

XXXII CONGRESO ARGENTINO  
de GINECOLOGIA  
y OBSTETRICIA

mendoza  
**FASGO**  
2017



# Biopsia ampliada. Microinvasión



Dra. Claudia Perinetti  
Sociedad Argentina de Patología  
Del TGI y Colposcopia

- Elección del tratamiento
- Técnica
- Complicaciones
- Persistencia / Recurrencia
- Microinvasión

## Biopsia ampliada. Tipos de tratamiento

- El tratamiento escisional con **bisturí frío** ha sido históricamente el tratamiento de elección para las lesiones de alto grado.
- La aparición de la **radiofrecuencia** revolucionó el tratamiento de las lesiones pre-neoplásicas del cuello uterino.

Cuál es el tratamiento indicado en la lesión de alto grado?

Bibliografía

Resultados  
Complicaciones

## Bibliografía

- **Revisión sistemática** → la mayoría de los estudios randomizados que evalúan procedimientos para el tratamiento del CIN **NO distinguen** mujeres con lesión **exocervical y endocervical.**

## Bibliografía



- Tipos de tratamientos
- Tamaño y localización de las lesiones
- Dimensiones pieza histológica

**No uniformidad**



Complicaciones tempranas  
Complicaciones tardías  
Tasas de recurrencia  
Tasas de persistencia

↓  
Resultados

*Current Commentary*

## 2011 Colposcopic Terminology of the International Federation for Cervical Pathology and Colposcopy

*Jacob Bornstein, MD, MPA, James Bentley, MB, ChB, Peter Bösze, MD, Frank Girardi, MD, Hope Haefner, MD, Michael Menton, MD, Myriam Perrotta, MD, Walter Prendiville, MD, Peter Russell, MD, Mario Sideri, MD, Björn Strander, MD, Silvio Tatti, MD, Aureli Torne, MD, and Patrick Walker, MD*

VOL. 120, NO. 1, JULY 2012 **OBSTETRICS & GYNECOLOGY**

La **nueva nomenclatura** (IFCPC, Rio 2011) incluye **apéndice** → nueva denominación de los **Tipos de Tratamientos** en concordancia con la clasificación de los **Tipos de Zona de Transformación.**

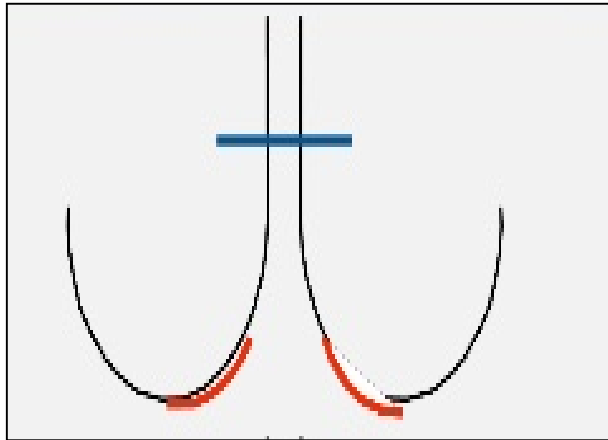
Terminología colposcópica del <b>cuello uterino – apéndice</b> de IFCPC 2011 <sup>1</sup>	
<b>Tipos de tratamiento de escisión</b>	<b>Tipo de escisión 1,2,3</b>
<b>Medidas de la muestra de escisión</b>	<p><b>Largo</b> – distancia del margen distal/externo al margen proximal/interno</p> <p><b>Grosor</b> – distancia del margen estromal a la superficie de la muestra extirpada</p> <p><b>Circunferencia</b> (Opcional)- el perímetro de la muestra extirpada.</p>

- Tipos de escisión
- Dimensiones de la pieza

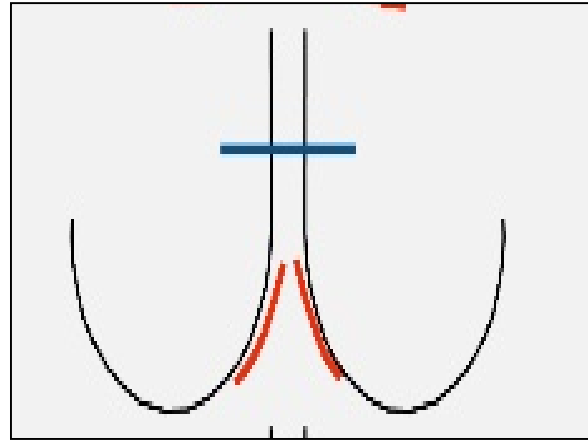


## Tipos de escisiones

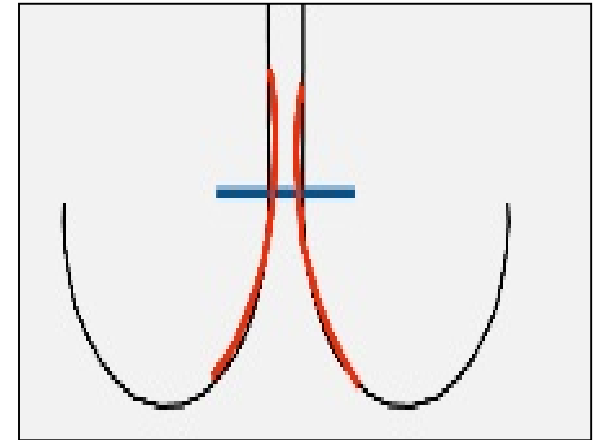
ZT tipo 1



ZT tipo 2



ZT tipo 3



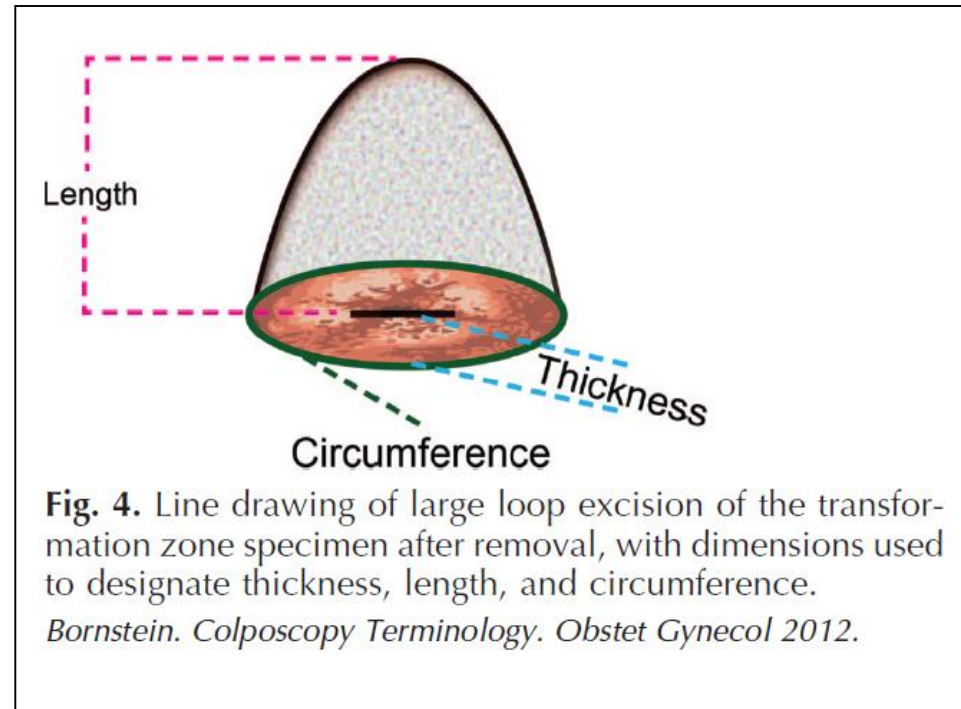
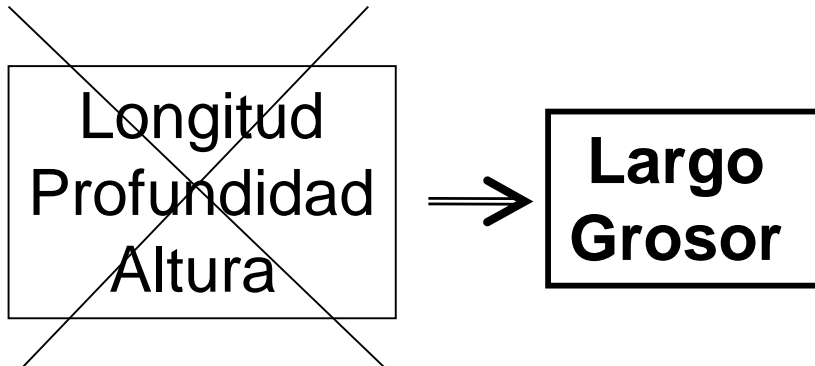
**ZT tipo 1:** exocervical, completamente visible

**ZT tipo 2:** parcialmente endocervical, pero visible en su totalidad

**ZT tipo 3:** con componente endocervical no visible

## Dimensiones de la pieza

### Estandarización de las dimensiones



## Elección del tratamiento

Se puede decidir tratamiento sólo con el diagnóstico histológico de la lesión y los datos de la paciente?

## **Valoración colposcópica**

“La localización endocervical de la lesión y la unión escamo-columnar no visible, se correlacionan con márgenes endocervicales comprometidos”

## Elección del tratamiento

Utilizando el asa de radiofrecuencia, es importante el tamaño de la escisión?

### **Elección correcta de la dimensión**

“En piezas con una profundidad menor a 10 mm aumenta la posibilidad escisión incompleta”

## Elección del tratamiento

Y si utilizamos la doble pasada de rutina, sin diferenciar ZT tipo 1 y ZT tipo 2 ?

**No utilizar de rutina doble pasada**

“La realización **rutinaria** de la doble pasada **NO** disminuye en forma significativa el compromiso de los márgenes, y **SI** aumenta la posibilidad de estenosis cervical, colposcopia insatisfactoria y citología insuficiente en el control pos-leep”

## Elección del tratamiento

Escisión tipo 1

ZT tipo 1

Escisión exocervical  
(única pasada)

Asa semicircular  
LLETZ

Escisión tipo 2

ZT tipo 2

Escisión exocervical  
+  
Profundización de canal  
(doble pasada)

Asa semicircular  
+ asa cuadrada

Escisión tipo 3

ZT tipo 3

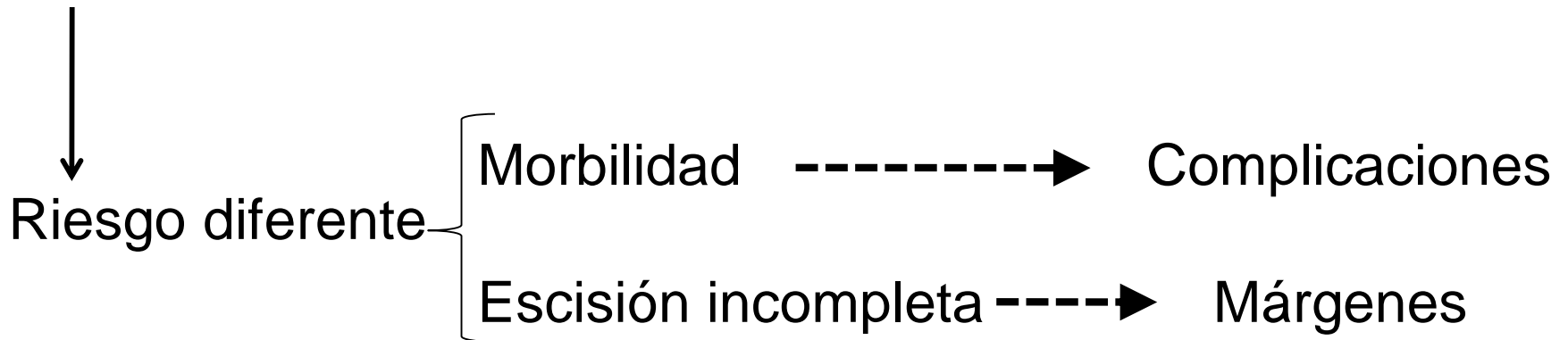
Escisión completa  
del canal cervical

Conización con bisturí,  
microaguja

## Elección del tratamiento

### Tipo de Escisión

La escisión de cada tipo de Zona de Transformación esta asociada a una técnica diferente.



## Complicaciones

- Sangrado primario / secundario
- Infecciones
- Pérdida de la anatomía
- Estenosis cervical
- Dificultad para el seguimiento cito-colposcópico
- Relacionadas con la función reproductiva



## Complicaciones

- La conización con bisturí utiliza mayor tiempo quirúrgico, mayor **pérdida de sangre** intraoperatoria que el LEEP, y mayor incidencia de infecciones y de **sangrado pos-cono**.

*Mathevet P, Dargent D. Gynecol Oncol 1994 Aug;54(2):175-9  
Leiman G. Am J Obstet Gynecol 1980;136:14-8.*

- La conización con bisturí produce mayores alteraciones anatómicas del cuello y mayor incidencia de **estenosis cervical**.

*Baldauf JJ. Obstet Gynecol 1996 Dec;88(6):933-8.  
Socolov D, Anton G, Anton AC, Anton E, Socolov RV, Teleman S, et al. Chirurgia (Bucur). 2009; 104:295-301.*

## Complicaciones

### Estenosis cervical

- La estenosis cervical es una complicación que puede producir **dismenorrea, amenorrea y alteraciones en la fertilidad.**
- También incrementa los **falsos negativos citológicos** y la **colposcopia insatisfactoria** durante el seguimiento pos-cono.

## Complicaciones

### Función reproductiva

La mayor parte de la bibliografía informa **MAYOR RIESGO DE COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS** en pacientes que han sido sometidas a **tratamientos cervicales** mediante diferentes métodos, tanto de aborto tardío como de **parto pre-término**.

*Noehr B, Tabor A. Obstet Gynecol 2009 Dec;114(6):1232-8*

*Kyrgiou M, Prendiville W. Lancet 2006;367:489-98*

*Sagot P. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1995;58:53-8.*

## Complicaciones

### Función reproductiva

- Mayor porcentaje de **partos prematuros** relacionados a rotura prematura de membranas y presencia de corioamnionitis.

*Masamoto HJ. Obstet Gynaecol Res.2008 Oct;34(5):838-42*

*Sadler L. JAMA.2004 May 5;291(17):2100-6*

*Svare JA, Andersen LF. Ugeskr Laeger 1994 Jun 13;156(24):3636-8*

- En mujeres con conos de una profundidad mayor a 1,7 cm aumentaba el riesgo de RPM en **3 veces** comparado con las mujeres no tratadas.

*Sadler L. JAMA 2004 May 5;291(17):2100-6.*

## Complicaciones

### Función reproductiva

- Las complicaciones obstétricas están relacionadas con el LARGO del cono pero aun más con el **VOLUMEN**.
- El mayor volumen **NO** está relacionado con un mejor resultado (persistencia/recurrencia)

*Leiman G. Am J Obstet Gynecol 1980;136:14-8.*

*Sagot P. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1995;58:53-8.*

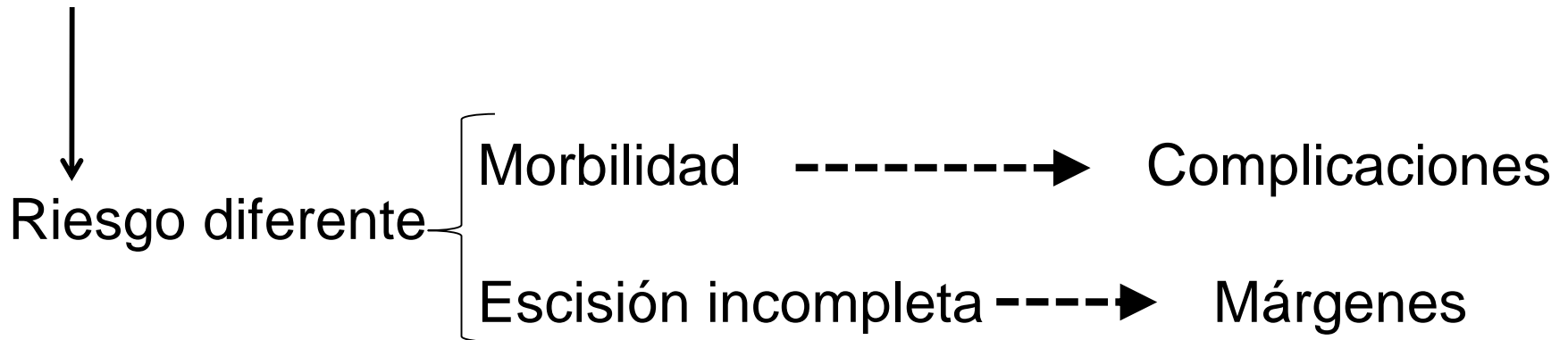
- El aumento de volumen es a expensas de un aumento del diámetro externo (CIRCUNFERENCIA) y no de la cantidad de canal.

*Phadnis SV. BJOG 2010 Apr;117(5):615-9.*

## Elección del tratamiento

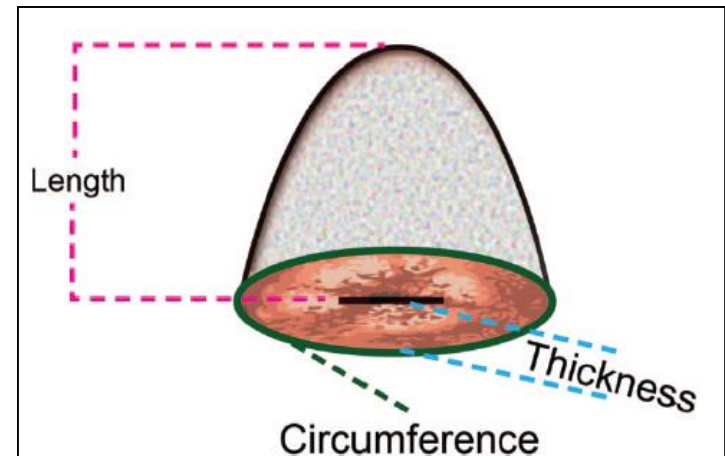
### Tipo de Escisión

La escisión de cada tipo de Zona de Transformación esta asociada a una técnica diferente.



## Márgenes

- La **valoración histopatológica** de cada sección debe ser cuidadosamente realizada e informada.
- El informe de los márgenes debe incluir:
  - margen exocervical
  - margen endocervical
  - margen estromal



## Márgenes

→ El compromiso de los márgenes es el predictor mas importante de **recurrencia y progresión** de enfermedad.

*Malapati R, Chaparala S, Cejtin HE. J Low Genit Tract Dis. 2011; 15:177–179.  
Manchanda R, Baldwin P, Crawford R, Vowler SL, Moseley R, et al. BJOG. 2008; 115:1238–1242.  
Ghaem-Maghami S, De-Silva D, Tipples M, Lam S, Perryman K, Soutter W. BJOG. 2011; 118:679–84.*

El compromiso de los márgenes también estaría asociado con la **edad** y el estado de **menopausia**, sobretodo el margen endocervical.

*Bae HS, ChungYW, Kim T, Lee KW, Song JY. Acta Obstet Gynecol Scand. 2013; 92:185–192.  
Papakonstantinou K, Kyrgiou M, Lyons D, Soutter WP, Ghaem-Maghami S. Am J Obstet Gynecol. 2014; 211:621–625.*



## Márgenes

### Factores relacionados con la persistencia y recurrencia

- **2455** conizaciones
- factores relacionados con el **cirujano**
- **tipo de tratamiento** (método, anestesia utilizada)
- tamaño de la pieza, **nº fragmentos** (integridad)

- Todos los factores relacionados con el cirujano fueron factores determinantes para **persistencia y recurrencia**.

La integridad de la pieza y tamaño de la pieza fueron los que mas se relacionaron con márgenes libres.

- Importancia de determinar el tipo de ZT
- Complicaciones
- Márgenes
- Persistencia / Recurrencia
- Elección del método

## Elección del método

- El método **más utilizado** es el LEEP debido a:  
corto **tiempo quirúrgico**  
baja tasa de **complicaciones**  
escasa **perdida sanguínea**.
- El **compromiso de márgenes** es más frecuente en el LEEP que en la conización a bisturí → mayor tasa de **recurrencias**

*Panna S, Luanratanakorn S. As Pac J Cancer Prev. 2009; 10:637–640.  
Zeng SY, Liang MR, Li LY, Wu YY. Eur J Gynaecol Oncol. 2012; 33:257–260.*

Entre el **50-80%** de los informes de las piezas de LEEP tienen **múltiples pasadas**.

*Miroshnichenko GG, Parva M, Holtz DO, Klemens JA, Dunton CJ. J Low Genit Tract Dis. 2009; 13:10–12.  
Ghaem-Maghami S, Sagi S, Majeed G, Soutter WP. Lancet Oncol. 2007; 8:985–893.  
Malapati R, Chaparala S, Cejtin HE. J Low Genit Tract Dis. 2011; 15:177–179.*

## Elección del método

**?!**

Lo dijo Prendiville...

“El LLETZ (Large Loop Excision of Transformation Zone) es muy utilizado para el tratamiento del CIN debido a sus grandes ventajas, como una técnica sencilla, paciente ambulatoria y bajo costo.”



**...sin embargo, en la lesión preinvasora endocervical, el LLETZ no siempre es utilizado correctamente.**

En una propuesta de mejorar los resultados del:

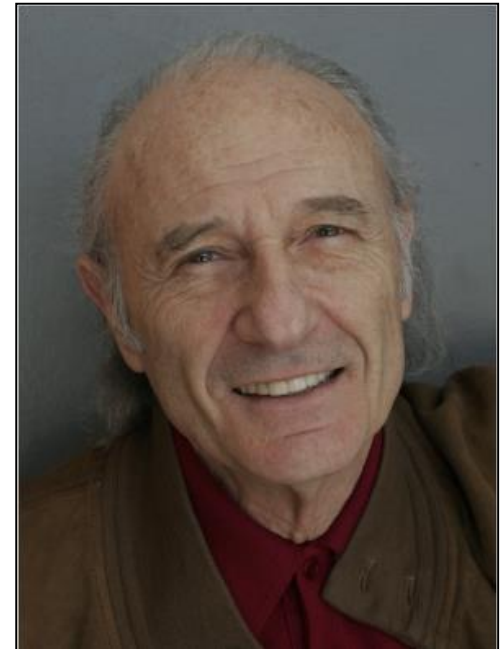
- **LLETZ** (márgenes)
- **Cono a bisturí** (perinatales y estenosis cervical)

Predniville propone la escisión **SWETZ** (Straight Wire Excision of the Transformation Zone)

*Prendiville 2003. The Treatment of grade 3 cervical intraepithelial neoplasia. In: Prendiville W, Ritter J, Tatti S, Twiggs L, editors. Colposcopy – Management Options. London: Saunders; 2003. p. 131–2.*

También descripto como **NETZ** (Needle Excision of the Transformation Zone) por Ferenczy y analizada por otros autores.

*Ferenczy A. Electrocoagulation of the cervix with a fine-needle electrode. Obstet Gynecol. 1994;84(1):152–9.*



## Elección del método

- **LLETZ / LEEP** se realiza de una manera más flexible utilizando diferentes tipos de asas y diferentes profundidades, mientras que el **electrocono**, realizado de un modo más **estandarizado**.

*Ghaem-Maghami S, Sagi S, Majeed G, Soutter WP. Lancet Oncol 2007;8:985–93.*

*Gardeil F, Barry-Walsh C, Prendiville W, Clinch J, Turner MJ. Obstet Gynecol 1997;89:419–22.*

*Basu PS, D’Arcy T, McIndoe A, Soutter WP. Lancet 1999;353:1852–3.*

-En lesiones endocervicales, **NETZ/SWETZ** demuestra mejores resultados en cuanto a:

- **menor fragmentación** de la pieza
- **márgenes libres**
- menor **enfermedad residual**.

*Basu PS, D’Arcy T, McIndoe A, Soutter WP. Lancet 1999;353:1852–3.*

*Panoskaltis T, Ind TE, Perryman K, Dina R, Abrahams Y, Soutter WP. BJOG 2004;111:748–53.*

*Camargo MJ, Russomano FB, Tristao MA, Huf G, Prendiville W. BJOG 2015;122:552–557.*

## En qué consiste la conización con microaguja?

- El procedimiento de la conización a microaguja es similar a la conización a bisturí, en donde el bisturí es reemplazado por el electrobisturí.

*Ferenczy A. Electroconization of the cervix with a fine-needle electrode. Obstet Gynecol. 1994;84(1):152–9.*

*Sadek AL. Am J Obstet Gynecol. 2000;182:866–71.*

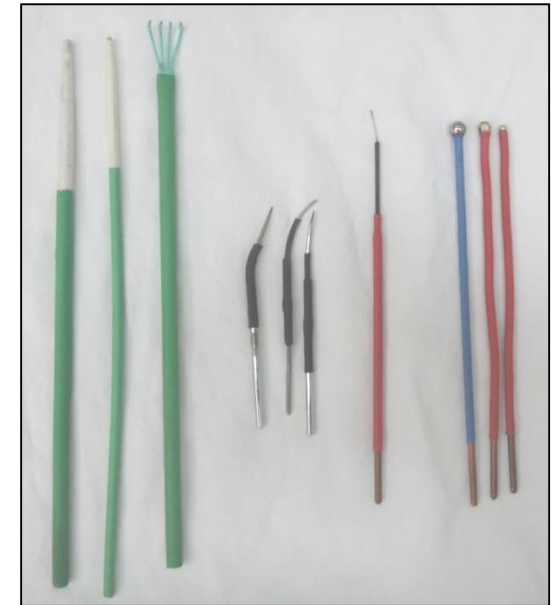
- Electroconización consiste en la escisión de la ZT endocervical utilizando un electrodo de 1 cm, de la misma manera que un bisturí, tallando un cono.

Prendiville W. Large loop excision of the transformation zone. In: Prendiville W (ed) Large Loop Excision of the Transformation Zone: A Practical Guide to LLETZ; London: Chapman and Hall; 1993. p54–55.

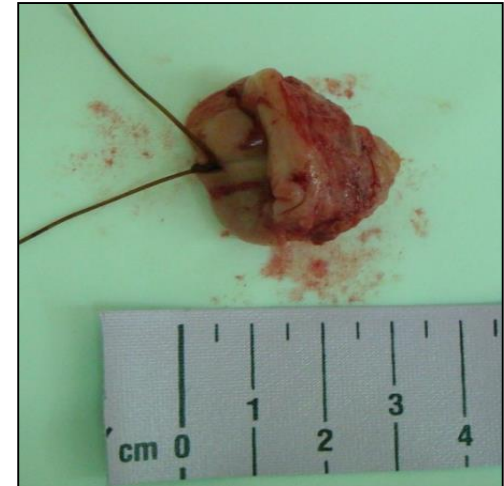


## Técnica microaguja

- Asa recta de 1 cm utilizando blend 2 en 40 W.
- Anestesia local + sedación o anestesia regional.
- Cervicometría
- Puntos de tracción (tenazas)
- LEC pos cono



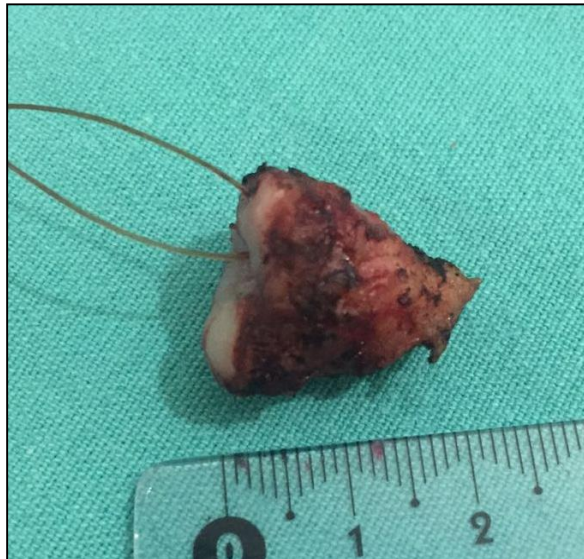
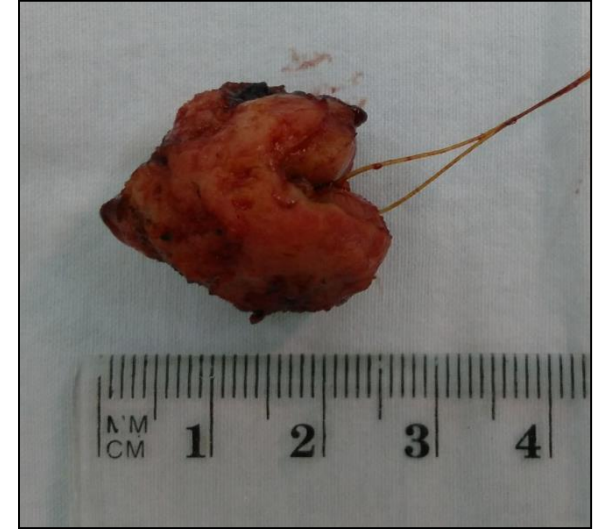
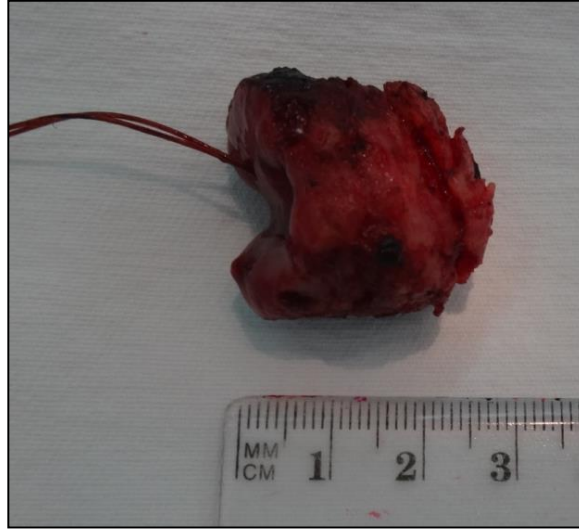
## Conización a bisturí



## Conización a microaguja



## Conización a microaguja



## Técnica microaguja

### LEC pos-conización

- El legrado endocervical pos-conización es mejor predictor de **lesión residual** que el compromiso de los **márgenes**, incluso cuando éstos son negativos.

*Felix JC. Obstet Gynecol 1994 Dec;84(6):996-1000*

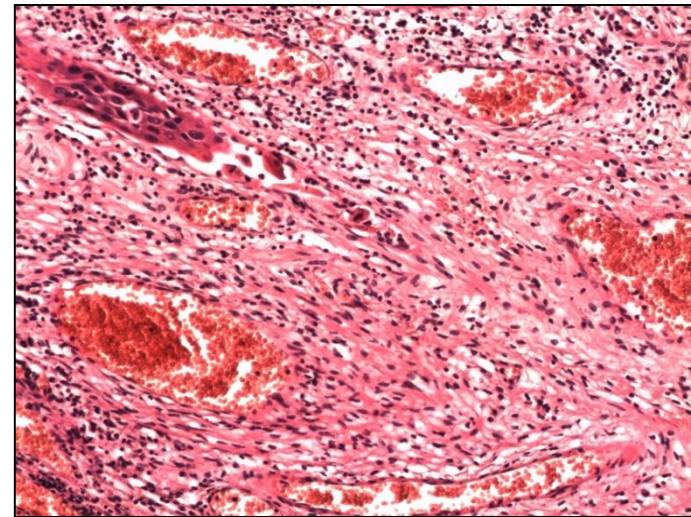
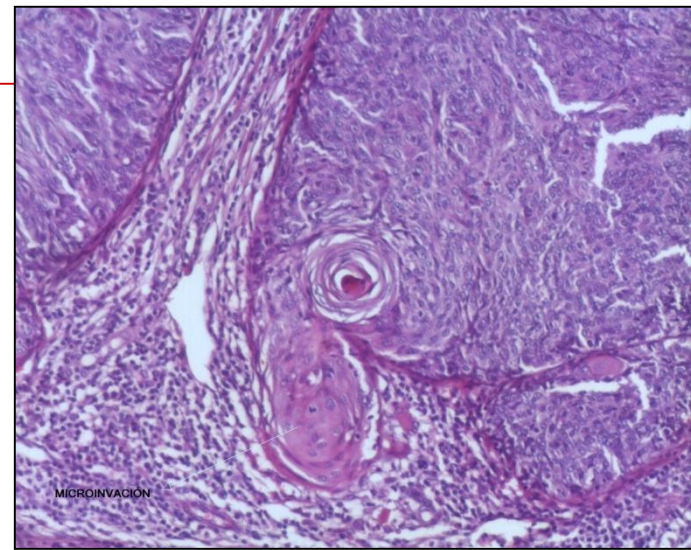
*Sadek AL. Needle excision of the transformation zone: a new method of treatment of cervical intraepithelial neoplasia. Am J Obstet Gynecol 2000;182:866-71*

Que sucede cuando en el informe histológico aparece un área de microinvasión?

FIGO, Montreal, 1994

## Estadio IA1

Enfermedad microinvasora al carcinoma con invasión estromal mínima, no mayor a 3 mm de profundidad y no mayores de 7 mm de extensión.



→ El **compromiso vascular o linfático** no altera la clasificación.

- Incidencia promedio de ganglios comprometidos: 0,3%

Es fundamental correcto procesamiento de la pieza

### **Informe histológico:**

- Profundidad y extensión de la lesión
- N° de focos de la microinvasión
- Márgenes comprometidos
- Margen comprometido por CIN o por invasión
- Invasión linfo-hemática

\* El diagnóstico definitivo de microinvasión sólo debe realizarse con el estudio completo del cuello.

# Desarrollo término **SISCCA**

## The Lower Anogenital Squamous Terminology Standardization Project for HPV-Associated Lesions: Background and Consensus Recommendations from the College of American Pathologists and the American Society for Colposcopy and Cervical Pathology

Teresa M. Darragh, MD;<sup>1</sup> Terence J. Colgan, MD;<sup>2</sup> J. Thomas Cox, MD;<sup>3</sup> Debra S. Heller, MD;<sup>3</sup> Michael R. Henry, MD;<sup>4</sup> Ronald D. Lufi, MD;<sup>5,6</sup> Timothy McCalmont, MD;<sup>1</sup> Ritu Nayar, MD;<sup>7</sup> Joel M. Palefsky, MD;<sup>1</sup> Mark H. Stoler, MD;<sup>8</sup> Edward J. Wilkinson, MD;<sup>9</sup> Richard J. Zaino, MD;<sup>10</sup> David C. Wilbur, MD;<sup>11</sup> for members of the LAST Project Work Groups

(Superficially Invasive Squamous Cell Carcinoma)

- Terminología específica para el carcinoma **mínimamente invasor** que ha sido **completamente extraído** y potencialmente pasible de **terapia conservadora**.

*Darragh TM, et al. The Lower Anogenital Squamous Terminology Standardization Project for HPV-Associated Lesions: background and consensus recommendations from the College of American Pathologists and the American Society for Colposcopy and Cervical Pathology. J Low Genit Tract Dis. 2012; 16(3):205–42.*



Que sucede cuando en el informe histológico aparece un área de **microinvasión**?

- Confirmar diagnóstico FIGO IA1 / SISCCA
- Presencia compromiso espacio vasculo-linfático

## Enfermedad microinvasora (FIGO IA-1)

- Est IA-1 **sin ILH** esta asociada a extremadamente baja incidencia de metástasis linfáticas. El tratamiento conservador con **cono** es una opción.
  
- Est IA-1 **con ILH**, el tratamiento puede ser la conización (márgenes negativos) más la **linfadenectomía pelviana** con/sin búsqueda del ganglio centinela.

## Conclusiones

- **Tipos de escisión** acorde a la ZT. Rol fundamental de la **valoración colposcópica** en la elección del tratamiento.
- Estandarización de las **dimensiones** de la pieza (largo/grosor)
- Complicaciones: sangrado, **estenosis cervical** (dificultad en el seguimiento) relacionadas a la **función reproductiva**.
- El parto pre-termino esta relacionado con **RPM y corioamnionitis**.
- Factores relacionados con el **cirujano** son determinantes para la persistencia y recurrencia de lesión.

## Conclusiones

- LLETZ / LEEP alta tasa de márgenes comprometidos y alta tasa de múltiples pasadas / fragmentación.
- En lesiones endocervicales, NETZ / SWETZ (microaguja) demuestra menor fragmentación de la pieza, márgenes libres y menor enfermedad residual.
- LEC pos-cono** es predictor de lesión residual, incluso frente a márgenes negativos.
- El objetivo de la conización es la remoción en bloque del exocervix y del endocervix.

## Conclusiones

-Desarrollo del termino **SISCCA** (FIGO IA-1) Ca mínimamente invasor, completamente extraído y potencialmente pasible de **terapia conservadora**.

-Microinvasión: profundidad y extensión de la lesión, n<sup>o</sup> de focos, márgenes y compromiso linfo-hemático.

-SISCCA (FIGO IA-1) **sin ILH**, el **cono**, márgenes negativos, es la opción terapéutica.

-SISCCA (FIGO IA-1) **con ILH**, el **cono**, márgenes negativos, debe realizarse **linfadenectomía pelviana**.

*Kim MK, Kim MA, Kim JW, et al. Int J Gynecol Cancer 2012; 22: 1214-1219*  
*Huang LW, Huang JL. Gynecol Oncol 1999; 73: 12-15*

*Ferenczy A. Electrocoagulation of the cervix with a fine-needle electrode. Obstet Gynecol. 1994;84(1):152-9.*  
*Sadek AL. Am J Obstet Gynecol. 2000;182:866-71.*  
*Panoskaltzis T, Ind TE, Perryman K, Dina R, Abrahams Y, Soutter WP. BJOG. 2004;111(7):748-53.*