

*Adenocarcinoma colónico originado en adenoma
túbulo vellosos asociado a endometriosis intestinal.
A propósito de un caso.*

HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICO-QUIRÚRGICO "FAUSTINO PÉREZ
HERNÁNDEZ".

Revista Médica Electrónica. 2008;30 (6).

Adenocarcinoma colónico originado en adenoma túbulo vellosos asociado a
endometriosis intestinal.

A propósito de un caso.

Malign tubule-hairy adenoma synchronized with intestinal endometriosis..A case
proposal.

AUTORES

[Dra. Ángela M. Castañeda Muñoz.\(1\)](#)

Dra. Ana M. Castro Morillo. (1)

Dra. Diana González Rodríguez.(2)

Dra. Diana M. Hernández Fernández.(1)

Dra. Ketty Madruga Vázquez. (3)

Dra. Anabel Herrera Suárez. (4)

Lic. Annia García García. (5)

(1)Especialistas de II Grado en Anatomía Patológica. Profesoras Asistentes.Hospital
Universitario "Faustino Pérez". Matanzas.

(2)Especialista de II Grado en Anatomía Patológica. Profesora Instructora.Hospital
Universitario "Faustino Pérez". Matanzas

(3)Especialista de I Grado en Anatomía Patológica. Profesora Instructora. Hospital
Docente Militar "Mario Muñoz Monroy".

(4)Especialista en Medicina General Integral. Residente en Anatomía Patológica.
Profesora Instructora. Hospital Universitario "Faustino Pérez". Matanzas

(5)Licenciada en Tecnología de la Salud. Profesora Instructora. Hospital
Universitario "Faustino Pérez". Matanzas.

RESUMEN

Paciente femenina, blanca, de 56 años de edad, con historia de infertilidad por
endometriosis pélvica y sangramiento digestivo bajo al defecar. Se realiza
rectosigmoidoscopia y se visualiza lesión polipoidea de aproximadamente 3 cm
pediculada. Se realiza resección y se analiza por biopsia, la cual informa adenoma
tubulovellosos con áreas de adenocarcinoma bien diferenciado. Se repite la
colonoscopia y biopsia de esa área la cual informa adenocarcinoma. Se decide
intervenir quirúrgicamente realizándose rectosigmoidectomía por video
laparoscopia. La biopsia informa no presencia de tumor y endometriosis de la pared
del recto sigmoides. Se presenta el caso de forma ilustrativa y se revisa lo hasta
ahora reportado.

DeCS:

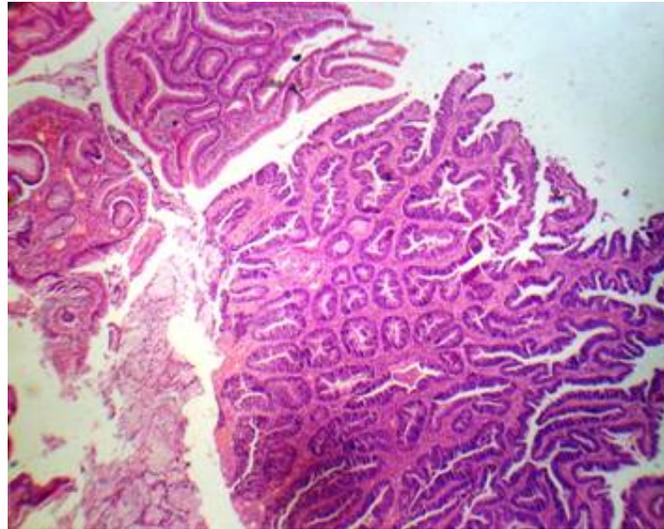
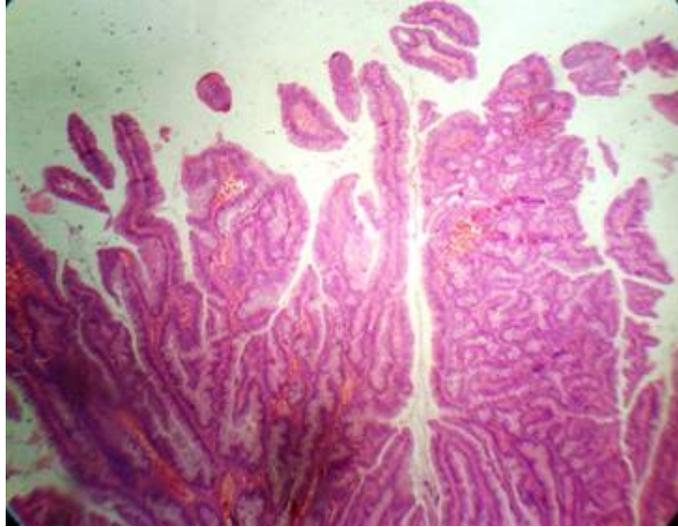
ADENOMA VELLOSO/patología
ENDOMETRIOSIS/patología
HUMANOS
FEMENINO
MEDIANA EDAD

INTRODUCCIÓN

La endometriosis es uno de los trastornos ginecológicos no tumorales más frecuentes. Se define como la presencia de tejido endometrial normal fuera de la cavidad uterina (1). Afecta al 10-15 % de mujeres premenopáusicas, alcanzando una prevalencia en torno al 50 % entre mujeres infértiles, aunque probablemente esté infraestimada, ya que muchos casos pueden pasar desapercibidos (2). Los implantes endometriósicos se localizan habitualmente en los órganos pélvicos, sobre todo ovarios, trompas de Falopio y recto-sigmoide. Diversas series refieren que entre 3-37 % de mujeres afectadas de endometriosis presentan afectación del tracto gastrointestinal (3,4), dentro del cual el recto-sigmoide es el lugar más frecuente, estando afectado en el 3 % de las pacientes. Los adenomas del colon son raros antes de los 40 años de edad y su localización más frecuente es recto y sigmoides. Por definición todos los adenomas contienen displasia epitelial, existe una fuerte evidencia de que todos los adenocarcinomas de colon se originan en adenomas preexistentes o en áreas de displasia. Este caso trata de un inusual sincronismo entre un adenoma tubulovelloso malignizado y endometriosis de la pared del recto sigmoides.

CUADRO CLÍNICO

Paciente femenina blanca con historia de infertilidad por endometriosis pélvica y de sangramiento intestinal al defecar, de un año de evolución, por lo cual se realiza rectosigmoideoscopia visualizándose lesión polipoidea pediculada de aproximadamente tres cm, se realiza polipectomía fraccionada incluyendo base del mismo, se realiza biopsia (B-08-363), la cual informa Adenoma tubulovelloso con displasia de alto grado y focos de adenocarcinoma bien diferenciado con nivel desconocido (Haggitt); dada la fragmentación de la muestra se sugiere seguimiento. No se precisa en los fragmentos enviados toma del pedículo, por lo que se repite el estudio endoscópico y se realiza excéresis del resto de la base de la lesión (B-08-479), el informe fue el de Adenocarcinoma de colon bien diferenciado infiltrante con áreas mucoproducidas. Se decide la intervención quirúrgica por cirugía de mínimo acceso y se envía la pieza quirúrgica (B-08-2290) constituida por fragmento de recto sigmoides de 9 cm de longitud con grasa pericólica, a la apertura se realiza examen detallado de la mucosa, no observándose alteraciones macroscópicas de la misma, la pared presentaba áreas ligeramente engrosadas y de consistencia aumentada. El estudio histológico mostró endometriosis intestinal y no evidencias de malignidad en la pieza.



Figs. No.1y 2. Vista panorámica del adenoma tubulovelloso. En la fig.2 áreas de displasia severa (HyE).

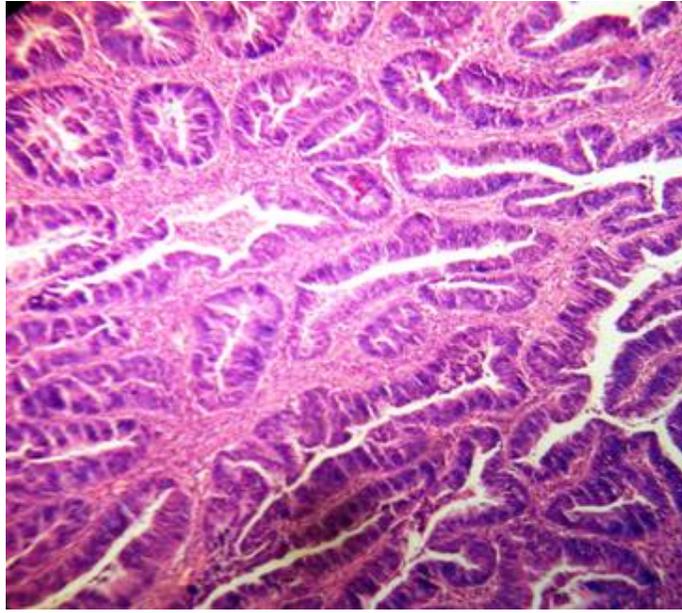
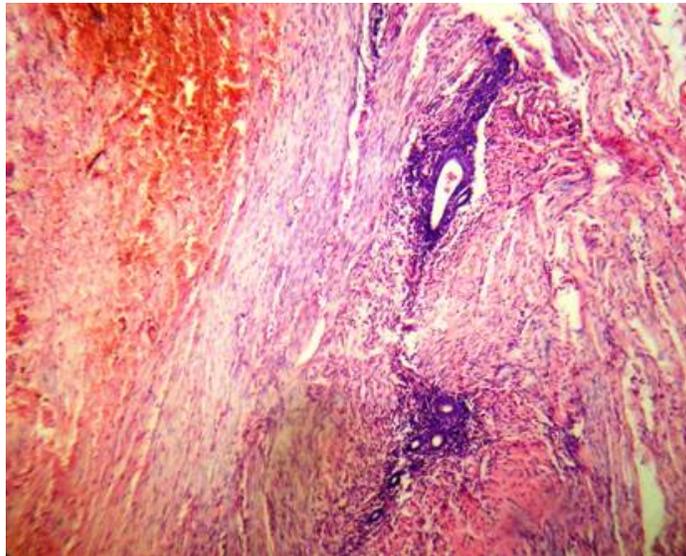
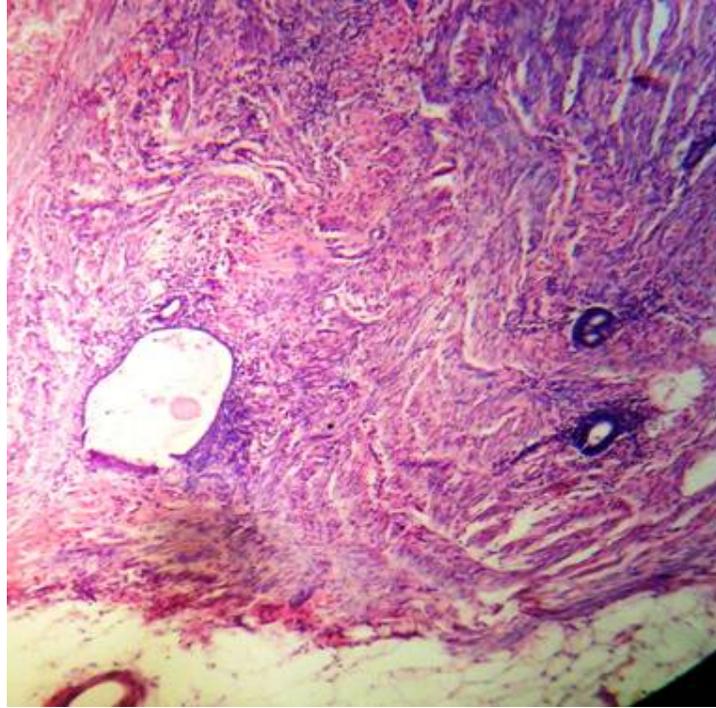


Fig. No.3: Adenoma tubulovelloso donde se observan áreas de adadenocarcinoma bien diferenciado. (x40) (HyE).





Figs. No. 4 y 5: Presencia de glándulas y estroma endometrial en la pared de recto sigmoides. En la 5 se observa glándula dilatada cerca de la grasa pericólica. Vista panorámica. (HyE)

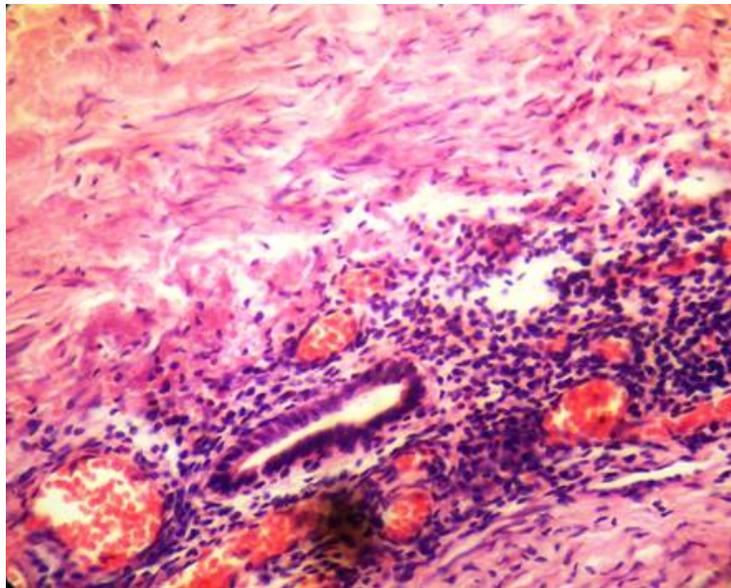


Fig. No.6: Glándula y estroma endometrial en la pared de recto sigmoides y presencia de vasos sanguíneos dilatados. (x40). (HyE)

DISCUSIÓN

Meyer, en Alemania, fue el primero en describir la endometriosis en el tracto gastrointestinal hace casi un siglo (5). El cuadro clínico varía desde una completa ausencia de síntomas hasta una emergencia por abdomen agudo, la cual requiere

intervención quirúrgica. El diagnóstico de endometriosis intestinal por métodos no invasivos es muy difícil, puesto que se requiere un alto índice de sospecha y la consideración de esta posibilidad. El dolor pélvico tipo cólico se describe, en su mayoría, como la queja más frecuente. (5,6) La localización extragenital de la endometriosis no es rara, y las cifras oscilan entre un 3 y un 37 % de las mujeres que presentan este proceso. La localización intestinal es la más frecuente, afecta a un 3-12 % de las mujeres con endometriosis; sin dudas el segmento más afectado es el colon rectosigmoide, que para diversos autores alcanza entre el 70 y el 93 % de los casos con afección digestiva, seguido a distancia de la región ileocecal, el apéndice y más raramente otros segmentos del colon o intestino delgado. (7,8) Las pruebas diagnósticas suelen aportar poca información, pero la colonoscopia, la resonancia magnética, la ecoendoscopia y, sobre todo, la toma de biopsias, pueden ser de utilidad para el diagnóstico y para descartar malignidad, principalmente en las lesiones rectosigmoideas. (1,9,10)

Por otro lado el Adenoma (pólipo benigno neoplásico o pólipo adenomatoso) se define como neoplasia benigna del epitelio glandular que se caracteriza por la displasia epitelial, lo que le confiere el significado de lesión premaligna. La neoplasia suele ser macroscópicamente un pólipo (que puede ser pediculado o sésil) aunque puede también ser plana o deprimida. Además de una proliferación epitelial también proliferan las glándulas en las que se asienta este epitelio y lo hacen en forma de túbulos o vellosidades. Se distinguen tres tipos histológicos de adenomas según el patrón predominante de crecimiento de las glándulas en forma de túbulos, vellosidades o mixto. En los tres tipos puede haber grados comparables de displasia (11). Se utiliza los niveles de invasión de Haggitt para la determinación del nivel de infiltración de un carcinoma en un adenoma basados en la morfología macroscópica del adenoma y en el nivel de invasión profunda del carcinoma. (11) Lo interesante de nuestro caso es la asociación de un adenoma tubulovelloso malignizado (Figuras No.1, 2,3) con una endometriosis intestinal en una paciente con antecedentes de infertilidad por esta patología (Figuras 4,5,6). En la bibliografía revisada encontramos casos de adenocarcinomas originados en la endometriosis y en otros trabajos, asociados a neoplasias en otras localizaciones como la mama, pero no la asociación de esta presentación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Skoog SM, Foxx-Orenstein AE, Levy MJ. Intestinal endometriosis: The great masquerader. *Curr Gastroenterol Rep.* 2004; 6 (5): 405-9.
2. Wickramasekera D, Hay DJ, Fayz M. Acute small bowel obstruction due to ileal endometriosis: A case report and literature review. *J R Coll Surg Edinb.* 1999; 44 (1):59-60.
3. Caterino S, Ricca L, Cavallini M. Intestinal endometriosis. Three new cases and review of the literature. *Ann Ital Chir.* 2002; 73 (3): 323-9.
4. Douglas C, Rotimi O. Extragenital endometriosis-a clinicopathological review of a Glasgow hospital experience with case illustrations. *J Obstet Gynaecol.* 2004; 24 (7): 804-8.
5. Mussa FF, Younes Z, Tihan T, Lacy BE. Anasarca and small bowel obstruction secondary to endometriosis. *J Clin Gastroenterology.* 2001; 32(2): 167-71.
6. Gómez-Rubio M, Fernández R, De Cuenca B, Serantes A, Martín A, Gutiérrez ML. Intestinal endometriosis as a cause of chronic abdominal pain leading to intestinal obstruction. *Am J Gastroenterol.* 1997; 92 (3): 525-6.
7. Urbach DR, Reedijk M, Richard CS, Lie KI, Ross TM. Bowel resection for intestinal endometriosis. *Dis Colon Rectum.* 1998; 41(9): 1158-64.

8. Bianchi A. Endometriosis intestinal. Estado actual. Cir Esp. 2007; 81(4):170-6
9. Jubanyik KJ, Comite F. Extrapelvic endometriosis. Obstet Gynecol Clin North Am. 1997; 24: 411-40.
10. Woodward PJ, Sohaey R, Mezzetti TP. Endometriosis: Radiologic-pathologic correlation. Radiographics. 2001;21: 193-216.
11. Colina F, Ibarrola C. Protocolo e información sistematizada para los estudios histopatológicos relacionados con el carcinoma colorrectal. Rev Española Patología. 2004;37(1)

SUMMARY

A white, 56-years-old female patient, with a history of infertility caused by pelvic endometriosis and low digestive bleeding when defecating was attended. We made a rectosigmoidoscopy and found a tumoral hairy lesion of around 3 cm. A resection was made and a biopsy, resulting a tubule-hairy adenoma with a well-differentiated adenocarcinoma areas. We repeated the colonoscopy and biopsy of this area, showing adenocarcinoma as a result. We decided the surgical intervention making a rectosigmoidectomy by video laparoscopy. The biopsy showed neither tumor nor endometriosis at the recto sigmoid wall. We present the case in an illustrative way and reviewed the existent literature.

MeSH:

ADENOMA, VILLOUS/pathology

ENDOMETRIOSIS/pathology

HUMANS

FEMALE

MIDDLE AGED

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Castañeda Muñoz AM, Castro Morillo AM, González Hernández D, Hernández Fernández D, Madruga Vázquez K, Herrera Suárez A, García García A. Adenoma tubulovelloso malignizado sincrónico con endometriosis intestinal. Presentación de un caso. Rev méd electrón[Seriada en línea] 2008; 30(6). Disponible en URL: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20médica/ano%202008/vol6%202008/tema19.htm>. [consulta: fecha de acceso]