de Cochabamba, sin antecedentes personales ni familiares de relevancia clínica (oncológica). Con antecedente de 3 gestaciones previas: dos partos de término y un aborto espontáneo de 3 meses; con ciclos menstruales regulares, no usuaria de ningún método de anticoncepción. Ingresa Con cuadro clínico de 1 año de evolución, caracterizado por presentar sangrado transvaginal rojo oscuro en moderada cantidad, intermitente, acompañado de dolor abdominal opresivo en hipogastrio de moderada intensidad, además de pérdida de 5 kilos de peso durante dicho periodo. Por lo que acude a consulta externa de ginecología del HMIGU, dónde se le realiza los siguientes estudios: Examen citológico, el cual es sugestivo de carcinoma de cérvix, por lo que se le realiza biopsia de cérvix uterino que reporta: Displasia Glandular Moderada a Severa (Lesión intra epitelial de alto grado). Se le realiza Ecografía transvaginal que reporta; Útero en AVF, de superficie irregular, parénquima heterogéneo de 52,2 mm por 40 mm, endometrio tipo descamativo, cérvix de características conservadas; Ovario derecho de 42,6 por 26,5 mm, con imágenes eonegativas en su parénquima. **(Figura1)**.





**Figura 1.** Ovario derecho. Ecografía abdominal:

a) Imágenes eco negativas en su parénquima.

La cistoscopia realizada reporta trigonítis, y la recto sigmoidoscopia reporta: Polipo rectal, realizándole polipectomía endoscópica (estudio patológico reporta Polipo hipoplásico), Radiografía de tórax no patológica; Por los hallazgos se decide internar a la paciente, ingresando, consciente, orientada en las tres esferas, con signos vitales estables: Presión arterial de 100/70 mmHg, pulso de 72 latidos por minuto, Mucosas húmedas y rosadas, cardio-pulmonar clínicamente normal. El abdomen blando depresible, no doloroso a la palpación, con ruidos hidroaéreos positivos, normoactivos.

Al examen ginecológico: Cérvix posterior con ectropion, sangrante al contacto. Presencia de lesión vegetante de 5 por 5 mm, friable, sangrante al contacto, en labio posterior. Al tacto bimanual, un útero en anteversoflexión de 7 por 5 cm, de consistencia normal, no advirtiéndose compromiso tumoral, anexos de difícil valoración. Al tacto rectovaginal, esfínter anal normotónico, ampolla rectal vacía, tabique rectovaginal indemne, parametrios libres.

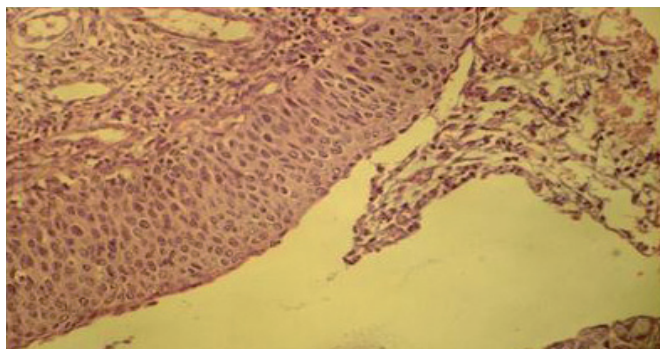
Se realiza Histerectomía abdominal total por cáncer in situ de cérvix, salpingo oforectomía derecha por hallazgos transoperatorios, de tumor en ovario derecho de 8 por 5 cm, sospechoso de malignidad.

Se envía pieza quirúrgica, para estudio anatómico patológico, el cual reporta:

Cervicitis con displasia severa y extensión glandular (**Figura 2**).

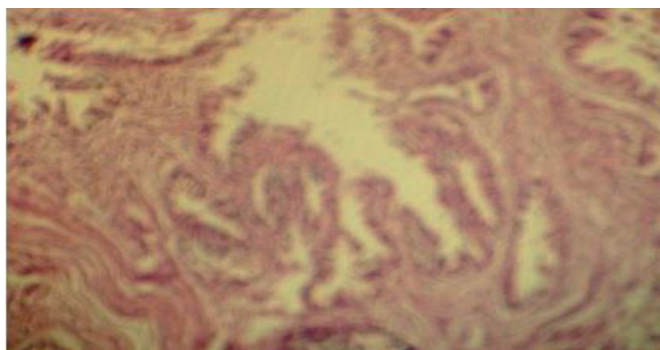
Adenocarcinoma Endometrioide con invasión endocervical (**Figura 3**).

Cistoadenocarcinoma papilar de ovario (**Figura 4**).



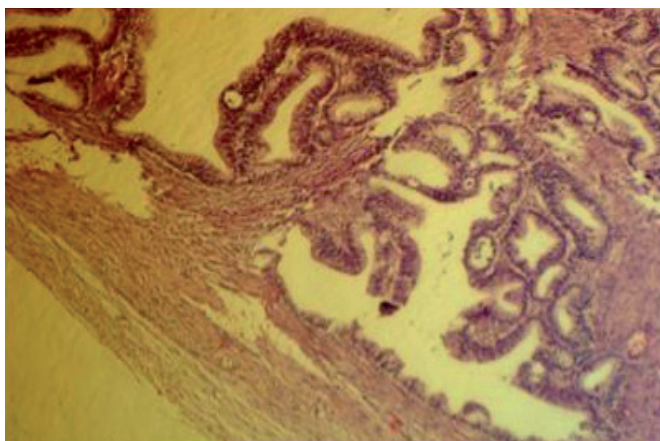
**Figura 2.** Cérvix. Histopatológico:

a) Células atípicas, de displasia severa en glándula endocervical



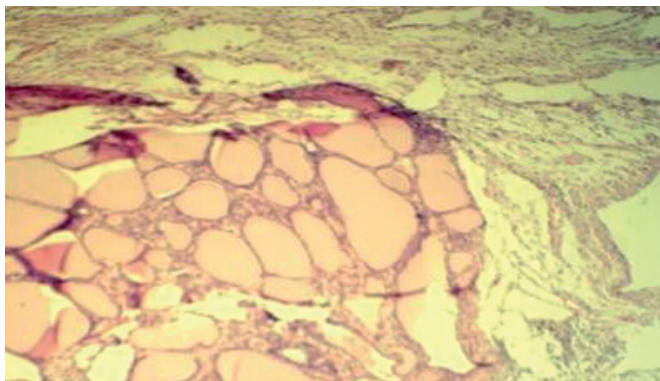
**Figura 3.** Endometrio. Histopatológico:

a) Formaciones glandulares de adenocarcinoma endometrioide



**Figura 4.** Ovario der. Histopatológico:

a) Lesiones papilares. Células epiteliales con atipia. Pared adelgazada sin invasión tumoral



**Figura 5.** Ovario izquierdo. Microscópica:

a) Estroma conectivo que envuelven a folículos tiroideos de diámetro diverso revestidos por células cúbicas (estruma)

La paciente pasa a salas de recuperación, estable hemodinamicamente. Sin embargo por el informe patológico se decide realizar una segunda intervención quirúrgica (laparotomía etapificadora y cito reductora), cuyos hallazgos fueron: Ganglios pélvicos derechos aumentados de tamaño y de consistencia, ovario izquierdo aumentado de tamaño con lesiones quísticas, sin actividad tumoral peritoneal macroscópica, ni ascitis.

**El examen anatomopatológico** del Lavado peritoneal, cepillado de cúpula diafragmática, ooforectomía izquierda, biopsia y muestreo ganglionar, retroperitoneal y pélvico bilateral **Reportó:** Carcinoma metastásico a cúpula diafragmática y a epiplón mayor, ganglios linfáticos y líquido peritoneal negativos, estroma ovarico (Izquierdo) (**Figura 5**).

Con todos los hallazgos quirúrgicos y el resultado de la histopatología, la etapificación patológica corresponde a: Cáncer de cérvix in situ, Adenocarcinoma Endometriode (Estadio - IIA), Cistoadenocarcinoma papilar de ovario (Estadio - IIIA), y Carcinoma metastático de cúpula diafragmática y epiplón mayor.

La evolución post quirúrgica fue satisfactoria, indicándose su alta hospitalaria al 5° día de su internación, para posteriormente ser referida al servicio de oncología clínica del Hospital clínico Viedma, para su manejo con quimioterapia y radioterapia.

## DISCUSIÓN

Las neoplasias múltiples corresponden a una entidad patológica poco frecuente. Observándose en el presente caso la asociación de 3 neoplasias primarias; de cérvix, endometrio y de ovario, presentación poco frecuente, pero reconocida.<sup>(10)</sup> No se pudo determinar en la paciente que factores pudieron predisponer a la aparición de dichas neoplasias, no encontrándose: obesidad, hipertensión, diabetes, nuliparidad, menarquia precoz, (Factores asociados al Cáncer de endometrio y ovario), además debe llamarnos la atención la edad de la paciente (37 años), pues generalmente estas neoplasias se presentan en mayores de 60 años<sup>11</sup> tampoco presentaba infección por el virus del papiloma humano, ni antecedentes familiares para el CA de cérvix<sup>11</sup>.

Referente a la sintomatología, por lo general es posible realizar el diagnóstico precoz de cáncer de

cérvix y endometrio, sin embargo en el cáncer de ovario el diagnóstico es tardío, con sintomatología inespecífica: malestar abdominal, dispepsia, presión en zona pélvica, aumento del perímetro abdominal, otras veces se sospecha ante la aparición de signos a distancia (derrame pleural, adenopatías, metástasis) o paraneoplásicos (hipercalcemias, queratosis seborreica)<sup>12</sup>. En el caso presentado la paciente presentaba sintomatología inespecífica, sangrado genital y pérdida de peso, llegándose a diagnosticar y etapificar dichas neoplasias en forma transquirúrgica, donde la etapificación patológica correspondió a: Cáncer de cérvix in situ, adenocarcinoma de endometrio Estadio - IIA (Estadio en el que se detecta afección del cuerpo y el cuello uterino, no extendido fuera del útero, solo con compromiso de glándulas endocervicales)<sup>13</sup>. Cistoadenocarcinoma papilar de ovario (Estadio - IIIA, que corresponde a un tumor que compromete uno o ambos ovarios macroscópicamente limitado a pelvis verdadera con nódulos negativos pero con extensión comprobada a la superficie peritoneal<sup>10</sup>.

Referente al tratamiento de las neoplasias del tracto genital femenino, tienen en común el ser altamente curables si son tratados en estadios iniciales, siendo el tratamiento de elección, el quirúrgico, que puede asociarse quimioterapia, radioterapia o tratamiento hormonal según los hallazgos operatorios.

El manejo instituido en la paciente fue el adecuado, según los protocolos de manejo, según la literatura<sup>13</sup>; estando indicada, en primera instancia la conducta quirúrgica, debiéndose realizar; Laparotomía, lavado peritoneal para el estudio citológico, explorando pelvis, abdomen y ganglios pelvicos y lumboaórticos, histerectomía total, salpingooforectomía bilateral, omentectomía y linfadenectomía pelviana y lumboaórtica (efectuando estudio histopatológico por congelación) logrando una citorreducción óptima. (masa residual menor a 1 cm), seguido de una primera línea de quimioterapia basada en platino (cisplatino o carboplatino) más paclitaxel<sup>12,13</sup>, para posteriormente completar la misma con radioterapia (Radioterapia externa en pelvis total con dosis de 50 Gy, cuando los ganglios son positivos, la exéresis quirúrgica fue insuficiente, la citología peritoneal fue positiva, y/o invasión mayor de la mitad del miometrio, o cuando no se efectuó la linfadenectomía de estadificación)<sup>12</sup>, de esta manera mejorar el



pronóstico de la paciente

Para concluir queremos destacar que existen pocos trabajos en la literatura que tratan el tema de las neoplasias ginecológicas múltiples y su estudio a nuestro juicio podría ser de gran interés para el mejor conocimiento de los mecanismos que dan lugar a esta alteración neoplásica celular.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rovatti M, Gerosa E, Turi V. Múltiple primary malignant neoplasms. 1995, 50: 949-58.
2. Villasmil E, Guerra M, Torres D. Neoplasias múltiples malignas. Rev Obstet Ginecol Venez v.66 n.2 Caracas jun. 2006 ISSN 0048-7732 versión impresa
3. N Scheinfeld. Asociaciones neoplasicas del carcinoma de ovario. 02 Abr 08, revisión.
4. Calderaro F, Medina S, Delgado R y cols. Tumores primarios múltiples. Rev. Venez.. Oncol. 2004
5. Sierralta P, Jofré J, Canessa J y cols. Tumores ginecológicos múltiples. Revista chilena de Obstetricia y ginecología. ISSN 0717 – 7526.
6. Tejeda D, Serrano M, Gómez F. Oncología v.30 Madrid 2007 ISSN 0378 4835 versión.
7. Cabrera A, Nieto A, Redondo S. Oncología. 28 n.5 Madrid mayo 2005 ISSN 0378-4835
8. Bou-Khair R, Frontera D, Escobar E y cols. Estruma ovárico benigno. Rev. Argent. vol.103 no.6 Buenos Aires Nov. Dec. 2005 ISSN 0325-0075.
9. Larson D, Johnson K, Reyes Cr, Prognostic significance of malignant cervical cytology in patients with endometrial cancer. Obstet Gynecol 399-403; 994
10. Camas G. Universidad Nacional Autonoma de Nicaragua. Departamento de Patología UNAN – LEON. “Neoplasias Malignas del Ovario Diagnosticados en el Departamento de Patología “Dr. Uriel Guevara Guerrero” Enero 2000 a Octubre 2004.”Departamento de Patología, HEODRA – León. Febrero 2005.
11. Muniesa J, Lázaro J. Cáncer del aparato genital en la mujer del área sanitaria de Teruel. Boletín Oncológico. www.boloncol.com. Abril, 2008
12. Jonathan S. Berek. Ginecología de Novak. 2004. 13ª edición. Pag 918
13. Gori, Jorge; Lorusso, Antonio y col: Ginecología de Gori, segunda edición, Editorial El Ateneo, Buenos Aires, 2001.
14. R. Vera, E. Prujá, M. Marcos y cols. Factores pronósticos en los tumores de origen ginecológico. Servicio de Oncología. Hospital de Navarra. Pamplona
15. Hugh R. Manual de oncología ginecológica. Editora Santos. 1992. 2da Ed. Pag 255.
16. Decherney A, Nathan L. Diagnóstico y tratamiento gineco obstétricos. 2003. 8va. Edición. Pag. 1069 – 1070