



MANEJO QUIRÚRGICO DE RECIDIVA INGUINAL DE CÁNCER DE ENDOMETRIO.

Surgical management of inguinal recurrence of endometrial cancer.

Díaz-Araujo Felipe ¹, Rodríguez-Jiménez Andreyana ¹, Díaz-Hernández Luis F. ¹,
González-Delgado Luis A. ², Ocando-Boscan Andrés ³

¹Facultad de Medicina, Escuela de Medicina, Universidad del Zulia, Maracaibo, Venezuela.

²Instituto Hematooncologos. Cali, Colombia. ³Hospital Central de Maracaibo

RESUMEN

El cáncer de endometrio una de las neoplasias malignas más frecuente del tracto genital femenino, solo superada en frecuencia por el cáncer de cuello uterino y el cáncer de ovario. Aparece sobre todo en mujeres postmenopáusicas, con una edad media en el momento del diagnóstico de 60 años. Su incidencia es mayor en los países desarrollados que en los países en vías de desarrollo. El principal factor etiológico es la exposición prolongada a estrógenos, tanto endógenos como exógenos, en ausencia de progesterona. Por ello, el cáncer de endometrio se asocia a mujeres con menarquia precoz, menopausia tardía o baja paridad. Los tratamientos prolongados con anticonceptivos orales o terapia hormonal sustitutiva se asocian a un aumento del riesgo de desarrollar un adenocarcinoma de endometrio. La obesidad es un factor de riesgo independiente de los tratamientos. El tratamiento de elección es la histerectomía más ooforectomía bilateral, con linfadenectomía pélvica bilateral y paraaórtica. En este trabajo se presenta el caso de una paciente con cáncer endometrial que presento una recidiva en región inguinal luego del tratamiento quirúrgico y adyuvancia con quimioterapia y radioterapia.

Palabras clave: cáncer de endometrio, tratamiento quirúrgico y adyuvancia con quimioterapia y radioterapia.

Correspondencia: Felipe Díaz-Araujo. Email: felipediaz@doctor.com

Recibido: 01-07-2025 / Aceptado: 01-08-2025



ABSTRACT

Endometrial cancer is one of the most common malignant neoplasms of the female genital tract, surpassed in frequency only by cervical cancer and ovarian cancer. It occurs mainly in postmenopausal women, with a mean age at diagnosis of 60 years. Its incidence is higher in developed countries than in developing countries. The main etiological factor is prolonged exposure to estrogen, both endogenous and exogenous, in the absence of progesterone. Therefore, endometrial cancer is associated with women who have early menarche, late menopause, or low parity. Prolonged treatment with oral contraceptives or hormone replacement therapy is associated with an increased risk of developing endometrial adenocarcinoma. Obesity is an independent risk factor regardless of treatment. The treatment of choice is hysterectomy plus bilateral oophorectomy, with bilateral pelvic and para-aortic lymphadenectomy. This paper presents the case of a patient with endometrial cancer who presented a recurrence in the inguinal region after surgical treatment and adjuvant chemotherapy and radiotherapy.

Keywords: endometrial cancer, surgical treatment, and adjuvant chemotherapy and radiotherapy.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de endometrio una de las neoplasias malignas más frecuente del tracto genital femenino, solo superada en frecuencia por el cáncer de cuello uterino y el cáncer de ovario. Aparece sobre todo en mujeres postmenopáusicas, con una edad media en el momento del diagnóstico de 60 años. Su incidencia es mayor en los países desarrollados que en los países en vías de desarrollo. (1) El principal factor etiológico es la exposición prolongada a estrógenos, tanto endógenos como exógenos, en ausencia de progesterona. Esta situación estimula la actividad mitótica de las células endometriales, lo cual aumenta el riesgo de errores en la replicación, mutaciones y, consecuentemente, hiperplasia endometrial y adenocarcinoma. Por ello, el cáncer de endometrio se asocia a mujeres con menarquia precoz, menopausia tardía o baja paridad. Los tratamientos prolongados con anticonceptivos orales o terapia hormonal sustitutiva se asocian a un aumento del riesgo de desarrollar un adenocarcinoma de

endometrio. La obesidad es un factor de riesgo independiente de los tratamientos. El tratamiento de elección es la histerectomía más ooforectomía bilateral, con linfadenectomía pélvica bilateral y paraaórtica. (2) Aunque no hay un consenso establecido sobre la necesidad de realizar linfadenectomía a todas las mujeres, dada la morbilidad del procedimiento. Se están investigando los posibles factores de riesgo de invasión linfática. Actualmente se realizan estudios para evaluar la eficacia del ganglio centinela. En este trabajo se presenta el caso de una paciente con cáncer endometrial que presento una recidiva en región inguinal luego del tratamiento quirúrgico y adyuvancia con quimioterapia y radioterapia.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Se trata de una paciente femenina de 76 años con antecedente de adenocarcinoma de endometrio StII quién fue tratada cirugía: histerectomía más ooforectomía bilateral más omentectomia, biopsias de peritoneo parietocolico y lavado peritoneal. No se le

realizo disección linfática en ninguna modalidad. Recibió tratamiento postquirúrgico con quimioterapia y radioterapia dos años luego de finalizado el tratamiento la paciente comienza a presentar lesión en región inguinal derecha la cual fue progresando hasta tornarse en una lesión exofítica de aproximadamente 10 cm ulcerada y sangrante que ameritó tratamiento quirúrgico con recepción más reconstrucción de la lesión con colgajos de avance abdominal y del muslo derecho.

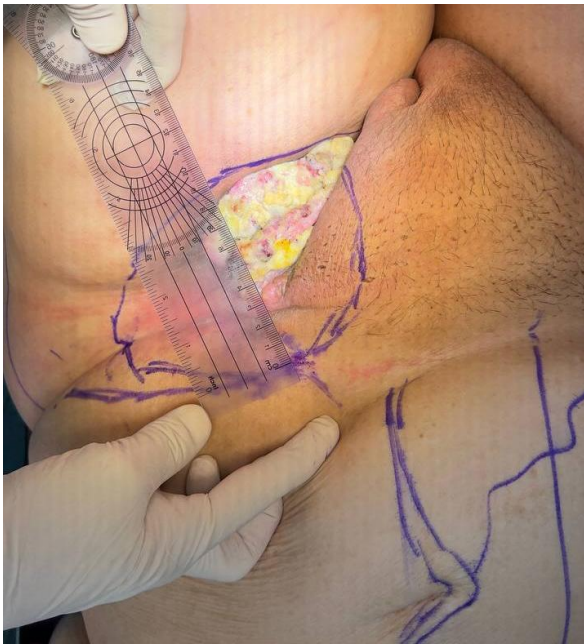


FIGURA 1. Aspecto preoperatorio de la lesión en región inguinal



FIGURA 2. Defecto operatorio luego de resección amplia.



FIGURA 3. Imagen luego de reconstrucción con colgajos de avance.



DISCUSIÓN

Usualmente el cáncer de endometrio se diagnostica en estadios tempranos y la tasa de supervivencia a los 5 años en los casos en los que la enfermedad está confinada al útero es del 96% (1,2). Estas cifras corresponden a reportes de países desarrollados con acceso a servicios de salud de forma pronta. El tratamiento de elección es la cirugía que consiste en histerectomía total más ooforectomía, omentectomía, lavado peritoneal para citología, biopsias peritoneales y disección iliaco obturatriz y paraortica. Aunque los estadios I no se benefician de realizar linfadenectomía, el problema radica en como estar seguros que realmente es un estadio I. Omitir la disección puede condicionar que permanezcan células tumorales en los linfonodos que potencialmente pueden causar la reaparición de la enfermedad en los sitios conocidos de drenaje linfático: ganglios paraaórticos, pelvianos o inguinales, por ejemplo. El caso que se presenta fue catalogado intraoperatoriamente como un estadio temprano, y no recibió tratamiento con linfadenectomía, presentando posterior al tratamiento quirúrgico y adyuvante con quimioterapia y radioterapia, reaparición de la enfermedad en la fosa inguinal derecha por lo cual acudió para nuestra evaluación especializada por cirugía oncológica. El enfoque inicial consistió en realización de estudios de imágenes una tomografía con doble contraste en la cual se evidenció la presencia de la lesión tumoral exofítica en región inguinal derecha con plano de clivaje hacia el paquete vascular de la ingle. Luego se realizó biopsia incisional para garantizar el diagnóstico la cual reportó un adenocarcinoma bien diferenciado endometriode. Se planificó tratamiento

quirúrgico realizándosele resección amplia de la lesión con márgenes de seguridad oncológica y se reconstruyó el gran defecto mediante colgajos de avance desde pared abdominal y del muslo derecho. La paciente evoluciona satisfactoriamente y está en espera del inicio de esquema de tratamiento con radioterapia. Varios estudios publicados en los cuales se demuestra las cifras de encuestas realizados a cirujanos de Estados Unidos y de Europa muestran que alrededor de un 50% de estos no utilizaban el análisis intraoperatorio de la pieza de histerectomía para tomar decisiones con respecto a la estadificación quirúrgica y por lo tanto tener un principio firme para realizar o no u omitir una disección iliaco obturatriz. (3) El principal dilema radica en que un determinado número de pacientes tendrá un diagnóstico final de enfermedad más avanzada que el diagnóstico pre- e intraoperatorio y, con ello, un mayor riesgo de afectación metastásica ganglionar (4,5). Estas pacientes serán, probablemente, infratratadas de su enfermedad lo que puede incidir negativamente en su supervivencia global. (6) La importancia de realizar una linfadenectomía radica da la posibilidad de poder estadificar adecuadamente la enfermedad y, por ello, poder ofrecer terapias adyuvantes que mejoren la supervivencia y reducir la posibilidad de recidivas en el área de drenaje linfático.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. S.M. Kehoe, D.S. Miller. The role of lymphadenectomy in endometrial cancer. Clin Obst Gynecol, 2011;(54): 235-244
2. S. Kumar, K.C. Podratz, J.N. Bakkum-Gamez, S.C. Dowdy, A.L. Weaver, M.E. McGree, et al. Prospective assessment of the prevalence of pelvic, paraaortic and high paraaortic lymph node metastasis in



- endometrial cancer. *Gynecol Oncol.* 2014;(132): 38-43
3. Frost JA, Webster KE, Bryant A, Morrison J. Lymphadenectomy for the management of endometrial cancer. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015 Sep 21;2015(9):CD007585.
 4. Chi DS, Barakat RR, Palayekar MJ, Levine DA, Sonoda Y, Alektiar K, Brown CL, Abu-Rustum NR. The incidence of pelvic lymph node metastasis by FIGO staging for patients with adequately surgically staged endometrial adenocarcinoma of endometrioid histology. *Int J Gynecol Cancer.* 2008 Mar-Apr; 18(2):269-73.
 5. Ballester M, Dubernard G, Lécuru F, Heitz D, Mathevet P, Marret H, Querleu D, Golfier F, Leblanc E, Rouzier R, Daraï E. Detection rate and diagnostic accuracy of sentinel-node biopsy in early stage endometrial cancer: a prospective multicentre study (SENTI-ENDO). *Lancet Oncol.* 2011 May; 12(5):469-76.
 6. Todo Y, Kato H, Kaneuchi M, Watari H, Takeda M, Sakuragi N. Survival effect of para-aortic lymphadenectomy in endometrial cancer (SEPAL study): a retrospective cohort analysis. *Lancet.* 2010 Apr 3;375(9721):1165-72. doi: 10.1016/S0140-6736(09)62002-X.