

DIAGNÓSTICO HISTEROSCÓPICO DE CARCINOMA ADENOESCAMOSO INSERTO EN UN PÓLIPO ENDOCERVICAL. REPORTE DE UN CASO

JUAN PONS *
CARLOS TRAVIESO**
INGRID RAMÍREZ***

RESUMEN

Objetivo: Describir el caso de una paciente con carcinoma adenoescamoso inserto en un pólipo endocervical evidenciado por histeroscopia, trabajo realizado en el Hospital de Clínicas Caracas.

Paciente y método: Se evaluó a una paciente de 41 años que acudió a consulta ginecológica por presentar sangrado intermitente en "borra de café" durante 7 a 10 días posterior a la menstruación, durante los 2 meses previos a su consulta. Motivo por el cual se le realizó histeroscopia diagnóstica evidenciando pólipos endocervicales y endometriales, uno de los cuales presentaba una lesión blanquecina en su vértice de características inusuales, y cuya biopsia reportó carcinoma adenoescamoso inserto en pólipo por lo cual fue intervenida nuevamente realizándose histerectomía laparoscópica total más linfadenectomía pélvica bilateral. La paciente egresó a las 16 horas de intervenida. El estudio anatómo-patológico reportó márgenes quirúrgicos libres de neoplasia y ganglios linfáticos sin evidencia de metástasis.

Conclusión: En vista de que el diagnóstico de carcinoma adenoescamoso inserto en pólipo endocervical es raro (5%) y que el diagnóstico tiende a realizarse en estadios más avanzados, se destaca la importancia de la evaluación histeroscópica de todas aquellas pacientes que acudan con pólipos endocervicales o endometriales y destacar además la importancia de realizar biopsia dirigida por histeroscopia de todas aquellas lesiones sugestivas o no de malignidad.

Palabras clave

Histeroscopia diagnóstica, carcinoma adenoescamoso, pólipo endocervical.

HYSTEROSCOPIC DIAGNOSIS OF AN ADENOSQUAMOUS CARCINOMA INSERT IN ENDOCERVICAL POLYP. REPORT OF A CASE

ABSTRACT

Objective: Describe the case of a patient with adenosquamous carcinoma insert in an endocervical polyp evidenced by hysteroscopy. Case carried out in the Hospital de Clínicas Caracas.

Patient and method: There was evaluated a 41 years old patient who attended gynecological consultation due to intermittent bleeding in "coffee grounds" for 7-10 days after menstruation, during the 2 months prior consultation. It was performed a diagnostic hysteroscopy, evidencing endocervical and endometrial polyps, one of which had a whitish lesion at its apex of unusual features, and whose biopsy reported adenosquamous carcinoma inserted in a polyp, performing a laparoscopic total hysterectomy and bilateral pelvic lymphadenectomy. The patient was discharged at 16 hours postoperative. The anatomical-pathological study reported surgical margins free of neoplasia and no evidence of metastatic lymph nodes.

Conclusion: Due to adenosquamous carcinoma in endocervical polyp is rare (5%) and the diagnosis tends to occur in more advanced stages, it emphasizes the importance of hysteroscopic evaluation in all those patients with endocervical or endometrial polyps and highlight also the importance of hysteroscopy-directed biopsy for all those lesions suggestive of malignancy.

Key words

Diagnostic hysteroscopy, adenosquamous carcinoma, endocervical polyp.

* Ginecólogo-obstetra y cirujano mínimo invasivo ginecológico. Hospital de Clínicas Caracas
** Cirujano colo-proctólogo. Hospital de Clínicas Caracas.
*** Cirujano General . Hospital de Clínicas Caracas.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 41 años de edad, sin antecedentes patológicos personales y familiares de importancia, quien acude a consulta ginecológica por presentar sangrado intermitente en "borra de café" durante 7 a 10 días posterior a la menstruación, 2 meses previos a su consulta. Entre sus antecedentes gineco-obstétricos se encuentra: menarquía a los 14 años, ciclo menstrual 28/4 días, IIG/IIIP.

En la colposcopia se evidenciaron lesiones de aspecto polipoide protruyendo a través del orificio cervical externo. La citología cervical no evidenció atípicas.

Al realizar el ultrasonido pélvico transvaginal se evidenció: útero en AVF, superficie regular, miometrio homogéneo. Endometrio en fase proliferativa, de 8 mm de grosor, irregular con imágenes hiperecoicas, entre 1-3 mm de diámetro, distribuidas en cavidad endometrial y canal cervical sugestivas de pólipos.

Ovarios sin alteraciones (Imagen 1).

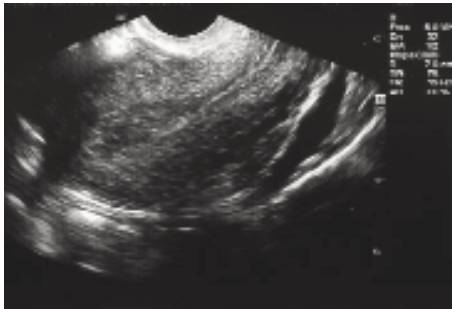


Imagen 1.

Ultrasonido modo B, corte medio sagital del útero, evidenciando múltiples imágenes hiperecoicas en cavidad endometrial y endocérvix sugestivas de pólipos.

Se realizó histeroscopia diagnóstica evidenciando: pólipos endometriales y pólipos endocervicales llamando particular atención pólipo endocervical con lesión blanquecina en su borde libre (Imagen 2).

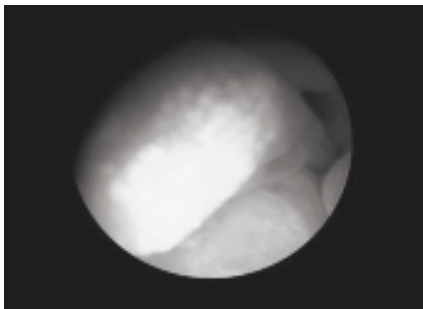


Imagen 2.

Pólipo endocervical observado durante la histeroscopia diagnóstica donde se evidencia lesión blanquecina en borde libre del mismo.

Es llevada a quirófano realizándose resección histeroscópica de pólipos endometriales y endocervicales con resectoscopio monopolar (Imagen 3), cuya biopsia (B-2011-03-168791) reportó: carcinoma adenoescamoso inserto en pólipo endocervical, que infiltra el corion del pólipo. Ausencia de invasión angiolinfática y perineural.

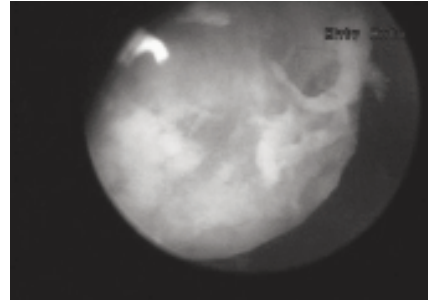


Imagen 3.

Pólipo endocervical observado durante la histeroscopia operatoria donde se evidencia lesión blanquecina en borde libre del mismo, siendo resecado con empleo de resectoscopio monopolar.

En vista de los hallazgos y luego de discutir el caso con la paciente se plantea realizar histerectomía laparoscópica total más linfadenectomía pélvica bilateral.

Durante la intervención se realizó histerectomía laparoscópica total con anexectomía izquierda más linfadenectomía de grupos ilíacos y de fosa obturatriz bilateral.

La paciente egresó en buenas condiciones a las 16 horas del postoperatorio.

La evaluación anatómo-patológica reportó (B-2011-04-169468): El canal endocervical está permeable, extensamente erosionado asociado a antecedente quirúrgico. No se identifican nódulos, masas o áreas induradas. El cuerpo uterino no presenta nódulos. Los márgenes quirúrgicos se encuentran libres de neoplasia. Ganglios linfáticos libres de neoplasia (Imagen 4).

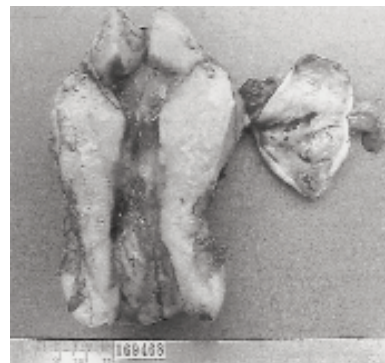


Imagen 4.

Pieza de anatomía patológica de la histerectomía laparoscópica + anexectomía izquierda, donde se evidencian cambios endometriales relacionados con resección histeroscópica previa sin evidenciar neoplasia en la biopsia definitiva de la pieza.

DISCUSIÓN

Los pólipos representan un hallazgo muy frecuente en la patología ginecológica y corresponden a crecimientos hiperplásicos localizados de las glándulas y son benignos en el 98% de los casos. Los pólipos únicos o múltiples, pueden medir desde algunos milímetros a varios centímetros. Son raros en mujeres menores de 20 años. La incidencia aumenta directamente con la edad, siendo mayor en la quinta década de la vida y declina gradualmente después de la menopausia^{1,2}.

Según el Anuario de Mortalidad en Venezuela del año 2008, los tumores malignos de los órganos genitales femeninos no se encontraban entre las primeras 25 causas de fallecimiento en el país, aunque se reportaron en ese mismo año 1.218 mujeres fallecidas con el diagnóstico de cáncer de cuello uterino entre 20 y 85 o más años, de las cuales sólo 1 paciente con edad comprendida entre 45 y 49 años fue clasificada como cáncer de endocervix³.

El carcinoma adenoescamoso representa el 3 a 5% de las neoplasias de cuello uterino. Si se realiza una búsqueda en PubMed.gov introduciendo "adenosquamous carcinoma insert in cervical polyp" no se encuentra ningún artículo, pero al introducir "adenosquamous carcinoma on cervical polyp" se obtienen 5 artículos, de los cuales ninguno reporta algún caso similar al presentado. Igualmente ocurre en MedScape, donde encontramos 89 artículos, de los cuales ninguno reporta un caso similar. Si se realiza la misma búsqueda en Google se consigue un artículo publicado en Elsevier en 1999 en el que describen el caso de una mujer de 75 años con metrorragias recurrentes, con antecedente de 6 paras, a quien se le realizó una polipectomía cervical, cuya anatomía patológica reportó carcinoma adenoescamoso en la periferia del pólipo, mas no en su base. Se decidió realizar una histerectomía más anexectomía, más omentectomía parcial, encontrando en el estudio anatomo-patológico un carcinoma endometrial limitado al cuerpo uterino y que invadía menos del 50% de la pared miometrial.

En el caso de nuestra paciente, tomando en cuenta su edad (41 años), que el carcinoma adenoescamoso se encontraba limitado al borde libre del pólipo endocervical y la ausencia de otros casos similares publicados, se decidió manejar como una paciente con diagnóstico de carcinoma adenoescamoso de cuello uterino. En vista de que no puede ser ubicado el presente caso en la clasificación de la FIGO se decidió considerar como estadio I para carcinoma adenoescamoso de cuello uterino.

A pesar de que se aceptaba que las pacientes con carcinoma adenoescamoso de cuello uterino presentaban peor pronóstico en comparación con otra variedad histológica (adenocarcinoma y carcinoma de células escamosas) se encontraron estudios que indican que las pacientes en estadio I y con bajo grado tumoral (G1) la sobrevida a los 5 años es similar independientemente

de la histología. Mientras que las pacientes con carcinoma adenoescamoso en estadios avanzados (FIGO II-IV) y alto grado tumoral (G3) el pronóstico era pobre en comparación con las otras variedades histológicas⁴.

Un estudio publicado en 1993 por la Escuela de Medicina de la Universidad de Miami en 290 pacientes con cáncer cervical es estadio IB o IIA quienes fueron tratadas con histerectomía radical más linfadenectomía pélvica bilateral y paraaórtica, con seguimiento durante 73 meses, encontrando que 45 pacientes (15.5%) habían presentado la variedad adenoescamosa, 220 pacientes (75.9%) habían presentado carcinoma escamoso y 25 pacientes (8.6%) adenocarcinoma. Encontraron que no hubo diferencia significativa entre los 3 grupos en cuanto a raza, nivel socio-económico, número de lesiones grado 3, número de ganglios linfáticos pélvicos positivos, márgenes positivos, distribución por estadios o número de recurrencias. Tampoco hubo diferencias significantes entre la edad de la paciente, profundidad de la invasión o tamaño del tumor. No hubo diferencias en cuanto a la variedad celular; motivos por los cuales concluyen que las pacientes con estadios tempranos de cáncer cervical pueden ser tratadas con histerectomía radical aunque presenten la variedad adenoescamosa⁵.

Según las directrices publicadas por la National Comprehensive Cancer Network (NCCN) en el 2011, la terapéutica establecida para las pacientes en estadio IA¹ incluye: histerectomía extrafascial u observación si la paciente tiene deseos de embarazo previa resección tipo cono con márgenes negativos o histerectomía radical + linfadenectomía pélvica acompañada o no de muestra de ganglios linfáticos paraaórticos⁶. En vista de que los ganglios muestreados reportaron ausencia de neoplasia y tomando en cuenta el tamaño tumoral, la profundidad de la invasión tumoral y la ausencia de tejido neoplásico en la pieza final se decidió no plantear radioterapia con complementario al tratamiento de la paciente⁶.

En cuanto a la histeroscopia, se debe concluir que es el procedimiento de excelencia cuando se requiere estudiar la cavidad endometrial y endocervical, debida a su alta especificidad y sensibilidad (95%), valor predictivo (80%) y valor predictivo negativo (96%), considerando que el legrado uterino ha demostrado ser insuficiente para la detección y la extracción de pólipos u otras lesiones, aun cuando se le adicione el uso de pinzas especiales^{2,4}. La histeroscopia es un método diagnóstico útil para la detección o el descarte de lesiones benignas o maligna permitiendo realizar biopsias dirigidas^{7,8}.

Del presente caso podemos concluir que el carcinoma adenoescamoso en cuello uterino es infrecuente entre los carcinomas cervicales; sin embargo, la importancia en su diagnóstico radica en su agresividad, la cual a su vez viene determinada por su grado tumoral y estadio.

Consideramos que la histeroscopia es un método útil para

evaluar el endocervix y la cavidad endometrial y las lesiones que pudiesen presentar, permitiendo además realizar biopsia dirigida de dichas lesiones permitiendo un diagnóstico más certero y preciso, por lo cual debería implementarse como parte del protocolo de toda paciente que se encuentre en estudio por patología uterina, ya sea de aspecto benigno o maligno.

Además de que el carcinoma adenoescamoso de por sí es una variedad poco frecuente entre los cánceres que afectan el cuello uterino, su ubicación exclusiva en un pólipo endocervical lo hace menos frecuente aun, y la edad de la paciente (41 años) hacen este caso extraordinario. Por todo ello consideramos que las decisiones tomadas respecto al mismo, con la poca evidencia relacionada al mismo, fue la más segura para nuestra paciente. Igualmente, cabe resaltar la importancia de haber realizado una histeroscopia diagnóstica en una paciente joven con sospecha ecográfica de pólipos endometriales y endocervicales y más aun el haber realizado una biopsia dirigida por histeroscopia de un pólipo con lesión blanquecina sospechosa, ya que de no haber ocurrido dichos eventos no se habría podido realizar un diagnóstico tan precoz, lo cual influirá directamente en su sobrevida y calidad de vida.

REFERENCIAS

1. Pérez M, Alfaro J, Pérez D, Jiménez F. Adenosquamous carcinoma on cervical polyp associated with endometrial carcinoma. *Prog Obstet Ginecol*. 1999; 42:235-237.
2. Catalán A, Corvalán J, Pantoja V, García K, Godoy M. Pólipos endometriales: manejo con histeroscopia quirúrgica y correlación histológica. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2007; 72: 116-119.
3. Anuario de Mortalidad en Venezuela. [Ministerio del Poder Popular para la Salud]. Disponible en: www.mpps.gob.ve/descargas/doc/anuario_2008.zip. Consultado: 06-05-2011.
4. Farley J, Hickey K, Carlson J, Rose G, Kost E, Harrison T. Adenosquamous histology predicts a poor outcome for patients with advanced-stage, but not early-stage, cervical carcinoma. *Cancer* 2003; 97:2 196-202.
5. Harrison T, Sevin B, Koechli O, Nguyen H, Averette H, Peñalver M, Donato D, Nadji M. Adenosquamous carcinoma of the cervix: prognosis in early stage disease treated by radical hysterectomy. *Gynecol Oncol* 1993; 50:310-315.
6. NCCN Guidelines™ Version 1.2011 Cervical Cancer. [National Comprehensive Cancer Network]. Disponible en: http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/cervical.pdf.
7. Villegas I, Andía D, Rui-Wamba M, De la Rosa J, Marqués M. Utilidad de la histeroscopia en el diagnóstico prequirúrgico de la invasión cervical por carcinoma de endometrio. *Prog Obstet Ginecol* 2004; 47(12):548-553.
8. Goycoolea J, Rojas I. Histeroscopia diagnóstica: rendimiento en el estudio de la metrorragia e inocuidad ante un eventual cáncer de endometrio, revisión de la literatura. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2007; 72(3): 190-196.