

REVISTA DECANA DE LA ESPECIALIDAD

TOKO-GINECOLOGÍA

PRÁCTICA

Enero - Febrero 2014

Año LXXIII
732

EDITORIAL

Formación continuada en la sanidad privada

Carabias Meseguer P.

REVISIÓN

Linfoma primario de mama: un cáncer de mama muy infrecuente

Escribano Tórtola J.J., Díaz Miguel V., Martín Salamanca B.

ARTÍCULO ORIGINAL

Carcinosarcomas en cuerpo uterino

Serrano Diana C., Castillo Cañadas A.M., Gómez García M.T.,

García de la Torre J.P., González de Merlo G.

CASO CLÍNICO

Embolización de arterias uterinas como manejo de la hemorragia ginecológica postquirúrgica

Nogueira J., Moreno R.Ll., Gómez M^a T., Pedrosa M^aJ.,

González de Merlo G.

Skenitis y absceso de la glandula de Skene: sendos casos

López-Olmos J.





TOKO-GINECOLOGÍA PRÁCTICA

Revista de Formación
Continuada. Fundada en 1936
por el Sr. F. García Sicilia y el
Dr. F. Luque Beltrán.
Es propiedad de los
profesores Bajo Arenas
y Cruz y Hermida.

DIRIGIDA A:

Especialistas en Ginecología y Obstetricia.

INDEXADA EN:

IME, EMBASE/Excerpta Medica, Bibliomed,
Embase Alert, Biosis, Sedbase

CORRESPONDENCIA CIENTÍFICA Y CRÍTICA DE LIBROS:

Hospital Universitario Santa Cristina
Cátedra de Obstetricia y Ginecología
1ª planta. Edificio A.
C/ Maestro Vives, 2
28009 Madrid

Correo electrónico:

tokoginecologia@gmail.com

Perioricidad:

6 números al año

Disponible en Internet:

www.tokoginecologia.org

EDICIÓN



Avda. Alfonso XIII, 158 - 28016 Madrid
Telf: 91 353 39 92
Fax: 91 345 13 13

PUBLICIDAD

91 353 39 92
miguel@equium.es

SUSCRIPCIONES

91 353 39 92
tokoginecologia@equium.es

TARIFAS DE SUSCRIPCIÓN ANUAL

Profesionales	52,75€
Instituciones	81,49€
MIR y estudiantes	41,55€
IVA incluido. Precios válidos para España	
Extranjero (sin IVA)	91,39€

PUBLICACIÓN AUTORIZADA

como soporte válido:
Ref. SVR núm 117-R-CM

ISSN: 0040-8867

DEPÓSITO LEGAL: M. 3.873-1958



TOKO-GINECOLOGÍA PRÁCTICA

DIRECTOR HONORÍFICO

J. Cruz y Hermida

DIRECTOR CIENTÍFICO

J. M. Bajo Arenas

EDITOR ASOCIADO

I. Zapardiel Gutiérrez

SECRETARIO DE REDACCIÓN

F. J. Haya Palazuelos

COMITE CIENTÍFICO

Acién Álvarez, P.
Álvarez de los Heros, J.I.
Balagueró Lladó, L.
Balasch Cortina, J.
Barri Ragué, P. N.
Barrio Fernández, P. del
Becerro de Bengoa, C.
Bonilla Musoles, F.
Bruna Catalan, I.
Castelo-Branco, C.
Carrasco Rico, S.
Carreras Moratonas, E.
Cabero Roura, A.
Comino Delgado, R.
Cortés Bordoy, J.
Criado Enciso, F.
Cristóbal García, I.
Cuadros López, J.L.
Díaz Recasens, J.
Ezcurdia Gurpegui, M.
Espuña Pons, M.
Ferrer Barriendos, J.
Florido Navío, J.
Fuente Pérez, P. de la
Fuente Ciruela, P. de la
Fuente Valero, J. de la
García Hernández, J. A.
González González, A.

Hernández Aguado, J.J.
Huertas Fernández, M.A.
Iglesias Guiu, J.
Laila Vicens, J. M.
Lanchares Pérez, J. L.
Lazon Lacruz, R.
López García, G.
López de la Osa, E.
Manzanera Bueno, G.
Martínez Pérez, O.
Martínez-Astorquiza, T.
Miguel Sesmero, J. R. de
Montoya Videsa, L.
Novo Domínguez, A.
Palcios Gil-Antuñano, S.
Pérez - López, F. R.
Pérez-Medina, T.
Sabatel López, R.
Sánchez Borrego, R.
San Frutos Llorente, L.
Tejerizo López, L. C.
Troyanno Luque, J.
Usandizaga Calpasoro, M.
Usandizaga Elio, R.
Vidart Aragón, J. A.
Xercavins Montosa, J.
Zamarriego Crespo, J.

COMITÉ CIENTÍFICO DE HONOR

Abad Martínez, L.
Berzosa González, J.
Cabero Roura, L.
Dexeus Trías de Bes, J.M.

Dexeus Trías de Bes, S.
Escudero Fernández, M.
Fabre González, E.
Fernández Villoria, E.

Garzón Sánchez, J.M.
González Gómez, F.
Parrilla Paricio, J. J.
Usandizaga Beguiristain, J. A.



SUMARIO

AÑO LXXIII ♦ ENERO - FEBRERO 2014 ♦ NÚMERO 732

EDITORIAL

Formación continuada en la sanidad privada

Carabias Meseguer P.

REVISIÓN

Linfoma primario de mama: un cáncer de mama muy infrecuente

Escribano Tórtola J.J., Díaz Miguel V., Martín Salamanca B. 1

ARTÍCULO ORIGINAL

Carcinosarcomas en cuerpo uterino

*Serrano Diana C., Castillo Cañadas A.M., Gómez García M.T.,
García de la Torre J.P., González de Merlo G. 6*

CASO CLÍNICO

**Embolización de arterias uterinas como manejo de la hemorragia
ginecológica postquirúrgica**

*Nogueira J., Moreno R.Ll., Gómez M^a T., Pedrosa M^aJ.,
González de Merlo G. 11*

Skenitis y absceso de la glandula de Skene: sendos casos

López-Olmos J. 14



CONTENTS

LXXIII YEARS ♦ JANUARY - FEBRUARY 2014 ♦ NUMBER 732

EDITORIAL

Continuing education in private health

Carabias Meseguer P.

REVIEW ARTICLES

Primary breast lymphoma: a very rare breast cancer

Escribano Tórtola J.J., Díaz Miguel V., Martín Salamanca B. 1

ORIGINAL ARTICLE

Carcinosarcomas in uterine body

*Serrano Diana C., Castillo Cañadas A.M., Gómez García M.T.,
García de la Torre J.P., González de Merlo G. 6*

CASE REPORTS

**Uterine artery embolization as management of postoperative
gynecological hemorrhage**

*Nogueira J., Moreno R.Ll., Gómez M^a T., Pedrosa M^aJ.,
González de Merlo G. 11*

Skenitis and abscess of Skene's gland: one each case

López-Olmos J. 14



NORMAS PARA LA PUBLICACIÓN DE TRABAJOS

Los manuscritos enviados a TOKO-GINECOLOGIA PRÁCTICA deben hacer referencia a aspectos novedosos de la especialidad de Obstetricia y Ginecología y especialidades adyacentes que puedan suscitar el interés científico de los lectores. Pueden incluirse aspectos de la anatomía, fisiología, patología clínica (diagnóstica o terapéutica), epidemiología, estadística, análisis de costes, cirugía siempre dentro de la indole gineco-obstétrica.

Como **normas generales**, todos los manuscritos deberán presentarse en formato electrónico, confeccionados con el editor de textos Word (.doc), con espaciado 1,5 líneas, tamaño de letra 12 puntos tipo Arial o Times New Roman, y todos los márgenes de 3 cms. en los 4 bordes de la página. Todas las páginas del manuscrito deberán ir numeradas en su ángulo superior derecho. Todos los trabajos se estructurarán de la siguiente forma:

- 1ª Página: Título, Title (en inglés), Autores (primer apellido y nombre) separados por comas y con un máximo de 5 en cualquier tipo de artículo (a partir de 5 no se incluirán en la publicación), Filiación (centro de trabajo de los autores), Correspondencia (dirección completa y persona de correspondencia incluyendo un email válido que será el que se use para la comunicación con el comité editorial de la revista). Por último se debe indicar el TIPO de artículo (ver tipos más abajo).
- 2ª Página: Resumen (máximo 200 palabras, será claro y conciso. No se emplearán citas bibliográficas ni abreviaturas.), Palabras clave (mínimo 3 y separadas por puntos), Abstract (en inglés) y Key words (en inglés).
- 3ª Página: Comienzo del cuerpo del artículo

Los trabajos deben contener material original, aunque se contemple la posibilidad de reproducción de aquellos que, aún habiendo sido publicados en libros, revistas, congresos, etc., por su calidad y específico interés merezcan ser recogidos en la Revista, siempre y cuando los autores obtengan el permiso escrito de quién posea el *Copyright*.

Los trabajos serán enviados por correo electrónico a tokoginecologia@gmail.com, que acusará el recibo del artículo para su valoración editorial. Tras la recepción, se comunicará la aceptación o rechazo del mismo al autor de correspondencia por email, así como los potenciales cambios o correcciones a realizar si fuese menester. En caso de aceptación en un tiempo adecuado se le enviará al mismo autor las galeras del artículo para su corrección y subsanación de errores, que deberá realizar en 48 horas, antes de la impresión del mismo.

Tipos de artículos

- **ORIGINALES:** El resumen y abstract se dividirá en los siguientes apartados: Objetivos, Material y Métodos, Resultados y Conclusiones. El texto se dividirá en las siguientes: Introducción (Exposición de los objetivos de la investigación y la literatura al respecto, es una puesta al día del tema investigado), Material y Métodos (describir el tipo de estudio, pacientes, metodología empleada, el material y el análisis estadístico de los datos), Resultados (describir objetivamente los resultados obtenidos), Discusión (se debe comentar los resultados y relacionarlo con el estado del arte, explicar los por qué y llegar a conclusiones que respondan a los objetivos planteados inicialmente. No dar conclusiones no respaldadas por los resultados. Proponer recomendaciones o alternativas. Máximo 2500 palabras).
- **REVISIONES:** El resumen no es necesario que tenga estructura determinada, si bien puede estructurarse como un original. Del mismo modo el cuerpo del artículo en caso de ser una revisión sistemática irá estructurado como un original y en caso de ser una revisión de un tema concreto narrativa se estructurará como convenga al autor siempre con Introducción al inicio y Conclusiones o Discusión al Final. La intención es realizar una puesta al día de un tema determinado, con cierto carácter didáctico. Máximo 4000 palabras.



NORMAS PARA LA PUBLICACIÓN DE TRABAJOS

- **CASOS CLÍNICOS:** El resumen no tendrá estructura determinada. El artículo se estructurará del siguiente modo: Introducción, Caso Clínico (descripción concisa del caso), Discusión. Además debe contener entre 1-4 figuras que ilustren el caso. Máximo 1500 palabras.
- **TRIBUNA HUMANÍSTICA:** Se admitirán trabajos y ensayos, dentro de un contexto histórico, filosófico, social antropológico, artístico, etc., relacionado singularmente con las disciplinas obstétrico-ginecológicas, con la intención de enriquecer culturalmente las páginas de la revista. Máximo 3000 palabras.

Agradecimientos

Se colocarán tras la Discusión, al acabar el cuerpo del texto. Aquí se deben incluir a las personas que han colaborado en algún aspecto del trabajo pero no en la redacción del manuscrito.

Bibliografía

Seguirán las **Normas de Vancouver** para las citas. Las referencias en el texto se colocarán con números arábigos entre paréntesis y por orden de aparición. Sirvan los ejemplos siguientes:

a) Revista, artículo ordinario:

De María AN, Vismara LA, Millar RR, Neumann A, Mason DT. Unusual echographic manifestations of right and left Heratmyxomas. Am J Med 1975;59:713-8.

Las abreviaturas de la revistas seguirán las características del Index Medicus.

b) Libros:

Feigenbaum H. Echocardiography. 2ª Ed. Filadelfia: Lea and Febiger, 1976:447-59

Tablas y Figuras

Se añadirán a continuación de la Bibliografía empezando una página nueva. En cada página se colocará una Tabla o Figura con su respectivo pie de Tabla o Figura, numerados según el orden de aparición en el texto (que es obligatorio) e indentificando las abreviaturas empleadas en las Tablas o las Figuras.

En caso de que la calidad o tamaño de las figuras haga que el manuscrito ocupe demasiado espacio para ser enviado por email, podrán enviarse las Figuras en archivos independientes, permaneciendo los pies de figuras en el manuscrito principal.

Deben tener una calidad suficiente para poder verse con claridad una vez impresas. Los formatos admitidos para las fotos son JPG (preferible) o GIF. Si es conveniente se puede añadir a la figura una flecha para indicar un aspecto relevante de la imagen.

Quienes deseen que las ilustraciones de sus trabajos se impriman a color (en condiciones normales se imprimirán en escala de grises), una vez aceptado el artículo, deberán ponerse en contacto con la Editorial para presupuestar el cargo que ello conlleva.

Todos los artículos aceptados quedan como propiedad permanente de TOKO-GINECOLOGÍA PRÁCTICA y no podrán ser reproducidos total o parcialmente, sin permiso de la Editorial de la Revista. El autor cede, una vez aceptado su trabajo, los derechos de reproducción, distribución, traducción y comunicación pública de su trabajo, en todas aquellas modalidades audiovisuales e infomáticas, cualquiera que se au soporte, hoy existen y que puedan crearse en el futuro.



EDITORIAL

FORMACIÓN CONTINUADA EN LA SANIDAD PRIVADA

Éste pasado mes de diciembre recibimos la noticia por parte de la SEGO de la creación de una sección específica para los compañeros que ejercitan nuestra especialidad en el ámbito privado o mutual. Celebramos esta noticia ya que todos los que trabajamos en este ámbito, como complemento a nuestra actividad en la sanidad pública o de forma exclusiva, sabemos de las dificultades de adquirir una formación continuada adecuada a nivel científico.

En la sociedad actual, más rápida, con un exceso de información y esclava de las nuevas tecnologías como internet o las redes sociales, aún cobra más importancia la necesidad de estar al día de las últimas innovaciones de nuestra especialidad. Además nuestra querida y eterna crisis económica ha obligado a muchas pacientes a reconsiderar el hecho de apuntarse a una mutua, debido a lo que consideran un empeoramiento de los servicios públicos. Por otro lado tenemos que mejorar y cuidar a nuestras pacientes, estando absolutamente actualizados y siguiendo los protocolos más recientemente aprobados para que sigan confiando en nosotros y no se den de baja de las mutuas para ahorrar un poco.

Con esta nueva necesidad, ya vimos como en octubre del 2012 se celebró la 1ª reunión científica GINEP, que era la primera reunión dirigida específicamente a ginecólogos que trabajan en el ámbito privado. Debido al éxito de la reunión ya se celebró también la 2ª reunión en octubre del 2013, con el dr. Santiago Palacios como director en los dos casos. Ya hay prevista para este próximo octubre en Málaga la 3ª reunión.

Con todo esto, queremos desde aquí agradecer la iniciativa que ha tenido la SEGO e invitar a todos lo médicos que trabajamos en ámbito privado o mutual a seguir priorizando, a pesar de las dificultades, la formación continuada en nuestro día a día para ofrecer a nuestras pacientes el mejor cuidado y servicio médico posible.

Dr. Pau Carabias Meseguer
Servicio de Ginecología.
Hospital de Mataró. Barcelonad.



Revisión

Linfoma primario de mama: un cáncer de mama muy infrecuente

Primary breast lymphoma: a very rare breast cancer

Escribano Tórtola J.J.¹, Díaz Miguel V.¹ y Martín Salamanca B.²

¹Hospital Universitario del Henares. Coslada. Madrid

²Hospital Universitario de Getafe. Madrid

Servicio de Obstetricia y Ginecología

RESUMEN

El linfoma primario de mama (LPM) es un tipo de carcinoma de mama muy infrecuente. Los hallazgos poblacionales, clínicos y radiológicos de este tipo de tumor no se diferencian de los típicos relacionados con el cáncer de mama y es necesaria su confirmación mediante estudio histológico. El tratamiento resulta controvertido y entre las alternativas terapéuticas, la quimioterapia combinada es la más eficaz. La evolución de esta neoplasia es muy variable, estando muy relacionada con los factores pronósticos.

PALABRAS CLAVE

Cáncer de mama, linfoma

ABSTRACT

Primary breast lymphoma (PBL) is a very rare malignant neoplasm of the breast. The epidemiology distribution, clinical presentation and imaging findings in breast lymphoma can mimic all those of breast carcinoma. Diagnosis of PBL must be confirmed by histological and immunohistochemical evaluation. The treatment of choice of this rare disease is controversial but the most effective therapy is based on chemotherapy. The evolution of PBL is variable and depends on prognostic factors.

KEY WORDS

Breast cancer, lymphoma

INTRODUCCIÓN

Los linfomas son un tipo de enfermedades neoplásicas hematológicas que afectan a los linfocitos, células que forman parte de nuestro sistema inmune y que constituyen tumores sólidos a diferencia de las leucemias. Se caracterizan porque, aunque otro tipo de cánceres como el de pulmón, mama o colon pueden afectar por extensión a los ganglios linfáticos, este tipo de neoplasias malignas se originan en ellos o en el tejido linfoide localizado a nivel de otros órganos como el tubo digestivo (1).

Los linfomas se pueden dividir en dos tipos principales: el linfoma no-Hodgkin (LNH) y el linfoma Hodgkin (LH) (o enfermedad de Hodgkin). Los linfomas no-Hodgkin pueden derivar de los linfocitos B o T. Los linfocitos forman parte de los glóbulos blancos de la sangre. Pueden ser de tipo B, que ayudan al organismo ante las infecciones mediante la producción de anticuerpos; o linfocitos T que nos protegen frente a los virus, hongos y bacterias. Así pues, los linfomas no-Hodgkin se dividen en linfomas de células B o T.

La incidencia de los LNH ha ido aumentando de forma progresiva durante los últimos años, sobre todo a expensas de localizaciones extraganglionares. El linfoma de mama puede ser secundario a la afectación de la glándula por diseminación de un linfoma o bien puede constituir un origen primario. Por ello, el diagnóstico de afectación secundaria en la mama debe excluirse siempre antes de catalogar un linfoma de mama como primario.

Los linfomas primarios de mama (LPM) son muy poco prevalentes, representando entre el 0.04 -0,5% de todos los cánceres de mama y el 0,7% de todos los linfomas (1-2%) (1-10), destacando un aumento de su incidencia en los últimos años (1-3,11). Los LPM ocurren en mujeres con un rango de edad entre 60-65 años (2,3,7,11,12), aunque algunos autores describen una distribución etaria con dos picos de incidencia, en las décadas de los cuarenta y setenta (1,13), encontrándose casos en edades extremas, entre 9 y 86 años (2).

PRESENTACIÓN CLÍNICA

La mayoría de los linfomas de mama se presentan como una tumoración unilateral palpable, generalmente no dolorosa (1,2,11,12,13-15). A diferencia de los adenocarcinomas de mama que suelen debutar con más frecuencia en la mama izquierda, los linfomas primarios de mama afectan en su mayoría a la mama derecha, sobre todo al cuadrante súpero-externo (5,7,12,15,16). La afectación ganglionar axilar homolateral se describe en un 30-40% de los casos (14,17). Se han descrito hasta un 10% de casos de afectación bilateral

CORRESPONDENCIA:

Dr. Juan José Escribano Tórtola

Servicio de Obstetricia y Ginecología

Hospital Universitario del Henares. Coslada. Madrid

C/Avellano 4. 28903.

Getafe. Madrid

E-mail: estojj@hotmail.com

sincrónica, fundamentalmente en mujeres gestantes jóvenes y en el puerperio, y hasta un 15% de afectación metacrónica contralateral (12,18,19). La enfermedad en estas ocasiones puede simular un carcinoma inflamatorio y la forma histológica suele ser más agresiva (linfoma de Burkitt) (20).

Aunque la mayoría de los casos debutan como un nódulo asintomático, hasta en un 25% de las ocasiones la paciente describe una tumoración muy dolorosa (1). Otros hallazgos clínicos como los cambios inflamatorios de la mama y la afectación edematosa de la piel, pueden aparecer y simular un carcinoma inflamatorio (21), resultando esta afectación cutánea más típica de los linfomas de alto grado (22). Sin embargo, la retracción del pezón y de la piel así como la telorragia, a diferencia del cáncer de mama, son muy raras (22).

DIAGNÓSTICO

Los hallazgos clínicos no permiten diferenciar el carcinoma de mama y el linfoma primario de la glándula. Los hallazgos mediante técnicas de imagen tampoco diferencian generalmente estas dos patologías, por lo que se hace imprescindible un diagnóstico histológico de confirmación (1,2).

Se han descrito evidencias sobre la utilidad de la mamografía de screening en el diagnóstico precoz del adenocarcinoma de mama lo que implicaría una mayor tasa de detección del linfoma primario (15). No existen signos mamográficos patognomónicos del LPM que permitan el diagnóstico diferencial con el cáncer de mama. La mamografía permite orientar el diagnóstico por hallazgos sospechosos de malignidad pero con muy poca especificidad (5,7,11,23,24). Hasta en un 56% de los casos las mamografías detectan un nódulo sospechoso y en un 14% un aumento de densidad mamaria, siendo muy raras las microcalcificaciones sospechosas, a diferencia de lo que ocurre en el carcinoma primario de mama (2). El papel de la ecografía mamaria en el diagnóstico del LPM es detectar con mayor frecuencia un nódulo sólido, hipocóico, con bordes regulares bien definidos con pérdida de refuerzo posterior (22,24). Se han utilizado otras técnicas complementarias como la resonancia magnética (RMN) y la tomografía con emisión de positrones (PET) para el diagnóstico, por su mejor identificación anatómica y mejor estadíaje en el momento del diagnóstico así como para el seguimiento de la evolución (25). Ninguna de ellas logra establecer diferenciación entre el LPM y el cáncer de mama.

Por tanto, la confirmación histológica el procedimiento "gold standard" necesario para establecer el diagnóstico definitivo del LPM (1,2).

Los criterios diagnósticos establecidos para el LPM según Wiseman, Liao y Dixon son los siguientes (26,27):

- La disponibilidad de una adecuada muestra de tejido.
- Deben estar presentes en la muestra tejido mamario e infiltración linfomatosa.
- No evidencia de enfermedad generalizada o linfoma extramamario previo.
- La afectación axilar homolaterales simultanea puede ser válida.

La punción-aspiración con aguja fina (PAAF), con un 90% de sensibilidad, permite orientar citológicamente el diagnóstico aunque tiene sus limitaciones. Por ello, la mayoría de los autores recomiendan la biopsia con aguja gruesa (BAG) para la confirmación diagnóstica (1,7).

HISTOLOGÍA

La gran mayoría de los LPM son LNH. Dentro de estos los más frecuentes son los tipos histológicos de células B, en concreto la variedad difusa de células grande B, entre un 40-50% de los casos, aunque el resto de subtipos también aparecen reflejados (Tabla 1) (20,28).

The indolent lymphomas
B-cell neoplasms
Small lymphocytic lymphoma/B-cell chronic lymphocytic leukemia
Lymphoplasmacytic lymphoma (± Waldenström's macroglobulinemia)
Plasma cell myeloma/plasmacytoma
Hairy cell leukemia
Follicular lymphoma (grade I and II)
Marginal zone B-cell lymphoma
Mantle cell lymphoma*
T-cell neoplasms
T-cell large granular lymphocyte leukemia
Mycosis fungoides
T-cell prolymphocytic leukemia
Natural killer cell neoplasms
Natural killer cell large granular lymphocyte leukemia
The aggressive lymphomas
B-cell neoplasms
Follicular lymphoma (grade III)
Diffuse large B-cell lymphoma
Mantle cell lymphoma*
T-cell neoplasms
Peripheral T-cell lymphoma
Anaplastic large cell lymphoma, T/null cell
The highly aggressive lymphomas
B-cell neoplasms
Burkitt's lymphoma
Precursor B lymphoblastic leukemia/lymphoma
T-cell neoplasms
Adult T-cell lymphoma/leukemia
Precursor T lymphoblastic leukemia/lymphoma

TABLA 1.- WHO classification of the non-Hodgkin lymphomas (subclassified according to clinical aggressiveness)

*Mantle cell lymphoma can behave clinically as either an indolent or an aggressive disorder. Adapted from Harris, NL, Jaffe, ES, Diebold, J, et al. World Health Organization classification of neoplastic diseases of the hematopoietic and lymphoid tissues: Report of the Clinical Advisory Committee meeting-Airlie House, Virginia, November 1997. *J Clin Oncol* 1999; 17:3835

El LNH de células T es un subtipo histológico menos frecuente y rara vez se asocia a un comportamiento clínico agresivo. Se presenta generalmente en mujeres con implantes mamarios de silicona, en forma de nódulos en la cápsula periprotésica, especialmente la variedad de linfoma anaplásico de células grandes (LAK), con un riesgo de 1-3 casos por millón (1,2,4,15,29). Otro subtipo infrecuente de LNH de células T y que se asocia a un mejor pronóstico es el linfoma T asociado a mucosas (MALT) (3,7,12).

Los factores inmunohistoquímicos más importantes para el pronóstico de los LPM son el grado tumoral y la expresión de determinados marcadores moleculares como p53, BCL-2, Ki-67 y marcadores de células linfoides como CD-20, presente en células B, CD-30 y CD-79a (2,6,7). De entre todos ellos,

el factor BCL-2 es el factor pronóstico celular más aceptado y su presencia se asocia a un menor intervalo libre de enfermedad (7).

ESTADIFICACIÓN

Como ocurre con el resto de linfomas, los LPM son estadificados según la Clasificación de Ann Arbor (Tabla 2) (20,30-33).

En el proceso de estadificación basado en la exploración clínica, radiológica, analítica e histológica es imprescindible estudiar la mama contralateral ya que en un 10 % de los casos los LPM son bilaterales (34).

Stage I	<i>Involvement of a single lymph node region (I) or of a single extralymphatic organ or site (IE)*</i>
Stage II	<i>Involvement of two or more lymph node regions or lymphatic structures on the same side of the diaphragm alone (II) or with involvement of limited, contiguous extralymphatic organ or tissue (IIE)</i>
Stage III	<i>Involvement of lymph node regions on both sides of the diaphragm (III), which may include the spleen (IIIS) or limited, contiguous extralymphatic organ or site (IIIE) or both (IIIES)</i>
Stage IV	<i>Diffuse or disseminated foci of involvement of one or more extralymphatic organs or tissues, with or without associated lymphatic involvement</i>

TABLA 2.- Ann Arbor staging classification for Hodgkin and non-Hodgkin lymphomas

All cases are subclassified to indicate the absence (A) or presence (B) of the **systemic ("B") symptoms** of significant unexplained fever (>38 degrees C), night sweats, or unexplained weight loss exceeding 10 percent of body weight during the six months prior to diagnosis. Clinical stage refers to the extent of disease determined by diagnostic tests following a single diagnostic biopsy. If a second biopsy of any kind is obtained, even if negative, the term pathologic stage is used.

* The designation "E" generally refers to **extranodal contiguous extension** (ie, proximal or contiguous extranodal disease) that can be encompassed within an irradiation field appropriate for nodal disease of the same anatomic extent. A single extralymphatic site as the **only site of disease** should be classified as IE, rather than stage IV.

Adapted from Carbone PP, et al. Cancer Res 1971; 31:1860 and Lister TA, et al. J Clin Oncol 1989; 7:1630.

TRATAMIENTO

De forma general, el tratamiento de los LPM debe seguir las mismas recomendaciones para el resto de linfomas según el estadio y que aparezcan en otras localizaciones, aunque no existe un consenso absoluto en las estrategias terapéuticas, ya que algunos autores recomiendan para los linfomas de bajo grado la cirugía local y/o radioterapia, mientras que los casos de alto grado deberían tratarse con quimioterapia combinada con o sin radioterapia (1,6,11,20,35).

En lo que sí están de acuerdo todos los autores es que la cirugía no debe ser el tratamiento de primera línea, aunque la excisión quirúrgica inicial es muy frecuente debido al difícil diagnóstico diferencial mediante técnicas diagnósticas con el carcinoma de mama (7,12, 36). La elección de cirugía conservadora o mastectomía se basa en los mismos criterios que en el resto de carcinomas de mama (3). La mastectomía aislada no ofrece buenos resultados en términos de recurrencia y supervivencia, por lo que no se recomienda (37), resultados que sí mejoran cuando se ofrece quimioterapia y/o radioterapia (38). Por ello, se considera que la

tumorectomía es suficiente comparada con la mastectomía ya que no cambia el pronóstico del tumor (39).

Aunque algunos autores significan que la quimioterapia sólo mejora el control local de la enfermedad sin afectación en la supervivencia global ni en el intervalo libre de enfermedad (40), la quimioterapia es considerada actualmente el tratamiento de elección en los LPM, y de forma reconocida mediante la combinación con varios fármacos, incluso en los linfomas en estadios iniciales (1,3,7,12,20,41).

El régimen quimioterápico más utilizado es el compuesto por los fármacos ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina, prednisona y rituximab (CHOP-R) durante 6 ciclos (12,20,38). La inclusión en este esquema del rituximab, anticuerpo monoclonal anti CD20, ha permitido mejorar las cifras relacionadas con el intervalo libre de enfermedad y la supervivencia global (12,38).

Según la mayoría de los autores, la quimioterapia se debe administrar en todos los casos de LPM independientemente de los estadios de la enfermedad de Ann Arbor (20,24,30), aunque se describe en la literatura la validez de la radioterapia única en los estadios IE (subtipos histológicos de bajo grado y afectación axilar negativa) (20). Esta indicación de la quimioterapia es una característica diferenciadora con el resto de carcinomas de mama en los que estos esquemas farmacológicos se suelen reservar para los estadios más avanzados y con factores de peor pronóstico (2).

La radioterapia como único tratamiento no permite el control de la enfermedad, aumentando las recidivas locales, aunque algunos autores la incluyen como tratamiento adyuvante a la quimioterapia y pueda ser efectiva inicialmente. Sin embargo, la supervivencia a largo plazo se iguala y se objetivan recurrencias fuera del campo de irradiación. La radioterapia debería reservarse para casos muy seleccionados, evitándola en pacientes jóvenes por el riesgo de cáncer de mama a largo plazo (1,2,7,12, 41,42).

PRONÓSTICO

El LPM es una patología de evolución muy variable pero mediante el índice pronóstico internacional podemos identificar grupos de riesgo y estimar la supervivencia a 5 años. Los criterios utilizados son la edad, los estadios Ann Arbor, el número de localizaciones extraganglionares, los niveles de lactato deshidrogenada en sangre y el estado general de la paciente (9,42,43,44) y la escala que nos permite la evaluación de este último criterio es la establecida por el Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) (Tabla 3) (20).

Dada la alta incidencia de recidiva en órganos a distancia, entre un 3-50%, y especialmente en el sistema nervioso central (SNC), estimado entre el 12 y el 27% (20% en casos de LNH tipo B de intermedio y alto grado), la mayoría de los autores recomiendan la profilaxis a ese nivel incluso en estadios iniciales, aunque no existan suficientes estudios prospectivos sino basados en serie de casos, pudiendo sobreestimarse las cifras de recurrencia (11,40,46-51). El esquema terapéutico utilizado combina la inyección de metrotexate intratecal en combinación con radioterapia craneal (1). Algunos autores, propugnan por el contrario, el control neurológico escrito como alternativa a dicha profilaxis (11,52).

Performance status	Definition
0	Fully active; no performance restrictions
1	Strenuous physical activity restricted; fully ambulatory and able to carry out light work
2	Capable of all selfcare but unable to carry out any work activities. Up and about >50 percent of waking hours.
3	Capable of only limited selfcare; confined to bed or chair >50 percent of waking hours
4	Completely disabled; cannot carry out any selfcare; totally confined to bed or chair

TABLA 3.- Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG, Zubrod, WHO) performance scale

Excerpted from: Oken MM, et al. *Am J Clin Oncol* 1982; 5:649. (45)

La supervivencia global a los 5 años es del 43% según los datos reportados (43).

Como conclusión, el LPM debe considerarse dentro del diagnóstico diferencial del cáncer de mama, con un diagnóstico precoz de gran complejidad y que se basa en la inmunohistología. El tratamiento quirúrgico pasa a un segundo plano en este tipo de tumor resultando la opción terapéutica principal el esquema combinado de quimioterapia.

BIBLIOGRAFÍA

- Binesh F, Vahedian H, AKhvan A, Hakiminia M. Unusual breast neoplasm: primary breast lymphoma. *MBJ Case Rep* 2013. doi:10.1136/bcr-2013-009037.
- Del Valle C, Marcos V, Heras I, Cano A, Guzmán M, García J, et al. Actualización en linfomas primarios de mama: serie de casos y revisión de la literatura. *Prog Obstet Ginecol* 2013;56(8):436-41.
- Avenia N, Sanguinetti A, Cirocchi R, Bistoni G, Trastulli S, D'Ajello F, et al. Primary breast lymphomas: a multicentric experience. *World J Surg Oncol* 2010;8:53.
- Li S, Lee AK. Silicone implant and primary breast ALK1-negative anaplastic large cell lymphoma, fact or fiction?. *Int J Clin Exp Pathol* 2010;3:117-127.
- Barista I, Baltali E, Tekuzman G, Kars A, Ruacan S, Ozisik Y, et al. Primary breast lymphomas. *Acta Oncologica* 2000;39:135-9.
- La Pinta M, Stagnitto D, Lengua G, Aicardi P, Loreti A, Bellioni M, et al. Primary breast lymphoma: Case report and review of literature. *Minerva Chir* 2007;62:33-7.
- Julen O, Dellacasa I, Pelte MF, Borish B, Bouchardy C, Campagna F, et al. Primary breast lymphomas. *Rare Tumors* 2009;1:e14.
- Mamambo NC, Burje JS, Butler JJ. Primary malignant lymphomas of the breast. *Cancer* 1977;39:2033-40.
- Giardini R, Piccolo C, Rike F. Primary non-Hodkin's lymphomas of the female breast. *Cancer* 1992;69:725.
- Broggi E, Harris NL. Lymphomas of the breast: pathology and clinical behaviour. *Semin Oncol* 1999;26:357.
- Wong WW, Schild SE, Haylard MY, Schomberg PJ. Primary non-Hodkin lymphoma of the breast: The Mayo Clinic Experience. *J Surg Oncol* 2002;80:19-25.
- Kuper-Hommel MJ, Snijder S, Janssen-Heijnen ML, Vrints LW, Kluijn-Nelemans JC, Coebergh JW, et al. Treatment and survival of 38 female breast lymphomas: A population-based study with clinical and pathological review. *Ann Hematol* 2003;82:397-404.
- Abbondanzo SL, Seidman JD, Lefkowitz M, et al. Primary diffuse large B-Cell lymphoma of the breast: a clinicopathologic study of 31 cases. *Pathol Res Pract* 1996;192:37-43
- Domchek SM, Hecht JL, Fleming MD, et al. Lymphomas of the breast: primary and secondary involvement. *Cancer* 2002;94:6.
- De Jong D, Vasmel WL, de Boer JP, et al. Anaplastic large-cell lymphoma in women with breast implants. *JAMA* 2008;300:2030-5.
- Arber DA, Simpson JF, Weiss LM, et al. Non-Hodkin's lymphoma involving the breast. *Am J Surg Pathol* 1994;18:288-95.
- Schouten JT, Weese JL, Carbone PP. Lymphoma of the breast. *Ann Surg* 1981;194:749.
- Yang WT, Muttarak M, Ho LW. Nonmammary malignancies of the breast: ultrasound, CT, and MRI. *Semin Ultrasound CT MR* 2000;21:375-94.
- Hugh JC, Jackson FI, Hanson J, Poppema S. Primary breast lymphoma. An immunohistologic study of 20 new cases. *Cancer* 1990; 66:2602.
- .Linfoma de mama. Literature review current through: Aug 2013. | This topic last updated: mar 26, 2013. Topic 791 Version 13.0. Yang WT, Lane D, Le-Petross HT, et al. Breast lymphoma: imaging findings of 32 tumors in 27 patients. *Radiology* 2007;245:692-702.
- Sabate JM, Gomez A, Torrubia S, et al. Lymphoma of the breast: clinical and radiologic features with pathologic correlation in 28 patients. *Breast J* 2002;8:294-304.

23. Liberman L, Giess CS, Dershaw DD, et al. Non-Hodgkin lymphoma of the breast: imaging characteristics and correlation with histopathologic findings. *Radiology* 1999;192:157–60.
24. Vadala R, Polito R, Fiorucci C, et al. A case of primary breast lymphoma. *Rays* 2005;30:233–7.
25. Mavromatis BH, Cheson BD. Pre- and post-treatment evaluation of non-Hodgkin's lymphoma. *Best Pract Res Clin Haematol* 2002;15:429–47.
26. Mori K, Inoue Y, Nishi T, Fukuuchi A, Ibukuro K, Tsukiyama T. Primary malignant lymphoma of the breast: Mammographic and ultrasonographic findings. *Breast Cancer*. 1998;5:93–7. 12.
27. Dixon JM, Lumsden AB, Krajewski A, et al. Primary lymphoma of the breast. *Br J Surg* 1987; 74:214.
28. Harris, NL, Jaffe, ES, Diebold, J, et al. World Health Organization classification of neoplastic diseases of the hematopoietic and lymphoid tissues: Report of the Clinical Advisory Committee meeting-Airlie House, Virginia, November 1997. *J Clin Oncol* 1999; 17:3835.
29. Aguilera NS, Tavassoli FA, Chu WS, Abbondanzo SL. T-cell lymphoma presenting in the breast: a histologic, immunophenotypic and molecular genetic study of four cases. *Mod Pathol* 2000; 13:599.
30. Carbone PP, et al. *Cancer Res* 1971; 31:1860 and Lister TA, et al. *J Clin Oncol* 1989; 7:1630.
31. Swerdlow SH, Campo E, Harris NL, et al. (Eds). World Health Organization Classification of Tumours of Haematopoietic and Lymphoid Tissues, IARC Press, Lyon 2008.
32. Tumors of the Breast and Female Genital Organs, Tavassoli FA, Devilee P (Eds), IARC Press, Lyon 2008.
33. Talwalkar SS, Miranda RN, Valbuena JR, et al. Lymphomas involving the breast: a study of 106 cases comparing localized and disseminated neoplasms. *Am J Surg Pathol* 2008; 32:1299.
34. Loughrey MB, Windrum P, Catherwood MA, et al. WHO reclassification of breast lymphomas. *J Clin Pathol* 2004; 57:1213.
35. Ha CS, Dubey P, Goyal LK, et al. Localized primary non-Hodgkin lymphoma of the breast. *Am J Clin Oncol* 1998;21:376–80.
36. Domcheck SM, Hecht JL, Fleming MD, Pinkus GS, Canellos GP. Lymphomas of the breast. Primary and secondary involvement. *Cancer*. 2002;94:6–13.
37. Jennings WC, Baker RS, Murray SS, et al. Primary breast lymphoma: the role of mastectomy and the importance of lymph node status. *Ann Surg* 2007;245:784–9.
38. Miller TP, Dahlberg S, Cassady JR, Adelstein DJ, Spier CM, Grogan TM, et al. Chemotherapy alone compared with chemotherapy plus radiotherapy for localized intermediate- and high-grade non-Hodgkin's lymphoma. *N Engl J Med*. 1998; 339:21–6.
39. Uesato M, Miyazawa Y, Gunji Y, et al. Primary Non-hodgkin's lymphoma of the breast: report of a case with special reference to 380 cases in Japanese literature. *Breast Cancer* 2005;12:154–8.
40. Jeanneret-Sozzi W, Taghian A, Epelbaum R, et al. Primary breast lymphoma: patient profile, outcome and prognostic factors. A multicentre Rare Cancer Network study. *BMC Cancer* 2008;8:86.
41. Babovic N, Jelic S, Jovanovic V. Primary non-Hodgkin lymphoma of the breast. Is it possible to avoid mastectomy? *J Exp Clin Cancer Res* 2000;19:149–54
42. Raza S. Non-Hodgkin lymphoma in Bird and Birdwell: diagnostic imaging breast. Canada: Amirysis, 2006; chap IV-5–41.
43. Giardini R, Piccolo C, Rilke F. Primary non-Hodgkin's lymphomas of the female breast *Cancer* 1992;69:725–35.
44. Yhim HY, Kim JS, Kang HJ, et al. Matched-pair analysis comparing the outcomes of primary breast and nodal diffuse large B-cell lymphoma in patients treated with rituximab plus chemotherapy. *Int J Cancer* 2012; 131:235.
45. Oken MM, et al. *Am J Clin Oncol* 1982; 5:649.
46. Avilés A, Delgado S, Nambo MJ, et al. Primary breast lymphoma: results of a controlled clinical trial. *Oncology* 2005; 69:256.
47. Ryan GF, Roos DR, Seymour JF. Primary non-Hodgkin's lymphoma of the breast: retrospective analysis of prognosis and patterns of failure in two Australian centers. *Clin Lymphoma Myeloma* 2006; 6:337.
48. Joks M, Myśliwiec K, Lewandowski K. Primary breast lymphoma—a review of the literature and report of three cases. *Arch Med Sci* 2011;7:27–33.
49. Ribrag V, El Bibeau F, et al. Primary breast lymphoma: a report of 20 cases. *Br J Haematol* 2001;115:253–6.
50. Yang H, Lang RG, Fu L. Primary breast lymphoma (PBL): a literature review. *Clin Oncol Cancer Res* 2011;8:128–32.
51. Yamazaki H, Hanada M, Kitada M, et al. Four cases of central nervous system involvement of breast malignant lymphoma. *Jpn J Clin Oncol* 2003;33:399–403.
52. Ribrag V, Bibeau F, El Weshi A, Frayfer J, Fadel C, Cebotaru C, et al. Primary breast lymphoma: A report of 20 cases. *Br J Haematol*. 2001;115:253–6.

Artículo Original

Carcinosarcomas en cuerpo uterino

Carcinosarcomas in uterine body

Serrano Diana C.¹, Castillo Cañadas A.M.¹, Gómez García M.T.¹, García de la Torre J.P.^{II},
González de Merlo G.¹

^IServicio de Obstetricia y Ginecología

^{II}Servicio de Anatomía Patológica

Hospital General Universitario de Albacete

RESUMEN

Introducción: El sarcoma en cuerpo uterino es una patología rara, difícil de diagnosticar y tratar, con un pronóstico adverso y una supervivencia baja.

Material y Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo descriptivo de los sarcomas uterinos diagnosticados en el Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, durante el período comprendido entre enero de 2004 y enero de 2013.

Resultados: Se diagnosticaron un total de 22 casos de carcinosarcomas uterinos. La edad de diagnóstico está comprendida entre los 63 años y 86 años, con una mediana de edad de 81 años. Todas las pacientes eran menopáusicas, 3 de ellas nuligestas. El síntoma más frecuente de presentación fue la metrorragia posmenopáusica, en 19 de los 22 casos, siendo el síntoma guía en las tres pacientes restantes el dolor hipogástrico y la distensión abdominal. El tratamiento elegido fue quirúrgico en la totalidad de los casos.

El período de seguimiento medio ha sido de 40 meses. Se contabilizaron dos muertes por progresión de la enfermedad.

Conclusiones: El esquema terapéutico del sarcoma uterino continúa siendo controvertido, por eso, nuevas líneas de investigación debieran ser abiertas centrándose en el papel de la resección terapéutica de ganglios linfáticos, la inocuidad de omitir la rutinaria ooforectomía, y el efecto pronóstico en la supervivencia de la diseminación tumoral durante la cirugía.

PALABRAS CLAVE:

Cuerpo uterino, neoplasia, carcinosarcoma

ABSTRACT

Introduction: The sarcoma in uterine body is a rare pathology, difficult to diagnose and treat, with an adverse forecast and a survival it goes down.

Material and Methods: there realized a retrospective descriptive study of the sarcomas uterines diagnosed in the Hospitable University Complex of Albacete, during the period understood between January, 2004 and January, 2013.

Results: there were diagnosed a total of 22 cases of carcinosarcoma of uterine body. The age of diagnosis is understood between 63 years and 86 years, with a median of age of 81 years. All the patients were menopáusicas, 3 of them nuligestas. The most frequent symptom of presentation was the metrorragia posmenopáusica, in 19 of 22 cases, being the symptom he guides in three remaining patients the pain hipogástrico and the abdominal expansion. The chosen treatment was surgical in the totality of the cases. The period of average follow-up is 40 months. Two deaths were assessed by progression of the disease.

Conclusions: The therapeutic scheme of the sarcoma in uterine body continues being controversial, because of it, new lines of investigation must be opened centring on the paper of the therapeutic resection of lymphatic ganglions, the innocuousness of omitting the routine ooforectomía, and the effect forecast in the survival of the tumour dissemination during the surgery.

KEYWORDS

Uterine corpus, neoplasia, carcinosarcoma

INTRODUCCIÓN

Los carcinosarcomas, designación preferida para este tipo de tumores por la *Organización Mundial de la Salud*, son un tipo de neoplasias malignas compuestas por componentes epiteliales y mesenquimales. Recientemente se ha considerado el componente mesenquimal como un cambio metaplásico del carcinoma(1). Según la *Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique* (FIGO), los carcinosarcomas se deben estadificar como los carcinomas, e incluirían las siguientes estirpes(2):

CORRESPONDENCIA:

Dra. Carolina Serrano Diana

Servicio de Obstetricia y Ginecología
Hospital General Universitario de Albacete
C/Hermanos Falcó, 37
C.P.: 02006 (Albacete)
Tf.: 679499533
E-mail: carolinasserranodiana@hotmail.es

- Carcinosarcomas, que surgen principalmente del endometrio, y que comprenden de 40 a 50% de todos los sarcomas uterinos.
- Leiomiomas, que surgen del miometrio, con una incidencia máxima que se presenta a los 50 años de edad y que comprende el 30% de todos los sarcomas uterinos.
- Los sarcomas que surgen en el estroma endometrial, con una incidencia pico que se presenta antes de la menopausia para tumores de grado bajo y después de la menopausia con tumores de grado alto y que comprende el 15% de todos los sarcomas uterinos.

Los componentes estromales de los carcinosarcomas se caracterizan más aún por el hecho de si contienen elementos homólogos (como tejido mesenquimal maligno que se considera como posiblemente nativo del útero) o elementos heterogéneos (como los músculos estriados, cartílago, o hueso que son extraños al útero)(3).

Los carcinosarcomas son neoplasias raras, mucho menos frecuentes en el cuello uterino, trompa de falopio o la vulva que en el cuerpo uterino(4). Aunque poco comunes, los carcinosarcomas resultan paralelos al cáncer del endometrio en lo que respecta a su predominio posmenopáusico y en otras características epidemiológicas; típicamente ocurren en mujeres posmenopáusicas con una edad media de 65 años(1). El síntoma de presentación más frecuente en este tipo de neoplasias es el sangrado posmenopáusico(4). Se caracterizan por un comportamiento muy agresivo y una tendencia muy marcada a recurrencias locales y a metastatizar a distancia sobre todo a nivel abdominal, ensombreciendo el pronóstico(5). Alrededor de 35% no se limita al útero al momento del diagnóstico(5,6).

El tratamiento de los carcinosarcomas se está tomando similar al enfoque de modalidad combinada para los adenocarcinomas del endometrio; actualmente el principal tratamiento consiste en histerectomía total con salpingooforectomía bilateral y disección de los ganglios linfáticos pélvicos y paraaórticos, con el examen detallado de toda la cavidad abdominopélvica y citorreducción máxima de las lesiones(4). La terapia postoperatoria óptima no está definida por completo, y actualmente es individualizada(5,6). La supervivencia de las mujeres con carcinosarcoma uterino avanzado es pobre(3,6).

En el presente artículo, se describe una serie de casos para exponer los signos clínicos representativos de esta patología ginecológica tan infrecuente revisando así mismo la literatura disponible al respecto.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha realizado un estudio retrospectivo descriptivo de los carcinosarcomas diagnosticados en el Hospital de Albacete en el periodo comprendido entre enero de 2004 hasta enero de 2013. Los datos se han obtenido mediante la revisión de las historias clínicas de las pacientes, recogiendo variables de características epidemiológicas, diagnósticas, anatomopatológicas y terapéuticas: edad en el momento del diagnóstico, menarquia, menopausia, paridad, marcadores tumorales, características de las pruebas de imagen, tratamiento primario, tipo histológico, patrón histológico, tiempo de seguimiento, recidiva tumoral y la muerte por la enfermedad. Todos los datos fueron recogidos en una base de datos confeccionada con el programa *Windows Excel 2011* exclusivamente para este fin, y su análisis se realizó con el mismo programa.

RESULTADOS

Características epidemiológicas

Se diagnosticaron un total de 22 casos de tumores mullerianos mixtos durante el periodo de estudio, comprendido entre enero de 2004 y enero de 2013. La edad de diagnóstico está comprendida entre los 63 años y 86 años, con una mediana de edad 81 años. La mediana de edad de la menarquia es a los 13 años; todas las pacientes eran menopáusicas, 3 de ellas nuligestas y el resto habían tenido una mediana de 2 gestaciones y 2 hijos.

Características diagnósticas (Figura 1,2)

El síntoma de presentación más frecuente de los carcinosarcomas en cuerpo uterino fue la metrorragia posmenopáusica en diecinueve de los veintidós casos, siendo el síntoma guía en las tres pacientes restantes el dolor hipogástrico y la distensión abdominal. Ecográficamente se trataba de formaciones de tamaño variable; cuando eran de gran tamaño presentan una ecogenicidad muy heterogénea, con áreas anecoicas en su interior. En los casos en los que se realizó un estudio Doppler, la vascularización fue intensa.

En el momento del diagnóstico de los marcadores tumorales habituales, el antígeno carcinoembrionario (CA) 12,5 estaba alterado en el 45,4% de los casos (10/22), con cifras que variaban de entre 12.8 hasta 470 U/ml. El resto de los marcadores se encontraba en rangos normales.



Figura 1. Resonancia magnética pélvica con hallazgos de ocupación de toda la cavidad uterina por material de partes blandas de 32x22x18mm con retención de secreciones que distiende la cavidad endometrial. Mínimo borramiento de la línea endometrio miometrial sin observarse afectación vaginal ni cervical ni afectación linfovascular

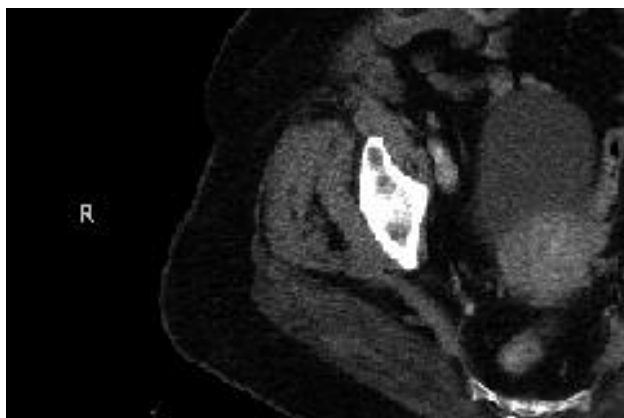


Figura 2. Tomografía axial computarizada que muestra imagen heterogénea en cavidad endometrial con ocupación de cavidad uterina por masa endometrial con afectación miometrial interna

Características del tratamiento primario

En todos los casos el tratamiento primario fue quirúrgico, para establecer un diagnóstico anatomopatológico, así como para estadiar el tumor. El tratamiento elegido consiste en cirugía exclusivamente en diez pacientes. En los doce casos restantes diagnosticados de carcinosarcoma uterino se optó en primera instancia por cirugía seguida de radioterapia adyuvante. En cuanto al tipo de cirugía elegida se decidió histerectomía total con salpingooforectomía bilateral y linfadenectomía pélvica en la totalidad de los casos presentados. En cuanto al estadio FIGO 2010 una vez realizada la cirugía, se informan 6 casos como estadio IA (ninguna o menos de la mitad de invasión al miometrio), como estadio IB 9 casos (la invasión es igual o mayor que la mitad del miometrio), 4 casos como estadio IIb (diseminación local o regional del tumor), y otros 3 casos como estadio IIIA (el tumor invade la serosa del corpus uteri o adnexae).

Características anatomopatológicas (Figura 3)

La histología de estas neoplasias consisten en tumores mixtos malignos en los que se puede identificar áreas de crecimiento en sábana poco diferenciado con núcleos grandes, frecuentemente vesiculosos y muy atípicos. También se identifican áreas con diferenciación epitelial maligna en forma de carcinomas poco diferenciados y áreas de adenocarcinoma. En una de las pacientes había amplias áreas de carcinoma con diferenciación serosa papilar. Todas estas manifestaciones histológicas están entremezcladas a modo de puzzle con otras áreas mesenquimales poco diferenciadas habitualmente en forma de fascículos de células fusiformes atípicas con frecuentes mitosis. En un 70 % de los casos se observa componentes heterólogos, siendo el patrón más frecuente pequeños focos microscópicos de condrosarcoma.

Seguimiento (Figura 4)

Todas fueron sometidas a controles posteriores mediante exploración física, pruebas de imagen y marcadores tumorales. El período de seguimiento medio es de 40 meses. Se contabilizan dos muertes por progresión de la enfermedad. En uno de los casos por avance de la enfermedad pulmonar y peritoneal, con estadio FIGO postquirúrgico IIb. En otro de los casos por progresión pulmonar y pélvica provocando atrapamiento ureteral bilateral e insuficiencia renal aguda condicionando anuria y exitus de la paciente, con estadio FIGO posquirúrgico IIIA.

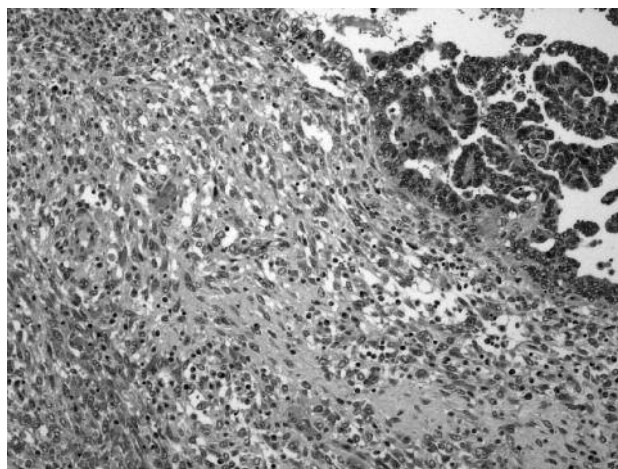


Figura 3. Neoplasia mixta con áreas mesenquimales fusocelulares malignas con marcada atipia y frecuentes mitosis (componente "sarcomatoso"). En la porción superior derecha se identifican áreas epiteliales malignas de crecimiento papilar (carcinoma). HE x 100.



Figura 4. Radiografía de tórax que muestra múltiples nódulos pulmonares en ambos campos compatibles con patrón en suelta de globos, compatible con metástasis pulmonares

DISCUSIÓN

Los carcinosarcomas uterinos suman del 3 al 5% de todos los tumores malignos del cuerpo uterino. El desarrollo de la comprensión de la evolución de los mismos ha sido lenta. Actualmente es conocido que existen translocaciones cromosómicas específicas que dan como resultado genes de fusión que son constitutivos e implican la activación de factores de transcripción(7). Los factores genéticos han sugerido que desempeñan un papel importante, ya que la incidencia es dos veces mayor entre las mujeres negras en comparación con las mujeres blancas(8). Este patrón de la incidencia se invierte en el carcinoma endometrial, en el que la incidencia entre las mujeres blancas es tres veces mayor que entre las mujeres de color(8,9). Brooks et al(9) demuestran que la supervivencia relativa de las mujeres blancas fue significativamente mejor que la de las mujeres negras.

Se sabe poco sobre la etiología del carcinosarcoma uterino; tienden a presentarse en etapas avanzadas y tienen un pronóstico extremadamente precario(10). La obesidad, la hipertensión y la diabetes son factores asociados con carcinosarcoma, pero son también factores de riesgo entre las mujeres con carcinoma de endometrio.

En el caso de los sarcomas en cuerpo uterino el síntoma más frecuente es el sangrado vaginal anormal(11), lo cual corroboramos de acuerdo a nuestros resultados. Estos tumores crecen con un patrón exofítico en la cavidad endometrial y por ello el sangrado uterino y el dolor hipogástrico son síntomas comunes(12). Todos los sarcomas uterinos tienen una propensión a la diseminación vía hematogena, con mayor frecuencia a los pulmones(4). Otros sitios incluyen el hígado, los huesos y el cerebro(4,12). Las mujeres con metástasis a distancia en el momento del diagnóstico, tienen síntomas y hallazgos que se corresponden con la ubicación de su enfermedad(13).

El pronóstico es relativamente bueno para los sarcomas del estroma endometrial, pero pobre para las demás estirpes(13). Una razón importante para la baja tasa de curación, incluso en el sarcoma uterino localizado, es la frecuente aparición de metástasis a distancia, especialmente a los pulmones(13,14).

En cuanto al tratamiento de los carcinosarcomas, la cirugía correctamente realizada es imprescindible y es el factor pronóstico más importante(12,14). El tratamiento estándar es la histerectomía total(4), y puede ser curativa si el tumor está confinado al útero. En las mujeres posmenopáusicas la anexeomía bilateral es también recomendada. Los márgenes de resección libres de tumores son de suma importancia y es necesario ser limpios y meticulosos en este tipo de cirugía. Es obligado evitar que el tumor se rompa a través de la pared del útero a la serosa, debiendo intentar eliminarlos "en bloque", sin derrame. La vía laparoscópica para este tipo de tumores y con lo conocido al respecto hasta la fecha, no es admisible debido al riesgo de la difusión de células tumorales en la pelvis o cavidad abdominal(15). Cerca de 25% a 75% de las pacientes con recurrencia temprana del sarcoma uterino ocurre en la pelvis y el abdomen. Estas recurrencias pueden ser causada por diseminación tumoral inadvertida durante la cirugía(16). La salpingo-ooforectomía bilateral tradicionalmente se ha recomendado, incluso en mujeres premenopáusicas en estadios iniciales. Sin embargo, trabajos recientes indican que preservar los ovarios en mujeres premenopáusicas es factible en mujeres con estadio I si el tumor es radicalmente eliminado mediante cirugía(15). La preservación de tejido ovario no aumenta el riesgo de recurrencia(15) lo que indica que la preservación de los ovarios en mujeres premenopáusicas es posible a menos que estos tejidos muestren tejido tumoral en la inspección macroscópica(14). Hay un estudio que muestra que la ooforectomía bilateral tiene un efecto negativo en la supervivencia de las mujeres con el tumor mulleriano mixto(17).

La resección de ganglios linfáticos es controvertida. Algunos autores consideran que no es necesario en la cirugía de sarcoma uterino a menos que los ganglios linfáticos sean clínicamente sospechosos de enfermedad metastásica(16,17). La incidencia de metástasis en los ganglios linfáticos en las primeras etapas de los carcinosarcomas es baja(14); por lo tanto, la resección de ganglios linfáticos no se recomienda en fases iniciales(14). Las adenopatías metastásicas se asocian más comúnmente con extensión extrauterina de la enfermedad, por ello la linfadenectomía debe reservarse exclusivamente para los pacientes con ganglios clínicamente sospechosos(17).

Para los pacientes con carcinosarcoma uterino inoperable, existen las siguientes opciones: 1) la radioterapia pélvica con o sin braquiterapia y quimioterapia; 2) la terapia hormonal y 3) cirugía en la recaída(18).

La evaluación preoperatoria del grado de la enfermedad es vital en la determinación de la posibilidad de resección completa(18). Sin embargo, la supervivencia de la mayoría de pacientes con enfermedad recurrente es pobre. Las mujeres con recurrencia pulmonar aislada o recurrencias hepáticas, también pueden ser buenos candidatos para la cirugía(15). El papel de la radioterapia en la enfermedad localizada es controvertido. No hay estudios prospectivos aleatorizados que hayan mostrado un beneficio de supervivencia asociada con la radioterapia postoperatoria en pacientes con carcinosarcoma uterino, y la mayoría de los estudios retrospectivos han mostrado desequilibrios pronósticos entre los pacientes irradiados y los pacientes no irradiados(17). Esto puede ser debido al hecho de que la terapia de radiación se da a menudo a pacientes con mal pronóstico. A pesar de estas limitaciones, existe alguna evidencia de que la radiación pueda ser de importancia(18). El tratamiento auxiliar ha cambiado la terapia de radiación por la quimioterapia en las últimas décadas, pero esto no ha venido acompañado de un cambio en la supervivencia(18). El papel de la quimioterapia adyuvante está aún menos definido que el de la radioterapia para pacientes con enfermedad localizada(17,18). Durante las fases iniciales de los carcinosarcomas en estadios iniciales con márgenes libres de tumor existen las siguientes opciones: 1) observación; 2) considerar la radioterapia pélvica y / o braquiterapia; y 3) considerar la quimioterapia (19).

Ningún estudio hasta la fecha ha sido capaz de demostrar cualquier beneficio con la quimioterapia adyuvante. La ifosfamida, el cisplatino, el etopósido, la gemcitabina, el paclitaxel y la doxorubicina han demostrado modestas tasas de respuesta en sarcomas uterinos avanzado y recurrentes(18). La quimioterapia de combinación parece que produce una mayor tasa de respuesta, sin embargo, los estudios son demasiado pequeño para extraer conclusiones(19).

Lamentablemente la introducción de la terapia de radiación y la quimioterapia no ha influido la supervivencia a largo plazo de estos pacientes y las pacientes con sarcoma uterino que desarrollan enfermedad extrauterina tiene un mal pronóstico. Por ello el futuro en la investigación de los carcinosarcomas debe centrarse en el papel de la resección terapéutica de ganglios linfáticos, la inocuidad de omitir la rutinaria ooforectomía, y el efecto pronóstico de la diseminación tumoral durante la cirugía en la supervivencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tavassoli FA, Devilee P. World Health Organization classification of tumours. Pathology and genetics of tumours of the breast and female genital organs. IARC Press 2003.
2. Pecorelli S: Revised FIGO staging for carcinoma of the vulva, cervix, and endometrium. *Int J Gynaecol Obstet* 105 (2): 103-4, 2009.
3. Tavassoéli F, Devilee P, et al.: Pathology and Genetics of Tumours of the Breast and Female Genital Organs. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer, 2004.
4. Petrillo M, Corrado G, Carbone A, Macchia G, Ferrandina G. Vulvar squamous cell carcinoma with sarcoma-like stroma: a case report and review of the literature. *Diagn Pathol* 2011; 6:95.
5. Shamseddine A, Taher A, Abou mourad Y, Seoud M, Khalil A. Acure of metastatic uterine carcinosarcoma to lungs: a case report. *Int J Gynecol Cancer* 2003 13: 88-9.
6. Köhler G, Evert M. Uterine sarkome und mischtumoren. 1sted. Berlin De Gruyter 2009; 7-120.
7. Abeler VM, Røyne O, Thoresen S, Danielsen HE, Nesland JM, Kristensen GB. Uterine sarcomas in Norway. A histopathological and prognostic survey of a total population from 1970 to 2000 including 419 patients. *Histopathology* 2009; 54:355-64.
8. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. A guideline developers handbook. Edinburgh, SIGN 2004.
9. Brooks SE, Zhan M, Cote T, Baquet CR. Surveillance, epidemiology, and end results analysis of 2677 cases of uterine sarcoma 1989 – 1999. *Gynecol Oncol* 2004; 93:204-8.
10. Thomas DB. The WHO Collaborative Study of Neoplasia and Steroid Contraceptives: The influence of combined oral contraceptives on risk of neoplasms in developing and developed countries. *Contraception* 1991; 43:695-710.
11. Chu CS, Lin LL, Rubin SC. Cancer of the uterine body. DeVita, Hellman, and Rosenberg 's cancer: Principles & practice of oncology. 8th ed. DeVita VT, Lawrence TS, Rosenberg SA, editors. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins 2008; 1543-63.
12. Nam JH. Surgical treatment of uterine sarcoma. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2011; 25:751- 60.
13. Koivisto-Korander R, Butzow R, Koivisto AM, Leminen A. Clinical outcome and prognostic factors in 100 cases of uterine sarcoma: Experience in Helsinki University Central Hospital. *Gynecol Oncol* 2008; 111:74-81.
14. Nam JH. Surgical treatment of uterine sarcoma. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2011; 25:751-60.
15. Della Badia C, Karini H. Endometrial stromal sarcoma diagnosed after uterine morcellation in laparoscopic supracervical hysterectomy. *J Minim Invasive Gynecol* 2010; 17:791-3.
16. Amant F, De Knijf A, Van Calster B, Leunen K, Neven P, Berteloot P, et al. Clinical study investigating the role of lymphadenectomy, surgical castration and adjuvant hormonal treatment in endometrial stromal sarcoma. *Br J Cancer* 2007; 97:1194-9.
17. Bocker KA, Alt CD, Eichbaum M, Sohn C, Kauczor HU, Hallscheidt P. Imaging of female pelvic malignancies regarding MRI, CT, and PET/CT. *Strahlenther Onkol* 2011; 187:611-8.
18. Greer BE, Koh WJ, Abu-Rustum N, Bookman MA, Bristow RE, Campos SM, et al. 19. Uterine neoplasms. Clinical practice guidelines in oncology. *J Natl Compr Canc Netw* 2009; 7:498-531.
19. Garg G, Shah JP, Liu JR, Bryant CS, Kumar S, Munkarah A, et al. Validation of tumor size as staging variable in the revised International Federation of Gynecology and Obstetrics stage I leiomyosarcoma: A population-based study. *Int J Gynecol Cancer* 2010; 20:1201-6.

Caso Clínico

Embolización de arterias uterinas como manejo de la hemorragia ginecológica postquirúrgica

Uterine artery embolization as management of postoperative gynecological hemorrhage

Nogueira J.^I, Moreno R.LI.^I, Gómez M^aT.^{II}, Pedrosa M^aJ.^{III}, González de Merlo G.^{IV}

^I MIR 4er año de Ginecología y Obstetricia

^{II} Facultativo Adjunto Especialista en Ginecología y Obstetricia

^{III} Facultativo Adjunto Especialista en Radiología vascular intervencionista

^{IV} Jefe de Servicio de Ginecología y Obstetricia

Hospital General de Albacete

RESUMEN

La embolización de las arterias uterinas es un procedimiento que permite manejar la patología hemorrágica ginecológica de forma conservadora y mínimamente invasiva. Se presentan dos casos tratados con embolización selectiva acontecidos en nuestro hospital, que cursaron con hemorragia aguda en el postoperatorio inmediato. En el contexto de un sangrado postquirúrgico, la embolización podría ser considerada una alternativa de tratamiento dado sus resultados inmediatos y adecuados, consiguiendo un buen control de la hemorragia.

PALABRAS CLAVE

Embolización arterias uterinas, histerectomía, sangrado postoperatorio

ABSTRACT

Uterine artery embolization is a procedure which allows conservative, minimally invasive management of gynecologic hemorrhage. In this paper we report two cases treated with selective embolization in our hospital. All two presented with acute hemorrhage during the immediate postoperative. If there is bleeding after gynecological surgery, embolization, given its immediate and good results in controlling hemorrhage, may be considered as an alternative treatment.

KEY WORDS

Uterine artery embolization, Hysterectomy, Postoperative bleeding

INTRODUCCIÓN

La embolización de las arterias uterinas (EAU) es una técnica sencilla y eficaz a la hora de resolver una amplia variedad de hemorragias. Las hemorragias obstétricas, como las debidas a atonías uterina, hemorragias postparto precoz, embarazos ectópicos o alteraciones en la placentación, son situaciones que acontecen con mayor frecuencia y por lo tanto, existe mayor experiencia(1). En el caso de los sangrados del ámbito ginecológico, la más amplia experiencia se centra en la embolización de miomas uterinos. Las realizadas en casos de neoplasias, como pueden ser en carcinoma de cérvix, endometrio y coriocarcinoma son menos habituales(2) Por último, los casos menos descritos en la literatura son los casos de embolizaciones que acontecen en el postoperatorio inmediato. Se trata de sangrados que proceden de intervenciones quirúrgicas ginecológicas, que pueden cursar con un sangrado masivo, dando lugar a una anemia severa con un rápido deterioro e inestabilidad hemodinámica, donde la embolización trata de conseguir un control inmediato y eficaz de la hemorragia.

A continuación, se presentan 2 casos clínicos acontecidos en el Hospital General Universitario de Albacete. Ambas pacientes han prestado su Consentimiento Informado para la publicación de este trabajo.

CASO CLÍNICO 1

Mujer de 80 años, HTA, DMNID, con tres partos eutócicos y unas reglas regulares hasta la edad de 50 años.

La paciente acude a consultas externas de ginecología por sensación de bulto en genitales y pérdida de orina. Es diagnosticada de un prolapso uterino de IV grado, junto con cistocele, rectocele de II grado y desgarramiento perineal, acompañado de una incontinencia urinaria de esfuerzo. Se le plantea la posibilidad de realizar tratamiento quirúrgico al cual accede.

Es intervenida de histerectomía vaginal junto con reparación de cistocele, rectocele y desgarramiento perineal, sin ningún tipo de complicación en la intervención. Durante el postoperatorio, la paciente presenta un accidente hemorrágico en las primeras horas que le provoca una anemia

CORRESPONDENCIA:

Dra. Jessica Nogueira García;
MIR 4er año de Ginecología y Obstetricia
Hospital General de Albacete
C/ Liria nº 6 Sagunto (Valencia) España
Tlf.: 654441034
E-mail: jesnogar@gmail.com

grave (hemoglobina 6.1gr/Dl). En la ecografía realizada presenta un hemoperitoneo junto con un hematoma pélvico de 128x 90x 111 mm. Se precisa transfusión de 4 unidades de concentrados de hemáties. Ante esta situación y tras valorar las ventajas e inconvenientes de una reintervención quirúrgica, se decide recurrir a la EAU. Previa realización de angiografía se realiza embolización de ambas arterias ováricas y de la división anterior de la arteria hipogástrica izquierda, con Espongostán, por parte del Servicio de Radiología Intervencionista de nuestro hospital. La técnica se lleva a cabo sin incidencias y de una forma conservadora y mínimamente invasiva.

CASO CLÍNICO 2

Paciente de 51 años, sin enfermedades previas de interés, salvo el diagnóstico de endometriosis ovárica bilateral en el año 1990. Refiere reglas regulares, dos partos eutócicos y un aborto espontáneo con la necesidad de realización de un legrado evacuador.

La paciente es controlada en consultas externas de ginecología por la presencia de un endometrioma ovárico izquierdo de 62x 44mm y clínica de dismenorrea. En sucesivas visitas, la enferma refiere sensación de masa a nivel de fosa iliaca izquierda, destacando en la exploración una masa dura e irregular a la palpación. Se solicitan marcadores tumorales, con resultado CA-125 de 3188 y una ecografía ginecológica, con el hallazgo de una formación de 115x134mm, irregular, de paredes gruesas e hiperecogénicas, de estructura fundamentalmente sólida, compatible con tumoración compleja de ovario izquierdo (mismos hallazgos encontrados en el TAC abdomino-pélvico con contraste).

En la operación, se visualiza una gran tumoración izquierda que se extiende a recto-sigma con contenido achocolatado y pequeños implantes en epiplón y apéndice. Se realiza biopsia intraoperatoria, cuya anatomía patológica, es informada de carcinoma de células claras de origen ovárico, por lo que se realiza cirugía radical oncológica.

El postoperatorio cursa con anemia grave (hemoglobina de 5.9 g/dL.) precisando transfusión sanguínea. Pese a ello, los niveles de hemoglobina siguen en descenso, requiriendo de nuevo una transfusión. A la exploración mediante tacto rectal, se aprecia una formación redondeada, con sensación de masa. En la ecografía se visualiza un hematoma de 6x6 cm a nivel de Douglas. Dada la situación de la paciente se decide la realización de arteriografía diagnóstica. La arteriografía se describe sin alteraciones, salvo por la visualización de la división anterior hipogástrica derecha de calibre muy disminuido e irregular. Se aprecia fuga de contraste desde una de sus ramas que se emboliza con espongostán y coils. En arteriografía de control no se aprecia extravasación alguna (Figura 1 y 2).

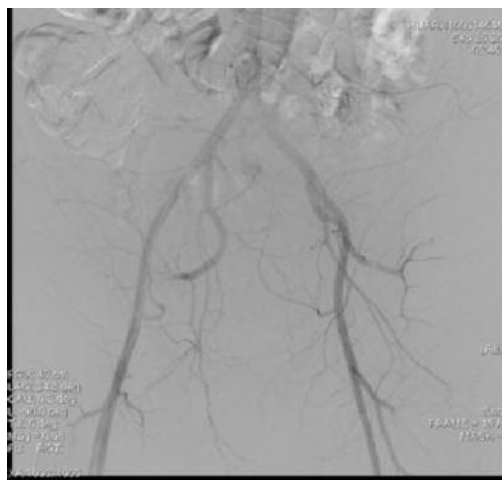


Figura 1. Arteriografía con inyección de contraste para conocer la anatomía vascular y aislar el punto sangrante

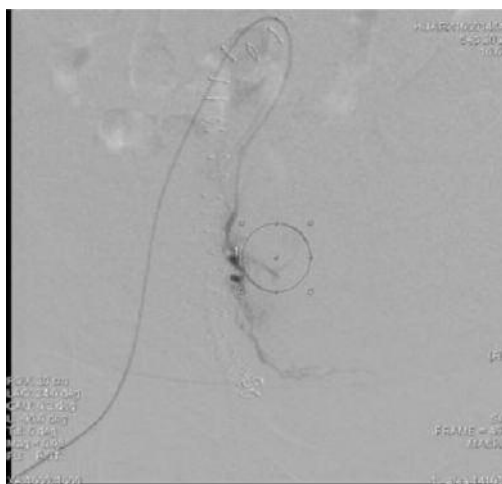


Figura 2. División anterior de la arteria hipogástrica derecha con calibre disminuido e irregular, apreciando fuga en una de sus ramas. Posterior embolización con espongostán y coils

DISCUSIÓN

Los dos casos descritos, se han producido durante los años 2010-2011 en el Hospital General de Albacete. Se trata de sangrados que proceden de intervenciones quirúrgicas ginecológicas, que dan lugar a una anemia severa, donde la embolización trata de conseguir un control inmediato y eficaz de la hemorragia.

La EAU se ha descrito como una técnica sencilla, mínimamente invasiva, conservadora a la hora de manejar patologías hemorrágicas, ya sean de origen obstétrico o ginecológico(3). La fuente exacta de hemorragia, a menudo, no es conocida antes de la embolización, por lo que es necesaria una arteriografía diagnóstica. El primer estudio a realizar, es una angiografía pélvica con inyección de contraste para conocer la anatomía vascular y aislar el punto sangrante. A continuación se realiza cateterización y embolización selectiva según técnica de Seldinger, y finalizar, con una arteriografía de control para verificar el resultado.

En la literatura, encontramos numerosos artículos que describen las embolizaciones que se llevan a cabo procedentes de hemorragias obstétricas(4). Pero son limitados los datos publicados sobre la embolización de hemorragias procedentes del postoperatorio inmediato ginecológico(5,6). Se considera que son aplicables las mismas técnicas y principios generales de la embolización para estos casos. Hay que tener en cuenta en que situaciones está contraindicada la técnica, como son en los casos de alergia al contraste yodado o patología renal grave(7).

Es razón de nuestro trabajo, comunicar, que el empleo de la EAU podría ser una técnica a considerar en el manejo de la hemorragia procedente del postoperatorio inmediato de las intervenciones ginecológicas, cuyo ejemplo lo vemos en los 2 casos presentados previamente. Aunque se trata de un número muy escaso, se consiguió un correcto manejo del sangrado y una estabilización satisfactoria de la paciente.

No obstante, la técnica no está exenta de complicaciones. Se han publicado complicaciones tales como fiebre transitoria, isquemia transitoria de las nalgas, parestesias de las extremidades inferiores, hematoma de ingle, formación de absceso pélvico o formación de una fistula vesicovaginal. Pero estas situaciones se han dado de forma excepcional, siendo las ventajas que ofrece la embolización, superiores a los inconvenientes(8).

La EAU es más complicada de realizar en estos casos, debido a que las pacientes han sido sometidas a cirugía, radioterapia, o incluso ambas y las relaciones anatómicas normales se encuentran distorsionadas, pudiendo haber fuentes de suplenia vascular atípicas para el punto de sangrado. Por ello, para ser efectiva la embolización puede requerir ser más extensa de lo que suele requerirse para una embolización obstétrica(2).

En conclusión, se podría hablar de la EAU como una técnica sencilla, mínimamente invasiva y que se podría considerar en el manejo de las hemorragias postquirúrgicas ginecológicas. Su papel resultaría importante, evitando la cirugía en pacientes complejas, al conseguir un buen control de la hemorragia.

No existe ningún conflicto de interés entre los autores ni tampoco existe ningún interés financiero entre los autores y las compañías farmacéuticas relacionado con este trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Guzmán R, Vargas P, Astudillo J, Riveros R, Yamamoto M . Embolización selectiva de arterias uterinas en la resolución de patologías ginecológicas y emergencias obstétricas. Rev Chil Obstet Ginecol 2011; 76(2):76-85.
2. Banovac F, Lin R, Shah D, White A, Pelage JP, Spies J. Opciones de la angiografía intervencionista en las emergencias obstétricas y ginecológicas. Obstet Gynecol Clin 2007; 34(2): 599-616.
3. Gilbert WM, Sterling KM, Alvarez M, et al. Angiographic embolization in the management of hemorrhagic complications of pregnancy. Am J Obstet Gynecol 1992; 166 (2):493-7.
4. Dildy GA 3rd. Postpartum hemorrhage: new management options. Clin Obstet Gynecol 2002; 45(2):330-44.
5. Badawy SZ, Etman A, Singh et al. Uterine Artery embolization: role in obstetrics and gynecology. Clin Imaging 2001; 25(4):288-95.
6. Verma SK, Bergin D, Gonsalves CF, Mitchell DG. MRI detection of female pelvic arteriovenous fistula after hysterectomy: treatment with superselective coil embolization. The British Journal of Radiology 2008; 81(1):221-224.
7. Kim MD, Kim S, Kim NK, et al. Long-term results of uterine artery embolization for symptomatic adenomyosis. AJR Am J Roentgenol 2007; 188(1):176-81
8. Badawy SZ, Etman A, Singh M, et al. Uterine artery embolization: the role in obstetrics and gynecology. Clin Imaging 2001; 25(4):288-295.

Caso Clínico

Skenitis y absceso de la glándula de Skene: sendos casos

Skenitis and abscess of Skene's gland: one each case

López-Olmos J.

Unidad de ginecología (Dr. López-Olmos). Centro de Especialidades de Monteolivete, Valencia

RESUMEN

Se presentan dos casos, uno de Skenitis en una mujer de 37 años, que se resolvió con tratamiento médico, antibiótico y antiinflamatorio; y otro, de absceso de la glándula de Skene, en una mujer de 39 años, que se resolvió con marsupialización.

PALABRAS CLAVE

Skenitis, Absceso de la glándula de Skene, Marsupialización

ABSTRACT

We present two rare cases: one of Skenitis, in a woman of 37 years-old, which was resolved with medical treatment: antibiotic and antiinflammatory; and other, an abscess of Skene's gland, in a woman of 39 years-old, which was resolved with marsupialization.

KEY WORDS

Skenitis, Abscess of Skene's gland, Marsupialization

INTRODUCCIÓN

Las glándulas de Skene o parauretrales se encuentran dentro de la submucosa, sobre la superficie dorsal de la uretra, y mediante conductos vacían su contenido a la luz uretral (1). En sentido distal se vacían en el vestíbulo, a cada lado del orificio uretral. Microscópicamente, son homólogas a la próstata masculina en la uretra distal (2). Abren a las 3 y 9 horas junto al meato uretral externo. En la mujer normal, no se ven. Hay un epitelio de transición, y las glándulas tienen un epitelio mucosecretor (3).

La patología de las glándulas de Skene es rara (4). Puede haber infección y se produce la obstrucción del conducto dando un quiste. Los quistes se forman por infección previa que bloquea los conductos. Es un tumor en la parte inferior de la pared anterior de la vagina (5), y puede producirse un absceso parauretral. Los quistes son pequeños y asintomáticos, pero si aumentan de tamaño pueden dar obstrucción urinaria y requieren resección. Pueden producir disuria y molestias al orinar, y dispareunia. Al apretar junto a la uretra y vagina, puede aparecer pus por el orificio (2). Se da tratamiento antibiótico según el antibiograma del cultivo. Si la infección es crónica, se hace cirugía, excisión. Con absceso, incisión y drenaje.

Hay que eliminar todo el tejido infectado, con cuidado, de no causar lesión en el tracto urinario bajo (6). Porque si se lesiona la uretra, habrá estenosis.

La ecografía vaginal puede ayudar al diagnóstico, pero hoy se utiliza de elección la RMN, resonancia magnética nuclear, para el diagnóstico diferencial con el divertículo uretral (6). El diagnóstico diferencial hay que hacerlo también (7), con: quiste de Gartner, quiste de inclusión vaginal, uréteroceles, endometriosis vaginal, quiste de Bartholino, quiste Mülleriano o paramesonéfrico, colágeno inyectado periuretral para el tratamiento de la incontinencia urinaria, y con otros procesos como: neurofibroma, angioma o quiste del canal de Nuck.

En este trabajo, presentamos dos casos clínicos, uno de Skenitis, que se resolvió con tratamiento médico: antibiótico y antiinflamatorio, y otro, que parecía un quiste epidérmico, y al extirparlo resultó ser un absceso de la glándula de Skene, y se resolvió con marsupialización.

CASUÍSTICA

Caso 1: skenitis

Mujer de 37 años, G2 C1 E1. (Metotrexato). Antecedentes personales: sin interés. El 26-6-2010, se le había practicado una cesárea por distocia de dilatación. Se obtuvo un varón de 3300 g. Le daba lactancia materna.

Consultó el 20-8-2010, por bulto genital. A la exploración, presentaba un introito estrecho, y una Skenitis en el lado derecho (figura 1). La ecografía vaginal fue normal. Se dio tratamiento con cefixima, 1 comprimido de 400 mg cada 12 horas por vía oral, y 1 comprimido de ibuprofeno cada 8 horas, durante 5 días. En la revisión clínica a los 15 días, la exploración era negativa, y no presentaba dolor.

CORRESPONDENCIA:

Dr. Jorge López-Olmos;
Unidad de ginecología (Dr. López-Olmos)
Centro de Especialidades de Monteolivete
Avda. Navarro Reverter, 4, 13^a
46004 Valencia
E-mail: jlopezo@sego.es



Figura 1. Skenitis, lado derecho

Caso 2: absceso de la glándula de skene

Mujer de 39 años, G2 C2. Antecedente de ET, esterilización tubárica. También: intervenida de hernia inguinal derecha y pólipos endometriales. Tenía alergia a amoxicilina + ácido clavulánico, a ácaros, y presentó una reacción a Ibuprofeno.

Consultó el 25-6-2013, por bulto en vulva con dolor. Su médico general le había recetado paracetamol + fosfato de codeína, sin resultado aparente. En la exploración, se veía un quiste subclitorideo derecho, de aspecto fibroepitelial (figura 2). Se tomaron muestras para citología cervicovaginal, que resultó negativa. Se practicó ecografía vaginal, que fue normal. Se citó para exéresis con anestesia local en 3 días. Firmó el consentimiento informado.



Figura 2. Absceso de la glándula de Skene derecha

El 28-6-2013, comprobamos se trataba de un absceso de la glándula de Skene derecha. A la incisión, salió pus marrón. Se tomaron 2 muestras para cultivo bacteriológico. Y se practicó marsupialización (figura 3), dando dos puntos de poligalactina de 3/0 a cada lado. Se practicó cura local. El informe de Microbiología: en el Gram se ven moderados leucocitos polinucleares, 5-10 / campo de 1000x. Moderada flora mixta. Los dos cultivos fueron negativos. El 2-8-2013, en la revisión clínica, la exploración fue normal.

COMENTARIOS

Presentamos dos casos clínicos, uno de Skenitis, infección aguda, que se resolvió con tratamiento médico: antibiótico y antiinflamatorio. Con antecedente 2 meses antes de cesárea por distocia de dilatación, y que pudo infectarse a raíz de sondaje de las vías urinarias en el procedimiento quirúrgico, o con las relaciones sexuales. El otro, que parecía un quiste de inclusión epidérmico, cursó con dolor y molestias, y se indicó la exéresis. En ese momento, con la incisión, apareció pus, lo que indicó se trataba de un absceso de la glándula de Skene. Se resolvió con marsupialización.

Las glándulas de Skene, segregan moco para lubricación en la relación sexual, hay 6-30 ductos parauretrales (8). Pueden producirse quistes de retención secundarios a inflamación y a obstrucción de los conductos. Si son grandes, practicar excisión o marsupialización.



Figura 3. Visión tras marsupialización de la glándula de Skene derecha

Las glándulas de Skene pueden infectarse por gérmenes de ETS (enfermedades de transmisión sexual). Pec y cols (9), presentan dos casos de infección por Tricomonas, en mujeres de 26 y 43 años. En el primero hubo absceso, en el segundo no. Hay que tener en cuenta que el cultivo bacteriológico vaginal, puede dar positivo a otros gérmenes, y no indica el que afecta la glándula de Skene.

En el tercio inferior de la uretra hay flora comensal. El tratamiento antibiótico de la infección urinaria elimina los gérmenes comensales de la uretra (10), incluidos los Lactobacilos spp, que si proliferan también pueden dar síntomas, encontrando síndrome uretral con cultivo negativo.

De todas formas, la uretra tiene mecanismos de defensa antimicrobiana. Porque en el coito pasan patógenos del introito vaginal a la uretra. La uretra responde a los estrógenos, hay exfoliación de células, también está el moco de las glándulas parauretrales, la eliminación de orina, y la producción local de inmunoglobulinas, de citocinas y de defensinas, junto a la movilización de los leucocitos (11).

Lo que no impide, en algunos casos muy raros, como los nuestros, que haya infección y/o absceso de las glándulas de Skene.

BIBLIOGRAFÍA

1. Anderson J.R. y Genadry R. Anatomía y Embriología, cap 5, pag 103, en Ginecología de Novak, de Berek J.S, Hillard P.A y Adashi E.Y. Mc Graw-Hill Interamericana, Mexico, 12ª ed, 1997.
2. Tancer M.L. Bartholin's cysts and paraurethral lesions. Clin Obstet Gynecol, 1965, 8, 4, 982-996.
3. Wilkinson E.J. y Stone I.K. Atlas of vulvar disease. Walters Kluwer / Lippincott Williams y Wilkins, Philadelphia, 2ª ed, 2008.
4. Faruqi A.Z. Cysts, non neoplastic glandular lesions, and glandular neoplasms of the vulva and vagina, cap 4, pags 89-90, en Pathology of the vulva and vagina. (Ed. L, Brown). Springer, London, 2013.
5. Jeffcoate N. Ginecología. Intermédica, Buenos Aires, 1979.
6. Yang J-M, Huang W-C. y Yang S-H. Transvaginal sonography in the diagnosis, management and follow-up of complex paraurethral abnormalities. Ultrasound Obstet Gynecol, 2005, 25, 302-306.
7. Chaudhari V.V., Patel M.K., Douek M. y Raman S.S. MR imaging and US of female urethral and periurethral disease. Radiographics, 2010, 30, 1857-1874.
8. Prasad S.R., Menias Ch.D., Narra V.R., Middleton W.D., Mukundan G., Samadi N., Heiken J.P. y Siegel C.L. Cross-sectional Imaging of the female urethra: technique and results. Radiographics, 2005, 25, 749-761.
9. Pec J., Lazarova Z., Kliment J., Pecova K.Y., Palencarova E. Female paraurethral ducts and glands as the sites of agents of sexually transmitted diseases (letter). Genitourinary Med, 1991, 67, 5, 430-431.
10. Maskell R.M. The natural history of urinary tract infection in women. Med Hypotheses, 2010, 74, 802-806.
11. Kunin C.M., Evans C., Bartholomew D. y Bates G. The antimicrobial defense mechanism of the female urethra: a reassessment. J Urol, 2002, 168, 413-419.

