

CISTADENOFIBROMA PAPILAR DEL ENDOMETRIO (Presentación del primer caso reportado en Costa Rica)

DR. RODRIGO RAMIREZ SEGURA*
DRA. CECILIA CALDERON CASTRO**
DR. FRANCISCO FUSTER ALFARO***
DR. LEON TROPPER NUSINOVIEZ****

RESUMEN

Se presenta el primer caso reportado en Costa Rica de un Cistadenofibroma Papilar del Endometrio, diagnosticado en una paciente de sesenta y dos años, diabética, portadora de metrorragias severas como única sintomatología. El examen ginecológico mostró una masa vegetante en aspecto neoplásico que ocupaba vagina, sin que se lograra precisar su origen. Biopsias de la misma fueron reportadas como pólipos endometriales. La paciente fue sometida a cirugía encontrándose una masa polipoide gigante que provenía de cavidad endometrial. El estudio anatomopatológico reveló un tumor con doble componente glandular y estromal de características benignas. La paciente cursó estable siendo dada de alta en el post-operatorio. No. 12.

SUMMARY

The first case of a papillary cystadenofibroma of endometrium diagnosed in Costa Rica is presented. The patient was a 62 years old diabetic, when initially only complained of severe metrorrhagia. Gynecological examination revealed a neoplastic mass that occupied the vagina, without being able to establish its origin.

Biopsies were reported as endometrial polyps. Surgical exploration demonstrated a giant polypoid tumor that originated at the endometrial cavity. The histopathological studies demonstrated a benign tumor composed of both glandular and stromal features. The patient was discharged in stable conditions twelve days after surgery.

J.Y.A., paciente de sexo femenino, 62 años, que tiene como antecedentes de importancia diabetes mellitus tipo II y papilomatosis perianal, ambas en tratamiento; pólipo endometrial diagnosticado en 1982. Menopausia a los 52 años. GO PO.

Ingresa en mayo de 1983 con un cuadro clínico de 4 meses de evolución caracterizado por metrorragias severas, con coágulos, sin otra sintomatología. Al examen físico se le encuentra pálida, en mal estado general, cardiovascularmente bien, abdomen sin alteraciones. Genitales externos sin lesiones. Al colocar el espéculo se observa una masa que ocupa casi toda la vagina, vegetante, con aspecto de

coliflor, sangrante, de aspecto neoplásico. Al tacto vaginal se palpó una masa con múltiples vegetaciones no logrando precisarse si provenía de cavidad uterina o de vagina. No se logra delimitar cuello. El día de su ingreso la paciente cayó en estado de preshock del cual salió mediante reposición de líquidos intravenosos y transfusión; una hemoglobina se había reportado en 6.2 gr/dl.

Se realizaron los estudios siguientes:

- a.— Toma de biopsias de la masa
- b.— PAP: Inflamatorio. No se corrobora PAP previo que fue reportado como carcinoma epidermoide invasor.
- c.— P.I.V.: Rechazo hacia abajo y a la derecha de la vejiga y del uretero derecho. Riñón izquierdo con distorsión del cáliz medio y estiramiento del superior por probable masa intrarrenal de aspecto quístico.

* Jefe de Clínica. Servicio de Gineco-Obstetricia.

** Residente. Servicio Anatomía Patológica.

*** Asistente. Ginecología y Obstetricia.

**** Jefe de Servicio. Anatomía Patológica.

Hospital Dr. R. A. Calderón Guardia.

- d.— Cistoscopia: Normal
- e.— Nefrotomograma: Normal
- f.— Rectosigmoidoscopia: Papilomatosis perianal y vulvar. Hemorroides internas G I. Masa de 5 x 7 cm. que parece invadir la muscular de la pared rectal.

En el período preoperatorio la paciente es vista por Endocrinología, encontrándose compensada de su D.M.; fue manejada con Insulina. La Hemoglobina se muestra en 9.9 gr/dl. por lo cual se transfunde de nuevo. El 12 de julio es llevada a Sala de Operaciones bajo los diagnósticos de:

- a.— Masa pélvica (Observación por pólipo endocervical gigante) Sarcoma Uterino (?)
- b.— Diabetes mellitus tipo II.

DIAGNOSTICO POST-OPERATORIO: Sarcoma Uterino D.M.

Se encuentra un útero de un tamaño equivalente a 12 semanas de embarazo con una masa en el sitio anatómico del cervix, el cual está dilatado. Se abre vagina y se ve una masa polipoide gigante, friable, que viene de cavidad endometrial. Se abre útero, se busca pedículo y se liga. Biopsia por congelación: sarcoma del estroma endometrial. Se toman biopsias de ganglios iliacos y para aórticos.

OPERACION: H.A.T. + S.O.B.
 Apendicectomía
 Biopsia de ganglios

En el post-operatorio inmediato la paciente cursa estable, con leve acidosis metabólica. El hemograma muestra una reacción leucemoide que se atribuyó a su patología (32.300 leucocitos, 95% segmentados, 3% bandas, 1% linfocitos. Plaquetas aumentadas). La paciente egresó en el post-operatorio No. 12 en buenas condiciones.

RESUMEN DEL ESTUDIO DE LAS BIOPSIAS:

Se practicaron tres biopsias de una masa cervical que ocupaba el canal. Estas fueron superficiales y no representativas de la neoplasia en discusión.

En una de ellas se encontró tejido necrótico, en otra tejido fibroso con inflamación crónica y solamente en una de las muestras se identificaron glándulas endometriales rodeadas por un estroma muy celular. Estos cambios se interpretaron como compatibles con un pólipo endometrial.

Posteriormente la paciente fue sometida a una laparotomía; se resecó una masa intrauterina, pediculada, que ocupaba la cavidad endometrial y endocervical. El pedículo de esta tumoración estaba adherido a la pared posterior del endometrio. Se hicieron varias biopsias trans-operatorias que fueron informadas como un tumor del estroma endometrial, probablemente maligno. La masa tumoral midió: 16x8x5 cm.; era de superficie lisa, suavemente lobulada, de color rosado, con zonas blanquecinas y congestivas (Fig. 1). La superficie de corte mostró la presencia de numerosos quistes de 0.5 a 3.5 cm. de diámetro, que alternaban con áreas sólidas blanco amarillentas con zonas de aspecto mixoide (Fig. 2).

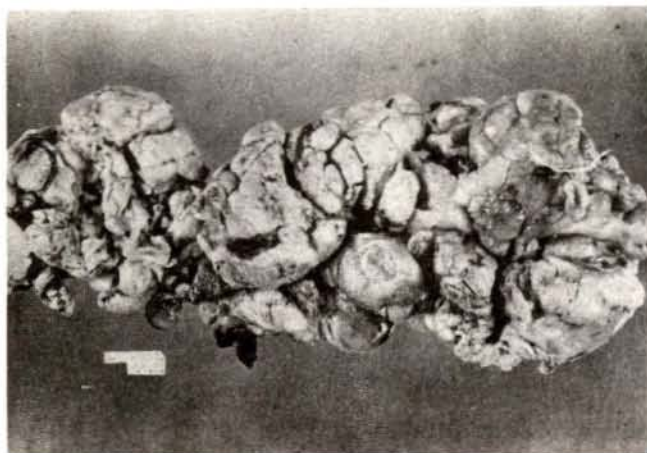


FIGURA 1

La pieza quirúrgica estaba constituida por un tumor de 16 x 8 x 5 cm., pediculado, multilobulado, con áreas de aspecto quístico.

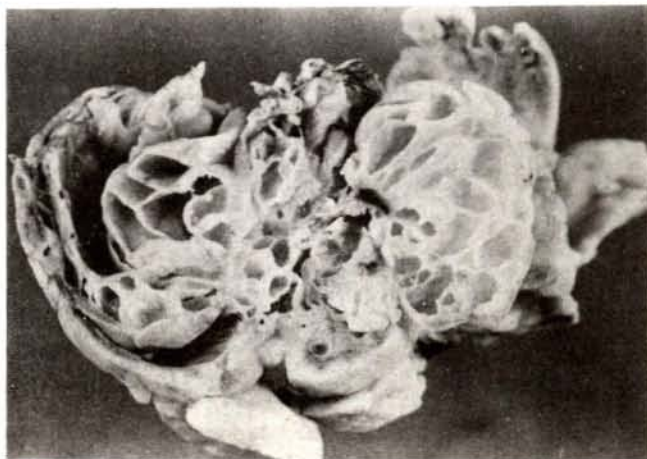


FIGURA 2

Superficie de corte de una porción del tumor en la que se observa la presencia de numerosas formaciones quísticas. Otras áreas eran sólidas, con zonas de aspecto mixoide

El exámen histológico reveló un tumor constituido por dos componentes: glándulas de tamaño variable, algunas con dilatación quística, revestidas por un epitelio simple de células cilíndricas; algunas de estas glándulas mostraban proyecciones del epitelio hacia el lumen. El componente glandular estaba rodeado por un estroma abundante, de células fusiformes, con núcleos uniformes sin atipias ni presencia de mitosis. También había áreas de aspecto mixoide (Figs. 3-4).

En el útero se encontraron dos nódulos subserosos que correspondieron a leiomiomas. En el sitio de implantación del tumor no se encontró evidencia de infiltración. En el cervix se observó solo un proceso inflamatorio crónico. Los anexos fueron normales.

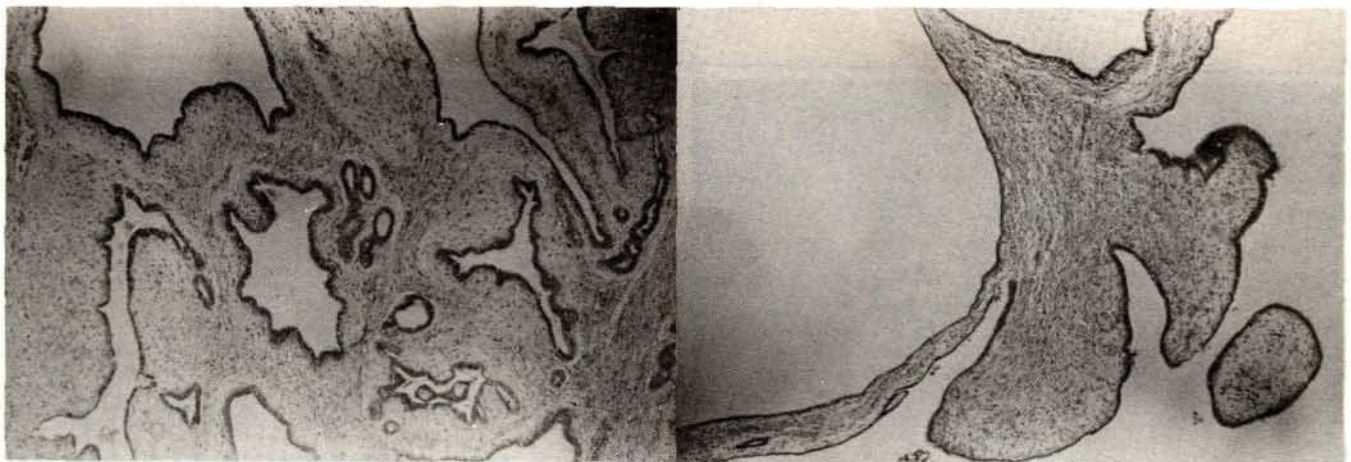
No se encontró tejido linfático en el material enviado para el estudio de ganglios iliacos y para aórticos.

DISCUSION

Se presenta el primer caso reportado en Costa Rica de un Cistadenofibroma papilar del endometrio, pediculado, cuyo diagnóstico diferencial con sarcomas del estroma endometrial fue difícil debido a la abundante celularidad estromal de esta neoplasia (1, 2). Se sabe además que estos tumores con acentuada celularidad pueden, eventualmente, tener un comportamiento maligno. (3).

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Grimalt M., M.D., Argelles M., M.D., and Ferenczy A., M.D. *Papillary cystadenofibroma of endometrium: A histochemical and ultrastructural study.* Cancer 36: 137-144, 1975.
- 2.- Damjanov I., M.D., et al. *Mullerian Adenosarcoma of the Uterus. Ultrastructure before and after radiation therapy.* Am. J. Cli. Pathol. 70: 96-103, 1978.
- 3.- Vellios F., M.D., et al. *Papillary adenofibroma of the uterus: A benign mesodermal mixed tumor of mullerian origin.* Am. J. Cli. Pathol. 60: 543-551, 1973.



FIGURAS 3 y 4

En estas microfotografías se aprecian los componentes glandular y estromal del tumor. Las glándulas muestran gran variabilidad de tamaño y están revestidas por un epitelio cilíndrico simple, algunas con proyecciones papilares hacia la luz. El estroma es abundante constituido por células fusiformes, sin atipias, y áreas de aspecto mixoide.