

## CARCINOSARCOMA UTERINO \*

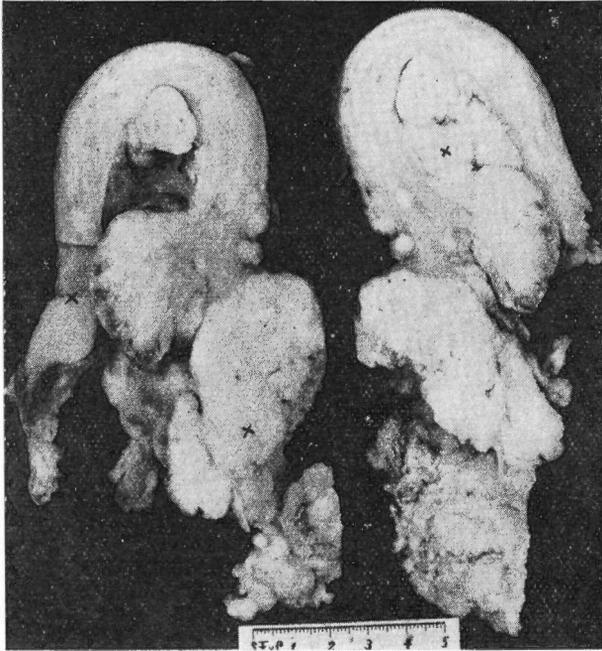
*Dr. JOSE A. AGUERRE*

La contribución al tema oficial de esta sección ginecológica del VI Congreso Uruguayo de Cirugía, que tengo el honor de traer a consideración de los presentes, se refiere a una observación cuya historia es la siguiente:

E. M. de S., viuda de 74 años, que consulta en abril del año pasado por metrorragias, que datan de seis meses atrás y que vistas por médico no se refirieron a ninguna lesión genital. Este último episodio data de veinte días y la metrorragia es realmente profusa, obligando a la internación por los signos de anemia evidente. Como antecedentes tiene dos embarazos y partos normales, estando en menopausia desde los 52 años. Del examen clínico al ingresar al Sanatorio "Dr. Luis P. Lenguas" (C. C. de O.) retenemos además de los signos de un estado general tocado y anémico, un abdomen depresible e indoloro, no palpándose hígado ni bazo, pero sí una tumoración hipogástrica, que es dura, móvil, mediana, pareciendo uterina y del tamaño de un puño. El tacto revela una metrorragia de sangre roja con grandes coágulos, vagina de caracteres seniles, bridada en su fondo lo que impide visualizar el cuello uterino. La palpación bimanual confirma la presunción de tratarse de un tumor uterino, suponiéndolo maligno por la evolución rápida, la edad de la enferma y los caracteres abundantes de la hemorragia. Esta nos lleva a apresurar la intervención que efectuamos ayudados por los Ptes. Valetta y Nigro, en condiciones cardiovasculares suficientes y bajo anestesia de gases (Pte. Caviglia) con transfusión sanguínea. Se hace incisión de Pfannenstiel, abordando difícilmente el peritoneo por las adherencias del tumor y del epiplón a la pared. Se consigue aislar aquel lo suficiente de sus múltiples adherencias a los órganos vecinos, pero su gran friabilidad y la evidencia de su malignidad, sólo permiten hacer lo esencial, esto es, la ligadura de ambas uterinas, extirpando lo que se puede de la masa tumoral inclusive la mayor parte del útero. Se concluye con un taponamiento hemostático a la Mickuliez, cerrando parcialmente la pared y la piel con hilo de lino. **Clínicamente se trataba de un sar-**

---

\* Contribución al tema "Carcinoma de endometrio".



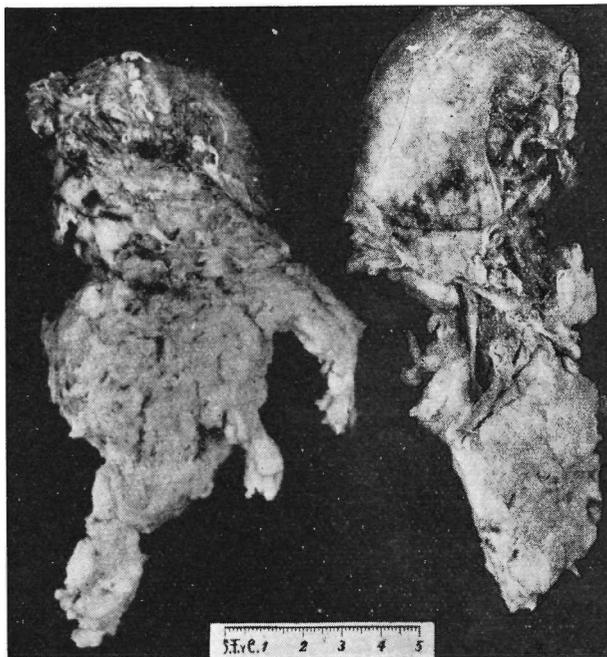
Sección mostrando el tumor vegetante poliposo y las zonas de infiltración. Las cruces indican los sitios de donde se sacó el material para estudio histológico.

**coma uterino**, tratando en el postoperatorio inmediato de complementar infructuosamente el tratamiento quirúrgico con radioterapia, pues la enferma falleció a los 48 días.

El informe anatomopatológico del Prof. Casinelli dice lo siguiente:

«5-V-54. Ex. N° 390.333. Pieza operatoria constituida por un útero de 8 cms. de alto y 6 ½ cms. de diámetro, cuya porción inferior se continúa con una masa tumoral casi del mismo volumen del útero, formada por tejidos blancos, homogéneos, de consistencia elástica, de superficies húmedas y brillantes; esta masa tumoral tiene una superficie exterior completamente desgarrada, irregular y es imposible orientarse topográficamente en su relación con el cuerpo uterino (que ha desaparecido aparentemente en el seno del tejido tumoral).

»Un corte mediano total del útero, muestra a la cavidad rellena por masas tumorales poliposas, que se amoldan unas a otras, cuya estructura macroscópica es similar a la masa tumoral del polo inferior uterino; es llamativa la poca evidencia de crecimiento infiltrante del miometrio, salvo algunos nodulitos intramurales en los estratos más externos y a nivel del extremo inferior de las paredes uterinas (aspecto de infiltración). (Las fotografías adjuntas demuestran mejor que una explicación escrita, el aspecto macroscópico del útero visto por su superficie externa y por sus caras de sección.)



Fotografías de la pieza de extirpación.

»Microscópicamente se examinaron, hasta ahora, tres fragmentos, señalados con cruces en las fotografías. El aspecto histológico es similar, prácticamente, en todos ellos.

»Se trata de un tumor maligno sólido, densamente celular, de un extraordinario atipismo y polimorfismo citológico, con numerosas mitosis, manifestaciones regresivas celulares y algunos focos de necrosis, pero que no adquieren mayor importancia en la estructura general del tejido tumoral.

»La arquitectura del tumor tiene dos tipos fundamentales; en general aparece formado por grandes masas de las células malignas rodeadas por bandas de tejido fibroso, provocando una apariencia alveolar; en otras zonas la difusión (o dispersión) de las células malignas en el estroma conectivo, que tiene zonas mixoides, origina una apariencia sarcomatosa del crecimiento tumoral.

»En el fragmento que comprende uno de los pólipos cavitarios hay un revestimiento epitelial endometrial atípico, moderadamente papilar, pero no hay clara infiltración de estos elementos en el tejido tumoral subyacente. Se conservan algunas cavidades glandulares hipertróficas en el tejido tumoral. Por otra parte, en el seno de la infiltración celular maligna, anárquica y anaplásica, parecen reconocerse como "sombras" de arquitecturas glanduliformes.

»Hay numerosas células tumorales gigantes y multinucleadas, pero no es posible encontrar caracteres que permitan suponer que se trata de elementos musculares estriados (rabiomioblásticos).

»**En resumen:** tumor maligno infiltrante y vegetante poliposo del útero, muy celular, extraordinariamente indiferenciado, con células gigantes y multinucleadas y numerosas mitosis. Aunque los caracteres histológicos inclinarían a considerarlo como un epiteloma muy anaplásico, la existencia de zonas de apariencia sarcomatosa y sobre todo los caracteres macroscópicos de las masas tumorales y de su topografía, plantean la probabilidad de un tumor del tipo del **carcinosarcoma endometrial**. (Esta es una opinión provisoria que no podemos asegurar más con el estudio histológico realizado hasta ahora.) **Dr. Juan F. Cassinelli.**»

Debemos agregar que recientemente, el mismo Dr. Cassinelli nos ha afirmado verbalmente que confirma esa opinión, luego de un estudio más detenido de las piezas observadas.

## COMENTARIO

Las características de esta reunión no nos permiten hacer un estudio ni intensivo ni extensivo del caso presentado, pero por lo menos debemos situar esta observación, la primera creemos, que se publica en nuestro medio. El mismo Dr. Cassinelli nos ha dicho que sólo otros tres casos tiene en su haber. Hace 9 ó 10 años, un tumor embrionario que le enviamos, de evolución extraordinariamente rápida, en pieza de autopsia parcial. Otro caso del Dr. Jaumandreu y otro del Dr. Dermitt (de Juan L. Lacaze), ninguno de los tres publicado. Por lo tanto adquiere valor para la casuística de esta rara y discutida forma neoplásica, así como para nuestro incipiente Registro de Tumores.

Consecuentes con nuestra manera de pensar, de que no debe repetirse lo que ya ha sido bien dicho y está al alcance, señalamos como fuentes dignas de conocerse para el clínico, dos de ellas: el excelente artículo de resumen del Tratado de Ahumada y colaboradores, "El cáncer ginecológico", debido a Ahumada, Sanmartino y Arrighi (t. II, págs. 897-911), con abundante bibliografía, y un reciente artículo aparecido en el tomo de marzo de 1955 del *Surgery, Gynecology and Obstetrics*, y debido a Richard Symmonds y Malcolm B. Dockerty, de la Mayo Clinic, referente al segundo estudio, de dos, sobre "sarcoma y prolifera-

ciones similares del estroma endometrial” (págs. 323-328). Haciendo pues referencia a ambos, en un breve resumen diremos que se trata de una entidad mórbida puesta en duda por von Kahlen y Gessner y luego, mejor estudiada ha sido hasta negada por Willis o como muy raros por otros (Borst, von Franqué, Saphyr y Vass, Dixon y Dockerty, Novak).

Robert Meyer ha establecido tres tipos posibles: a) *Tumores por colisión*, o sea el encuentro casual y entremezclamiento consiguiente del carcinoma y del sarcoma originados por separado y evolucionan contemporáneamente. b) *Tumores por combinación*, en que ambos componentes derivan de una matriz celular común, que por una parte da nacimiento al carcinoma y por otra al sarcoma. c) *Tumores por composición*, o sea un tumor mixto en el cual el componente epitelial “evoluciona” hacia el carcinoma y el conjuntivo hacia el sarcoma. Sólo estos dos últimos tipos (por combinación y por composición) deben ser considerados como auténticos carcinosarcomas. Finalmente, se acepta que el estroma de un carcinoma endometrial puede adquirir secundariamente carácter sarcomatoso. Pero al parecer, ninguno de estos mecanismos oncogénitos ha sido demostrado hasta la fecha.

En la gran mayoría de los casos se trata de un sarcoma poliposo, tapizado de un revestimiento o membrana carcinomatosa o invadida en la zona de implantación parietal por un carcinoma de la vecindad. El carcinoma es por lo general de tipo cilíndrico glandular, pero puede ser complejo y aun pavimentoso. El sarcoma puede ser globo o fusocelular y con menos frecuencia, mioblástico. El elemento sarcomatoso predomina tanto en el tumor original como en las metástasis. Todas estas condiciones pueden observarse en el caso que presentamos, el cual satisface así las exigencias de los patólogos.

Symonds y Dockerty, recordando que el término se debe a Jaffe y una variante “carcinosarcomatoides” a Frankl, hacen un estudio con 20 casos de la Mayo Clinic entre 1910 y 1952, de los cuales 7 son tumores mesodérmicos mixtos, 2 por colisión o sarcomas y carcinomas por separado, 9 verdaderos carcinosarcomas, constituyendo en el total el 21 % sobre 43 tumores malignos del estroma endometrial. En las conclusiones afirman la existencia de este tipo de tumores carcinosarcomatosos, aunque admiten ele-

mentos de discusión con los tumores mesodérmicos mixtos. Limitan el término “carcinosarcoma”, histológicamente compuestos simultáneamente una íntima mezcla carcinomatosa y sarcomatosa pero careciendo de elementos heterotópicos o disontogénicos. Sus signos y síntomas no difieren de los demás neoplasmas uterinos y el tratamiento consistirá en la histerectomía total con salpingo-ooforectomía bilateral, con o sin actinoterapia agregada que el limitado número de casos no permite avaluar todavía. El pronóstico asociado en el carcinosarcoma, se acerca más al del sarcoma que al del carcinoma uterino y la sobrevida será determinada con la extensión del tumor