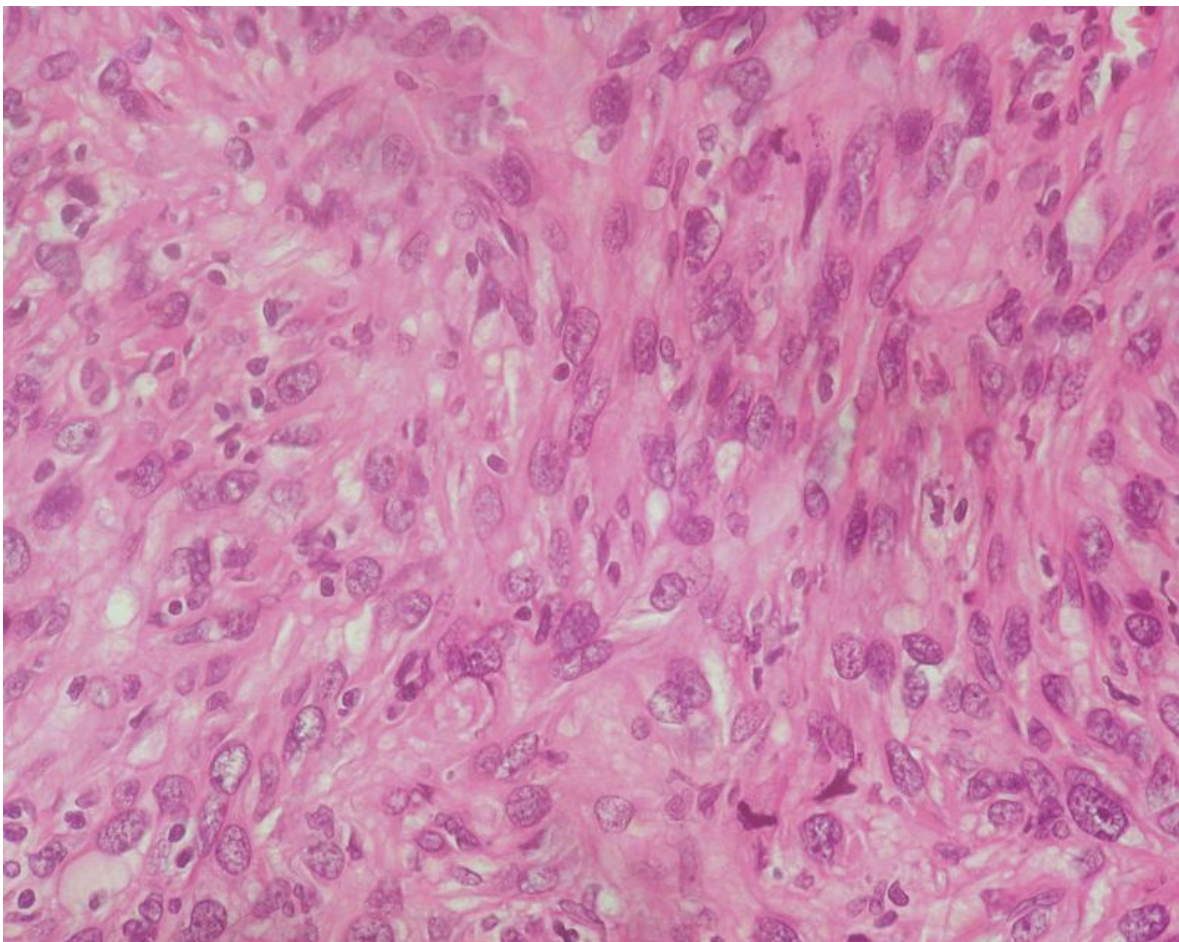
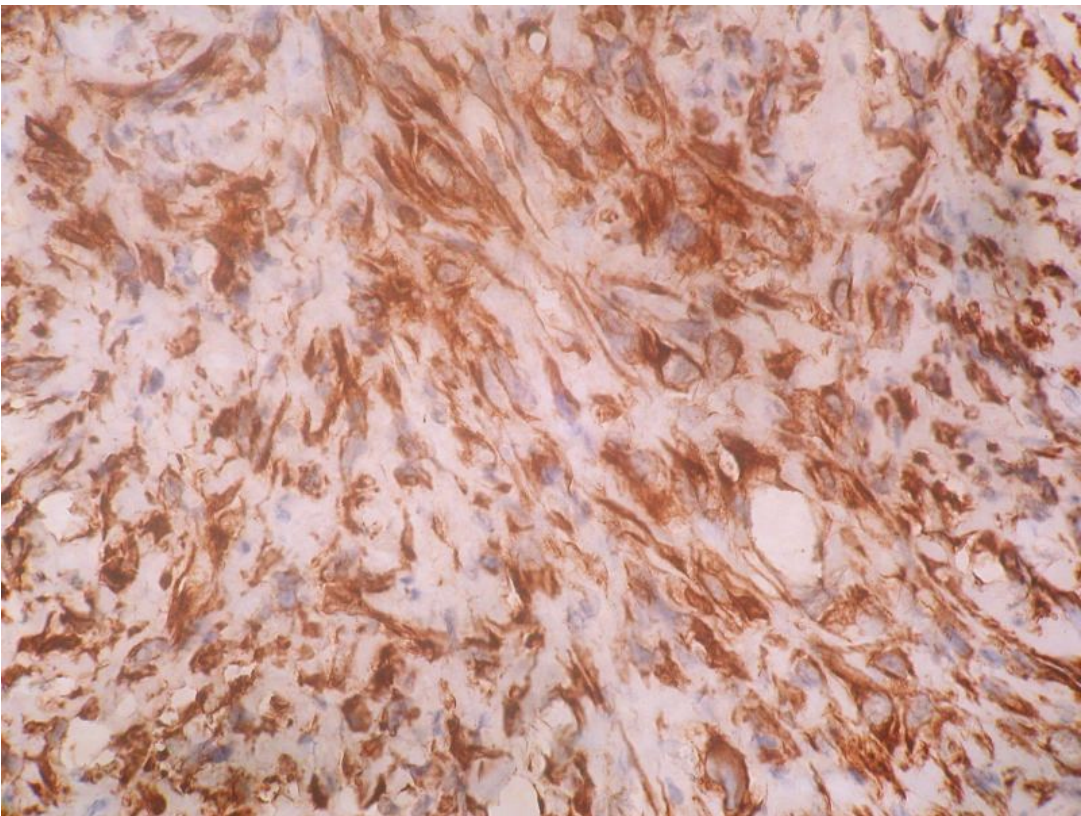
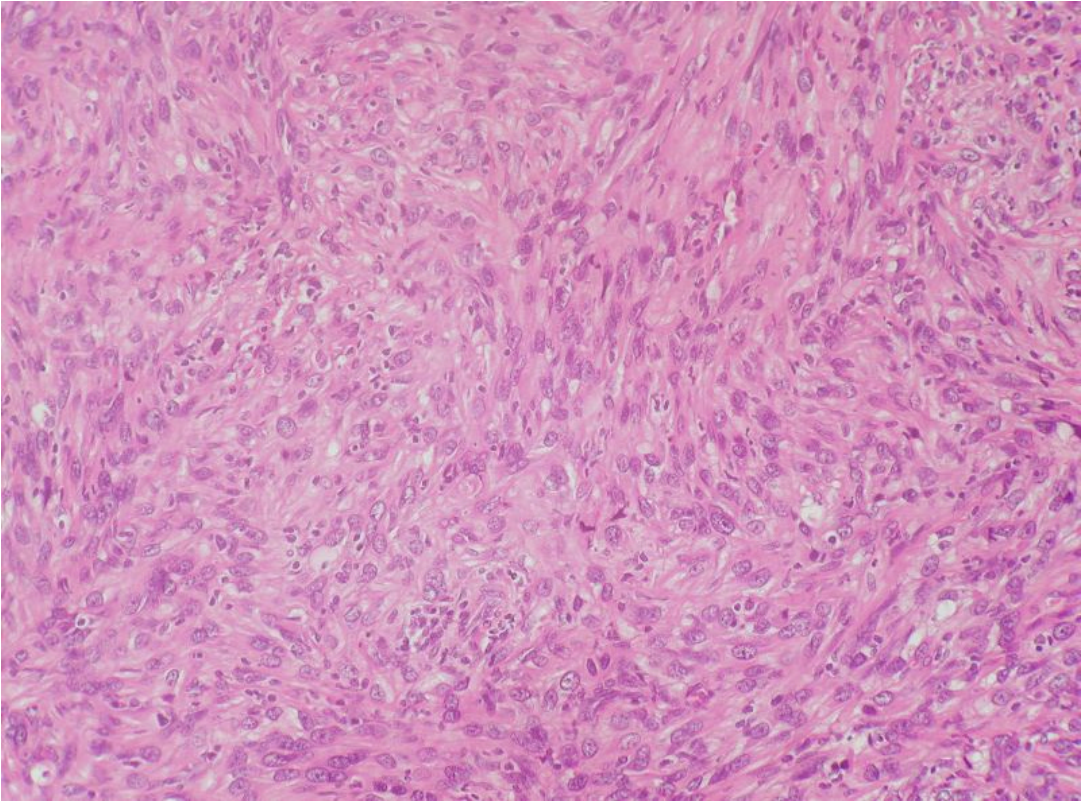


CASO n° 6
Dr. David HARDISSON
Hospital Universitario La Paz
Madrid

Historia clínica: Mujer de 59 años de edad sin antecedentes personales ni familiares de interés que acude procedente de otro Centro con el diagnóstico de tumoración ulcerada en cérvix uterino. Se realiza biopsia y, tras el resultado, histerectomía total ampliada tipo Wertheim-Meigs.





Descripción macroscópica: La pieza de histerectomía total y doble anexectomía pesaba 75 grs y tenía unas dimensiones de 8x4x3 cms, con un manguito vaginal de 6 mm. El orificio cervical externo mostraba morfología rasgada y en la mucosa periorificial se reconocía una zona sobreelevada de coloración parda, ulcerada, que a la sección se correspondía con una tumoración mal delimitada, de 5x2 cm de máximas dimensiones, de coloración grisácea y consistencia aumentada, que ocupaba el canal endocervical y se extendía infiltrando el endometrio. El tumor infiltraba en profundidad la pared cervical un máximo de 4 mm. Los parametrios, trompas y ovarios no presentaban alteraciones macroscópicas. Ninguno de los ganglios linfáticos extirpados, correspondientes a las fosas ilíacas y obturatrices, mostraba signos de encontrarse metastatizado.

Estudio histológico: La tumoración descrita microscópicamente presentaba amplias áreas de ulceración en superficie y estaba constituida por una proliferación de células de morfología fusiforme, con citoplasmas eosinófilos y núcleos pleomórficos, con uno o varios nucleolos prominentes y frecuentes figuras de mitosis atípicas. Las células tumorales se disponían formando fascículos irregulares, entrecruzados en diferentes direcciones. No se observaron zonas de necrosis tumoral significativa, hemorragia ni invasión vascular tumoral. El tumor infiltraba en profundidad un máximo de 5 mm y se extendía a la cavidad uterina infiltrando difusamente el estroma endometrial pero respetando el componente glandular. Ninguno de los ganglios linfáticos aislados se encontraba metastatizado por el tumor.

Estudio inmunohistoquímico: Las células tumorales mostraron inmunorreactividad intensa y difusa frente a citoqueratinas de amplio espectro (AE1/AE3), citoqueratina 7 y vimentina; se observó positividad focal frente a citoqueratina de amplio peso molecular, citoqueratina 20, antígeno epitelial de membrana (EMA) y actina muscular lisa. No se reconoció inmunorreactividad frente a proteína S-100. También se observó sobreexpresión focal de la proteína p53. El índice de proliferación del tumor calculado mediante Ki67 era de aproximadamente el 30-40%.

Estudio ultraestructural confirmó la naturaleza epitelial de las células tumorales.

Se realizó extracción de ADN de las células tumorales y amplificación mediante PCR para detección del virus del papiloma humano (VPH) demostrándose presencia de **HPV tipo 18**.

DIAGNÓSTICO ANATOMOPATOLÓGICO.

Carcinoma de células fusiformes (sarcomatoide) de cérvix

Comentario:

El carcinoma de células fusiformes de cérvix es una rara variante de carcinoma epidermoide pobremente diferenciado, que plantea el diagnóstico diferencial fundamentalmente con sarcomas y con el melanoma. El tumor está constituido por células de mediano tamaño, de morfología fusiforme con núcleos ovoideos, dispuesta en fascículos irregulares. En ocasiones, algunas células tumorales pueden presentar signos de queratinización, lo que es indicativo de su origen escamoso. Sin embargo, en la mayoría de los casos la totalidad del tumor está compuesto por células fusiformes dispuestas en un estroma fibromixoide. La disposición fasciculada de las células tumorales es similar a la observada en el fibrosarcoma y en el leiomiomasarcoma. Cuando las células tumorales adoptan un patrón estoriforme se plantea el diagnóstico diferencial con el fibrohistiocitoma maligno.

En ocasiones, el estroma mixoide puede ser tan abundante que el carcinoma de células fusiforme se confunde con un sarcoma mixoide.

El apoyo de las técnicas de inmunohistoquímica resulta fundamental para establecer el diagnóstico de carcinoma de células fusiformes. Las células tumorales expresan queratinas de amplio espectro y también vimentina, mientras que son negativas frente a marcadores de melanoma, como la proteína S-100, melan-A y HMB-45, así como frente a marcadores de diferenciación muscular. Recientemente se ha descrito la utilidad de la expresión de p63, un homólogo de p53, para el diagnóstico de este tipo de carcinoma.

Bibliografía.

- Ogawa K, Kim YC, Nakashima Y, et al. Expresión of epithelial markers in sarcomatoid carcinoma: an immunohistochemical study. *Histopathology* 1987;11:511.
- Steeper TA, Piscio li F, Rosai J. Squamous cell carcinoma with sarcoma-like stroma of the female genital tract.: clinicopathologic study of four cases. *Cancer* 1983;52:890.
- Wang TY, Chen BF, Yang YC, et al. Histologic and immunophenotypic classification of cervical carcinomas by expresión of the p53 homologue p63: a study of 250 cases. *Hum Pathol* 2001;32:479.