

Implantes metastásicos en puertos de laparoscopia de cáncer escamoso de cuello uterino

Metastatic implants in laparoscopy port-sites of squamous cervical cancer

Eliana Díaz-Zegarra¹ y Gonzalo Mendoza del Solar-Chávez²

RESUMEN

Presentamos el caso de una mujer de 24 años con cáncer de cérvix escamoso estadio clínico IIB a quien se le realiza transposición ovárica laparoscópica y durante el tratamiento con radioterapia presenta implantes a nivel de los puertos de laparoscopia.

PALABRAS CLAVES: Cáncer de cérvix, laparoscopia, metástasis.

ABSTRACT

A 24 year-old woman with cervical squamous cancer, clinical stage IIB, who underwent a laparoscopic ovarian transposition, during radiotherapy presented tumor implants in laparoscopy port-sites.

KEYWORDS: Cervical cancer, laparoscopy, metastasis.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de cuello uterino es un problema de salud pública en nuestro país; así, es el cáncer más frecuente en la población femenina y segundo en mortalidad¹.

La cirugía laparoscópica en la gineco-oncología sigue siendo una técnica revolucionaria ya que disminuye la estancia hospitalaria, la pérdida sanguínea y favorece la rápida recuperación postoperatoria del paciente². Las primeras cirugías laparoscópicas en gineco-oncología fueron en las revaloraciones de pacientes en cáncer de ovario³.

Actualmente se han desarrollado técnicas de linfadenectomía pélvicas y paraaórticas, traquelectomías e histerectomías⁴.

El implante de células metastásicas en los puertos de entradas de los trocares de laparoscopias de carcinoma

escamoso en pacientes con cáncer de cuello uterino es raro, por lo que se presenta el caso a continuación.

REPORTE DEL CASO

Paciente AVZ de 24 años, natural y procedente de Pucallpa. Con antecedentes de inicio de vida sexual a los 14 años; grávida 2 y paridad 2. Uso de anticonceptivo inyectable por seis meses. Dos parejas sexuales. Recibió transfusiones sanguíneas en dos oportunidades. Sin antecedentes de cáncer en la familia.

Con un tiempo de enfermedad de dos años, con ginecorragia y dolor abdominal.

La biopsia cervical mostró: Carcinoma de células escamosas no queratinizante G2. La ecografía reveló una tumoración sólida en proyección de cérvix de 56x42x54mm.

Fue sometida a transposición ovárica bilateral y linfadenectomía selectiva laparoscópica en otra institución. Fue referida al Hospital Goyeneche para tratamiento con radioterapia.

1. Médica asistente de cirugía oncológica. Hospital Honorio Delgado, Arequipa.

2. Médico asistente de cirugía oncológica. Hospital Goyeneche de Arequipa. Profesor Asociado, Universidad Católica de Santa María, Arequipa.



Figura N° 1. Implantes metastásicos en los puertos de entrada laparoscópicos.

Al examen, se encontró lesión exofítica de 6 cm x 5cm que infiltra el fondo de saco. Al tacto rectal se halló el parametrio derecho infiltrado en 2/3 partes y el parametrio izquierdo en una 1/3 parte.

Recibió radioterapia en campos pélvicos concurrente con quimioterapia con cisplatino y gemcitabina. En la octava sesión de radioterapia, la paciente refirió nódulos a nivel de los puertos de laparoscopia.

La TEM reveló: Útero con masa en tercio anterior y cervix con bordes mal definidos, infiltrante a estructuras vecinas, parametrios engrosados, pérdida de la interfase con el recto, masa en pared abdominal derecha de 15 mm x 24 mm e izquierda de 46 mm x 61 mm, lobulada con centro hipodenso, por lo que a la paciente se le cambió los campos de radioterapia a campos en calzoneta.

La paciente presentó toxicidad gastrointestinal de segundo grado y neutropenia de moderada. Al examen, se encontró una tumoración en fosa iliaca derecha de 3 cm x 3 cm, dura de bordes irregulares adherida a planos superficiales; y, en la fosa iliaca izquierda, tumor de 10 cm x 7cm de las mismas características de la anterior (Figuras 1-3). Se suspendió el tratamiento oncológico.

A pesar del tratamiento, la paciente no presentó mejoría y debido a la toxicidad se suspendió la radioterapia y se decidió el tratamiento paliativo con quimioterapia.

DISCUSIÓN

En general la metástasis cutánea de cáncer de cervix es inusual, así se reportan incidencias de 0,1 a 1,3% y es mucho más raro en el carcinoma escamoso, 0,9 vs 5,8% en el adenocarcinoma⁵⁻⁷.

En un estudio de 2 251 procedimientos laroscópicos en cáncer ginecológico, solamente el 7% de las pacientes

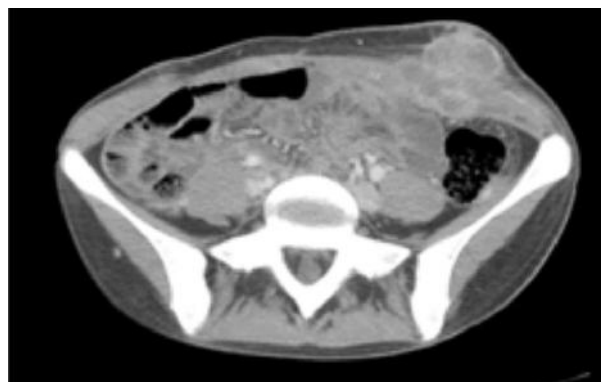


Figura N° 2. TEM. Implantes metastásicos en el tejido subcutáneo, en los puertos de entrada laparoscópicos.

con cáncer de cervix tuvo implantes metastásicos a nivel de los sitio de los trocares⁸.

En una revisión de los factores de riesgo de implantes de células metastásicas en el sitio de los trocares en pacientes con ganglios linfáticos negativos y sin evidencia de enfermedad intraperitoneal, se postula que las células malignas pueden haber salido por las trompas uterinas en el momento de la manipulación cervical o en el momento de la biopsia, y absorbidos en el sitio del puerto por el “efecto chimenea”, creado por el neumoperitoneo⁹.

El crecimiento de las células malignas se ve favorecido por la inmunosupresión local y la segregación de factores de crecimiento. Un mecanismo alternativo es la contaminación de los instrumentos por células tumorales^{9,10}. Así mismo, se postula la interacción tumor-huésped, la hipoxia presente a nivel de la herida operatoria que conduce a acidosis la cual inducirá la formación de IL-8 identificada en la regulación de la angiogénesis a través del factor de crecimiento endotelial vascular (VEGF).

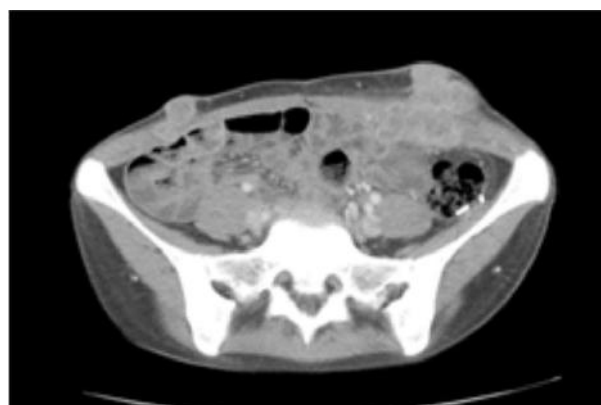


Figura N° 3. TEM. Implantes metastásicos en el tejido subcutáneo, en los puertos de entrada laparoscópicos.

Por lo tanto, el cirujano debe hacer todos los esfuerzos posibles para evitar los implantes tumorales con una técnica quirúrgica meticulosa, el lavado de la entrada de los puertos aunque aún no se ha demostrado su beneficio; y, la inclusión de los sitios de puerto para los campos de la irradiación podría ser útil¹¹.

Las medidas de protección orientadas a disminuir la incidencia de diseminación de células tumorales incluye la fijación de los trocates para evitar la repetida reintroducción de los mismos, instrumentos de prevención de fugas de gas y sumergir los trocates en yodopovidona antes de la reintroducción.

En un estudio, la metástasis a nivel de los puertos umbilicales en 104 pacientes con cáncer ovárico avanzado o recurrente y sometidos a laparoscopia se halló recurrencia del tumor en el 58% de los casos sólo con sutura de la piel en comparación con el 2% con sutura de todas las capas¹².

Por lo que se concluye que esta complicación tardía debe ser informada y constar en el consentimiento informado de las pacientes sometidas a cirugías laparoscópicas del cáncer ginecológico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. WHO. Globocan 2012. Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012. URL disponible en: http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_population.aspx

2. Childers JM, Brzechffa PR, Hatch KD, Surwit EA. Laparoscopically assisted surgical staging (LASS) of endometrial cancer. *Gynecol Oncol.* 1993; 51(1):33-38.
3. Ozols RF, Fisher RI, Anderson T, Makuch R, Young RC. Peritoneoscopy in the management of ovarian cancer. *Am J Obstet Gynecol.* 1981;140(6):611-619.
4. Nezhat CR, Burrell MO, Nezhat FR, Benigno BB, Welander CE: Laparoscopic radical hysterectomy with paraaortic and pelvic node dissection. *Am J Obstet Gynecol.* 1992;166(3):864-865.
5. Stockdale AD, Pocock TJ. Abdominal wall metastasis following laparoscopy: A case report. *Eur J Surg Oncol.* 1985;11(4):373-375.
6. Cava A, Roman J, Gonzalez QA, Martin F, Aramburo P. Subcutaneous metastasis following laparoscopy in gastric adenocarcinoma. *Eur J Surg Oncol.* 1990;16(1):63-67.
7. Imachi M, Tsukamoto N, Kinoshita S, Nakano H. Skin metastasis from carcinoma of the uterine cervix. *Gynecol Oncol.* 1993;48(3):349-354.
8. Zivanovic O, Sonoda Y, Diaz JP. The rate of port-site metastasis after 2251 laparoscopic procedures in women with underlying malignant disease. *Gynecologic Oncology.* 2008; 111: 431-437.
9. Wang PH, Yuan CC, Lin G, Ng HT, Chao HT. Risk factors contributing to early occurrence of port site metastases of laparoscopic surgery for malignancy. *Gynecol Oncol.* 1999; 72:38-44.
10. Neuhaus SJ, Texler M. Port-site metastasis following laparoscopic surgery. *Br J surg.* 1999;85:735-41.
11. Lane G and Tay J. Port-site metastasis following laparoscopic lymphadenectomy for adenosquamous carcinoma of the cervix. *Gynecologic Oncology.* 1999;74, 130-133.
12. Van Dam PA, DeCloedt J, Tjalma WA, Buytaert P, Becquart D, Vergote IB. Trocar implantation metastasis after laparoscopy in patients with advanced ovarian cancer: can the risk be reduced? *Am J Obstet Gynecol.* 1999;181:536-41.

Correspondencia: Dr. Gonzalo Mendoza Del Solar

e-mail: gonzalo@mendozadelsolar.com

Fecha de recepción del trabajo: 05-03-2017.

Fecha de aceptación para publicación: 20-03-2017.