

Ganglio de Virchow-Troisier. Diagnóstico de malignidad de tumor ovárico no filiado

I. Martínez-Montero¹, F. Domínguez-Cunchillos², J. Pérez Dettoma¹, L. Apesteguía³, F. Molina⁴, M. Ezcurdía¹

INTRODUCCIÓN

Las adenopatías supraclaviculares situadas en la región de inserción del músculo esternocleidomastoideo, sobretodo izquierda, pueden ser la primera manifestación de un carcinoma localizado en órganos intraabdominales (signo de Virchow-Troisier), o extraabdominales como pueden ser el tiroides y la mama.

Las enfermas afectas de cáncer de ovario pueden permanecer asintomáticas hasta estadios avanzados de la enfermedad, y ser la adenopatía supraclavicular su primera manifestación.

Resulta más raro que sea la aparición de esta adenopatía la que permita diagnosticar la naturaleza de un tumor ovárico, previamente intervenido sin haber podido llegar a filiar su origen histológico, hecho que ocurrió en el caso presentado.

CASO CLÍNICO

Paciente de 64 de edad, soltera, entre cuyos antecedentes ginecológicos destacan: menarquía 16 años, nuligesta, y menopausia a los 53 años, que no se realizaba de forma habitual revisiones ginecológicas. No refería antecedentes personales ni familiares de cáncer.

Acudió al área de Urgencias de nuestro hospital por presentar dolor abdominal de varios días de

evolución, localizado preferentemente en FID, de moderada intensidad pero con momentos de exacerbaciones, sin otra sintomatología acompañante, ginecológica ni general de tipo paraneoplásico. Exploración física: paciente obesa, normocoloreada, con buen estado general. Abdomen: blando, depresible, discretamente doloroso en FID-hipogastrio, sin signos de irritación peritoneal. Tacto vaginal: imposible de realizar. Pruebas Complementarias: Analítica: anemia moderada (Hb 11 gr/dl; Hto 32%); discreta leucocitosis (11.000 leucos/mm³), sin desviación izquierda. CA 125: 51 U/ml. Resto de marcadores tumorales normales. E.C.G., radiografía de tórax, y urografía: normales. Ecografía abdominal: hígado, vesícula y vías biliares, bazo y riñones normales. Masa heterogénea retrouterina de unos 5 cms. de diámetro, de probable dependencia ginecológica, sin poder precisar su origen anexial o uterina. No se identifican imágenes patológica en FID. Ecografía ginecológica: útero y ovario izquierdo normales. Tumoración retrouterina, dependiente de ovario derecho, arriñonada, de ecogenicidad heterogénea de 34 x 62 x 35 mm., compatible con carcinoma de ovario.

La paciente fue sometida a laparotomía exploradora, con los siguientes hallazgos: útero atrófico, ovario izquierdo atrófico, adherencias en anejo derecho cuya liberación pone de manifiesto un quiste ovárico de 4 x 5 cm, de características sugestivas de benignidad, por lo que se realizó anexectomía derecha. Postoperatorio sin complicaciones.

En el examen histológico la pieza quirúrgica resultó irreconocible anatómicamente, con total infarto por torsión, sugestivo de tratarse de un tumor epitelial, papilar, aunque imposible de filiar adecuadamente debido al masivo infarto existente.

1. Servicio de Ginecología.
2. Cirugía General.
3. Radiología. Hospital Virgen del Camino.
4. Servicio de Oncología. Hospital de Navarra.

Correspondencia
Isabel Martínez Montero
Avda. Pío XII, 24- 5º I
31008 Pamplona
Tfno: (948) 429532
Fax: (948) 429924

La falta de diagnóstico definitivo hizo plantear una segunda intervención quirúrgica que la paciente inicialmente rechazó, por lo que fue dada de alta hospitalaria.

Un mes después acudió de nuevo, decidida a ser reintervenida, refiriendo al mismo tiempo, y desde unos días antes, tumoración en "la parte izquierda del cuello", evidenciándose en la exploración un nódulo duro, irregular, poco móvil, adherido, de unos 2,5 cms, en región supraclavicular izquierda, sin que se pudiese precisar si dependía del tiroides o se trataba de una adenopatía. (Fig. 1)

Pruebas Complementarias: Ecografía cervical: pequeño nódulo de aspecto benigno en lóbulo tiroideo derecho, y masas adenopáticas bilaterales. PAAF de la masa cervical: tumor epitelial maligno compatible con adenocarcinoma. Esofagoscopia: normal. Biopsia gástrica: gastritis crónica antral activa sin metaplasia entérica. Ecografía abdominal, TAC abdominopélvico, y mamografía normales.

El estudio de extensión descartó, por tanto, que el conglomerado adenopático supraclavicular tuviese su origen en un tumor de origen tiroideo, mamario o intraabdominal distinto del ovárico, por lo que el cuadro fue etiquetado como probable adenocarcinoma papilar de ovario, estadio IV. Por este motivo la paciente se remitió al Servicio de Oncología para tratamiento complementario adyuvante.

Fue tratada con poliquimioterapia, inicialmente con ciclofosfamida-cisplatino (CP), desapareciendo la adenopatía tras el tercer ciclo de CP, y normalizándose los marcadores tumorales (CA 125 14 U/ml). El tratamiento se completó con 3 ciclos de melfalán.

Dieciocho meses después de la intervención la paciente presentó elevación de CA 125 (76 U/ml); la enferma permanecía asintomática a los veintinueve meses de la intervención, y en ambas ocasiones el estudio de extensión fue negativo.

DISCUSIÓN

Las pacientes afectas de cáncer de ovario pueden permanecer totalmente asintomáticas hasta estadios avanzados de la enfermedad¹. Con frecuencia la sintomatología inicial es inespecífica², debida a compresión de órganos vecinos, pero también es frecuente que debute con manifestaciones metastásicas a distancia, entre las cuales la más común es el derrame pleural, o con el descubrimiento de adenopatías en distintos territorios, axilares, inguinales, supraclaviculares, etc... El caso presentado debutó con cuadro de dolor abdominal inespecífico, que llevó al diagnóstico de tumoración ovárica cuya estirpe resultó imposible de filiar hasta que la aparición de una adenopatía supraclavicular izquierda condujo al diagnóstico de carcinoma ovárico.

La vía más común de diseminación de los tumores ováricos es la transperitoneal por implantes de las células desde la superficie del tumor primario en la propia

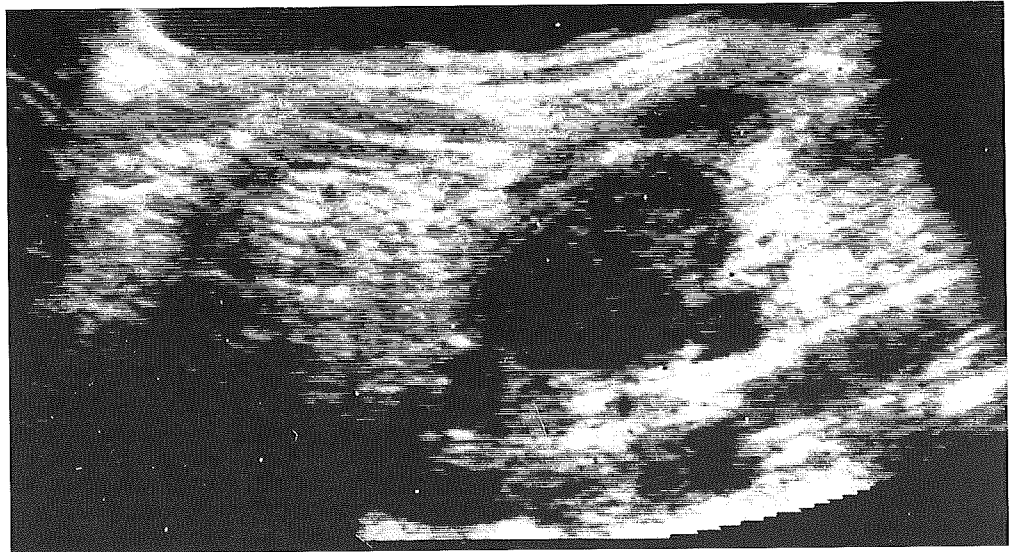


Figura 1. Ecografía cervical: en contacto con lóbulo tiroideo izquierdo, sin que pueda precisarse su relación, masa de 25 mm de diámetro. Masas adenopáticas bilaterales. Pequeño nódulo tiroideo de aspecto benigno en lóbulo derecho.

cavidad abdominal, llegando a través del espacio parietocólico derecho hasta el hemidiafragma del mismo lado. Este hecho contribuye a la aparición de ascitis y, cuando ya se ha producido diseminación trasdiafragmática, produce derrame pleural, lo que constituye con frecuencia la primera manifestación extraperitoneal de un cáncer de ovario¹.

También puede producirse diseminación linfática y/o hematológica. Generalmente la propagación linfática del cáncer de ovario se realiza a través de los linfáticos ováricos y de las trompas de Falopio hacia los ganglios paraaórticos y pélvicos. En carcinomas en estadio III, existe una incidencia de ganglios pélvicos positivos de hasta un 61%. Con menor frecuencia, puede haber afectación de los ganglios supraclaviculares (síndrome de Virchow-Trissier), inguinales y axilares, debutando ocasionalmente con la aparición de adenopatías en estos territorios⁴.

El CA 125 tiene una sensibilidad global próxima al 80%^{5,7} y, aunque su elevación puede deberse también a la presencia de otros tumores (colon, páncreas, etc.)⁸, su determinación es obligatoria ante la sospecha de un tumor ovárico. La ecografía presenta una sensibilidad baja pero una especificidad alta⁹. Cuando se asocian la ecografía abdominal, sobretodo con sonda vaginal, y la determinación de CA 125 disminuye notablemente el número de falsos positivos ante la presencia de una tumoración pélvica⁸. Si bien éste marcador tumoral es útil en el diagnóstico del carcinoma ovárico, demuestra su mayor utilidad en el control evolutivo de la enfermedad^{10,11}, en cuanto al diagnóstico precoz de las recidivas o metástasis, y de respuesta a la quimioterapia^{12,13}, hasta el punto de que algunos autores recomiendan cambiar el protocolo quimioterápico iniciado cuando persisten niveles elevados de CA 125¹⁴.

El caso clínico presentado resulta aleccionador y discutible en algunos aspectos de su tratamiento.

De entre éstos destaca el hecho de su comienzo como un proceso inflamatorio, con dolor y discreta leucocitosis, sin acompañarse de ninguna alteración gine-

cológica previa ni sintomatología de tipo paraneoplásico.

La ecografía abdominal no reflejaba ninguna alteración salvo la posible tumoración ginecológica. La ecografía pélvica había sido informada como sugestiva de malignidad, lo que unido a la discreta elevación del marcador tumoral CA 125 hizo sospechar la posibilidad de carcinoma de ovario por lo que la paciente fue sometida a laparotomía exploradora.

Ante estos hechos la indicación de realizar biopsia intraoperatoria parece clara y se debería haber realizado. Sin embargo, el cirujano que intervino a la enferma pensó que no era necesario por varios motivos: existencia de un cuadro adherencial en anejo derecho, con adherencias laxas que pudo liberar con facilidad, lo que unido al comienzo del cuadro con dolor abdominal le hizo pensar en una torsión de un quiste simple, previamente existente y asintomático hasta ese momento, creyendo que las alteraciones ecográficas se debieran a ello y no a una posible hemorragia intratumoral.

Al mismo tiempo, la discreta elevación del CA 125 (51 U/ml), tampoco descartaba que fuese un proceso benigno puesto que como se ha mencionado anteriormente, tiene una sensibilidad del orden del 80%^{5,7} y pueden existir elevaciones de sus cifras en procesos benignos, como quistes de ovario, peritonitis, endometriosis, etc.⁸..., con cifras habitualmente inferiores a las 100 U/ml, como ocurría en el caso presentado.

Estos hechos unidos al buen estado general de la paciente y a la normalidad macroscópica del útero y el anejo izquierdo, indujo al cirujano a realizar tan sólo anexectomía unilateral.

BIBLIOGRAFÍA

1. IGLESIAS GUIU X, DAVI ARMENGOL E, GUIX MELCIOR B, LEJARCEGUI FORT JA, CASANOVA DOMENECH L, MÁRQUEZ RAMÍREZ M. EN: González-Merlo J. Oncología ginecológica. Barcelona. Salvat Editores SA, 1991: 309-378
2. QUERLEU. Cancers de l'ovaire (tumeurs endocrines exclues). *Encycl. Méd. Chir. (Paris), Gynécologie*, 680-B-10, Cancérologies, 60-660-A-10, 1993.

3. BURGHARDT E, PICKEL H, STETTNER H. Management of advanced ovarian cancer. *Eur J Gynecol Oncol* 1984; 3: 155-160.
4. MARTÍNEZ-RUBIO MP, MARTÍNEZ MONTERO I, DOMÍNGUEZ-CUNCHILLOS F, ARMENDÁRIZ RUBIO P, DE MIGUEL MEDINA C, APESTEGUÍA CIRIZA L, DÍAZ-FAES ZOZAYA JM. Metástasis ganglionares intramamarias como primera manifestación de carcinoma ovárico. *Revista de Oncología* (En prensa).
5. WELANDER CE. What do Ca 125 and other antigens tell us about cancer biology?. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1992; 71 (155 Suppl): 85-93.
6. RUBAL A. CA 125, marcador de los tumores epiteliales de ovario. *Med Clin (Barc)* 1988; 91: 54-57.
7. MORENO NOGUEIRA JA; REY ROMERO G. Utilidad clínica de los marcadores tumorales séricos. En: G. Pérez Manga, *Controversias en Oncología 2*. Barcelona. Ediciones Doyma, SA., 1993: 31-71.
8. MOLINA R, BALLESTA AM. Marcadores tumorales. Valor e interés clínico médico. *Tocoginecol Pract* 1990; 49: 537-543.
9. NOBO DOMÍNGUEZ A., MACIA CORTIÑAS M. Carcinoma de ovario: un reto para la oncología ginecológica del siglo XXI. En: *Libro del Año Obstet Ginecol*. SANED Ed. Madrid, 1993: 19-49.
10. ALTARAS MM, GOLBERG G, LEVIN W, BLOCH B, DARGE L, SMITH JA. The role of cancer antigen 125 (Ca 125) in the management of ovarian epithelial carcinomas. *Gynecol Oncol* 1988, 30: 26-34.
11. SEVELDA MD, SCHEMPER P, SPONA J. CA 125 as an independent + pronostic factor for survival in patients with epithelial ovarian cancer. *Am J Obstet Gynecol* 1989; 161: 1213-1216.
12. HÖGBERG T, KAGEDAL B. Long-term follow-up of ovarian cancer with monthly determinations of serum CA 125. *Gynecol Oncol* 1992; 52: 526-532.
13. FIORETTI P, GADUCCI A, FERDEGHINI M, FRONTERA C, MALAGNINO G, FACCHINI V, et al. The concomitant determination of different serum tumor markers in epithelial ovarian cancer. Relevance for monitoring the response to chemotherapy and follow-up of patients. *Gynecol Oncol* 1992; 44: 155-160.
14. CANNEY PA, MOORE M, WILKINSON PM, JAMES RD. Ovarian cancer antigen CA 125. A prospective clinical assesment of its role as a tumor marker. *Br J Cancer* 1986; 50: 765-769.