

Metástasis aislada en ganglios paraaórticos en adenocarcinoma de endometrio. Reporte de un caso

Ernesto Lara V,¹ Franco Calderaro di Ruggiero,² Marko Rezic S,³ Johatson Freytez.⁴

RESUMEN

La presencia de metástasis en ganglios paraaórticos es uno de los factores de pronóstico más importantes del cáncer de endometrio, pudiendo ser el único sitio de enfermedad metastásica, cuya probabilidad, en ausencia de metástasis en ganglios pélvicos, es remota. Se describe un caso de paciente de 69 años de edad quien consulta por sangrado posmenopáusico de 3 meses de evolución con resultado de biopsia de endometrio que reporta adenocarcinoma endometriode moderadamente diferenciado. Luego de realizar estudios de extensión, es llevada a cirugía estadificadora más resección de plastrón ganglionar paraaórtico, con evolución posoperatoria favorable. La metástasis en ganglios paraaórticos fue el único sitio de enfermedad extrauterina. Este patrón de diseminación linfática, sin compromiso de ganglios pélvicos, debe tenerse en cuenta a fin de determinar las estrategias en el manejo de las pacientes.

Palabras clave: Cáncer de endometrio, Ganglios paraaórticos, Ganglios pélvicos, Metástasis aislada.

Isolated metastasis in para-aortic node in endometrial adenocarcinoma. Case report

SUMMARY

The presence of metastases in para-aortic nodes is one of the most important prognostic factors for endometrial cancer, and it may be the only site of metastatic disease, the probability of which in the absence of metastases in pelvic nodes is remote. We describe a case of a 69-year-old patient who consulted for postmenopausal bleeding of 3 months of evolution with a result of an endometrial biopsy that reported moderately differentiated endometrioid adenocarcinoma. After carrying out extension studies, she was taken to staging surgery plus resection of the para-aortic lymph node plastron; with favorable postoperative evolution. Para-aortic lymph node metastasis was the only site of extrauterine disease, therefore this pattern of lymphatic dissemination without involvement of the pelvic nodes must be taken into account in order to determine the strategies for the management of patients.

Keywords: Endometrial cancer, Paraaortic lymph Nodes, Pelvic lymph nodes, Isolated metastasis.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de endometrio (CE) representa la sexta patología maligna más común en la población femenina a nivel mundial, se estima que anualmente se diagnostican 320 000 nuevos casos (1). En Estados

Unidos, es el cáncer más frecuente del tracto genital femenino, con una incidencia en aumento (2). Los países de altos ingresos tienen una mayor incidencia de CE (5,9 %), en comparación con los países de bajos ingresos (4,0 %), aunque la mortalidad específica es mayor en estos últimos (1). En Venezuela, ocupa la sexta causa de incidencia por cáncer en la población femenina, con un pico máximo entre los 55 y 67 años de edad y es considerada la tercera causa de muerte de origen ginecológico, superado por el cáncer de cuello uterino y ovario (3).

Muchas pacientes con CE presuntamente confinado al útero, tienen enfermedad extrauterina. Así, en 1988, la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) introdujo el concepto de estadificación

¹Ginecólogo Oncólogo, Adjunto del Servicio de Ginecología Oncológica, SOH - Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS), Caracas, Venezuela. ²Doctor en Ciencias de la Salud, Cirujano General - Oncólogo, Ginecólogo Oncólogo, Jefe del Servicio y Director del Postgrado de Ginecología Oncológica (UCV), SOH - IVSS, Caracas, Venezuela. ³Cirujano General - Oncólogo, Ginecólogo Oncólogo, Coordinador Docente del Servicio de Ginecología Oncológica, SOH - IVSS, Caracas, Venezuela. ⁴Residente de Posgrado de Ginecología Oncológica, SOH - IVSS, Caracas, Venezuela. Correo para correspondencia: ernestolarav@gmail.com

Forma de citar este artículo: Lara VE, Calderaro di Ruggiero F, Rezic SM, Freytez J. Metástasis aislada en ganglios paraaórticos en adenocarcinoma de endometrio. Reporte de un caso. Rev Obstet Ginecol Venez. 2022; 82(1): 123-128. https://doi.org/10.51288/00820115

quirúrgica para el CE, que reemplazó la estadificación clínica adoptada en 1971. En la revisión FIGO 2009, una de las diferencias más notables fue la división del anterior estadio III C del sistema FIGO de 1988, en 2 subgrupos, III C1 y III C2. Las pacientes con solo diseminación linfática pélvica positiva se definieron como estadio III C1 y aquellas con diseminación linfática paraaórtica, independientemente de los ganglios linfáticos pélvicos, se denominaron estadio III C2, esto debido al peor pronóstico que sugiere el compromiso ganglionar paraaórtico (4, 5).

Sin embargo, la práctica de la linfadenectomía en pacientes con CE ha sido durante mucho tiempo un tema de controversia, no existiendo datos aleatorizados que sugieran un beneficio en cuanto a la supervivencia. Por lo tanto, la justificación de realizar la linfadenectomía en pacientes con CE, radica en la identificación de ganglios linfáticos positivos, proporcionando un mejor pronóstico y la posibilidad de que la terapia adyuvante se ajuste adecuadamente (6, 7).

Generalmente, se considera que una paciente con presencia de metástasis (Mt) en ganglios paraaórticos (GPA), también presente Mt en ganglios pélvicos (GP) (8-10). Sin embargo, los GPA pueden ser el único sitio de enfermedad metastásica; basado en estudios previos, el reporte de incidencia de metástasis aisladas a GPA es aproximadamente 1 % - 3 % (11-13).

A continuación, se reporta un caso de una paciente con diagnóstico de CE G (grado histológico) 2, aparentemente confinado al útero, con compromiso de GPA, sus características clínico-patológicas y revisión de la literatura publicada.

CASO CLÍNICO

Paciente de 69 años de edad, sin antecedentes patológicos, quien refirió sangrado posmenopáusico de 3 meses de evolución, motivo por el cual acudió a

ginecólogo en centro foráneo, donde realizaron biopsia de endometrio y en vista de resultado que reportó adenocarcinoma endometriode moderadamente diferenciado, fue referida a este centro. ECOG (*Eastern Cooperative Oncology Group*): 0 pts. Al examen físico, sin adenopatías, ni edema, genitales externos normoconfigurados. Tacto vaginal: vagina normotérmica, normoelástica, cuello posterior, corto, no doloroso a la movilización, útero en anteversoflexión (AVF), intrapélvico, anexos no palpables, fondos de saco libres. Tacto rectal: ambos parametrios laxos. El ultrasonido transvaginal, reportó útero en AVF de 80 x 50 x 60 mm, espesor endometrial: 33,1 mm, de aspecto heterogéneo, con bordes irregulares. Ovario derecho: 22 x 10 x 10 mm, volumen: 1,32 cc. Ovario izquierdo: 20 x 9 x 9 mm, volumen: 0,98 cc. La resonancia magnética nuclear de abdomen y pelvis con gadolinio reportó en cavidad uterina una lesión endometrial de 27,3 x 39,4 mm a nivel del fondo y cuerpo uterino, impresionando infiltrar más del 50 % de espesor miometrial, sin compromiso de la serosa uterina; adicionalmente, imagen interaortocava infrarenal de 45 x 34 mm, hiperintensa en T2 (figuras 1 y 2).

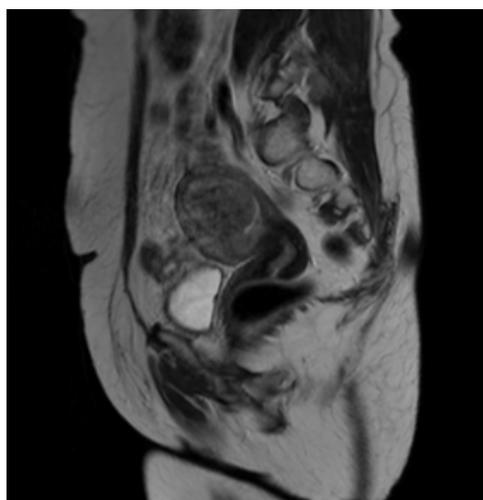


Figura 1: Corte sagital de RMN de abdomen y pelvis en T2. Lesión que impresiona infiltrar más del 50 % del espesor miometrial.



Figura 2: Corte coronal RMN de abdomen y pelvis en T2. Compromiso ganglionar interaortocavo.

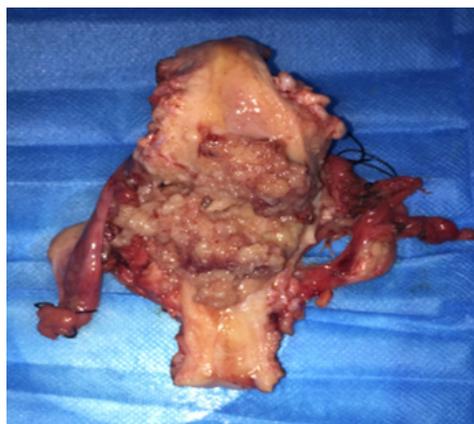


Figura 3: Pieza operatoria: espécimen de útero y anexos.

En vista de estos hallazgos, se planteó la realización de cirugía estadificadora de endometrio. Durante acto quirúrgico, los hallazgos fueron: útero de superficie regular, de aproximadamente 8 x 6 cm, ambos ovarios de aspecto atrófico, trompas uterinas sin alteraciones, plastrón ganglionar interaortocavo de 5 x 4 cm, infrarrenal. A la sección longitudinal del útero, lesión de 5 cm en fondo y cuerpo uterino que impresionaba infiltrar > 50 % del espesor miometrial, sin comprometer la serosa uterina (figura 3). Se procedió a realizar lavado peritoneal con toma de muestra para estudio citológico, histerectomía abdominal total con salpingooforectomía bilateral, linfadenectomía pélvica y linfadenectomía paraaórtica infrarrenal, con resección de plastrón ganglionar (figura 4). La paciente evolucionó satisfactoriamente egresando a las 48 horas posteriores a la cirugía.

La biopsia definitiva reportó: útero con adenocarcinoma endometriode, moderadamente diferenciado (G2), infiltración del espacio linfovascular presente, infiltración miometrial > 50 %, serosa uterina no comprometida. Ovarios, cuello uterino y ganglios pélvicos libres de neoplasia. Plastrón paraaórtico positivo para adenocarcinoma metastásico. Lavado

peritoneal: negativo para malignidad. Se concluyó como diagnóstico de: adenocarcinoma de endometrio tipo endometriode, estadio III C2, y se refirió al Servicio de Oncología Médica y Radioterapia, para tratamiento adyuvante.



Figura 4: Arteria aorta y vena cava, posterior a la resección de plastrón ganglionar.

DISCUSIÓN

La metástasis en GPA, es uno de los factores de pronóstico más importantes para el CE. Con respecto a los factores de riesgo para el compromiso de GPA, Yokoyama y cols. (14) informaron infiltración miometrial profunda y metástasis en GP, Hiratake y cols. (9) informaron metástasis en GP y Nomura y cols. (10) informaron edad mayor de 50 años de edad, invasión del espacio linfovascular y presencia de metástasis en GP. Estos informes indicaron que la metástasis en GP, era el factor de riesgo más importante para Mt en GPA. Similarmente, Tomisato y cols. (15) encontraron que el 89 % de las pacientes con Mt paraaórtica, presentaban GP metastásicos. En ausencia de compromiso a GP, el mayor porcentaje se observa en pacientes con lesiones de alto grado e invasión miometrial profunda (11). En el presente caso se trataba de un tumor moderadamente diferenciado con infiltración miometrial mayor al 50 %.

En general, resultados de diferentes estudios sugieren que la probabilidad de metástasis paraaórtica en ausencia de metástasis pélvica es poca, incluso en pacientes con características de alto riesgo, pero no es improbable. Mariani y cols. (16) evaluaron, de manera prospectiva, la diseminación linfática en el CE, encontrando que el 3,6 % de los casos, presentaron Mt a GPA sin Mt en GP, de las cuales el 77 %, estaba por encima de la arteria mesentérica inferior. Similar a lo encontrado en el presente caso, en el cual el compromiso ganglionar paraaórtico se encontraba superior a la arteria mesentérica inferior.

Por otro lado, Abu-Rustum y cols. (13) encontraron que las Mt aislada en GPA se presentan en el 1,6 % de los CE sometidos a estadificación quirúrgica. Igualmente, Chiang y cols. (12) determinaron una baja incidencia del 1,2 % de pacientes con CE con GPA positivos y GP negativos. Una mayor incidencia del 3 % fue reportada en un estudio prospectivo

realizado por Kumar y cols. (11) de las cuales, el 88 % tenía compromiso superior a la arteria mesentérica inferior. Similarmente, Altay y cols. (17) en 2015, informaron que la tasa de Mt aislada a GPA fue del 4 %. Resultados similares fueron descritos por Todo y cols. (18), Matsuura y cols. (19) y Nasioudis y cols. (20), quienes encontraron una probabilidad de Mt paraaórtica, sin compromiso ganglionar pélvico del 2,8 %; 1,5 % y 1,6 %, respectivamente.

En cuanto a la ubicación del tumor, el compromiso aislado de los GPA es relativamente raro si el tumor primario se encuentra confinado al segmento uterino inferior (19). En el presente caso, la ubicación del tumor era en el fondo y cuerpo uterino, sugiriéndose que la mayoría de las Mt paraaórticas se producen a través de una ruta linfática directa, desde el cuerpo uterino a lo largo de los vasos ováricos (21).

En cuanto al pronóstico, este es poco favorable, la sobrevida a los 5 años es del 53,6 % ante la existencia de GPA metastásicos sin compromiso de GP, mientras que en presencia de GP con Mt y GPA sin Mt, es del 77,6 %, y ante GP y GPA metastásicos es del 63,4 % (18). La tasa de supervivencia libre de progresión a los 5 años es del 44,4 %, en presencia de Mt aislada en GPA (15).

CONCLUSIONES

En el CE, la presencia de Mt aislada en GPA, es poco frecuente en pacientes con enfermedad limitada al útero, aún en presencia de características de alto riesgo, pero no es improbable, encontrándose asociada a un pronóstico desfavorable, por lo tanto, las implicaciones de un patrón de diseminación linfática con GPA metastásicos, sin compromiso de GP, debe tenerse en cuenta para determinar las estrategias de manejo de la paciente.

Sin conflictos de interés.

REFERENCIAS

1. Torre LA, Bray F, Siegel RL, Ferlay J, Lortet-Tieulent J, Jemal A. Global cancer statistics, 2012. *CA Cancer J Clin.* 2015; 65(2):87-108. doi: 10.3322/caac.21262.
2. Henley SJ, Miller JW, Dowling NF, Benard VB, Richardson LC. Uterine Cancer Incidence and Mortality - United States, 1999-2016. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2018; 67(48):1333-1338. doi: 10.15585/mmwr.mm6748a1.
3. Capote L. Resumen del cáncer en Venezuela. 2012. *Rev Venez Oncol* [Internet]. 2015 [consultado febrero 2021]; 27(4):256-268. Disponible en: [http://www.oncologia.org.ve/site/upload/revista/pdf/10._capote_1_\(256-268\).pdf](http://www.oncologia.org.ve/site/upload/revista/pdf/10._capote_1_(256-268).pdf)
4. Creasman WT, Morrow CP, Bundy BN, Homesley HD, Graham JE, Heller PB. Surgical pathologic spread patterns of endometrial cancer. A Gynecologic Oncology Group Study. *Cancer.* 1987; 60(8 Suppl):2035-2041. doi: 10.1002/1097-0142(19901015)60:8+<2035::aid-cncr2820601515>3.0.co;2-8.
5. Creasman W. Revised FIGO staging for carcinoma of the endometrium. *Int J Gynaecol Obstet.* 2009; 105(2):109. doi: 10.1016/j.ijgo.2009.02.010.
6. Soliman PT, Frumovitz M, Spannuth W, Greer MJ, Sharma S, Schmeler KM, *et al.* Lymphadenectomy during endometrial cancer staging: practice patterns among gynecologic oncologists. *Gynecol Oncol.* 2010; 119(2):291-294. doi: 10.1016/j.ygyno.2010.07.011.
7. Kumar S, Mariani A, Bakkum-Gamez JN, Weaver AL, McGree ME, Keeney GL, *et al.* Risk factors that mitigate the role of paraaortic lymphadenectomy in uterine endometrioid cancer. *Gynecol Oncol.* 2013; 130(3):441-445. doi: 10.1016/j.ygyno.2013.05.035.
8. Faught W, Krepart GV, Lotocki R, Heywood M. Should selective paraaortic lymphadenectomy be part of surgical staging for endometrial cancer? *Gynecol Oncol.* 1994; 55(1):51-55. doi: 10.1006/gyno.1994.1246.
9. Hirahatake K, Hareyama H, Sakuragi N, Nishiya M, Makinoda S, Fujimoto S. A clinical and pathologic study on para-aortic lymph node metastasis in endometrial carcinoma. *J Surg Oncol.* 1997; 65(2):82-87. doi: 10.1002/(sici)1096-9098(199706)65:2<82::aid-jso3>3.0.co;2-j.
10. Nomura H, Aoki D, Suzuki N, Susumu N, Suzuki A, Tamada Y, *et al.* Analysis of clinicopathologic factors predicting para-aortic lymph node metastasis in endometrial cancer. *Int J Gynecol Cancer.* 2006; 16(2):799-804. doi: 10.1111/j.1525-1438.2006.00529.x.
11. Kumar S, Podratz KC, Bakkum-Gamez JN, Dowdy SC, Weaver AL, McGree ME, *et al.* Prospective assessment of the prevalence of pelvic, paraaortic and high paraaortic lymph node metastasis in endometrial cancer. *Gynecol Oncol.* 2014; 132(1):38-43. doi: 10.1016/j.ygyno.2013.10.002.
12. Chiang AJ, Yu KJ, Chao KC, Teng NN. The incidence of isolated para-aortic nodal metastasis in completely staged endometrial cancer patients. *Gynecol Oncol.* 2011; 121(1):122-125. doi: 10.1016/j.ygyno.2010.11.026.
13. Abu-Rustum NR, Gomez JD, Alektiar KM, Soslow RA, Hensley ML, Leitao MM Jr, *et al.* The incidence of isolated paraaortic nodal metastasis in surgically staged endometrial cancer patients with negative pelvic lymph nodes. *Gynecol Oncol.* 2009; 115(2):236-238. doi: 10.1016/j.ygyno.2009.07.016.
14. Yokoyama Y, Maruyama H, Sato S, Saito Y. Risk factors predictive of para-aortic lymph node metastasis in endometrial carcinomas. *J Obstet Gynaecol Res.* 1997; 23(2):179-187. doi: 10.1111/j.1447-0756.1997.tb00829.x.
15. Tomisato S, Yamagami W, Susumu N, Kuwahata M, Takigawa A, Nomura H, *et al.* Clinicopathological study on para-aortic lymph node metastasis without pelvic lymph node metastasis in endometrial cancer. *J Obstet Gynaecol Res.* 2014; 40(6):1733-1739. doi: 10.1111/jog.12399.
16. Mariani A, Dowdy SC, Cliby WA, Gostout BS, Jones MB, Wilson TO, *et al.* Prospective assessment of lymphatic dissemination in endometrial cancer: a paradigm shift in surgical staging. *Gynecol Oncol.* 2008; 109(1):11-18. doi: 10.1016/j.ygyno.2008.01.023.
17. Altay A, Toptas T, Dogan S, Simsek T, Pestereli E. Analysis of Metastatic Regional Lymph Node Locations and Predictors of Para-aortic Lymph Node Involvement in Endometrial Cancer Patients at Risk for Lymphatic Dissemination. *Int J Gynecol Cancer.* 2015; 25(4):657-664. doi: 10.1097/IGC.0000000000000392.
18. Todo Y, Takeshita S, Okamoto K, Yamashiro K, Kato H. Implications of para-aortic lymph node metastasis in patients with endometrial cancer without pelvic lymph node metastasis. *J Gynecol Oncol.* 2017; 28(5):e59. doi: 10.3802/jgo.2017.28.e59.

19. Matsuura M, Takahashi A, Nomura H, Matoda M, Okamoto S, Kanao H, *et al.* Analysis of A Single Para-Aortic Lymph Node Metastasis in Endometrial Cancer. *J Cancer Sci Ther.* 2018; 10:2. doi: 10.4172/1948-5956.1000510
20. Nasioudis D, Holcomb K. Incidence of isolated para-aortic lymph node metastasis in early stage endometrial cancer. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2019; 242:43-46. doi: 10.1016/j.ejogrb.2019.09.003.
21. Yokoyama Y, Maruyama H, Sato S, Saito Y. Indispensability of pelvic and paraaortic lymphadenectomy in endometrial cancers. *Gynecol Oncol.* 1997; 64(3):411-417. doi: 10.1006/gyno.1996.4573.

Recibido 29 de marzo de 2021
Aprobado 26 de junio de 2021