



Ginecología y Obstetricia

© Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología

Ginecol. obstet. 1991; 37 (11): 51-56

HIPERPLASIA ADENOMATOSA DEL ENDOCERVIX

*[Dr.: Rubén Rozas Llerena.](#)

RESUMEN

Se reporta los primeros 50 casos de hiperplasia adenomatosa del endocervix, en 500 biopsias de cuello uterino. La edad promedio fue 47 años. El síntoma principal fue ginecorragia. El diagnóstico clínico predominante fue fibroma y los demás diagnósticos anatomo- patológicos en orden de importancia fueron: Adenomyosis, leiomiomas, endometrio atrófico, endometrio proliferativo, endometrio secretor e hiperplasia adenomatosa del endometrio. Se postula el factor hormonal estrogénico alto, como probable etiopatogenia de esta entidad, en mujeres postmenopáusicas, multiparas. Al examen microscópico es importante tener presente que la hiperplasia adenomatosa del endocervix, puede diagnosticarse equivocadamente como un adenocarcinoma mucosecretor bien diferenciado del endocervix.

SUMMARY

50 cases of adenomatous hiperplasia of endocervix are reported in 500 cervical biopsy. The rate average was 47 year old. The main symptom was uterine bleeding. Predominant clinic diagnosis was fibroma, and anatomy pathological diagnosis were: Adenomyosis, leiomioma, atrophy endometrium, proliferative phase, secretory phase and adenomatous hiperplasia in that order. A high hormonal strogenic factor is suggested as probable etiopathogenic in postmenopause, multipara women. It is important to avoid the misdiagnosis microscopically with adenocarcinoma well differentiated since this reaction is invariably benign.



INTRODUCCIÓN

Las lesiones del cuello uterino, benignas y malignas, han sido objeto de numerosas observaciones y estudios. Dentro de ellas, las alteraciones hiperplásicas, son las más importantes, por su vinculación con el carcinoma *in situ*; así mismo se han estudiado las modificaciones cervicales que ocurren durante el embarazo, y los cambios regresivos que ocurren en el puerperio; e igualmente las producidas, por el uso oral de agentes contraceptivos. (2-3-4-5-8-12).

Dentro de la patología cervical rutinaria, que realizamos en el laboratorio de anatomía patológica, observamos, con relativa frecuencia, una forma de proliferación glandular endocervical, que nos llamó la atención; y al revisar la literatura médica al respecto, Novak (9), la describe, como "Hiperplasia glandular" de aspecto adenoide y la relaciona con oclusiones de los trayectos glandulares, por un proceso no inflamatorio ni neoplásico.

Haines y Taylors (11), le dan el nombre de "Adenosis" o "Endocervicosis". Peter Marcuse (10), lo considera como "Quistes de retención o Quistes mesonéfricos". Ancel Blaunstein (1), describe como "hiperplasia endocervical microglandular" a las lesiones cervicales benignas, que ocurren en mujeres que reciben agentes contraceptivos orales. Nosotros pensamos, que es una alteración cervical hiperplásica, de aspecto adenomatoso, con ciertas características clínicas y morfológicas diferentes, a la hiperplasia endocervical microglandular, producida por anticonceptivos orales, por lo cual realizamos el presente trabajo, motivo de esta comunicación.

MATERIAL Y MÉTODOS

Nuestra casuística corresponde, al estudio realizado en 500 especímenes quirúrgicos biópsicos de cuello uterino en los cuales encontramos 50 casos de esta lesión, cuyos resultados presentamos a continuación. Este trabajo se realiza en el Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Nacional Daniel A. Carrión del Callao, sede docente de la Facultad de Medicina de la UNMSM.

RESULTADOS

La edad de los pacientes estuvo comprendida entre los 31 y los 80 años con un promedio de 47,06, Tabla N° 1.

EDAD	N° CASOS	%
31 - 40	8	16
41 - 50	32	64
51 - 60	7	14
61 - 70	1	2
71 - 80	2	4
Promedio 47.06 años		

El motivo de la consulta, síntomas principales, el diagnóstico clínico y anatomo-patológico, está resumida en la Tabla N° 2.

Casos	Motivo de la consulta	%	Casos	Diagnóstico Clínico	%	Casos	Diagnóstico A.P.	%
38	Ginecorragia	76	21	Fibroma	42	15	Lewiomioma	30
9	Incontinencia urinaria y/o disuria	18	10	H.U.D.	20	20	Adenomatosis	40
2	Leucorrea	4	9	Prolapso	18	14	Endometrio atrófico	28



1	Crecimiento de abdomen		7	Cervicitis crónica	14	6	Endometrio secretor	12
			1	Miometrítis	2	5	Hiperplasia adenomatosa	10
50			50			3	Carcinoma in situ	6
						3	Hiperplasia quística del endometrio	6
						1	Hiperplasia endometrio simple	2

DISCUSIÓN

La edad promedio, que encontramos, estadísticamente es significativa, por cuanto comprende mujeres postmenopáusicas, en las cuales la influencia estrogénica es inconspicua.

La edad promedio que encontramos fue de 47,06 años, la cual es superior, a la edad promedio, de las pacientes con displasia del cuello uterino, que es de (36,3 años) y el carcinoma *in situ* de (41.0 años), y similar al cáncer infiltrante del cervix que es de (47.3 años), en nuestro medio.

38 pacientes (76%), presentaron ginecorragias, explicable por los hallazgos anatomopatológicos de leiomiomas submucosos, en 15 pacientes de mayor importancia clínica, por el compromiso de vasos sanguíneos del endometrio, igualmente producen profusas hemorragias, aun siendo muy pequeños, igualmente los de localización subserosa, pueden pedicularse, ulcerarse y necrosarse y/o infectarse sangrando habitualmente.

Otra explicación de la hemorragia, se debe a 20 pacientes que tuvieron adenomiosis, explicable por la disfunción endocrina manifiesta en muchos casos y por una notable hiperplasia asociada, presente en algunos casos.

Las modificaciones endometriales, que encontramos en las pacientes, endometrio en fase proliferativa, hiperplasia adenomatosa e hiperplasia quística, están relacionados con la persistencia de un estímulo estrogénico ya sea ovárico o extraovárico (corteza suprarrenal), posibilidad establecida por estudios endocrinológicos recientes, clínicamente asociadas con hemorragias postmenopáusicas.

Se cree que la producción de estrógenos puede continuar en la época postmenopáusica, incluso en ausencia de hemorragia cíclica (10). La hiperplasia quística puede observarse también en estados donde hay aumento de la producción de estrógenos; incluso parece haber una relación causal con el desequilibrio hormonal estrogénico.

Al contrario de la hiperplasia quística, la hiperplasia adenomatosa del endometrio es más frecuente durante el periodo de la vida reproductiva, sus relaciones con algún trastorno de la secreción hormonal son menos claras que las de la forma quística, aunque se cree que representa una respuesta al hiperestrogenismo (10).

Los síntomas de incontinencia urinaria y/o disuria, que presentaron las pacientes, se debe al prolapso, presente en 9 casos (18%), más aún debido a que estas pacientes fueron multíparas en su mayor parte.

La leucorrea estuvo presente en 2 casos como síntoma principal, explicable por la erosión cervical, de causa infecciosa frecuentemente asociado a tricomoniasis.

21 pacientes fueron diagnosticadas de fibroma uterino clínicamente, habiéndose confirmado histológicamente en el 71% de los casos. 10 casos tuvieron ginecorragias de causa hormonal, diagnosticadas clínicamente como hemorragia uterina disfuncional, habiéndose encontrado correlación con el tipo proliferativo del endometrio en el 83%. Los otros hallazgos anatomo-patológico que encontramos, hiperplasia adenomatosa del endometrio 5 casos y la hiperplasia quística del endometrio en 3 casos, se explica debido a probables ciclos anovulatorios, o a la persistencia anormal de uno o varios folículos de Graaf, que no alcanzaron el estadio de maduración. De -una u otra forma, el endometrio se ve inundado por grandes concentraciones de estrógeno, y la mucosa no adquiere caracteres secretorios, encontrándose en fase proliferativa.

El examen clínico del cuello uterino, reveló lesión erosiva o cuello normal, siendo un hallazgo microscópico el descubrir 3 casos de carcinoma *in situ* en nuestra serie.



Las características microscópicas de esta lesión hiperplásica adenomatosa del endocervix, han sido objeto de un sistemático y cuidadoso examen, cuyos resultados presentamos a continuación.

La hiperplasia adenomatosa está localizada en el endocervix, de acuerdo con las observaciones de Novak y Marcuse, etc. Taylors menciona, que puede localizarse también en el portio vaginal, diferenciado de la proliferación netamente adenomatosa que ocurre en el endocervix, así como de la proliferación glandular que suele presentarse en el embarazo como secuela de ella.

La proliferación glandular adenomatosa, puede ser focal o difusa, de acuerdo a la extensión, a menor aumento se nota la proliferación glandular de aspecto acinar bien delimitada y compacta. Fig. N° 1-2.

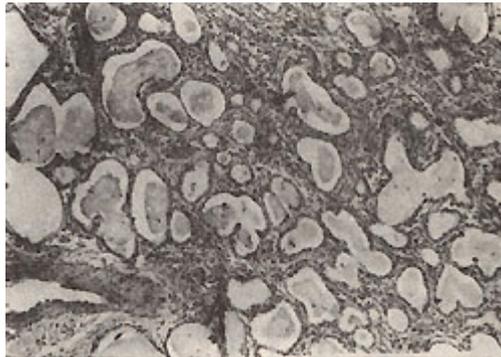


Fig. 1. Proliferación granular adenomatosa del aspecto acinar bien limitada y compacta. Hematoxilina yeosina x 25

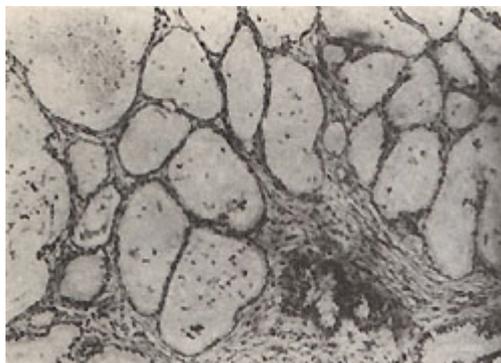


Fig. 2. Glándulas endocervicales dilatadas conteniendo secreción mucosa Hemotoxilina y eosina x 25

Debido a la presión que ejerce el componente mucoso (PAS+) hace que las glándulas se dilaten y las células cilíndricas mucosecretoras se aplanen mostrando un aspecto endotelial, con escasas células cúbicas y cilíndricas. Fig. N° 3-4. El contenido glandular se observa con la coloración de hematoxilina- eosina, de color rosado claro y francamente positivo con la coloración de PAS. Fig. N° 5-6. El estroma es escaso, con leve infiltrado inflamatorio, leucocitario mono y polimorfo nuclear. Fig. N° 7-8.

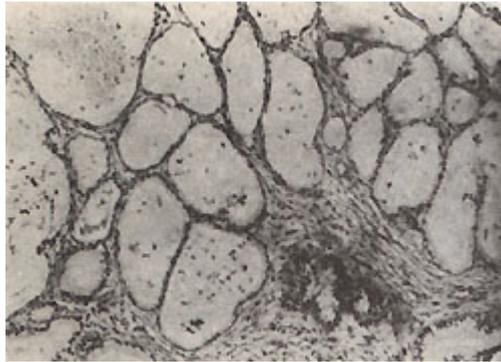


Fig. 3. Glándulas dilatadas, con célula cilíndricas mucosecretoras aplanadas, estroma. x63 H. E.

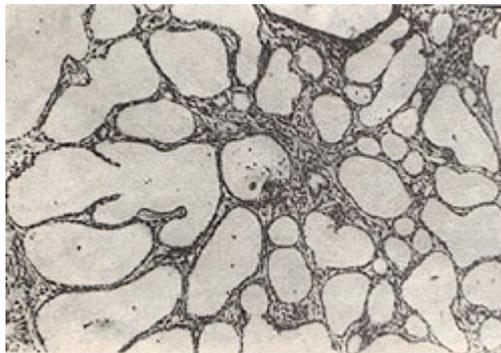


Fig. 4. Glándulas con epitelio aplanado de aspecto endotelial x 63. Hematoxilina y eosina

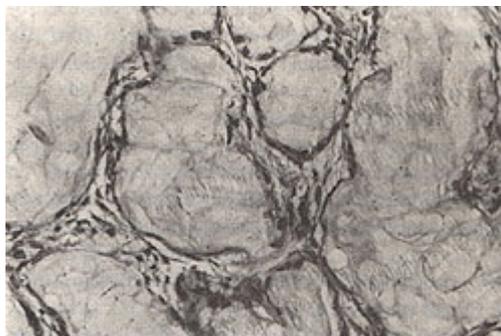


Fig. 5. Glándula dilatadas con componente mucoso PAS + x150

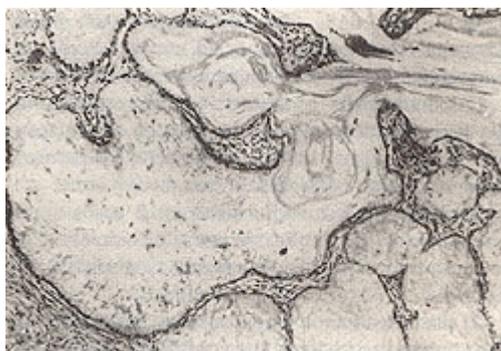


Fig. 6. El moco se tiñe de color rosado claro con la hematoxilina eosina. Escasas células cúbicas y cilíndricas x 127

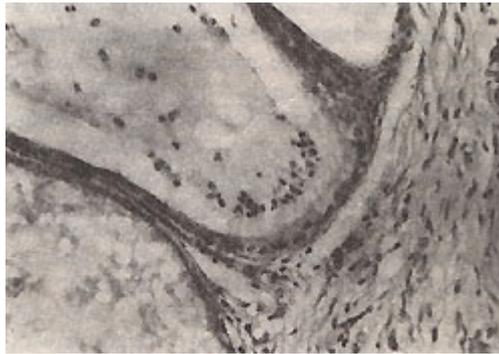


Fig. 7. Glándulas con células cúbicas y aplanadas, contenido mucoso con células inflamatorias mono y polinucleares escasas. x 300 H. E

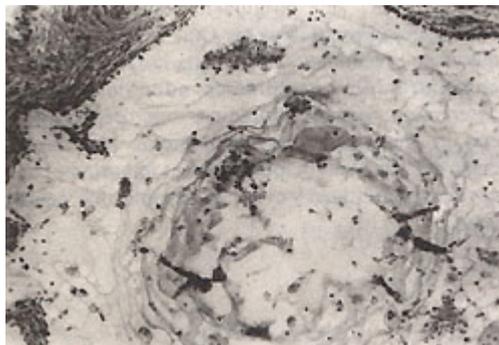


Fig. 8. Glándulas dilatadas conteniendo abundantes células inflamatorias y moco. x 150 H. E.

La configuración adenomatosa que se observa en la hiperplasia adenomatosa del endocervix, debe diferenciarse de los "quistes de retención", que son glándulas endocervicales ocluidas, como lo demuestra los estudios de Flumman y Dickinarin, que han demostrado la formación de túneles ciegos, la distensión de ellos por la secreción permite la formación de los folículos o quistes de Navoth, de igual forma debe diferenciarse de los "quistes mesonéfricos", que son vestigios de los conductos mesonéfricos (conductos de Wolffian, segmento caudal conocido como conducto de Gartner), que son quistes pequeños elongados revestidos de epitelio cilíndrico bajo, cuando se agrupan. tienen una configuración adenomatosa, llamándose "adenomame sofrénico o hiperplasia adenomatosa" (10-11).

Igualmente la hiperplasia endocervical microglandular descrita por Blaustein, en mujeres que ingieren contraceptivos orales, son lesiones morfológicas diferentes a lo que nos ocupa. Tabla N° 3.

TABLA N° 3 DIFERENCIAS CLÍNICAS E HISTOLÓGICAS ENTRE HIPERPLASIA ENDOCERVICAL MICROGLANDULAR E HIPERPLASIA ADENOMATOSA DEL ENDOCERVIX. X-XX	
Hiperplasia endocervical microglandular	Hiperplasia adenomatosa Endocervix
Diferencias Clínicas	
Mujeres Jóvenes postpartum	Mujeres posmenopaúsica
Ginecorragias	Ginecorragias
Asopecto pilipoide	Cuello normal
Relación con anticonceptivos orales	No tiene relacion con anticonceptivos orales
Inducido por estímulo progeterónico persistentes	Inducido por estímulo estrógeno persistentes



Diferencias Histológicas	
Proliferación glandular en pequeños grupos compactos, tamaño variable	Proliferación adenomatosa de aspecto acinar bien delimitada y compacta
Glándulas tubulares de tamaño variable. No contiene glucógeno, pobre en contenido mucoso	Glándulas dilatadas con abundante secreción mucosa y glucógeno PAS
Epitelio aplanado o cúbico, con citoplasma granuloso eosinófilo	Células cilíndricas y/o aplanadas de aspecto endotelial
Núcleos pleomórficos ocasionalmente hiper cromáticos y atípicos	Núcleos regulares ocasionalmente hiper cromáticos
Metaplasia epidermoide e hiperplasia de las células de reserva	-
No invasión estromal	-
Escasa actividad mitótica	Escasa actividad mitótica
Puede confundirse con adenocarcinoma del endocervix.	Puede confundirse con adenocarcinoma mucosecretor a células claras del endocervix
X. Blaunstein, Ancel. Pathology of the female, genital tract 2 ed. 1982 XX. Rubén Rozas	

La patogenia de la hiperplasia adenomatosa del endocervix, ha sido explicada como un proceso obstructivo, de causa no infecciosa ni neoplásica, que esencialmente es benigna y que puede confundirse con adenocarcinoma mucosecretor de acuerdo con Novak, Marcuse y Taylor. El cervix en el embarazo, sufre alteraciones endocervicales, entre ellas hiperplasia de las células de reserva y también hiperplasia microglandular, que es una formación glandular polipoide que protuye dentro del canal.

Todas las lesiones anteriormente descritas, como hiperplasias endocervicales microglandulares, fueron observadas en gestantes y/o mujeres que usan contraceptivos orales. En nuestros casos fueron mujeres postmenopaúsicas en las cuales se supone que la influencia hormonal estrogénica disminuye. Al haberse encontrado en nuestras pacientes otros hallazgos histológicos relacionados con un probable estímulo hormonal estrogénico; debemos considerar que la patogénesis de esta lesión estaría influenciada por un estímulo hormonal estrogénico exagerado. Kyriacosy y Kempson (6) encontraron atipia endocervical en pacientes que usaron anticonceptivos orales, en los cuales se puede confundir con un adenocarcinoma.

Es interesante señalar, que la hiperplasia adenomatosa del, endocervix, es una lesión poco conocida y casi nunca diagnosticada en los exámenes rutinarios microscópicos del cuello uterino; que debe diferenciarse de los quistes de Navoth, que son verdaderos quistes de retención los cuales se diagnostican clínica y macroscópicamente. Igualmente debe diferenciarse microscópicamente de los quistes mesofrénicos o adenomamesofrénico, que si bien se parecen por su configuración adenomatosa, no contienen secreción mucosa. Quizás lo más notable que merece remarcar, es que esta lesión debido a su configuración hiperplásica adenomatosa mucosecretora, pueda confundirse microscópicamente con un adenocarcinoma mucosecretor bien diferenciado del endocervix; por lo que es importante conocer bien esta entidad y evitar un diagnóstico equivocado.



BIBLIOGRAFÍA

1. Blaunstein, Ancel: Pathology of the female, Genital Tract. 2^a ed. 1982.
2. Candy J., and M.R. Abell: Progesterone induced adenomatous hiperplasia of the uterine cervix. *Jama* 203: 323, 1968.
3. Govan A.D.T., Black W.P., and Sharp I.L. Aberrant glandular polypi of the uterine cervix associated with contraceptive pills: pathology and pathogenesis. *J. Clin. Pathology* 22: 84, 1969.
4. Kyriakos M., Kempson R.L., and Koniker N.E. A Clinical and pathologic study of endocervical lesions associated with oral contraceptives. *Cancer* 22: 99, 1968.
5. Kyriakos M., Kempson R.L., and Konikov. A Clinical and pathology study of endocervical lesions associated with oral contraceptivos. *Cancer* 22: 99-110, 1968.
6. Kyriakos M., Kempson R.L., and Konikov. A lipical endocervical hiperplasia in women taking oral contraceptivos.
7. Laines, and Taylor's.: *Gynecological Pathology*. Boston 1962.
8. Maqueo M., Azuela J.C., Calderson J.L., and Goldzicher J.W. Morphology of the cervix in women treated with synthetic progestins *Am. J. Obstet. Gynecol.* 96: 994, 1966.
9. Nichols T.M., and Fidler H.K. Microglandular hiperplasia in cervical cone biopsies taken for suspicious and positive cytology. *Am. J. Clin. Pathol.* 56: 424, 1971.
10. Novak E., Woodruff D. *Ginecología y Obstetricia* 1972.
11. Marcuse M., Peter. *Diagnostic pathology in gynecology and obstetrics* 1966.
12. Taylor H.B., Irely N.S. and Norris H.L. Atypical endocervical hiperplasia in women taking oral contraceptivos. *Jama* 202: 637, 1967.