

CiNTEB Ciencia Nutrición
Terapéutica Bioética

 CASO CLÍNICO

Metástasis cerebral por neoplasia del cuello uterino. Reporte de caso y revisión bibliográfica.

Rafael Delgado Duarte | Victor Hugo Gamez Huerta | Daniel Gamón Briseño | Ana Lucía Luna Sada
Fernanda del Rocío Delgado Cuevas | Sahian Flores Guerrero | David Peña Ramírez

Metástasis cerebral por neoplasia del cuello uterino. Reporte de caso y revisión bibliográfica.

Rafael Delgado Duarte ¹
Victor Hugo Gamez Huerta ²
Daniel Gamón Briseño¹
Ana Lucía Luna Sada¹
Fernanda del Rocío Delgado Cuevas ³
Sahian Flores Guerrero ¹
David Peña Ramírez ⁴

¹ Residente de 2º año de la especialidad de Cirugía General, Hospital General No. 26, ISSSTE Zacatecas.

² Residente de 3º año de la subespecialidad de Urología, Centro Médico Nacional del Noreste, Unidad Médica de Alta Especialidad No. 25, IMSS Monterrey, Nuevo León.

³ Médico Familiar, Unidad de Medicina Familiar No. 47, IMSS San Luis Potosí.

⁴ Médico especialista en Neurocirugía
Contacto: Delgadoduarte96@gmail.com

Introducción

Las neoplasias del cuello uterino en la actualidad continúan siendo de los cánceres más frecuentemente encontrados dentro de la población femenina a nivel mundial, actualmente ocupando el cuarto tipo de cáncer más común entre las mujeres y el décimo cuarto lugar entre todos los tipos de cánceres (Fowler, Maani, Duntton, Gasalberti, & Jack, 2023) llegando a ser tan alto hasta aproximadamente de 13.1 casos por 100,000 mujeres a nivel mundial (Buskwofie, David-West, & Clare, 2020), siendo uno de los factores de riesgo más asociados al origen de esta enfermedad, la infección por virus del papiloma humano, seguido de la edad de la primera relación sexual, múltiples parejas sexuales, tabaquismo, herpes simple, VIH, coinfección con otras infecciones genitales y uso de anticonceptivos orales (2018).

El primer caso publicado de metástasis secundario a neoplasia del cuello uterino fue en 1949 por el Dr. Henriksen (Henriksen, 1949), siendo hasta el momento publicados aproximadamente 100 casos en la literatura. Actualmente se describe que es una presentación poco frecuente de metástasis secundaria a neoplasias del cuello uterino entre 0.4 al 1.2% presentando con síntomas relacionados con aumento de la presión intracraneana como: cefalea, náuseas, vómito, síntomas focales o hasta convulsiones o parálisis (Sato, y otros, 2015).

Propósito

Presentar un caso poco común de sitio de metástasis secundaria a neoplasia del cuello uterino, descripción clínica y una revisión bibliográfica.

Epidemiología

A nivel mundial, cada año se producen más de 500.000 nuevos casos de neoplasia del cuello uterino. Aproximadamente 250.000 mujeres mueren anualmente de neoplasia del cuello uterino. En México, alrededor de 4000 mujeres mueren anualmente por neoplasia del cuello uterino; las afroamericanas, las hispanas y las mujeres de áreas de bajos recursos tienen mayores disparidades en la atención basada en evidencia y una tasa de mortalidad mucho más alta (Villasmil, Mayner, & Pérez, 2018), (Manin & Montomoli, 2018). La metástasis cerebral del cáncer de cuello uterino es extremadamente rara, con sólo aproximadamente 100 casos documentados en la literatura, es decir, una incidencia del 0,57% (Shidham, Kumar, Narayan, & Brotzman, 2007).

CASO CLÍNICO

Paciente femenino de 36 años de edad con antecedente de hipotiroidismo, obesidad grado III, e hipertensión arterial sistémica. Inició cuadro de 2 meses de evolución con sangrado uterino anormal acompañado de dolor abdominal tipo cólico en hipogastrio y cefalea hemisférica derecha de predominio frontal, opresiva, intensidad 10/10 en escala de EVA, acompañada de fobia y síndrome cerebeloso izquierdo por lo que se decidió su ingreso hospitalario. A la exploración física se encontró con pupilas isocóricas de 3 mm, reflejos pupilares presentes, nervios craneales sin alteraciones, fuerza muscular 5/5 en las cuatro extremidades, sensibilidad sin alteraciones, reflejos osteotendinosos ++ simétricos, temblor fino y disdiacocinesia, deshidratación leve de mucosas y tegumentos, abdomen con obesidad centrípeta con distribución androide, estrías violáceas, sin datos de irritación perito-

neal, exploración vaginal bajo consentimiento de la paciente se detectan restos hemáticos, no fétidos, con cavidad eutérmica, sin palpar masa o induraciones.

Se solicita tomografía de cráneo simple y determinación de ACTH y cortisol bajo la sospecha de Síndrome de Cushing, encontrando múltiples lesiones circunscritas, heterogéneas, hiperintensas e hipointensas localizadas en región frontal izquierda, cerebelo y la más grande en fosa posterior (figura 1.). Estudio hormonal dentro de parámetros normales, se inicia antibiótico de amplio espectro por sospecha de abscesos cerebrales sin mejoría presentando Romberg positivo y lateralización de la marcha, razones por las cuales se solicitó resonancia magnética simple y contrastada observando múltiples imágenes hiperintensas en T2, circunscritas bordes mal definidos en fosa posterior, por lo que se solicitó interconsulta por neurocirugía quienes realizan craneotomía fronto-parietal donde se encontró tumoración de 2x2 cm de diámetro con bordes mal definidos, coloración rojo-grisáceo, por lo que se decide enviar la pieza a su análisis al servicio de patología (Figura 2). Posterior al procedimiento quirúrgico presenta hipermetrorragia, por lo que se realiza exploración ginecológica con espejo vaginal, presentando lesión verrugosa a nivel de cuello uterino acompañado de lesiones en el mismo con dos perforaciones simulando una falsa vía. Se realiza una toma de biopsia de cuello uterino reportando carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado a la cual se le realizó estudio inmunohistoquímico con PD-L1, obteniendo un resultado positivo (CPS 15%). El reporte histopatológico de la biopsia de tejido cerebral reporta Metástasis de Carcinoma poco diferenciado compatible con carcinoma adenoescamoso por lo que se interconsulta a oncología médica, iniciando radioterapia y quimioterapia con adecuada respuesta terapéutica. Hasta el momento, continúa en manejo por oncología médica mediante radioterapia y quimioterapia.

Discusión

Este caso es particularmente relevante, porque la literatura refiere una baja incidencia de metástasis cerebrales teniendo como primario a una neoplasia del cuello uterino, siendo este cálculo menor al 1%. A nivel mundial, la neoplasia de cuello uterino sigue siendo uno de los cánceres más comunes entre las mujeres, siendo el cuarto más común después del cáncer de mama, colorrectal y de pulmón. GLOBOCAN 2020 estimó que, en todo el mundo, había aproximadamente 604 000 nuevos casos de neoplasias de cuello uterino, con 342 000 muertes al año (Villasmil, Mayner, & Pérez, 2018), (Manin & Montomoli, 2018). La mayoría de los nuevos casos y muertes (aproximadamente el 85 % y el 90 %, respectivamente) ocurren en países de ingresos bajos y medianos. La enfermedad metastásica ocurre típicamente por extensión local y vía linfática. Las metástasis cerebrales del cáncer de cuello uterino son raras, con una incidencia del 0,5%. Por lo general, ocurren en etapas tardías de la enfermedad, después de la progresión local de la lesión primaria o del desarrollo de otras metástasis a distancia (Vizcaino, Moreno, & Bosch, 2000). El diagnóstico definitivo de Metástasis Cerebral es por medio del resultado histopatológico, sin embargo, los estudios de imagen son un apoyo para proporcionar información adicional sobre el tamaño del tumor y el estado de los ganglios y propagación local o sistémica como son la tomografía computarizada (CT), resonancia magnética

(MRI) y la tomografía por emisión de positrones (PET). El tratamiento de las metástasis cerebrales es radioterapia, cirugía o ambos como cuidado paliativo, pero en algunos casos se realiza para alivio sintomático y mejoría de la calidad de vida. La cirugía se realiza en aquellos casos con lesiones solitarias o múltiples metástasis adyacentes, diagnóstico incierto, hidrocefalia y hemorragia (Jong, Heon, & Myong, 2013).

Conclusión

La presencia de metástasis cerebral secundaria a neoplasia de cuello uterino es una presentación inusual de progresión de la enfermedad con sintomatología neurológica y general con la que se puede acudir a una cita médica inicial sin tener el diagnóstico previo de neoplasia de cuello uterino, por lo que se tiene que interrogar, explorar y analizar cualquier paciente con sintomatología neurológica y sangrado uterino anormal; además de tener en cuenta la importancia de la realización del estudio de tamizaje correspondiente para realizar el diagnóstico oportuno en los centros de salud y clínicas de primer nivel de atención para evitar las posibles complicaciones y secuelas.

Figuras

Figura 1. Tomografía Axial Computarizada de Cráneo donde se evidencian las tumoraciones cerebrales. (A) Lesión hipodensa circunferencial cerca de fosa posterior izquierda (B) Lesión hipodensa en región frontal izquierda en corte coronal (C) Lesión hipodensa en región cerebelosa izquierda en corte axial.

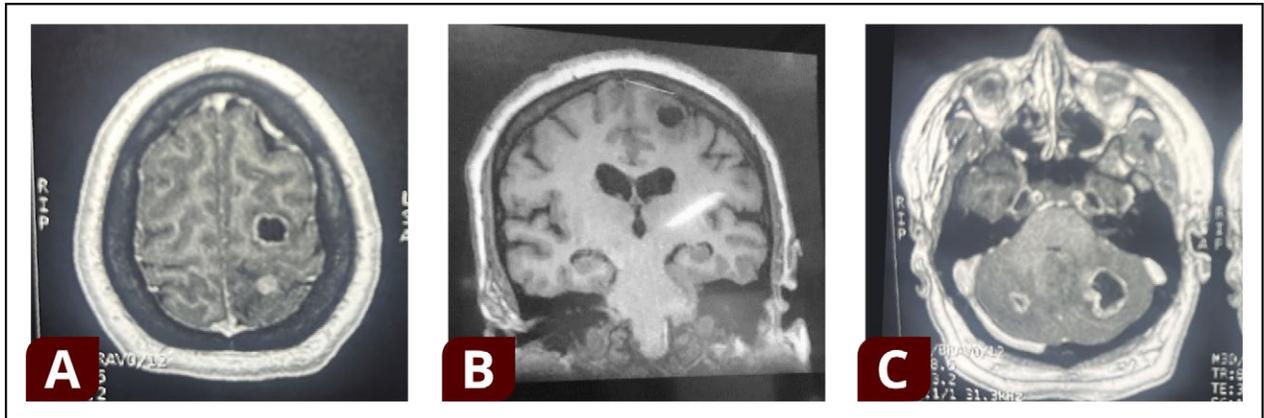
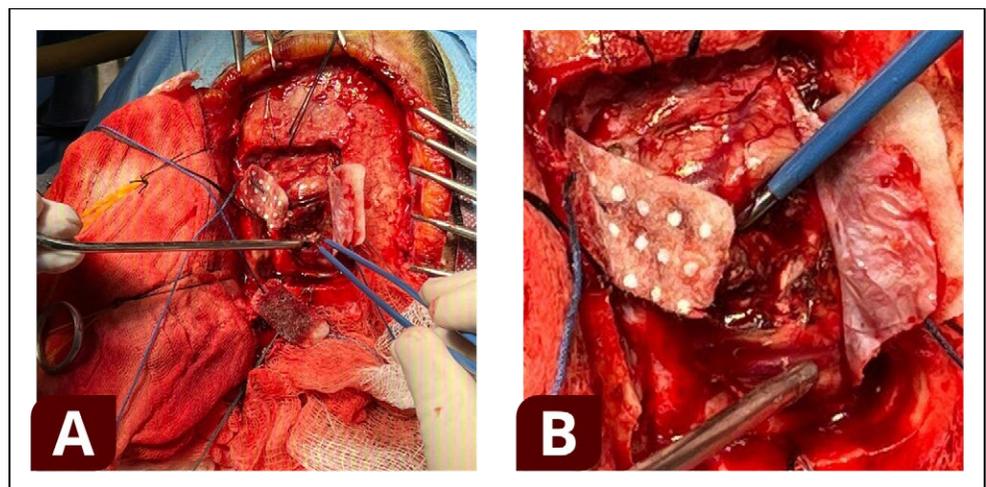


Figura 2. Imágenes Transoperatorias de Resección de Tumor Cerebral. (A) Se observa exposición de lóbulo occipital izquierdo, realizando toma de biopsia y resección de tumoración cerebral (B) Tumoración cerebral en región occipital izquierda y control de hemostasia mediante bipolar y uso de cotonoides.



Agradecimientos. Se agradece a la Dra. Luna Ana, Dra. Flores Sahian y Dr. Peña por su apoyo para realización de este reporte de caso.

Financiamiento. El autor declara que este trabajo fue realizado por recursos propios.

Conflicto de intereses. Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Responsabilidades éticas. En este trabajo los autores no realizan experimentación con animales o humanos, se solicitó a la paciente mediante consentimiento informado para autorizar la publicación del caso con anonimato. En todo momento se respeta la integridad del paciente, con el objetivo principal de promover el conocimiento científico y compartir la información reportada con la comunidad médica.

Bibliografía

- Buskwofie, A., David-West, G., & Clare, C. (2020). A Review of Cervical Cancer: *Incidence and Disparities*. *J Natl Med Assoc.*, 229-232. doi:10.1016/j.jnma.2020.03.002
- Cervical Cancer Screening Every 5 years OK. (2018).
- Fowler, J., Maani, E., Dunton, C., Gasalberti, D., & Jack, B. (2023). Cervical Cancer. *StartPearls Publishing* , PMID: 28613745.
- Henriksen, E. (1949). The lymphatic spread of carcinoma of the cervix and of the body of the uterus. *J Obstet Gynecol*, 924-942.
- Jong, H., Heon, J., & Myong, C. (2013). Brain metastasis in patients with uterine cervical cancer. *J Obstet Gynaecol Res* 2013; 39: 287–291. *J Obstet Gynaecol* , 287–291.
- Manin, I., & Montomoli, E. (2018). Epidemiology and prevention of Human Papilloma. *Ann Ig*, 28-32.
- Sato, Y., Tanaka, Kobayashi, Y., Shibuya, H., Nishigay, Y., & Momomura, M. (2015). Uterine cervical cancer with brain metastasis as the initial site of presentation . *J Obstet Gynaecol Res*. doi:10.1111/jog.12668.
- Shidham, V., Kumar, N., Narayan, R., & Brotzman, G. (2007). Should LSIL with ASC-H (LSIL-H) in cervical smears be an independent category? A study on SurePath. *Cytojournal*, 4-7.
- Villasmil, R., Mayner, T., & Pérez, V. (2018). Metástasis cerebral de carcinoma de cuello uterino. *Rev Peru Ginecol Obstret*, 113-116.
- Vizcaino, A., Moreno, V., & Bosch, F. (2000). International trends in incidence of cervical cancer, part 2 Squamous-cell carcinoma . *Int J Cancer* , 429-435.