



NEOPLASIAS DEL ESTROMA ENDOMETRIAL EN LOCALIZACIONES EXTRAUTERINAS

García Soria V, Carmona Barnosi A, Gazabat Barbado E, Sánchez-Ferrer ML, Cánovas López L, Marín Sánchez P, Nogales FF.

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia

INTRODUCCIÓN:

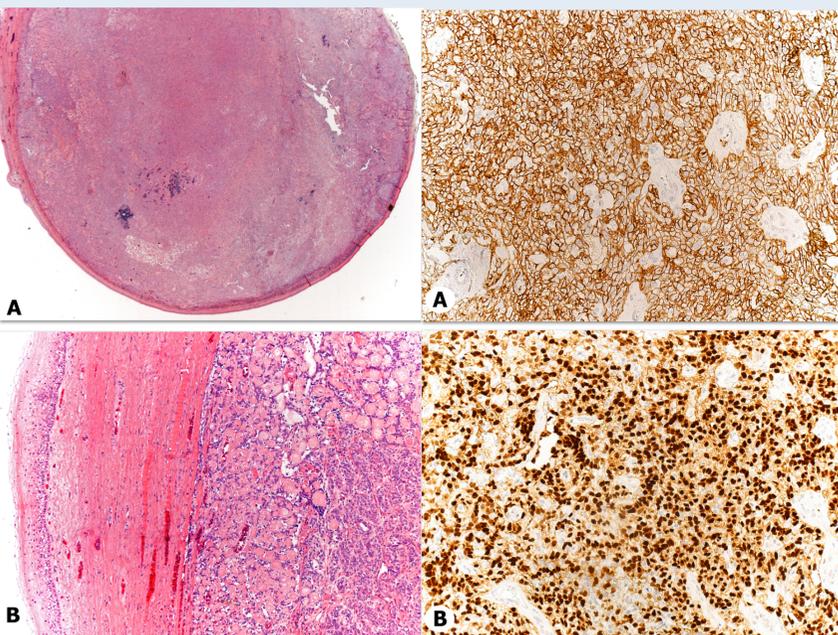
Dentro de los tumores mesenquimales uterinos se encuentran los tumores del estroma endometrial (TEE), que a su vez se dividen en nódulo estromal endometrial (benigno, bien circunscrito y sin invasión vascular) y el sarcoma del estroma endometrial (SEE), antes denominado «miosis estromal endolinfática», que representa el 0,25% de los tumores malignos uterinos.

TUMOR	POTENCIAL MALIGNO	ATIPIAS	MITOSIS
NÓDULO ESTROMA ENDOMETRIAL	Ninguno	Ligeras	0-3 por campo
SEE BAJO GRADO	Intermedio	Moderadas	Menos de 10
SEE ALTO GRADO	Alto	Marcadas	Más de 10

Los TEE se localizan en útero y ovario. Histológicamente, pueden exhibir una amplia gama de diferenciaciones. Su potencial maligno es a menudo definido por su actividad mitótica, la presencia de márgenes invasores y su eventual invasión linfovascular. Los sarcomas de bajo grado representan los tipos más frecuentes de tumores del estroma endometrial, mientras que los nódulos benignos endometriales estromales son menos comunes. La mayoría de los casos se originan en focos de endometriosis. Los casos primarios fuera de las localizaciones habituales se han reportado en el colon, el septum rectovaginal, e incluso en la placenta de un recién nacido. La localización vulvovaginal es mucho más excepcional y no hay ningún artículo que las resuma. Por este motivo hicimos una revisión de los casos comunicados en esta localización.

CASO CLÍNICO: Nulípara de 47 años, sin antecedentes de interés, que consulta por sensación de cuerpo extraño en vagina. Exploración física: vulva normal, masa polipoide, pediculada de unos 2 cm en cara posterior de vagina, cerca del introito. Resto de aparato genital normal. Resección completa de nódulo. No se hallaron otras lesiones. La histeroscopia y la RMN abdominopélvica después de la resección fueron normales. Los niveles de CA125 en rango normal. Seguimiento regular de la paciente durante seis años sin recurrencia.

AP: el examen macroscópico mostró una masa redondeada de 2 cm, blanca- amarilla homogénea y elástica. Microscópicamente, el epitelio vaginal que revestía la circunferencia externa del nódulo mostraba una proliferación homogénea de células de tipo estromal endometrial con límites lineales bien definidos. No se observó invasión del pedículo o en vasos circundantes (Figura 1A). Las células sin atipia y la falta de mitosis proliferaban en capas difusas con abundantes tractos de colágeno y extensa hialinización de distribución perivascular (Figura 1B). Con focos de calcificación menores y macrófagos espumosos. **Inmunohistoquímica** confirmó la naturaleza del estroma endometrial del tumor por su coexpresión de CD10 y los receptores de estrógeno y progesterona (Figuras 2A-2B). Los marcadores de músculo liso como h-caldesmon y desmina fueron negativos.



Características clínico-patológicas de TEE en localización vulvo-vaginal

Referencia	Número	Localización	Tipo de tumor Estroma endometrial	Afectación de otros órganos	Asociación endometriosis
Berkowitz et al (1)	1	vagina	Sarcoma	-	+
Kondi-Paphitis ⁽²⁾ et al	1	vagina	Sarcoma	-	+
Corpa et al (3)	1	vagina	LGESS	-	-
Liu et al (4)	1	vagina	Sarcoma	-	-
Masand et al (5)	1	vagina	Sarcoma	Pelvis	+
Masand (5)	1	vagina	Sarcoma	-	-
Masand et al (5)	1	vagina	Sarcoma	Pelvis	-
Masand et al (5)	1	vagina	Sarcoma	Metastasis	NA
Masand et al (5)	1	vagina	Sarcoma	colon	+
Masand et al (5)	1	vagina	Sarcoma	Pelvis	+
Irvin et al (6)	1	vulva	Sarcoma	Pulmón	+
Androulaki (7)	1	vulva	LGESS	metastasis tardía	NA

DISCUSION: Se trata de un nódulo del estroma endometrial en la vagina en una paciente premenopáusica. Nuestro caso es único, ya que no hay constancia de esta variante de tumores del estroma endometrial, es decir, de lesión del estroma endometrial benigna, con localización extrauterina. Histológicamente, los nódulos del estroma endometrial tienen márgenes lineales, lisos con atipia mínima o mitosis y con frecuencia presentar un color amarillo; posiblemente debido a la presencia de macrófagos espumosos. Es característico que no sea invasivas y que no penetran en la cápsula o en vasos adyacentes. El presente caso es un ejemplo de una lesión de este tipo en un lugar muy inusual. Su naturaleza benigna se confirmó por la ausencia de recidiva local después de un largo seguimiento. Sin embargo, hay que tener en cuenta que algunos tumores del estroma endometrial puede experimentar recurrencias muy tarde. El diagnóstico histopatológico fue relevante para el manejo de este caso, con la caracterización de la celularidad del estroma endometrial basado tanto en la morfología celular y en la coexpresión de marcadores característicos tales como CD10, receptores de estrógeno y progesterona. En el diagnóstico diferencial, la ausencia de los marcadores inmunohistoquímicos de músculo liso excluyó el leiomioma más comúnmente encontrado en la vagina, un tumor, especialmente en sus variantes celulares, que pueden parecerse a los de nódulos del estroma endometrial benignos. Un diagnóstico preciso de estos nódulos del estroma endometrial benignos es importante ya que la cirugía conservadora local es curativa.