

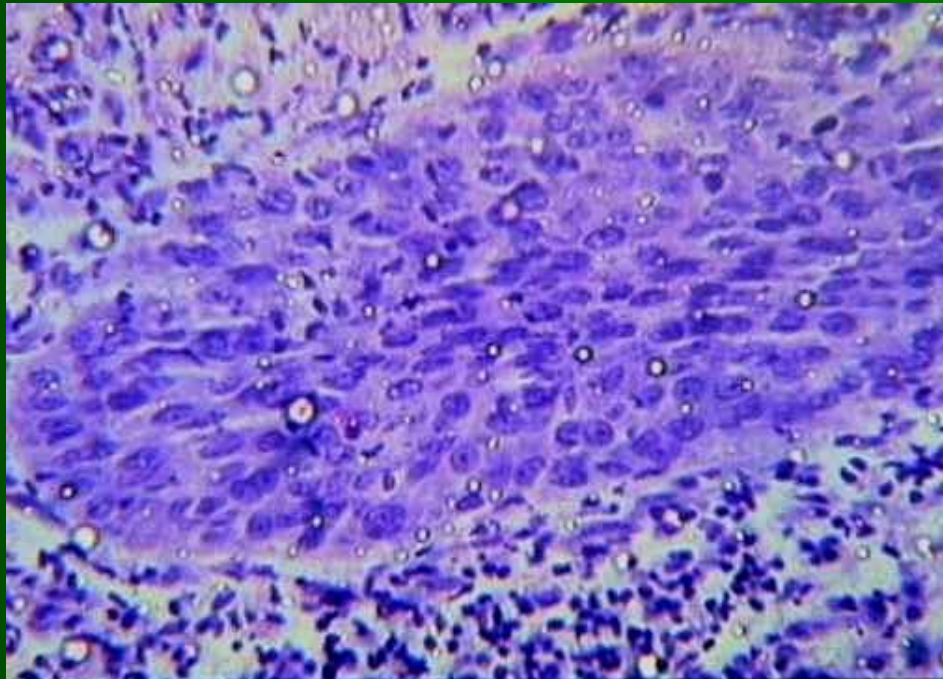
The crest of the University of Córdoba is located on the left side of the slide. It features a shield with various heraldic symbols, including a crown on top and a banner at the bottom with the text 'TUCUMANENSIS'.

Microcarcinoma de cérvix

Prof. Adjunto Dr. O. Rosato
IIº Cátedra de Clínica Ginecológica
Universidad Nacional de Córdoba

Microcarcinoma de cérvix

- **MESTWERDT en 1947** define al microcarcinoma, como una entidad que invade el estroma hasta 5 mm desde la basal y propone el tratamiento con histerectomía total simple en vez de la histerectomía radical.



Clasificación Clínica (F.I.G.O.)

- **ESTADÍO I:** *El carcinoma está estrictamente confinado al cérvix (extensión al cuerpo debe ser desatendida).*
 - **IA:** *Carcinoma invasivo que puede ser diagnosticado solamente por microscopía, con invasión más profunda <5 mm y en superficie ≤ 7 mm.*
 - **IA1:** *Invasión estromal medida de <3 mm en profundidad y extensión de ≤ 7 mm.*
 - **IA2:** *Invasión estromal medida de >3 mm y ≤ 5 mm con una extensión ≤ 7 mm.*

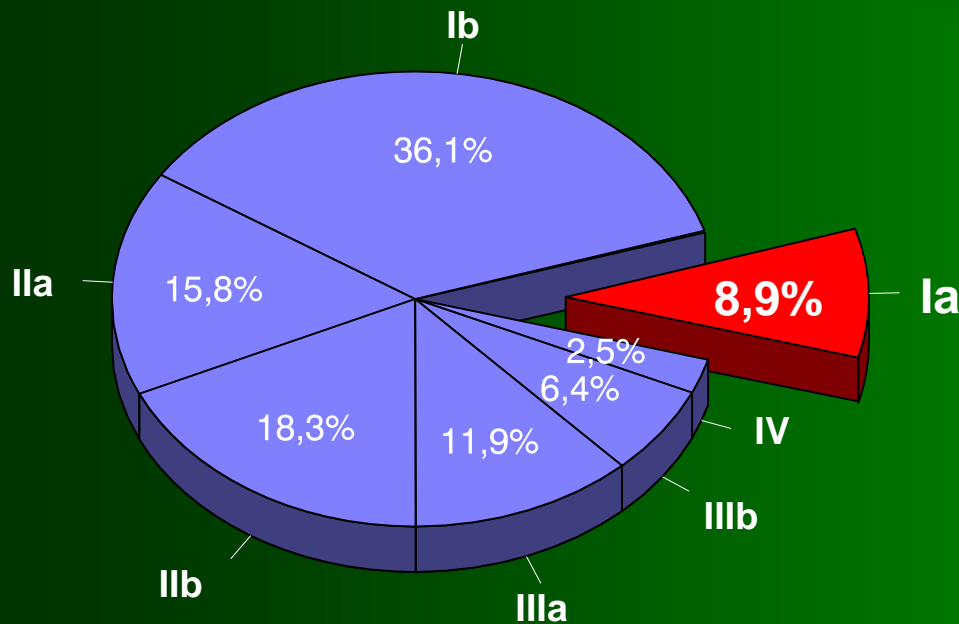
Epidemiología

- **Representa del 20% al 25% de los carcinomas invasores cervicales.**
- **Es una enfermedad de la mujer joven, la edad media de aparición es alrededor de la 3º década (37,5 años).**

INCIDENCIA



4-8%
de los Ca Invasores



Estadios	G. Pelvianos %
I a 1	0.5
I a 2	5 - 8

Cavanagh y cols. 1985 (210) - Shingleton y Orr 1995 (194) - Piver 1996 (211)

Microcarcinoma de cérvix

• HASUMI en 1980

Con 135 pacientes tratadas con histerectomía radical más linfadenectomía:

- Invasión hasta 3 mm (n: 106) 0,9% de metástasis linfática.
- Invasión hasta 5 mm (n: 29) 13,9% de metástasis linfática.

• OSTOR en 1995

En 3.598 pacientes de 0 a 3 mm, con tratamiento conservador → **recurrencia 0,8%.**

En 674 pacientes de 3,1 a 5 mm con tratamiento radical → **recurrencia 4%.**

Hasumi K, Sakamoto A & Jugano H. Microinvasive carcinoma of the uterine cervix. Cancer 1980;45: 928-931.

Ostor AG. Studies on 200 cases of early squamous cell carcinoma of the cervix. Int J Gynecol Pathol 1993; 12:193-207.

Diagnóstico citológico

Autor	año	%
NG y Reagan	1972	87,0
Leman	1976	62,7
Lohe	1978	92,6
Capurro	1981	20,6
López-Marin	1985	57,1

VPP: 17,2%

Signos colposcópicos

- Mosaico
 - Puntado
- 40%**

CIS

- Lesiones elevadas
- Lesiones gruesas
- Color blanco

80%

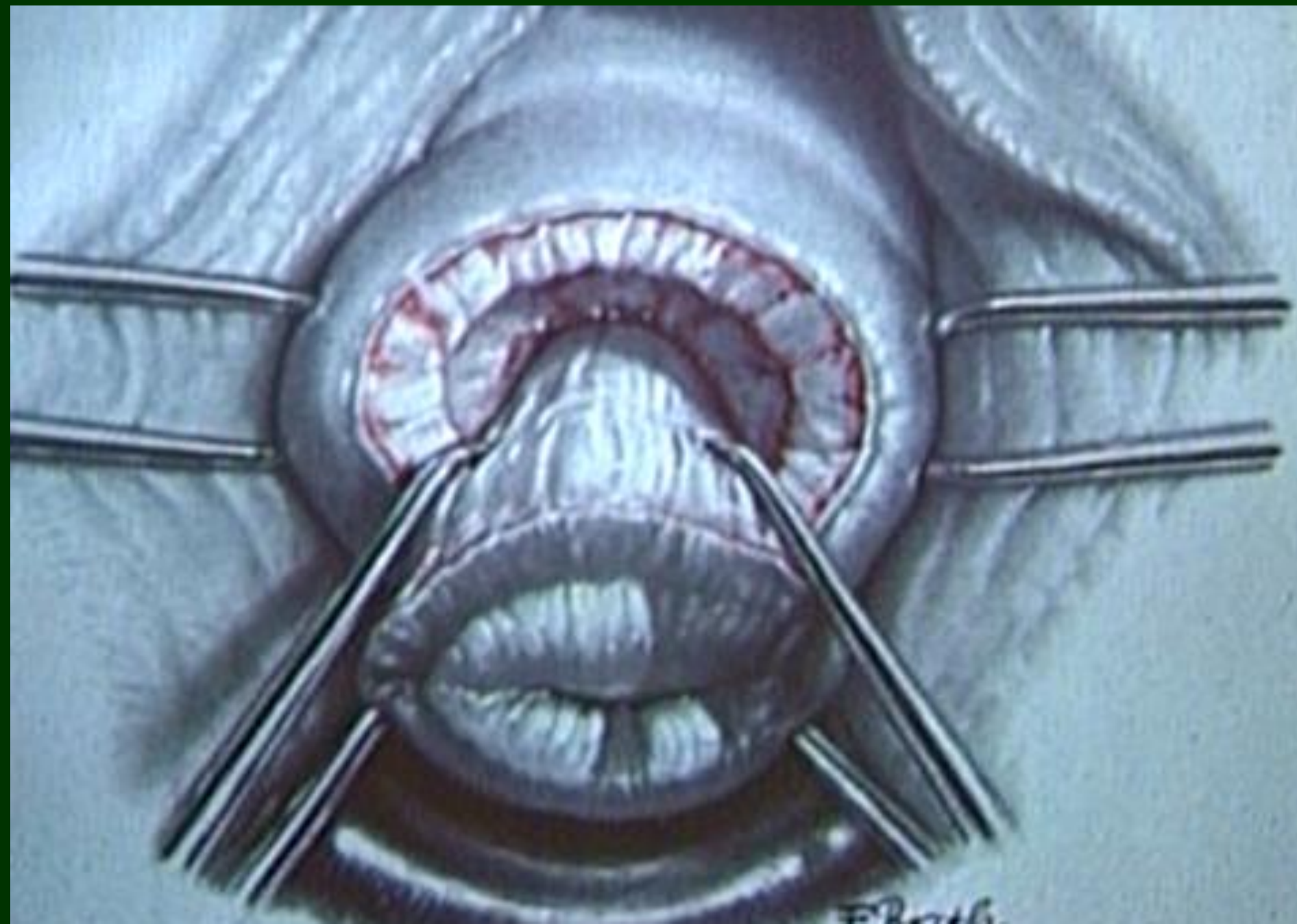
- Vasos atípicos
- Necrosis
- Ulceración
- Friabilidad

CÁNCER INVASOR

Microcarcinoma de cèrvix



Microcarcinoma de cérvix



Factores Pronósticos

```
graph TD; A[Factores Pronósticos] --> B[PROFUNDIDAD DE LA INVASIÓN]; A --> C[INVASIÓN LINFO-HEMÁTICA]; A --> D[MÁRGENES]
```

**PROFUNDIDAD
DE LA
INVASIÓN**

**INVASIÓN
LINFO-
HEMÁTICA**

MÁRGENES

Incidencia de metástasis ganglionares, recurrencias y mortalidad

Revisión de la Literatura

Profundidad de la invasión	N	G(+)	Recurrencias	Muertes
0-3 mm	3958	<<1%	0,8%	0,2%
3-5 mm	674	2%	4,0%	2,0%

Incidencia de afectación linfática

- Profundidad de la invasión

Autor	Año	<5 mm (%)	<3 mm (%)	3-5 mm (%)
Averette et al	1976	3,5	-	-
Sedlis et al	1979	0,	0	0
Van Nagell et al	1983	1,8	0.1	8,2
Creasman et al	1985	3,6	0	9,4
Simon et al	1986	1,5	0	3,9
Maiman et al	1988	5,3	1,5	13,3
Tsukamoto et al	1989	1,4	-	-
Sevin y cols	1992	1,8	0	5,6
Total		2,2 (28:1257)	0,3 (27:743)	7,4 (18:243)

Incidencia de recurrencias

- Profundidad de la invasión

Autor	Año	<5 mm (%)	<3 mm (%)	3-5 mm (%)
Sedlis et al	1979	15	0,9	4,8
Van Nagell et al	1983	17	0	9,4
Creasman et al	1985	11	0	4,8
Simon et al	1986	0	0	0
Maiman et al	1988	0	0	0
Sevin y cols	1992	36	0	11,1
Total		1,5 (10:677)	0,2 (1:513)	5,4 (9:166)

Invasión de los ELV

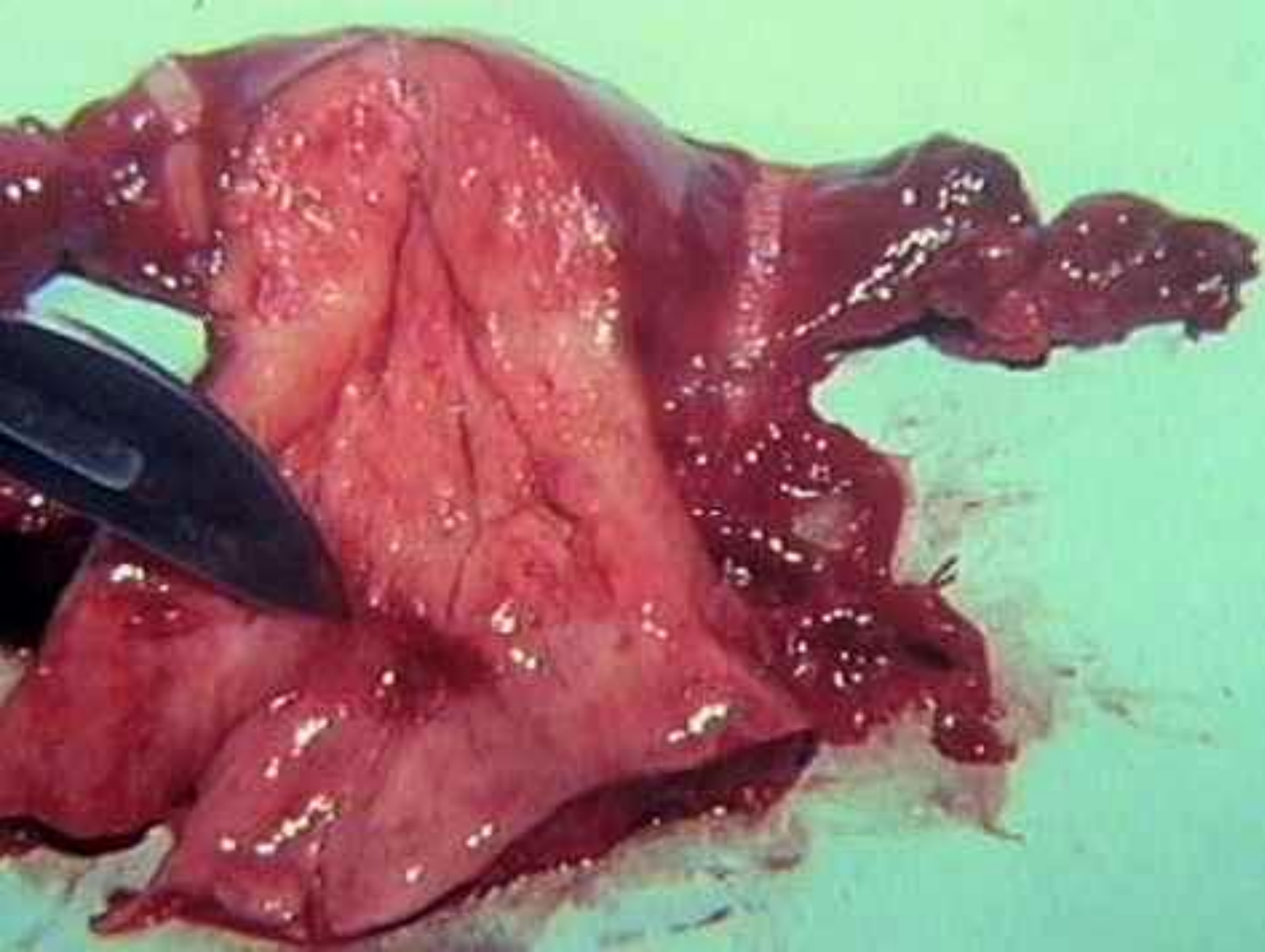
- Profundidad de la invasión

Autor	<1 mm		1-3 mm		3-5 mm	
	N	ELV+	N	ELV+	N	ELV+
Hasum	61	0	45	3	29	3
Creasman	25	2	49	6	21	7
Sedis	50	4	62	18	21	9
Maiman	36	1	360	3	51	5
Tskamoto	37	1	66	4	15	3
Kolstad	232	5	224	30	187	36
Burghardt	25	10	60	25	10	4
Morgan	82	1	60	9	10	2
Total	548	24 4,4%	596	98 16,4%	350	69 19,7%

Afectación ganglionar según profundidad de invasión y afectación del ELV

- Profundidad de invasión

ELV	<3 mm		3-5 mm	
Negativo	3/371	0,8%	9/108	8,3%
Positivo	4/49	8,2%	4/53	7,5%
Total	7/420	1,7%	13/161	8,1%



- **El fundamento para estimar apropiado un tratamiento conservador en la microinvasión se basa en considerarla una enfermedad local sin posibilidades de extensión a distancia.**

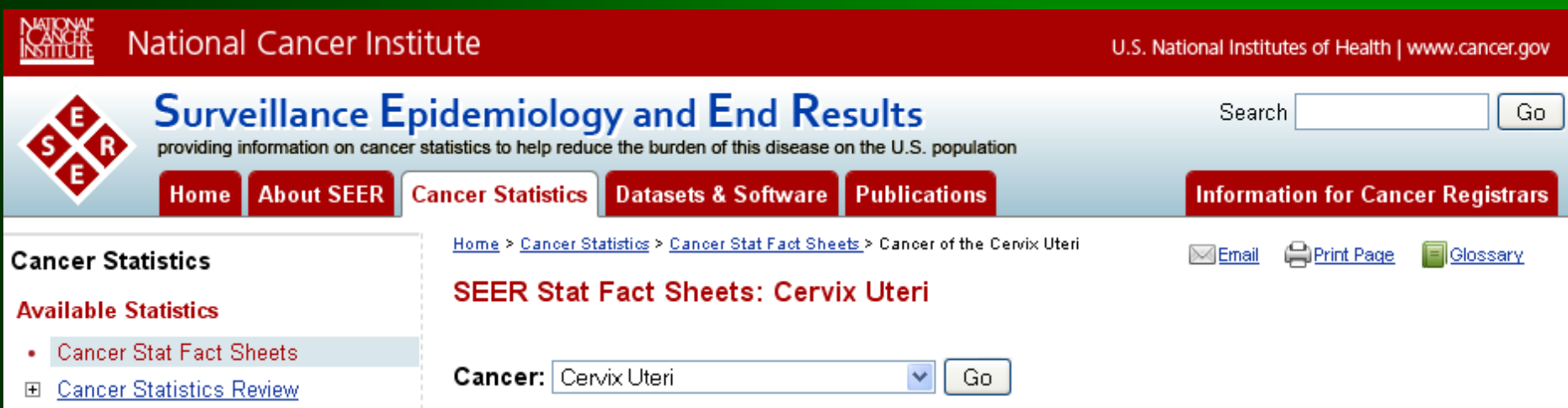
Microcarcinoma de cérvix

- El ACIS ***coexiste en el 50% de las veces con lesiones pavimentosas.***
- El 30% de los ACIS diagnosticados coexisten con Adeno invasor.
- El ACIS es precursor del invasor.
- El 30% de los casos ocurre en mujeres <35 años.

SEER Study

Con 131 pacientes con diagnóstico de adenocarcinoma con invasión ≤ 3 mm

50 casos con cirugía radical \rightarrow 0% de metástasis linfática.



The screenshot displays the National Cancer Institute (NCI) website, specifically the Surveillance Epidemiology and End Results (SEER) section. The header includes the NCI logo and the text "National Cancer Institute" and "U.S. National Institutes of Health | www.cancer.gov". The main navigation bar features links for "Home", "About SEER", "Cancer Statistics", "Datasets & Software", "Publications", and "Information for Cancer Registrars". The "Cancer Statistics" section is active, showing a breadcrumb trail: "Home > Cancer Statistics > Cancer Stat Fact Sheets > Cancer of the Cervix Uteri". The main content area is titled "SEER Stat Fact Sheets: Cervix Uteri" and includes a search bar with "Cancer: Cervix Uteri" and a "Go" button. On the left, under "Available Statistics", there are links for "Cancer Stat Fact Sheets" and "Cancer Statistics Review". On the right, there are links for "Email", "Print Page", and "Glossary".

National Cancer Institute
U.S. National Institutes of Health | www.cancer.gov

Surveillance Epidemiology and End Results
providing information on cancer statistics to help reduce the burden of this disease on the U.S. population

Search

[Home](#) [About SEER](#) [Cancer Statistics](#) [Datasets & Software](#) [Publications](#) [Information for Cancer Registrars](#)

Cancer Statistics

Available Statistics

- [Cancer Stat Fact Sheets](#)
- [Cancer Statistics Review](#)

[Home](#) > [Cancer Statistics](#) > [Cancer Stat Fact Sheets](#) > Cancer of the Cervix Uteri

SEER Stat Fact Sheets: Cervix Uteri

Cancer:

[Email](#) [Print Page](#) [Glossary](#)

Estadío 1A1: invasión ≤ 3 mm

Sin invasión linfohemática, sin hijos,
mujer joven:

– *Histerectomía total simple (no conserva la capacidad reproductiva)*

- *Alternativa → "cono alto" con buen seguimiento*

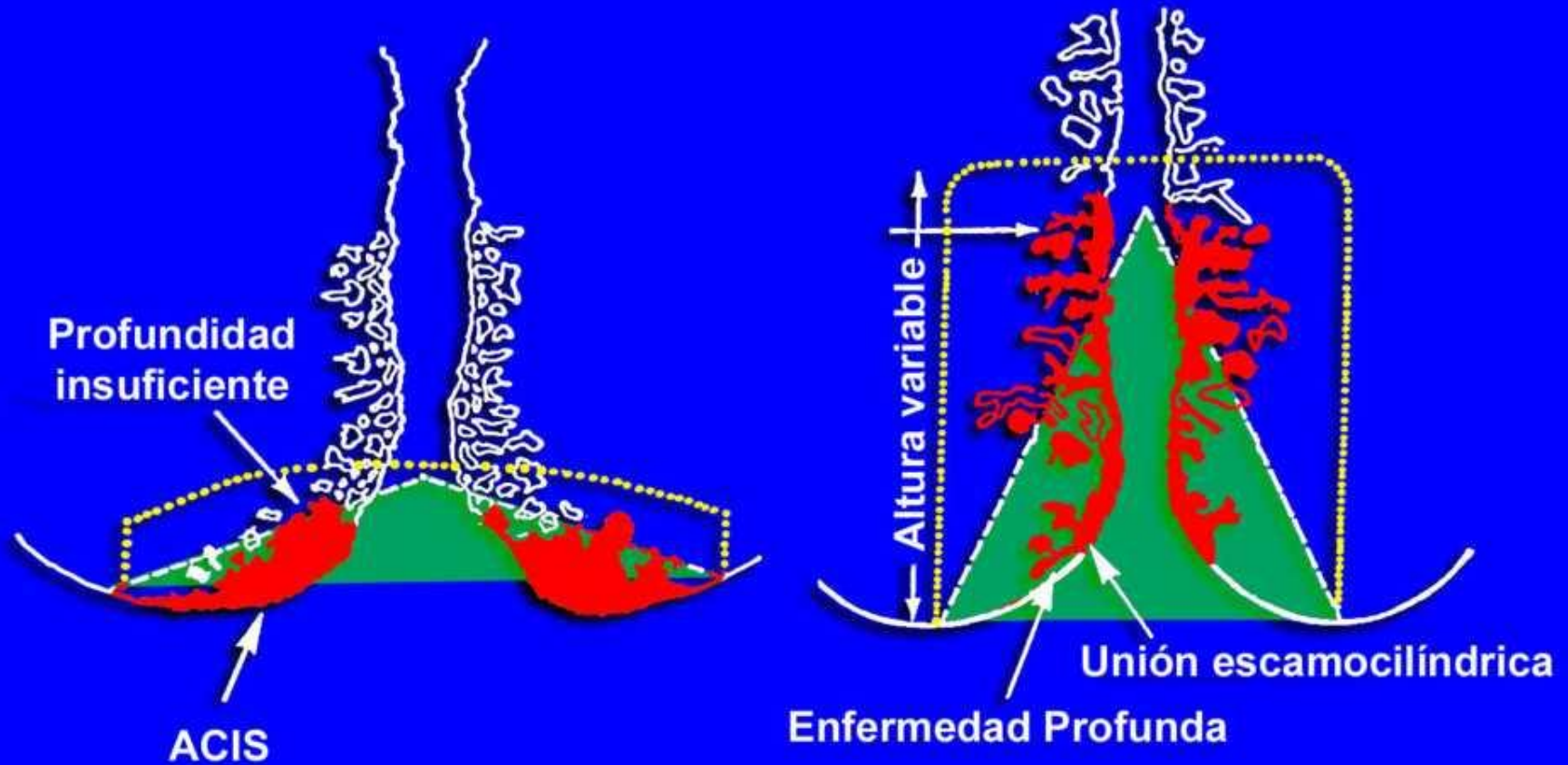
Benedet JL & Anderson GH-Stage IA. Carcinoma of the cervix revisited. Obstet Gynecol. 1996, 87:1052-1059.

Piver MS, Rutledge F & Smith JP Five classes of extent of extent Hysterectomy for women with cervical cancer. Obstet Gynecol. 1974, 44: 265-72.

Sevin BU. Management of microinvasive cervical cancers. Semin Surg Oncol. 1999, 16: 228-31.

Winter R. Conservative surgery, for microinvasive carcinoma in the cervix. J Obstet Gynaecol Res 1998, 24: 433-36.

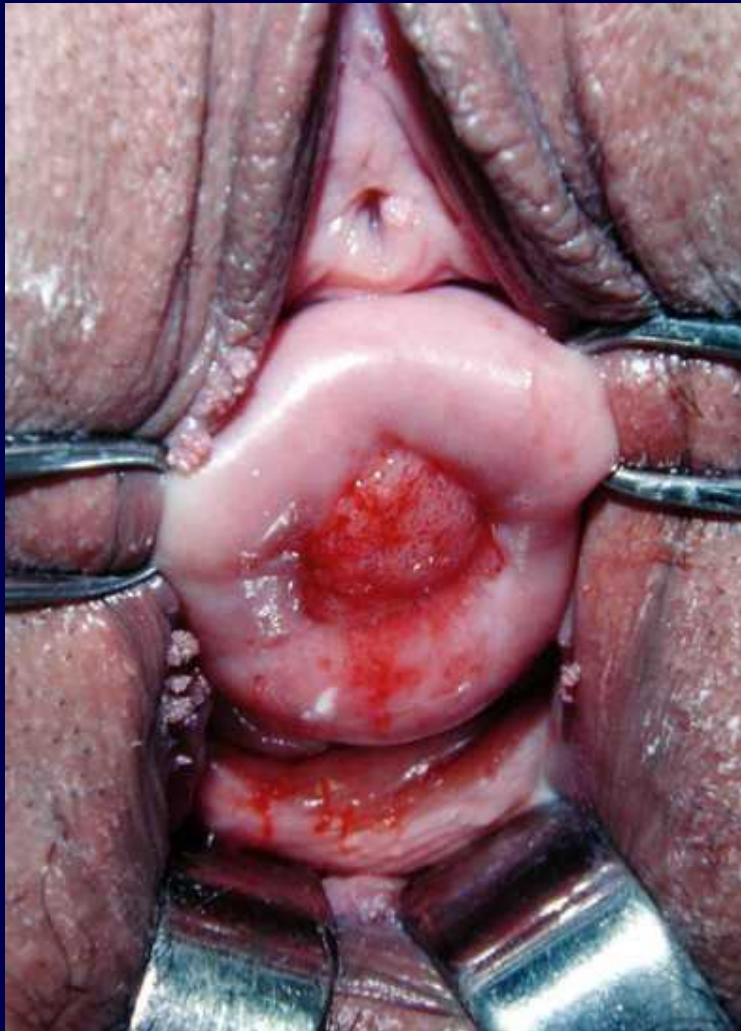
Tratamiento



Tratamiento



Tratamiento



Estadío 1A1: invasión ≤ 3 mm

Con invasión linfohemática:

Mujer joven y
sin hijos



Cono



Mujer con paridad
cumplida



Histerectomía



Linfadenectomía

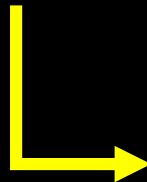
Estadío 1A2: invasión 3,1 a <5 mm

Sin invasión linfohemática:

**Mujer joven y
sin hijos**



Cono



**Mujer con paridad
cumplida**



Histerectomía radical



***Linfadenectomía
pelviana***

Estadío 1A2: invasión 3,1 a <5 mm

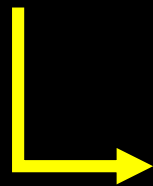
Con invasión linfohemática:

Mujer joven y
sin hijos

Mujer con paridad
cumplida

*Histerectomía
simple*

*Histerectomía
radical*



*Linfadenectomía
pelviana*



Estadío 1A2: invasión 3,1 a <5 mm

Con invasión linfohemática:

Mujer joven y
sin hijos

Mujer con paridad
cumplida

TRAQUELECTOMÍA

Histerectomía radical

*Linfadenectomía
pelviana*

Estadío 1A2: invasión 3,1 a <5 mm

***Linfadenectomía
pelviana***

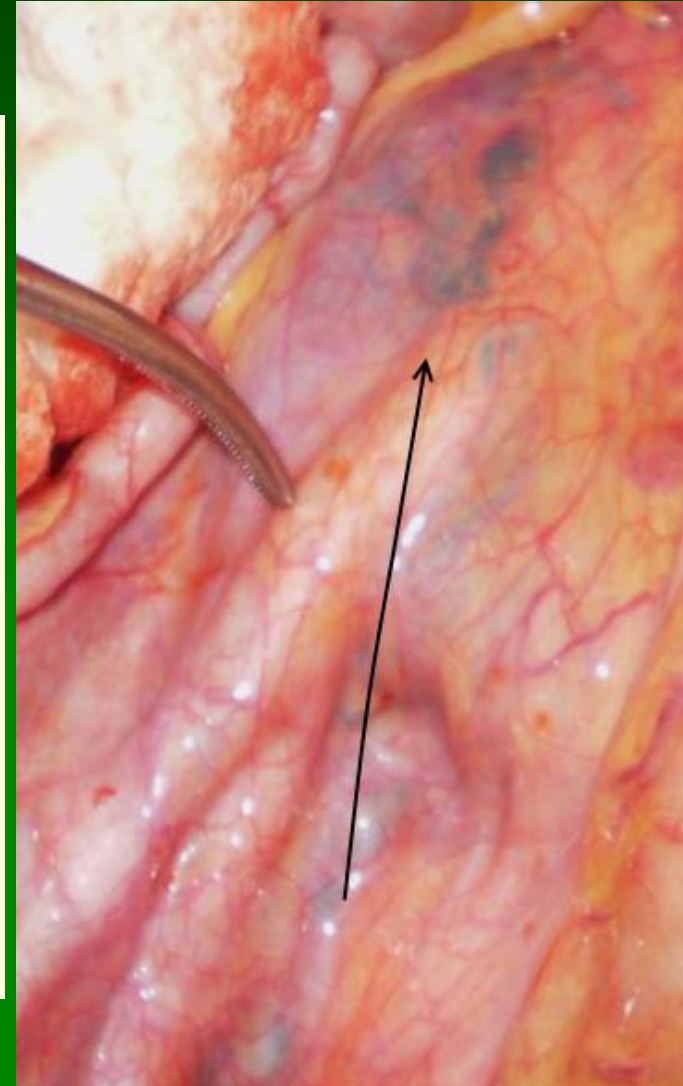
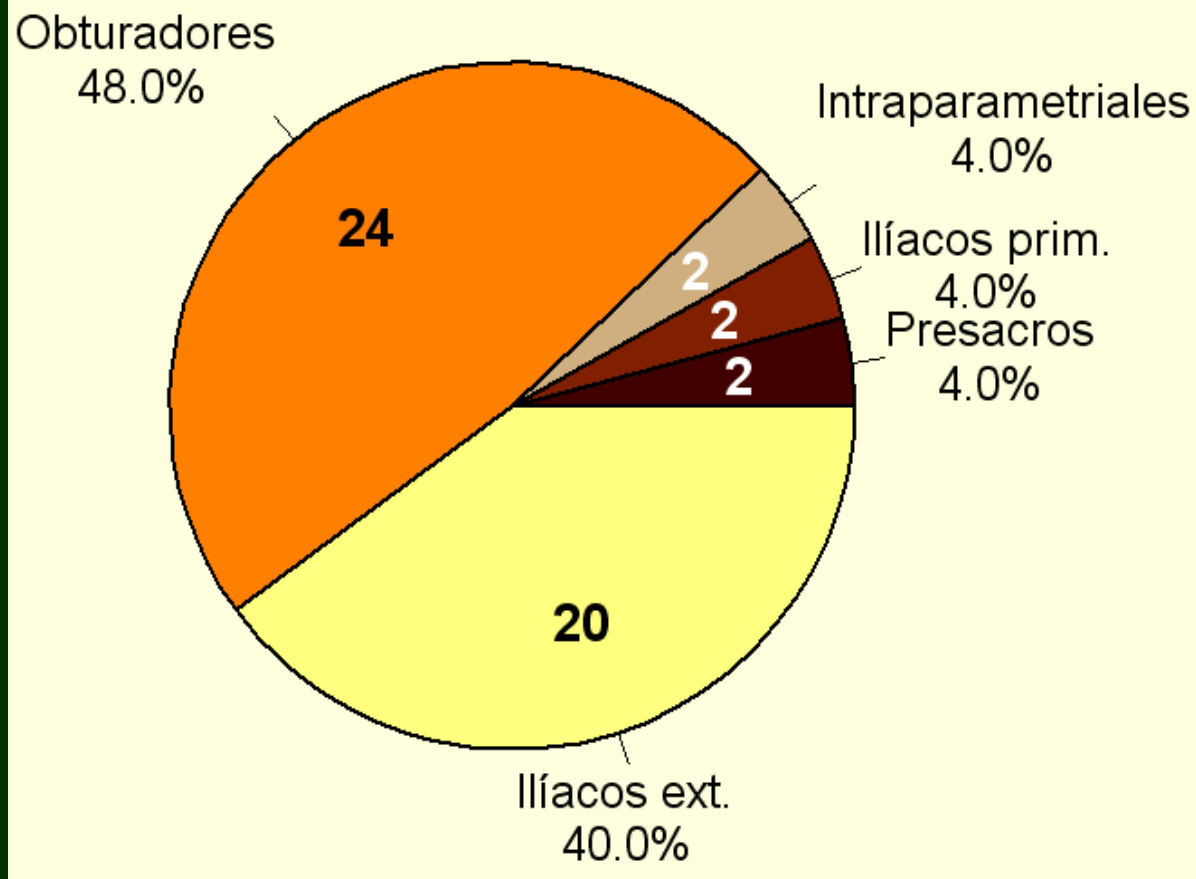


**GANGLIO CENTINELA
PELVIANO**

Razones para estudiar el GC en Cáncer de Cuello Uterino:

- 1. No realizar linfadenectomías injustificadas (estadíos IA2 y IB1, compromiso linfático del 16-18%).**
- 2. Algunos estudios indican que aún en las linfadenectomías regladas quedan 10% de ganglios linfáticos.**
- 3. Hacer diagnóstico intraoperatorio de metástasis linfáticas.**
- 4. Realizar cirugías menos radicales.**

UBICACIÓN ANATÓMICA



Microcarcinoma de cérvix



Microcarcinoma de cérvix



Muchas gracias