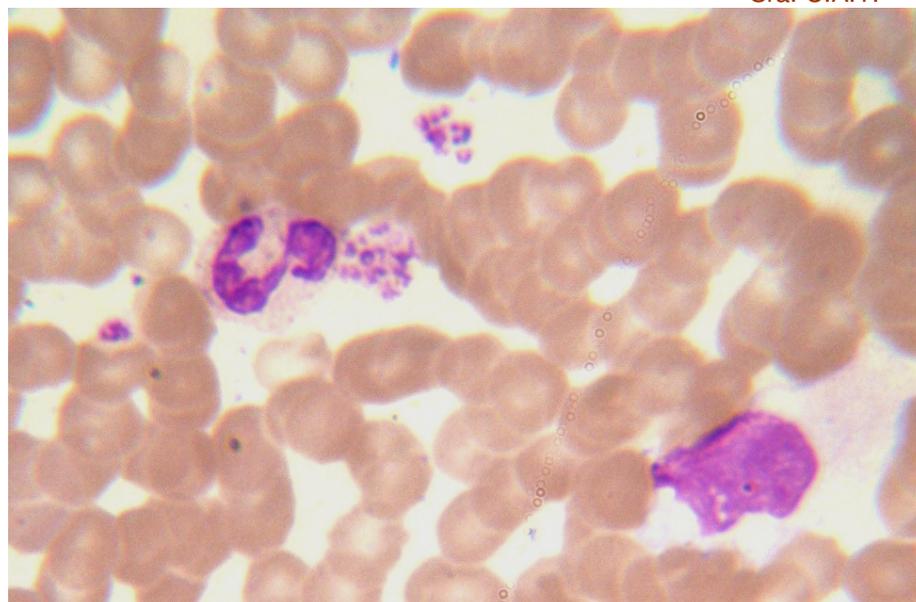
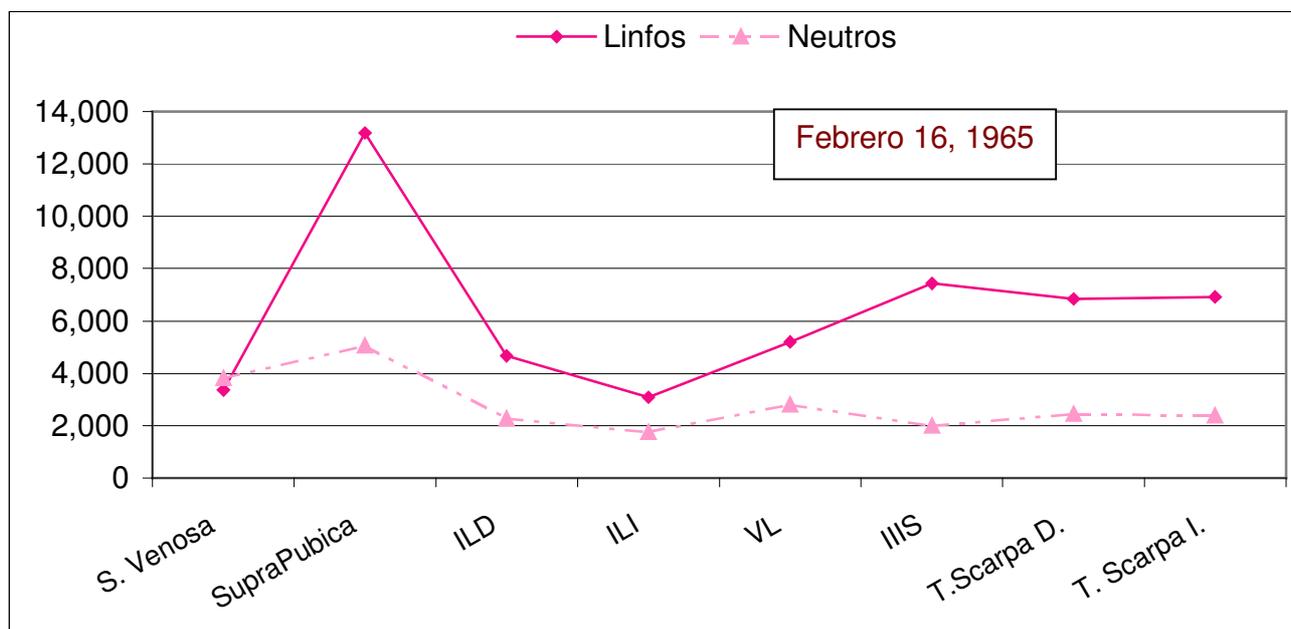


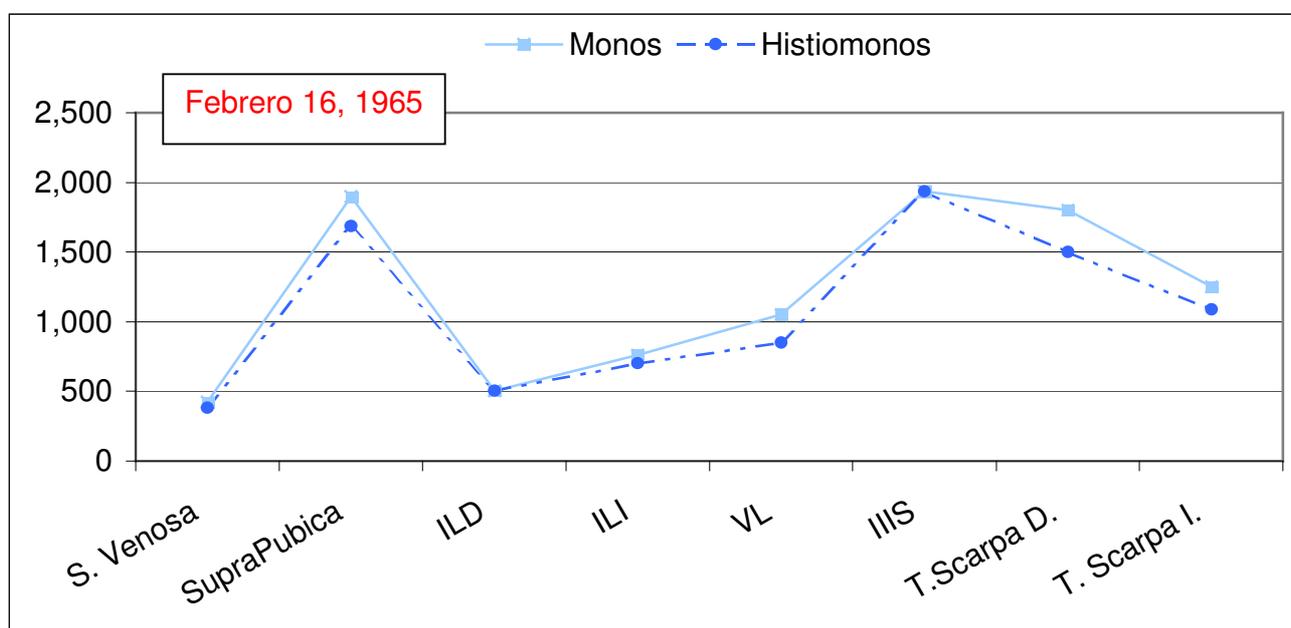
Ligera monocitosis en I lumbar izquierda y III sacra, la cual es mucho mayor que en la sangre venosa.



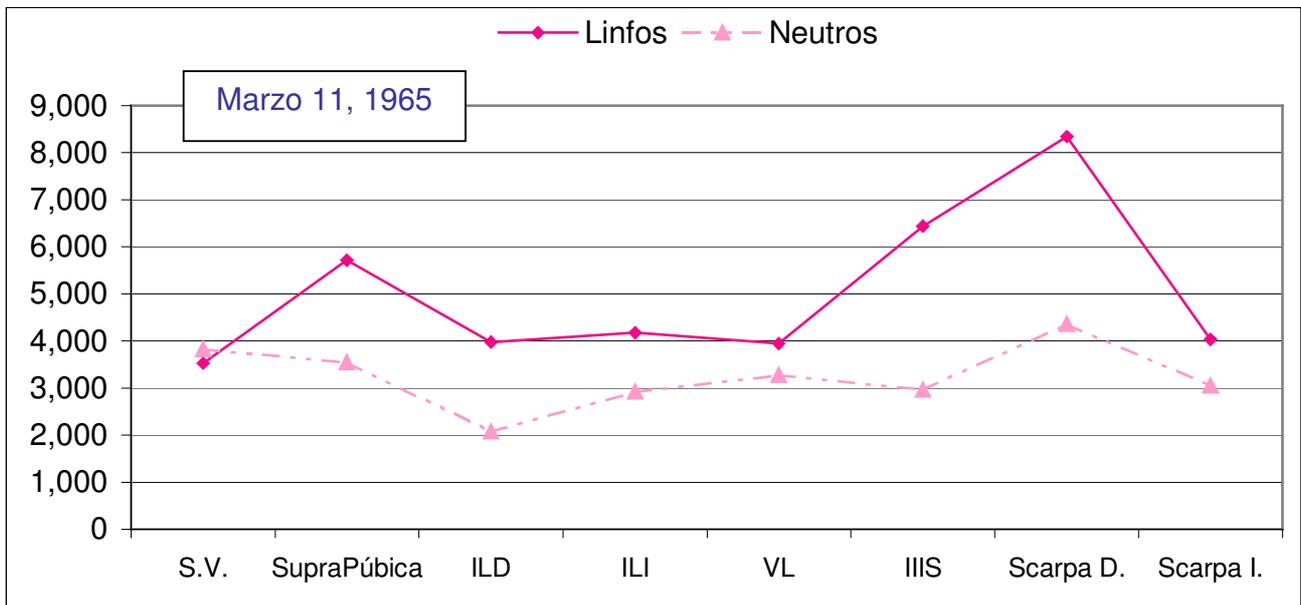
Célula tumoral gigante en la muestra de III Sacra con acentuada aglutinación plaquetaria.



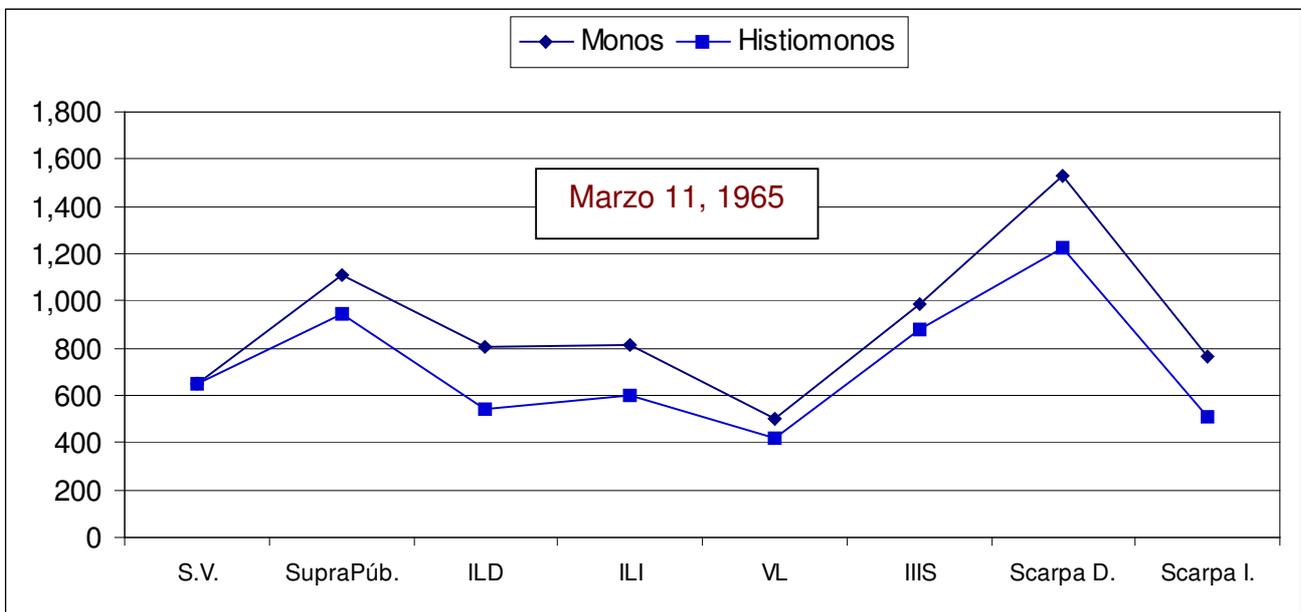
Cuadro crónico con linfocitosis muy elevada en la toma suprapúbica.



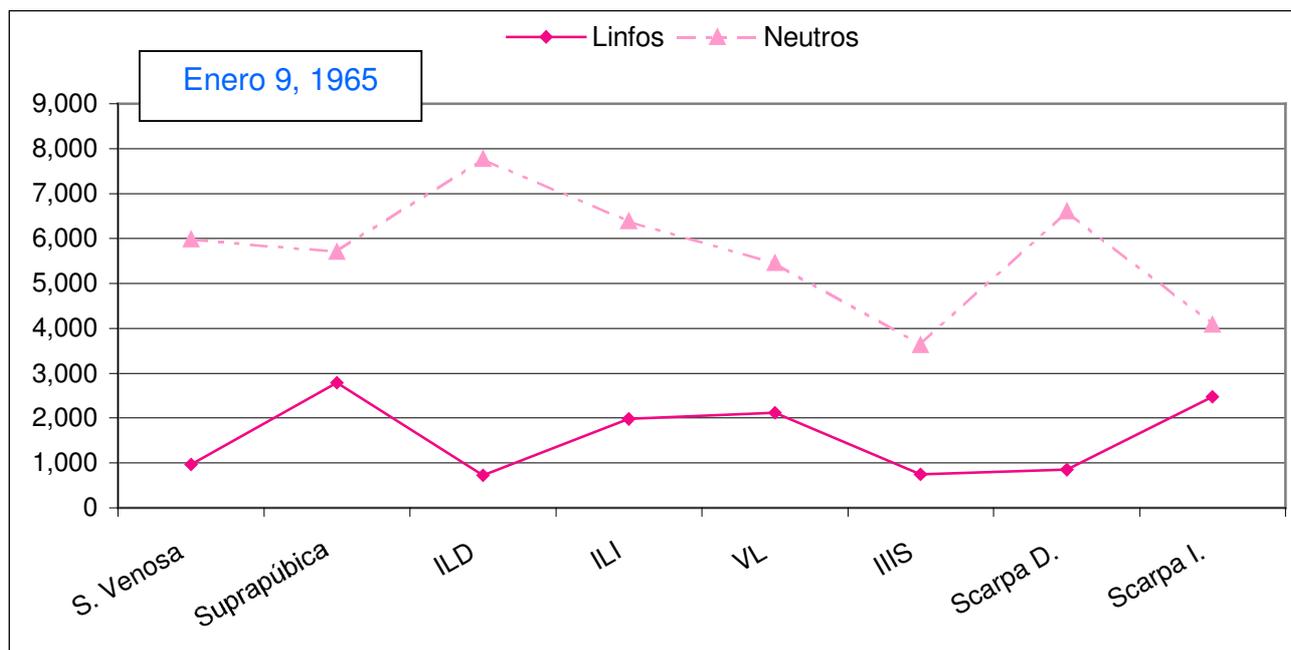
Monocitosis evidente en las tomas suprapúbica, III sacra y triángulo de Escarpa derecho donde se observan escasas células tumorales. En el triángulo de Escarpa izquierdo hay escasas células espumosas y tumorales.



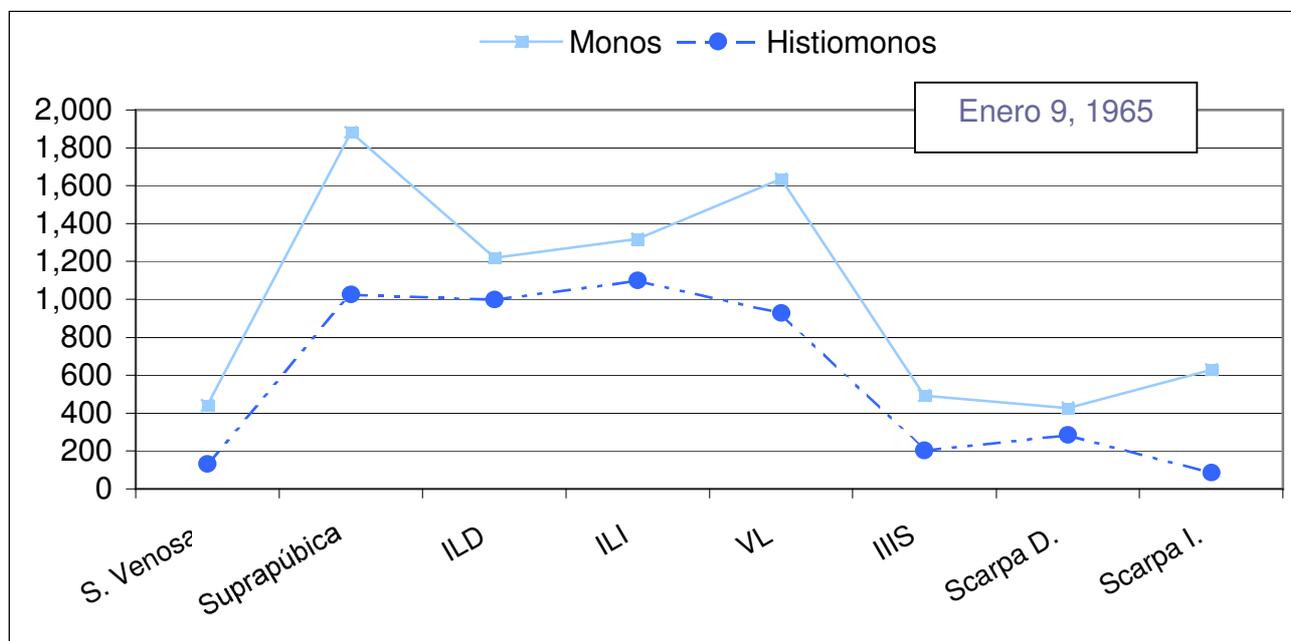
En relación con estudio de febrero. la población linfocitaria desciende a mas de la mitad en región suprapública, aumentando ligeramente en el triángulo de Escarpa derecho.



Los monocitos sufren un descenso en el biotopograma para elevarse muy discretamente en la sangre venosa. Persiste la histiomonocitosis en la investigación en el triángulo de Escarpa derecho.



Ambas series con cifras normales. No hay entrecruzamiento de linfocitos con neutrófilos.



Evidente monocitosis en la región suprapúbica, en V lumbar derecha y en menor grado en las dos primeras lumbares.

Veintiocho tumores de músculo liso del cuerpo uterino que presentaron metástasis, fueron estudiados por Jones M.W. y Norris H.J., para determinar las características macro y microscópicas asociadas a la metástasis y el potencial de metástasis. Diecisiete de los 28 pacientes estaban en fase avanzada al momento del diagnóstico inicial, y los otros 11 pacientes desarrollaron metástasis en un periodo de 3 meses a 9 años más tarde. Setenta y nueve por ciento se produjeron en mujeres de 50 años de edad o más. El tamaño del tumor fue una característica de la capacidad metastásica, ya que 22 fueron tumores mayores de 5 cm. De los seis tumores menores de 5 cm, cinco habían aumentado su actividad mitótica y atípica citológica para calificarlos como sarcomas. El restante, con 4 unidades mitóticas y una atípica, mostró márgenes infiltrativos e invasión vascular que probablemente constituía su conducta invasora. Dieciséis de células fusiformes principalmente. 10 eran del tipo epitelioides y dos mixoides. La atípica citológica es un requisito previo para la metástasis, y en este caso estuvo presente en todos los tumores.

Naumann R. Wendel y Spe Sharon publican una enferma en el cual se localizan metástasis umbilicales de carcinoma de células escamosas del cérvix en quien se practicó laparoscopia. Este tipo de técnicas quirúrgicas se ha estado utilizándose con mayor frecuencia en pacientes con neoplasias ginecológicas. Las metástasis de pared abdominal encontradas en los sitios de punción del trocar han sido descritas después del tratamiento del cáncer ovárico y otros adenocarcinomas pero son muy raras en pacientes con carcinoma de células escamosas.

Takehima N. presenta un estudio en el cual se practicó citología peritoneal en 374 enfermos con carcinoma de cérvix en los cuales la evidencia de enfermedad intraperitoneal estuvo ausente en el momento de la laparoscopia y la revisión de ganglios. Un muy pequeño número de casos con citología peritoneal positiva se encontraron en el carcinoma de células escamosas. (1.7%, 4/242). 1 de 4 enfermos con citología positiva desarrollo recurrencia pulmonar. La frecuencia de citología peritoneal positiva en enfermos con adenocarcinoma y carcinoma adenoescamoso fue de 11.4%. La frecuencia de supervivencia libre de enfermedad de 3 años en pacientes con adenocarcinoma y carcinoma adenoescamoso con citología peritoneal positiva fue de 57.8%, y de 80.7% en pacientes con citología peritoneal negativa. Un análisis de variables múltiples reveló que la citología peritoneal positiva no es independiente del factor pronóstico

Estape Ricardo revisa la incidencia y pronóstico de la citología positiva intraperitoneal después de la histerectomía radical. Se examinaron 400 histerectomías durante 8 años en los cuales todos los enfermos seleccionados tenían estudio de lavado peritoneal antes de la histerectomía radical con linfadenectomía pélvica y paraórtica. Solamente 7 de los 400 (1.8%) tuvieron una citología positiva. Cuatro sufrían carcinoma de células escamosas y 3 adenocarcinoma. En cinco de ellos se demostró que sufrían de carcinoma de cérvix estadio IB y los restantes, estadio IIA. Tres tuvieron ganglios linfáticos positivos y 6 de los 7 tumores mayores de 3 cm. Messing MJ, publica que en un paciente se presentó diseminación cutánea y retroperitoneal posterior a un procedimiento quirúrgico para valoración del estadio en el cual se encontraba un tumor cervicouterino. Los procedimientos de clasificación de estadio tumoral tanto extraperitoneales como endoscópicos realizados que resulten en remoción del tejido poco a poco, deberían ser estudiadas para determinar la incidencia de este tipo de recurrencias.

Imachi M. publica un estudio en el cual la citología peritoneal fue practicada a 125 pacientes con carcinoma de cérvix uterino en el momento de realizarse la laparotomía. La incidencia de la citología positiva peritoneal fue de 11.2% y fue 4 veces mas frecuente en el adenocarcinoma en comparación con el carcinoma de células escamosas. La incidencia de metástasis en los ganglios pélvicos y para-aórticos fue mayor en las pacientes con citología peritoneal positiva que en aquellas que presentaron citología peritoneal negativa. el índice de sobrevida de 2 años en los casos con citología peritoneal positiva fue del 30%, mientras que fue del 82.7% en las pacientes con citología peritoneal negativa. Algunos pacientes (28.6%) con citología peritoneal positiva desarrollaron peritonitis carcinomatosa. Para Kashimura Masamichi y col., la frecuencia de la citología peritoneal positiva en pacientes con cáncer uterino fue del 9% y de 15% en enfermas con en cáncer endometrial La incidencia de positividad fue mayor cuando se estudió en estadios avanzados y cuando hubo metástasis ganglionares, ováricas o del miometrio. La sobrevida promedio de 5 años fue de 40 a 80% para estos casos. En la opinión de Abdul-Karim F.W., los tumores ginecológicos metastásicos al hueso son raros y aun mas los que se presentan inicialmente en la mandíbula. Fisher, M.S. realizó la revisión de 339 casos de carcinoma uterino del cérvix que revelaron ataque en la columna lumbar con destrucción unilateral o esclerosis contigua de las vértebras. Al hacer la cintilografía de 224 casos durante 5 años, como parte del tratamiento del carcinoma cervical, Okamura S. y col. encontraron metástasis óseas en un 12.5% de los casos.

Los canceres ginecológicos metastásicos a los huesos son raros. El cáncer endometrial usualmente se presenta con sangrado vaginal. Uharek Peter describe el ejemplo de una mujer de 67 años que se acudió con dolor, eritema e inflamación en el pie derecho y sin historia de sangrado vaginal post-menopáusico. La biopsia mostró carcinoma endometrial metastásico al calcáneo, talón y huesos metatarsianos. Se le practicó amputación de la pierna izquierda, histerectomía total, salpingo-oforectomía abdominal bilateral y muestreo de ganglios linfáticos pélvicos.

Albaredaa J., publica la historia de una mujer de 62 años que sufrió cirugía por adenocarcinoma endometrial, en el cual la tomografía computarizada mostró lesión en el sacro. En una mujer de 59 años con dolor progresivo, inflamación y eritema del pie derecho la biopsia de una lesión calcánea destructiva confirmó un adenoacantoma metastásico con carcinoma adenoescamoso consistente con un origen endometrial, lo cual fue confirmado con la histerectomía. El tratamiento postoperatorio consistió en quimioterapia sistémica, terapia hormonal y radioterapia local al pie. Hasta el año de 2006 la paciente llevaba 5 años de remisión.

Kim RY. publicó el estudio de 800 enfermas que recibieron radioterapia por cáncer invasivo del cérvix uterino. La columna lumbar fue el sitio mas común de metástasis seguido por los ganglios pélvicos y el ataque a la misma se caracterizó por la destrucción unilateral de una o varias vértebras continuas. En 7 de 10 enfermos la destrucción el hueso fue debida directamente a la extensión de tumor metastásico para-aórtico. Loizzi V. publica que el adenocarcinoma endometrial es frecuentemente visto en las mujeres post menopáusicas. El primer signo es el sangrado uterino en el 90%. Las metástasis al hueso son extremadamente raras.

Tajran D. and Berek J.S. describieron el primer reporte de una paciente que tenía cáncer cervical y que sufrió de una resección de metástasis solitaria al cerebro, 8 años después del diagnóstico. El caso es único por la naturaleza indolente del tumor. La paciente ya había sufrido de resección de metástasis pulmonares 3 años antes. El leiomioma uterino es un tumor raro y agresivo. Después de la histerectomía la recaída es muy frecuente y la radio y quimioterapia tienen limitada acción por lo que el pronóstico es muy pobre. Vaquero J., y Martínez R. presentan el caso de una paciente que sucumbió de enfermedad sistémica después de una exitosa extracción del tumor solitario metastásico en el cerebro.

Aboulafia D.M. sugiere que los enfermos con tumores ginecológicos pueden desarrollar metástasis en todo el neuroeje. Así mismo, que la meningitis carcinomatosa metastásica es muy poco frecuente y constituye una complicación terminal del cáncer cervicouterino. Hasta Febrero de 1996 se encontraron solo dos casos señalados en la literatura. En el artículo de Friedman M. y col., se describieron metástasis cerebrales de un cáncer de cuello uterino detectadas una semana después de haberse hecho el diagnóstico del tumor primario. Los sitios preferentes de metástasis distantes del carcinoma del cérvix son el hígado y el pulmón. El sistema nervioso central se considera como un lugar poco común de metástasis de tumores genitales femeninos.

Cormio G. y col. describen un caso de compresión de la médula espina por metástasis epidural pocos días después del diagnóstico de tumor uterino maligno. Se encontraron múltiples tumores metastásicos y la enferma murió un mes después de la enfermedad cerebral progresiva.

Ikeda S. dice que a consecuencia de un cáncer cervicouterino, hubo metástasis evolutivas en el cerebro en 8 pacientes. La media en el intervalo entre el diagnóstico del cáncer uterino y la presentación de las metástasis fue de 28.4 meses. Los síntomas más frecuentes fueron náuseas y vómitos por el aumento de la presión intracraneana. El tiempo promedio de supervivencia después de establecido el diagnóstico fue solamente de 3 meses.

Liyang Han menciona que es inusual la diseminación del carcinoma de células escamosas del cérvix uterino a las leptomeninges. El diagnóstico fue hecho por el examen citomorfológico de frotis obtenidos del líquido cerebroespinal.

En el carcinoma cervicouterino es muy rara la metástasis al cerebro. El enfermo presentado por Maheshwari Amita, tenía trastornos visuales, cefalea y vómitos. El tratamiento exitoso por excisión quirúrgica y radiación total del cerebro demostró 6 meses después que la enfermedad había desaparecido. Las metástasis cerebrales del carcinoma endometrial son raras y tienden a seguir un patrón de diseminación impredecible, debido a las vías diferentes que pueden seguir las células tumorales y a ciertos factores que influyen su diseminación. Cuando existen metástasis cerebrales, usualmente se difunden ampliamente pero hay ciertas excepciones como en el caso que publica Martínez-Mañas Rosa M. refiriéndose a una paciente de 76 años que presentó una metástasis solitaria occipital 18 meses después de una histerectomía por carcinoma endometrial. Las metástasis al cerebro del ovario y del carcinoma endometrial son raras.

En un estudio de Monaco E. describe a 27 pacientes con metástasis cerebral, 6 de ellas tenían carcinoma endometrial y 21 ovárico. Orru Silvia publica que las metástasis al cerebro son frecuentes en los cánceres sistémicos y representan 20 a 40% de todos los tumores intracraneales. El cáncer endometrial es el más común de los neoplasmas genitales. Las metástasis distantes de estos tumores son poco frecuentes y usualmente atacan pulmones, hígado y hueso.

Salpietro F.M. menciona a una enferma con metástasis pituitaria sintomática de un adenocarcinoma del cérvix. La enferma sufría diabetes y parálisis unilateral del 6º par craneal. La cirugía transesfenoidal permitió quitar parte del tumor que correspondió a un carcinoma epidermoide del cérvix uterino. Los síntomas neurológicos se mejoraron después de la cirugía.

Mohamed S. y Khodadoust K. publican el caso de una paciente con carcinoma de células escamosas del cérvix uterino quien tuvo metástasis cardíaca que causaron embolismo tumoral masivo a la aurícula y ventrículo derechos. El ecocardiograma mostró la masa en el corazón derecho. La enferma murió 3 días después. Las metástasis cardíacas originadas en el cáncer cervical es rara. Los hallazgos ecocardiográficos de dos casos de tumores uterinos malignos que invadieron el corazón se reporta por Vargas-Barron J., en una el ecocardiograma mostró una masa en el corazón izquierdo. El estudio citológico marcó carcinoma metastásico del cérvix, en el segundo ejemplo la paciente sufría de una masa abdominal grande y manifestación de obstrucción y regurgitación de la válvula tricúspide. El ecocardiograma mostró una masa que llenaba la aurícula y ventrículo derechos. La tomografía fue ilustrativa. Para Lemus Julio F. el pronóstico de las metástasis cardíacas del cáncer cervical es muy pobre y el estadio de la enfermedad en su presentación inicial no predice el desarrollo de la metástasis cardíaca. La variedad de presentación de las metástasis del cáncer de útero es muy amplia.

Ando K. presenta un caso y concluyen que la metástasis cardíaca de neoplasias pélvicas es poco frecuente. Ellos publicaron el ejemplo de carcinoma de cuello uterino con la participación cardíaca. El tumor metastásico se encontraba en el ventrículo derecho, erosionando el miocardio. Se utilizó la tomografía computarizada, resonancia magnética y gammagrafía con galio para evaluar la lesión. Se administró tratamiento a este paciente con los métodos convencionales hasta su muerte. Se trató de una lesión agresiva y fatal para nuestra relativamente joven paciente. Así mismo, Consolato Sergi estudió a una enferma con un carcinoma de células escamosas del cervix con repercusión intraperitoneal y al corazón en una mujer de 50 años, confirmado por estudios de inmunohistoquímica, citometría de flujo y exámenes virológicos para papiloma humano. La metástasis cardíaca solitaria de un carcinoma de cérvix es muy rara.

Harvey R.L., en Julio de 2000, cita el ejemplo de una mujer de 44 años con metástasis cardíaca por carcinoma de células escamosas del cuello uterino, que se presentó 6 meses después de haber sido tratada ginecológicamente. La enferma sufría edema y equimosis de las manos. La tomografía computada detectó una masa grande en el ventrículo derecho, 6 meses antes tratada quirúrgicamente. La tomografía computarizada mostró gran masa del ventrículo derecho confirmada con ecocardiografía. En toda mujer con anomalías del miocardio e historia de carcinoma del cérvix debe considerarse la sospecha de metástasis miocárdicas.

También el leiomioma uterino puede ser metastático al corazón pero es raro y usualmente fatal. Hoy F. presenta el ejemplo de una mujer de 58 años que en su historia clínica incluía haber sufrido un leiomioma uterino. En el cual la ecocardiografía y el cateterismo cardiaco mostraron una gran masa ventricular derecha la cual se extendía a la arteria pulmonar y que fue confirmada por la tomografía computada.

Un dolor abdominal agudo que puede simular trastornos urogenitales. La presentación metastásica poco usual que presentan Bair Ming-Jong quien que relata que una mujer de 34 años a la que practicó histerectomía radical 2 años antes de presentarse con dolor abdominal bajo, disuria y fiebre de 2 días de duración sin mejoría con la antibioticoterapia recibida por 5 días. La tomografía reveló un apéndice aumentado de tamaño rodeado por un absceso. La histopatología mostró un cáncer cervical metastásico al apéndice. Pacientes con apendicitis aguda pueden manifestarse con trastornos urológicos causados por tumor metastásico.

Davidson N.G. y Moyo C. Hablan de una enferma con carcinoma cervicouterino metastásico a la cavidad oral, que simulaba un neoplasma primario de la boca. Para Allen C.M. los leiomiomas son neoplasmas malignos de los músculos de fibras lisas. Las metástasis de este tipo de tumor son potencialmente posibles de desarrollarse desde cualquier sitio donde existan, siendo el pulmón el lugar de predilección para el depósito de tejido metastásico. Su presencia en la cavidad oral es rara. La escisión quirúrgica completa se asocia con una supervivencia larga. Las metástasis en la lengua son excepcionales.

Baden E. publica el ejemplo de metástasis de carcinoma papilar endometrial a la lengua fue el primer signo de recurrencia apareciendo 7 años después de histerectomía y del tratamiento con radioterapia. 3 meses después se desarrollaron metástasis al pulmón, hígado y huesos.

La aparición de metástasis de cáncer cervical en la pared abdominal es poco usual y casi siempre indica un pronóstico extremadamente pobre. Paraskevaidis Evangelos habla de dos casos en los cuales, se encontraron este tipo de lesiones en los sitios de inserción del trocar durante las cirugías abdominales por cáncer ginecológico. Freeman C.R. establece que las metástasis a la piel provenientes de neoplasmas malignos del útero son poco frecuentes y a menudo un evento que precede a la muerte. Los leiomiomas primarios en la piel y tejido subcutáneo son neoplasias raras. mientras que el leiomioma metastásico, en general, es excepcional. Alessi E. publica en un documento clínico, histopatológico y ultraestructural, sus observaciones sobre un caso que resultó con varias metástasis al cuero cabelludo y la espalda de un leiomioma primario del útero.

Kim Eun Sung. y col reportan un caso de metástasis cutáneas de un carcinoma uterino papilar seroso en mujer de 54 años que histológica y clínicamente padece un carcinoma seroso del útero y que sufría de prurito múltiple y nódulos en el área púbica. La metástasis cutáneas apareció 13 meses después haberse hecho el diagnóstico de carcinoma uterino. La biopsia de la piel demostró un carcinoma seroso papilar. La metástasis de un adenocarcinoma endometrial a la piel del cuero cabelludo es rara.

Kushner D.M. publica el raro caso de una enferma de 56 años con una metástasis de esta localización y tipo, detectada 15 meses después de la cirugía inicial y radioterapia de un adenocarcinoma endometrial. Los autores demuestran el pobre pronóstico que tienen estos pacientes. La evaluación metastásica del tumor reveló enfermedad extra-pélvica diseminada. La paciente no respondió a la quimioterapia y murió 3 meses después.

Los sarcomas primarios y secundarios que se presentan en el seno son tumores raros. Bateman A.C. y Jeffrey M.J. describen una metástasis mamaria de leiomiocarcinoma del miometrio que se apareció clínica y radiológicamente como un tumor primario de seno. Durante el estudio histopatológico de los sarcomas de seno se debe considerar la posibilidad de que pueda tratarse de una metástasis cuyo origen sea un tumor primario origen extra-mamario. El hallazgo de un leiomiocarcinoma primario del seno es muy raro y se han reportado únicamente alrededor de 16 casos. Originalmente sufren de una masa palpable de caracteres benignos. El origen del tumor es controvertido y el diagnóstico diferencial incluye otros sarcomas y metástasis de sitios extra-mamarios. La metástasis al seno de tumores extramamarios es muy rara. El leiomiocarcinoma uterino no es la excepción.

Cheng-Hung Lin publica el primer caso de esta estirpe de tumor uterino diseminado al seno.

El seno es un sitio infrecuente de metástasis procedentes de neoplasias primarias del tracto genital, Fishman A. habla de carcinoma de la trompa de Falopio metastatizando al seno. Una metástasis solitaria debe ser distinguida del cáncer mamario primario debido a que el tratamiento y pronóstico son bastante diferentes. El diagnóstico del carcinoma metastático al seno puede ser difícil si el tumor es de tipo pobremente diferenciado. Kelkar P.S. publica un caso de metástasis solitaria del seno como primer signo del carcinoma de células escamosas del cérvix.

Kelley J.L. y col. también reportaron a una enferma con adenocarcinoma de células escamosas del cérvix que tuvo una lesión inflamatoria del seno. Las metástasis en el seno tienen distintas manifestaciones clínicas, radiográficas e histológicas y deben sospecharse en una paciente con una masa en el seno y un tumor primario extramamario conocido. La metástasis en el seno de un cáncer cervical es rara, sin embargo, Kumar L. publica la historia de una enferma de 52 años de edad quien desarrolló metástasis mamarias a los 6 meses de habersele diagnosticado un tumor cervicouterino primario. Una citología por aspiración con aguja fina confirmó el diagnóstico. Singh K. habla de una enferma con carcinoma del cérvix con metástasis al seno, enfatizan además, la necesidad de considerar el diagnóstico en aquellos pacientes con malignidad conocida.

El carcinoma metastático al sitio de incisión en la piel de la pared abdominal debida a una neoplasia maligna interna es un evento no común y frecuentemente pre-terminal. Los casos mas comunes según de este tipo de metástasis han sido reportados por Srivastava K., y corresponden al cáncer de colon, riñón y vejiga. En la paciente que presentan los autores, la metástasis cutánea apareció a los 3.5 años de la cirugía ginecológica.

Malhotra M. publica el ejemplo de una mujer de 60 años, con historia de un parto, menopáusica desde hace 12 años quien fue admitida en el hospital por distensión abdominal de 2 meses de evolución. No había historia de sangrado post-menopáusico. al examen físico abdominal se encontró una masa de estructura vaga desde el abdomen inferior hasta la cicatriz abdominal, en la exploración vaginal se identificó una matriz del tamaño de un útero grávido de ocho semanas y se palpó una masa alrededor de los fondos del saco de Douglas. En la laparotomía exploratoria se encontró un útero con múltiples lesiones friables hemorrágicos que perforaban desde el fondo uterino y llenaban la cavidad abdominal. El reporte histopatológico confirmó que se trataba de un leiomioma uterino mixto, el cual es una variante extremadamente rara del sarcoma uterino de muy pobre pronóstico, el cual exhibe una conducta maligna.

Mann W.J. presenta los hallazgos patológicos de 990 enfermas en quienes se practicó histerectomía radical por sufrir de carcinoma 1B del cuello uterino, para conocer la frecuencia de metástasis ováricas. Con el hallazgo de diseminación ovárica en 4 de 770 pacientes (0.5%) con carcinoma de células escamosas, de 2 de 121 pacientes (1.7%) con adenocarcinoma, de ningún paciente (n = 82) con carcinoma adenoescamoso u otro tipo histológico (n=17) tuvieron metástasis ováricas. Wu H.S. publica un caso de carcinoma cervical con metástasis en los ovarios. Se estudian 1,507 enfermos operados de carcinoma cervical que tuvieron metástasis ováricas. Las metástasis histológicas del ovario es uno de los signos de mal pronóstico para el carcinoma cervical.

Yamamoto Kaichiro y col, hacen el análisis de variables múltiples en 7,748 pacientes con estadio primario y un cáncer cervical a quienes se les hizo tratamiento con histerectomía y radioterapia. solamente 29 (0.37%) tuvieron metástasis pulmonar. La supervivencia de 5 años libre de enfermedad fue del 32.9% en todos los pacientes. En 2,500 pacientes con carcinoma cervical, quienes fueron regularmente estudiados después del tratamiento, Schraub S. confirmó 10 casos de carcinoma bronquial por biopsia. La media entre el diagnóstico del carcinoma cervical y del carcinoma bronquial fue de 28 meses. El rhabdomioma uterino es raro y hay únicamente 60 casos reportados. Goldstein L.S. presenta cita el caso de una enferma asintomática con rhabdomioma uterino manifestado por una linfadenopatía mediastinal difusa. La tomografía computada mostró un nódulo en el lóbulo superior derecho del pulmón y linfadenopatía extensiva del ilio derecho.

Bourlaud I. y col. publicó el caso de una paciente con gran voluminosa metástasis pulmonar consecutiva a un leiomioma epiteloide uterino no diagnosticado. El leiomioma epiteloide es un tumor raro y de mal pronóstico. La broncorrea copiosa puede estar relacionada con el carcinoma broncoalveolar pero son raros los reportes de broncorrea asociada a metástasis pulmonar. Epaulard O. y col. publican un caso de una mujer con metástasis pulmonar de adenocarcinoma cervical revelado por broncorrea y que se identificó eventualmente como moco cervical ectópico. Se enfatiza la importancia de los signos respiratorios en el seguimiento post terapéutico del cáncer especialmente tos y broncorrea por el adenocarcinoma. Esta observación de los autores ilustra sobre la importancia de los signos respiratorios en el seguimiento post-terapéutico del cáncer, especialmente tos y broncorrea en el adenocarcinoma.

Seki M. y col., encontró 32 enfermos, estudiados por 27 años con tumores pulmonares metastásicos originados en carcinoma de células escamosas del cérvix uterino. Ortiz J.M. describe un caso de metástasis al tejido subconjuntival en una mujer de 28 años quien había tenido remisión de un carcinoma cervicouterino que resultó ser de células escamosas pobremente diferenciado.

Gosslee Jeffrey M. en cambio, refieren metástasis en la órbita ocular de un carcinoma de cervix que tuvo ptosis y dolor que al examen reveló la presencia de una masa moderadamente sensible en el reborde supratemporal de la órbita izquierda y desplazamiento del globo izquierdo hacia abajo. La tomografía computada encontró pérdida de hueso pobremente circunscrito y en que el tejido escindido mostró un pérdida del muro óseo lateral.

Challagalla J.D. describe un caso de una mujer con carcinoma del cérvix y metástasis a los tejidos blandos de la cabeza y cuello. El carcinoma de cérvix ocupa el tercer lugar en la frecuencia de malignidad en el tracto genital femenino. La detección temprana y la emergencia de nuevas técnicas de radioterapia y cirugía han traído un mejor control de los tumores pélvicos y una mayor incidencia de reproducción de metástasis a distancia. Metástasis al tejidos blandos de la cabeza y del cuello, las que no habían sido anteriormente descritas. En este ejemplo el autor describe a una mujer de 35 años que tuvo una metástasis tumoral en el tejido blando que esta por detrás del arco zigomático. La localización atípica de metástasis no provenientes de neoplasias de cabeza y cuello o torácicas debe alertar al médico a sospechar metástasis a distancia en vez de locales o regionales. La diseminación hematógena del cáncer endometrial es rara.

La enferma de 31 años, presentada en un trabajo de Cornio G., desarrolló metástasis coroidales después de recibir un tratamiento conservador para un carcinoma endometrial en fase temprana y que había recibido trasplante de riñón anteriormente; desarrollo metástasis en pulmones y lado derecho de la pelvis 3 años después de la histerectomía por carcinoma endometrial. Durante la quimioterapia la paciente manifestó deterioro visual acelerado. El estudio oftalmológico reveló un tumor coroidal metastásico asociado a múltiples metástasis del sistema nervioso central. Resistiéndose a mayor tratamiento, murió 1 mes después de haberse detectado la participación ocular de su neoplasia.

Hertzanu Y. publica el estudio de una paciente con 6 meses con sangrado vaginal, dolor abdominal bajo y diplopía progresiva, ceguera del ojo derecho que desarrollo desplazamiento del glóbulo ocular. El examen vaginal demostró tumor del cérvix que se extendía la muro pélvico, hubo dilatación del uretero derecho con hidronefrosis. Se manifestó por la tomografía computada una masa retro-ocular.

El carcinoma de células escamosas del cuello uterino metastásico al bazo es un suceso poco frecuente que se ha informado sólo en un pequeño número de casos en las series de autopsias. Carvalho L. describe a una paciente de 47 años con un carcinoma del cuello uterino, tratada con radioterapia durante 1990. Cuatro años después de la finalización de su tratamiento primario, sufrió la presencia de una masa voluminosa en hipocondrio izquierdo y epigastrio.

La laparotomía exploradora detectó un quiste esplénico 19 cm. de diámetro. El examen patológico reveló metástasis de carcinoma de células escamosas del cuello uterino en el bazo. El lavado peritoneal fue positivo para células malignas, debido a la ruptura accidental de la cápsula del quiste.

El carcinoma cervical frecuentemente hace metástasis a la región paraórtica. 43 mujeres estudiadas por Kim, Peter Y. de 1982 a 1993. Los autores refieren que las pacientes fueron radiadas por carcinoma cervical con metástasis para-aórticas confirmadas. La sobrevida estimada de 5 años fue de 24%.

Horowitz Neil S. encontró 57 pacientes en quienes se realizó estudio del ganglio escaleno entre 1980 y 1998. En 39 de ellos la decisión se basó totalmente en la existencia de metástasis en los ganglios preaórticos clasificada por medio de un estudio histopatológico.

El estudio del un ganglio escaleno fue sugerido por la presencia de hallazgos clínicos sospechosos. De los 49 pacientes incluidos en la investigación, 33 sufrían de un carcinoma del cérvix, mientras que en 16 se encontró carcinoma del cuerpo uterino.

El 90% del muestreo del ganglio escaleno se realizó en el momento de efectuar el diagnóstico primario. En 9 pacientes (18%) se encontraron metástasis al los ganglios escalenos y ninguno de las pacientes con carcinoma del cuerpo uterino mostró estas metástasis.

A pesar que las metástasis en la glándula tiroides son raras, no son tan infrecuentes como generalmente se cree. Los carcinomas asintomáticos de seno, pulmón y el de células renales pueden metastatizar a la tiroides. Cuando se vuelven sintomáticos, el diagnóstico depende de la citología por aspiración con aguja fina.

Karapanagiotou E. reporta el ejemplo de un carcinoma de células escamosas del cuello uterino que presentó lesiones metastásicas a la tiroides cuatro años después de haberse hecho el diagnóstico inicial, por lo cual concluyeron que en los pacientes que tengan historia de neoplasia previa y presenten nódulos palpables en la tiroides, debe considerarse la presencia de una metástasis tiroidea.

Un caso de carcinoma endometrial metastásico al cuello es mencionado por Siddiq, M.A se trata de una paciente con historia de carcinoma de células escamosas de la laringe, cáncer del seno y carcinoma de endometrio y que presento una masa en el cuello en la cual, la citología por aspiración con aguja delgada mostró un tumor poco diferenciado de origen endometrial.

Zachariades Nicholas, publicó 3 casos de metástasis al área maxilofacial. 1 metástasis de adenocarcinoma de origen desconocido localizado en el área retrocigomática. Otro con metástasis del endometrio en el ángulo maxilar y el último una metástasis del cáncer de seno que simulaba neuralgia del trigémino.

BIBLIOGRAFÍA DE CANCER DE UTERO

Abdul-Karim F.W., Kida M. and Wentz W.B.
Bone metastases from gynecologic carcinoma.
Gynecologic Oncology. Vol. 72, 2; 243-245 Feb.1999.

Aboulafia D.M., Taylor L.p. and Crane R.D.,
Carcinomatous meningitis complicating cervical cancer: a clinicopathologic study and literature review.
Gynecol Oncol. 60. Feb. 1996

Albaredaa J., Herreraa M., Lopez Salvaa A., Garcia Donasb J. and Gonzalezc R.
Sacral metastasis in a patient with endometrial cancer: Case report and review of the literature.
Gynecol Oncol. 111, 3 Dec. 2008.

Alessi E., Innocenti M. and Sala F.
Leiomyosarcoma metastatic to the back and scalp from a primary neoplasm in the uterus.
The American Journal of Dermatopathology 7, 5; 471-476Oct. 1985

Allen C.M., Neville B., Damm D.D. and Marsh W.
Leiomyosarcoma metastatic to the oral region: Report of three cases.
Oral surgery, oral medicine, oral pathology. Vol. 76, 6; 752-756. Dec 1993

Ando K., Kashihara K., Harada M., Kasem I. Nishitani, Arena N. and Ohtani T.
Carcinoma of the uterine cervix with myocardial metastasis.
Oncología ginecológica. Vol. 65, 1; 169-172 Apr. 1997

Baden E., Duvillard P., Micheau C.,
Metastatic papillary endometrial carcinoma of the tongue. Case report and review of the literature.
Arch Pathol Lab Med. 116. Sep. 1992

Bair Ming-Jong Lee Ping-Heng, and Chan Yu-Jan
Urologic Manifestations of Acute Appendicitis Secondary to Metastatic Cervical Cancer
Journal of the Formosan Medical Association. Vol. 106, 9; 784-787. Sep. 2007

Bateman A.C. and Jeffrey M.J.
Metastatic leiomyosarcoma of uterus clinically simulating primary breast carcinoma.
The Breast. Vol. 6, 3; 161-163 Jun. 1997

Bicher A., Sahin A.A. and Burke T.W.
Metastatic cervical cancer presenting as cholecystitis.
Gynecologic Oncology .54, 2; 250-3. 1994

Bourlaud I., LeBezu M. and Bodin J.

Pulmonary metastases of a uterine epithelioid leiomyosarcoma.

Revue des maladies respiratoires. Vol. 12, 2; 161-164. 1995

Carvalho L., Azevedo I., Salgado L., Silva E., Henrique R., Guedes De Carvalho R. and Vieira E.
Squamous Cell Carcinoma of the Cervix Metastatic to the Spleen.

Gynecologic Oncology.

Vol. 67,1 ; 107-110. 1997

Challagalla J.D., Smith R. and Mitnick R.

Carcinoma of the uterine cervix metastatic to behind the zygomatic arch : A case report.

American journal of otolaryngology. Vol. 20, 3; 195-197. 1999

Cheng-Hung Lin, Chun-Nan Yeh and Miin-Fu Chen.

Breast metastasis from uterine leiomyosarcoma: a case report.

Archives of Gynecology and Obstetrics

Vol.267, 4. Feb. 2003

Chow J.S., Wang R.Y. and Tang L.

Right ventricular implantation of endometrial adenocarcinoma as a result of temporary pacing.

Br Med J. Vol 290; 6477; Apr. 1985

Consolato S.i, Magener A., Ehemann V., De Villiers E. M. and Sinn H. P.

Stage IIa Cervix Carcinoma with Metastasis to the Heart: Report of a Case with Immunohistochemistry, Flow Cytometry, and Virology Findings.

Gynecologic Oncology.

Vol. 76,1; 133-138 Jan. 2000

Cooper John K., Frances L. W., Wong, M.D. and Swenerton Kenneth D.

Endometrial adenocarcinoma presenting as an isolated calcaneal metastasis. A rare entity with good prognosis.

Cancer Cytopathology CA: A Cancer Journal for Clinicians.

Vol. 73, 11; 2779 – 2781. 2006

Cormio G., Colamaria A., Di Vagno G., Pierangeli E., Vailati G. and Selvaggi L.

Central nervous system involvement secondary to metastatic mixed Müllerian tumor of the uterus.

Gynecol Obstet Invest.

Vol. 44, 3; 214-216. 1997

Cormio G., Martino R., Loizzi V, Resta L. and Selvaggi L.

A rare case of choroidal metastasis presented after conservative management of endometrial cancer. International Journal of Gynecological Cancer.

Vol. 16, 6; 2044 – 2048. 2006

Davidson N.G. and Moyo C.

Oral cavity metastasis from carcinoma of the cervix.

PubMed

Int J Gynaecol Obstet. 35, 1; 79-82. May. 1991

Dosoretz Daniel E., Orr Jr. James W., Salenius Sharon A. and Orr Pamela F.

Mandibular Metastasis in a Patient with Endometrial Cancer.

Gynecologic Oncology. Vol.72, .2; 243-245 Feb. 1999

Epaulard O., Moro D. and Langin T.

Bronchorrhea revealing cervix adenocarcinoma metastatic to the lung.

Lung Cancer. Vol. 31, 2-3; 331-4. Feb-Mar 2001

Estape Ricardo, Angioli Roberto, Wagman Felicia, Madrigal Marilu, Janicek Mike, Ganjei-Azar Parvin, Penalver Manuel and Averette Hervy.

Significance of Intraperitoneal Cytology in Patients Undergoing Radical Hysterectomy.

Gynecologic Oncology. Vol. 68, 2; 169-171. Feb.1998

Fishman A., Steel B.L., and Girtanner R.E.

Fallopian tube cancer metastatic to the breast.

European journal of gynaecological oncology.; 15, 2; 101-4. 1994

Fisher M.S

Lumbar spine metastasis in cervical carcinoma: a characteristic pattern.

Radiology, Vol 134, 631-634

Freeman C.R., Rozenfeld M. and Schopflocher P.

Cutaneous metastases from carcinoma of the cervix.

Archives Dermatology. Vol 118, 1; 40-41. Jan1982.

Friedman M., Nissenbaum M., Lakier R. and Browde S .

Brain metastases in early cancer of the uterine cervix. A case report.

S Afr Med J. 24, 64; 498-9. Sep 1983.

Goldstein L.S., Kavuru M.S., Meli Y., Tuthill R.J. and Mehta A.C.

Uterine rhabdomyosarcoma metastatic to mediastinal lymph nodes: diagnosis by transbronchial needle aspiration.

South Med J. Vol. 92, 1; 84-7. Jan. 1999

Gosslee Jeffrey M., Misra R.P., Langford M. P., Vekovius B., Byrd William A. and Flynn. Steven B.
Orbital metastasis of keratinizing squamous cell cervical carcinoma with giant cells. A case report.

International Ophthalmology Vol. 29, 2009.

Harvey R.L., Mychaskiw G., Sachdev V. and Heath B.J .

Isolated cardiac metastasis of cervical carcinoma presenting as disseminated intravascular coagulopathy. A case report.
J Reprod Med.45, 7; Jul 2000.

Hertzanu Y., Vellet A.D. and Fain B.A.

Eye metastases in carcinoma of the cervix : a case report.
SAMJ Vol.71 Jan. 1987

Horowitz Neil S., Tamimi Hisham K., Goff Barbara A., Koh Wui-Jin, Schmidt Rodney A., Greer Benjamin E. and Paley Pamela J.

Pretreatment Scalene Node Biopsy in Gynecologic Malignancy: Prudent or Passé?
Gynecologic Oncology. Vol. 75, 2; 238-241 Nov. 1999

Hoy F., Boucher R. and Brody A.

Uterine leiomyosarcoma with cardiac metastases..
Med Pub 31, 6; 418. Nov 1988

Ikeda S., Yamada T., Katsumata N.K., Hida, K., Tanemura, R., Tsunematu, K., Ohmi, T., and Sonoda, H

Cerebral metastasis in patients with uterine cervical cancer,
Japanese Journal of Clinical Oncology. Vol 28, 1; 27-29. 1998.

Imachi M., Tsukamoto N., Matsuyama T. and Nakano H.

Peritoneal cytology in patients with carcinoma of the uterine cervix.
Gynecol Oncol. 26, Feb. 1987

Iqbal J.B. and Ironside J.W.,

Cerebral metastases from a malignant mixed Mullerian tumour of the uterus.
Histopathology. Vol. 23 1993.

Jamshed A., Khafaga Y., Elhusseiny G. and M Manji

Pericardial metastasis in carcinoma of the uterine cervix,
Gynecologic oncology. Vol. 61, 3; 451-453. 1996.

Jones M.W. and Norris H.J.,

Clinicopathologic study of 28 uterine leiomyosarcomas with metastasis,
International journal of gynecological pathology.
Vol. 14, 3. Jul. 1995

Karapanagiotou Elena, Muhammad Wasif Saif, Rondoyianni Dimitra, Markaki Sofia, Christina Alamara, Kiagia Maria, Pantazopoulos Kosmas, Tzannou Ifigenia, and Syrigosa Kostas
Metastatic Cervical Carcinoma to the Thyroid Gland: A Case Report and Review of the Literature,
Yale J Biol Med. Vol. 79, 3-4. Dec. 2006

Kashimura M., Sugihara K., Toki N., Matsuura Y., Kawagoe T., Kamura T., Kaku T., Tsuruchi N., Nakashima H. and Sakai H.

The Significance of Peritoneal Cytology in Uterine Cervix and Endometrial Cancer,
Gynecologic Oncology.

Vol. 67, 3; 285-290. Dec. 1997

Kelkar P.S., Helbich T.H., Becherer A., Rudas M., Lehner R. and Mostbeck G.H.

Solitary breast metastasis as the first sign of a squamous cell carcinoma of the cervix: imaging findings,

Eur J Radiol. 24, 2. Feb. 1997

Kelley J.L., Kanbour-Shakir A., Williams S.L. and Christopherson W.A.

Cervical cancer metastatic to the breast: a rare presentation of tumor dissemination.

Gynecol Oncol. Vol. 43, 3. Dec. 1991

Kennedy K.E., Christopherson W.A. and Buchsbaum H.J.

Pulmonary lymphangitic carcinomatosis secondary to cervical carcinoma: a case report.

Gynecologic oncology

Vol. 32, 2; 253-256. 1989

Kim Eun Sung, Deuk Lee Pyo, Lee Mi Woo, Choi Jee Ho, Moon Kee Chan and Koh Jai Kyoung.

Cutaneous Metastasis of Uterine Papillary Serous Carcinoma.

The American Journal of Dermatopathology

Volume 27, 5; 436-438 Oct. 2005

Kim P.Y., Monk B.J., Chabra S., Burger R., Vasilev S.A., Manetta A., DiSaia P. and Berman M.L.

Cervical cancer with paraaortic metastases : Significance of residual paraaortic disease after surgical staging. Obstetrical & Gynecological Survey.

Vol 69, 3; 243- 7. Jun. 1998

Kim RY, Weppelmann B, Salter MM, Brascho DJ.

Skeletal metastases from cancer of the uterine cervix: frequency, patterns, and radiotherapeutic significance.

Int J Radiat Oncol Biol Phys. 13, 5; 705-8. May. 1987

Kumar L., Pokharel Y.H., Dawar R. and Thulkar

Cervical cancer metastatic to the breast: A Case Report and Review of the Literature.

Clinical Oncology

Vol. 11, 6; 414-416. Dec. 1999

Kumar L., Tanwar R.K., Karak P.K. and Shukla NK.

Breast metastatic from primary cervical cancer.

Asia Oceania J Obstet Gynaecol.

Vol. 20, 4; 345-8. Dec. 1994

Kushner D.M., Lurain J.R., Fu T.S. and Fishman D.A.,
Endometrial adenocarcinoma metastatic to the scalp: case report and literature review.
MedPubGynecol Oncol. 65. Jun. 1997

Lee, H., Choo. C. and Poh H.
Orbital metastasis from carcinoma of cervix.
British Journal of Ophthalmology
Vol. 81, 4. Apr. 1997

Lemus Julio F., Abdulhay Gaz, Sobolewski Craig and Risch Victor R.,
Cardiac Metastasis from Carcinoma of the Cervix: Report of Two Cases.
Gynecologic Oncology
Vol. 69, 3, 264-268. June 1998.

Liyang Han, Raj Bhan, Samuel Johnson, Imad Zak, Mujtaba Husain, Mousa A. and Al-Abbadi,
Leptomeningeal metastasis in a patient with squamous cell carcinoma of the uterine cervix:
Report of a case and review of the literature.
Diagnostic Cytopathology.
Vol. 35, 10; 660 - 662

Loizzi V., Cormio G., Cuccovillo A., Fattizzi N., and Selvaggi L.
Two Cases of Endometrial Cancer Diagnosis Associated with Bone Metastasis.
Gynecologic and obstetric Investigation
Vol. 61 No. 1, 2006

Maheshwari Amita, Gupta Sudeep, Wuntkal Rekha, Kulkarni Yogesh, and Tongaonkar Hemant,
Brain Metastasis From Cervical Carcinoma.
Journal List MedGenMed.
Vol. 7, 1. 2005

Maheshwari G. K., Baboo H. A., Ashwathkumar R., Dave K. S. and Wadhwa M. K.
Scalp metastasis from squamous cell carcinoma of the cervix .
International Journal of Gynecological Cancer.
Vol. 11:3. May - June 2001

Malhotra M., Sharma J. B., Wadhwa L. and Singh S.
Disseminating myxoid leiomyosarcoma of the uterus.
Archives of Gynecology and Obstetrics
Volume 271, 2. Feb. 2005

Mann WJ., Chumas J., Amalfitano T., Westermann C. and y Patsner B.
Ovarian metastases from stage IB adenocarcinoma of the cervix.
PubMed
Vol. 60, 5; 1123-6. Sep. 1987

Martínez-Mañas Rosa M., Brell Marta, Rumià Jordi and Ferrer Enrique.
Brain Metastases in Endometrial Carcinoma.
Gynecologic Oncology. Vol. 70, 2; 282-284. Aug. 1998,

Messing M.J., Flickinger F.W. and Gallup D.G.
Retroperitoneal dissemination of cervix cancer following surgical staging.
Gynecol Oncol. Vol. 53, 2; 269-73. May. 1994.

Monaco E. 3rd, Kondziolka D., Mongia S., Niranjan A., Flickinger J.C. and Lunsford L.D.
Management of Brain Metastases From Ovarian and Endometrial Carcinoma With Stereotactic
Radiosurgery.
Cancer. Vol. 1; 113. Nov. 2008

Mohamed S. and Khodadoust K.
Carcinoma of the cervix causing massive Intracardiac Embolus.
Gynecologic Oncology
Vol. 56, 2, ; 294-297. Feb. 1995

Naumann R. Wendel and Spe Sharon.
An Umbilical Metastasis after Laparoscopy for Squamous Cell Carcinoma of the Cervix .
Gynecologic Oncology
Vol. 64, 3; 507-509 Mar. 1997

Okamura S, Okamoto Y., Maeda T., Sano T., Ueki M., Sugimoto O., Sakata T., Yamasaki K. and
Akagi H.
A study of bone metastasis of cervical carcinoma by bone scintigraphy.
Nippon Sanka Fujinka Gakkai Zasshi. Vol. 37, 4; 603-10. Apr. 1985

Orrù Silvia, Lay Giancarlo, Dessì Marina, Murtas Rita, Deidda Maria Assunta, and Amichetti
Maurizio
Brain Metastases From Endometrial carcinoma: Report of Three Cases And Review of The
Literature.
Tumori, Vol. 93: 112-117, 2007

Ortiz J.M., Esterman B. and Paulson J.
Uterine cervical carcinoma metastasis to subconjunctival tissue.
Arch Ophthalmol.
113, 11;1362-3. Nov. 1995

Paraskevaidis Evangelos, Papadimitriou Dimitrios, Koliopoulos George , Dalkalitsis Nikolaos,
Fotiou Stylianos, Lolis Dimitrios and Kitchener Henry.
Cervical cancer metastasis on the surgical wound: not a new feature and not specific to
laparoscopy. Report of two cases and review of the literature .
Gynaecological Endoscopy. Vol. 9, 3; 175 – 179. 2001

-
- Petit T., Nizri D., Coeffic D., Nizri D., Rixe O. and Khayat D.
Métastase cutanée sous-claviculaire d'un cancer du col utérin = Subclavicular skin metastasis of cervical cancer.
Annales de médecine interne.
Vol. 146, 8; 602-604. 1995
- Salpietro F.M., Romano A., Alafaci C. and Tomasello F.
Pituitary metastasis from uterine cervical carcinoma: a case presenting as diabetes insipidus
British Journal of Neurosurgery.
Volume 14, 2; 156 – 159. Apr. 2000
- Salvati M., Caroli E., Orlando E. Ramundo, Nardone A., Frati A., Innocenzi G. and Giangaspero F.
Solitary Brain Metastases from Uterus Carcinoma: Report of Three Cases.
Journal of Neuro-Oncology
Vol. 66, 1-2. Ene. 2004
- Schaefer S., Shohet R.V., Nixon J.V. and Peshock R.M.
Right ventricular obstruction from cervical carcinoma: a rare, single metastatic site.
The American heart journal
Vol. 113, 1, no2, pp. 397-399. 1987
- Schraub S., Montcuquet P.H., Horiot J.C. and Mercier M.
Bronchial carcinoma after cervical carcinoma
Cancer Journal for Clinicians
Vol. 56, 11; 2707 – 2710. 1986.
- Seki M., Nakawaga K., Tsuchiya S., Matsubara T., Kinoshita I., Weng S.Y. and Tsuchiya E.
Surgical treatment of pulmonary metastases from uterine cervical cancer. Operation method by lung tumor size.
The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery.
Vol 104, 876-881
- Siddiq M. A., Bhudia S. K., Gana P. and Patel J.
Metastatic endometrial carcinoma of the neck
The Journal of Laryngology & Otology. Vol. 114; 229-230. 2000
- Singh K., Chander S., Rath G.K. and Singh M.K.
Carcinoma of the uterine cervix metastatic to breast--report of a case.
Indian Journal of Medical Sciences. Vol. 44, 1; 5-7. 1990
- Spraul C.W., Grossniklaus H.E. and Giles J.T.
Müllerian mixed tumor metastatic to the iris and ciliary body.
Archives of ophthalmology
Vol. 115, 1; 122-123. 1997

-
- Srivastava K., Singh S., Srivastava M. and Srivastava A.N.
Incisional skin metastasis of a squamous cell cervical carcinoma 3.5 years after radical treatment: a case report.
International Journal of Gynecological Cancer. Vol. 15, 6; 1183 – 1186. 2005
- Tajran D. and Berek J.S.
Surgical resection of solitary brain metastasis from cervical cancer.
International Journal of Gynecological Cancer. Vol. 13, 3; 368 – 370. 2003
- Takehima N., Katase K., Hirai Y., Yamawaki T., Yamauchi K. and Hasumi K.
Prognostic Value of Peritoneal Cytology in Patients with Carcinoma of the Uterine Cervix
Gynecologic Oncology Uterus. Vol. 64, 1; 136-140. 1997
- Uharek Peter, Mlynek Miloš and Ravinger Jozef.
Endometrial Adenocarcinoma Presenting with an Osseous Metastasis.
Gynecologic and Obstetric Investigation. Vol. 61, 4. 2006
- Vaquero J. and Martinez R.,
Leiomyosarcoma of the uterus metastatic to the brain: a case report.
Archives of Gynecology and Obstetrics. Vol. 279, 3. Mar. 2009
- Vargas-Barron J, Keirns C, Barragan-Garcia R, Beltran-Ortega A, Rotberg T, Santana-Gonzalez A and Salazar-Davila E.
Intracardiac extension of malignant uterine tumors. Echocardiographic detection and successful surgical resection.
The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery. Vol 99; 1099-1103. 1990
- Wu H.S., Yen M.S. and Lai C.R
Ovarian metastasis from cervical carcinoma-
International Journal of Gynecology & Obstetrics. Vol. 57, 2; 173-178 May. 1997
- Yamamoto Kaichiro, Yoshikawa Hiroyuki, Shiromizu Kenji, Saito Toshiaki, Kuzuya Kazuo, Tsunematsu Ryuichiro, and Kamura Toshiharu.
Pulmonary metastasectomy for uterine cervical cancer: a multivariate análisis-
Ann Thorac of thoracic surgery Vol. 77; 1179-1182. 2004
- Younathan CM, Steinbach B.G. and Debose C.D.
Metastatic cervical carcinoma to the breast.
Gynecologic Oncology. Vol. 45, 2; 211-213. 1992
- Zachariades Nicholas, Skoura Cornelia, Mourouzis Constantine, Papademetriou George, and Economopoulou Panayiota
Uncommon metastases in the maxillofacial area.
Balkan Journal of Stomatology. Vol. 7, 1; 59-62. 2003.