

A PROPÓSITO DE UN CASO: ABORDAJE QUIRÚRGICO PALIATIVO DE METÁSTASIS ÓSEA DE CARCINOMA DE ENDOMETRIO

Irene Negrié Morales, José Pablo Puertas Garcia-Sandoval, Antonio Valcárcel Díaz, Javier Hernández Quinto, Jesús García García, Juan Fernando Navarro Blaya

HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA, Murcia, España

INTRODUCCIÓN

En el contexto del paciente oncológico las metástasis óseas son habituales, siendo el adenocarcinoma el subtipo histológico más frecuentemente implicado. Las principales neoplasias causantes son las de mama, pulmón, próstata, tiroides y riñón.

El cáncer de endometrio es la neoplasia ginecológica más frecuente. Las localizaciones típicas de metástasis son el hígado y el pulmón. La metástasis ósea es un hallazgo muy poco habitual que se asocia a estirpes histológicas agresivas describiéndose como causa más común el adenocarcinoma endometriode de alto grado.

El diagnóstico de lesión ósea metastásica es un signo de mal pronóstico en todas las estirpes histológicas de carcinoma endometriode. Su origen radica en la diseminación hematológica de las células tumorales, siendo la incidencia según Uccella et al inferior al 1% de todos los casos de cáncer de endometrio. Los lugares más frecuentes son el esqueleto axial y la cadera pero se han descrito metástasis óseas en múltiples regiones de la anatomía esquelética como el cráneo, mandíbula, clavícula o huesos largos. La principal manifestación clínica es el dolor en el lugar de la metástasis que se presenta generalmente como una lesión osteolítica en las pruebas de imagen.

OBJETIVOS

Con el presente póster se pretende exponer el caso de una paciente con metástasis ósea en radio de adenocarcinoma endometriode, su manejo terapéutico quirúrgico y el postoperatorio inmediato.



MATERIAL Y MÉTODOS

Es remitida a consultas una mujer de 72 años con adenocarcinoma de endometrio por presentar en el estudio de extensión metástasis ósea en radio izquierdo (Figura1) con parálisis radial en el mismo miembro superior. Inicialmente la tumoración se trató mediante radioterapia local no siendo efectiva en el control del dolor.

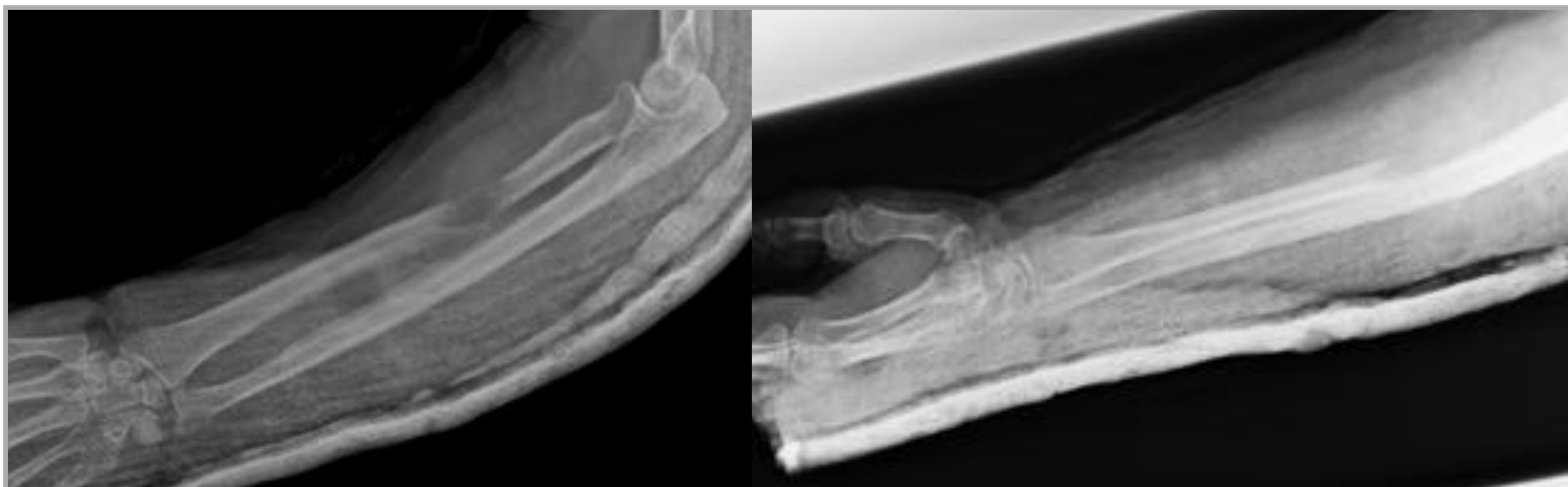


Figura 1. Radiografías antebrazo: imagen osteolítica de bordes mal definidos en unión entre tercio medio y tercio proximal de radio izquierdo sugestiva, en el contexto de la paciente, de metástasis ósea.

MATERIAL Y MÉTODOS

En un segundo tiempo se llevó a cabo una valoración mediante tomografía computarizada (TC) de la metástasis, revelando una lesión lítica con expansión y adelgazamiento cortical ubicada en la unión del tercio medio con el tercio proximal de la diáfisis radial.

El aspecto de la metástasis era el de una tumoración de gran tamaño de contenido líquido denso, grisáceo y aspecto cerebriforme (Figura2). El planteamiento quirúrgico se basó en la resección tumoral completa con extracción del contenido y extirpación del tejido tumoral. Se realizaron osteotomías en los extremos de los fragmentos óseos restantes. La estabilización se llevo a cabo mediante una placa y cemento con antibiótico en la región del defecto óseo (Figura3).

El examen anatomopatológico de la muestra confirmó el origen metastásico de la lesión.

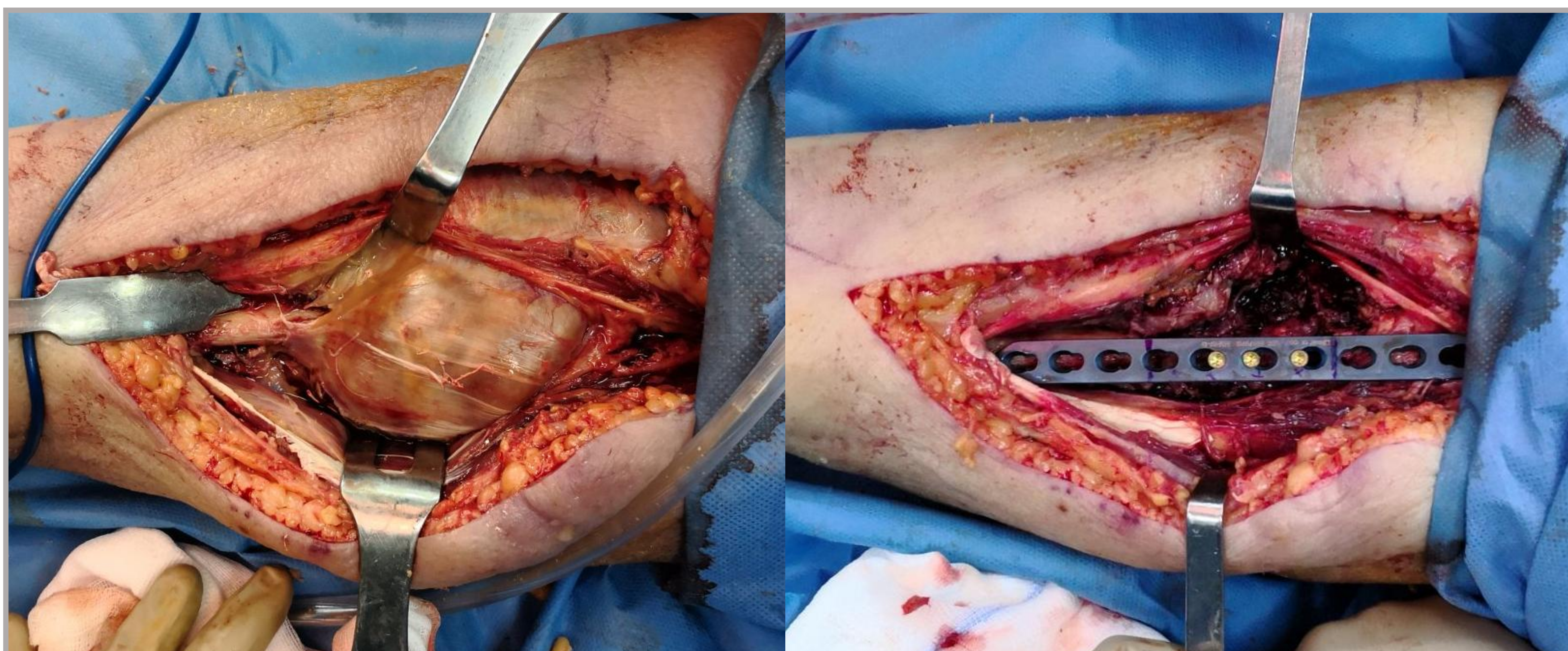


Figura 2. Imágenes intraoperatorias. A la izquierda masa tumoral previa a la resección. A la derecha reconstrucción del defecto mediante placa y tornillos.

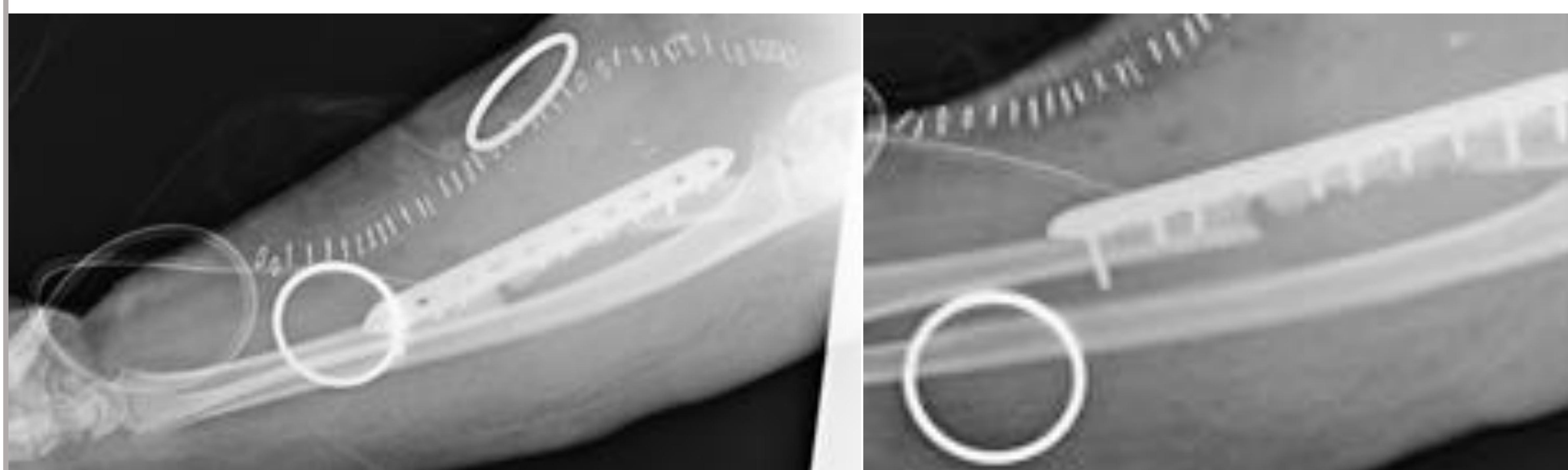


Figura 3. Control radiográfico postquirúrgico

RESULTADOS

El postoperatorio inmediato fue satisfactorio con pronta mejoría clínica por desaparición del dolor. Sin embargo, la paciente requiere un seguimiento cercano dado el alto riesgo de evolución desfavorable.

CONCLUSIÓN

Dada la baja incidencia de metástasis ósea en los pacientes con cáncer de endometrio el estudio rutinario del esqueleto no está justificado. Sin embargo, el diagnóstico de metástasis ósea debe barajarse en todo paciente con carcinoma de endometrio primario y dolor óseo. Actualmente no se ha definido un protocolo concreto de actuación diagnóstica ni terapéutica.



La valoración de estos pacientes requiere una prueba de imagen siendo útiles tanto la RMN, como el TAC o la gammagrafía ósea. Generalmente se prefiere alguna de las dos primeras dado que definen mejor la tumoración facilitando la planificación quirúrgica en caso de que estuviera indicada la cirugía. Por su parte, la gammagrafía ósea tiene la ventaja de que permite el rastreo esquelético completo siendo útil en el diagnóstico de lesiones óseas múltiples.

El abordaje de los pacientes con metástasis óseas debe ser multidisciplinar incluyendo en la decisión terapéutica a un comité de expertos en diversas áreas. Actualmente no se ha descrito un protocolo concreto para el manejo de la metástasis por carcinoma de endometrio de modo que su manejo incluye radioterapia local, tratamiento sistémico, cirugía, tratamiento hormonal y tratamiento con bifosfonatos. La decisión de intervención quirúrgica depende del estado general de la paciente, el número de lesiones óseas, la presencia de otras metástasis y el pronóstico de la enfermedad.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

Kehoe SM, Zivanovic O. Ferguson SE, Barakat RR, Soslow, RA. Clinicopathologic features of bone metastases and outcomes in patients with primary endometrial cancer. Gynecologic oncology, 2010, vol. 117, no 2, p. 229-233.

Ucella S, Morris JM, Bakkum-Gamez JN, Keeney FL, Podratz KC, Mariani A. Bone metastases in endometrial cancer: report on 19 patients and review of the medical literature. Gynecologic oncology, 2013, vol. 130, no 3, p. 474-482.

Durand JP, Karoubi M, Anract P, Goldwasser F. Metástasis óseas: manejo multidisciplinario, conducta diagnóstica y terapéutica. EMC-Aparato locomotor, 2013, vol. 46, no 1, p. 1-16.