CARCINOSARCOMA DEL CUELLO UTERINO Informe de un Caso.

Dr. Laureano Sánchez Díaz*

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO.

Introducción

El objeto de la siguiente presentación, es el de dar a conocer un caso de Carcinosarcoma de Cuello Uterino, tratado en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario de San Ignacio.

Dada la poca frecuencia de este tipo de tumor, queremos contribuir a aumentar la escasa casuística local y mundial.

En la bibliografía revisada a nivel nacional, el estudio más completo lo encontramos en el trabajo del Doctor Enrique Leaño Flórez (11), quien hace una recopilación de 7 casos del Instituto Nacional de Cancerología, de Carcinosarcoma de Endometrio y en la mundial, los doctores Williamson y Chistopherson (15) quienes a través de su investigación, sólo han encontrado 48 casos, en el lapso comprendido entre 1953 y 1969, de los cuales, 28 los clasificaron como Mesodérmicos Mixtos y 20 como Carcinosarcoma, también de localización endometrial; lo cual dentro de la poca frecuencia de este tumor, hace que el nuestro, de localización cervical, adquiera una mayor importancia estadística.

HISTORIA CLINICA Nº 97025.

Fecha de ingreso: Agosto 16/72.

Fecha de salida: Septiembre 13/72.

Se trata de una paciente de 40 años, casada, natural y procedente de Guateque, quien es vista por primera vez, presentando incontinencia urinaria de esfuerzo, dolor en hipogastrio, pérdida de peso progresiva y Hemorragia Vaginal, acompañada de flujo fétido, sintomatología ésta que venía presentando desde hacía dos meses.

Antecedentes personales y familiares: Sin importancia.

Antecedentes ginecológicos: Menarquia a los 14 años, normal. Ciclos 30 x 4 normales, flu-jo sanguinolento fétido de dos meses de evolución. U.R. 13 de Agosto de 1972.

Antecedentes obstétricos: P5-00-5. U.P. hace 13 años. Partos normales.

Examen físico: Como datos positivos se encontraron: Tensión arterial 11/7, pulso 76, temperatura 37.8.

Paciente en regulares condiciones generales, enflaquecida, piel y mucosas pálidas.

Senos hipotróficos, abdomen distendido, presencia de hernia umbilical, dolor a la palpación superficial y profunda en hipogastrio y fosas ilíacas.

Examen ginecológico: Genitales externos de multípara, cistouretrocele II, desgarro perineal

^{*} Profesor Asistente de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario San Ignacio.

antiguo I, rectocele I. A la especuloscopia se aprecia una masa exofítica que protruye a través del orifici ocervical externo de unos 6 cc. de diámetro, necrótica y friable, moderada hemorragia con coágulos oscuros y fétidos. Al T.V. vagina elástica, se palpa la masa ya descrita, útero en posición indiferente de forma, tamaño y consistencia normales, doloroso a la movilización, fondos de saco libres, anexos negativos. T.V.R. parametrios libres, confirma datos anteriores.

Se hace el diagnóstico inicial de carcinoma exofítico del cérvix. Se practican los exámenes de rutina, encontrándose marcada anemia. Citoscopia, rectosigmoidoscopia, urografía y Rayos X de tórax, normales.

Se toma biopsia de la masa (H-72-718), la cual es reportada como Carcinosarcoma en Cuello Uterino.

Con base en este diagnóstico, se procede a practicar Histerectomía Abdominal ampliada a tercio superior de vagina con salpingo ooforectomía bilateral. Organos abdominopélvicos macroscópicamente normales. Al revisar los ganglios ilíacos externos e internos y ureterales del lado izquierdo, se encuentran aumentados de tamaño, por lo cual se extirpan, siendo reportados como neoplásicos, por lo tanto se decide dar por terminada la cirugía. Intervención y post-operatorio, sin complicaciones.

Se dá salida a la paciente, remitiéndose al Instituto de Cancerología, para tratamiento de radioterapia.

En la actualidad ha recibido...

Anatomía patológica

Descripción macroscópica (H-72-771): En fresco y para congelación se recibe:

1. Rotulado "Ilíaca interna y externa derecha". Múltiples fragmentos de tejido elástico y de aspecto hemorrágico que varían de 0,3 a 1 cm. (A) y otros blanquecidos más firmes de hasta 1 cm. uno de los cuales se congela (B).

En formol y posteriormente se recibe:

1. Un útero acompañado de ambas trompas y ovarios, previamente abierto por su cara anterior y con un seg-

mento de vagina de 3,5 cms. de largo. El útero mide 7,5 cms. del cuello al fondo y 5 cms. de cuerno a cuerno; el espécimen en conjunto pesa 115 ams. En el cuello y protruyendo dentro de la vagina se encuentra una masa firme, irregular, granular y de color amarillento que mide 3,5 x 3 x 2 cms. Esta masa aparece fijada al exocérvix y pared lateral izquierda de la vagina cuya superficie adyacente está erosionada y reemplazada por tejidos de aspecto granular y amarillento. Al corte la masa es de superficie húmeda, uniforme y blanco-amarillenta.

Al corte de la pared vaginal lateral izquierda la lesión de aspecto neoplásica aparece infiltrando únicamente su tercio interno; sin embargo, los dos tercios exteriores de la pared no muestran infiltración tumoral (C); muestra de la pared posterior de vagina, es tomada y marcada (D) Zona erosionada del cérvix en el lado derecho es marcada (E.F.). El endometrio es liso, rojizo y mide hasta 0.1 cm. de diámetro (G). El miometrio es homogéneo, firme amarillento y mide hasta 2 cm. de espesor (G).

Las trompas uterinas en su superficie serosa aparecen congestionadas, de lo contrario no muestran cambios macroscópicos.

Los ovarios son firmes, granulares y no muestran evidencias de invasión tumoral y miden 3 x 1.5 x 1.5 cms. en ambos lados. (H: ovario derecho; l: ovario izquierdo).

También se encuentra en el recipiente un nódulo firme, granular de tejido que recuerda la masa neoplásica que protruye por el cuello y que mide 2.5 cms. de diámetro. Cortes de la masa tumoral y de este nódulo se toman y se marcan con la letra (J).

microscópica: Descripción H-72-771J. Los cortes muestran cuello uterino infiltrado por un tumor maligno de aspecto muy variado. Hay focos muy claros de adenocarcinoma bien diferenciados, en los cuales se aprecia formación de estructuras glandulares un poco irregulares. En otras áreas el adenocarcinoma es de tipo más sólido e indiferenciado. Iqualmente existen áreas con componentes de escamocelular, con áreas carcinoma de queratinización.

Finalmente, se aprecian focos de componente sarcomatoso, compuesto por células que recuerdan rabdomioblastos. Estas células son de citoplasma abundante y rojizo y se disponen en un patrón ligeramente alveolar.

En todos los campos hay abundantes mitosis.

El tumor presenta varias zonas necróticas.

Diagnóstico en consulta

A salas de cirugía: Tumor metastásico.

Diagnóstico definitivo

- 1. Carcinosarcoma de cuello uterino con invasión de mucosa vaginal adyacente y profunda de pared vaginal lateral izquierda y metástasis a región ilíaca derecha.
 - 2. Endometrio proliferativo escaso.
- 3. Trompas y ovarios, libres de tumor.

Historia del Tumor:

Considero conveniente hacer un relato sucinto sobre los Sarcomas del Cuello Uterino, dado que, el Carcinosarcoma, es una variante de éstos. Son neoplasias malignas de poca frecuencia con un pronóstico sombrío adoptando muchas formas diferentes, por lo cual han sido descritos con una amplia y complicada terminología, valga decir, a un solo tipo de tumor le han dado 119 nombres distintos (3). El más común de estas variedades es el Botroide. Actualmente se sabe que todos estos tipos de tumores pueden tomar origen en el miometrio, endometrio, estroma endocervical, miomas, vasos sanguíneos y tejidos linfáticos.

Las variedades mixtas, pueden contener además epitelio, dado que el origen embrionario es común a partir del Mesodermo para todas las estructuras.

Los Sarcomas, constituyen menos del 5% de la totalidad de los tumores malignos del cuello.

De acuerdo a la estructura, que dá origen al tumor, clásicamente los podemos dividir así: (3)

1. Sarcomas musculares, vasculares y linfoides:

- a. Leiomiosarcoma.
- b. Angiosarcoma.
- c. Linfomas malignos.

2. Sarcoma mesenquimatoso:

- a. Sarcoma Estromático.
- b. Sarcoma Mesenquimatoso Mixto.
 - c. Carcinosarcoma.

3. No clasificados

En la actualidad, la clasificación más práctica y que se tiene como guía, es la de Ober (11).

PUROS - Homólogos: Sarcoma estromático endométrico y Endometrio-

sis estromatosa.

Heterólogos: Rabdomiosarcoma, Condrosarcoma y Osteosarcoma.

MIXTOS: Homólogos: Varios tipos de Carcinosarcoma.

Heterólogos: Sarcoma mesenquimatoso o mesodérmico. Carcinosarcoma.

De acuerdo con esta clasificación, se entiende por tumor Homólogo, varios tipos de Carcinoma y Sarcoma en el mismo tumor y por Heterólogo, que puede provenir del miometrio o del endometrio con componentes histológicos altamente atípicos y que pueden contener células que normalmente no se encuentran en el útero como hueso, cartílago, músculo estriado.

Leiomiosarcoma es el más frecuente, le corresponde un porcentaje del 50 al 75%; se origina primordialmente de un mioma preexistente o difusamente del miometrio y su lugar de origen exacto es difícil de encontrar. Cuando toma su origen claro en un mioma, el pronóstico es más favorable que cuando se halla difusamente extendido por el útero.

Angiosarcoma, es el término genérico que se aplica a las neoplasias vasculares malignas; en el útero toma los nombres de Hemangioendotelioma o linfagioendotelioma; son raros con grado de malignidad bajo, respondiendo generalmente a la radioterapia.

Linfomas Malignos: Incluye el linfoblastoma folicular, linfosarcoma, enfermedad de Hodgking, Sarcoma de células reticulares, micosis fungoides, leucemia linfática y linfoma monosítica; la localización pélvica es rara y se discute todavía como origen primario. Sarcomas Mesenquimatosos o Mesodérmicos: El tipo estromático aparece tanto en el cuerpo como en el cuello, se origina en la porción estromática del endometrio, que en las niñas predomina en el endocérvix, siendo el lugar de predilección para su origen.

No es una neoplasia aislada, es el común denominador de toda la gama de tumores mesenquimatosos.

La variedad mesenquimatosa o los llamados "Sarcomas Mixtos de Muller" constituyen un grupo relativamente grande e incluye la mayoría de los casos de sarcoma Botroide, así como de Rabdomiosarcoma, condrosarcoma.

El origen de esta mezcla de tejidos en este tipo de tumores, nos lo explica meyer (3) como sigue:

- 1. Que existe una **colisión** de tumores en el cual dos neoplasias originalmente separados entran en aposición y se desarrollan a unísono.
- 2. Que existe una **combinación** de tumores, en los que las partes esenciales tienen la misma histogénesis, un antepasado común o célula madre.
- 3. Que existe una composición de tumores, donde varios tejidos interdependientes, valga decir, un parénquima y un estroma, experimentan desarrollo blastomatoso.

Carcinosarcoma: Es un tumor masenquimal mixto constituído por porciones de tejido carcinomatoso y sarcomatoso. El epitelio puede ser tanto escamoso como cilíndrico, dado que ambos existen en el útero; sinembargo, ésto no quiere decir que los elementos sarcomatosos pueden ser homólogos o heterólogos. El carcinoma de acuerdo con la teoría de Meyer (3), son tumores de combinación, aunque algunos autores se inclinan más a que sean tipo de colisión y composición. Además se han descrito, algunos Botroideos como carcinosarcomas.

A pesar de todos estos estudios, continúan existiendo la discrepancia con respecto a su naturaleza y dicen algunos autores que debería considerarse como un tumor mesodérmico mixto y no como una neoplasia especial (13).

Los diversos reportes muestran que su frecuencia es más alta en la raza negra que en la blanca.

La rata de sobrevida después de los cinco años, el promedio para los pacientes afectados del tumor, aproximadamente es de un 20% (9).

Algunos autores, y es importante hacerlo resaltar, consideran el Adenocarcinoma del Endometrio con áreas indiferenciadas, como un Carcinosarcoma.

En uno de los estudios más completos practicados en el Jefferson County por Chistopherson (15) entre los años de 1953 y 1969, el promedio anual del carcinosarcoma del útero fue de 0.44 por 100.000 mujeres de 20 años de edad o más.

Aspecto Macroscópico: La mayoría de las veces crece como una masa polipoide de tamaño moderado, usualmente se localiza en la parte superior de la cavidad endometrial y parece preferir la pared posterior y excepcionalmente hace localización cervical como en el caso en presentación.

Puede progresar a gran tamaño, protruyendo por el cuello y en la mayoría de los casos, se encuentra en el momento de realizarse el raspado de la cavidad uterina. Tiene apariencia fibrosa, pero es friable y sangra fácilmente. Al corte la superficie aparece brillante y gelatinosa sin ningún elemento granuloso que es común del adenocarcinoma.

Alrededor de la masa polipoide, el endometrio es grueso y friable.

Aspecto Microscópico: Con el pequeño aumento, debido a la naturaleza celular del proceso, nos demuestra una neoplasia presente y con el gran aumento, vemos una mezcla atípica con amontonamiento de células de comprobada malignidad.

El problema es clasificar esta lámina. Un escrutinio cuidadoso muestra unas células cuboidales o columnares y tal vez forman una glándula incompleta; este patrón de crecimiento indicaría carcinoma simple.

Otras células en forma de huso compuestas por núcleos grandes, anaplásicos que tiñen oscuro y evidentemente no son epiteliales pero sí son como una caricatura del estroma endometrial especializado o diferenciado, es el elemento sarcomatoso.

Esta mezcla íntima de las dos líneas celulares con los dos patrones de crecimeinto con un sitio de transición histológica entre ambas, es el que lleva al diagnóstico de carcinosarcoma endometrial.

Características Clínicas: Como todos los sarcomas, pueden aparecer en cualquier edad, pero el mayor porcentaje de ellos se encuentran entre las décadas quinta y sexta de la vida.

Hace su aparición más frecuentemente antes de la menopausia y seguidamente después de ella, sinembargo es curioso anotar que los diferentes tipos Cervicales, a pesar de su extremada rareza aparece en todas las edades. Se encuentra tanto en nulíparas como en multíparas de edad avanzada.

No existen síntomas característicos de la enfermedad, siendo sus manifestaciones similares a la de cualquier neoplasia maligna. El más frecuente de ellos es la hemorragia vaginal; en las pacientes adultas pueden aparecer hemorragias intermenstruales, siendo casi siempre a manera de un goteo. Con el progreso de la enfermedad se puede presentar una secreción acuosa, purulenta o sanguínea, que adquiere características fétidas cuando vá acompañada de ulceración. En las fases más avanzadas, es frecuente encontrar dolor pélvico y abdominal, disuria o tenesmo.

Desafortunadamente la entidad en muchas veces asintomática en su comienzo y el diagnóstico se hace sólo en un examen ocasional como acontece con los carcinomas; en estado avanzado se presentan trastornos de tipo general como pérdida de peso, debilidad y fiebre.

Cuando es de localización cervical, el examen ginecológico revela al principio un agrandamiento irregular o nodular de más fácil apreciación a medida que se convierte en una masa tumoral definida. Puede presentarse como un pequeño pólipo del orificio externo, pudiendo ser confundido fácilmente como un pólipo mucoso benigno.

A veces el tumor experimenta necrosis, dejando una ulceración sucia con escaras sobre el ectocérvix.

Un dato al cual se le ha dado mucha importancia en los últimos tiempos, es el de la irradiación pélvica previa por cualquier patología, especialmente para tratamiento de hemorragias, como presunto punto de partida para desarrollarse el carcinosarcoma. Entre los 48 casos estudiados por los doctores W. y J. (15) seis de ellos tuvieron irradiación previa 9 a 17 años antes del diagnóstico.

El tamaño del tumor en promedio es de 8 centímetros en su diámetro mayor.

Desde el punto de vista general es frecuente encontrar obesidad e hipertensión.

Extensión: El carcinosarcoma puede ser discreto pero con frecuencia la invasión de la pared uterina ha tenido lugar, con evidencia ocasional de diseminación a los ligamentos anchos y anexos; puede hacerlo también por vía linfática, presentar metástasis vaginales y diseminarse a los mismos órganos que lo hace el adenocarcinoma del endometrio (Pulmón, cerebro, riñón).

Es interesante anotar que dada la biología del tumor, las metástasis lejanas son o de sarcoma o de carcinoma puro; raramente se encuentra en forma mixta.

Las metástasis de los ganglios linfáticos son muy raras.

Después de la intervención quirúrgica, es corriente la recidiva vaginal, la difusión local a vísceras pelvianas con posible obstrucción urinaria.

Tratamiento: El tratamiento de elección es la histerectomía abdominal ampliada a tercio superior de vagina con S. OB. seguida de radioterapia, la cual se encuentra para algunos autores en vía de discusión.

Pronóstico: La gran variedad de neoformaciones vasculares y linfáticas del cérvix, no permite establecer una valoración adecuada del pronóstico. En términos generales se acepta una sobrevida para el carcinosarcoma de dos a cinco años sin que sea muy distante para lo comunmente aceptado en cuanto a sarcomas en general.

Conclusiones

- 1º Se presenta un caso de Carcinosarcoma de localización cervical.
- 2º Se demuestra la poca frecuencia de la localización cervical del Carcinosarcoma.
- 3º Se hace un recuento histórico de las teorías con respecto al tumor.
- 4º Se analizan las diferentes características clínicas de los tumores del cuello uterino.
- 5º Se insiste en la labor de conjunto, que debe existir entre el cirujano y el radioterapeuta para el tratamiento.
- 6º Ante la presencia de una masa exofítica del cuello uterino, no olvidar la existencia del Carcinosarcoma.

Sumario

Se presenta un caso de Carcinosarcoma de localización cervical, estudiado y tratado en el Hospital Universitario de "San Ignacio". Bogotá, Colombia, con el fin de contribuir a aumentar la estadística nacional y mundial. Se relata la Historia Clínica Nº 97025, cuyo hallazgo principal, era la de una masa exofítica del cérvix, reportada por Anatomía Patológica, como un Carcinosarcoma primario de cérvix, con su manejo y tratamiento.

Summary

Presentation of one case of Carcinosarcoma in cervical location, studied and treated at Hospital San Ignacio of Bogotá, Colombia, in order to contribute to increase national and world statistics. Clinical history Nº 97025, which main finding was a cer-

vical hexophytical mass reported by pathological anatomy as a primary Carcinosarcoma of the cervix, with its handling and treatment.

BIBLIOGRAFIA

- 1 AARO, L. A., y DOCKERTY, M. B. Leiomyosarcoma of the uterus. Am. J. Obst. Gynec. 77, 1187, 1959.
- 2 ALZNAUER, R. L. Mixed Mesenchymal Sarcoma of the Corpus Uteru. Arch. Path. 60: 329, 1955.
- 3 FLUHMANN, C. F., El cuello uterino y sus enfermedades, 470, 1963.
- 4 GOODFRIEND, M. J., and LAPAN, B. Carcinosarcoma of the uterus. New York State. Y. M. 50: 1139, 1950.
- 5 HILL, R. P., and MILLER, F. N. J. Combined Mesenchymal Sarcoma and Carcinoma. (Carcinosarcoma).
- 6 KLEIN, J. Carcinosarcoma of the Endometrium. Amer. J. Obst. y Ginec. 65: 1212, 1953.
- 7 MARCELLA, L. C., and CROMER J. R. Mixed mesodermal tumors. Amer. J. Obstet. Gynec. 77: 275, 1959.
- 8 McELIN, J. W., and DAVIS, H. Mesodermal mixed tumors. Amer. J. Obstet. Gynec. 63: 605, 1952.
- 9 NOVAK, JONES, JONES. Tratado de Ginecología. 219, 1968.
- 10 LEAÑO, FLOREZ, ENRIQUE. Carcinosarcoma Endometrial. 1972.
- 11 OBER, W. B., Uterine Sarcomas: histogenesis and taxonomy. Ann. N. W. Acad. Sci. 75: 568. 1959.
- 12 OBER, W. B., and TOVELL, H. M. Mesenchymal Sarcomas of the uterus. Amer. J. Obstet. Gynec. 77: 246, 1959.
- 13 PARSONS and SOMMERS, Gynecology. 872, 1963
- 14 RUBIN, A. Histogenesis of Carcinosarcoma of the uterus. Amer. J. Obstet. Gynec. 77: 269, 1959.
- 15 WILLIAMSON, CHISTOPHERSON. Tumores Mesodérmicos Mixtos. Cancer. 28: 216, 1972.