

36 **S. Bonino**
P. Jou
R. Nonell
M. Cardona

Adenocarcinoma de cérvix diagnosticado por histeroscopia

ICGON. Instituto Clínico de Ginecología, Obstetricia y Neonatología. Hospital Clínico. Barcelona. España.

Correspondencia:

Dra. S. Bonino.
ICGON. Instituto Clínico de Ginecología, Obstetricia y Neonatología. Hospital Clínico de Barcelona.
C/ Villarroel, 170. 08036 Barcelona. España.
Correo electrónico: silvanab@menta.net

Fecha de recepción: 19/10/04
Aceptado para su publicación: 8/3/05

Hysteroscopically-diagnosed cervical adenocarcinoma

RESUMEN

Paciente menopáusica de 48 años que ingresa por sospecha de enfermedad inflamatoria pélvica. En la ecografía se observó endometrio engrosado. La citología fue negativa y la biopsia endometrial estableció el diagnóstico de endometritis sin signos de malignidad, con cultivo positivo para *Streptococcus pneumoniae*. Al mes se realizó una nueva citología que presentó células glandulares de probable origen endometrial, pero sin atipias, y una biopsia endometrial compatible con hiperplasia endometrial compleja. En la histeroscopia se observó una mucosa irregular con vascularización aumentada en el orificio cervical interno. La biopsia fue informada como adenocarcinoma de tipo endocervical, por lo que se realizó intervención de Schauta-Amreich y linfadenectomía pélvica. En la histeroscopia deben biopsiarse o extirparse todas las alteraciones que encontremos.

PALABRAS CLAVE

Endometritis. Citología. Histeroscopia.
Adenocarcinoma.

ABSTRACT

We present the case of a 48-year-old woman who was admitted to hospital with suspected pelvic inflammatory disease. Ultrasound showed a thick endometrium. The results of Pap smear were negative and endometrial biopsy established a diagnosis of endometritis without malignant signs and positive *Streptococcus pneumoniae* culture. One month later, a further Pap smear revealed glandular cells of probable endometrial origin, but without any atypia, while endometrial biopsy showed findings compatible with complex endometrial hyperplasia. Hysteroscopy revealed an irregular surface with increased vascularization in the internal cervical orifice. Biopsy showed endocervical adenocarcinoma, and a Schauta-Amreich intervention with pelvic lymphadenectomy was performed. All alterations found on hysteroscopy should undergo biopsy or be removed.

KEY WORDS

Endometritis. Pap smear. Hysteroscopy.
Adenocarcinoma.

INTRODUCCIÓN

El diagnóstico de adenocarcinoma de cérvix suele realizarse en fases avanzadas, cuando la tumoración llega al exocérvix, o también en fases más precoces, al practicarse un legrado endocervical por una metrorragia o bien acompañando a una neoplasia cervical intraepitelial escamosa en la pieza de conización. Existen pocos casos descritos en la bibliografía médica que se hayan diagnosticado con la histeroscopia. Presentamos el caso de un adenocarcinoma cervical que ha pasado inadvertido con los diferentes métodos diagnósticos, excepto con la histeroscopia.

CASO CLÍNICO

Mujer de 48 años, menopáusica desde hace 6, que ingresó por sospecha de enfermedad inflamatoria pélvica. Como antecedentes personales presentaba hipotiroidismo secundario a tiroidectomía por carcinoma, amigdalectomía y transfusión sanguínea, y no tenía alergias medicamentosas ni hábitos tóxicos conocidos. Al ingreso refería dolor abdominal hipogástrico y en ambas fosas ilíacas que se irradiaba a extremidades, fiebre y leucorrea. A la exploración física el abdomen era blando, depresible y doloroso a la palpación profunda en hipogastrio. La puñopercusión lumbar bilateral era negativa y la paciente se hallaba afebril. Los genitales externos eran macroscópicamente normales. El hemograma, la bioquímica, la coagulación y el sedimento urinario eran normales. El urinocultivo y la subunidad beta de la gonadotropina coriónica humana (β -hCG) en orina eran negativos. En la ecografía transvaginal aparecía una cavidad endometrial distendida con una imagen de colección vesicular de 13 mm en su interior; las paredes eran finas y sin ecos en su interior. Mediante el Doppler color no se apreciaban flujos anormales, el canal cervical estaba bien delimitado, los ovarios eran de ecoestructura normal y no existía líquido libre en Douglas. Los hemocultivos eran negativos. Se realizó citología cervicovaginal, que presentaba células escamosas con alteraciones por reparación sin atipias. El extendido resultó suficiente para el diagnóstico pero limitado por la hemorragia excesiva, por lo que no se pudo valorar el componente inflamatorio. Ante la persistencia del dolor abdominal y la exis-

tencia de colección intrauterina, se decidió realizar estudio intracavitario mediante biopsia endometrial con cánula de Cornier, con lo que se obtuvo abundante material purulento que se remitió para el estudio anatomopatológico y el cultivo. Ante la orientación diagnóstica de posible endometritis se instauró tratamiento antibiótico. El cultivo resultó positivo para *Streptococcus pneumoniae*. El informe de anatomía patológica fue de endometritis aguda y crónica inespecífica, sin signos de malignidad.

Al presentarse a control al mes del alta, se practicó una ecografía transvaginal que mostró una línea endometrial de 4 mm, sin hallazgos de interés. Se realizó una nueva citología cervicovaginal, en la que llamó la atención la presencia de células glandulares de probable origen endometrial pero sin atipias, y la nueva biopsia endometrial estableció el diagnóstico de hiperplasia endometrial compleja, por lo que se solicitó estudio histeroscópico.

En la histeroscopia diagnóstica, realizada con histeroscopia de 5,5 mm de la casa Olympus y suero fisiológico, a la altura del orificio cervical interno e istmo destacaba una mucosa irregular con vascularización aumentada de la que se tomó una muestra, mediante pinzas de biopsia introducidas a través del canal de trabajo del histeroscopia, así como un pólipo endometrial, que se extirpó. Se realizó una nueva citología cervicovaginal. El resultado de la citología fue de adenocarcinoma *in situ* de cérvix; el de la biopsia de la zona endocervical con vascularización aumentada, de adenocarcinoma tipo endocervical con focos sugestivos de infiltración del estroma, y el del pólipo endometrial, de endometrio proliferativo.

Se trataba de un adenocarcinoma de cérvix estadio Ib₁, por lo que se practicó una intervención de Schauta-Amreich y linfadenectomía pelviana, que resultó negativa para malignidad.

DISCUSIÓN

Al realizar una búsqueda en MEDLINE usando como palabras clave *adenocarcinoma of the cervix e hysteroscopy*, hemos hallado otro caso de adenocarcinoma de cérvix diagnosticado con ayuda de la histeroscopia, tras un procedimiento de ablación endometrial¹.

A nuestro juicio, este caso clínico tiene varios puntos importantes sobre los cuales debemos refle-

38 xionar. El primero es que en muchas ocasiones, y tal como ha ocurrido en nuestro caso, la presencia de un piómetra puede enmascarar el diagnóstico de adenocarcinoma de cérvix/endometrio. Según Chan², el piómetra es infrecuente, pero la asociación de éste con malignidad es del 22,2%. Babarinsa³ también afirma que el piómetra se halla frecuentemente asociado al cáncer endometrial y al cervical, por lo que ambos concluyen que ante un piómetra es importante descartar la existencia de un proceso maligno.

El segundo punto se refiere al valor diagnóstico de la citología cervicovaginal para el adenocarcinoma de cérvix. Según Renshaw⁴, la tasa de falsos negativos de la citología es del 11,7% para el adenocarcinoma *in situ* y del 8,9% para el adenocarcinoma invasor, mientras que la tasa de verdaderos positivos es del 46,5% para el adenocarcinoma *in situ* y del 72,2% para el adenocarcinoma invasor. Gay et al⁵ afirman que los falsos negativos de la citología se deben a un error de la toma citológica (62% de los

casos), a un error de cribado (16%; existen células atípicas pero no son identificadas) y a un error de interpretación (22%; células atípicas observadas pero no interpretadas). Aunque en nuestro caso la citología fue falsamente negativa en 2 ocasiones, no podemos restarle valor, a pesar de sus limitaciones.

El tercer punto se refiere a la importancia de la histeroscopia para el diagnóstico de pequeñas alteraciones tanto del endometrio^{6,7} como del endocérvix y de la unión escamocolumnar. En ocasiones, las lesiones son tan circunscritas o de tan poca entidad que, a criterio del explorador, pueden no requerir biopsia o incluso pueden pasar inadvertidas a la biopsia a ciegas. Al igual que Vilos⁷, en nuestro caso sólo vimos una lesión eritematosa en el canal cervical que, mediante biopsia dirigida, resultó ser un adenocarcinoma endocervical invasor. Esto nos permite concluir que con el fin de poder confirmar su benignidad, deben biopsiarse o extirparse todas las alteraciones que encontremos, por pequeñas que sean, incluso las que nos parezcan inocuas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Vilos GA, Ettler HC, Carey M. Minimal-deviation adenocarcinoma of the cervix encountered during hysteroscopic endometrial ablation. *J Am Assoc Gynecol Laparosc.* 2003;10:119-22.
2. Chan LY, Lau TK, Wong SF, Yuen PM. Pyometra. What is its clinical significance? *J Reprod Med.* 2001;46:952-6.
3. Babarinsa IA, Campbell OB, Adewole IF. Pyometra complicating cancer of the cervix. *Int J Gynaecol Obstet.* 1999;64:75-6.
4. Renshaw AA, Mody DR, Lozano RL, Volk EE, Walsh MK, Davey DD, et al. Detection of adenocarcinoma in situ of the cervix in Papanicolaou tests. Comparison of diagnostic accuracy with other high-grade lesions. *Arch Pathol Lab Med.* 2004;128:153-7.
5. Gay JD, Donaldson LD, Goellner JR. False-negative results in cervical cytologic studies. *Acta Cytol.* 1985;29:1043.
6. Steed HL, Scott JZ. Adenocarcinoma diagnosed at endometrial ablation. *Obstet Gynecol.* 2001;97:837-9.
7. Vilos GA, Harding PG, Silcox JA, Sugimoto AK, Carey M, Ettler HC. Endometrial adenocarcinoma encountered at the time of hysteroscopic endometrial ablation. *J Am Assoc Gynecol Laparosc.* 2002;9:40-8.