

REVISTA DECANA DE LA ESPECIALIDAD

TOKO-GINECOLOGÍA

PRÁCTICA

Septiembre - Octubre 2015

Año LXXIV
742

ARTÍCULO ORIGINAL

Citología de la secreción mamaria. Valor actual en las telorragias.

Estudio de 16 casos

López-Olmos J. y Gasull J.

CASO CLÍNICO

Adenosarcoma uterino presentado como pólipo cervical

López-Olmos J., Rausell Fontestad N. y Marti Ibor M^a E.

Carcinoma adenoide quístico de mama como hallazgo casual,
a propósito de un caso

Navarro M., Azpeitia M., Bernardo R., Vázquez F., Redondo M.C. y González I.

Embarazo ectópico de 11 semanas de gestación

Laguna M^a, Pérez E., Díaz Y., Fraga S. y Rodríguez J.M.

Gestación con inseminación artificial tras resección de septo
uterino mediante histeroscopia laser diodo

*Navarro M., Bernardo R., Redondo M.C., García C.F.,
Arnal A.M. y Vazquez F.*





TOKO-GINECOLOGÍA PRÁCTICA

Revista de Formación
Continuada. Fundada en 1936
por el Sr. F. García Sicilia y el
Dr. F. Luque Beltrán.
Es propiedad de los
profesores Bajo Arenas
y Cruz y Hermida.

DIRIGIDA A:

Especialistas en Ginecología y Obstetricia.

INDEXADA EN:

IME, EMBASE/Excerpta Medica, Bibliomed,
Embase Alert, Biosis, Sedbase

CORRESPONDENCIA CIENTÍFICA Y CRÍTICA DE LIBROS:

Hospital Universitario Santa Cristina
Cátedra de Obstetricia y Ginecología
1ª planta. Edificio A.
C/ Maestro Vives, 2
28009 Madrid

Correo electrónico:

tokoginecologia@gmail.com

Perioricidad:

6 números al año

Disponible en Internet:

www.tokoginecologia.org

EDICIÓN

PUBLICIDAD

91 353 39 92

SUSCRIPCIONES

91 353 39 92

TARIFAS DE SUSCRIPCIÓN ANUAL

Profesionales	52,75€
Instituciones	81,49€
MIR y estudiantes	41,55€
IVA incluido. Precios válidos para España	
Extranjero (sin IVA)	91,39€

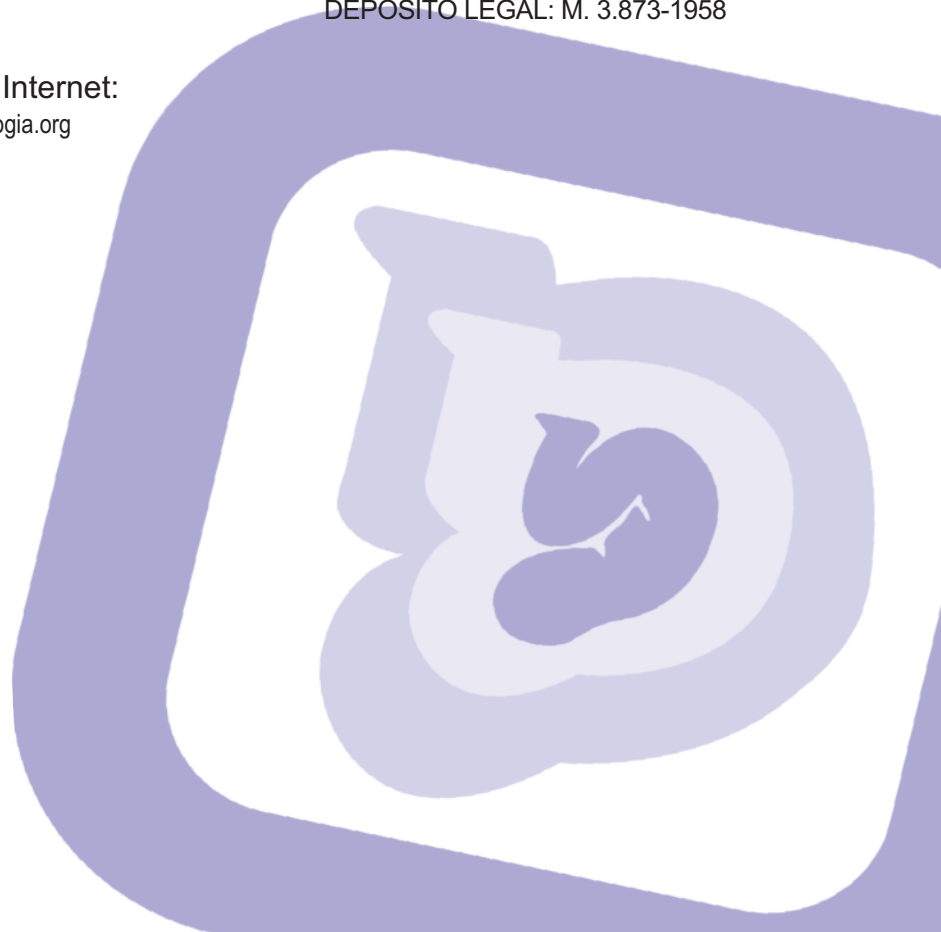
PUBLICACIÓN AUTORIZADA

como soporte válido:

Ref. SVR núm 117-R-CM

ISSN: 0040-8867

DEPÓSITO LEGAL: M. 3.873-1958





TOKO-GINECOLOGÍA PRÁCTICA

DIRECTOR HONORÍFICO

J. Cruz y Hermida

DIRECTOR CIENTÍFICO

J. M. Bajo Arenas

EDITOR ASOCIADO

I. Zapardiel Gutiérrez

SECRETARIO DE REDACCIÓN

F. J. Haya Palazuelos

COMITE CIENTÍFICO

Acién Álvarez, P.
Álvarez de los Heros, J.I.
Balagueró Lladó, L.
Balasch Cortina, J.
Barri Ragué, P. N.
Barrio Fernández, P. del
Becerro de Bengoa, C.
Bonilla Musoles, F.
Bruna Catalan, I.
Castelo-Branco, C.
Carrasco Rico, S.
Carreras Moratonas, E.
Cabero Roura, A.
Comino Delgado, R.
Cortés Bordoy, J.
Criado Enciso, F.
Cristóbal García, I.
Cuadros López, J.L.
Díaz Recasens, J.
Ezcurdia Gurpegui, M.
Espuña Pons, M.
Ferrer Barriendos, J.
Florido Navío, J.
Fuente Pérez, P. de la
Fuente Ciruela, P. de la
Fuente Valero, J. de la
García Hernández, J. A.
González González, A.

Hernández Aguado, J.J.
Huertas Fernández, M.A.
Iglesias Guiu, J.
Laila Vicens, J. M.
Lanchares Pérez, J. L.
Lazon Lacruz, R.
López García, G.
López de la Osa, E.
Manzanera Bueno, G.
Martínez Pérez, O.
Martínez-Astorquiza, T.
Miguel Sesmero, J. R. de
Montoya Videsa, L.
Novo Domínguez, A.
Palcios Gil-Antuñano, S.
Pérez - López, F. R.
Pérez-Medina, T.
Sabatel López, R.
Sánchez Borrego, R.
San Frutos Llorente, L.
Tejerizo López, L. C.
Troyanno Luque, J.
Usandizaga Calpasoro, M.
Usandizaga Elio, R.
Vidart Aragón, J. A.
Xercavins Montosa, J.
Zamarriego Crespo, J.

COMITÉ CIENTÍFICO DE HONOR

Abad Martínez, L.
Berzosa González, J.
Cabero Roura, L.
Dexeus Trías de Bes, J.M.

Dexeus Trías de Bes, S.
Escudero Fernández, M.
Fabre González, E.
Fernández Villoria, E.

Garzón Sánchez, J.M.
González Gómez, F.
Parrilla Paricio, J. J.
Usandizaga Beguiristain, J. A.



SUMARIO

AÑO LXXIV ♦ SEPTIEMBRE - OCTUBRE 2015 ♦ NÚMERO 742

ARTÍCULO ORIGINAL

**Citología de la secreción mamaria. Valor actual en las telorragias.
Estudio de 16 casos**

López-Olmos J. y Gasull J. 91

CASO CLÍNICO

Adenosarcoma uterino presentado como pólipo cervical

López-Olmos J., Rausell Fontestad N. y Martí Ibor M^a E. 98

**Carcinoma adenoide quístico de mama como hallazgo casual,
a propósito de un caso**

*Navarro M., Azpeitia M., Bernardo R., Vázquez F.,
Redondo M.C. y González I.* 102

Embarazo ectópico de 11 semanas de gestación

Laguna M^a, Pérez E., Díaz Y., Fraga S. y Rodríguez J.M. 105

**Gestación con inseminación artificial tras resección de septo
uterino mediante histeroscopia laser diodo**

*Navarro M., Bernardo R., Redondo M.C., García C.F.,
Arnal A.M. y Vazquez F.* 108



CONTENTS

LXXIV YEARS ♦ SEPTEMBER - OCTOBER 2015 ♦ NUMBER 742

ORIGINAL ARTICLE

Nipple discharge cytology. Present value in the telorrhages.

Study of 16 cases

López-Olmos J. y Gasull J. 91

CASE REPORTS

Uterine adenosarcoma presented like cervical polyp

López-Olmos J., Rausell Fontestad N. y Marti Ibor M^a E. 98

Adenoid cystic carcinoma breast find as casual, a purpose of a case

Navarro M., Azpeitia M., Bernardo R., Vázquez F.,

Redondo M.C. y González I. 102

Ectopic pregnancy 11 weeks of pregnancy

Laguna M^a, Pérez E., Díaz Y., Fraga S. y Rodríguez J.M. 105

**Pregnancy with artificial insemination after resection with
hysteroscopy by laser diode of uterine septum**

Navarro M., Bernardo R., Redondo M.C., García C.F.,

Arnal A.M. y Vazquez F. 108



NORMAS PARA LA PUBLICACIÓN DE TRABAJOS

Los manuscritos enviados a TOKO-GINECOLOGIA PRÁCTICA deben hacer referencia a aspectos novedosos de la especialidad de Obstetricia y Ginecología y especialidades adyacentes que puedan suscitar el interés científico de los lectores. Pueden incluirse aspectos de la anatomía, fisiología, patología clínica (diagnóstica o terapéutica), epidemiología, estadística, análisis de costes, cirugía siempre dentro de la indole gineco-obstétrica.

Como **normas generales**, todos los manuscritos deberán presentarse en formato electrónico, confeccionados con el editor de textos Word (.doc), con espaciado 1,5 líneas, tamaño de letra 12 puntos tipo Arial o Times New Roman, y todos los márgenes de 3 cms. en los 4 bordes de la página. Todas las páginas del manuscrito deberán ir numeradas en su ángulo superior derecho. Todos los trabajos se estructurarán de la siguiente forma:

- 1ª Página: Título, Title (en inglés), Autores (primer apellido y nombre) separados por comas y con un máximo de 5 en cualquier tipo de artículo (a partir de 5 no se incluirán en la publicación), Filiación (centro de trabajo de los autores), Correspondencia (dirección completa y persona de correspondencia incluyendo un email válido que será el que se use para la comunicación con el comité editorial de la revista). Por último se debe indicar el TIPO de artículo (ver tipos más abajo).
- 2ª Página: Resumen (máximo 200 palabras, será claro y conciso. No se emplearán citas bibliográficas ni abreviaturas.), Palabras clave (mínimo 3 y separadas por puntos), Abstract (en inglés) y Key words (en inglés).
- 3ª Página: Comienzo del cuerpo del artículo

Los trabajos deben contener material original, aunque se contemple la posibilidad de reproducción de aquellos que, aún habiendo sido publicados en libros, revistas, congresos, etc., por su calidad y específico interés merezcan ser recogidos en la Revista, siempre y cuando los autores obtengan el permiso escrito de quién posea el *Copyright*.

Los trabajos serán enviados por correo electrónico a tokoginecologia@gmail.com, que acusará el recibo del artículo para su valoración editorial. Tras la recepción, se comunicará la aceptación o rechazo del mismo al autor de correspondencia por email, así como los potenciales cambios o correcciones a realizar si fuese menester. En caso de aceptación en un tiempo adecuado se le enviará al mismo autor las galeras del artículo para su corrección y subsanación de errores, que deberá realizar en 48 horas, antes de la impresión del mismo.

Tipos de artículos

- **ORIGINALES:** El resumen y abstract se dividirá en los siguientes apartados: Objetivos, Material y Métodos, Resultados y Conclusiones. El texto se dividirá en las siguientes: Introducción (Exposición de los objetivos de la investigación y la literatura al respecto, es una puesta al día del tema investigado), Material y Métodos (describir el tipo de estudio, pacientes, metodología empleada, el material y el análisis estadístico de los datos), Resultados (describir objetivamente los resultados obtenidos), Discusión (se debe comentar los resultados y relacionarlo con el estado del arte, explicar los por qué y llegar a conclusiones que respondan a los objetivos planteados inicialmente. No dar conclusiones no respaldadas por los resultados. Proponer recomendaciones o alternativas. Máximo 2500 palabras).
- **REVISIONES:** El resumen no es necesario que tenga estructura determinada, si bien puede estructurarse como un original. Del mismo modo el cuerpo del artículo en caso de ser una revisión sistemática irá estructurado como un original y en caso de ser una revisión de un tema concreto narrativa se estructurará como convenga al autor siempre con Introducción al inicio y Conclusiones o Discusión al Final. La intención es realizar una puesta al día de un tema determinado, con cierto carácter didáctico. Máximo 4000 palabras.



NORMAS PARA LA PUBLICACIÓN DE TRABAJOS

- **CASOS CLÍNICOS:** El resumen no tendrá estructura determinada. El artículo se estructurará del siguiente modo: Introducción, Caso Clínico (descripción concisa del caso), Discusión. Además debe contener entre 1-4 figuras que ilustren el caso. Máximo 1500 palabras.
- **TRIBUNA HUMANÍSTICA:** Se admitirán trabajos y ensayos, dentro de un contexto histórico, filosófico, social antropológico, artístico, etc., relacionado singularmente con las disciplinas obstétrico-ginecológicas, con la intención de enriquecer culturalmente las páginas de la revista. Máximo 3000 palabras.

Agradecimientos

Se colocarán tras la Discusión, al acabar el cuerpo del texto. Aquí se deben incluir a las personas que han colaborado en algún aspecto del trabajo pero no en la redacción del manuscrito.

Bibliografía

Seguirán las **Normas de Vancouver** para las citas. Las referencias en el texto se colocarán con números arábigos entre paréntesis y por orden de aparición. Sirvan los ejemplos siguientes:

a) Revista, artículo ordinario:

De María AN, Vismara LA, Millar RR, Neumann A, Mason DT. Unusual echographic manifestations of right and left Heratmyxomas. Am J Med 1975;59:713-8.

Las abreviaturas de la revistas seguirán las características del Index Medicus.

b) Libros:

Feigenbaum H. Echocardiography. 2ª Ed. Filadelfia: Lea and Febiger, 1976:447-59

Tablas y Figuras

Se añadirán a continuación de la Bibliografía empezando una página nueva. En cada página se colocará una Tabla o Figura con su respectivo pie de Tabla o Figura, numerados según el orden de aparición en el texto (que es obligatorio) e indentificando las abreviaturas empleadas en las Tablas o las Figuras.

En caso de que la calidad o tamaño de las figuras haga que el manuscrito ocupe demasiado espacio para ser enviado por email, podrán enviarse las Figuras en archivos independientes, permaneciendo los pies de figuras en el manuscrito principal.

Deben tener una calidad suficiente para poder verse con claridad una vez impresas. Los formatos admitidos para las fotos son JPG (preferible) o GIF. Si es conveniente se puede añadir a la figura una flecha para indicar un aspecto relevante de la imagen.

Quienes deseen que las ilustraciones de sus trabajos se imprimen a color (en condiciones normales se imprimirán en escala de grises), una vez aceptado el artículo, deberán ponerse en contacto con la Editorial para presupuestar el cargo que ello conlleva.

Todos los artículos aceptados quedan como propiedad permanente de TOKO-GINECOLOGÍA PRÁCTICA y no podrán ser reproducidos total o parcialmente, sin permiso de la Editorial de la Revista. El autor cede, una vez aceptado su trabajo, los derechos de reproducción, distribución, traducción y comunicación pública de su trabajo, en todas aquellas modalidades audiovisuales e infomáticas, cualquiera que se au soporte, hoy existen y que puedan crearse en el futuro.

Artículo Original

Citología de la secreción mamaria. Valor actual en las telorragias. Estudio de 16 casos

Nipple discharge cytology. Present value in the telorrhages. Study of 16 cases

López-Olmos J.^I, Gasull J.^{II}

^I Unidad de Ginecología (Dr. López-Olmos). Centro de Especialidades de Monteolivete. Valencia

^{II} Citotécnico. Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Arnau de Vilanova. Valencia

RESUMEN

Presentamos de forma retrospectiva las citologías de la secreción mamaria de nuestro hospital, 697 casos en los años 1999-2012. La edad media de las pacientes fue 35,43 años (entre 11 y 83). El 56,24% fueron normales. El 27,40% eran galactorreas. El 2,14% eran tumores benignos y el 0,14% tumores malignos.

De ellas, entresacamos las telorragias, 16 casos (2,29%). La edad media de estos casos fue 55,12 años (entre 35 y 80). Los años de seguimiento fueron de media 6,26 (entre 1 y 11). En un caso se detectó cáncer ductal infiltrante (6,25%).

No se puede hacer la correlación citología-diagnóstico de cáncer, para ver el valor de la prueba frente al diagnóstico definitivo, por la escasa muestra, siendo la sensibilidad y el valor predictivo positivos valores muy bajos. Por lo tanto, la citología de la secreción mamaria tiene poco valor para el diagnóstico de cáncer, aunque incidentalmente pueda hacer el diagnóstico en algún caso.

PALABRAS CLAVE

Citología secreción mamaria, Telorragias, Cáncer de mama

ABSTRACT

We present in retrospective the nipple discharge cytology in our hospital, 697 cases in the years 1999-2012. The mean age of the patients was 35,43 years (range 11-83). The 56,24% were normal. The 27,40% were galactorrheas. The 2,14% were benign tumors (papillomas) and the 0,14% were malignant tumors.

Of them, identified the telorrhages, 16 cases (2,29%). The mean age of these cases was 55,12 years (range 35-80). The years of follow-up were mean 6,26 (range 1-11). In one case was detected ductal infiltrant cancer (6,25%).

The correlation cytology- cancer diagnostic, for obtain the predictive value of the probe face to the definitive diagnostic, can't be done because of the low sample, the sensibility and the positive predictive value are low values. Therefore, the nipple discharge cytology is of no value in the diagnostic of cancer, although incidentally can do it the diagnostic in some case.

KEY WORDS

Nipple discharge cytology, Telorrhages, Breast cancer.

INTRODUCCIÓN

Lo más frecuente en patología mamaria es el dolor mamario (mastalgia, 66%), la secreción por el pezón, y la masa mamaria (42%) (1, 2). La secreción por el pezón es el 7-10% de los síntomas mamarios (3). La galactorrea se da en 20-25% de las mujeres, y en 7-15% hay cáncer. Las causas son: papilomas, ectasia ductal, abscesos mamarios, infección de la mama o cáncer. El cáncer en 8-15% tiene secreción hemática (1).

La secreción mamaria puede ser: fisiológica, galactorrea. La secreción normal es no espontánea, bilateral, de varios ductos, lactescente, serosa o verde. Y patológica, que puede ser: única, o asociada a masa. La secreción anormal es espontánea, unilateral, de un solo conducto, persistente, hemática, serosa o gris clara (3).

La secreción hemática (telorragia) requiere más estudio. Se puede hacer: citología de la secreción, mamografía, ecografía, galactografía, endoscopia del ducto y RMN (resonancia magnética nuclear). Pero el diagnóstico definitivo es con la excisión del ducto (3,4). El 97% de la secreción por el pezón es de causa benigna. El 8% del cáncer de mama se da en la región subareolar, y es palpable.

CORRESPONDENCIA:

Dr. Jorge López-Olmos

Unidad de ginecología (Dr. López-Olmos)

Centro de Especialidades de Monteolivete

Avda. Navarro Reverter, 4, 13^a

46004 Valencia

E-mail: jlopezo@sego.es

La citología de la secreción tiene indicación para el diagnóstico, pero si es hemática, hay que llegar al final, al diagnóstico definitivo anatomopatológico. La galactografía señala la topografía exacta y la profundidad de la lesión. Pero como la patología maligna y benigna, clínicamente se presentan igual, con la secreción, se necesitan varias técnicas para el diagnóstico (5). La mamografía detecta 50-90% de malignidad, pero subestima pezón y aréola. La ecografía, en enfermedad benigna bien, pero hay falsos positivos para lesión intraductal. La galactografía está contraindicada en alergia a contrastes iodados, no se debe hacer con absceso o mastitis, y está contraindicada con marcapasos. La RMN da falsos positivos en tumor retroareolar y en mastitis. Hoy se recomienda la RMN con contraste para los conductos (5). La galactografía por RMN con gadolinio es para cartografiar y caracterizar las lesiones que producen secreción mamaria (6). Es superior a ecografía y galactografía, pero tiene mayor coste.

La citología no se recomienda, porque la ausencia de células malignas no excluye el cáncer (2). Pero para otros, es el primer paso porque no cuesta nada de tomar. Eso sí, debe hacerse en buenas condiciones, para obtener la mejor muestra posible. La citología de la secreción si es positiva para cáncer, y no hay tumor palpable, debe repetirse la toma. También repetir la toma, si hay tumor palpable, pero la mamografía y la citología son negativas (7).

En este trabajo, presentamos de forma retrospectiva las citologías de la secreción mamaria de nuestro hospital, 697 casos en los años 1999-2012, y de ellas entresacamos 16 casos de telorragias, viendo su estudio completo y seguimiento, para establecer finalmente el valor de la citología de la secreción.

MATERIAL Y MÉTODOS

Hemos recogido todas las citologías de secreción mamaria analizadas durante los años 1999-2012 en el servicio de Anatomía Patológica del Hospital Arnau de Vilanova de Valencia, procedentes de los Servicios de Ginecología y Cirugía, y de sus consultas hospitalarias y ambulatorias, incluyendo las de Planificación familiar del distrito sanitario. En todas se empleó la tinción de Papanicolaou.

La citología de la secreción fue el primer paso en la consulta. Pero para llegar al diagnóstico definitivo de la galactorrea, y máxime en caso de telorragia (secreción hemática), se practicó ecografía mamaria, mamografía, galactografía, biopsia mamaria y cirugía reglada.

En la 1ª parte del estudio, indicamos la edad de las pacientes, la descripción de las citologías, la localización de la galactorrea, la medicación que tomaban y pudiera influir en la galactorrea. En la 2ª parte, el estudio de las telorragias, indicando: edad, paridad, edad a la menopausia y años de seguimiento. Finalmente, la correlación citología – diagnóstico de cáncer (diagnóstico definitivo), y de ahí, obtenemos la S, sensibilidad, E, especificidad, VPP, valor predictivo positivo, y VPN, valor predictivo negativo, de la prueba.

RESULTADOS

En la Tabla I, presentamos las citologías de secreción mamaria de los años 1999-2012, 14 años, en el Hospital Arnau de Vilanova de Valencia. En total fueron 697 casos. La edad media de las pacientes fue 35,43 años (ente 11 y 83).

En la Tabla II, presentamos la descripción de las citologías. En 3,87% fueron acelulares, y en 6,02% no valorables. Galactorrea simple, en 27,40%. Los procesos inflamatorios fueron 5 casos (0,71%). La ectasia ductal en 3,29%. Tumores benignos: fibroadenoma, 1 caso (0,14%) y papilomas, 14 casos (2%). Tumores malignos, 1 caso (0,14%). E informadas como normales (no células malignas), en 56,24%.

En 209 casos (29,98%), correspondían a secreción del pezón izquierdo, y en 172 casos (24,67%) a secreción del pezón derecho. En 19 casos, la secreción era bilateral, 2,72%.

Tomaban medicación 17 casos (2,43%). La que podría influir en la galactorrea fue: risperidona, en 1 caso; levotiroxina, en 1 caso; sulpiride, en 1 caso; anticonceptivos hormonales orales, en 8 casos; anillo vaginal contraceptivo en 1 caso; THS, tratamiento hormonal sustitutivo de la menopausia en 2 casos. Y en otras, se incluyen antidepressivos, etc.

Dos pacientes portaban prótesis mamarias (0,28%).

Las telorragias fueron 16 casos (2,29%). En las Tablas III y IV se presentan las telorragias. En la Tabla III, los datos cuantitativos. La edad media fue 55,12 años (entre 35 y 80). Paridad media, 1,43 (0-5). Edad a la menopausia, sobre 7 casos, media 45,85 años (entre 35 y 54 años). Los años de seguimiento fueron de media, 6,26 (entre 1 y 11).

En la Tabla IV, los datos cualitativos de las telorragias. El diagnóstico definitivo fue en 11 casos negativo (68,75%); 2 casos de fibroadenoma (12,5%); 2 casos de papiloma intraductal (12,5%), y 1 caso de cáncer ductal infiltrante (6,25%).

El caso nº 9, una mujer de 70 años, presentaba telorragia y masa retroareolar. La citología era inflamatoria o de galactocele. Resultado definitivo negativo (ecografía, mamografía y galactografía). Esta paciente falleció por otra causa.

El caso nº 11, una mujer de 78 años, presentaba telorragia, y eczema en aréola, sospechoso de enfermedad de Paget. La biopsia del pezón y aréola fue negativa.

El caso nº 12, una mujer de 50 años, tenía antecedente de histerectomía simple por útero miomatoso. Presentó telorragia, y la citología se informó de posible papiloma. Se practicó resección del ducto, y el diagnóstico fue papiloma intraductal. El informe de Anatomía patológica definitivo fue cáncer ductal infiltrante. Se practicó ampliación de la resección, quimioterapia y radioterapia.

El caso nº 13, una mujer de 69 años. En 2007 se practicó cuadrantectomía, mastectomía izquierda y linfadenectomía axilar, por carcinoma ductal infiltrante, pT2N0M0 (HER 2 negativo). Recibió tratamiento con Letrozol. En 2011 y 2012 tuvo telorragias en mama derecha. Estudio y controles posteriores negativos.

En las figuras 1 a 5 se ilustran estas patologías. La figura 1 corresponde a un proceso inflamatorio, mastitis. La figura 2, corresponde a una ectasia ductal. La figura 3, corresponde a un papiloma (caso nº 4). Las figuras 4 y 5, corresponden a un carcinoma ductal infiltrante (caso nº 12).

En la Tabla V, a partir de la Tabla II, presentamos la correlación citología-diagnóstico de cáncer, valor de la prueba frente al diagnóstico definitivo, que en principio no debe hacerse, por tener sólo 1 caso de cáncer. Se ha diagnosticado un caso de cáncer en 16 telorragias. Haciendo el ejercicio de comprobación de resultados, vemos que la S sería 1%; la E 62%; el VPP 0,4% y el VPN 85%. La sensibilidad y el valor predictivo positivo son aquí despreciables por lo tan bajos. Por lo tanto se necesitan mayor nº de casos para poder aplicar esta prueba con visos de realidad.

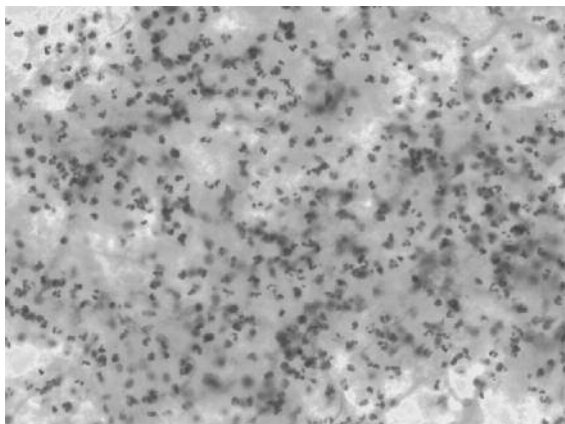


Figura 1. Citología (papanicolaou, 20x). Mastitis aguda. Abundante celularidad inflamatoria sobre fondo hemático (polimorfonucleares eosinófilos, linfocitos)

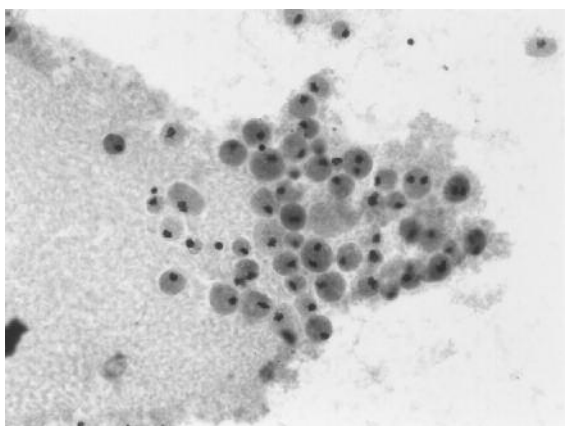


Figura 2. Citología (papanicolaou, 20x). Ectasia Ductal. Abundantes células espumosas (macrófagos) sobre fondo proteináceo



Figura 3. Citología (papanicolaou, 20x). Papiloma Intraductal. Placa de células ductales con formación papilar sobre fondo proteináceo

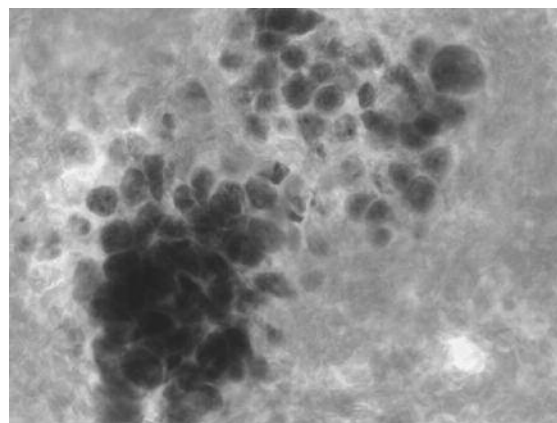


Figura 4. Citología (papanicolaou, 40x). Carcinoma Ductal. Grupo de células ductales atípicas sobre fondo hemático.

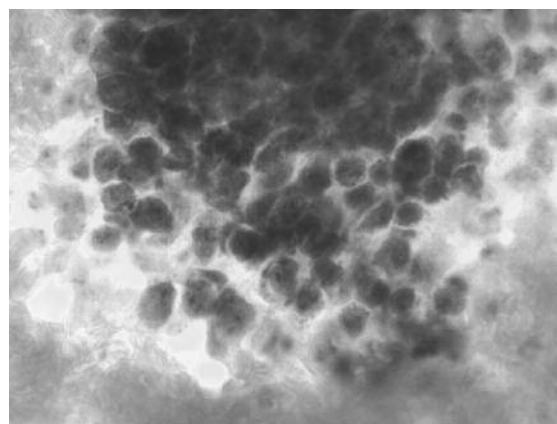


Figura 4. Citología (papanicolaou, 40x). Carcinoma Ductal (mayor detalle). Células con anisonucleosis, evidencia de nucléolos y membrana nuclear irregular

DISCUSIÓN

La secreción por el pezón puede ser el primer síntoma de cáncer de mama (8). La mujer puede ignorarlo si es escasa o blanca. Hay que sensibilizarla a cualquier cambio para que consulte a su médico. Si hay secreción y masa, y es mayor de 50 años, hay mayor riesgo de cáncer. También si la secreción es serosa o clara, serosanguínea o hemática.

En la citología, hay células pleomórficas, células con núcleo hiper cromático, prominentes nucléolos, patrón de cromatina tosca, y aumento de la relación núcleo-citoplasma (ver figuras 4 y 5).

En un metanálisis de secreción hemática por el pezón como predictor de cáncer, sobre 8 estudios y 3110 pacientes (9), hemáticas eran 402/1632 frente a 179/1478 no hemáticas. La odds ratio, $OR=2,27$, $p < 0,001$. El color sanguíneo ayuda a estratificar las pacientes para el preoperatorio. La telorragia es síntoma de ducto y necesita evaluación. La exéresis del ducto es preferible, es diagnóstica y terapéutica.

Sabel y cols (10), se preguntan si es necesaria la excisión del ducto. Si la paciente no quiere cirugía, con examen clínico, mamografía y ecografía, normales, puede hacerse observación de corto tiempo y evaluación repetida. En 1999-2008, estudiaron retrospectivamente 175

casos, 142 eran sospechosos (81%). Sin cirugía, en 23 casos con observación (seguimiento medio, 3,3 años), ninguno tuvo cáncer. Con cirugía, hubo cáncer en 7 casos (50%).

En otro estudio retrospectivo en 2004-2006 (11), sobre 55 casos de 24-82 años (media, 52 años), se hizo exámen clínico, citología, mamografía y ecografía, para predecir el riesgo de malignidad oculta. Se hizo excisión del ducto en 49 casos por secreción del pezón. En 6 casos hubo cáncer: y mamografía y ecografía negativas. Hubo células atípicas en la citología en 2/6 casos.

Otro estudio retrospectivo de 1995-2005 (12), con 475 casos, con exámen clínico, ecografía y mamografía. Se revisan 416 casos (88%). En 129/436 (31%), hay secreción fisiológica y conducta expectante. En 288/416, (69%), se hace citología, ductografía y RMN, con biopsia y sí o no cirugía. La biopsia/ cirugía, ve lesión en 259/287 (90%). En 37% fueron malignas (n=65). El predictor de malignidad o lesión de alto riesgo fue la masa palpable, OR=4,3. El gold standard es la excisión quirúrgica del ducto para excluir la malignidad. La telorragia no es predictor de malignidad. Se hizo citología en 49/287 (17%). Fue satisfactoria en 37/49 (76%). En 20 casos fue positiva, y en 11 había malignidad. El VPP fue 55%. En 17 casos fue negativa, y en 4 hubo malignidad. El VPN=76%. La S=73%, y la E=59%.

Para Frank y cols (13), la citología no tiene valor. En un estudio retrospectivo en 2002-2006 de 222 citologías en 165 pacientes, no hubo diagnóstico de malignidad. Eran mujeres de 8-86 años (media, 42,8 años). El resultado negativo o anormal no afecta al manejo posterior de la paciente. La citología no ayuda, tiene poco valor, no debe usarse en el manejo de la secreción por el pezón. Fueron 195 citologías negativas y 27 positivas: 15 papilares y 12 atípicas. Hubo 4 con citología negativa y luego tuvieron cáncer, diagnosticado por biopsia.

Carvalho y cols (14), comparan citología y galactografía en la secreción por el pezón, en un estudio retrospectivo en 1997-2007, con 94 casos con excisión del ducto. Eran mujeres de 22-73 años (media, 50 años). Hubo 6% de cáncer de mama en anatomía patológica. La citología y la galactografía detectan diferentes patologías. La citología tiene mal resultado con secreción del pezón. Una citología negativa no excluye el cáncer. Hay mayor especificidad para cáncer, y lesiones premalignas. La citología es mal predictor para cáncer, por baja S y baja E. Aquí, los valores de la citología para malignidad fueron: S=46,2%, E=62,3%, VPP=25% y VPN=82,5%.

Kalu y cols (15), en otro estudio retrospectivo, con 160 casos, con secreción por el pezón clínicamente patológica, y ausencia de masa palpable, y biopsia o excisión. En 62 casos de telorragias, no hubo citología de malignidad. Eran mujeres de 26-80 años (media, 49,3 años). Las citologías fueron: negativas en 65 casos (73%), atípicas en 15 casos, sospechosas en 44 casos y papilares en 6 casos. La citología se usa para la secreción patológica, por ser fácil de tomar, no invasiva y diagnóstica. Pero en caso de sospecha clínica, con citología negativa e imágenes negativas, no basta para evitar la cirugía. La citología tuvo: S=74,5%, E=30%, y VPP=68%. Con imagen anormal, el VPP sube a 85%. La citología identifica 92,3% de lesiones atípicas o malignas, y 69,6% de papilomas intraductales. Pero aumentan los FP, falsos positivos, y los FN, falsos negativos.

Kooistra y cols (16), en otro estudio retrospectivo de 1992-2006, con 618 casos en mujeres de 20-86 años (media, 50 años), con citología, exploración, mamografías, ecografía y PAAF (punción aspiración con aguja fina). Hicieron 163 biopsias. La citología tiene poco valor diagnóstico complementario. El uso rutinario es dudoso, confunde

más que ayuda, pero puede detectar cáncer incidentalmente (poca S=16,7%, pero aceptable E=66,1%). Aquí, 1 solo caso de cáncer detectado por la citología (como en nuestro estudio). La citología detectó 5/36 malignidades (incluye maligno y sospechoso) y 84/127 lesiones benignas. La citología maligna se informa como células anaplásicas y fondo necrótico. En las telorragias, la S=15%, la E=52,6%. En no telorragias, S=23,1% y E=75,8%, $p < 0,01$.

En otro estudio (17), en 2007-2009, en mujeres de 22-81 años (media, 43,5 años), con 98 mujeres, hubo 86 citologías negativas, 9 atípicas y 3 sospechosas de malignidad. En 30 biopsias: 9, benignas, 3 papilomas atípicos y 3 malignas, cáncer ductal in situ o invasor. La citología de secreción del pezón es un método diagnóstico en uso, para casos de malignidad o sospechosos. Hay que ver hematíes en la citología. Con citología negativa y telorragia, y hay hematíes, se asocian a malignidad. Con los hematíes en la citología negativa hay E=100% y S=20%.

Jain y cols (18), en 2004-2006, en mujeres de 40-56 años (media, 46 años), en 122/1708 (71%) hubo secreción por el pezón. En 12,3% estaban asociadas a masa palpable. En 39% de telorreas se hizo excisión. En 65% hubo lesiones proliferativas; en 5% cáncer ductal in situ y en 5% cáncer infiltrante. Se hizo citología en 18 casos, con S=80%, E=54%, VPP=40% y VPN=88%.

En el líquido aspirado de la secreción, un estudio en 2008-2010 (19). Se estudian 2 proteínas: uPA, el activador del plasminógeno urinario, y PAI-1, su inhibidor. Predicen la presencia de atípicas mamarias con sospecha de cáncer. En 79 casos, se obtiene la secreción del pezón y se miden las dos proteínas. El uPA aumentó en premenopáusicas con cáncer o patología benigna, y el PAI-1 aumentó en postmenopáusicas. El uPA y el PAI-1 clasifican correctamente junto a la edad, en 97-100%, a pre y postmenopáusicas con patología o no. Las concentraciones de uPA y PAI-1 aumentan con atípicas y cáncer comparando con enfermedad benigna. El PAI-1 promueve la angiogénesis y la invasión del cáncer y metástasis.

La secreción por el pezón es rara en la infancia (20). Marshall y cols presentan un caso en una niña de 4 años. La citología, y la analítica hormonal fueron normales. En ecografía, lesión benigna quística retroareolar. Hay que evitar la cirugía por el riesgo de deformidad en la mama en desarrollo. Sólo recurrir a ella, en caso de persistencia de la secreción, unilateral, con masa palpable, y sospecha por ecografía o citología. (Nosotros tenemos un caso en una niña de 11 años).

Hoy, si se comparan mamografías y ecografía, galactografía y RMN, para el estudio de la secreción por el pezón, la RMN obtiene mejores valores con $p < 0,0001$, y debe recomendarse la RMN cuando mamografías y ecografía son negativas y la secreción por el pezón no está explicada (21). La S=94,7% y la E=78,9%. La RMN es una alternativa, en mujeres a las que no se puede practicar mamografías al ser muy jóvenes, o en mujer con alergia al yodo, o en las que no quieren radiaciones (22). No hay diferencias con la galactografía en la localización del sector afecto ni en ver la profundidad de la lesión.

Finalmente, sobre nuestra serie en 14 años, 697 casos de secreción mamaria estudiados por citología. Sólo se diagnosticó 1 caso de cáncer de mama, 0,14%. Sobre 16 casos de telorragias (2,29%), la edad media fue 55 años (35-80). La citología positiva en un caso, da una S y VPP muy bajos, despreciables. Concluimos que la citología de la secreción no tiene valor para el diagnóstico de cáncer, y está en consonancia con lo que defienden otros autores (16,15,14,13). De todas formas, nos resistimos a no realizarla, ya que es el primer paso en la serie de pruebas

que hay que hacer para llegar al diagnóstico. Es fácil de hacer, tomando una buena muestra, no invasiva, y cómoda. Por otro lado, la paciente ve que se pone todo el interés en su caso y se comienza el estudio para llegar al diagnóstico definitivo.

El autor declara: NO existe conflicto de intereses.

Dedicatoria: a **Jorge Gasull**.
Amigo, nos dejaste demasiado pronto

AÑO	Nº CASOS
1999	9
2000	53
2001	61
2002	87
2003	55
2004	56
2005	41
2006	58
2007	63
2008	42
2009	74
2010	36
2011	34
2012	28
Total	697

TABLA 1 - Citologías de secreción mamaria, años 1999-2012. Hospital Arnau de Vilanova, Valencia

	N	%
Acelular	27	3,87
No Valorable	42	6,02
Galactorrea	191	27,4
Proceso Inflamatorio	5	0,71
Ectasia Ductal	23	3,29
Tumor Benigno		
Fibroadenoma	1	0,14
Papiloma	14	2
Tumor Maligno	1	0,14
Normal (no células malignas)	393	56,38
Total	697	99,75

TABLA 2 - Descripción citologías

	RANGO	MEDIA	DESVIO
Edad	35-80	55,12	14,59
Gestaciones	0-6	1,75	1,8
Partos	0-5	1,43	1,45
Abortos	0-2	0,37	0,61
Edad Menopausia	35-54	45,85	0,61
Años Seguimiento	1-11	6,26	2,6

TABLA 3 - Telorragias. Datos Cuantitativos

Caso	Edad	Gpa	Menopausia	Antecedentes médico-quirúrgicos	Año Telorragia	Mama	Citología	Ecografía	Mamografías	Galactografía	Seguimiento (Años)	Diagnóstico definitivo
1	50	2-2-0	54	Depresión	2003	Md	Hemática No Cm	No	Negativa	No	10	Negativo
2	43	0-0-0	No	Hepatitis A Amigdalectomía	2004	Mi	Hemática No Cm Células Espumosas	Quíste	M. Densas Quistes Bilaterales	Negativa	8	Negativo
3	42	3-2-1	No	Apendicectomía	2007	Bilateral	Hemática No Cm	No	Fibroadenoma Bilateral	No	6	Fibroadenomas
4	71	6-5-2 1 Gemelar	?	Diabetes Insulinodependiente	2006	Md	Hemática No Cm	Negativa	M. Grasas. Calcificaciones Bilaterales.	Posible Papiloma	7	Papiloma Intraductal
5	56	4-3-1	48	Meningitis Neumonía E. Celíaca Fibrilación Auricular	2006	Bilateral	Hemática No Cm	No	M. Densas Negativa	No	7	Negativo
6	61	2-2-0	54	Hta	2007 2009	Md Mi	No Cm No Cm	No	M. Densas. Calcificaciones Bilaterales.	Negativa	6	Negativo
7	35	4-3-1	43	Diabetes Hta Asma Obesidad	2002 2007 2008	Md Md Md	Hemática	No	Negativa	Papilomatosis	11	Papiloma Intraductal
8	38	0-0-0	No	No	1975	Md	No Cm	Quíste	M. Densas	No	No	Negativo
9	70	0-0-0	?	Colecistectomía Bocio Coloide Depresión Exitus	2007 2008	Mi Mi	Inflamatoria Galactocele No Cm	Negativa	M. Densas Calcificaciones	Negativa	6	Negativo
10	80	0-0-0	?	Depresión Colecistectomía Apendicectomía Histerectomía + Da	2008	Mi	No Cm	No	Negativa M. Grasas	Negativa	5	Negativo
11	78	0-0-0	?	Hta Hipotiroidismo	2010 2011 2012	Md Md Md Eczema Sospecha Paget	Hemática No Cm No Cm Biopsia Pezon: Negativa	Negativa	Negativa	No	3	Negativo
12	50	1-1-0	35 Quirúrgica	Histerectomía Utero Miomatoso Escoliosis	2009 2011	Mi Mi	Papiloma Papiloma	Negativa	Negativa	Negativa	4	Cáncer Ductal Infiltrante C + Qt + Rt
13	69	0-0-0	46	Cuadrantectomía + La, Pt2n0m0 (Her 2 Negativo), Letrozol	2007 2011 2012	Md Mi Nódulo Retroareolar Mi	No Cm Material Insuficiente	No	Negativa	No	6	Negativo
14	41	2-2-0	No	No	2008 2012	Mi Mi	No Cm	Quistes Bilaterales	Fibroadenomas	No	5	Fibroadenomas
15	51	2-2-0	41	No	2005 2012	Mi Md	Hemática No Cm No Cm	Negativa	No	No	8	Negativo
16	47	2-1-1	No	Hipotiroidismo Tiroiditis Linfocitaria	2012	Md	No Cm	No	No	No	1	Negativo

TABLA 4 - Telorragias. Descripción de los casos

		sí	no	TOTAL
CITOLOGÍA	maligna	1	234	235
	benigna	69	393	462
	TOTAL	70	627	697

TABLA 5 - Correlación citología - diagnóstico cáncer

$S = VP / VP + FN = 1/70 = 0,01 = 1 \%$ VP, verdadero positivo
 FN, falso negativo
 $E = VN / VN + FP = 393/627 = 0,62 = 62 \%$ FP, falso positivo
 VN, verdadero negativo
 $VPP = VP / VP + FP = 1/235 = 0,004 = 0,4 \%$ S, sensibilidad
 E, especificidad
 $VPN = VN / VN + FN = 393/462 = 0,85 = 85 \%$ VPP, valor predictivo positivo
 VPN, valor predictivo negativo

BIBLIOGRAFÍA

1. Rodden A.M. Common breast concerns. *Prim Care Clin Office Pract*, 2009, 36, 103-113.
2. Salzman B., Fleegle S. y Tully A.S. Common breast problems. *Am Fam Physician*, 2012, 86, 4, 343-349.
3. Zervoudis S., Iatrakis G., Economides P., Polyzos D. y Navrozoglou I. Nipple discharge screening. *Women's Health*, 2010, 6, 1, 135-151.
4. Nicholson B.T., Harvey J.A. y Cohen M.A. Nipple-areolar complex: normal anatomy and benign and malignant processes. *Radiographics*, 2009, 29, 509-523.
5. Sarica O., Zeybek E. y Ozturk E. Evaluation of nipple-areola complex with ultrasonography and magnetic resonance imaging. *J Comput Assist Tomogr*, 2010, 34, 4, 575-586.
6. Berment H., Dolores H., Genevois A. y Dacher J-N. La galacto-IRM: une nouvelle méthode d'exploration des écoulements mamelonnaires. *Gynécol Obstét Fertil*, 2011, 39, 315-320.
7. López Marin L. y Fernández-Cid A. Citología de los derrames mamarios, en *Mastología de A. Fernández-Cid*, Masson, Barcelona, 2ª ed, 2000, 151-152.
8. Parthasarathy V. y Rathnam U. Nipple discharge: an early warning sign of breast cancer. *Int J Prev Med*, 2012, 3, 11, 810-814.
9. Chen L., Zhou. W-B., Zhao Y., Liu X-A., Ding Q., Zha X-M. y Wang Sh. Bloody nipple discharge is a predictor of breast cancer risk: a meta-analysis. *Breast Cancer Res Treat*, 2012, 132, 9-14.
10. Sabel M.S., Helvie M.A., Breslin T., Curry A., Diehl K.M., Cimmino V.M., Chang A.E. y Newman L.A. Is duct excision still necessary for all cases of suspicious nipple discharge? *Breast J*, 2012, 18, 2, 157-162.
11. Alcock Ch y Layer G.T. Predicting occult malignancy in nipple discharge. *ANZ J Surg*, 2010, 80, 646-649.
12. Morrogh M., Park A., Elkin E.B. y King T.A. Lessons learned from 416 cases of nipple discharge of the breast. *Am J Surg*, 2010, 200, 73-80.
13. Frank J.L., Lynch K. y Barrows G. Nipple smear cytology is of no value in the management of women with nipple discharge. *Connecticut Med*, 2010, 74, 4, 207-210.
14. Carvalho M.J., Dias M., Gonçalo M., Fernandes G., Rodrigues V. y De Oliveira C.F. What is the diagnostic value of nipple discharge cytology and galactography in detecting duct pathology? *Eur J Gynec Oncol*, 2009, 30, 5, 543-546.
15. Kalu O.N., Chow C., Wheeler A., Kong Ch y Wapnir I. The diagnostic value of nipple discharge cytology; breast imaging complements predictive value of nipple discharge cytology. *J. Surg Oncol*, 2012, 106, 381-385.
16. Kooistra B.W., Wauters C., Van De Ven S. y Strobbe L. The diagnostic value of nipple discharge cytology in 618 consecutive patients. *EJSO*, 2009, 35, 573-577.
17. El Daly H. y Gudi M. Evaluation of nipple discharge cytology and diagnostic value of red blood cells in cases with negative cytology. *Acta Cytol*, 2010, 54, 4, 560-562.
18. Jain A., Crawford S., Larkin A., Quinlan R. y Rahman R.L. Management of nipple discharge: technology choosing application (letter). *Breast J*, 2010, 16, 4, 451-452.
19. Qin W., Gui G., Zhang K., Twelves D., Kliethermes B. y Sauter E.R. Proteins and carbohydrates in nipple aspirate fluid predict the presence of atypia and cancer in women requiring diagnostic breast biopsy. *BMC Cancer*, 2012, 12, 52-57.
20. Marshall P.S. Duarte G.M. Torresan R.Z. y Cabello C. Bloody nipple discharge in childhood (letter). *Breast J*, 2011, 17, 6, 692-693.
21. Lorenzon M., Zuiani Ch., Linda A., Londero V., Girometti R. y Bazzocchi M. Magnetic resonante Imaging in patients with nipple discharge: should we recommend it? *Eur Radiol*, 2011, 21, 899-907
22. Wenkel E., Janka R., Uder M., Doellinger M., Melzer K., Schulz-Wendtland R. y Schwab S.A. Does direct MR galactography have the potential to become an alternative diagnostic tool in patients with pathological nipple discharge? *Clinical Imaging*, 2011, 35, 85-93.

Caso Clínico

Adenosarcoma uterino presentado como pólipo cervical

Uterine adenosarcoma presented like cervical polyp

López-Olmos J.¹, Rausell Fontestad N.², Marti Ibor M^aE.²

¹ Unidad de Ginecología (Dr. López-Olmos). Centro de Especialidades de Monteolivete. Valencia

² Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia

RESUMEN

Un caso de adenosarcoma uterino en una mujer de 43 años, presentado como pólipo cervical, que se extirpó en dos tiempos. La Resonancia magnética nuclear (RMN) no vió signos de infiltración miometrial. Se practicó histerectomía total y salpingooforectomía bilateral por laparoscopia. Al año de la intervención la paciente permanece asintomática. La tinción Ki 67 es positiva en los núcleos de las células estromales de la zona periglandular, lo que ayuda al diagnóstico de adenosarcoma.

PALABRAS CLAVE

Adenosarcoma uterino, Pólipo cervical, Tinción Ki 67

ABSTRACT

A case of uterine adenosarcoma in a woman of 43 years-old is presented like a cervical polyp, which was resected in two times. The magnetic resonance imaging (MRI) revealed no signs of myometrial infiltration. We performed total hysterectomy and bilateral salpingoophorectomy by laparoscopy. At one year of intervention, the patient remains asymptomatic. The marker Ki 67 is positive in the nuclei of stromal cells of the periglandular zone, this pattern is a helpful for the diagnosis of adenosarcoma.

KEYWORDS

Uterine adenosarcoma, Cervical polyp, Marker Ki 67

INTRODUCCIÓN

El adenosarcoma uterino fue descrito en 1974 por Clement y Scully. Es un tumor raro, el 8% de los sarcomas uterinos. Es un tumor mixto, proliferación con componente epitelial benigno y estroma maligno (1), sarcoma de bajo grado. Se da en endometrio, también en cérvix, trompa, ovario y tejidos paraováricos (2). En mujeres postmenopáusicas, pero en 30% son premenopáusicas. Entre 15 y 90 años, media 58 años. Cursan con sangrado vaginal anormal, dolor pélvico, leucorrea, síntomas inespecíficos urinarios, masa pélvica o tumor procedente en cérvix (3).

Se han relacionado con hiperestronismo, por casos con tamoxifeno por el cáncer de mama. También con la radioterapia pélvica, en algunas diabéticas, y con antecedentes de pólipos cervicales o endometriales o polipeptomias.

Macroscópicamente, es una masa polipoidea, en 90% endometrial y en 10% cervical. Masa blanda por la celularidad de la estroma, al corte esponjosa, y puede haber hemorragia y necrosis focal. Tiene margen claramente definido (4).

Microscópicamente, elemento epitelial benigno y mesénquima maligno (4). El epitelio, en islotes, con glándulas con la luz dilatada formando hendiduras. Las células, como epitelio glandular en fase proliferativa, con cierto grado de atípia, pero no malignidad. El componente mesenquimal es un sarcoma de bajo grado como sarcoma de la estroma endometrial homólogo (3). Hay hiper celularidad periglandular con atípia moderada, mitosis 2-4/10 CGA (campos de gran aumento), o > 4 mitosis en el 80% de los tumores (2). Puede haber elementos heterólogos en el 20% de los tumores: rabiomiosarcomas, cartílago, grasa. La invasión del miometrio se da en 15%.

Puede haber sobrecrecimiento en 10%, áreas de puro sarcoma, hay aumento de la celularidad, atípia y mitosis, y es en > 25% del volumen del tumor (2). Tiene mal pronóstico.

El diagnóstico diferencial (2,3,4), debe hacerse con: pólipos de endocervix y endometrio, adenofibroma, carcinosarcoma, sarcoma de la estroma endometrial, rabiomiosarcoma botrioide, otros sarcomas, adenomioma polipoide atípico, etc.

El tratamiento es la histerectomía total con salpingooforectomía bilateral. Con recurrencia, radioterapia (RT) o quimioterapia (QT) (4). Aunque tiene bajo potencial maligno, hay recurrencia vaginal o abdominal en 25% (2,3). Las metástasis distantes son < 50%. Hay mayor riesgo de recurrencia con invasión del miometrio (4). La recurrencia puede tardar de 3 a 5 años. Pero a los 5 años del diagnóstico, ¼ de las pacientes han muerto por el tumor (2). Con sobrecrecimiento, la muerte es en el 75% de las pacientes (3).

CORRESPONDENCIA:

Dr. Jorge López-Olmos

Unidad de ginecología (Dr. López-Olmos)
Centro de Especialidades de Monteolivete
Avda. Navarro Reverter, 4, 13^a
46004 Valencia
E-mail: jlopezo@sego.es

En este trabajo, presentamos un caso clínico de adenosarcoma uterino, que se mostró como un pólipo cervical, con sangrado postmenstrual, en una mujer de 43 años.

CASO CLÍNICO

Mujer de 43 años, G2P2, sin antecedentes de interés. El 29-05-2013, consulta por dólícomenorreas tipo II, manchado postmenstrual todo el mes, desde hacía 2 meses. A la exploración, se aprecia un pólipo endocervical (figura 1). Se practica polipectomía, extirpando varios fragmentos que se remiten a Anatomía patológica (AP). Se tomaron muestras de citología cervicovaginal, que fue negativa. En la ecografía vaginal: útero normal, canal endocervical libre, línea endometrial, LE=6,9 mm, y ovarios normales.



Figura 1. Macroscópica. Pólipo endocervical

El 11-06-2013, el informe de AP dice: lesión polipoide con proliferación estromal e incremento del nº de mitosis concordante con adenosarcoma. Si la lesión no estuviera extirpada en su totalidad convendría practicar legrado endometrial o histerectomía, para asegurarse de la presencia o ausencia de restos tumorales.

El 13-06-2013, citamos a la paciente para darle el resultado. En la exploración, queda un resto polipoideo, que extirpamos en su totalidad (figura 2). Se tomaron muestras de citología endocervical y biopsia endometrial. Se solicitaron marcadores tumorales y resonancia magnética nuclear (RMN) con contraste.

El 25-06-2013, el informe de AP sobre el 2º pólipo: fragmento polipoide de tipo endometrial que presenta lesión glándulo-estromática, con glándulas endometriales de tipo proliferativo y estroma intensamente hiper celular, (figura 3), sin atipia citológica, con necrosis en la periferia del pólipo y gran aumento del nº de mitosis (9 mitosis/10 CGA) (figura 4). Con técnicas de inmunohistoquímica (IHQ), con Caldesmon y CD-10, índice de proliferación elevado. La población estromal es positiva para CD-10 alrededor de las glándulas, pero se negativiza en la zona intraglandular, siendo aquí positiva para marcadores musculares (Caldesmon) y vimentina. La actividad proliferativa con Ki 67 es elevada en las zonas periglandulares (figura 5). Hay formaciones polipoideas intraglandulares constituidas por estroma. El diagnóstico es: adenosarcoma mülleriano de bajo grado, polipoide, sin identificarse la base de la lesión en el material remitido.

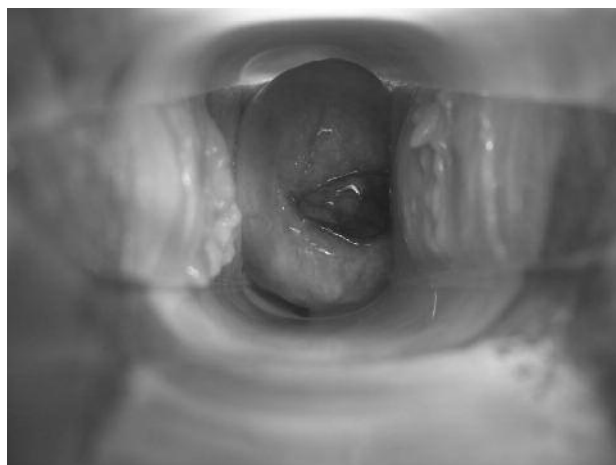


Figura 2. Macroscópica. Pólipo endocervical restante

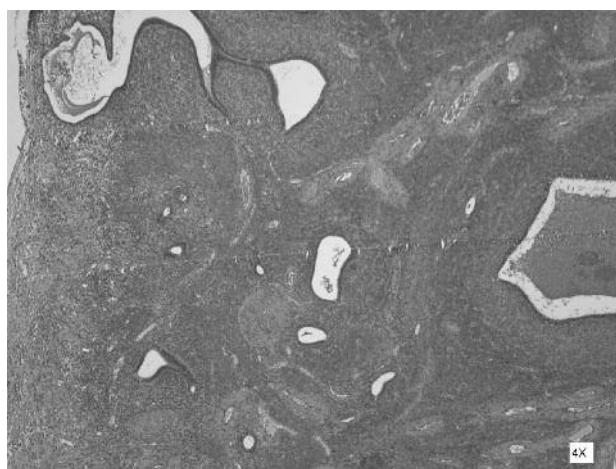


Figura 3. Microscópica, (HE, 4x)

Tejido tumoral constituido por un componente glandular de tipo endometrial, y otro estromal de alta densidad celular que prolifera alrededor de las glándulas y se insinúa a modo de yemas o pseudopólipos en las luces de las mismas

En la citología endocervical, había anomalías en las células epiteliales glandulares. En la biopsia endometrial: fragmentos de mucosa funcional junto a fragmentos de adenosarcoma, idénticos a los del pólipo.

El 28-06-2013, recibimos los marcadores tumorales, que fueron normales: AFP=1,8 ng/ml; CEA=0,7 ng/ml; B- HCG=< 1,2 mUI/ml; CA 19-9=4,5 UI/ml y CA-125=20,6 UI/ml.

El 29-07-2013, se recibe el informe de la RMN: se identifica una lesión polipoidea endometrial de 9 mm en cuerpo uterino, que presenta un pedículo filiforme de 25 mm de longitud con aparente base en endometrio subyacente, sin signos de infiltración miometrial. No se identifican lesiones focales cervicales. No existen adenopatías locorregionales de tamaño significativo. Ovarios, normales.

Con todos estos datos, remitimos a la paciente al hospital, y el 5-08-2013 se practica histerectomía total y anexectomía bilateral por laparoscopia. El útero y los anexos eran normales. El 16-10-2013, el informe de AP de la pieza: el cérvix, presenta una superficie irregular, con

mucosa aparentemente erosionada en labio anteroposterior. El canal endocervical está libre. La cavidad endometrial está revestida con un endometrio engrosado a nivel de cara anterior, donde alcanza espesor máximo de 1 cm, y adquiere aspecto polipoide. El miometrio alcanza un grosor de 2 cm a nivel de cara posterior. Ovarios, normales, con cuerpo lúteo hemorrágico en el derecho. El diagnóstico es: ausencia de tumor residual. Endometrio secretor avanzado, sin lesiones. Ovarios, sin lesiones. Revisando las biopsias previas, se confirma el diagnóstico de adenosarcoma mülleriano.

El 17-10-2013, la paciente presentó un absceso de la cúpula vaginal que se drenó. Actualmente, casi al año de la intervención, la paciente se encuentra asintomática.

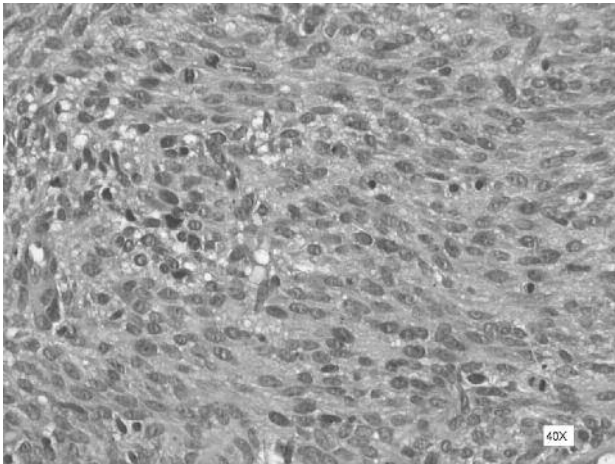


Figura 4. Microscópica, (HE, 40x)

El componente estromal es monomorfo, sin atipia significativa, pero con moderada actividad mitótica (flechas), como puede apreciarse en la tinción de IHQ para Ki 67

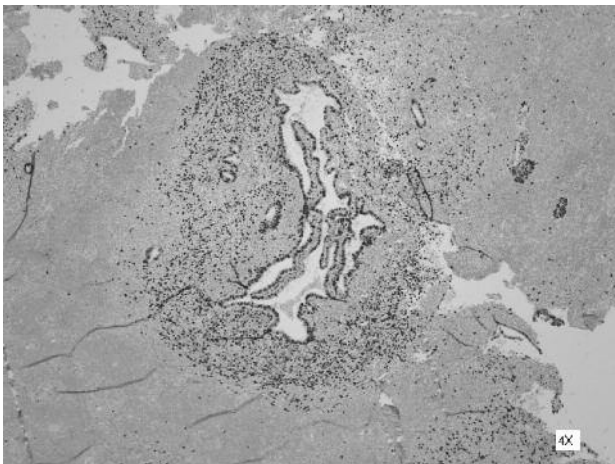


Figura 5. Microscópica, (Ki 67, 4x)

Componente estromal con la tinción Ki 67, marcado en las zonas periglandulares

DISCUSIÓN

Nuestro caso es un adenosarcoma (AS) uterino presentado como pólipo cervical, que se extirpó en dos tiempos. Con el diagnóstico patológico, se comprobó con la RMN que no había infiltración miometrial. Aunque algunos autores aceptan la excisión local del tumor en jóvenes (2), en nuestro caso, una paciente de 43 años y con dos hijos, se practicó histerectomía total y anexectomía bilateral por laparoscopia. Al año de seguimiento, la paciente se encuentra asintomática.

El AS aparece como pólipo cervical benigno, (5), en 7 casos de 14-63 años (media, 39 años). Eran 4 casos homólogos y 3 heterólogos. En 4 casos eran < 36 años y en 3 postmenopáusicas. En 3 casos el tumor estaba en el cérvix. En 5 casos hubo sangrado vaginal anormal. Dos casos murieron 2 años después del diagnóstico.

En el caso de Fatnassi y Amri (6), en una niña de 15 años, presentaba algias pélvicas, y una formación polipoidea que asomaba a través del himen. Con el diagnóstico de AS, practicaron QT y posterior histerectomía con linfadenectomía de iliaca externa. La AP confirmó infiltración superficial del miometrio. Tuvo evolución favorable a 9 meses.

Taga y cols (7), tienen un caso en una mujer de 59 años, G2P2, que presentó sangrado vaginal. En la ecografía había una masa que ocupaba la cavidad uterina. En el legrado fraccionado, se informó de no maligno. La RMN mostró tumor sólido de 77x76 mm intracavitario. Se practicó histerectomía y anexectomía bilateral y linfadenectomía pélvica. No había invasión miometrial. A los 6 meses del postoperatorio, sobrevive.

Shi y cols (8), tienen 9 casos de AS en 1995-2006, sobre 116 casos de sarcoma uterino. Eran mujeres de 20-66 años, media 45 años. Fueron 4 premenopáusicas y 5 postmenopáusicas. El diagnóstico primario fue positivo en 33%. Entre los primeros síntomas y el diagnóstico se tardó 13 meses en premenopáusicas y 8 meses en postmenopáusicas. El pronóstico es bueno en jóvenes y en estadio inicial. En 6 casos era estadio I. Se hizo cirugía y luego QT. La supervivencia fue 23-78 meses, media 51 meses.

Arend y cols (9), estudian la historia natural del AS uterino, entre 1988-2006, y comparan con carcinosarcomas. Sobre 5496 casos, hubo 544 AS (10%) y 4952 carcinosarcomas. Los AS se dan en más jóvenes, y con estadios iniciales ($p < 0,001$). En su mayoría, los AS tienen pronóstico favorable. La supervivencia a 5 años, fue en estadio I, 79% (en carcinosarcomas, 51%), y en estadio III, 48% (en carcinosarcomas, 24%). En los AS, la supervivencia baja a 63-69% con invasión de la pared uterina, y si el tumor está fuera del útero es < 50%.

Bernard y cols (10), en 1984-2010, en dos hospitales de Canadá, Toronto y Vancouver, tienen 64 casos, 30 con sobrecrecimiento. La edad media fue 61 años. La supervivencia fue de largo tiempo, por tiempo variable de recurrencia. Con sobrecrecimiento e invasión miometrial, hay que dar tratamiento adyuvante.

Tanner y cols (11), en 1990-2009, tienen 31 casos: 19 con tratamiento primario, y 12 con tratamiento por recurrencia. Los factores pronósticos fueron: el sobrecrecimiento, elementos heterólogos, la invasión miometrial, y el grado del tumor. El AS con sobrecrecimiento es una enfermedad agresiva, con alta recurrencia. No hay estrategia óptima de tratamiento.

Aggarwal y cols (12), en 2004-2008, estudian con IHQ (Ki 67; Caldesmon, actina, desmina, CD 10), 8 casos de AS (5 de endometrio y 3 de endocérvix) de 39-78 años; 14 pólipos endometriales y 14 adenomas polipoides atípicos. Los AS tenían un patrón de crecimiento polipoide, mitosis 1-15/10 CGA, y eran Ki 67 positivos en los núcleos de la zona periglandular (20%), comparado con la estroma adyacente (<

5%). Esto no ocurría con los otros marcadores. Todos los AS eran CD 10 (+) en la estroma periglandular, y Caldesmon negativos. El Ki 67 ayuda al diagnóstico de AS, sobre todo en material de legrado.

En nuestro caso, también era positivo para CD-10 periglandular, y con Ki-67 era positivo en los núcleos de las zonas periglandulares, lo que confirma lo dicho anteriormente, como ayuda para el diagnóstico de AS.

Los autores declaran: NO existe conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Grases Galofre P.J. Patología ginecológica. (Bases para el diagnóstico morfológico). Masson, Barcelona, 2003.
2. Zaloudek Ch.J.; Hendrickson M.R. y Soslow R.A. Adenosarcoma, en Blaustein's Pathology of the female genital tract, de Kurman, R.J; Ellenson, L.H y Ronnett, B.M. Springer, New York, 6ª ed, 2011, 502-506.
3. Clement Ph.B. y Young R.H. Atlas of Gynecologic Surgical Pathology. Müllerian adenosarcoma, Sanders, Elsevier, Philadelphia, 2008, 223-226.
4. Anderson M.C., Robboy S.J. y Rusell P. Adenosarcoma, en Pathology of the female reproductive tract, de Robboy, S.J; Anderson, M.C y Rusell, P. Churchill Livingstone, London, 2002, 372-375.
5. Kerner H. y Lichtig C. Müllerian adenosarcoma presenting as cervical polyps: a report of seven cases and review of the literature. Obstet Gynecol, 1993, 81, 5, part 1, 655-659.
6. Fatnassi, R. y Amri, F. L'adénosarcome utérin. J Gynecol Obstet Biol Reprod, 2005, 34, 1, 270-272.
7. Taga S., Sawada, M., Nagai A., Yamamoto D. y Hayase R. A case of adenosarcoma of the uterus. Case Rep Obstet Gynecol, 2014, 342187, 1-4.
8. Shi Y., Liu Z., Peng Z. Liu H., Yang K. y Yao X. The diagnosis and treatment of Müllerian adenosarcoma of the uterus. Aust NZ J Obstet Gynecol, 2008, 48, 596-600.
9. Arend R., Bagaria M., Lewin Sh.N., Sun X., Deutsch I., Burke W.M., Herzog Th.J. y Wright J.J. Long-term outcome and natural history of uterine adenosarcomas. Gynecol Oncol, 2010, 119, 305-308.
10. Bernad B., Clarke B.A., Mallowany J.I., Mc Alpine J., Lee Ch-H., Atenafu, E.G; Ferguson, S Y Mackay, H. Uterine adenosarcomas: a dual -institution update on staging, prognosis and survival. Gynecol Oncol, 2013, 131, 634-639.
11. Tanner E.J., Toussaint Th., Leitao M.M.(Jr), Hensley M.L., Soslow R.A., Gardner G.J. y Jewell E.L. Management of uterine adenosarcomas with and without sarcomatous overgrowth. Gynecol Oncol, 2013, 12, 140-144.
12. Aggarwal N. Bhargava R. y Elishaev E. Uterine adenosarcomas: diagnostic use of the proliferation marker Ki -67 as an adjunct to morphologic diagnosis. Int J Gynecol Pathol, 2012, 31, 447-452.

Caso Clínico

Carcinoma adenoide quístico de mama como hallazgo casual, a propósito de un caso

Adenoid cystic carcinoma breast find as casual, a purpose of a case

Navarro M., Azpeitia M., Bernardo R., Vázquez F., Redondo M.C., González I.

Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid

RESUMEN

Este tumor, infrecuente en la mama, es histológicamente idéntico a su contrapartida en las glándulas salivales. Sin embargo, en la mama está asociado a un pronóstico muy favorable. Al examen microscópico el tumor puede ser confundido con carcinoma cribiforme (ya sea in situ o invasor), pero estos dos pueden distinguirse del primero, por la presencia en este último, de dos tipos de células: las células luminales y las células mioepiteliales. Las tinciones para mucina son también de valor; los grandes espacios quísticos contienen mucina alcian blue positiva-hialuronidasa sensible, la cual no se tiñe con el PAS; mientras que los pequeños, indistinguibles, verdaderos espacios glandulares, contienen mucina PAS-positiva distasa-resistente. Estos dos patrones de secreción de mucina son particularmente bien demostrados por la combinación de PAS/Alcian Blue. La inmunohistoquímica puede también ser de valor en el diagnóstico diferencial entre el carcinoma adenoide quístico y el carcinoma ductal infiltrante, los anticuerpos antimembrana basal delimitan los espacios y los anticuerpos específicos para células luminales y mioepiteliales resaltan la población dual.

PALABRAS CLAVE

Adenoide, quístico, mama

ABSTRACT

This, uncommon in breast tumor is histologically identical to its counterpart in the salivary glands. However, in the breast is associated with a favorable prognosis. However, in the breast is associated with a favorable prognosis. Microscopic examination showed the tumor can be confused with cribriform carcinoma (either in situ or invasive), but estos two can be distinguished from the first by the presence in the latter two types of cells: luminal cells and myoepithelial cells. The stains for mucin are also of value; cystic spaces contain large positive mucin alcian blue-sensitive hyaluronidase, which does not stain with PAS; while small, indistinguishable, true spaces glandular spaces containing PAS-positive mucin DISTASA-resistant. These two mucin secretion patterns are particularly well demonstrated by the combination of PAS / Alcian Blue. Immunohistochemistry may also be of value in the differential diagnosis of adenoid cystic carcinoma and infiltrating ductal carcinoma, basal membrane antibodies delineate spaces and antibodies specific for luminal and myoepithelial cells highlight the dual population.

KEY WORDS

Adenoid, cistyc, breast

INTRODUCCIÓN

El carcinoma adenoide quístico (CAQ) de la mama es un tumor poco frecuente. El origen celular de este tumor permanece incierto y pertenece al subgrupo de tumores mioepiteliales que se define por tener proliferación de células epiteliales y mioepiteliales. Presentamos un caso de carcinoma adenoide quístico de mama.

El carcinoma adenoide quístico (CAQ) se ve con mayor frecuencia en glándula salival pero también ocurre primariamente en mama, pulmón, cavidad nasal, piel, cuello uterino, tráquea glándula lagrimal (1). La conducta del CAQ de mama ha sido recientemente revisada (2). Las características citológicas del CAQ de mama son idénticas a las del CAQ de glándula salival con patrón cribiforme. El cuadro está caracterizado por esferas extracelulares y cilindros de material con las mismas cualidades tintoriales que la membrana basal, también se observan numerosas células pequeñas, uniformes y de citoplasma escaso. Las características habituales de malignidad no están presentes. Al examen microscópico el tumor puede ser confundido con carcinoma cribiforme (ya sea in situ o invasor)(3), pero estos dos pueden distinguirse del primero, por la presencia en este último, de dos tipos de

CORRESPONDENCIA:

Dra. Mayte Navarro Monje

Servicio de Ginecología y Obstetricia
Hospital Universitario del Río Hortega
Calle Dulzaina, 2
47006, Valladolid
E-mail: amyte_@hotmail.com

células: las células luminales y las células mioepiteliales. Las tinciones para mucina son también de valor; los grandes espacios quísticos contienen mucina alcian blue positiva-hialuronidasa sensible, la cual no se tiñe con el PAS; mientras que los pequeños, indistinguibles, verdaderos espacios glandulares, contienen mucina PAS-positiva distasa-resistente. Estos dos patrones de secreción de mucina son particularmente bien demostrados por la combinación de PAS/Alcian Blue. La inmunohistoquímica puede también ser de valor en el diagnóstico diferencial entre el carcinoma adenoide quístico y el carcinoma ductal infiltrante, los anticuerpos antimembrana basal delimitan los espacios y los anticuerpos específicos para células luminales y mioepiteliales resaltan la población dual. El diagnóstico diferencial debe incluir las entidades que se caractericen por células de apariencia benignas que se encuentren rodeando agregados redondos de material extracelular; como por ejemplo: la esferulosis colagenosa (4-7). El diagnóstico citológico debe incluir también la mioesferulosis (9,10). Nosotros reportamos e ilustramos un caso, ocurrido en una señora de 54 años.

CASO CLÍNICO

Paciente de 80 años de edad que acude a la consulta de Unidad de Mama de nuestro servicio de ginecología y obstetricia por nódulo de 2cm en mama izquierda. En la exploración se objetiva un nódulo de 1-2 cm en CSE-periareolar mama izquierda, no rodadero y de consistencia dura, la axila presenta una exploración negativa para ganglios patológicos. Se decide completar con pruebas de imagen: En la ecografía de mama se objetiva nódulo, sólido, polilobulado de aproximadamente 18mm de eje mayor sin observarse adenopatías axilares ecográficamente patológicas. Se decide biopsia mediante BAG del nódulo guiado ecográficamente y mandado a anatomía patológica donde se describe: carcinoma adenoide quístico de bajo grado con triple negativo, ck 19 + heterogéneo.

Siguiendo el protocolo de nuestro servicio se decide tumorectomía +biopsia selectiva de ganglio centinela. En quirófano se retira una pieza 5,5x0.5x3cm con bordes libres de células tumorales,

Se realiza biopsia selectiva de ganglio centinela mediante marcación con tecnecio, en la gammagrafía se objetivan dos ganglios marcados y se extraen: negativos según técnica osna para metástasis

DISCUSIÓN

El CAQ representa menos del 0.1% de los carcinomas de mama. Se presenta entre los 50 y 60 años, con predisposición para la región periareolar. La supervivencia a 10 años es total, las metástasis son raras. Las variantes histológicas son la glandular (o tubular), reticular (o trabecular) y sólida. Se gradan según la proporción de componente sólido (G1-G3). Fenotípicamente, son triple negativos y tipo basal. El tratamiento es la mastectomía radical y en el caso de las nodulectomías se añade radioterapia post quirúrgica. La quimioterapia puede ser adyuvante en casos concretos. No ha sido reportada eficacia con dianas terapéuticas. El CAQ de mama es un raro subtipo de adenocarcinoma que podemos diagnosticar con ayuda inmunohistoquímica y patrones morfológicos precisos ya que tiene un excelente pronóstico.

Menos del 1% de los carcinomas mamarios tienen un patrón adenoide quístico. A pesar de su rareza, estos tumores han generado considerable interés, quizás como consecuencia de su relativamente favorable pronóstico y semejanza morfológica con los tumores originados en glándulas salivales, pulmón, esófago y otros sitios. El término cilindroma, usado intercambiamente con carcinoma adenoide quístico, fue propuesto por Billroth, quien concluyó estaba compuesto de cilindros de estroma y células epiteliales. Ewing hizo referencia al carcinoma adenoide quístico de glándulas salivales, y este término fue aplicado en 1945, a los tumores de la mama por Geschickter, refiriéndose a lesiones que él clasificó como carcinoma adenoide quístico de células basales. Tres ejemplos de carcinoma adenoide quísticos fueron citados por Foote y Stewart en 1946. Dos décadas más tarde, Galloway et al. De la Clínica Mayo describió la primera serie de casos y revisó otros 12 previamente reportados. (11) Hasta 1993 (12) sólo habían sido reportados 100 casos, en la literatura mundial. En una serie de 12 pacientes sólo se habían reportado 14 metástasis (1). El intervalo promedio entre el diagnóstico y la primera recurrencia fue de 7,5 años. En todos los casos se encontraron metástasis pulmonares. Las metástasis a otros sitios son raras, inclusive a ganglios linfáticos. Así, la piedra angular del seguimiento de las pacientes con CAQ debe ser la placa de tórax

El carcinoma adenoide quístico ocurre en mujeres adultas en una edad de distribución similar a la del carcinoma mamario, con pacientes entre 25 y 80 años. La edad promedio oscila entre 50 a 63 años. Se han encontrado casos aislados en hombres y en niños. (11) La mama derecha y la izquierda son afectadas por igual. La presentación bilateral no es frecuente; sin embargo, otros tipos histológicos han aparecido en la mama contra lateral. (11).

BIBLIOGRAFÍA

1. Herzberg AJ, Bossen EH, Walter PJ. Adenoid cystic carcinoma of the breast metastatic to the kidney: a clinically symptomatic lesion requiring surgical management. *Cancer* 1991;68:1015-21.
2. Zajicek J. Aspiration biopsy cytology. Part 1. Cytology of supradiaphragmatic organs. Basel: Karger, 1974:181-4
3. Sternberg SS, et al. *Diagnostic Surgical Pathology*. 2nd Edition, 1996 ,(I): 372, 400.
4. Clement PB, Young RH, Azzopardi JG. Collagenous spherulosis of the breast. *Am J Surg Pathol* 1987; 11:411-7.
5. Clement PB. Collagenous spherulosis. (letter) *Am J Surg Pathol* 1987;11:907
6. Grignon DJ, Ro JY, Mackay BN, Ordoñez NG, Ayala AG. Collagenous spherulosis of the breast: immunohistochemical and ultrastructural studies. *Am J Clin Pathol* 1989; 91:386-92.
7. Johnson TI, Kini SH. Cytologic features of collagenous spherulosis of the breast. *Diagn Cytopathol* 1991; 7: 417-19.
8. Rosai J. The nature of mysospherulosis of upper respiratory tract. *Am J Clin Pathol* 1978; 69: 475-81.
9. Ferrell LD. Mysospherulosis of the breast: diagnosis by fine needle aspiration. *Acta Cytol* 1984; 28:726-8.
10. Löwhagen T, Tani EM, Skoog L. Salivary Gland and rare head and neck lesions. In: Bibbo M, ed. *Comprehensive cytopathology*. Philadelphia: B Saunders, 1991:632-4.
11. Rosen PP. *Rosen 's Breast Pathology*. Lippincott-Raven Editors, Philadelphia, Pennsylvania, 1997, 465-81
12. Tavassoli FA, Norris HJ. Mammary adenoid cystic carcinoma with sebaceous differentiation. A morphologic study of the cell types. *Arch Pathol Lab Med* 1986; 110:1045-1053.
13. Ro JY, Silva EG, Gallager HS. Adenoid cystic carcinoma of the breast. *Hum Pathol* 1987;18:1276-1281.
14. Stanley MW, Tani EM, Rutquist LE, Skoog L. Adenoid Cystic Carcinoma of the breast. *Cytopathol* 1993; 9:184-87.
15. Fletcher CDM. *Diagnostic Histopathology of tumors*. Hong Kong. Churchill Livingstone Editor, 1995: (1):676-77.

Caso Clínico**Embarazo ectópico de 11 semanas de gestación***Ectopic pregnancy 11 weeks of pregnancy***Laguna M^a, Pérez E., Díaz Y., Fraga S., Rodríguez J.M.**

Servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Infanta Elena. Valdemoro. (Madrid)

RESUMEN

Reportar el caso prácticamente asintomático, de gestación ectópica en una paciente de casi tres meses de edad gestacional. Este tipo de embarazos, normalmente son diagnosticados a una edad gestacional mucho menor ya que, la mayoría, producen dolor abdominal y sangrado precozmente. Sujetos y método: En este caso, la paciente acudió a urgencias refiriendo un escaso dolor abdominal. Se confirmó el diagnóstico de gestación ectópica con un embrión acorde con 11 semanas de edad gestacional y con latido cardiaco positivo. Conclusiones: el embarazo ectópico evolutivo de once semanas es una rareza que requiere una sospecha diagnóstica y rápida atención quirúrgica para asegurar un pronóstico favorable para la mujer. Resultado: la mejor opción terapéutica es la laparoscopia siempre que el estado de ingreso de la paciente lo permita.

PALABRAS CLAVE

Embarazo, Ectópico, Complicaciones gestación, Dolor hipogastrio.

ABSTRACT

To report the almost asymptomatic case of ectopic pregnancy in a patient nearly three months of gestation. Such pregnancies are usually diagnosed at a much lower gestational age because, most produce abdominal pain and bleeding early. Subjects and Methods: In this case, the patient came to the emergency referring little abdominal pain. The diagnosis of ectopic pregnancy with one embryo consistent with 11 weeks gestational age and confirmed positive heartbeat. Conclusions: the evolutionary eleven weeks ectopic pregnancy is a rarity that requires a suspected diagnosis and quick surgical care to ensure a favorable prognosis for women. Result: The best treatment option is laparoscopy whenever the income status of the patient permits.

KEYWORDS

Pregnancy, Ectopic, complications gestation, lower abdomen pain.

INTRODUCCIÓN

El embarazo ectópico se produce cuando el blastocisto en desarrollo se implanta en un sitio que no sea el endometrio de la cavidad uterina. La localización extrauterina más común es la trompa de Falopio, que representa el 98 por ciento de todos los embarazos ectópicos. El manejo de estos embarazos ha cambiado en los últimos años(1). El principio rector es un enfoque conservador que intenta salvar la trompa, en lugar de salpingectomía. Sin embargo, es importante recordar que la hemorragia del embarazo ectópico sigue siendo la principal causa de muerte materna relacionada con el embarazo en el primer trimestre y representa el 4 al 10 por ciento de todas las muertes relacionadas con el embarazo(2,3).

La prevalencia de embarazo ectópico en las mujeres que acuden a un servicio de urgencias con el primer trimestre de sangrado, dolor, o ambos oscila entre un 6 a 16 por ciento(4). La incidencia global de embarazo ectópico aumenta durante la mitad del siglo XX, alcanzando aproximadamente a casi el 20 por 1000 embarazos en la década de 1990. Esta incidencia creciente está fuertemente asociado con una mayor incidencia de la enfermedad inflamatoria pélvica(5).

Los factores de alto riesgo principales son(6,7,8) Embarazo ectópico anterior, patología de trompas, la cirugía sobre las mismas. Otros factores de riesgo: Infecciones genitales anteriores, los dispositivos intrauterinos(9,10), infertilidad, múltiples parejas sexuales, fertilización in vitro, ducha vaginal, fumar.

En cuanto a la frecuencia de localizaciones de los embarazos ectópicos: casi todos los embarazos ectópicos ocurren en la trompa de Falopio (98 por ciento). En una serie de 1.800 casos tratados quirúrgicamente, la distribución de los sitios fue ampular (70%), ístmica (12%), fimbrial (11,1%), de ovario (3,2%), intersticial (2,4%) y abdominal (1,3%) (11)

Clínicamente, ante una mujer embarazada con sangrado vaginal o dolor antes de 20 semanas, el embarazo ectópico es una preocupación menor, porque más del 98 por ciento de los embarazos ectópicos ocurren en la trompa de Falopio y prácticamente todos los embarazos ectópicos trompas habrá sido diagnosticada por este tiempo (aunque abdominal, heterotópico, cervical, cornual y embarazos ectópicos en cicatriz por cesárea, a menudo, son diagnosticados en gestaciones más avanzadas) Los ectópicos en las trompas a esta edad gestacional son raros.

CORRESPONDENCIA:**Dra. María Laguna Herrera**

Servicio de Obstetricia y Ginecología

Hospital Infanta Elena. Valdemoro.

Madrid

Telf: 658326605

e-mail: marylh81@hotmail.com

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 27 años A.M.V., sin antecedentes médicos de interés excepto alergia a la amoxicilina, con antecedentes obstétricos de un parto eutócico. Sin antecedentes de enfermedad pélvica ni uso de dispositivo intrauterino anticonceptivo. Acudió a nuestro servicio de urgencias por dolor abdominal en hipogastrio de 3 días de evolución aproximadamente, sin ningún otro síntoma acompañante. Su última regla fue hacia ocho semanas y seis días el día de su visita a urgencias. Como método anticonceptivo utilizaba preservativo a veces.

A su ingreso en el servicio de urgencias sus signos vitales eran: tensión arterial de 120/60, frecuencia cardíaca de 78 latidos por minuto y temperatura 36,4°. En la exploración: Abdomen blando y depresible sin signos de irritación peritoneal. Blumberg negativo. Doloroso a la palpación profunda en fosa iliaca derecha. Especuloscopia: Vagina normal con cérvix de nülpara de buen aspecto sin restos hemáticos y sin visualizarse sangrado activo en el momento del ingreso. Tacto bimanual: útero en ante regular aumentado como unas ocho semanas, se palpa masa de consistencia elástica en área anexial derecha.

La ecografía transvaginal demuestra un útero en ante regular de 88 x 54 mm de histerometría, con un endometrio de 18.7 mm vacío. Anejo derecho: ovario derecho normal, y adyacente a él se objetiva una formación de 71 x 56 mm, independiente del útero, en la que se visualiza un saco gestacional con embrión único de 41 mm de CRL acorde con 11+1 semanas, con actividad cardíaca positiva. Anejo izquierdo normal. Moderado líquido libre en pelvis.

Ante estos hallazgos se concluyó que se trataba de un embarazo ectópico derecho de once semanas. La paciente desconocía su estado de gestación.

Los exámenes de laboratorio reportaron: Hemoglobina de 10,3 g/dl, 243000 plaquetas, hematocrito de 30,4%, leucocitos de 13880. TPT: 12,5, Índice de quick 82,6%, INR: 1,16, TTPA: 27,1. La hormona BHCG en sangre fue: 39859

Con estos hallazgos se decidió tratar a la paciente quirúrgicamente con abordaje por vía laparoscópico.

Durante el procedimiento quirúrgico se objetivó el útero aumentado de tamaño y de consistencia blanda. La trompa derecha tenía un color violáceo con aumento de volumen y abortando tejido y embrión acorde a once semanas, a través de la fimbria. Existía un hemoperitoneo de unos 500 - 600 cc. Los ovarios y la trompa izquierda no tenían alteraciones. Se realizó salpingectomía derecha, drenaje y lavado de la cavidad. La cirugía transcurrió sin incidentes ni complicaciones. (Figura 1)

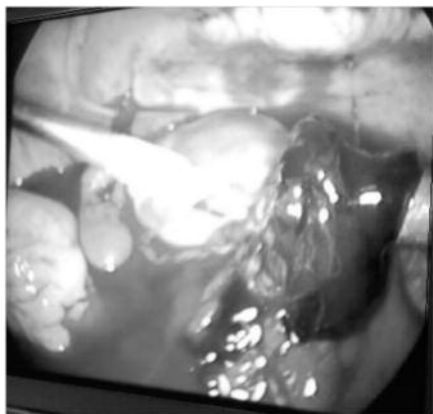


Figura 1.

El servicio de anatomía patológica reportó: 2 fragmentos hemáticos con trompa rota y presencia de vellosidades desde el punto de vista macroscópico. Inclusión parcial en 2 cápsulas. El informe concluye: embarazo ectópico perforado.

La evolución postoperatoria fue satisfactoria, aunque precisó la transfusión de dos concentrados de hemáties.

DISCUSIÓN

La frecuencia de embarazo ectópico está aumentando sobre todo en técnicas de reproducción asistida. La detección de estos embarazos suele producirse en las primeras semanas de gestación, siendo diagnosticados precozmente y siendo posible el tratamiento médico conservador, preservando la trompa de la paciente. Por ello es importante reconocer los factores de riesgo que pueden condicionar este tipo de embarazos como: enfermedades inflamatorias pélvicas, edad materna avanzada en momento de la concepción, técnicas de fertilización asistida, cirugía tubárica.

El embarazo ectópico es raro en esta edad gestacional. Cuando un embarazo ectópico se diagnostica tardíamente, la ubicación es probable que no sea tubárica si no abdominal, cervical, cicatriz de cesárea, cornual o heterotópico (es decir, intrauterina coexistentes y los embarazos extrauterinos). Aunque también se trata de entidades raras, en los embarazos ectópicos acompañantes en gestaciones heterotópicas, el 54% de las pacientes lo cursan asintomático, de ahí que sea difícil un diagnóstico temprano. Pero, el diagnóstico de embarazos ectópicos en semanas avanzadas continúa siendo un caso excepcional¹².

En este caso la localización en las fimbrias, hizo que el embarazo creciera sin producir mucha clínica, unido al desconocimiento de gestación por parte de la paciente que hizo que no tuviese ecografías previas.

Los factores que influyen en el tratamiento del embarazo ectópico incluyen: la certeza del diagnóstico, el sitio de implantación y las manifestaciones clínicas de la paciente. En este caso, el diagnóstico se confirmó y se decidió realizar cirugía laparoscópica, que ha demostrado ser exitosa. Fue así como se logró resolver el cuadro agudo, sin tener que recurrir a laparotomía gracias a la situación hemodinámica estable de la paciente.

CONCLUSIÓN

El embarazo ectópico en edad gestacional avanzada, se trata de un hecho poco frecuente que, si bien ha ido en aumento en los últimos años debido a las técnicas de reproducción asistida y a problemas como la enfermedad pélvica inflamatoria, puede manifestarse sin factores de riesgo asociados; por eso debe tenerse siempre en mente, para que las decisiones diagnósticas y terapéuticas que implica, se asuman con el suficiente conocimiento.

Un hemoperitoneo secundario a embarazo ectópico debe ser incluido en el diagnóstico diferencial de dolor abdominal y shock hemodinámico, incluso en semanas avanzadas de gestación, sobre todo si el embarazo es producto de una técnica de reproducción asistida y si no tienen ecografías previas.

La laparoscopia ha demostrado ser efectiva para su tratamiento a pesar de la avanzada edad de gestación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Yao M, Tulandi T. Current status of surgical and nonsurgical management of ectopic pregnancy. *Fertil Steril* 1997; 67:421.
2. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Ectopic pregnancy-United States, 1990-1992. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 1995; 44:46.
3. Fylstra DL. Tubal pregnancy: a review of current diagnosis and treatment. *Obstet Gynecol Surv* 1998; 53:320.
4. Murray H, Baakdah H, Bardell T, Tulandi T. Diagnosis and treatment of ectopic pregnancy. *CMAJ* 2005; 173:905.
5. Kamwendo F, Forslin L, Bodin L, Danielsson D. Epidemiology of ectopic pregnancy during a 28 year period and the role of pelvic inflammatory disease. *Sex Transm Infect* 2000; 76:28.
6. Murray H, Baakdah H, Bardell T, Tulandi T. Diagnosis and treatment of ectopic pregnancy. *CMAJ* 2005; 173:905.
7. Ankum WM, Mol BW, Van der Veen F, Bossuyt PM. Risk factors for ectopic pregnancy: a meta-analysis. *Fertil Steril* 1996; 65:1093
8. Peterson HB, Xia Z, Hughes JM, et al. The risk of ectopic pregnancy after tubal sterilization. U.S. Collaborative Review of Sterilization Working Group. *N Engl J Med* 1997; 336:762.
9. Sivin I. Dose- and age-dependent ectopic pregnancy risks with intrauterine contraception. *Obstet Gynecol* 1991; 78:291
10. Backman T, Rauramo I, Huhtala S, Koskenvuo M. Pregnancy during the use of levonorgestrel intrauterine system. *Am J Obstet Gynecol* 2004; 190:50.
11. Bouyer J, Coste J, Fernandez H, et al. Sites of ectopic pregnancy: a 10 year population-based study of 1800 cases. *Hum Reprod* 2002; 17:3224.
12. Habana A, Dokras A, Giraldo J, Jones E. Cornual heterotopic pregnancy: contemporary management options. *Am J Obstet Gynecol Rev* 2000; 182:1264-1270

Caso Clínico

Gestación con inseminación artificial tras resección de septo uterino mediante histeroscopia laser diodo

Pregnancy with artificial insemination after resection with hysteroscopy by laser diode of uterine septum

Navarro Monje M., Bernardo Vega R., Redondo Llorente M.C., Montoya García C.F., Arnal Burró A.M., Vazquez Camino F.

Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario del Río Hortega. Valladolid

RESUMEN

El útero septo es la malformación uterina más frecuente, y representa más de la mitad de las anomalías congénitas Müllerianas. Está asociada a una tasa de pérdida gestacional que puede llegar hasta a un 70% y también se ha demostrado que es un riesgo importante para el parto prematuro. La relación de tabique uterino e infertilidad sigue siendo controvertida, con datos limitados y contradictorios en la literatura. Mientras algunos investigadores argumentan que el útero septo no es un factor de infertilidad y que algunos pacientes con un útero septo pueden tener resultados de embarazo bastante razonables otros opinan que es un factor muy importante en la infertilidad de origen desconocido. Algunos datos recientes indican mejores resultados reproductivos en pacientes con infertilidad inexplicada después de corrección histeroscópica del septo uterino. El láser de diodo se ha comenzado a utilizar de manera reciente en cirugía mínimamente invasiva, y concretamente en Ginecología dentro de la histeroscopia para tratamientos de defectos de la cavidad uterina: pólipos, miomas y tabiques uterinos.

PALABRAS CLAVE

Embarazo, Laser, Diodo

ABSTRACT

The septate uterus, the most frequently occurring uterine malformation, accounts for over half of all congenital Müllerian anomalies. It is associated with a very high pregnancy wastage rate, which could be as high as 70%. It has also been shown to be an important risk variable for preterm birth. The issue of uterine septum and infertility remains a controversial one, with both limited and conflicting data in the literature. While some investigators have argued that the septate uterus is not an infertility factor in its self and that some patients with a septate uterus have quite reasonable pregnancy outcomes others believe that it may play a role especially in patients with unexplained infertility. Some recent data suggest improved reproductive outcome in patients with unexplained infertility after hysteroscopic correction of uterine septum. The diode laser has also recently been used in minimally invasive surgery including hysteroscopy treatment of defects in the uterine cavity: polyps, fibroids and uterine septo.

KEY WORDS

Pregnancy, Laser, Diodo

INTRODUCCIÓN

El septo uterino es el tipo más común de malformación uterina congénita. Este tipo de malformación puede provocar infertilidad, abortos de repetición, anomalías en la posición fetal y parto prematuro. La histeroscopia es la manera más sencilla y segura para corregir este tipo de patologías uterinas.(1)(2)

Muchos estudios publicados hablan de las tasas de embarazo después del tratamiento histeroscópico del defecto uterino de entre un 23 y un 75% incluyendo además protocolos de actuación durante el tratamiento para evitar efectos secundarios como el síndrome de Ashermann.(3)(4)(5). Hay controversia respecto a la utilización de progesterona para mantener la cavidad distendida hasta que la zona tratada cicatrice y evitar recidivas(6)

El láser diodo se utiliza actualmente en la cirugía mínimamente invasiva. Este laser permite una excelente hemostasia como resultado de una alta absorción de melanina y hemoglobina en la parte cercana a la zona de tratamiento con la fibra laser.

En la actualidad el tratamiento de los tabiques uterinos en nuestro centro reside en la resección de los mismos mediante histeroscopia ambulatoria utilizando laser diodo, evitando la utilización de quirófano y

CORRESPONDENCIA:

Dra. Mayte Navarro Monje

Servicio de Obstetricia y Ginecología
Hospital Universitario del Río Hortega
C/ Dulzaina nº2 47007, Valladolid
E-mail: amyte_@hotmail.com

anestesia así como ingreso hospitalario. Tras la resección del tabique se realiza un control histeroscópico a los 3 meses para comprobar si la resección ha sido completa.(7)(8)

Presentamos un caso de gestación tras resección de tabique uterino mediante histeroscopia con láser diodo en una paciente que ha sido estudiada en nuestra unidad de Reproducción. La reciente introducción de esta técnica de resección de tabiques uterinos hace que no existan casos publicados en la bibliografía consultada sobre gestación tras tratamiento con láser, y de aquí el indudable interés del caso.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de una mujer de 38 años de edad que acude a nuestra consulta de Reproducción para tratamiento de fertilidad.

No refiere antecedentes personales de interés. Nuligesta con menarquía a los 12 años y con fórmula menstrual 5/28. Se realiza estudio protocolizado por la Unidad de Reproducción, que resulta normal, exceptuando la histerosalpingografía, informada como alteración morfológica de la cavidad endometrial en relación con un útero bicorne o septado parcial con ambas trompas son permeables, de morfología normal con paso del contraste a peritoneo.

Se decide derivar a la paciente antes de comenzar tratamiento a la Unidad de Histeroscopia para resección del defecto uterino encontrado. Se realiza una histeroscopia diagnóstica donde se corrobora el diagnóstico de septo uterino y posteriormente se realiza la resección del mismo con histeroscopia laser. (imagen 1 y 2). Como indica el protocolo aprobado en nuestro hospital, se realiza un control histeroscópico a los 3 meses para comprobar el estado de la cavidad uterina que fue normal.

Se realizan 3 inseminaciones con semen de donante sin conseguir gestación y en el control ecográfico previo a la cuarta presenta 2 foliculos

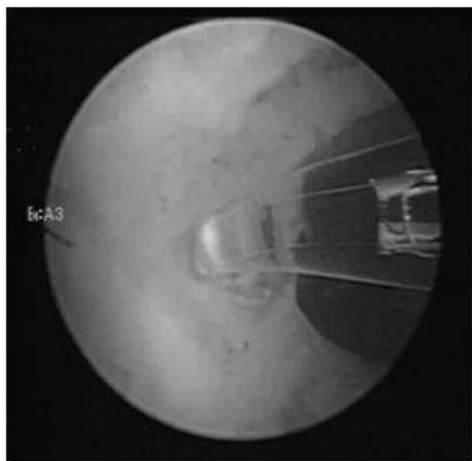


Figura 1. Proceso de resección de tabique

de 17 y 19 mm informando de la posibilidad de gestación múltiple. Acude a la consulta de Reproducción tras la inseminación por amenorrea de 4 semanas y 5 días y habiéndose realizado test de gestación con resultado positivo. Se realiza ecografía transvaginal donde se objetiva saco gestacional intrauterino de 10mm, vesícula vitelina con embrión con crl de 3mm sin objetivar latido cardíaco fetal, y en ovario izquierdo dos imágenes anecoicas compatibles con cuerpos lúteos. Se realiza diagnóstico de aborto diferido a las 8 semanas de gestación tratando a

la paciente con 800 microgramos de misoprostol intravaginal, para evacuación de restos abortivos.



Figura 2.. Tabique resecado

DISCUSIÓN

La infertilidad es definida como la imposibilidad de conseguir embarazo durante un año consecutivo. La patología intracavitaria incluye malformaciones, miomas submucosos y pólipos endometriales.

Los septos uterinos resultan de la reabsorción incompleta del conducto paramesonefrico Mulleriano durante el primer trimestre de embarazo. La reabsorción se inicia a nivel del cérvix uterino y continua hasta el fondo uterino.

El septo uterino afecta a la reproductividad femenina de tres maneras: complicaciones obstétricas, abortos de repetición e infertilidad

Las anomalías congénitas del aparato reproductor femenino están asociadas a una alta tasa de infertilidad. La histeroscopia diagnóstica nos permite la evaluación de la cavidad uterina y la detección de este tipo de defectos y su posible tratamiento(9).

Los tabiques uterinos se trataban mediante técnicas laparotómicas que ha sido sustituido en la actualidad por tratamiento mediante histeroscopia. Este cambio aporta una tasa menor de complicaciones como adhesiones postoperatorias que causaban infertilidad y dehiscencias uterinas durante el parto en un tiempo posterior al tratamiento, indicando en la mayoría de los casos cesárea electiva(29). Además la laparotomía estaba asociada a una estancia hospitalaria mucho mayor en comparación a la resectoscopia (que solamente precisa unas horas de estancia en Hospital de Día) y también en relación con la histeroscopia, con una estancia de unos minutos tras su realización. La histeroscopia ofrece la posibilidad de una fácil y completa corrección de la cavidad uterina y entre otras en casos de uteros septos y arcuatos, no solo para obtener una anatomía dentro de la normalidad sino, aun mas importante, restaurando su funcionalidad(11).

Recientemente, se ha observado un crecimiento exponencial de la aplicación del láser diodo en la medicina, utilizándolo cada vez más debido a sus propiedades terapéuticas.

Diferentes tipos de laser han sido utilizados en el tiempo incluyendo el de argón, CO2, Yag Diodo etc.

El láser diodo tiene ciertas ventajas respecto a los otros. Consiste en un láser electrónico compuesto de 2 materiales semiconductores con el tamaño de un grano de arena. Esta tecnología hace posible trabajar sobre campos quirúrgicos muy reducidos. Un microprocesador controla y regula la corriente eléctrica a través del diodo y genera el rayo láser creando la posibilidad del corte y coagulación con un daño termal lateral muy bajo.(10)

Estas características lo han convertido en un tratamiento muy importante en reparación de defectos de la cavidad uterina como es el caso de los tabiques uterinos, donde mediante la vaporización del tejido podemos reducir el tabique de manera ambulatoria y lograr una cavidad uterina competente para la gestación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tomažević T, Ban-Frangež H, Ribič-Pucelj M, Premru-Sršen T, Verdenik I. Small uterine septum is an important risk variable for preterm birth. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2007; 135(2): 154-157.
2. Chan Y, Jayaprakasan K, Zamora J, Thornton J, Raine-Fenning N, Coomarasamy A. The prevalence of congenital uterine anomalies in unselected and high-risk populations: a systematic review. *Human reproduction update*. 2011; 17(6): 761-771.
3. Ozyer S, Uzunlar O, Ozcan N, Yesilyurt H, Karayalcin R, Sargin A, et al. Endometriomas in adolescents and young women. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2013 Jun; 26(3): 176-179.
4. Ban-Frangež H, Tomažević T, Virant-Klun I, Verdenik I, Ribič-Pucelj M, Bokal EV. The outcome of singleton pregnancies after IVF/ICSI in women before and after hysteroscopic resection of a uterine septum compared to normal controls. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2009; 146(2): 184-187.
5. Doridot V, Gervaise A, Taylor S, Frydman R, Fernandez H. Obstetric outcome after endoscopic transection of the uterine septum. *The Journal of the American Association of Gynecologic Laparoscopists*. 2003; 10(2): 271-275.
6. Chen S-Q, Deng N, Jiang H-Y, Li J-B, Lu S, Yao S-Z. Management and reproductive outcome of complete septate uterus with duplicated cervix and vaginal septum: review of 21 cases. *Archives of gynecology and obstetrics*. 2013; 287(4): 709-714
7. Mereu, L., Angioni, S., Melis, G.B., Mencaglia, L., 2010. Single access laparoscopy for adnexal. pathologies using a novel reusable port and curved instruments. *Int. J. Gynaecol. Obstet.* 109 (1), 78–80.
8. Song, T., Choi, J., Kim, T.J., Kim, I.R., Hahm, T.S., Kim, B.G., Bae, D.S., 2013. Cosmetic outcome of laparoendoscopic single-site hysterectomy compared with multi-port surgery: randomized controlled trial. *J. Minim. Invasive Gynecol.* 20 (4), 460–467.
9. Nagele F., O'Connor H., Davies A., Badawy A., Mohamed H., Magos A 2500 outpatients diagnostic hysteroscopies. *Obstet.Gynecol.* 1996, 88:87-92
10. Abrao, M.S., Ikeda, F., Podgaec, S., Pereira, P.P., 2000. Microlaparoscopic for an intact ectopic pregnancy and endometriosis with the use of a diode laser: case report. *Hum. Reprod.* 15 (6), 1369–1371.
11. Grimbizis GF, Camus M, Tarlatzis BC, Bontis JN, Devroey P: Clinical implications of uterine malformations and hysteroscopic treatment results. *Hum Reprod Update* 2001, 7:161-174.

