

Notas cortas

Tumor adenomatoide tubárico asociado a carcinoma endometrial

M. Medina-Pérez*, D. Pérez-Martín y J. López-Hidalgo

**Servicio de Anatomía Patológica, Hospital de la Merced, Osuna, Sevilla.*

El tumor adenomatoide es la tumoración benigna más frecuente de los oviductos. Habitualmente se localiza en el espesor de la pared de la trompa, y puede estrechar su luz o hacer prominencia en la serosa. Suelen ser circunscritos, de 2 cm o menos de tamaño (1), y descubrirse de forma incidental en piezas de histerectomía por otros motivos (leiomiomas, metrorragias). Se pueden encontrar también en el útero y en los ovarios (2, 3) en las mujeres, y en el epidídimo en los hombres (4). Su conducta clínica es benigna.

La historia clínica corresponde a una paciente de 60 años, múltipara, que consultó por metrorragias de varios meses de evolución. El legrado uterino y la posterior resección confirmaron la existencia, en el fondo uterino, de una masa polipoide de 2 cm correspondiente a un adenocarcinoma bien diferenciado que infiltraba menos de la mitad de la pared miometrial, limitado al cuerpo uterino. En el tallado definitivo se encontró un nódulo blanquecino de 0,9 cm en el oviducto derecho, que había pasado desapercibido en el examen realizado para la estadificación intraoperatoria. Ésta correspondía a una proliferación de células de morfología benigna, muchas de ellas con amplio citoplasma que delimitaba espacios tubulares. En algunos puntos la disposición celular simulaba estructuras glandulares dispuestas, mayoritariamente, en un patrón compacto (Fig. 1). También se identificaban agregados linfoides (Fig. 2) y cuerpos de psaloma. El estudio inmunohistoquímico mostró coexpresión de filamentos de vimentina y de queratinas. El diagnóstico fue de tumor adenomatoide tubárico asociado a carcinoma de endometrio. La enferma continúa asintomática tres años después de la intervención.

El término de tumor adenomatoide fue introducido por Golden y Ash hace ya algunos años. De la rareza de este tumor da idea el artículo de Tiltman (5), que, en su revisión de piezas de histerectomía con y sin anexectomía, sólo encontró un tumor adenomatoide tubárico de un total de 308 piezas que contenían los dos oviductos y 108 más que sólo tenían uno. Éste no estaba asociado a ningún trastorno miometrial.

Históricamente, el tema se ha centrado en su histogénesis. La mayoría de los autores consideran un origen mesotelial (2, 6, 7), y para otros al menos algunos casos muestran características estructurales de células endoteliales (8, 9), como la expresión inmunohistoquímica del antígeno relacionado con el factor VIII.



Figura 1. Tumor en el espesor de la pared tubárica. Arriba y a la izquierda se advierte el epitelio de la misma (hematoxilina-eosina, original $\times 100$).

Quigley y Hart (2) estudiaron 12 tumores adenomatoides uterinos y establecieron cuatro patrones histológicos predominantes (adenomatoide, angiomatoide, sólido y quístico), siendo los dos primeros los más frecuentes. Los patrones se mezclaban, aunque uno era predominante. El primero se correspondía con espacios de morfología glandular, tapizados por células cúbicas o irregulares, de citoplasma vacuolado. En el patrón angiomatoide las células recordaban a las endoteliales. En la variante sólida las células se disponían en sábanas, columnas o cordones sólidos y en el patrón quístico se disponían formando grandes cavidades quísticas, subdivididas en septos más pequeños. Dos de sus casos estaban asociados a carcinoma de cérvix.

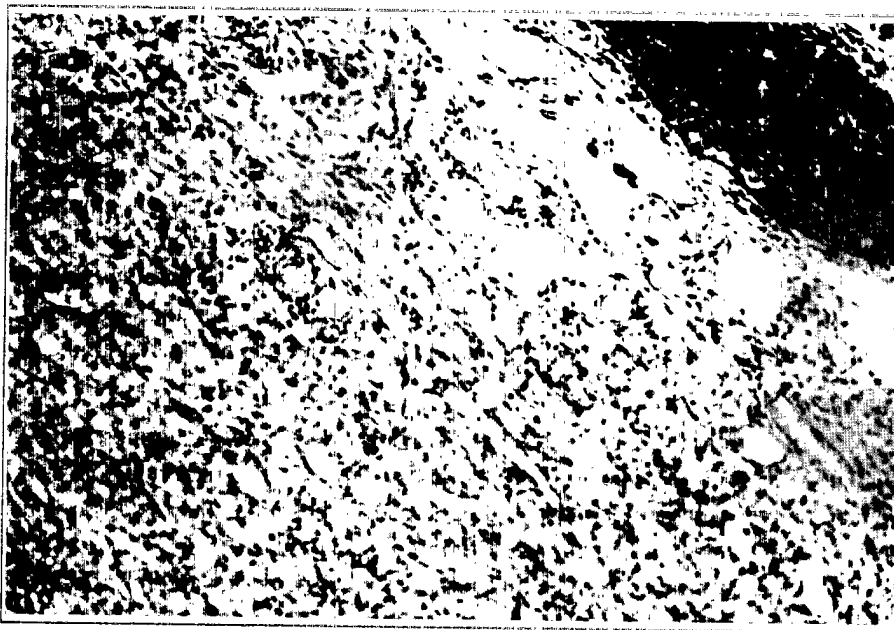


Figura 2. Agregado linfoide junto con el tumor propiamente dicho (hematoxilina-eosina, original $\times 100$).

Nosotros hemos tenido la oportunidad de estudiar dos tumores adenomatoides más, uno ovárico y otro paratesticular, siendo inequívoca la diferenciación mesotelial. Ésta venía dada por el hallazgo de positividad para queratinas y ausencia de marcadores vasculares en el estudio inmunohistoquímico, y, ultraestructuralmente, por microvellosidades superponibles a las de las células mesoteliales.

Hay que hacer el diagnóstico diferencial con los adenocarcinomas, máxime si además coexiste con uno uterino, como en nuestro caso. La ausencia de actividad mitótica y de displasia, así como la presencia de células cúbicas delimitando los espacios tubulares, son muy útiles para ello. No hemos encontrado otras referencias bibliográficas sobre casos de asociación de ambas neoplasias, así que debe ser casual.

BIBLIOGRAFÍA

1. Young RH, Clement PB, Scully RE. *The Fallopian tube and broad ligament*. En: Sternberg SS (Ed.). *Diagnostic surgical Pathology*, 2ª ed. New York 1994; 54: 2288.
2. Quigley JC, Hart WR. *Adenomatoid tumors of the uterus*. *Am J Clin Pathol* 1981; 76: 627-635.
3. Young RH, Silva EG, Scully RE. *Ovarian and yuxtaovarian adenomatoid tumors: A report of six cases*. *Int J Gynecol Pathol* 1991; 10: 364-371.
4. Medina M, Sánchez M, Valero JA. *Tumor adenomatoide paratesticular de presentación como dolor epididimario*. *Arch Esp Urol* 1998; 51(1): 11-13.
5. Tiltman AJ. *Adenomatoid tumours of the uterus*. *Histopathology* 1979; 4: 437-443.
6. Taxi JB, Battifora H, Oyasu R. *Adenomatoid tumors: A light microscopic, histochemical, and ultrastructural study*. *Cancer* 1974; 34: 306-316.
7. Stephenson TJ, Mills PM. *Adenomatoid tumours: An immunohistochemical and ultrastructural appraisal of their histogenesis*. *J Pathol* 1986; 148: 327-335.
8. Bell DA, Flotte TJ. *Factor VIII related antigen in adenomatoid tumors. Implications for histogenesis*. *Cancer* 1982; 50: 932-938.
9. Davy CL, Tang CK. *Are all adenomatoid tumors adenomatoid mesotheliomas?* *Hum Pathol* 1981; 12: 360-369.