

# De pólipo cervical a tumor uterino de cordones sexuales ováricos.



Delgado Gómez, María del Valle; Sánchez Cardenas, Ana María; de Toro Jaime, Elena.

## Objetivos:

Exponer hallazgo de neoplasia poco frecuente en masa compatible con pólipo cervical.

## Resultados:

Mujer de 48 años derivada a consulta de patología cervical por hallazgo de pólipo cervical tras intentar realizar en su centro de salud citología. No enfermedades de interés, en seguimiento por útero miomatoso. No cirugías. G4P3A1. Eumenorreica. Citología hace 3 años normal.

Presenta lesión polipoidea excrecente de aspecto granuloso e irregular de unos 3-4 cms que asoma por orificio cervical externo. Se extirpa mediante torsión y se manda a anatomía patológica. Ecografía TV: útero en retroversión con endometrio de 12 mm vacuolado y varios miomas intramurales, en cara lateral derecha 27 mm, en cara lateral izquierda de 29x26mm y en cara anterior de 25 mm. Ovarios normales. No líquido libre.

**Anatomía Patológica:** tumor uterino semejante al tumor de cordones sexuales ovárico (UTROSCT). No imágenes de invasión vascular. El tumor presenta expresión para los marcadores del cordón sexual (inhibina, calretinina, WT1, y focal melan-A), marcadores epiteliales (CKAE1/AE3, ck7/ck 20) marcadores de músculo liso (actina y caldesmón) y CD10 (en el estroma superficial).

EL TAC toracoabdominal no encontró patología a distancia. Se deriva a consulta de ginecología oncológica. Se explica a la paciente diagnóstico y se programa histerectomía total con doble anexectomía. Se realiza cirugía vía laparoscópica sin incidencias.

## Conclusiones:

Los UTROSCT son neoplasias uterinas muy infrecuentes. La edad media de presentación es de 45 años. La clínica suele ser sangrado vaginal con dolor abdominal. Macroscópicamente es un tumor sólido, bien circunscrito cuya localización puede ser submucoso, subseroso o polipoideo. En nuestro caso, la paciente llevaba en seguimiento por miomas 2 años; hasta que se visualizó la masa asomando por OCE. Su diagnóstico anatomopatológico es complejo. Debido a su baja incidencia aún no hay datos suficientes para comprender la historia natural de esta neoplasia. Suelen tener un comportamiento benigno, y curso clínico indolente aunque se han publicado casos de enfermedad metastásica y de recurrencia en pulmón o intestino.

Como factores de peor pronóstico se han descrito el tamaño mayor a 10 cm, la afectación del estroma cervical y la invasión linfovascular. En cuanto al tratamiento, HT con o sin anexectomía. En deseo genésico, el manejo conservador puede ser una opción en función de los factores de riesgo.