

SPOTTING COMO DEBUT DE UN ADENOCARCINOMA VILLOGLANDULAR DE CÉRVIX

Autores: Esquinas Vega, M^aCruz; Bueno González, M^a Mar; Martínez Mas, José; Urbano Reyes, M^a Isabel; Ortíz Reina, Sebastián; Isaac Montero, M^a Alejandra; Pérez Legaz, Rosario; Lara Peñaranda, Rosario.

Servicio de Obstetricia y Ginecología; Servicio de Anatomía Patológica

Complejo Hospitalario Universitario: Sta María del Rosell-Sta Lucía de Cartagena (Murcia)

Email de contacto: mesquinasveg@gmail.com

1. Introducción a la presentación de un caso clínico:

El **Adenocarcinoma Villoglandular de Cérvix** es un raro subtipo de Cáncer de Cérvix descrito, por primera vez, en 1989 por Young & Scully y no figuró en la clasificación de la OMS hasta 1994.

Variación de la que apenas, hay publicados poco más de 100 casos en todo el Mundo.

Afecta mujeres en edad reproductiva y clínicamente suele debutar a modo de spotting o coitorragia.

Se ha sugerido una probable relación con anticonceptivos hormonales orales y, con los serotipos 16 y 18 del HPV.

A la exploración lesión es excrecente y friable; habitualmente interpretada como pólipo endocervical.

Su importancia radica en el excelente pronóstico por lo que puede ser manejado de una forma conservadora.

Presentamos un caso clínico reciente, diagnosticado en nuestro centro.

2. Caso Clínico:

Mujer de 42 años que consulta por irregularidad menstrual con metrorragia escasa cada 2-3 semanas.

Citología hace 20 meses con alteraciones celulares reactivas asociadas con probable ectopia.

AP: No AMC. **AF:** No refiere. **AQ:** No. **AGO:** G3P2A1. Fórmula menstrual: 4/30 días.

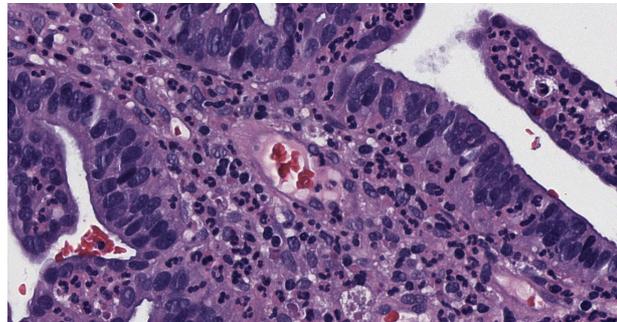
Exp. Ginecológica: GGEE normales, con vagina normal y lesión cervical polipoidea sangrante, sin sangrado activo de cavidad.

Ecografía Vaginal: Utero en AVF normal. Grosor endometrial de 4,5 mm. Ovarios normales. No líquido libre en Douglas.

Exéresis de lesión polipoidea que asoma por OCE que se remite a Anatomía Patológica.

Informe de AP: Neoformación de estirpe epitelial y diferenciación glandular y papilar, con morfología de Adenocarcinoma Villoglandular de Cérvix.

Tras explicar a la paciente la naturaleza de su lesión se indica la conización en quirófano; informando que, podría ser terapéutica si se dan todos y cada uno de 3 requisitos (* márgenes de resección libres de tumor, invasión menor de 3 mm y no invasión del espacio linfovascular).



3. Imágenes cedidas por el Servicio de Anatomía Patológica del C.H.U. Sta M^a del Rosell-Sta Lucía de Cartagena (Murcia):

(A la izquierda): Se observa el patrón **Villoglandular**: Neoformación de estirpe epitelial constituida por células cilíndricas de talla media a grande con amplios citoplasmas basófilos mal definidos y núcleos con leve pleomorfismo que han perdido su capacidad funcional (mucosecreción). Las células epiteliales se disponen a modo de epitelio cilíndrico pseudoestratificado, tapizado tanto por estructuras papilares centradas por delgados ejes de tejido conectivo, como glandulares y pseudoglandulares. La lesión muestra frecuentes mitosis y elevado índice proliferativo (más del 80% de las células expresan el Ki 67). P53 y RE han resultado negativas. Diagnóstico: **Neoformación de estirpe epitelial y diferenciación glandular y papilar, con morfología de Adenocarcinoma Villoglandular**. (Abajo a la derecha): Se muestra la pieza de conización.

4. Intervención Quirúrgica:

Conización Quirúrgica más legrado endocervical. **Informe de AP:** Legrado endocervical con fragmentos de Adenocarcinoma endocervical convencional Patrón Villoglandular y pieza de conización con Adenocarcinoma endocervical convencional microinvasivo con Patrón Villoglandular y Cribiforme con diferenciación intestinal focal (G1), originado sobre Adenocarcinoma "in situ" (AIS).

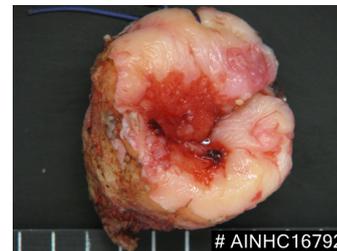
Márgenes quirúrgicos:

Endocervical: en contacto con la lesión en labio anterior y dista a 2 mm de labio posterior. Exocervical libre.

Estadío sobre pieza quirúrgica: al menos T1b, pNx, pMx.

Estadío al menos IB FIGO.

Resultados de Inmunohistoquímica: Ki67: positivo 90% y P16: Positivo. Dual (Ki67/p16): Positivo.



5. Conclusiones del caso clínico:

- ✓ El Adenocarcinoma Villoglandular de Cérvix es un raro subtipo de cáncer de cérvix que requiere un manejo individualizado, diferente y conservador.
- ✓ Se trata de una entidad poco conocida; puede pasar inadvertida en la citología al mostrarse, en muchas ocasiones, como alteraciones celulares reactivas.
- ✓ Baja incidencia con dudosa implicación del HPV, n^o de parejas o tabaquismo. Existe controversia con la asociación de Anticonceptivos hormonales orales.
 - ✓ La edad media de las pacientes varía, según las series (desde 33 a 55 años de media).
- ✓ Macroscópicamente parece un pólipo endocervical y en la colposcopia muestra aspecto de ectopia.
- ✓ Al tener un pronóstico es excelente debe manejarse de forma conservadora. Existen pocas excepciones en las que se comporta de forma más agresiva.
- ✓ La mayoría de los casos se presentan sólo con invasión superficial en el epitelio cervical.; aunque una minoría puede tener invasión profunda del epitelio.
 - ✓ Puede coexistir con neoplasia escamosa o glandular intraepitelial de cérvix.
- ✓ El tratamiento debe ser la conización terapéutica si los márgenes están libres, la invasión es menor de 3 mm y no hay afectación del espacio linfovascular.
- ✓ Cuando no se cumplen dichos requisitos, como es el caso que nos ocupa, debe realizarse histerectomía radical más linfadenectomía pélvica si los deseos genésicos están cumplidos o traquelectomía ampliada si existe deseo de maternidad.