

CARCINOMA NEUROENDOCRINO: REPORTE DE CASO

César Valencia¹, Moisés Figuero²

RESUMEN

Se comunica un raro caso de carcinoma de cérvix neuroendocrino. Se presenta la sintomatología comunicada en la consulta inicial, el informe del estudio anatomopatológico de la biopsia, la revisión bibliográfica, así como algunos comentarios pertinentes.

Palabras clave: Carcinoma neuroendocrino; Carcinoma de cérvix.

Rev Per Ginecol Obstet 2003; 49: 131-133

SUMMARY

We report a rare case of neuroendocrine carcinoma of the uterine cervix. Symptoms on admission, biopsy pathology report, bibliographical revision are presented, as well as, some pertinent comments.

Key words: Neuroendocrine carcinoma; Carcinoma of the cervix.

Rev Per Ginecol Obstet (Perú) 2003; 49: 131-133

CASO

Paciente mujer de 69 años, casada, natural de Ancash, procedente de Ancón, con los siguientes antecedentes: menarquía a los 12 años, fecha de última menstruación hace 30 años, G8 P8004, última relación sexual hace 10 años, número de compañeros sexuales, 2. Antecedentes patológicos: en

1970, histerectomía subtotal por leiomiomatosis uterina. Desde 1990, hipertensión arterial, con tratamiento irregular.

La paciente ingresó por emergencia, con un tiempo de enfermedad de 15 días, por disminución del volumen urinario y, 4 días antes del ingreso, hematuria macroscópica; además, dolor en hipogastrio. Acude a la posta médica y es transferida al Hospital Nacional Cayetano Heredia. Al momento del ingreso refirió apetito y sed disminuidos, deposiciones blandas cada 3 días y hallazgos de orina con sangre.

Al examen físico, presión arterial 100/60 mmHg y pulso 110 por minuto. Abdomen con ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, dolor a la palpación profunda en hipogastrio y fosa ilíaca izquierda, rebote negativo. Genitourinario con puñopercusión negativa, bilateral; presenta sonda Foley permeable, orina hematúrica. Los genitales externos de acuerdo a edad y sexo; vagina hipotrófica, cérvix con lesión crateriforme ne-

1. Residente de Ginecología y Obstetricia, tercer año

2. Jefe del Servicio de Ginecología y Obstetricia Departamento de Ginecología y Obstetricia, Hospital Nacional Cayetano Heredia, Lima

Correspondencia: Dr. César Augusto Valencia Santos
Calle Los Chasquis 277, Zárata SJL



crótica que infiltra el tercio superior de la vagina. Al examen bimanual se encuentra vagina poco elástica, cérvix irregular pétreo, no móvil, con expansión a los fondos de saco, doloroso al examen; al tacto rectal, tumoración con compromiso hasta hueso pélvico bilateralmente y recto.

Exámenes auxiliares: hematócrito, 36%; hemograma con 8 300 leucocitos, 1% de basófilos, 70% segmentados, 1% eosinófilo, 1% bastones, 3% monocitos, 24% linfocitos, plaquetas 265 000/mL; tiempo de protrombina 18"/12,7", tiempo parcial de tromboplastina 24,4"/36,8"; INR 1,54; glucosa 106 mg/dL, urea 99 mg/dL, creatinina 3,40 mg/dL. Electrólitos: sodio, 122 mmol/L; potasio, 4,9 mmol/L; cloro, 97 mmol/L. Perfil hematológico en límites normales. Examen de orina: más de 100 hematíes por campo.

Como tratamiento inicial, la paciente recibió hidratación parenteral, ranitidina 50 mg EV cada 12 horas, nifedipino oros 30 mg VO cada 24 horas.

Se realizó una biopsia de cérvix por visión directa, cuyo examen anatomopatológico reveló "hallazgos consistentes con carcinoma de cérvix con diferenciación neuroendocrina".

La paciente estuvo hospitalizada del 13 al 14 de noviembre del año 2000, cuando fue transferida al servicio de emergencia del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, para el tratamiento definitivo.

Los diagnósticos de transferencia fueron:

1. Carcinoma de cérvix, estadio clínico IV B (Servicio de Oncología)
2. Desequilibrio hidroelectrolítico (Servicio de Nefrología)
3. Uremia (con insuficiencia renal aguda oligúrica) (Servicio de Nefrología)
4. Hipertensión arterial crónica (Servicio de Medicina).

El diagnóstico anatomopatológico fue carcinoma pobremente diferenciado infiltrante y el patólogo sugirió el examen inmunohistoquímico, para completar el diagnóstico de "carcinoma con diferenciación neuroendocrina"; la prueba inmunohistoquímica fue informada como "sinaptofisina negativo".

DISCUSIÓN

Se ha descrito tres tipos histológicos de carcinoma neuroendocrino en el cérvix. Un tipo es usualmente clasificado como adenocarcinoma cervical, que contiene gránulos neuroendocrinos y es histológicamente similar al tumor carcinoide intestinal. Los otros dos tipos histológicos semejan los tumores carcinoide pulmonares atípicos (carcinomas neuroendocrinos de células intermedias) o los carcinomas indiferenciados pulmonares (carcinomas *oat cell*). Estos dos últimos son clasificados juntos como "carcinoma de células pequeñas del cérvix".

El origen celular de estos tumores neuroendocrinos del cérvix es desconocido. Un posible origen puede hallarse en las células argirofílicas del cérvix o en las células de reserva subescamocolumnares.

TUMOR PARECIDO AL CARCINOIDE

Son caracterizados como tumores carcinoide bien diferenciados del cérvix y clasificados como tumores de este tipo por contener gránulos neuroendocrinos histológicamente similares al tumor carcinoide intestinal.

El tumor crece en láminas sólidas, presentando lumen glandular y trabéculas dispersas. Las células presentan núcleo oval y un citoplasma con gránulos finos. Se puede observar numerosas mitosis y la invasión vascular es común.

Usando inmunohistoquímica, se puede demostrar la producción de las siguientes sustancias por estos tumores: somatostatina, calcitonina, VIP, ADH, gastrina, serotonina, histamina, amilasa, y beta MSH.

Estos tumores son malignos, con metástasis locales y a distancia. No se les ha demostrado asociación con el síndrome carcinoide.

CARCINOMA DE CÉLULAS PEQUEÑAS

Estos tumores son caracterizados por células pequeñas anaplásicas, con escaso citoplasma, cromatina finamente punteado y discreto nucléolo. Están compuestos por láminas y cordones de células pequeñas estrechamente apiñadas que difusamente infiltran el estroma; células con escaso citoplasma y parecidos a las células del carcinoma del pulmón *oat cell*". Estas células tienen núcleo hipercromático, la razón núcleo-citoplasma



elevado. La forma del núcleo va de redondeado a fusiforme y se puede detectar gránulos neuroendocrinos. Pueden estar presentes pequeñas áreas de diferenciación escamosa o glandular, pero, en menos del 5% del volumen total del tumor. En muchos casos, los gránulos neuroendocrinos pueden ser detectados por la técnica de coloración Grimelius o por microscopía electrónica.

Por inmunohistoquímica, los marcadores neuroendocrinos -como la enolasa neurona específica, cromogranina o sinaptofisina- están presentes en muchos casos; sin embargo, calcitonina, insulina, somatostatina y serotonina son comúnmente menos detectados.

Estos tumores son altamente agresivos y de mal pronóstico y están asociados al virus papiloma humano.

La diferenciación entre carcinoma de células pequeñas y carcinoma escamoso no queratinizante con células pequeñas puede ser difícil.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ferency A, Winkler B. Carcinoma and metastatic tumors of the cervix. En: Robert J. Kurman, editor. *Blauusteins Pathology of the female genital track*. New York: Springer Verlag, 1987: 245-7.
2. Crum CP, Nuovo GJ, Lee KR. The cervix. En: *Diagnostic Surgical Pathology*. 3ra. ed. Lippincott Williams & Wilkins editores. 1999: 2176-80.
3. Rosai J. Female reproductives System. En: 1995 *Ackermants Surgical Pathology*. 8va ed. Mosby editores. 1995: 1375-9.
4. Cotran R, Kumar-Tucker Collins B. Aparato genital femenino En: *Robbins Patología Estructural y Funcional*. Mc Graw Hill Interamericana editores. 2000: 1091-8.
5. Reagan JW, Fu YS. The uterine cervix. En: Silverbberg SG. *Principles and Practice of Surgical Pathology*. Churchill Livingstone editores. 1990: 1651-72.
6. Clement PB, Young R. Glandular carcinoma of the cervix related tumors and their precursors. En: *Atlas of Gynecologic Surgical Patology*. Saunders Company editores. 2000: 129-30.