

## Niño de seis años de edad...

Alicia Rodríguez-Velasco\* e Irene Rivera-Salgado\*\*

**E**l ejercicio clínico-patológico tiene dos propósitos: primero, compartir casos que por sus aspectos clínicos y anatopatológico sean de interés por el grado de dificultad diagnóstica; segundo, utilizarlos para formar un acervo que después podamos consultar.

En la primera parte, después de la presentación clínica y anatopatológica del caso, se plantean una serie de enunciados que deberán complementarse o responderse con dos opciones: *V*, verdadero, si se está de acuerdo con el mismo y *F*, falso, si por el contrario se considera erróneo dicho enunciado. Al anverso del caso se encontrarán las respuestas a los enunciados del ejercicio del número anterior así como algunas "perlas" de diagnóstico y recomendaciones de lectura.

### PRIMERA PARTE

Niño de seis años de edad sin antecedentes de importancia. Por dolor epigástrico de seis meses de evolución que no responde a tratamiento farmacológico, acompañado ocasionalmente de vómito, es enviado a un tercer nivel de atención médica, donde se realiza endoscopia de tubo

digestivo alto y toma de biopsias endoscópicas de esófago y estómago (figura 1).

\_\_\_\_\_ Esta es la causa más frecuente de dolor abdominal en niños.

\_\_\_\_\_ La figura 1, lado izquierdo muestra esofagitis por reflujo grave.

\_\_\_\_\_ Hasta el 100 % de los niños con éste tipo de gastritis están infectados con *Helicobacter pylori*.

\_\_\_\_\_ En la minoría de los casos se requiere de tinciones especiales para reconocer el agente causal.

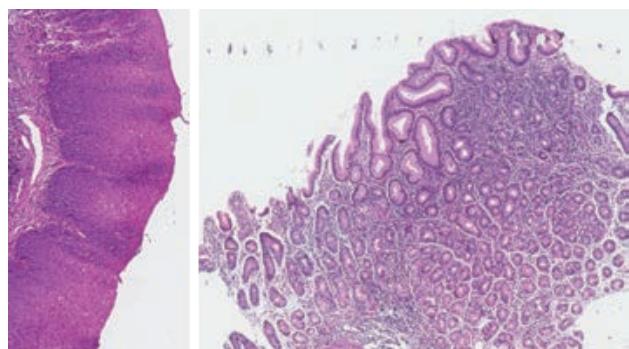


Figura 1.

Este artículo debe citarse como: Rodríguez-Velasco A, Rivera-Salgado I. Niño de seis años de edad... Patología Rev Latinoam 2013;51:47-48.

\* Anatomopatóloga Hospital de pediatría, Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS.

\*\* Anatomopatóloga, Hospital Central Sur de Alta Especialidad Petróleos Mexicanos.

Correspondencia: Dra. Alicia Rodríguez Velasco; correo electrónico: alirove0101@gmail.com

**Nota:** el Consejo Mexicano de Médicos Anatomopatólogos AC otorgará dos créditos anuales a los patólogos certificados que contesten correctamente las preguntas planteadas en los Ejercicios Diagnósticos. Favor de enviar sus respuesta a: vamp\_48@yahoo.com antes de la aparición del siguiente número.

## SEGUNDA PARTE DEL EJERCICIO DEL NÚMERO ANTERIOR

Con base en los hallazgos citológicos se indica biopsia de cérvix que se reporta como negativa para malignidad. Se insiste que desde el punto de vista citológico se trata de un adenocarcinoma endocervical *in situ* y se realiza histerectomía simple en donde se encuentra una lesión endocervical que macroscópicamente pasa inadvertida. Se diagnostica como adenocarcinoma endocervical *in situ*. Tanto en la citología como en el corte se ve del lado derecho epitelio normal y a la izquierda neoplasia intraepitelial (figura 2).

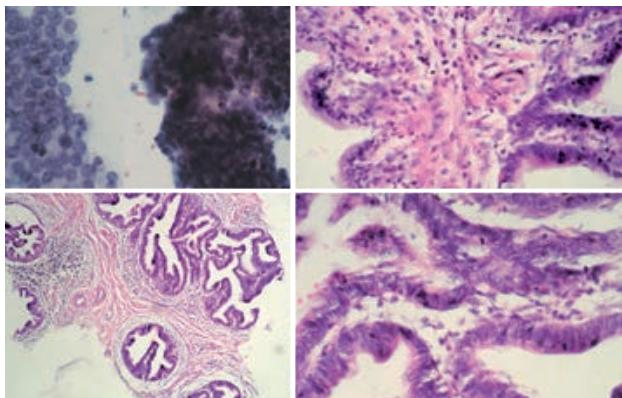


Figura 2.

1. **Verdadero.** Con base en el sistema Bethesda los hallazgos que se muestran deben diagnosticarse como: *lesión glandular endocervical de alto grado*. La citología se caracteriza por: láminas, tiras o rosetas de células con estratificación, pérdida del moco, agrandamiento nuclear (relación núcleo-citoplasma perdida), núcleo hiperchromático, actividad mitótica (flechas recuadro de la figura 1 del número anterior). En la periferia se observa el fenómeno denominado “plumaje” (protrusión nuclear en los bordes de los grupos celulares) que se refiere como característico de ésta lesión. El fondo es limpio.
2. **Verdadero.** La guía actual para el tamizaje del carcinoma cervicouterino, con base en las instrucciones del Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia (ACOG, por sus siglas en inglés), recomienda que el primer Papanicolau cervicovaginal debe realizarse cuando menos tres años después de haber iniciado la vida sexual, pero no después de los 21 años, dependiendo de lo que ocurra primero.

3. **Verdadero.** El adenocarcinoma *in situ* de endocérvido representa de 0.7 a 8% de los carcinomas cervicales. Entre sus causas se mencionan varios factores de riesgo: nivel socioeconómico bajo, varias parejas sexuales, uso de anticonceptivos orales y recientemente se ha encontrado, con técnicas moleculares adecuadas, evidencia de ADN y ARNm de virus del papiloma humano tipos 16 y 18 en la mayoría de los casos; ambos virus carcinogénicos con predominio franco del tipo 18 (43% de los casos).
4. **Falso.** Este no es un diagnóstico fácil desde el punto de vista citológico y debe hacerse sólo cuando los hallazgos citológicos cumplan los criterios necesarios. Sin embargo, es precisamente en este tipo de lesión donde destaca la trascendencia de una técnica adecuada de toma de muestra, ya que la colposcopia tiene un valor limitado y hasta en 50% de los casos el legrado biopsia endocervical suele ser negativo, como ocurrió en éste caso. A pesar de ello se insistió en el diagnóstico citológico por lo que se realizó histerectomía simple, dado que la paciente tenía su paridad satisfecha y, en la pieza quirúrgica, el diagnóstico citológico correlaciona con los hallazgos microscópicos (figura 2).
5. **Falso.** El comité de inmunizaciones del ACOG recomienda que la vacuna para VPH se administre rutinariamente en niñas entre los 11 y 12 años de edad o antes de iniciar la vida sexual para lograr una protección cercana a 100%. Sin embargo, la historia de vida sexual o inclusive de infección por VPH no son contraindicación para la administración de la vacuna porque la exposición a los tipos carcinogénicos de VPH no es segura. El desarrollo de vacunas terapéuticas en lesiones preinvasivas, como la de este caso, está siendo estudiada.

## LECTURAS RECOMENDADAS

1. Bousfield L, Pacey F, Young Q, y cols. Expanded cytologic criteria for the diagnosis of adenocarcinoma *in situ* of the cervix and related lesions. *Acta Cytol* 1980;24:284.
2. ACOG Committee on Practice Bulletins. ACOG practice bulletin: clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists: number 45, August 2003: cervical cytology screening (replaces committee opinion 152, March 1995). *Obstet Gynecol* 2003;102:417-27.
3. Wright TC Jr, Massad LS, Dunton CJ, Spitzer M, Wilkinson EJ, Solomon D. 2006 Consensus guidelines for the management of women with abnormal cervical cancer screening tests. *Am J Obstet Gynecol* 2007;197:346-55.