

# CARCINOMA BASAL ADENOIDE PRIMARIO DE CUELLO UTERINO: REVISIÓN DE LA LITERATURA

DORIS BARBOZA<sup>1</sup>, ROMANO MASI<sup>2</sup>, FRANCO CALDERARO<sup>2</sup>, ENRIQUE GUTIÉRREZ<sup>1</sup>, MILAGROS MEJÍAS<sup>3</sup>, LUIS HERRERA<sup>3</sup>, FRANCISCO MEDINA<sup>2</sup>

<sup>1</sup>SERVICIO DE RADIOTERAPIA INSTITUTO CLÍNICO LA FLORESTA, <sup>2</sup>SERVICIO DE GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA, <sup>3</sup>SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA HOSPITAL ONCOLÓGICO PADRE MACHADO, CARACAS, VENEZUELA

## RESUMEN

Se presenta el caso de una paciente de 34 años, quien consulta por sinusorragia y metrorragia de 6 meses de evolución, practicándose citología exfoliativa que reporta cambios celulares benignos y biopsia dirigida por colposcopia que se reporta como positiva para malignidad (centro privado Edo. Falcón). La paciente fue tratada quirúrgicamente mediante histerectomía abdominal total con conservación de anexos, mango vaginal y biopsia de ganglio de fosa obturatriz derecha. El reporte de Anatomía Patológica fue tumor epitelial maligno de cuello uterino (carcinoma microinvasor). La paciente fue enviada al Instituto de Hepatología (Edo. Falcón) y posteriormente fue referida al Servicio de Ginecología del Hospital Oncológico Padre Machado. La revisión de láminas del Servicio de Anatomía Patológica, reportó adenocarcinoma de cuello uterino infiltrante con patrón compatible con la variante de basal adenoide. Debido a lo infrecuente de esta histopatología y a las opciones de tratamiento, se decide la presentación de este caso y revisión de la literatura.

**PALABRAS CLAVE:** Cáncer, cuello uterino, carcinoma basal adenoide, tratamiento.

## SUMMARY

The case of a patient of 34 years appears, who consults by sinusorrhagia and metrorrhagia of 6 months of evolution, taking a pap smear that report benign cellular changes and biopsy directed by colposcopy that is reported like positive for malignance (private center in Falcón State). The patient was dealt for surgery by means of total abdominal hysterectomy with conservation of annexed, vaginal handle and biopsy of nodal of right grave obturator. The report of Pathology was malignant epithelial tumor of uterine neck (microinvading carcinoma). The patient was sent to the Institute of Hematology (Falcón State) and later was referred to the Gynecology Service of the Padre Machado Oncologic Hospital. Revision of slides by the Department of Pathology, reported infiltrative adenocarcinoma of uterine neck compatible with the variant of basal adenoide. Due to infrequent of this histopathology and to the options of treatment, it is decided presentation of this case and reviewed of literature.

**KEY WORDS:** Cancer, uterine cervix, adenoide basal carcinoma, treatment.

## INTRODUCCIÓN

**E**l cáncer de cuello uterino (CCU) continúa siendo un problema de salud pública para las mujeres, sobre todo en los países de América Latina y del Caribe. Para el año 2000, de un total de 470 606 nuevos casos de cáncer de cuello uterino ocurridos alrededor

---

Recibido: 22/07/2004      Revisado: 14/08/2004

Aceptado para publicación: 30/08/2004

---

Correspondencia: Dra. Doris Barboza  
Servicio de Radioterapia, Instituto Médico La Floresta,  
Sótano 2,  
Calle Santa Ana con Av. Principal de La Floresta,  
Caracas, Venezuela

---

del mundo, 91 776 ocurrieron en América Latina y el Caribe. De las 233 372 muertes por esta enfermedad, 37 493 ocurrieron en América Latina y el Caribe, donde la mayor proporción se encuentra entre los 45 a 54 años, según cifras de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) <sup>(1,2)</sup>. En Venezuela ha ocupado el primer lugar de muertes por cáncer durante varias décadas <sup>(3)</sup>.

Los tumores más frecuentes son de extirpe epitelial, siendo el carcinoma epidermoide el más común (90 % – 95 %), seguido por el adenocarcinoma <sup>(4)</sup>. A pesar de esto, existen patrones histopatológicos de muy baja frecuencia, como es el caso que estamos presentando.

El carcinoma basal adenoide (CBA) es una neoplasia maligna infrecuente, con poco reconocimiento a nivel de la literatura <sup>(5)</sup>. El CBA es una variante del adenocarcinoma y se define como un carcinoma cervical constituido generalmente por nidos y cordones de pequeñas células ovales bien diferenciadas con una disposición empalizada en la periferia, recordando los carcinomas de células basales y basoescamoso de la piel <sup>(6)</sup>.

La edad de presentación es comúnmente entre los 50 a 60 años y aproximadamente la mitad de los casos se registra en mujeres de raza negra.

Desde el punto de vista histopatológico, el aspecto microscópico muestra un cuello de apariencia normal o una distorsión nodular leve. Al microscopio, se observan nidos o cordones de pequeñas células basaloides, casi siempre originándose desde un carcinoma *in situ* o invasivo focal, a partir de las células de reserva. En los bordes laterales puede evidenciarse nidos de células basaloides rodeando el epitelio escamoso normal. Las células son pequeñas, con escaso citoplasma y núcleo oscuro con mitosis escasas y dispuestas en cordones unidos con diferenciación glandular o escamosa focal <sup>(7)</sup>. Un número de cordones o nidos pueden

contener pequeños acinos rodeados por una línea de células cuboidales o columnares. La reacción desmoplástica estromal de los nidos no se hace evidente. La mayoría se presenta en el nivel inferior de las glándulas endocervicales con mínimo compromiso superficial.

Se describen dos variedades: una, donde las células tumorales pueden adquirir cambios que las identifican como carcinoma escamoso, y otra en la que existe un patrón glandular en los nidos basaloides <sup>(8)</sup>.

### Presentación del caso

Se presenta el caso de una paciente de 34 años, quien acudió a consulta ginecológica por sinusorragia y metrorragia de 6 meses de evolución, practicándose citología cervical que presentó cambios cervicales benignos, y biopsia dirigida por colposcopia que reportó positiva para malignidad. Por este motivo, se indicó intervención quirúrgica (Edo. Falcón) que consistió (nota de referencia médica) en histerectomía abdominal total con conservación de anexos, mango vaginal y biopsia ganglionar de fosa obturatriz derecha. El reporte de Anatomía Patológica (N° BC 0609) describe: Carcinoma microinvasor. Permeabilización de vasos linfáticos. Mango vaginal y cuerpo uterino libre de infiltración tumoral.

La revisión de láminas del HOPM (N° 1027-04, 7 láminas y 3 bloques de parafina), reporta adenocarcinoma infiltrante con patrón compatible con la variante basal adenoide localizado en cuello uterino. NIC III con extensión glandular. Embolización tumoral linfática. Cambios de infección por virus de papiloma humano. Endometrio con patrón proliferativo. Miometrio sin alteraciones de consideración. NOTA: En uno de los cortes histológicos examinados, el tumor mide 1 cm x 0,4 cm. En el material no puede precisarse los bordes de resección (Figura 1).

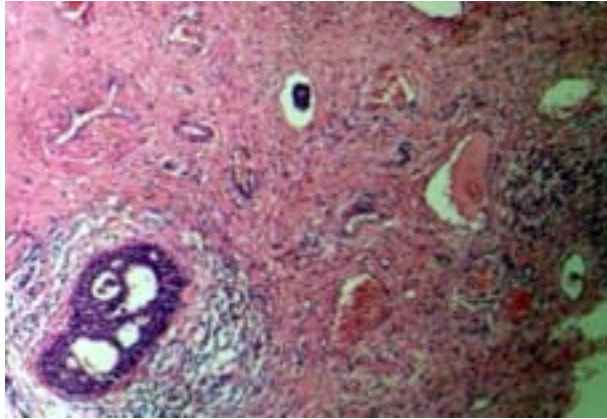


Figura 1. Las células tumorales son pequeñas, uniformes; algunas forman nidos sólidos con células dispuestas en empalizada en la periferia de los nidos, otras células forman pequeños acinos. (H-E, x 25).

En reunión del Servicio de Ginecología se decidió completar estudios y enviar a tratamiento adyuvante: radioterapia radical.

## DISCUSIÓN

La citología cervical exfoliativa sigue siendo el método de pesquisa sugerido para el diagnóstico de las lesiones del cuello uterino. El porcentaje de falsos negativos se ubica entre el 15 % al 25 % en la mayoría de las series. En el caso presentado, el resultado de la citología se ubica en este grupo. La decisión de intervención quirúrgica planeada sin la adecuada evaluación de la extensión de la enfermedad, no es la conducta apropiada, sin embargo, el diagnóstico de carcinoma basal adenoide (CBA) de cuello uterino según los reportes de la literatura mundial, es un hallazgo incidental en un espécimen de histerectomía removido por otras razones, en la mayor parte de los casos <sup>(6)</sup>.

El diagnóstico histopatológico de este caso, coincide en su descripción microscópica con los criterios que deben reunirse para el

diagnóstico de CBA, a saber: 1. Crecimiento infiltrativo con frecuente ulceración superficial. 2. Nidos o cordones de células basaloides pequeñas. 3. Células periféricas empalizadas en los nidos tumorales. 4. Reacción estromal fibroblástica no significativa. 5. Ausencia de carcinoma de células escamosas o adenoideo quístico. 6. Ausencia de gránulos citoplasmáticos argirófilos.

Las láminas y bloques del muestreo ganglionar no fueron recuperables para revisión. Estudios de inmunohistoquímica (IHQ), no fueron posibles de realizar. Se describe tinción positiva para citoqueratina AE 1,3, keratina 902, CEA y EMA para las células de los acinos. La proteína S-100 fue siempre negativa.

El diagnóstico diferencial debe hacerse con otros ADC como el adenoideo quístico.

La valoración al examen físico de ingreso al Servicio de Ginecología no evidenció ninguna alteración.

Los estudios de extensión de la enfermedad (posoperatorios) no revelan indicios de enfermedad metastásica, concordando con el pronóstico favorable relatado en la literatura.

En general, el tratamiento no es uniforme. Sin embargo, el tratamiento adyuvante sugerido en reunión de Servicio de Radioterapia se basó en: 1. Estadía preoperatorio (FIGO) desconocido. 2. Tratamiento quirúrgico inapropiado para ADC de cuello uterino infiltrante. 3. Factor histopatológico desfavorable (embolización tumoral linfática).

Los pocos casos reportados en la literatura no permiten validar generalizaciones respecto al comportamiento biológico del tumor; sin embargo, la literatura revisada sugiere, haciendo comparaciones con los carcinomas basaloides de piel y de vulva, un bajo grado de malignidad, baja recurrencia local, rara vez metástasis ganglionar y posibilidad de tratamientos menos radicales que en los carcinomas epidermoides de cuello uterino.

En una serie de 14 casos de CBA, solamente dos recibieron radioterapia externa más implantes intracavitarios. De estos, 13 casos fueron seguidos a 10 años y sólo un caso murió

por metástasis de CBA. En este último el patrón microscópico infiltrativo y la reacción estromal fue diferente al resto de los casos <sup>(9)</sup>.

---

---

## REFERENCIAS

1. Calderaro F. Cáncer de cuello uterino. En: Manual del Curso Básico de Oncología del Hospital Oncológico Padre Machado. Caracas: Sociedad Anticancerosa de Venezuela; 2002.
2. Merle J L. A situational analysis of cervical cancer in Latin America and the Caribbean. PAHO Chronic Noncommunicable Disease Unit. Washington. 2004:1-9.
3. División de Sistemas Estadísticos M.S.D.S. División de Oncológica. Registro Central de Cáncer. 2002
4. Piver M, Steven. 2°. Cáncer de cuello uterino. 2000:111-143.
5. Moss LD, Collins DN. Squamous and adenoid cystic basal cell carcinoma of the cervix uteri. Am J Obstet Gynecol. 1964;88(86-90).
6. Kurman, R. Blaustein's. Pathology of female genital tract. 5ª edición. Editorial Springer; 2001.
7. Tavassoli F, Devilee P. Pathology and genetics of tumors of the breast and female genital organs. WHO-OMS. World Health Organization. Classification of Tumor. IARC Press. Editorial and Consensus Conferences in Lyon, France. 2003:279.
8. Daroca PJ Jr, Dhurandhar HN. Basaloid carcinoma of uterine cervix. Am J Surg Pathol. 1980;4(3):235-239.
9. Ferry JA, Scully RE. "Adenoid cystic" carcinoma and adenoid basal carcinoma of the uterine cervix. A study of 28 cases. Am J Surg Pathol. 1988;12(2):134-144.