



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO



Carcinomas neuroendocrinos del cérvix: Reclasificación morfológica e inmunohistoquímica en el Hospital Juárez de México, 2010-2015.

Tesis para obtener el diplomado de Especialidad en:
ANATOMÍA PATOLÓGICA.

PRESENTA:
Dra. Mariel Verónica Schettino Peredo.

Director de tesis: Dr. Alejandro Rodríguez Sánchez.

Asesor de tesis: Dr. José Rafael Peñavera Hernández

CIUDAD DE MÉXICO, 2018.



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.

AUTORIZACIÓN DE TESIS

**Dr. Jaime Mellado Ábrego
Jefe de División de Enseñanza
Hospital Juárez de México**

**Dr. José Rafael Peñavera Hernández
Profesor Titular del Curso de Posgrado de Anatomía Patológica
Hospital Juárez de México**

Número de registro de tesis: HJM 0314/17-R

Dr. Alejandro Rodríguez Sánchez
Director de Tesis

Dr. José Rafael Peñavera Hernández
Asesor de Tesis

Número de registro de tesis: HJM 0314/17-R

AGRADECIMIENTOS

Siempre resultará difícil agradecer a todos aquellos que de una u otra manera me han acompañado en esta etapa de mi vida, porque nunca alcanza el tiempo, el papel o la memoria para mencionar o dar con justicia todos los créditos y méritos a quienes se lo merecen.

Partiendo de esta necesidad primeramente deseo agradecer especialmente a Dios por haberme acompañado y guiado a lo largo de mi carrera, por ser mi fortaleza en los momentos de debilidad y por brindarme una vida llena de aprendizajes, experiencias y sobretodo felicidad.

A mis padres por apoyarme en todo momento, por haberme dado la oportunidad de tener una excelente educación y por hacer de mí una mejor persona a través de su ejemplo de honestidad y entereza por lo que siempre han sido una guía en el transcurso de mi vida.

A mis amigos que de alguna u otra manera siempre han estado ahí cuando los necesite y comprendían el esfuerzo que hacía a lo largo de mi carrera.

Al Dr. Alejandro Rodríguez Sánchez, por permitirme trabajar con él en esta investigación, así como por brindarme la información y el apoyo necesario para que este trabajo fuese posible.

Y a todas aquellas personas que comparten conmigo este triunfo

Gracias

RESUMEN

Introducción: El carcinoma neuroendocrino de cérvix es una entidad rara dentro del grupo de tumores de dicha localización, y representa 0.5-1%. Deriva, probablemente, de células neuroendocrinas cervicales que proceden de células embrionarias de la cresta neural. Es elevadamente agresivo y por ende de mal pronóstico siendo de vital importancia su identificación.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal tomando como muestra todos los casos diagnosticados de Cáncer Cervicouterino en el departamento de Anatomía Patológica del Hospital Juárez de México durante el periodo 2010 a 2015, seleccionando las neoplasias poco diferenciadas las cuales fueron revisadas por dos patólogos, aquellos casos discordantes dentro de las tres variables o que cumplían criterios morfológicos de características neuroendocrinas se les realizó inmunomarcación para diagnóstico definitivo en conjunto.

Resultados: En el estudio encontramos 511 casos diagnosticados de Cáncer Cervicouterino de los cuales 180 (35.2%) eran poco diferenciados, siendo revisados 167 casos debido a falta de material, de estos 11 casos fueron seleccionados para realizar la inmunohistoquímica establecida para el estudio, resultado cuatro casos de carcinomas con diferenciación neuroendocrina, dos puros y dos mixtos (0.78%).

Conclusiones: De acuerdo al estudio realizado podemos concluir la rareza del carcinoma neuroendocrino en cérvix, su forma de presentación poco diferenciada y en relación con otros tipos histológicos; la utilidad de marcadores de diferenciación neuroendocrina como sinaptofisina y cromogranina junto con un marcador de diferenciación escamosa como p63 para su diagnóstico definitivo, así como su asociación con VPH de alto riesgo determinado con p16.

ABSTRACT

Introduction: Neuroendocrine carcinoma of the cervix is a rare entity within the group of tumors of this location and represents 0.5-1%. It derives probably from cervical neuroendocrine cells that come from embryonic cell of the neural crest. It is highly aggressive and therefore of poor prognosis, being of vital importance the correct diagnosis.

Methods: An observational, descriptive, retrospective and cross-sectional study was carried out taking as sample all the diagnostic cases of Cervical Cancer in the Department of Pathological Anatomy of Hospital Juárez de México during the period 2010 to 2015, selecting the poorly differentiated neoplasms which were reviewed by two pathologists, those cases discordant within the three variables or that met morphological criteria of neuroendocrine characteristics were performed immunostaining for definitive diagnosis.

Results: In the study we found 511 cases diagnostic of Cervical Cancer of which 180 (35.2%) cases were poorly differentiated during the study period, 167 were reviewed due to lack of material, of these 11 cases were selected to perform the immunohistochemistry. We found four cases of carcinomas with neuroendocrine differentiation, two pure and two mixed (0.78%).

Conclusions: According to the study, we can conclude the rarity of neuroendocrine carcinoma in cervix, its presentation poorly differentiated and relation to other histological types; the utility of markers of neuroendocrine differentiation such as synaptophysin and chromogranin together with a squamous differentiation marker as p63 for its definitive diagnosis, as well as its association with high-risk HPV determined with p16.

Índice de Contenidos	Página
AGRADECIMIENTOS	I
RESUMEN	II
ABSTRACT	III
ÍNDICE	IV
CAPITULO 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
INTRODUCCIÓN	1
1.1 Marco Teórico	5
1.2 Justificación	10
1.3 Pregunta de Investigación	11
1.4 Hipótesis	11
1.5 Objetivos	11
CAPITULO 2. METODOLOGÍA	
2.1 Diseño de la investigación	12
2.2 Material y métodos	12
2.3 Criterios de selección	13
2.4 Definición de variables	14
2.5 Procedimiento de la recolección de información	14
2.6 Análisis de resultados	15
2.7 Recursos para el estudio	15
2.8 Aspectos éticos	15
2.9 Aspectos de bioseguridad	15
CAPITULO 3. ANÁLISIS DE RESULTADOS	
3.1 Resultados	16
3.2 Discusión de resultados	26
CAPITULO 4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
4.1 Conclusiones	28
4.2 Recomendaciones	29
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	30
ANEXOS	32

Índice de Tablas	Página
CAPITULO 2. METODOLOGÍA	
2.2 Material y métodos	12
Tabla 1. Anticuerpos seleccionados	13
2.5 Procedimiento de la recolección de información	14
Tabla 2. Dilución del trabajo, procedencia y anticuerpos empleados	14
 CAPITULO 3. ANÁLISIS DE RESULTADOS	
3.1 Resultados	16
Tabla 3. Variable edad de cáncer cervicouterino	16
Tabla 4. Tipo de muestra	17
Tabla 5. Correlación de casos	19
Tabla 6. Resultados de inmunohistoquímica	19
Tabla 7. Variable edad de casos reclasificados	25

Índice de Gráficas	
CAPITULO 3. ANÁLISIS DE RESULTADOS	
3.1 Resultados	16
Gráfica 1. Distribución por rango de edad	16
Gráfica 2. Distribución por tipo histológico	17
Gráfica 3. Número de casos diagnosticados como poco diferenciados	18

CAPITULO 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

INTRODUCCIÓN

El carcinoma cervical es la séptima neoplasia más frecuente en la población mundial y la cuarta más frecuente entre las mujeres con un estimado de 528,000 nuevos casos diagnosticados anualmente, 85% de los cuales se registran en países en vías de desarrollo. Es también una importante causa de muerte por tumor maligno en la mujer con 266,000 defunciones anuales, 87% de las cuales ocurren en países subdesarrollados.¹

La tendencia de la mortalidad es descendente debido a una menor incidencia de la enfermedad por la mejora en las condiciones sociales y la respuesta de los sistemas de salud, de hecho ninguna forma de cáncer ilustra mejor los notables beneficios de la detección sistémica eficaz, diagnóstico precoz y tratamiento curativo que el carcinoma cervicouterino, donde hace 50 años ocupaba el primer lugar de mortalidad en mujeres estadounidenses, actualmente se redujo en dos terceras partes hasta su puesto actual como decimotercera causa de mortalidad por cáncer.²

La distribución de los casos de cáncer de cuello uterino en relación a la edad, muestra un incremento a partir de los 35 años, siendo el grupo de 50 a 59 años de edad quien registra el mayor porcentaje. En México es la segunda causa de muerte por cáncer en la mujer. Anualmente se estima una prevalencia de 13,960 casos en mujeres, con una incidencia de 23.3 casos por 100,000 mujeres. En el año 2013, en el grupo específico de mujeres de 25 años y más, se registraron 3,771 defunciones con una tasa de 11.3 defunciones por 100,000 mujeres. Las entidades con mayor mortalidad por cáncer de cuello uterino son: Morelos (18.6), Chiapas (17.2) y Veracruz (16.4).

En relación a la clasificación histológica, el 46% de los casos registrados, corresponden a carcinoma epidermoide invasor, un 23% a carcinoma epidermoide microinvasor, un 10% a adenocarcinoma endocervical in situ, un 6% a adenocarcinoma endocervical invasor, el resto se encuentran asociados a otros tipos histológicos.

En cuanto a la clasificación por etapas clínicas de detección, el 23.27% corresponden a carcinoma in situ, el 25.51% a etapas tempranas, el 16.61% a etapas intermedias, un 30.8% a etapas tardías y el 3.79% de los casos de cáncer cervico-uterino son tumores no clasificables.³

La patogenia de la enfermedad se asocia a la infección por virus de papiloma humano de alto riesgo, siendo una condición necesaria para el desarrollo de una lesión cervical, pero solo una fracción de las lesiones precursoras progresan a cáncer invasor. Esto implica que se requiere la presencia de factores adicionales, además del tipo viral, para aumentar las probabilidades de progresión a cáncer invasor.

El virus de papiloma humano (VPH) pertenece a una familia de virus DNA que comprenden más de 100 genotipos diferentes. Se clasifican en alto y bajo riesgo oncogénico según su

potencial neoplásico. Hay 15 VPH de alto riesgo identificados actualmente, pero el VPH-16 es el responsable de casi el 60% de los casos y VPH-18 causa otro 10%, los demás tipos contribuyen a menos del 5% de los casos.

Los VPH infectan las células basales inmaduras del epitelio escamoso en áreas de pérdida epitelial o células escamosas metaplásicas inmaduras presentes en la unión escamocolumnar. La capacidad de actuar como carcinógeno depende de sus proteínas víricas E6 y E7, que interfieren en la actividad de proteínas supresoras de tumores que regulan el crecimiento y la supervivencia celular ⁴ sobre todo pRb (producto del gen del retinoblastoma). Esta proteína ejerce un papel esencial en el control del ciclo celular, ya que regula la actividad de diversos factores de transcripción (E2F). En situación quiescente, la pRb se encuentra activa, hipofosforilada y unida a E2F. Si exponemos estas células a efectos mitogénicos se inicia la transcripción de genes G1 específicos (ciclinas D) que a su vez se unen y activan las cinasas dependientes de ciclina (CDK4 y CDK6) que fosforilan la pRb en medio de la fase G1, lo que libera el factor E2F y se produce la transición a la fase S. Puesto que existe esta vía de activación del ciclo celular debe haber algún mecanismo que controle a su vez esta vía de activación; de esto se encarga un pequeño grupo de proteínas, entre las que destaca la p16ink4a, proteína supresora tumoral, que se unen a las CDK e inhiben su actividad cinasa (inhibidores de cinasas dependientes de ciclina [CDK1]), por tanto una expresión ectópica de p16ink4a dará lugar a una acumulación de pRb hipofosforilada, secuestro de E2F y consecuentemente arresto de G1. La proteína RB produce un control negativo sobre la p16, por lo que la inactivación funcional de pRb por cualquier motivo conduce a una sobreexpresión de p16 y, por tanto, a que tenga lugar la activación de la cascada reguladora del ciclo celular. La interacción de HPV16 E7 con pRb, al igual que sucede con la fosforilación mediada por CDK, provoca la liberación de E2F activos y estimulación de la entrada en fase S, incluso en ausencia de complejos CDK4 y CDK6 activos y en presencia de altos niveles de p16ink4a, lo que indica que la función supresora de p16 puede ser sobrepasada por los oncogenes víricos; de este modo, la sobreexpresión de p16 que en condiciones normales habría detenido el ciclo celular, no tienen ningún efecto, ya que la pRb ha sido bloqueada previamente por la E7.

Gracias a trabajos previos, sabemos que la p16ink4a se puede demostrar por estudio de inmunohistoquímica, mostrando un patrón de tinción diferente según la infección se deba a genotipos de alto o bajo riesgo, independientemente del tipo de lesión cervical. La inmunorreactividad es nuclear y citoplasmática en casos de lesión escamosa intraepitelial de alto grado (HSIL/CIN II-III) y carcinoma escamoso, con una positividad difusa e intensa (sobre todo cuando se asocia a HPV 16/18), mientras que en casos de displasias leves (LSIL/ CIN I) es fundamentalmente nuclear, más débil y focal, por la escasa afinidad que tienen las oncoproteínas E6 y E7 para unirse a pRb (hasta 10 veces menos) en los genotipos de bajo riesgo. Sano et al, establecieron una clasificación según el porcentaje de células positivas para la inmunotinción de p16: 0% al 5%: negativo; < 80%: positivo focal, y > 80%: positivo difuso.^{2,4}

De acuerdo a la clasificación de la OMS vigente del año 2014, divide los tumores cervico-uterino con el tejido de origen más probable, los de origen epitelial, mesenquimal, mixtos (epitelial y mesenquimal), melanocíticos, células germinales, linfoides y secundarios, a su vez como tumores benignos, malignos, lesiones precursoras o que simulan tumores, mostrado a continuación:

I. Tumores epiteliales

a) Tumores de células escamosas y precursores

- ✓ Lesión intraepitelial escamosa
 - Lesión intraepitelial escamosa de bajo grado
 - Lesión intraepitelial escamosa de alto grado
- ✓ Carcinoma de células escamosas, sin otra especificación
 - Queratinizante
 - No queratinizante
 - Papilar
 - Basaloide
 - Condilomatoso
 - Verrucoso
 - Escamotransicional
 - Similiar al linfoepitelioma
- ✓ Lesión de células escamosas benigna
 - Metaplasia escamosa
 - Condiloma acuminado
 - Papiloma escamoso
 - Metaplasia transicional

b) Tumores glandulares y precursores

- ✓ Adenocarcinoma in situ
- ✓ Adenocarcinoma
 - Adenocarcinoma endocervical de tipo usual
 - Carcinoma mucinoso, sin otra especificación
 - Tipo gástrico
 - Tipo intestinal
 - Tipo de células en anillo de sello
 - Carcinoma villoglandular
 - Carcinoma endometroide
 - Carcinoma de células claras
 - Carcinoma seroso
 - Carcinoma mesonéfrico
 - Adenocarcinoma mezclado con carcinoma neuroendocrino
- ✓ Tumores glandulares benignos y lesiones similar a tumores
 - Pólipo endocervical
 - Papiloma Mulleriano
 - Quistes de Naboth
 - Tunnel Clusters

- Hiperplasia microglandular
 - Hiperplasia glandular lobular endocervical
 - Hiperplasia endocervical laminar difuso
 - Hiperplasia y remanentes mesonéfricos
 - Reacción de Arias Stella
 - Endocervicosis
 - Endometriosis
 - Metaplasia tuboendometrial
 - Tejido prostático ectópico
 - c) Otros tumores epiteliales
 - ✓ Carcinoma adenoescamoso
 - Carcinoma de células vidriosas
 - ✓ Carcinoma adenoideo basaloide
 - ✓ Carcinoma adenoide quístico
 - ✓ Carcinoma indiferenciad
 - d) Tumores neuroendocrinos
 - ✓ Tumores neuroendocrinos de bajo grado
 - Tumor carcinoide
 - Tumor carcinoide atípico
 - ✓ Carcinoma neuroendocrino de alto grado
 - Carcinoma neuroendocrino de células pequeñas
 - Carcinoma neuroendocrino de células grandes.
- 2. Tumores mesenquimales y lesiones simulan tumores
 - a) Benigno
 - ✓ Leiomioma
 - ✓ Rabdomioma
 - ✓ Otros
 - b) Malignos
 - ✓ Leiomiosarcoma
 - ✓ Rabdomiosarcoma
 - ✓ Sarcoma alveolar de partes blandas
 - ✓ Angiosarcoma
 - ✓ Tumor maligno de la vaina nerviosa periférica
 - ✓ Otros sarcomas
 - Liposarcoma
 - Sarcoma endocervical indiferenciado
 - Sarcoma de Ewing
 - c) Lesiones simulan tumores
 - ✓ Nódulo de células fusiformes postoperado
 - ✓ Lesión similar a linfoma
- 3. Tumores mixtos epiteliales y mesenquimales
 - a) Adenomioma
 - b) Adenosarcoma
 - c) Carcinosarcoma

4. Tumores melanocíticos
 - a) Nevo azul
 - b) Melanoma maligno
5. Tumores de células germinales
 - a) Tumor del saco vitelino
6. Tumores linfoides y mieloides
 - a) Linfomas
 - b) Neoplasias mieloides
7. Tumores secundarios.

Cada grupo tiene características diferentes en cuando a epidemiología, cuadro clínico, histología, tratamiento y pronóstico, el presente estudio se centrara en tumores neuroendocrinos.⁵

1.1 MARCO TEÓRICO

Las neoplasias neuroendocrinas están definidas como una neoplasia epitelial con diferenciación predominantemente neuroendocrina, teniendo la hipótesis de un origen tanto de la cresta neural embrionaria como de las células endodérmicas, debido a que poseen características biológicas de ambos. Se presenta en diferentes órganos del cuerpo, cuyas características clínicas e incluso morfológicas dependerán del sitio que le da origen⁶, en cérvix el origen exacto es desconocido, se cree un posible origen en la proliferación del pequeño número de células argirófilas como un precursor potencial, estas se encuentran presentes en el epitelio exocervical en un 40% de las mujeres y en el epitelio endocervical alrededor del 20%, expresan marcadores neuroendocrinos e incluso pueden estar presentes en otras neoplasias de origen cervical como los adenocarcinomas in situ, siendo considerada como una lesión precursora.⁷

En cérvix es poco frecuente, representan el 0.5-1% de todos los carcinomas de cérvix, sin embargo su incidencia ha ido en aumento quizás reflejo de un diagnóstico más preciso.⁸ Son neoplasias malignas clínicamente agresivas, como toda neoplasia neuroendocrina, debido a su extensión sistémica temprana, cursan con mal pronóstico y tasa de supervivencia a 5 años de 14%, 29% y 31,5% en diferentes estudios.⁹

La nomenclatura, gradificación y estadificación ha cambiado a lo largo de los años, por la confusión en su terminología y la falta de información debido a su rareza. La primera terminología dada en el cérvix fue en 1966 en un taller patrocinado por el Colegio de Patólogos Americanos y el Instituto Nacional del Cáncer con el fin de reducir el número de la terminología usada para describir estas lesiones, en este tiempo se unifico a los tumores neuroendocrinos de cérvix dentro de otro tumores epiteliales según la OMS y los subclasificó en cuatro categorías similar a los tumores neuroendocrinos del pulmón:

- I. Tumor carcinoide típico
- II. Tumor carcinoide atípico
- III. Carcinoma neuroendocrino de células grandes
- IV. Carcinoma neuroendocrino de células pequeñas⁸

Sin embargo, la palabra carcinoide fue altamente criticada debido a las preocupaciones de que el término no transmitiera adecuadamente el potencial de comportamiento maligno que acompaña a muchas de estas neoplasias.⁶ De mismo modo, la última terminología mencionada en la clasificación se prestaba a confusión para todas aquellas neoplasias en cérvix con morfología de célula pequeña sea epiteliales o no (linfoma, melanoma, rabdomyosarcoma), y sobre todo con los carcinomas escamosos de células pequeñas y de tipo basaloide, por lo que actualmente dicha clasificación ha sido modificado, ahora siendo similar a la usada en los carcinomas neuroendocrinos gastro-entero-pancreáticos:

- I. Tumores neuroendocrinos grado 1
- II. Tumores neuroendocrinos grado 2
- III. Carcinoma neuroendocrino grado 3
 - a. Subtipo de célula grande.
 - b. Subtipo de célula pequeña.⁸

El grado de diferenciación está dado por la semejanza que tienen las células neoplásicas a su contraparte no neoplásica; por tanto las neoplasias mejor diferenciadas serán gradificadas como "Bien Diferenciado" o grado 1 y 2; basándose en características morfológicas propias de diferenciación neuroendocrina que se identifican muy a pesar del órgano que le de origen, a saber:

- Arquitectura organoide, trabecular, insular, cordones o en nidos.
- Pseudorosetas perivasculares.
- Disposición en empalizada de las células.
- Necrosis geográfica.
- Falta de características de diferenciación específicas como la queratinización.
- Células uniformes, con citoplasma granular secundario a la presencia de los gránulos neurosecretorios con inmunoeexpresión fuerte y difusa de inmunomarcadores neuroendocrinos como Sinaptofisina y Cromogranina A por su alta especificidad.
- Otros marcadores utilizados para dicha diferenciación es la Enolasa Neuronal Específica y CD56 de mayor sensibilidad.
- Escaso citoplasma.
- Moldeamiento nuclear con cromatina dispersa característica en "Sal y pimienta".
- Índice mitótico alto.^{6,8,9,10}

En caso contrario los llamados "Pobrementemente Diferenciados" o grado 3 serán aquellos cuya distribución arquitectural es difusa, con núcleos irregulares, escaso citoplasma granular y una inmunexpresión limitada. Siendo este rubro de suma importancia en el reporte de patología debido a su comportamiento maligno y por lo tanto un peor pronóstico, con presencia de invasión vascular y metástasis tempranas.

A su vez se recomienda añadir en el reporte de patología el índice de proliferación medido por el número de mitosis en 10 campos de alto poder o el porcentaje de la misma medido por el índice de proliferación marcado con Ki67, debido a que se ha demostrado un peor pronóstico en los tumores con un alto índice proliferativo, así mismo algunos tumores neuroendocrinos en sitios específicos como el timo y el pulmón utilizan la presencia de necrosis para gradificar el tumor histológicamente bien diferenciado con el de diferenciación intermedia.⁶

De misma forma tenemos la controversia con el sistema de estadificación, debido a que se utiliza el sistema TNM de forma similar a los utilizados para la estadificación de carcinomas no neuroendocrinos de los mismos sitios. Actualmente han habido varias propuestas para implementar un sistema exclusivo de las neoplasias neuroendocrinas muy a pesar del sitio donde se desarrolla, uno de estos sistemas es el presentado por el programa SEER (Supervisión, Epidemiología y Resultados Finales) del Instituto Nacional del Cáncer donde separaron los tumores en estadios localizados, regionales y distantes, basados en el involucro de ganglios linfáticos o metástasis a distancia, pero que carece de una subestadificación de la extensión del tumor primario, rubro utilizado con fines terapéuticos y pronósticos, por lo que se sigue utilizando el antes mencionado. En ese presente artículo la estadificación se hizo tomando como base al estadio clínica de acuerdo con la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia del sistema de carcinoma cervical.^{6,9}

Lo anterior ha ocurrido por falta de información de estas neoplasias aunado a los casos subdiagnosticados. De hecho en cérvix, los dos primeros subtipos de tumores neuroendocrino han sido poco documentados y la última entidad es el más comúnmente presentado en cérvix, lo que dificulta su diagnóstico debido a las falta de características típicas de una neoplasia neuroendocrina por su poca diferenciación con la misma, con un espectro histomorfológico amplio y por tanto frecuentemente diagnosticados erróneamente. Esto se complica aún más cuando se conoce la diferenciación neuroendocrina focal en otro carcinomas de cérvix que no le suma mayor agresividad, en comparación a un tumor neuroendocrino puro o de tumores mixtos, asociado a un curso agresivo y por lo tanto tratados con abordaje multimodal, incluyendo cirugía con quimioterapia adyuvante y/o radioterapia, dependiendo de estadificación clínica-patológica,⁹ sin embargo el enfoque terapéutico óptimo aún no está bien definido y es todavía controversial, a pesar de ello, aplicar solo tratamiento loco-regional es insuficiente en la mayoría de los pacientes, por lo tanto para lograr mejores tasas de supervivencias se ha sugerido realizar tratamiento sistémico para controlar las metástasis a distancia y la cirugía o radioterapia para controlar la enfermedad loco-regional, pero todavía se requieren más estudios para definir la mejor modalidad de tratamiento.¹¹

La importancia de diferenciar el tipo histológico, radica en ser un factor pronóstico independiente de su etapa. Varios estudios comparativos han demostrado la asociación de supervivencia de los tumores neuroendocrinos de cérvix comparado a los adenocarcinomas y carcinomas escamosos del mismo sitio, siendo los tumores neuroendocrinos los de peor pronóstico muy a pesar de encontrarse en etapas tempranas de la enfermedad, seguido del adenocarcinoma en contexto de un paciente en etapa avanzada.¹²

El carcinoma neuroendocrino de células pequeñas del cérvix es un tumor altamente agresivo. La invasión linfovascular está presente en el 90% de los casos y es a menudo extensa. El pronóstico es peor que el del carcinoma escamoso pobremente diferenciado, de estadio comparable. La mayoría de los pacientes tiene enfermedad avanzada en el momento de la histerectomía incluso si ellos se presentan clínicamente con enfermedad estadio I (ver Apéndice A y B). En un estudio, 57% de los pacientes en estadio clínico IB o IIA tenían metástasis a nódulos linfáticos. En otra serie, 9 de 12 pacientes murieron como un resultado directo del tumor y la duración promedio de la sobrevivencia de las que murieron de la enfermedad fue solo 12.5 meses.⁷

Otra de las incertidumbres de estas neoplasias es su etiología, la cual se desconoce, en general se acepta que la integración de los virus de papiloma humano de alto riesgo en el genoma es el único evento más importante en la evolución de cáncer cervical. Hay una asociación bien documentada de los mismos con la neoplasia cervical intraepitelial que evoluciona a carcinoma in situ e invasión, así también con carcinoma escamoso, adenocarcinoma, carcinoma adenoescamoso y variantes raras como el carcinoma adenoideo quístico, y recientemente los tumores malignos müllerianos de cérvix.¹⁰

Últimamente, se ha observado una alta frecuencia de papiloma virus humano tipo 18 en los carcinomas neuroendocrinos cervicales. La asociación de la carcinogénesis inducida por el papiloma virus humano junto con las alteraciones de p53 puede ser requerida para la evolución de esta neoplasia, así como con la agresividad de la enfermedad y su edad más temprana del diagnóstico.⁹

Algunos autores han buscado dicha asociación, dentro de los estudios más conocidos es uno realizado en Tailandia donde se reportó una prevalencia de infección por VPH16 y VPH18 en carcinomas neuroendocrinos de cérvix significativamente mayor que en los carcinomas de células escamosas en un 64.6%. A su vez mencionan que de estos dos la prevalencia del VPH18 reportado en el carcinomas de células escamosas de cérvix en un 6.3-19.2% y en adenocarcinoma cervical en un 36% es significativamente más alto en los carcinomas neuroendocrinos, al igual que la coinfección de VPH16 y 18 fue significativamente más alta en los carcinomas neuroendocrinos que el carcinoma de células escamosas y adenocarcinoma cervical en un 11 y 7% respectivamente. Concluyendo sobre la utilidad en la aplicación de la vacuna de VPH16 y 18, dando una protección del 90% para el desarrollo de carcinomas neuroendocrinos de cérvix en el norte de Tailandia.¹³

Otra dificultad importante a la que se enfrenta el patólogo es la poca representatividad de la muestra en biopsias incisionales, donde la cantidad del tejido obtenido es limitado y puede conducir a diagnósticos como carcinomas pobremente diferenciado y es a veces hasta el producto de histerectomía donde el componente neuroendocrino es reconocible.¹¹

Los diagnósticos diferenciales a tomar en cuenta son los carcinomas escamosos de células pequeñas, con fenotipo basaloide y linfomas sobre todo con los carcinomas neuroendocrinos subtipo células pequeñas, y los adenocarcinomas de cérvix pobremente diferenciados, carcinomas de células escamosas y melanoma maligno con los carcinomas neuroendocrinos subtipo células grandes.

Se debe asegurar el diagnóstico de un tumor neuroendocrino basado en características morfológicas e inmunohistoquímica tanto para confirmar la estirpe neuroendocrina y las no neuroendocrinas, esto último es necesario para diferenciar las neoplasias que expresan marcadores neuroendocrinos como los adenocarcinomas cervicales con diferenciación neuroendocrina focal y los carcinomas escamosos no queratinizantes con células pequeñas cuya expresión se da en el 40% de los casos y es aquí donde p63 es de utilidad para confirmar la estirpe escamosa de los mismos y la negatividad en los tumores neuroendocrinos.⁷

Asegurar el diagnóstico preciso en estos casos es de vital importancia ya que es la base para tomar futuras decisiones de manejo clínico, así como pronosticar la mala supervivencia a largo plazo. De hecho y a pesar de todos los estudios realizados, los datos exactos para la supervivencia y el tratamiento de los pacientes con carcinoma neuroendocrino del cuello uterino son difíciles de obtener debido a la variación en la terminología que se ha utilizado a lo largo del tiempo, y hasta la fecha las publicaciones de los carcinomas neuroendocrinos rara vez han incluido revisiones de patología para corroborar el diagnóstico.⁸

Debido a lo anterior, el presente estudio tiene como objetivo investigar sobre los carcinomas neuroendocrinos de cérvix diagnosticados como carcinomas poco diferenciados, carcinomas epidermoides poco diferenciados y reclasificarlos mediante morfología e inmunohistoquímica, en el Hospital Juárez de México, en un periodo de tiempo que comprende los años 2010 a 2015.

1.2 JUSTIFICACIÓN

En México el cáncer de cérvix ocupa el segundo lugar como causa de muerte en mujeres en un rango de edad entre 50 a 59 años. Anualmente se estima una prevalencia de 13,960 casos en mujeres, con una incidencia de 23.3 casos por 100,000 mujeres.

El cáncer cervicouterino ha sido reconocido a nivel mundial como un problema de salud pública debido a su alta tasa de morbi-mortalidad, razón por la cual el sistema de salud realiza programas de detección oportuna, con resultados bastante favorables en la sobrevida.

A pesar de esto, en cuanto a la clasificación por etapas clínicas de detección, un 30.8% son diagnosticadas en etapas tardías y el 3.79% de los casos de cáncer cervico-uterino son tumores no clasificables.

Aunado a ello, éstos mismos programas han abierto el horizonte al conocimiento de tipos histológicos poco comunes como los carcinomas neuroendocrinos, subtipo de mayor agresividad, cuyo avance actual en la inmunohistoquímica es posible su confirmación, sin embargo por su baja incidencia (0.5 al 1%), se presenta una carencia en información, confusa y diversidad en el cambio de su terminología, tratamientos multisistémicos a falta de una terapéutica establecida, su estadificación igual al carcinoma de células escamosas a pesar de ser más agresivo y por tanto de peor pronóstico, y su frecuencia de ser diagnosticados como carcinomas poco diferenciados, esto último manteniendo el ciclo del desconocimiento de dichos carcinomas.

La elevada frecuencia de patología ginecológica en el Hospital Juárez de México en especial de cuello uterino demanda un incremento de la eficiencia en el diagnóstico histopatológico de las neoplasias cervico-uterinos, en particular de la más agresiva como los carcinomas neuroendocrinos. El aumento progresivo en la incidencia de "Neoplasias malignas poco diferenciadas" en nuestro medio, justifica la necesidad de profundizar en el conocimiento de sus características morfológicas esenciales y la aplicación de inmunohistoquímica para confirmar su estirpe histológica y su relación con el virus del papiloma humano, dado el impacto que éstas tienen en el tratamiento y pronóstico del paciente. La frecuencia de carcinomas neuroendocrinos en México es desconocida.

1.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son las características morfológicas e inmunohistoquímicas de los carcinomas neuroendocrinos de cérvix en el Hospital Juárez de México?

1.3 HIPÓTESIS

Existen carcinomas neuroendocrinos de cérvix diagnosticados como carcinomas epidermoides poco diferenciados o Carcinomas poco diferenciados en el Hospital Juárez de México, 2010-2015, conocer sus características morfológicas e inmunohistoquímicas.

1.4 OBJETIVOS

Objetivo general

Identificar los carcinomas neuroendocrinos de cérvix diagnosticados como carcinomas epidermoides poco diferenciados y carcinomas poco diferenciados en el departamento de Anatomía Patológica del Hospital Juárez de México, 2010-2015.

Objetivos específicos

- Determinar la prevalencia de los carcinomas neuroendocrinos de cérvix en el Hospital Juárez de México, 2010-2015.
- Evaluar las características morfológicas prevalentes en los carcinomas neuroendocrinos de cérvix mediante la tinción de histoquímica hematoxilina y eosina.
- Demostrar la utilidad de la inmunohistoquímica para la clasificación histopatológica de los carcinomas neuroendocrinos de cérvix en el Hospital Juárez de México.
- Probar la asociación de los carcinomas neuroendocrinos de cérvix con el virus de papiloma humano mediante la expresión inmunohistoquímica con p16.

CAPITULO 2. METODOLOGÍA

2.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal.

2.2 MATERIAL Y MÉTODOS

Los datos se recabaron de los libros de biopsias de la biblioteca del departamento de Anatomía Patología del Hospital Juárez de México durante el periodo de Enero de 2010 a Diciembre de 2015, donde se obtuvieron los siguientes criterios: número de biopsia y año, edad, tipo de tejido (biopsia, cono cervical, laminillas y bloques de revisión) y diagnóstico. En esta fase del estudio se documentaron todas las neoplasias malignas primarias de cérvix incluyendo los casos que contengan inmunohistoquímica y omitiendo las neoplasias metastásicas a cérvix.

Se analizó la base de datos seleccionando los casos en los que el diagnóstico incluyan: carcinoma epidermoide poco diferenciado, adenocarcinoma poco diferenciados y carcinoma poco diferenciado, excluyendo el resto de los tumores primarios de cérvix y aquellos que cuenten con reporte de inmunohistoquímica.

Se recolectaron laminillas y bloques de parafina del archivo de laminillas del departamento de patología y se desecharon aquellos que no cuenten con bloque de parafina, tejido dañado o aquellos casos donde se haya devuelto el material al paciente.

Se procedió a realizar diagnóstico mediante microscopia óptica basado en la morfología y características citoarquitecturales de cada caso, en primer instancia por el investigador principal el cual emitió un diagnóstico, seguido del director de tesis el cual a su vez emitió su diagnóstico, se realizaron tablas comparativas entre los diagnósticos emitidos por ambos patólogos y reportado en los archivos. Aquellos casos en los que el diagnóstico fuera discordante dentro de las tres variables o que cumplieran los criterios morfológicos previamente descritos se procedió a realizar marcadores de inmunohistoquímica y posteriormente se realizó un análisis en cuanto a los resultados de la inmunomarcación emitiendo el diagnóstico en conjunto de cada caso.

Finalmente se recabaron todos los resultados y se integrarán en conjunto de los investigadores para exponer sus resultados y conclusiones.

Debido a que el Hospital Juárez de México cuenta con una gran carga de trabajo dentro del departamento de Anatomía Patología y que no se cuentan con suficientes recursos económicos para realizar una amplia gama de inmunomarcadores, se determinó elegir la inmunohistoquímica dirigida a los carcinomas neuroendocrinos de cérvix para su reclasificación y la asociación al virus del papiloma humano. Los anticuerpos utilizados serán:

Tabla 1. Anticuerpos seleccionados	
Anticuerpo	Interpretación
Sinaptofisina	Diferenciación neuroendocrina
Cromogranina A	Diferenciación neuroendocrina
CD56	Diferenciación neuroendocrina
P63	Diferenciación escamosa
P16	Asociación con VPH

El estudio de inmunohistoquímica comprende realizar nuevos cortes del tejido incluido en bloque de parafina, se colocaran en nuevos portaobjetos y se procederá a realizar distintas reacciones antígeno anticuerpo por medio de los kits que se utilizan en el departamento de Anatomía Patológica, dichas reacciones se hacen presentes en el tejido, particularmente en las células, teniendo expresión nuclear, citoplasmática o membrana celular dependiendo del anticuerpo utilizado, a su vez dicha laminilla contara con un control para validar la adecuada realización del procedimiento, esto es, dependiendo del anticuerpo se colocara un tejido diferente el cual es sugerido por el fabricante para provocar la reacción antígeno-anticuerpo y en caso de que el control resulta negativo, la muestra problema se considerara no valorable.

Se seguirán los criterios establecidos por la clasificación de Neoplasias de Órgano Genital Femenino en el capítulo de Neoplasias de Cérvix en la OMS, 2014.

2.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de inclusión:

- Neoplasias malignas primarias de cérvix.
- Carcinomas epidermoides poco diferenciados y carcinomas poco diferenciados de cérvix diagnosticados en el servicio de Anatomía Patológica del Hospital Juárez de México en el periodo comprendido entre enero 2010 a diciembre de 2015.
- Carcinomas neuroendocrinos de cérvix que cuenten con inmunohistoquímica.
- Tipo de tejido: biopsias de cérvix, conos cervicales, laminillas y bloques de revisión.

Criterios de exclusión:

- Todas las neoplasias no primarias de cérvix.
- Bloques y laminillas ausentes en el archivo del servicio de Anatomía Patológica
- Material insuficiente o dañado para el diagnóstico histopatológico e inmunomarcación.

Criterios de eliminación:

- Carcinomas poco diferenciados de cérvix reclasificados como neoplasias de cérvix diferente a carcinomas neuroendocrinos.

2.4 DEFINICIÓN DE VARIABLES

Variables independientes:

1. Subtipo histológico (variable cualitativa, nominal), siguiendo la clasificación histológica de los tumores del cérvico-uterino (OMS 2014).
2. Edad (variable cuantitativa, intervalos en décadas).

Variables dependientes:

- Parámetros histológicos (variable cualitativa, nominal, evaluado como presente o ausente): Características morfológicas neuroendocrinas: arquitectura organoide, pseudorosetas perivasculares, cordones, trabéculas, necrosis geográfica, moldeamiento nuclear, cromatina dispersa en sal y pimienta, mitosis atípicas.
- Estado de inmunomarcación (variable cualitativa, nominal): Considerada positivo a la marcación café homogénea en células neoplásicas distintas del fondo y negativo como ausencia de marcación en las células neoplásicas.
 - a. Sinaptofisina: Definida como marcación citoplasmática en células neoplásicas.
 - b. Cromogranina A: Definida como marcación citoplasmática en células neoplásicas.
 - c. CD56: Definida como marcación de membrana en células neoplásicas.
 - d. p63: Definida como marcación nuclear en células neoplásicas
 - e. p16: Definida como marcación nuclear y citoplasmática en células neoplásicas.

2.5 TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Las muestras de tejido se fijaron en formol neutro al 10% para procesamiento histológico automático (deshidratación, aclaración, inclusión en parafina) y cortes de espesor entre 2-3 micras.

Se realizó tinción con hematoxilina y eosina para observación al microscopio de luz convencional por dos patólogos al mismo tiempo quienes emitieron su diagnóstico y aquellos casos discordantes fueron sometidos a inmunomarcación automatizada con sistema AVIDINA-BIOTINA-ESTREPTAVIDINA con los siguientes anticuerpos:

Tabla 2. Dilución del trabajo, procedencia y anticuerpos empleados

Anticuerpo	Dilución de trabajo	Fabricante
Sinaptofisina	1:50	Diagnostic Biosystem
Cromogranina A	1:50	Diagnostic Biosystem
CD56	1:50	Diagnostic Biosystem
P63	1:50	Diagnostic Biosystem
p16	1:25	Medaysis

Se revisaron las laminillas en campos de bajo poder (10x) y alto poder (40x) para identificar las características morfológicas observadas que definen a los tumores neuroendocrinos. Para las inmunoreacciones se revisará en campos de bajo poder (10x) y así valorar la positividad o negatividad de las marcaciones, teniendo controles positivos y negativos para cada marcador.

2.6 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Se utilizó un formato para la recolección de datos los cuales incluyen: número de biopsia, año, edad, tipo de tejido, diagnóstico, frecuencias, porcentajes y medidas de tendencia central, que serán almacenados en el programa Microsoft Office Excel 2007 y por consiguiente se llevó a cabo la redacción final del informe.

2.7 RECURSOS PARA EL ESTUDIO

Recursos humanos.

Investigador: Mariel Verónica Schettino Peredo. Director de tesis: Dr. Alejandro Rodríguez Sánchez. Y técnico de inmunohistoquímica e histotecnólogo en turno. Personal de archivo del servicio de Anatomía Patológica.

Recursos materiales.

Libreta de reportes quirúrgicos del servicio de Anatomía Patológica, laminillas tipo convencional, laminillas con poli-L-lisina, cubreobjetos, etiquetas para rotulación de laminillas, microscopio óptico, reactivo de sinaptofisina, cromogranina, CD56, p63 y p16.

Recursos financieros.

Computadora, Impresiones, lápices, copias, etc., que fue financiado por el investigador.

2.8 ASPECTOS ÉTICOS

No existirá riesgo para el paciente por tratarse de un estudio en material revisado de manera usual, sin requerimiento de consentimiento informado.

2.9 ASPECTOS DE BIOSEGURIDAD

No existirá riesgo para los investigadores, el departamento de Anatomía Patológica cuenta con las normas de bioseguridad establecidas para el funcionamiento del servicio.

CAPITULO 3. ANÁLISIS DE RESULTADOS

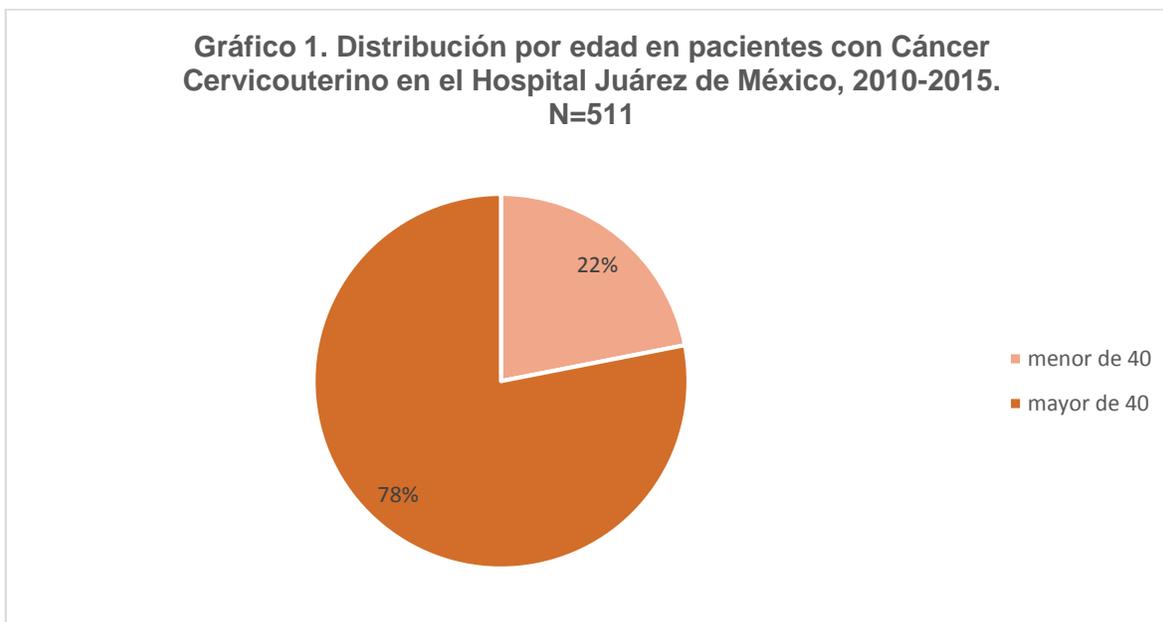
3.1 RESULTADOS

Generalidades

Fueron analizados en el presente estudio una muestra de 511 casos diagnosticados de Cáncer Cervicouterino en el Hospital Juárez de México, durante el periodo comprendido del 2010 al 2015, con una edad promedio de 51 años, teniendo una desviación estándar de ± 14 , una mediana de 50 años y moda de 49 años (Tabla 3).

Tabla 3. Variable edad en pacientes con Cáncer Cervicouterino en el Hospital Juárez de México, 2010-2015.	
N=511	
Media	51
Mediana	50
Moda	49
Desviación estándar	14
Mínimo	22
Máximo	96

En cuanto a la edad de presentación se encontró que un 22% (n=112) fueron mujeres menores de 40 años y un 78% (n=399) fueron mayores de 40 años (Gráfica 1).



Tipos de biopsias

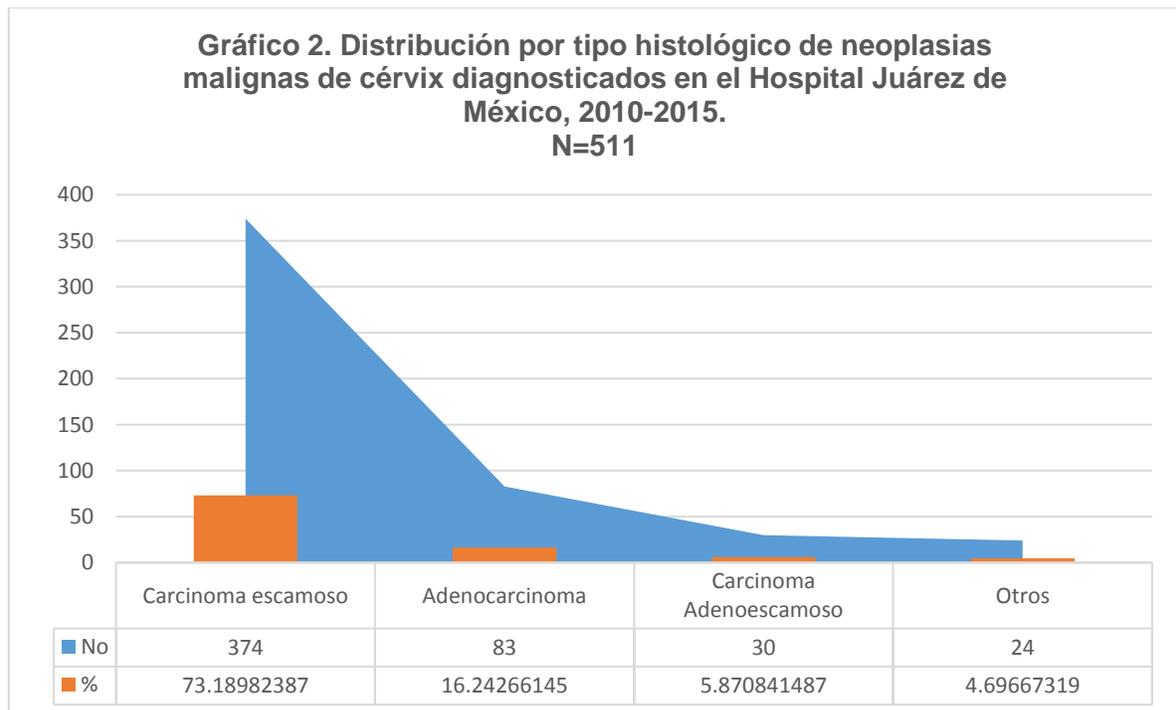
El cuanto al tipo de muestra donde se llevó acabo el diagnostico de Cáncer Cervicouterino, el 71% de los casos fue por biopsia, el 3.13% por cono, el 22.30% mediante material de revisión y el 3.32% por material de revisión y toma de nueva biopsia (Tabla 4).

Tabla 4. Número de casos por tipo de muestra diagnosticado como Cáncer Cervicouterino, en el Hospital Juárez de México, 2010-2015.
N=511

Muestra	No	%
Biopsia	364	71.23
Cono	16	3.13
Material de revisión	114	22.30
Biopsia y material de revisión	17	3.32
Total	511	100

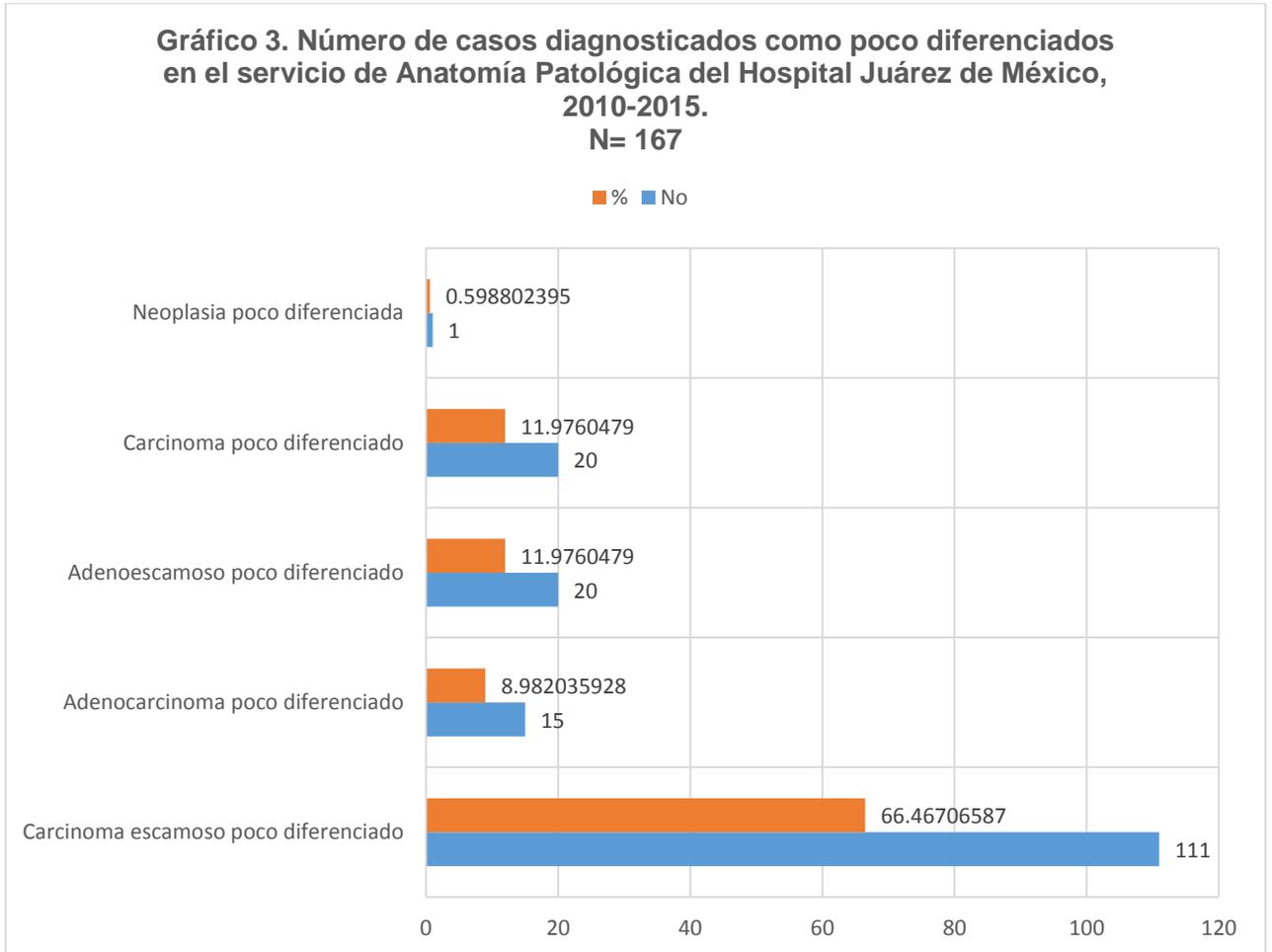
Tipos histológicos

De acuerdo a la distribución de tipo histológico de neoplasias malignas de cérvix que fueron diagnosticados en el Hospital Juárez de México durante el periodo 2010 a 2015, el más frecuente fue el carcinoma escamoso en un 73% (n=374), seguido del adenocarcinoma en un 16% (n=80). (Gráfico 2)



Casos de estudio

De los 511 casos diagnosticados como Cáncer Cervicouterino, 180 (35.2%) fueron diagnosticados como carcinoma escamoso poco diferenciado, adenocarcinoma poco diferenciado, adenoescamoso poco diferenciado, carcinoma poco diferenciado y neoplasia poco diferenciada de los cuales 13 casos se excluyeron por ausencia de material, siendo analizados un total de 167 casos (Gráfico 3).



Casos seleccionados

De los cuales 11 casos cumplieron con los criterios para la realización de inmunomarcación, es decir fueron discordantes dentro de las tres variables o cumplieron criterios morfológicos de diferenciación neuroendocrina (Tabla 5).

Tabla 5. Correlación de casos diagnosticados en el Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Juárez de México
N=11

Caso	BJ	HJM	Patólogo 1	Patólogo 2
1	6895-10	Neoplasia maligna poco diferenciada	Carcinoma neuroendocrino	Carcinoma neuroendocrino
2	5991-11	Carcinoma escamoso poco diferenciado	Carcinoma poco diferenciado	Carcinoma escamoso poco diferenciado
3	1375-11	Carcinoma escamoso poco diferenciado	Carcinoma poco diferenciado	Neoplasia poco diferenciada
4	4402-11	Carcinoma escamoso poco diferenciado	Carcinoma escamoso poco diferenciado	Neoplasia poco diferenciada
5	4223-10	Carcinoma escamoso poco diferenciado	Carcinoma poco diferenciado	Carcinoma escamoso poco diferenciado
6	4314-10	Carcinoma escamoso poco diferenciado	Carcinoma poco diferenciado	Carcinoma escamoso poco diferenciado
7	3968-12	Carcinoma escamoso poco diferenciado	Carcinoma escamoso poco diferenciado	Neoplasia poco diferenciada
8	5381-12	Carcinoma escamoso poco diferenciado	Carcinoma poco diferenciado	Neoplasia poco diferenciada
9	597-13	Carcinoma escamoso poco diferenciado	Carcinoma poco diferenciado	Neoplasia poco diferenciada
10	1576-13	Carcinoma escamoso poco diferenciado	Carcinoma poco diferenciado	Neoplasia poco diferenciada
11	2682-14	Carcinoma poco diferenciado	Carcinoma poco diferenciado	Carcinoma poco diferenciado

Resultados por inmunohistoquímica de los casos antes mencionados, con reclasificación de dos casos a carcinoma neuroendocrino y dos casos de tumor mixto, presentando tanto componente escamoso y neuroendocrino en cuanto a su morfología e inmunomarcación. (Tabla 6).

Tabla 6. Resultados de inmunohistoquímica de los casos diagnosticados en el servicio de Anatomía Patológica en el Hospital Juárez de México
N=11

	Carcinoma escamoso	Carcinoma neuroendocrino	Tumor mixto (escamoso y neuroendocrino)	Total
Sinaptofisina	0	2	0	2
Cromogranina	0	1	2	3
CD56	3	2	2	7
p63	7	0	2	9
p16	7	2	2	11

Fotomicrografías de cortes histológicos e inmunohistoquímica

Características histológicas observadas en las biopsias de cérvix que fueron reclasificados como carcinomas neuroendocrinos poco diferenciados (Caso 1 y 2).

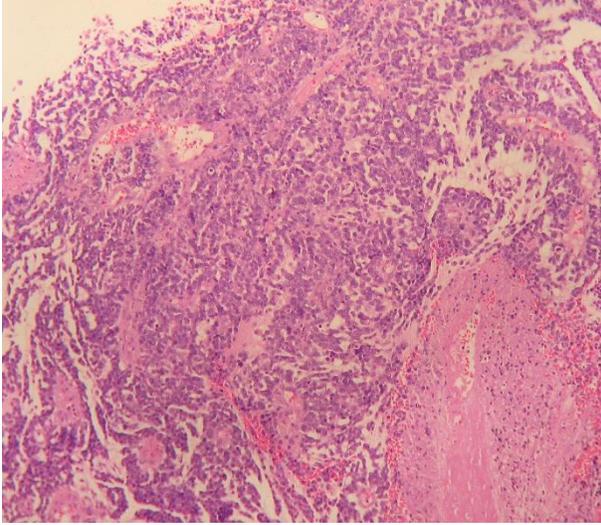


Figura 1. Carcinoma neuroendocrino con formación de pseudorosetas perivasculares. (Caso 1)

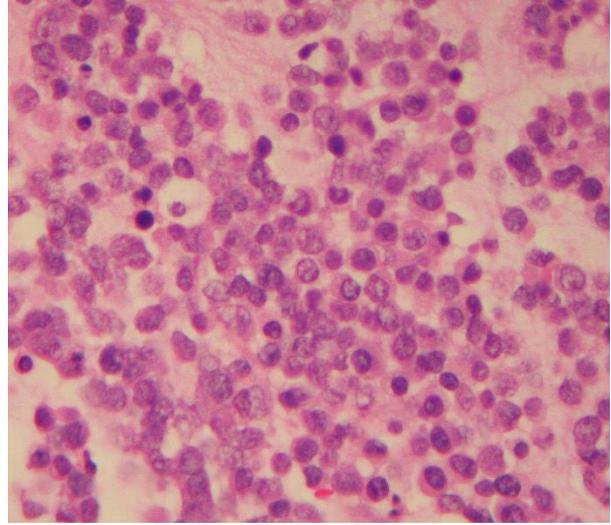


Figura 2. Vista a mayor aumento, las células son pequeñas con escaso citoplasma granular y núcleos en "sal y pimienta". (Caso 1)

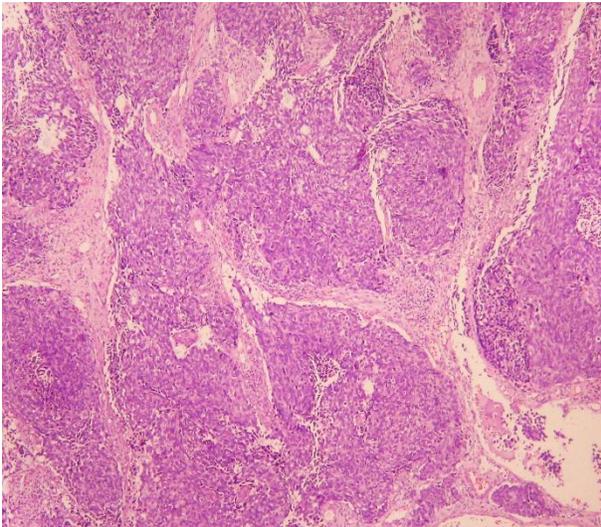


Figura 3. Carcinoma neuroendocrino con patrón en nidos y presencia de vasos. (Caso 2)

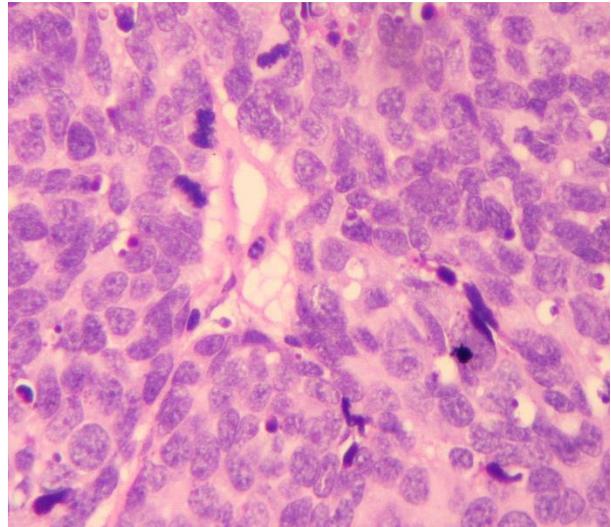


Figura 4. Vista a mayor aumento, células en disposición perivascular con cuerpos apoptóticos múltiples figuras de mitosis y núcleos en "sal y pimienta". (Caso 2)

Características inmunohistoquímica observadas en las biopsias de cérvix que fueron reclasificados como carcinomas neuroendocrinos poco diferenciados (Caso 1 y 2).

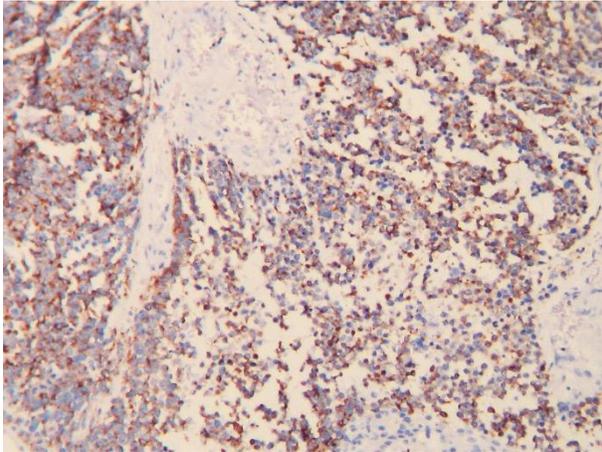


Figura 5. Inmunohistoquímica para sinaptofisina, expresión positiva difusa citoplasmática. (Caso 1)

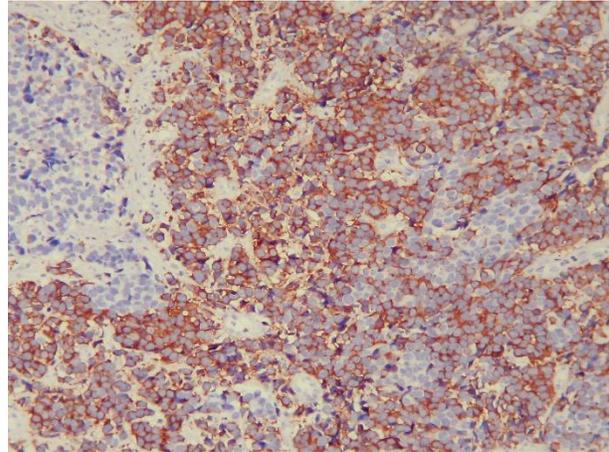


Figura 6. Inmunohistoquímica para sinaptofisina, expresión positiva difusa citoplasmática. (Caso 2)

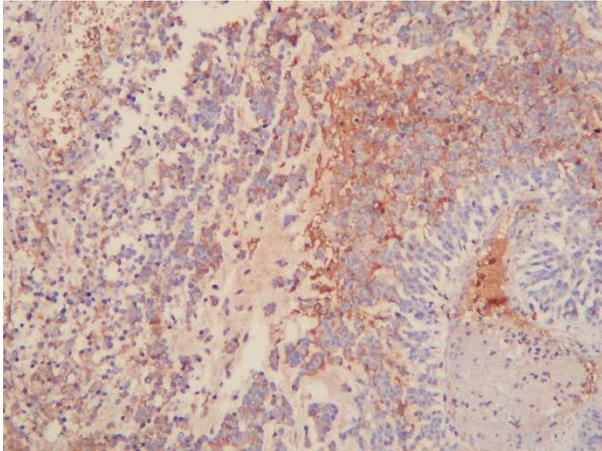


Figura 7. Inmunohistoquímica para CD56, expresión membranosa positiva focal. (Caso 1)

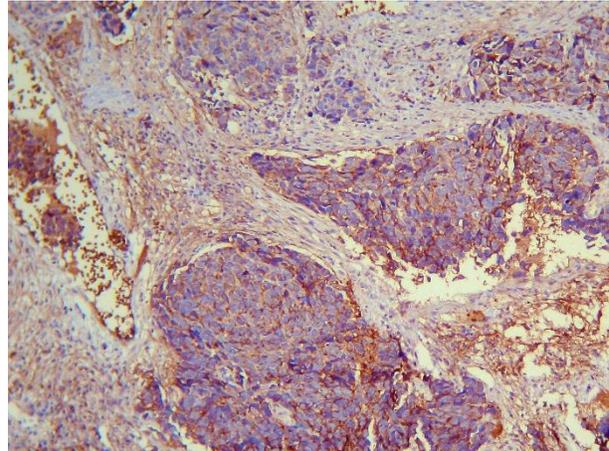


Figura 8. Inmunohistoquímica para CD56, expresión membranosa positiva difusa. (Caso 2)

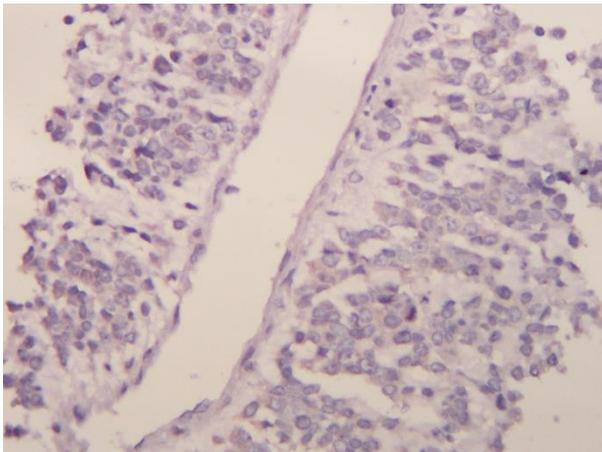


Figura 9. Inmunohistoquímica para p63, expresión nuclear negativa. (Caso 1)

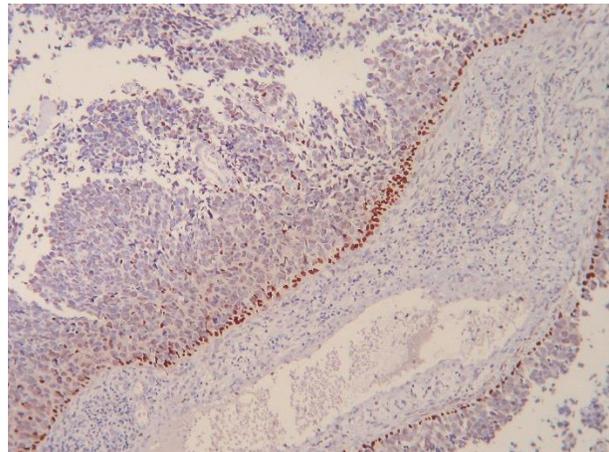


Figura 10. Inmunohistoquímica para p63, expresión nuclear negativa en células neoplásicas. (Caso 2)

Características histológicas observadas en las biopsias de cérvix que fueron reclasificados como tumores mixtos de diferenciación escamosa y neuroendocrina (Caso 3 y 4).

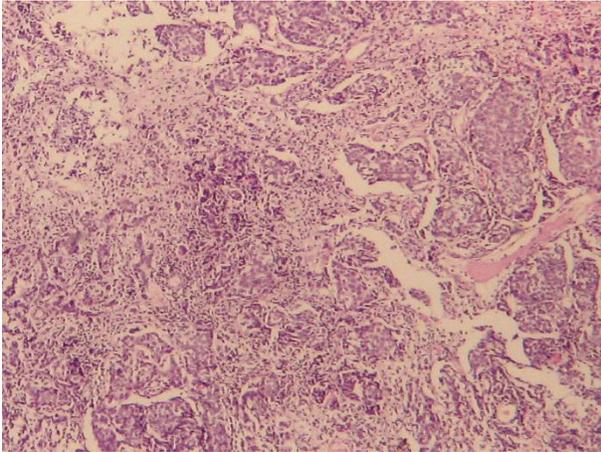


Figura 11. Tumor mixto, se aprecia una neoplasia poco diferenciada con un patrón en nidos y reticular. (Caso 3)

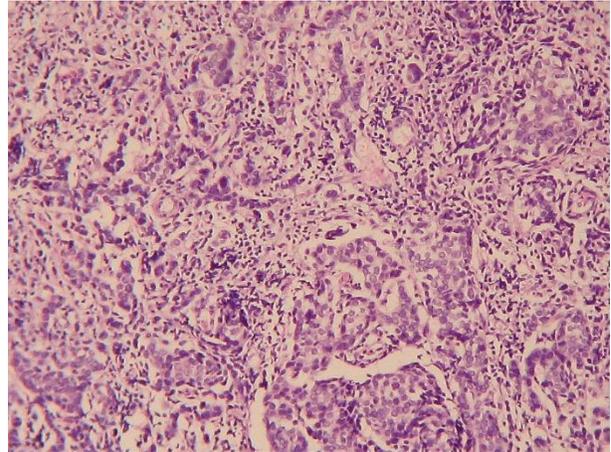


Figura 12. Vista a 60x, Se aprecia dos componentes celulares, células en nidos de mediano tamaño y células en patrón reticular, pequeñas de escaso citoplasma.

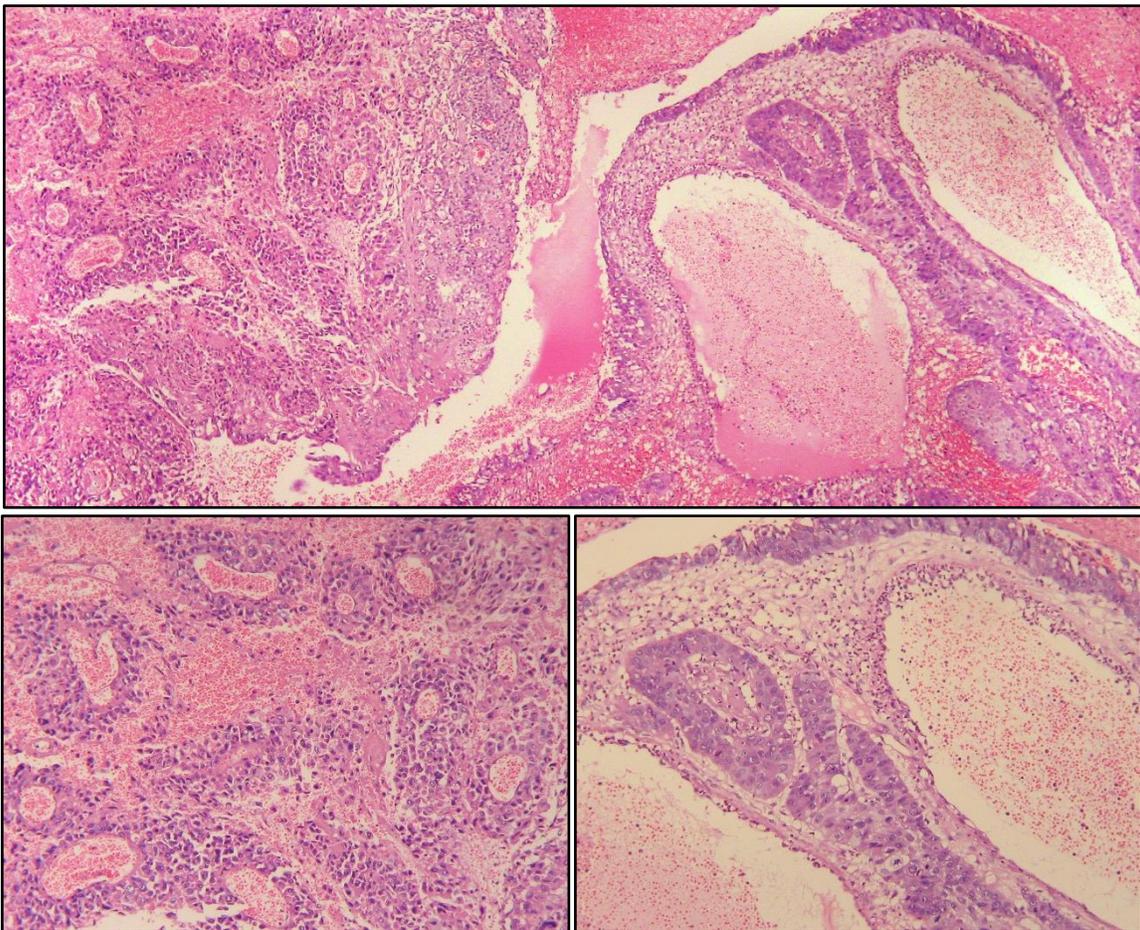


Figura 13. A) Tumor mixto, se aprecia tanto el componente neuroendocrino de células pequeñas basófilas de escaso citoplasma con disposición perivascular, en comparación con el área epidermoide que infiltra en nidos y lengüetas de células grandes con mayor cantidad de citoplasma eosinófilo. **B)** Vista a 60x de las pseudorosetas perivasculares. **C)** Vista a 60x del área epidermoide, células grandes pleomórficas con presencia de mitosis. (Caso 4)

Características inmunohistoquímicas observadas en las biopsias de cérvix que fueron reclasificados como tumores mixtos de diferenciación escamosa y neuroendocrina. (Caso 3 y 4).

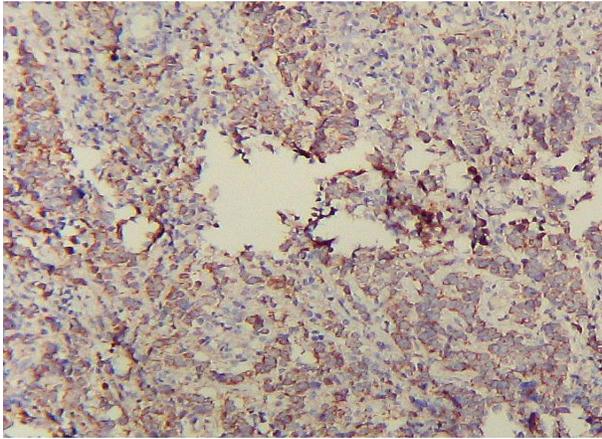


Figura 14. Inmunohistoquímica para cromogranina, positivo citoplasmático en el componente neuroendocrino (Caso 3).

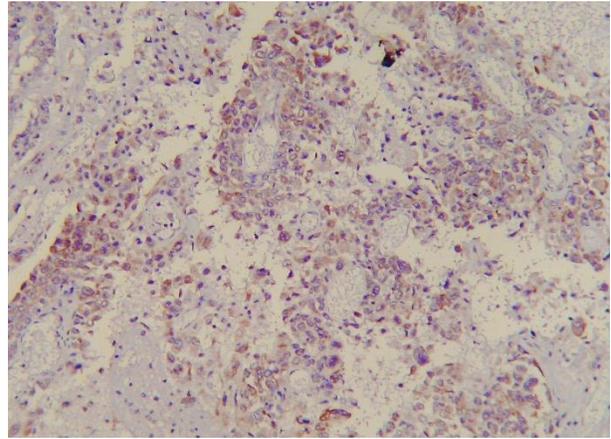


Figura 15. Inmunohistoquímica para cromogranina, positivo citoplasmático en el componente neuroendocrino (Caso 4).

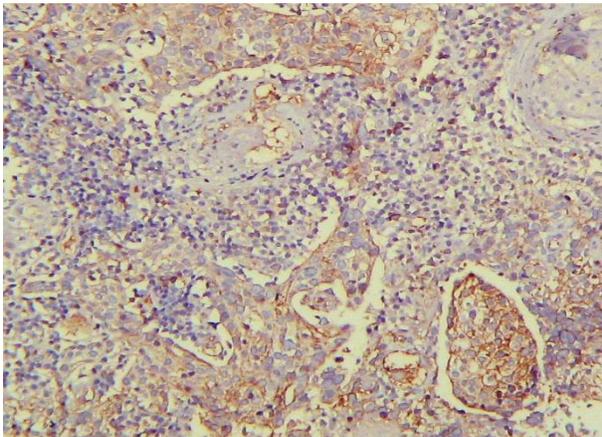


Figura 16. Inmunohistoquímica para CD56, positivo membranoso en el componente neuroendocrino. (Caso 3)

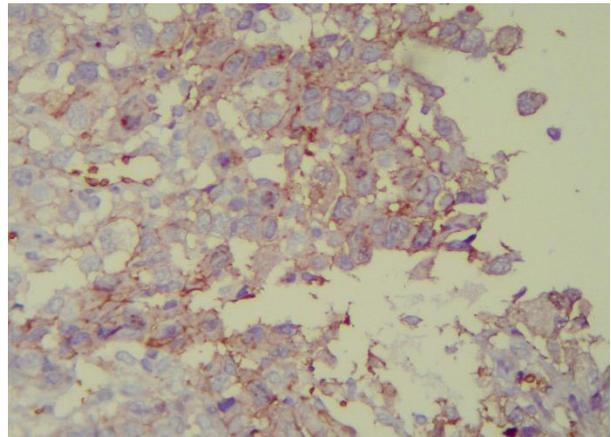


Figura 17. Inmunohistoquímica para CD56, positivo membranoso focal en el componente neuroendocrino. (Caso 4)

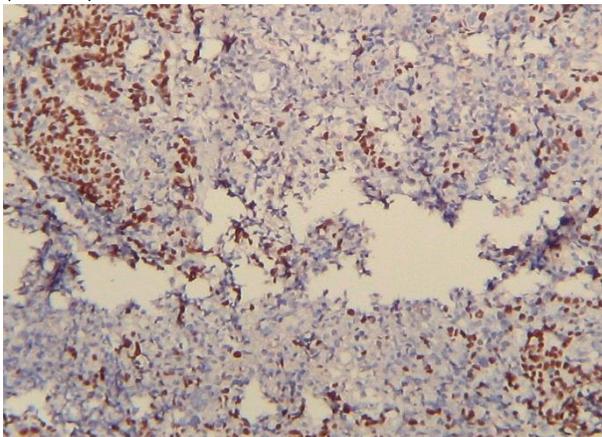


Figura 18. Inmunohistoquímica para p63, positivo nuclear en el componente escamoso. (Caso 3)

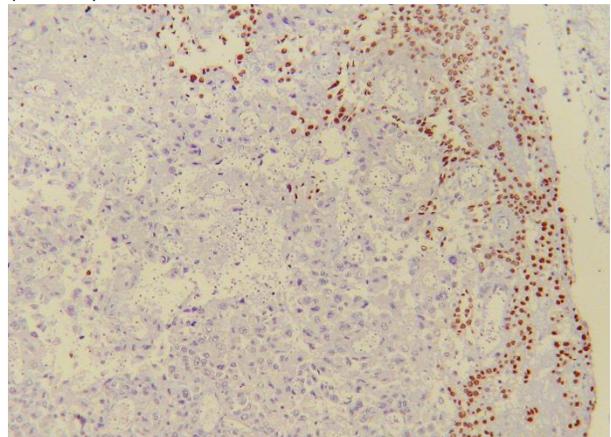


Figura 19. Inmunohistoquímica para p63, positivo nuclear en el componente escamoso. (Caso 4)

Características histológicas observadas en las biopsias de cérvix con diagnóstico de carcinoma escamoso poco diferenciado y confirmación con inmunomarcación, casos representativos.

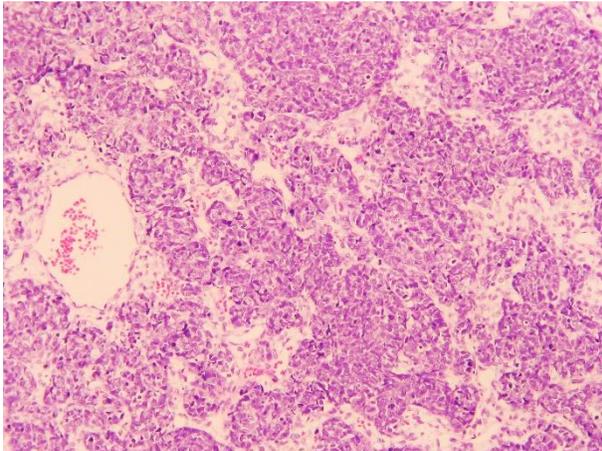


Figura 20. Carcinoma escamoso poco diferenciado infiltrante, patrón en nidos.

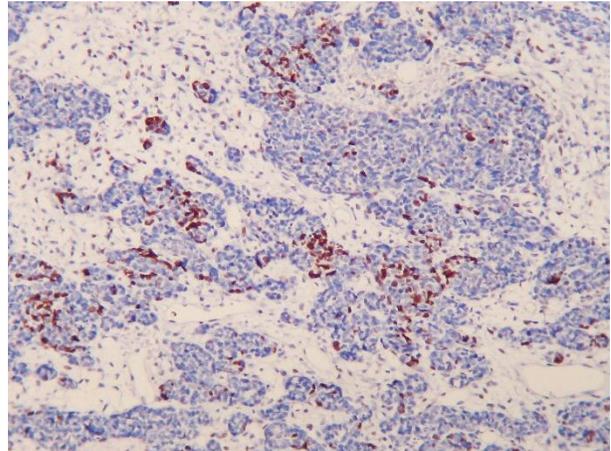


Figura 21. Inmunohistoquímica para p63, expresión nuclear positiva focalmente.

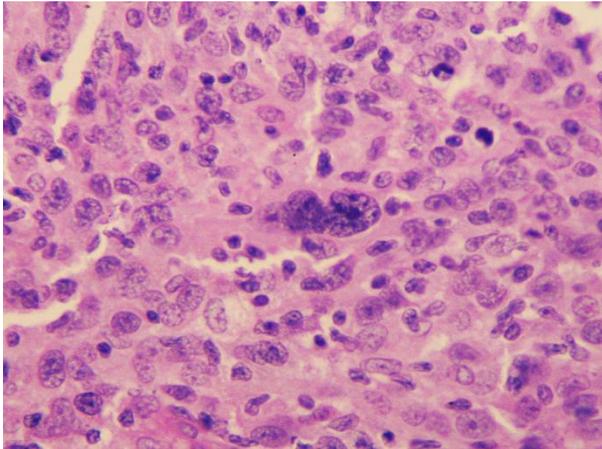


Figura 22. Carcinoma escamoso poco diferenciado infiltrante, patrón solido con atipia marca.

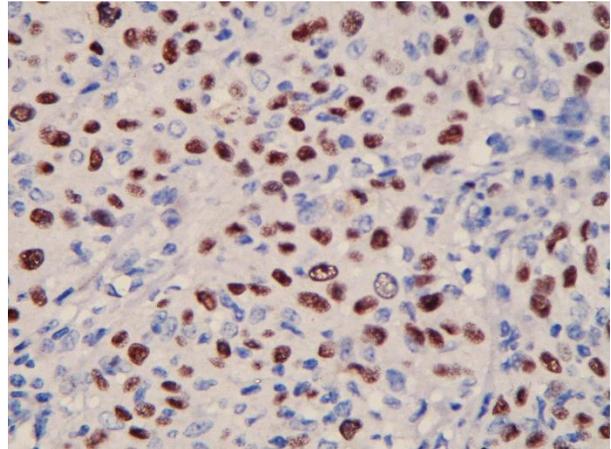


Figura 23. Inmunohistoquímica para p63, expresión nuclear positiva multifocal.

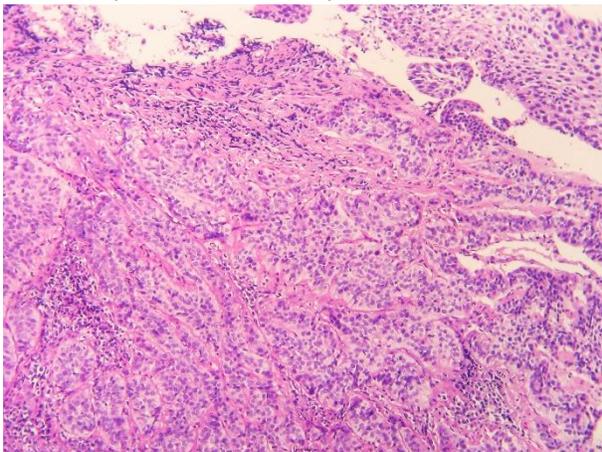


Figura 24. Carcinoma escamoso poco diferenciado infiltrante, patrón trabecular y carcinoma in situ.

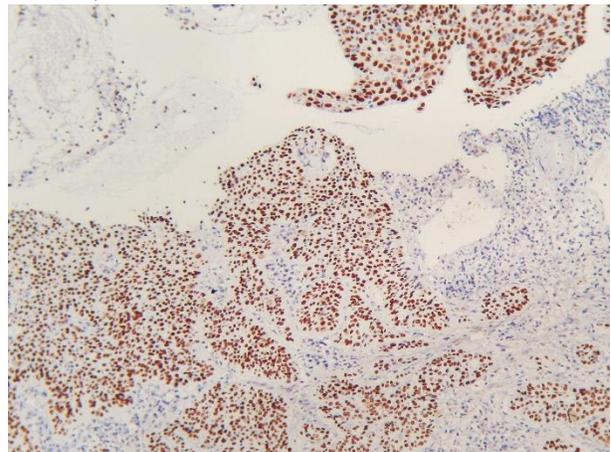


Figura 25. Inmunohistoquímica para p63, expresión nuclear positivo difuso.

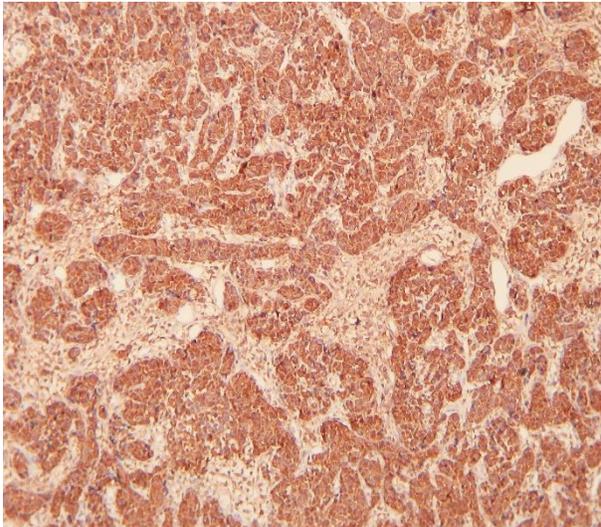


Figura 26. Inmunohistoquímica para p16, expresión positiva difusa en células neoplásicas de carcinoma escamosos.

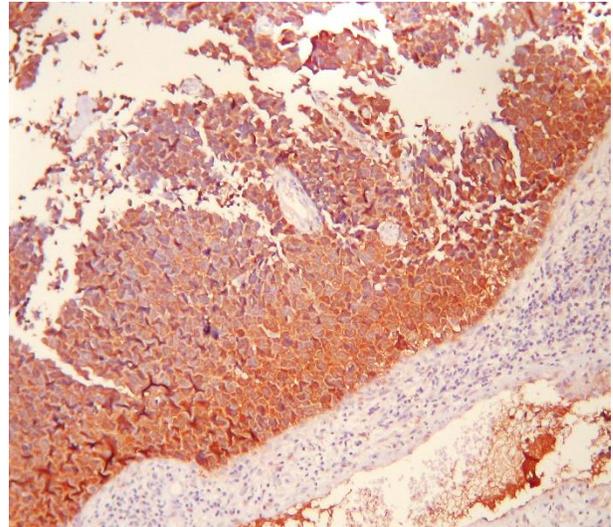


Figura 27. Inmunohistoquímica para p16, expresión positiva difusa en células neoplásicas de carcinoma neuroendocrino.

Generalidades de los casos seleccionados

Con todo lo anterior se obtuvo la variable edad de los casos reclasificados como carcinomas con diferenciación neuroendocrina durante el periodo comprendido del 2010 al 2015, con una edad promedio de 67.7 años, teniendo una desviación estándar de ± 15.2 y una mediana de 63.5 años (Tabla 7).

Tabla 7. Variable edad de pacientes reclasificados como carcinoma con diferenciación neuroendocrina en el Hospital Juárez de México, 2010-2015.

N=4

Media	67.7
Mediana	63.5
Desviación estándar	15.2
Mínimo	52
Máximo	92

3.2 DISCUSIÓN

En nuestra investigación se encontraron cuatro casos de carcinomas con diferenciación neuroendocrina de cérvix en el Hospital Juárez de México durante el año que abarco enero 2010 a diciembre 2015, obteniendo una prevalencia del 0.78% (n=4) en contraste con el carcinoma epidermoide de cérvix del 72% (n=370), valor corregido de acuerdo a reclasificación. Estos datos son concordantes con la literatura, reconociendo que las neoplasias neuroendocrinas en cérvix son raras y pueden ser subdiagnósticadas en el contexto de otras neoplasias más comunes con poca diferenciación, a su vez la mayor frecuencia de presentación de un tumor neuroendocrino es en su forma poco diferenciada debido a que no se encontró durante el periodo del estudio tumores neuroendocrinos bien diferenciados o moderadamente diferenciados, teniendo relación con la literatura con el comportamiento más agresivo de la entidad, incluso un caso se evidencio la invasión linfovascular.

La edad de presentación de los carcinomas neuroendocrinos en el presente trabajo fueron 16 años mayores en contraste con los carcinomas escamosos, con un promedio de edad de 67 años en comparación con 51 años de los carcinomas escamosos y una media de 63 con desviación estándar de 15 años.

De estos cuatro casos, dos resultaron tumores mixtos, es decir presentaban tanto diferenciación escamosa como neuroendocrina, entidad no documentada en la clasificación actual de la OMS pero si reportada en la literatura, siendo de importancia su reconocimiento y reporte debido a que el comportamiento de la neoplasia es determinado por el tipo histológico más agresivo.

Las características morfológicas más frecuentemente presentadas en las biopsias de cérvix con el diagnostico confirmado por inmunohistoquímica de los carcinomas neuroendocrinos y los componentes neuroendocrinos de los tumores mixtos fueron: las pseudorosetas perivasculares, la monotonía celular, tamaño pequeño de las células neuroendocrinas así como la cromatina en "sal y pimienta", a diferencia de los carcinomas escamosos donde ningún caso presento pseudorosetas perivasculares, la atipia nuclear marcada fue característico en los carcinomas escamosos, con un tamaño celular de mediano a grande y de cromatina vesicular evidenciando nucléolos.

En cuanto al patrón, este no fue una variable de utilidad para favorecer un tipo histológico en particular, ni la presencia de características escamosas, debido a que los carcinomas escamosos que se realizó la inmunomarcación no presentaban perlas de queratina ni se visualizaron puentes intercelulares. Con respecto a la necrosis geográfica, no fue valorable debido a que ningún caso presento tal característica, en ambos tipos histológicos solo se observó necrosis tumoral sin un patrón definido, lo mismo ocurrió con el moldeamiento nuclear que no fue evidente; una explicación a estas últimas características a tomar en cuenta son las limitantes propias de la muestra, como la cantidad, representatividad del tumor y los artificios ya sea de fijación, procesamiento y corte histológico.

Por lo tanto las características de mayor peso que ayudan a sospechar en una neoplasia neuroendocrina son las pseudorosetas perivasculares, monotonía celular, tamaño pequeño y cromatina en “sal y pimienta”.

En cuanto al perfil de inmunomarcación, se evidencio que sinaptofisina es más específico para diferenciación neuroendocrina, observando la positividad en los dos casos de carcinomas neuroendocrinos a diferencia de cromogranina, teniendo concordancia con la literatura, de igual forma ambos marcadores son completamente negativos para los carcinomas escamosos a diferencia del CD56 donde se confirmó su poca especificidad debido a su marcación focal también presente en los carcinomas escamosos, por tal motivo la marcación única de CD56 no es de utilidad al menos que se acompañe de una marcación neuroendocrina de mayor especificidad como cromogranina y/o sinaptofisina aunado a la negatividad de marcación epidermoide, en este caso de p63. Y que a su vez esto ayuda a determinar, junto con la morfología, el diagnóstico tanto de carcinomas neuroendocrinos y de tumores mixtos de diferenciación tanto escamosa como neuroendocrina.

Con respecto a la inmunomarcación de p16 y el virus de papiloma humano de alto grado, se confirmó su asociación con los carcinomas neuroendocrinos y los escamosos, debido a que los 11 casos presentaron positividad difusa en las células neoplásicas.

CAPITULO 4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 CONCLUSIONES

El carcinoma cervical es la séptima neoplasia más frecuente en la población mundial y la cuarta más frecuente entre las mujeres. En México es la segunda causa de muerte por cáncer en la mujer, mostrando un incremento a partir de los 35 años, siendo el grupo de 50 a 59 años de edad quien registra el mayor porcentaje de la neoplasia.

La patogenia de la enfermedad se asocia a la infección por virus de papiloma humano de alto riesgo siendo el tipo 16 y 18 los responsables del 65% de los casos de cáncer cervical siendo, dentro de la clasificación histológica, el carcinoma escamoso la estirpe más frecuentemente presentada a diferencia de los carcinomas neuroendocrinos que representan menos de 1% de las neoplasias malignas de cérvix.

Los carcinomas neuroendocrinos son neoplasias malignas clínicamente agresivas, muy a pesar de encontrarse en etapas tempranas de la enfermedad, con una presentación en mujeres de la 6ta década de la vida, y una morfología poco diferenciada de tal manera que son subdiagnosticados en el contexto de otros carcinomas de alto grado con poca diferenciación de mayor frecuencia.

Por lo tanto se debe asegurar el diagnóstico de un tumor neuroendocrino basado en características morfológicas como son la presencia de pseudorosetas perivasculares, monotonía celular, tamaño pequeño de la célula y cromatina en “sal y pimienta” junto con un panel de inmunohistoquímica que ayude a confirmar la estirpe neuroendocrina, con la positividad de al menos dos de los mismos, ya sea sinaptofisina, cromogranina y CD56, recordando que este último es poco específico pero altamente sensible ante neoplasia neuroendocrinas que han perdido la diferenciación de los otros dos marcadores, de tal forma que la negatividad de un marcador no neuroendocrino, en este caso de diferenciación escamosa con el uso de p63 ayudara a confirmar la naturaleza de la neoplasia e incluso evidenciar la presencia de tumores mixtos de diferenciación tanto escamosa y neuroendocrina, reportados en la literatura pero no determinados en la clasificación actual de la OMS.

El diagnóstico preciso en estos casos es de vital importancia junto con un informe histopatológico claro, sin el uso de terminología ambigua y confusa, que pudiera no transmitir la connotación de la naturaleza y comportamiento distinto de la neoplasia, incluso es necesario identificar la presencia de diferenciación neuroendocrina en un carcinoma escamoso, como son los tumores mixtos, ya que es el tipo histológico de comportamiento más agresivo el que determinara el pronóstico del paciente y su supervivencia a largo plazo, así como la base para tomar futuras decisiones de manejo clínico.

4.2 RECOMENDACIONES

El Cáncer cervicouterino es una importante causa de morbi-mortalidad en la mujer, su detección precoz con las pruebas de tamizaje ha beneficiado el tratamiento oportuno y disminución de la mortalidad por dicha entidad, e incluso ha permitido identificar neoplasias malignas poco comunes diferentes al carcinoma escamoso de mayor frecuencia, como es el caso del presente trabajo, cuyo comportamiento biológico es más agresivo y de peor pronóstico, por tal motivo nos permitimos dar algunas recomendaciones a considerar llevar a práctica para esta patología:

- Es importante conocer la entidad para implementar su diagnóstico adecuado.
- Uso de criterios morfológicos de diferenciación neuroendocrina con descarte de características escamosas.
- Empleo de inmunohistoquímica para confirmación diagnóstica de diferenciación neuroendocrina en casos poco diferenciados con apoyo morfológico.
- Actualización en el informe de patología en cuanto a la terminología y gradificación de las neoplasias neuroendocrinas de cérvix según la clasificación de la OMS 2014, evitando términos ambiguos y confusos.
- Correlación con los datos clínicos e incluso imagenológicos, debido a que la muestra puede no ser representativa.
- Recolección de casos para establecer un tratamiento específico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva [Internet]. México: Secretaria de salud. Cáncer de cuello uterino; [citado 21 junio 2016]. Disponible en: http://cnegsr.salud.gob.mx/contenidos/Programas_de_Accion/CancerdelaMujer/CaCu/introduccion.html
2. Ellenson LH, Pirog EC. Aparato genital femenino. En: Kumar V, Abbas AK, Fausto N, Aster JC. Robbins y Cotran Patología estructural y funcional. 8a edición. España: Elsevier; 2010. p. 1005-1063.
3. Información estadística [Internet]. México: Secretaria de salud. Estadísticas de Cáncer de Mama y Cáncer Cérvico Uterino; [citado 21 julio 2017]. Disponible en: <http://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/informacion-estadistica>
4. J. Azúa-Romeo. El papel modulador de p16ink4a en la infección por el virus del papiloma humano Rev Clin Esp. 2005; 205(5): 248-251
5. Kurman RJ, Carcangiu ML, Herrington CS, Young RH. WHO Classification of Tumours of Female Reproductive Organs. 4a edición. 2014. World Health Organization.
6. Klimstra DS, Modlin RI, Coppola D, Lloyd RV, Suster S. The Pathologic Classification of Neuroendocrine Tumors: A Review of Nomenclature, Grading, and Staging Systems. Pancreas. 2010; 39 (6): 707-712.
7. Witkiewicz AK, Wright TC, Ferenczy A, Ronnett BM, Kurman RJ. Carcinoma and other tumors of the cervix. Kurman RJ, Ellenso LH, Ronnett BM. Blaustein`s Pathology of the Femele Genital Tract. 6ta edición. New York: Springer Scince+Business Media LLC; 2011. p. 254-303.
8. Ganesan R, Hirschowitz L, Dawson P, Askew S, Pearmain P, et al. Neuroendocrine Carcinoma of the Cervix: Review of a Series of Cases and Correlation With Outcome. Int J Surg Pathol. 2016; 24(6): 490-496.
9. Rekhi B, Patil B, Deodhar KK, Maheshwari A, Kerkar RA, et al. Spectrum of neuroendocrine carcinomas of the uterine cervix, including histopathologic features, terminology, immunohistochemical profile, and clinical outcomes in a series of 50 cases from a single institution in India. Annals of Diagnostic Pathology. 2013; 17: 1–9.
10. Grayson W, Taylor LF, Allard U, Tiltman AJ. Detection of human papillomavirus in large cell neuroendocrine carcinoma of the uterine cervix: a study of 12 cases. J Clin Pathol. 2002; 55: 108–114.

11. Lagha A, Bouzid N, Belajouza SK, Labidi S, Saiidi A, et al. Small Cell Carcinoma of the Uterine Cervix Misdiagnosed as Squamous Cell Carcinoma. *Cancer and Clinical Oncology*. 2013; 2(1), p36. doi: <http://dx.doi.org/10.5539/cco.v2n1p36>
12. Intaraphet S, Kasatpibal N, Siriaunkgul S, Sogaard M, Patumanond J, et al. Prognostic Impact of Histology in Patients with Cervical Squamous Cell Carcinoma, Adenocarcinoma and Small Cell Neuroendocrine Carcinoma. *Asian Pac J Cancer Pre*. 2013; 14 (9): 5355-5360.
13. Siriaunkgul S, Utaipat U, Settakorn J, Sukpan K, Srisomboon J, Khunamornpong S. HPV genotyping in neuroendocrine carcinoma of the uterine cervix in northern Thailand. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2011; 115: 175–179.
14. Viswanathan AN, Deavers MT, Jhingran A, Ramirez PT, Levenback C, et al. Small cell neuroendocrine carcinoma of the cervix: outcome and patterns of recurrence. *Gynecologic Oncology*. 2004; 93: 27–33.
15. Conner MG, Richter H, Moran CA, Hameed A, Albores-Saavedra J. Small Cell Carcinoma of the Cervix: A Clinicopathologic and Immunohistochemical Study of 23 Cases. *Annals of Diagnostic Pathology*. 2002; 6(6): 345-348
16. Yoseph B, Chi M, Truskinovsky AM, Dudek AZ. Large-cell neuroendocrine carcinoma of the cervix. *Rare Tumors*. 2012; 4:e18.
17. Groben P, Reddick R, Askin F. The Pathologic Spectrum of Small Cell Carcinoma of the Cervix. *Int J Gynecol Pathol*. 1985; 4(1): 42-57.
18. Nagao S, Miwa M, Maeda N, Kogiku A, Yamamoto K, et al. Clinical Features of Neuroendocrine Carcinoma of the Uterine Cervix: A Single-Institution Retrospective Review. *Int J Gynecol Cancer*. 2015; 25 (7): 1300-1305.
19. Kalof AN, Dadmanesh F, Longacre TA, Nucci MR, Otis CN, et al. Protocol for the examination of specimens from patients with carcinoma of the uterine cervix. *UterineCervix 3.3.0.0*. College of American Pathologist. 2016.

ANEXOS

Anexo A

Clasificación TNM

Tumor primario (pT)

- pTX: No puede ser evaluado.
- pT0: No hay evidencia de tumor primario
- pTis: Carcinoma cervical in situ (carcinoma preinvasivo)
- pT1: Carcinoma cervical confinado al útero (extensión a cuerpo podría ser ignorado)
- pT1a: Carcinoma invasivo diagnosticado solo por microscopia. Toda lesión macroscópicamente visible (incluso con invasión superficial) son pT1b/1B.
- pT1a1: Invasión estromal ≤ 3.0 mm en profundidad y extensión horizontal ≤ 7.0 mm
- pT1a2: Invasión estromal > 3.0 mm pero no más de 5.0 mm en profundidad y extensión horizontal ≤ 7.0 mm
- pT1b: Lesión clínicamente visible confinado al cérvix o lesión microscópica mayor que T1a2/IA2
- pT1b1: Lesión clínicamente visible ≤ 4.0 cm en su dimensión más grande.
- pT1b2: Lesión clínicamente visible > 4.0 cm en su dimensión más grande
- pT2: Tumor invade más allá del útero pero no de la pared pélvica o el tercio inferior de la vagina.
- pT2a: Tumor sin invasión a parametrios.
- pT2a1: Lesión clínicamente visible ≤ 4.0 cm en su dimensión más grande.
- pT2a2: Lesión clínicamente visible > 4.0 cm en su dimensión más grande.
- pT2b: Tumor con invasión a parametrios.
- pT3: Tumor que se extiende a la pared pélvica y/o involucra el tercio inferior de la vagina y/o causa hidronefrosis o riñón no funcional.
- pT3a: Tumor involucra el tercio inferior de la vagina pero no la pared pélvica.
- pT3b: Tumor extiende a la pared pélvica y/o causa hidronefrosis o riñón no funcional
- pT4: Tumor invade la mucosa de la vejiga o recto y/o extiende más allá de la pelvis verdadera

Ganglios linfáticos (pN)

- pNX: No puede ser evaluado
- pN0: No metástasis a ganglios linfáticos regionales
- pN1: Metástasis a ganglios linfáticos regionales

Metástasis a distancia (pM) (en este caso solo se requiere si se confirma patológicamente)

- pMX: No puede ser evaluado
- pM0: No metástasis a distancia
- pM1: Metástasis a distancia.¹⁹

Anexo B

Estadio de la FIGO

- + I: Carcinoma está estrictamente confinado al cérvix (extensión al cuerpo uterino podría ser ignorado).
- + ___ IA: Cáncer invasivo identificado solo microscópicamente. (Todas las lesiones macroscópicas incluso con invasión superficial son estadio IB) Invasión está limitada a invasión estromal medida con una profundidad máxima de 5 mm y no más amplio que 7 mm
- + ___ IA1: Medida de invasión al estroma ≤ 3 mm en profundidad y ≤ 7 mm amplitud.
- + ___ IA2: Medida de invasión al estroma >3 mm y <5 mm en profundidad y ≤ 7 mm amplitud.
- + ___ IB: Lesión clínicamente confinada al cérvix, o lesión preclínicamente mayor que estadio IA.
- + ___ IB1: Lesión clínicamente ≤ 4 cm en tamaño.
- + ___ IB2: Lesión clínicamente >4 cm en tamaño.
- + II: El carcinoma se extiende más allá del útero, pero no se ha extendido sobre la pared pélvica ni sobre el tercio inferior de la vagina.
- + ___ IIA: Involucro hasta los dos tercios superiores de la vagina. Sin involucro a parametrios.
- + ___ IIA1: Lesión clínicamente visible ≤ 4 cm
- + ___ IIA2: Lesión clínicamente visible >4 cm
- + ___ IIB: Involucro obvio al parametrios pero no sobre la pared pélvica.
- + III: El carcinoma ha extendido sobre la pared pélvica. En el examen rectal, no hay espacio libre entre el tumor y la pared pélvica. El tumor involucra el tercio inferior de la vagina. Todos los casos de hidronefrosis o riñón no funcional podrían ser incluidos al menos que se sepa son debidos a otras causas.
- + ___ IIIA: Involucro al tercio inferior de la vagina pero sin extensión a la pared pélvica.
- + ___ IIIB: Extensión sobre la pared pélvica o hidronefrosis/riñón no funcional
- + IV: Carcinoma se ha extendido más allá de la pelvis verdadera o clínicamente involucra la mucosa de la vejiga/o recto.
- + ___ IVA: Extensión a órganos adyacentes pélvicos.
- + ___ IVB: Extensión a órganos a distancia.¹⁹

Anexo C

BJ	Edad	Expediente	Muestra	Resultado
917-10	34	806966	biopsia y LR con BR	carcinoma de células escamosas moderadamente diferenciado no queratinizante variante papilar, no se identifica invasión linfovascular
1170-10	49	807229	biopsia	Carcinoma de células escamosas moderadamente diferenciado no queratinizante invasor. No se identifica angioinvasión linfática
1171-10	41	808136	biopsia	carcinoma de células escamosas moderadamente diferenciado queratinizante invasor con angioinvasión linfática presente
1239-10	57	806003	biopsia y LR sin BR	carcinoma de células escamosas moderadamente diferenciado con angioinvasión linfática presente
1289-10	58	807987	LR con BR	carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado no queratinizante invasor, no se identifica angioinvasión en el material estudiado
1421-10	33	809446	biopsia	carcinoma epidermoide no queratinizante moderadamente diferenciado, invasión linfovascular presente focal, infiltrado inflamatorio crónico 1+
1799-10	45	812902	LR sin BR	carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado no queratinizante infiltrante y ulcerado
1873-10	65	810721	biopsia	carcinoma de células escamosas moderadamente diferenciado invasor no queratinizante con angioinvasión linfática
2246-10	43	809891	biopsia	carcinoma de células escamosas moderadamente diferenciado no queratinizante invasor, angioinvasión presente
2447-10	38	812442	biopsia y LR sin BR	carcinoma de células escamosas moderadamente diferenciado no queratinizante invasor
2482-10	38	813500	biopsia y LR con BR	carcinoma de células escamoso moderadamente diferenciado no queratinizante invasor
2512-10	49	813421	biopsia	carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado no queratinizante con angioinvasión linfática e infiltrado inflamatorio crónico de 2+
2537-10	44	813408	biopsia	carcinoma de células escamosas moderadamente diferenciado no queratinizante invasor
2592-10	63	811894	biopsia	carcinoma de células escamosas moderadamente diferenciado invasor
2684-10	50	814672	LR con BR	Referidas de útero: carcinoma de células escamosas poco diferenciado, invasor que mide hasta 2cm de profundidad y 1cm de extensión. No se identifica células claras, anexos ni leiomiomas en el material recibido. Nota es posible que el tumor mida más del reportado se sugiere correlación con la descripción macroscópica
2702-10	56	814910	biopsia	carcinoma de células escamosas poco diferenciado no queratinizante invasor
2784-10	32	815047	biopsia	carcinoma adenoescamoso con infiltrado inflamatorio crónico 3+ en los tres muestras examinadas, invasión no identificada
2861-10	49	815296	biopsia	carcinoma de células escamosas poco diferenciado no queratinizante invasor en fragmentos de hasta 1.cm, angioinvasión linfática presente
2862-10	37	815297	biopsia	adenocarcinoma de tipo endocervical moderadamente diferenciado con áreas de células claras y angioinvasión linfática presente, no se identifica epitelio exocervical en este material
2921-10	45	60510	biopsia	carcinoma de células escamosas poco diferenciado invasor en fragmentos de hasta 1.5cm con necrosis de tipo comedo, angioinvasión linfática presente
3109-10	60	814530	biopsia	adenocarcinoma moderadamente diferenciado con angioinvasión linfática focal e infiltrado inflamatorio crónico 1+
3173-10	40	816076	biopsia	Carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado queratinizante invasor. No se identifica angioinvasión
3175-10	68	180510	biopsia	Carcinoma epidermoide poco diferenciado, no queratinizante ulcerado invasor. Angioinvasión linfática presente
3207-10	45	705561	biopsia	adenocarcinoma endocervical moderadamente diferenciado de tipo convencional y de células claras focal
3210-10	44	816038	biopsia	carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado no queratinizante con angioinvasión linfática presente
3331-10	50	816663	biopsia	Carcinoma epidermoide poco diferenciado, no queratinizante, invasor, ulcerado. Angioinvasión linfática presente
3341-10	54	817747	biopsia	carcinoma de células escamosas poco diferenciado no queratinizante invasor, angioinvasión linfática presente
3392-10	44	816687	biopsia	Carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado no queratinizante variante escamo transicional invasor. Angioinvasión linfática presente
3399-10	58	818120	LR con BR	Carcinoma de células escamosas poco diferenciado no queratinizante invasor. Invasión vascular linfática presente
3701-10	45	819021	LR sin BR	carcinoma adenoescamoso moderadamente diferenciado angioinvasión linfática hemorragia reciente y necrosis del 40%
3702-10	72	816393	LR con BR	carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado queratinizante invasor
3710-10	41	--	LR sin BR	Carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado no queratinizante invasor. No se identifica angioinvasión linfática
3781-10	87	816845	cono	Carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado no queratinizante con componente in situ. Bordes entintados del 1er espécimen positivos para neoplasia, bordes entintados del 2do espécimen con tumor a 0.1cm
3900-10	79	818926	biopsia	Carcinoma epidermoide bien diferenciado queratinizante ulcerado. Angioinvasión no se identifica
4144-10	33	819193	biopsia	carcinoma de células escamosas poco diferenciado invasor con necrosis tumoral del 60%
4190-10	43	822130	biopsia	carcinoma adenoescamoso ulcerado con angioinvasión linfática presente
4217-10	47	745619	biopsia	Carcinoma adenoescamoso poco diferenciado (carcinoma de células vidriosas). Nota: muestra constituida totalmente por fragmentos de tumor
4223-10	77	871235	LR con BR	carcinoma epidermoide no queratinizante poco diferenciado con angioinvasión linfática
4314-10	89	821920	biopsia	carcinoma epidermoide poco diferenciado (fragmentos de hasta 1.6cm) invasor, no se identifica invasión vascular en este material

4365-10	28	822049	biopsia y LR con BR	Carcinoma adenoescamoso poco diferenciado en fragmentos de hasta 1cm, invasor. Angioinvasión linfática presente
4366-10	55	822024	biopsia	carcinoma de células escamosas poco diferenciado, invasor con angioinvasión linfática
4516-10	31	820360	LR sin BR	carcinoma epidermoide poco diferenciado no queratinizado con angioinvasión linfática presente
4539-10	30	820360	cono	Carcinoma epidermoide poco diferenciado no queratinizante ulcerado de 11mm de longitud y 3.5mm de profundidad (micro invasor) con componente in situ. Borde referido exocervical, sin alteraciones histológicas negativo para neoplasia, borde referido exocervical con cambios citopáticos sugerentes de infección por VPH libre de lesión neoplásica
4553-10	29	822415	LR con BR	carcinoma de células escamosas multifragmentado, moderadamente diferenciado queratinizante invasor en fragmentos de hasta 1.7cm
4716-10	77	823353	biopsia	carcinoma de células escamosas poco diferenciado, no queratinizante invasor
4875-10	51	823981	biopsia	carcinoma de células escamosas poco diferenciado no queratinizante invasor con angioinvasión linfática presente
4912-10	87	824012	LR sin BR	carcinoma de células escamosas moderadamente diferenciado no queratinizante invasor, no se identifica angioinvasión
4928-10	49	815296	LR con BR	carcinoma de células escamosas moderadamente diferenciado no queratinizante invasor, no se identifica angioinvasión
4962-10	54	824363	cono	Adenocarcinoma moderadamente diferenciado con patrón cribiforme (80%) y papilar (20%) con componente in situ en epitelio de zona transformación. Bordes entintados exo-endocervical y estromal profundo positivo para adenocarcinoma
5028-10	43	824467	biopsia	Carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado no queratinizante con componente in situ. Angioinvasión linfática focal.
5093-10	49	824662	biopsia	Carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado infiltrante y con extensión glandular y angioinvasión. Cervicitis crónica folicular con esfacelación extensa del epitelio y necrosis focal
5199-10	49	825620	biopsia	adenocarcinoma de tipo endometriode moderadamente diferenciado (G2), no se identifica angioinvasión en este material
5200-10	35	825626	LR sin BR	Carcinoma de células escamosas moderadamente diferenciado no queratinizante, invasor. No se identifica angioinvasión en este material
5390-10	67	824860	biopsia y LR con BR	adenocarcinoma moderadamente diferenciado en endocervix con angioinvasión linfática extensa, epitelio exocervical con inflamación crónica inespecífica
5391-10	59	826026	biopsia y LR con BR	1.- fragmentos sueltos de neoplasia intraepitelial cervical de alto grado (NIC III), sin relación con el estroma, no es posible valorar invasión en este material 2.- carcinoma de células escamosas moderadamente diferenciado no queratinizante invasor con necrosis tumoral del 10%
5406-10	40	826436	biopsia y LR sin BR	carcinoma de células escamosas moderadamente diferenciado no queratinizante, invasor, angioinvasión linfática presente
5426-10	37	826443	biopsia	carcinoma de células escamosas moderadamente diferenciado invasor, con angioinvasión linfática extensa y necrosis tipo comedo
5526-10	77	821220	biopsia	carcinoma de células escamosas poco diferenciado, no queratinizante, invasor, en fragmentos de hasta 1cm, angioinvasión linfática y peri neural presente
5537-10	55	827000	biopsia	carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado no queratinizante con componente in situ focal, con infiltrado inflamatorio crónico 3+, angioinvasión no identificada
5565-10	25	827041	biopsia y LR sin BR	carcinoma de células escamosas poco diferenciado invasor, con extensas áreas de necrosis, angioinvasión linfática presente
5566-10	39	826447	LR con BR	Carcinoma de células escamosas moderadamente diferenciado con extenso componente in situ. No se observa angioinvasión. Nota: el 95% de la muestra corresponde a carcinoma in situ, solo en un fragmento microscópico se observa estroma con nidos de células neoplásicas
5589-10	63	811165	biopsia	adenocarcinoma moderadamente diferenciado con patrón villoglandular
5738-10	51	826645	biopsia	carcinoma de células escamosas moderadamente diferenciado no queratinizante invasor, no se identifica angioinvasión
5761-10	43	824467	biopsia	carcinoma de células escamosas moderadamente diferenciado, no queratinizante invasor, en fragmentos de hasta 1cm, angioinvasión linfática extensa
6027-10	53	828065	biopsia	carcinoma epidermoide poco diferenciado no queratinizante, ulcerado con invasión vascular linfático presente
6061-10	57	827468	biopsia	carcinoma escamoso invasor, poco diferenciado con extensa ulceración, cambios citopáticos propios de infección por virus de papiloma humano
6114-10	60	817656	biopsia	carcinoma de células escamosas poco diferenciado, invasor con angioinvasión linfática extensa
6149-10	29	829703	biopsia	adenocarcinoma moderadamente diferenciado con angioinvasión linfática
6176-10	96	--	biopsia	carcinoma de células escamosas poco diferenciado, invasor, con angioinvasión linfática extensa, ulcerado y necrosis tumoral del 10%
6194-10	35	829750	biopsia	adenocarcinoma poco diferenciado con necrosis tumoral en el 60% de la muestra analizada, angioinvasión linfática presente, no se identifica epitelio exocervical
6320-10	42	768400	LR sin BR	Carcinoma de células escamosas poco diferenciado que mide aproximadamente 1.8cm de profundidad y 1cm de extensión con angioinvasión linfática y peri neural presente.
6611-10	50	831329	biopsia	carcinoma de células escamosas poco diferenciado invasor, angioinvasión linfática presente
6675-10	70	--	biopsia	carcinoma poco diferenciado invasor consistente con carcinoma adenoescamoso con necrosis tumoral del 30%, angioinvasión linfática
6707-10	32	831467	biopsia	adenocarcinoma poco diferenciado invasor, angioinvasión linfática presente
6748-10	45	831995	biopsia	carcinoma de células escamosas poco diferenciado invasor con necrosis del 20% y angioinvasión linfática
6823-10	65	830639	LR con BR	carcinoma de células escamosas moderadamente diferenciado no queratinizante invasor, angioinvasión presente
6894-10	68	817187	LR con BR	carcinoma epidermoide no queratinizante moderadamente diferenciado infiltrante
6895-10	52	833397	biopsia	neoplasia maligna poco diferenciado consistente con carcinoma con necrosis del 70%, este caso trae un apéndice sin nada como LR-BR.
6979-10	50	832300	biopsia	adenocarcinoma de tipo endocervical moderadamente diferenciado invasor, no se identifica angioinvasión

7333-10	46	826423	biopsia	Carcinoma de células escamosas poco diferenciado, no queratinizante, invasor. No se identifica angioinvasión linfática
7519-10	54	836255	biopsia	carcinoma de células escamosas poco diferenciado, invasor, invasión linfovascular presente
7553-10	58	836313	LR sin BR	carcinoma de células escamosas poco diferenciado invasor con lesión en bordes quirúrgicos
7554-10	41	836321	LR con BR	Carcinoma de células escamosas poco diferenciado no queratinizante, ulcerado, infiltrante. No se identifica angioinvasión en este material
7775-10	62	--	biopsia	carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado queratinizante invasor, no invasión linfovascular
7781-10	30	836773	biopsia	adenocarcinoma moderadamente diferenciado, ulcerado, con patrón villoglandular focal
7783-10	67	836695	cono	carcinoma de células escamosas moderadamente diferenciado invasor, tejido referido como bordes con la presencia de una glándula con carcinoma in situ
8185-10	51	837689	biopsia	carcinoma de células escamosas moderadamente diferenciado, no queratinizante invasor, angioinvasión linfática presente focal
8226-10	54	787637	biopsia	carcinoma de células escamosas poco diferenciado no queratinizante invasor, angioinvasión linfática presente
013-11	59	837902	LR sin BR	Carcinoma de células escamosas poco diferenciado, no queratinizante, invasor en fragmentos de hasta 0.4mm. No se identifica angioinvasión
211-11	51	839358	biopsia	Carcinoma de células escamosas moderadamente diferenciado, no queratinizante, invasor. No se identifica angioinvasión
382-11	36	828396	biopsia	Carcinoma epidermoide no queratinizante, ulcerado, infiltrante con componente de carcinoma in situ en el 90% de la muestra examinada.
460-11	39	840585	biopsia	carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado queratinizante con componente in situ focal con invasión vascular linfática presente
476-11	57	840643	biopsia	carcinoma epidermoide poco diferenciado no queratinizante ulcerado con necrosis del 5% invasión peri neural, no se identifica vascular
477-11	42	837806	cono	Carcinoma epidermoide no queratinizante, moderadamente diferenciado, invasor. Componente de carcinoma in situ con extensión glandular del 60% y necrosis tipo comedo central focal.
691-11	58	841189	biopsia	carcinoma epidermoide poco diferenciado ulcerado invasor en fragmentos de 1cm, no se identifica angioinvasión, infiltrado inflamatorio (+++)
797-11	55	840008	biopsia	adenocarcinoma moderadamente diferenciado invasor, no se identifica angioinvasión en este material
949-11		843606	biopsia	carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado invasor con necrosis del 20% e infiltrado inflamatorio crónico (++), no invasión linfovascular
1021-11	43	845427	biopsia	carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado no queratinizante invasor no se identifica invasión vascular epitelio exocervical residual con cambios citopáticos asociados a virus de papiloma humano
1030-11	42	--	biopsia	Adenocarcinoma de tipo endometriode bien diferenciado (invasor) en endocervix. No invasión vascular ni epitelio exocervical
1102-11	35	--	biopsia	carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado no queratinizante invasor en fragmentos de hasta 1.4cm con componente de carcinoma in situ focal, no angioinvasión
1137-11	50	--	biopsia	carcinoma de células escamosas moderadamente diferenciado, no queratinizante invasor, no angioinvasión
1171-11	35	842628	biopsia	carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado, no queratinizante invasor, no se identifica angioinvasión
1207-11	38	846042	biopsia	carcinoma adenoescamoso poco diferenciado, invasor, con angioinvasión extensa
1215-11	37	846158	biopsia y LR	1. Carcinoma adenoescamoso poco diferenciado, invasor, no angioinvasión, 2. Carcinoma poco diferenciado invasor. Nota la laminilla de revisión presente múltiples artificios de tinción y procesamiento
1375-11	58	843088	biopsia	carcinoma epidermoide poco diferenciado no queratinizante invasor, no angioinvasión
1569-11	60	846409	LR sin BR	Carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado no queratinizante invasor ulcerado, no se identifica angioinvasión en este material
1672-11	57	843681	biopsia	Adenocarcinoma de endocervix de tipo endometriode moderadamente diferenciado, invasor, no se identifica angioinvasión
1898-11	42	815297	biopsia	Adenocarcinoma de células claras poco diferenciado, infiltrante, ulcerado. No se identifica epitelio exo ni endocervical residual
2261-11	65	848871	LR con BR	Adenocarcinoma moderadamente diferenciado de tipo endometriode, no se observa cérvix residual en este material
2346-11	42	849484	biopsia	carcinoma poco diferenciado consistente con carcinoma adenoescamoso en fragmentos de hasta 1.2cm, no se identifica angioinvasión ni epitelio exocervical
2639-11	38	846353	cono	carcinoma adenoescamoso moderadamente diferenciado de al menos 1cm, de extensión 0.8cm de profundidad con lesión en bordes de sección quirúrgica, no se identifica invasión linfa ni peri neural
2775-11	85	851605	biopsia	carcinoma de células escamosas poco diferenciado, no queratinizante, invasor
2789-11	65	851604	LR sin BR	carcinoma de células grandes moderadamente diferenciado queratinizante, invasor
2888-11	44	852260	biopsia	adenocarcinoma de tipo endometriode moderadamente diferenciado, infiltrante, ulcerado, no se observa epitelio exocervical residual
2933-11	50	851687	cono	adenocarcinoma de endocervix de tipo endocervical moderadamente diferenciado de al menos 1cm de profundidad y 0.8cm de extensión con lesión en bordes quirúrgicos
3089-11	40	849117	biopsia	carcinoma de células escamosas poco diferenciado (invasor) con invasión linfática y peri neural
3101-11	57	851609	LR con BR	Adenocarcinoma de tipo endocervical moderadamente diferenciado con componente de células claras
3230-11	29	851083	biopsia	Carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado no queratinizante escasos fragmentos de estroma con atipia acentuada, cambios mixoides, 8 mitosis en 10 campos de alto poder
3350-11	48	--	biopsia	carcinoma epidermoide poco diferenciado invasor, invasión vascular y peri neural no aparentes
3901-11	34	855921	biopsia	carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado, no queratinizante invasor, no se identifica angioinvasión

3902-11	45	855922	biopsia	Cambios histológicos consistentes con adenocarcinoma mucinosos con células en anillo de sello. Nota no es posible gradificar la neoplasia debido a que el componente glandular es muy escaso, histerectomía es 5170-11
3915-11	47	854874	biopsia	carcinoma epidermoide poco diferenciado, no queratinizante, invasor, no se identifica angioinvasión
4094-11	42	--	LR con BR	Adenocarcinoma de tipo endocervical moderadamente diferenciado (invasor) no se identifica exocervix en el material
4095-11	63	--	biopsia	carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado no queratinizante invasor
4151-11	38	856046	biopsia	carcinoma epidermoide poco diferenciado no queratinizante invasor con angioinvasión focal y extenso componente in situ
4174-11	52	852652	biopsia	carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado, no queratinizante invasor, no se identifica angioinvasión
4239-11	45	847995	biopsia	adenocarcinoma poco diferenciado con células en anillo de sello y angioinvasión en estroma cervical, epitelio exocervical con inflamación crónica y aguda intensa
4402-11	92	855422	biopsia	carcinoma escamoso poco diferenciado (invasor) en fragmentos de 1cm con necrosis tumoral extensa y angioinvasión
4474-11	49	859822	LR con BR	p16 positivo, ACE positivo focal, CK7 positivo, RP positivo 5%, RE negativo, WT1 negativo. Adenocarcinoma de endocervix de tipo endometriode moderadamente diferenciado (G2), no se identifica angioinvasión
4557-11	42	857944	biopsia	adenocarcinoma moderadamente diferenciado, de tipo endometriode (G2) no se identifica angioinvasión, ver BJ 4094-11
4589-11	36	--	biopsia	adenocarcinoma de endocervix de tipo endocervical moderadamente diferenciado, no se identifica angioinvasión
4673-11	42	856368	biopsia	adenocarcinoma de tipo endocervical moderadamente diferenciado (invasor) no se identifica angioinvasión
4773-11	45	856595	biopsia	carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado no queratinizante con angioinvasión y extenso componente in situ
4854-11	42	856368	biopsia	adenocarcinoma moderadamente diferenciado de tipo endometriode y endocervical con invasión vascular, no se identifica endocervix ni endometrio residual
4944-11	60	860986	LR con BR	Carcinoma de células escamosas moderadamente diferenciado, no queratinizante, invasor multfragmentado, no se identifica angioinvasión
5111-11	54	861857	LR con BR	Carcinoma epidermoide poco diferenciado, no queratinizante invasor con invasión vascular
5112-11	80	861458	biopsia	carcinoma epidermoide poco diferenciado no queratinizante invasor en fragmentos de 1.5cm con angioinvasión linfática
5130-11	68	831672	biopsia	carcinoma epidermoide poco diferenciado en fragmentos de hasta 1cm, invasor con angioinvasión linfática
5178-11	46	862102	biopsia	carcinoma poco diferenciado, invasor con angioinvasión linfática extensa y necrosis tipo comedo
5282-11	39	862780	biopsia	adenocarcinoma poco diferenciado invasor, con inflamación aguda y angioinvasión linfática
5326-11	51	522972	biopsia	carcinoma epidermoide poco diferenciado invasor, en fragmentos de hasta 2cm no se identifica angioinvasión
5377-11	42	863044	biopsia	carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado (invasor) con extensas áreas de necrosis, inflamación aguda y presencia de colonias bacterianas, no se identifica angioinvasión
5378-11	58	863037	biopsia	carcinoma epidermoide poco diferenciado invasor con angioinvasión linfática
5379-11	42	863038	LR sin BR	Adenocarcinoma moderadamente diferenciado (invasor) con necrosis tumoral e inflamación aguda, angioinvasión no valorable
5427-11	54	862857	cono	carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado no queratinizante invasor con lesión en bordes quirúrgicos y angioinvasión linfática presente
5458-11	55	863565	biopsia	adenocarcinoma poco diferenciado (invasor) compatible con adenoescamoso con angioinvasión linfática y necrosis tipo comedo, epitelio exocervical con inflamación crónica
5554-11	44	681902	biopsia	carcinoma poco diferenciado en estroma cervical, cervicitis crónica y aguda con formación de microabcesos
5683-11	74	861982	biopsia	Fragmentos de epitelio compatible con carcinoma epidermoide no queratinizante. No se observa invasión estromal en el espécimen remitido
5751-11	77	865256	biopsia	carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado no queratinizante invasor, no se identifica invasión vascular o peri neural, no se identifica epitelio endo o exocervical residual
5892-11	56	863565	LR con BR	adenocarcinoma moderadamente diferenciado con patrón micro glandular, no se identifica angioinvasión ni exocervix residual en este material
5991-11	69	866308	biopsia	carcinoma epidermoide poco diferenciado no queratinizante invasor con necrosis tumoral del 20% e invasión vascular
5992-11	30	866362	LR con BR	carcinoma poco diferenciado, invasor consistente con carcinoma adenoescamoso en fragmentos de hasta 1cm, no se identifica angioinvasión en este material
6087-11	41	--	LR con BR	Adenocarcinoma de tipo endocervical moderadamente diferenciado, invasor, no se identifica angioinvasión ni epitelio exocervical
6103-11	62	--	LR con BR	carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado no queratinizante invasor en fragmentos de 1 cm, no se identifica angioinvasión
6181-11	46	--	LR con BR	carcinoma epidermoide poco diferenciado, no queratinizante invasor, no angioinvasión previo bj-5177-11
6513-11	35	867819	LR con BR	carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado no queratinizante, invasor
6530-11	53	868216	biopsia	carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado no queratinizante invasor, invasión linfovascular presente
6672-11	72	868499	biopsia	carcinoma poco diferenciado en estroma cervical, no se identifica displasia del epitelio cervical
6673-11	81	869075	biopsia	carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado, no queratinizante invasor, no se identifica angioinvasión
6785-11	69	869538	biopsia	carcinoma poco diferenciado infiltrante ulcerado con angioinvasión presente, no se identifica epitelio exocervical residual, historia de adenocarcinoma endocervical
6786-17	33	869726	biopsia	carcinoma epidermoide poco diferenciado, no queratinizante, ulcerado (invasor) no se identifica angioinvasión

6813-11	51	863295	biopsia	carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado no queratinizante ulcerado (invasor) angioinvasión presente
7013-11	61	779995	biopsia	adenocarcinoma poco diferenciado infiltrante ulcerado con angioinvasión presente
7044-11	53	866216	LR con BR	carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado, no queratinizante ulcerado, sin angioinvasión
7396-11	50	871131	LR con BR	Adenocarcinoma poco diferenciado invasor con angioinvasión linfática, no se identifica epitelio exocervical ni endocervical
7566-11	35	873741	biopsia	carcinoma poco diferenciado con acentuado pleomorfismo, formación de pseudopapilar y necrosis tumoral del 60%, no se identifica epitelio exo ni endocervical
7567-11	69	869538	LR sin BR	Carcinoma epidermoide poco diferenciado, invasor, no se identifica angioinvasión. Nota la muestra se encuentra multifragmentado con artificios de procesamiento y el 70% corresponde a hemorragia
7590-11	47	--	biopsia	carcinoma epidermoide poco diferenciado invasor en fragmentos de hasta 1cm con tejido de granulación, no se identifica angioinvasión
7934-11	60	869872	cono	carcinoma epidermoide modernamente diferenciado no queratinizante con infiltrado inflamatorio crónico +++, cervicitis crónica activa, borde no valorables (fragmentado)
7968-11	61	872584	biopsia	carcinoma epidermoide invasor moderadamente diferenciado, queratinizante focalmente ulcerado, no angioinvasión
8064-11	51	866971	biopsia	carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado no queratinizante invasor, invasión linfovascular extensa
8067-11		874807	biopsia	carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado no queratinizante infiltrado inflamatorio crónico 3+
8167-11	54	875030	LR con BR	adenocarcinoma poco diferenciado con componente de células claras focal, extensa hemorragia, fibrina y abundante infiltrado inflamatorio nota: no se identifica cérvix en el material examinado
199-12	30	870342	biopsia	Adenocarcinoma moderadamente diferenciado, de tipo endocervical 50% y endometriode 50%. No ILV.
486-12	46	878091	LR con BR	Carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado, invasor, no queratinizante, extensamente ulcerado. No ILV.
529-12	55	875562	biopsia	Carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado, no queratinizante de 0.5 cm de crecimiento vertical y 0.1 cm de crecimiento horizontal, ulcerado con componente in situ e infiltración de células inflamatorias crónico 3+, ILV presente. Endocervicitis crónica granulomatosa.
611-12	82	879000	biopsia	Carcinoma epidermoide poco diferenciado, no queratinizante.
698-12	44	871902	biopsia	Adenocarcinoma de células claras, poco diferenciado, invasor. ILV presente.
754-12	63	879275	biopsia	Carcinoma escamoso moderadamente diferenciado, invasor. No ILV.
881-12	42	--	biopsia	Carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado, no queratinizante, invasor, el 80% de la muestra corresponde a lesión intraepitelial de alto grado (carcinoma in situ), sin relación con el estroma.
902-12	59	880140	biopsia	Carcinoma de células escamosas poco diferenciado queratinizante, invasor. ILV presente.
1097-12	54	872839	biopsia	Carcinoma poco diferenciado, invasor, en un fragmento de 0.8 cm. No ILV. Necrosis tumoral en 80% de la muestra.
1188-12	42	881718	biopsia	Adenocarcinoma de cérvix de tipo endocervical poco diferenciado, invasor, No ILV.
1284-12	62	882010	LR con BR	Carcinoma epidermoide poco diferenciado, no queratinizante, invasor en fragmentos de hasta 0.8 cm. ILV presente.
1318-12	42	882032	biopsia	Carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado, no queratinizante, invasor con lesión en bordes quirúrgicos. ILV presente y extensa.
2281-12	43	876731	biopsia	Carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado, invasor, con necrosis tumoral del 10% en fragmentos de hasta 1 cm. ILV presente.
2459-12	61	885518	LR con BR	Carcinoma de células escamosas moderadamente diferenciado, no queratinizante, invasor, en fragmentos de hasta 0.4 cm. No ILV.
2562-12	75	881096	biopsia	Carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado queratinizante, invasor en fragmentos de 0.6 cm. No ILV.
2597-12	68	883636	biopsia	Carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado, no queratinizante, invasor con lesionen bordes quirúrgicos.
2599-12	43	886443	biopsia	Adenocarcinoma de tipo endometriode moderadamente diferenciado, invasor en fragmentos de hasta 1 cm. No ILV. No se observa endocervix ni endometrio residual.
2807-12	45	886965	biopsia	Focos de carcinoma poco diferenciado, invasor en tejido de granulación con inflamación crónica y aguda y presencia de colonias bacterianas. No se identifica epitelio exocervical en este material.
2810-12	52	879626	biopsia	Carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado, no queratinizante, invasor. No ILV.
2996-12	56	880573	biopsia	Carcinoma epidermoide moderadamente diferenciada no queratinizante invasor en fragmentos de hasta 0.8 cm. No ILV.
3311-12	39	888155	biopsia	Adenocarcinoma poco diferenciado, invasor, en estroma cervical, No ILV. Epitelio exocervical sin displasia.
3403-12	50	883995	biopsia	Carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado, invasor, queratinizante, ulcerado en fragmentos de hasta 1 cm. No ILV ni IPN. Epitelio adyacente con lesión escamosa intraepitelial de alto grado.
3404-12	38	884013	biopsia	Carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado, queratinizante, invasor, en fragmentos de hasta 1.5 cm. ILV presente.
3448-12	58	792951	biopsia	Carcinoma epidermoide poco diferenciado, no queratinizante, invasor, con necrosis tumoral del 40% de la muestra. No se identifica epitelio exocervical. No ILV.
3522-12	43	--	biopsia	Carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado, no queratinizante invasor, en fragmentos de hasta 0.8 cm. No ILV.
3532-12	49	253442	biopsia	Carcinoma epidermoide poco diferenciado, no queratinizante, invasor, con necrosis del 30%. ILV presente. Historia previa de CaCu IIIB.
3802-12	78	879403	biopsia	Carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado, queratinizante, invasor, en fragmentos de hasta 1 cm, No ILV.
3968-12	76	886179	biopsia	Carcinoma epidermoide poco diferenciado, no queratinizante, invasor en fragmento de hasta 0.9 cm. No ILV.
3978-12	32	890498	biopsia	Carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado, no queratinizante, invasor, en fragmento de hasta 0.7 cm. No ILV.

4184-12	60	890950	LR con BR	Carcinoma epidermoide poco diferenciado de cérvix, no queratinizante, infiltrante, con necrosis tumoral del 30%, con profundidad de invasión de 2.5 cm y extensión de 1 cm. No ILV.
4218-12	49	890983	LR con BR	Carcinoma epidermoide poco diferenciado, infiltrante con necrosis tumoral del 30%, multiframeado.
4446-12	54	884898	LR con BR	Carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado, queratinizante, invasor. No ILV. Inflamación crónica y aguda con formación de abscesos.
4471-12	44	892368	biopsia	Adenocarcinoma de tipo endocervical, moderadamente diferenciado, infiltrante en fragmentos de hasta 1 cm. ILV presente.
4478-12	31	890855	cono	Carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado, queratinizante, invasor en fragmentos de hasta 1 cm, con lesión en bordes quirúrgicos. Endocervicitis crónica quística con metaplasia escamosa focal.
4911-12	39	847664	biopsia	Carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado, no queratinizante, invasor, en fragmentos de hasta 1 cm, ulcerado. No ILV
4979-12	39	894019	LR con BR	Focos microscópicos de carcinoma poco diferenciado, infiltrante con angioinvasión extensa. Lesión intraepitelial de alto grado NICIII sin relación con el estroma en 90% de la muestra.
5110-12	53	894843	biopsia	Carcinoma poco diferenciado infiltrante, con necrosis de tipo comedo. ILV presente. No se identifica displasia del epitelio exocervical.
5111-12	30	894833	biopsia	Carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado, queratinizante, invasor, en fragmentos de hasta 0.8 cm. Necrosis tumoral del 20%. No ILV.
5271-12	47	895229	biopsia	Carcinoma poco diferenciado infiltrante, con necrosis tumoral del 40%, en estroma referido como cervical. No ILV. No se identifica epitelio exocervical en este material.
5289-12	50	895268	biopsia	Carcinoma epidermoide poco diferenciado no queratinizante, infiltrante, ulcerado, en fragmentos de hasta 1 cm. No ILV.
5301-12	70	895252	biopsia	Carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado, no queratinizante, invasor, en fragmentos de hasta 1 cm. No ILV.
5381-12	68	895369	LR con BR	Carcinoma epidermoide poco diferenciado, no queratinizante, infiltrante, ulcerado con necrosis tumoral del 50%. No ILV.
5460-12	79	895648	biopsia	Carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado no queratinizante, invasor, en fragmentos de hasta 0.7 cm. No ILV.
5569-12	56	888646	LR con BR	Carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado no queratinizante, invasor en fragmentos de 0.2 cm.
5628-12	74	895009	biopsia	Carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado, infiltrante y ulcerado, de 0.7 cm. No ILV
5816-12	73	847105	LR con BR	Carcinoma epidermoide poco diferenciado, infiltrante, ulcerado en fragmentos de hasta 0.3 cm. No ILV.
5836-12	43	897182	LR con BR	Carcinoma poco diferenciado infiltrante con hemorragia reciente. No ILV.
5907-12	59	879079	biopsia	Carcinoma epidermoide poco diferenciado infiltrante y ulcerado en fragmentos de hasta 1 cm. ILV presente.
5961-12	23	897397	biopsia	Carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado, infiltrante y ulcerado en fragmentos de 0.3 cm. No ILV.
5964-12	83	897553	biopsia	Carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado, no queratinizante, infiltrante, ulcerado, en fragmentos de hasta 1 cm. No ILV.
6147-12	23	897103	biopsia	Carcinoma epidermoide invasor, de 0.4 cm de extensión y 0.3 cm de profundidad, sin lesión en bordes quirúrgicos. Historia BJ 5816-12
6233-12	42	898708	LR con BR	Carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado, queratinizante, invasor. No ILV.
6299-12	72	898885	biopsia	Carcinoma poco diferenciado infiltrante, ulcerado con inflamación crónica y reacción desmoplásica intensa en fragmentos de hasta 1 cm. ILV presente. Lesión intraepitelial escamosa de bajo grado NIC-I.
6305-12	63	898125	biopsia	Carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado, infiltrante con necrosis del tipo comedo, en fragmento de hasta 0.5 cm. No ILV ni IPN.
6364-12	51	899051	biopsia	Carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado, no queratinizante, ulcerado, invasor en fragmentos de hasta 1 cm. ILV presente.
6401-12	47	--	biopsia	Fragmentos sueltos de carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado, no queratinizante, sin relación con el estroma. No ILV.
6407-12	52	892156	biopsia	Carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado, queratinizante, ulcerado, invasor, en fragmentos de hasta 1 cm. No ILV.
6477-12	40	899296	biopsia	Carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado, no queratinizante, invasor, ILV presente, en fragmentos de hasta 0.7 cm.
6526-12	63	885851	biopsia	Lesión intraepitelial escamosa de alto grado NIC-III, con intenso infiltrado inflamatorio crónico y calcificaciones distrofas, con foco microscópico de micro invasión 0.1x0.1 cm.
6851-12	57	901496	LR con BR	Carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado, no queratinizante, ulcerado, en fragmentos de hasta 0.5 cm. No ILV.
7140-12	26	902531	biopsia	Carcinoma poco diferenciado, infiltrante y ulcerado consistente con carcinoma adenoescamoso en fragmentos de hasta 1 cm.
7307-12	62	897953	biopsia	Carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado, queratinizante, invasor, en fragmentos de hasta 1 cm, No ILV.
7380-12	51	885851	biopsia	Carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado, no queratinizante, ulcerado, en fragmentos de hasta 0.7 cm. No ILV.
7415-12	56	903107	LR con BR	Adenocarcinoma moderadamente diferenciado, con inflamación crónica y aguda. NO ILV.
7527-12	48	903504	LR con BR	Carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado, no queratinizante, infiltrante y ulcerado en fragmentos de hasta 0.5 cm. No ILV.
7569-12	53	903584	biopsia	Carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado, queratinizante, ulcerado, invasor, en fragmentos de hasta 0.5 cm. No ILV.
7573-12	50	903580	LR con BR	Carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado, no queratinizante, ulcerado, invasor en fragmentos de hasta 0.5 cm. No ILV.
7607-12	75	903700	LR con BR	Carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado, no queratinizante, infiltrante, en fragmentos de hasta 0.5 cm. No ILV.

7791-12	52	905562	biopsia	Carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado, no queratinizante, invasor, extensamente ulcerado, en fragmento de hasta 0.7 cm. No ILV. Exocervicitis crónica con cambios citopáticos asociados a VPH.
7871-12	73	905826	biopsia	Carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado, no queratinizante, infiltrante y ulcerado en fragmentos de hasta 0.8 cm. No ILV.
7952-12	42	905941	biopsia	Carcinoma poco diferenciado, consistente con carcinoma adenoescamoso, infiltrante, ulcerado, en fragmentos de hasta 1.2 cm. ILV presente.
8154-12	52	906241	biopsia	Carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado, queratinizante, infiltrante, en 2 fragmentos. No ILV. No se identifica endo ni exocervix.
8227-12	58	906630	biopsia	Carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado, invasor, en fragmentos de hasta 1 cm. No ILV. No se identifica endo ni exocervix.
8262-12	39	906713	LR con BR	Carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado, no queratinizante, invasor, en 1/3 fragmentos. Lesión intraepitelial escamosa de alto grado NIC-III, en epitelio exocervical residual.
8-13	45	280667	biopsia	carcinoma poco diferenciada, infiltrante con presencia de angioinvasión; compatible con carcinoma adenoescamoso poco diferenciado
405-13	44	906714	LR con BR	carcinoma poco diferenciado infiltrante y ulcerado con angioinvasión presente, compatible con carcinoma adenoescamoso
406-13	44	909272	biopsia	carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado no queratinizante, infiltrante y ulcerado, invasión vascular presente, epitelio exocervical residual con lesión intraepitelial de alto grado (NIC III, carcinoma in situ)
551-13	66	909854	LR sin BR	carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado infiltrante y ulcerado en fragmentos de hasta 0.5cm, no angioinvasión
597-13	58	909976	biopsia	carcinoma epidermoide poco diferenciado infiltrante y ulcerado en fragmentos de hasta 1cm, invasión vascular presente
814-13	54	909539	biopsia	tejido fibroconectivo necrótico con carcinoma epidermoide poco diferenciado, invasor en 3 de 3 fragmentos de hasta 0.7cm, angioinvasión presente, no se identifica epitelio exocervical residual
815-13	68	909514	biopsia	adenocarcinoma de tipo intestinal, moderadamente diferenciado, no se identifica angioinvasión ni órgano residual en este material
830-13	52	909554	biopsia	carcinoma epidermoide diferenciado queratinizante infiltrante y ulcerado en fragmentos de hasta 1.55cm, no se identifica angioinvasión
904-13	54	909539	biopsia	carcinoma epidermoide poco diferenciado, no queratinizante infiltrante y ulcerado en fragmentos de hasta 0.6cm con necrosis tumoral de 30% no se identifica angioinvasión
933-13	55	911415	biopsia	carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado no queratinizante invasor variante papilar con necrosis tumoral del 5%, invasión vascular presente
1068-13	65	911673	biopsia	carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado no queratinizante, ulcerado en fragmentos de hasta 0.8cm con necrosis tumoral de 30%, no se identifica angioinvasión
1163-13	67	912046	biopsia	adenocarcinoma e tipo endocervical moderadamente diferenciado en fragmentos de hasta 1cm con angioinvasión presente, Endocervicitis crónica, no se identifica endometrio en este material
1185-13	64	911041	biopsia	carcinoma epidermoide poco diferenciado, infiltrante, ulcerado con necrosis tumoral del 40% en fragmentos de hasta 1.2cm, invasión vascular presente, no se identifica epitelio exocervical residual
1206-13	49	911060	biopsia	fragmentos sueltos de carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado, no queratinizante, sin relación con el estroma, no se identifica angioinvasión
1245-13	46	912160	LR con BR	Carcinoma poco diferenciado, infiltrante, ulcerado con necrosis tumoral del 40% no se identifica angioinvasión
1360-13	3	912601	LR con BR	adenocarcinoma de tipo endocervical, moderadamente diferenciado en fragmentos de hasta 0.9cm, no se identifica angioinvasión
1443-13	54	912571	biopsia	carcinoma poco diferenciado, infiltrante y ulcerado con necrosis del 60% y angioinvasión extensa
1559-13	46	907804	biopsia	carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado infiltrante y ulcerado en fragmentos de hasta 1.2cm con angioinvasión
1570-13	56	912953	biopsia	carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado no queratinizante, invasor en fragmentos de 0.7cm, no se identifica angioinvasión
1576-13	74	911776	biopsia	carcinoma epidermoide poco diferenciado en fragmentos de hasta 1.6cm, no se identifica angioinvasión ni epitelio exocervical residual
1658-13	51	910429	biopsia	carcinoma epidermoide no queratinizante moderadamente diferenciado con angioinvasión extensa
1762-13	67	915416	biopsia	carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado infiltrante ulcerado en fragmentos de hasta 0.7cm con necrosis tumoral del 40%, no se identifica angioinvasión
1781-13	49	453248	biopsia	carcinoma epidermoide poco diferenciado, infiltrante y ulcerado en fragmentos de hasta 0.5cm, invasión vascular y peri neural presente
1900-13	58	910150	biopsia	carcinoma epidermoide poco diferenciado infiltrante pleomorfo y ulcerado en fragmentos de hasta 0.8cm con necrosis tumoral del 60%, angioinvasión presente
1903-13	57	901378	LR con BR	adenocarcinoma poco diferenciado en fragmentos de hasta 0.8cm con necrosis tumoral del 60%, no se identifica angioinvasión ni epitelio cervical residual
1980-13	65	914048	biopsia	carcinoma epidermoide poco diferenciado infiltrante, ulcerado en fragmentos de hasta 1.5cm de diámetro mayor, no se identifica angioinvasión, Historia previa de CaCu IIB
2354-13	46	915293	LR con BR	carcinoma de células escamosas moderadamente diferenciado invasor en un foco de 0.5cm, no angioinvasión nota el diagnostico se realizó en el nuevo corte del bloque de parafina en la laminilla solo se identifica epitelio escamoso suelto con carcinoma in situ sin relación con el estroma
2428-13	75	914942	LR sin BR	carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado no queratinizante invasor en fragmentos de hasta 0.5cm no se identifica angioinvasión (laminilla 1) epitelio escamosos con cambios citopáticos asociados a VPH en laminilla 2
2515-13	35	916525	biopsia	carcinoma epidermoide poco diferenciado, no queratinizante invasor en fragmentos de hasta 0.7cm no angioinvasión, metaplasia escamosa endocervical
2516-13	35	911988	LR con BR	carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado, infiltrante y ulcerado en fragmentos de hasta 0.8cm, angioinvasión presente
2519-13	51	916528	LR con BR	carcinoma poco diferenciado, infiltrante y ulcerado en fragmentos de hasta 0.5cm, no se identifica angioinvasión

2580-13	46	915293	cono	carcinoma epidermoide poco diferenciado, infiltrante y ulcerado en fragmentos de hasta 1cm con lesión en borde endo y exocervical, no se identifica angioinvasión
2683-13	37	917432	biopsia	carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado queratinizante, invasor en fragmentos de hasta 1cm, no se identifica angioinvasión
2685-13	24	916616	LR sin BR	carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado queratinizante, invasor en un fragmentos 0.2cm
2688-13	53	918738	biopsia	carcinoma poco diferenciado infiltrante, ulcerado en fragmentos de hasta 1.2cm con necrosis tumoral del 30%, no se identifica angioinvasión
2796-13	42	917442	LR con BR	carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado no queratinizante invasor, angioinvasión presente
2972-13	34	918028	biopsia	carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado no queratinizante invasor, en fragmentos de hasta 1cm, no se identifica angioinvasión
3229-13	57	917807	biopsia	carcinoma epidermoide poco diferenciado invasor no queratinizante, invasión angioinvasión no se identifica, no se observa cérvix residual
3380-13	60	920093	biopsia	carcinoma epidermoide invasor, no queratinizante, moderadamente diferenciado, no angioinvasión ni peri neural, componente in situ asociado
3543-13	55	920015	LR con BR	fragmentos de carcinoma epidermoide no queratinizante sin relación con estroma con hemorragia reciente e infiltrado linfoplasmocítico
3731-13	44	921028	biopsia	Biopsia de cérvix de la zona de transformación con carcinoma adenoescamoso invasor con ulceración superficial. cervicitis crónica moderada asociado a infección por VPH concomitante con zonas de necrosis en un 10%
3753-13	52	921900	biopsia	fragmentos de adenocarcinoma poco diferenciado con extensas zonas de necrosis y ulceración comentario: los fragmentos examinados corresponden en su totalidad al tumor, no se identifica tejido viable
3756-13	52	929100	biopsia	fragmentos de adenocarcinoma pobremente diferenciado con necrosis tumoral extensas zonas de ulceración superficiales comentario: todos los fragmentos recibidos corresponden al tumor
3764-13	53	822947	LR con BR	biopsia de cérvix dela zona de transformación con carcinoma epidermoide micro invasor en un foco microscópico de 1mm (medido con regla habitual) con zonas de carcinoma epidermoide de células grandes in situ y extensión parcial a glándulas endocervical, con lesión en borde exocervical. cervicitis crónica quística moderada
3875-13	40	923119	biopsia	carcinoma epidermoide de células grandes no queratinizante ulcerado con un foco de micro invasión de 1mm de profundidad y 2mm de extensión (medido con regla habitual) y zonas extensas de tipo in situ con extensión glandular, sin invasión linfovascular
3878-13	44	922779	biopsia	fragmentos de carcinoma adenoescamoso de tipo infiltrante con cervicitis crónica moderada con cambios inflamatorios reactivos en exocervix
3948-13	48	923306	biopsia y LR con BR	biopsia: carcinoma epidermoide de células grandes no queratinizante micro invasor con profundidad de 3mm y extensión de 2mm (medido con regla habitual) con extensión amplia a glándulas endocervical, cervicitis crónica moderada inespecífica LR: fragmentos de carcinoma epidermoide poco diferenciado invasor con extensa ulceración y necrosis tumoral multifocal
3951-13	49	923304	biopsia	fragmentos de carcinoma epidermoide de células grandes bien diferenciado queratinizante invasor, con zonas de carcinoma in situ y cervicitis crónica moderada extensa, no hay invasión vasculo-linfática
3970-13	61	732537	LR sin BR	fragmentos de carcinoma epidermoide poco diferenciado con zonas de hemorragia extensa
3971-13	52	921900	biopsia	múltiples fragmentos de adenocarcinoma poco diferenciado con zonas extensas de necrosis en un 60% y ulceración superficial
3982-13	59	921503	biopsia	cérvix: lesión intraepitelial escamosa cervical de alto grado (NIC III), displasia severa en un fragmento diminuto de exocervix desprovisto de lámina propia y estroma endometrio: con fragmentos de carcinoma escamosos moderadamente diferenciado con zonas de extensa hemorragia y ulceración comentario: se incluyó en su totalidad el tejido enviado sin presencia de tejido endometrial en ninguno de los cortes examinados
4079-13	67	924437	biopsia y LR con BR	LR: fragmentos de carcinoma epidermoide con hemorragia extensa desprovisto de estroma sin tejido endometrial Biopsia: carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado de células grandes no queratinizante invasor con extensión glandular
4118-13	57	924531	LR sin BR	fragmentos de carcinoma adenoescamoso con hemorragia multifocal sin relación con estroma
4142-13	53	924619	biopsia	carcinoma epidermoide no queratinizante poco diferenciado, invasor con extensión a glándulas endocervical
4194-13	54	924760	LR sin BR	fragmentos de carcinoma epidermoide de células grandes queratinizante con moderada inflamación aguda y crónica inespecífica
4277-13	49	919311	biopsia	Carcinoma epidermoide cervico uterino invasor moderadamente diferenciado con angioinvasión moderada. Cervicitis crónica asociado a VPH en fase activa
4457-13	42	925308	biopsia	Fragmentos de carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado cervicouterino con focos de invasión y extensión amplia a glándulas cervicales. Ulceración superficial en dos fragmentos examinados y cervicitis crónica moderada concomitante, no se observa angioinvasión
4911-13	67	874924	biopsia	Carcinoma adenoescamoso infiltrante a fibras de músculo estriado con ulceración superficial y hemorragia reciente, no hay evidencia de invasión linfovascular. Nota los fragmentos enviados corresponden al tumor, no hay tejido sano valorable
5150-13	42	--	biopsia	fragmentos de adenocarcinoma con ulceración superficial y necrosis tumoral del 40%, no se aprecia angioinvasión comentario prácticamente todos los fragmentos enviados corresponden al tumor
5151-13	43	925851	LR sin BR	Carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado queratinizante, infiltrante con necrosis tumoral en 20% muestra examinada. Exocervix residual lesión intraepitelial escamosa de alto grado (NIC III) displasia severa

5300-13	46	923876	biopsia	carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado con inflamación crónica leve
5323-13	44	928187	biopsia	múltiples fragmentos de carcinoma e3pidermoide poco diferenciado con extensión a glándulas endocervical sin evidencia de angioinvasión, cervicitis crónica moderada
5358-13	86	928250	biopsia	carcinoma epidermoide poco diferenciado con focos de invasión, con extensión amplia a glándulas endocervical, cervicitis crónica moderada, no se identifica angioinvasión
5515-13	66	929212	biopsia	carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado no queratinizante con focos de invasión, hemorragia extensa y necrosis tumoral, inflamación crónica moderada concomitante
5811-13	74	926582	cono	fragmentos de carcinoma epidermoide de moderadamente a bien diferenciado, cervicouterino invasor, con extensión amplia a glándulas endocervicales sin angioinvasión con ulceración superficial e inflamación severa concomitante, borde quirúrgico entintado positivo
5911-13	66	927132	biopsia	fragmentos de carcinoma epidermoide cervicouterino de bien a moderadamente diferenciado no queratinizante con crecimiento papilar multifocal, cervicitis crónica comentario: la muestra en su mayoría corresponde al tumor, el estroma es escaso por lo que no se puede valorar invasión
6041-13	52	930419	LR con BR	fragmentos de carcinoma adenoescamoso con inflamación aguda superficial, sin relación con el estroma con necrosis del 10%
6155-13	82	927424	Biopsia	fragmentos de carcinoma epidermoide pobremente diferenciado con invasión multifocal, cervicitis crónica y aguda severa con necrosis tumoral del 15%
6207-13	54	899156	biopsia	Fragmentos de carcinoma epidermoide de bien ha moderadamente diferenciado con crecimiento papilar multifocal, inflamación crónica e hiperqueratosis superficial.
6446-13	43	555875	biopsia	Carcinoma epidermoide de células grandes moderadamente diferenciado no queratinizante cervicouterino con varios focos de invasión. Cervicitis crónica severa sin evidencia de invasión linfovascular referido de vagina: tejido vaginal con carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado con permeación vascular moderada y necrosis del 10%
6581-13	49	928755	biopsia	Carcinoma epidermoide de células gigante moderadme diferenciado no queratinizante cervico uterino con hemorragia y necrosis tumoral superficial.
6752-13	64	922551	biopsia	adenocarcinoma moderadamente diferenciado con metaplasia escamosa extensa, no angioinvasión
6759-13	49	926068	LR con BR	carcinoma de células escamosos moderadamente diferenciado no queratinizante invasor en fragmentos de hasta 0.5cm, no angioinvasión
6857-13	32	933326	biopsia	Adenocarcinoma de tipo endocervical poco diferenciado en fragmentos de hasta 0.8cm. No se identifica angioinvasión ni órgano residual
6945-13	64	922551	biopsia	adenocarcinoma moderadamente diferenciado con metaplasia escamosa extensa, necrosis tumoral del 30%, no angioinvasión no órgano residual
6996-13	55	933678	biopsia y LR con BR	1. lesión intraepitelial escamosa de alto grado (NIC 3) con cambios citopáticos asociados a VPH 2. carcinoma epidermoide pobremente diferenciado multifragmentado en fragmentos de hasta 1.5cm de eje mayor, invasión vascular presente, cambios citopáticos asociados a VPH
6997-13	75	933682	biopsia y LR con BR	1. detritus células con inflamación aguda y crónica inespecífica hemorragia moderada 2. carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado, angioinvasión no aparente en el material examinado
7195-13	49	--	biopsia	carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado queratinizante en fragmentos de hasta 0.6cm eje mayor, no se identifica angioinvasión
7237-13	32	928441	biopsia	carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado no queratinizante infiltrante con extenso componente intraepitelial, angioinvasión presente
7299-13	29	924464	biopsia	Carcinoma epidermoide invasor de células grandes no queratinizante moderadamente diferenciado. No se observa invasión peri neural ni linfovascular, no se identifica carcinoma in situ en fragmentos remitidos. Cambios viro paticos propios de infección por virus de papiloma humano en epitelio exocervical supra yacente. hay carcinoma en los bordes de todos los fragmentos remitidos
7353-13	45	934895	biopsia	Carcinoma epidermoide invasor bien diferenciado, queratinizante en fragmentos de hasta 0..9cm ulcerado. Borde de sección quirúrgica positivo para neoplasia. Angioinvasión no se identifica
7520-13	36	935743	biopsia	Carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado no queratinizante micro invasor con profundidad de 3mm y extensión de 5mm, con extensión amplia a glándulas endocervicales y zonas de tipo in situ. Cervicitis crónica moderada asociada a infección por VPH
7709-13	80	935210	biopsia	carcinoma epidermoide poco diferenciado no queratinizante invasor de hasta 0.8cm de eje mayor en siete de siete fragmentos invasión vascular presente
7713-13	38	936488	biopsia	adenocarcinoma de endocervix de tipo endocervical moderadamente diferencia de hasta 1cm de eje mayor en 4 de 4 fragmentos recibidos, no se identifica angioinvasión
7875-13	42	937551	LR con BR	Carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado, queratinizante invasor en fragmentos de hasta 0.7cm. No se identifica invasión vascular ni peri neural
7905-13	36	935743	cono	Exocervix: carcinoma de cel. Escamosas micro invasor en un foco microscópico de 0.1cm de profundidad y 0.1cm de extensión. No se identifica angioinvasión. Lesión intraepitelial escamosa de alto grado (ca in situ) con extensión glandular y lesión en borde quirúrgico exo y endocervical endocervical: lesión intraepitelial escamosa de alto grado (ca in situ) con extensión glandular y un foco microscópico de micro invasión de 0.1cm de profundidad y 0.1cm de extensión. No se identifica angioinvasión
7992-13	37	937704	LR con BR	carcinoma epidermoide poco diferenciado infiltrante y ulcerado en fragmentos de hasta 1cm, no angioinvasión
8059-13	33	937980	biopsia	adenocarcinoma poco diferenciado con diferenciación mucinosa extensa con células en anillo de sello en estroma endocervical no se identifica angioinvasión necrosis tumoral del 20% en fragmentos de hasta 0.7cm Inmuno: Vimentina neg RE y RP neg ACE positivo
8152-13	80	885604	biopsia	carcinoma poco diferenciado invasor, en fragmentos de hasta 0.3cm con necrosis tumoral extensa del 60%, no angioinvasión
8268-13	28	938847	biopsia	carcinoma epidermoide poco diferenciado infiltrante ulcerado en fragmentos de gasta 1cm, no angioinvasión
8315-13	63	939048	biopsia	adenocarcinoma poco diferenciado infiltrante en fragmentos de hasta 0.7cm, angioinvasión presente
8330-13	55	938616	LR con BR	adenocarcinoma moderadamente diferenciado invasor en estroma cervical, epitelio escamosos exocervical con cambios citopáticos asociados a VPH, no se identifica endocervix en el material

8411-13	58	939226	biopsia	carcinoma poco diferenciado infiltrante y ulcerado en fragmentos de hasta 1cm necrosis tumoral del 30% no angioinvasión
8580-13	52	939749	biopsia	adenocarcinoma de endocervix de tipo endometriode moderadamente diferenciado (G2) en fragmentos de hasta 1cm, no angioinvasión
8647-13	47	939307	LR con BR	carcinoma epidermoide poco diferenciado no queratinizante invasor en fragmentos de hasta 0.9cm, no angioinvasión
8697-13	54	940013	biopsia	carcinoma epidermoide invasor, moderadamente diferenciado, queratinizante ulcerado, necrosis tumoral extensa e inflamación aguda secundaria abscedada, no se observa invasión peri neural, invasión linfovascular presente
16-14	49	940036	biopsia	carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado no queratinizante en fragmentos de hasta 0.8cm, con necrosis tumoral del 20%, no se identifica angioinvasión
406-14	49	940822	biopsia	carcinoma invasor epidermoide poco diferenciado ulcerado
528-14	62	942174	biopsia	Adenocarcinoma de tipo villoglandular bien diferenciado infiltrante. No se observa angioinvasión. No se observa tejido residual
721-14	52	804666	biopsia	carcinoma adenoescamoso poco diferenciado ulcerado y con necrosis extensa, no se identifica angioinvasión
778-14	36	943139	biopsia	adenocarcinoma de tipo endocervical moderadamente diferenciado, no se identifica angioinvasión
952-14	50	943264	biopsia	carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado no queratinizante invasor en fragmentos de hasta 1.5cm de eje mayor, no se identifica angioinvasión
972-14	52	943505	biopsia y LR con BR	1. estroma con focos de carcinoma epidermoide poco diferenciado, infiltrante con invasión linfovascular presente, no se identifica epitelio exocervical 2. carcinoma epidermoide poco diferenciado infiltrante ulcerado en fragmentos de hasta 0.7cm, invasión linfovascular presente
973-14	30	943513	LR con BR	carcinoma epidermoide bien diferenciado, invasor en fragmentos de hasta 0.4cm, no angioinvasión
974-14	56	940532	biopsia	carcinoma epidermoide poco diferenciado, infiltrante ulcerado con necrosis tumoral del 40% y presencia de colonias bacterianas, invasión linfovascular presente
1367-14	62	944906	biopsia	Focos microscópicos de carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado en estroma cervical. No angioinvasión, epitelio cervical con LEIAG
1415-14	38	944264	biopsia	carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado invasor, no queratinizante con presencia de disqueratosis y fragmentos de neoplasia intraepitelial cervical de alto grado
1418-14	40	945890	biopsia	fragmentos sueltos de carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado sin relación con estroma, no angioinvasión, LEIAG in situ en endocervix residual
1426-14	58	945068	biopsia	Carcinoma epidermoide poco diferenciado no queratinizante invasor, en fragmentos de hasta 1.2cm. No angioinvasión
1514-14	49	945546	biopsia	carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado no queratinizante invasor en fragmentos de 1cm, invasión linfovascular presente
1534-14	48	944582	biopsia	carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado queratinizante, invasor en fragmentos de hasta 0.8cm invasión linfovascular presente
1761-14	48	942279	biopsia	adenocarcinoma de endocervix de tipo endocervical moderadamente diferenciado, ulcerado en fragmentos de hasta 1.3cm, invasión peri neural presente, no vascular
2157-14	44	947265	biopsia	adenocarcinoma poco diferenciado en fragmentos de hasta 1cm con necrosis tumoral del 20%, no se identifica invasión linfovascular ni epitelial exocervical
2160-14	63	945868	LR con BR	carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado invasor en fragmentos de hasta 0.7cm, invasión linfa no identificada
2236-14	56	949026	LR con BR	carcinoma epidermoide poco diferenciado no queratinizante, ulcerado, invasor en fragmentos de hasta 0.7cm con necrosis tumoral del 30%, invasión linfa presente
2259-14	95	949274	biopsia	carcinoma epidermoide no queratinizante moderadamente diferenciado infiltrante ulcerado y con necrosis tumoral del 10% en fragmentos de hasta 0.5cm, invasión vascular y linfática no identificada
2287-14	40	944735	biopsia	carcinoma poco diferenciado compatible con carcinoma adenoescamoso con necrosis tumoral del 90%, invasión linfomas no identificada
2378-14	82	862857	biopsia	Carcinoma de cel. escamosas poco diferenciado infiltrante ulcerado con fragmentos de hasta 0.7cm, necrosis tumoral del 10%, invasión linfovascular presente
2381-14	38	949586	biopsia	carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado invasor en fragmentos de hasta 0.8cm con necrosis tumoral del 10%, e invasión peri neural focal, no se identifica angioinvasión
2467-14	47	949773	biopsia	Carcinoma de cel. escamosas moderadamente diferenciado no queratinizante ulcerado invasor en fragmentos de hasta 1cm, no angioinvasión
2478-14	71	949772	biopsia	carcinoma epidermoide modernamente diferenciada infiltrante en fragmentos de hasta 1cm, necrosis tumoral del 10%, no angioinvasión
2553-14	28	949925	biopsia y LR sin BR	adenocarcinoma de endocervix poco diferenciado en fragmentos de hasta 1cm, no se identifica invasión linfovascular, epitelio exocervical sin atipia, Endocervicitis crónica inespecífica en laminilla
2588-14	68	949959	biopsia	carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado no queratinizante infiltrante en fragmentos de hasta 0.8cm de eje mayor, invasión linfovascular presente
2679-14	36	950590	biopsia	carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado no queratinizante invasor, en fragmentos de hasta 0.7cm, necrosis tumoral de 5%, no se identifica invasión linfovascular
2682-14	46	949277	biopsia	Carcinoma poco diferenciado invasor en fragmentos de hasta 0.6cm, no se identifica angioinvasión. Epitelio exocervical con LIEBG con cambios citopáticos asociados a VPH
2828-14	74	--	biopsia	carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado no queratinizante invasor en fragmentos de hasta 0.8m, angioinvasión presente
2944-14	65	951581	biopsia	carcinoma poco diferenciado invasor consistente con carcinoma adenoescamoso en fragmentos de hasta 4cm con necrosis tumoral del 15% y hemorragia reciente, no se identifica invasión linfovascular
2995-14	49	951517	LR con BR	carcinoma epidermoide poco diferenciado no queratinizante, invasor, en fragmentos de hasta 1cm, invasión linfovascular presente
3072-14	55	952032	biopsia	carcinoma epidermoide poco diferenciado no queratinizante invasor y ulcerado en fragmentos de hasta 1cm, invasión linfovascular presente
3129-14	38	952240	biopsia	carcinoma poco diferenciado invasor en fragmentos de hasta 1.5cm, consistente con carcinoma adenoescamoso, no se identifica invasión linfovascular

3230-14	55	959580	LR sin BR	fragmentos de carcinoma epidermoide de células grandes no queratinizante cervicouterino invasor con extensión amplia a múltiples glándulas endocervicales cervicitis crónica con metaplasia escamosa madura no hay evidencia de invasión linforeticular ni peri neural
3259-14	63	952547	LR con BR	carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado, invasor en fragmentos de hasta 0.4cm de eje mayor, no se identifica invasión linfovascular
3330-14	41	950917	biopsia	carcinoma adenoescamoso poco diferenciado subtipo de células vídriosas (glassy cell carcinoma), invasión linfovascular presente, peri neural no identificada
3484-14	38	952881	LR con BR	fragmento de carcinoma epidermoide de células grandes no queratinizante con hemorragia reciente periférica, sin evidencia de angioinvasión ni permeación peri neural
3509-14	69	947194	LR con BR	carcinoma epidermoide poco diferenciado no queratinizante invasor, multifragmentado de hasta 0.6cm de eje mayor, no tiene relación con el epitelio exocervical residual en la muestra, invasión linfovascular/peri neural no se identifica
3511-14	83	953512	LR con BR	fragmentos de epitelio consistente con carcinoma epidermoide no queratinizante, Nota: la muestra no incluye estroma adyacente, por lo que no es posible confirmar o excluir componente invasor en laminilla revisada, se sugiere correlación con aspecto clínico e imagenológico
3512-14	59	953079	biopsia	carcinoma epidermoide de bien a moderadamente diferenciado con áreas queratinizantes de células grandes invasor, cervicitis crónica con ulceración parcial con datos de infección por VPH sin evidencia de invasión linfovascular ni peri neural
3513-14	42	953513	biopsia	Carcinoma poco diferenciado infiltrante en fragmentos de exocervix, cambios viro paticas focales que sugieren infección por VPH, necrosis tumoral en 95% de la muestra remitida, Nota: el aspecto cito histopatológico sugiere adenocarcinoma/carcinoma adenoescamoso poco diferenciado. la extensa necrosis tumoral limita clasificación definitiva
3676-14	61	954184	LR con BR	Fragmentos de carcinoma epidermoide de células grandes no queratinizante con necrosis tumoral del 10% invasión focal al estroma en laminilla Núm. 2. Sin invasión linfovascular ni peri neural evidente. Escasas vellosidades coriales y trofoblasto sin alteraciones núm. laminilla 1. (probable contaminación)
3861-14	33	955042	LR con BR	carcinoma poco diferenciado consistente con carcinoma adenoescamoso infiltrante, ulcerado en fragmentos de hasta 1.3cm de eje mayor, no se identifica invasión linfovascular ni peri neural
3925-14	71	955466	LR con BR	adenocarcinoma de tipo endocervical moderadamente diferenciado de fragmentos de hasta 1cm, no se identifica invasión linfovascular
4005-14	46	951841	LR con BR	carcinoma epidermoide poco diferenciado de 0.2cm, no se identifica invasión linfovascular
4192-14	39	952926	LR con BR	fragmentos sueltos de carcinoma epidermoide bien diferenciado queratinizante, sin relación con el estroma, no se identifica invasión linfovascular
4212-14	45	953883	ETO	carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado queratinizante ulcerado en fragmentos de 0.9cm no se identifica angioinvasión
4262-14	35	957247	biopsia	carcinoma poco diferenciado compatible con carcinoma adenoescamoso poco diferenciado, infiltrate y ulcerado en fragmentos de hasta 1.6cm, invasión linfovascular presente
4267-14	69	956716	biopsia	carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado queratinizante invasor en fragmentos de hasta 1.7cm de eje mayor, no se identifica angioinvasión
4432-14	47	957682	LR con BR	cambios citológicos consistentes con adenocarcinoma moderadamente diferenciado, necrosis tumoral del 50%, no se identifica angioinvasión, nota el tejido presenta acentuados cambios por autólisis y necrosis extensa
4575-14	75	958747	LR con BR	carcinoma epidermoide de células grandes queratinizante in situ discontinuo que involucra ampliamente las glándulas endocervicales con un foco de micro invasión de 1mm
4649-14	51	958916	biopsia	fragmento de adenocarcinoma endocervical con zonas de ulceración extensas y necrosis tumoral del 60% sin evidencia de invasión linfovascular, comentario todo el tejido enviado corresponde al tumor sin tejido viable
4652-14	32	957925	biopsia	carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado invasor de células grandes no queratinizante, cervicitis crónica moderada con datos de infección por VPH
4701-14	51	958935	biopsia	Fragmento de carcinoma epidermoide cervicouterino moderadamente diferenciado con células grandes no queratinizante, con focos de invasión y necrosis tumoral del 10. No hay angioinvasión. Comentario todo el tejido enviado corresponde a tumor
4800-14	84	959237	biopsia	carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado cervicouterino de células grandes no queratinizante con extensivo a glándulas endocervicales y múltiples focos de invasión, cervicitis aguda y crónica concomitante, sin evidencia de angioinvasión
4801-14	48	959245	biopsia	fragmentos de carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado de células grandes no queratinizante, con áreas de invasión y extensión amplia a glándulas endocervicales, con ulcera con superficial parcial, sin evidencia de invasión linfovascular
5056-14	48	952380	biopsia	adenocarcinoma endocervical de tipo endometrioides ulcerado, moderadamente diferenciado
5062-14	67	911005	biopsia	Carcinoma epidermoide de células grandes no queratinizante, invasor moderadamente diferenciado. Necrosis tumoral en 10%, inflamación moderada
5095-14	70	961049	LR con BR	carcinoma epidermoide no queratinizante de células grandes ulcerado moderadamente diferenciado infiltrante
5400-14	33	960077	cono	adenocarcinoma de cérvix de tipo endocervical moderadamente diferenciado en fragmentos de hasta 0.9cm, no se identifica invasión linfovascular, ni epitelio exocervical
5438-14	49	962388	LR sin BR	Fragmentos de carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado de células grandes queratinizante con ulceración parcial. Cervicitis crónica moderada sin invasión linfovascular detectable. Nota todo el tejido examinado corresponde al tumor
5515-14	44	860986	biopsia	carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado no queratinizante invasor en fragmentos de hasta 0.7cm, invasión linfovascular presente
5612-14	59	958755	biopsia	Fragmento de carcinoma epidermoide de bien a moderadamente diferenciado con áreas de tipo queratinizante con hemorragia reciente multifocal sin evidencia de angioinvasión. Nota todo el tejido enviado corresponde al tumor
5711-14	32	963124	LR con BR	Carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado de células grandes no queratinizantes micro invasor con profundidad de 1mm extensión de 2mm y extensión a varias glándulas endocervicales. Cervicitis crónica quística con datos de infección por VPH sin lesión en bordes entintados
5802-14	38	961552	biopsia	Carcinoma epidermoide invasor bien diferenciado no queratinizante ulcerado. Cervicitis crónica y aguda intensa

5968-14	74	964024	biopsia	Carcinoma epidermoide bien diferenciado, invasor ulcerado en 5% de la muestra. Carcinoma epidermoide in situ en 95% de la muestra, inflamación crónica intensa
6132-14	75	964511	biopsia	Carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado infiltrante con hemorragia reciente y zonas de necrosis
6133-14	49	964528	biopsia	carcinoma adenoescamoso moderadamente diferenciado ulcerado
6188-14	46	963053	LR con BR	Carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado invasor en fragmentos de hasta 1.5cm, invasión linfovascular presente, PAS y Azul alciano negativo en cel. neoplásicas
6196-14	66	964537	LR con BR	adenocarcinoma poco diferenciado, ulcerado en cérvix
6198-14	33	960588	biopsia	adenocarcinoma poco diferenciado
6269-14	33	964260	LR con BR	adenocarcinoma bien diferenciado
6481-14	50	966289	cono	Carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado queratinizante ulcerado infiltrante con comedonecrosis, con necrosis tumoral del 10% grado 2. invasión linfovascular no identificada
6549-14	54	965390	LR con BR	carcinoma epidermoide de cérvix, invasor, moderadamente diferenciado no queratinizante, ulcerado, grado 2, invasión linfovascular no identificada, exo y Endocervicitis crónica intensa
6587-14	34	960077	biopsia	adenocarcinoma mucinoso de endocervix de tipo villoglandular en fragmentos de hasta 4cm. Invasión linfovascular presente
6588-14	49	966674	biopsia	carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado, infiltrante, tejido de granulación e inflamación aguda y crónica
6593-14	57	966887	LR con BR	carcinoma epidermoide no queratinizante de cérvix, invasor moderadamente diferenciado grado 2, necrosis tumoral presente, invasión linfovascular no identificada
6595-14	69	966786	biopsia	Carcinoma epidermoide invasor moderadamente diferenciado (grado 3), ulcerado y asociado a VPH, necrosis tumoral del 10%, invasión vascular presente. P63 positivo
6598-14	60	955042	biopsia	carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado invasor
6704-14	32	967312	biopsia	carcinoma epidermoide de cérvix, invasor, moderadamente diferenciado (grado 2), ulcerado, invasión linfovascular presente, inflamación crónica intensa
6761-14	50	958212	biopsia	carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado, queratinizante invasor en fragmento de hasta 0.8cm, necrosis tumoral del 10%, invasión vascular/linfática y peri neural no se identifica
6909-14	44	967980	LR con BR	carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado invasor, queratinizante
6979-14	79	967443	LR con BR	Carcinoma epidermoide poco diferenciado no queratinizante invasor ulcerado. Invasión vascular/linfática y peri neural no se identifica
6990-14	57	968148	LR con BR	adenocarcinoma de endocervix bien diferenciado
7048-14	46	968145	biopsia	carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado queratinizante invasor en fragmentos de hasta 0.8cm necrosis tumoral del 5%, invasión linfovascular y peri neural no se identifica
7163-14	78	968984	biopsia	Carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado invasor ulcerado con extensa desmoplásica y necrosis tumoral de tipo comedo. Invasión vascular/linfática no identificada
7203-14	68	810296	biopsia	Carcinoma epidermoide micro invasor (profundidad de 1mm y extensión de menos de 1mm, medido con regla habitual) en uno de los fragmentos examinados. Resto con carcinoma in situ de células grandes no queratinizante moderadamente diferenciado grado 2, cervicitis crónica moderada concomitante
7266-14	47	967508	biopsia	carcinoma epidermoide poco diferenciado localizado en estroma cervical y fragmentos sueltos con hemorragia, invasión linfovascular presente, epitelio exocervical sin alteraciones
7307-14	47	970103	LR con BR	Laminillas 1,2 y 3: carcinoma escamoso, no queratinizante moderadamente diferenciado (grado 2), con crecimiento exofítico con invasión a tejido para cervical; necrosis tumoral del 20% laminilla 4: bordes no son posibles determinar, no se observa tinta y no es posible determinar tamaño tumoral. Autolisis extensa de endometrio con focos de invasión al miometrio de carcinoma laminilla 5: tejido fibroconectivo y adiposo con implantes de carcinoma, inflamación crónica moderada y fibrosis
7519-14	61	969094	biopsia	fragmentos de carcinoma poco diferenciado con áreas que semejan adenocarcinoma de tipo intestinal endocervical
8003-14	47	969663	biopsia	carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado queratinizante invasor, invasión linfo no identificada
8138-14	59	972163	LR con BR	carcinoma epidermoide moderadamente/poco diferenciado invasor en fragmentos de hasta 0.5cm de diámetro mayor, no se identifica invasión linfovascular
8169-14	30	971066	biopsia	Carcinoma poco diferenciado epidermoide invasor fragmentado y ulcerado con patrón de células claras. Necrosis tumoral en 20% de la muestra, invasión linfo no identificada
8260-14	62	--	biopsia	Carcinoma poco diferenciado en fragmentos de hasta 1cm. No se identifica invasión linfovascular ni órgano residual
8290-14	67	--	biopsia y LR sin BR	Biopsia: carcinoma epidermoide queratinizante bien diferenciado, no invasión linfo. LR: carcinoma in situ
8304-14	74	969803	biopsia	carcinoma epidermoide poco diferenciado de alto grado con patrón de células claras, ulcerado, con necrosis tumoral del 20% en fragmentos de hasta 2.5cm
8730-14	39	973239	cono	Carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado queratinizante invasor en fragmentos de hasta 1cm de eje mayor con lesión en borde endocervical. Invasión linfo presente. Lesión intraepitelial escamosa de alto grado (NIC 3, in situ) con extensión glandular en el resto del cérvix
8739-14	53	975225	LR con BR	carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado no queratinizante con infiltrado inflamatorio crónico 1+, no se identifica invasión linfo ni cérvix residual
8754-14	32	973212	LR con BR	carcinoma epidermoide poco diferenciado infiltrante, no se observa órgano residual
8757-14	48	975239	biopsia	carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado no queratinizante, invasión linfovascular presente, peri neural presente, no se identifica cérvix residual
8802-14	58	975688	biopsia	carcinoma epidermoide no queratinizante poco diferenciado, invasor de hasta 0.7cm, invasión linfo presente
8830-14	61	975742	biopsia	carcinoma epidermoide invasor no queratinizante poco diferenciado en fragmentos de hasta 1.3cm, no se identifica invasión linfovascular
170-15	54	--	biopsia	Carcinoma epidermoide invasor, no queratinizante, moderadamente diferenciado en fragmentos de hasta 1 cm. No ILV.
282-15	42	976937	biopsia	Carcinoma epidermoide queratinizante, moderadamente diferenciado, invasor en fragmentos de hasta 2 cm. No ILV.

291-15	36	838112	biopsia	Carcinoma epidermoide no queratinizante, moderadamente diferenciado en fragmentos de hasta 1.2 cm. No ILV
324-15	22	973769	biopsia	Carcinoma epidermoide no queratinizante, moderadamente diferenciado, en fragmentos de hasta 1 cm. No ILV.
385-15	22	973764	biopsia	Carcinoma epidermoide poco diferenciado, invasor, ulcerado, con desmoplásica e intenso infiltrado inflamatorio linfocitario, en fragmentos de hasta 0.6 cm. No ILV.
482-15	68	978013	biopsia	Carcinoma epidermoide no queratinizante, poco diferenciado, ulcerado, infiltrante en fragmentos de hasta 2 cm. No ILV.
782-15	29	9790045	biopsia	Carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado, queratinizante, ulcerado en fragmentos de hasta 1.5 cm. ILV presente.
793-15	29	976452	biopsia	Carcinoma epidermoide invasor, ulcerado, moderadamente diferenciado, no queratinizante.
933-15	41	979812	biopsia	Carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado, invasor, no queratinizante. ILV presente y extensa.
1052-15	70	980060	biopsia	Carcinoma poco diferenciado, de alto grado con pleomorfismo marcado y necrosis tumoral del 95%.
7287-15	95	981277	biopsia	Carcinoma epidermoide queratinizante, invasor de células grandes moderadamente diferenciado. Necrosis del 10%. Calcificaciones tipo Monckenberg.
1526-15	57	981861	biopsia	Carcinoma epidermoide multifragmentado, con cambios sugerentes de infección por VPH, ulcerado con hemorragia reciente extensa.
1626-15	35	978088	biopsia	Carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado, invasor, queratinizante y ulcerado, multifragmentado. Carcinoma epidermoide in situ fragmentado.
1766-15	35	978088	biopsia	Carcinoma epidermoide infiltrante, moderadamente diferenciado, queratinizantes, ulcerado. Inflamación crónica moderada, No ILV. Fragmentos de hasta 3 cm.
2055-15	56	817150	biopsia	Carcinoma epidermoide infiltrante moderadamente diferenciado, asociado a VPH, multifragmentado, fragmentos de hasta 1.2 cm.
2157-18	66	984577	biopsia	Carcinoma papilar de células claras ulcerado (artificios por mala fijación).
2393-15	45	970263	biopsia	Adenocarcinoma de tipo endocervical poco diferenciado en 3 de 3 fragmentos. No ILV.
2445-15	83	985453	biopsia	Carcinoma epidermoide no queratinizante de células grandes invasor.
2593-15	63	983584	biopsia	Adenocarcinoma de tipo endocervical con diferenciación intestinal difusa.
2700-15	53	979526	biopsia	Carcinoma poco diferenciado, infiltrante, ulcerado, multifragmentado con necrosis extensa. No ILV.
2759-15	59	976671	biopsia	Adenocarcinoma de endocervix, moderadamente diferenciado/Grado2 de tipo usual. Ulcerado con inflamación aguda y crónica y formación de abscesos, en fragmentos de hasta 3.3 cm, No ILV.
2790-15	44	985446	biopsia	Carcinoma epidermoide poco diferenciado invasor en fragmentos de hasta 0.6 cm. No ILV.
3141-15	44	983530	biopsia	Carcinoma epidermoide micro invasor, ulcerado, con penetración glandular. Inflamación crónica intensa. Bordes quirúrgicos no valorables.
3203-18	83	979158	biopsia	Carcinoma de alto grado con patrón papilar de células claras. Necrosis y colonias bacterianas presentes. No se identifica epitelio no neoplásico.
3483-15	48	990172	biopsia	Carcinoma epidermoide no queratinizante invasor, moderadamente diferenciado, con carcinoma epidermoide in situ. ILV presente.
3580-15	39	990553	biopsia	Carcinoma epidermoide no queratinizante invasor, poco diferenciado. NO ILV, No IPN, Necrosis tumoral del 90%.
3662-15	39	952881	biopsia	Fragmento de carcinoma epidermoide no queratinizante, invasor, con extensa necrosis y asociación a VPH.
3743-15	57	990860	biopsia	Carcinoma escamo transicional papilar de alto grado, invasor de cérvix con extensa hemorragia. IHQ ck7 +, ck20-, p53-, ki67 + 60%. Consistente con carcinoma epidermoide poco diferenciado con patrón papilar.
3932-15	49	991317	biopsia	Carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado, ulcerado, asociado a cambios por VPH e inflamación crónica intensa (LR).
4294-15	49	991317	biopsia	Carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado, ulcerado queratinizantes. No ILV.
4344-15	28	990692	biopsia	Carcinoma epidermoide in situ con zona microscópica de micro invasión menor a 5 mm, con extensión glandular a 1 mm del borde entintado. Endocervicitis crónica quística. Hiperplasia micro glandular.
5758-15	54	996556	biopsia	Adenocarcinoma poco diferenciado infiltrante ulcerado, en fragmentos de hasta 0.5 cm. ILV presente.
5800-15	27	903232	biopsia	Carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado e fragmentos de hasta 0.5 cm, infiltrante. ILV presente.
5298-15	34	995335	biopsia	Carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado, no queratinizante, multifragmentado. No ILV. (LR).
5304-15	62	995332	biopsia	Carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado, no queratinizante, infiltrante, ulcerado, en fragmentos de hasta 0.6 cm. No ILV.
6179-15	56	996329	biopsia	Carcinoma epidermoide no queratinizante, poco diferenciado, infiltrante, con necrosis multifocal, en fragmentos de hasta 1.5 cm. No ILV.
6238-15	39	953178	biopsia	Carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado, infiltrante, en fragmentos de hasta 0.4 cm. No ILV.
6300-15	37	9982880	biopsia	Carcinoma epidermoide infiltrante, no queratinizante, poco diferenciado en fragmentos de hasta 0.4 cm. No ILV. (LR).
6463-15	49	999703	biopsia	Carcinoma epidermoide poco diferenciado, infiltrante, ulcerado, en fragmentos de hasta 1.3 cm. No ILV.
6465-15	25	999232	biopsia	Carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado, infiltrante, ulcerado en fragmentos de hasta 0.8 cm, NO ILV. (LR).
6553-15	28	999897	biopsia	Carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado, no queratinizante, infiltrante, ulcerado, en fragmentos de hasta 1.5 cm. No ILV.
6625-15	38	998196	biopsia	Carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado, infiltrante no queratinizante ulcerado en fragmento de hasta 0.9 cm. ILV presente.
6789-15	60	998862	biopsia	Carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado, infiltrante ulcerado con necrosis tipo comedo en 30%, en fragmentos de hasta 0.8 cm. No ILV.
6814-15	40	866218	biopsia	Carcinoma epidermoide poco diferenciado con pleomorfismo acentuado, infiltrante y ulcerado, en fragmentos de hasta 0.5 cm. ILV presente. (LR).

6830-15	27	995820	biopsia	Carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado, infiltrante, ulcerado, en fragmentos de hasta 0.7 cm. ILV presente. (LR)
6839-15	51	998858	biopsia	Carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado, infiltrante, ulcerado, en fragmentos de hasta 0.5 cm. LIEAG en epitelio residual. No ILV.
6857-15	48	--	biopsia	Carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado, infiltrante en fragmentos de hasta 1 cm. ILV presente.
6936-15	48	999569	biopsia	Carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado, infiltrante. Borde quirúrgico positivo para neoplasia.
6966-15	55	--	biopsia	Carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado, infiltrante y ulcerado con necrosis del tipo comedo en 15%, en fragmentos de hasta 1 cm. No ILV. (LR)
7155-15	55	1000897	biopsia	Carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado, infiltrante, ulcerado, en fragmentos de hasta 1 cm, No ILV. No IPN.
7330-15	85	1001537	biopsia	adenocarcinoma de tipo endocervical moderadamente diferenciado
7400-15	64	1001078	biopsia	carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado no queratinizante invasor, no se identifica angioinvasión
7430-15	64	1001078	LR con BR	carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado, queratinizante, invasor en fragmentos de hasta 1.4cm
7500-15	62	1002283	biopsia	carcinoma epidermoide poco diferenciado no queratinizante invasor con necrosis tumoral del 20% e fragmentos de hasta 1cm, no ILV
7706-15	72	1002922	biopsia	carcinoma poco diferenciado ulcerado con necrosis tumoral del 10% e invasión vascular linfática presente
7871-15	40	1002647	biopsia	carcinoma epidermoide bien diferenciado asociado a lesión intraepitelial de alto grado y efecto citopáticos de VPH
7873-15	47	1003265	biopsia	carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado ulcerado focalmente queratinizante, inflamación crónica y aguda
7878-15	45	1001036	LR con BR	carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado, queratinizante infiltrante con necrosis multifocal en fragmentos hasta 0.3cm no ILV
7929-15	55	1003652	LR con BR	adenocarcinoma moderadamente diferenciado en estroma exo y endocervical
8537-15	56	940013	biopsia	carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado no queratinizantes ulcerado, no ILV
8607-15	25	1006105	biopsia	carcinoma poco diferenciado consistente con carcinoma adenoescamoso en fragmentos de hasta 1.5cm
8729-15	70	1004574	biopsia	carcinoma poco diferenciado infiltrante compatible con carcinoma epidermoide poco diferenciado ulcerado, no ILV
8823-15	46	1006428	biopsia	adenocarcinoma moderadamente diferenciado consistente con adenocarcinoma de tipo endometriode con metaplasia escamosa focal, ulcerado, no ILV
9107-15	54	929724	biopsia	carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado queratinizantes, invasor en fragmentos de hasta 1.3cm, no ILV
9243-15	59	1007970	biopsia	carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado, queratinizantes invasor en fragmentos de hasta 0.8cm no ILV