Casos Clínicos

ADENOCARCINOMA PAPILAR DEL CUELLO UTERINO: COMUNICACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Drs. *Hernán Braun B.¹, Adriana Castiblanco G.², Nicanor Barrena G.¹, Roger Gejman E.², Alonso Rioseco R.¹*

¹Departamento de Obstetricia y Ginecología. ²Departamento de Anatomía Patológica. Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile

RESUMEN

Se presenta el caso clínico de una paciente de 42 años con diagnóstico de adenocarcinoma seroso papilar del cuello uterino etapa Ib1 tratada mediante histerectomía radical más linfadenectomía pélvica bilateral. El estudio anatomopatológico demostró bordes quirúrgicos libres y ausencia de enfermedad metastásica ganglionar por lo que se consideró a la paciente tratada. Este es el primer caso de adenocarcinoma seroso papilar del cuello uterino reportado en el país. Hay que descartar el compromiso cervical secundario por tumores serosos de endometrio, ovario o trompa antes de plantear el origen primario de cuello uterino.

No se conoce el real comportamiento, pronóstico y óptimo tratamiento en este tipo de tumores. La determinación de los niveles de CA-125 basal y seriados durante el seguimiento pudiese ser de utilidad en la evaluación del tratamiento realizado y en la sospecha de enfermedad persistente o recidivada.

PALABRAS CLAVE: *Adenocarcinoma seroso papilar, cervix*

SUMMARY

A 42 year old patient with a diagnosis of serous papillary adenocarcinoma of the cervix stage Ib1 treated by radical hysterectomy and bilateral lymphadenectomy is reported. The patient was considered treated because the pathology study did not demonstrate tumor outside the cervix or lymphatic nodes. The serous papillary adenocarcinoma of the uterine cervix is an extremely infrequent tumor and therefore compels to discard a secondary cervical involvement by serous tumors derived from the endometrium, ovary or tube. This is the first chilean case reported.

The prognosis and optimum treatment of these tumors is still uncertain. Basal Ca-125 and then during the follow-up could help in evaluation of treatment as well as in the suspicion of persistent illness or recidives.

KEY WORDS: *Serous papillary adenocarcinoma, cervix*

INTRODUCCIÓN

En Chile, el cáncer de cuello uterino es la principal neoplasia maligna de origen ginecológico, excluido el cáncer de mama. El 80% a 90% de los

casos corresponde a carcinoma escamoso, el 10% a 20% a adenocarcinoma y el resto por los excepcionales casos de melanomas, sarcomas y metástasis. En las últimas décadas se ha observado un sostenido aumento en la proporción de adenocar-

cinoma, probablemente por la disminución de los casos de carcinoma escamoso por la pesquisa precoz y el tratamiento oportuno de las neoplasias intraepiteliales (1-3).

El adenocarcinoma papilar seroso es frecuente en el ovario, trompa, endometrio y peritoneo, es conocido su mal pronóstico, el comportamiento agresivo y el alto riesgo de metástasis y recurrencias (4-7). Histológicamente, el adenocarcinoma seroso papilar del cuello uterino es idéntico al que se observa en los órganos y tejidos mencionados anteriormente. Es extremadamente raro en el cuello uterino y son escasos los casos reportados en la literatura médica internacional, probablemente este sea el primer caso informado en Chile. No se conoce la incidencia real, estimándose en un 1% de las neoplasias cervicales (8).

CASO CLÍNICO

Paciente de 42 años, múltipara de 2 partos vaginales, usuaria de anticonceptivos orales por 10 años. Último Papanicolaou normal en 1993. Consulta por presentar desde hace 4 meses goteo hemático intermenstrual y sinusorragia. Se realizó citología cervical que mostró células de núcleos vesiculares atípicos (Figura 1) y redondeados con marcada tendencia a la formación de grupos celulares, compatibles con un adenocarcinoma de arquitectura papilar. A la especuloscopia se evidenció un tumor exofítico de 3 cm dependiente del labio anterior del cuello uterino. La biopsia del tumor informó adenocarcinoma seroso papilar. La paciente fue etapificada clínicamente como Ib1. La ecografía transvaginal mostró ovarios de características ultrasonográficas normales y endometrio

Figura 1. Grupos celulares de células epiteliales atípicas a manera de pequeñas papilas (tinción de Papanicolaou 400X).

Figura 2. Histotopograma que muestra el compromiso tumoral predominantemente de exocérvis, con infiltración en partes del 30% del espesor del cuello uterino.

tipo 0 de 2 mm de grosor. Los exámenes generales, la radiografía de tórax y la ecotomografía abdominal fueron normales. Se efectuó una histerectomía total, con salpingooforectomía bilateral y linfadenectomía pélvica bilateral. La exploración abdominal fue negativa para enfermedad metastásica. La paciente evolucionó satisfactoriamente, siendo dada de alta en buenas condiciones. El examen anatomopatológico de la pieza quirúrgica determinó un adenocarcinoma seroso papilar grado 3 nuclear, predominantemente exocervical e infiltrante en un 30% del espesor del cuello uterino (Figuras 2 y 3); los parametrios, la cavidad endometrial y los anexos no mostraron compromiso tumoral. Se examinaron 13 ganglios pélvicos derechos y 11 izquierdos, todos sin evidencia de

Figura 3. Tejido tumoral de arquitectura claramente papilar (hematoxilina-eosina 200 X).

neoplasia. Analizado el caso en reunión clínica se consideró tratada a la paciente.

DISCUSIÓN

En la literatura existen 21 casos reportados de adenocarcinoma seroso papilar del cuello uterino (4-6), 17 de ellos por Zhou y cols (6), la serie más reciente y extensa. La edad de presentación mostró un claro patrón bimodal con 2/3 de los casos en menores de 45 años y el tercio restante sobre los 65 años. El 66% de las pacientes consultó por descarga vaginal hemática en forma de goteo intermenstrual o sinusorragia. Alrededor del 25% de los casos fueron asintomáticos y el diagnóstico se basó en la presencia de células glandulares atípicas en la citología cervical (7). Al momento del diagnóstico, el 52% de las pacientes presentaba un tumor de cérvix exofítico, con un 14, 67, 14 y 5% de los casos en etapas Ia, Ib, II y III, respectivamente (7). El 62% de los casos correspondieron a adenocarcinoma seroso papilar de cuello uterino puro; en los casos restantes, el 75% presentaron coexistencia con adenocarcinoma villoglandular, un caso con adenocarcinoma endocervical y otro con adenocarcinoma de células claras. En 14 pacientes se determinó CA-125, demostrándose su expresión a nivel tumoral en el 79% de los casos.

En la serie de Zhou (6) el 35% de las pacientes era usuaria de anticonceptivos orales y el 47% tenía hábito tabáquico actual o pasado. La elevación del CA-125 se asoció a recurrencia y progreso de la enfermedad, mientras que los niveles normales a ausencia de ella. Asimismo, el tamaño tumoral mayor a 2 cm, más de 10 mm de invasión, etapa mayor a I y la presencia de metástasis ganglionares, presentaron correlación significativa con recurrencia de la enfermedad. En esa serie no se cuenta con el seguimiento de las 2 pacientes en etapa Ia, mientras que el seguimiento a 5 años de las 12 pacientes en etapa Ib mostró que el 66% estaba libre de enfermedad, un 8% en recurrencia y un 25% de mortalidad. Ninguna paciente en etapa II y III estaba viva a los 5 años de seguimiento.

CONCLUSIONES

1. El adenocarcinoma seroso papilar del cuello uterino es extremadamente raro y de reciente descripción.
2. Es imprescindible descartar razonablemente el compromiso cervical secundario por tumores

serosos de endometrio, ovario o trompa antes de plantear su origen primario del cuello uterino.

3. Los escasos casos publicados no permiten obtener conclusiones válidas en cuanto a su real comportamiento, pronóstico o su óptimo tratamiento.

4. Mientras no exista evidencia sólida estos casos deben tratarse de manera similar al adenocarcinoma de cuello uterino.

5. Nos parece razonable incluir al menos citología peritoneal y salpingooforectomía bilateral, como también una exploración abdominal intraoperatoria rigurosa en las tratadas quirúrgicamente.

6. La determinación de los niveles de CA-125 basal y seriados durante el seguimiento pudiese ser de utilidad en la evaluación del tratamiento realizado, así como en la sospecha de enfermedad persistente o recidivada.

7. La bibliografía analizada muestra que no hay protocolos específicos de tratamiento que permitan inclinarse por un régimen terapéutico en particular.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mayerson D, Wild R, Badía J, Barrena N. Cáncer invasor de cuello uterino. Capítulo 20. En: Pérez Sánchez (eds). Ginecología, 2° ed. Santiago, Chile: Publicaciones Técnicas Mediterráneo1995; 274-84.
2. Hempling R. Cáncer cervical. Capítulo 7. En: Steven Piver (ed). Oncología Ginecológica, 2° ed. Marban Libros 2000; 111-40.
3. Hatch K, Fu Y. Cáncer cervical y vaginal. Capítulo 32. En: Berek J (ed). Ginecología de Novak. 12° ed. McGraw-Hill Inteamericana, 1997; 1111-53.
4. Gilks C, Clement P. Papillary Serosus Adenocarcinoma of the Uterine Cervix: A report of three cases. Mod Path 1992; 5(4): 426-31.
5. Shintaku M, Ueda H. Serosus papillary adenocarcinoma of the uterine cervix. Histopathology 1993; 22: 506-7.
6. Zhou Ch, Gilks C, Hayes M, Clement P. Papillary serous carcinoma of the uterine cervix. A clinicopathologic study of 17 Cases. Am J Surg Path 1998; 22(1): 113-20.
7. Chang WC, Matisic JP, Zhou C, Thomson T, Clement PB, Hayes MM. Cytologic features of villoglandular adenocarcinoma of the uterine cervix: comparison with typical endocervical adenocarcinoma with a villoglandular component and papillary serous carcinoma. Cancer, 1999; 87(1): 5-11.
8. Kurman R, Wright T, Ferenczy A. Carcinoma and other tumors of the cervix. Chapter 8. En: Blaustein's Pathology of the Female Genital Tract. Fifth Edition. Springer, 2002; 325-81.