



clínica e investigación en ginecología y obstetricia

www.elsevier.es/gine



CASO CLÍNICO

Hiperplasia mesonéfrica difusa: a propósito de un caso



J.M. Barreiro García^{a,*}, P.L. Valenzuela Ruiz^a, A. Santana Costa^b y Á. Zapico Goñi^a

^a Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares, Madrid, España

^b Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares, Madrid, España

Recibido el 24 de enero de 2020; aceptado el 2 de marzo de 2020

Disponible en Internet el 13 de mayo de 2020

PALABRAS CLAVE

Hiperplasia
mesonéfrica;
Mesonefros

Resumen La persistencia de restos derivados del mesonefros suele presentarse en las paredes laterales del cérvix de forma frecuente. En cambio, la evolución hacia una hiperplasia mesonéfrica o un carcinoma mesonéfrico es muy poco frecuente. Presentamos a una paciente de 50 años, intervenida de histerectomía por útero miomatoso, en cuya pieza quirúrgica se describe una hiperplasia mesonéfrica difusa. La presencia de restos procedentes del mesonefros o hiperplasia, constituyen en casi la totalidad de las ocasiones un hallazgo benigno que no precisa tratamiento. Es necesario conocer las características de este tipo de lesiones derivadas del mesonefros, para evitar tratamientos innecesarios.

© 2020 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Mesonephric
hyperplasia;
Mesonephros

Diffuse mesonephric hyperplasia: a case report

Abstract The persistence of mesonephric remnants is often present on the side walls of the cervix. However, the evolution towards mesonephric hyperplasia or mesonephric carcinoma is very rare. The case is presented of a 50-year-old female patient, who underwent hysterectomy for myomatous uterus, and in which surgical specimen was described a diffuse mesonephric hyperplasia. The presence of remains from mesonephros or hyperplasia is almost always a benign finding that does not require treatment. It is necessary to know the characteristics of this type of lesion derived from mesonephros, in order to avoid unnecessary treatments.

© 2020 Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jesusmanuelbarreiro93@gmail.com (J.M. Barreiro García).

Introducción

La presencia de restos mesonéfricos en el tracto genital femenino es algo frecuente (aproximadamente un tercio de las mujeres)¹. La transformación de dichos restos en hiperplasia o neoplasias malignas, en cambio, es algo infrecuente. En muchas ocasiones, la distinción de este tipo de lesiones frente a algunos tipos de adenocarcinoma de cérvix representa todo un reto diagnóstico.

A continuación, presentamos el caso de una paciente con presencia de hiperplasia mesonéfrica difusa en una pieza quirúrgica de histerectomía, así como una revisión de la literatura.

Caso clínico

Presentamos el caso de una paciente de 50 años, entre cuyos antecedentes destaca la presencia de un hipotiroidismo autoinmune, una quistectomía ovárica derecha por laparoscopia y una tumorectomía de mama derecha. Como antecedentes obstétricos presenta una gestación y parto normales.

La paciente realizaba seguimiento en consultas de Ginecología por útero miomatoso. Clínicamente la paciente refería hipermenorreas y dolor abdominal, refractarios a tratamiento con un DIU de Levonorgestrel. Ecográficamente se describía un mioma intramural de 132 x 100 x 103 mm. Dada la persistencia de la clínica a pesar de tratamiento médico y el tamaño del mioma que presentaba, se decidió realizar histerectomía y doble salpingectomía por laparoscopia.

Previo a la cirugía, la paciente presentaba una exploración física dentro de los parámetros de la normalidad, exceptuando por la presencia de un útero irregular aumentado de tamaño como de 13 semanas. Asimismo, la citología líquida cervical y la biopsia de endometrio realizadas en consulta fueron normales.

La cirugía se realizó con dificultad debido al tamaño uterino, que requirió fragmentación de la pieza quirúrgica para su extracción por vía vaginal. La paciente desarrolló un postoperatorio sin incidencias siendo dada de alta.

Posteriormente, en el análisis anatomopatológico de la pieza quirúrgica, se describió la presencia en cérvix de una proliferación subepitelial de morfología túbulo-glandular y arboriforme sin atipias ni mitosis con patrón pseudolobular, separada por abundante estroma, que afectaba a todo el cérvix y medía 12 mm de extensión superficial y 10 mm de profundidad (fig. 1). Los márgenes quirúrgicos estaban aparentemente libres. Los marcadores positivos en la inmunohistoquímica fueron P16, CD10 (fig. 2), vimentina, BerEp4 (fig. 3) y PAX8, mientras que fueron negativos calretinina, hepatocite, p63, calponina, estrógenos, progesterona y CEA. El Ki-67 fue < 1%. Como conclusión, se dio el diagnóstico de hiperplasia mesonéfrica difusa.

Dado este hallazgo, que se describe en la literatura como predominantemente benigno, y la normalidad de la exploración física postoperatoria, se decidió actitud expectante y seguimiento durante un año. Actualmente la paciente se encuentra asintomática.

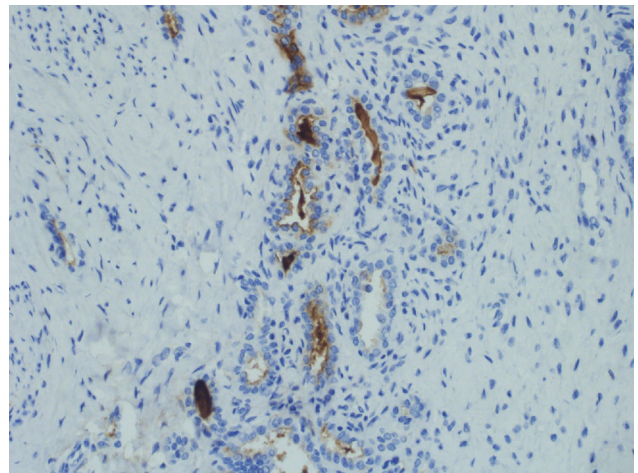


Figura 1 Corte histológico a 10 aumentos con tinción hematoxilina-eosina. Se visualiza la presencia de túbulo mesonéfricos con abundante estroma que los separa.

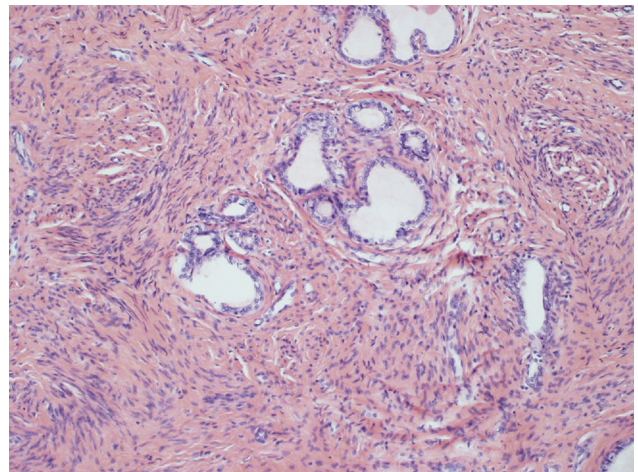


Figura 2 Corte histológico a 20 aumentos con tinción CD10, mostrando positividad apical.

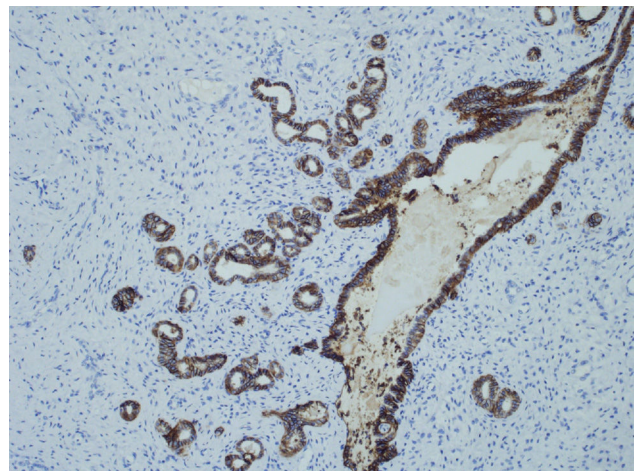


Figura 3 Corte histológico a 10 aumentos con tinción BerEp4, mostrando positividad intensa en el epitelio de los túbulo mesonéfricos.

Discusión

Durante el desarrollo embrionario, el mesonefros realiza la función de riñón de forma temporal, hasta que el metanefros se desarrolla y da lugar al riñón definitivo. En el varón, el mesonefros da lugar al epidídimo, los conductos deferentes y las vesículas seminales. En la mujer, en cambio, el mesonefros desaparece.

En ocasiones en la mujer, el mesonefros no desaparece, quedando restos que en ocasiones pueden malignizar. Hay descritos cinco tipos de histologías referentes a dichos restos: restos mesonéfricos, hiperplasia mesonéfrica lobulillar, hiperplasia mesonéfrica difusa, hiperplasia mesonéfrica ductal y carcinoma mesonéfrico.

La presencia de restos mesonéfricos en el cérvix constituye un hallazgo casual y benigno. Se ha descrito una prevalencia de hasta un tercio de las mujeres¹. Normalmente se encuentra presente a las tres y a las nueve horas en la profundidad del cérvix, pero también se pueden encontrar restos mesonéfricos en el cuerpo uterino, el ligamento ancho, la vejiga y la uretra². Desde el punto de vista histológico, se caracteriza por la presencia de formaciones tubulares, rodeadas de células cuboidales con citoplasma eosinofílico y secreción tubular PAS-positiva³.

Dichos restos pueden evolucionar a una hiperplasia mesonéfrica. Desde el punto de vista histológico es necesario un tamaño > 6 mm en alguna de sus dimensiones para ser clasificado como hiperplasia mesonéfrica. Existen tres tipos de hiperplasia mesonéfrica (lobulillar, difusa y ductal), sin diferencias desde el punto de vista clínico. El tipo lobulillar suele caracterizarse por múltiples estructuras lobulillares mesonéfricas separadas por una cantidad variada de estroma. El tipo difuso se caracteriza por la presencia de múltiples túbulos mesonéfricos separados por abundante estroma. Por último, la variante ductal se caracteriza por la presencia de escasos túbulos mesonéfricos, con epitelio de aspecto hiperplásico y proyecciones papilares. La presencia de hiperplasia mesonéfrica es benigna y cursa de forma asintomática en la práctica totalidad de los casos⁴.

El carcinoma mesonéfrico constituye un hallazgo muy poco frecuente (0,03%), habiendo descritos sobre 40 casos en la literatura⁵. Desde el punto de vista histológico, presenta una proliferación de túbulos mesonéfricos, sin estroma presente entre ellos, con gran cantidad de mitosis y atipia celular. Clínicamente puede tener diversas presentaciones: masa cervical, sangrado vaginal anormal, coitorragia, dolor pélvico crónico o prolapso genital⁶. De los pocos casos descritos en la literatura, el tratamiento y estadificación empleados son los mismos que para el carcinoma de cérvix.

La diferenciación de este tipo de lesiones frente a otras representa, en ocasiones, un gran reto diagnóstico desde el punto de vista histológico. La inmunohistoquímica es una gran herramienta que nos puede ayudar en el diagnóstico diferencial. Comúnmente suelen presentar receptores de estrógenos y progesterona negativos, CD10 con patrón luminal, calretinina, CEA, p16 positivo de forma parcheada, GATA3, PAX2 y PAX8 positivos⁷.

La presencia de restos mesonéfricos es, por tanto, algo frecuente en el tracto genital femenino, en cambio, su transformación en hiperplasia y carcinoma es algo muy poco frecuente. Es necesario conocer las características de dichas patologías para reconocerlas y evitar tratamientos innecesarios.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Financiación

Los autores declaran no haber recibido financiación para la realización de este trabajo.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Valente PT, Susin M. Cervical adenocarcinoma arising in florid mesonephric hyperplasia: report of a case with immunocytochemical studies. *Gynecol Oncol.* 1987;27:58–68.
2. Abdul-Ghaffar J, Chong Y, Han HD. Mesonephric Adenocarcinoma of the Uterine Cervix Associated with Florid Mesonephric Hyperplasia: A Case Report. *J Lifestyle Med.* 2013;3:117–20.
3. Nucci MR. Pseudoneoplastic glandular lesions of the uterine cervix: a selective review. *Int J Gynecol Pathol.* 2014;33:330–8.
4. Howitt BE, Nucci MR. Mesonephric proliferations of the female genital tract. *Pathology.* 2018;50:141–50.
5. Gastón B, Zabaleta I, Abián N, Zornoza A, Barrenetxea J, Ruiz M. Carcinoma mesonéfrico de cérvix: a propósito de un caso. XXIX Congreso de la AEPCC. 2017.
6. Jones MA1, Andrews J, Tarraza HM. Mesonephric remnant hyperplasia of the cervix: a clinicopathologic analysis of 14 cases. *Gynecol Oncol.* 1993;49:41–7.
7. Goyal A, Yang B. Differential patterns of PAX8, p16, and ER immunostains in mesonephric lesions and adenocarcinomas of the cervix. *Int J Gynecol Pathol.* 2014;33:613–9.