

Hiperplasia florida de glándulas profundas. A propósito de un caso.

Tébar Martín, C; Díaz-Toledo Núñez de Arenas, B; Pérez Alonso, L; López Navarro, T; Sánchez Oliver, J; Escribano Tórtola, JJ

Introducción

La atipia de células glandulares (ACG) es una entidad muy infrecuente, se observa en torno al 0.4% de todas las citologías. Todas las ACG deben estudiarse con una colposcopia y toma de biopsia de las zonas anómalas, así como tomar una muestra endocervical.

En mujeres con diagnóstico de ACG con sospecha de neoplasia mayores de 35 años o menores pero con criterios de riesgo de cáncer de endometrio está indicado realizar una biopsia endometrial y una evaluación ecográfica anexial.

La ACG se asocia tanto a patología benigna como maligna, aunque con mayor frecuencia se ve asociada a lesiones cervicales escamosas, hasta en un 54% de los casos.

También se puede ver asociada a carcinomas no relacionados con el VPH por lo que un VPH negativo no excluye la posibilidad de neoplasia asociada a ACG.

En el caso de que junto con la ACG se observe una hiperplasia glandular endocervical, se considera una rara pseudoneoplasia benigna que debemos caracterizar desde el punto anatomopatológico e inmunohistoquímico.

La hiperplasia glandular endocervical se caracteriza por una proliferación no invasiva de las células glandulares endocervicales. La aparición de hiperplasia de glándulas endocervicales nos obliga a hacer diagnóstico diferencial con el adenoma maligno, una forma bien diferenciada de adenocarcinoma endometrial. Y hasta en un 30% de los casos se ha visto asociado a esta entidad.

Se ha propuesto que esta lesión sea realmente un precursor de adenocarcinoma mucinoso de endometrio con fenotipo gástrico. Estas lesiones glandulares benignas se caracterizan por un p53 y un CEA negativos en todos los casos, excepto en la hiperplasia microglandular que expresa p53.

Caso clínico

Paciente de 42 años de origen peruano, con antecedentes personales de gastritis crónica antral y hernia de hiato. Como antecedentes ginecobstétricos: 2 partos normales y ligadura tubárica bilateral laparoscópica.

En Febrero de 2016 se realiza citología de triple toma de screening con resultado de ACG con sospecha de neoplasia.

La paciente es remitida a consulta especializada del área donde se toma una citología en medio líquido con resultado de ACG y VPH+ para serotipos 31, 51, 73. En la colposcopia se observan cambios grado 2 por lo que se realiza una biopsia dirigida y un legrado endocervical con resultado negativo para malignidad.

Dada la discordancia cito/histológica se indica conización en Agosto de 2016, en la que anatomopatológicamente se realiza diagnóstico diferencial con una forma bien diferenciada de adenocarcinoma endocervical, tipo adenoma maligno. Debido a la ausencia de atipias citológicas, estroma desmoplástico e inmunohistoquímica positiva para CA125 con negatividad para CEA se clasifica como glándulas floridas profundas.

Seguimiento

En el seguimiento posterior, se toma citología en medio líquido en Marzo 2017 que muestra como resultado ACG y se realiza colposcopia en la que no se observan alteraciones. Se solicita también ecografía transvaginal en la que se observa un endometrio dishomogéneo. A causa de este hallazgo, se indica histeroscopia diagnóstica en la que se extrae una lesión polipoidea (diagnóstico posterior de pólipo endometrial) y describen un endometrio disfacelado con resaltes, por lo que recomiendan legrado fraccionado.

Se practica legrado fraccionado que muestra una mucosa endometrial de tipo proliferativo. Actualmente la paciente sigue en revisiones periódicas en consultas específicas de tracto genital inferior.

Conclusiones

- Las pacientes con diagnóstico de ACG deben ser estudiadas ya que puede asociarse tanto a patología benigna como maligna.
- En el caso de ACG con sospecha de malignidad, debemos descartar tanto neoplasia endometrial como cervical.
- La hiperplasia glandular endocervical se considera una entidad benigna, aunque algunos estudios la señalan con lesión precursora de adenocarcinoma mucinoso endometrial.
- Esta entidad debe ser diferenciada principalmente del adenoma maligno.