

CASOS CLÍNICOS

Carcinoma escamoso in situ de endometrio y vagina asociado a carcinoma microinvasivo de cérvix

M. Navarro, A.J. Muñoz y R. Martínez de la Ossa

Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Comarcal Santa Ana. Motril. Granada. España.

ABSTRACT

Squamous cell carcinoma of the endometrium is an uncommon type of endometrial tumor, which is usually associated with invasive or intraepithelial lesions of the cervix, although this neoplasm has been described as a primary tumor. While intraepithelial vaginal tumors associated with intraepithelial neoplasms of the cervix are relatively frequent, their simultaneous association with endometrial carcinoma has rarely been reported.

We describe a case of *in situ* squamous cell tumor of the endometrium and vagina associated with invasive carcinoma of the cervix that was treated with radical surgery and brachytherapy. The patient is currently disease-free.

INTRODUCCIÓN

El carcinoma escamoso de endometrio es una variedad histológica asociada generalmente a lesiones invasivas o intraepiteliales de cérvix, aunque se ha descrito como tumor primario¹⁻³. Cuando se asocia al carcinoma cervical, generalmente se asume que la lesión endometrial es secundaria al reemplazamiento del epitelio normal por células tumorales del tumor primario. Por otra parte, se ha descrito una extensión por continuidad a las trompas de Falopio y excepcionalmente al ovario⁴. Asimismo, es relativamente frecuente observar lesiones intraepiteliales de vagina (VAIN) asociadas a neoplasias intraepiteliales cervicales (CIN), especialmente en mujeres posmenopáusicas¹, pero muy raramente se han descrito asociaciones simultáneas con carcinoma endometrial.

CASO CLÍNICO

Paciente de 69 años que consulta por leucorrea tratada con antisépticos y antifúngicos de forma empírica sin resultados. En sus antecedentes destaca diabetes mellitus y menopausia a los 49 años de edad. La exploración ginecológica es normal y se realizan cultivo y citología. En esta última prueba destaca la presencia de células escamosas anormales (ASCUS) con fondo hemorrágico y frotis inflamatorio por flora coquea y bacilar. En la ecografía vaginal se observa un útero de 7,5 cm de longitud con morfología normal e imagen endometrial sugerente de hematometra o piometra. Se realiza una colposcopia con biopsias dirigidas de exocervix que informan de displasia moderada; se biopsia una lesión vaginal con resultado histológico no valorable (material escaso). Se indica histeroscopia con toma de biopsia, y se comprueba la presencia de piometra fétido al canalizar el cérvix, y se remiten muestras a microbiología y anatomía patológica, que informan de aspirado endometrial con abundantes células atípicas sugestivas de malignidad, con sospecha de carcinoma epidermoide. El epitelio cervical presenta una lesión intraepitelial escamosa (SIL) de alto grado y alteraciones sugerentes de infección por virus del papiloma humano (VPH). El cultivo cervical y los marcadores tumorales son normales. Ante estos hallazgos se realiza histerectomía abdominal total con doble anexectomía y resección de manguito vaginal. La anatomía patológica de la pieza confirma un carcinoma in situ de cérvix, con focos de carcinoma microinvasivo (1,75 mm de profundidad y 5,37 mm en horizontal) (figs. 1 y 2) con lesiones sugerentes de infección por VPH, con extensión por contigüidad al endometrio, tapizando toda la cavidad uterina por carcinoma escamoso (fig. 3), sin afectación tubárica; afectación parcial del fragmento vaginal por carcinoma in situ; parametrios, trompas y ovarios sin alteraciones. La cirugía se completa con

Aceptado para su publicación el 10 de julio de 2007.

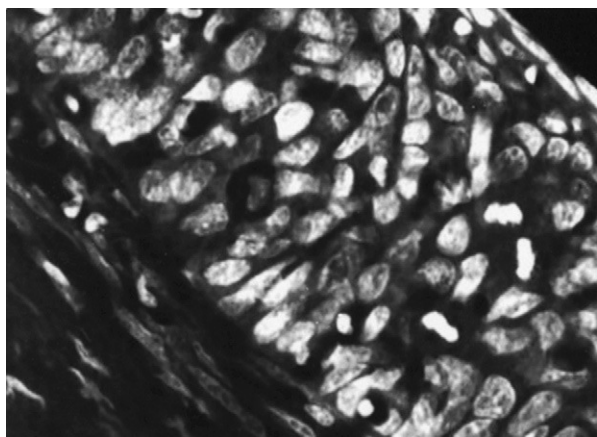


Fig. 1. Microscopia electrónica. Carcinoma in situ escamoso en el endometrio.

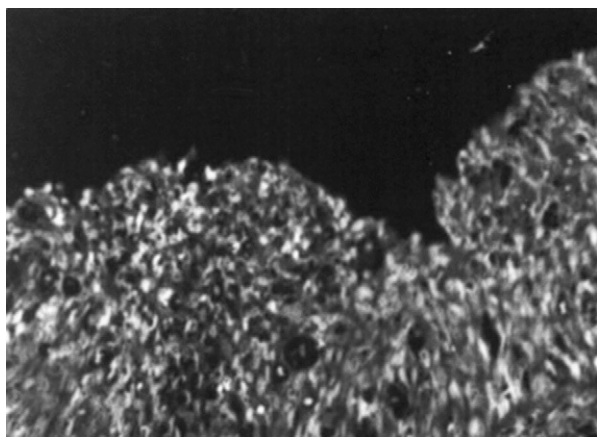


Fig. 2. Microscopia electrónica. Afectación vaginal de carcinoma in situ escamoso.

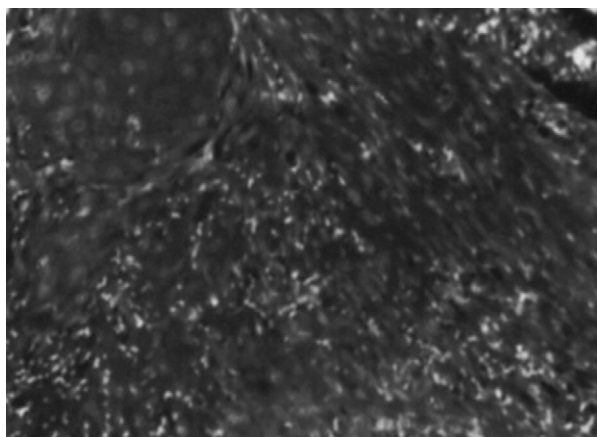


Fig. 3. Microscopia electrónica. Carcinoma microinvasivo de cérvix.

braquiterapia endocavitaria con colpostato de Delouche, a dosis de 50 CGY, ante persistencia de células atípicas en la citología. La paciente evoluciona satisfactoriamente. En la actualidad, la paciente está asintomática con exploraciones clinicocitológicas compatibles con la normalidad.

DISCUSIÓN

El carcinoma escamoso endometrial representa el 0,4% de todas las neoplasias de cérvix² y se ha descrito como tumor primario^{1,3}. Pritzker et al⁵ refieren 2 casos de carcinoma escamoso endometrial asociados a carcinoma de cerviz, y Fluhmann⁶, 31 casos como tumor primario de endometrio.

La presencia de epitelio escamoso en el endometrio se ha descrito por diferentes autores^{6,7}, sin considerarse maligna, motivada por distintos factores como endometritis crónica, déficit de vitaminas, agentes químicos o fármacos. Estos focos de epitelio podrían causar tumores escamosos primarios en el endometrio así como diversas variedades histológicas como metaplasia escamosa, carcinoma adenoescamoso o carcinoma endometrial. Se ha sugerido que estos focos de células escamosas podrían eliminarse con la menstruación, regenerándose en este sentido el epitelio glandular normal, lo que explicaría la aparición de carcinoma epidermoide exclusivamente en mujeres posmenopáusicas.

Para diferenciar el carcinoma escamoso endometrial primario del secundario, Fluhmann⁶ sugiere una serie de criterios: que no coexista con adenocarcinoma endometrial, que no haya conexión entre el epitelio del cérvix y el tumor endometrial y, por último, que no haya carcinoma escamoso de cérvix primario.

El carcinoma escamoso aparece en mujeres posmenopáusicas con una edad media de 60 años. Cuando no hay un vínculo de unión entre la lesión cervical y la endometrial, se considera que ambas lesiones aparecen de forma sincrónica, mientras que cuando el cuerpo uterino está afectado por un carcinoma cervical secundario, lo más habitual es que suceda una infiltración en profundidad del miometrio o afectación por propagación linfática y no por extensión superficial.

Hay varias teorías para explicar la patogenia de este proceso:

1. Propagación horizontal desde el cérvix hasta el endometrio y posteriormente el miometrio. Esta teoría es la más probable.
2. Propagación vertical desde las células de reserva inducidas por agentes químicos.

3. Metaplasia escamosa inducida por endometritis crónica, infecciones, dispositivos intrauterinos (DIU), estrógenos, etc., que dañarían las células endometriales y darían lugar a displasias y posteriormente a neoplasias.

Las lesiones vaginales simultáneas se han referido en muy pocos casos^{3,8}. Clínicamente, el piometra aparece en el 90% de los casos, probablemente por obstrucción del orificio cervical interno por células tumorales.

En cuanto a la supervivencia de estos procesos, no se conoce con exactitud debido a los escasos casos documentados. De todos modos, parece ser que la presencia únicamente de carcinoma endometrial in situ no agrava el pronóstico, como lo demuestra el hecho de que la paciente de nuestro caso se encuentre en la actualidad libre de enfermedad.

RESUMEN

El carcinoma escamoso de endometrio es una rara variedad de tumor endometrial, que generalmente se asocia con lesiones invasivas o intraepiteliales de cérvix, aunque se ha descrito como tumor primario. Por otra parte, aunque es relativamente frecuente observar tumores intraepiteliales vaginales asociados a neoplasias intraepiteliales de cérvix, raramente se han descrito asociaciones simultáneas con carcinoma endometrial.

En este caso, describimos un carcinoma in situ endometrial escamoso de endometrio y vagina, asociado a un carcinoma invasivo de cérvix, que fue tratado con cirugía radical y braquiterapia. La paciente en la actualidad está sana y libre de enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kennedy AS, De Mars LR, Flannagan LM, Varia MA. Primary squamous cell carcinoma of the endometrium. A first report of adjuvant chemoradiation. *Gynecol Oncol.* 1995;59:117-23.
2. Kanbour AI, Sotck RJ. Squamous cell carcinoma in situ of the endometrium and fallopian tube as superficial extension of invasive cervical carcinoma. *Cancer.* 1978;42:570-83.
3. Zidi YS, Bouraoui S, Atallah K, Kchir N, Haouet S. Primary in situ squamous cell carcinoma of the endometrium, with extensive squamous metaplasia and dysplasia. *Gynecol Oncol.* 2003;88:444-6.
4. Pins MR, Young RH, Crum CP, Leach IH, Scully RE. Cervical squamous cell carcinoma in situ with intraepithelial extension to the upper genital tract and invasion of tubes and ovaries: report of a case with human papilloma virus analysis. *Int J Gynecol Pathol.* 1997;16:272-8.
5. Pritzker J, Anselmo M, Pérez N, Leon M. Squamous cell carcinoma of endometrium. A case report. *J Reprod Med.* 1992;37:194-7.
6. Fluhmann CF. Squamous epithelium in the endometrium. Benign and malignant condition. *Gynecol Obstet.* 1928;46:309-16.
7. Fadare O. Displastic Ichthyosis uteri-like changes of the entire endometrium associated with a squamous cell carcinoma of the uterine cervix. *Diagn Pathol.* 2006;19:8.
8. Nakao Y, Yokoyama M, Hara K, Yasunaga M, Uchiyama M, Noguchi M, et al. Endometrial extension of adenosquamous carcinoma of the uterine cervix. *Int J Gynecol Cancer.* 2004;14:625-7.