



# Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

## 269/37 - DOCTORA, HE COMENZADO CON SANGRADO SIN RELACIÓN A MI PERIODO

A. Martínez García<sup>a</sup>, L. Brioso Castillo<sup>b</sup>, S. Rodrigo Brualla<sup>c</sup> y M. Guevara Salcedo<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Miguel de Cervantes. Alcalá de Henares. Madrid. <sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud María de Guzmán. Alcalá de Henares. Madrid. <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Canillejas. Madrid. <sup>d</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Reyes Magos. Alcalá de Henares. Madrid.

### Resumen

**Descripción del caso:** María (nombre ficticio) es una mujer de 37 años, con antecedentes de: agenesia renal izquierda. Acude por presentar sangrado y aumento de flujo acuoso tras terminar el periodo, marronácea y maloliente. En la exploración objetivamos en cara anterior de vagina se palpa tejido destruido y necrótico, con sangrado similar a regla. Derivamos a Urgencias, quienes tras realizar eco transvaginal, derivan a consultas de Ginecología.

**Exploración y pruebas complementarias:** En cara anterior de vagina y cérvix se visualiza y se palpa tejido destruido y necrótico, de aproximadamente 4-5 cm, maloliente. Sangrado similar a regla útero en avf, regular. Eco transvaginal: útero en AVF, regular, endometrio 7 mm. Citología cérvico-vaginal: Presencia de componente endocervical y/o zona de transformación. Citología positiva para células tumorales malignas. Componente inflamatorio agudo. Biopsia de cérvix: infiltración por un adenocarcinoma seroso, cuyo perfil IHQ sugiere un origen endometrial, sin poder descartar origen endocervical. RMN pélvica: tumoración cervical en estadio T3a N0 M0 sobre un útero bicorne bicoli. TAC tórax: nódulos-placas pleurales en ambos hemitorax de hasta 13 x 4 mm. PET TAC: nódulos pleurales y pulmonares subpleurales vs pleurales con extensión parenquimatosa en ambos hemotórax. Cirugía torácica: segmentectomía atípica: carcinomas (2) con afectación pleural. Pueden corresponder a las metástasis de un origen endometrial-cervical. La positividad para TTF-1 y positividad intensa focal para tiroglobulina recomiendan descartar primero una metástasis de un primario tiroideo. TAC torácico: aumento de tamaño de los nódulos pulmonares englobando estructuras bronquiales y arteriales del LID y vena pulmonar inferior derecha. LOE de nueva aparición hepática de 3,3 cm, en relación con afectación secundaria. TAC tórax-abdomen-pelvis postratamiento QT: algunos nódulos a nivel torácico con menor tamaño. Disminución de tamaño de metástasis hepática. Lesión esclerosa-blástica en pala ilíaca izquierda de nueva aparición. RM pelvis: lesión iliaca izquierda puede estar en relación con infarto óseo secundario a RT. TAC tórax-abdomen-pelvis: Progresión de enfermedad tumoral, con aumento del tamaño de masa hilar y del LID, múltiples nódulos pulmonares y pleurales. A nivel abdominal empeoramiento radiológico con un aumento de tamaño la lesión hepática, pequeña LOE hepática de nuevo aparición. TC Cerebral: LOES supratentoriales en ambos hemisferios de predominio corticosubcortical, en relación con afectación metastásica. RM columna: afectación metastásica desde T6 a T9 con leve masa de partes

blandas en T6, que protruye al interior del canal central. TAC t-a-p: progresión de enfermedad tumoral, aumento del tamaño de lesiones pulmonares y pleurales en ambos hemitórax, asociando derrame pleural. Nódulos pulmonares en ambos hemitórax que ha aumentando de tamaño con TAC previo. Progresión de enfermedad tumoral hepática. Metástasis renales corticales y seno renal y metástasis pancreáticas de nueva aparición. Carcinomatosis peritoneal. Ascitis. Lesiones óseas múltiples de nueva aparición, costales izquierdas, cuerpos vertebrales de T12, L1, L2, L3, esta última con abombamiento hacia el canal central, comprimiendo raíz L 3 izquierda, L4, ala ilíaca derecha y progresión de metástasis óseas ya conocidas, con una mayor extensión.

**Juicio clínico:** Adenocarcinoma de cérvix estadio IV.

**Diagnóstico diferencial:** Proceso neoplásico en endometrio, endocérvix, neoplasia tiroidea primaria.

**comentario final:** María recibe tratamiento quimioterápico según esquema CDBP-Paclitaxel añadiendo radioterapia concomitante. Tiroidectomía total y posterior rastreo con I131 positivo a nivel cervical. Tras progresión objetivada en estudio, se realiza esquema CDBP-Taxol, con el cual se observa respuesta parcial tras tres ciclos. Tratamiento antiálgicos RT sobre articulación sacro-ilíaca izquierda. 10 sesiones de RT holocraneal. Acude a Urgencias remitida por ESAD por mal control sintomático en domicilio, con insuficiencia respiratoria grave y dolor a pesar de la medicación pautaada. En domicilio se administra dexametasona, cloruro mórfico y midazolam con mejoría parcial. Es remitida para ingreso por sospecha de mal pronóstico vital a corto plazo. Tras ingreso hospitalario la paciente fallece.