

Papiloma Mülleriano del tabique rectovaginal

Dres. Pablo Valsangiácomo⁽¹⁾, Luis Ruso⁽²⁾, Ernesto Ormaechea⁽³⁾,
Marcelo Mesa⁽⁴⁾, Sonia Boundrandi⁽⁵⁾, Martín Harretche⁽⁶⁾

Resumen

Se presenta un caso clínico de una mujer de 51 años, portadora de un papiloma mülleriano del tabique rectovaginal. Estos son tumores raros, de origen embriológico; remanentes de la fusión de los conductos paramesonéfricos o de Müller, que dan lugar al desarrollo del útero y el sector superior de la vagina. Son frecuentes en niñas, excepcionales en adultos y se manifiestan por genitorragia o tumoración del fondo de saco vaginal; con menor frecuencia cursan con pujos y tenesmo rectales. Son tumores benignos, de morfología pleomórfica, con perfil histológico e inmunohistoquímico definido y escasa posibilidad de malignización. Su presentación clínica, con elementos de síndrome rectal; el carácter excepcional de éste tipo de lesiones, su diagnóstico incierto y la táctica quirúrgica adoptada, le confieren interés a esta comunicación.

Presentado en la Sesión Científica de la Sociedad de Cirugía del día 2 de Julio de 2003.

⁽¹⁾ Residente de Cirugía

⁽²⁾ Prof. Agdo. de Cirugía

⁽³⁾ Anatómo Patólogo

⁽⁴⁾ Ex Residente de Cirugía

⁽⁵⁾ Prof. Agdo. de Cirugía

⁽⁶⁾ Ex Prof. Agdo. de Cirugía

Correspondencia: Dr. Pablo Valsangiácomo

e-mail: avnegra1976@yahoo.es

Clínica Quirúrgica "3" (Dir. Prof. Dr. O. Balboa) Facultad de Medicina Hospital Maciel.

Palabras Claves:

Neoplasmas vaginales

Papiloma

Vagina

Abstract

Clinical presentation of a fifty-one year old female patient who carried Müller's papilloma in rectovaginal septum.

These tumors are rare and their origin is embryologic; they are the remains of paramesonephric or ducts of Müller fusion from which develop the uterus and the upper sector of vagina.

They are frequent in girls, exceptional in adults and they appear as genitorrhage or tumoration of the vaginal sac fundus; very rarely do they produce straining or rectal tenesmus.

They are benign tumors having pleomorphic morphology, with a well defined histologic and immunohistochemical profile and low possibility of turning malignant.

Their clinical presentation with rectal syndrome elements, the exceptional nature of this type of lesion, its uncertain diagnosis and the surgical tactics adopted, confer interest to this communication.

Se decide la exploración quirúrgica (1ª), mediante laparotomía conjunta (cirujano y ginecólogo). La tumoración descrita se encuentra en el espacio pelvi-subperitoneal, ocupando el espacio intervesico-rectal; es dura, fija e independiente del aparato genital, que esta totalmente normal. Se realiza una biopsia incisional en cuña del tumor.

Anatomía patológica (diferida): Tumoración con los caracteres de papiloma mülleriano benigno.

Se reopera (2ª) a los 8 días y se reseca íntegramente el tumor, que esta adherido en un pequeño sector al recto, que se libera sin necesidad de abrir su luz.

Buena evolución, posoperatoria. Alta al 4to. día.

Anatomía patológica: La morfología y la inmunohistoquímica son concordantes con el diagnóstico de papiloma mülleriano benigno intramural. La resección fue completa.

Controles clínicos a 3 años: asintomática.

Comentarios

Los tumores vaginales son raros. Las lesiones malignas ocurren en 3-5%, de los cánceres ginecológicos y en un 80% son carcinomas escamosos.⁽⁴⁾ Los tumores benignos son menos comunes y usualmente no progresan a la malignidad. Los papilomas müllerianos vaginales se evidencian en niños entre 1 a 5 años,⁽³⁾ aunque se han reportados algunos casos en adultos.⁽³⁾

Este tipo de tumores, derivan de estructuras remanentes del desarrollo embriológico del aparato urogenital.⁽⁵⁾

Como se observa en la **figura 2**, el útero y el extremo superior de la vagina, se forman a partir de la fusión -entre si- de los conductos paramesonéfricos o de Müller. Mientras que el extremo inferior de la vagina, se forma a partir de los bulbos sinovaginales. Ambas estructuras, se sitúan sobre la pared posterior del seno urogenital primitivo.

Las porciones no fusionadas de los conductos paramesonéfricos, se abren hacia la cavidad celómica y se convierten en las trompas de Falopio.

La fusión de los conductos paramesonéfricos, une entre si dos pliegues del peritoneo y se convierte en ligamento ancho.

La amplia distribución de los conductos paramesonéfricos, explica las diferentes topografías que pueden adquirir en su desarrollo estos tumores.⁽⁶⁾

Los papilomas müllerianos son tumores muy pleomórficos, de estructura compleja, (figura 3) formados por un conjunto de tejidos de origen mesodérmico, con tubos y células endometriales y endocervicales⁽⁴⁾. Taylor⁽¹⁾ señala, que es precisamente la metaplasia de las células del estroma endometrial, cuya gran potencialidad hace posible su diferenciación en elementos epiteliales y conjuntivos, el factor determinante de la arquitectura de estos tumores.

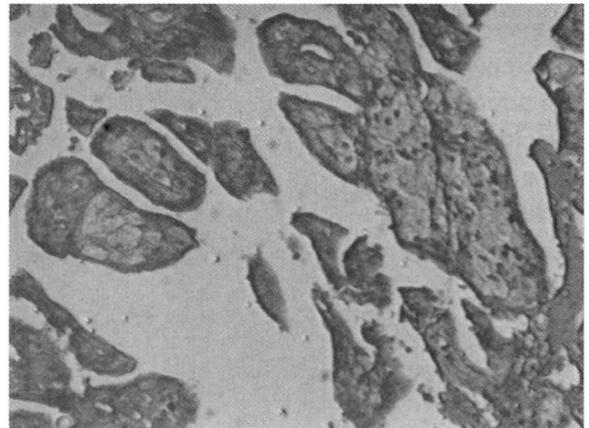


Fig. 3 Papilas de arborización compleja con células cúbicas con células xantelásmicas en el centro.

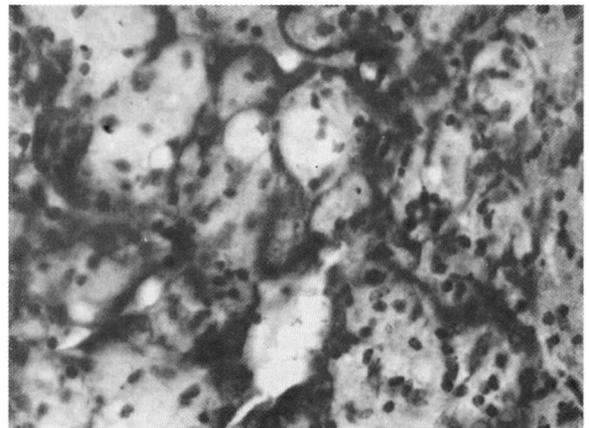


Fig. 4 Inmuno-citokeratina. Marcador células epiteliales.

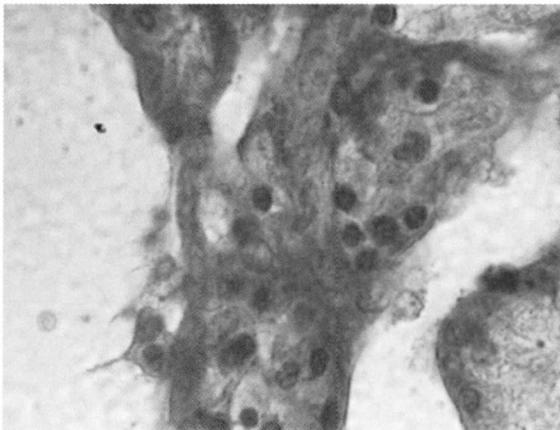


Fig. 5 Inmuno-vimentina. Marcador células estromales.

Los procedimientos inmunohistoquímicos muestran un patrón de positividad difusa con CAM 5.2, EP. 4, CEA y EMA e inmunoreactividad focal con CA -125⁽⁷⁾

Son tumores benignos, aunque la presencia de núcleos anormales, sugiere bajo grado o malignidad borderline⁽⁴⁾; su capacidad de malignización es excepcional.

Su expresión clínica mas frecuente es el sangrado genital (niñas) y el tumor palpable en el fondo vaginal (adulto). Menos frecuentes son los pujos y tenesmos exclusivamente, que sugieren una etiología rectal.

La endoscopia y la imagenología (TAC) permiten establecer su ubicación, relaciones y características de benignidad, propias de estas lesiones.

El **cuadro 1**, muestra la diversidad etiológica de las tumoraciones extramucosas, que pueden localizarse en la cara anterior del recto; con mayor incidencia que los tumores de remanente embrionario.

La incidencia de procesos neoplásicos en la región, incluyendo el carcinoma de vagina y la invasión vaginal de un cáncer de cuello uterino⁽⁴⁾, hace difícil descartar la malignidad de una tumoración en el extremo superior del tabique rectova-

ginal, sin riesgo de diseminación tumoral. Esto nos condujo a establecer una estrategia quirúrgica de resección en dos tiempos. La biopsia diferida permitió establecer claramente la naturaleza del proceso y realizar una resección completa del mismo, aunque sin resección visceral.

Abscesos pélvicos

Cáncer de sigmoides.

Metástasis fondo de saco Douglas.

Quiste o carcinoma de ovario.

Cáncer de vagina.

Cáncer cuello de útero.

Carcinoma de vejiga.

Cuadro 1 - Tumoraciones extrarectales de la cara anterior del recto, en la mujer. Modificado de Goligher⁽²⁾

Bibliografía

- (1) Balaguero Lladó L. Sarcomas Uteri. *rs*. En: Balaguero Lladó L, Oncología Ginecológica. Barcelona: Grafink; 1983. p. 242-53.
- (2) Goligher J. Tumores extrarrectales. En: Goligher J. Cirugía del ano, recto y colon. 2ª, ed. Salvat; 1987. p. 784-6.
- (3) Cohen M, Pedemonte L, Drut R. Pigmented mullerian papilloma of the vagina. *Histopathology* 2001; 39: 540-7.
- (4) Dobbs S, Shaw PA, Brown LJ, Ireland D. Borderline malignant change in recurrent mullerian papilloma of the vagina. *J Clin Pathol*. 1998; 51(11): 875-7.
- (5) Ulbright T, Ronald W, Frederik T. Intramural papilloma of the vagina: evidence of mullerian histogenesis. *Cancer*. 1981; 48(10): 2260-6.
- (6) Anderson JR, Genardy R. Anatomía y embriología. En: Berek JS. Ginecología. 12ª ed. México: Mc Graw Hill Interamericana; 1997. p. 92-95.
- (7) Luttges J, Lubke M. Recurrent benign Mullerian papilloma of the vagina: immunohistological findings and histogenesis. *Arch. Gynecol Obstet* 1994; 255(3): 157-160.
- (8) Bruce MC. Desarrollo del aparato urogenital. En: Carlson BM. Embriología básica de Paten. 5ª ed. México: McGraw Hill Interamericana. 1988. p. 564-603.