

TABLA I. Características y diluciones de los anticuerpos utilizados

ANTICUERPO	CLON	DILUCIÓN	ORIGEN
S-100	Policlonal	Prediluido	Dako
Receptores de estrógeno	1D5	Prediluido	Dako
Receptores de progesterona	636	Prediluido	Dako
EMA	E29	1:100	Dako
Actina de músculo liso	1A4	1:100	Dako
Citoqueratinas	AE1, AE3	Prediluido	Dako
Cromogranina	Policlonal	1:300	Dako
Sinaptofisina	Policlonal	1:100	Dako
Vimentina	VIM3B4	Prediluida	Dako

sólo visible ocasionalmente. Con técnicas de IHQ, las células tumorales eran positivas para cromogranina, estrógenos y AE1/AE3; con positividad focal para S-100, y negatividad para vimentina, sinaptofisina y actina. Se diagnostica de tumor carcinoide (figs. 1 y 2).

Tras el diagnóstico se somete a la paciente a estudio analítico general, que fue anodino, con marcadores tumorales CEA, CA125 y CA 19.9 negativos. La medición de ácido 5-hidroxiindolacético (5-HIAA) tras la cirugía en orina de 24 h por el método de cromatografía-espectrofotometría fue de 7,3 mg/24 h (referencia: 2-9 mg/24 h), y en controles posteriores continuó en valores dentro de la normalidad. Se practicó un estudio de extensión mediante radiografía de tórax, tomografía computarizada abdominopélvica, endoscopia digestiva completa y analíticas generales, incluyendo marcadores tumorales, sin que en ninguna prueba mencionada se identificasen evidencias de presencia de un posible tumor primario en otra localización, recidivas o metástasis.

Tras un período de seguimiento de 5 años, la paciente permanece viva y sin signos de enfermedad.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los tumores primarios de la vagina son, en general, poco frecuentes². Si nos centramos en los tumores malignos primarios, la frecuencia en esta localización es aún menor, estimándose en un 1-2% de todos los tumores malignos ginecológicos². A esta baja incidencia contribuye tanto la escasa clínica que producen, lo que ha inducido su ausencia de diagnóstico hasta el inicio de los sistemas y protocolos de cribado³, como el hecho de que si, en el momento del diagnóstico, se observa extensión al cérvix o cuerpo del útero el tumor se considera, por consenso, primario de estas localizaciones y no de la vagina². De ellos, la estirpe

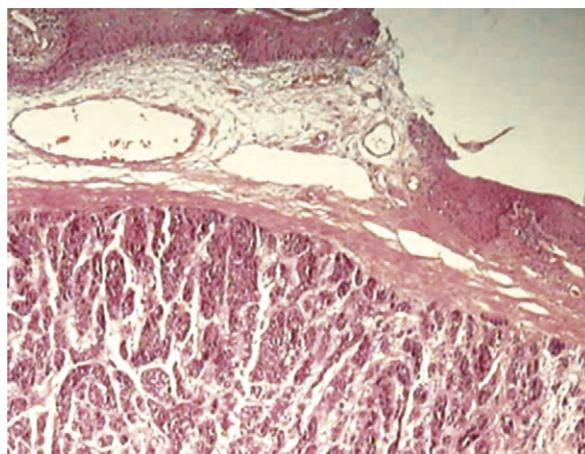


Fig.1. Panorámica de la lesión que muestra el característico patrón organoide, y la separación por una banda libre del epitelio vaginal (HE, X100).

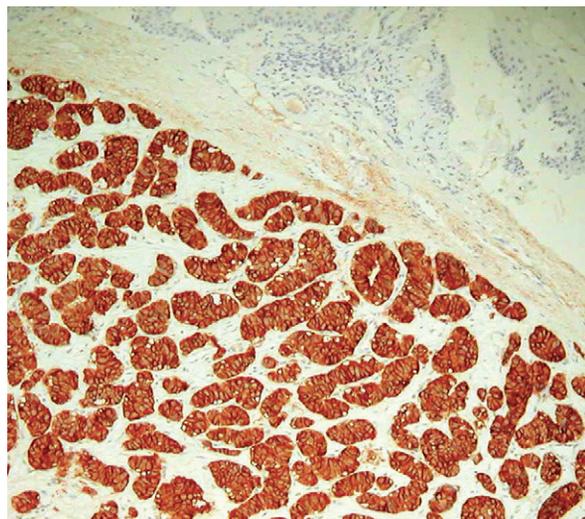


Fig.2. Las células neoplásicas se tiñen intensa y globalmente con cromogranina A (estreptavidina-biotina, X400).

más habitual es el carcinoma escamoso, seguido por el adenocarcinoma^{1,2,5}.

Centrándonos en la estirpe de diferenciación neuroendocrina, en un principio el carcinoma mixto (adenocarcinoma y carcinoma de células argentafines) se describió en el colon y la próstata¹. Por otra parte, es ya conocido que en el tracto genital femenino hay células argentafines y argirofílicas, aunque con una frecuencia extremadamente baja^{1,9,10}. Se han descrito carcinomas originados en ellas en cérvix⁴, endometrio y

ovario^{1,3,5-7}. El tumor carcinoide maligno primario de vagina fue descrito por primera vez por Fukushima et al¹ en 1986. Posteriormente, en 1988, Sulak et al² describen un segundo caso. En ambas ocasiones se trata de tumores mixtos en los que se asocia un componente de diferenciación neuroendocrina con un componente de adenocarcinoma. El origen de estas células neuroendocrinas no parece claro. Pearse¹ propone un sistema APUD en el que las células derivan de la cresta neural, basándose en sus características citoquímicas. Ellet y Andrew¹ dudan de dicho origen neural basándose en evidencias embriológicas. Más tarde, Pierce y Cox¹ opinan que las células argentafines deben derivar de los propios adenocarcinomas de tipo intestinal en los que se encuentran inmersas. Finalmente, Fukushima et al¹ concluyen que probablemente deriven de tejido endodérmico aberrante en la vagina.

Los casos descritos por Sulak et al² y Fukushima et al¹ parecen similares en cuanto a expresión clínica y hallazgos histopatológicos. Presentan componente carcinoide con asociación a componente de adenocarcinoma y ambos tienen un inicio clínico con sintomatología de dispareunia y sangrado vaginal, síntomas, por otra parte, típicos en los tumores de vagina^{1,2}. El comportamiento clínico en los 2 casos fue muy agresivo, con metástasis en pulmón e hígado¹ y en hueso², y el fallecimiento de las pacientes se produjo al cabo de un año tras el diagnóstico, a pesar de un tratamiento agresivo, que incluía radio y quimioterapia, de sendos tumores^{1,2}.

Nuestra paciente, sin embargo, no presentó sintomatología anterior ni posterior al diagnóstico, hecho en sí relativamente poco relevante ya que los tumores de vagina, en general, tienen como característica clínica en segundo orden de frecuencia la ausencia de sintomatología². Tampoco presentó incremento analítico en la producción de 5-HIAA, que con frecuencia se excreta y se elimina en orina en el caso de los tumores neuroendocrinos². Fue sometida a una revisión orgánica exhaustiva con el fin de determinar un posible origen primario en otra localización, ya que en un 90% de los casos los tumores carcinoideos son metástasis de tumores originarios de tracto gastrointestinal (apéndice, recto e íleon, por orden de frecuencia) o, menos frecuentemente, tracto biliar, conducto pancreático o árbol bronquial², sin hallar lesiones en ninguna de estas localizaciones.

Asimismo, nuestra paciente ha sido sometida a seguimiento durante 5 años y permanece viva y sin signos de enfermedad. Esta larga supervivencia libre de enfermedad junto a la ausencia de datos de un tumor

primario de otra localización, nos hacen pensar que se trata de un tumor primario de vagina de estirpe neuroendocrina pura de comportamiento benigno (tumor carcinoide), tumor aún no descrito en vagina en la bibliografía indexada revisada.

RESUMEN

Se presenta el caso de una paciente de 32 años, con nódulo en introito vaginal. Histológicamente corresponde a un tumor bien delimitado que expresa positividad inmunohistoquímica para cromogranina, estrógenos y AE1/AE3. Tras 5 años de evolución, demuestra comportamiento biológico benigno sin evidencia de recidivas ni metástasis. En la bibliografía revisada sólo hay descritos 2 casos de tumor carcinoide vaginal, ambos con componente de adenocarcinoma asociado y con comportamiento clínico muy agresivo, con fallecimiento de las pacientes en menos de un año. Por todo ello, en nuestra opinión, se trata de un tumor carcinoide puro benigno primario de vagina, neoplasia no descrita previamente en esta localización en la bibliografía revisada y contrapartida benigna de dichos tumores de estirpe neuroendocrina.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fukushima M, Twigg LB, Okagaki T. Mixed intestinal adenocarcinoma-argentaffin carcinoma of the vagina. *Gynecol Oncol.* 1986;23:387-94.
2. Sulak, P, Barnhill D, Heller P, et al. Non squamous cancer of the vagina. *Gynecol Oncol.* 1988;29:309-20.
3. Kurman, RJ, Norris HJ, Wilkinson E. Tumor of the cervix, vagina and vulva. En: Atlas of Tumor Pathology. 3rd series. Fasc. 4. Washington: AFIP; 1992. p. 41-78.
4. Albores-Saavedra J, Rodríguez-Martínez HA, Larraza-Hernández O. Carcinoid tumors of the cervix. *Pathol Ann.* 1979;14:273.
5. Rosai J. Female reproductive system. En: Rosai J, editor. *Rosai and Ackerman's Surgical Pathology.* 9th ed. vol 2. St. Louis: Mosby; 2004. p. 1483-761.
6. Tavassoli FA, Devilee P. Tumors of the breast and female genital organs. En: Tavassoli FA, Devilee P, editors. *Pathology and Genetics.* Lyon: IARC Press; 2003.
7. Wright TC, Ferenczy A, Kurman RJ. Carcinoma and other tumor of the cervix. En: Kurman RJ, editor. *Blaustin's pathology of the female genital tract.* 5th ed. New York: Springer; 2002. p. 325-81.
8. Zaino J, Robboy SJ, Kurman RJ. Diseases of the vagina. En: Kurman RJ, editor. *Blaustin's pathology of the female genital tract.* 5th ed. New York: Springer; 2002. p. 151-206.
9. Wilkinson EJ, Hardt NS. Vulva. En: Sternberg S, editor. *Histology for pathologists.* 2nd ed. Philadelphia-New York: Lippincott-Raven; 1997. p. 851-66.
10. Fox H, Kazzaz B, Langley FA. Argyrophil and argentaffin cells in the female genital tract and in ovarian mucinous cysts. *J Bacteriol.* 1964;88:479-88.