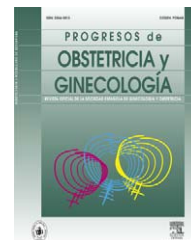




## PROGRESOS de OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

www.elsevier.es/pog



### CASO CLÍNICO

## Recidiva vaginal e inguinal en una paciente con adenocarcinoma de endometrio temprano tratado por vía laparoscópica

Jesús de la Rosa Fernández <sup>a,\*</sup>, Miguel López Valverde <sup>a</sup>, Teresa Ibáñez <sup>b</sup> y Iñigo Lecumberri <sup>c</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital de Basurto, Bilbao, España

<sup>b</sup> Servicio de Anatomía Patológica, Hospital de Basurto, Bilbao, España

<sup>c</sup> Servicio de Radiología, Hospital de Basurto, Bilbao, España

Recibido el 27 de mayo de 2009; aceptado el 11 de junio de 2009

#### PALABRAS CLAVE

Adenocarcinoma de endometrio;  
Tratamiento laparoscópico;  
Metástasis

#### KEYWORDS

Endometrial carcinoma;  
Laparoscopic treatment;  
Metastasis

**Resumen** La cirugía es el tratamiento más adecuado para el adenocarcinoma (ACA) de endometrio en estadios tempranos, con lesiones confinadas al útero (estadios I/II).

Aunque la vía laparotómica se utiliza todavía con gran frecuencia, la laparoscopia está progresando en gran medida para el tratamiento de estos tumores.

Los resultados obtenidos en el tratamiento del ACA de endometrio por vía laparoscópica son excelentes, similares a la laparotomía, con costes parecidos y múltiples ventajas. Por todo ello, la laparoscopia está empezando a ser la vía preferida para muchos ginecólogos oncológicos.

Presentamos a continuación un caso de ACA de endometrio, pT: Ib/G1, tratado por laparoscopia: histerectomía vaginal asistida por laparoscopia (HVAL) + doble anexectomía (DA) + citología (C) + linfadenectomía pélvica (LP) en el que se presentó una metástasis en introito vaginal a los 7 meses del tratamiento y otra inguinal a los 14 meses.

© 2009 SEGO. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

**Vaginal and inguinal recurrence in a patient with early endometrial adenocarcinoma treated with laparoscopic surgery**

**Abstract** Surgery is the optimal treatment for early-stage endometrial adenocarcinoma, with lesions confined to the uterus (stages I/II).

Although laparotomy is still frequently employed, the use of laparoscopy to treat these tumors is increasing.

The results obtained by laparoscopic surgery in the treatment of endometrial adenocarcinoma are excellent, similar to those of laparotomy, with multiple benefits and similar costs. Therefore, laparoscopy is becoming the preferred option for many gynecological oncologists.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [jhrosaferr@hotmail.com](mailto:jhrosaferr@hotmail.com) (J. de la Rosa Fernández).

We report a case of endometrial carcinoma, pT: Ib/G1 treated by laparoscopy consisting of laparoscopic assisted vaginal hysterectomy + double annexectomy + cytology + pelvic lymphadenectomy, which progressed to vaginal introitus metastasis at 7 months of treatment and inguinal metastasis at 14 months.

© 2009 SEGO. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

## Introducción

El tratamiento del adenocarcinoma (ACA) de endometrio en estadios precoces es fundamentalmente quirúrgico<sup>1,2</sup>.

Hasta hace unos años, la laparotomía era la vía clásica de abordaje para el tratamiento de estos tumores<sup>3-6</sup>. Desde el año 1988, que se realizó la primera histerectomía por vía laparoscópica<sup>7,8</sup> y sobre todo desde los años 1989 y 1991 en los que se publicaron las primeras linfadenectomías pélvicas<sup>9</sup>; esta vía ha ido ganando adeptos para el tratamiento de este proceso y está empezando a ser la vía preferida<sup>10-15</sup>.

La tasa de supervivencia libre de enfermedad es similar para ambas vías<sup>4,11,16-18</sup>.

La tasa de supervivencia global también es similar<sup>11,12,19,20</sup>.

Las recurrencias también son parecidas con ambos métodos<sup>4,17,21-24</sup>.

Las recurrencias en la cúpula vaginal no parecen estar aumentadas<sup>11,25,26</sup>.

Presentamos a continuación un caso de ACA de endometrio tratado por vía laparoscópica mediante HVAL + DA + C + LP que presentó una recidiva vaginal y otra inguinal.

## Caso clínico

Mujer de 69 años cuyos antecedentes personales son: diabetes mellitus de tipo 2 tratada con antidiabéticos orales y cardiopatía isquémica. Antecedentes obstétrico-ginecológicos: menarquia a los 13 años, ciclos menstruales regulares, 2 embarazos y partos normales y menopausia a los 50 años.

Acude a nuestra consulta por un cuadro de metrorragia posmenopáusica en 2 ocasiones en los 6 últimos meses.

La exploración general y ginecológica es normal.

Se realizó una histeroscopia y se visualizó una lesión endometrial sospechosa de malignidad con el endocérnix libre. La biopsia endometrial nos confirmó la sospecha y fue informada como ACA endometriode de endometrio.

En el estudio de extensión la resonancia magnética (RM) pélvica se informó como lesión endometrial sospechosa que no infiltraba el miometrio ni el cérvix (la) (figs. 1 y 2). La tomografía computarizada (TC) abdominal fue normal.

Con el diagnóstico de ACA endometriode de endometrio, estadio prequirúrgico Ia, se propuso a la paciente HVAL + DA + C + LP que se realizó a los pocos días.

El servicio de anatomía patológica informó el estudio de la pieza quirúrgica como ACA endometriode de endometrio, pT: Ib/G1.

El comité de ginecología oncológica no creyó oportuno indicar tratamiento coadyuvante por considerarlo un carcinoma de riesgo bajo.

La paciente comenzó los controles en la consulta de ginecología oncológica. A los 7 meses postratamiento se visualizó una lesión eritematosa de 7 × 7 mm en el introito vulvar, que fue biopsiada e informada como metástasis vaginal de un ACA de endometrio bien diferenciado. El estudio de extensión no visualizó ninguna otra lesión. Se practicó una exéresis con márgenes más braquiterapia vaginal 550 cGy X 5 aplicaciones, más acetato de medroxiprogesterona 200 mg/día porque los receptores hormonales de estrógenos y progesterona fueron positivos.

A los 7 meses de la recidiva vaginal en la RM pélvica de control apareció una lesión nodular de 2 cm en la región inguinal izquierda, que se biopsió e informó de metástasis inguinal de un ACA de endometrio, que se trató mediante exéresis local con márgenes más radioterapia externa 50 Gy con sobreimpresión en la región inguinal izquierda hasta 60 Gy.

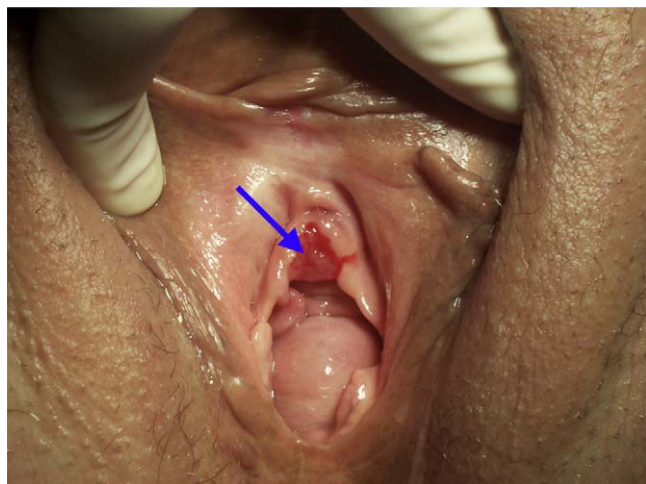


Figura 1 Metástasis en introito vaginal de ACA de endometrio.

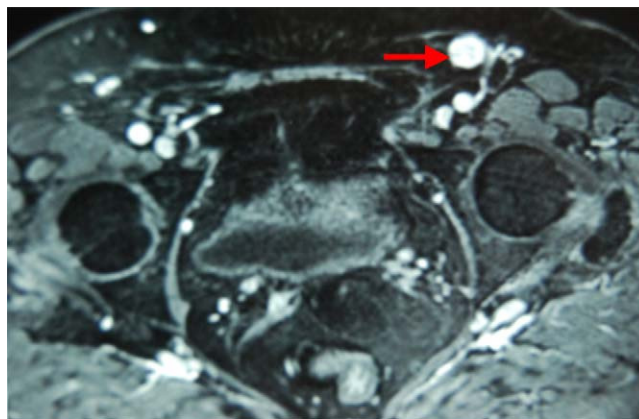


Figura 2 RM pélvica (secuencia T1 axial con contraste). Podemos ver adenopatía inguinal izd. de 2 cm.

Actualmente, la paciente está asintomática y sigue siendo controlada en nuestra unidad.

## Discusión

El tratamiento del ACA de endometrio confinado al útero (estadios I/II) es quirúrgico<sup>1,2</sup>.

La histerectomía total con doble anexectomía asociada a citología de lavados peritoneales es el proceder habitual. Si la biopsia intraoperatoria nos informa de invasión miometrial profunda, extensión a cérvix o anejos o el tumor es indiferenciado, se debe realizar una linfadenectomía pélvica y si en ésta aparece algún ganglio invadido se realizará una linfadenectomía paraaórtica hasta la salida de la arteria mesentérica inferior. También realizaremos esta linfadenectomía si la extensión es a los anejos y en los tipos histológicos seroso-papilar y células claras<sup>3-6</sup>.

Clásicamente, el abordaje para realizar esta cirugía era mediante una laparotomía media<sup>3-6</sup>.

Desde el año 1988 con la realización de la primera HVAL<sup>7</sup>, y sobre todo desde 1989 y 1991 con la publicación de las primeras linfadenectomías pélvicas por vía laparoscópica<sup>9</sup>, esta vía ha ido ganando adeptos hasta convertirse en la actualidad en la preferida de muchos ginecólogos oncológicos<sup>10-15</sup>.

Durante los últimos 20 años se han publicado múltiples estudios, la mayoría de ellos retrospectivos, que nos hablan de tasas de supervivencia libre de enfermedad y global similar para las 2 vías de abordaje<sup>4,11,12,16-20</sup>.

La tasa de recurrencias también era parecida<sup>4,16,21-24</sup>.

Las recurrencias en la puerta de entrada de los trócares también han sido descritas por varios autores<sup>4,27</sup>, pero también se han descrito en el lugar de la incisión de la laparotomía<sup>4</sup>.

Las recidivas vaginales tampoco parecen estar aumentadas cuando realizamos el tratamiento por vía laparoscópica. Para intentar evitarlas no hay que hemiseccionar ni morcelar la pieza quirúrgica. El uso del manipulador uterino y la extensión de la lesión al cérvix no parecen desempeñar un papel importante en las recurrencias en la cúpula vaginal<sup>17,25,26</sup>.

De todas formas, casi todos los estudios son retrospectivos. Hay en marcha un gran estudio prospectivo y aleatorizado del GOG, con 2.100 pacientes divididos en 2 brazos, laparoscopia frente a laparotomía, en el que se está valorando la calidad de vida, el coste del tratamiento, el tiempo operatorio, el tiempo de estancia hospitalaria, la calidad de la estadificación y la tasa de complicaciones. Este estudio tendrá un gran valor y una potencia estadística suficiente para poder ratificar o descartar los resultados del resto de estudios<sup>28</sup>.

Presentamos en este artículo el caso de una paciente con un ACA de endometrio que fue tratado por vía laparoscópica mediante HVAL + DA + C + LP y que se presupuso tendría una buena evolución, ya que se trataba de un tumor histológicamente no agresivo (endometriode), en estadio inicial (Ib) y era un tumor bien diferenciado (G1). Sin embargo, esta paciente ha seguido un curso tórpido, con una recidiva en el introito vaginal a los 7 meses del tratamiento y una metástasis inguinal otros 7 meses después de la recidiva vaginal.

Este comportamiento nos hizo pensar, en un primer momento, en la posibilidad de que la vía laparoscópica pudiera haber influido en dicha evolución. Con la revisión de la lite-

ratura científica disponible hasta el momento, no hemos encontrado argumentos que apoyen este pensamiento. Aun así, nos queda la duda, y esperamos que nuevos estudios como el del GOG nos lo aclaren en un futuro próximo.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

1. Barakat RR, Park RC, Grisby PW, Muss HD, Norris HJ. Corpus epithelial tumors. En: Hoskins WZ, Perez CA, Young RC, editors. Principles and practice of gynaecologic oncology. Philadelphia: Lippincott; 1997. p. 859-96.
2. Zullo F, Palomba S, Russo T, Falbo A, Constantino M, Tolino A, et al. A prospective randomized comparison between laparoscopic and laparotomic approaches in women with early stage endometrial cancer: A focus on the quality of life. *Am J Obstet Gynecol.* 2005;193:1344-52.
3. Volpi E, Ferrero A, Jacomuzzi MA, Peroglio Carus A, Fuso L, Martra F, et al. Laparoscopic treatment of endometrial cancer: feasibility and results. *Eur J Obst Gynecol Reprod Biol.* 2006;124: 232-6.
4. Zapico A, Fuentes P, Grassa A, Arnanz F, Otazua J, Cortes-Prieto J. Laparoscopic-assisted vaginal hysterectomy versus abdominal hysterectomy in stages I and II endometrial cancer. Operating data, follow up and survival. *Gynecol Oncol.* 2005;98:222-7.
5. Bidzinski M, Lindner B, Krynicki R, Bujko K. Diagnosis, treatment and follow up in endometrial cancer. *Ginekologia Onkologiczna.* 2003;1:25-36.
6. Levine D, Hoskins W. Update in de management of endometrial cancer. *Cancer J.* 2002;8(Suppl 1):31-9.
7. Reich H, DeCaprio J, McGynn F. Laparoscopic hysterectomy. *J Gynecol Surg.* 1989;5:213-5.
8. Canis M, Mage G, Chapron C, Wattiez A, Pouly JL, Bruhat MA. Laparoscopic hysterectomy. A preliminary study. *Surg Endosc.* 1993;7:42-5.
9. Querleu D, Le Blanc E, Castalain B. Laparoscopic lymphadenectomy in the staging of early carcinoma of the cervix. *Am J Obstet Gynecol.* 1991;164:579-81.
10. Boike G, Lurain J, Burke J. A comparison of laparoscopic management of endometrial cancer. *Expert Rev Anticancer Ther.* 2003;3:37-47.
11. Gemignani ML, Curtini JP, Zelmanovich J, Patel DA, Venkstramam E, Bakarat RP. Laparoscopic-assisted vaginal hysterectomy for endometrial cancer: clinical outcomes and hospital charges. *Gynecol Oncol.* 1999;73:5-11.
12. Magriña JF, Mutone NF, Weaver AL, Magtibay PM, Fowler RS, Cornella JL. Laparoscopic lymphadenectomy and vaginal laparoscopic hysterectomy with bilateral salpingo-oophorectomy for endometrial cancer: morbidity and survival. *Am J Obstet Gynecol.* 1999;181:376-81.
13. Eltabbakh GH, Shamonki MI, Moody JM, Garafano LL. Hysterectomy for obese women with endometrial cancer: laparoscopy or laparotomy? *Gynecol Oncol.* 2000;78:329-35.
14. Holub Z, Bartos P, Jabor A, Eim J, Fischlova D, Wagnerova M. Laparoscopic hysterectomy in obese women with endometrial cancer. *J Am Assoc Gynecol Laparosc.* 2000;7:83-8.
15. Canis M, Farina M, Jardon K, Rabischong B, Riboire C, Botchorishvili R, et al. Laparoscopy and gynecologic cancer in 2005. *Journal Gynecologie Obstetrique et Biologie de la Reproduction.* 2006;35:117-35.
16. Sobiczewski P, Bidzinski M, Derlatka P, Danska-Bidzinska A. Comparison of the results of surgical treatment using laparoscopy

- and laparotomy in patients with endometrial cancer. *Int J Gynecol Cancer*. 2005;15:946–51.
17. Magriña JF. Outcomes of laparoscopic treatment for endometrial cancer. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2005;17:343–6.
  18. Homesley HD, Boike G, Spiegel GW. Feasibility of laparoscopic management of presumed stage I endometrial carcinoma and assessment of accuracy of myoinvasion estimates by frozen section: a gynaecologic oncology group study. *Int J Gynecol Cancer*. 2004;14:341–7.
  19. Magriña JF, Mutone NF, Weaver AL, Magtibay PM, Fowler RS, Cornella JL. Laparoscopic hysterectomy with bilateral salpingo-ooforectomy for endometrial cancer: morbidity and survival. *Am J Obstet Gynecol*. 1999;181:376–81.
  20. Tozzi R, Malur S, Koehler C, Schneider A. Laparoscopic versus laparotomy in endometrial cancer: first analysis of survival of a randomized prospective study. *J Minim Invasive Gynecol*. 2005;12:130–6.
  21. Eltabbakh GH. Analysis of survival after laparoscopy in women with endometrial cancer. *Cancer*. 2002;95:1894–901.
  22. Kuoppala T, Tomás E, Heinonen PK. Clinical outcome and complications of laparoscopic surgery compared with traditional surgery in women with endometrial cancer. *Arch Gynecol Obstet*. 2004;270:25–30.
  23. Holub Z, Jabor A, Bartos P. Laparoscopic surgery for endometrial cancer: long-term results of a multicentric study. *Eur J Gynaecol Oncol*. 2002;23:305–10.
  24. Magriña JF, Weaver AL. Laparoscopic treatment of endometrial cancer: five year recurrence and survival rates. *Eur J Gynaecol Oncol*. 2004;25:439–41.
  25. Lim BK, Lavie O, Bolger B, Lopes T, Monaghan JM. The role of laparoscopic surgery in the management of endometrial cancer. *BJOG*. 2000;107:24–7.
  26. Chu CS, Randall TC, Bandera CA, Rubin SC. Vaginal cuff recurrence of endometrial cancer treated by laparoscopic assisted vaginal hysterectomy. *Gynecol Oncol*. 2003;88:62–5.
  27. Wang PH, Yen MS, Yuan CC, Chao KC, Tat NG, Lee WI. Port site metastasis after laparoscopic assisted vaginal hysterectomy for endometrial cancer: possible mechanisms and prevention. *Gynecol Oncol*. 1997;66:151–5.
  28. Barakat RR. Laparoscopically assisted surgical staging for endometrial cancer. *Int J Gynecol Cancer*. 2005;15:407.