

ADENOCARCINOMA MESONEFRICO DEL CUELLO UTERINO*

Drs.: RICARDO GALDOS H. (*), OSCAR MISAD N. (*), EDUARDO VALDIVIA P. (**), y LUIS LEON (*)

Se sabe que segmentos de las estructuras o conductos mesonéfricos pueden persistir en la pelvis de la mujer adulta, dando origen a lesiones benignas o malignas que han sido principalmente descritas en las vecindades del ovario, ligamento redondo y en la vagina, y, con menor frecuencia en el cervix y menor aún en el cuerpo uterino (27).

Recordando el desarrollo del sistema urogenital, se considera que el órgano primitivo es el "pronefros" y que de la fusión de los túbulos pronefricos desarrollan un par de tubos colectores, más como los primeros no asumen rol funcional, degeneran siendo reemplazados por los túbulos mesonéfricos, en tanto que los tubos colectores formarán los conductos mesonéfricos (embriones de 4 mms.). Estos conductos, crecen caudalmente a lo largo y a cada lado de la cavidad celómica para desaguar en la parte ventral de la cloaca. Los conductos para-mesonéfricos o Mülllerianos acompañan en éste crecimiento, extendiéndose primero lateral y luego medialmente a los conductos mesonéfricos, acompañados de un pliegue de peritóneo (pliegue urogenital). Las porciones caudales de estos dos pliegues urogenitales se unen transversalmente en la parte más baja del abdomen para formar el "cordón genital" de situación medial, en cuyo centro están los tubos paramesonéfricos que más tarde se fusionan para formar el "canal útero-vaginal", mientras que los conductos mesonéfricos cursan a ambos lados de ellos. En embriones de 4 a 55 mm., todos estos conductos se abren en la cloaca y posteriormente en el "seno urogenital". Después de los 55 mm. de estadío, como quiera que la apertura en el seno urogenital se cierra, principia la degeneración de los conductos mesonéfricos, la que se continúa a través de la vida embrionaria. En la mujer adulta, puede encontrarse vestigios de los conductos mesonéfricos en las vecindades del ovario, en el mesosálpinx y en el ligamento redondo. Ocasionalmente persisten segmentos dilatados de estos conductos en la pared anterolateral de la vagina, formando los llamados quistes del conducto de Gartner.

(*) Trabajo presentado al I Congreso Peruano de Cancerología 1966.

(*) Del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.

(**) Ex-Asistente del Dpto. de Ginecología del I.N.E.N.

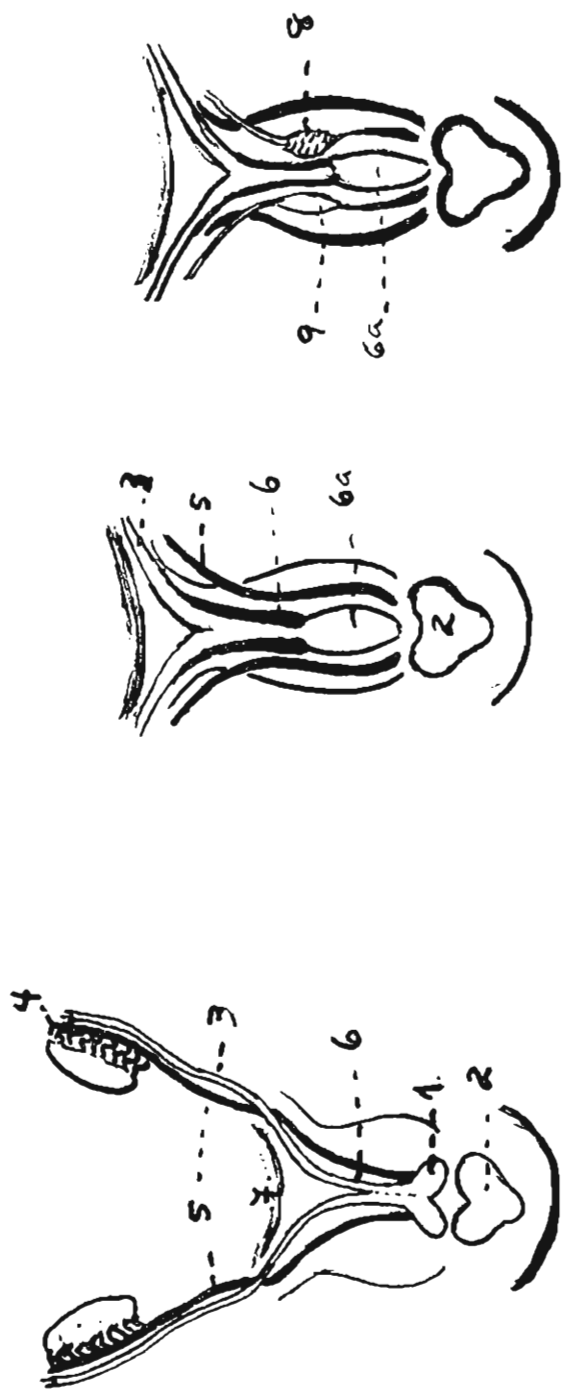


FIG. 1.—1: Tubérculo de Muller; 2: Sono Urogenital; 3: Conducto de Muller; 4: Tubulos mesonéricos; 5: Conducto mesonéricos; 6: Cordon Genital; 6a canal Uterovaginal; 7: repliegue peritoneal; 8 y 9 dila-
taciones ampulares y quísticas del conducto mesonérico.

La secuencia de eventos anotados en el desarrollo y degeneración de los tejidos mesonéfricos se aplica a la mayoría de individuos; sin embargo, pueden ocurrir ciertas excepciones. Meyer ha mostrado que en embriones de dos meses es frecuente observar una dilatación ampular del conducto mesonéfrico a la altura del cérvix. En embriones mayores, se encuentra dicho conducto como un tubo cilíndrico y estrecho, penetrando desde el parametrio en la pared lateral del útero a la altura del orificio interno, de donde toma una dirección inclinada en el espesor del músculo uterino y en la parte más baja del cérvix el tubo forma una dilatación ampular entre las fibras musculares de su pared. Al finalizar el quinto mes de la vida fetal, la ampolla forma una cavidad que muestra, al corte, múltiples pliegues a manera de pequeños divertículos.

Cuando persisten restos de los conductos mesonéfricos en el cérvix, alcanzan su completo desarrollo al sétimo u octavo mes de la vida fetal. A esta edad la ampolla yace en la parte supravaginal del cérvix (portio vaginales), desde allí emergen canalículos o tubos dobles que avanzan en forma de espiras en el espesor del músculo sobre la cara anterior y posterior del cérvix.

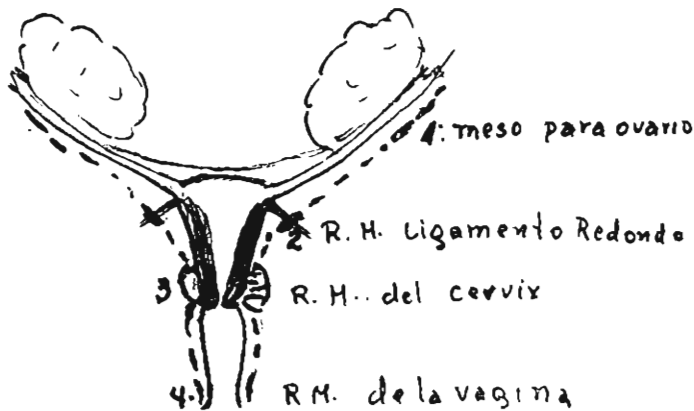


FIG. 2: Persistencia de los restos mesonéfricos:

- 1.— R.M. en el para ovario.
- 2.— R.M. en el ligamento redondo.
- 3.— R.M. al nivel del cérvix.
- 4.— R.M. en la vagina.

Los restos de origen mesonéfrico pueden encontrarse en el cérvix adulto de dos maneras: ya como estructuras fetales persistentes, o ya como neoformaciones originadas en tales residuos fetales.

Las estructuras fetales persistentes pueden verse como pequeños túbulos o canalículos, ya sea en el espesor de la pared lateral del cérvix o ya cerca de la mucosa endocervical, a la altura del orificio interno; se distinguen de las glándulas cervicales por el epitelio de cubierta que es cuboidal bajo, con núcleo oval o redondo y por carecer de mucina. Más profundamente, dentro de la musculatura cervical y contiguas a las dilataciones ampulares, puede encontrarse dilataciones quísticas, tapizadas por epitelio columnar bajo no secretor.

Hay considerable variación en la literatura sobre la incidencia de los conductos mesonéfricos persistentes en el cérvix. Así, Meyer da una incidencia del 20%; Maudach hasta el 40%, en tanto que Huffmann (14), Novak (20), señalan una incidencia del 0.5%. La incidencia más baja es dada por Wolfe (0.07%). En 1958, Sneed (28) recomendó secciones longitudinales del cérvix para el estudio de dichos restos.

INCIDENCIA DE LOS RESTOS MESONEFRICOS PERSISTENTES EN EL CERVIX

Año	Autor	Incidencia
1879	Meyer	9% niñas, 20 en neonatas y vida fetal y 15 en adultas.
1903	Meyer	20% de los úteros adultos específicamente examinados para buscar restos mesonéfricos.
—	Maudach	40% en úteros procedentes de niñas e infantes muertas.
—	Fischel	1 caso en 50 úteros adultos.
1940	Wolfe	1 caso en 1413 úteros de adultas.
1948	Huffmann	6 casos en 1192 úteros adultos (uno fue bilateral).
1954	Novak y col.	No más del 1 por ciento.
1958	Sneed	7.7 por ciento.
1961	Carrow	3.0 por ciento.
1961	Farrar y col.	55 casos en 1212 tumores benignos del cérvix.

Podemos decir con Fluhmann (8), que esta incidencia tan variable se deba probablemente a inadecuados estudios rutinarios de las piezas quirúrgicas.

Las neoformaciones que pueden aparecer en los restos de los conductos mesonéfricos del cérvix, en general son de tres tipos: quistes, proliferaciones adenomatosas de grado variable y adenocarcinomas.

Fue Meyer, en 1903 y 1907, quien diagnosticó por primera vez dos casos de carcinoma en restos de los conductos mesonéfricos del cérvix, habiendo podido demostrar su histogénesis, por haber encontrado continuidad de la neoplasia con estructuras mesonéfricas intactas por encima y por debajo del tumor, así como proliferaciones adenomatosas que se combinaban gradualmente con la neoplasia destructiva del cérvix. Desde entonces han aparecido publicaciones aisladas en la literatura, tales como las de: Wagner, en 1929; Danneel, en 1935; Froboese (1935); Rockstroh, en 1936; Baitenber, en 1941; Gosh, en 1946. Huffmann, en 1948, agregó un caso más y tiene el mérito de haber realizado una gran labor sobre este tópico, no sólo por la exhaustiva revisión de la literatura hasta entonces existente, sino también por recopilar todas las publicaciones hechas de lesiones del cérvix, en las cuales se había establecido origen mesonéfrico, habiendo presentado detalladamente la embriología, la histología y los diferentes tipos de lesiones que pueden tener origen en tales restos.

Plate (22) en 1950, describió dos casos de adenocarcinoma de origen mesonéfrico en mujeres adultas, uno localizado en el cérvix y el otro en la vagina, ambos de evolución fatal, el primero con metástasis pulmonares. Sugirió que debería revisarse todos los casos de adenocarcinoma del cérvix por la posibilidad de encontrar más casos de carcinoma gartneriano, ya que muchos de los adenocarcinomas encontrados en el cérvix y vagina de niñas (23), pueden tener origen en restos mesonéfricos.

Novak y col. (20), en 1954, reportaron series de tumores benignos y malignos histológicamente similares, localizados en el ovario, ligamento redondo, cérvix y vagina. La semejanza de muchos de los tumores intraligamentarios, cervical y vaginales con los mesonefomas del ovario de Schiller y el adenocarcinoma a células claras descrito por Saffir y Lackner, les permitió postular la idea de "una génesis común para el grupo entero", y algo más, agregar que el mesonefros y el metanefros proceden del mismo tejido embrionario y no uno del otro; por eso aconsejaban el término mesonéfrico como designación indefinida. Agregaron tres casos de adenocarcinoma cervical con caracteres histológicos parecidos al hipernefoma y al mesonefoma de Schiller, y uno mixto (con estructura del mesonefoma de Schiller y carcinoma a células claras), todos de evolución fatal en el curso de tres meses.

En 1954, Teilum (31) comunicó un estudio de 19 casos de tumores de origen mesonéfrico, dos de los cuales tuvieron localización cervical con estructura histológica de: cistoadenocarcinoma papilar, uno, y el otro con áreas de mesotelioma, y sugirió que los tumores mesonéfricos, frecuentemente tienen su origen en el mesoblasto embrionario, o sea en el mesodermo que da origen al mesonefros primitivo, o en las cercanías del mesonefros y de sus con-

ductos, antes que en la persistencia de los restos epiteliales. Así se explicaría los diferentes cuadros histológicos de sus dos casos. Igualmente pensó que los tumores llamados adenomatoideos eran de origen mesonéfrico, por estar ubicados en el trayecto donde desarrollan estos conductos.

Mackles Wolfe y Neigus (16), en 1958 comunicaron dos casos de lesiones benignas y tres de lesiones malignas del cuello uterino de origen mesonéfrico y clasificaron a estas lesiones en dos grupos: El primero involucraba a las lesiones originadas en restos persistentes ya del conducto mesonéfrico principal, ya de sus ramas primarias o ya de sus túbulos terminales; incluyeron en este grupo a los quistes, hiperplasias adenomatosas, adenoma papilar y al adenocarcinoma tubular. El segundo grupo comprendía a lesiones originadas en el tejido embrionario que da origen al mesonefros y al metanefros e incluyeron aquí a aquellos adenocarcinomas que simulan el cuadro del mesonefroma del ovario, tal como lo describió Schiller y también al adenocarcinoma de estructura tubular a células claras de Saffhir y Lackner.

En 1962, McGee, Cromer y Greene (17), al revisar la literatura existente sobre esta neoplasia, encontraron 37 casos en la literatura mundial y agregaron 4, estudiados al revisar 75 casos de adenocarcinoma cervical. Ellos utilizaron coloración con mucicarmin y con PAS, después de someter el tejido a la alfa amilasa para digerir el glucógeno, y mostraron así la existencia de una membrana basal definida rodeando las estructuras mesonéfricas persistentes; establecieron así una diferencia clara y objetiva con el adenocarcinoma cervical (originado en el epitelio glandular). Encontraron 55 casos de cérvix conteniendo restos de los conductos mesonéfricos normales y cuatro casos de adenocarcinoma mesonéfrico del cérvix.

Farrar y Nedoss (6), en 1961, al estudiar los tumores benignos del cérvix, hacen una interesante especulación diciendo que las hiperplasias adenomatosas de origen mesonéfrico del cérvix pueden ser precursoras del adenocarcinoma mesonéfrico. Ellos encuentran 55 casos con restos de los conductos mesonéfricos entre 1,212 lesiones benignas del cérvix.

Rutledge y col. (27), en 1965 comunicó un caso raro de adenocarcinoma mesonéfrico del endometrio, en una paciente de 68 años, que fue tratada con histerectomía total y que mostró una masa tumoral endometrial, exofítica, en coliflor, cuya arquitectura histológica mostraba una estructura pseudo-glomerular, tapizado por un epitelio columnar alto de células claras en forma de clavo de herradura o clavija, es decir, un cuadro histológico del mesonefroma y del metanefroma. Es difícil explicar el hecho de que este tumor se origine en un sitio que no corresponde al trayecto de los cuerpos o conductos Wolffianos, puede haberse tratado de un adenocarcinoma del endometrio pobremente diferenciado, al cual Hertig y Gore (13) llaman "carcinoma se-

cretor", o puede ser un tumor originado en el celoma embrionario y su mesénquima. Este es el tercer caso de adenocarcinoma mesonéfrico reportado en esta localización. Los autores concluyen que mientras el llamado mesonefróma contiene distintivos morfológicos similares a los del mesonefros, el tumor por ellos descrito supone un origen más primitivo, tal como lo propusieron Stowe (30) y Teilum (31).

Caso clínico.— Paciente de 50 años, natural de Argentina, procedente de Huánuco, grávida II, múltipara, II. Consultó por presentar alteraciones neurovegetativas del síndrome climatérico (bochornos, diaforesis, labilidad emocional y cefalea) y por dolor lumbar, en ausencia de trastornos urinarios y ginecológicos; su última regla, dos meses antes de la consulta. Tres años antes fue operada de un quiste del riñón derecho, con nefrectomía derecha. Al examen ginecológico se encontró el cuello uterino de múltipara, congestivo, con algunos quistes de Naboth pero bien epitelizado. El estudio de la citología vaginal por el método de Papanicolaou fue negativo y el frotis mostraba un epitelio cérvico-vaginal de tipo menopáusico.

Un año después la paciente consultó por presentar leucorrea amarillenta y dolor lumbar, y al examen del cuello uterino se pudo apreciar una ulceración sangrante, localizada en la comisura derecha y que avanzaba sobre ambos labios, el fondo de saco lateral derecho estaba infiltrado y al tacto rectal el parametrio derecho mostraba infiltración en su mitad interna. El estudio de la citología vaginal mostró células epiteliales neoplásicas y la biopsia del cuello uterino fue informada como: Adenocarcinoma medianamente diferenciada, originado en restos de los conductos mesonéfricos.

Con el diagnóstico de Carcinoma Gartneriano, planeamos un tratamiento secuencial, siendo sometida a tratamiento con radium, sonda completa y ovoides chicos con el que permaneció 120 horas, recibiendo 6,240 r gamma hora en el punto A y 1,500 en el punto B. La urografía excretoria tomada tres semanas después del radium, mostró: ausencia, por acto quirúrgico, del riñón derecho, riñón izquierdo morfológicamente y con su función normal. A las cuatro semanas de la curieterapia y previo estudio bioquímico y hematológico, fue sometida a cirugía radical: histerectomía radical, ooforectomía bilateral y linfadenectomía pelviana bilateral, drenaje del lecho cruento a través de la vagina. El post-operatorio, sin accidentes; la paciente permaneció con sonda vesical durante cuatro semanas y una vez retirada, el residuo vesical en los cuatro días siguientes fue: 100 cc., 30 cc. y 30 cc., respectivamente. La pieza operatoria no mostró neoplasia residual en el foco primario ni en el parametrio. Los ganglios pelvianos del I al VIII estuvieron libres de neoplasia. La paciente tiene 42 meses de operada y no muestra recidiva.

En la urografa excretoria se aprecia discreta dilatación del árbol urinario existente.

ESTUDIO CLINICO

Aunque raro, el adenocarcinoma mesonéfrico del cuello uterino es de indiscutible interés, tanto por su incidencia que no es debidamente conocida, como por los variables cuadros histológicos que muestra .

Revisando 104 casos de adenocarcinomas cervicales, atendidos en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas en 10 años, desde 1953 a 1962, entre 6,092 neoplasias malignas de cérvix hemos encontrado que dos casos corresponden al adenocarcinoma mesonéfrico, lo que nos da una incidencia del 1.9% de este tipo de neoplasia entre los adenocarcinomas.

La edad en que esta neoplasia ha sido observada es variable, pues vemos en la literatura informes de su hallazgo en pacientes desde los 13 hasta los 68 años, sin embargo, Barber, Rasser y Lavertino en 1951 comunican un caso de carcinoma de cérvix en una niña de 15 meses; Komorowska, Liniecka y Mazurkiewiez, en 1957, informan otro caso de cáncer de cérvix en una niña de 9 meses. En 1963, Zaczek (34) comunica el hallazgo de un adenocarcinoma mesonéfrico en una niña de 11 meses, con una evolución fatal después de dos años del tratamiento quirúrgico. Nuestra paciente tuvo 50 años.

Los signos y síntomas del adenocarcinoma mesonéfrico son sensiblemente iguales a aquellos de los otros cánceres del cérvix; sin embargo, siendo un carcinoma mediterráneo o intersticial (2), su primer estadio cursa asintomático, ya que su crecimiento se realiza en las profundidades del tejido cervical, en la cara ántero-lateral del cérvix, y al decir de Novak, "el dedo experimentado puede tocar una masa firme en una de las comisuras del cuello uterino, siendo difícil diferenciarla de un quiste a tensión". La neoplasia produce así una lesión no visible ni evaluable por los medios clínico-patológicos, ya que el estudio de la citología exfoliativa por el método de Papanicolaou en estas circunstancias es negativo y sólo más tarde, al producirse ruptura del epitelio de cubierta, se hace presente el tejido tumoral proliferante que, como se comprende, muestra un aspecto macroscópico similar a cualquier otro cáncer cervical, ya sea escamoso o glandular.

CUADRO HISTOLOGICO

Debido a la incidencia tan rara del carcinoma mesonéfrico del cérvix y a la ausencia de un cuadro macroscópico distintivo, el diagnóstico clínico, al igual que en el adenocarcinoma endocervical, generalmente no es considerado por el ginecólogo, por tanto, el diagnóstico únicamente es definido por el característico cuadro histológico del tejido de biopsia.

Microscópicamente el tumor muestra una estructura tubular básica, estando constituida por tubos ovales o redondeados de tamaño diferente, los cuales están tapizados por células cuboidales altas o bajas, de acuerdo a la inmadurez de los elementos presentes, entremezclados con otras células que muestran una apariencia de clavo de herradura o clavija; el citoplasma es pálido y el núcleo oval e intensamente teñido. Pueden apreciarse algunas mitosis, así como proyecciones papilares a manera de racimos de células, o aún simples células, que pueden estar llenando los espacios glandulares (15).

Todas las células carecen de mucina, lo cual sirve para diferenciarlo del adenocarcinoma endocervical.

Algunas veces existe el patrón tubular, pero éstos están tapizados por un epitelio de grandes células claras, las cuales pueden llenar la luz glandular, y semejan a las células adrenales, dando origen así al llamado "Adenocarcinoma a células claras", descrito por Saphir y Lackner. Igualmente, pueden verse áreas sólidas débilmente coloreadas, que están formadas por células epiteliales de gran tamaño, su citoplasma finamente granuloso, de núcleo grande, redondeado y con un nucleolo en la parte central. Mas raramente pueden apreciarse formaciones arracimadas, pseudoglomeruloides (24) características del mesonefoma descrito por Schiller. Finalmente, Stowe (31), en el mesonefoma del ovario, cita una transición de células claras a células en clavija, y viceversa, como apoyo evidente de la identidad común de estos tumores.

Todos estos aspectos permitieron a Mackles y colaboradores (16), clasificarlos en dos grupos: el primero que involucra a los carcinomas tubulares originados en la parte terminal de los conductos mesonéfricos o de sus conductos residuales y, el segundo, que comprende aquellos que tienen origen en elementos más primitivos como el "metanefros" (21), o en su original tejido embrionario. Al parecer, estos últimos con mayor agresividad.

TRATAMIENTO

Se considera que el cáncer de cérvix no es una enfermedad quirúrgica y que las radiaciones hasta el momento constituyen el tratamiento de chance, sin embargo, siendo el Adenocarcinoma Mesonéfrico del cérvix en particular, y el Adenocarcinoma glandular endocervical en general, de una incidencia tan baja, no existe suficiente experiencia como para dar un criterio definido sobre las diferentes formas de terapia; por otro lado, es probable que los factores epidemiológicos coincidentes en estas neoplasias, sean distintos a los del carcinoma escamoso, así como también deben ser diferentes los factores intrínsecos de la neoplasia misma; algo más, la experiencia nos muestra que

el 30% de las pacientes irradiadas, mueren por cáncer residual, y por cáncer en los ganglios linfáticos. Todos estos eventos obligaron hace algunas décadas, a ginecólogos y radioterapeutas, a realizar el tratamiento combinado en el cáncer de cuello uterino en estado clínico I y II (6, 12, 18, 21, 27), y aún para el estadio III (30) con miras de obtener una mayor proporción de curas que aquellas formas de terapia sola. Se han ensayado así diversas combinaciones:

—Radiaciones más histerectomía total.

Radiaciones más histerectomía total y linfadenectomía pelviana.

—Radiaciones más linfadenectomía sola.

Los beneficios derivados de estos ensayos parecen tener una compensación no desairable. Tenemos así que Crawford (6), en una serie de 105 pacientes con cáncer de cérvix en estado clínico I y II sometidos a cirugía radical, después de la irradiación encuentra carcinoma residual en el 17% para el estado clínico I, y 15.4% para el estadio II, y un promedio de 8.5% de casos, con cáncer en los ganglios linfáticos. Morton (18), revisando la literatura de terapia combinada en el cáncer cervical, encuentra: 16.3% de metástasis en los ganglios pélvicos para los casos en estadio I, y 32.5% para el estadio II. Stevenson (30), en 95 pacientes con cáncer cervical, tratadas en la misma forma, encontró carcinoma aparentemente viable en el 28% de los casos.

En un comienzo, se apreció alta incidencia de fístulas del tracto urinario a la cúpula vaginal (Stevenson refirió 15%), producidas sobre una escara debida a la intensa irradiación más el trauma quirúrgico. Reduciendo la cantidad de radiaciones, podemos disminuir esta complicación. Nuestras observaciones, y las de otros autores (6, 8, 15, 18, 25, 30), indican que ocasionalmente existe cáncer en los ganglios linfáticos por muchos años en estado latente y sólo manifiestan su agresión después de 5, 10, 15 o 20 años, ello probablemente debido a que el tejido fibroso que aparece después de la irradiación, los encarcela y mantiene en inanición de oxígeno o a una resistencia temporal del huésped. Son interesantes las observaciones de Raucher y Spurny de Viena (citados por Morton), quienes puntualizan que el cáncer de los ganglios linfáticos puede no siempre significar muerte por cáncer, ya que sus resultados operatorios después de la cirugía radical, fueron justificados como buenos, tanto cuando practicaron linfadenectomía como cuando no lo hicieron. Sin embargo, Rombaut (25), de sus 9 casos tratados con cirugía radical más radiaciones, 6 tuvieron irradiación pre-operatoria, de los cuales 4 mostraron neoplasia residual en la pieza operatoria, por lo que concluyeron que el tratamiento combinado brinda mejor sobrevida en el adenocarcinoma del cérvix.

Nosotros hemos sacrificado el beneficio de la roentgenterapia para optar por el tratamiento combinado (radium más cirugía radical), con la idea de dar a la paciente un beneficio adicional que deriva de la remoción del foco primario y de los ganglios pélvicos que puedan tener metástasis latentes. Uno de los casos atendidos en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, recibió tratamiento con radiaciones y el otro se perdió de vista sin recibir tratamiento.

PRONOSTICO

Es difícil de evaluar con exactitud el pronóstico de las pacientes portadoras de esta neoplasia, pues la experiencia de los diferentes autores es tan limitada que no les permitió opinar en forma definida sobre él; sin embargo, podemos decir que su malignidad es comparable al adenocarcinoma endocervical. En una revisión de la literatura hecha por Mecgge (17) en 1962, y sobre todo por Fawcett (8) en 1966, encontramos que el pronóstico es más desfavorable en las pacientes de las dos primeras décadas de la vida, que sólo muestran el 38% de sobrevida a los 5 años, en contraste con las pacientes de mayor edad que tienen el 65% de sobrevida a los 5 años; ello probablemente debido a que el diagnóstico se efectuó cuando la neoplasia es avanzada y el tratamiento, por lo tanto, resulta paliativo. Nuestro caso, únicamente tiene 28 meses de sobrevida, sin evidencia de enfermedad, y el caso tratado en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, falleció por enfermedad a los 3 años y 9 meses después de la irradiación. Como vemos, el pronóstico es muy variable, y de todas maneras desfavorable, al igual que el adenocarcinoma endocervical.

COMENTARIO

Corresponde a Meyer el mérito de la primera descripción del adenocarcinoma mesonéfrico del cérvix, así como el haber mostrado su histogénesis a partir de las estructuras mesonéfricas; a Huffmann, el haber confirmado la embriología, histología y patología de los restos mesonéfricos del cérvix y a Fawcett, el haber realizado una recopilación completa de los adenocarcinomas mesonéfricos publicados hasta la actualidad. Vemos así que existen 81 casos (7) de adenocarcinomas mesonéfricos del cérvix, un tercio de los cuales han sido encontrados en pacientes menores de 21 años, y parece que muchos de los adenocarcinomas ocurridos en las dos primeras décadas de la vida son de este tipo (23).

La incidencia del adenocarcinoma mesonéfrico del cérvix es muy baja y Fawcett (7) da el 2.0% entre los adenocarcinomas cervicales. Nosotros, en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, en 120 casos de adeno-

carcinomas cervicales hemos encontrado 3 carcinomas gartnerianos, lo que da una incidencia del 2.5%, a ellos agregamos uno privado.

Algunas veces puede apreciarse tumores mesonéfricos multicéntricos y se encuentra: adenocarcinoma mesonéfrico del cérvix, asociado al mesonefro del ovario, tal como lo informaron Braitenberg y Schiller, sin embargo, cabe la posibilidad de corresponder a una metástasis y se le debe considerar como tal. Su asociación con cambios histológicos del epitelio escamoso, al igual que lo apreciado en el adenocarcinoma endocervical (9), no han sido descritos.

Aunque la experiencia de algunos autores (16, 31) sugieren que esta neoplasia es radiosensible, sin embargo, es digno de anotar que la mejor sobrevivencia se obtiene con terapia combinada, que da el 60% de sobrevivencia hasta los 5 años, en tanto que las radiaciones solas dan el 33%. Debemos anotar que en los primeros estadios tienen poco valor los usuales medios de detección, ya sea el estudio de la citología cervical por el método de Papanicolaou, o ya por la colpomicroscopía, etc., debido al crecimiento intersticial de la neoplasia y a la integridad del epitelio escamoso.

CONCLUSIONES

- 1.— Está establecido que los restos mesonéfricos persistentes en la pared lateral del cérvix pueden sufrir degeneración maligna.
- 2.— El adenocarcinoma mesonéfrico del cérvix es una neoplasia poco frecuente, por no decir rara, y su incidencia entre nosotros es del 2.5%.
- 3.— La citología cérvico-vaginal no nos brinda ayuda para descubrirlo en sus estadios iniciales.
- 4.— Su malignidad es comparable a la de los adenocarcinomas endocervicales.
- 5.— Consideramos que el tratamiento combinado de radium más cirugía radical (histerectomía radical, con linfadenectomía pelviana) para los adenocarcinomas endocervicales y mesonéfricos de estadio clínico I y II, es el mejor proceder.

SUMMARY

It is established that mesonephric remnants rest of the lateral margin of the cervix, can suffer malignant change.

Mesonephric Adenocarcinoma of the cervix uteri, is a rare lesion, and its incidence in the Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, is 0.03% in over all cervical carcinomas, and 1.9% in adenocarcinomas of the uterine cervix.

Cervical cytologic studies have little value in the detection of the early disease process.

We considered that a combined treatment of radium plus radical surgery to endocervical and mesonephric adenocarcinoma in clinical stage I and II, is the best procedure.

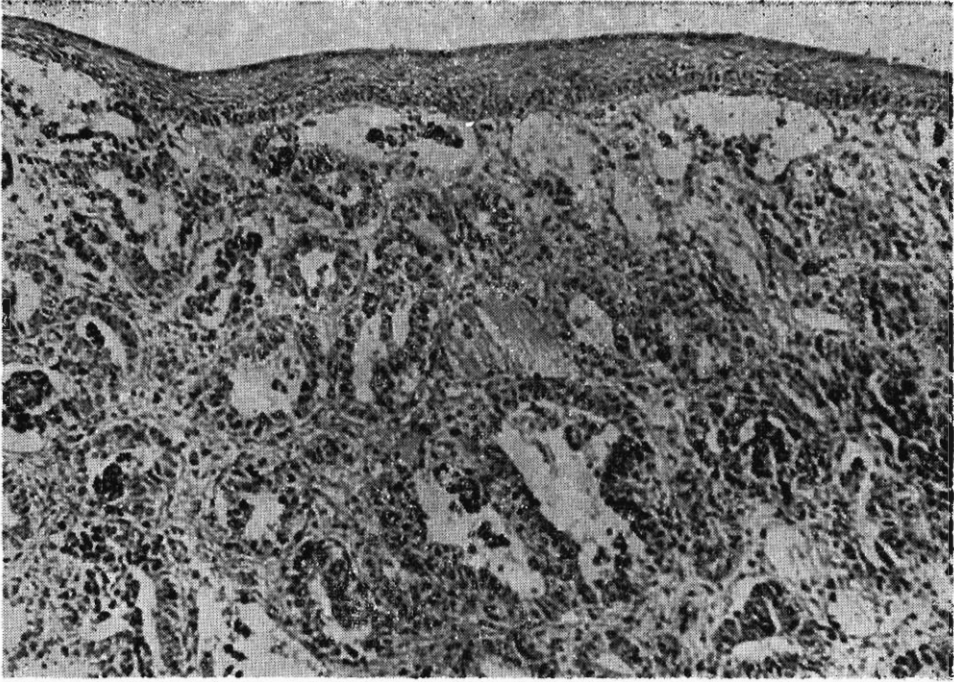


FIG. 1.— Microfotografía a mediano aumento, en la cual se aprecia la arquitectura glandular del tumor y el epitelio escamoso de cubierta, rechazado y adelgazado.

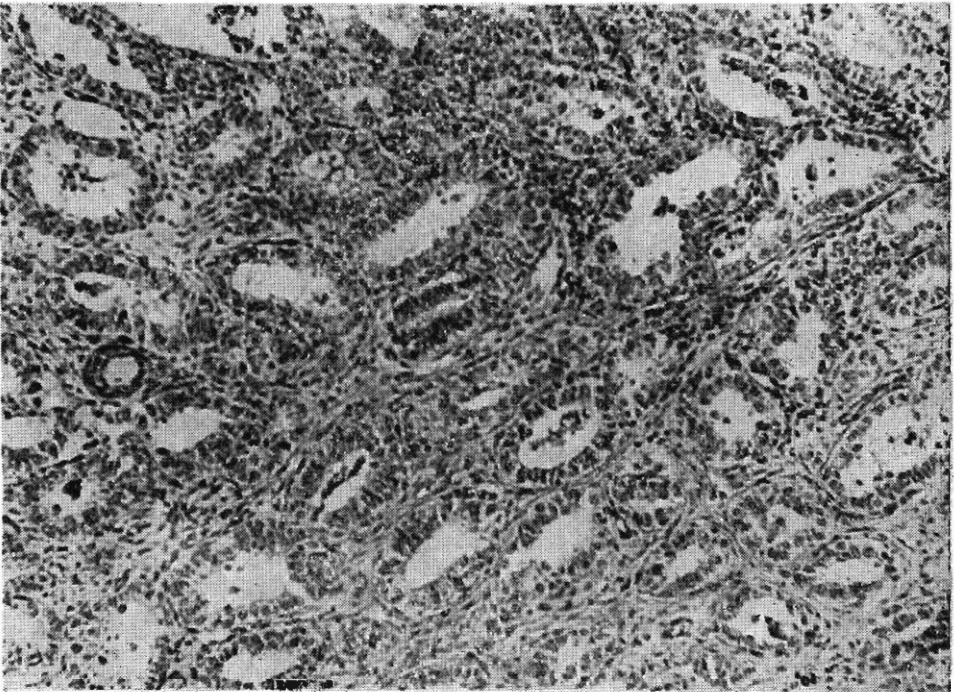


FIG. 2.— Se aprecia numerosos procesos tubulares bien diferenciados, separados por pequeña cantidad de estroma fibrovascular.

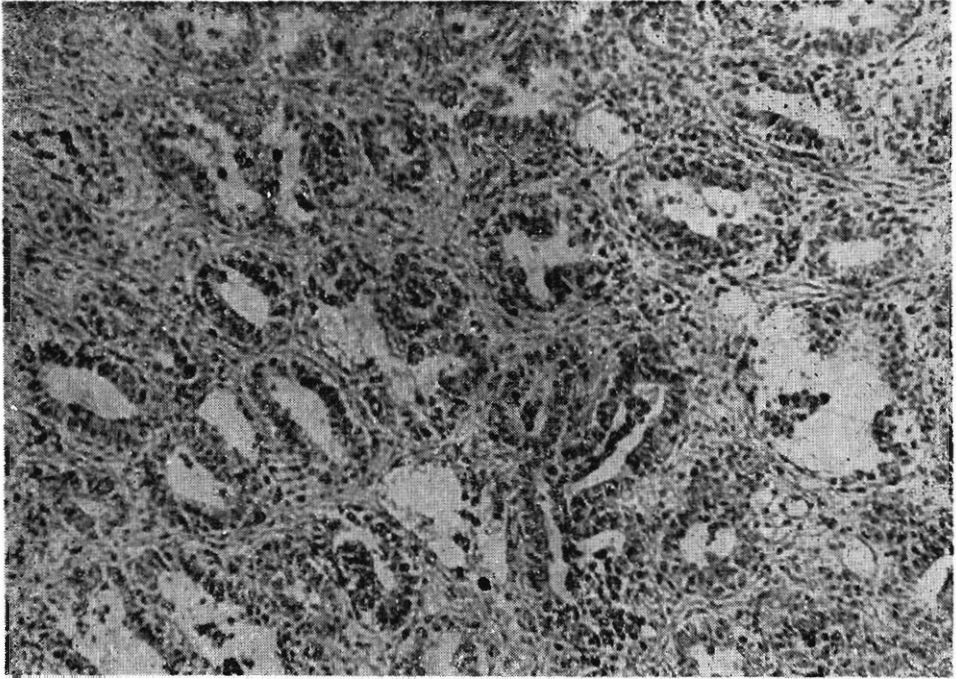


FIG. 3.— En otras áreas las glándulas son un poco más irregulares en su forma apreciándose algunas con ligera tendencia a la arquitectura papilar.

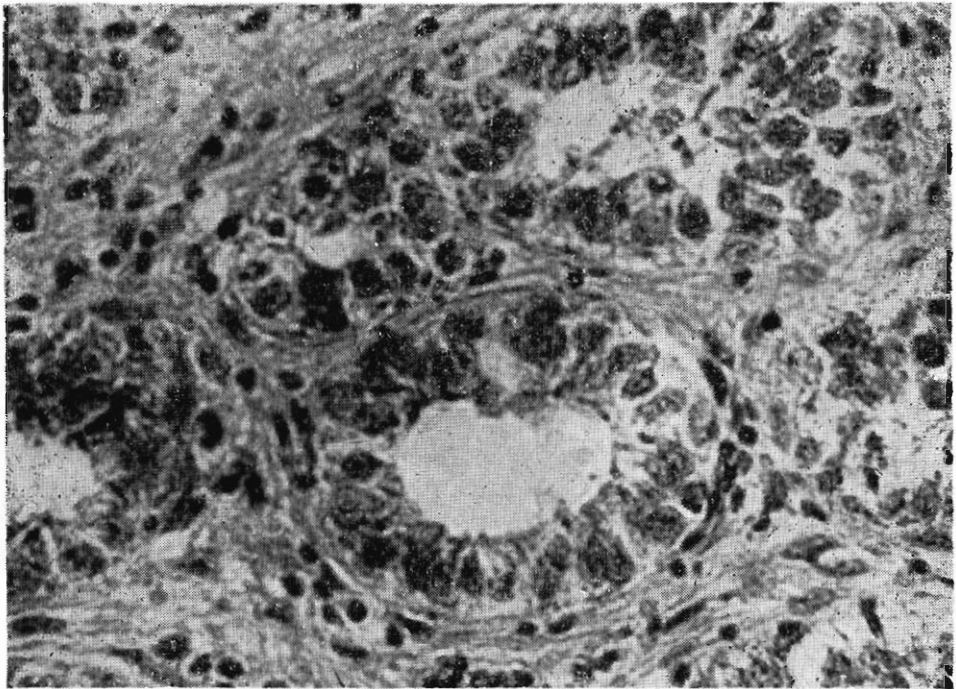
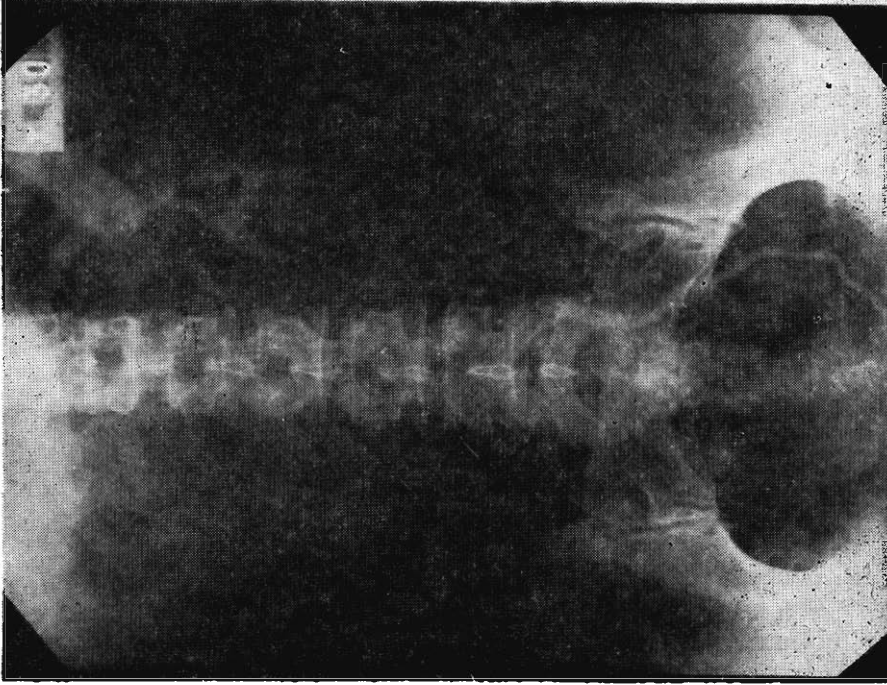
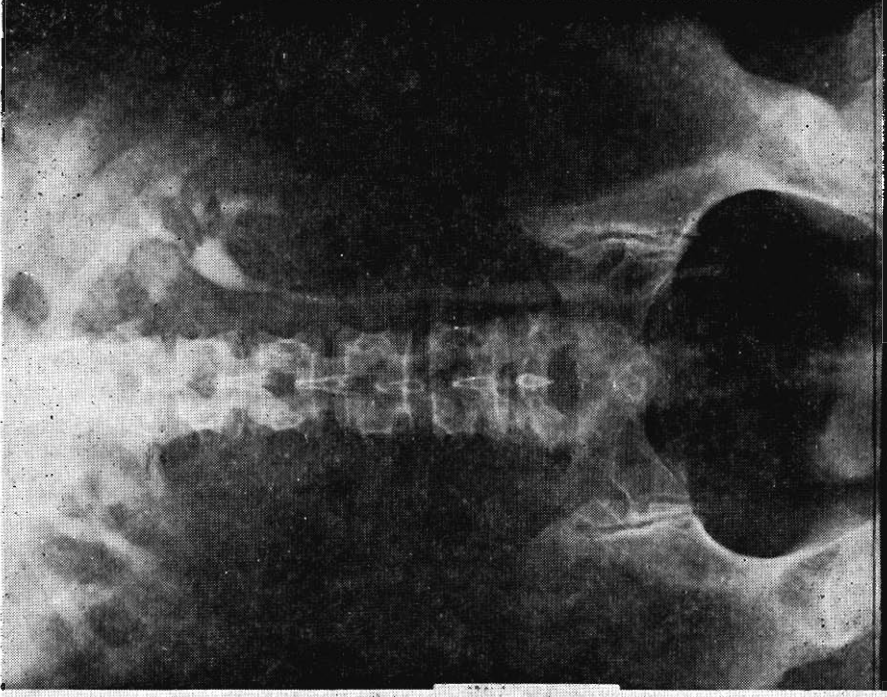


FIG. 4.— A mayor aumento, se aprecia que las estructuras tubulares de la neoplasia, están constituidas por células de tipo "cúbico alto", unas al lado de las otras, adquiriendo a veces la forma de clavo de herradura, tal como han sido descritas por otros autores.



— 1 —

1.— Ausencia por acto quirúrgico, de imagen renal derecha. Riñón izquierdo, de morfología y función normales.



— 2 —

2.— En la radiografía de control post-operatorio, tomada después de dos años, se aprecia discreta o incipiente dilatación del árbol urinario izquierdo.

BIBLIOGRAFIA

- 1.— ABELL, MURRAY and GOSLING, JOHN. Gland cell carcinoma of the uterine cervix. *Am. J. Obst. and Gyn.* 83: 729; 1962.
- 2.— AHUMADA, J. C. y Col. *El Cáncer Ginecológico*. Tomo I: 1953, pág. 241.
- 3.— ANDERSON, W. A. D. *Pathology*. Fourth Edition. Mosby St. Louis, 1961, pag. 1892.
- 4.— CAMPANA, L. F. and SCHARDT, T. E. Mesonephric Duct Adenocarcinoma. *Am. J. Obst. and Gyn.* 70: 444; 1955.
- 5.— CRAWFORD, E., ROBINSON, L., HORNBUCKLE, LL, and GODFREY, W. E.; Combined Radioflogic-Surgical Therapy of Stage I or II carcinoma of the uterine cervix. *Am. Jou. Obst. and Gyn.* 81: 148; 1961.
- 6.— FARRAR, H. K. and NEEDOS, B. R. Benign tumors of the uterine cervix. *Am. Jour. Obst. and Gyn.* 81: 124; 1961.
- 7.— FAWCETT, KENNETH, DOCKERTY, MALCOLM and HUNT, ARTHUR. Mesonephric carcinoma of the cervix uteri, A Clinical and Pathologic study. *Am. Jour. Obst. and Gyn.* 95: 1068; 1966.
- 8.— FLUHMANN, F. *The cervix uteri and its disease*. 1961, pag. 341.
- 9.— FRIEDEL, G. H. and MCKAY, D. G. Adenocarcinoma In Situ of the endocervix. *Cancer*: 6: 887; 1953.
- 10.— GIVEN, W. P. Carcinoma of the cervix. *Am. Jour. Obst. and Gyn.* 53: 947; 1947.
- 11.— GUSBERG, S. B. and CORSCADEN, J. A. The Pathology and Treatment of Adenocarcinoma of the cervix. *Cancer*. 4: 1066; 1951.
- 12.— HARRIS, ROBERT and DALY, JAMES. Primary Mesonephric Adenocarcinoma of the vagina. *Am. J. Obst. and Gyn.* 95: 591; 1966.
- 13.— HERTIG, A. and GORE, H. *Atlas of tumor Pathology*. Section IX, Fascicle 33, Part 2. Tumors of the female genital organs. Armed Forces Institute of Pathology. Washington, D. C. 1960, pag. 208.
- 14.— HUFFMANN, J. Mesonephric Remnants in the cervix. *Am. Jour. Obst. and Gyn.* 56: 23; 2948.
- 15.— MARCUS, STEWART and MARCUS, Ceril. Primary Adenocarcinoma of the conex. uteri. *Am. Jour. Obst. and Gyn.* 86: 384; 1963.
- 16.— MACKLES, G. T. WOLFE, S. and NEIGUS, I. Benign and Malignant Mesonephric lesions of the cervix. *Cancer*, II: 292; 1958.
- 17.— MCGEE, C. T., CROMER, D. W. and GREENE, R. R. Mesonephric carcinoma of the cervix, diferentiation from endocervical adenocarcinoma. *Am. Jour. Obst. and Gyn.* 84, 358; 1962.
- 18.— MORTON, D. G., LAGASSE, L. D., JACOBS, M. and AMORIN, G. D. Pelvic Lymph nodectomy following radiations in cervical carcinoma. *Am. Jour. Obst. and Gyn.* 88: 932; 1964.
- 19.— NACE, F. M. Carcinoma of the Mesonephric Duct. *Am. Jour. Obst. and Gyn.* 63: 919; 1952.
- 20.— NOVAK, E. WOODRUFF, D. and NOVAK, E. Probable Mesonephric origen of certain female genital tumors. *Am. J. Obst. and Gyn.* 66: 1222; 1954.
- 21.— PAFKER, T., DOCKERTY, M. and RANDALL, L. Mesonephric clear cell carcinoma of the ovary: A clinical and pathological study. *Am. J. Obst. and Gyn.* 80: 417; 1960.

- 22.— PLATE, Citado por Mackles.
- 23.— POLLACK, R. and TAYLOR, H. Carcinoma of the cervix during the first two decades of the life. *Am. Jour. Obst. and Gyn.* 53, 135; 1947.
- 24.— POMERANCE, W. and MACKLES A. Adenocarcinoma of the cervix. *Am. Jour. Obst. and Gyn.* 84: 367; 1962.
- 25.— ROMBAUT, R. CHARLES, D. and MURPHY, A. Adenocarcinoma of the cervix. *Cancer.* 19: 891; 1966.
- 26.— RUTLEDGE, F. FLETCHER and McDONALD, E. Pelvic Lymphadenectomy as an adjunct to Radiation-therapy in treatment for cancer of the cervix. *The Am. Jour. of Roentgenology Radium Therapy and nuclear Medicine.* V XCIII, N° 3: 1965.
- 28.— SNEEDEN, V. Mesonephric lesions of the cervix. A practical means of demonstration and suggestion of incidence. *Cancer.* 11: 334; 1958.
- 29.— STEVENSON, CH. The combined treatment of carcinoma of the cervix with full irradiation therapy followed by radical pelvic operation. *Am. Jour. Obst. and Gyn.* 81: 156; 1961.
- 30.— STOWE, LYMAN. On the genesis of the so called Mesonephroma ovarii. *Cancer.* 8: 446; 1955.
- 31.— TEILUM, Citado por Mackles y Rutledge.
- 32.— WADDELL, K. DECKER, D. and WELCH, J. Adenocarcinoma of the cervix uteri. *Am. Jour. Obst. and Gyn.* 83: 1184; 1962.
- 33.— WADE, E. and LANGLEY, F.A. Mesonephric tumors of the genital tract, *Cancer.* 14: 711; 1961.
- 34.— ZACZEK, T. Mesonephric carcinoma of the cervix uteri in a 11 month old girl treated by Histerectomy. *Am. Jour. Obst. and Gyn.* 85: 176; 1963.