

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CUENCA

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE MEDICINA

**“ADENOCARCINOMA ENDOMETRIAL SEROSO PAPILAR:
REPORTE DE CASO”**

**PROYECTO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE MÉDICO**

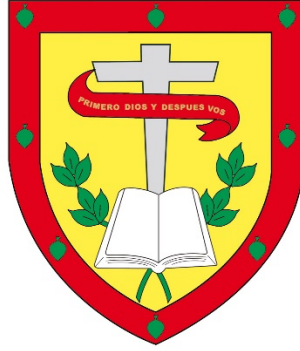
AUTOR: JEFFERSON JAVIER YAGUACHI MOROCHO

DIRECTOR: DR. ESTEBAN RIGOBERTO GUERRERO CEVALLOS

CUENCA - ECUADOR

2024

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE MEDICINA

**“ADENOCARCINOMA ENDOMETRIAL SEROSO PAPILAR:
REPORTE DE CASO”**

**PROYECTO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE MÉDICO**

AUTOR: JEFFERSON JAVIER YAGUACHI MOROCHO

DIRECTOR: DR. ESTEBAN RIGOBERTO GUERRERO CEVALLOS

CUENCA - ECUADOR


2024

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO

DECLARATORIA DE AUTORÍA Y RESPONSABILIDAD

Jefferson Javier Yaguachi Morocho portador(a) de la cédula de ciudadanía N° **0350100137**. Declaro ser el autor de la obra: “**Adenocarcinoma endometrial seroso papilar: Reporte de caso**”, sobre la cual me hago responsable sobre las opiniones, versiones e ideas expresadas. Declaro que la misma ha sido elaborada respetando los derechos de propiedad intelectual de terceros y eximo a la Universidad Católica de Cuenca sobre cualquier reclamación que pudiera existir al respecto. Declaro finalmente que mi obra ha sido realizada cumpliendo con todos los requisitos legales, éticos y bioéticos de investigación, que la misma no incumple con la normativa nacional e internacional en el área específica de investigación, sobre la que también me responsabilizo y eximo a la Universidad Católica de Cuenca de toda reclamación al respecto.

Cuenca, 06 de agosto de 2024.

F: 
.....
Jefferson Javier Yaguachi Morocho
C.I. **0350100137**

CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR / TUTOR

Certifico que el presente trabajo denominado "**Adenocarcinoma endometrial seroso papilar: Reporte de caso.**" realizado por **Yaguachi Morocho Jefferson Javier** con documento de identidad **No. 0350100137**, previo a la obtención del título profesional de Médico, ha sido asesorado, supervisado y desarrollado bajo mi tutoría en todo su proceso, cumpliendo con la reglamentación pertinente que exige la Universidad Católica de Cuenca y los requisitos que determina la investigación científica.

Cuenca, 06 de agosto de 2024.



Firmado electrónicamente por:
**ESTEBAN RIGOBERTO
GUERRERO CEVALLOS**

F:

Dr. Esteban Rigoberto Guerrero Cevallos

DIRECTOR / TUTOR

DEDICATORIA

Este trabajo final lo dedico a:

Dios, quien ha sido mi guía y protector en este gran camino y por permitirme culminar este gran sueño.

A mis amados padres, Antonio Yaguachi e Isaura Morocho, por su apoyo inquebrantable, tanto económico como moral, y sobre todo, por su amor incondicional. Han sido mi mayor fuente de inspiración a lo largo de este camino. Gracias por impartirme valiosos consejos, enseñanzas de lucha y perseverancia que me han convertido en el ser humano que soy hoy, lleno de valores y determinación. Su apoyo constante y motivación me han dado el impulso necesario para continuar y luchar incansablemente por alcanzar este sueño. No puedo imaginar haber llegado hasta aquí sin su presencia y respaldo. Su presencia en cada llamada, mensaje de aliento y palabras de motivación ha sido fundamental para superar los desafíos y obstáculos que se presentan en el camino. Sin ustedes, este logro no hubiera sido posible.

A mis padrinos, Jaime, Lola y Mayra, quienes han contribuido de manera significativa para que esta meta se haga realidad.

A mi abuelita Margarita, aunque no pueda abrazarte ni escuchar tu voz, sé que desde el cielo estás cuidándome y dándome fuerzas. Tu amor y guía siempre han estado presentes en mi vida.

A mis familiares, en especial a mis tías Liliana, Tránsito, Mercedes y Marina, y a mis tíos Freddy, Luis y Miguel, así como a mi prima Carmen Yaguachi. Agradezco su presencia constante, su apoyo incondicional y las palabras de aliento que me han brindado en este largo camino.

Estoy profundamente agradecido con cada uno de ustedes por estar junto a mí en el trayecto de este gran sueño, celebrando junto a mí cada uno de mis logros. Su amor y apoyo han sido fundamentales en mi vida y les estaré eternamente agradecido.

Con todo mi corazón, Jefferson Yaguachi.

AGRADECIMIENTO

Quiero expresar mis más sinceros agradecimientos a las personas quienes colaboraron de cierta manera a la elaboración de este trabajo de investigación.

Quiero iniciar agradeciendo a la Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Cuenca por brindarme la oportunidad de cursar mis estudios. Agradezco a los directivos, docentes y personal administrativo por la dedicación y el apoyo lo largo de mi formación académica, en especial a mi director de tesis, Dr. Esteban Guerrero, su experiencia, su orientación experta y su apoyo incondicional a lo largo de este proceso, ya que cuyos conocimientos y comentarios enriquecieron este trabajo y me ayudaron a alcanzar un mayor nivel de comprensión en el campo de estudio.

También quiero expresar mi gratitud a mis amigos y amigas y en especial a Lesly Juela, quienes brindaron apoyo emocional y compartieron ideas valiosas que colaboraron al desarrollo de este trabajo.

Por último, pero no menos importante, quiero expresar mi agradecimiento a todas aquellas personas que fueron parte de este proyecto.

A todos ustedes, mi más sincero agradecimiento.

RESUMEN

Antecedentes: el adenocarcinoma endometrial seroso papilar (AESP) es un tipo de neoplasia maligna que afecta la cavidad uterina con una presentación atípica, llevándole a ser, una de las patologías más agresivas, con una incidencia de mortalidad elevada a nivel mundial.

Presentación del caso: se presenta una paciente femenina de 48 años de edad, que acude a consulta por presentar sangrado transvaginal desde hace 5 meses con exacerbaciones con secreción amarillenta fétida, que se diagnostica de adenocarcinoma seroso papilar, FIGO IA grado 3, que se resuelve con histerectomía, salpingooforectomía bilateral junto a quimioterapia y braquiterapia. **Conclusión:** este reporte de caso resalta la importancia sobre los controles ginecológicos, examen como el Papanicolau y colposcopia como método de prevención, ya que este tipo de neoplasia se caracteriza por ser infrecuente, de presentación atípica y elevada mortalidad.

Palabras clave: Cáncer de endometrio, Cáncer de cuello uterino, Neoplasias de endometrio, Neoplasia de útero, Reporte de caso.

ABSTRACT

Background: Papillary Serous Adenocarcinoma of the Endometrium is a type of malignant neoplasm that affects the uterine cavity with an atypical presentation, making it one of the most aggressive pathologies, with a high incidence of mortality worldwide.

Case presentation: A 48-year-old female patient is presented. She attended the clinic due to transvaginal bleeding for five months with exacerbations with a foul yellowish discharge. She is diagnosed with Papillary Serous Endometrial Adenocarcinoma, FIGO IA grade 3, which is solved by a hysterectomy, bilateral salpingo-oophorectomy along with chemotherapy, and brachytherapy.

Conclusion: This case report highlights the importance of gynecological controls and examinations such as Pap Smears and colposcopy as a prevention method since this type of neoplasia is infrequent, with an atypical presentation, and high mortality.

Keywords: Endometrial cancer, Cervical cancer, Endometrial neoplasms, Uterine neoplasia, Case report.

ÍNDICE

RESUMEN	7
ABSTRACT	8
INTRODUCCIÓN	10
REPORTE DEL CASO	12
Información del paciente	12
Hallazgos clínicos	12
Línea de tiempo	12
Evaluación diagnóstica	13
Intervención terapéutica	16
Seguimiento y resultados	17
DISCUSIÓN	20
PERSPECTIVA DEL PACIENTE	24
CONCLUSIONES	25
BIBLIOGRAFÍA	26
ANEXOS	30

INTRODUCCIÓN

Dentro de la patogénesis, las lesiones pre neoplásicas, como los carcinomas endometriales intraepiteliales, son precursores para desarrollar ACESP, produciendo hiperplasia atípica (8,9). Donde la unión histológica entre el endometrio sano junto con el carcinoma intraepitelial del endometrio produce una displasia endometrial del tipo glandular (10). El ACESP se caracteriza por la formación de estructuras papilares con bordes irregulares en las glándulas, así como la aparición de una marcada atipia nuclear (11). Las mutaciones del gen p53 están asociadas con la formación de carcinoma seroso (12). Otras alteraciones asociadas para el desarrollo de este tipo de cáncer se relacionan con variaciones en el gen supresor de tumores PTEN, mutaciones somáticas, así como sobreexpresión y amplificación del receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (13).

Las manifestaciones clínicas de esta patología, son inciertas, ya que durante un examen físico en una etapa temprana no siempre se encuentran hallazgos clínicos (14).

La citología cervical anormal es un hallazgo de rutina durante el examen de Papanicolau (15). Los métodos diagnósticos ante una sospecha de ACESP requieren iniciar con una evaluación completa que incluya antecedentes personales y familiares, examen físico exhaustivo y pruebas de laboratorio e imagenológicas y una biopsia endometrial (16,17). La citología endometrial es indispensable y se puede obtener mediante un lavado, aspirado y cepillado. La colposcopia uterina nos permite visualizar de manera detallada el cuello uterino, la vagina y la vulva mediante un colposcopio, este procedimiento es importante para la detección y la evaluación de posibles lesiones cancerosas ubicadas en el cuello uterino, es especial en pacientes con un estudio citología cervical anormal (18). El legrado fraccionado permite la extracción de una muestra histológica del endocervix (19). La ecografía transvaginal permite observar invasiones miometriales y el flujo intratumoral, lo que nos indican una posible malignidad (20). La histeroscopia nos permite observar la cavidad uterina y el canal endometrial, facilitando la toma de muestras selectiva del tejido dañado (21).

El tratamiento depende del estadio clínico, ya que, este puede ser acompañado con quimioterapia adyuvante con o sin inmunoterapia, radioterapia y/o cirugía electiva (22). La histerectomía abdominal total con salpingooforectomía bilateral es uno de los procedimientos quirúrgicos de elección en etapas tempranas de esta neoplasia (23).

En caso de los pacientes que no son aptos para una cirugía, se les recomienda quimioterapia ya sea con o sin inmunoterapia (24). Otras de las terapias adyuvantes o neoadyuvantes que se puede optar junto a una terapia quirúrgica es la radioterapia y braquiterapia (25).

REPORTE DEL CASO

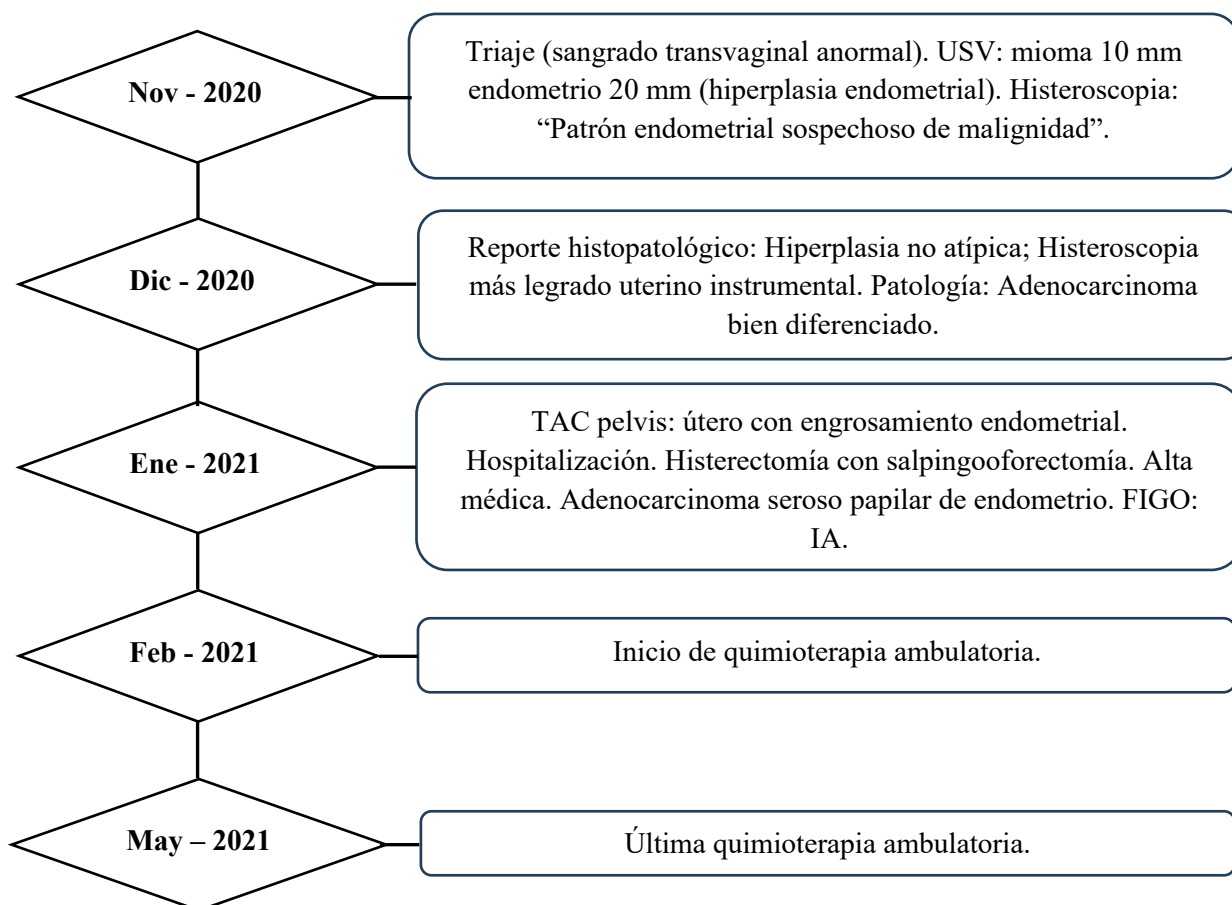
Información del paciente

Paciente femenina de 48 años de edad, divorciada, procedente de la provincia de Cañar, residencia cañar, grupo sanguíneo O Rh+. Acude a valoración por sangrado transvaginal desde hace 5 meses con exacerbaciones y remisiones con secreción amarillenta fétida, le indican ampollas de Medroxiprogesterona desde septiembre, 2 veces por semana en total le administran 16 ampollas. Por lo que acude a consulta. Antecedentes ginecobstetricos: Menarquia: 15 años; Inicio de vida sexual activa: 20 años; Gestas 1; Partos 1; Fecha de la última menstruación: no recuerda debido a flujo transvaginal continuo; Papanicolau: 1; parejas sexuales: 1. Antecedentes patológicos: gastritis e hipertensión arterial tratado con Losartán 50 mg cada 24 horas. Antecedentes quirúrgicos: apendicectomía y colecistectomía. Antecedentes familiares: padre con cáncer de estómago.

Hallazgos clínicos

Al examen físico se observó: cicatriz media infraumbilical, cicatriz de Kocher.

Línea de tiempo



01-08/06/2021

Inicio de braquiterapia y fin de braquiterapia.

Figura 1: Línea de tiempo de la enfermedad. **Fuente:** Historia Clínica de la paciente.
Elaboración: Propia

Evaluación diagnóstica

Se realizaron los siguientes estudios:

Imagen	
Tipo de estudio	Resultados
Citología cervical	Muestra satisfactoria, en medio de un fondo hemorrágico se observan células de aspecto endometrial sin atipia.
US transvaginal	Miometrio heterogéneo por la presencia de mioma que mide 10 mm; Endometrio ecogénico central homogéneo mide 20 mm; Cérvix cerrado con quistes de Naboth. Conclusión: Mioma uterino e hiperplasia endometrial.

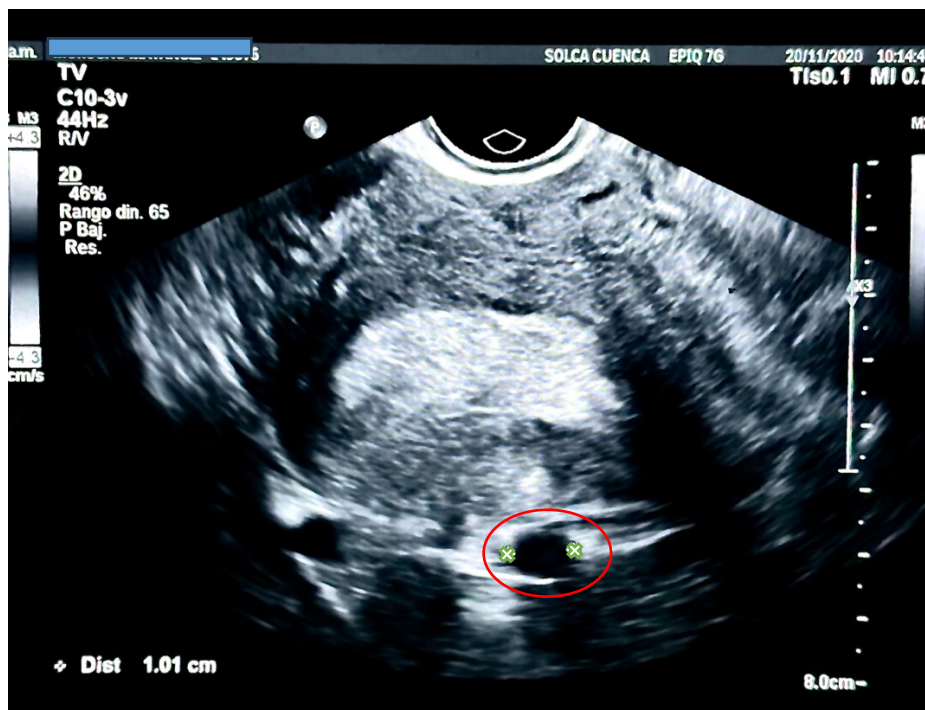


Figura 2: US transvaginal: se observa mioma de 10 mm. . **Fuente:** Historia Clínica de la paciente.

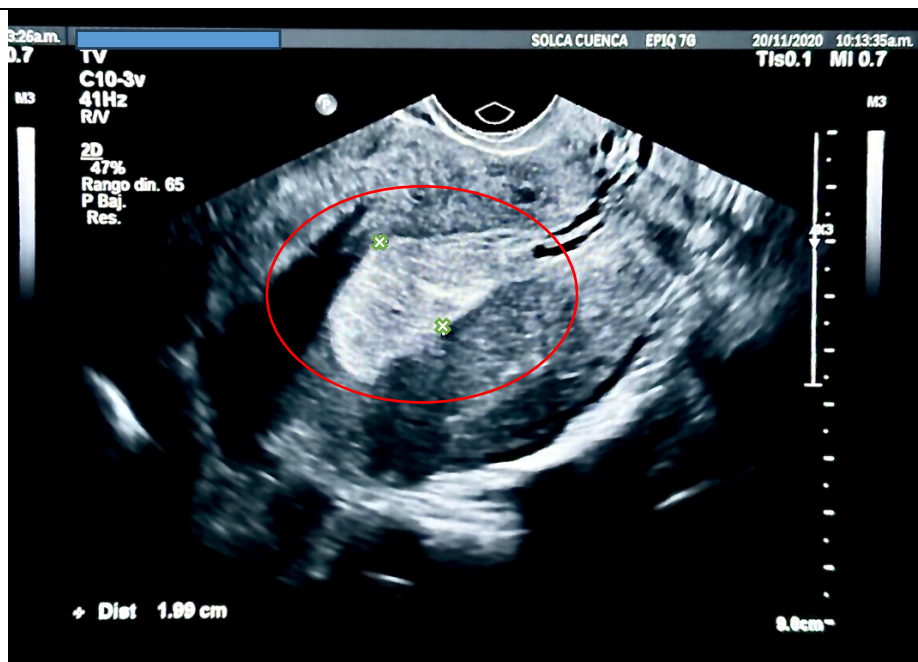


Figura 3: US Transvaginal: se visualiza hiperplasia endometrial de 20 mm. **Fuente:** Historia Clínica de la paciente.

Histeroscopia	Paciente en posición de litotomía se realiza histeroscopia con técnica de Bettocchi, usando solución salina al 0.9% como medio de distensión, observando:
	Vagina rosa con pliegues, conducto cervical permeable, cavidad uterina distensible, ambos ostiums y recesos visibles. Endometrio hiperplásico con sangrado activo, vasos atípicos aumentados de calibre con apariencia de algas. Toma de biopsia endometrial.
Biopsia de endometrio	Examen macroscópico: se recibe etiquetado como endometrio: fragmentos irregulares de tejido que miden 9 mm.
	Examen microscópico: las secciones analizadas muestran parénquima endometrial con cambios de tipo hiperplásico. Existen áreas de estratificación y tendencia a formación papilar, con estructuras celulares que muestran cambios eosinofílicos.
	Diagnóstico patológico: Hiperplasia no atípica
Inmunohistoquímica	P16 POSITIVO P53 NEGATIVO.
Histeroscopia más legrado	Hallazgos: cérvix abierto 1cm; histerometría inicio 7 cm, final 12 cm; hiperplasia total con sospecha de malignidad; vasos atípicos; ostiums

uterino instrumental	no se visualiza por hiperplasia total; sangrado aproximado 30 cc; no complicaciones.
Técnicas quirúrgicas: asepsia y antisepsia; colocación de campos quirúrgicos; vaciamiento vesical; tacto vaginal; histeroscopia con técnica de Bettocchi; colocación de espéculo vaginal, pinzamiento de cérvix con pinza Pozzi en hora 11; dilatación cervical con hegar N ^o 10; histerometría directa 7 cm inicio; legrado con legra N ^o 4; histerometría directa 12 cm; histeroscopia con visualización de cavidad endometrial sin hiperplasia; retiro de pinza Pozzi; retiro de espéculo vaginal.	
Biopsia de la muestra de legrado uterino	Examen macroscópico: Legrado uterino: fragmentos de tejido de color blanquecino, con coágulos que hacen un volumen aproximado de 30 cc.
Examen microscópico: Los cortes analizados muestran neoplasia de estirpe epitelial que forma estructuras tubulares con cambios displásicos celulares. Se observan áreas de hiperplasia no atípica	
Diagnóstico patológico: Adenocarcinoma bien diferenciado	
TAC de pelvis con contraste	La vejiga bien distendida sin lesiones focales; el útero con engrosamiento endometrial de su enfermedad de base; no hay líquido libre y la fosa isquiorrectal es normal.

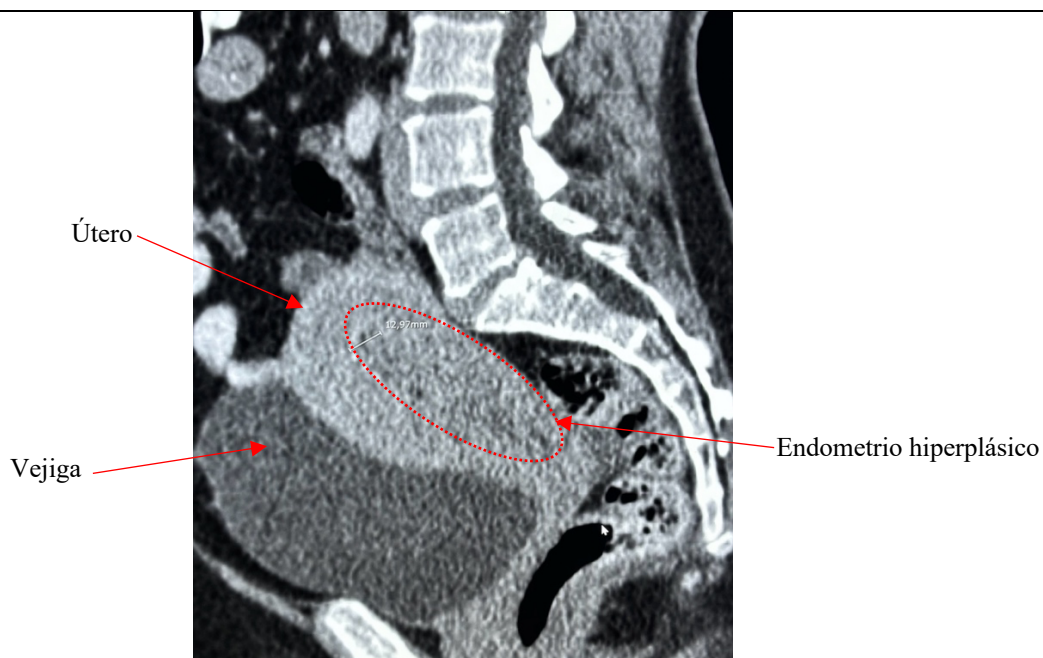


Figura 4: TAC de pelvis con contraste (corte sagital): se visualiza la vejiga, el útero en anteversión e hiperplasia endometrial. **Fuente:** Historia Clínica de la paciente.

Tabla 1: Exámenes complementarios. **Fuente:** Historia Clínica de la paciente. **Elaboración:** Propia

Intervención terapéutica

Histerectomía con salpingooforectomía bilateral

Hallazgos quirúrgicos: Adherencias por cirugía previa y ganglio pélvico derecho aumentado de tamaño.

Técnica quirúrgica:

1. Asepsia y antisepsia.
2. Colocación de campos quirúrgicos.
3. Incisión media supra e infra umbilical.
4. Exploración de cavidad abdomino-pélvica.
5. Colocación de separador abdominal, movilización de asas intestinales hacia arriba.
6. Sección y sutura transfictiva de ligamentos infundíbulo pélvicos bilateral.
7. Sección y ligadura de ligamentos redondos bilateral.
8. Sección de peritoneo vesicouterino y separación de vejiga.
9. Sección de peritoneo recto uterino.
10. Sección y sutura transfictiva de vasos uterinos bilateral.
11. Sección y sutura transfictiva de parametrios bilateral.
12. Sección de vagina y exéresis de pieza quirúrgica.
13. Síntesis de vagina.
14. Apertura de ligamentos anchos y disección de linfa pélvica bilateral, con sus límites: superior cabalgamiento del uréter sobre la íliaca externa, medial: uréter, externo: nervio genitocrural, profundo: nervio obturador (para la disección de la linfa usamos la pinza Ligasure)
15. Sección de peritoneo posterior, disección y exéresis de ganglios paraórticos.
16. Sección y ligadura de las ramas colaterales de los vasos epiploicos y exéresis de omento mayor.

17. Toma de muestra citológica de correderas parietocólicas y de cúpula diafragmática.
18. Lavado de cavidad y revisión de hemostasia.
19. Colocación de Surgicel en áreas cruentas y de un dren tubular aspirativo, exteriorización del mismo por contrapertura lateral izquierda.
20. Peritonización.
21. Conteo de instrumental y material blanco, el cual se informa completo por parte de enfermería.
22. Síntesis de herida quirúrgica por planos.
23. Fijación de dren a piel.

Diagnóstico posquirúrgico: Adenocarcinoma seroso papilar de endometrio. **FIGO:** IA.

Seguimiento y resultados

Paciente en su segundo día posterior a laparotomía por cáncer de endometrio, se encuentra en buenas condiciones, tolera la dieta, diuresis adecuada, dren elimina líquido seroso. Se indica el alta médica.

Biopsia: pieza quirúrgica

Examen macroscópico: Se recibe pieza de resección quirúrgica conformada por útero más salpingooforectomía bilateral, epiplón, linfa pélvica derecha e izquierda: el útero mide 10 x 6 x 4 cm, pesa 150 gramos, a cuello corresponde 1.5 cm, el orificio exocervical es rasgado en sentido transversal, el conducto endocervical es permeable, con presencia de áreas de aspecto quístico; el cuerpo uterino se halla incrementado de tamaño, a la sección la cavidad endometrial es triangular, en el fondo se observa un ligero engrosamiento que mide 2 x 1 cm, la lesión compromete menos del 50% del espesor de la pared, el miometrio se encuentra engrosado, mide 3 cm. El ovario derecho mide 3 x 2 cm, de aspecto involutivo; el ovario contralateral mide 2 x 1 cm, con cambios involutivos. El epiplón mide 30 x 15 cm, de color amarillento, no se aíslan lesiones nodulares de aspecto neoplásico. Las linfas pélvicas derecha, izquierda e intercavaoártica se hallan conformadas por tejido fibroadiposo del que se aíslan ganglios.

Examen microscópico:

1. Labio anterior: se observa una cervicitis crónica quística.

2. Labio posterior: se observa una cervicitis crónica quística
3. Límite cuerpo-cuello se observan cambios por atrofia quística
4. Miometrio: de aspecto conservado
5. Ovario y trompa derecha: cambios involutivos
6. Ovario y trompa izquierda: cambios involutivos
7. Epiplón: sin compromiso neoplásico
8. Pared anterior y posterior de endometrio: neoplasia de estirpe epitelial con cambios displásicos celulares
9. Linfa pélvica derecha: 5 ganglios sin compromiso neoplásico
10. Linfa pélvica izquierda: 3 ganglios sin compromiso neoplásico
11. Linfa intercavaoártica: 1 ganglio sin compromiso neoplásico

Diagnóstico patológico:

Espécimen: útero más salpingooforectomía bilateral, epiplón, linfas pélvicas intercavaoártica.

Tamaño tumoral: 2 x1 cm

Sitio del tumor: Endometrio pared anterior.

Tipo histológico: Adenocarcinoma seroso papilar.

Grado histológico: Grado 3.

Invasión miometrial: Invade en menos del 50% del espesor de la pared.

Invasión linfovascular: no identificada.

Ganglios linfáticos:

Linfa intercavaoártica: negativo 0/1

Linfa pélvica derecha: negativos 0/5

Linfa pélvica izquierda: negativo 0/3

Total de ganglios: 9 ganglios estudiados

Positivo: 0

Negativos: 9

Epiplón: sin compromiso neoplásico.

Psicología: se creó un espacio de desahogo, se trabaja con psicoeducación y terapia cognitiva conductual, lo que genera una mayor aceptación y comprensión de su estado de salud, se mantendrá tratamiento psicológico.

Quimioterapia: se inicia el primer ciclo de quimioterapia el 25/02/2021 y se finaliza con el cuarto ciclo el 10/05/2021, con:

- Paclitaxel 175 mg/m²
- Carboplatino AUC 5
- Administración de 4 ciclos de quimioterapia cada 21 días

Braquiterapia: se inicia braquiterapia desde el 01/06/2021 hasta el 08/06/2021 completando el 3/3 de las dosis.

1. Posición ginecológica
2. Asepsia y antisepsia
3. Examen ginecológico:
4. Coloco sonda vesical, balón se insufla con 7 cc de solución salina y vejiga con 48 cc de solución salina y 2 cc de contraste
5. Coloco tándem LCR 01-01 con cilindro de 30 mm
6. Se fija el sistema
7. Pasa a tomografía de simulación, dosimetría, planeación y tratamiento
8. Procedimiento sin complicaciones.

Marcadores tumorales

Fecha	Marcador tumoral	Resultados	Rango normal
14/03/2020	CA 125	42.4 U/ml	0.0 – 35.0 U/ml
16/03/2021	CA 125	11.4 U/ml	0.0 – 35.0 U/ml
06/04/2021	CA 125	10.3 U/ml	0.0 – 35.0 U/ml
27/04/2021	CA 125	6.1 U/ml	0.0 – 35.0 U/ml
28/05/2021	CA 125	5.4 U/ml	0.0 – 35.0 U/ml
04/10/2021	CA 125	9.0 U/ml	0.0 – 35.0 U/ml

Tabla 2: Resultados de los marcadores tumorales de la paciente. **Fuente:** Historia Clínica de la paciente. **Elaboración:** propia.

DISCUSIÓN

Se presentó a una paciente femenina de 48 años de edad, con diagnóstico de adenocarcinoma seroso papilar de endometrio con grado histológico FIGO IA grado 3, donde se puede observar la presentación clínica, los métodos diagnósticos, estadiaje y el abordaje de esta patología.

La revisión sistemática y el metaanálisis sobre la asociación del riesgo de cáncer de endometrio con el sangrado posmenopáusico en mujeres, menciona que la menarquia precoz, menopausia tardía, la nuliparidad y el uso de la terapia con estrógenos son factores de riesgo que aumentan el riesgo a desarrollar neoplasias endometriales, en cuanto a los resultados se demostró que el sangrado posmenopáusico es muy sensible para el diagnóstico de cáncer endometrial en aproximadamente el 90% de los casos, sin embargo, solo un 9% tiene un diagnóstico definitivo, ya que esto varía, por el uso de terapia hormonal, lugar de residencia y antecedentes de pólipos endometriales, entre otros (26). En relación con nuestro caso, la paciente no presenta factores de riesgo, sin embargo, el sangrado uterino anormal posmenopáusico de varios meses de evolución, de acuerdo a este estudio nos orientaría hacia una neoplasia endometrial.

Según Gómez et al. y colaboradores en el artículo sobre la “Sensibilidad de la citología cervical en la detección del cáncer de endometrio en un hospital terciario en España”, determina que la citología cervical presenta una sensibilidad baja en cuanto al diagnóstico de cáncer de endometrio, ya que entre los años 1990 y 2020, se analizó a 1.521 mujeres con cáncer de endometrio donde las pacientes con un registro de citología cervical después de 3 años, presentaban una histología similar a las pacientes sin una prueba de Papanicolau antes de la histerectomía, sin embargo, la sensibilidad aumento en mujeres con estadios avanzados II, III, IV (27). En cuanto al caso presentado, la paciente presento una citología cervical normal, reflejando que la sensibilidad de la citología cervical en el caso no fue definitiva para el diagnóstico.

El sangrado uterino anormal es muy importante y nos puede orientar a malignidad o hiperplasias del endometrio. La federación de Ginecología y Obstetricia mediante su mnemotecnia PALM COEIN: estructurales (pólipo, adenomiosis, leiomioma, malignidad e hiperplasia) y no estructurales (coagulopatía, disfunción ovulatoria, endometrial, iatrogénica y no especificadas) como causantes de un sangrado uterino anormal. Además, mencionan que la biopsia endometrial es una de las herramientas útiles para el diagnóstico de un sangrado anormal y posmenopáusico, y puede ser considerada como una prueba inicial con el fin de hallar células uterinas anormales (28). En relación con el caso clínico, la paciente fue sometida a una biopsia

endometrial donde se puede determinar un proceso hiperplásico sin atipia, a esto sumado el sangrado uterino anormal con exacerbaciones, contribuyendo así a la veracidad de la investigación de Sepúlveda et al. y colaboradores.

Para Sandberg et al. y colaboradores mencionan que la colposcopia es una técnica que permite la detección de lesiones cervicales, ya que este tipo de neoplasias puede coexistir ya sea con lesiones pre cancerosas o cancerosas del cuello uterino, además se puede determinar la extensión de la enfermedad en estadios avanzados permitiendo su estadificación y la planificación del tratamiento, por último, se puede usar como una guía durante las biopsias asegurando la toma de una muestra adecuada (29).

La ultrasonografía transvaginal (USV) es uno de los métodos más seguros en pacientes con sospecha de cáncer de endometrio, nos permite visualizar anomalías endometriales, engrosamiento miometrial. Varios estudios han demostrado que el USV es idóneo para el diagnóstico de sangrado posmenopáusico en caso de que el reporte muestre un endometrio mayor o igual a 4 mm, en casos de que el espesor del endometrio sea menos de 4 mm la tasa de neoplasia endometrial disminuye, sin embargo, debe ser complementada con otros estudios la histeroscopia, biopsia endometrial y el estudio histopatológico. En el mismo estudio Shen et al. y su equipo mencionan al líquido de lavado uterino como un método diagnóstico, ya que este líquido está en contacto directo con el tumor, este tipo de pruebas puede detectar la presencia de mutaciones somáticas gracias a la secuencia masiva paralela, pacientes en estadio IA incluso si la muestra del fluido es pequeña. Se pudieron observar tres mutaciones PTEN: (PIK3CA, CTNNB1 y FBXW7) (30). El método diagnóstico escogido en esta paciente es el correcto, ya que, el reporte menciona un endometrio engrosado de 20 mm, llevándonos a confirmar que la USV es sensible para el diagnóstico definitivo, sumado a los exámenes complementarios que se le realizaron, sin embargo, se puede realizar un estudio de líquido de lavado uterino, pero en este caso la USV fue la óptima.

Rendon et al y colaboradores, describen a la histeroscopia como un método que nos permite evaluar directamente la cavidad endometrial, este método es superior a la biopsia endometrial, en su estudio incluyen el sistema de clasificación histeroscópica “Hysteroscopic Cancer Scoring System para pacientes con sangrado posmenopáusico” donde se evalúa 3 aspectos: 1. El contorno superficial del endometrio con una superficie irregular o papilar, 2. La necrosis del endometrio con un patrón de algodón de azúcar o manchas blancas y 3. Patrón vascular con ramificaciones y distribución irregular, cada característica es puntuada con 1 con un máximo

de 7, donde 3 o más indica una elevada probabilidad de cáncer endometrial, la sensibilidad de este estudio es del 88,5% con una especificidad del 92,1%, con respecto a nuestra paciente fue sometida a una histeroscopia con técnica de Bettocchi donde se observó un endometrio hiperplásico con sangrado activo, con vasos atípicos aumentados de tamaño con apariencia de algas, sin embargo, no se usó la clasificación antes mencionada por lo que fue necesaria realizar otros procedimientos complementarios para su diagnóstico (31).

De acuerdo con el estudio realizado por Yeon et al. y su equipo de investigación evaluaron la concordancia diagnóstica, la dilatación, legrado y la biopsia por aspirado previo a una histerectomía, donde se analizó a 250 pacientes con diagnóstico de hiperplasia endometrial, las cuales 100 fueron sometidas a una dilatación más legrado donde 51 (51.0%) pacientes presentaron concordancia en el diagnóstico: 23 mujeres con hiperplasia simple sin atipia, 9 de ellas con hiperplasia compleja sin atipia y 19 de ellas hiperplasia atipia compleja, en relación con las 150 mujeres sometidas a la biopsia por aspiración, ya que solo 62 (41.3%) tuvieron el mismo diagnóstico previo, determinando que la dilatación y legrado es superior a la biopsia por aspiración previo a una histerectomía (32). Con relación a nuestro reporte de caso, la paciente tuvo una histeroscopia más legrado uterino, donde la muestra obtenida es analizada, proporcionando hallazgos tanto macroscópicos como microscópicos que sugieran un adenocarcinoma bien diferenciado, la cual concuerda con la investigación de Yeon et al. y colaboradores.

Para Otero et al. y colaboradores la resonancia magnética (RM) de pelvis es superior a la tomografía computarizada (TC), previo a un procedimiento quirúrgico porque permite la evaluación y diferenciación entre el tumor y el miometrio normal, mediante esto se puede determinar la invasión miometrial y afectación cervical y posible metástasis por la resolución de contraste en los tejidos blandos, sin embargo, la TC pelvis es útil para detectar metástasis ganglionares y en peores de los casos la diseminación, por otro lado, este estudio no tiene la misma capacidad para la evaluación de la invasión miometrial ni cervical (33). En relación con el caso la paciente cuenta con una TC de pelvis como examen preoperatorio donde se visualizó un engrosamiento endometrial debido a la enfermedad de base, en este caso la paciente ya cuenta con exámenes complementarios, por lo que realizarle una RM no es indicado.

La publicación realizada por Berek et al. y su equipo indica la clasificación del adenocarcinoma en 4 grados importantes, el grado histopatológico G3 del adenocarcinoma afecta más del 50% con un patrón sólido no escamoso o no morular, por otro lado, “Federación Internacional de

Ginecología y obstetricia (FIGO)”, estatifica al cáncer de cuerpo del útero en 4 estadios, siendo el estadio IA un tumor confinado al cuerpo de útero sin ninguna o menos de la mitad de la invasión miometrial, en cuanto a la clasificación FIGO en relación con la clasificación TNM determina T1 en relación al tumor, sin afectación ganglionar regionales (N0) y sin procesos metastáticos (M0) (34). Por otro lado, en un artículo similar publicado por Koskas et al. y su equipo de investigadores mencionan actualizaciones en los procedimientos quirúrgicos para abordar el cáncer uterino por el comité FIGO, resaltan el protocolo tradicional sobre el manejo quirúrgico que consistía en una incisión abdominal vertical, lavados del peritoneo y la exploración de estructuras intraabdominales, continuando con palpación de ganglios aórticos y pélvicos, sin embargo, las nuevas actualizaciones incluyen a la laparoscopia como un método estándar por su baja tasa de complicaciones, menor tiempo hospitalario, menos dolor posquirúrgico y su eficacia en la seguridad, en cuanto a los procedimientos la FIGO recomienda la histerectomía total con salpingooforectomía bilateral, más la extirpación de los anexos incluso si estos son normales, sin embargo, en mujeres premenopáusicas con riesgo bajo se puede considerar la conservación de los ovarios. En cuanto, a la cirugía asistida por robot ofrece mejores resultados tanto quirúrgicos como oncológicos, en especial en pacientes de alto riesgo. La linfadenectomía pélvica como paraaórtica es recomendada en casos de alto riesgo, ya que la resección de estos evita la metástasis y contribuye a una mejor adaptación al tratamiento adyuvante y reducción de radioterapia en pacientes con ganglios negativos, la extirpación de los ganglios aórticos es recomendable en pacientes con neoplasia de alto grado o de tipos histológico agresivos (35). Con relación al caso clínico presentado la paciente se clasificó en un grado 3 y un estadio IA de acuerdo a la estadificación FIGO posterior a una histerectomía con salpingooforectomía bilateral mediante el protocolo quirúrgico tradicional, incluyendo la resección de 9 ganglios, que fueron estudiados dando negativos 9/9, en este caso se realizó la técnica quirúrgica tradicional siendo el indicado, ya que este método permite observar de manera amplia todas las estructuras y descartar metástasis.

En los últimos años, en el abordaje contra las neoplasias cervicales ha evolucionado con la combinación de quimioterapias, radioterapia y terapia hormonal, varios estudios sobre los quimioterapéuticos más usados el “Paclitaxel y Carboplatino” han demostrado su efectividad en el tratamiento de cáncer endometrial, ya sea en casos de alto riesgo o de recurrencia (36). Según el estudio realizado por Oaknin et al. y colaboradores, la cual consta de dos fases se determina que la combinación de Paclitaxel y Carboplatino mostró una respuesta del 50%, con una mediana de supervivencia libre de progresión de 13 meses, por otro lado, Susumu et al. en

un estudio de prueba de fase III analizo la combinación tanto de Paclitaxel y Carboplatino con el tratamiento estándar de Doxorubicina y Cisplatino, dando como resultado un efecto menos tóxico la primera combinación y con mejor tolerancia al tratamiento mejorando así la calidad de vida (37). Referente al caso expuesto, el abordaje terapéutico fue el más adecuado para este tipo de neoplasia, ya que se disminuye los efectos secundarios de esta terapia.

El tratamiento en las neoplasias de bajo grado, la cirugía es el principal tratamiento y puede ser satisfactoria, sin embargo, se puede considerar la quimioterapia con platino, carboplatino y paclitaxel y radioterapia en casos de factores de riesgo y enfermedad avanzada con metástasis, según Murali et al. y colaboradores (38). En casos de alto grado o grado 3 al ser más agresivo y con mayor riesgo de recurrencia y metástasis Matei et al. e investigadores determinan la quimioterapia adyuvante, luego de la cirugía es utilizada para disminuir el riesgo de recurrencia, usando carboplatino y paclitaxel, en el mismo estudio se demostró que la terapia combinada con quimioterapia y radioterapia tiene mejores resultados en este tipo de grados (39). Nuevos estudios sobre las combinaciones de quimioterapias con la inmunoterapia y terapia dirigida donde se utilizó la combinación de Pembrolizumab (inhibidor de PD-1) con Lenvatinib (inhibidor de la tirosina quinasa) demostrando la eficacia en el tratamiento de cáncer de endometrio de alto riesgo que no responde a la quimioterapia tradicional (40,41).

PERSPECTIVA DEL PACIENTE

La paciente refiere que el inicio de su enfermedad fue por un sangrado que duro varios meses, refiere ser tratada por varios médicos, sin ninguna mejoría por lo que decidido asistir a la casa de salud Solca, en donde fue evaluada, por varios médicos hasta llegar al diagnóstico, al momento de ser notificada de su respectivo diagnóstico la paciente menciona sentir tristeza, al pesar que no tenía tratamiento ya que esta enfermedad no tiene cura.

Al momento del tratamiento la paciente refiere que se sentía mal tanto física como emocionalmente por varios factores uno de ellos fue la caída del cabello, por lo que requirió ayuda psicológica durante el tratamiento, luego de varios días después cada quimioterapia se sentía decaída y sin ánimos, sin embargo, menciona que esta terapia es soportable en relación a la braquiterapia que es un dolor insoportable e incómoda, por el método en la que se aplica la radiación. En cuento a los cuidados que recibió tanto del personal de salud, como de sus familiares menciona que fue un pilar importante para su recuperación, ya que esta enfermedad no es fácil llevarla sola.

CONCLUSIONES

En conclusión, el adenocarcinoma seroso papilas de endometrio es una de las formas más agresivas de este tipo de neoplasias cervicales, con un pronóstico desfavorable debido a su presentación atípica, su rápida progresión y, sobre todo, su diagnóstico tardío. Es importante resaltar que la citología cervical y la colposcopia son métodos de prevención, por ello, la ultrasonografía transvaginal el principal estudio para el diagnóstico de neoplasias endometriales, ya que nos permite visualizar si existe o no engrosamiento del endometrio, la cual nos orienta hacia malignidad, complementándolo con otros estudios permite determinar el grado y tipo de neoplasia endometrial. Por lo tanto, el diagnóstico temprano es muy importante, puesto que con ello evitamos complicaciones y mejoramos la calidad de vida.

Por otro lado, este caso clínico es un ejemplo de atención médica integral y de alta calidad, caracterizada por un enfoque centrado, una toma de decisiones colaborativa basada en la evidencia, y una coordinación efectiva entre los profesionales de la salud. Garantizando no solo un diagnóstico preciso y un manejo terapéutico adecuado, sino también una atención integral que abordó las necesidades físicas, emocionales y sociales del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Moore KN, Nickles Fader A. Uterine papillary serous carcinoma. *Clin Obstet Gynecol*. 2011.
2. Elvira Urdampilleta A, Oyarzabal Urkiola A, Cortaberria Ibarluzea JR, Aizpitarte Gorrotxategi I, Rivero Torrejón B. Adenocarcinoma seroso papilar sobre pólipo endometrial. *Prog Obstet Ginecol*. 2009.
3. Berek JS, Matias-Guiu X, Creutzberg C, Fotopoulou C, Gaffney D, Kehoe S, et al. FIGO staging of endometrial cancer: 2023. *Int J Gynaecol Obstet*. 2023.
4. Albert T. Cervix uteri Source: Galobocan. World Health Organization. 2020.
5. Ortiz J, Vega B, Neira V, Mora L, Guerra G, Ortiz J, et al. Conocimiento y prácticas de prevención de cáncer de cuello uterino en mujeres con lesiones histopatológicas. Cuenca, Ecuador 2021. MASKANA. 2021.
6. Real J, Jaramillo L, Quinto R. Mortalidad por cáncer de cérvix en guayaquil. Período 2010-2019. Sociedad de lucha con el cáncer del Ecuador: Boletín epidemiológico. 2020.
7. Aguilar D. Carga de enfermedad por cáncer de cuello uterino en Ecuador, periodo 2015-2020. *Revista MetroCiencia*. 2022.
8. Soslow RA, Pirog E, Isacson C. Endometrial intraepithelial carcinoma with associated peritoneal carcinomatosis. *Am J Surg Pathol*. 2000.
9. Tolcher MC, Swisher EM, Medeiros F, Lima JF, Hilderbrand JL, Donovan JL, et al. Characterization of precursor lesions in the endometrium and Fallopian tube epithelium of early-stage uterine serous carcinoma. *Int J Gynecol Pathol*. 2015.
10. Zheng W, Liang SX, Yu H, Rutherford T, Chambers SK, Schwartz PE. Endometrial glandular dysplasia: A newly defined precursor lesion of uterine papillary serous carcinoma. *Int J Surg Pathol*. 2004.
11. Höhn AK, Brambs CE, Hiller GGR, May D, Schmoeckel E, Horn LC. WHO classification of female genital tumours: Who classification of tumours. 5a ed. Who Classification of Tumours Editorial Board. 2020.

12. Zhang L, Kwan SY, Wong KK, Soliman PT, Lu KH, Mok SC. Pathogenesis and clinical management of uterine serous carcinoma. *Cancers (Basel)*. 2020.
13. Pérez R, Pontillo H, Urbistazu J, Giménez M, Bracho G, Borges A. Epidemiología y factores de riesgo en pacientes con Adenocarcinoma de Endometrio. *Rev Venez Oncol*. 2007.
14. Clarke MA, Long BJ, Del Mar Morillo A, Arbyn M, Bakkum-Gamez JN, Wentzensen N. Association of endometrial cancer risk with postmenopausal bleeding in women: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Intern Med*. 2018.
15. Gu M, Shi W, Barakat RR, Thaler HT, Saigo PE. Pap smears in women with endometrial carcinoma. *Acta Cytol*. 2001.
16. Mahdy H, Casey MJ, Crotzer D. Cáncer de endometrio. *StatPearls*. 2022.
17. Ochsner J. Genetic Testing for gynecologic cancer. *Society of Gynecologic Oncology*. 2014.
18. Landívar J, Cajal B, Calzas J. Guía clínica de diagnóstico y tratamiento del carcinoma de endometrio. *Oncosur.org*. 2012.
19. Stock RJ, Kanbour A. Prehysterectomy curettage. *Obstet Gynecol*. 1975.
20. Bittencourt CA, dos Santos Simões R, Bernardo WM, Fuchs LFP, Soares Júnior JM, Pastore AR, et al. Accuracy of saline contrast sonohysterography in detection of endometrial polyps and submucosal leiomyomas in women of reproductive age with abnormal uterine bleeding: systematic review and meta-analysis. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2017.
21. Clark TJ, Voit D, Gupta JK, Hyde C, Song F, Khan KS. Accuracy of hysteroscopy in the diagnosis of endometrial cancer and hyperplasia: A systematic quantitative review. *JAMA*. 2002.
22. Wang Y, Tillmanns T, VanderWalde N, Somer B, VanderWalde A, Schwartzberg L, et al. Comparison of chemotherapy vs chemotherapy plus total hysterectomy for women with uterine cancer with distant organ metastasis. *JAMA Netw Open*. 2021.


23. Pezzetti L, Suárez CM, Medina S, Peña J, Mijares A, Muñoz J. Radioterapia y cirugía como tratamiento integrado en adenocarcinoma de endometrio estadio II-B. *Rev Venez Oncol*. 2009.
24. Tobias CJ, Chen L, Melamed A, St Clair C, Khoury-Collado F, Tergas AI, et al. Association of neoadjuvant chemotherapy with overall survival in women with metastatic endometrial cancer. *JAMA Netw Open*. 2020.
25. Vera A, Urdaneta N, Ruan L. Radioterapia en el carcinoma de endometrio. Experiencia de 10 años. *Redalyc*. 2021.
26. Clarke MA, Long BJ, Del Mar Morillo A, Arbyn M, Bakkum-Gamez JN, Wentzensen N. Asociación del riesgo de cáncer de endometrio con sangrado posmenopáusico en mujeres: una revisión sistemática y un metanálisis. *JAMA Intern Med*.
27. Frías-Gómez J, Tovar E, Vidal A, Murgui L, Ibáñez R, Peremiquel-Trillas P, et al. Sensibilidad de la citología cervical en la detección del cáncer de endometrio en un hospital de tercer nivel en España. *Medicina del cáncer*.
28. Sepúlveda J, Sepúlveda A. Sangrado uterino anormal y PALM COEIN. *Ginecol Obstet*. 2020.
29. Sandberg, E. M., Tummers, F. H., Cohen, P. A., Bakkum-Gamez, J. N., & Weaver, A. L. Role of colposcopy in the diagnosis and management of endometrial cancer. *Gynecologic Oncology*. 2020.
30. Shen Y, Yang W, Liu J, Zhang Y. Enfoques mínimamente invasivos para la detección temprana del cáncer de endometrio. *Cáncer de mol*.
31. Exactitud diagnóstica de una escala histeroscópica para la detección de cáncer endometrial en pacientes con sangrado posmenopáusico y engrosamiento endometrial.
32. Hwang WY, Suh DH, Kim K, No JH, Kim YB. Biopsia por aspiración versus dilatación y legrado para la hiperplasia endometrial antes de la histerectomía. *Diagnóstico Pathol*.
33. Otero-García MM, Mesa-Álvarez A, Nikolic O, Blanco-Lobato P, Basta-Nikolic M, de Llano-Ortega RM, et al. Role of MRI in staging and follow-up of endometrial and cervical cancer: pitfalls and mimickers. *Insights Imaging*.

34. Berek JS, Matias-Guiu X, Creutzberg C, Fotopoulou C, Gaffney D, Kehoe S, et al. FIGO staging of endometrial cancer: 2023. *Int J Gynaecol Obstet*.
35. Koskas M, Amant F, Mirza MR, Creutzberg CL. Cancer of the corpus uteri: 2021 update. *Int J Gynaecol Obstet*.
36. Oaknin A, et al. Efficacy of paclitaxel and carboplatin in recurrent or metastatic endometrial cancer: Results of a Phase II trial. *J Clin Oncol*. 2021.
37. Susumu N, et al. Phase III trial of paclitaxel plus carboplatin versus doxorubicin plus cisplatin in endometrial cancer. *Lancet Oncol*. 2022.
38. Murali, R., Soslow, R. A., & Weigelt, B. Classification of endometrial carcinoma: more than two types. *The Lancet Oncology*. 2021.
39. Matei, D., Filiaci, V., Randall, M. E., et al. Adjuvant Chemotherapy Plus Radiation for Locally Advanced Endometrial Cancer. *New England Journal of Medicine*. 2019.
40. Makker, V., Rasco, D., Vogelzang, N. J., et al. Lenvatinib plus Pembrolizumab in Patients with Advanced Endometrial Cancer. *Journal of Clinical Oncology*. 2019.
41. Oaknin, A., Tinker, A. V., Gilbert, L., et al. Pembrolizumab plus Lenvatinib in Advanced Endometrial Cancer: Updated Results From KEYNOTE-775. *Journal of Clinical Oncology*. 2022

AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Jefferson Javier Yaguachi Morocho portador(a) de la cédula de ciudadanía N° **0350100137**. En calidad de autor/a y titular de los derechos patrimoniales del Proyecto de Titulación “**Adenocarcinoma endometrial seroso papilar: Reporte de caso**”, de conformidad a lo establecido en el artículo 114 Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, reconozco a favor de la Universidad Católica de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos y no comerciales. Autorizo además a la Universidad Católica de Cuenca, para que realice la publicación de éste trabajo de titulación en el Repositorio Institucional de conformidad a lo dispuesto en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 06 de agosto de 2024.

F: 

Jefferson Javier Yaguachi Morocho

C.I. 0350100137