

TUBERCULOSIS DE CUELLO UTERINO ASOCIADO A CARCINOMA IN SITU CON EXTENSIÓN GLANDULAR.

Cervantes Granados Carolina¹, *Peña Torres María de L.², Ramos Godínez María del P.³, Díaz Reyes Rubén³, Eguiarte Calderón Roberto¹.

¹Consulta Ext. del H. Ángeles México Agrarismo # 208 Col. Escandón Deleg. Miguel Hidalgo C.P. 11800 carolina_cervantes_granados@hotmail.com. y roberto_eguiarte21@hotmail.com. ²Laboratorio de Inmunohistoquímica del INCAN malupetorres@gmail.com. ³Laboratorio de Microscopia Electrónica del INCAN pilyrg@gmail.com Av. San Fernando # 22 Col. Secc. XVI C.P. 14080 Deleg. Tlalpan.

1.- INTRODUCCION: El cáncer cervico uterino sigue siendo un problema de salud pública en México por presentarse en etapas clínicas avanzadas, mientras que la tuberculosis en cuello uterino puede imitar a un carcinoma clínicamente. La tuberculosis es rara en ese sitio y representa el 0.1-0.65% de todas las tuberculosis. Se caracteriza por inflamación granulomatosa necrosante eosinófila en su centro con neutrófilos y células multinucleadas tipo Langerhans. En el Papanicolaou puede haber hallazgos sugestivos de tuberculosis como neutrófilos, histiocitos, células gigantes multinucleadas en secreciones anormales vaginales, sangrado y dolor abdominal que debe ser confirmado por biopsia y tinciones especiales (1). La tuberculosis genital el sitio más común se localiza en salpínges va del 95-100 %, le sigue endometrio con 50-60 %, ovarios del 20-30%. La afección en vagina, vulva, miometrio y cérvix es menos común. La apariencia macroscópica del cuello uterino es muy variable puede ser desde papilar, intersticial, miliar, endocervical, polipoide o ulcerosa que simulan un carcinoma invasor (2). Sin embargo en una paciente con sospecha de lesión cervical e historia previa de tuberculosis, el diagnóstico debe ser considerado. La forma de transmisión puede ser linfática, hemática y menos común la diseminación peritoneal, donde la salpínges es el sitio de predilección, seguido de órganos pélvicos. Clínicamente hay fiebre baja, dolor pélvico, irregularidades menstruales, infertilidad secundaria a amenorrea (3). Colposcopicamente puede presentar un patrón en mosaico o puntillado dando la impresión de lesión maligna (4).

2.- RESUMEN CLINICO: Femenina de 42 años acude a control anual de Papanicolaou en 2013 detectándose (LIEAG-Carcinoma in Situ) con citologías previas negativas. Se realiza biopsia de cérvix corroborando Carcinoma In Situ con extensión Glandular e inflamación inespecífica del estroma. Como antecedentes importantes la paciente nunca pudo embarazarse y en el 2000 tuvo un cuadro de abdomen agudo siendo sometida a Laparotomía exploradora con estudio transoperatorio reportándose lesión granulomatosa compatible con Tuberculosis peritoneal recibiendo esquema antifímico. En años sucesivos se hace seguimiento del caso desde el punto de vista clínico y control por Papanicolaou en algunos de ellos con secreción blanquecina detectándose Gardnerella V. recibiendo tratamiento específico. Con el diagnóstico de Carcinoma in Situ en 2013 la paciente es operada por otro médico perdiéndose el seguimiento del caso.

3.- OBJETIVO: mostrar la co-existencia de tuberculosis y carcinoma en cuello uterino.

4.- TIPO DE ESTUDIO: retrospectivo, descriptivo y observacional (para compartir con la comunidad médica).

5.- MATERIAL Y MÉTODO: se realizó revisión del caso de paciente femenino de 42 años, haciendo correlación clínico-cito-histológica, inmunohistoquímica, tinción de PAS y Ziehl Neelsen.

6.- RESULTADOS Y DISCUSION: La colposcopia mostró un cérvix normal con pequeña zona acetoblanca en zona horaria de las 2 y la citología presentó cambios por LIEAG (Fig. 1). Mientras que la biopsia de cérvix corrobora un Carcinoma In Situ con extensión glandular y reacción inflamatoria linfocitaria del estroma (Fig. 2), apreciándose otro fragmento necrótico (Fig. 3). El p16 con gran proliferación de núcleos inmaduros hacia la superficie del epitelio glandular y pavimentoso (Fig. 4). La tinción de PAS mostró positividad en glándulas endocervicales normales que contrasta abruptamente con zona de lesión que es negativa (Fig. 5 y 6) y apoya en forma indirecta la ausencia de glucógeno por falta de maduración que normalmente esta presente en células intermedias del epitelio pavimentoso y endocervical maduro. El Ziehl Neelsen fue positivo a Bacilos Tuberculosos (Fig. 7-8). El estroma del cérvix no mostro granulomas ni tampoco células de Langerhans, solamente linfocitos y un fragmento necrótico.

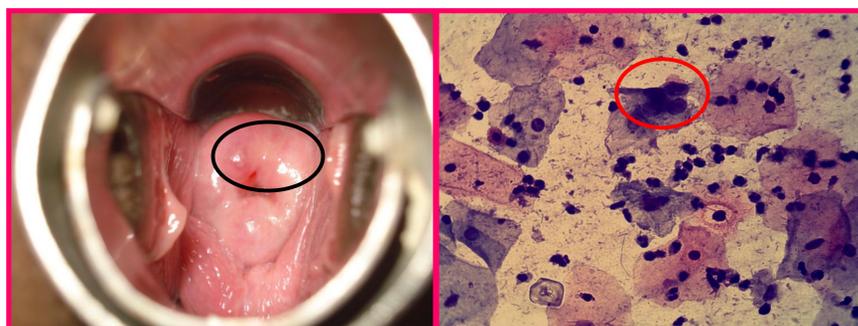


Fig. 1: A la izquierda imagen colposcópica del cuello uterino prácticamente normal con pequeña zona acetoblanca en zona de las 2. La imagen de la derecha muestra citología cervicovaginal teñida con tinción de Papanicolaou con flora bacilar, cambios inflamatorios y displásicos en un grupo de células objetivo 20x.

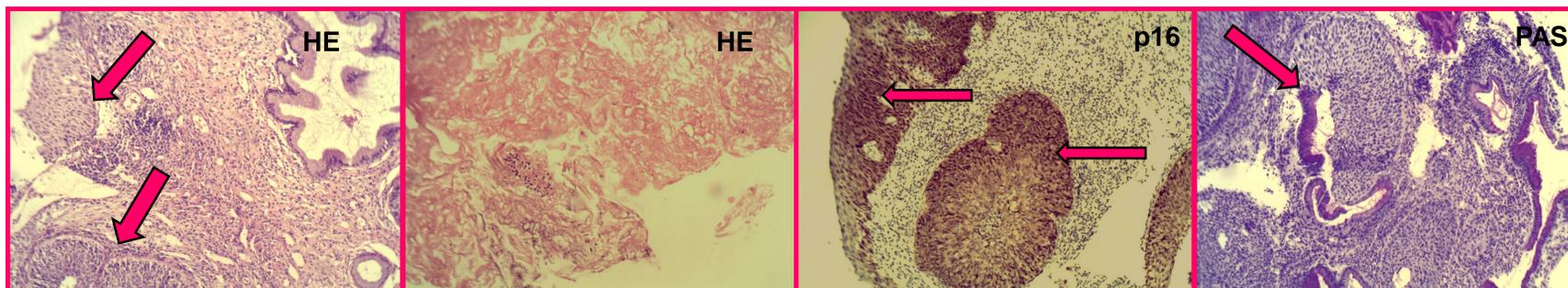


Fig.2: Corte histológico teñido con HE apreciándose compromiso glandular por un Carcinoma In Situ (Flecha) objetivo 20x.

Fig.3 Corte teñido con HE mostrando en su totalidad necrosis del cérvix objetivo 20x.

Fig.4: La inmunohistoquímica de p16 con proliferación celular que afecta casi en su totalidad el espesor del epitelio glandular y pavimentoso objetivo 20x.

Fig.5 La tinción de PAS presenta positividad en glándula endocervical normal izquierda (flecha) y negatividad en lado derecho de la misma por lesión objetivo 20x.

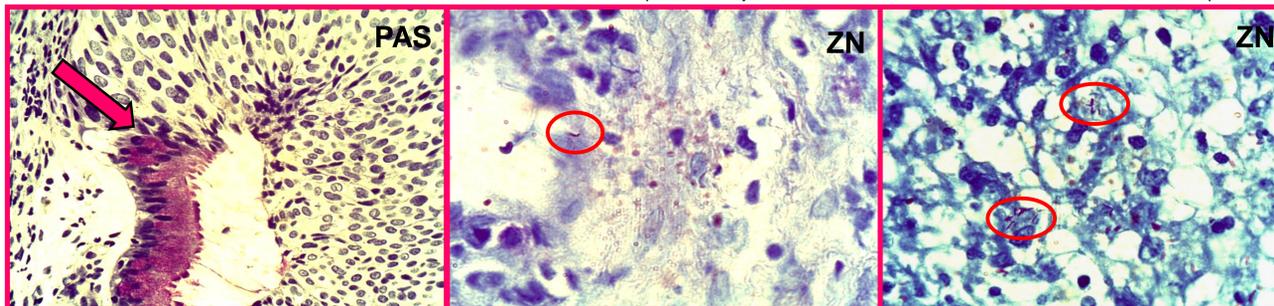


Fig.6: Tinción de PAS detalle de transición de epitelio normal y con lesión objetivo 40x.

Fig.7: Tinción de ZN positiva, se aprecia un bacilo objetivo inmersión.

Fig.8: Tinción de ZN positiva observándose grupos de bacilos objetivo inmersión.

5.- CONCLUSIONES: Se determino la co-existencia de una Tuberculosis de cérvix basado en la positividad al ZN, así como un Carcinoma In Situ con extensión glandular positivo a p16.

6.- BIBLIOGRAFÍA:

- 1.- Australas Med J. 2013; 6(7): 367–370. Difficulties in diagnosing tuberculosis of the cervix in a post menopausal woman: Case report and literature review Saptarshi Mukerji, Lyle Moncur, Brendon Sanders, Alex Currie, Alistair Watson, and Karen Leeman.
- 2.- J Clin Diagn Res. 2013 June; 7(6): 1189–1190, A Rare Case of Cervical Tuberculosis which Simulated Carcinoma of the Cervix. Saichandran Sabita,¹ Vijayan Sharmila,² Thirunavukkarasu_Arun Babu,³ Sankappa P Sinhasan,⁴ and Singh Darendra⁵.
- 3.- Ann Saudi Med. 2013 Jan-Feb;33(1):76-8. doi: 10.5144/0256-4947.2012.23.5.1115. Diagnosis of tuberculous cervicitis by Papanicolaou-stained smear. Jaiprakash P, Pai K, Rao L. 7.- Journal of Clinical and Diagnostic Research : JCDR_Research & Publications Private Limited Tuberculous Salpingitis: A Case Report Annie Rajaratnam, Prema D'Cunha, [...], and Hilda Fernandes
- 4.- Acta_Cytol_2009 Sep-Oct;53(5):594-6. Cytologic detection of tuberculous cervicitis: a report of 7 cases. Samantaray S, Parida G, Rout N, Giri SK, Kar R.