

Adenocarcinoma endocervical "Gastric-type"

A propósito de un caso

Martínez González FX, Montalvo Sols C, Patiño García M, Plaza Roig P, Gómez Martínez N, García Álvarez A. Complejo Hospitalario de Toledo

- 1.-Karamurzin, Y. S., Kiyokawa, T., Parkash, V., Jotwani, A. R., Patel, P., Pike, M. C., ... & Park, K. J. (2015). Gastric type endocervical adenocarcinoma: an aggressive tumor with unusual metastatic patterns and poor prognosis. *The American journal of surgical pathology*, 39(11), 1449.
- 2.- Nishio, S., Mikami, Y., Tokunaga, H., Yaegashi, N., Satoh, T., Saito, M., ... & Kamura, T. (2019). Analysis of gastric-type mucinous carcinoma of the uterine cervix—An aggressive tumor with a poor prognosis: A multi-institutional study. *Gynecologic oncology*, 153(1), 13-19.
- 3.-Park, K. J., Kim, M. H., Kim, J. K., & Cho, K. S. (2018). Gastric-type adenocarcinoma of the uterine cervix: magnetic resonance imaging features, clinical outcomes, and prognostic factors. *International Journal of Gynecologic Cancer*, 28(6).
- 4.- Imagen cedida por Gulisa Turashvili, M.D., Ph.D. para la web pathologyoutlines.com <https://www.pathologyoutlines.com/topic/cervixGAS.html>

El adenocarcinoma de cérvix de tipo gástrico es una variante poco común de adenocarcinoma endocervical mucinoso no asociado etiológicamente con la infección por VPH.

Estos tumores tienen peor pronóstico que el adenocarcinoma endocervical asociado al VPH habitual. En el momento del diagnóstico, un gran porcentaje se encuentra en estadio avanzado con metástasis pélvicas, abdominales y a distancia.

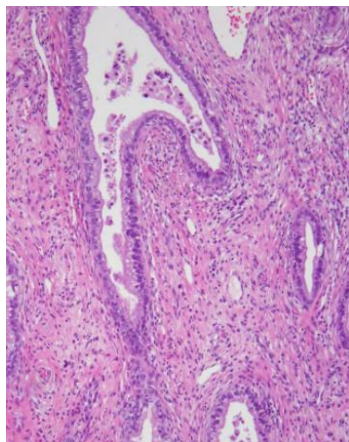


Imagen histológica: adenocarcinoma de tipo gástrico bien diferenciado compuesto por glándulas de tamaño y forma variable revestidas por células columnares con citoplasma eosinófilo pálido. (4)

CASO CLÍNICO: Mujer de 39 años, acude a Urgencias por creatinina 6.32 mg/dl. Antecedentes: DM2, flutter auricular.

Anamnesis: aumento del perímetro abdominal. Oliguria. Pérdida de 14 kg en el último mes.

Exploración física: normoconstante. Extremidades delgadas. Abdomen distendido, a tensión, con signos de circulación colateral. Oleada ascítica. Edemas con fóvea hasta rodilla.

Masa excrecente en labio anterior de cérvix que sangra al roce. Cérvix duro, inmóvil, fondos de saco borrados y parametrios engrosados.

Pruebas complementarias:

EcoTV: Cavidad uterina aumentada. Deslizamiento negativo. Masas ováricas GIRADS 4. Gran ascitis. Análítica urgencias: Hb 9.8 gr/dL, Cr 10.84 mg/dL, Na 128.1 mmol/L.

RM pélvica: afectación difusa del útero con probable origen en endocérvix con afectación de la cavidad endometrial y de ambos ovarios / trompas + infiltración de parametrios + adenopatías patológicas.

Biopsia de cérvix: Tejido fibromuscular con infiltración difusa por adenocarcinoma bien diferenciado, con patrón IHQ compatible con adenocarcinoma endocervical "gastric-type". HER2, PDL1 negativos. Expresión inmunohistoquímica de proteínas reparadoras de ADN normales.

Citología cervical: adenocarcinoma. HPV 16 positivo.

Paracentesis: Positiva para células malignas

Se inicia quimioterapia con carboplatino-paclitaxel.

Ingresa a los dos meses por shock séptico abdominal.

Pese a antibioterapia, fluidoterapia y drogas vasoactivas persiste fracaso multiorgánico y la paciente entra en situación de últimos días, falleciendo a los 77 días de su primera visita a Urgencias.

