
PRESENTACION DE CASOS

NEVUS AZUL DEL CERVIX UTERINO

S. Restrepo G.*

PALABRAS CLAVES: *Nevus Azul - Cervix Uterino.*

RESUMEN

Se describe un caso de nevus azul del cervix uterino. La lesión ha sido reportada como análoga del nevus azul cutáneo. Se discuten algunos hechos relacionados con la histogénesis y se enfatiza la importancia de la lesión como posible precursora de melanoma maligno extracutáneo.

SUMMARY

A case of blue nevus of the uterine cervix is described. The lesion has been reported as analogue of the cutaneous blue nevus. Speculation regarding its histogenesis is discussed. Its importance as possible precursor of extracutaneous malignant melanoma is also emphasized.

KEY WORDS: Blue Nevus - Uterine Cervix.

INTRODUCCION

El nevus azul del cervix uterino es una lesión rara, sólo ocasionalmente descrita en la literatura mundial y en muchos casos fue encontrada retrospectivamente, después de la búsqueda específica de ella (1,2). Ocasionalmente también esta misma lesión ha sido

descrita en otros órganos diferentes a la piel como en la próstata y en la vagina. Presentamos en este artículo un caso diagnosticado en el laboratorio de la Unidad Médica del CES, en un útero extraído por razones diferentes a la lesión en mención.

DESCRIPCION DEL CASO

La paciente es una mujer de 51 años, de raza blanca, a quien en Julio de 1988 se le practicó una anexohisterectomía por hemorragia uterina anormal intratable de varios años de evolución.

En el examen macroscópico se observó, en el canal endocervical, una area pigmentada café, de tres centímetros de longitud que comprometía hasta 1 mm de profundidad, la lesión no se acompañaba de ulceración superficial ni otro tipo de alteración macroscópica. En el miometrio se observaron múltiples miomas; el endometrio era atrófico y los anexos pequeños y con aspecto fibroso.

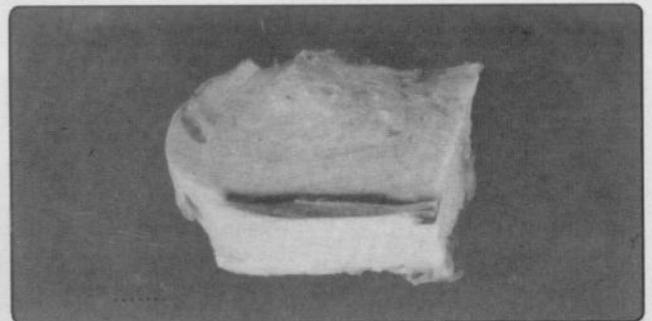


FIGURA 1: Lesión pigmentada, café oscuro, que compromete todo el canal endocervical, de 1 mm. de espesor.

* Dra. Susana Restrepo G.
Patóloga
Instituto de Ciencias de la Salud CES
Medellín - Colombia

En el estudio histológico, en el estroma endocervical, a alguna distancia de la superficie y entre las glándulas pero sin comprometer el epitelio, se observaron acúmulos densos de células fusiformes, con prolongaciones dendríticas ocasionalmente ramificadas y abundantes gránulos finos de color pardo dorado en su interior. Entre las anteriores células se encontraron otras de forma irregular sin procesos citoplasmáticos y con gránulos más burdos, que correspondían a melánofagos.

DISCUSION

En 1923 y 1927 Babes (3, 4), fue el primero en describir la presencia de células con melanina tanto en el estroma endocervical, como endometrial. Posteriormente en 1960 Cid (1), examinó 229 úteros consecutivos, con el fin específico de detectar este tipo de lesión, encontrándola en 6 (2.6%) de ellos, siendo este porcentaje excepcional de acuerdo con el total de casos publicados. En 1967 Goldman y Friedman (5), fueron los primeros en informar tres casos en la literatura norteamericana. En 1968 Rodríguez y Ackerman (2), realizaron un estudio clínico patológico de 45 casos de Nevus azul en localizaciones diferentes a la piel, incluyendo el cervix uterino, entre éstos encontraron el único caso descrito perteneciente al tipo celular de la lesión. En 1985 Patel y Bhagavan (6), reportaron 3 casos e hicieron una revisión de los previamente publicados.

La mayoría de las lesiones reportadas en la literatura mundial se presentaron en mujeres entre la 5a y 6a décadas de la vida. Su hallazgo fue incidental durante el estudio anatomopatológico del útero extraído por otra causa diferente de la lesión en mención, o más raramente, en biopsias, aunque un buen número de ellos fue detectado en forma retrospectiva.

Generalmente se observa como mácula pigmentada menor de 4mm. longitud y siempre localizada en el canal endocervical (6). Por su tamaño, (3 cm.), que compromete toda la extensión del endocervix, este caso que exponemos es excepcional.

En todos los casos las características histológicas de la lesión consisten en acúmulos de melanocitos elongados con procesos dendríticos largos, los cuales pueden ser ramificados y que contienen en su citoplasma abundantes gránulos finos de melanina y se disponen en forma paralela a la mucosa endocervical, sin comprometerla, siendo la lesión indistinguible del nevus azul de tipo común que se presenta en la piel (7). Estas mismas características se observan en el nevus azul en cualquiera otra localización, como los descritos en la vagina (8), la próstata (9, 10) o la mucosa oral (11, 12).



FIGURA 2: Acúmulos de células pigmentadas en el estroma endocervical.

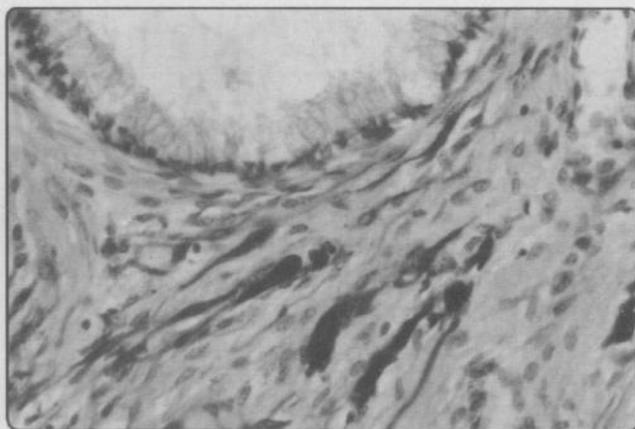


FIGURA 3: Células intensamente pigmentadas, con prolongaciones dendríticas, en el estroma endocervical, sin compromiso del epitelio glandular.

Las lesiones con las cuales debe hacerse diagnóstico diferencial incluyen: endometriosis, hemangiomas, hemorragias en quistes de Naboth, depósitos de hemosiderina y melanomas.

Las tres primeras no representan problemas diagnósticos; en cuanto a los hemosiderófagos, sus gránulos son más burdos, algo refráctiles, no tienen prolongaciones dendríticas y toman las coloraciones para hierro. En el melanoma maligno, hay compromiso epitelial con actividad de unión y atipias celulares (6).

En relación con la histogénesis de la lesión, ha habido gran controversia. Inicialmente se aceptó un origen dual, (en melanocitos y células de Schwann), propuesto por Masson para los nevus nevocelulares de tipo común (13). Este concepto fue reforzado por estudios experimentales realizados por Nakai y Rappaport en

1963 (14), quienes concluyen que tanto las células de Schwann, como las células endoneurales se pueden volver melanogénicas y transformarse en melanocitos. Posteriores estudios con métodos sensibles de microscopía electrónica y reacción de Dopa, realizados por Thorne (15), en relación con los nevos nevocelulares, demostraron la presencia de melanosomas y actividad Dopa en células névicas con apariencia neuroide, localizadas profundamente en la dermis, las cuales habían sido consideradas como células de Schwann.

Previamente a lo anterior, Leopold y Richards (16), también reconocieron que hay una estrecha interrelación entre el nevus nevocelular y el nevus azul y postulan que todos ellos se originan en una anomalía en la migración de los melanocitos fetales durante el desarrollo de la cresta neural; con lo cual está Lamovec de acuerdo, en su publicación sobre el nevus azul de la cápsula del ganglio linfático (17). A pesar de

lo anterior, nuevamente Patel y Bhagavan (6), en el mismo año, basados en el hallazgo, con microscopía electrónica, de aparato melanogénico en unas células y lámina basal alrededor del cuerpo celular, procesos citoplasmáticos elongados también rodeados por lámina basal, uniones celulares, mielina, lisosomas y cuerpos de Luse en otras células; postulan otra vez el origen mixto de esta lesión y lo corroboran con la positividad para proteína S 100 de todas ellas. De tal manera que la discusión acerca de la histogénesis continúa abierta por ahora.

La importancia de la presente lesión reside en que, teniendo en cuenta que existe un número de melanosomas malignos extracutáneos y extraoculares y otros en los cuales no es posible encontrar el sitio primario, varios autores (5, 15, 16), consideran posible su origen en ella.

REFERENCIAS

1. Cid, J.M.: El nevo azul del endocervix. *Ann Cir.* 25: 82-92, 1960.
2. Rodríguez, H.A., Ackerman, L. V.: Cellular blue nevus: Clinico-pathologic study of forty five cases. *Cancer* 21: 393-405, 1968.
3. Babes, A.: Etude sur la pigmentation de la portion vaginale du col uterin. *Rev. Franc. Gynec. Obstet.* 18: 585-591, 1923.
4. Babes, A.: Cellules pigmentaires rameuses dans un polype de la mugueuse uterine. *Ann. Pathol.* 4: 373-378, 1927.
5. Goldman, R. L., Friedman, N. B.: Blue nevus of the uterine cervix. *Cancer* 20: 210-214, 1967.
6. Patel, D. S., Bhagavan, B. S.: Blue nevus of the uterine cervix. *Human Pathology* 16: 79-86, 1985.
7. Lever, W. F., Schaumburg-Lever, G.: Benign melanocytic tumors and malignant melanoma. In: *Histopathology of the skin*, Chap. 33, 7th ed., Philadelphia. J. B. Lippincott Co. 1990.
8. Tobón, H., Murphy, A. I.: Benign blue nevus of the vagina. *Cancer* 40: 3174-3176, 1977.
9. Jao, W., Fretzin D. F., Christ, M. L., Prinz, L. M.: Blue nevus of the prostate gland. *Arch. Path.* 91: 187-191, 1971.
10. Nigogosyan, G., De la Pava, S., Pickren, J. W., Woodruff, M. W.: Blue nevus of the prostate gland. *Cancer* 16: 1097-1099, 1963.
11. Mack, M. L., Woodward, W. H.: Blue nevus of the oral mucous membrane. *Oral Surg.* 25: 929-932, 1968.
12. Scofield, H. H.: The blue (Jadassohn-Tieche) nevus: A previously unreported intra oral lesion. *Oral Surg. Anesth. Hosp. Serv.* 17: 4-14, 1959.
13. Masson, P.: My conception of cellular nevi. *Cancer* 4: 9-38, 1951.
14. Nakai, T., Rappaport, H.: A study of the histogenesis of experimental melanotic tumors resembling cellular blue nevi: The evidence in support of their neurogenic origin. *Am. J. Pathol.* 43: 175-199, 1963.
15. Thorne, E. G., Mittaz, J. H., Zelickson, A. S.: Tyrosinase activity in dermal nevus cells. *Arch. Dermatol.* 104: 619-624, 1971.
16. Leopold, J. G. Richards, D. B.: The interrelationship of blue and common naevi. *J. Pathol.* 95: 37-43, 1948.
17. Lamovec, J.: Blue nevus of the lymph node capsule: Report of a new case with review of the literature. *Am. J. Clin. Pathol.* 81: 367-372, 1984.
18. Qizilbash, M. B.: Blue nevus of the uterine cervix: Report of a case. *Am. J. Clin. Path.* 59: 803-806, 1973.
19. Jiji, V.: Blue nevus of the endocervix. *Arch. Path.* 92: 203-205, 1971.

No sólo importa cuanta grasa consume el lactante... lo que importa es cuánta absorbe!



LAS GRASAS DE NAN 1 Y NAN 2

Tienen un índice de absorción de 94.2% tan satisfactorio como el de la grasa de la leche materna

- Las grasas de Nan 1 y Nan 2 están constituidas por 80% grasa láctica y 20% aceite de maíz, lo cual garantiza:
- La misma gama de ácidos grasos que se encuentra en la leche materna.
- Contenido de fosfolípidos igual al de la leche materna, gracias a que las grasas de Nan 1 y Nan 2 están constituidas principalmente por grasa láctica. (El contenido de fosfolípidos de las grasas de la leche de vaca y de la leche materna es de 1 a 2% , a diferencia de la mayoría de las grasas vegetales).



NOTA IMPORTANTE

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha recomendado que se informe a las mujeres embarazadas y a las que recién acaban de ser madres, sobre los beneficios y la superioridad de la lactancia al seno y en particular sobre el hecho que ésta proporciona a los bebés la mejor nutrición y protección contra las enfermedades.

Las madres deberían recibir orientación sobre la preparación y mantenimiento de la lactancia al seno, con énfasis especial sobre la importancia de una dieta bien balanceada tanto durante el embarazo, como después del parto.

La introducción innecesaria de alimentación parcial con biberón o con otros alimentos y bebidas debería ser desestimada, ya que podría tener efectos negativos sobre la lactancia al seno. Del mismo modo, las madres deberían ser alertadas sobre la dificultad de dar marcha atrás a la decisión de no amamantar. Antes de recomendar a una madre el uso de una fórmula infantil, ella debería ser advertida de las implicaciones sociales y económicas de su decisión: por ejemplo, si un niño es exclusivamente alimentado con biberón, será necesario más de una lata (400 Grs.) por semana; en esta forma las circunstancias familiares y los costos serán tenidos en cuenta. Deberá recordarse a las madres que la leche materna es no solamente la mejor, sino también el alimento más económico para los bebés.

Si se toma la decisión de usar una fórmula infantil, es importante dar instrucciones sobre los sistemas correctos para su preparación, enfatizando que el uso de agua sin hervir, biberones sin hervir o dilución incorrecta pueden, todos ellos, causar enfermedades.

