

576 **Rita González Valerio<sup>a</sup>**  
**Carmina Salvador Ballada<sup>a</sup>**  
**Clara González Portal<sup>b</sup>**  
**Gregorio Manzanera Bueno<sup>a</sup>**

<sup>a</sup>Servicio de Obstetricia y Ginecología. Complejo Hospitalario San Millán-San Pedro. Logroño (La Rioja). España.

<sup>b</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario San Millán-San Pedro. Logroño (La Rioja). España.

**Correspondencia:**

Dr. R. González Valerio.  
Huesca, 41, 7.º D. 26002 Logroño (La Rioja). España.  
Correo electrónico: rgvalerio80@hotmail.com

Fecha de recepción: 27/12/2007.

Aceptado para su publicación: 7/10/2008.

---

## **Carcinoma de células pequeñas neuroendocrino de cérvix uterino**

### *Neuroendocrine small cell carcinoma of the uterine cervix*

#### **RESUMEN**

El caso clínico expuesto es el de una paciente atendida en nuestro servicio de ginecología y que se diagnosticó de carcinoma de cérvix uterino de células pequeñas tipo neuroendocrino. Creemos que, por lo infrecuente del diagnóstico, es interesante. Cabe destacar su rápida evolución y mal pronóstico. No existe mucha experiencia en el tratamiento por la escasez de casos mencionada; así pues, se debe realizar un tratamiento individualizado según el paciente.

#### **PALABRAS CLAVE**

Tumor de células pequeñas neuroendocrino. Cuello uterino. Pronóstico. Tratamiento.

#### **ABSTRACT**

We report a case of a neuroendocrine small-cell carcinoma of the cervix seen in our Gynaecology Department. This is a rare diagnosis and is of interest. Small-cell carcinoma of the cervix is a rare tumour with poor

prognosis and high aggressiveness. Optimal treatment has not been established due to the rarity of the tumour.

#### **KEY WORDS**

Neuroendocrine small-cell carcinoma. Uterine cervix. Prognosis. Treatment.

#### **INTRODUCCIÓN**

El carcinoma cervical de células pequeñas se incluye anatomopatológicamente dentro de la variedad epidermoide que es la más frecuente<sup>1</sup>. Sin embargo, el subtipo de células pequeñas es un tumor muy infrecuente y de mal pronóstico<sup>2-4</sup> y su incidencia es del 0,8%.

La forma de presentación habitual es el sangrado genital<sup>5</sup>.

El diagnóstico es complicado y son necesarias técnicas de inmunohistoquímica en la mayoría de los casos para poder llegar a concretarlo<sup>6</sup>.

El tratamiento debe estudiarse según cada caso, ya que no existen pautas que se deban seguir porque el tumor es muy infrecuente.

En algunos casos puede asociarse a otro tipo de carcinomas, como carcinoma epidermoide y adenocarcinoma de cérvix uterino, a infección por virus del papiloma humano y a secreción de sustancias con actividad hormonal<sup>4,7</sup>.

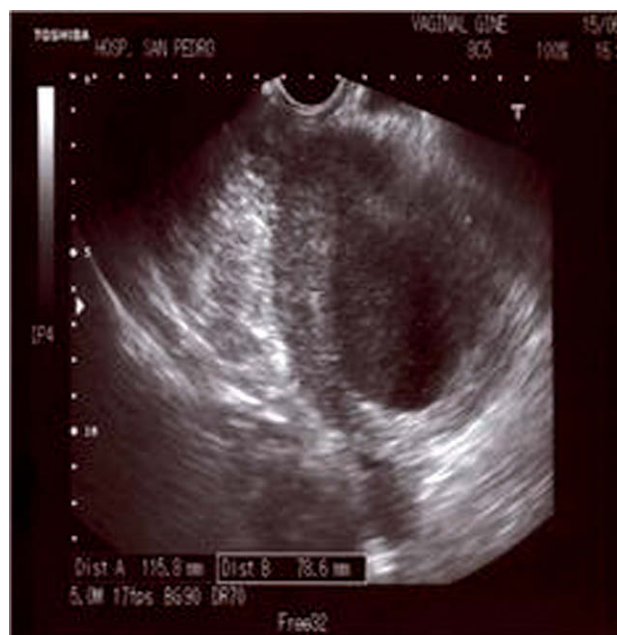
## CASO CLÍNICO

Se trata de una mujer de 80 años de edad, que acudió por sangrado genital a urgencias. Como antecedentes personales presenta hipercolesterolemia e hipertensión, y es portadora de prótesis de cadera tras fractura. La paciente es nuligesta y tuvo la menopausia a los 50 años.

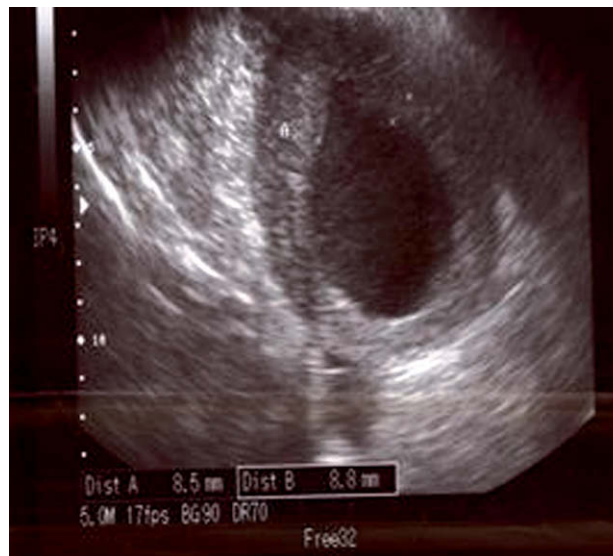
La exploración física resultó dificultosa porque presentaba himen íntegro y estenosis en el introito. Al tacto vaginal, impresionó de ocupación de fondo de saco de Douglas, pero fue difícil precisarlo.

En la ecografía ginecológica se observó un útero de 115 × 75 mm, con la cavidad dilatada de 60 × 50 mm (fig. 1), con contenido que impresiona de hematometra. El grosor endometrial era de 8,5 mm (fig. 2). No se objetivaron líquido libre ni masas anexiales.

En la tomografía computarizada (TC) pélvica se apreció una gran tumoración uterina, posiblemente



**Figura 1.** Dilatación de la cavidad uterina.



**Figura 2.** Endometrio que mide aproximadamente 8,5 mm, desplazado por el contenido endocavitario.

abscesificada, de 120 × 94 mm, que fue informada como posible sarcoma uterino. Presentaba signos de adenopatías retroperitoneales.

La analítica (bioquímica, hemograma y coagulación) fue normal. Los marcadores tumorales fueron: CA 125: 73,4 U/ml, elevado (0-35 U/ml), y CA 19,9, normal.

Se realizaron un legrado fraccionado y una exploración bajo anestesia. El cérvix y la vagina eran atróficos pero no se visualizaron imágenes anormales; la colposcopia fue negativa. El informe anatómopatológico de la muestra endocervical demostró: proliferación neoplásica con amplias áreas de necrosis, células de tamaño pequeño, con núcleos hiper cromáticos y atípicos que se disponen en cordones y con patrón infiltrativo (fig. 3). Se realizan marcadores específicos: vimentina, CD 45, S100, CK-Pan, CK de alto peso, CK de bajo peso, CK 5-6, CK7, CK20, CD10 y cromogranina negativos. Sinaptofisina fue positiva (fig. 4), compatible con carcinoma de células pequeñas tipo neuroendocrino.

Se comenta el caso con los servicios de anatomía patológica y oncología y se decide tratamiento quimioterápico.

Una semana después, la paciente acudió por dolor y metrorragia. En la analítica se apreció una urea de 73 mg/dl (10-50 mg/dl) y una creatinina de 1,57

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3969526>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3969526>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)