

## Adenomioma uterino atípico

A. TRIVIÑO, J. ARGÜELLES\*, J.L. FERNÁNDEZ\*\*, I.J. CLAROS-GONZÁLEZ, A. CAMBLOR\*, V. ALMODOVAR\*, I. DÍEZ\* Y M. SECO-NAVEDO\*\*\*

Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Cangas del Narcea. \* Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Cangas del Narcea. \*\*Médico Residente de Medicina Familiar y comunitaria. Hospital Alvarez Buylla (Mieres). \*\*\* Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Covadonga. Oviedo.

### SUMMARY

#### *Atypical adenomyoma of the uterus.*

*Adenomyoma of the uterus is a rare benign condition related with endometrial polyps. The atypical form basically depend on their epithelial characteristics. However we also should study the stromal characteristics for improve the diagnosis of such tumors. We describe the clinical-pathological findings in an uterine lesion that leaved over the cervical orifice in a perimenopausal woman. The histological study showed a delimited tumoral lesion with glandular structures lined by columnar epithelial cells like the tubarical epithelium. Beside such glands there were smooth muscular stromal cells. These cells show occasionally mitotic figures in about 7 by 10 high power fields. We should consider the diagnosis of atypical uterine adenomyomas when the glandular epithelium is anomalous and/or the stromal characteristics are atypical.*

*Key words:* Atypical adenomyoma. Uterus.

### INTRODUCCION

Los adenomiomas uterinos (AU) son tumores benignos circunscritos que están constituidos por agregados de músculo liso, glándulas endometriales y habitualmente estroma endometrial (1). Se puede ubicar en el miometrio, en la submucosa (2) o presentarse como un pólipo endometrial generalmente afectando el segmento uterino inferior (3).

Los adenomiomas uterinos atípicos (AUA) afectan habitualmente al segmento uterino inferior, por lo general aparecen únicos, firmes, comúnmente sólidos, rosados, y por lo general presentan un diámetro menor de 2 cms (4). Los adenomiomas típicos, son frecuentemente mayores llegando a alcanzar los 6 cms de diámetro. La examinación pélvica es habitualmente

negativa, pero en algunos casos, como el que presentamos, la lesión protruye a través del orificio cervical e incluso con connotaciones de tumor maligno (5).

### DESCRIPCION DEL CASO

Paciente de 46 años de edad, sin antecedentes familiares de interés. En la historia obstétrica, destacaba la existencia de dos embarazos normales con partos eutócitos y tratamiento hormonal ocasional por presentar menorragias esporádicas. Al ingreso, la paciente presentaba metrorragias de 10 días de evolución. En la exploración ginecológica se apreciaba una masa de 4 x 3 cms que dilataba cervix apareciendo en vagina, recordando un "mioma parido". El resto de la exploración ginecológica era normal. Los parámetros analíticos y la radiografía simple de torax y abdomen eran normales. Se realizó exploración bajo anestesia, tumorectomía vaginal y legrado fraccionado.

Correspondencia: Dr. Agustín Triviño-López. Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Cangas del Narcea, 33800 Asturias.

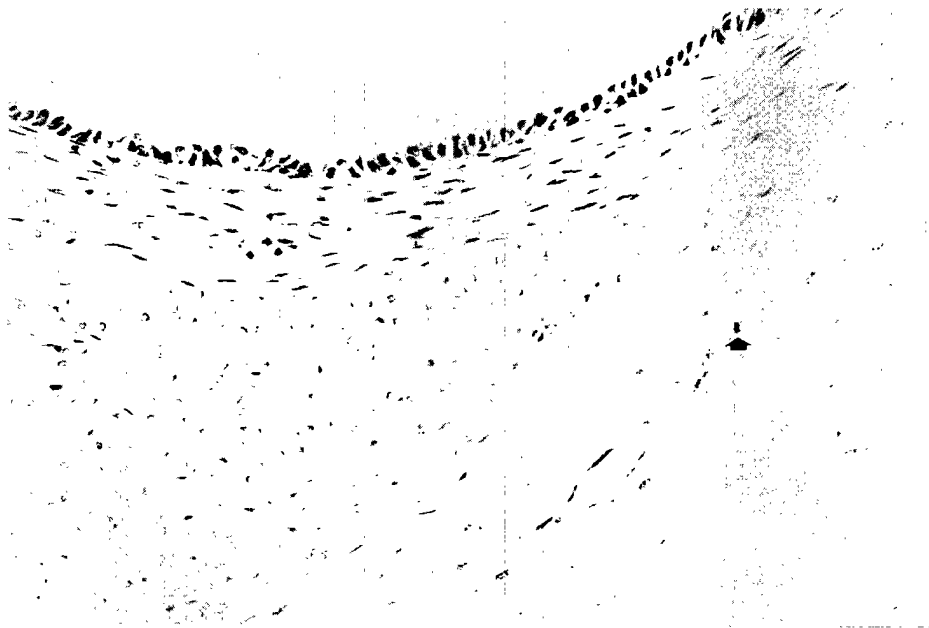


Figura 1. Adenomioma uterino atípico. Imagen de un quiste revestido por epitelio y a su vez rodeado de células musculares lisas. Nótese una figura mitótica (flecha). H-E 120x.

### Hallazgos anatomopatológicos.

Macroscópicamente, el tumor era ovalado, sonrosado-blanquecino, elástico, liso en periferia y al corte aparecían pequeños quistes de tamaño milimétrico (fig. 1).

El estudio microscópico mostró una población fundamentalmente fusocelular delimitada y constituida, más internamente, por estructuras glandulares con un tapizamiento similar al encontrado en la mucosa tubárica presentando un epitelio cilíndrico, ocasionalmente ciliado, núcleo basal, con interposición de otras que presentaban citoplasma claro y núcleo centralizado. Estas glándulas estaban rodeadas por un estroma de típicas células musculares lisas, algunas de las cuales evidenciaban mitosis sin sobrepasar el número de 7 por 10 campos de gran aumento (fig. 2).

Dadas las características histológicas del nódulo miomatoso y considerando la edad de la paciente se efectuó una histerectomía más doble anexectomía por laparoscopia. En el estudio microscópico de la pieza únicamente destacaba la presencia de un leiomioma intramural en cuerpo de útero de 1 cm de diámetro. El transcurso postoperatorio fue favorable y sin incidentes.

### DISCUSION

Los adenomiomas uterinos suelen manifestarse clínicamente con trastornos menstruales (4) apareciendo más a menudo en edad premenopáusica (5) y constituye una posible causa de infertilidad (4-5); también se

ha visto asociación con el síndrome de Turner tratado con estrógenos de forma prolongada, de manera que en la actualidad se involucra a la presencia de estimulación estrogénica como causa directa de la aparición de AU (6-7).

La presencia de cambios microscópicos tales como la complejidad arquitectural de las glándulas junto con imágenes de atipia citológica, presencia de metaplasia escamosa y ausencia de estroma endometrial, configuran los rasgos distintivos de la variante atípica del adenomioma (1). Las glándulas presentan varios grados de atipia citológica y arquitectural, a veces con patrón que remeda a una configuración cribiforme, es muy frecuente la presencia de metaplasia escamosa con distintos grados de extensión, llegando incluso a obliterar las luces glandulares así como presencia de granulomas peritoneales de queratina (9). Sin embargo, los autores confieren escasa trascendencia al componente estromal, en la mayoría de los casos comunicados de la forma atípica del AU, no suelen mostrar más de 1-2 mitosis por 10 campos de gran aumento (1,10), presentando atipia leve o moderada (11). En algunas ocasiones el estroma de los adenomiomas uterinos atípicos, es también atípico (3). Se ha comprobado, tanto empleando microscopio electrónico (19) como con técnicas inmunohistoquímicas (6,12), que el componente estromal lo representa músculo liso, origen que pudimos constatar en nuestro caso al mostrar las células estromales (morfológicamente típicas) inmunorreactividad frente al cuerpo monoclonal antiactina músculo liso específica. El AUA, puede acompañarse de un endometrio típico o atípico e incluso cumpliendo criterios de adenocarcinoma. También

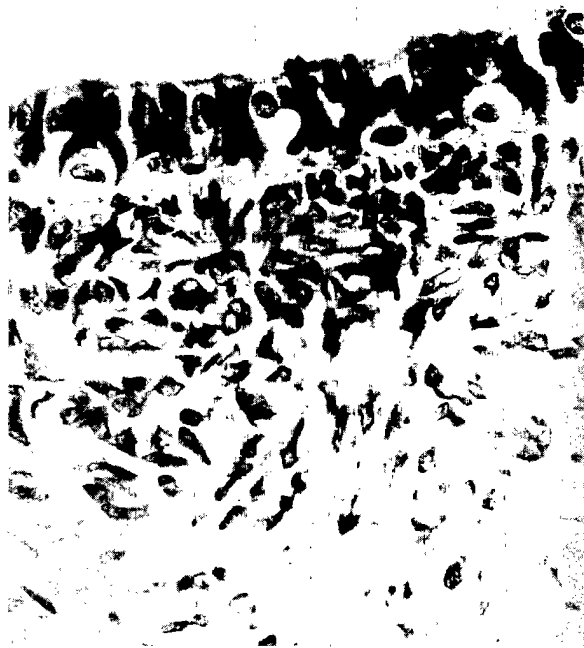


Figura 2. Adenomioma uterino atípico. Detalle del revestimiento quístico. Características müllerianas patentes. H-E 520x.

se ha descrito la posibilidad de evolución del AUA a un adenoacantoma.

El caso que se presenta no reúne criterios en general considerados clásicos de sarcoma (recuento de 10 figuras mitóticas por 10 campos de gran aumento) (1). En aquellas ocasiones en las que la asociación de glándulas atípicas y músculo liso presentes en AUA, puedan recordar a una infiltración del miometrio por un adenocarcinoma con/sin diferenciación escamosa (sobre todo en material procedente de legrado), son la ausencia de francas características de malignidad, presencia de músculo liso más celular, con alguna figura mitótica y un patrón arquitectural más desordenado que el miometrio normal, las que revelarían el diagnóstico correcto.

La histogénesis del AU es incierta y parece diferir de aquellos adenomiomas que aparecen en otras localizaciones, generalmente en la vía biliar. Se cree que estaría relacionado con un origen mülleriano, pues existen algunos casos de adenosarcomas müllerianos partiendo de un AU (8,13). Asimismo, se han comunicado transformación maligna del componente glandular (14-15). No obstante, no todas las transformaciones de los adenomiomas acaban en

neoplasias malignas, algunos AU atípicos, pueden presentar cambios benignos de tipo quístico (16-17).

Aunque el diagnóstico definitivo de la lesión se establece por los rasgos microscópicos, existen hallazgos histerosalpingográficos (18) o ecográficos (19) que permiten establecer un diagnóstico preoperatorio.

Por último, el diagnóstico diferencial de los AU se deberá realizar con el adenocarcinoma endometrial, con la adenomiosis uterina, pólipos endometriales y tumores müllerianos mixtos (19), destacando por su similitud histológica, el adenosarcoma mülleriano, aunque este último presenta células estromales semejantes a las del estroma endometrial normal, en vez de las células musculares lisas del AU.

El caso presentado refiere como dato morfológico más destacado, la presencia de numerosas figuras mitóticas en las células musculares lisas que rodea a unas glándulas sin atipia citológica ni actividad mitótica epitelial. Apuntamos la posibilidad de llamar a este lesión adenomioma uterino atípico, o bien "adenomioma uterino con estroma activo mitóticamente", entidad "per se" de comportamiento benigno. Asimismo se considera la opción de histerectomía cuando los AU que permitan ser previamente extirpados, muestren signos histológicos atípicos, tanto en el componente epitelial como estromal, dados los contados casos comunicados en los que algunas lesiones adenomiomatosas evolucionaron a una neoplasia con mayor agresividad.

## RESUMEN

El adenomioma uterino representa una tumoración benigna poco frecuente estando relacionada con los pólipos endometriales. La variante atípica viene definida básicamente por las anomalías del componente epitelial. Sin embargo, se hace necesario estudiar el componente estromal para mejor comprensión de la lesión. Se exponen los hallazgos clínicos patológicos de una tumoración uterina que protruía en cavidad vaginal asentando en una mujer perimenopáusica. El estudio microscópico de la tumoración mostró la existencia de una lesión circunscrita representada por un doble componente glandular con un epitelio de tipo tubárico y estromal con células musculares lisas. Algunas de éstas presentan figuras mitóticas típicas en número no superior a 7 por 10 campos de gran aumento. Debemos de considerar la posibilidad de denominar adenomiomas uterinos atípicos en aquellos adenomiomas que, aún teniendo el componente glandular típico, muestren anomalías morfológicas en la porción estromal.

*Palabras clave:* Adenomioma atípico. Utero.

**BIBLIOGRAFIA**

1. Zaloudek CH, Norris H. Mesenchymal tumors of the uterus, en Kurman RJ ed. *Blaustein's pathology of the female genital tract*, third ed. Springer-Verlag, New York 1987; 373-408.
2. Vercellini P, Vendola N, Ragni G, Trespidi L, Oldani S, Crosignani PG. Abnormal uterine bleeding associated with iron-deficiency anemia. Etiology and role of hysteroscopy. *J Reprod Med* 1993; 38: 502-504.
3. Young RH, Treger T, Scully RE. Atypical polypoid adenomyoma of the uterus. A report of 27 cases. *Am J Clin Pathol* 1986; 86: 139-145.
4. Clement PB. Pathology of the uterine corpus. *Human Pathology* 1991; 22: 776-791.
5. Clement PB, Young RH. Atypical polypoid adenomyoma of the uterus associated with Turner's syndrome. A report of three cases, including a review of "estrogen-associated" endometrial neoplasms and neoplasms associated with Turner's syndrome. *Int J Gynecol Pathol* 1987; 6: 104-113.
6. Rollason TP, Redman CW. Atypical polypoid adenomyoma. Clinical, histological and immunocytochemical findings. *Eur J Gynaecol Oncol* 1988; 9: 444-451.
7. Honore LH, Cumming DC, Dunlop DL, Scott JZ. Uterine adenomyoma associated with infertility. A report of three cases. *J Reprod Med* 1988; 33: 331-335.
8. Bocklage T, Lee KR, Belison JL. Uterine müllerian adenosarcoma following adenomyoma in a woman on tamoxifen therapy. *Gynecol-Oncol* 1992; 44: 104-109.
9. Kim K, Scully RE. Peritoneal keratin granulomas with carcinomas of endometrium and ovary and atypical polypoid adenomyoma of endometrium. *Am J Surg Pathol* 1990; 14: 925-932.
10. Delprado WJ, Stevens SM, Baird PJ. Atypical polypoid adenomyoma: a case report with ultrastructural examination. *Pathology* 1985; 17: 522-525.
11. Di Palma S, Santini D, Martinelli G. Atypical polypoid adenomyoma of the uterus. An immunohistochemical study of a case. *Tumori* 1989; 75: 292-295.
12. Young RH, Treger T, Scully RE. Atypical polypoid adenomyoma of the uterus. A report of 27 cases. *Am J Clin Pathol* 1986; 86: 139-145.
13. Mahoney AD, Waisman J, Zeldis LJ. Adenomyoma: a precursor of extrauterine müllerian adenosarcoma?. *Arch Pathol Lab Med*: 101: 579-584.
14. Lee KR. Atypical polypoid adenomyoma of the endometrium associated with adenomyomatosis and adenocarcinoma. *Gynecol-Oncol* 1993; 51: 416-418.
15. Kay S, Frable WJ, Goplerud DR. Endometrial carcinoma arising in a large polypoid adenomyoma of the uterus. *Int J Gynecol Pathol* 1988; 7: 391-398.
16. Yokoyama Y, Sugo T, Higuci T, Ono H, Maruyama H, Hasuo Y y cols. A case of uterine cystic adenomyoma. *Nippon-Sanka-Gakkai-Zasshi* 1993; 45: 593-595.
17. Parulekar SV. Cystic degeneration in an adenomyoma ( a case report). *J Postgrad Med* 1990; 36: 46-47.
18. Hofmann GE, Acosta AA, Gaddy NE. Hysterosalpingographic diagnosis of uterine adenomyoma. *Obstet Gynecol* 1989; 73: 885-887.
19. Fedele L, Bianchi S, Dorta M, Zanotti F, Brioschi D, Carinelli S. Transvaginal ultrasonography in the differential diagnosis of adenomyoma versus leiomyoma. *Am J Obstet Gynecol* 1992; 167: 603-606.