

CARCINOMA MESONÉFRICO DE CÉRVIX: A PROPÓSITO DE UN CASO

Begoña Gastón Moreno, Irati Zabaleta Loinaz, Natalia Abián Franco, Amaya Zornoza Cebreiro, Julen Barrenetxea Arrinda, Marta Ruiz García

Introducción

Los genitales femeninos se forman durante el desarrollo embrionario a partir de los conductos paramesonéfricos o de Müller, de los cuales pueden quedar restos aún en la edad adulta. Se sabe que éstos pueden sufrir degeneración maligna, dando lugar al Carcinoma Mesonéfrico de cérvix; cuya frecuencia es del 0.03%.

Caso clínico

Paciente de 41 años.

Antecedentes personales: artritis psoriásica (tratamiento crónico con Metrotexate).

Antecedentes gineco-obstétricos: G3P2C1 Revisiones ginecológicas previas normales.

Se deriva a la paciente a Consulta de Patología Cervical

CCV: se objetivan células glandulares atípicas (AGUS); VPH y tinción dual negativos.

Diagnóstico diferencial

Neoplasia células claras
(endometrial o endocervical)

Restos en cérvix de una lesión atípica no neoplásica

-Biopsia endometrial: normal.
-Legrado endocervical: atipias de probable origen inflamatorio reactivo.

El estudio inmunohistoquímico descarta infección por VHS 1 y 2, CMV y espiroquetas.

Se orienta hacia posible infección por Clamydia.

-Colposcopia: zona de transformación tipo 2. Ectopia cervical de fácil sangrado; sin presentar cambios grado 1 o 2.

Se toman cultivos para Clamydia y se inicia tratamiento antibiótico

Nuevo estudio endocervical: **AGS sugestivo de carcinoma**

-Conización cervical:

Proliferación epitelial neoplásica sobre remanentes mesonéfricos. Expresión intensa y difusa para p16, vimentina, napsina, Pax-8, CKAE1/AE3. Expresión aislada de Ki-67 y p-53. 4

-CCV distal muy salpicada de células glandulares atípicas sugestivas de neoplasia.

Diagnóstico anatomopatológico definitivo:

Carcinoma Mesonéfrico sobre hiperplasia mesonéfrica y remanentes mesonéfricos

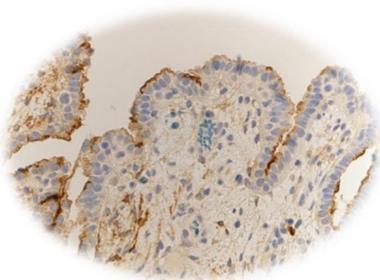
Afectación del borde quirúrgico endo y exocervical, sin invasión linfovascular.
Ca-125 y Ca19.9 normales.

Histerectomía radical, linfadenectomía pélvica y anclaje de ambos ovarios sobre psoas en zona suprapélvica.

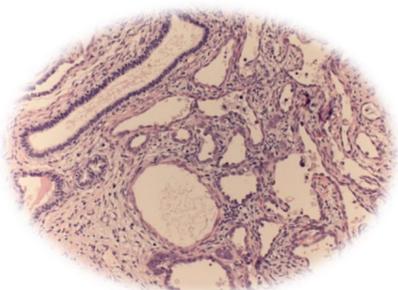
El estudio AP definitivo confirmó la sospecha diagnóstica, estadio pT1b1.
No tratamiento adyuvante debido a la ausencia de factores de riesgo.

Conclusiones

El carcinoma mesonéfrico de cérvix es un subtipo infrecuente en la práctica habitual. Es importante tenerlo en cuenta a la hora de establecer el diagnóstico diferencial. Los estudios inmunohistoquímicos pueden ser de gran ayuda en el proceso diagnóstico.



Expresión intraluminal de CD10, que demuestra origen mesonéfrico del tejido.



Atipia citológica con patrón infiltrativo en zona de transición entre el conducto mesonéfrico y el tumor.