

# Carcinoma epidermoide primario de endometrio asociado a piometra

(REPORTE DE UN CASO)

*Dr. Edwin O. Mora Rojas\**

*Dr. Walter Mora Coto\*\**

*Dr. Alvaro Ml. Camacho Morales\*\*\**

*Dra. Indra Herminia Barragan Bech\*\*\*\**

Un caso de carcinoma de células escamosas primario del endometrio asociado con piometra es reportado.

La literatura mundial tiene revisados 21 casos al presente, que reúnen los postulados de Fluhmann. (10). En la revisión de los casos publicados, los autores han señalado datos de interés. Se observa por ejemplo que el promedio de edad de pacientes con esta patología es de 61 años; la asociación con piometra es de 39% y, la invasión miometrial y la presencia de metástasis, estuvo presente al diagnóstico en 89% de los pacientes. (2).

Se hará comentario respecto a la presencia de este tipo de epitelio de células escamosas benignas en el endometrio y la etiología asociada a la aparición de carcinoma de células escamosas con diversos agentes etiológicos. (3).

Se señala que este tipo de células escamosas asociadas con cualquiera de los tipos de adenocarcinomas endometriales, es de mal pronóstico (1,2,3,5,7,9), por existir una disminución lineal en la sobrevida a los cinco años. (2). Los estudios estadísticos señalan

lo anterior en relación al adenocarcinoma, comparado con el adenocantoma, carcinoma adenoescamoso y carcinoma de células puro del endometrio.

*CASO:* 1.- A.R.C. Edad 60 años; menopausia 45 años; raza blanca p: 6-0-0-6. Fue vista en consulta de ginecología, por presentar dolor constante F.I.I., desde hace 2 meses, anorexia, pérdida de peso y presencia de masa tumoral en F.I.I., Dx: quiste de ovario y/o carcinoma de ovario. No se le realizó en ninguna ocasión frotis de Papanicolaou.

*Examen pélvico:* 22-7-81; peso: 42 Kg. T.A.: 110/80, P: 80x' T: 36.8 FR: 16x'. En F.I.I., se aprecia la presencia de una masa que parece corresponder a útero de 10x8x6 cms, de bordes regulares, consistencia semisólida, movable parcialmente y leve dolor. Existe desaparición del F.S.I., el cual es prominente. No se aprecia O.E. de cérvix.

Un ultrasonido 24-7-81, reporta tumor en anexo izquierdo de 16x117x88 mm, con contenido netamente quístico.

Se programa 27-7-81, para L.B.F. el cual no se realiza, por condiciones cervicales. Rx tórax, S.G.D., placa simple abdomen no mostraron evidencia de diseminación tumoral. E.K.G. normal.

Laparotomía exploradora 29-7-81, se encuentra útero del tamaño de embarazo de 13 semanas, con contenido líquido, que corresponde a piometra. Se realiza histerec-

\* Jefe Clínica Gineco-Obstetricia Hospital Max Peralta, Cartago.

\*\* Jefe Servicio Patología, Hospital Max Peralta, Cartago.

\*\*\* Jefe Servicio Radioterapia, Hospital San Juan de Dios.

\*\*\*\* Asistente del Servicio de Medicina, Hospital Max Peralta.

tomía abdominal con salpingo-oforectomía bilateral. Anexos y parametrios se encuentran libres, así como la ausencia de metástasis en la cavidad abdominal.

Post-operatoriamente, la paciente recibió dosis tumor de 4000 rads a pelvis media y posteriormente 1 ovoide vaginal, para una dosis superficie de 4.040 mgr/hr. Actualmente la paciente está asintomática y libre de toda actividad tumoral.

*Laboratorio:* Hb: 15.1 g/dl, Hto: 45 ml/dl; CHGM 33.5%, plaquetas 325.000, grupo A, Rh +, leuc. 7000, seg 70, linf. 28, monoc. 2, VES 68 mm/hr. Ttp: 23 seg, Prot. 12.3 seg. 95%, glicemia 94 mg/dl, NU: 15 mg/dl globulina: 2.5 g/dl Relac. A/G: 1:8; Bilirrubina *min* 0.25 ng/dl, bilirrubina total: 0.50 mg/dl; fibrinógeno: 404 mg/dl.; SGOT: 22 VI/l; SGPT: 13 VI/l, VDRL: 2 dil.; Na: 139 Meq/l; K: 4.8 mEq/l, Cl: 100 mgs/l.



FIG. 1.- Se observa útero aumentado de tamaño y la cavidad endometrial está dilatada conteniendo aún escaso material purulento. En el segmento inferior se observa una masa tumoral blanquecina, firme que ocluye el canal endocervical. El miometrio aparece hipotónico. (x 400).



FIG. 2.- Acercamiento de la masa tumoral descrita en el cuadro N° 1 (x 400).





**FIG. 3.-** Micro-fotografía para mostrar epitelio plano estratificado anaplásico que sustituye el epitelio glandular endometrial, subyacente a dicho epitelio existe un componente inflamatorio moderado. (x 400).



**FIG. 4.-** Se muestra masa de epitelio anaplásico de tipo epidermoide en focos de invasión miometrial con permeación vascular. (x 400).

Patología: Macroscópica. Ovarios miden 2x1.2x3 cms, en sus mayores dimensiones. Utero con sus anexos (Fig. 1), presenta cuerpo blando color blanco-rosado, aumentado de tamaño 15x11x9 cms, canal endocervical cerrado, su abertura deja salir líquido purulento. Miometrio adelgazado, mide 6 mm espesor. Endometrio atrófico. En el segmento inferior (Fig. 2) cerca del istmo se localiza masa tumoral blanquecina de 4.5x5 cms.

El exo y endocervix, son de color blanco

con pequeñas erosiones tipo traumático y está ocluido. Múltiples cortes realizados en el cérvix lo excluyen de patología neoplásica. Microscópicamente los diferentes cortes del tumor muestran estar constituidos por carcinoma de células escamosas puro, que infiltra la pared del útero (Fig. 3 y 4) cerca de la serosa. En el resto de la cavidad endometrial, el endometrio se encuentra sustituido por epitelio plano estratificado anaplásico.

El cérvix muestra un epitelio endocervical atrófico. No existe compromiso del borde

distal. Anexos aparecen esclerosados. Cortes de elementos vasculares de los parametrios, no muestran permeación por el tumor

## DISCUSION

Fluhmann ofrece tres explicaciones para el origen del epitelio en el endometrio:

1. El epitelio escamoso crece sobre epitelio glandular recientemente denudado.
2. Las células escamosas están presentes como remanente del epitelio escamoso de la vida fetal. En el feto las células escamosas se extienden bastante alto dentro del canal endocervical. El epitelio columnar reemplaza al epitelio escamoso en el sexto mes de la vida fetal. Por estímulos propios, estos remanentes escamosos pueden proliferar.
3. Las células basales están presentes debajo del epitelio columnar. Estas células son totipotenciales y pueden formar ya sea células columnares o epidermoides. De acuerdo con Baggish y Woodruff (15), esta tercera explicación es la más probable, ya que condiciones locales y endocrinas han precedido en el reporte de sus casos. Además, cambios escamosos en el endometrio pueden ser seguidos por infección crónica, inversión crónica del útero, piometra, deficiencia Vit. A, instalación de sustancias químicas y curetages.

La deficiencia de estrógenos favorece cambios escamosos del endometrio. El epitelio escamoso es frecuentemente encontrado en el endometrio de niñas en edades de 3 años, y también en endometrio atrófico de la mujer post-menopáusica. El carcinoma de células escamosas primario del endometrio, nunca ha sido reportado en mujeres menores de 47 años, época del comienzo en la disminución de producción de estrógenos.

El piometra es frecuentemente asociado con carcinoma de células escamosas primario del cuerpo, la infección crónica puede ser un factor etiológico. Sin embargo, el piometra y la infección crónica podría fácilmente ser el resultado, más que la causa de esta enfermedad. El piometra está ocasionalmente asociado con el adenocarcinoma del endometrio, y es generalmente aceptado que la infección es el resultado de la oclusión del canal cervical por el tumor.

Baggish y Woodruff (15) revisaron 13

casos de carcinoma escamoso primario de endometrio que reúnen el criterio de Fluhmann. Estos fueron seguidos en 1973 por White y col., quienes reportan 5 casos más, incluyendo 2 propios. Posteriormente, Kay reporta 2 casos, uno que reúne criterio de Fluhmann y otro no; le sigue Menczer con otro caso en 1975, y el más reciente corresponde a John R. Melin, Loren Wanner, Dale M., Schulz y Eldon E. Cassel, en 1979. De acuerdo con estos reportes, podemos pensar que éste puede ser el caso número 22 conocido de la literatura.

Los hallazgos incidentales señalados por los autores (1,13,9) en este grupo de casos, se menciona al piometra acompañando a 7 casos. La inversión uterina estuvo presente en 2 casos, siendo uno de ellos reportado por Charles F. Gillespie (4). En una paciente hubo con anterioridad menopausia inducida por radiación aproximadamente a los 35 años, previo al desarrollo del carcinoma escamoso primario. Otro caso reportado se presentó en una paciente portadora de prolapso uterino total.

En 18 pacientes registradas en la literatura (1,15,3,11), la histerectomía fue el tipo de tratamiento inicial. Solamente una fue tratada con radioterapia sola y 8 de 20 pacientes recibieron cirugía y radioterapia combinada, incluyendo radium post-operatorio.

Una pregunta sería si la radioterapia debería ser el tratamiento de escogencia en los casos avanzados, pero antes de la existencia de metástasis la cirugía deberá ser el tratamiento de elección. De este grupo de pacientes solamente una sobrevivió a 5 años es conocida.

Nuestro caso no se aparta de los cánones de manejo reportados por los diferentes centros del mundo.

## SUMMARY

A case Meeting Fluhmann's criteria of epidermoid carcinoma of the endometrium is presented. The patient has been free of tumor and in good condition; after surgical and radiation therapy.

## BIBLIOGRAFIA

1. John R. Melin, MD, Loren Wanner, M.D, Dale M. Schulz, and Eldon E. Cassel, M.D. Primary



- Squamous Cell Carcinoma of the Endometrium. *Obstetrics and Gynecology*. Vol. 53 N°1, January 1979.
2. A. James White, M.D., Facog. Herbert J. Buchsbaum, M.D. FACOG and Milagros A. Macasaet, M.D. Primary Squamous Cell Carcinoma of the Endometrium. *Obstetric and Gynecology*. Vol. 41 N°6, June 1973.
  3. Saul Kay, M.D. Squamous-Cell Carcinoma of the Endometrium. *Am. J. Clin. Pathol.* 61: 264, 1974.
  4. Charles F. Gillespie, M.D. FACOG. Chronic Inversion of the Uterus with Presenting Epidermoid Carcinoma. *Obstetric and Gynecology*, Vol. 20 N°6, December, 1962.
  5. Anisa I. Kanbour, MD. and Richard J. Stock, M.D. Squamous Cell Carcinoma in situ of the Endometrium and Fallopian Tube as Superficial Extension of Invasive Cervical Carcinoma. *Tumor Registry of Magee-Womens Hospital Cancer*. 42: 579, 1978.
  5. Edward J., Wilkinson, M.D., Kevin P., Andrasko, M.D., and Adolf StafI, M.D. Endometrial Involvement by Cervical Intraepithelial Neoplasia. *Obstetric and Gynecology*. Vol. 55 N°3, March 1980.
  7. Chandrakant A. Shah, MD., and Thomas H., Green, Jr. MD., FACOG. Evaluation of Current Management of Endometrial Carcinoma. *Obstetric and Gynecology*. Vol. 39 N°4, April 1972.
  8. William A. Nahhas, MD., Curtis J., Lund, MD., FACOG and Jerome H., Rudolph, MD. Carcinoma of the Corpus Uteri. *Obstetric and Gynecology*. Vol. 38, N°4, October 1971.
  9. Dr. Antonio Loera García, J. Esaúl Hernández Arviz, Manuel Villalobos Román. *Piometra. Informe de un caso. Ginec. Obstet. Mex.* Vol.48 año XXXV. Núm. 290 - Dic.- 1980.
  10. Fluhmann C.F. Squamous Epithelium in the endometrium in Benign and Malignant Conditions, *Surg. Gynecol. Obstet.* 46: 309, 1928
  11. Mencser J., Primary Squamous Cell Carcinoma of the Endometrium. *Harefuah* 89: 160, 1975.
  12. White A.J., Buchsbaum H.J., Macasaet. Primary Squamous Cell Carcinoma of the Endometrium. *Obstetric Gynecology* 41: 912, 1973.
  13. Bellone F. Il Carcinoma Epidermoide primitivo del endometrio. *Descrizione di un caso. Arch. Obstet. Ginecol.* 73: 1086, 1968.
  14. Hopkin I.D., Harlow R.A., Stevens P.J. Squamous Carcinoma of the body of the uterus. *Br. J. Cancer* 24: 71, 1970.
  15. Baggish M.S., Woodruff L.D., Occurrence of squamous epithelium in the endometrium. *Obstet. Gynecol. Surg.* 22: 69, 1967.