



XXVIX REUNIÓN
SOCIEDAD GINECOLÓGICA
MURCIANA



Hospital General Universitario
Santa Lucía

CARTAGENA

CA NEUROENDOCRINOS GINECOLÓGICOS. SERIE DE CASOS

M^a del Mar Bueno Gonzalez; Maria Isabel Urbano Reyes; Almudena Martínez Martínez; Lucía Álvarez Fernández; Laura Batres Fernández; Javier Garvía Morcillo; Dulce San Nicolás Griñán; Miriam Rubio Ciudad
*Servicio de Obstetricia y Ginecología de Hospital General Universitario Santa Lucía

INTRODUCCIÓN

Las neoplasias neuroendocrinas constituyen un grupo heterogéneo. Se definen como neoplasias epiteliales con una diferenciación predominantemente neuroendocrina. Pueden surgir en prácticamente cualquier órgano del cuerpo, debido a que estas células se distribuyen en la etapa embrionaria por todo el organismo, a través de las crestas neurales, las glándulas endocrinas, los islotes y el sistema endocrino difuso.

Los tumores neuroendocrinos cervicales es una enfermedad rara que representa solo el 2% de todas las neoplasias cervicales. Es una variante extrapulmonar del cáncer de pulmón de células pequeñas. La edad media al diagnóstico es de 45 años.

El pronóstico es peor en comparación con los carcinomas de células escamosas cervicales o los adenocarcinomas, aunque algo mejor que para el cáncer de pulmón de células pequeñas. El pronóstico del carcinoma neuroendocrino de células pequeñas del cuello uterino se asocia con la extensión de la enfermedad. La tasa de supervivencia a cinco años es aproximadamente del 30% para los pacientes con enfermedad en etapa limitada. Sin embargo, pocos pacientes con enfermedad más extensa sobreviven más de dos años.

El carcinoma neuroendocrino de células pequeñas del endometrio es un tumor muy raro y agresivo. El endometrio es el sitio menos común para la aparición de carcinomas de

células pequeñas en el tracto genital femenino. Puede producir y secretar una variedad de sustancias metabólicamente activas (aminas y péptidos) y causar diferentes síndromes clínicos.

En la actualidad, el diagnóstico de los tumores neuroendocrinos se basa principalmente en los marcadores de diferenciación neuroendocrina por inmunohistoquímica

CASO CLÍNICO 1

Mujer de 57 años, G2P1A1, obesa, diabética tipo II, que consultó en urgencias por hipermenorrea de 20 días de duración. Exploración ginecológica: Genitales externos y vagina normales, se observa cérvix con masa friable asomando por OCE de consistencia dura al tacto. Sangrado activo de cavidad similar a regla. Se toma biopsia de la masa y la AP informa de carcinosarcoma de posible origen endometrial. Ecografía: útero hipertrófico, masa de 6cm en canal cervical, endometrio 8 mm. Anejos normales. No líquido libre en cavidad abdominal. Anejos normales. TAC informa de adenopatías mediastínicas, latero-aórticas e ilíacas externas de menos de 1cm, y masa en cérvix y endometrio de 9.6cm, sin infiltración local de estructuras adyacentes.

Marcadores tumorales: CEA: 4,2 ng/ml. Ca 125: 22 UI/ml. Ca 19.9: 31 UI/ml. Ag de cél escamosas: 1,1 ng/ml.

Se realizó histerectomía con doble anexectomía, linfadenectomía ilíaca y apendicectomía.

La AP informa de dos tumores sincrónicos:

Carcinoma neuroendocrino de células pequeñas de cérvix, G3, que se extiende a ovario y parametrio derecho. Estadio IIB de la FIGO.

Adenocarcinoma endometrioide moderadamente diferenciado, G2, que invade <50% del miometrio, estadio IA de la FIGO.

Ganglios no afectados, apéndice normal. En el postoperatorio presentó infección de la herida quirúrgica que precisó desbridamiento. TAC TAP: Progresión tumoral con metástasis pulmonares, adenopatías toracoabdominales, masa en cúpula vaginal e imagen compatible con infiltración/trombosis tumoral de ambas venas ováricas. Exitus.



CASO CLÍNICO 2

Mujer 77 años. G0. Mp: 52 años. Abdomen con masa visible y palpable que ocupa todo el abdomen. Ecografía: masa abdominal de 216*189mm sospechosa de malignidad. Biopsia Endometrial: lesión sarcomatosa de alto grado. Cirugía: Histerectomía abdominal total con doble anexectomía + apendicectomía por sospecha de sarcoma uterino. AP: carcinoma neuroendocrino pobremente diferenciado G3 de trompa de Falopio. Apéndice cecal: tumor carcinoide patrón insular y tubular bien diferenciado de bajo grado. La distinta diferenciación entre ambos tumores neuroendocrinos, hace pensar que se trata de tumores sincrónicos. Estadio IIIB. Recibió 4 ciclos de QT esquema Carboplatino-Etopósido. Actualmente 3 años ILE.

CASO CLÍNICO 3

Mujer de 67 años, G3P3, menopausia a los 52 años. Derivada a ginecología por hallazgo en TAC de conglomerado adenopático en torno a la arteria mesentérica inferior, en cadenas ilíacas y femoral común derecha. Adenopatía precava. (Hallazgos que sugieren la presencia de proceso neoproliferativo primario en región ginecológica / recto). Se realiza Cornier que informa de sospechoso de malignidad. Se realizó histeroscopia: cavidad endometrial ocupada por una masa blanquecina, blanda, con vascularización muy aumentada y aberrante. AP: carcinoma indiferenciado (c7 y p53 positivos, probable fenotipo seroso). Punción ganglio inguinal: AP: infiltración por carcinoma poco diferenciado. Oncología médica propone QT neoadyuvante. Recibe 6 ciclos de Carbo-Taxol, con respuesta parcial. Se realiza cirugía: histerectomía con doble anexectomía y resección de recto a lo Hartmann. Apendicetomía y omentectomía. AP: Carcinoma neuroendocrino de endometrio metastásico (Estadio IV). Actualmente está recibiendo QT (Carboplatino etoposido).



BIBLIOGRAFÍA

- A. Katahira, J. Akahira, H. Niihara, K. Ito, T. Moriya, S. Matsuzawa Small cell carcinoma of the endometrium: Report of three cases and literature review Int J Gynecol Cancer, 14 (2004), pp. 1018-1023.
- O. Bige, B. Saatli, M. Secil, M. Koyuncuoglu, U. Saygili Small cell neuroendocrine carcinoma of the endometrium and laparoscopic staging: a clinicopathologic study of a case and a brief review of the literature nt J Gynecol Cancer, 18 (2008), pp. 838-843