

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE
MEDICINA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN NO. 3 SUROESTE DEL DISTRITO FEDERAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI

TÍTULO:
**ADENOCARCINOMA DEL ENDOCÉRVIX, CARACTERÍSTICAS
MORFOLÓGICAS Y SU DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

Tesis que presenta:
DRA. DENISE GABRIELA DE LEÓN TRENADO
Médico Residente de Anatomía Patológica Hospital Especialidades
CMN Siglo XXI
para obtener el título en la especialidad de
Anatomía Patológica.

DRA. ISABEL ALVARADO CABRERO
JEFE DEL SERVICIO DE ANATOMIA PATOLOGICA
Hospital de Oncología, CMN, SXXI.

MÉXICO DF FEBRERO 2009



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DOCTORA
DIANA G. MENEZ DIAZ
JEFE DE LA DIVISIÓN DE EDUCACIÓN EN SALUD
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI

DOCTORA
MARIA DE LOURDES CABRERA MUÑOZ
JEFE DEL SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA
UMAE ESPECIALIDADES
CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI

DOCTORA
ISABEL ALVARADO CABRERO
JEFE DEL SERVICIO DE ANATOMIA PATOLÓGICA
UMAE HOSPITAL DE ONCOLOGÍA
CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI

AGRADECIMIENTOS.

A mi familia

A la Dra. Maria de Lourdes Cabrera por la oportunidad brindada para la realización de mi formación profesional.

A la Dra. Isabel Alvarado Cabrero por su asesoría en este trabajo, enseñanza, cariño y apoyo brindado.

A la Dra. Maria Elena Rojas y Dra. Rocio Ramirez por todo el cariño y apoyo brindado

ÍNDICE

Contenido	Número de página
Agradecimientos.	
Resumen	1
Introducción	2
I. Lesiones endocervicales benignas que simulan cancer	
Tunnel clusters o glándulas tubulares	
Endometrosis cervical	
Hiperplasia microglandular	
Metaplasia tubaria y metaplasia tubo-endometrioide	
Hiperplasia glandular endocervical	
Hiperplasia lobular de glándulas endocervicales no específica	
Hiperplasia glandular endocervical difusa laminar	
Hiperplasia mesonéfrica	
Reacción de Arias-Stella	
II. Otras lesiones glandulares endocervicales que simulan cancer	
Displasia glandular endocervical	
III Lesiones malignas endocervicales	
Adenocarcinoma in situ	
Adenocarcinoma invasor	
Adenocarcinoma endocervical y sus variantes	
Planteamiento del problema	12
Hipótesis	13
Material y Métodos	13
Resultados	15
Discusión	19
Conclusión	20
Referencias Bibliográficas	21
Anexos	22



REGISTRO NACIONAL DE TESIS DE ESPECIALIDAD

IMSS

Delegación: SUR DEL DISTRITO FEDERAL **Unidad de adscripción:** UMAE HE CMN SXXI

Autor:

Apellido:

Paterno: DE LEÓN **Materno:** TRENADO **Nombre:** DENISE GABRIELA

Matrícula: 99374914 **Especialidad:** ANATOMIA PATOLÓGICA **Fecha Grad.:** / /

Asesor:

Apellido:

Paterno: ALVARADO **Materno:** CABRERO **Nombre:** ISABEL

Matrícula: 7861761 **Especialidad:** ANATOMIA PATOLOGICA **Registro R-2008-3602-15**

Título de la tesis:

ADENOCARCINOMA DEL ENDOCÉRVIX, CARACTERÍSTICAS MORFOLÓGICAS Y SU DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Resumen:

La aplicación de programas para la detección y el uso creciente de procedimientos de estudio histológico han propiciado la identificación de lesiones glandulares con diferentes grados de atipia. El desconocimiento de un gran número de lesiones glandulares no neoplásicas del cérvix y de la variabilidad de sus patrones morfológicos conlleva a errores diagnósticos con repercusión en el manejo y tratamiento de las pacientes. Con el objetivo de evaluar y reclasificar estas lesiones, se recolectaron todos los casos con el diagnóstico de adenocarcinoma endocervical durante un periodo de ocho años (2000-2007) de los archivos del departamento de patología del Hospital de Oncología CMNSXXI. El número total de casos seleccionados fue de 108; un total de 10 casos correspondían a lesiones benignas de origen endocervical, simulando un proceso neoplásico; estas lesiones fueron reclasificadas como hiperplasia microglandular florida con células en anillo de sello, metaplasia tuboendometrioide e hiperplasia lobular endocervical. El tipo histológico que se encontró con mayor frecuencia fue el adenocarcinoma endocervical de tipo convencional moderadamente diferenciado; un número significativo de casos mostraron diferentes variantes como el adenocarcinoma bien diferenciado de tipo papilar villoglandular, de tipo endometrioide y el seroso papilar. A diferencia de lo publicado en la literatura solamente se encontraron dos casos asociados a lesión exocervical de alto grado; así como un caso de lesión endocervical invasora con componente in situ. Este trabajo intenta reconocer las lesiones endocervicales pseudoneoplásicas, su frecuencia y la identificación de los subtipos histológicos de adenocarcinomas de origen endocervical.

Palabras Clave:

1) endocérvix 2) adenocarcinoma 3) lesiones endocervicales

4) 5) **Pags.** **Ilus.**

(Anotar el número real de páginas en el rubro correspondiente sin las dedicatorias ni portada)

Para ser llenado por el jefe de Educación en Salud

Tipo de Investigación:

Tipo de Diseño:

Tipo de Estudio:

INTRODUCCIÓN

La aplicación de programas para la detección precoz y el uso creciente de procedimientos de estudio histológico han propiciado la identificación más frecuente en mujeres jóvenes de lesiones glandulares con diferentes grados de atipia. Un número de lesiones glandulares no neoplásicas del cérvix uterino pueden ser malinterpretadas como malignas por lo que es necesario el reconocimiento de sus características histopatológicas. Es posible que al igual de lo que ocurre con el modelo escamoso cervical representen una parte del espectro de lesiones que van desde la hiperplasia simple del epitelio columnar al adenocarcinoma invasor. Sin embargo aún no se ha sustentado claramente el concepto de displasia en esta topografía.

A continuación se describirán brevemente las lesiones glandulares del endocérvix en los siguientes apartados:

I. LESIONES GLANDULARES BENIGNAS DEL ENDOCÉRVIX QUE SIMULAN CANCER

Una gran variedad de procesos benignos pueden remedar un adenocarcinoma in situ incluyendo entidades ya descritas como, la metaplasia tubo-endometrioide, la endometriosis, hiperplasia microglandular, hiperplasia mesonéfrica, tunnel clusters (acúmulo de glándulas que semejan un tunel), reacción de arias-stella, cambios postradiación y la controversial atipia glandular endocervical¹.

En general las características histológicas que sugieren un proceso benigno glandular endocervical demuestran una citología sin atipia con preservación de la maduración en ausencia de reacción estromal. Por el contrario las características histológicas que favorecen un proceso maligno incluyen la localización profunda de las glándulas endocervicales con irregularidad en su forma y tamaño, la atipia citológica, la desmoplasia y extensión estromal. La distinción de estas lesiones llamadas "pseudomalignas" de adenocarcinomas bien diferenciados representan un reto diagnóstico en especímenes obtenidos por biopsia excisional.

TUNNEL CLUSTERS (TC) O (ACÚMULO DE GLÁNDULAS QUE REMEDAN TUNELES)

Fue descrito por Fluhman como un hallazgo histológico incidental atribuido a la involución de glándulas endocervicales que sufren hiperplasia como respuesta a alteraciones hormonales durante el embarazo.

En casos muy floridos el involucre de la pared endocervical puede semejar una neoplasia.

De acuerdo a los estudios de Fluhman, Segal y Hart la mayoría de las pacientes son mayores de 30 años, multigravidas, sin demostrar su asociación a la administración de hormonales exógenos. En su descripción original se han clasificado en dos subtipos tipo A y tipo B¹.

EL Subtipo A, son lesiones caracterizadas por una arquitectura lobular con proliferación de glándulas pequeñas revestidas de un epitelio cúbico alto mucinoso las cuales pueden ser confundidas con

adenocarcinoma cuando muestran bordes irregulares pseudoinfiltrantes y atípia nuclear.

En el subtipo A; es frecuente observar focos de pseudoinfiltración, por lo general localizados en el tercio superficial de la pared cervical pero aún conservando su arquitectura lobulada. La mezcla común entre el subtipo a y b en ausencia de desmoplasia, glándulas infiltrantes con patrón cribiforme, estratificación nuclear, hiperchromasia y actividad mitótica facilita el diagnóstico diferencial con el adenocarcinoma endocervical.

Una consideración importante en el diagnóstico diferencial es el adenoma maligno (adenocarcinoma de desviación mínima); el cual comparte la proliferación de glándulas endocervicales, pero muestran un patrón infiltrante con invasión profunda de la pared cervical.

Dentro del diagnóstico diferencial también se ha incluido a la hiperplasia microglandular; la cual se presenta como hallazgo incidental compartiendo algunas características como la proliferación de glándulas endocervicales pequeñas, sin embargo carece de vacuolas subnucleares, patrón reticular e intensa inflamación.

El subtipo B es más frecuente en población adulta, Fluhman consideraba que estas glándulas surgían a partir de un tipo A secundarias a un proceso obstructivo. La lesión muestra una arquitectura lobular compuesta de glándulas dilatadas revestidas por un epitelio plano a cúbico con secreción luminal mucinosa. Representa un problema diagnóstico cuando se observa extensión a la pared cervical imitando a los adenocarcinomas cervicales con patrón microquístico.

ENDOMETRIOSIS CERVICAL

Son lesiones que se caracterizan por glándulas y estroma endometrial ectópico con respuesta a hormonas ováricas, igual que en el endometrio. Se consideran como diagnósticos diferenciales, el adenocarcinoma de endocérvix, los procesos de reparación y células endometriales sin patología endometrial.

HIPERPLASIA MICROGLANDULAR (HMG)

Fue descrita por Taylor en 1967 y denominada por Kyriakos como hiperplasia microglandular, como una lesión pseudoneoplásica. Por lo general ocurre en mujeres en edad reproductiva aunque hasta el 6% de los casos se han reportado en mujeres postmenopáusicas con asociación a embarazo reciente y uso de anticonceptivos orales. El cuadro histológico muestra un aspecto variable caracterizado por una proliferación glandular con variabilidad de tamaño y forma a menudo con dilatación quística, involucro leve del estroma e infiltrado inflamatorio agudo y crónico. Las glándulas se encuentran revestidas por un epitelio cúbico a columnar con presencia de mucina intraluminal, vacuolas subnucleares y supranucleares, metaplasia escamosa y presencia de células de reserva subcolumnares.

El diagnóstico diferencial incluye al carcinoma de células claras, el adenocarcinoma endometrial y

carcinomas de tipo-HMG. Estos pueden presentar diversos patrones de crecimiento (sólido, quístico, tubular, papilar), hialinización del estroma, atipia nuclear leve, mitosis escasas y no atípicas; así como, características poco comunes como un patron sólido o la presencia células en anillo de sello lo cual representa un problema diagnóstico común particularmente cuando se encuentran pequeños fragmentos de tumor endometrial en muestras endocervicales obtenidas por curetaje o por el contrario cuando se observan fragmentos de HMG en una muestra endometrial.

Antes de realizar un diagnóstico de HMG se debe considerar la posibilidad de un origen endometrial en mujeres postmenopáusicas asociando a la presencia de hiperplasia endometrial atípica y cambios mucinosos del endometrio.

Por el contrario, la presencia de células de reserva con hiperplasia, vacuolas supra y sub nucleares en continuidad con el estroma endocervical favorecerá el diagnóstico de HMG. La utilidad del antígeno carcinoembrionario (ACE) en el diagnóstico diferencial es aún controvertido, ya que a pesar de su negatividad en casos de HMG un grupo de carcinomas como el adenoma maligno suele ser negativo o presentar positividad focal. No se ha estudiado aún la utilización de ACE en otras lesiones pseudoneoplásicas.

METAPLASIA TUBARIA Y METAPLASIA TUBO-ENDOMETRIOIDE

La metaplasia tubaria es una lesión común localizada en la porción superior del canal endocervical en donde el epitelio columnar del endocervix se encuentra remplazado por una capa de epitelio columnar ciliado semejante al epitelio tubárico con células que muestran un núcleo agrandado hipercrómico con patron de cromatina finamente granular y nucleolo pequeño poco evidente.

En la metaplasia tubo-endometrioide las células ciliadas son escasas. Otras características que pueden observarse y sugieren la imagen de un adenocarcinoma endocervical bien diferenciado son la hiper celularidad del estroma, edema, dilataciones quísticas y la variabilidad en la forma y tamaño de las glándulas endocervicales. Por lo general se presenta secundaria a un proceso de instrumentación.

HIPERPLASIA GLANDULAR ENDOCERVICAL

La etiología de la hiperplasia glandular endocervical lobulada y la hiperplasia glandular endocervical laminar no ha sido aclarada, ya que su asociación al uso de anticonceptivos orales, el reemplazo hormonal y el embarazo no ha sido demostrado.

HIPERPLASIA LOBULAR DE GLANDULAS ENDOCERVICALES

NO-ESPECIFICA

LA Hiperplasia Lobular de glándulas endocervicales (HLGE) no específica es una entidad recientemente descrita como un hallazgo incidental en mujeres en edad reproductiva caracterizada por una notable proliferación de glándulas endocervicales de pequeño a mediano tamaño con un aspecto lobulado, la

cual se encuentra bien delimitada del estroma adyacente, por lo general confinada a la mitad interna de la pared cervical. Algunos autores mencionan un fenotipo parecido al de las glándulas pilóricas.

Las glándulas se encuentran revestidas por un epitelio columnar mucinoso sin mostrar atipia citológica o actividad mitótica. Actualmente se ha sugerido que representa una fase in situ del adenoma maligno. Sin embargo en esta lesión no se observa infiltración al estroma, repuesta estromal desmoplásica o cambios citológicos malignos. Su distinción de otras lesiones glandulares pseudoneoplásicas no representa un factor pronóstico para el paciente.

La HLGE recuerda también a la lesión túnel cluster subtipo A, pero a diferencia de esta, los acúmulos glandulares no se encuentran espalda con espalda ya que muestran una apariencia hiperplásica.

HIPERPLASIA GLANDULAR ENDOCERVICAL DIFUSA LAMINAR

Fue reportado por Jones como una proliferación difusa de glándulas endocervicales estrechamente “empaquetadas” simulando una capa bien delimitada del estroma adyacente por lo general confinado al tercio interno de la pared cervical acompañado de respuesta inflamatoria y atipia epitelial reactiva, en ausencia de una respuesta desmoplásica del estroma lo cual favorece su diagnóstico diferencial del adenoma maligno. Todos los casos reportados han sido hallazgos incidentales en mujeres en etapa reproductiva sometidas a histerectomía.

HIPERPLASIA MESONÉFRICA

Es una lesión poco común la cual surge a partir de los remanentes mesonéfricos o wolfianos, que afecta a mujeres en edad reproductiva ocasionalmente visible en forma macroscópica con ensanchamiento concéntrico del cérvix (cérvix en barril), y sintomatología agregada que puede sugerir un carcinoma in situ o invasor. En los hombres estos remanentes dan lugar a conductos deferentes, testículos, epidídimo, vasos deferentes, vesículas seminales y conductos eyaculadores. En las mujeres por lo general sufren regresión; pero persisten como remanentes o vestigios en el ligamento redondo, cérvix y vagina. En cérvix, se encuentran en más del 22% de los casos y se encuentran localizados hacia la pared lateral compuestos de pequeños quistes con secreción luminal eosinófila y/o tubulos revestidos por un epitelio no ciliado columnar a cúbico de citoplasma claro o eosinófilo PAS positivo sin contenido de mucina o glucógeno a diferencia del epitelio endocervical¹.

Existen criterios para la diferenciación entre la hiperplasia mesonéfrica y los remanentes mesonéfricos. Scully y Ferry han sugerido una dimensión mayor a 6mm para catalogar la lesión como hiperplasia mesonéfrica la cual ha sido dividida a su vez en tres categorías: Hiperplasia lobular mesonéfrica (con patrón lobular), Hiperplasia mesonéfrica difusa (sin patrón lobular evidente el cual imita a un adenocarcinoma bien diferenciado) e Hiperplasia ductal mesonéfrica pura la cual representa el subtipo menos común y esta caracterizada por la formación de un conducto dominante revestido de un epitelio

de aspecto hiperplásico con grupos papilares con proliferación discreta de túbulos. Se han informado otros patrones histológicos como el retiforme o endometriode con depósito de pigmento, sin determinarse un significado clínico distinto. Dentro de los diagnósticos diferenciales se encuentra el adenocarcinoma de tipo endocervical, el carcinoma de células claras y el carcinoma mesonéfrico.

El carcinoma mesonéfrico presenta un patrón de crecimiento glandular desordenado con gran atipia nuclear y actividad mitótica asociado a una respuesta estromal.

REACCION DE ARIAS-STELLA (RAS)

La reacción de Arias Stella fue descrita en 1954 por el Dr. Javier Arias-Stella, como cambios atípicos nucleares de las glándulas secretoras endometriales durante el embarazo. Se han descrito casos asociados con endometriosis, glándulas endocervicales, pólipos, en el epitelio de las trompas de Falopio, adenosis vaginal, quistes paratubáricos y quistes ováricos. Suele presentarse en pacientes gestantes, y rara vez ha sido asociado al uso de anticonceptivos orales¹.

La morfología de las células es característica; con citoplasma eosinófilo abundante PAS positivo, microvacuolización y marcada atipia nuclear (aumento de tamaño, pleomorfismo e hiper cromasia). Las células en la RAS son poco frecuentes en extendidos citológicos¹.

Cuando la reacción ocurre en sitios poco comunes, tales como el cérvix o endocérvix, representa un reto diagnóstico; ha sido reportado como un hallazgo focal en más del 10% de los casos en glándulas endocervicales en especímenes de histerectomía. Generalmente la lesión tiende a ser focal con involucro superficial de las glándulas, pero también puede presentarse de manera extensa en algunos casos. Las características histológicas en el endocérvix son similares a los cambios en el endometrio, reportándose más comúnmente en el canal endocervical superior, con involucro de las células que revisten a las glándulas superficiales o profundas de manera confluyente o extensa, y que presentan un amplio espectro entre la atipia nuclear y las células de apariencia benigna con varios patrones histológicos variables entre los que se mencionan; citoplasma claro vacuolado, grupos intraglandulares, células en tachuela, citoplasma oxifílico, patrón fino micropapilar en "filigrana", pseudoinclusiones nucleares, patrón de crecimiento intraglandular de aspecto cribiforme y mitosis.

La reacción de Arias-Stella del endocérvix puede imitar un carcinoma cervical de células claras, sin embargo este último se asocia a una masa sospechosa, respuesta desmoplásica en el estroma, y un patrón infiltrativo que muestra áreas de crecimiento sólido o papilar con actividad mitótica elevada. Así como la ausencia del amplio espectro entre células de apariencia benigna y la atipia nuclear marcada característica de la reacción de Arias-Stella. Se sugiere que el adenocarcinoma de células claras o adenocarcinoma in situ sea diagnosticado con cautela durante el embarazo

II. OTRAS LESIONES GLANDULARES ENDOCERVICALES

QUISTES Y GLANDULAS PROFUNDAS

Las glándulas endocervicales pueden presentar una localización profunda en el estroma cervical, cuando se encuentran de forma florida pueden llegar a confundirse con un adenocarcinoma bien diferenciado sin embargo existen características que ayudan a su distinción de procesos neoplásicos las cuales incluyen atipia citológica, ausencia de desmoplasia y ausencia de complejidad arquitectural (tamaño y forma anormal de las glándulas).

ENDOSALPINGIOSIS FLORIDA QUISTICA (EFQ)

Puede confundirse con un adenocarcinoma endocervical bien diferenciado de subtipo endometriode. Se presenta como una masa macroscópicamente evidente con complejidad en su arquitectura; aunque a diferencia del adenocarcinoma, la EFQ estará localizada en la parte externa de la pared cervical con ausencia de desmoplasia y atipia citológica.

ENDOCERVICOSIS

Es un proceso localizado en la pared externa cervical y tejidos blandos paracervicales que puede ser diagnósticada como un adenocarcinoma bien diferenciado sin embargo el epitelio no muestra atipia o respuesta estromal.

TEJIDO PROSTÁTICO ECTÓPICO

El tejido prostático ectópico es un hallazgo incidental que puede involucrar al estroma cervical con formación de conductos y acinos revestidos por una capa basal externa y una capa secretora columnar interna. Estos se disponen en un patrón papilar a cribiforme con metaplasia escamosa central por lo cual puede ser confundido con un carcinoma basal adenoideo. Presenta positividad a APE y FAP.

CÉLULAS ENDOCERVICALES ATÍPICAS

El epitelio glandular es particularmente sensible a procesos inflamatorios e infecciosos; la apariencia atípica de las células glandulares se encuentra a menudo asociada con cambios reparativos que provocan cambios celulares que deberán ser distinguidos de la neoplasia glandular verdadera. Las características citológicas incluyen: agrandamiento nuclear sin mostrar hiper cromasia significativa, nucleolo evidente, abundante mucina citoplásmica, actividad mitosica leve y conservación de la polaridad en sus núcleos.

DISPLASIA GLANDULAR ENDOCERVICAL O HIPERPLASIA ATÍPICA

Se considera una lesión premaligna aun no totalmente aceptada y poco entendida. Aquellos que aceptan la entidad como un diagnóstico la definen como un proceso no reactivo con menor grado que un

carcinoma in situ lo cual implica grados moderados de agrandamiento nuclear e hiperchromasia sin nucleolo prominente, estratificación leve y algunas a escasas figuras mitóticas.

El término displasia glandular o hiperplasia atípica, se ha propuesto como una lesión glandular que progresa a partir de una serie de lesiones con diferente morfología que adquieren cambios genéticos y fenotípicos de carcinoma, como sucede en el cuello uterino ⁴. A pesar de que varios autores han tratado de dividir la displasia glandular endocervical en dos a tres grados esta división es compleja ya que algunos ejemplos categorizados como lesiones de bajo grado en realidad no pertenecen a un espectro de lesiones preneoplásicas por lo cual su reproducibilidad diagnóstica es muy pobre ⁴.

III. LESIONES MALIGNAS ENDOCERVICALES

Se han clasificado las lesiones malignas del endocervix en cuatro grupos: adenocarcinoma in situ, adenocarcinoma invasor, tumores infrecuentes y tumores metastáticos.

ADENOCARCINOMA IN SITU

Descrito por primera vez por Friedell y McKay en 1953 es reconocido como una lesión precursora al adenocarcinoma invasor asociada a lesión por virus del papiloma humano (tipo 18 y 16), de curso asintomático. Suele ubicarse en la porción superior del conducto endocervical, con localizaciones profundas endocervicales, debajo de los pliegues o del epitelio metaplásico, por lo que sólo se reconoce alrededor del 60% en los extendidos citológicos. Aunque la mayoría se localiza en la zona adyacente a la unión escamo-columnar, la involución de la menopausia favorece el ascenso a las zonas más altas del conducto endocervical, por lo que el legrado endocervical sólo biopsia la superficie de las criptas, pero no los focos profundos, por lo cual se recomienda la conización diagnóstica. Se caracteriza por la presencia de epitelio maligno en la superficie de la mucosa en ausencia de invasión estromal, puede estar asociado a displasia escamosa hasta en 70% de los casos. El diagnóstico diferencial incluye adenocarcinoma microinvasor, invasor, así como lesiones benignas glandulares (tumor like) como las ya antes mencionadas.

ADENOCARCINOMA INVASOR

Según la clasificación de la OMS el carcinoma de células escamosas invasor se divide en carcinoma de células grandes no queratinizante, de células grandes queratinizante y células pequeñas de tipo no queratinizante que recuerdan al carcinoma de células pequeñas en pulmón. Se presentan como nidos o grupos de células neoplásicas que infiltran de forma irregular el estroma cervical, la presencia de necrosis es común; así como la formación de perlas de queratina en las lesiones de tipo queratinizante.

Se clasifican según el sistema de Broder en tres grados histológicos; de acuerdo a este sistema, en el grado I se identifican células escamosas maduras con abundante queratina, puentes intercelulares, pleomorfismo leve y escasa mitosis; en el grado II aumenta la proporción del núcleo-citoplasma, el

pleomorfismo celular y la actividad mitótica. En el grado III la atipia nuclear es marcada con alta actividad mitótica y mínima diferenciación escamosa.

Otros parámetros evaluados son la profundidad de la invasión, el tamaño tumoral, y la permeación linfática y vascular. El pronóstico de supervivencia a 5 años en pacientes en estadio I es del 90%, mientras que para aquellos que se encuentran en un estadio avanzado, es menor al 20%.

ADENOCARCINOMA ENDOCERVICAL Y SUS VARIANTES

Aunque la evidencia morfológica indica que el prototipo de adenocarcinoma endocervical semeja al epitelio mülleriano mucinoso, el patólogo deberá ser cuidadoso al reconocer la variabilidad de patrones morfológicos de los carcinomas originados en el endocérvix de aquellas proliferaciones glandulares benignas del endocérvix que simulan un adenocarcinoma³.

Algunos estudios han sugerido un peor pronóstico para estas lesiones; sin embargo estudios recientes han demostrado que la profundidad, el estadio clínico y el tratamiento no muestran diferencias significativas del carcinoma escamoso cervical.

Tres tipos de adenocarcinomas mucinosos ocurren con mayor frecuencia en el cérvix, el más común es el de tipo endocervical el cual recuerda a las células que revisten las glándulas endocervicales; su contraparte maligna esta caracterizada por células que se disponen en formaciones glandulares, tubulares o papilares con núcleos basales o estratificados de citoplasma pálido de aspecto granular o vacuolado con positividad a mucina.

El adenocarcinoma endocervical de tipo convencional representa al menos el 80% de todos los adenocarcinomas endocervicales, la mayoría de ellos son moderadamente diferenciados y están caracterizados por glándulas de mediano tamaño revestidas por células de citoplasma eosinófilo y actividad mitótica. A menudo ha sido referido también como adenocarcinoma mucinoso sin embargo se ha sugerido categorizar aquellos carcinomas con producción de mucina por separado y se prefiere utilizar el término convencional en las formas más comunes. En algunos casos las glándulas son pequeñas o de gran tamaño con dilatación quística de contenido mucinoso con material basófilo o secreción eosinófila; ocasionalmente el estroma contiene células inflamatorias con respuesta estromal leve a moderada, rara vez se observa fibrosis del estroma⁶.

La variante del adenocarcinoma convencional deberá ser distinguible de otros subtipos morfológicos los cuales se resumen a continuación.

El de tipo intestinal muestra un epitelio semejante al epitelio colónico y se caracteriza por formar glándulas revestidas de células con aspecto maligno de citoplasma amplio distendido por una vacuola única llena de mucina (célula caliciforme) o desplazando el núcleo a la periferia con una imagen en anillo de sello. (fig.13). Estos carcinomas pueden presentarse de forma pura o mixta.

El carcinoma de tipo endometriode ha sido considerado actualmente por algunos autores más frecuente que el subtipo convencional; sin embargo, algunas veces resulta indistinguible de su contraparte en el cuerpo uterino, a diferencia de otros subtipos morfológicos, no es reconocible la presencia de vacuolas de mucina intracitoplasmica. La positividad para vimentina en las células neoplásicas en más del 80% de los carcinomas de endometrio ayuda en su distinción de los carcinomas de tipo endometriode del endocérvix ya que solo el 13% presentarán positividad ¹.

El carcinoma de células claras fue descrito en mujeres jóvenes con exposición en útero a dietilestilbestrol desde hace más de 30 años; actualmente, con el retiro de este fármaco en el mercado los casos reportados se han asociado a mujeres de mayor edad. Los patrones morfológicos descritos incluyen el papilar, de tipo sólido y tubuloquístico (fig 5 y 6) y se caracterizan por células con citoplasma claro o eosinófilo.

El carcinoma villoglandular fue descrito por primera vez por Young y Scully en 1989. Se ha reportado en mujeres menores de 40 años; el patrón morfológico se caracteriza por formaciones papilares o proyecciones digitiformes con cantidades variables de estroma; la parte superficial del tumor recuerda al adenoma veloso mientras que las porciones profundas estarán formadas de glándulas ramificadas con pleomorfismo nuclear leve a moderado con presencia o no de mucina en ausencia de desmoplasia. La invasión en biopsias superficiales por lo general no es valorable por lo que es necesario el estudio definitivo del cono cervical y espécimen de histerectomía . (fig. 14 y 15).

Las características histológicas útiles para el diagnóstico incluyen la variabilidad en el tamaño y la forma de las glándulas, con plegamiento de su epitelio, ramificación, formación papilar o dilatación quística, además de respuesta desmoplásica, angulación del contorno glandular y mitosis. Areas con invasión vascular, invasión perineural y alto grado citológico confirman el diagnóstico pero solo se observan en la mitad de los casos¹.

El adenocarcinoma con desviación mínima, adenoma maligno, o también denominado adenocarcinoma bien diferenciado ha sido asociado al síndrome de Peutz Jeghers. Las características morfológicas que lo distinguen incluyen formaciones glandulares revestidas por células columnares con núcleo basal y citoplasma apical mucinoso generalmente sin atipia citológica es decir muestran una apariencia histologica benigna⁶. Puede observarse variabilidad en la forma y tamaño glandular, respuesta desmoplásica del estroma, dilatación quística, irregularidad del contorno glandular con angulación de la glándula, y mitosis. La invasión profunda del estroma en la pared cervical, extensión transmural y diseminación al parametrio y miometrio por glándulas de aspecto normal es común⁶. Las lesiones benignas que deben distinguirse del adenoma maligno incluyen túnel cluster, quistes de naboth con localización profunda y la hiperplasia laminar endocervical difusa ¹. La invasión vascular y perineural

establece el diagnóstico.

El carcinoma seroso papilar presenta características morfológicas idénticas a su contraparte en el endometrio, ovario y cuerpo uterino. Esta caracterizado por formaciones papilares o ramificaciones de glándulas con formación de espacios o hendiduras; son revestidas por células que muestran atipia citológica severa o moderada (fig.17). En series publicadas el pronóstico no difiere del observado para el adenocarcinoma de tipo convencional.

El adenocarcinoma mesonéfrico es uno de los subtipos mas raros de adenocarcinoma endocervical a la examinación microscopica presenta una gran variedad de patrones morfológicos pero generalmente el patrón tubuloglandular es el mas frecuentemente observado, los túbulos y glándulas se encuentran con disposición cercana uno de otra separados por estroma, las glándulas son pequeñas y redondas con material hialino rosado en su luz, algunas veces pueden recordar a las glándulas endometriales. Por lo general invaden de forma extensa la pared cervical y mucosa endocervical ocasionamente provocando erosión de la misma.El origen mesonefrico en la mayoría de los casos se establece por la presencia de hiperplasia mesonéfrica en la periferia del tumor ⁶.

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El uso creciente de procedimientos de estudio histológico han propiciado la identificación más frecuente en mujeres jóvenes de lesiones glandulares con diferentes grados de atipia. Un gran número de lesiones glandulares no neoplásicas del cérvix uterino pueden ser malinterpretadas como malignas por lo que es necesario el conocimiento de sus características histopatológicas.

Por lo cual surge el siguiente planteamiento:

¿Cuántas de las lesiones diagnosticadas inicialmente como adenocarcinoma in situ endocervical en realidad corresponden al extenso grupo de lesiones benignas de origen endocervical que pueden remedar un proceso neoplásico?

¿A que porcentaje corresponden del total de lesiones de endocervix estudiados durante el periodo 2000 al 2007 registradas en los archivos de revisión del departamento de Patología en el Hospital de Oncología CMNXXI?

MARCO TEORICO

1. ASPECTOS CONCEPTUALES:

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El uso creciente de procedimientos de estudio histológico han propiciado la identificación más frecuente en mujeres jóvenes de lesiones glandulares con diferentes grados de atipia. Un gran número de lesiones glandulares no neoplásicas del cérvix uterino pueden ser malinterpretadas como malignas por lo que es necesario el conocimiento de sus características histopatológicas.

Por lo cual surge el siguiente planteamiento:

¿Cuántas de las lesiones diagnosticadas inicialmente como adenocarcinoma in situ endocervical en realidad corresponden al extenso grupo de lesiones benignas de origen endocervical que pueden remedar un proceso neoplásico?

¿A que porcentaje corresponden del total de lesiones de endocervix estudiados durante el periodo 2000 al 2007 registradas en los archivos de revisión del departamento de Patología en el Hospital de Oncología CMNXXI?

1.2 OBJETIVO GENERAL

Identificar los subtipos histológicos de adenocarcinomas de origen endocervical y lesiones benignas endocervicales que simulan cancer revisadas en el Hospital de Oncología Centro Medico Nacional Siglo XXI del Instituto Mexicano del Seguro Social durante el periodo 2000-2007.

1.3 OBJETIVOS PRIMARIOS

Reevaluación de todos los casos con el diagnóstico de adenocarcinoma endocervical.

1.4 OBJETIVOS SECUNDARIOS

Identificar aquellas lesiones benignas endocervicales que remedan un adenocarcinoma.

Evaluación de subtipos histológicos de los casos identificados.

2 JUSTIFICACIÓN

Un gran número de las lesiones glandulares pseudoneoplásicas que surgen en el cérvix son confundidas con adenocarcinoma por lo que representan un reto diagnóstico. Esta revisión pretende analizar las características histológicas de varias lesiones glandulares endocervicales que comúnmente son mal diagnosticadas en la práctica .

3 MATERIAL Y MÉTODOS

Todos los casos se recolectarán de los archivos de Patología del Centro Médico Siglo XXI Hospital de Oncología durante un período comprendido del año 2000 al año 2007.

Los hallazgos clínicos y el seguimiento de los pacientes se buscaran en el expediente clínico.

Se realizará la reevaluación y posterior reclasificación histológica de los casos enviados con el diagnóstico de adenocarcinoma de endocervix.

DISEÑO DEL ESTUDIO

Tipo de Estudio:

Estudio transversal

Según tiempo de captura de datos:

Retrospectivo

Según Tiempo de Evolución del Fenómeno:

Transversal

Según Número de Poblaciones:

Descriptivo

Según Intervención del Investigador:

Observacional

Definición del Universo:

Tipo de Universo

Finito

DEFINICIÓN DE LAS UNIDADES DE OBSERVACIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Todos los pacientes con diagnóstico histopatológico de adenocarcinoma endocervical enviados para revisión de laminillas en el Servicio de Anatomía Patológica en el Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional Siglo XXI durante el periodo comprendido 2000 al 2007.

Criterios de Exclusión:

Aquellos pacientes diagnosticados después del 2007

Criterios de Eliminación:

Pacientes que no cuenten con laminillas o bloque de parafina dentro de los archivos

UBICACIÓN TEMPORAL Y ESPACIAL

Periodo de Recolección de Datos para el Estudio:

Del 01 de Enero del 2008 al 31 de Marzo del 2008.

Lugar donde se realizará el Estudio:

Servicio de Anatomía Patológica Unidad Medica de Alta Especialidad Hospital de Oncología Centro Médico Nacional Siglo XXI.

DISEÑO DE LA MUESTRA

Tamaño

Se seleccionaron un total de 108 casos.

Tipo de muestreo

Determinístico intencional

DEFINICION DEL GRUPO DE CONTROL

No

DATOS PARA DESCRIBIR

Incidencia, subtipo histológico, componente in situ, componente invasor, localización y diagnóstico previo.

DISEÑO DE LA MANIOBRA

Se realizó la búsqueda de casos en los archivos de revisión de laminillas año 2000 al 2007.

La selección de casos incluyó biopsias de cérvix, biopsias de endocérnix e histerectomía.

Se registraron los hallazgos en la hoja de captura y se realizó la revisión y reclasificación y cuantificación de aquellos con el diagnóstico de adenocarcinoma de endocervix.

PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La recolección se realizó mediante la selección de archivos de patología y durante el examen directo de las laminillas.

1.2 OBJETIVO GENERAL

Identificar los subtipos histológicos de adenocarcinomas de origen endocervical y lesiones benignas endocervicales que simulan cancer revisadas en el Hospital de Oncología Centro Medico Nacional Siglo XXI del Instituto Mexicano del Seguro Social durante el periodo 2000-2007.

1.3 OBJETIVOS PRIMARIOS

Reevaluación de todos los casos con el diagnóstico de adenocarcinoma endocervical.

1.4 OBJETIVOS SECUNDARIOS

Identificar aquellas lesiones benignas endocervicales que remedan un adenocarcinoma.

Evaluación de subtipos histológicos de los casos identificados.

2 JUSTIFICACIÓN

Un gran número de las lesiones glandulares pseudoneoplásicas que surgen en el cérvix son confundidas con adenocarcinoma por lo que representan un reto diagnóstico. Esta revisión pretende analizar las características histológicas de varias lesiones glandulares endocervicales que comúnmente son mal diagnosticadas en la práctica .

3 MATERIAL Y MÉTODOS

Todos los casos se recolectarán de los archivos de Patología del Centro Médico Siglo XXI Hospital de Oncología durante un período comprendido del año 2000 al año 2007.

Los hallazgos clínicos y el seguimiento de los pacientes se buscarán en el expediente clínico.

Se realizará la reevaluación y posterior reclasificación histológica de los casos enviados con el diagnóstico de adenocarcinoma de endocervix.

DISEÑO DEL ESTUDIO

Tipo de Estudio:

Estudio transversal

Según tiempo de captura de datos:

Retrospectivo

Según Tiempo de Evolución del Fenómeno:

Transversal

Según Número de Poblaciones:

Descriptivo

Según Intervención del Investigador:

Observacional

Definición del Universo:

Tipo de Universo

Finito

DEFINICIÓN DE LAS UNIDADES DE OBSERVACIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Todos los pacientes con diagnóstico histopatológico de adenocarcinoma endocervical enviados para revisión de laminillas en el Servicio de Anatomía Patológica en el Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional Siglo XXI durante el periodo comprendido 2000 al 2007.

Criterios de Exclusión:

Aquellos pacientes diagnosticados después del 2007

Criterios de Eliminación:

Pacientes que no cuenten con laminillas o bloque de parafina dentro de los archivos

UBICACIÓN TEMPORAL Y ESPACIAL

Periodo de Recolección de Datos para el Estudio:

Del 01 de Enero del 2008 al 31 de Marzo del 2008.

Lugar donde se realizará el Estudio:

Servicio de Anatomía Patológica Unidad Medica de Alta Especialidad Hospital de Oncología Centro Médico Nacional Siglo XXI.

DISEÑO DE LA MUESTRA

Tamaño

Se seleccionaron un total de 108 casos.

Tipo de muestreo

Determinístico intencional

DEFINICION DEL GRUPO DE CONTROL

No

DATOS PARA DESCRIBIR

Incidencia, subtipo histológico, componente in situ, componente invasor, localización y diagnóstico previo.

DISEÑO DE LA MANIOBRA

Se realizó la búsqueda de casos en los archivos de revisión de laminillas año 2000 al 2007.

La selección de casos incluyo biopsias de cérvix, biopsias de endocérnix e histerectomía.

Se registraron los hallazgos en la hoja de captura y se realizo la revisión y reclasificación y cuantificación de aquellos con el diagnóstico de adenocarcinoma de endocervix.

PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La recolección se realizara mediante la selección de archivos de patología y durante el examen directo de las laminillas.

RESULTADOS

Se revisaron los archivos de laminillas del Servicio de Anatomía Patológica del Hospital de Oncología Centro Medico Nacional Siglo XXI del Instituto Mexicano del Seguro Social durante un periodo comprendido del año 2000 al 2007. El número total de casos registrados fue de 36,915 de los cuales se seleccionaron 108 casos con el diagnóstico de adenocarcinoma endocervical (fig 1).

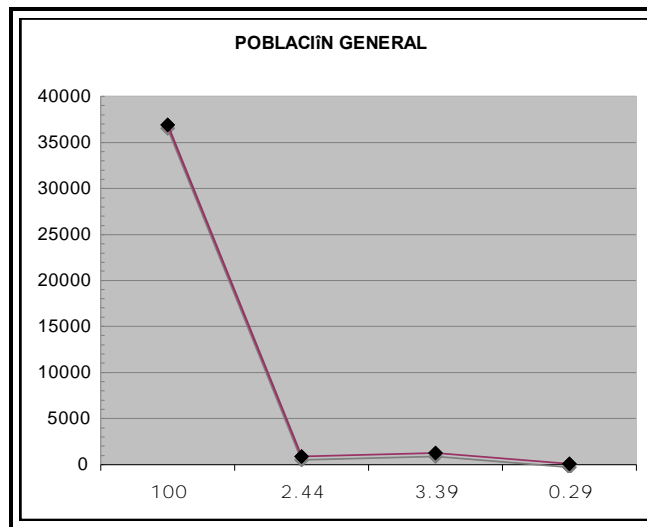


Figura1 Gráfica que muestra la frecuencia del total de casos

El porcentaje obtenido del total de los casos de revisión fue del 0.2%. La reevaluación y reclasificación de estos fue posible en 81 casos (75%). (Fig 2)

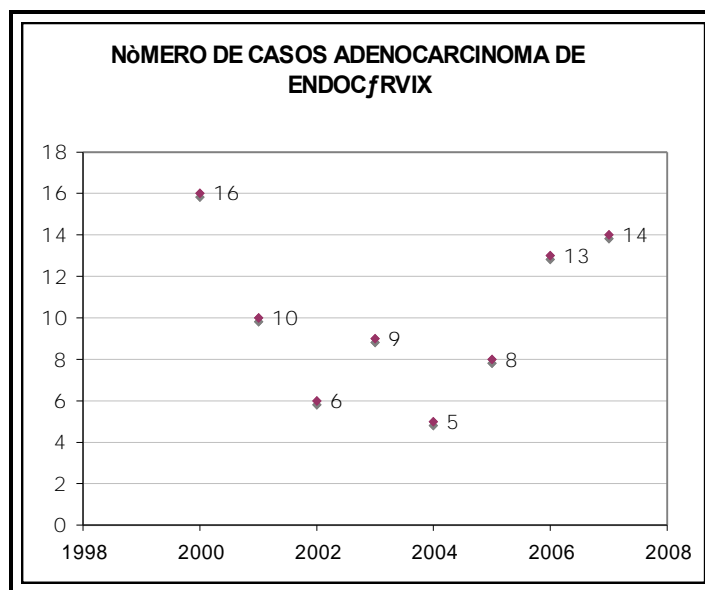


Figura 2. Gráfica que muestra el número de casos obtenidos durante el periodo 2000-2007

El tipo histológico que se encontró con más frecuencia más durante la reevaluación y clasificación fue el adenocarcinoma endocervical de tipo convencional moderadamente diferenciado, con un total de 35 casos (43.2%).

AÑO	2007	2006	2005	2004	2003	2002	2001	2000	TOTAL
TIPO USUAL									
ENDOCERVICAL	5	7	3	3	3	2	3	9	35
MODERADAMENTE									
DIFERENCIADO A									
BIEN DIFERENCIADO									
MIXTO	3	1			3	1	1	1	10
CÉLULAS CLARAS	1			1	1	1			4
ENDOMETRIOIDE		1	1			1	1	1	5
ADENOESCAMOSO	1		1	1					3
VILLOGLANDULAR		2				1	2	3	8
PAPILAR SEROSO	2	1	1					2	6
MUCOPRODUCTOR			1		1				2
MUCOPRODUCTOR CON									
CÉLULAS EN ANILLO									
DE SELLO			1				1		2
CARCINOMA									
ENDOCERVICAL	1						1		2
IN SITU/INVASOR									
IN SITU		1							1
NEUROENDOCRINO	1						1		2
OTROS					1				1
ELIMINADOS	2	3	1	5	4	5	7	0	27
TOTAL	16	16	9	10	13	11	17	16	108

Tabla 1 Frecuencia de tipos histológicos evaluados

El resto de subtipos histológicos identificados corresponden a mixto, endometrioide, villoglandular, adenoescamoso, mucoproducción, seroso y de células claras. (Tabla1).

Se identificaron algunas variantes poco comunes como el adenocarcinoma de endocervix mucoproducción con patrón micrograndular y el carcinoma neuroendócrino.

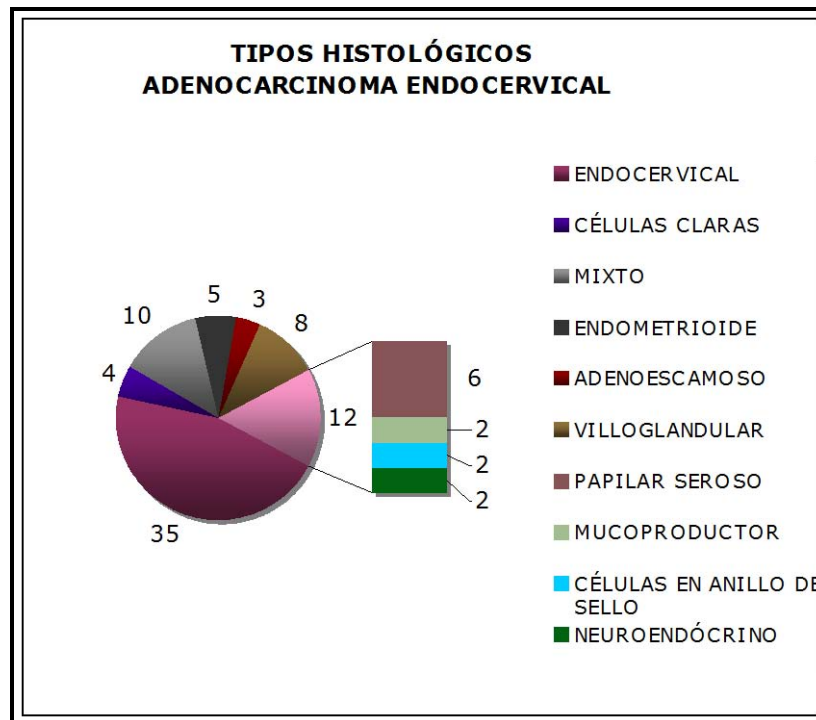


Figura 3. Gráfica de pastel que muestra la distribución de las variedades histológicas.

La edad de presentación fue de 35 a 73 años, con un promedio de 53.4 años.

El motivo más frecuente de consulta fue la presencia de dolor y sangrado transvaginal cada uno de ellos en proporción similar. El diagnóstico clínico de envío más frecuente fue carcinoma cérvico uterino con estadio clínico IIB; IIIB.

Durante la reevaluación de los casos estudiados se identificaron solo 10 casos de lesiones benignas endocervicales que semejaron un adenocarcinoma endocervical; de estos, 6 casos (5.5%), correspondieron a hiperplasia microglandular florida con células en anillo de sello, dos casos a metaplasia tuboendometriode con atipia (1.8%) y dos casos a hiperplasia lobular endocervical (1.8%).

Solo en dos casos el adenocarcinoma endocervical invasor coexistió con una lesión escamosa intraepitelial. Solo se identificó un caso de adenocarcinoma endocervical in situ asociado a adenocarcinoma endocervical invasor (1.2%).

El patrón de crecimiento dependió del subtipo histológico siendo los mas frecuentes el adenocarcinoma de tipo usual, mixto, villoglandular, y endometriode. (Figura 3).

Algunas lesiones presentaban epitelio con pseudoestratificación leve, en otros casos mostraban epitelio pseudoestratificado con diferenciación citoplasmática variable y producción de mucina (adenocarcinoma mucoproducción). También se observó la formación de papilas endocervicales compuesta por una o dos capas de células cuboidales con alto grado nuclear y atipia celular (papilar seroso).

El número de casos seleccionados que no fueron evaluados (27) durante el estudio correspondían a láminas y bloques de muestreo que no se recuperaron, así como adenocarcinomas de endometrio con invasión a cérvix y carcinomas escamosos in situ.

La frecuencia de otras lesiones identificadas durante este estudio se enlistan en la siguiente tabla.

TABLA 2. CASOS SELECCIONADOS Y LESIONES ASOCIADAS

AÑO	ADENOCARCINOMA ENDOCERVIX	IN SITU	INVASOR	LIEBG	OTRAS	TOTAL
2007	14	30	85	0	4	135
2006	13	17	61	2	8	104
2005	8	30	56	0	11	106
2004	5	19	78	4	6	117
2003	9	26	62	3	1	105
2002	6	34	123	7	7	182
2001	10	48	190	8	15	278
2000	16	34	244	5	14	313

El diagnóstico histopatológico de adenocarcinoma endocervical en la mayoría de los casos fue el correcto; solo se observaron diferencias en la clasificación de los subtipos histológicos.

Del total de casos eliminados, 5 casos correspondían a un adenocarcinoma de origen endometrial; en el resto de los casos no fue posible su evaluación debido a que las laminillas y bloques no se recuperaron de los archivos.

DISCUSIÓN

La frecuencia de adenocarcinomas endocervicales y lesiones endocervicales benignas ha sido variable según las series reportadas, con una proporción del 15 al 20%. Sin embargo el porcentaje obtenido en nuestro estudio del total de los casos de revisión fue apenas del 0.2%; incluyendo lesiones endocervicales benignas interpretadas como malignas, que por fortuna no representaron un impacto terapéutico para la paciente ya que fueron diagnosticadas como adenocarcinoma in situ.

Al igual que lo reportado en la literatura, la mayoría de los casos de adenocarcinomas endocervicales correspondieron a la variante histológica de tipo convencional (43.2% en nuestro estudio); según la literatura este subtipo representa hasta el 80% de todas las lesiones siendo en su mayoría, adenocarcinomas moderadamente diferenciados caracterizados por estructuras glandulares de mediano tamaño con un patrón uniforme en su disposición. En su diagnóstico diferencial se han incluido lesiones benignas o pseudoneoplásicas, así como el adenocarcinoma endocervical in situ.

Según las series publicadas, las principales lesiones pseudoneoplásicas con las que deberá realizarse el diagnóstico diferencial son la lesión (de glándulas tubulares) de tipo quístico (o tipo B), y la hiperplasia microglandular. Los criterios histológicos evaluados que favorecerán una lesión benigna, son la ausencia de invasión profunda con predominio de localización superficial, la arquitectura lobulada con márgenes bien definidos, la ausencia de reacción estromal y ausencia de atipia nuclear.

Dentro de nuestro estudio, un número significativo de casos mostraron diferentes variantes; como el adenocarcinoma bien diferenciado de tipo papilar villoglandular, el adenocarcinoma endometrioide, y el adenocarcinoma seroso papilar.

Otras variantes reportadas en la literatura en las diferentes series que no fueron encontradas en nuestro análisis y que deberán mencionarse son el adenocarcinoma de tipo mesonéfrico, el carcinoma adenoideo quístico, el carcinoma de células esmeriladas y el carcinoma adenoideo basal.

A diferencia de lo publicado en la literatura en la cual cerca del 50% de los casos de adenocarcinoma se encuentran relacionados a una lesión exocervical de alto grado; solo observamos dos casos de carcinoma epidermoide in situ asociados a adenocarcinoma endocervical invasor que corresponde al 1.8% de todos los casos. En estos dos casos se observó proliferación epitelial con sobrestratificación y pseudoestratificación celular, aumento de la relación núcleo citoplasma, presencia de nucleolo y mitosis.

Solo un caso de adenocarcinoma endocervical invasor mostró lesión in situ contrario a lo descrito en la literatura en la cual se considera una lesión concomitante al adenocarcinoma invasor y a la neoplasia intraepitelial cervical en el 25 al 85% de los casos lo cual en nuestro estudio no fue demostrado.

En el hospital de Oncología el adenocarcinoma endocervical representa solo el 0.2% de los casos estudiados en comparación al 3.1% observado para el carcinoma epidermoide in situ y carcinoma epidermoide invasor (Tabla 2). Esto explica la gran diferencia entre las cifras aportadas por la literatura cuando se realiza una amplia revisión como la que aquí se presenta.

CONCLUSIONES

En resumen, el objetivo principal de este estudio fue determinar el número de casos de adenocarcinoma endocervical, reevaluar su diagnóstico diferencial con lesiones glandulares endocervicales proliferativas benignas así como la distinción y clasificación de sus variantes histológicas.

Del total de 108 casos recolectados solo 81 casos fueron examinados y reclasificados. En solo dos casos se demostró su asociación con adenocarcinoma in situ.

En la reevaluación se encontraron diez lesiones glandulares endocervicales benignas, la mayoría de estas corresponderían a hiperplasia microglandular florida, metaplasia tuboendometrioide e hiperplasia lobular endocervical.

De acuerdo con lo encontrado durante este trabajo sera necesario reconocer las diferentes lesiones pseudoneoplásicas endocervicales cuyas características morfológicas estructurales y celulares son similares a las de un adenocarcinoma endocervical. Esto evitará errores diagnósticos que repercutan en el pronóstico y tratamiento de las pacientes.

ANEXOS

NUM QX	SUBTIPO DE ADENOCARCINOMA	IN STU	INVASOR	EPITELIO ADYACENTE	CONFINADO A CERVIX	DX PREVIO	DX DEFINITIVO
RL00 406	CONVENCIONAL	NO	SI	NO	SI	ADENOCARCINOMA DE TIPO ENDOCERVICAL BIEN DIFERENCIADO	ADENOCARCINOMA ENDOCERVICAL CONVENCIONAL MODERADAMENTE DIFERENCIADO
RL00 459	VILLOGLANDULAR	NO	SI	NO	SI	ADENOCARCINOMA ENDOCERVICAL DE TIPO VILLOGLANDULAR	ADENOCARCINOMA ENDOCERVICAL VILLOGLANDULAR
RL00-655	ELIMINADO ESCAMOSO CERVIX	SI				BX DE ENDOCERVIX CARCINOMA IN SITU	CARCINOMA EPIDERMÓIDE IN SITU
RL00 748	CONVENCIONAL	NO	SI	NO	SI	ADENOCARCINOMA MODERADAMENTE DIFERENCIADO DE TIPO ENDOCERVICAL. BX DE ENDOMETRIO SIN NEOPLASIA	ADENOCARCINOMA ENDOCERVICAL CONVENCIONAL MODERADAMENTE DIFERENCIADO
RL00 761	SEROSO PAPILAR SINCRÓNICO OVARIO	NO	SI	SI	NO	ADENOCARCINOMA ENDOCERVICAL DE TIPO PAPILAR INFILTRANTE CON PERMEACION VASCULAR A VASOS DE MIOMETRIO Y METASTASIS A OVARIO	ADENOCARCINOMA ENDOCERVICAL SEROSO PAPILAR
RL00 882	MIXTO CONVENCIONAL/VILLOGLANDULAR	NO	SI	NO	SI	ADENOCARCINOMA BIEN DIFERENCIADO PAPILAR ENDOCERVICAL	ADENOCARCINOMA ENDOCERVICAL MIXTO CONVENCIONAL Y VILLOGLANDULAR
RL00 1222	VILLOGLANDULAR	NO	SI	NO	SI	ADENOCARCINOMA ENDOCERVICAL CON PATRON VILLOGLANDULAR, MODERADAMENTE DIFERENCIADO.	ADENOCARCINOMA ENDOCERVICAL MODERADAMENTE DIFERENCIADO.
RL00 1313	CONVENCIONAL	NO	SI	SI PARAMETRIOS	NO	ADENOCARCINOMA DE TIPO ENDOCERVICAL INVASOR MODERADAMENTE DIFERENCIADO.	ADENOCARCINOMA ENDOCERVICAL CONVENCIONAL MODERADAMENTE DIFERENCIADO
RL00 1451	CONVENCIONAL	NO	SI	NO	SI	ADENOCARCINOMA MODERADAMENTE DIFERENCIADO DE TIPO ENDOCERVICAL.	ADENOCARCINOMA ENDOCERVICAL CONVENCIONAL BIEN DIFERENCIADO
RL00 1674	VILLOGLANDULAR	NO	SI	NO	SI	ADENOCARCINOMA ENDOCERVICAL CON PATRON PAPILAR MODERADAMENTE DIFERENCIADO	ADENOCARCINOMA ENDOCERVICAL VILLOGLANDULAR
RL00 2161	ENDOMETRIOIDE CON PATRON FUSOCELULAR	NO	SI	NO	SI	ADENOCARCINOMA MODERADAMENTE DIFERENCIADO TIPO ENDOMETROIDE.	ADENOCARCINOMA ENDOCERVICAL ENDOMETRIOIDE
RL00 2072	CONVENCIONAL	NO	SI	NO	SI	ADENOCARCINOMA ENDOCERVICAL MODERADAMENTE DIFERENCIADO INVASOR	ADENOCARCINOMA ENDOCERVICAL CONVENCIONAL MODERADAMENTE DIFERENCIADO

NUM QX	SUBTIPO DE ADENOCARCINOMA	IN SITU	INVASOR	EPITELIO ADYACENTE	CONFINADO A CERVIX	DX PREVIO	DX DEFINITIVO
RL00 1398	CONVENCIONAL	NO	SI	NO	SI	FRAGMENTO DE ADENOCARCINOMA DE TIPO ENDOCERVICAL BIEN DIFERENCIADO.	ADENOCARCINOMA ENDOCERVICAL MODERADAMENTE DIFERENCIADO
RL00 1451	CONVENCIONAL	NO	SI	NO	SI	ADENOCARCINOMA MODERADAMENTE DIFERENCIADO DE TIPO ENDOCERVICAL.	ADENOCARCINOMA ENDOCERVICAL MODERADAMENTE DIFERENCIADO
RL00 1874	SEROSO PAPILAR	NO	SI			ADENOCARCINOMA ENDOCERVICAL CON PATRON PAPILAR MODERADAMENTE DIFERENCIADO	ADENOCARCINOMA ENDOCERVICAL SEROSO PAPILAR
RL00 2072	CONVENCIONAL	NO	SI	NO	SI	TUMOR EN CERVIX ADENOCARCINOMA ENDOCERVICAL MODERADAMENTE DIF INVASOR	ADENOCARCINOMA ENDOCERVICAL MODERADAMENTE DIFERENCIADO
RL00 2136	CONVENCIONAL	NO	SI	SI	NO	ADENOCARCINOMA ENDOCERVICAL CON INF A PARED HASTA TERCIO EXTERNO UN FOCO MET A OVARIO	ADENOCARCINOMA ENDOCERVICAL MODERADAMENTE DIFERENCIADO
RL00 2101	ENDOMETRIOIDE	NO	SI	NO	SI	BX DE ENDOCERVIX. ADENOCARCINOMA MODERADAMENTE DIFERENCIADO TIPO ENDOMETRIOIDE.	ADENOCARCINOMA ENDOCERVICAL TIPO ENDOMETRIOIDE

TARLA DE RESULTADOS GENERALES AÑO 2000

Se identificaron un total de 313 casos del 2000

16 casos correspondieron a adenocarcinomas de endocervix

Se clasificaron según el subtipo histológico en: Convencional moderadamente diferenciado (9 casos), Villoglandular (3 casos), Endometriode (1 caso), Serosos Papilar (con patrón fusocelular) (2 casos), y Mixto Usual-Villoglandular, (1 caso).

El resto de los casos correspondió a:

- 34 Carcinomas Epidermoides In Situ.
- 244 Carcinomas Epidermoides Invasores (bien diferenciados, moderadamente diferenciados y poco diferenciados).
- 5 Lesiones Intraepiteliales de bajo grado asociadas a infección por virus del papiloma humano.
- 14 Otras.

TABLA DE RESULTADOS GENERALES AÑO 2001

NUM OX	SUBTIPO ADENOCARCINOMA	IN SITU	INVASOR	CONFINADO A CERVIX	EPITELIO ADYACENTE	DX PREVIO	DX DEFINITIVO
RL01 471	ENDOMETRIOIDE	NO	SI	SI	NO	BX DE ENDOCÉRVIX ADENOCARCINOMA DE TIPO ENDOCERVICAL MODERADAMENTE DIFERENCIADO	ADENOCARCINOMA ENDOCERVICAL TIPO ENDOMETRIOIDE
RL01 838	VILLOGLANDULAR	NO	SI	SI	NO	BX ENDOCÉRVIX ADENOCARCINOMA DE TIPO ENDOCERVICAL BIEN DIFERENCIADO INFILTRACION NO VALORABLE	ADENOCARCINOMA ENDOCERVICAL TIPO VILLOGLANDULAR
RL01 863	CONVENCIONAL	NO	SI	SI	NO	ADENOCARCINOMA DE TIPO ENDOCERVICAL BIEN DIFERENCIADO ORIGINADO PROBABILMENTE EN UN POLIPO	ADENOCARCINOMA ENDOCERVICAL CONVENCIONAL MODERADAMENTE DIFERENCIADO
RL01 1792	CONVENCIONAL	NO	SI	SI	NO	TUMOR CERVICAL ADENOCARCINOMA ENDOCERVICAL MODERADAMENTE DIFERENCIADO E INVASOR	ADENOCARCINOMA ENDOCERVICAL CONVENCIONAL MODERADAMENTE DIFERENCIADO
RL01 2448	CONVENCIONAL CON FOCOS DE ENDOMETRIOIDE	NO	SI	SI	NO	ENDOCERVIX: ADENOCARCINOMA VILLOGLANDULAR DE ENDOCÉRVIX	ADENOCARCINOMA ENDOCERVICAL CONVENCIONAL MODERADAMENTE DIFERENCIADO CON FOCOS DE TIPO ENDOMETRIOIDE
RL01 2499	NEUROENDOCRINO	NO	SI	SI	NO	ADENOCARCINOMA BIEN DIFERENCIADO DE TIPO ENDOCERVICAL	ADENOCARCINOMA ENDOCERVICAL NEUROENDOCRINO
RL01 3021	CONVENCIONAL MODERADAMENTE DIFERENCIADO Y CARCINOMA EPIDERMIOIDE IN SITU	SI	SI	SI	NO	TUMOR ENDOCERVICAL CARCINOMA ADENOCARCINOMOSO	ADENOCARCINOMA ENDOCERVICAL MODERADAMENTE DIFERENCIADO Y CARCINOMA EPIDERMIOIDE IN SITU
RL01 3114	ELIMINADO SIN LAMINILLAS					ENDOCERVIX: ADENOCARCINOMA DE CELULAS CLARAS MODERADAMENTE DIFERENCIADO INFILTRANTE	
RL01 3120	ELIMINADO CARCINOMA EPIDERMIOIDE					ADENOCARCINOMA DE TIPO ENDOCERVICAL MODERADAMENTE DIFERENCIADO INFILTRANTE ENDOMETRIO CON CAMBIOS DE HIPERPLASIA SIMPLE. UN CORTE DE OVARIO SIN NEOPLASIA.	

NUM QX	SUBTIPO ADENOCARCINOMA	IN SITU	INVASOR	CONFINADO A CERVIX	EPITELIO ADYACENTE	DX PREVIO	DX DEFINITIVO
RL01 3532	MUCOPRODUCTOR CON CELULAS EN ANILLO DE SELLO POCO DIFERENCIADO	NO	SI	SI	NO	ADENOCARCINOMA ENDOCERVICAL POCO DIFERENCIADO CON EXTENSA PERMEACION VASCULOLINFATICA.	ADENOCARCINOMA ENDOCERVICAL POCO DIFERENCIADO, MUCOPRODUCTOR CON CELULAS EN ANILLO DE SELLO
RL01 4070	ELIMINADO SIN LAMINILLAS					ADENOCARCINOMA DE DESVIACION MINIMA DE ENDOCERVIX.	
RL01 4438	ELIMINADO SIN LAMINILLAS					BIOPSIA DE ENDOCERVIX.	
RL01 4539	CONVENCIONAL	NO	SI	SI	NO	ADENOFIBROMA ADENOCARCINOMA DE TIPO ENDOCERVICAL BIEN DIFERENCIADO, INVASOR...	ADENOCARCINOMA ENDOCERVICAL CONVENCIONAL MODERADAMENTE DIFERENCIADO
RL01 4644	VILLOGLANDULAR	NO	SI	SI	NO	ADENOCARCINOMA ENDOCERVICAL DE TIPO VILLOGLANDULAR	ADENOCARCINOMA ENDOCERVICAL TIPO VILLOGLANDULAR
RL01 4702	POLIPO ENDOMETRIOIDE					POLIPO ENDOCERVICAL DE TIPO ENOMETRIAL CON CAMBIOS DE HIPERPLASIA ADENOMATOSA	POLIPO ENDOMETRIOIDE
RL01 4738	ELIMINADO SIN LAMINILLAS					CORTES DE ENDOCERVIX, CARCINOMA TUBULOVELLOSO, INFILTRA HASTA 1MM EN EL ESTROMA.	

Se identificaron 278 casos del 2001

Se clasificaron según el subtipo histológico en:

Convencional moderadamente diferenciados (3 casos), Adenocarcinoma de tipo endometrioide (1 caso), Villoglandular (2 casos) . Usual moderadamente diferenciado con focos de adenocarcinoma endometrioide (1 caso), Carcinoma Neuroendocrino (1 caso), Carcinoma Epidermoide in situ asociado a adenocarcinoma invasor moderadamente diferenciado (1 caso), y Mucoproducción poco diferenciado con células en anillo de sello (1 caso).

El resto de los casos correspondió a:

48	Carcinomas epidermoides in situ
190	Carcinomas epidermoides invasores
8	Lesiones intraepiteliales de bajo grado asociadas a virus del papiloma humano
15	Otras

TABLA DE RESULTADOS GENERALES AÑO 2002

NUM GX	SUBTIPO DE ADENOCARCINOMA	IN SITU	INVAS OR	EPITELIO ADYACENTE	CONFINADO A CERVIX	DX PREVIO	DX DEFINITIVO
RL02 744	CONVENCIONAL	NO	SI	NO	SI	CITOLOGIA Y BX CERVICAL-ADENOCARCINOMA DE TIPO ENDOCERVICAL MODERADAMENTE DIFERENCIADO	ADENOCARCINOMA ENDOCERVICAL CONVENCIONAL MODERADAMENTE DIFERENCIADO
RL02 1533	ELIMINADO SIN LAMINILLAS					ADENOCARCINOMA SEROSO DE ALTO GRADO	
RL02 1722	ELIMINADO SIN LAMINILLAS					ADENOCARCINOMA BIEN DIFERENCIADO DE TIPO ENDOCERVICAL	
RL02 1786	ELIMINADO ADENOCARCINOMA ENDOMETRIOIDE					ADENOCARCINOMA BIEN DIFERENCIADO DE TIPO ENDOCERVICAL	PRIMARIO ENDOMETRIO
RL02 1981	ELIMINADO SIN LAMINILLAS					ADENOCARCINOMA IN SITU DE ENDOCERVIX	
RL02 2018	ELIMINADO ADENOCARCINOMA ENDOMETRIOIDE					ADENOCARCINOMA MODERADAMENTE DIFERENCIADO	PRIMARIO ENDOMETRIO
RL02 2402	ADENOCARCINOMA DE CELULAS CLARAS PATRON TUBULOQUISTICO	NO	SI	NO	SI	ADENOCARCINOMA ENDOCERVICAL DE TIPO MICROGLANDULAR	ADENOCARCINOMA ENDOCERVICAL DE CÉLULAS CLARAS PATRON TUBULOQUISTICO
RL02 3192	VILLOGLANDULAR	NO	SI	NO	SI	ADENOCARCINOMA DE TIPO ENDOCERVICAL CON CRECIMIENTO DE TIPO EXOFITICO NO SE IDENTIFICAN ELEMENTOS ESTROMALES PARA VALORAR INFILTRACION	ADENOCARCINOMA ENDOCERVICAL DE TIPO VILLOGLANDULAR

NUM QX	SUBTIPO DE ADENOCARCINOMA	IN SITU	INVASOR	EPITELIO ADYACENTE	CONFINADO A CERVIX	DX PREVIO	DX DEFINITIVO
RL02 3857	CONVENCIONAL	NO	SI	NO	SI	ADENOCARCINOMA BIEN DIFERENCIADO ENDOCERVICAL INVASOR.	ADENOCARCINOMA ENDOCERVICAL MODERADAMENTE DIFERENCIADO
RL02 3994	MIXTO COMPONENTE ENDOMETRIOIDE Y CONVENCIONAL	NO	SI	NO	SI	BIOPSIA DE CERVIX ADENOCARCINOMA TIPO ENDOCERVICAL MODERADAMENTE DIFERENCIADO. ECTOCERVIX INFECCION POR VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO	ADENOCARCINOMA ENDOCERVICAL MIXTO TIPO CONVENCIONAL Y ENDOMETRIOIDE
RL02 4335	ENDOMETRIOIDE CON ÁREAS DE METAPLASIA ESCAMOSA	NO	SI	NO	SI	ADENOCARCINOMA MODERADAMENTE DIFERENCIADO DE TIPO ENDOCERVICAL	ADENOCARCINOMA ENDOCERVICAL DE TIPO ENDOMETRIOIDE CON ÁREAS DE METAPLASIA ESCAMOSA

Se analizaron 102 casos del 2002

11 casos correspondieron a adenocarcinomas de endocervix

Se clasificaron según el subtipo histológico en:

Convencional moderadamente diferenciado (2 casos), Villoglandular (1 caso), Endometriode con áreas de metaplasia escamosa (1 caso), Células claras con patrón túbulo-quístico (1 caso), Mixto Endometriode/Usual.

34	Carcinomas Epidermoides In Situ
123	Carcinomas Epidermoides Invasores
7	Lesiones Intraepiteliales de bajo grado asociadas a virus del papiloma humano.
7	Otras

TABLA DE RESULTADOS GENERALES AÑO 2003

NUM QX	SUBTIPO DE ADENOCARCINOMA	IN SITU	INVASOR	EPITELIO ADYACENTE	CONFINADO A CERVIX	DX PREVIO	DX DEFINITIVO
RL03 2580	DE CÉLULAS CLARAS	NO	SI	NO	SI	ADENOCARCINOMA CON PATRON MICROGLANDULAR PROBABLE DE TIPO ENDOCERVICAL	ADENOCARCINOMA ENDOCERVICAL DE CÉLULAS CLARAS
RL03 3280	CONVENCIONAL	NO	SI	NO	SI	ADENOCARCINOMA ENDOCERVICAL MODERADAMENTE DIFERENCIADO INVASOR	ADENOCARCINOMA ENDOCERVICAL CONVENCIONAL MODERADAMENTE DIFERENCIADO
RL03 3705	CONVENCIONAL	NO	SI	LIEBG EXOCERVIX	SI	ADENOCARCINOMA ENDOCERVICAL MODERADAMENTE DIFERENCIADO ULCERADO CON INVASION AL ESTROMA, LESION EPIDERMIDE INTRAEPITELIAL DE BAJO GRADO DE CERVIX (NIC1) ASOCIADO A VPH	ADENOCARCINOMA ENDOCERVICAL CONVENCIONAL MODERADAMENTE DIFERENCIADO ASOCIADO A LESIÓN INTRAEPITELIAL DE BAJO GRADO.
RL03 3897	ADENOCARCINOMA ENDOCERVICAL MUCOPRODUCTOR	NO	SI	NO	SI	ADENOCARCINOMA ENDOCERVICAL INVASOR	ADENOCARCINOMA ENDOCERVICAL MUCOPRODUCTOR
RL03 3947	ADENOCARCINOMA ENDOCERVICAL CON INVASION EXTENSA	NO	SI	NO	SI	ADENOCARCINOMA DE ENDOCERVIX DE TIPO ENDOCERVICAL	ADENOCARCINOMA ENDOCERVICAL CONVENCIONAL CON INFILTRACIÓN EXTENSA SIN COMPONENTE EXOCERVICAL
RL03 4039	PÓLIPO ENDOCERVICAL	NO	SI	NO	SI	ADENOCARCINOMA DE TIPO ENDOCERVICAL BIEN DIFERENCIADO DE ENDOCERVIX	PÓLIPO ENDOCERVICAL
RL03 4050	ELIMINADO SIN LAMINILLAS					ADENOCARCINOMA ENDOCERVICAL MODERADAMENTE DIFERENCIADO INVASOR	
RL03 4220	ELIMINADO SIN LAMINILLAS					ADENOCARCINOMA ENDOCERVICAL MODERADAMENTE DIFERENCIADO INVASOR	

TABLA DE RESULTADOS GENERALES AÑO 2004

NUM QX	SUBTIPO DE ADENOCARCINOMA	IN SITU	INVASOR	EPITELIO ADYACENTE	CONFINADO A CERVIX	DX PREVIO	DX DEFINITIVO
RL04 57	ELIMINADO TUMOR DE KRUKEMBERG					ADENOCARCINOMA POCO DIF ENDOCERVICAL CON CELULAS EN ANILLO DE SELLO ULCERADO QUE INFILTRA TODA LA PARED CON EXTENSA PERMEACION LINFATICA, ASOC A LIEBG, Y CAMBIOS POR VPH	
RL04 255	ELIMINADO SIN LAMINILLAS					TUMOR DE CERVIX ADENOCARCINOMA ENDOCERVICAL MOD DIFERENCIADO INVASOR CON EXTENSION AL EXOCERVIX, SEGMENTO UTERINO, LESION EN BORDES DE SECCION QX A NIVEL DE CERVIX	
RL04 749	CONVENCIONAL LIEBG	NO	SI	LIEBG	SI		ADENOCARCINOMA CONVENCIONAL MODERADAMENTE DIFERENCIADO Y LIEBG
RL04 885	CONVENCIONAL	NO	SI	NO	SI	ADENOCARCINOMA INVASOR DEL CERVIX UTERINO TIPO ENDOCERVICAL MODERADAMENTE DIFERENCIADO SIN TUMOR, LEIOMIOMA, ATROFIA ENDOMETRIAL	ADENOCARCINOMA ENDOCERVICAL CONVENCIONAL MODERADAMENTE DIFERENCIADO
RL04 887	CONVENCIONAL	NO	SI	NO	SI	CONO DE CERVIX: ADENOCARCINOMA MODERADAMENTE DIFERENCIADO DE TIPO ENDOCERVICAL	ADENOCARCINOMA ENDOCERVICAL CONVENCIONAL MODERADAMENTE DIFERENCIADO
RL04 1480	CÉLULAS CLARAS	NO	SI	NO	SI	BIOPSIA DE CERVIX ADENOCARCINOMA ENDOCERVICAL BIEN DIFERENCIADO INVASOR	ADENOCARCINOMA ENDOCERVICAL DE CÉLULAS CLARAS
RL04 2013	ELIMINADO SIN LAMINILLAS					ADENOCARCINOMA DE TIPO ENDOCERVICAL	
RL04 2039	ELIMINADO SIN LAMINILLAS					ADENOCARCINOMA ENDOCERVICAL MODERADAMENTE DIFERENCIADO	
RL04 3178	ELIMINADO SIN LAMINILLAS					ADENOCARCINOMA BIEN DIF INVASOR ENDOCERVICAL DE 4 6MM DE ESPESOR QUE OCUPA MENOS DEL 50% DEL ESPESOR DEL CERVIX SIN INF VASCULAR	
RL04 -3783	ADENOESCAMOSO LIMITADO A ENDOCERVIX SIN INVOLUCRO DE PARED UTERINA	NO	SI	NO	SI	ADENOCARCINOMA DE TIPO ENDOCERVICAL MODERADAMENTE DIFERENCIADO, QUE OCUPA MENOS DEL 50% DE LA PARED DEL CERVIX CON PERMEACION VASCULO-LINFATICA, PARED DE ÚTERO SIN TUMOR	ADENOCARCINOMA ENDOCERVICAL ADENOESCAMOSO

TABLA DE RESULTADOS GENERALES AÑO 2005

NUM QX	SUBTIPO DE ADENOCARCINOMA	IN SITU	INVASOR	EPITELIO ADYACENTE	CONFINADO CERVIX	DIAGNOSTICO PREVIO	DIAGNOSTICO DEFINITIVO
RL05 418	POCO DIFERENCIADO CON CELULAS EN ANILLO DE SELLO Y CARCINOMA EPIDERMÓIDE IN SITU	SI	SI	SI	SI	BIOPSIA DE CERVIX ADENOCARCINOMA ENDOCERVICAL CON CELULAS EN ANILLO DE SELLO	ADENOCARCINOMA ENDOCERVICAL POCO DIFERENCIADO CON CELULAS EN ANILLO DE SELLO. CARCINOMA EPIDERMÓIDE IN SITU
RL05 969	ENDOMETRIOIDE	NO	SI	NO	SI	ADENOCARCINOMA DE ENDOCERVIX MODERADAMENTE DIFERENCIADO INVASOR CON EXTENSION A AMBOS PARAMETRIOS, ESTROMA EXOCERVICAL Y CANAL ENDOCERVICAL CON LESION EN BORDES DE SECCION QUIRURGICA	ADENOCARCINOMA ENDOCERVICAL DE TIPO ENDOMETRIOIDE SIN LESION EN PARED UTERINA Y SIN INVASION A EXOCERVIX
RL05 1707	ELIMINADO CARCINOMA ENDOMETRIO					ADENOCARCINOMA ENDOCERVICAL INVASOR	
RL05 1846	MUCOPRODUCTOR CON PATRON MICROGLANDULAR	NO	SI	NO	SI	ADENOCARCINOMA DE TIPO ENDOCERVICAL MODERADAMENTE DIFERENCIADO A POCO DIFERENCIADO	ADENOCARCINOMA ENDOCERVICAL MUCOPRODUCTOR CON PATRON MICROGLANDULAR. NOTA NO ES DE TIPO INTESTINAL YA QUE NO SE OBSERVAN CELULAS CALICIFORMES
RL05 2551	GEROSO PAPILAR	NO	SI	NO	SI	ADENOCARCINOMA GEROSO PAPILAR POCO DIFERENCIADO DE ENDOCERVIX CON EXTENSION AL CANAL ENDOCERVICAL	ADENOCARCINOMA ENDOCERVICAL GEROSO PAPILAR POCO DIFERENCIADO
RL05 3329	CONVENCIONAL	NO	SI	NO	SI	ADENOCARCINOMA MODERADAMENTE DIFERENCIADO ENDOCERVICAL	ADENOCARCINOMA ENDOCERVICAL CONVENCIONAL BIEN DIFERENCIADO
RL05 3557	CONVENCIONAL	NO	SI	NO	SI	ADENOCARCINOMA MODERADAMENTE DIFERENCIADO ENDOCERVICAL	ADENOCARCINOMA ENDOCERVICAL CONVENCIONAL MODERADAMENTE DIFERENCIADO
RL05 3914	CONVENCIONAL	NO	SI	NO	SI	ADENOCARCINOMA ENDOCERVICAL MICROINVASOR 4MM LIM QX NO VALORABLES	ADENOCARCINOMA ENDOCERVICAL CONVENCIONAL MODERADAMENTE DIFERENCIADO CON PATRON CRIBIFORME
RL-05 3979	ADENOESCAMOSO	NO	SI	NO	SI	COMPATIBLE CON ADENOCARCINOMA ENDOCERVICAL	ADENOCARCINOMA ENDOCERVICAL ADENOESCAMOSO

TABLA DE RESULTADOS GENERALES AÑO 2000

NUM QX	SUBTIPO DE ADENOCARCINOMA	IN SITU	INVASOR	CONFINADO A CERVIX	EPITELIO ADYACENTE	DX PREVIO	DX DEFINITIVO
RL06 172	VILLOGLANDULAR	NO	SI	SI	NO	TUMOR ENDOCERVICAL. ADENOCARCINOMA ENDOCERVICAL MODERADAMENTE DIFERENCIADO.	ADENOCARCINOMA ENDOCERVICAL DE TIPO VILLOGLANDULAR
RL06 605	CONVENCIONAL MODERADO A POCO DIFERENCIADO	NO	SI	SI	NO	ADENOCARCINOMA DE ENDOCERVIX MODERADAMENTE DIFERENCIADO	ADENOCARCINOMA ENDOCERVICAL CONVENCIONAL MODERADAMENTE A POCO DIFERENCIADO
RL06 1063	ENDOCERVICAL IN SITU	SI	NO	SI	NO	ADENOCARCINOMA IN SITU ENDOCERVICAL. CERVICITIS CRONICA. HIPERPLASIA SIMPLE SIN ATIPIA	ADENOCARCINOMA ENDOCERVICAL IN SITU
RL06 1380	CONVENCIONAL	NO	SI	SI	NO	ADENOCARCINOMA DE TIPO ENDOCERVICAL MODERADAMENTE DIFERENCIADO	ADENOCARCINOMA ENDOCERVICAL CONVENCIONAL MODERADAMENTE DIFERENCIADO
RL06 1669	CONVENCIONAL	NO	SI	SI	NO	ADENOCARCINOMA MODERADAMENTE DIFERENCIADO PROBABLE ENDOCERVIX	ADENOCARCINOMA ENDOCERVICAL CONVENCIONAL MODERADAMENTE DIFERENCIADO
RL06 1691	SEROSO PAPILAR	NO	SI	SI	NO	ADENOCARCINOMA ENDOCERVICAL INVASOR MODERADAMENTE	ADENOCARCINOMA ENDOCERVICAL DE TIPO SEROSO INVASOR
RL06 1818	ELIMINADO CARCINOMA EPIDERMIOIDE					ADENOCARCINOMA ENDOCERVICAL GRADO II	
RL06 2153	ENDOMETRIOIDE	NO	SI	SI	NO	ADENOCARCINOMA ENDOCERVICAL MODERADAMENTE	ENDOCERVICAL ENDOMETRIOIDE BIEN DIFERENCIADO
RL06 2396	ENDOCERVICAL MODERADAMENTE DIFERENCIADO COMPONENTE IN SITU E INVASOR	SI	SI	SI	SI	ADENOCARCINOMA DE TIPO ENDOCERVICAL MODERADAMENTE DIFERENCIADO INFILTRANTE	ADENOCARCINOMA ENDOCERVICAL CONVENCIONAL MODERADAMENTE DIFERENCIADO IN SITU E INVASOR
RL06 2609	CONVENCIONAL	NO	SI	SI	NO	ADENOCARCINOMA DE TIPO ENDOCERVICAL MODERADAMENTE DIFERENCIADO INFILTRANTE	ADENOCARCINOMA ENDOCERVICAL CONVENCIONAL MODERADAMENTE DIFERENCIADO

NUM OX	SUBTIPO DE ADENOCARCINOMA	IN SITU	INVASOR	CONFINADO A CERVIX	EPITELIO ADYACENTE	DX PREVIO	DX DEFINITIVO
RL06 2961	ENDOCERVICAL MODERADAMENTE DIFERENCIADO	NO	SI	SI	NO	BX DE CERVIX ADENOCARCINOMA DE TIPO ENDOCERVICAL MODERADAMENTE DIFERENCIADO	ADENOCARCINOMA ENDOCERVICAL MODERADAMENTE DIFERENCIADO
RL06 3029	ELIMINADO CARCINOMA EPIDERMÓIDE					ADENOCARCINOMA TIPO ENDOCERVICAL	
RL06 3056	ENDOCERVICAL MODERADAMENTE DIFERENCIADO	NO	SI	SI	NO	ADENOCARCINOMA ENDOCERVICAL MODERADAMENTE DIFERENCIADO	ADENOCARCINOMA ENDOCERVICAL MODERADAMENTE DIFERENCIADO
RL06 3357	ELIMINADO SIN LAMINILLAS					ADENOCARCINOMA MODERADAMENTE DIFERENCIADO ENDOCERVICAL	
RL06 3358	VILLOGLANDULAR	NO	SI	SI	NO	ADENOCARCINOMA BIEN DIFERENCIADO DE TIPO ENDOCERVICAL EXISTEN FRAGMENTOS DE VELLOSIDADES CORIALES	ADENOCARCINOMA ENDOCERVICAL DE TIPO VILLOGLANDULAR
RL06 4797	MIXTO CONVENCIONAL + VILLOGLANDULAR	NO	SI	SI	NO	BX DE CERVIX ADENOCARCINOMA DE TIPO ENDOCERVICAL MODERADAMENTE DIFERENCIADO, ENDOCERVITIS CRÓNICA QUISTICA	ADENOCARCINOMA ENDOCERVICAL MIXTO COMPONENTE CLÁSICO Y VILLOGLANDULAR

Se identificaron 104 casos del 2006 de estos, 16 casos fueron diagnosticados como adenocarcinomas de endocervix, se clasificaron según el subtipo histológico en:

Adenocarcinoma endocervical tipo convencional moderadamente diferenciado (5 casos), villoglandular (2 casos), convencional moderadamente a poco diferenciado (1 caso), seroso papilar (1 caso), endocervical in situ (1 caso), endometriode bien diferenciado (1 caso), endocervical moderadamente diferenciado con componente in situ e invasor (1 caso), mixto convencional y villoglandular (1 caso).

El resto de los casos se identificaron como:

17	Carcinoma epidermoide in situ
61	Carcinomas epidermoides invasores (bien diferenciados, moderadamente diferenciados o poco diferenciados).
2	Lesión intraepitelial de bajo grado asociada a virus del papiloma humano
8	Otras

TABLA DE RESULTADOS GENERALES AÑO 2007

NUM QX	SUBTIPO DE ADENOCARCINOMA	IN SITU	INVASOR	CONFINADO A CERVIX	EPITELIO ADYACENTE	DX PREVIO	DX DEFINITIVO
RL07 227	CONVENCIONAL CON ABUNDANTE MUCOPRODUCCIÓN	NO	SI	SI	NO	ADENOCARCINOMA MODERADAMENTE DIFERENCIADO DE TIPO ENDOCERVICAL	ADENOCARCINOMA ENDOCERVICAL CONVENCIONAL MODERADAMENTE DIFERENCIADO CON ABUNDANTE MUCOPRODUCCIÓN
RL07 262	CONVENCIONAL CON ÁREAS MICROPAPILARES	NO	SI	SI	NO	ADENOCARCINOMA DE TIPO ENDOCERVICAL INVASOR MODERADAMENTE DIFERENCIADO MÁS DEL 50% DE LA PARED	ADENOCARCINOMA ENDOCERVICAL CONVENCIONAL MODERADAMENTE DIFERENCIADO CON ÁREAS MICROPAPILARES
RL07 357	ADENOESCAMOSO	NO	SI	SI	NO	ADENOCARCINOMA MODERADAMENTE DIFERENCIADO ENDOCERVICAL NEOPLASIA EPIDERMÓIDE DE BAJO GRADO EN CERVIX CON INFECCIÓN POR VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO	ADENOCARCINOMA ENDOCERVICAL
RL07 762	MIXTO COMPONENTE CONVENCIONAL Y VILLOGLANDULAR	NO	SI	SI	NO	CORTES DE ENDOCERVIX CON ADENOCARCINOMA MODERADAMENTE DIFERENCIADO. NO ES POSIBLE EVALUAR INVASIÓN DEL MATERIAL ENVIADO	ADENOCARCINOMA ENDOCERVICAL MIXTO CONVENCIONAL Y VILLOGLANDULAR
RL07 841	CONVENCIONAL	NO	SI	SI	NO	ADENOCARCINOMA ENDOCERVICAL MODERADAMENTE DIFERENCIADO INVASOR	ADENOCARCINOMA ENDOCERVICAL CONVENCIONAL MODERADAMENTE DIFERENCIADO
RL07 855	ELIMINADO SIN LAMINILLAS					TUMOR CERVICAL: ADENOCARCINOMA ENDOCERVICAL BIEN DIFERENCIADO DE 5mm. DE DIAMETRO MAYOR SIN LESION EN BORDES DE QX	
RL07 938	SEROSO	NO	SI	SI	NO	ADENOCARCINOMA BIEN DIFERENCIADO ENDOCERVICAL INVASOR CON EXTENSA PERMEACION LINFOVASCULAR	ADENOCARCINOMA ENDOCERVICAL DE TIPO SEROSO DE ALTO GRADO
RL07 1138	DE CÉLULAS CLARAS	NO	SI	SI	SI PARAMETRIO	ADENOCARCINOMA ENDOCERVICAL MIXTO (ENDOCERVICAL Y DE CELULAS CLARAS) DE ALTO GRADO	ADENOCARCINOMA ENDOCERVICAL DE TIPO CÉLULAS CLARAS DE ALTO GRADO
RL07 1171	CONVENCIONAL	NO	SI	SI	NO	BX DE ENDOCERVIX ADENOCARCINOMA MODERADAMENTE DIFERENCIADO DE TIPO ENDOCERVICAL	ADENOCARCINOMA ENDOCERVICAL CONVENCIONAL MODERADAMENTE DIFERENCIADO

NUM QX	SUBTIPO DE ADENOCARCINOMA	IN SITU	INVASOR	CONFINADO A CERVIX	EPITELIO ADYACENTE	DX PREVIO	DX DEFINITIVO
RL07 1363	MIXTO MICROPAPILAR Y ENDOCERVICAL TIPO UGUAL	NO	SI	SI	NO	ADENOCARCINOMA PAPILAR INVASOR DEL ENDOCERVIX	ADENOCARCINOMA ENDOCERVICAL MICROPAPILAR
RL07 1413	ELIMINADO SIN LAMINILLAS					ADENOCARCINOMA IN SITU DE ENDOCERVIX, ENDOMETRIO PROLIFERATIVO TARDIO, HIPERTROFIA MIOMETRIAL DIFUSA.	
RL07 2384	BIEN DIFERENCIADO CON AREAS DE MICROINVASION	NO	SI	SI	NO	CERVIX: ADENOCARCINOMA BIEN DIFERENCIADO TIPO ENDOCERVICAL	ADENOCARCINOMA ENDOCERVICAL BIEN DIFERENCIADO CON AREAS DE MICROINVASION
RL07 2912	MIXTO COMPONENTE VILLOGLANDULAR Y AREAS DE INVASION DE CARCINOMA ENDOCERVICAL DE TIPO USUAL	NO	SI	SI	SI PARED UTERINA	TUMOR EN CERVIX: ADENOCARCINOMA ENDOCERVICAL MODERADAMENTE DIFERENCIADO INVASOR CON EXT A TODO EL CANAL ENDOCERVICAL	ADENOCARCINOMA ENDOCERVICAL MIXTO. CON COMPONENTES VILLOGLANDULAR Y CLASICO
RL07 3217	SEROSO PAPILAR	NO	SI	SI	NO	ADENOCARCINOMA ENDOCERVICAL DE TIPO PAPILAR MODERADAMENTE DIFERENCIADO INVASOR	ADENOCARCINOMA ENDOCERVICAL MODERADAMENTE DIFERENCIADO SEROSO-PAPILAR CON ALTO GRADO NUCLEAR
RL07 3460	USUAL	NO	SI	SI	NO	ADENOCARCINOMA MODERADAMENTE DIFERENCIADO ENDOCERVICAL	ADENOCARCINOMA ENDOCERVICAL MODERADAMENTE DIFERENCIADO
RL07 3635	ADENOCARCINOMA ENDOCERVICAL IN SITU E INVASOR CON PREDOMINIO DE LA PARTE INVASORA	SI	SI	SI	SI	BX DE CERVIX: ADENOCARCINOMA ENDOCERVICAL MODERADAMENTE DIFERENCIADO INVASOR	ADENOCARCINOMA ENDOCERVICAL IN SITU E INVASOR

Se identificaron 135 casos en 2007, de los cuales 16 casos correspondieron a adenocarcinomas de endocervix

30 Carcinoma epiteloidal in situ

85 Carcinoma epiteloidal invasor (bien diferenciado, moderadamente diferenciado o poco diferenciado).

4 Otras

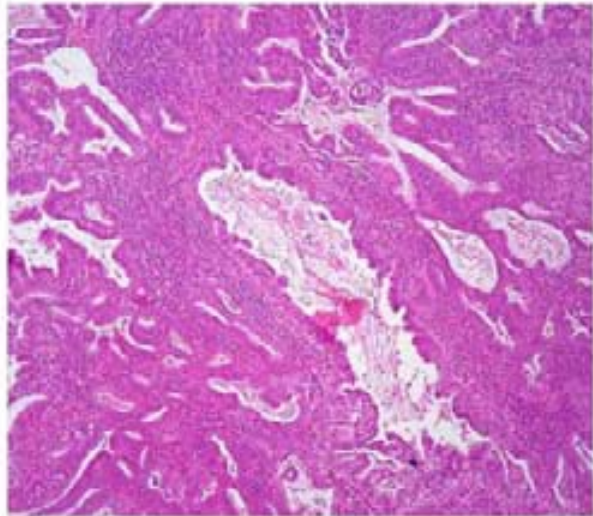
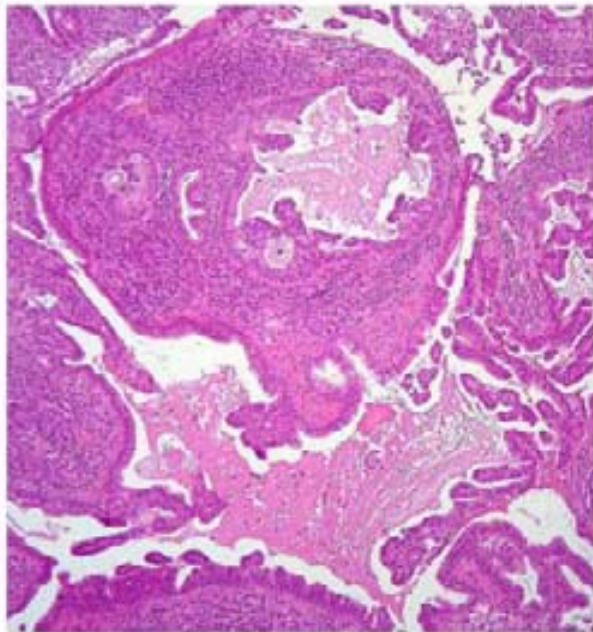


Fig.1 Adenocarcinoma endocervical mixto.

Fig. 2 Adenocarcinoma endocervical de tipo usual con áreas de mucoproducción.

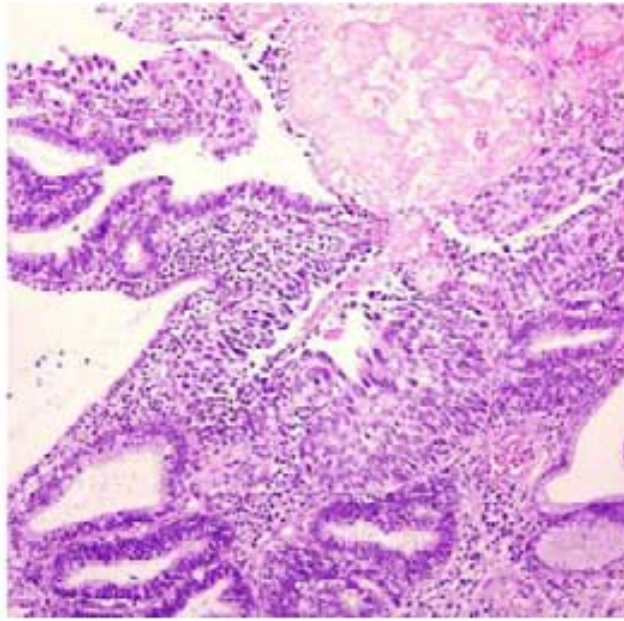


Fig.3 Adenocarcinoma endocervical convencional asociado a adenocarcinoma in situ.

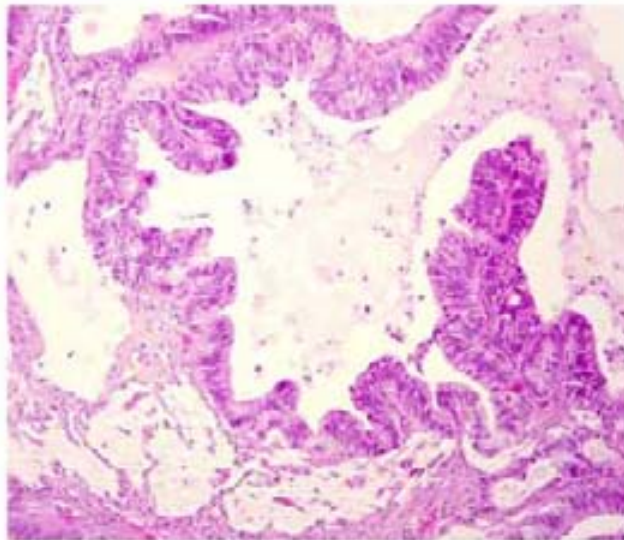


Fig.4 Adenocarcinoma endocervical de tipo convencional con abundante mucoproduccion

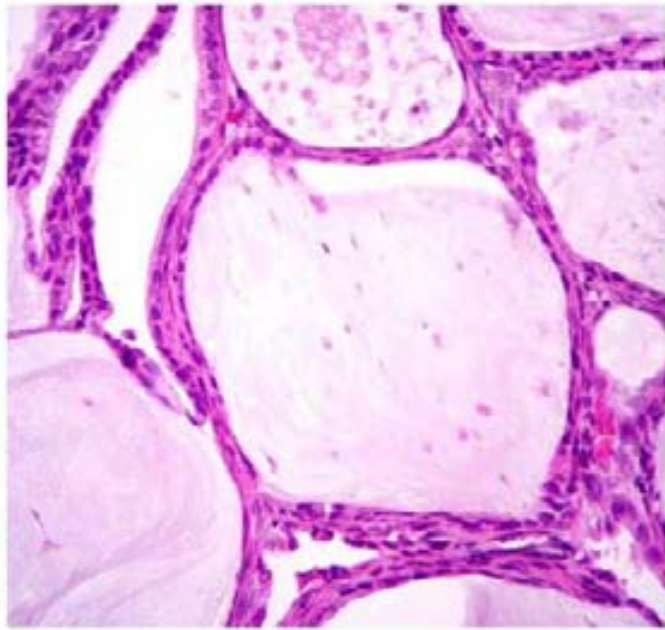
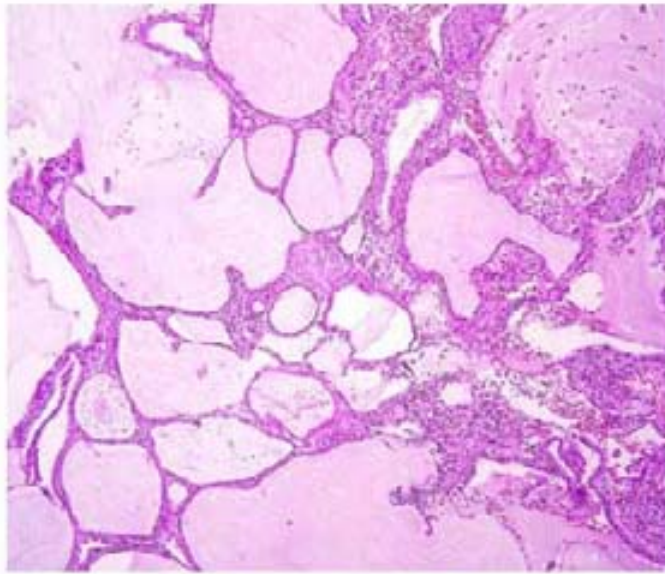


Fig 5 y 6. Adenocarcinoma endocervical de células claras con patrón tubuloquistico

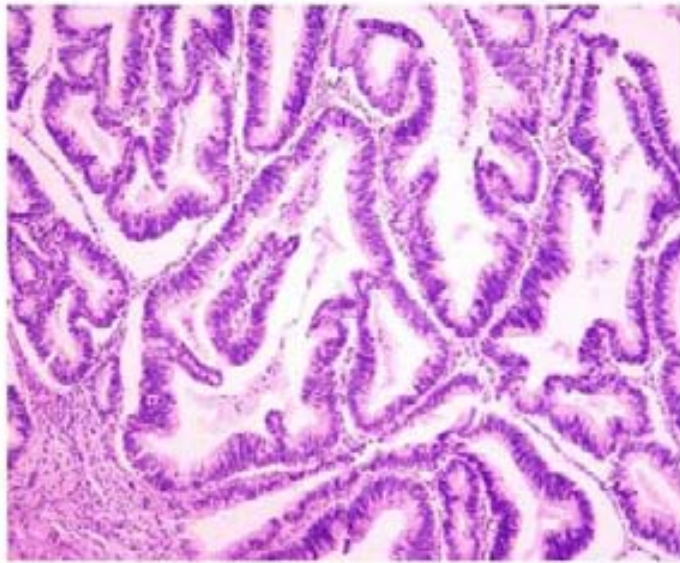


Fig. 7 Adenocarcinoma endocervical de tipo endometriode

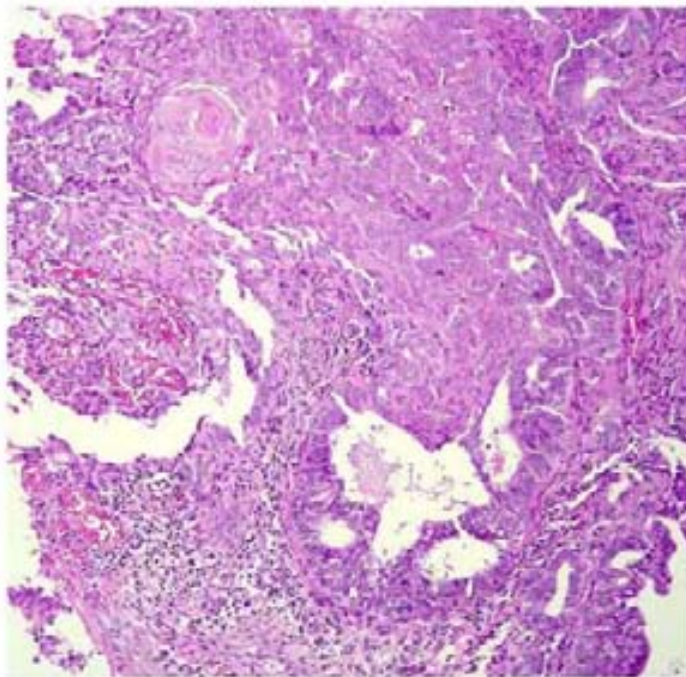


Fig 8. Adenocarcinoma endometriode con metaplasia escamosa

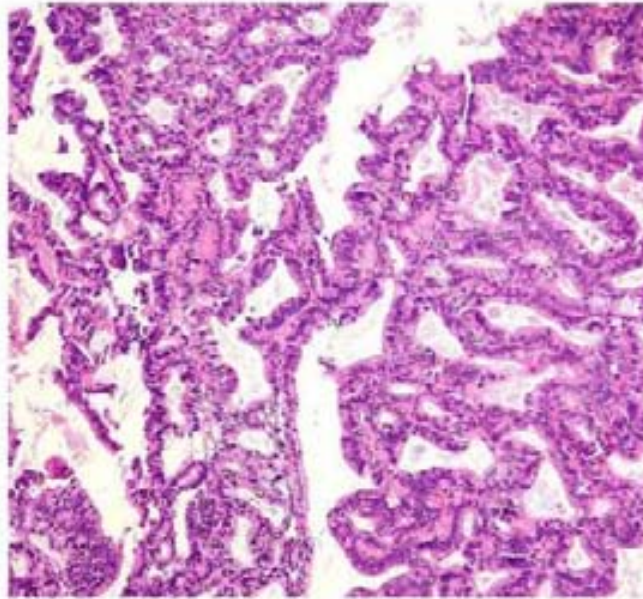


Fig. 9 Adenocarcinoma endometriode puro.

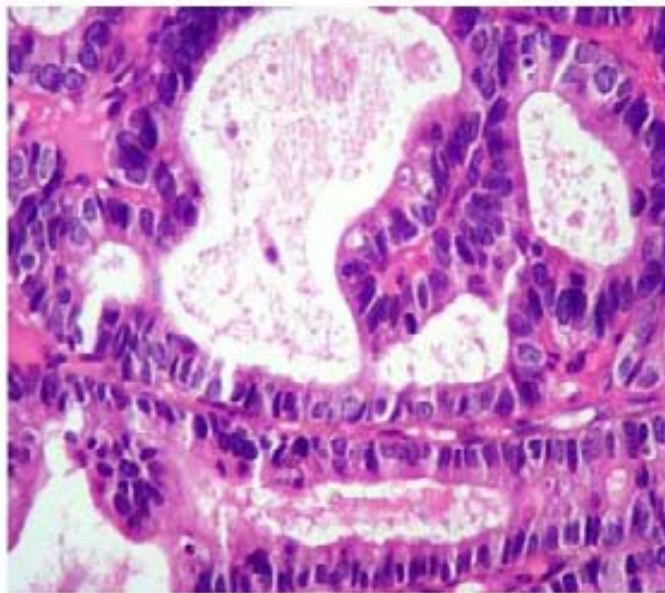


Fig.10 El tumor presenta estratificación nuclear y mínima cantidad de citoplasma semejando las células glandulares endometriales.

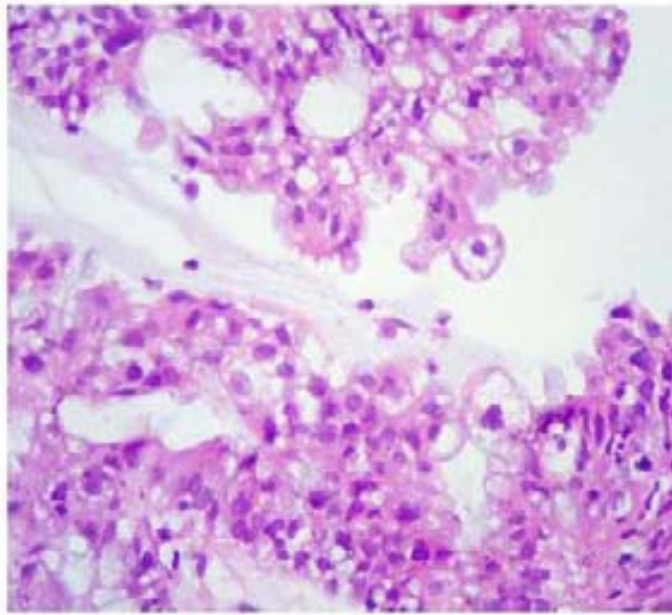


Fig. 11 Adenocarcinoma endocervical de células claras

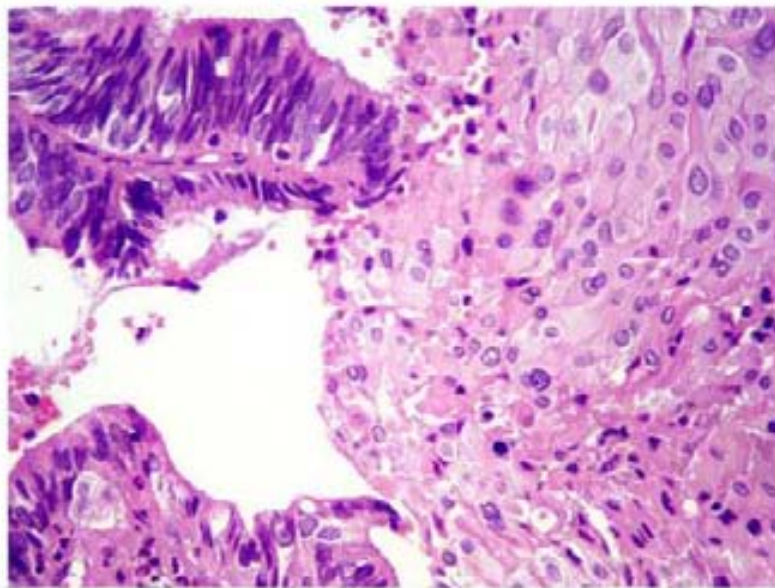


Fig. 12 Adenocarcinoma endocervical adenoescamoso

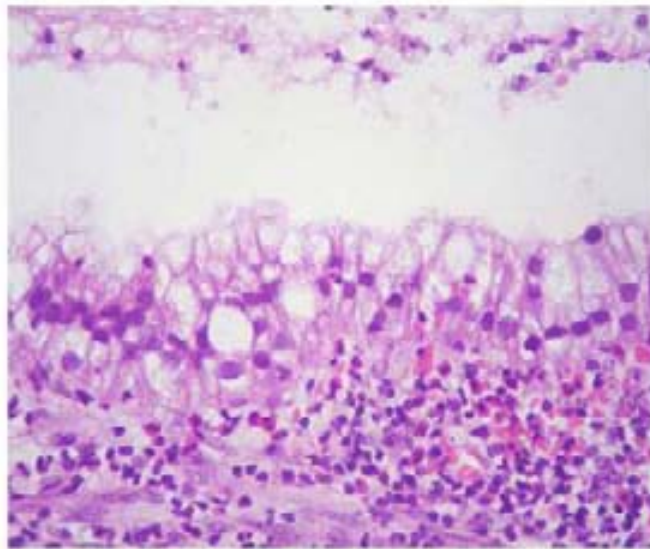
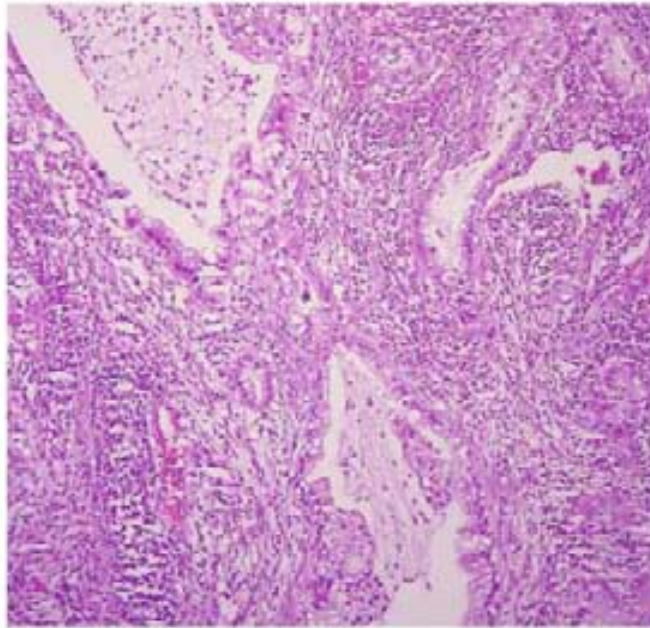


Fig. 13 Adenocarcinoma endocervical tipo intestinal

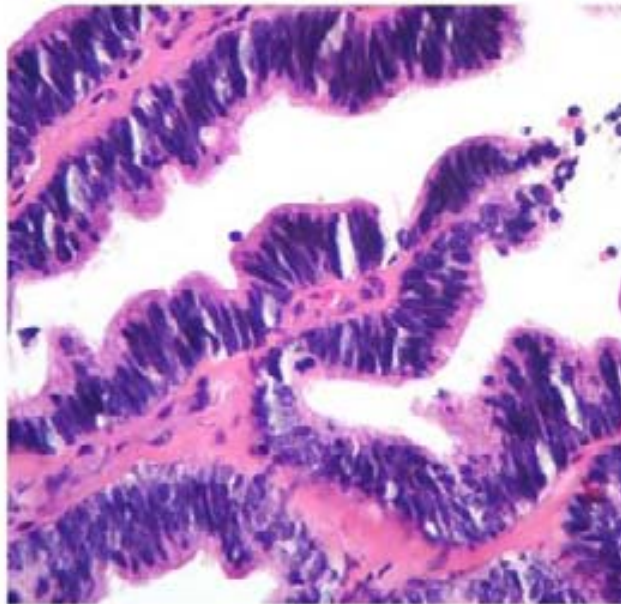
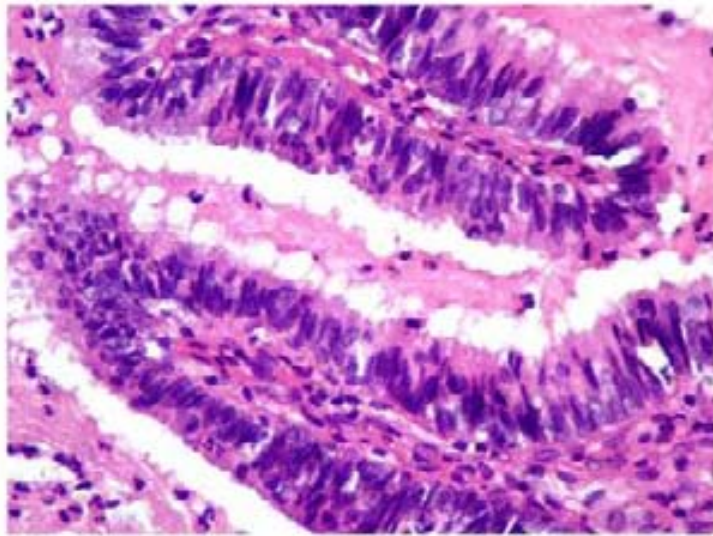


Fig 14 y 15

Adenocarcinoma papilar villoglandular bien diferenciado, la imagen a alta resolución (40x) muestra la formación de papilas con centros fibrovasculares revestidos por un epitelio columnar con características citológicas grado I. No hay evidencia de invasión.

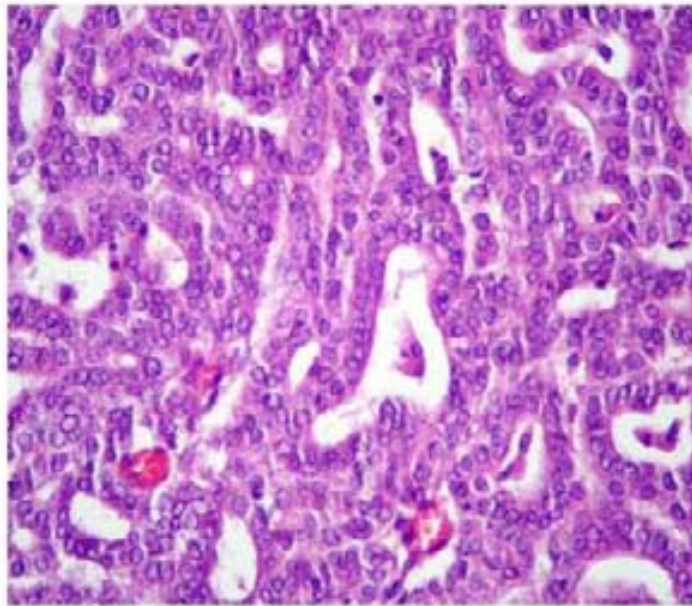


Fig. 16 Carcinoma neuroendocrino endocervical

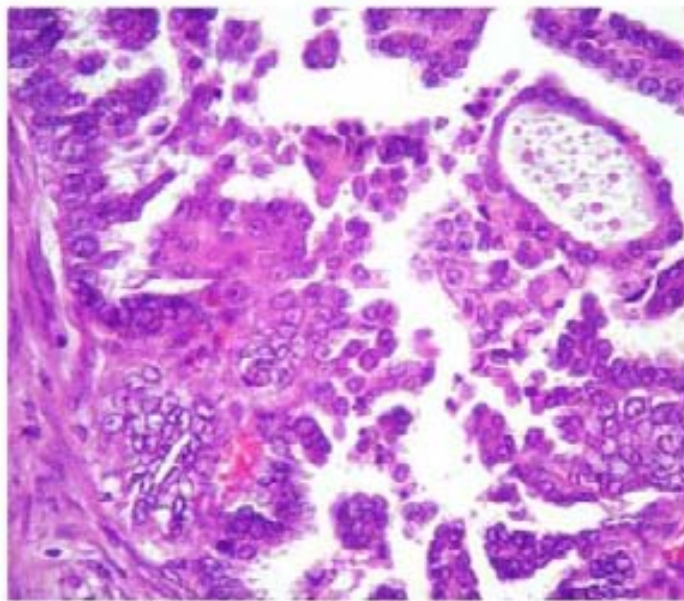


Fig. 17 Carcinoma seroso papilar de endocervix

BIBLIOGRAFIA

1. Zaino RJ. Glandular lesions of the uterine cervix . The 1999 long course on pathology of the uterine corpus and cervix. *Mod Pathol* 2000;13(3):261–274.
2. Zaino RJ. Symposium part I: adenocarcinoma in situ, glandular dysplasia, and early invasive carcinoma of the uterine cervix. *Int J Gynecol Pathol* 2002;21(4):314-26.
3. McCluggage W.G. Endocervical glandular lesions: controversial aspects and ancillary techniques . *J Clin Pathol* 2003;56:164–173.
4. Schelesinger C, Silverberg SG. Endocervical adenocarcinoma in situ of tubal type and its relation to atypical tubal metaplasia. *Int J Gynecol Pathol* 1999;18(1):1-4.
5. Witkiewicz A, Lee KR, Brodsky G, Cviko A, Brosky J, Crum C. Superficial (early) endocervical adenocarcinoma in situ a study of 12 cases and comparación to convencional AIS. *Am J Surg Pathol* 2005; 29 (12): 1609-14
6. Young RH, Clement PB. Endocervical Adenocarcinoma and its variants: their morphology and differential diagnosis. *Histopathology* 2002; 41 185-207
7. Alvarado Cabrero I. Estado actual de la investigación de las lesiones glandulares del endocérvix. *Patología Rev Latinoamericana* 2008; 46 (2): 101-11.
8. Young RH. Simple clefts, complex problems: reflections on glandular lesions of the uterine cervix. *Int J Gynecol Pathol*. 2002;21; 217-223
9. Segal GH, Hart WR. Cystic endocervical túnel clusters A clinicopathologic study of 29 cases of so-called adenomatous hyperplasia. *Am. J. Surg. Pathol.* 1996;20;1312-1318.
10. Young RH, Scully RE. Villoglandular papillary adenocarcinoma of the uterine cervix. A clinicopathological análisis of 13 cases. *Cancer*, 1989; 63; 1773-1779.
11. Zaino RJ. The fruits of our labors: distinguishing endometrial from endocervical adenocarcinoma. *Int. J. Gynecol. Pathol.* 2002;21; 1-3.
12. Young RH, Scully RE. atypical forms of microglandular hyperplasia of the cervix simulating carcinoma: a report of five cases and review of the literature. *Am J Surg Pathol* 1989;13;50-56.