



## 242/1299 - A PROPÓSITO DE UN CASO: ADENOCARCINOMA DE ENDOMETRIO

S. Gómez Rodríguez<sup>a</sup>, I. Bayón Cauto<sup>b</sup>, M. Real Campaña<sup>c</sup> y M. Vega Calvellido<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ribera del Muelle. Puerto Real. Cádiz.

<sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ribera del Muelle. Puerto Real. Cádiz.

<sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casines. Puerto Real. Cádiz. <sup>d</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ribera del Muelle. Puerto Real. Cádiz.

### Resumen

**Descripción del caso:** Anamnesis: paciente de 60 años que acude a consulta por sangrado vaginal desde hace dos meses. Citología reciente normal. Antecedentes personales: alergia a amoxicilina. No intervenciones quirúrgicas. No hábitos tóxicos. Hipotiroidismo en tratamiento. Glaucoma. Antecedentes gineco-obstétricos: G2P2. Menopausia hace 12 años.

**Exploración y pruebas complementarias:** Se deriva a ginecología: especuloscopia: vagina y cérvix atrófico con cérvix puntiforme. Tacto vaginal: no se palpan masas ni megalias, cérvix móvil. Proust negativo. Eco X STV: útero en AVF de tamaño, morfología y características normales, con endometrio con contenido líquido en su interior que delimita tumoración endometrial de 18 mm bien delimitada con doppler color positivo, ambos anejos impresionan de normales. No se puede realizar gineaspir así que se programa histeroscopia. Histeroscopia y toma de biopsia endometrial con informe anatomopatológico: adenocarcinoma de endometrio tipo seroso papilar (alto grado). Se interviene quirúrgicamente con el siguiente informe anatomopatológico: A) histerectomía total simple con doble anexectomía: cérvix sin alteraciones, adenocarcinoma seroso papilar endometrial con infiltración paraovárica y paratubárica izquierda, anejo derecho libre de tumor. B) implante en mesorecto: tejido fibroadiposo con infiltración por adenocarcinoma seroso papilar. C) linfadenectomía pélvica izquierda: 4 ganglios linfáticos libres de tumor. D) Linfadenectomía pélvica derecha: 5 ganglios linfáticos libres de tumor. E) Linfadenectomía paraaórtica: metástasis ganglionar de adenocarcinoma seroso papilar de origen uterino en 4 de los 7 ganglios aislados. G) Biopsia de perineo vesical: infiltración por adenocarcinoma seroso papilar de origen uterino. H) Biopsia de peritoneo parietal derecho: tejido fibroadiposo libre de infiltración neoplásica. I) Implante en serosa rectal: infiltración por adenocarcinoma seroso papilar de origen uterino. J) Epiplón: infiltración por adenocarcinoma seroso papilar de origen uterino. Tras la intervención acude por dolor abdominal comprobándose la presencia de ascitis que es evacuada mediante drenaje percutáneo. Se realiza tratamiento con quimioterapia adyuvante.

**Juicio clínico:** Adenocarcinoma de endometrio. Estadio IIIC2, pT3a pN2 cMx.

**Diagnóstico diferencial:** Neoplasias de cérvix, trompa, ovario. Endocrinopatías, hepatopatías, coagulopatías.

**Comentario final:** El adenocarcinoma de endometrio se suele diagnosticar en mujeres posmenopáusicas que acuden al ginecólogo por sangrado vaginal peri o posmenopáusico.

### **Bibliografía**

1. Metrorragias. En: Rodríguez García JL, coord. Green Book diagnóstico, tratamiento médico. Madrid: Marbán; 2013. p. 1202-10.

**Palabras clave:** Neoplasias endometriales. Posmenopausia. Metrorragia.