

CASOS CLÍNICOS

Afección vaginal de linfoma no hodgkiniano de célula grande difuso

E. González-Díaz^a, S. Argüelles^a, E. de Cabo^c, S. Salas^b y J.L. Hernández-Rodríguez^a

^aServicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital de León. León. España.

^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital de León. León. España.

^cServicio de Hematología. Hospital de León. León. España.

ABSTRACT

Vaginal metastases are a rare phenomenon but are the most common type of vaginal tumor. Vaginal involvement in non-Hodgkin's lymphoma (NHL) is uncommon. Both low-stage (presumably primary) and high-stage vaginal NHL usually present with vaginal bleeding and a vaginal mass. Patients with secondary vaginal NHL are generally older than those with primary vaginal NHL and their survival is shorter.

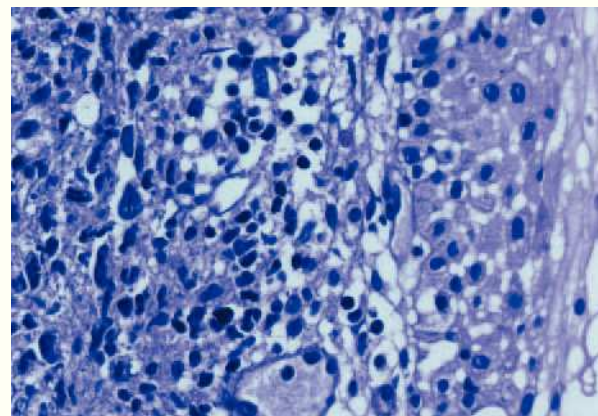
INTRODUCCIÓN

Los tumores vaginales representan el 1-2% de todos los tumores ginecológicos y, entre estos, los metastásicos son el grupo más frecuente¹, por lo que un posible origen extravaginal debe considerarse siempre en la evaluación de una neoplasia vaginal². Presentamos el caso de una paciente con síntomas ginecológicos como consecuencia de una metástasis vaginal de un linfoma no hodgkiniano (LNH) de célula grande difuso previamente diagnosticado.

CASO CLÍNICO

Paciente de 70 años que acude a urgencias por flujo purulento maloliente. Entre sus antecedentes personales destaca que había sido diagnosticada, hacía 6 años, de un LNH de célula grande difuso en estadio II E, tras una gastrectomía, refractario al tratamiento con quimioterapia (ESHAP), en progresión desde agosto de 2003, con una masa costal, en la actualidad en tratamiento paliativo con dexametasona. Entre los antecedentes ginecológicos destaca la nuliparidad y la menopausia a los 45 años.

Aceptado para su publicación el 28 de abril de 2005.



En la exploración encontramos un himen íntegro, abundante material hemático-purulento y una tumoración friable, sangrante al contacto, que afecta a todo el fondo de saco lateral derecho y que llega al tercio inferior de la vagina. El cérvix es imposible de visuali-

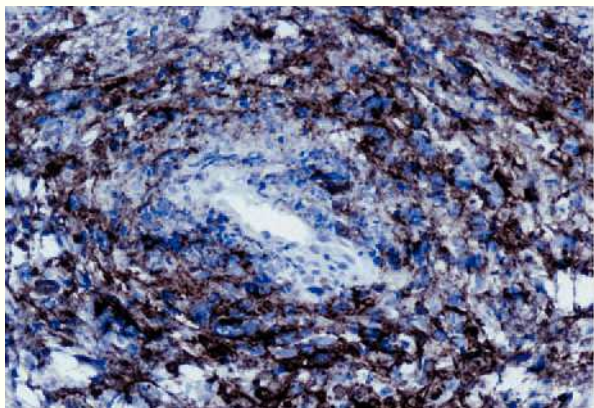


Fig. 3. Intensa positividad en las células tumorales para CD-20 (inmuno-histoquímica para CD-20, 10).



Fig. 4. Resonancia magnética pelviana, corte longitudinal, gran masa vaginal que infiltra ampliamente la pared vaginal posterior.

lizar y, al tacto, es irregular y duro. Ecográficamente, encontramos un útero de 8 x 4,6 cm, ecomixto, con un endometrio de 4 mm, y los ovarios son normales (fig. 1). La paciente es ingresada para su estudio.

Se toma una muestra de tejido que sangra profusamente y precisa taponamiento hemostático; el material obtenido muestra una mucosa vaginal con áreas erosionadas que presenta amplias acumulaciones de células de hábito linfoide, con distribución preferentemente perivascular. Las células presentan rasgos atípicos con núcleo agrandado, irregular y citoplasma escaso (fig. 2). El estudio inmunohistoquímico es po-

sitivo para marcadores B (fig. 3), con una positividad de p53 y Ki67 del 70%. Se realiza un diagnóstico anatomopatológico de infiltración vaginal por LNH de célula grande.

La resonancia magnética pone de manifiesto un útero atrófico sin masas. La vagina está totalmente deformada y muy aumentada de tamaño, debido a la existencia de una gran masa que infiltra todo el espesor de la pared de forma circunferencial, y que afecta incluso al fórnix y el tercio inferior. La masa contacta, impronta e infiltra la pared posterior de la vejiga, y también parece infiltrar la pared posterior de la uretra, sin atropamiento ureteral. No hay afección rectal. Se observan grandes adenopatías en la cadena ilíaca externa derecha y ambas cadenas inguinales. Se observan masas de diferente tamaño en el sigma, con las mismas características que la masa vaginal y que pueden corresponder a implantes peritoneales (fig. 4).

La paciente también es sometida a una cistoscopia ante la sospecha de infiltración vesical; ésta se confirma en el trigono por masa esfacelada semejante a la de la vagina; se considera extrínseca y de origen en la vagina. La visualización de la uretra es normal.

La paciente es finalmente diagnosticada de progresión vaginal de LNH de célula grande difuso que infiltra la pared posterior vesical; el tratamiento no se modifica y continúa siendo paliativo con dexametasona. La paciente, tras un año del diagnóstico de la metástasis, sigue viva.

DISCUSIÓN

Los tumores más frecuentes en la vagina son las metástasis; su origen más frecuente es el cérvix, seguido del endometrio, el colon y el recto^{1,2}.

Los LNH tienen una incidencia de entre 3 y 6 casos por cada 100.000 habitantes y año, y son la causa del 3% de la mortalidad total por proceso neoplásico en nuestro medio. Suelen ser multicéntricos, y el 80% de los casos se presentan en estadio avanzado. La afección extraganglionar es muy frecuente, sobre todo en las formas difusas; la más frecuente es la afección gastrointestinal, el estómago y el íleon distal. El LNH de célula grande difuso representa alrededor de la tercera parte de todos los linfomas (30-50%), de manera que es el subtipo histológico más frecuente en el mundo occidental. Como características clínicas suele presentarse en un 60% en mayores de 60 años, con un leve predominio masculino (55%) y con un estadio localizado (I-II) en el 40-50% de los casos³.

La edad media de presentación de afecciones vaginales secundaria recogida en la bibliografía fue de 65 años, y tanto en los LNH vaginales en estadios inicia-

les (presumiblemente primarios) como los que se encuentran en estadio avanzado usualmente la forma más común de presentación es un sangrado vaginal (el 50% de los casos) y el hallazgo clínico más frecuente es una masa en la vagina o la zona cervicovaginal o pelviana. Histológicamente, la mayoría de los casos son del tipo célula grande difusa, como en nuestro caso⁴. Las pacientes con LHN vaginal primario normalmente tienen una excelente supervivencia (superior al 70%) comparable con el de otras localizaciones extraganglionares, y particularmente mucho mejor que los localizados en el ovario, cuya supervivencia global es del 30%. Las pacientes con LNH secundario vaginal son generalmente pacientes de edad avanzada, y su supervivencia es relativamente corta comparada con la de los primarios^{4,6}.

El diagnóstico diferencial para la afección vaginal de los LNH incluye desde otras lesiones hematológicas (sarcoma granulocítico, histiocitosis de células de Langerhans, etc.) hasta otros tumores, como carcinomas, tumor mülleriano mixto maligno, leiomiomas, tumor de estroma endometrial, melanoma y sarcoma de Edwing extraóseo/tumor neuroectodérmico primitivo^{4,7}.

Además, hay que tener en cuenta, en el diagnóstico diferencial, la inflamación crónica, que puede confundirse con un LNH en una muestra limitada. El proceso inflamatorio reactivo, comúnmente, tiene una población polimorfa de células plasmáticas, histiocitos y linfocitos sin atipias. La arquitectura de esta lesión es normalmente superficial y no existe infiltración de la membrana basal⁴.

La afección vaginal por los LNH es poco común y puede simular clínicamente un carcinoma. El número de pacientes con afección vaginal publicados en la bibliografía son pocos, y el conocimiento respecto a ellos es muy limitado. La afección vaginal de los LNH puede presentar dificultades diagnósticas a los patólogos, que están poco familiarizados con su histología y los patrones fenotípicos en esta localización.

RESUMEN

Las metástasis vaginales son un fenómeno raro, pero constituyen el grupo mayoritario de tumores de vagina. La afección vaginal de los linfomas no hodgkinianos es muy infrecuente, y tanto en estadios avanzados como en las formas localizadas (presumiblemente primarias) la forma clínica de presentación es la aparición de un sangrado vaginal, y el hallazgo más común es una masa en la vagina. Las formas secundarias de afección vaginal se encuentran en edades más avanzadas y tienen una peor supervivencia que las primarias.

BIBLIOGRAFÍA

1. López N, Hernández A, Lizarraga S. Patología tumoral de la vulva y de la vagina. Carcinoma de la vulva. Otros tumores malignos de la vulva. Cáncer de vagina. En: Cabero Roura L, editor. Tratado de ginecología, obstetricia y medicina de la reproducción. Vol II. Madrid: Panamericana. p. 1535.
2. Schmidt WA. Pathology of the vagina. Haines and Taylor obstetrical and gynaecological pathology. Vol I. 4th ed. Edinburg: Churchill-Livingstone; 1995. p. 135-224.
3. Serrano S, Sans-Sabrujen J, Besses C, Domínguez D. Hematología clínica. 4.ª ed. p. 439.
4. Vang R, Medeiros LJ, Silva EG, Gershenson DM, Deavers M. Non-Hodgkin's lymphoma involving the vagina: a clinicopathologic analysis of 14 patients. *Am J Surg Pathol*. 2000;24:719-25.
5. Perren T, Farrant M, McCarthy K, Harper P, Wiltshaw E. Lymphomas of the cervix and upper vagina: a report of five cases and a review of the literature. *Gynecol Oncol*. 1992;44:87-95.
6. Lonardi F, Ferrari V, Pavanato G, Bonciarelli G, Jirillo A, Balli M. Primary lymphoma of the vagina. A case report. *Hematologica*. 1994;79:182-3.
7. Vang R, Medeiros LJ, Ha CS, Deaver M. Non-Hodgkin's lymphomas involving the uterus: a clinicopathologic analysis of 26 cases. *Mod Pathol*. 2000;13:19-28.