

CASOS CLÍNICOS

Adenosis vaginal no relacionada con dietilestilbestrol

E. González-Díaz^a, C. Fernández-Fernández^b, B. Suárez-Álvarez^b, M.P. Reyero^b y C. González-García^b

^aServicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital El Bierzo. Ponferrada, León, España.

^bServicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital de León. León, España.

ABSTRACT

Introduction: Vaginal adenosis is characterized by the presence of glandular tissue or its secretory products in the vaginal wall.

Case reports: We report 2 cases of vaginal adenosis not associated with diethylstilbestrol exposure or any other apparent causes in 2 women aged 41 and 76 years old.

Discussion: Two groups of women are known to develop vaginal adenosis. In the first «congenital» group, there is proliferation of the remnant Mullerian epithelium in the vagina due to in utero diethylstilbestrol exposure. In the second «acquired» group, the following causes have been proposed: *a*) trauma and continuous inflammation of the vaginal mucosa (due to the use of CO₂ laser, 5-fluoracyl, sanitary products or chronic pessary use); *b*) sex hormones; and *c*) idiopathic.

In both the congenital and acquired groups, there is an increased risk of developing vaginal adenocarcinoma. Therefore, prompt diagnosis by monitoring lesions is essential.

INTRODUCCIÓN

Durante el desarrollo embrionario, la vagina es una línea de epitelio glandular derivado de conducto mülleriano, que se reemplaza totalmente, durante el segundo trimestre de la gestación, por un epitelio escamoso poliestratificado. La vagina está, por tanto, fisiológicamente cubierta por un epitelio escamoso

estratificado no cornificado. La aparición de epitelio glandular metaplásico en vagina se describió por primera vez por Von Preuschen¹ en 1877, y el término de adenosis vaginal se acuñó por Kurman y Scully² en 1974. La adenosis vaginal era un hallazgo inusual hasta 1971, cuando se diagnosticaron múltiples casos en mujeres jóvenes, las cuales se habían expuesto prenatalmente a dietilestilbestrol (DES). Dicha sustancia se sintetizó en 1938 y se usó ampliamente en los años cuarenta para el tratamiento de la amenaza de aborto y otras complicaciones obstétricas. La prevalencia de adenosis vaginal en mujeres expuestas a DES in útero, como se ha reportado en diferentes series, es variable (35-90%), probablemente dependiendo principalmente de la técnica diagnóstica usada (clínica, colposcopia y biopsia).

En 1974, el estudio de las autopsias de 100 fetos femeninos y de mujeres jóvenes menores de 25 años, que no se habían expuesto a DES in útero, reveló un 15% de prevalencia en sujetos menores de 1 mes, ausencia en prepuberales y un 13% en mujeres de 13-25 años². De estos resultados se puede concluir que la adenosis vaginal se origina en los islotes remanentes de epitelio mülleriano en la vagina, los cuales pueden proliferar bajo la influencia de las hormonas sexuales, ya sean de origen materno in útero o por proliferación endógena después de la menarquía³.

CASOS CLÍNICOS

Caso 1

Mujer de 49 años, remitida a la unidad de patología cervical por lesión vaginal asintomática de 1,5 años de evolución. AG: P:2-2-0-0-2; menopausia: 48 años. AP: fumadora 1 paquete/día.

Aceptado para su publicación el 24 de febrero de 2006.

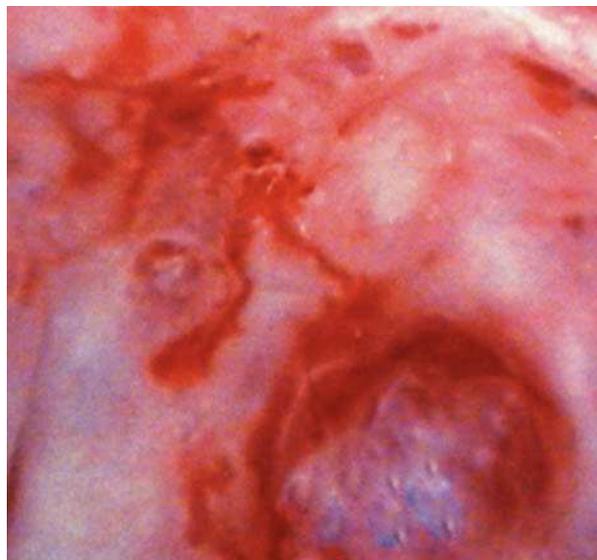


Fig. 1. Aspecto colposcópico de la cara anterior del tercio superior de la vagina (paciente 1).

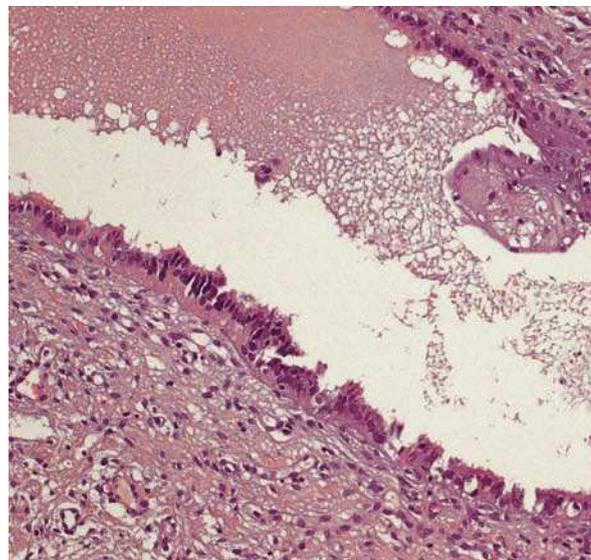


Fig. 3. Aspecto histológico de la adenosis vaginal tipo tubárico (paciente 1).



Fig. 2. Aspecto colposcópico de la cara posterior del tercio superior de la vagina (paciente 1).

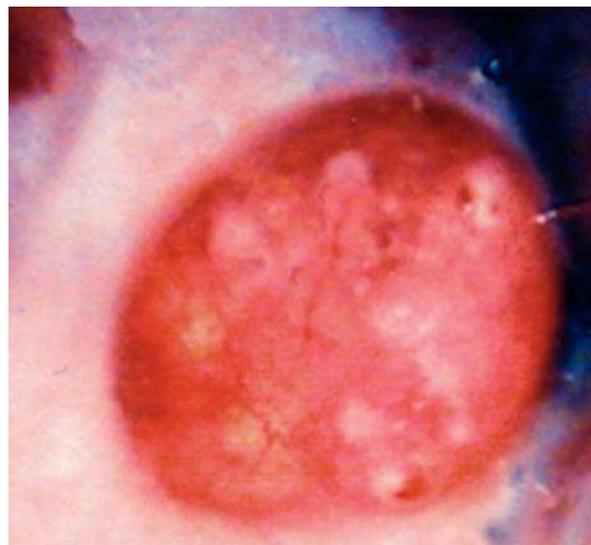


Fig. 4. Nódulo vaginal en la cara lateral vaginal (paciente 2).

A la exploración se visualiza, en todo el tercio superior de vagina y que afecta a caras anterior, posterior y laterales (figs. 1 y 2), una lesión sobre elevada, abollonada, irregular, con micropapilas y que sangra al contacto. El cérvix y la vulva aparecen macroscópicamente sanos. Se toman múltiples biopsias de dichas lesiones vaginales, que informan como adenosis vaginal tipo tubárico con metaplasma escamosa extensa (fig. 3).

Caso 2

Mujer de 76 años, remitida por lesión vaginal asintomática. AG: P:6-6-0-0-6; menopausia: 54 años.

Se encontró un nódulo violáceo (fig. 4) de 1 cm en el tercio superior de la cara lateral de la vagina. Resto de vagina, vulva y cérvix de aspecto atrófico. La histología confirmó adenosis vaginal (fig. 5).

Ambas pacientes no referían haber estado expuestas prenatalmente a DES y fueron controladas colpos-

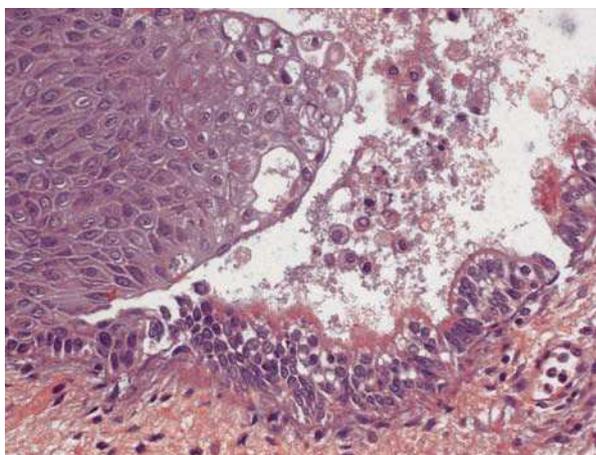


Fig. 5. Aspecto histológico de la adenosis vaginal (paciente 2).

cópicamente, se realizó biopsia de las zonas que resultaron sospechosas, a los 3, 6 y 12 meses tras el diagnóstico, sin que hayan aparecido cambios histológicos sobre las lesiones iniciales.

DISCUSIÓN

La apariencia clínica de la adenosis vaginal es variada, puede presentarse como parcheada o difusa, granular o nodular, única o múltiple, quistes, erosiones, úlceras o incluso como una protuberancia verrugosa. Ocasionalmente el proceso puede extenderse a la vulva. Los síntomas más frecuentes suelen ser escozor en vagina o introito, sangrado vaginal intermenstrual (frecuentemente ocasionado por relaciones sexuales) y una leucorrea mucosa importante³.

Hay 3 tipos morfológicos: oculto, quístico y superficial. En los 2 primeros, el epitelio glandular está cubierto por un epitelio escamoso intacto. En contraste, el tipo superficial se caracteriza por un epitelio columnar que reemplaza el epitelio fisiológico de la vagina. Las células glandulares pueden ser mucosas similares a las de endocervix o células tuboendometriales como las del epitelio endometrial y el de las trompas de Falopio⁴. La ausencia de estroma endometrial es clave para hacer el diagnóstico diferencial con un foco de endometriosis³.

En función del origen de la adenosis se pueden distinguir 2 grupos de pacientes: uno «congénito», donde hay una proliferación de los restos de conducto mülleriano debido a la exposición intraútero a DES —la prevalencia de adenosis vaginal en mujeres expuestas a DES in útero es variable (35-90%)—, y otro

«adquirido», en el cual la causa puede ser: *a*) traumatismo e inflamación, que pueden ser causados por la ser de CO₂, 5-fluorouracilo⁴, compresas vaginales o el uso crónico de pesario; *b*) hormonas sexuales, como el tamoxifeno⁵, que estimulan los restos müllerianos; *c*) cambios espontáneos idiopáticos en los que no se ha identificado la causa.

La adenosis vaginal espontánea parece ser sorprendentemente frecuente, pero la mayoría son encuentros insignificantes, los cuales no daban clínica ni eran reconocidos en los exámenes rutinarios ginecológicos. Obviamente, no es una enfermedad progresiva en la mayoría de las pacientes. De acuerdo con la opinión general, eventualmente se transforma en epitelio maduro estratificado aunque puede ocasionalmente persistir después de la menopausia.

Es frecuente encontrar adenosis en la proximidad de adenocarcinomas vaginales, tanto en pacientes expuesta a DES como en no expuestas, lo cual sugiere que puede haber una transformación oncológica de dichas lesiones. Además, histológicamente no se ha visto una transición bien delimitada entre ambas lesiones. Sin embargo, basándonos en los datos que hay, no es posible establecer con qué frecuencia puede ocurrir.

La mayoría de las adenosis se resolverán de manera espontánea, incluso las asociadas a DES. Pero en las pacientes con sintomatología grave, que disminuye su calidad de vida, hay que plantearse un tratamiento. En la mayoría de las series recogidas en la bibliografía^{3,6,7} predomina el uso del láser de CO₂ con una profundidad de 3-4 mm para destruir el epitelio metaplásico y provocar su sustitución por el epitelio escamoso fisiológico. El inconveniente es la alta tasa de recidiva debida, probablemente, a la presencia de nidos metaplásicos a más profundidad, y las consecuencias estéticas sobre la vagina. La resección vaginal se podría considerar como la última opción terapéutica.

RESUMEN

Introducción: La adenosis vaginal se caracteriza por la presencia de tejido glandular, o sus secreciones, en la pared vaginal.

Caso clínico: Se presentan 2 casos de adenosis vaginal en mujeres con edades comprendidas entre 41 y 76 años, no asociados a dietilestilbestrol (DES) ni otra causa que los justifique.

Comentario: Hay 2 grupos de mujeres donde es conocido el desarrollo de adenosis. Uno «congénito», debido a la exposición intraútero al DES que provoca una proliferación del epitelio de los restos müllerianos en la vagina, y otro «adquirido», en el cual se han

propuesto como posibles causas: *a*) un traumatismo e inflamación continuada de la mucosa vaginal (debido al uso de láser de CO₂, 5-fluorouracilo, compresas o el uso crónico de pesarios); *b*) estímulos hormonales, y *c*) idiopáticas.

En todos los casos, tanto los congénitos como los adquiridos, hay un riesgo aumentado de desarrollo de adenocarcinoma vaginal. Por ello, se pretende un diagnóstico precoz mediante la vigilancia y el control de dichas lesiones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Von Preuschen. Über crytenbildung in der vagina. Virchow Arch. 1877;70:111-28.
2. Kurman RG, Scully RE. The incidence and histiogenesis of vaginal adenosis: an autopsy study. Hum Pathol. 1974;5:265-76.
3. Kranl C, Zelger B, Kofler H, Heim K, Sepp N, Fritsch P. Vulvar and vaginal adenosis. Br J Dermatol. 1998;139:128-31.
4. Bornstein J, Sova Y, Atad J, Lurie M, Abramovici H. Development of vaginal adenosis following combined 5-fluorouracil and carbon dioxide laser treatment for diffuse vaginal condylomatosis. Obstet Gynaecol. 1993;81:896.
5. Ganesan R, Ferryman SR, Waddell CA. Vaginal adenosis in a patient on tamoxifen therapy: a case report. Cytopathology. 1999;10:127-30 [discussion: 131].
6. Chattopadhyay I, Cruickshank DJ, Packer M. Non diethylstilbestrol induced vaginal adenosis—a case series and review of literature. Eur J Gynaecol Oncol. 2001;22:260-2.
7. Singer A, Mansell ME, Neill S. Symptomatic vaginal adenosis. Br J Obstet Gynaecol. 1994;101:633-5.