



LINFOMA NO HODGKIN DE CÉLULAS T PRIMARIO DE CERVIX. REPORTE DE UN CASO.

AUTORES:

ARGAÑARAZ, Karina.

GONZALEZ, María de los Ángeles.

FRANCO, Mercedes Andrea.

TREPAT, Jorgelina.

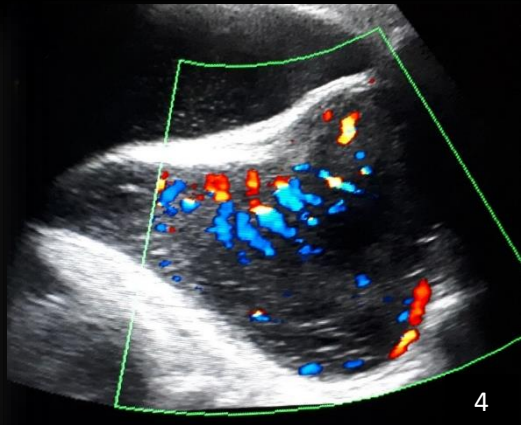
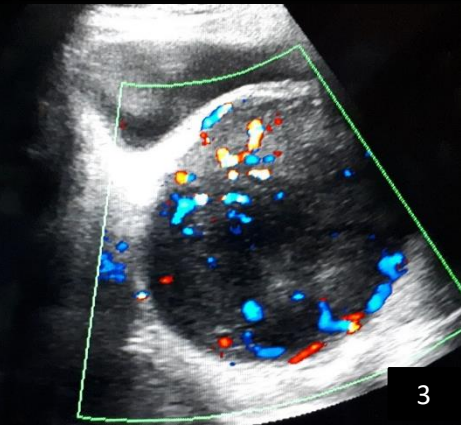
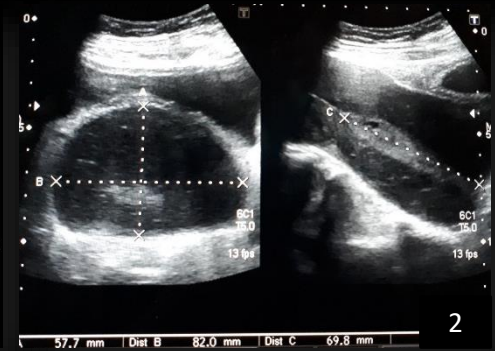
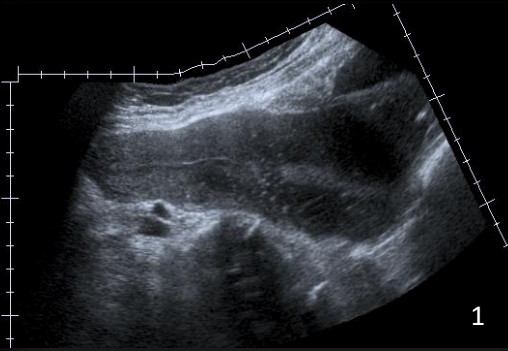
CUADRO CLINICO

- Paciente de 38 años, sin antecedentes de jerarquía, consulta por cuadro de 6 meses de evolución caracterizado por irregularidad en el ciclo menstrual.
- En el último mes presentó múltiples episodios de ginecorragia (3 en total) con descompensación hemodinámica por lo que requirió múltiples transfusiones.
- Dolor leve a moderado a nivel pelviano y dispareunia.
- A la exploración clínica presentaba un cérvix hipertrófico que sangra al roce.
- La colposcopia reveló una gran vascularización y se tomaron muestras para biopsia.

HALLAZGOS IMAGENOLÓGICOS: ECOGRAFIA

Se realizaron cortes axiales y sagitales, y se utilizó técnica de panoramíc view (fig.1).

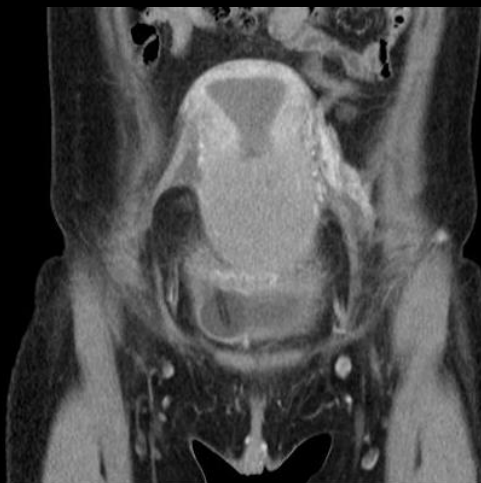
Se observa aumento de los diámetros a nivel del cérvix uterino, el cual se muestra hipocogénico en relación al cuerpo y fondo (fig. 1 y 2), evidenciando marcada vascularización al Doppler color (fig. 3 y 4).



HALLAZGOS IMAGENOLÓGICOS: TOMOGRAFIA

Aumento de los diámetros uterinos a expensas del cérvix, el cual se muestra hipodenso, con menor realce tras la administración de contraste EV.

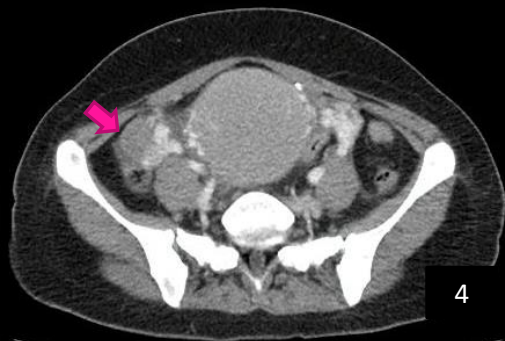
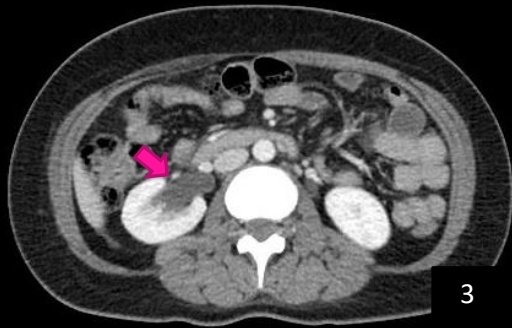
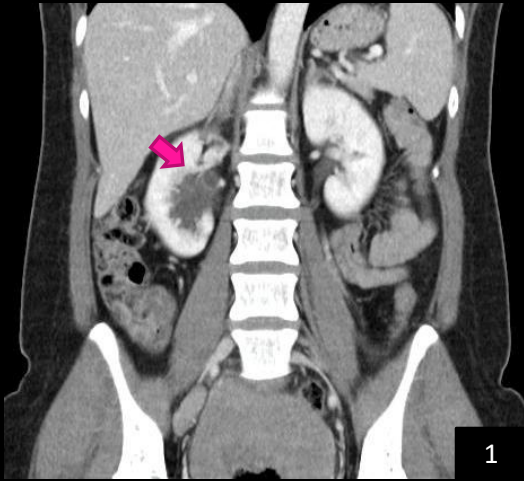
Contenido hipodenso endocavitario



HALLAZGOS IMAGENOLÓGICOS: TOMOGRAFIA

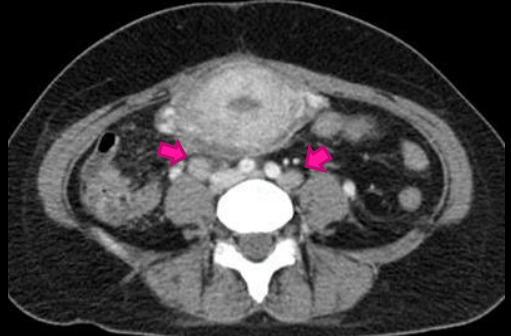
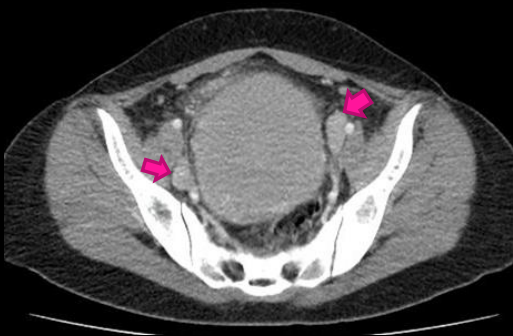
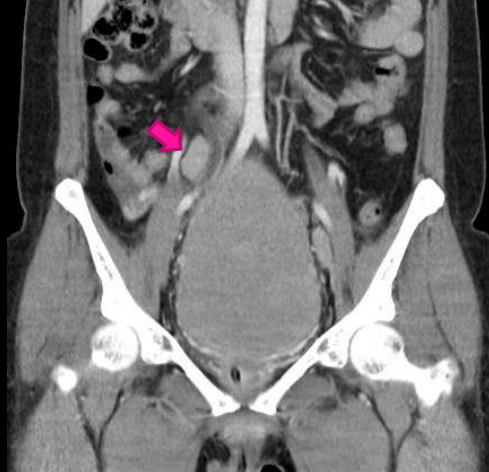
Se observa desplazamiento de los órganos pélvicos adyacentes (Fig. 2) y leve ectasia cálico-piélica derecha (Fig. 1 y 3).

Escasa cantidad de líquido a nivel pelviano (Fig. 4).



HALLAZGOS IMAGENOLÓGICOS: TOMOGRAFIA

Adenomegalias retroperitoneales e iliacas internas y externas.



LINFOMA NO HODGKIN DE CÉLULAS T PRIMARIO DE CERVIX.
REPORTE DE UN CASO.

EVALUACIÓN PATOLÓGICA:

El informe anatomopatológico de la pieza es el siguiente:

“Muestras representadas por mucosa cervical de la porción endocervical difusamente infiltrada por células linfoides de mediano tamaño, núcleos redondos moderadamente pleomorfos e hiper cromáticos. Se reconoce moderado número de mitosis. Este proceso infiltra el estroma comprimiendo el componente glandular. Los hallazgos histológicos podrían corresponder a un **proceso linfoproliferativo** a definir por inmunohistoquímica.”

Inmunohistoquímica:

LNH tipo T, CD 20 (-), CD 3 (+), con alto índice de proliferación.

PAMO: (punción aspiración de medula ósea) no se observa infiltrado por aspirado.

El resumen diagnóstico es:

Linfoma no Hodgkin tipo T primario de cuello uterino.

DISCUSIÓN:

Los linfomas extranodales representan el 15% de los linfomas no hodgkinianos. De éstos sólo el 1% se origina en el aparato genital, siendo la localización más frecuente el ovario.

Los linfomas primarios de cuello uterino son extremadamente raros (menos del 1% de los extranodales), de estos la mayoría (75- 85%) son de inmunofenotipo B, representando los linfomas de células T menos del 15% de los casos.

La mayoría de los casos (77%) aparecen en mujeres premenopáusicas, siendo la edad media en el momento del diagnóstico de 40-44 años.

El diagnóstico de los linfomas de cérvix es difícil por su rareza.

El síntoma de presentación más frecuente es el sangrado genital, que permite el diagnóstico en estadios iniciales.

El tumor se comporta como una masa expansiva que causa un aumento difuso del tamaño cervical, produciendo el llamado “cérvix en tonel”, generando sensación de dolor o dispareunia junto al sangrado genital.

El diagnóstico citológico prácticamente no es posible por tratarse de una afectación del estroma y permanecer el epitelio sin alteraciones mientras que no exista ulceración. Casi todos los casos descritos en la literatura están diagnosticados sobre la pieza de histerectomía, siendo muy escasos los diagnosticados sobre biopsia o cono, como en el caso que aportamos.

CONCLUSION:

Los estudios por imágenes constituyen una herramienta fundamental para la caracterización y estadificación de la patología cervical uterina, ya que permiten evaluar la extensión, compromiso de los órganos adyacentes y presencia de adenomegalias, y en forma conjunta, con los resultados anatomopatológicos e inmunohistoquímicos, lograr un adecuado abordaje terapéutico.