



## SITUACIÓN CLÍNICA

# El adenocarcinoma de cérvix como causa infrecuente de sangrado vaginal en la mujer joven

L. Vela Flórez<sup>a,\*</sup>, E. Turrado Sánchez<sup>b</sup>, M.J. Piñeiro Vidal<sup>a</sup> e I. Correa Orbán<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Medicina de Familia, Centro de Salud de Vite, Santiago de Compostela, A Coruña, España

<sup>b</sup> Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Comarcal de Monforte, A Coruña, España

<sup>c</sup> Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Comarcal de Virxe da Xunqueira, Cee, A Coruña, España

Recibido el 20 de octubre de 2011; aceptado el 16 de enero de 2012

Disponible en Internet el 18 de abril de 2012

### PALABRAS CLAVE

Cérvix;  
Adenocarcinoma;  
Conización

### KEYWORDS

Cervix;  
Adenocarcinoma;  
Conisation

**Resumen** El adenocarcinoma de cérvix es una variedad mucho menos frecuente que el carcinoma epidermoide. En los últimos años parece observarse un incremento en la frecuencia de este tipo de tumor. La variedad vilopapilar suele afectar a mujeres jóvenes presentando generalmente un buen pronóstico. Su tratamiento es principalmente quirúrgico, en casos localizados es suficiente la conización pero frecuentemente ha de recurrirse a la histerectomía tratando de conservar anejos para preservar la función endocrina.

© 2011 Elsevier España, S.L. y SEMERGEN. Todos los derechos reservados.

### Cervical adenocarcinoma as a rare cause of vaginal bleeding in a young woman

**Abstract** Cervical adenocarcinoma is a less frequent variant than squamous carcinoma. The incidence of cervical adenocarcinoma has been increasing over the last several years. Villoglandular papillary adenocarcinoma usually affects young women and generally has a good prognosis. The treatment of this adenocarcinoma is surgical, with conisation being sufficient in localised cases, but a hysterectomy is often necessary to try and preserve the ovaries and maintain endocrine function.

© 2011 Elsevier España, S.L. and SEMERGEN. All rights reserved.

## Introducción

El adenocarcinoma es el segundo tumor en frecuencia que asienta a nivel del cuello uterino (10-15 frente al 85-90% del

carcinoma escamoso o epidermoide). Su pronóstico suele ser peor que el del carcinoma epidermoide. Se produce a partir del epitelio cilíndrico del cuello uterino. Su aspecto es papilar y su frecuencia ha ido aumentando en los últimos años. Young y Scully describieron una variedad histológica de adenocarcinoma endocervical que afecta a mujeres jóvenes y presenta buen pronóstico: el adenocarcinoma villoglandular papilar de cérvix<sup>1</sup>.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [flovelau@yahoo.es](mailto:flovelau@yahoo.es) (L. Vela Flórez).

## Caso clínico

Mujer de 24 años. Antecedentes de asma, depresión reactiva en tratamiento con ISRS (inhibidores de la recaptación de la serotonina), anemia ferropénica en tratamiento con hierro oral. Anticoncepción hormonal oral (ACHO) desde hace 10 años.

Consulta por cuadros recidivantes de síndrome miccional con analítica de orina compatible con cistitis. Se pautan distintos tratamientos antibióticos siendo los cultivos postratamiento negativos. Ante la persistencia de la sintomatología se rehistoria a la paciente, refiriendo notar flujo vaginal hemorrágico claro de meses de evolución y en la última semana, dificultad para introducirse tampones vaginales. La exploración física general es normal. Se deriva a la paciente al Servicio de Urgencias de Ginecología.

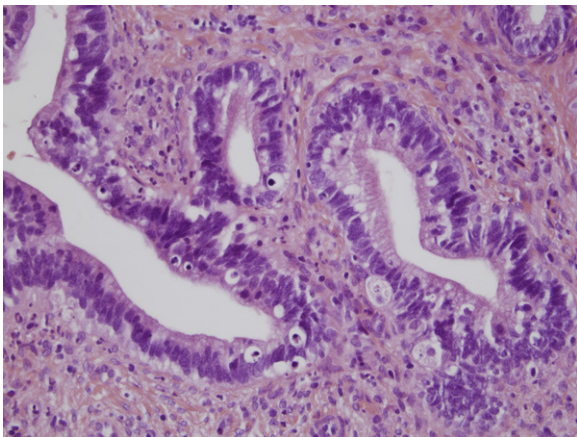
En la exploración ginecológica los genitales externos y vagina son normales. Cérvix friable y frágil, no dolor a la movilización cervical ni a la palpación de anejos. La ecografía transvaginal es normal. Se realiza citología y biopsia cervical. Se cita a la paciente en consultas de Ginecología General en 20 días.

La citología evidencia flora bacilar, sin evidencia de células atípicas. La biopsia de cérvix detecta un adenocarcinoma in situ con positividad para CEA y p16 siendo débil para p53. El índice de proliferación medido con MIB 1 es muy alto.

Se cita a la paciente para conización urgente. Se realiza preoperatorio completo con radiografía de tórax, bioquímica, y coagulación normales. En el hemograma se observa una anemia microcítica con hemoglobina de 11,6 g/dL, hematocrito de 33,6, volumen corpuscular medio de 56, resto normal.

A la semana siguiente se realiza una conización cervical amplia. En la pieza quirúrgica se evidencia un adenocarcinoma villoglandular de 2 cm de diámetro con infiltración del estroma (pT1 b1). No infiltración perineural ni permeación vascular (ver figura 1). El tumor contacta con margen quirúrgico exocervical.

Se realiza una resonancia magnética nuclear (RMN) pélvico abdominal en la que se detecta una lesión hepática compatible con adenoma sin relación a su proceso de base sin hallarse a nivel pélvico extensión parametrial, al cuerpo uterino ni a vagina.



**Figura 1** En la imagen anatomopatológica en hematoxilina-eosina, se observan mitosis explosivas.

En 2 semanas se interviene de nuevo a la paciente realizando una histerectomía tipo Wertheim sin anexectomía. Se deriva Oncología Médica para inicio de quimioterapia que finalmente no precisa.

Actualmente la paciente se encuentra totalmente asintomática sin datos de extensión tumoral en las últimas revisiones.

## Discusión

El adenocarcinoma de cérvix ha experimentado un incremento en su incidencia en los últimos años. Es un tumor menos frecuente que la variedad epidermoide a ese nivel pero parece tener un pronóstico peor<sup>2</sup>. Existe una variedad de adenocarcinoma con mejor pronóstico que suele afectar a mujeres jóvenes: el adenocarcinoma papilar villoglandular de cérvix<sup>3,4</sup>.

El adenocarcinoma villoglandular papilar de cérvix suele presentarse clínicamente como sangrado vaginal anormal ya en estadios precoces de la enfermedad.

Histológicamente se caracteriza por ramas glandulares alargadas superficiales<sup>5</sup> como componente invasivo del tumor, separadas por un estroma fibroso. El revestimiento celular puede ser endometriode, endocervical o de tipo intestinal<sup>6</sup>. Pueden observarse en ocasiones células de tipo histológico más agresivo como células claras que suelen asociarse a una penetración más profunda del tumor y a metástasis linfáticas más precoces<sup>7</sup>.

El adenocarcinoma papilar villoglandular se diferencia de otro tipo de tumores glandulares por la buena diferenciación celular y mínima atipia.

Los factores de riesgo para este tumor son los mismos que para el adenocarcinoma de endometrio: cualquier patología con exceso de estrógenos (ACHO, administración de estrógenos sin progesterona en la terapia hormonal sustitutiva de la menopausia, nuliparidad, esterilidad e infertilidad, tumores ováricos, menopausia tardía y menarquía precoz, síndrome de ovario poliquístico, obesidad, tratamiento con tamoxifeno...); asociación a síndromes familiares que cursan con adenocarcinomas a distintos niveles; diabetes; hipertensión arterial; radioterapia pélvica; nivel socioeconómico alto...

El signo más frecuente de las lesiones cervicales invasivas es la hemorragia genital, normalmente en forma de metrorragia «en agua de lavar carne». También se pueden producir sangrados poscoitales, leucorrea, y más tardíamente dolor, edema en extremidades inferiores, síntomas urinarios e intestinales<sup>7,8</sup>. El dolor es el síntoma más frecuente en cánceres de cérvix avanzados. Un pequeño porcentaje de pacientes se mantienen asintomáticas incluso en etapas avanzadas.

En cuanto al tratamiento del adenocarcinoma villoglandular papilar de cérvix, dada la temprana edad de presentación y el buen pronóstico del mismo, se intentará conservar la función reproductora en el mayor número de casos posible realizando una conización. En los casos en los que no esté indicada la cirugía conservadora se procederá a la histerectomía intentando preservar los anejos siempre y cuando sea posible<sup>9,10</sup>.

Las pacientes con enfermedad en estadio pT1b, como el caso que presentamos, son las que tienen un pronóstico más favorable tras la cirugía<sup>11</sup>.

## 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 y que todos los pacientes incluidos en el estudio han recibido información suficiente y han dado su consentimiento informado por escrito para participar en dicho estudio.

**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.

## Bibliografía

1. Young RH, Scully RE. Villoglandular papillary adenocarcinoma of the uterine cervix. A clinicopathologic analysis of 13 cases. *Cancer*. 1989;63:1773-9.
2. Eifel PJ, Morris M, Oswald MJ, Wharton JT, Delclos L. Adenocarcinoma of the uterine cervix: prognosis and patterns of failure in 367 cases. *Cancer*. 1990;65:2507.
3. Hopson I, Jones MA, Boyce CR, Tarzza HM. Papillary villoglandular carcinoma of the cervix. *Gynecol Oncol*. 1990;39:221-4.
4. González-Bosquet E, Suñol M, Morante D, Gomez Latre M, Callejo J, Lailla JM. Villoglandular papillary adenocarcinoma of the uterine cervix: a case report and literature review. *Eur J Gynecol Oncol*. 2009;30:211-3.
5. Lakhtakia R, Singh MK, Taneja P, Kapila K, Kumar S. Villoglandular Papillary Adenocarcinoma of the cervix: Case Report. *J Surg Oncol*. 2000;74:297-9.
6. Khunamornpong S, Siriaunkgul S, Suprasert P. Well-differentiated villoglandular adenocarcinoma of the uterine cervix: cytomorphologic observation of five cases. *Diagn Cytopathol*. 2002;26:10-4.
7. Charki R, Damak T, Khamsi F, Ben Hassouna J, Chaieb W, Hechiche M, et al. Prognostic factors and clinicopathologic characteristics of invasive adenocarcinoma of the uterine cervix. *Am J Obstet Gynecol*. 2006;94:43-8.
8. Monferrer A, Asins E, Rivas S, Monleón J, Rubio V, Sanz M. Adenocarcinoma villoglandular de cérvix: descripción de cuatro casos clínicos y revisión de la bibliografía. *Prog Obstet Ginecol*. 2004;47:440-5.
9. Bull-Phelps SL, Garner E, Walsh CS, Gehrig PA, Miller D, Schorge JO. Fertility-sparing surgery in 101 women with adenocarcinoma in situ of the cervix. *Gynecol Oncol*. 2007;107:316-9.
10. Reynolds EA, Tierney K, Keeney GL, Felix JC, Weaver AL, Roman LD, et al. Analysis of outcomes of microinvasive adenocarcinoma of the uterine cervix by treatment type. *Obstet Gynecol*. 2010;116:1150-7.
11. Togami S, Kasamatsu T, Sasajima Y, Onda T, Ishikawa M, Ikeda S, et al. Serous adenocarcinoma of the uterine cervix: a clinicopathological study of 12 cases and a review of the literature. *Gynecol Obstet Invest*. 2012;73:26-31.