

# TUMOR DE MÜLLER

Victoria E. Arango L.

Geriatra Clínica

Departamento de Medicina Interna - Pontificia Universidad Javeriana

Rosa Bibiana Pérez Zabala

Residente de 3° año

Medicina Interna - Pontificia Universidad Javeriana

---

## Historia clínica

### Información general

Paciente de sexo femenino, con 67 años de edad, natural de La Cuesta (Santander), y residente en Bogotá. Estado civil, viuda; se dedica a las labores del hogar. Religión, católica.

### Motivo de consulta

“Malestar general, fiebre y cambio de color en la orina”

### Antecedentes personales

Hipertensión arterial, desde hace 20 años; EPOC; Tumor de Müller, mixto para el cual recibió tratamiento quirúrgico (histerectomía ampliada) a principios de 2004; trombosis venosa profunda en febrero del mismo año y desde entonces está anticoagulada; varios episodios de infección de vías urinarias, asociados a delirium.

### Antecedentes gineco-obstétricos

Menarca a los 12 años; G4, P4, V4; histerectomía; no recuerda la fecha de su última menstruación.

### Antecedentes tóxicos

Exposición crónica a humo de leña.

### Antecedentes farmacológicos

Nifedipino 30 mg/d; bromuro de ipratropium y salbutamol, inhaladores; warfarina, 5 mg/d

### Valoración social

Paciente viuda, con cuidador permanente; depende económicamente de sus hijos. Cuenta con un adecuado apoyo familiar.

### Valoración cognoscitiva

Refieren varios años de evolución, sin precisar, de pérdida de memoria progresiva, básicamente episódica y de trabajo, lo cual consideran parte “normal” del envejecimiento. Niegan trastornos del afecto o del comportamiento.

### Valoración funcional

En los últimos meses ha tenido deterioro de sus actividades funcionales, siendo totalmente dependiente para las instrumentales y requiriendo supervisión en las básicas.

### Enfermedad actual

Varios meses atrás había consultado por cuadro similar a lo anotado en el motivo de consulta, pero asociado a disminución generalizada de la fuerza y mioclonías multifocales. Ante la sospecha de carcinomatosis meníngea le realizan una tomografía cerebral, en la que se evidencia atrofia cerebral generalizada. Aunado a lo anterior hacen una punción lumbar, reportada como normal. Es dada de alta, en buenas condiciones generales y deambulando por sus propios medios.

Dos semanas después asiste caminando a su control por consulta externa donde revisan la histología que reporta componente heterólogo tipo rabdomiosarcoma,

con compromiso del 90% de la pared uterina y compromiso retroperitoneal (ver figura 1). Al ser clasificado como estado III C (ver anexo 1) deciden iniciar manejo con radioterapia. Conceptúan que no se beneficiaría de quimioterapia.

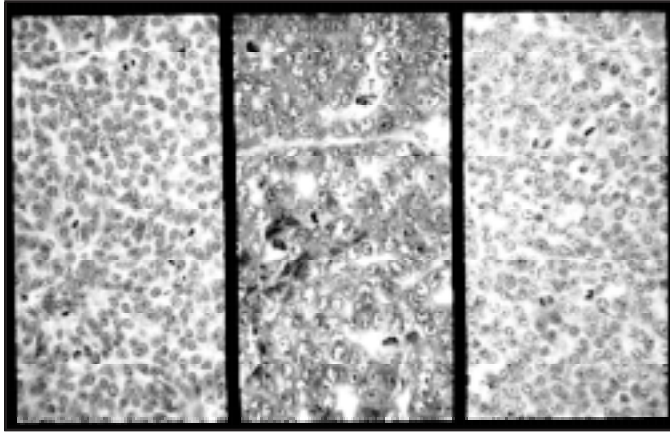


Figura 1. Tumor de Muller. Tumor sarcomatoso con células fusadas

Diez días después consulta por cuadro de dolor lumbar que le limita los arcos de movimiento, le diagnostican lumbalgia mecánica y es manejada con analgésicos y terapia física. Al parecer con respuesta parcial.

Un mes después es traída a la institución por el cuadro actual, consistente en cinco días de evolución de fiebre no cuantificada, hematuria, astenia y adinamia. Niegan el consumo de algún medicamento para controlar los síntomas. Al examen físico de ingreso la encuentran normotensa, sin alteraciones cardiovasculares, extremidades sin edemas; en la evaluación neurológica está desorientada y somnolienta. Hacen una impresión diagnóstica de infección de vías urinarias y de sobreanticoagulación (INR de 17): se suspende la warfarina y se inicia manejo antibiótico. No requirió uso de plasma.

Al segundo día de la hospitalización aparece dificultad respiratoria asociada a taquipnea y persistencia de la fiebre, se hace diagnóstico de neumonía, confirmado posteriormente con radiografía de tórax (ver figura 2). Se adecuan los antibióticos. Al tercer día cede la hematuria. Al quinto día de su ingreso interconsultan a geriatría por presencia de úlcera sacra.

En la valoración geriátrica se encuentra (sólo los hallazgos positivos) PA:110/70 (sin evidencia de hipotensión postural); FC: 82; FR:23; T° de 36.5°C, palidez

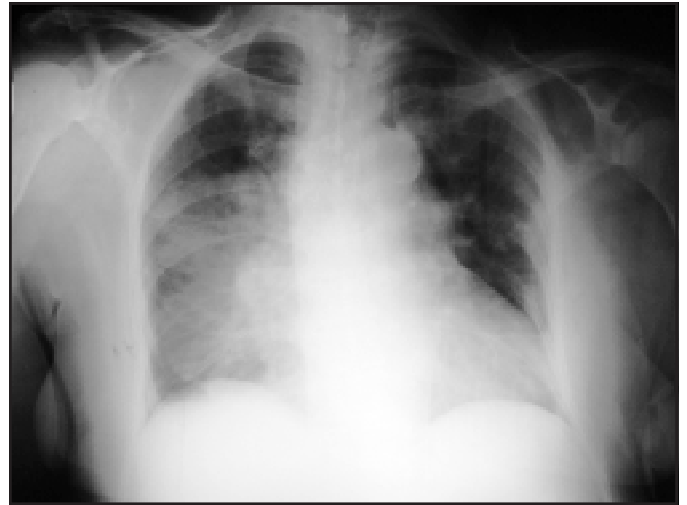


Figura 2. Rx tórax

mucocutánea generalizada, marcado hirsutismo en cara y miembros inferiores; a la auscultación pulmonar había estertores bibasales; edema GII en miembros inferiores. Úlcera sacra GIII, con abundante tejido necrótico, sin signos de infección y con hematoma perilesional, así como unas pequeñas úlceras, GI bimaolares. En el examen neurológico era una paciente somnolienta, pero fluctuante, desorientada en tiempo y espacio, con lenguaje incoherente, bradiplálica y bradipsíquica. Cabe resaltar que se encontró hipoestesia en miembros inferiores, arreflexia bilateral, esfínter anal átono, e incontinencia doble. Nivel en T8. Aunado a lo anterior era evidente la hipertrofia del clítoris.

### Los paraclínicos mostraron

Cuadro hemático: Leucocitos: 11600, Hb: 11.6, Hto: 34.3  
VCM: 100 PLT: 412000

P. de Orina: nitritos (+), pH: 5, proteinuria de 500 mg/dl, leucocitos de 15 a 20 por campo, hematíes incontables y bacterias ++++.

Pruebas de función renal, evidenciaban insuficiencia de carácter pre-renal.

Rayos X de tórax: infiltrados basales alveolares derechos.

Se hicieron las siguientes impresiones diagnósticas

1. Shock medular T8, secundario a hematoma medular (por sobreanticoagulación) o a compromiso tumoral.
2. Sobreanticoagulación

3. Neumonía adquirida en la comunidad, en tratamiento.
4. Infección de vías urinarias, en tratamiento
5. Falla renal secundaria a pérdida de volumen
6. Inmovilismo
7. Úlceras por presión
8. Delirium multifactorial
9. Deterioro cognoscitivo de origen degenerativo primario, tipo Alzheimer, GDS 5.
10. Metástasis suprarrenal vs. producción endógena de andrógenos, por el tumor (posteriormente es valorada por endocrinología, quienes confirman la segunda opción, basados en los hallazgos clínicos del clítoris)
11. Tumor Mülleriano mixto, maligno

Se solicita un nuevo control de pruebas de función renal, posterior a la corrección del balance hídrico, las cuales se normalizaron. La resonancia magnética de columna evidenció extensa lesión en T3 (ver figuras 3 y 4) para lo cual recibió manejo con esteroides y una sesión de radioterapia, paliativa.

La paciente es dada de alta para continuar su manejo paliativo en casa, con antibióticos, terapias respiratoria

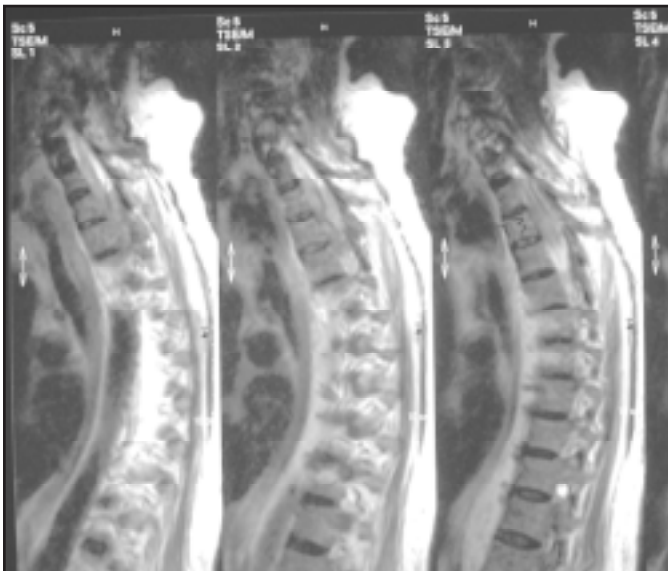


Figura 3.

y física, administración de analgésicos en caso de presentar dolor y curaciones con colagenasa y medidas

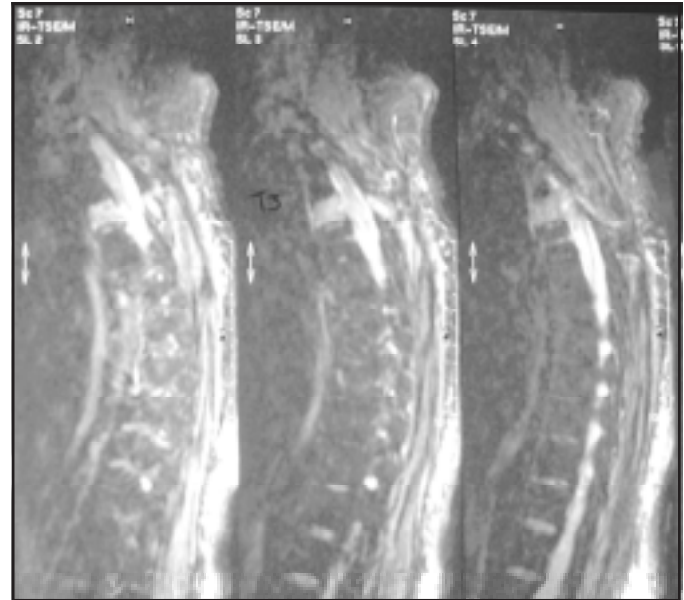


Figura 4.

anti-inmovilismo, para manejo de sus úlceras. En el control del delirium se usaron medidas no farmacológicas.

### Revisión del tema

Los tumores mullerianos mixtos malignos son neoplasias mesenquimáticas y epiteliales poco frecuentes, originadas en la mayoría de los casos en el útero. Es el tumor uterino más frecuente con componente sarcomatoso y representa el 1.5% de los cánceres en este sitio. Las localizaciones ováricas representan menos del 1%. Los de tracto urinario son aún más escasos y pueden ser por implantación (cirugía previa pélvica) o por metaplasia.

Este tumor tiene un componente carcinomatoso y otro sarcomatoso. El primero generalmente es de origen endometriode, pero puede ser seroso papilar o de células claras, entre otras posibilidades. El componente sarcomatoso puede ser homólogo (estirpes celulares que se encuentran normalmente en el útero), tales como sarcoma del estroma endometrial o leiomiomasarcomatoso, o heterólogo (otras estirpes celulares), como rhabdomiomasarcomatoso (el más frecuente), condrosarcomatoso, osteosarcomatoso o liposarcomatoso (ver anexo 2).

Con frecuencia hay antecedentes de radioterapia: 30% de las pacientes con sarcomas uterinos tiene este an-

tecedente, 10 a 15 años antes. Aun con dosis de radiación de 100 cGy. El tumor es altamente agresivo, en especial si es heterólogo. En general todos los sarcomas tienen un mal pronóstico, con sobrevividas de 30% o menos a 5 años.

Aunque con frecuencia crece y protruye por el cerviz uterino, generalmente tiene diseminación linfática.

El tratamiento es histerectomía abdominal total + salpingo-oforectomía bilateral + linfadenectomía pélvica bilateral, y además debe tomarse biopsia de ganglios paraórticos. En ocasiones se usa radioterapia adyuvante y terapia anti-estrogénica (varios de los sarcomas tienen receptores para progesterona).

## Bibliografía

1. Forney JP, Buschbaum HJ: Classifying, staging, and treating uterine sarcomas. *Contemp Ob Gyn* 18(3):47, 50, 55-56, 61-62, 64, 69, 1981.
2. Major FJ, Blessing JA, Silverberg SG, et al.: Prognostic factors in early-stage uterine sarcoma. A Gynecologic Oncology Group study. *Cancer* 71 (4 Suppl): 1702-9, 1993.
3. Evans HL, Chawla SP, Simpson C, et al.: Smooth muscle neoplasms of the uterus other than ordinary leiomyoma. A study of 46 cases, with emphasis on diagnostic criteria and prognostic factors. *Cancer* 62 (10): 2239-47, 1988.
4. Oláh KS, Dunn JA, Gee H: Leiomyosarcomas have a poorer prognosis than mixed mesodermal tumours when adjusting for known prognostic factors: the result of a retrospective study of 423 cases of uterine sarcoma. *Br J Obstet Gynaecol* 99 (7): 590-4, 1992.
5. Omura GA, Blessing JA, Major F, et al.: A randomized clinical trial of adjuvant adriamycin in uterine sarcomas: a Gynecologic Oncology Group Study. *J Clin Oncol* 3 (9): 1240-5, 1985.
6. Piver MS, Lele SB, Marchetti DL, et al.: Effect of adjuvant chemotherapy on time to recurrence and survival of stage I uterine sarcomas. *J Surg Oncol* 38 (4): 233-9, 1988.
7. van Nagell JR Jr, Hanson MB, Donaldson ES, et al.: Adjuvant vincristine, dactinomycin, and cyclophosphamide therapy in stage I uterine sarcomas. A pilot study. *Cancer* 57 (8): 1451-4, 1986.
8. Peters WA 3rd, Rivkin SE, Smith MR, et al.: Cisplatin and adriamycin combination chemotherapy for uterine stromal sarcomas and mixed mesodermal tumors. *Gynecol Oncol* 34 (3): 323-7, 1989.
9. Shepherd JH: Revised FIGO staging for gynaecological cancer. *Br J Obstet Gynaecol* 96 (8): 889-92, 1989.
10. Omura GA, Major FJ, Blessing JA, et al.: A randomized study of adriamycin with and without dimethyl triazenoimidazole carboxamide in advanced uterine sarcomas. *Cancer* 52 (4): 626-32, 1983.
11. Muss HB, Bundy B, DiSaia PJ, et al.: Treatment of recurrent or advanced uterine sarcoma. A randomized trial of doxorubicin versus doxorubicin and cyclophosphamide (a phase III trial of the Gynecologic Oncology Group). *Cancer* 55 (8): 1648-53, 1985.
12. Thigpen JT, Blessing JA, Beecham J, et al.: Phase II trial of cisplatin as first-line chemotherapy in patients with advanced or recurrent uterine sarcomas: a Gynecologic Oncology Group study. *J Clin Oncol* 9 (11): 1962-6, 1991.
13. Thigpen JT, Blessing JA, Wilbanks GD: Cisplatin as second-line chemotherapy in the treatment of advanced or recurrent leiomyosarcoma of the uterus. A phase II trial of the Gynecologic Oncology Group. *Am J Clin Oncol* 9 (1): 18-20, 1986.
14. Sutton GP, Gynecologic Oncology Group: Phase II Master Protocol Study of Chemotherapeutic Agents in the Treatment of Recurrent or Advanced Uterine Sarcomas — IFF plus Mesna (Summary Last Modified 04/93), GOG-87B, Clinical trial, Completed.
15. Sutton GP, Blessing JA, Rosenshein N, et al.: Phase II trial of ifosfamide and mesna in mixed mesodermal tumors of the uterus (a Gynecologic Oncology Group study). *Am J Obstet Gynecol* 161 (2): 309-12, 1989.
16. Sutton G, Blessing JA, Park R, et al.: Ifosfamide treatment of recurrent or metastatic endometrial stromal sarcomas previously unexposed to chemotherapy: a study of the Gynecologic Oncology Group. *Obstet Gynecol* 87 (5 Pt 1): 747-50, 1996.
17. Sutton GP, Blessing JA, Barrett RJ, et al.: Phase II trial of ifosfamide and mesna in leiomyosarcoma of

the uterus: a Gynecologic Oncology Group study. Am J Obstet Gynecol 166 (2): 556-9, 1992.

18. Sutton G, Brunetto VL, Kilgore L, et al.: A phase III trial of ifosfamide with or without cisplatin in carcinosarcoma of the uterus: A Gynecologic Oncology Group Study. Gynecol Oncol 79 (2): 147-53, 2000.

## Anexo 1

### Clasificación Figo: Carcinoma del cuerpo uterino

**Etapas I:** Limitado al cuerpo uterino (Esta etapa representa el 50% de todas las presentaciones)

- **IA.** Limitado al endometrio
- **IB.** Invasión a menos de la mitad del miometrio
- **IC.** Más de la mitad del miometrio

**Etapas II:** Cuerpo y cuello, pero no fuera del útero

- **IIA.** Complicación glandular endocervical únicamente
- **IIB.** Invasión estromática cervical

**Etapas III:** Fuera del útero, pero limitado a la pelvis verdadera

- **IIIA:** Invade serosa y/o anexos y/o citología peritoneal post.
- **IIIB:** Metástasis ganglios linfáticos pelvianos y/o para-aórticos

**Etapas IV:** Vejiga o mucosa intestinal o metástasis distantes

- **IVA:** Vejiga y/o mucosa intestinal
- **IVB:** Metástasis distantes, ganglios intra-abdominales y/o inguinales.

## Anexo 2

### Clasificación histológica de los sarcomas uterinos Kempson y Bari

Tipo histológico	Tumores más frecuentes
Sarcomas puros	Leiomiomasarcoma 30% Del estroma endometrial 15% Tumor mesodermal mixto 10%
Sarcomas Mixtos	50%
Tumor Mixto Mulleriano Maligno	20%
Sarcoma no clasificado	
Linfoma Maligno	