



VII Congreso Virtual Hispanoamericano de Anatomía Patológica y I Congreso de Preparaciones Virtuales por Internet

Del 1 al 31 de octubre de 2005



INFRECUENTE NEOPLASIA DE UTERO: LINFOMA PRIMARIO, PRESENTACION DE UN CASO

Irma García de Palazzo *, Alejandra Lega **, Gustavo Sanchez Farinha ***, Norma Berrotarán ****, Susana Ortiz *****

* Servicio AP-Temple University ESTADOS UNIDOS DE AMERICA

** Laboratorio de Patología- San Martín-Mendoza ARGENTINA

*** Cirugía-San Martín- Mendoza ARGENTINA

**** Dpto. Microscopía Electrónica-Anat. Patol. Fac. C. Médicas-Univ. Nac. Córdoba ARGENTINA

***** Laboratorio de Inmunohistoquímica-Córdoba ARGENTINA

Resumen

Los linfomas de útero, neoplasia de rara ocurrencia en dicho órgano, puede presentarse en cuello (con alguna frecuencia mayor) y cuando lo hace en el cuerpo, inicialmente puede comenzar en endometrio, miometrio o en ambos.

La presentación clínica es con metrorragia y síntomas de tumor en región pelviana.

Presentación del caso clínico: Presentamos el caso de una paciente de 55 años con hemorragia vaginal. La ecografía muestra leiomiomas, el mayor de 8 cm subseroso y otro intramural. Se indica anexo hysterectomía y se envía a anatomía patológica.

Resultados: En el examen macroscópico se observa sólo cuerpo uterino deformado, con cavidad endometrial desplazada a cara anterior y mucosa endometrial de 2mm. Pared miometrial ocupada difusamente en cara posterior y en ambos lados por tumor que mide 8,5x6x4,5cm de aspecto encefaloide. Separado de la pieza se recibe tumor con iguales características que mide 3,5cm de diámetro mayor. La microscopía muestra tumor caracterizado por una proliferación de células atípicas, pequeñas que alternan con otras de mayor tamaño con núcleos ovales y nucléolos evidentes. El tumor infiltra la pared miometrial contactando con serosa y con el límite quirúrgico.

Diagnóstico Infiltración miometrial difusa e intraligamentaria por proceso LINFOPROLIFERATIVO y se sugiere inmunohistoquímica. Esta confirma: Linfoma a células grandes inmunofenotipo B. (CD20 positivo) CD10 positivo y bcl2 positivo, negativo para CD5, compatible con linfoma de origen del centro folicular.

Discusión y comentario: Si bien la indicación quirúrgica fue anexohysterectomía total, el cuello no pudo ser extirpado por las marcadas adherencias a la pelvis. La paciente a dos años del diagnóstico de Linfoma está bien habiéndosele realizado tratamiento para linfoma en Estadio I

Presentamos este caso por la infrecuencia de su presentación. En general son Linfomas a células grandes (este caso de acuerdo a la clasificación WHO es Linfoma a células grandes originado del centro del foliculo con típico fenotipo (CD20, CD10 positivo, CD5 negativo). Los diagnósticos diferenciales son: Tumor pseudoinflamatorio e infiltrados linfoides reactivos muy floridos.

Introducción

Introducción

Los linfomas de útero, neoplasia de rara ocurrencia en dicho órgano, pueden presentarse en cuello (con alguna frecuencia mayor) y cuando lo hacen en el cuerpo, inicialmente pueden comenzar en endometrio, miometrio o en ambos.

La presentación clínica más común es metrorragia y síntomas de tumor en región pelviana, no sospechándose estirpe linfóide en estos momentos.

Material y Métodos

Material y Métodos

Presentación del caso clínico: Presentamos el caso de una paciente de 55 años con hemorragia vaginal. La ecografía ginecológica describe imágenes compatibles con leiomiomas, siendo uno cervical y de proyección en pared posterior y el mayor de 8 cm subseroso. Se indica anexohisterectomía y se envía a anatomía patológica.

Resultados

En el examen macroscópico se observa sólo cuerpo uterino deformado con cavidad endometrial desplazada a cara anterior y mucosa endometrial de 2mm. Pared miometrial ocupada difusamente en cara posterior y en ambos lados por un tumor que mide 8,5 cm x 6 x 4,5 cm de aspecto encefaloide. Separado de la pieza se recibe un tumor con iguales características que mide 3,5 cm de diámetro mayor. La microscopía muestra tumor caracterizado por una proliferación de células atípicas y pequeñas que alternan con otras de mayor tamaño con núcleos ovales y nucleolos evidentes. El tumor infiltra la pared miometrial contactando con la serosa y con el límite quirúrgico.

Diagnóstico: Infiltración miometrial difusa e intraligamentaria por proceso LINFOPROLIFERATIVO Fig.1 y Fig.2 y se sugiere inmunohistoquímica. Esta confirma: Linfoma a células grandes Fig. 3, inmunofenotipo B (CD20 positivo) Fig.4 y Fig.5; CD10 positivo Fig.6 y bcl2 positivo, negativo para CD5, compatible con linfoma de origen del centro folicular. Las inmunomarcaciones para Citoqueratinas AE1-AE3 fueron negativas Fig. 7.

La TAC realizada posteriormente no evidencia imágenes ganglionares en relación a las cadenas periaórticas-cavas y cadenas ilíacas en rango adenomegálicas. Hígado sin lesiones focales.

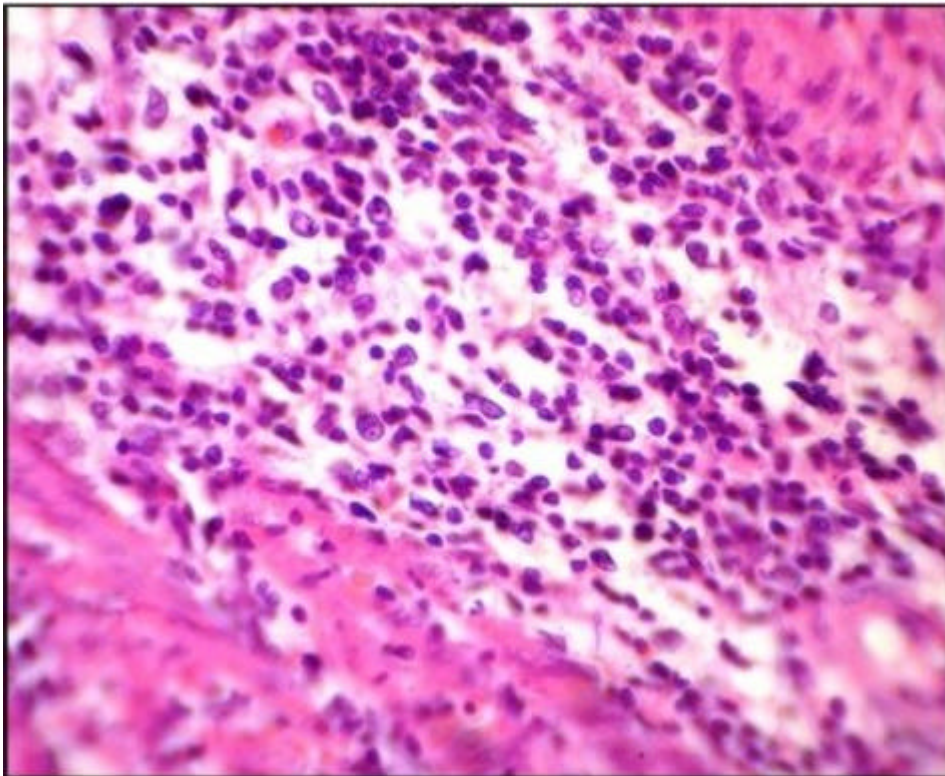


Figura 1. Sección del tumor que muestra células grandes-HE x 400

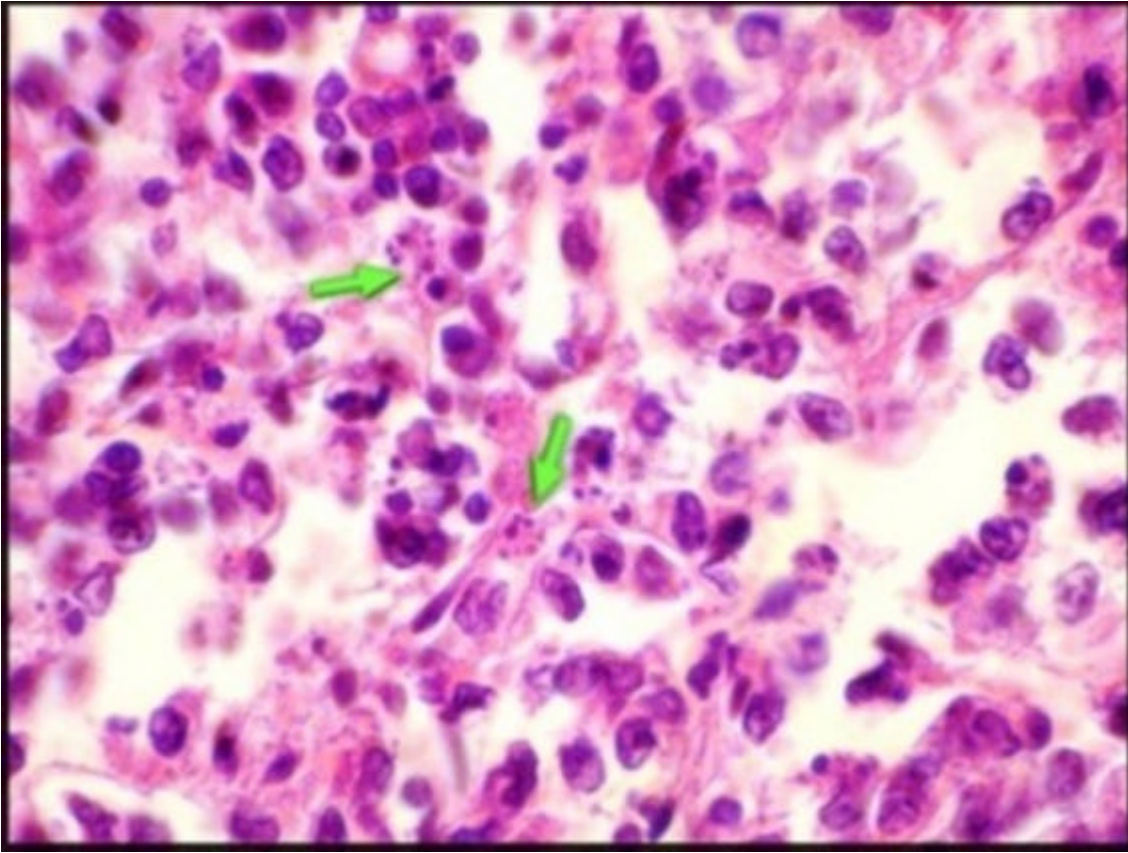


Figura 2. Células en apoptosis- HE x 400

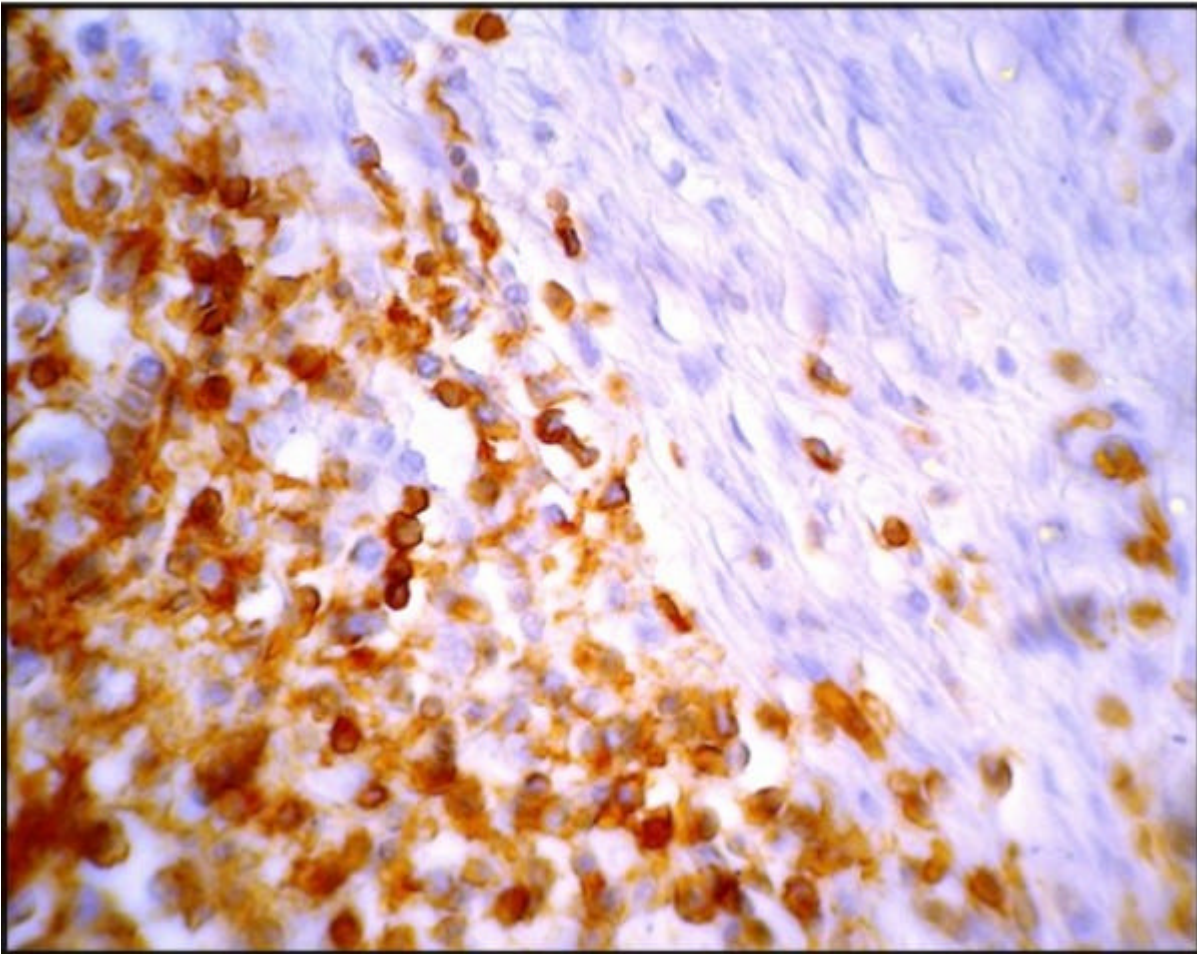


Figura 3. Límite del linfoma en las capas internas, marcación con el Antígeno Común Leucocitario (CD45) x 200

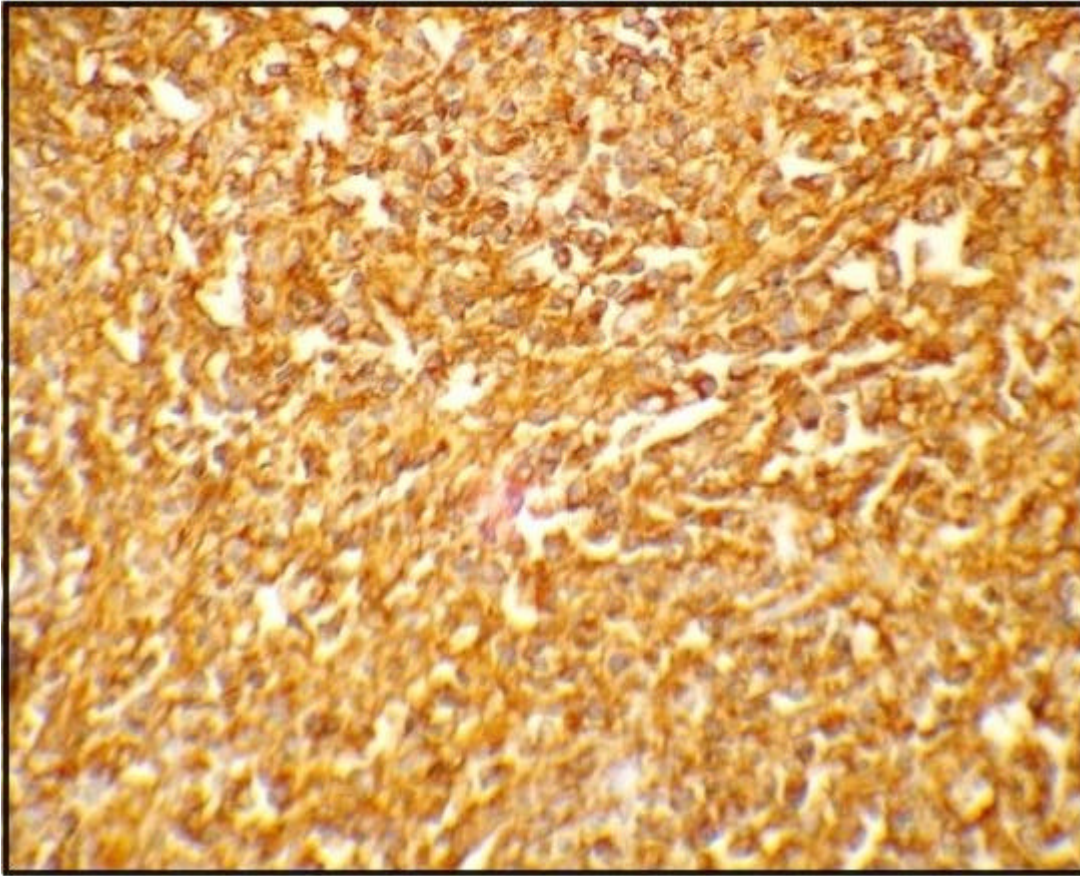


Figura 4. Células extensa e intensamente positivas con el Anticuerpo antiCD20 (L26) x 200

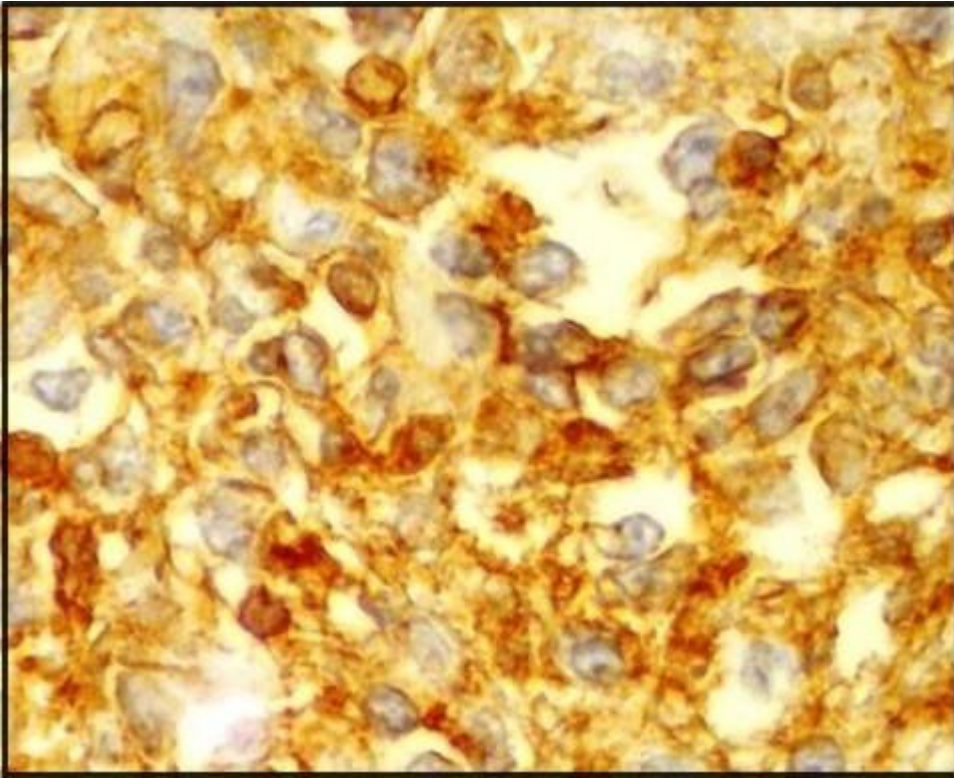


Figura 5. Detalle de la inmunomarcación con Anticuerpo anti CD20 x 400

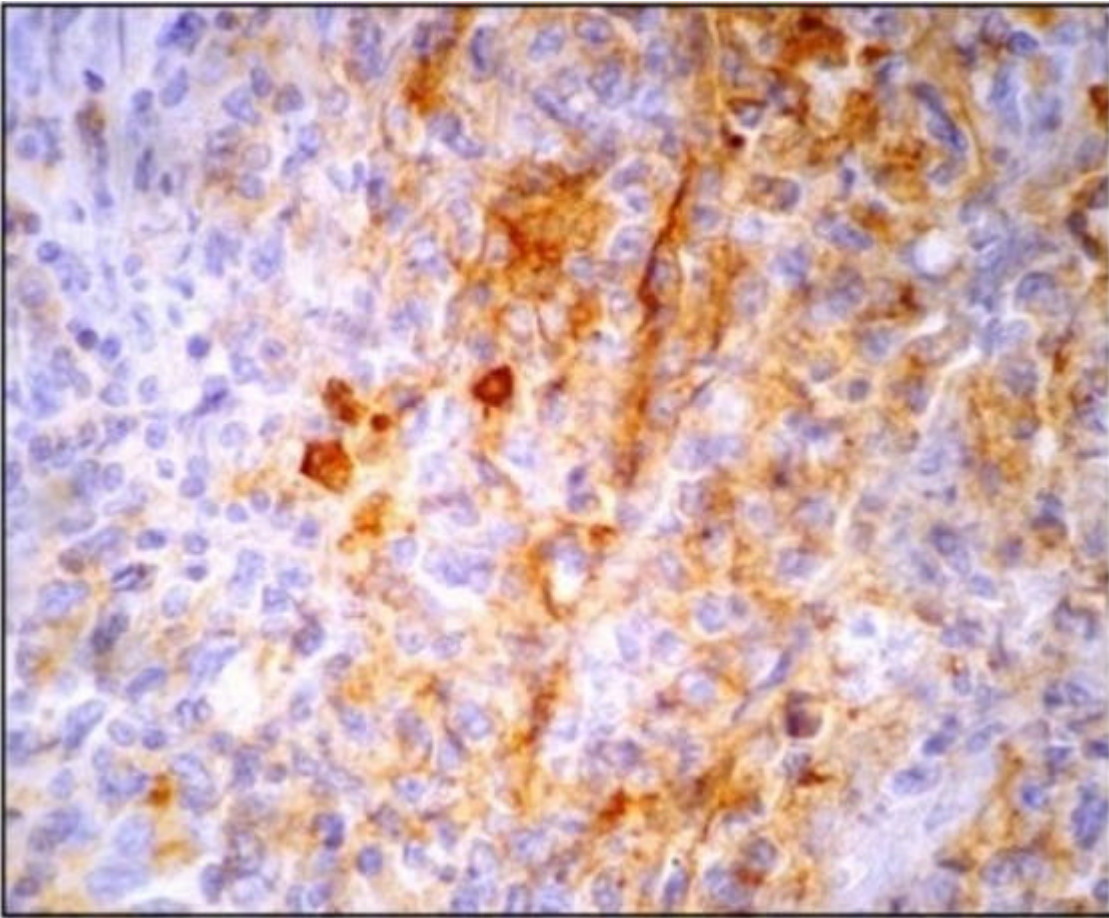


Figura 6. Inmunomarcación con Anticuerpo anti CD10 en frecuentes células neoplásicas x200

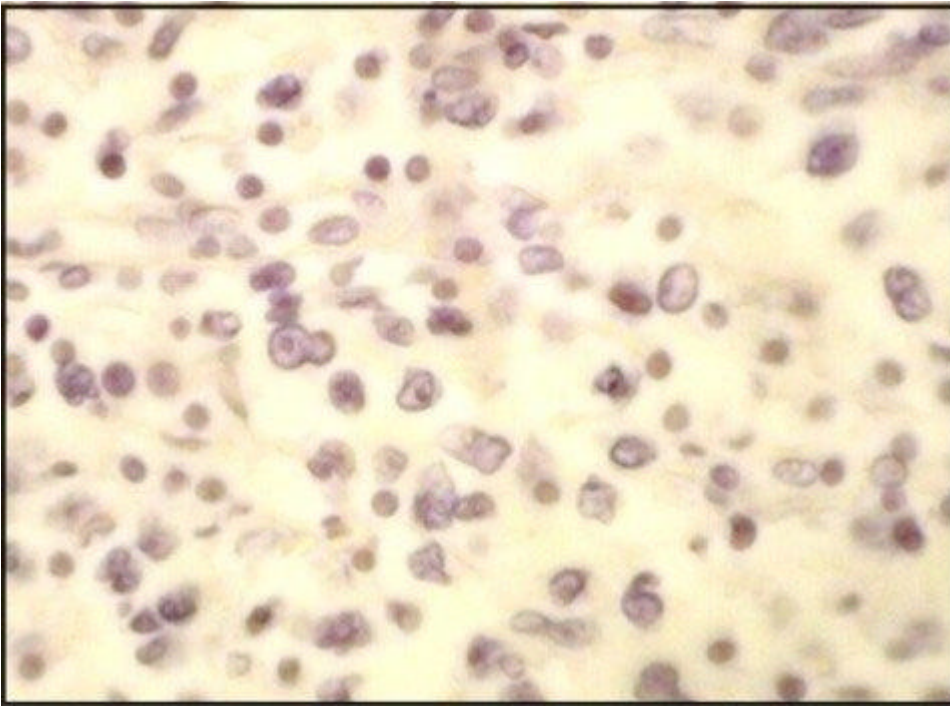


Figura 7. Negatividad en las células neoplásicas con Anticuerpo antiqueratina AE1-AE3- x 400

Discusión

Discusión y Comentarios

En una revisión bibliográfica los linfomas primarios de útero son extremadamente raros (1) y (2) siendo algunos secundarios a quimioterapia por tumor previo (3) y otros corresponden a linfomas a células grandes intravasculares (4). Hay una estrecha correlación entre el tipo de linfoma y su estadio con la evolución clínica. En nuestro caso la indicación quirúrgica fue anexohisterectomía total, sin embargo, el cuello del útero no pudo ser extirpado por las marcadas adherencias a la pelvis. Si se confirmó que el linfoma estaba confinado a útero, no pudiendo precisarse si su origen fue en cuello o endometrio. La paciente a dos años del diagnóstico de linfoma está bien, habiéndosele realizado tratamiento para linfoma con controles clínicos, por imágenes y bioquímicos normales en la actualidad.

Conclusiones

Conclusión

Presentamos este caso por la infrecuencia de su ocurrencia. En general son linfomas a células grandes (este caso de acuerdo a la clasificación WHO es linfoma a células grandes, originado del centro del folículo con típico fenotipo (CD20,CD10 positivos,CD5 negativo). Los diagnósticos diferenciales son: Tumor pseudoinflamatorio e infiltrados linfoides reactivos muy floridos, con una celularidad mixta, que por la morfología observada en este caso no se plantearon.

Bibliografía

Bibliografía

1. - Primary malignant lymphoma of the cervix. A case report: Gabriele A,

Gaudio L **J Reprod Med** 2003 Nov,48(11):899-901

2. - Primary non-Hodgkin lymphoma in the female genital system: a report of 28 cases. HuY, Feng FY, Zhang P, Zhou LQ, Zhang WH, Wang QL. **Zhonghua Zhong Liu Za Zhi.2003 Sep;25(5):486-9**
3. - Non Hodgki's lymphoma involving the uterine cervix after treatment For Hodgkin disease.: Venizelos ID, Zafrakas M, Dragoumis K, Mandala E, Bondis J. **Luek Lymphoma.2003Dec;44(12):2155-7**
4. - Intravascular large B-cell lymphoma of the uterus: a diagnostic challenge: Sur M, Ross C, Moens F, Daya D. **Int.J Gynecol Pathol.2005 Apr;24(2):201-3**

Web mantenido y actualizado por el [Servicio de informática](#) uclm. Modificado: 29/09/2005 21:56:28