

F. Alameda

**Adenofibroma papilar
del endocérnix**

495

Servicio de Ginecología. Hospital del Mar. Barcelona. España.

Correspondencia:

Dr. F. Alameda Quillet.
Servicio de Ginecología. Hospital del Mar.
Paseo Marítimo, 25-29. 08003 Barcelona. España.

Fecha de recepción: 9/1/04

Aceptado para su publicación: 13/5/05

*Endocervical papillary
adenofibroma***RESUMEN**

Los pólipos endocervicales son muy frecuentes y no presentan dificultades de tratamiento clínico ni diagnóstico anatomopatológico. Algunas lesiones pueden presentarse como pólipos sin realmente serlo, y plantean problemas de diagnóstico diferencial y manejo clínico. Entre ellos el adenofibroma papilar, que puede presentarse en el endocérnix o en el endometrio, plantea su diagnóstico diferencial con sus variantes malignas, los adenosarcomas, que aunque son benignos pueden recidivar y comportar histerectomía. Los adenofibromas polipoides pueden presentarse en mujeres adultas a cualquier edad, y los pólipos tienden a ser de mayor tamaño que los pólipos convencionales. En el endometrio pueden presentar además una forma difusa. El tratamiento es siempre quirúrgico.

PALABRAS CLAVE

Adenofibroma papilar del endocérnix.

ABSTRACT

Endocervical polyps are very frequent and histologically are conventional polyps. However,

some of the cervical polyps can be other lesions that show benign histological features other than conventional polyps, may relapse and can present some diagnostic differential problems for the pathologist. The present case is an endocervical papillary adenofibroma that was excised as a conventional polyp of an asymptomatic woman. The review of the literature is made.

KEY WORDS

Endocervical papillary adenofibroma.

INTRODUCCIÓN

Las lesiones polipoides del endocérnix son muy frecuentes. La mayoría corresponde a pólipos fibroglandulares convencionales. Sin embargo, algunas lesiones pueden presentarse clínicamente como pólipos. Éstas siguen siendo lesiones benignas que se curan con una extirpación convencional, pero algunas de ellas pueden recidivar y presentar problemas de diagnóstico diferencial para el patólogo. Se presenta un caso de adenofibroma papilar del endocérnix que se extirpó como pólipo «convencional» en una paciente asintomática, y se revisa la bibliografía al respecto.

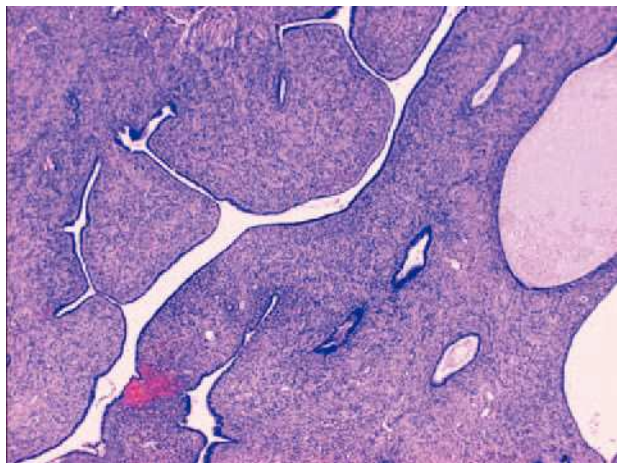


Figura 1. Aspecto microscópico de la lesión. Proliferación mesenquimal benigna, revestida por epitelio cilíndrico (HE, 4).

CASO CLÍNICO

Paciente de 28 años de edad, en la que en una revisión ginecológica sistemática se halló una lesión polipoides endocervical, de aproximadamente 3 cm de diámetro, que se extirpó. En un control realizado a los 6 meses la paciente se encontraba bien.

Histopatología

Fueron remitidos al departamento de patología 2 fragmentos polipoides de tejido, lobulados, blandos y rosados, que medían 26 y 16 mm de diámetro máximo, respectivamente. Al microscopio se observaban las lesiones constituidas por una proliferación de células fusiformes, dispuestas en haces y remolinos, sin atipia, acompañadas de escasos agregados de linfocitos. Dicha proliferación mostraba una arquitectura papilar y estaba revestida por epitelio endocervical, endometrial y metaplásico (fig. 1). En el interior de dicha proliferación se hallaban también elementos glandulares, algunos de ellos dilatados con material mucoso en su interior, revestidos por epitelio de las mismas características.

El resultado de los estudios inmunohistoquímicos realizados se expresan en la tabla 1. Los marcadores musculares (actina de músculo liso, actina de músculo específico, desmina) fueron negativos.

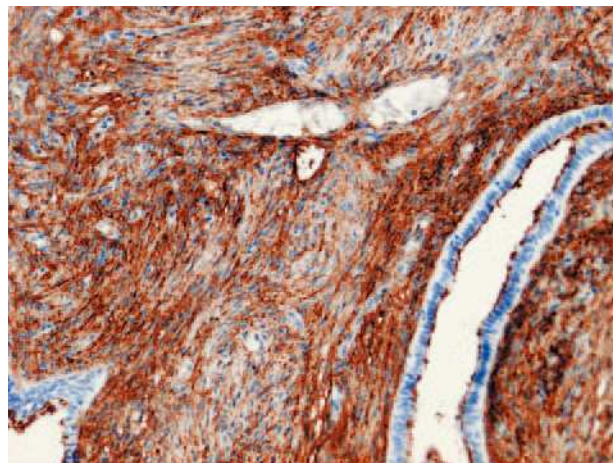


Figura 2. Inmunotinción para CD10. Positividad intensa de la estroma. Negatividad del epitelio (20).

Todos ellos orientan hacia una diferenciación endometrial del tejido que forma la lesión. El índice proliferativo fue del 3% (figs. 2 y 3).

El diagnóstico fue de adenofibroma papilar del cérvix.

DISCUSIÓN

El adenofibroma papilar es una forma benigna de tumor mülleriano mixto^{1,2} en su componente epitelial y de la estroma. Puede situarse en el endometrio y más raramente en el cérvix. Se presenta en mujeres de edades comprendidas entre los 30 y los 78 años, la mayor parte de las veces asintomáticas. Estas lesiones pueden producirse en el cérvix o en el endometrio; cuando se localizan en el endometrio pueden presentar signos clínicos de distensión y dolor abdominal y sangrado, y se pueden diagnosticar por legrado.

Macroscópicamente, presenta una forma polipoides con proyecciones papilares y quistes¹, si bien se han descrito formas difusas con un engrosamiento de la pared uterina³.

Microscópicamente, está compuesto por una proliferación fibroblástica con algunas fibras musculares lisas^{1,4}, y puede observarse la estroma endometrial. Los componentes heterólogos son excepcionales¹. El epitelio de revestimiento es de tipo endometrial y

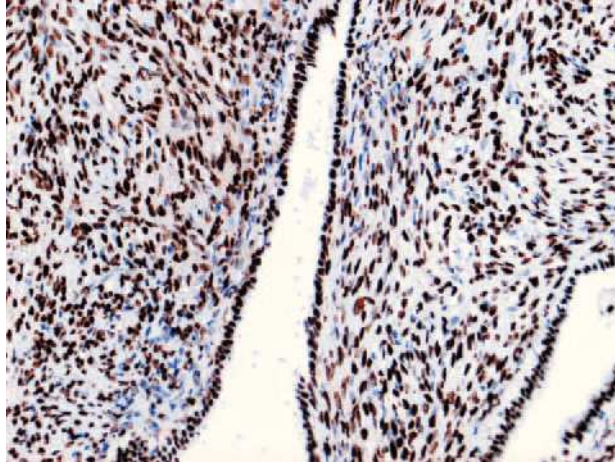


Figura 3. Inmunotinción para receptores de progesterona. Se observa inmunopositividad en el epitelio de revestimiento y en la estroma ($\times 20$).

endocervical, y se ha descrito un revestimiento por otros tipos de epitelio (mucoproducción, tubárico y escamoso), así como formas mixtas^{1,2}. Se han descrito casos con epitelio hiperplásico y neoplásico^{5,6}.

Hay pocos estudios inmunohistoquímicos realizados sobre estas lesiones. En nuestro caso, la inmunorreactividad detectada (tabla 1), tanto del componente epitelial como mesenquimal, sugieren un origen endometrial de la lesión.

El tratamiento consiste en la exéresis de la lesión. Se han descrito casos con recurrencias, que precisan la práctica de una histerectomía⁷. A la inversa, se han descrito casos de adenosarcoma mulleriano que se presentan como un pólipo endocervical, que puede nacer del endometrio⁸ o el endocérnix⁹.

El diagnóstico diferencial debe realizarse con el pólipo endometrial benigno, el adenosarcoma, el tumor mulleriano mixto maligno y el sarcoma de la estroma endometrial. Cuando la lesión es cervical, el diagnóstico diferencial debe realizarse además con el adenoma maligno y el adenomioma cervical. El adenomioma cervical es una lesión macroscópicamente polipoide y bien delimitada que está compuesta por glándulas revestidas por epitelio endocervical y estroma de fibras musculares. Es también una lesión benigna y el diagnóstico diferencial se basa más en el componente estromal que en el epi-

Tabla 1 Estudios inmunohistoquímicos

	Epitelio	Estroma	Casa comercial	Dilución
AE1-3	+	—	Signet	1:40
ER	+	+	Dako	1:200
PR	+	+	Dako	1:200
CK-7	+	—	Dako	1:25
CEA	—	—	Dako	1:3200
CK20	—	—	Dako	1:25
CD10	—	+	Novocastra	1:10
CD34	—	+	Biomedica	1:40
VIM	—	+	Dako	1:800
AML	—	+	Biogenex	1:200
AME	—	+	Biomedica	1/1
DESM	—	—	Dako	1/50

DakoCytomation (Glostump, Dinamarca); Signet (Dedham, MA); Biomedica (Foster City, Ca, Estados Unidos); Novocastra Lab (Newcastle, Reino Unido); Biogenex (San Ramon, Ca, Estados Unidos).

Tabla 2 Claves morfológicas para el diagnóstico diferencial

Diagnóstico diferencial	Adenofibroma	Adenosarcoma
Papilar	Sí	Sí
Glándulas tubulares	Sí	Sí
Hiperplasia celular	No	Sí
Glandular	No	Sí
Mitosis	2/10 HPF	7 (4-24)/10 HPF
Componente heterólogo	No	Posible
Invasión miometrial	No	posible

telial, dado que los adenofibromas pueden tener un epitelio mucinoso, y los adenomiomas un epitelio endometrial y tubárico¹⁰.

El diagnóstico diferencial con el adenocarcinoma de mínima desviación (adenoma maligno) se basa en detalles histológicos, como la complejidad y la densidad glandular, la reacción desmoplásica y la atipia focal¹⁰. Los criterios de diagnóstico diferencial con el adenosarcoma se exponen en la tabla 2. Se han descrito casos en relación con la ingesta de tamoxifeno¹¹.

BIBLIOGRAFÍA

1. Wright TC, Ferenczy A. Bening diseases of the cervix. En: Blaustein's: Pathology of the female genital tract. 5th ed. New York: Springer Verlag; 2001. p. 244-5.
2. Agrawal PK, Husain N, Chandrawati. Adenofibroma of the uterus and endocervix. *Histopatology*. 1991;18:79-80.
3. Nishida T, Sugiyama T, Ushijima K, Kataoka A, Fujiyoshi K, Tanaka M, et al. An unusual endometrioid adenofibroma of the uterine cervix: a histological and immunohistochemical study. *Int J Gynecol Cancer*. 1995;5:236-9.
4. Miles PA, Herrera GA, Greenberg H, Trujillo I. Mullerian adenofibroma of the endometrium. A report of a case with ultrastructural study. *Diagn Gynecol Obstet*. 1982;4:215-21.
5. Miller KN, McClure SP. Papillary adenofibroma of the uterus. Report of a case involved by adenocarcinoma and review of the literature. *Am J Clin Pathol*. 1992;97:806-9.
6. Venkatraman L, Elliot H, Steele EK, McLelland HR, McCluggage WG. Serous carcinoma arising in an adenofibroma of the endometrium. *Int J Gynecol Pathol*. 2003;22:194-7.
7. Seltzer VL, Levine A, Spiegel G, Rosenfeld D, Coffey EC. Adenofibroma of the uterus. Multiple recurrences following wide local excision. *Gynecol Oncol*. 1990;37:427-31.
8. Kerner H, Lichtig C. Mullerian adenosarcoma presenting as cervical polyps: a report of seven cases and review of the literature. *Obstet Gynecol*. 1993;81:655-9.
9. García Rostan GM, Troyas RG, Becerro EA. Mullerian adenosarcoma of the cervix: differential diagnosis, histogenesis and review of the literature. *Pathol Int*. 1995;45:890-4.
10. Blakegilks C, Young RH, Clement PB, Hart WR, Scully RE. Benign endocervical adenomyomas and adenoma malignum. *Mod Pathol*. 1996;9:220-4.
11. Oshima H, Miyagawa H, Sato Y, Satake M, Shiraki N, Nishikawa H, et al. Adenofibroma of the endometrium after tamoxifen therapy for breast cancer. MR findings. *Abdom Imaging*. 2002;27:592-4.