

# NEOPLASIAS DE CÉRVIX UTERINO. DIFERENTES HISTOLOGÍAS, MISMO DESENCADENANTE.

Muñoz Contreras, M.; Lorca Alfaro, S.; Martínez Vicente, L.; Gurrea Almela, E.;  
Abril Alcobas, C.; Huelbes Ros, A.; García Soria, V.; Machado Linde, F.  
Hospital General Universitario «Reina Sofía», Murcia

## INTRODUCCIÓN:

Los tumores neuroendocrinos son neoplasias epiteliales que pueden desarrollarse en cualquier órgano del cuerpo. Se trata de enfermedades agresivas, diagnosticadas con mayor frecuencia a nivel del aparato digestivo o del pulmón.

Uno de los tejidos en los que se pueden desarrollar estas neoplasias es el aparato genital femenino, representando un pequeño porcentaje del total (0.9-1.5%), siendo su pronóstico peor que el resto de tumoraciones cervicales conocidas dada la alta tasa de invasión linfovascular y ganglionar en el momento del diagnóstico.

Debido al escaso número de tumores de esta estirpe a nivel del cérvix uterino, su manejo clínico se ha realizado históricamente de manera paralela a los tumores neuroendocrinos de células pequeñas del pulmón.

## MATERIAL Y MÉTODOS:

A partir del diagnóstico histológico de una neoplasia de esta estirpe en una de nuestras pacientes, nos planteamos realizar una revisión bibliográfica de los casos previos publicados acerca de esta estirpe tumoral y su relación etiológica con el Virus del Papiloma Humano.

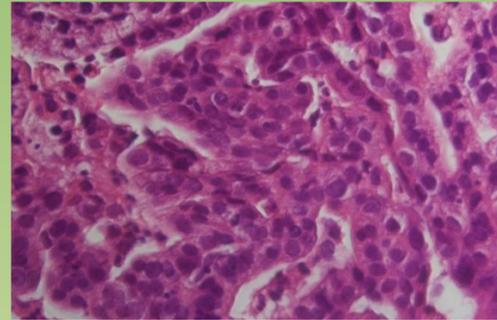


Fig. 1 – Glándulas con muco-secreción

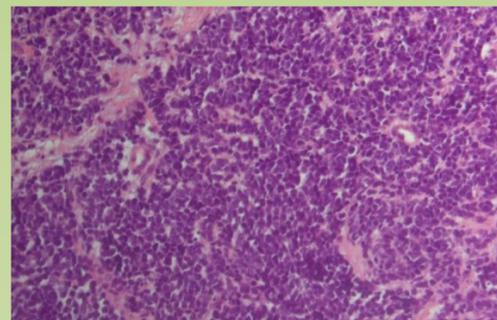


Fig. 2 – Cél pequeñas y escaso citoplasma

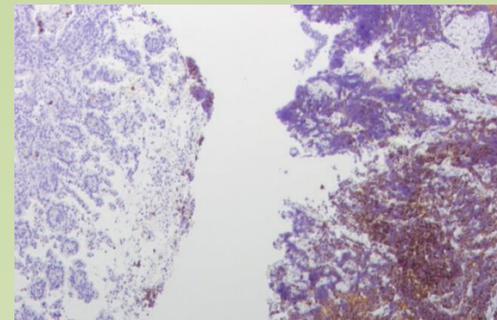


Fig. 3 – Tinción cromogranina

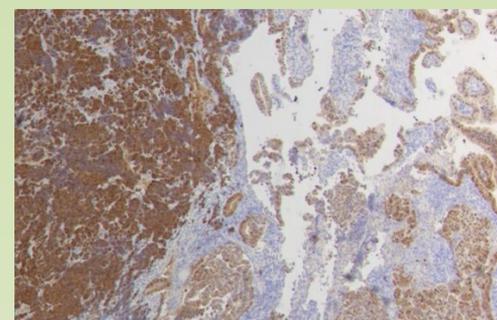


Fig. 4 – Tinción p16

## CASO CLÍNICO:

Presentamos el caso de una paciente de 56 años, diabética, con tres partos vaginales y menopausia a los 53 años. Última revisión ginecológica hace 2 años, con citología cervico-vaginal, normal. Pareja estable desde hace 40 años.

La paciente consulta por coitorragia en dos ocasiones en las últimas semanas.

**Exploración vaginal:** cérvix aumentado de tamaño a expensas de una tumoración de 5cm aproximadamente, excrecente, sangrante al contacto y muy fija, vagina libre en los 2/3 externos y ambos parametrios acortados y afectados.

**Ecografía transvaginal:** útero con morfología de embudo a expensas de una tumoración de cérvix de 4 x 4.2 cm, vascularización score 4; cuerpo uterino de 6cm con línea endometrial que parece fina. Ovario izquierdo normal, ovario derecho no se aprecia. No líquido libre intraabdominal.

Se toman múltiples biopsias de la tumoración y se solicita estudio de extensión.

**AP:** proliferación tumoral que crece con patrón bifásico. Aproximadamente la mitad del tumor aparece formando glándulas con muco-secreción (Fig.1) y la otra mitad crece de forma difusa y compuesta por células de pequeño tamaño con escaso citoplasma (Fig.2). El primer componente se marca inmunohistoquímicamente con queratinas y EMA, siendo negativo para vimentina y receptores hormonales en el componente epitelial. El componente de célula pequeña, tipo neuroendocrino, se marca con cromogranina (Fig.3), sinaptofisina, queratinas y CD56. El marcador de proliferación celular Ki67 muestra una positividad del 98% en el componente neuroendocrino y del 80% en el adenocarcinoma. La p16 se expresa intensamente tanto en el componente neuroendocrino como en el adenocarcinoma (Fig.4).

**TAC:** masa de 4.4 cm centrada en cérvix compatible con la sospecha de neoplasia de cérvix. Sin datos concluyentes de enfermedad a distancia.

**VPH:** negativo

**RMN:** Tumoración de cérvix probable estadio IIA2 (IIB si se confirmara la afectación del parametrio derecho) de la FIGO (Fig.5 y 6).

La paciente es presentada en el comité de oncología ginecológica decidiéndose tratamiento con QMT-RTP. Actualmente, la paciente esta recibiendo el tercer ciclo de QMT.



Fig. 5 – RMN (sagital)

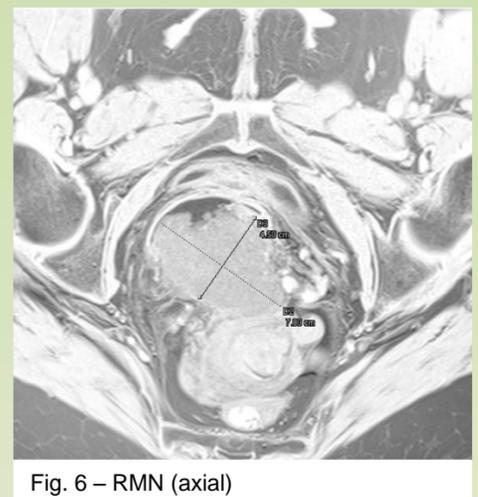


Fig. 6 – RMN (axial)

## RESULTADOS:

- Los tumores neuroendocrinos son cánceres agresivos que se desarrollan a partir de las células neuroendocrinas, lo que implica la posibilidad de poder desarrollarse en casi cualquier localización.
- En el momento del diagnóstico, la mayoría presentan infiltración linfática y hematogena.
- Aunque histológica e inmunohistoquímicamente presentan características comunes, también presentan características que nos permiten agruparlos en alto y bajo riesgo y posteriormente subclasificarlos.
- Constituyen un reto terapéutico ya que no existen guías de tratamiento basadas en estudios.
- El VPH causa una gran parte de los tumores neuroendocrinos del alto grado, tanto de células pequeñas como de células grandes, concretamente los serotipos 16 y 18, por lo que la vacunación profiláctica contra el VPH podría ser un método de prevención para el desarrollo de este tipo de cáncer.

## CONCLUSIONES:

- El limitado número descrito de este tipo de tumoraciones impide la realización de protocolos de estudio adecuados así como la elaboración de una guía de actuación clínica y terapéutica basada en la evidencia.
- La aparición de cánceres neuroendocrinos asociados a carcinomas escamosos o adenocarcinomas sugiere que el VPH es capaz de infectar/transformar a células pluripotenciales que pueden diferenciarse a cualquier línea celular.