

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
"DR. SERAFÍN RUIZ DE ZÁRATE RUIZ"
SANTA CLARA, VILLA CLARA

INFORME DE CASO

ADENOACANTOMA ENDOMETRIAL EN UNA MUJER JOVEN

Por:

Dra. Vivian A. Herrera Moya¹, Dr. Yoel Cardet Niebla² y Dra. Yarima Bravo Torres²

1. Especialista de I Grado en Histología y en Anatomía Patológica. Universidad de Ciencias Médicas "Dr. Serafín Ruiz de Zárate Ruiz". Santa Clara, Villa Clara. Profesora Auxiliar. UCM-VC. e-mail: vivianhm@ucm.vcl.sld.cu
2. Especialista de I Grado en Ginecoobstetricia. Hospital Ginecoobstétrico Universitario "Mariana Grajales". Santa Clara, Villa Clara. Instructor. UCM-VC.

Descriptor DeCS:

ADENOCARCINOMA/diagnóstico
NEOPLASIAS ENDOMETRIALES/diagnóstico

Subject headings:

ADENOCARCINOMA/diagnosis
ENDOMETRIAL NEOPLASMS/diagnosis

El adenocarcinoma de endometrio es un cáncer glandular de la mucosa uterina y constituye el 95% de todos los procesos malignos del cuerpo uterino. En la actualidad, la mayoría de las estadísticas a escala internacional confirman un incremento en la incidencia de este tipo de cáncer, que lo padece más la mujer posmenopáusica, entre 60,9 y 67,3 años de edad¹⁻³.

Se acepta que el adenocarcinoma de endometrio tiene una dependencia hormonal, en la que desempeña una función importante el estímulo estrogénico mantenido, no equilibrado por una actividad adecuada de la progesterona. Algunos autores sostienen que esto sucede en el 50-60 % de las pacientes y que un grupo de carcinomas de endometrio, llamados autónomos, cuya génesis se ignora, no tendrían dependencia hormonal y, además, presentarían probablemente un mayor riesgo que el grupo que se ha mencionado en primer término⁴.

Cuando se estudian los factores relacionados con la aparición del adenoma de endometrio, en un número importante de ellos se encuentran elementos dependientes del hiperestronismo, producido por diferentes causas.

La anovulación aparece como base fundamental de un grupo de enfermedades asociadas al adenocarcinoma; este siempre está precedido de una actividad de larga duración de la capa basal del endometrio, más frecuente como resultado del cese de la ovulación. Sin embargo, se debe tener presente que esto es un factor predisponente y no causal.

Se supone que exista esta secuencia de fenómenos: anovulación, hiperplasia glandular del endometrio, hiperplasia adenomatosa, hiperplasia atípica y carcinoma de endometrio.

No se conoce con exactitud si esta secuencia es siempre necesaria para la aparición del carcinoma endometrial.

La hiperplasia quística es uno de los estadios precoces del desarrollo del carcinoma; sin embargo, este es un estadio reversible en el desarrollo del cáncer, ya que solo el 1,5 % de las pacientes con hiperplasia quística desarrollarían cáncer⁴⁻⁷.

De acuerdo con el grado de evolución alcanzado, los adenocarcinomas endometriales se pueden clasificar esquemáticamente en tres tipos principales: maduro o bien diferenciado, inmaduro o poco diferenciado, y adenoacantoma con metaplasia pavimentosa benigna.

Con el término adenoacantoma se designa un tipo singular de carcinoma glandular endometriode que contiene islotes o pequeños nódulos aislados de epitelio pavimentoso maduro. La porción glandular del tumor predomina ampliamente y se halla bien diferenciada; con frecuencia adopta la disposición papilar.

Los nódulos epidermoideos aparecen unidos a las células glandulares, de las cuales parecen originarse. Algunos islotes forman perlas paraqueratóticas, y otros muestran puentes intercelulares; es excepcional encontrar células granulosas⁸⁻¹⁰.

Presentación del paciente

Paciente de 29 años de edad, blanca, obesa, con antecedentes de buena salud anterior. Acude al cuerpo de guardia por sangrado genital abundante, el cual coincide con el ciclo menstrual y esto sucede desde hace tres meses; además, refiere mucho decaimiento, por lo que se le realiza examen complementario urgente para investigar las cifras de hemoglobina, cuyo resultado es de 5,4 g/l. Se decide su ingreso y se le transfunden 750 ml de glóbulos rojos. Al realizar el examen físico, se encuentra útero aumentado de tamaño, consistencia normal, histerometría de 10 cm. Se le realiza legrado diagnóstico y hemostático, y se toma muestra para biopsia (09/ B- 6140) donde se informa: Endometrio compatible con adenocarcinoma con metaplasia pavimentosa (adenoacantoma).

Se realizan los siguientes exámenes complementarios preoperatorios: Hb: 10,4 g/l; eritrosedimentación: 51ml/h; tiempo de coagulación: 8 min; tiempo de sangrado: 1 min; conteo de plaquetas: 200 x 10⁹/l, glucemia: 5,7mm/l; serología y VIH: negativos; grupo y factor: O+; ultrasonido abdominal: normal; ultrasonido ginecológico: útero de 9 x 4 cm; cavidad uterina irregular; endometrio de 15 mm, anejos normales; cistoscopia: normal; urocultivo: negativo; exudado vaginal: positivo a Gardnerella. Se le indica tratamiento con metronidazol por vía oral (dos tabletas cada 12 h por siete días). Se le repite el exudado vaginal, el cual es negativo. Se opera, y se le realiza histerectomía total abdominal (HTA) con anexectomía bilateral, resección del manguito vaginal y lavado peritoneal. En la biopsia 08/ B- 2651 de útero y ambos anejos se informa: Adenoacantoma endometrial con mínima infiltración a miometrio, grado nuclear I, cuello con endocervicitis crónica y ovarios con cuerpos albicans y quistes simples. Lavado peritoneal negativo de células neoplásicas.

Comentario

La presentación de esta paciente es interesante desde el punto de vista patológico, pues es poco común en mujeres jóvenes, en este caso sin hijos, con diagnóstico de adenocarcinoma con metaplasia pavimentosa (adenoacantoma), que pese a ser un tumor maligno bien diferenciado, tiene un excelente pronóstico (supervivencia de 87 % a los cinco años) y que al igual que las otras variantes histológicas puede extenderse a los tejidos y órganos vecinos; en esta paciente ya existía una mínima infiltración al miometrio, que se produjo por la acción histolítica entre los fascículos.

La progresión del tumor hacia la profundidad es facilitada por la penetración en los vasos sanguíneos, linfáticos, o en ambos, o por la invasión o transformación simultánea de una endometriosis previa; en su evolución, el tumor puede llegar a producir una erosión o rotura del útero y perforar el peritoneo. Puede extenderse a las trompas y al ovario. En su progresión hacia abajo, puede invadir el cuello y empeorar el pronóstico, y son posibles la extensión o metástasis a la vagina. Teniendo en cuenta estos pronósticos, se recomienda realizar la intervención quirúrgica; en este caso, fue HTA y doble anexectomía, que la privaron de la posibilidad de tener hijos, pero le salvó la vida, objetivo que se logró; la paciente se incorporó a la vida social con excelente calidad de vida.

Referencias bibliográficas

1. Cabezas Cruz EL, Cutie León E, Santiesteban Alba S, Castel Moreno J, Díaz Mitjans O, Herrera Alcázar V, *et al.* Adenocarcinoma de endometrio. Manual de procedimientos en ginecología. La Habana: Ciencias Médicas; 2007.

2. Echemendía MP. Tumores epiteliales del cuerpo del útero. En: Ginecología oncológica pelviana. La Habana: Ciencias Médicas; 2006. p. 217-41.
3. González Merlo J. Adenocarcinoma de endometrio. En: Ginecología. Barcelona: Masson; 2006. p. 437-70.
4. Gusberg SB. Diagnosis and principles of treatment of cancer of the endometrium. New York: Churchill Livingstone; 1999.
5. Sampaio amonteiro AC. Effectiveness of seep and treat for approaching preinvasive lesions of uterine cervix. Rev Saude Pública. 2009;438(59):846-50.
6. Mosher P, Whelan EM. Postmenopausal estrogen therapy: A review. Obstet Gynecol Surv. 2004;35(1):467-75.
7. Piver MS, Marchetti DL. Endometrial carcinoma. En: Piver Manual of gynecologic oncology and gynecology. Boston: Little Brow; 1999. p. 87.
8. Rigol Ricardo O. Obstetricia y ginecología. La Habana: Ciencias Médicas; 2004.
9. Rock JA, Thompson JD. Te linde ginecología quirúrgica. Argentina: Médica- Panamericana; 2006.
10. Scout JR, Di Saia PJ, Hammond CHB, Spellacy WN. Danforth Tratado de obstetricia y ginecología. México: Mc Graw - Hill Interamericana; 2000.

Recibido: 26 de marzo de 2010
Aprobado: 6 de octubre de 2010