

Tumor adenomatoide de útero: comunicación de un caso

César Mauricio Rojas Maruri,* María Irene Rivera Salgado,* Carmen Berumen González*

El tumor adenomatoide es una neoplasia derivada de células mesoteliales y se localiza principalmente en el aparato genital. Se compone por espacios de tipo glandular, anastomosantes, que pueden o no mostrar patrón cribiforme, o que recuerdan estructuras vasculares. Las células que revisten estos espacios varían de cuboidales a planas y muestran una actividad mitótica baja y un aspecto citológico blando.

COMUNICACIÓN DEL CASO

Mujer de 40 años de edad, sin antecedentes de importancia para el padecimiento actual. Datos ginecoobstétricos: menarca a los 12 años; tres embarazos, ningún parto o aborto, tres cesáreas; tuvo ciclos hipermenorreicos; no llevó control prenatal; el último estudio que se hizo para DOC seis meses antes fue negativo. El padecimiento motivo de la consulta tenía 14 meses de evolución, se caracterizaba por sangrado uterino anormal. Se le realizó ultrasonido que mostró lesiones heterogéneas, hipoeoicas de 5 mm, compatibles con miomatosis uterina de pequeños elementos. El tratamiento para detener el sangrado uterino fue con dosis altas de medroxiprogesterona; no hubo respuesta clínica, por lo que se programó para histerectomía total abdominal.

El espécimen obtenido midió 6 x 6 x 4.5 cm, de textura serosa lisa grisácea. El corte mostró dos lesiones nodu-

lares de aproximadamente 1 cm de diámetro cada una; la primera, submucosa, de color amarillo claro, firme, bien delimitada; y la segunda, subserosa, marrón claro, con áreas deprimidas y consistencia media (figura 1).



Figura 1. Útero, superficie de corte: lesión nodular subserosa de 1 cm de diámetro. Las figuras de este artículo aparecen a color en el anexo 8 de este número.

Desde el punto de vista histológico, la lesión diseca las fibras del músculo liso hipertrófico y está constituida por estructuras de aspecto vascular, revestidas por células pequeñas, planas y cúbicas. No se observan mitosis ni pleomorfismo nuclear (figura 2).

Las tinciones de inmunohistoquímica muestran positividad para citoqueratina AE1-AE3 y calretinina. Son negativas para antígeno de membrana epitelial y factor VIII.

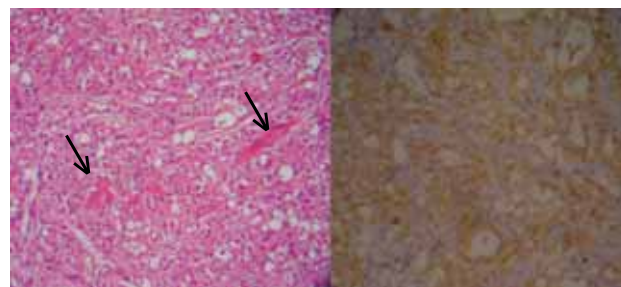


Figura 2. El tumor muestra patrón angiomatoide que alterna con fascículos de músculo hipertrófico (flechas). Inmunohistoquímica con positividad difusa intensa para calretinina.

* Hospital Central Sur de Alta Especialidad de Petróleos Mexicanos.

Recibido: septiembre, 2009. Aceptado: noviembre, 2009.

Este artículo debe citarse como: Rojas-Maruri CM, Rivera-Salgado MI, Berumen-González C. Tumor adenomatoide de útero: comunicación de un caso. Patología Rev Latinoam 2010;48(1):39-40.

DISCUSIÓN

El tumor adenomatoide es la neoplasia benigna más frecuente de la tuba uterina, aunque también suele encontrarse en el útero como hallazgo incidental y con mayor frecuencia en mujeres de mediana edad.¹ Es una lesión poco frecuente en el útero, con una incidencia de sólo 10 por cada 8,000 especímenes de histerectomía analizados en una serie.² La incidencia real probablemente es mayor.³

Los tumores adenomatoideos comúnmente se encuentran en asociación con leiomiomas.⁴

En la mayoría de los casos, los tumores adenomatoideos son solitarios, asintomáticos y suelen ser hallazgos incidentales en especímenes de histerectomía.^{4,5}

Se localizan en la pared uterina, por debajo de la serosa y cercanos al cuerno. Desde el punto de vista macroscópico, son muy similares a los leiomiomas.⁴

Estos tumores son pequeños (2 cm en promedio) y microscópicamente están conformados por patrones de tipo adenoide, angiomatoide, sólido y quístico, ya sea que se presenten de manera aislada o combinados.⁶

Las células que revisten los espacios varían de cúbicas a planas, y en ocasiones son células de tipo anillo de sello, además, muestran citología blanda y ninguna o contadas

mitosis. Hay fascículos de músculo liso hipertrófico que disecan la lesión.⁶ Las células del tumor son, de manera difusa, intensamente positivas para queratina de bajo peso molecular (citoqueratina AE1-AE3), calretinina y WT1, y negativas para ACE, factor VIII, CD15 y TAG 72.¹

El diagnóstico diferencial en cortes congelados es con adenocarcinoma, incluido el carcinoma de células en anillo de sello, por lo que su diagnóstico en estudio transoperatorio puede ser difícil de establecer. En cortes definitivos, debe distinguirse de linfangiomas y de leiomiomas.

Estas lesiones son de buen pronóstico y la cirugía es curativa.¹

REFERENCIAS

1. Nucci M. Gynecologic pathology. Livingstone Elsevier Churchill, 2009;pp:346-347.
2. De Rosa G, Boscaino TLM, Giordano G. Giant adenomatoid tumors of the uterus. *Int J Gynecol Pathol* 1992;11:156-160.
3. Di Stefano D, Scucchi LF, Covello R, et al. Uterine diffuse adenomatoid tumor. *Gynecol Obstet Invest* 1998;46:68-72.
4. Quigley JC, Hart WR. Adenomatoid tumors of the uterus. *Am J Clin Pathol* 1981;76:627-635.
5. Christensen C, Bichel P. Adenomatoid tumour of the uterus. *Br J Obstet Gynecol* 1988;95:524-526.
6. Rosai and Ackerman. *Surgical pathology*. 9th ed. Livingstone Elsevier Churchill, Mosby, 2004;p:1613.