

## Cáncer Sincrónico Ginecológico: Experiencia en la consulta de ginecología oncológica del Servicio de Cirugía de CMDLT.

Carmen María Aranguren Tuarez<sup>1</sup>,  Carmen María Suarez González<sup>2</sup>,  Alirio José Mijares Briñez<sup>2</sup>. 

### Resumen

**Introducción:** El cáncer sincrónico ginecológico es una rara entidad de especial interés clínico y patológico, se conoce así a aquellas neoplasias que se presentan en un mismo paciente, simultánea o sucesivamente. La sincronicidad de cáncer mas frecuente reportada es la de endometrio-ovario sin embargo esta entidad clínica puede aparecer en cuello uterino-ovario, cuello uterino-endometrio; puede ser doble o triple e inclusive sincrónico de ovario *in situ*. **Objetivo:** Demostrar la experiencia en cuanto al diagnóstico y manejo del cáncer sincrónico ginecológico en la consulta de ginecología oncológica del servicio de cirugía del Centro Médico Docente La Trinidad. **Materiales y métodos:** Se realizó un estudio observacional descriptivo tipo serie de casos. La población estuvo conformada por 3854 pacientes con diagnóstico de cáncer ginecológico, de ello se seleccionaron 350 historias con diagnóstico de cáncer ginecológico con 2 neoplasias en diferente localización corporal, que acudieron a consulta de Ginecología Oncológica en el Centro Médico Docente La Trinidad desde 2000-2020. **Resultados:** Se evaluaron 350 historias de pacientes con diagnóstico de cáncer ginecológico con 2 neoplasias en diferente localización corporal, de las cuales según los criterios de exclusión se diagnosticaron 4 casos con cáncer sincrónico representando esto el 1,1 % de frecuencia en la consulta. **Conclusión:** El diagnóstico de cáncer sincrónico siempre debe ser considerado en todas las pacientes cuando presentan algún tipo de cáncer ginecológico, ya que esta condición es cada vez más frecuente, se corrobora que la supervivencia y el tiempo libre de recaída de la enfermedad dependerá del correcto estadiaje de cada uno de los canceres por separado de los estudios de imágenes.

**Palabras clave:** cáncer sincrónico, cáncer de endometrio, cáncer de ovario, metástasis.

## Synchronous gynecological cancer: experience in the gynecological oncology consultation of the CMDLT.

### Abstract

**Introduction:** Synchronous gynecological cancer is a rare entity of special clinical and pathological interest, it is known as those neoplasms that occur in the same patient, simultaneously or successively. The most frequent cancer synchronicity reported is that of the endometrium-ovary; however, this clinical entity can appear in the cervix-ovary, cervix-endometrium; It can be double or triple and even synchronous with the ovary *in situ*. **Objective:** To demonstrate the experience regarding the diagnosis and management of gynecological synchronous cancer in the gynecological oncology consultation of the surgery service of the La Trinidad Teaching Medical Center. **Materials and methods:** A descriptive observational study of the case series type was carried out. The population consisted of 3,854 patients diagnosed with gynecological cancer, from which 350 records diagnosed with gynecological cancer with 2 neoplasms in different body locations were selected, who attended the Oncological Gynecology consultation at the La Trinidad Teaching Medical Center from 2000-2020. **Results:** 350 records of patients diagnosed with gynecological cancer with 2 neoplasms in different body locations were evaluated, of which, according to the exclusion criteria, 4 cases were diagnosed with synchronous cancer, representing a 1.1% frequency in the consultation. **Conclusion:** The diagnosis of synchronous cancer should always be considered in all patients when they present some type of gynecological cancer, since this condition is becoming more frequent, it is corroborated that the survival and relapse-free time of the disease will depend on the correct staging of each of the cancers separately from the imaging studies.

**Keywords:** synchronous cancer, endometrial cancer, ovarian cancer, metastasis.

<sup>1</sup>Departamento de Cirugía General. Servicio de Cirugía General. Centro Médico Docente la Trinidad. Caracas – Venezuela.  
Autor Correspondiente: Carmen María Aranguren Tuarez. Correo electrónico: Carmen.tuarez23@gmail.com  
Recibido: 10/10/2021 - Aceptado: 09/12/2021

## Introducción

El cáncer sincrónico ginecológico es una rara entidad con un especial interés clínico y patológico, supone un hallazgo inusual en la ginecología oncológica representando no más del 2 % de los casos. La definición aún no se ha acordado totalmente, siendo objeto de controversia hoy en día.<sup>1-11</sup>

Se denomina tumores primarios múltiples a aquellas neoplasias que se presentan en un mismo paciente, simultáneo o sucesivamente.<sup>2-10</sup>

En la práctica no siempre es fácil distinguir las lesiones sincrónicas de las metastásicas, depende de la pericia del médico, del conocimiento que tenga sobre los tumores sincrónicos y de los recursos que tenga disponible ya que generalmente predominan las manifestaciones de uno de ellos, diagnosticándose posteriormente de forma accidental, la neoplasia sincrónica.<sup>1</sup>

En el momento del hallazgo simultáneo de dos lesiones ginecológicas el médico debe plantearse varias posibilidades: que sean lesiones metastásicas e identificar el tumor primario, que sean lesiones sincrónicas independientes o que formen parte de un síndrome hereditario.<sup>1-3</sup>

Se han propuestos varios consensos para el diagnóstico de cáncer sincrónico entre ovario y endometrio uno de ellos fue propuesto por el Dr. Scully y actualizada por Ulbrighth and Roth, definiendo que el diagnóstico requiere ausencia de un patrón multinodular en ovario (criterio mayor) o dos o más criterios menores: ausencia de invasión miometrial profunda, compromiso ovárico unilateral, ausencia de invasión linfovascular, ausencia de compromiso tubárico y un compromiso ovárico superior a 5 cm.<sup>4,12</sup>

Los tumores sincrónicos más frecuentes en ginecología son los de ovario-endometrio, la resonancia magnética es la herramienta normalmente utilizada para la estadificación y la planificación de tratamiento en el cáncer de endometrio que también nos puede ayudar al diagnóstico de cáncer sincrónico utilizando la técnica de imagen ponderada por difusión contribuye al diagnóstico de cáncer sincrónico también de cuello uterino.<sup>5</sup>

A pesar de que en muchos países durante los últimos años se ha observado un incremento en los casos reportados de cáncer sincrónico atribuyéndose esto, a la mayor esperanza de vida de la población, a los avances de los métodos diagnósticos y de los tratamientos que impiden la metástasis de una primera neoplasia<sup>6, 13</sup> En nuestro país existen pocos casos reportados hasta ahora.

La asociación más frecuente en los casos publicados está formada por neoplasias de ovario y endometrio. Los cánceres de cuello, vagina y vulva, donde la presencia del virus del papiloma humano juega un papel importante, arrojan otro posible ejemplo de cáncer sincrónico, siendo prácticamente imposible diferenciarlos como tumores "independientes".<sup>6</sup>

Los tumores sincrónicos de endometrio y trompa son una entidad rara de difícil estudio anatomopatológico y los trabajos publicadas al respecto son muy limitadas. La histología, el tamaño tumoral, la invasión del espacio linfovascular, la infiltración miometrial y la afectación de la serosa son importantes en la diferenciación entre tumores sincrónicos y metástasis.<sup>7</sup>

Conociendo que el cáncer sincrónico es una entidad muy poco frecuente y rara, debemos tener en cuenta que inclusive se han reportado casos de neoplasia primaria de diferente estirpe histológica en cada ovario, es una rara situación y contamos con limitada información disponible y falta de consenso acerca de la definición correcta que se deba aplicar a esta modalidad de presentación clínica y del enfoque diagnóstico y terapéutico adecuado que debemos seguir.<sup>8</sup>

La etiología de los tumores sincrónicos es incierta. Lauchlan propuso el sistema mülleriano extendido, que abarca el epitelio de la superficie ovárica, trompas de Falopio y útero (cuerpo y cérvix) como unidad morfológica única; explicaría aquellos tumores sincrónicos de similar etiología, pero no aquellos de etiología distinta.<sup>9</sup> Las pacientes clásicamente a quien se les ha diagnosticado cáncer sincrónico ginecológico doble o triple generalmente son jóvenes, obesas, nulíparas y premenopáusicas.<sup>9</sup>

Otros métodos que nos ayudan a diferenciar los tumores sincrónicos de los metastásicos a parte del estudio

histológicos son: los estudios moleculares, la presencia de microsatélites, la citometría de flujo o mutación del oncogén PTEN y el estudio inmunohistoquímico que son determinantes para definir la diferente naturaleza de las neoplasias y catalogarlas como a primarios independientes.<sup>6,9</sup>

El cáncer sincrónico doble, triple y cuádruple no solo está descrito en el área ginecológica si no también en el área de cabeza y cuello donde son más frecuentes, relacionados principalmente al tabaquismo, consumo de alcohol y actualmente a la presencia del virus de VPH.<sup>14</sup>

Aunque actualmente existan pocos datos sobre los mecanismos moleculares por los cuales se desarrolla un segundo cáncer primario, la medición y documentación de los casos así como su abordaje y tratamiento, brindan una plataforma única para la investigación in vivo sobre la interacción entre el gen y el ambiente en humanos.<sup>15</sup>

Dentro de las prioridades mundiales para el desarrollo de una metodología que pueda permitir disminuir los casos de casos sincrónicos se encuentran: 1. Infraestructura de investigación nacional; 2. Creación de un sistema coordinado para la recolección de muestras biológicas; 3. Desarrollo de nuevas tecnologías bioinformáticas y biomarcadores; 4. Diseño de nuevos métodos epidemiológicos y 5. Desarrollo de guías de práctica clínica basada en evidencia.<sup>15, 16</sup>

Es importante reportar casos que permitan a los colegas en formación obtener una visión más clara de esta infrecuente patología y así poder diagnosticarlas precozmente, mejorando así su manejo terapéutico y pronóstico del paciente; el diagnóstico de dos tumoraciones debe ser estudiado para determinar su origen.

Se describirán cuatro casos clínicos donde se realiza el diagnóstico de cáncer sincrónico utilizando recursos imagenológicos, marcadores tumorales e histopatología, teniendo en cuenta los criterios descritos para definir cáncer sincrónico en ginecología.

La importancia de conocer la experiencia en el servicio de cirugía ginecológica oncológica del manejo de cáncer

sincrónico en ginecología permitirá realizar protocolos de estudio eficaces para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las pacientes y así obtener mayor tasa de curación y mejorar la calidad de vida de las pacientes.

## **Materiales y métodos**

Se realizó un estudio observacional descriptivo tipo serie de casos, una vez obtenido el aval del Comité de Ética para la Investigación del CMDLT. La población estuvo conformada por 3854 pacientes con diagnóstico de cáncer ginecológico, de ello se seleccionaron 350 historias con diagnóstico de cáncer ginecológico con 2 neoplasias en diferente localización corporal, que acudieron a consulta de Ginecología Oncológica en el Centro Médico Docente La Trinidad desde 2000-2020. Se utilizaron como criterios de inclusión que cada tumor debía tener un patrón de malignidad definido, una histología diferente y que cada neoplasia siguiera su historia natural y evolución independiente y se excluyeron pacientes con benignidad de uno de los tumores, metástasis de otro tumor, recidiva de enfermedad oncológica anterior, trastornos hematológicos y diagnóstico de Sarcoma de Kaposi.

### *Tratamiento Estadístico*

Se determinó la frecuencia de cáncer sincrónico en la consulta para ello se dividió el número de pacientes con diagnóstico de cáncer sincrónico entre el número de pacientes con diagnóstico de cáncer ginecológico con 2 neoplasias en diferente localización corporal, los datos de cada variable fueron procesados en el programa estadístico Microsoft Excel, usando SPSS 18 para determinar las frecuencias mediante la elaboración de tablas cruzadas para las variables evaluadas, estas tablas permitieron obtener los porcentajes de las distintas categorías de las variables analizadas.

## **Caso Clínico 1**

Femenina de 38 años de edad, nuligesta con diagnóstico de hiperinsulismo en tratamiento regular

con metformina, hábito tabáquico ocasional, con antecedente materno de Cáncer de Colon quien acudió a consulta por sangrado uterino anormal, se evidencia lesión que protruye a través de cérvix, se toma muestra para biopsia que reporta adenocarcinoma endocervical bien diferenciado G1; se realiza ecografía transvaginal que reporta engrosamiento endometrial se realiza inmunohistoquímica, se solicita estudios de extensión y se evidencia en la Tomografía axial computarizada LOE parauterino izquierdo de 8,5 cm por 5,3 cm y engrosamiento endometrial, se plantea protocolo de ovario se realiza biopsia peri operatoria que reporta positivo para adenocarcinoma. Biopsia definitiva que reporta carcinoma endometroide de ovario izquierdo bien diferenciado y adenocarcinoma de endometrio tipo endometroide bien diferenciado con más de 50 % de invasión miometrial y extensión a cuello uterino. Se cataloga como cáncer sincrónico de ovario ST IIC y Cáncer de endometrio ST II. Paciente recibió tratamiento adyuvante con quimioterapia. Paciente con controles cada 6 meses, sin recaída oncológica hasta la actualidad.

### Caso clínico 2

Femenina de 51 años de edad IG IP, hábito tabáquico ocasional, con diagnóstico de Cáncer de Cuello Uterino ST IIB quien recibió tratamiento con quimioterapia concurrente con radioterapia y braquiterapia. Se realiza ecografía transvaginal que evidencia tumor parauterino derecho ecomixto, realizan tomografía axial computarizada que reporta LOE parauterino derecho sin conducta con respecto a este hallazgo en ese momento, es referida por oncología médica por imagen radiológica persistente de Tumor de ovario derecho ecomixto, paciente asintomática, citología que reporta atrofia. Se realiza protocolo de ovario, cuya biopsia reporta Cistoadenocarcinoma de Ovario se estadía como Cáncer de ovario ST IIC sincrónico con Cáncer de Cuello Uterino ST IIB recibe terapia adyuvante con quimioterapia, a los 4 meses de postoperatorio presenta complicación enterocele a través de cúpula vaginal se realiza corrección con malla de marlex en cúpula vaginal; se realiza seguimiento oncológico con marcadores tumorales CA125, examen físico y estudios de imágenes actualmente sin recaída oncológica.

### Caso clínico 3

Femenina de 55 años IIG IP IC con antecedentes quirúrgicos de cistectomía de ovario. Reducción mamaria bilateral, dermolipectomía quien acudió por presentar dolor pélvico crónico, realizan histeroscopia por engrosamiento endometrial, toman muestra para biopsia que reporta adenocarcinoma de endometrio tipo endometroide G2, referida a la consulta se solicitan estudios de extensión, tomografía de tórax, abdomen y pelvis, se evidencia LOE renal derecho, se realiza nefrectomía total que reporta carcinoma renal de células claras, adenocarcinoma de endometrio moderadamente diferenciado variedad endometroide G2. Se concluye como cáncer sincrónico de endometrio ST IB y Cáncer Renal ST I. Paciente bajo seguimiento con estudios de extensión y marcadores tumorales CA125 sin recaída oncológica.

### Caso clínico 4

Paciente de 56 años de edad IIG IIC hábito tabáquico 41 paquetes año, padre fallecido cáncer laríngeo, paciente asintomática a quien realizan radiografía de tórax y se evidencia lesión tumoral pulmonar de lóbulo superior pulmón derecho realizan toracotomía derecha con lobectomía superior, el resultado de la biopsia reporta adenocarcinoma de pulmón moderadamente diferenciado T2, N1, M0 se realizan estudios de extensión TAC, RMN y CTPET donde se evidencia captación a nivel de cavidad uterina motivo por el cual es evaluada, al examen físico se evidencia lesión en cuello uterino se toma muestra para biopsia de cuello uterino y de canal endocervical que reporta carcinoma de células escamosas moderadamente diferenciado, se cataloga como carcinoma epidermoide de cuello uterino ST IB2. Se concluye como cáncer sincrónico de pulmón ST IIB y cáncer de cuello uterino ST IB2. Recibe tratamiento con quimioterapia concurrente con radioterapia y braquiterapia, se mantiene en controles sucesivos con examen físico y tomografía de tórax, abdomen y pelvis, después de 6 meses de control acude con resultados de CTPET donde se evidencia recaída pulmonar, pélvica y ósea y se inicia 10 ciclos de quimioterapia, en vista de que según TAC hay aumento de lesión pulmonar se cambia tratamiento de quimioterapia y cumple 6 ciclos el cual produce toxicidad hematológica que ameritó hospitalización, permanece estable por 2 años y 9

meses bajo observación, acude a control ginecológico donde se evidencia lesión vulvar se toma muestra de biopsia que reporta carcinoma epidermoide vulvar recibe quimioterapia, actualmente lesión en vagina sangrante, se solicitan estudios de extensión.

## Resultados

Se incluyeron 4 pacientes con diagnóstico de cáncer sincrónico en ginecología las cuales representan 1% de la población estudiada y 0,01 % de la población general con diagnóstico de cáncer ginecológico en 20

años, lo que se asemeja a las estadísticas mundiales con respecto a la baja frecuencia de dicha patología. Se puede evidenciar que los cuatro casos clínicos con diagnóstico de cáncer sincrónico fueron de diferentes tipos. Se pudo confirmar la importancia de los estudios de extensión ya que la mitad de las pacientes fueron asintomáticas y su diagnóstico fue por imagenología. En la tabla 1. Se puede observar que 3 de las 4 pacientes estudiadas según el seguimiento no tuvieron recaída oncológica en 10 años. En la tabla 2 se observa que el 66 % de las pacientes tenían hábito tabáquico y no presentaron recaída oncológica. La tabla 3 nos muestra que 3 de las 4 pacientes sin antecedentes familiares de cáncer estuvieron sin recaída oncológica.

**Tabla 1.** Correlación diagnóstico preoperatorio y seguimiento.

Recuento			SEGUIMIENTO		Total
			SIN RECAIDA ONCOLOGICA 10 AÑOS	CON RECAIDA ONCOLOGICA 10 AÑOS	SIN RECAIDA ONCOLOGICA 10 AÑOS
DX PRE	ENDOMETRIO – OVARIO	% DX PRE+ seguimiento	1	0	1
			100,0 %	0,0 %	100,0 %
	CUELLO – OVARIO	% DX PRE+ seguimiento	1	0	1
			100,0 %	0,0 %	100,0 %
	ENDOMETRIO – RIÑON	% DX PRE+ seguimiento	1	0	1
			100,0 %	0,0 %	100,0 %
	PULMON – CUELLO UTERINO	% DX PRE+ seguimiento	0	1	1
		% DX PRE+ seguimiento	0,0 %	100,0 %	100,0 %
Total				1	4
			75,0 %	25,0 %	100,0 %

**Tabla 2.** Correlación entre hábito tabáquico y recaída oncológica

Recuento			SEGUIMIENTO		Total
			SIN RECAIDA ONCOLOGICA 10 AÑOS	CON RECAIDA ONCOLOGICA 10 AÑOS	SIN RECAIDA ONCOLOGICA 10 AÑOS
FUMA	SI FUMA	% FUMAR + seguimiento	2	1	3
			66,7%	33,3%	100,0%
	NO FUMA	% FUMAR + seguimiento	1	0	1
			100,0%	,0%	100,0%
Total			3	1	4
			75,0%	25,0%	100,0%

**Tabla 3.** Correlación entre los antecedentes familiares y recaída oncológica

Recuento			SEGUIMIENTO		Total
			SIN RECAIDA ONCOLOGICA 10 AÑOS	CON RECAIDA ONCOLOGICA 10 AÑOS	SIN RECAIDA ONCOLOGICA 10 AÑOS
ANTECEDENTES FAMILIARES	CON ANTECEDENTES FAMILIARES	% ANTECEDENTES FAMILIARES + SEGUIMIENTO	1 50,0%	1 50,0%	2 100,0%
	SIN ANTECEDENTES FAMILIARES	% ANTECEDENTES FAMILIARES + SEGUIMIENTO	2 100,0%	0 0,0%	2 100,0%
Total			3	1	4
			% ANTECEDENTES FAMILIARES + SEGUIMIENTO		75,0% 25,0% 100,0%

### Discusión

Rodríguez y colaboradores<sup>1</sup> describieron un caso clínico de cáncer sincrónico de endometrio y ovario en donde la paciente presenta hábitos tabáquicos y acudió por sangrado uterino anormal al igual que nuestra paciente descrita en el caso 1; se realizó biopsia de endometrio al observar engrosamiento endometrial y se solicitó inmunohistoquímica y posteriormente estudios de extensión utilizando resonancia magnética nuclear, se siguió protocolo de endometrio corroborando por biopsia definitiva que se trataba de un cáncer sincrónico, se tomó la misma conducta de uso de terapia adyuvante sin embargo la evolución de las pacientes fue diferente ya que la paciente atendida en la institución no ha tenido recaída oncológica en los últimos 10 años.

León y colaboradores<sup>2</sup> reportan un caso clínico de carcinoma de endometrio y de ovario endometroide sincrónico al igual que el reportado en nuestro estudio, observando que ambas pacientes eran nuligesta, con hábitos tabáquicos y uso de hipoglicemiantes orales con sangrado uterino anormal como sintomatología, no reportan estudios de extensión utilizados, y solo se describe resultados de la biopsia, y no se posee datos de seguimiento ya que describen que la paciente no acudió nuevamente al centro asistencial.

Frías y colaboradores<sup>3</sup> publicaron un caso denominado Adenocarcinoma sincrónico de alto grado de endometrio y ovario donde también se evidencia que el síntoma más frecuente reportado al igual que en

nuestro caso clínico número 1 es el sangrado uterino anormal y que los estudios de extensión fueron útiles para el diagnóstico de un segundo primario; al igual que lo reportado por Ares y colaboradores.<sup>4</sup>

Camila y colaboradores<sup>5</sup> describieron un caso clínico donde se evidencia la utilidad del uso de imágenes para el diagnóstico de cáncer sincrónico ginecológico tomando como guía cáncer sincrónico de endometrio y cuello uterino; a pesar de no tener un caso semejante al suyo en este trabajo nos demuestra la importancia del uso de imágenes.

Bárbara y colaboradores<sup>6</sup>, Laura y colaboradores<sup>7</sup>, Francisco y colaboradores<sup>8</sup>, y Laura y colaboradores describieron casos clínicos diversos de cáncer sincrónicos ginecológicos dobles y triples, inclusive doble sincrónico de ovario *in situ* sin embargo durante nuestra revisión bibliográfica, no se encontró casos descritos que puedan ser comparados con nuestros casos clínicos de cáncer sincrónico que incluya endometrio-riñón y pulmón cuello uterino.

Billroth<sup>10</sup> describió por primera vez la coexistencia de dos cánceres diferentes en un mismo paciente, de allí se han reportado múltiples casos y se ha estudiado al respecto para ofrecer al paciente herramientas de conducta y tratamiento.

El diagnóstico oportuno de dos o más tumores en un mismo paciente que aparecen en forma sincrónica, que implica en el área genital femenina es sumamente importante ya que de ello depende el pronóstico y el tratamiento de la paciente.

Tong y colaboradores<sup>11</sup> concluyeron que alrededor del 1-2% de las pacientes con cánceres ginecológicos presentan algún otro tumor independiente simultáneo. Ulbright y colaboradores<sup>12</sup> establecieron los criterios histopatológicos para el diagnóstico de Cáncer sincrónico donde se describe que cada tumor debe tener un patrón definido de malignidad. Se debe excluir que uno constituya metástasis de otro. Cada tumor debe presentar una histología diferente y si son similares dentro del mismo órgano, que no se pueda demostrar ninguna conexión entre ellos. Cada tumor debe seguir su historia natural y evolución independiente. Cada tumor puede presentarse con síntomas propios o ser un hallazgo en el diagnóstico, estadificación o seguimiento del primero o ser hallado post mortem y por último el diagnóstico de los tumores puede ser sucesivo (metacrónico) o simultáneo (sincrónico). En el estudio realizado por Mariotto y colaboradores<sup>13</sup> sobre prevalencia se estima que entre 1975 y 2001, 456467 personas en los Estados Unidos fueron afectadas por más de un cáncer, representando el 8% de los sobrevivientes de cáncer para 2007; las mujeres ocuparon el primer lugar y el primario más frecuente fue el cáncer de mama.

Se han descrito algunos factores asociados a la presencia de un segundo o tercer primario, como la ascendencia caucásica, neoplasias poco agresivas, historia familiar de neoplasias y un curso indolente con larga supervivencia<sup>14</sup>. Los mecanismos que hasta ahora se han relacionado en el desarrollo de segundos primarios han sido clasificados en tres categorías: 1. Asociados con el tratamiento de la primera neoplasia; 2. Parte de un síndrome ya tipificado; 3. El grupo de factores etiológicos múltiples, dentro de los que se incluyen estilo de vida, exposición ambiental, y susceptibilidad genética.<sup>15, 16</sup>

Durante la revisión bibliográfica no se encontró algún estudio sobre la experiencia de servicios de Ginecología oncológica que incluyera casos clínicos de cáncer sincrónico en su unidad, tampoco de casos clínicos con información completa sobre cáncer sincrónico de cuello uterino y ovario. Los reportes más frecuentes fueron de cáncer sincrónico, de cuello uterino y endometrio.

Es de suma importancia la evaluación de la anatomía patológica de las biopsias de pacientes

con diagnóstico de cáncer debido a que permite descartar la presencia de metástasis o de una neoplasia maligna sincrónica con una neoplasia benigna, o de tumores benignos que asemejan metástasis de una neoplasia maligna.

## Conclusiones

El diagnóstico de cáncer sincrónico siempre debe ser considerado en todas las pacientes cuando presentan algún tipo de cáncer ginecológico, ya que esta condición es cada vez más frecuente, posiblemente asociada con mayor supervivencia y mejores métodos diagnósticos disponibles. Por ello es necesario enfocarse en la realización de una historia clínica completa, un examen físico ginecológico exhaustivo, así como la solicitud y evaluación de los estudios de imágenes de extensión necesarios no solo para evaluar metástasis sino para descartar un segundo primario.

Se corrobora que la supervivencia y el tiempo libre de recaída de la enfermedad dependerá del correcto estadiaje de cada uno de los cánceres por separado, ya que el 75% de las pacientes estudiadas están libres de enfermedad.

La presencia de varias neoplasias primarias en un mismo paciente es un cuadro clínico desafiante que requiere un enfoque multidisciplinario para garantizar el tratamiento adecuado, y para conocer el pronóstico del paciente, sabiendo que el tratamiento y la conducta dependerá del estadio más avanzado de alguno de los cánceres y de la histología más agresiva.

Es importante resaltar que la infrecuencia de esta patología en pacientes jóvenes debe orientar al estudio de la posibilidad de que presenten o sean portadoras de algún síndrome genético hereditario.

Promover el registro de casos de cáncer sincrónico en Venezuela permitirá investigar y comparar las conductas utilizadas y así realizar un protocolo eficaz para las pacientes.

## Referencias

1. Rodríguez Pérez A, Gallardo Martínez J, Frías Sánchez Z, Pantoja Garrido M, Aguilar Martín MV, Rodríguez Jiménez I, Roquete Mateos M, Gutiérrez Domingo A. Tumor sincrónico de endometrio y ovario. Patología infrecuente en ginecología oncológica. Rev. Obstet Ginecol Venez. 2020; 80; (4):348-355.
2. León Romero H, Borgues A, Ramírez M. Carcinoma de endometrio y carcinoma de ovario endometroide sincrónico. A propósito de un caso. Rev. Venez Oncol. 2014; 26; (3): 232-234.
3. Frías Sánchez Z, Pantoja Garrido M, Rojo Novo Sara, Jiménez Gallardo Julian, Marquez Maraver F, Polo Velasco Alfredo, Gutiérrez Domingo A. Adenocarcinoma sincrónico de alto grado de endometrio y ovario a propósito de un caso clínico. Rev. Chil. obstet. ginecol. 2018; 83(4):394 – 401.
4. Ares C, Boccoli L, Pablo G, Roogi Sofía, Santesteban L, Strasser I. Cáncer sincrónico de endometrio y ovario a propósito de un caso. HECA. 2019; 4 (1): 55-57.
5. Boaventura Silva C, Scarpinetti Galvao JL, Bego Soares GM, Vieira Bitencourt AG, Chojniak R, Rezende Briangel SL, De Brot L. Cáncer ginecológico sincrónico y uso de imágenes para diagnóstico. Rev. Assoc. Bras 2016; 62 (2): 116-119.
6. Castro Martín B, Ortega Sánchez I, De Santiago García J, Hernández Gutiérrez A. Cáncer sincrónico: neoplasias ginecológicas concurrentes de cuello, ovario y trompa. Rev. Chil. obstet. ginecol. 2011; 76 (6): 417-419.
7. Baquedano Mainar L, Adiego Calvo I, Villalobos Salguero F, Gutiérrez YJ, Rubio Cuesta P, Cotaina Gracia L, Lamarca Ballesteros M, Ruiz Conde M. Cáncer de endometrio y trompa sincrónico un reto diagnóstico. Prog obstet ginecol 2018; 61 (1): 52-55.
8. Bernandez Zapata F, Jauregui Melendrez RA, Cabrera Carranco E. Tumor doble primario sincrónico de ovario *in situ*. Ginecol obstet mex 2012; 80 (7): 480-486.
9. Gutierrez Palomino L, Romo de los Reyes JM, Pareja Megía MJ, García Mejido JA. Tumores triples sincrónico a propósito de un caso. Cir. Cir. 2016; 84 (1):69-72.
10. Billroth T. Die allgemeinechirurgische Pathologie and Therapie. En: Reimer G, editor. In 51 Vorlesungen --- Ein Handbuch für Studierende and Ärzte. 14 ed. Berlin: Reimer; 1889. p. 908.
11. Tong SY, Lee YS, Park JS, Bae SN, Lee JM, Namkoong SE. Clinical analysis of synchronous primary neoplasms of the female reproductive tract. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2008; 136:78-82.
12. Ulbright TM, Roth LM. Metastatic and independent cancers of the endometrium and ovary: A clinicopathologic study of 34 cases. Hum Pathol 1985;16:28-34
13. Mariotto AB, Rowland JH, Ries LA, Scoppa S, Feuer E. Multiple cancer prevalence: a growing challenge in long-term survivorship. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 2007;16:566-571.
14. Németh ZS, Zigner JC, Iván L, Ujpal M, Barrabas J, Szabo G. Quadruple cancer, including triple cancers in the head and neck region. Neoplasma. 2002; 49: 412-414.
15. Travis LB, Rabkin CS, Morris Brown L, Allan JM, Alter BP, Ambrosone CB, Begg CB, Caporaso N, Chanock S, De Michele A, Figg WD, Gospodarowicz MK, Hall EJ, Hisada M, Inskip P, Kleinerman R, Pequeño JB, Malkin D, Ng A, Offit K, Pui CH, Robinson LL, Rothman N, Shields PG, Fuerte L, Taniguchi T, Tucker MA, Greene H. Cancer survivorship-genetic susceptibility and second primary cancers: research strategies and recommendations. J Natl Cancer Inst. 2006; 98:15-25.
16. Travis LB. The epidemiology of second primary cancers. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 2006;15 :2020-2026.