



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

Del 1 al 31 de octubre de 2005

### Carcinoma Adenoescamoso de Cervix. Presentación de un caso

Ilia Deás Gonzalez\*, Gustavo Ginarte Rodriguez\*\*, María Lina Souлары Osorio\*\*\*, Mariana Nazario Dols\*\*\*

\* Hospital Ginecobstétrico Docente Tamara Bunque CUBA

\*\* Cardiocentro Santiago de Cuba CUBA

\*\*\* Hospital Ginecobstétrico Tamara Bunque CUBA

#### Resumen

El Carcinoma Adenoescamoso es uno de los más infrecuentes tipos histológicos de cáncer Cérvico-Uterino pero no por eso menos importante y potencialmente agresivo. En el trabajo se expone el comportamiento clínico-patológico del único caso encontrado en 10 años de estudio en la consulta de patología de cuello del Hospital Ginecobstétrico Docente de Santiago de Cuba con el objetivo de validar la importancia del diagnóstico histológico precoz y certero; describir las características cito-histo-colposcópicas de este tipo de tumor; analizar la evolución clínico-patológica del mismo y los posibles factores que pueden modificarla. **Método:** Se realiza un estudio descriptivo, se revisa la historia clínica de la paciente de 29 años de edad, gestante, con diagnóstico cito-histológico inicial de Carcinoma Epidermoide que evoluciona de un estadio clínico inicialmente 0 a un estadio 1B en un período de 3 meses y sólo en la biopsia de la pieza quirúrgica se concluye como Carcinoma Adenoescamoso con un estadio T2BN<sub>1</sub>M<sub>0</sub>. **Conclusiones:** El diagnóstico precoz de este tipo de tumor se ve obstaculizado por la localización endocervical del componente glandular. Los cambios hormonales propios del embarazo favorecen la evolución tórpida y el comportamiento agresivo de este tipo de tumor sensible a la acción hormonal. Un diagnóstico precoz y el tratamiento adecuado y oportuno de esta entidad garantizan una sobrevida y pronóstico favorables.

#### Introduccion

A pesar de todas las acciones de promoción y prevención de salud y del desarrollo del Programa de detección precoz de cáncer Cérvico Uterino, en nuestro medio el cáncer del cuello de útero ocupa el cuarto lugar entre las primeras localizaciones de cáncer, siendo responsable de alrededor del 5% de todas las defunciones por cáncer en la mujer.

El carcinoma adenoescamoso variedad histológica de adenocarcinoma es un infrecuente tipo de cáncer cervical constituido por patrones mixtos con doble proliferación maligna glandulares y escamosos frecuentemente relacionados al embarazo que parece originarse a partir de las células de reserva en la capa basal del epitelio endocervical (1,2,3)

Aunque este tipo de cáncer solo representa aproximadamente el 5-15% de los carcinomas cervicales infiltrantes, pueden sin embargo considerarse más agresivos y de hecho presentan un pronóstico menos favorable que el del Carcinoma epidermoide en estadios clínicos similares, lo que nos ha motivado a presentarles el único caso encontrado en nuestros 10 años de experiencia en la consulta de Patología de Cuello del Hospital Ginecobstétrico Docente de Santiago de Cuba.

## Material y Métodos

Se hace un estudio descriptivo. Paciente del sexo femenino de 29 años de edad con 18 semanas de gestación y diagnóstico citológico de lesión de alto grado de malignidad (NIC IV). Al examen colposcópico: Zona de transformación 2 atípicos con imágenes de mosaico grado II periorificial, yodo (-) al test de Schiller, se realizan Biopsias por ponche dirigido con diagnóstico histológico: carcinoma in situ, no se realiza legrado diagnóstico endocervical por estado de gestación de la paciente. Sólo se llega al diagnóstico de Carcinoma Adenoescamoso de Cerviz en el estudio de las piezas quirúrgicas al momento del parto y cesárea lo que condicionó una evolución galopante de un estadio clínico a un estadio post quirúrgico IIa N1 M0.

## Resultados y Discusión

Paciente de 29 años de edad.  
Gestante de 18 semanas.  
Historia obstétrica: G<sub>1</sub>P<sub>0</sub>A<sub>0</sub>  
PRS: 29 años  
Diagnóstico Citológico: Lesión de alto grado (NIC III)

Examen físico  
Colposcopia: Zonas de T2 con áreas de mosaico grado II periorificial yodo (-) a nivel del sitio de unión escamo-columnar.

Biopsia por ponche: Carcinoma in situ  
No se realiza legrado endocervical por estado de gestación de la paciente. Se discute en Comité de Tumores y se decide seguimiento citocolposcópico y conización de cuello posterior al parto ya que la paciente deseaba tener descendencia y se negó al tratamiento quirúrgico.

En examen colposcópico evolutivo 3 meses después se observa zonas T2 periorificial con EBA rugoso que hace relieve con mosaico grado 3 yodo (-) a las 5 del reloj que entre en canal.  
Se repite biopsia por ponche. Resultado histológico: Carcinoma Epidermoide Infiltrante +5mm con células aisladas queratinizadas positivas a las tinciones inmunohistoquímicas para queratina AE1-3.  
Teniendo en cuenta que los factores de mayor influencia en el pronóstico del cáncer cervicouterino son: Estadio al tiempo de diagnóstico, volumen, grado del tumor, tipo histológico, diseminación linfática e invasión vascular (4,5) se realizan los siguientes

Estudios videoendoscópicos con los siguientes resultados:  
Cistoscopia: No infiltración vesical

Rectosigmoidoscopia no infiltración mucosa rectal.  
US renal: negativo  
Rayos X de Tórax: no alteraciones pleuropulmonares.  
Creatinina: 55 mmol/l

Estadio clínico 1b<sub>2</sub> (Lesión clínicamente visible mayor de 4 cm)

Conducta  
Tratamiento quirúrgico  
Se realiza cesárea y Wertheim Meigs. Resultado histológico: Carcinoma Adenoescamoso con focos de necrosis intraglandular permeabilización linfática y metástasis a 1 ganglio de la fosa obturatriz izquierda. Infiltración de mucosa vaginal en 1 corte histológico. A los estudios inmunohistoquímicos se obtiene un patrón morfológico molecular positivo CK<sub>5</sub>, CK<sub>7</sub>, CK<sub>13</sub> y CK<sub>16</sub>, confirmando el patrón mixto glandular y escamoso del tumor.

Estadio clínico post quirúrgico: IIaN<sub>1</sub>M<sub>0</sub> (El tumor invade el tercio inferior de la vagina pero no se extiende a la pared pélvica, infiltración a un ganglio sin metástasis a otros órganos)

Se aplican:  
Braquiterapia: 5 sesiones  
Radiaciones extremas: 25 sesiones

Quimioterapia: (5 Fluoracilo y Bimblastina según dosis calculada.

3 años después

Evolución favorable asintomática  
No signos de actividad tumoral  
Citología: Negativa de células malignas  
Colposcopia: Acético normal  
Test de Schiller: débil homogéneo

### Conclusiones

El diagnóstico cito-histológico del carcinoma adenoescamoso de cerviz suele ser muy difícil debido a la falta de representatividad en los screening citológicos y biopsias superficiales donde predomina el componente epitelial del tumor, ya que el componente glandular generalmente está circunscrito a endocervix

La acción de los cambios hormonales propios del embarazo, a los cuales es sensible el carcinoma adenoescamoso condiciona una evolución clínica agresiva transitando nuestra paciente de un estadio post quirúrgico IIa<sub>N</sub><sub>1</sub>M<sub>0</sub>

Existen variables pronósticas importantes que condicionan el comportamiento clínico agresivo del carcinoma adenoescamoso como son el tipo histológico en sí, por estar formado por un patrón mixto de proliferación maligna, el estadio clínico al diagnóstico y determinadas situaciones hormonales como embarazo, o terapias hormonales sustitutivas.

El diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno y adecuado, una evolución y sobrevida favorables

### Agradecimientos

Agradecemos a todas las personas que han colaborado con nosotros en la elaboración de este trabajo, Gisselle, Iván, Milena, Emmanuel, Alain, para ellos, nuestro más sincero reconocimiento

### Bibliografía

- 1) Ramzi S. Cotran, M.D, Vinay Kumar, M.D, F.R.C. Path; Tucker Collins, M.D.Ph.D. Patología estructural y funcional. Sexta Edición 1097,2000
- 2) Masayoshi Takamashi: Atlas de Color. Citología del cáncer 219 1982
- 3) Llombert.Bosch A., González Devesa M.: Manual para el diagnóstico citológico del cáncer uterino adenoescamoso cervical 2000.
- 4) Crum C, Nuevo G The cervix en: Sternberg S, Mills S, ed surgical pathologic of the female reproductive system and peritoneum. New York Ravel press 1991 94-96
- 5) Delgado G Bundi B Zaino R. Propective Surgical Patological study of disease-free interval in patients with stage 1b Gynecology Oncology group study gynecologis oncol 38(3) 1352-57, 1990
- 6) Kurman R, Morris M, Wilkinson E, Tumors of the Cervix vagina y vulva atlas of Tumors pathology

Third series fasc 4 Washington Afip 1992.

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