

Adenomioma polipoide atípico: Dos casos de una rara lesión endometrial

R. Moreno, A. Alomar, V. Bonet, C. Gómez*

Servicio de Obstetricia y Ginecología. *Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Son Dureta. Palma de Mallorca

RESUMEN

El adenomioma polipoide atípico es una rara lesión endometrial que se presenta como una proliferación epitelial atípica glandular y escamosa en un estroma de tejido fibromatoso. Es considerado un tumor benigno que ocurre la mayoría de las veces en mujeres premenopáusicas aunque se han descrito casos con bajo potencial de malignidad y otros asociados a adenocarcinoma.

Presentamos 2 casos diagnosticados en nuestro hospital en los últimos 5 años.

Palabras clave: Adenomioma polipoide atípico. Pólipo endometrial. Adenomioma.

SUMMARY

The atypical polypoid adenomyoma is a uncommon lesion of the endometrium that is composed of atypical complex glands with squamous metaplasia admixed with myofibromatous stroma. Is considered a benign tumor usually occurring in premenopausal women. Notwithstanding a few cases have shown low-grade malignant potential or have been associated with adenocarcinoma

We present 2 cases of atypical polypoid adenomyoma diagnosed in our hospital in the last five years.

Key words: Atypical polypoid adenomyoma. Endometrial polyp. Adenomyoma.

Correspondencia: Dr. D. Rodolfo Moreno Mira
Hospital Son Dureta
Servicio de Obstetricia y Ginecología
C/ Andrea Doria 55
07014 Palma de Mallorca
rmorenom@meditex.es

INTRODUCCIÓN

El adenomioma polipoide atípico es una rara lesión uterina descrita por primera vez por Mazur en 1981 (1) de la que poco más de 100 casos se han descrito en lengua inglesa (2). Se presenta como una proliferación epitelial glandular y escamosa con diversos grados de atipia en un estroma de tejido fibromiomatoso. La mayoría de las veces sigue un curso benigno aunque se han descrito algunos casos con bajo potencial de malignidad y otros asociados a adenocarcinoma (2-4).

Asienta típicamente en el segmento uterino inferior de mujeres premenopáusicas manifestándose clínicamente en forma de hemorragia uterina anómala. La patogenia es incierta si bien la hipótesis más extendida otorga un papel determinante a la existencia de un prolongado estímulo estrogénico.

Presentamos dos casos de adenomioma polipoide atípico diagnosticados en nuestro hospital.

CASO 1

Paciente de 25 años sin patología previa de interés. En su historial familiar destacaba una abuela que había sufrido un cáncer genital no especificado y un carcinoma de mama. Sus menstruaciones habían sido siempre normales al igual que sus revisiones ginecológicas periódicas. No presentaba antecedentes de partos o abortos y no refería uso de anticonceptivos hormonales orales.

La primera manifestación del presente proceso se produce cuando la paciente acude al área de urgencias por dolor hipogástrico acompañado de metrorragia de varios días de evolución y la exploración pone de relieve la existencia de un tumoración de aproximadamente 4 centímetros compatible con mioma que protruye a través del orificio cervical externo. Se procede por este motivo al ingreso hospitalario y a la práctica de una miomectomía por torsión y un legrado que no consigue la resección completa. El informe histopatológico confirma este último extremo y filia la pieza como adenomioma polipoide atípico.

Informada la paciente de la naturaleza del cuadro y ante la existencia de dicha resección incompleta se opta por un tratamiento con análogos de la Gn-RH que, sin embargo, es mal tolerado por lo que no se pudo aplicar más de una dosis mensual continuándose a partir de este momento con gestágenos cíclicos por vía oral durante 6 meses.

El seguimiento clínico realizado no ha constatado anomalías permaneciendo la paciente con ciclos menstruales normales. Periódicamente se han realizado ecografías transvaginales que no han demostrado alteraciones intrauterinas, ni presencia de tumor residual. Las citologías cervicovaginales practicadas han

sido normales y tampoco han existido hallazgos demostrativos de recurrencia o persistencia de la lesión

CASO 2

Paciente de 41 años sin antecedentes personales de interés. Su padre había sufrido un hepatocarcinoma y su madre una trombosis mesentérica. En su historial ginecológico y obstétrico no existían datos relevantes refiriendo unas menstruaciones normales y 2 partos eutócicos. Jamás había usado preparados hormonales ni había practicado revisiones ginecológicas periódicas.

Fue remitida por su médico de familia por metrorragia de 6 meses de evolución que se acompañaba desde hacía más tiempo con pérdidas de orina. La exploración general era normal, aunque destacaba la existencia de una obesidad con un índice de masa corporal de 32. A nivel genital no se constataron anomalías salvo la presencia de una formación polipoide de unos 3 centímetros, que protruía a través del orificio cervical externo y una incontinencia urinaria de esfuerzo. Solicitada una ecografía transvaginal se visualizaron unos genitales internos normales con un endometrio de 16 milímetros de grosor máximo

La histeroscopia diagnóstica practicada a continuación resultó insatisfactoria, por lo que se pasó a realizar una polipectomía por torsión y un legrado biopsia fraccionado. El estudio histopatológico informó de la existencia a nivel endometrial de un adenomioma polipoide atípico con endometrio en fase proliferativa media y un endocervix sin alteraciones significativas (figuras 1 y 2).

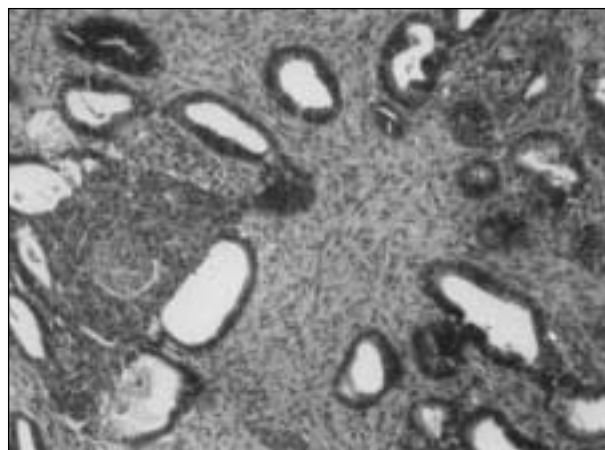


Figura 1: Glándulas endometriales atípicas separadas por músculo liso.

Finalmente se opta por realizar una operación de Marshall-Marchetti-Krantz acompañada de histerectomía con conservación de ovarios. El estudio anatómopatológico de la pieza constató la ausencia de tu-

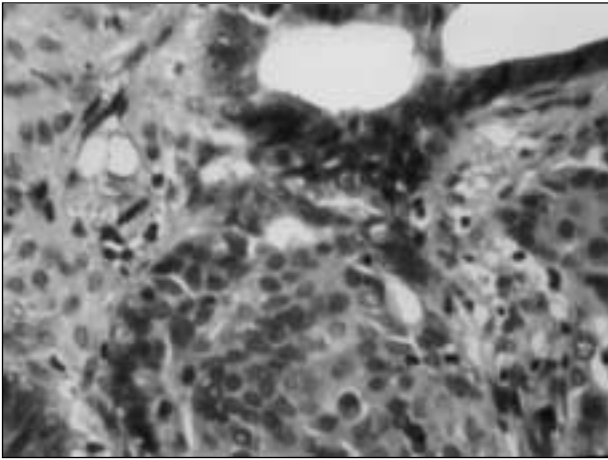


Figura 2: Glándulas endometriales mostrando atipia y actividad mitótica.

mor residual. Tras un seguimiento de 6 meses la paciente permanece asintomática.

DISCUSIÓN

En ocasiones durante la evaluación de una paciente con hemorragia uterina anormal, nos encontramos con lesiones polipoideas implantadas en la cavidad endometrial. La mayoría de las veces dichas lesiones se corresponden con neoformaciones totalmente benignas del tipo de miomas o pólipos endometriales simples, pero en pocas ocasiones el estudio histopatológico revela alteraciones como las existentes en el adenomioma polipoide atípico.

Las series más amplias que describen esta rara neoplasia han sido publicadas por Young con 27 pacientes y Longacre con 55 casos. Se trata de un tumor de origen endometrial constituido por una proliferación celular glandular y escamosa con grados variables de atipia incluido en un estroma con tejido muscular liso que también puede exhibir atipia con actividad mitótica, aunque sin mostrar las tendencias características de un sarcoma (2, 5).

Su histogénesis no está clara, aunque el hecho de asentar en el endometrio y la íntima relación con sus glándulas y estroma hace que el componente muscular pueda ser considerado como una metaplasia de células estromales endometriales. Por otra parte algunos autores han postulado que un prolongado estímulo estrogénico provocaría una proliferación a partir de un progenitor estromal del endometrio que daría lugar a la lesión, si bien también se ha afirmado que podría existir una alteración predisponente en el endometrio (3, 5).

El tumor forma habitualmente masas polipoideas bien circunscritas de pequeño tamaño que asientan típicamente en el segmento uterino inferior y menos

frecuentemente en el fundus o el endocérvix. Al corte presentan una consistencia más o menos firme y su color varía entre el amarillo, el gris y el blanco (5).

Aparece mayoritariamente en mujeres premenopáusicas con una media de edad de 38-39 años habiéndose descrito pocos casos en postmenopáusicas (1, 3). La sintomatología está presidida por distintas formas de hemorragia uterina anormal acompañadas a veces por dolor pélvico y hemorragia poscoital. En ocasiones no existen manifestaciones y su diagnóstico se realiza casualmente en el estudio histopatológico de piezas de histerectomías realizadas por otros motivos o a través de histeroscopias o biopsias realizadas con ocasión de estudios por esterilidad. A este respecto es destacable el hecho de que en el estudio de Longacre el 27% de las pacientes presentarán una historia de esterilidad (3). Aunque la confirmación definitiva es histológica, en ocasiones se han realizado diagnósticos de sospecha mediante la citología cervicovaginal y se ha recomendado que el adenomioma polipoide atípico sea considerado a la hora de evaluar la atipia glandular de significado indeterminado (6, 7).

El adenomioma polipoide atípico es considerado un tumor benigno que asienta en el endometrio, si bien puede mostrar varios grados de atipia glandular que abarca desde la hiperplasia hasta el carcinoma in situ (3). El diagnóstico diferencial incluye entidades como el carcinoma con invasión miometrial, el adenosarcoma, el adenofibroma y el carcinosarcoma, y puede ser difícil sobre todo con muestras histológicas procedentes de legrados (5). Algunos casos se han asociado con adenocarcinoma sugiriéndose la posibilidad de que pueda existir una evolución desde un adenomioma polipoide atípico previo, cosa que por otra parte sería más frecuente en mujeres postmenopáusicas o en aquellas sometidas a estrogénoterapia de larga evolución (4, 5, 8). En este sentido se ha hablado de adenomioma polipoide atípico de bajo potencial maligno como un subgrupo que llega al 45% en la serie de Longacre y que muestra una arquitectura glandular lo suficientemente compleja como para cumplir criterios de carcinoma bien diferenciado y comportarse de forma localmente agresiva y con mayores posibilidades de recurrencia aunque sin otros rasgos demostrativos de franca malignidad (3).

El tratamiento depende fundamentalmente de la edad y de los deseos reproductivos de la paciente. La polipectomía y el legrado se practica en mujeres jóvenes, incluso en casos de atipia marcada aunque es preceptivo un cuidadoso seguimiento para la detección precoz de recurrencias o de lesiones asociadas. La histerectomía se justifica en mujeres con deseos gestacionales cumplidos o en aquellas que han alcanzado la menopausia (2). Los tratamientos médicos usados incluyen los gestágenos y los inductores de la ovulación.

Las dos pacientes diagnosticadas en nuestro hospital se ajustaban a las características descritas en la mayoría de los casos publicados, es decir pacientes premenopáusicas que consultan por hemorragia uterina anómala y en cuyas exploraciones se detecta una formación polipoide de origen endometrial. En cuanto al tratamiento, el enfoque fue diferente para cada una de las pacientes por el hecho de que el caso número 1 era una paciente joven con planes reproductivos futuros, por lo que al producirse una resección incompleta tras la polipectomía y el legrado se optó por un tratamiento médico que incluyó análogos de la Gn-RH y gestágenos sin datos posteriores de persistencia o recurrencia. La paciente número 2 sin embargo fue sometida finalmente a una histerectomía lo que nos dio la oportunidad de constatar la ausencia de tumor residual tras la polipectomía y legrado inicial

El pronóstico y riesgo de recurrencia de estas lesiones son mal conocidos por causa de los cortos períodos de seguimiento que se citan en la literatura. Sin embargo, en la serie de Longacre el 45% de las pacientes tratadas con polipectomía y legrado desarrollaron recurrencia o persistencia de la lesión (3). No suelen existir recurrencias tras histerectomía (9). Tampoco se han descrito casos de evolución mortal a partir de un adenomioma polipoide atípico en los diversos estudios publicados.

BIBLIOGRAFÍA

1. **Mazur MT:** Atypical polypoid adenomyomas of the endometrium. *Am J Surg Pathol* 1981; 5: 473-482.
2. **Sugiyama T, Ohta S, Nishida T, Okura N, Tanabe K, Yakushiji M:** Two cases of endometrial adenocarcinoma arising from atypical polypoid adenomyoma. *Gynecol Oncol* 1998; 71: 141-144.
3. **Longacre TA, Chung MH, Rouse RV, Hendrickson MR:** Atypical polypoid adenomyofibromas (atypical polypoid adenomyomas) of the uterus. *Am J Surg Pathol* 1996; 20: 1-20.
4. **Mittal KR, Peng XC, Wallach RC, Demepoulos RI:** Coexistent atypical polypoid adenomyoma and endometrial adenocarcinoma. *Hum Pathol* 1995; 26: 574-576.
5. **Young RH, Treger T, Scully RE:** Atypical polypoid adenomyoma of the uterus. A report of 27 cases. *Am J Clin Pathol* 1986; 86: 139-145.
6. **Chhieng DC, Elgert PA, Cangiarella JF, Cohen JM:** Cytology of polypoid adenomyomas: A report of two cases. *Diagn Cytopathol* 2000; 22: 176-180.
7. **Baschinsky D, Keyhani-Rofagha S, Hameed A:** Exfoliative cytology of atypical polypoid adenomyoma. A case report. *Acta Cytol* 1999; 43: 637-40.
8. **Lee KR:** Atypical polypoid adenomyoma of the endometrium associated with adenomyomatosis and adenocarcinoma. *Gynecol Oncol* 1993; 51: 416-8.
9. **Rollason TP, Redman CWE:** Atypical polypoid adenomyoma—clinical, histological and immunocytochemical findings. *Eur J Gynaecol Oncol* 1988; 9: 444-51.