

Tumor de colision uterino: Reporte de un caso

 César Ramírez C,¹  Luz Mary Martínez Cuadros,²  Erika A Nariño.³

RESUMEN

La presencia de dos o más tipos de tumores en la misma zona del cuerpo es poco frecuente. El tumor compuesto o tumor de colisión presenta distintos subtipos histológicos en la misma región, con características clínicas, evolución y pronóstico diferente, diagnosticándose de forma incidental durante el estudio del otro. Se presenta un caso de una paciente quien fue diagnosticada con carcinoma epidermoide de cuello uterino estadio clínico IB1, tratada con cirugía (histerectomía radical Tipo III) que en el análisis histopatológico arroja dos subtipos histológicos, seguimiento con 4 años libres de enfermedad.

Palabras clave: Tumor, Colisión, Uterino, Oncología, Histerectomía.

Uterine collision tumor: Case report

SUMMARY

The presence of two or more types of tumors in the same anatomic area is very strange. The compound tumor or coalition tumor presents different histological subtypes in the same region, with distinct clinical characteristics, evolution, and prognosis, being diagnosed incidentally during the study of the other. A case is presented of a patient who was diagnosed with squamous cell carcinoma of the cervix clinical stage IB1, treated with surgery (Type III radical hysterectomy) that in the histopathological analysis showed two histological subtypes, follow-up with 4 years free of disease.

Keywords: Tumor, Collision, Uterine, Oncology, Hysterectomy.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de cuello uterino es el cuarto cáncer más común en las mujeres, el subtipo histológico de células escamosas es el más frecuente y representa el 90 % de todos los casos diagnosticados, se origina en las células planas que recubren la superficie externa del cérvix siendo el virus del papiloma humano el principal factor de riesgo (1). El adenocarcinoma representa alrededor del 8 % y se origina a partir de las

células glandulares. El tumor de colisión se caracteriza por presentar dos anormalidades histopatológicas que pueden chocar entre sí, sin mezclarse (2, 3). La incidencia de los tumores de colisión de cuello uterino es difícil de determinar dada la rareza de su presentación, sin embargo, se estima que representan menos del 1 % de todos los cánceres de cuello uterino (4). El diagnóstico generalmente se realiza de forma incidental al realizar el estudio histopatológico de la pieza definitiva, cuando el paciente es sometido a tratamiento quirúrgico (5-7).

¹Médico Cirujano Universidad de Los Andes. Cirujano General Hospital Universitario de Los Andes, Mérida. Msc. Ginecología Oncológica Universidad Politécnica TECH. Adjunto servicio de Cirugía Oncológica del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes. ² Médico Cirujano Universidad de Los Andes. Cirujano General Hospital Universitario de Los Andes, Mérida. Fellowship de mastología multidisciplinaria HUC-UCV. ³ Médico Cirujano Universidad de Los Andes. Residente de Cirugía General Hospital Universitario de Los Andes, Mérida. Correo para correspondencia: cesar.ramirez.cirugia@gmail.com

Forma de citar este artículo: Ramírez C, Martínez L, Nariño E. Tumor de colisión uterino: Reporte de un caso. Rev Obstet Ginecol Venez. 84(3):344-348. DOI: 10.51288/00840317

Se presenta el caso de un paciente femenino de 37 años de edad, con diagnóstico de cáncer cervicouterino diagnosticado en 2018, a quien se le realizó histerectomía abdominal total. La biopsia definitiva reportó una lesión endocervical bien diferenciada con patrón endometriode además de un carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado en región

exocervical. La paciente recibió terapia adyuvante. Se discute el reporte del caso, con las características histopatológicas de las lesiones descritas y el tratamiento indicado.

CASO CLÍNICO

Se trata de paciente femenino de 37 años de edad, sin antecedentes patológicos pertinentes a patología actual, solo cursando con antecedente familiar de hermana con cáncer endometrial, fue valorada en marzo de 2018 por presentar de 3 meses de evolución secreción a través de genitales de aspecto verdoso, fétido, abundante; concomitantemente prurito vulvar, al examen clínico con espéculo se evidenció lesión exofítica en cuello uterino, friable, de 2,5 cm de diámetro, que ocupaba desde radial 3 hasta radial 9, de la cual se tomó biopsia. El reporte histopatológico indicó adenocarcinoma de cuello uterino tipo endocervical convencional. A la palpación se encontró vagina de trayecto libre normotérmica, normotónica, tumoración friable, móvil, parametrios libres. Se diagnosticó como cáncer cervicouterino estadio IB1. Se indicó tomografía de abdomen y pelvis con doble contraste donde se evidenció ensanchamiento de cuello uterino, de 3 cm homogéneo en fase simple. Posterior al contraste no se demostró realce significativo. La grasa adyacente se observaba levemente hiperdensa con reacción reactiva a nivel linfático.

Se planificó para histerectomía radical abdominal tipo III de Piver Rutledge; en los hallazgos operatorios: se evidenciaron ganglios aumentados de tamaño, útero con lesión descrita a nivel de región cervical de aproximadamente 3 cm de diámetro y anexos indemnes (figuras 1 y 2). El reporte histopatológico evidenció: adenocarcinoma endocervical bien diferenciado con patrón endometriode y carcinoma exocervical epidermoide moderadamente diferenciado, planteándose diagnóstico de tumor de colisión. La medida del tumor era 2,8 cm. Se evaluaron ganglios paraaórticos, ilíacos primitivos, ilíacos internos, hipogástricos, obturadores derechos e izquierdos: (16 evaluados/16 hiperplasia folicular reactiva – negativos para malignidad).

La paciente presentó evolución posquirúrgica satisfactoria. Se realizó discusión multidisciplinaria con oncología médica y radioterapia y se decidió mantener en observación. Permaneció en seguimiento oncológico durante 4 años de forma intermitente, no regular. Posteriormente consultó por dolor en fosa iliaca derecha de fuerte intensidad, irradiado hacia región lumbar, incapacitante, por lo cual se indicaron estudios de imagen que reportaron en tomografía de tórax, abdomen y pelvis masa de contornos lobulados, de 4 x 3,5 cm de diámetro, con realce heterogéneo al medio de contraste y áreas hipodensas, conservando planos de clivaje con el colon ascendente, que hace efecto de masa con apéndice cecal; asociado a

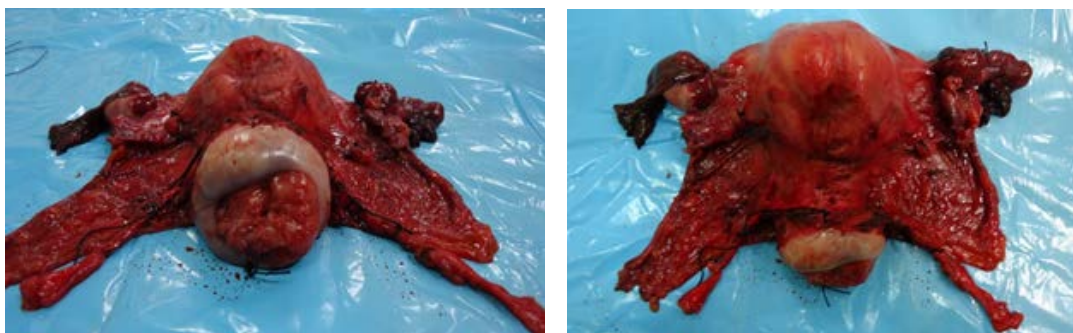


Figura 1. Útero con lesión tumoral a nivel de región cervical de aproximadamente 3 cm de diámetro y anexos indemnes.

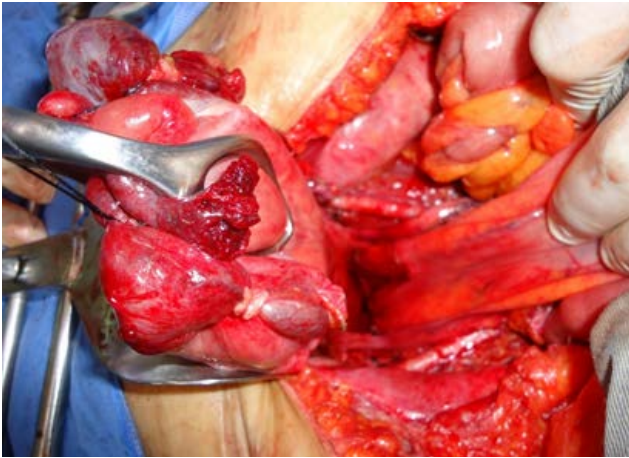


Figura 2. Hallazgos a la laparotomía.

ganglios en flanco derecho y sin presencia de ascitis. Los marcadores tumorales estaban elevados: CA 125: 173 U/ml (Normal: < 35 U/ml), CA 19-9: 166,7 U/ml (Normal: 0 – 37 U/ml). La endoscopia digestiva superior mostró presencia de úlcera gástrica Forrest III. La colonoscopia puso en evidencia rectocolitis ulcerada moderada, tumor extrínseco a nivel de sigmoides, enfermedad hemorroidal.

Fue llevada a mesa operatoria donde se realizó laparotomía exploradora y toma de biopsia donde se evidenció tumor sobre los vasos ilíacos externos derechos que hace cuerpo con ciego y apéndice de aproximadamente 5 cm de diámetro, fijo, adherido a planos profundos. Se tomó biopsia con reporte de neoplasia maligna indiferenciada de células pequeñas, redondas y azules compatible con rhabdomioma. En el estudio inmunohistoquímico se reportó adenocarcinoma moderadamente diferenciado metastásico a mesenterio y retroperitoneo, inmunoreactivo a la citoqueratina AE1/AE3 de amplio espectro, receptores de estrógeno y progesterona negativos. Inició tratamiento adyuvante con taxol-cisplatino x 6 ciclos, con respuesta total al tratamiento. Continúa en seguimiento oncológico cada 3 meses de forma regular, sin evidencia de lesiones hasta la actualidad.

DISCUSIÓN

Los tumores de colisión son una patología extremadamente rara (1). Como se ha indicado anteriormente, consiste en la presencia de dos tipos de tumores distintos que afectan el mismo órgano con formas histológicas diferentes. Existen casos documentados de lesiones benignas y malignas, así como de dos lesiones benignas o dos malignas. Con relación a los tejidos afectados, pueden ser de diversa naturaleza: esófago, estómago, útero, ovario, etc. (2).

Particularmente, el caso presentado se considera un tumor sincrónico múltiple que afecta un solo órgano: el cuello uterino (3). La diferencia radica en los tejidos que componen dicha región los cuales son histológicamente distintos, separados por un estroma no neoplásico (4). En relación con la sobrevida y pronóstico, se tiene que la relación es directa con el estadio del tumor, además de otros factores como la respuesta al tratamiento adyuvante, la edad de la paciente, comorbilidades asociadas, etc. El diagnóstico preoperatorio de un tumor de colisión es complicado; en el caso presentado, más aún por la cercanía entre ambos componentes tumorales (5-7). El examen histopatológico cuidadoso es fundamental para establecer un diagnóstico definitivo (5-7).

En relación con las neoplasias uterinas, está claramente establecido que los carcinomas escamosos pueden tener diferenciación adenoide o por el contrario los adenocarcinomas presentar diferenciación escamoide (7). Los tumores que contienen mezclas histológicas de células escamosas y glandulares malignas se conocen con el nombre de carcinomas adenoescamosos y deben ser diferenciados del llamado tumor de colisión del cérvix. La proporción de este tipo de lesiones a nivel de cuello uterino es de 0,4 %. Los tumores de colisión de cuello uterino son una entidad poco frecuente dentro de las neoplasias ginecológicas, más aún si se trata de cáncer cervicouterino (8).

En la actualidad, la patogénesis del tumor de colisión no es clara. Sin embargo, se ha propuesto que estas lesiones se derivan de dos clones neoplásicos independientes en un órgano. En sí, la teoría sostiene que los tumores de colisión se desarrollan debido a una interacción entre las distintas partes lesionales, de modo que una de ellas estimularía el desarrollo de un segundo tumor mediante un efecto paracrino (8, 9).

Finalmente, es importante comprender que el diagnóstico oportuno de estos pacientes es fundamental y que debe tomarse en cuenta la necesidad del trabajo multidisciplinario entre el cirujano, el oncólogo y el histopatólogo, más aún en condiciones extremadamente raras como la presentada en esta revisión (9 - 12).

La estadificación y el tratamiento del cáncer del cuello uterino ha evolucionado y cambiado en los últimos años por lo que actualmente en pacientes con la misma estadificación se toman en cuenta factores de riesgo como tamaño del tumor, invasión al estroma y/o invasión linfovascular, contándose con herramientas como radioterapia externa pélvica y quimioterapia concurrente (13, 14).

En definitiva, los tumores de colisión en general tienen una naturaleza totalmente extraña (15 - 17); pero su correlación clínico patológica y su comportamiento biológico, son fundamentales para orientar la terapéutica (18, 19); sin olvidar concretamente las manifestaciones inusuales que se tornan un riesgo para el cirujano que las enfrenta.

Sin conflictos de interés.

REFERENCIAS

1. Conde V, Delgado JR, González E, Luque R, Rodríguez C, Sánchez CM, *et al.* Tumor de colisión renal: un caso inusual de carcinoma de células renales y leiomioma renal. *Oncología (Barc.)* [Internet]. 2006 [consultado 9 de julio de 2024];29(4):36-41. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0378-48352006000400005&lng=es.
2. Ruiz-Echeverría FR, Beltrán-Salazar MI, Caicedo-Páez LM, Palacios MP, Salazar-Silva C, Viveros-Carreño D. Tumor de colisión de útero. Reporte de caso y revisión de la literatura. *Rev Colomb Obstet Ginecol.* 2023;74(3):225-236. DOI: 10.18597/rcog.4011.
3. Gallo-Vallejo J, Paredes AG, Navarro MM, De la Ossa RM, Rubi M. Tumores de colisión ováricos asociados con teratoma. *Prog Obstet Ginecol.* 2007;50(5):316-319. DOI: 10.1016/s0304-5013(07)73191-6
4. Grases PJ, Tresserra F, López-Marín L. Cuello uterino: Atipias y lesiones premalignas no invasoras. *Rev Obstet Ginecol Venez* [Internet]. 2005 [consultado 18 de febrero de 2028];65(4):183-192. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322005000400005&lng=es&tlng=es
5. Barbini C, Stringa M, Parigini A, Anaya J, Valdez R, Busso C. Tumores cutáneos de colisión. *Dermatol Argent* [Internet]. 2021 [consultado 18 de marzo de 2024];27(2):59-64. Disponible en: <https://www.dermatolarg.org.ar/index.php/dermatolarg/article/download/2125/1191/18010>
6. García E, García CA, Sandoval D. Tumor de colisión de cérvix uterino: presentación de 17 casos. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2011;76(6):399-403. DOI: 10.4067/s0717-75262011000600005.
7. Escalante-Reinozo MR, Bermúdez-Morantes DG, Villavicencio-Moreno AJ. Cáncer sincrónico de ovario y cúpula vaginal. Reporte de un caso y revisión de la bibliografía. *Ginecol Obstet Mex.* 2022;90(9):769-776. DOI: 10.24245/gom.v90i9.6960.
8. Suárez J, Gutiérrez M, Bouza D, Anoceto E, González H, Alba O. Tumor de colisión del ovario y embarazo. *Rev Cuba Obstet Ginecol* [Internet]. 2019 [consultado 27 de marzo de 2024]; 45(2): e-359. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v45n2/1561-3062-gin-45-02-e359.pdf>
9. Fujii H, Zhu XG, Matsumoto T, Inagaki M, Tokusashi Y, Miyokawa N, *et al.* Genetic classification of combined hepatocellular-cholangiocarcinoma. *Human Pathology.* 2000;31(9):1011-1017. DOI:10.1053/hupa.2000.9782.
10. Cafaro M, Montero J, Bianco A, Petersen M, Villa R, Dutra B, *et al.* Tumor de colisión apendicular: Neoplasia epitelial mucinosa y tumor neuroendocrino. *Rev Fac Cien Med Univ Nac Cordoba.* 2020;77(2):113-116. DOI: 10.31053/1853.0605.v77.n2.25071.
11. Smith HO, Tiffany MF, Qualls CR, Key CR. The rising incidence of adenocarcinoma relative to squamous cell carcinoma of the cervix in the United States – a 24 year population – based study. *Gynecol Oncol.* 2000;78(2):97-105 DOI: 10.1006/gyno.2000.5826.

12. García J, Campos J, Abdulkader I, León L, López R. Tumor de colisión: metástasis de adenocarcinoma y linfoma folicular en un mismo ganglio linfático. *Rev Méd Chile* [Internet]. 2009 [consultado el 04 agosto 2024];137(1):83-87. Disponible en: <https://www.scielo.cl/pdf/rmc/v137n1/art12.pdf>
13. National Comprehensive Cancer Network (NCCN) Guidelines Versión 2.2024. Cervical Cáncer. Recuperado el 04 de agosto de 2024. <https://www.nccn.org/patients/guidelines/content/PDF/cervical-patient-guideline.pdf>
14. Sharma S, Vasdev N, Pandey D. Uterine collision tumor of endometrial stromal sarcoma and endometrioid adenocarcinoma: A rare case report and review of literature. *Indian J Pathol Microbiol*. 2021;64(4):802-805. DOI: 10.4103/IJPM.IJPM_701_20.
15. McCluggage WG. Malignant biphasic uterine tumours: carcinosarcomas or metaplastic carcinomas? *J Clin Pathol*. 2002;55(5):321-325. DOI: 10.1136/jcp.55.5.321
16. Bostanci MS, Yildirim OK, Yildirim G, Bakacak M, Ekinci ID, Bilgen S, *et al*. Collision Tumor: dermoid cysts and mucinous cystadenoma in the same ovary and a review of the literature. *Obstet Gynecol Cases Rev*. 2015;2(2):031. DOI: 10.23937/2377-9004/1410031
17. Dimitrios S, Ioannis K, Adamantios M, Christos D, Nikolaos G, Vasileia N, *et al*. Collision tumors of the gastrointestinal tract: a systematic review of the literature. *Anticancer Res*. 2018;38(11):6047-6057. DOI: 10.21873/anticancer.12955.
18. Kim JH. Torsion of Collision Tumor: Dermoid Cyst and Fibrothecoma with Postmenopausal Bleeding. *J Menopausal Med*. 2016; 22(2):114-117. DOI: 10.6118/jmm.2016.22.2.114.
19. Lovell MO, Valente PT. Unique collision of hodgkin lymphoma and adenosquamous carcinoma in the uterine cervix: synchronous malignant neoplasms of the cervix. *J Low Genit Tract Dis*. 2003 Oct;7(4):307-10. doi: 10.1097/00128360-200310000-00015

Recibido 11 de junio de 2024

Aprobado 7 de julio de 2024