

LINFOMA PRIMARIO DE CUELLO UTERINO.

A PROPÓSITO DE UN CASO

MIRLA MIRANDA¹, MARÍA COBOS², ANDRÉS MORA³, ALDO REIGOSA², EDUARDO CALEIRAS², ALISIA GRANADILLO⁴, ORLANDO BERMÚDEZ³

¹SERVICIO DE ONCOLOGÍA MÉDICA, ²SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA, ³SERVICIO DE GINECOLOGÍA, ⁴SERVICIO DE HEMATOLOGÍA, INSTITUTO DE ONCOLOGÍA DR. MIGUEL PÉREZ CARREÑO, VALENCIA, VENEZUELA

RESUMEN: Los linfomas primarios del tracto genital femenino son infrecuentes, siendo lo más común la infiltración secundaria, a estos órganos, por linfomas nodales; en este reporte, presentamos una paciente con linfoma primario de cuello uterino y se realiza una breve revisión bibliográfica. Paciente femenina de 42 años de edad, quien inició su enfermedad actual 4 meses antes, la cual, se caracterizó por un aumento progresivo de volumen del abdomen (hipogastrio), siendo evaluada por ginecólogo, quien planificó histerectomía total, encontrando durante el acto quirúrgico lesión tumoral ubicada en cuello uterino, con infiltración a parametrios, por lo que realiza una histerectomía subtotal y biopsia del cuello uterino, cuyo resultado no fue concluyente. Posteriormente fue evaluada por nosotros, tomando una biopsia de cuello uterino, diagnosticando linfoma no Hodgkin difuso de células grandes con inmunofenotipo B. Se concluyó como linfoma primario de cuello uterino. En Venezuela han sido muy poco los casos informados de linfoma primario del tracto genital femenino. En nuestra Institución es el primer caso en dieciséis años. Fue tratada con quimioterapia y radioterapia externa a pelvis con respuesta del 100 %.

PALABRAS CLAVE: Cuello uterino, linfoma no Hodgkin, tratamiento, quimioterapia, radioterapia.

SUMMARY: The primary lymphomas of the female genital tract are uncommon, being the most common, the secondary infiltration to these organs for nodal lymphomas; in this report, we present a patient with primary lymphoma of cervix and we brief review the literature. 42 years old female patient, with current illness began four months before, given by progressive increase of volume in abdomen (hypogastrium); she was evaluated by gynecologist, who plans total hysterectomy, finding during the surgical act, a tumoral lesion located in the cervix, with infiltration to parametriers, he performed a subtotal hysterectomy and cervix biopsy, whose results were not conclusive. We evaluated the patients after that, he/she goes to our consultation, where after having evaluated, he/she takes biopsy of uterine neck, in the one that you diagnostic lymphoma not diffuse Hodgkin of big cells with immunephenotype B. We concluded as primary lymphoma of cervix. In Venezuela they have been very little the informed cases of primary lymphoma of the female genital tract. In our Institution it is the first case in sixteen years. It was treated with chemotherapy and external radiotherapy to pelvis with answer of 100 %.

KEY WORDS: Uterine cervix, lymphoma no Hodgkin, treatment, chemotherapy, radiotherapy.

INTRODUCCIÓN

Los linfomas extraganglionares afectan diferentes órganos y tejidos; son más frecuentes en el tracto gastrointestinal y, muy raro, en el área ginecológica. De los órganos ginecológicos, los más frecuentemente afectados por linfomas son los

Recibido: 18/07/2002 Revisado: 15/08/2002

Aceptado para Publicación: 25/10/2002

Correspondencia: Dra. Mirla Miranda
Servicio de Oncología Médica, Instituto de Oncología
"Dr. Miguel Pérez Carreño", Bárbula, Naguanagua,
Valencia, Venezuela. Mail: aemcdr@cantv.net

ovarios y cuello uterino, los cuales en su mayoría, son de tipo no Hodgkin difusos y de estirpe B ⁽¹⁾.

Se presenta el caso de paciente con diagnóstico de linfoma no Hodgkin primario de cuello uterino y se realiza una breve revisión bibliográfica sobre el tema.

REPORTE DEL CASO

Se trata de paciente femenina de 42 años de edad, sin antecedentes de importancia, cuya enfermedad actual se inicia cuatro meses antes, con aumento progresivo de volumen, en abdomen (hipogastrio), siendo evaluada por ginecólogo, quien planifica histerectomía total, con diagnóstico preoperatorio de fibromatosis uterina. Durante el acto quirúrgico encuentra lesión tumoral ubicada en cuello uterino, con infiltración a parametrios, motivo por el cual realiza histerectomía subtotal y toma de biopsia, cuyos resultados fueron: proceso inflamatorio. Luego acude a nuestra consulta, al examen físico no se evidenciaron adenopatías y en el área ginecológica se observó cuello uterino deformado con prominencia del labio anterior, al tacto rectal los parametrios se encontraban indurados.

Para el momento del diagnóstico la radiografía de tórax no mostraba alteraciones. La tomografía axial computada (TAC) de abdomen y pelvis evidenciaba: aumento de tamaño del cuello uterino, sin presencia de adenomegalias retroperitoneales, ni inguinales. La biopsia de médula ósea se encontraba, normocelular, sin evidencias de neoplasias y la B2 Microglobulina en 1,37 mg/L. El resto de los exámenes practicados se encontraban dentro de límites normales.

Se toma biopsia de cuello uterino, evidenciando hiperplasia basal del epitelio con acantosis leve. Se observó infiltración difusa del estroma por células redondas de aspecto linfoide, sin embargo, también se observó leve

cantidad de plasmocitos y eosinófilos cuyo. Para confirmar diagnóstico se realizó coloraciones con inmunohistoquímica, utilizándose controles positivos adecuados. Se realizó la investigación de antígeno leucocitario común (CD45, CD20, CD45ro, Kappa, Lambda, CD68 y Proteína S-100). Se observó inmunomarcaje con CD45 Y CD20 en los linfocitos B grandes, entre ellos con CD45ro se observó una población de linfocitos T pequeños infiltrando en algunas áreas más del 60 % del tejido. Concluyéndose como: linfoma no Hodgkin difuso de células grandes con inmunofenotipo B, rico en células T (Figuras 1 y 2).

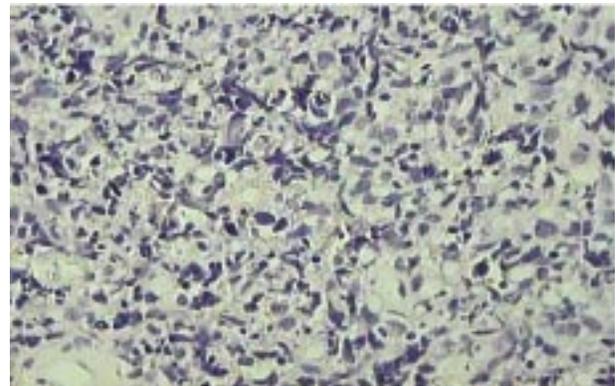


Figura 1. Aspecto microscópico de la lesión, mostrando células redondas. Coloración con Hematocilina & Eosina (40x).

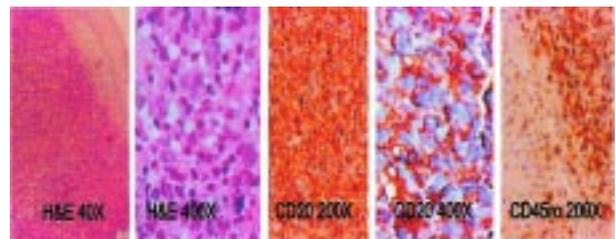


Figura 2. Coloraciones por inmunohistoquímica mostrando inmunomarcaje para CD20 y CD45.

Después de descartar, la existencia de linfoma nodal o en otro órgano, se concluyó como linfoma primario de cuello uterino, estadio IE según el sistema de estadiaje de Ann Arbor.

Recibió tratamiento con quimioterapia (3 ciclos CHOP, 6 ESHAP) con respuesta parcial del 90 %. Posteriormente recibe radioterapia externa a pelvis, presentando una respuesta del 100 %. La paciente se encuentra en buenas condiciones generales, 16 meses libre de enfermedad.

DISCUSIÓN

El linfoma del tracto genital femenino es una entidad rara, puede afectar ovarios, cuerpo y cuello uterino. En los países occidentales se ha informado que representa el 0,008 % de los tumores cervicales primarios y 2 % de linfomas extranodales en mujeres. En Japón y Norte América se describe una frecuencia de 1,6 % ⁽²⁾. Basados en los casos registrados por la *Armed Forces Institute of Pathology*, aproximadamente 1 en 175 linfomas extranodales femeninos probablemente se originan en la vagina, útero o cerviz ⁽³⁾.

En Venezuela han sido muy pocos los casos informados de linfomas primarios del tracto genital femenino. En una revisión realizada en el Instituto Anatómico-Patológico, de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela, se revisaron 280 pacientes venezolanos con 166 linfomas y 114 infiltrados y/o hiperplasias linfoides extraganglionares, se

encontró dos linfomas en el área ginecológica: uno en ovario y otro en vagina ⁽⁴⁾. En un estudio realizado en el año 2000, se revisaron 16 pacientes con diagnóstico de linfomas e infiltrados linfohematopoyéticos ginecológicos, encontrando 3 afectando ovarios, 1 en vulva, vagina y endometrio ⁽¹⁾. En ninguna de estas revisiones se encontró linfoma de cuello uterino.

En nuestra Institución este es el primer caso informado desde el año 1986, desconociendo los años anteriores.

El linfoma de cuello uterino por lo general es difuso, de células grandes, aunque pueden encontrarse otros subtipos histológicos, incluyendo formas foliculares e incluso plasmocitomas. Afecta a mujeres entre 20 y 80 años, son más frecuentes en la cuarta y quinta décadas; el motivo de consulta suele ser el sangrado vaginal, dolor pélvico o la dispareunia, por lo cual la evaluación y tratamiento inicial se realiza por ginecólogos ⁽³⁾ y, con frecuencia causan problemas diagnósticos para el ginecólogo y patólogo ⁽⁴⁾. Es de gran importancia el estudio de inmunohistoquímica para confirmar el diagnóstico ⁽⁵⁾.

El estadiamiento se realiza según el Sistema de Ann Arbor para linfomas extranodales, pero también pueden ser estadiados según la clasificación de la FIGO para cuello uterino ⁽³⁾.

En cuanto al tratamiento se describe radioterapia combinada con histerectomía o quimioterapia ⁽³⁾, en casos localizados pueden ser tratados con radioterapia o combinación de quimioterapia y radioterapia ⁽⁶⁻¹⁰⁾.

REFERENCIAS

1. García Victoria, Rosas García María I, Suárez José A, Uribe Arturo R. Linfomas e infiltrados linfomatopoyéticos ginecológicos. *Patología* 2001;39:221-229.
2. Aozasa K, Saeki K, Ohsawa M, Horiuchi K, Mishima K, Tsujimoto M. Malignant lymphoma of the uterus. Report of seven cases with immunohistochemical study. *Cancer* 1993;72(6):1959-1964.
3. Muntz HG, Ferry JA, Flynn D, Fuller AF Jr, Tarraza HM. Stage IE primary malignant lymphomas of the uterine cervix. *Cancer* 1991;68(9):2023-2032.
4. Uribe Arturo R, Barberena Erick. Linfomas e infiltrados linfoides y/o hiperplasias ("seudolinfomas") extraganglionares: Características clínicas y patológicas en 280 pacientes. *Patología* 1994;32(4):211-223.
5. Cardillo MR, Manente L, Ambrad O, D'Orazio A, Forte F, Santeusano G. Immunohistochemical study in a case of primitive lymphoma of the uterus cervix. *Eur J Gynaecol Oncol* 1987;8(6):607-612.
6. Makarewicz R, Kuzminska A. Non-Hodgkin's lymphoma of the uterine cervix: A report of three patients. *Clin Oncol (R Coll Radiol)* 1995;7(3):198-199.
7. Nasu K, Yoshimatsu J, Urata K, Miyakawa I. A case of primary non-Hodgkin lymphoma of the uterine cervix treated by combination chemotherapy (THP-COP). *J Obstet Gynaecol Res* 1998;24(2):157-160.
8. Lee KM, Seah ES, Sethi VK. Primary non-Hodgkin lymphoma of the uterine cervix: Case report of long-term survival of two patients treated with surgery and radiotherapy. *Australas Radiol* 1998;42(2):126-127.
9. Ghazi EA, Mansouri H, Melhouf M, Errihani H, Mansouri A, Benjaafar N, et al. Non Hodgkins malignant lymphoma of the uterine cervix. Apropos of a case. *Bull Cancer* 1997;84(4):421-422.
10. Chandy L, Kumar L, Dawar R. Non-Hodgkin lymphoma presenting as a primary lesion in uterine cervix: Case report. *J Obstet Gynaecol Res* 1998;24(3):183-187.