

Caso aislado

Adenocarcinoma endometriode primario de trompa uterina que recuerda al tumor anexial de probable origen wolffiano: a propósito de un caso

F.J. Torres*, I. Ortega*, P. Panea*, F. Márquez** y A. de Toro**

*Hospital Universitario Virgen de la Macarena, Departamentos de *Anatomía Patológica y **Ginecología y Obstetricia, Sevilla.*

SUMMARY

Primary endometrioid adenocarcinomas of the uterine tube are very rare tumors that exceptionally show features which are histologically similar to those of an adnexal tumor of probable wolffian origin, a very uncommon and usually benign lesion. The tumor we present filled the tubal lumen and invaded the tubal wall. Rev Esp Patol 1999; 32(2): 155-158.

Key words: Primary fallopian tube carcinoma - Endometrioid adenocarcinoma resembling an adnexal tumor of wolffian origin

RESUMEN

Los adenocarcinomas endometrioides de la trompa uterina son tumores raros que, excepcionalmente, muestran características histológicas similares a las de un tumor anexial de probable origen wolffiano, una lesión infrecuente y usualmente benigna. Describimos uno de estos casos de localización intraluminal que infiltra la pared tubárica. Rev Esp Patol 1999; 32(2): 155-158.

Palabras clave: Carcinoma primario de la trompa de Fallopio - Adenocarcinoma endometriode semejante a un tumor anexial de origen wolffiano

INTRODUCCIÓN

El adenocarcinoma primario de la trompa uterina es un tumor muy poco frecuente que representa entre el 0,26% y el 1,6% de todos los tumores malignos del tracto geni-

tal femenino (1, 2). La mayoría (77%) son de tipo seroso, en menor número endometrioides y en raras ocasiones carcinomas adenoescamosos, carcinomas transicionales y adenocarcinomas de células claras (3). Entre los carcinomas endometrioides se ha descrito una variedad

rara (4) que se asemeja morfológicamente al tumor aneural de probable origen wolffiano, también infrecuente y de comportamiento usualmente benigno (5-7). A continuación describimos uno de estos casos y comentamos el diagnóstico diferencial que sugiere su localización y suele aclarar el estudio inmunohistoquímico.

HISTORIA CLÍNICA

Se trata de una mujer de 56 años, menopáusica desde los 50, con antecedentes de dos abortos e hipertensión arterial. Acudió al departamento de ginecología por presentar metrorragia escasa desde hacía seis meses. La exploración física y la citología no revelaron alteraciones y el material obtenido por microlegrado resultó insuficiente para el diagnóstico. El estudio ecográfico demostró en el anexo izquierdo una imagen econegativa redondeada y bien delimitada de 3 × 3 cm, con estructura papilar en su interior. Las determinaciones serológicas de los marcadores tumorales fueron repetidamente negativas.

En la laparotomía exploradora se encontró la trompa izquierda engrosada en toda su longitud, los ovarios atróficos y el útero de aspecto normal. Se extirpó la trompa afectada y se realizó estudio intraoperatorio de la misma.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizaron cortes por congelación teñidos con hematoxilina-eosina durante el acto intraoperatorio. El resto de la pieza se sometió a fijación en formol al 10% durante 24 horas y se incluyó en parafina. A partir de los numerosos bloques obtenidos se realizaron cortes histológicos de 4 µ de espesor y se tiñeron con hematoxilina-eosina. Las secciones histológicas representativas del tumor fueron incubadas frente a los anticuerpos CAM 5.2 (Becton-Dickinson, Immunocytometry System, San José, California), AME, *C-erb2*, *p53* y proteína S-100 (Concepta, Biosystem, S.A., Barcelona, España), receptores estrogénicos (Novocastra Laboratories, Ltd.) y CEA (Dako) en un procesador automático Ventana ES (Ventana Medical Systems, Tucson, Arizona).

RESULTADOS

Descripción macroscópica

La trompa uterina se encontraba uniformemente engrosada y las fimbrias aparecían edematosas. La superficie era lisa y brillante. Al corte se encontró un tumor papilar que ocupaba la luz tubárica, distendiendo la pared en toda su longitud.

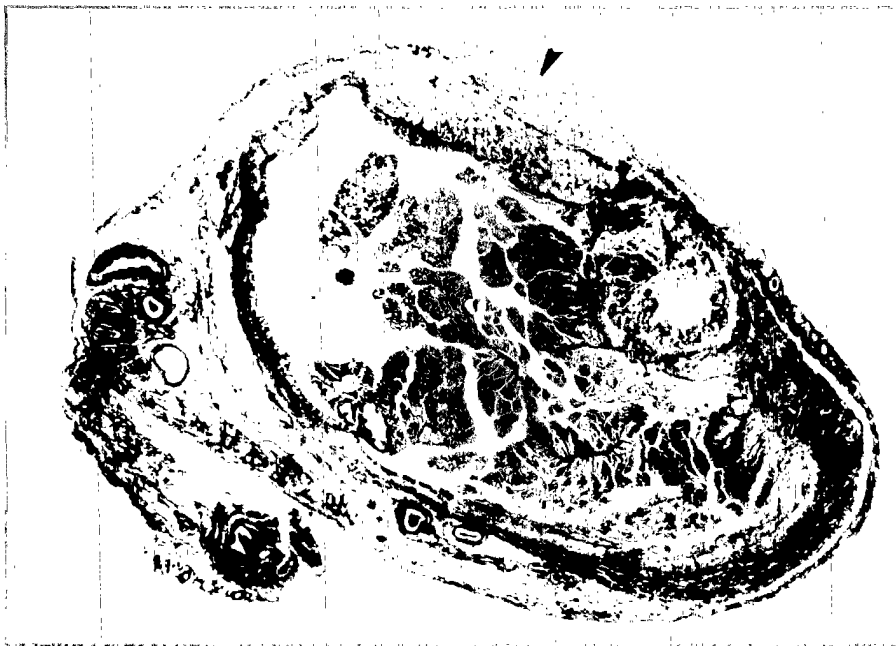


Figura 1. Adenocarcinoma papilar de crecimiento intraluminal que invade focalmente la pared tubárica (flecha) (original, HE ×4).

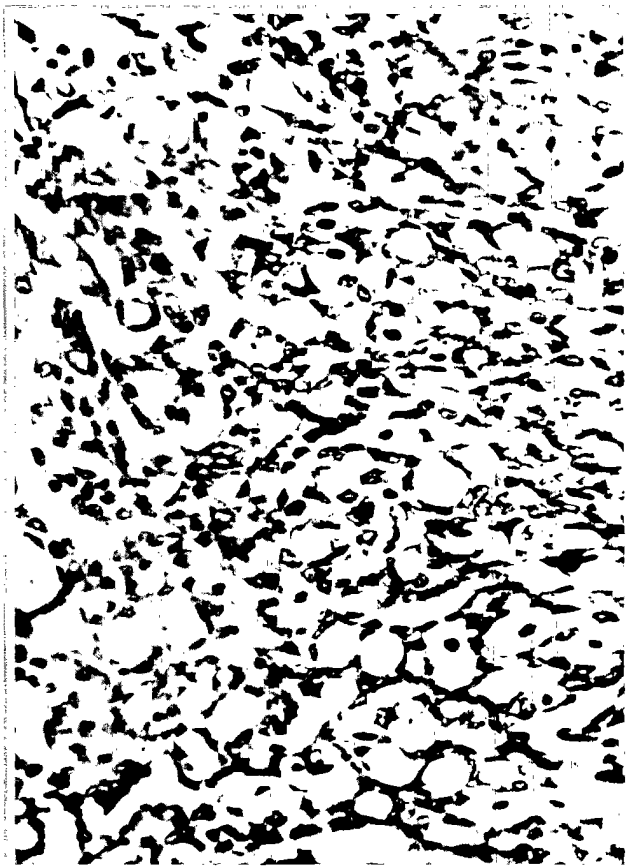


Figura 2. Aspecto microquístico con luces pequeñas con material condensado semejante al coloide (original, HE x10).

Tras el diagnóstico intraoperatorio de carcinoma se realizó una histerectomía total con anexectomía bilateral y omentectomía. La trompa contralateral, ambos ovarios, el útero y la pieza de omentectomía no mostraron alteraciones macroscópicas significativas.

Descripción microscópica

Los cortes histológicos obtenidos mediante congelación revelaron un carcinoma papilar, que ocupaba la luz tubárica e infiltraba la pared (Fig. 1).

Las secciones histológicas obtenidas a partir del material incluido en parafina demostraron que el tumor mostraba además áreas sólidas, microglandulares y microquísticas. El tumor era multifocal y se observaban áreas de carcinoma intraepitelial hasta la vecindad del istmo tubárico. El tumor infiltraba profundamente la pared de la trompa. En las áreas microglandulares (Fig. 2) se obser-



Figura 3. Focos con glándulas tumorales de aspecto endometrioide (original, HE x16).

vaban luces pequeñas y redondeadas, frecuentemente vacías u ocupadas por material parecido al coloide, PAS+, revestidas por células cúbicas, focalmente estratificadas. En otras áreas se apreciaban glándulas tubulares de mayor tamaño, revestidas por epitelio cilíndrico estratificado semejante a las encontradas en el adenocarcinoma endometrioide típico (Fig. 3). Los núcleos eran redondeados u ovales, con borde condensado, cromatina granular y nucléolos pequeños, frecuentemente múltiples. La actividad mitótica era alta. Se observaban pequeños focos de necrosis.

Las inmunotinciones resultaron positivas para CAM 5.2, AME y receptores estrogénicos, y negativas para CEA y S-100. Hubo expresión anormal de *c-erb2* y *p53*.

DISCUSIÓN

El tumor anexial de probable origen wolffiano es una entidad rara (aproximadamente 40 casos publicados),

con una localización muy precisa: ligamento ancho y menos frecuentemente en el ovario. Hasta hoy no se ha descrito ningún caso originado en la mucosa tubárica (4). Su macroscopía es típica: masas redondeadas de aspecto abollonado con superficie lisa. Al corte son sólidos o sólido-quísticos, blanquecino-grisáceos o amarillentos y de consistencia firme o elástica. Microscópicamente presentan un patrón sólido, microglandular o quístico. Las glándulas suelen mostrar pequeñas luces revestidas por células cúbicas o cilíndricas, con escaso citoplasma y núcleos pequeños, redondos u ovoides, con cromatina finamente granular. A veces presentan estroma fibroso, más o menos hialinizado, que delimita nidos celulares. Las características ultraestructurales de las células apoyan su posible origen wolffiano. El comportamiento biológico es usualmente benigno, aunque se han descrito casos raros con metástasis e implantes (5). El tumor que presentamos muestra un aspecto histológico semejante al descrito inicialmente por Kariminejad y Scully (6), con ciertas diferencias: núcleos ligeros o moderadamente atípicos, con cromatina más abundante y condensada en el borde nuclear, presencia frecuente de nucléolo y numerosas mitosis. Asimismo pudo constatar la infiltración de la pared tubárica y la existencia de focos glandulares típicamente endometrioides con focos de necrosis. Estas diferencias morfológicas, el origen en la mucosa tubárica, el crecimiento intraluminal y la ausencia de afectación ovárica coinciden con los criterios de Daya y cols. (4), y permiten considerar al tumor de origen mülleriano y como una variante de adenocarcinoma endometriode primario del oviducto.

La inmunopositividad de las células tumorales frente a CAM 5.2, AME y receptores estrogénicos y la negati-

vidad frente a CEA y S-100 coinciden asimismo con los resultados obtenidos por estos autores y permiten el diagnóstico diferencial con el tumor anexial de probable origen wolffiano, usualmente AME (-) (8).

La expresión anormal de *c-erb2* y *p53* demostrada en nuestro caso se ha descrito en un porcentaje significativo de carcinomas endometrioides (3).

En resumen, la localización, las características citológicas y los hallazgos inmunohistoquímicos permiten diferenciar claramente estas dos lesiones, de gran semejanza histológica pero de pronóstico diferente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cheung A, Ngah H, Cheng D y cols. *Clinicopathologic study of sixteen cases of primary tubal malignancy*. Int J Gynecol Cancer 1994; 4: 111-118.
2. Othman B, Romdhane B, Khattech R y cols. *Primary adenocarcinoma of the fallopian tube revealed by a subclavicular node metastasis. A case report*. Gynecol Rev Gynecol 1994; 2: 406-409.
3. Lacy M, Hartmann L, Keeney G y cols. *c-erb2 and p53 expression in fallopian tube carcinoma*. Cancer 1995; 75: 2891-2896.
4. Daya D, Young R, Scully R. *Endometrioid carcinoma of the fallopian tube resembling an adnexal tumor of probable wolffian origin: A report of six cases*. Int J Gynecol Pathol 1992; 11: 122-129.
5. Prasad C, Ray J, Kessler S. *Female adnexal tumor of wolffian origin*. Arch Pathol Lab Med 1992; 116: 189-191.
6. Kariminejad M, Scully R. *Female adnexal tumor of probable wolffian origin. A distinctive pathologic entity*. Cancer 1976; 37: 2349-2354.
7. Taxy J, Battifora H. *Female adnexal tumor of probable wolffian origin: Evidence for a low grade malignancy*. Cancer 1976; 37: 2349-2354.
8. Tavassoli F, Andrade R, Merino M. *Reitiform wolffian adenoma*. Prog Surg Pathol 1990; 11: 121-136.
9. Abbott R, Barlogie B, Schmidt W. *Metastasizing malignant juxtaovarian tumor with terminal hypercalcemia: A case report*. Cancer 1981; 48: 860-865.