

2 P. Valenzuela
J.A. Solano
E. Tello
A. Ruiz-Villaespesa*

Servicios de Obstetricia y Ginecología
y *Anatomía Patológica.
Hospital Universitario Príncipe de Asturias.
Alcalá de Henares. Madrid.

Correspondencia:

Dr. Pedro Valenzuela Ruiz.
Cardenal Tavera, 9. 28802 Alcalá de Henares. Madrid.

Fecha de recepción: 4/6/01
Aceptado para su publicación: 30/7/01

Adenocarcinoma en un pólipo endometrial

Adenocarcinoma in endometrial polyp

*P. Valenzuela, J.A. Solano, E. Tello, A. Ruiz-Villaespesa.
Adenocarcinoma en un pólipo endometrial. Prog Obstet Ginecol
2001;44:392-395.*

INTRODUCCIÓN

Los pólipos endometriales son tumores benignos que se originan por hiperplasia localizada de la capa basal del endometrio. Tienen aspecto de formación vegetante, sésil o pediculada, pero se encuentran recubiertos por epitelio. Contienen una cantidad variable de glándulas, estroma y vasos sanguíneos, pudiendo ser incluidos según su aspecto anatómico-patológico en una de estas tres categorías: hiperplásicos, atróficos o funcionales¹.

Los pólipos se encuentran excepcionalmente antes de la menarquia y con frecuencia después de la menopausia, con una mayor incidencia entre los 40 y 50 años. Los síntomas principales que provocan los pólipos endometriales durante la vida reproductiva son el sangrado intermenstrual y la menorragia, mientras que en la menopausia es la metrorragia, aunque en muchas ocasiones son asintomáticos y se encuentran de forma casual.

El hallazgo de un foco microscópico de adenocarcinoma en un pólipo endometrial nos ha llevado a revisar esta patología y a plantear su abordaje, con los conocimientos actuales que tenemos sobre ella.

CASO CLÍNICO

Paciente de 55 años, con índice de masa corporal de 22,6 y menopausia a los 49 años, que consultó por leucorrea sanguinolenta de varios meses de evolución. Entre los antecedentes personales destacaba un carcinoma ductal infiltrante de mama tratado con mastectomía y linfadenectomía, con ganglios negativos, 12 años antes, habiendo permanecido asintomática. No requirió tratamiento con quimioterapia ni tamoxifeno, pero sí progestágenos durante largo tiempo para controlar los efectos de los ciclos anovulatorios que se confirmaron en dos de las tres biopsias que se le practicaron en los últimos 5 años con menstruaciones.

La exploración ginecológica fue normal. Una ecografía vaginal encontró un endometrio de 7 mm de grosor con una imagen intracavitaria y sonoluscente de 4 mm de diámetro. Se practicó una histeroscopia diagnóstica que demostró la existencia de dos pólipos sin peculiaridades llamativas de 3 y 15 mm en ostium y canto izquierdo, respectivamente, siendo el aspecto de la mucosa endometrial de toda la cavidad atrófico; la biopsia no obtuvo material suficien-

Figura 1. Pólipo endometrial con patrón atrófico-quístico. El centro tiene un aspecto mucho más densamente celular, aunque se conservan algunas glándulas dilatadas (HE, $\times 60$).

te para un diagnóstico. Se propuso histeroscopia quirúrgica para polipectomía, que se llevó a cabo con anestesia raquídea y empleando un resectoscopio. En el estudio anatomopatológico se descubrió que en uno de los pólipos existía un grupo de estructuras glandulares epiteliales de características malignas, que no tenían conexión con el resto de la mucosa atrofica. Los marcadores epiteliales (queratina EMA) fueron positivos en las células neoplásicas, los marcadores mesenquimales (actina y desmina) negativos, los receptores de estrógenos y progesterona negativos, la vimentina con positividad irregular focal y PCNA positivo; todo ello compatible con un adenocarcinoma (figs. 1 y 2). Ante este hallazgo se realizó un estudio de extensión, que fue negativo, y se completó el tratamiento con una laparotomía, practicándose lavados peritoneales, histerectomía, doble anexectomía y linfadenectomía, no encontrando malignidad en ninguna de las muestras enviadas. Seis meses después de la cirugía la paciente permanece asintomática y libre de recidiva.

DISCUSIÓN

Aunque la paciente no presentó más síntomas que la metrorragia y habían transcurrido 12 años desde el tratamiento del cáncer de mama, nos planteamos la posibilidad de que el foco de carcinoma en el pólipo fuera una primera y única metástasis de

Figura 2. Imagen correspondiente a la zona central del pólipo. Se observan grupos celulares de tamaño y forma irregulares, citoplasmas en general amplios y eosinófilos, acentuada anisocariosis y ocasionales mitosis (HE, $\times 150$). Las técnicas inmunohistoquímicas confirmaron la naturaleza epitelial de estas células.

mama. Existen casos de metástasis en útero de cánceres de mama, más en miometrio que en endometrio, incluso excepcionalmente en un pólipo endometrial, pero dentro de un cuadro de carcinomatosis generalizada². Tan sólo hemos encontrado una metástasis en un pólipo endometrial como única localización y se trataba de un carcinoma lobulillar, con más capacidad para metastatizar en sitios atípicos que el carcinoma ductal³.

El hallazgo de carcinoma en un pólipo endometrial es muy poco frecuente. Los requisitos básicos para aceptar que en un pólipo benigno se ha originado un carcinoma son que la malignidad se limite a una porción del pólipo, que la base del pólipo se encuentre intacta y que el endometrio que rodea a la base no presente cambios malignos⁴. Salm recopiló 6 casos sobre 1.100 pólipos (0,5%) a lo largo de 25 años⁵. Todos los casos presentaron clínica de metrorragia posmenopáusica y en todos ellos existió malignidad en otras zonas de la cavidad endometrial, distantes del pólipo. Anastasiadis et al encontraron en 1.415 legrados 258 hiperplasias y 126 pólipos, de los cuales dos (1,5%) presentaron degeneración maligna, reconociendo los autores que con el material del legrado existen dificultades histológicas para distinguir entre pólipos, hiperplasia clásica e hiperplasia polipoide⁶. Bradley et al no encontraron en 201 polipectomías histeroscópicas pólipo-

4 pos con zonas de malignidad, aunque sí 6 casos con hiperplasia atípica⁷.

Se ha podido demostrar que los pólipos se asocian con la hipertensión y obesidad⁸, con la utilización de tamoxifeno de forma crónica⁹, con la presencia de hiperplasia endometrial durante la administración de terapia hormonal sustitutiva^{10,11}, incluso en un 12 a un 34% de los cánceres de endometrio encontramos la existencia de pólipos endometriales¹, pero no hay datos que hagan sospechar que el pólipo tenga mayor riesgo de malignización que el resto del endometrio. Con todos estos datos, el hallazgo de un pólipo endometrial sugiere ser más el reflejo de una tendencia proliferativa del endometrio, pasada o presente, que una lesión precursora de malignidad por sí misma. Tan sólo la utilización de tamoxifeno se sospecha que puede tener un efecto más específico y potencialmente neoplásico sobre los pólipos endometriales que sobre el resto del endometrio¹².

La prevalencia de los pólipos endometriales es difícil de determinar. Según la bibliografía va del 3,6 al 44%⁶ dependiendo del grupo de edad seleccionado, de la manifestación clínica y del método diagnóstico utilizado, con una media en la población general del 24%. El estudio de la cavidad endometrial a ciegas mediante legrado ha dificultado descubrir la presencia de pólipos porque se fragmentan e incluso persisten en su localización pasando inadvertidos. Aunque la histeroscopia es la prueba ideal para el diagnóstico de pólipos endometriales, el desarrollo de la ecografía vaginal ha permitido disponer de una técnica eficaz y no invasiva de la cavidad intrauteri-

na¹³; incluso la histerosonografía, con la inyección de suero fisiológico a través del cuello durante la realización de la ecografía, permite confirmar la sospecha de pólipos y detectar pequeñas lesiones¹⁴.

La amplia utilización de la ecografía vaginal como método diagnóstico de diferentes patologías está poniendo de manifiesto un gran número de casos de sospecha de pólipos endometriales en pacientes asintomáticas¹⁵. Es una nueva situación, generada por el avance de los métodos diagnósticos, que plantea dudas terapéuticas. Aunque en la actualidad existen posibilidades técnicas para extirpar pequeños pólipos de forma ambulatoria en el momento de la histeroscopia diagnóstica¹⁶, la polipectomía requiere una justificación. Cuando la paciente está sintomática, el beneficio es evidente, pero muchos pólipos no producen síntomas y se detectan por técnicas de imagen no invasivas¹⁷. Si los pólipos tienen un riesgo bajo de malignización, no mayor que el resto del endometrio, no parece que la polipectomía de forma aislada y en pacientes asintomáticas vaya a disminuir el riesgo de cáncer de endometrio. Ya existen grupos como el de Pérez-Medina et al¹⁸ que utilizan la sintomatología, la imagen histeroscópica y el Doppler color¹⁹ para decidir qué pólipos deben resecarse y cuáles pueden dejarse sin tratamiento.

En nuestro caso la decisión ante un pólipo que se descubrió en una paciente con metrorragia posmenopáusica persistente no planteó ninguna duda, pero existen situaciones opuestas, como el hallazgo de pólipos endometriales asintomáticos, que van a requerir de trabajos de investigación para decidir la actitud más eficaz.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kurman RJ, Mazur MT. Bening diseases of the endometrium. En: Kurman RJ, editor. Blaustein's pathology of the female genital tract (4.ª ed.). Nueva York: Springe-Verlag, 1995; 367-409.
2. Corley D, Rowe J, Curtis MI, Hogan WM, Noumoff JS, Livolsi VA. Postmenopausal bleeding from unusual endometrial polyps in women on chronic tamoxifen therapy. *Obstet Gynecol* 1992; 79: 111-116.
3. Aranda FI, Laforga JB, Martínez MA. Metastasis from breast lobular carcinoma to an endometrial polyp. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1993; 72: 585-587.
4. Wolfe SA, Mackles A. Malignant lesions arising from benign endometrial polyps. *Obstet Gynecol* 1962; 20: 542-550.
5. Salm R. The incidence and significance of early carcinomas in endometrial polyps. *J Pathol* 1972; 108: 47-53.
6. Anastasiadis PG, Koutlaki NG, Skaphida PG, Galazios GCh, Tsikouras PN, Liberis VA. Endometrial polyps: prevalence, de-

- tection, and malignant potential in women with abnormal uterine bleeding. *Eur J Gynaecol Oncol* 2000; 21: 180-183.
7. Bradley LD, Pasqualotto EB, Price LL, Margossian H. Hysteroscopic management of endometrial polyps. *Obstet Gynecol* 2000; 95: 235.
 8. Reslova T, Tosner J, Resl M, Kugler R, Vavrova I. Endometrial polyps. *Arch Gynecol Obstet* 1999; 262: 133-139.
 9. Berliere M, Charles A, Galant CH, Donnez J. Uterine side effects of tamoxifen: a need for systematic pretreatment screening. *Obstet Gynecol* 1998; 91: 40-44.
 10. Orvieto R, Bar-Hava I, Dicker D, Bar J, Ben-Rafael Z, Neri A. Endometrial polyps during menopause: characterization and significance. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1999; 78: 883-886.
 11. Bakour SH, Khan KS, Gupta JK. The risk of premalignant and malignant pathology in endometrial polyps. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2000; 79: 317-320.
 12. Ramondetta LM, Sherwood JB, Dunton ChJ, Palazzo JP. Endometrial cancer in polyps associated with tamoxifeno use. *Am J Obstet Gynecol* 1999; 180: 340-341.
 13. Hulka CA, Hall DA, McCarthy K, Simeone JF. Endometrial polyps, hyperpasia, and carcinoma in postmenopausal women: differentiation with endovaginal sonography. *Radiology* 1994; 191: 755-758.
 14. Cicinelli E, Romano F, Anastasio PS, Blasi N, Parisi C. Sonohysterography versus hysteroscopy in the diagnosis of endouterine polyps. *Gynecol Obstet Invest* 1994; 38: 266-271.
 15. Cohen MA, Sauer MV, Keltz M, Lindheim SR. Utilizing routine sonohysterography to detect intrauterine pathology before initiating hormone replacement therapy. *Menopause* 1999; 6: 68-70.
 16. Isaacson KB, Olive DL. Operative hysteroscopy in physiologic distention media. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 1999; 6: 113-118.
 17. Bradley LD, Falcone T, Magen AB. Radiographic imaging techniques for the diagnosis of abnormal uterine bleeding. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2000; 27: 245-276.
 18. Pérez-Medina T, Martínez O, Folgueira G, Bajo J. Which endometrial polyps should be resected? *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 1999; 6: 71-74.
 19. Moreno-Calvo FJ, Garrido-Quijano AB, Ponce Salamanca S, Bajo-Arenas JM. Diagnóstico ecográfico de carcinoma en un pólipo endometrial. *Toko Gin Pract* 2001; 60: 159-162.