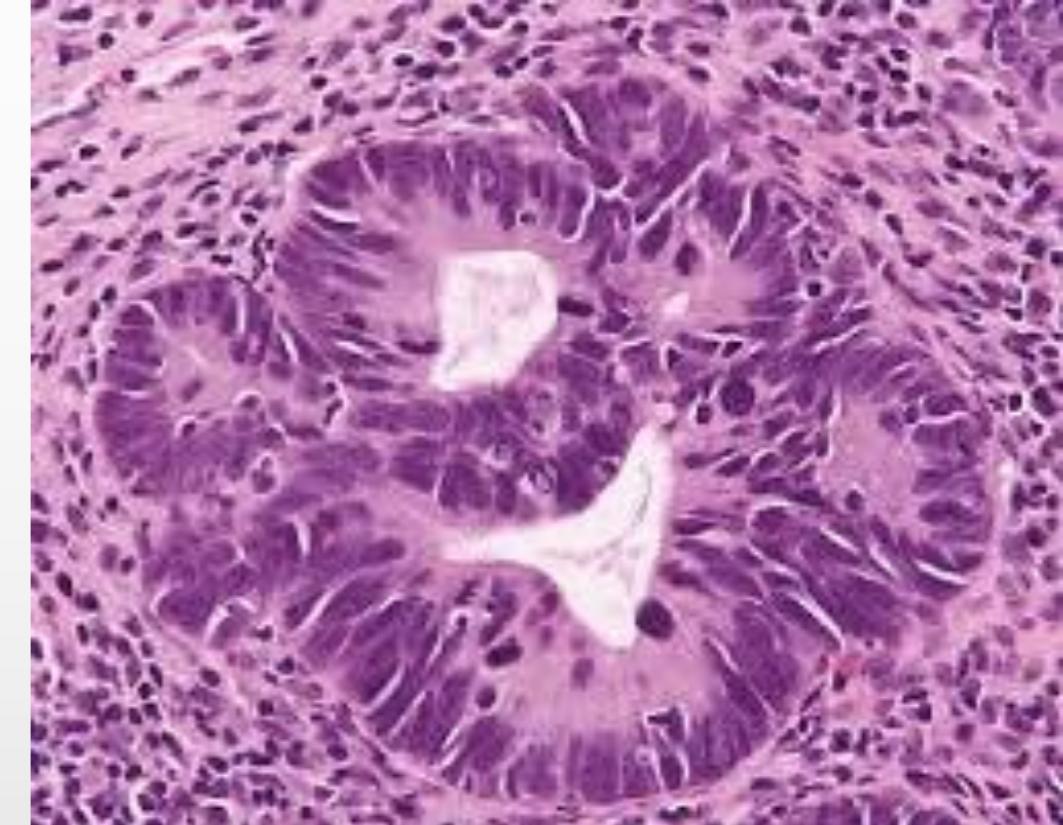


Adenocarcinoma In situ



Dr. Carlos Arturo Buitrago
Gineco-Obstetra UPB
Colposcopia FUCS
Laparoscopia CES



Presidente Asociación **Colombiana** de Patología
del Tracto Genital Inferior y Colposcopia



Epidemiología

Hepler TK, Dockerty MB, Randall LM. Primary adenocarcinoma of the cervix. Am J Obstet Gynecol **1952**;63:800–880.

Adenocarcinoma invasor:

- incidencia 1.2 casos / 100.000 mujeres
- 25 al 30% del Ca de cuello uterino.

Adenocarcinoma in situ:

- Representa el 2% de las lesiones in situ
- RIn AIS/NICIII 1:50 promedio (1:26 a 1:239)

Epidemiología

Edad promedio del Insitu (37 años)

6 a 13 años mas joven

Adenoca invasor (51 años)

Ha aumentado la incidencia de ACIS
en números relativos y absolutos
USA, UK y Gales, Italia, Canada, Suecia, Noruega

Howlett et Al, Int. J. Cancer: 120, 362–367 (2006)

Mitchell H, Hocking J, Saville M. Acta Cytologica 2004;48:595-600

Incidencia por Regiones

(a)

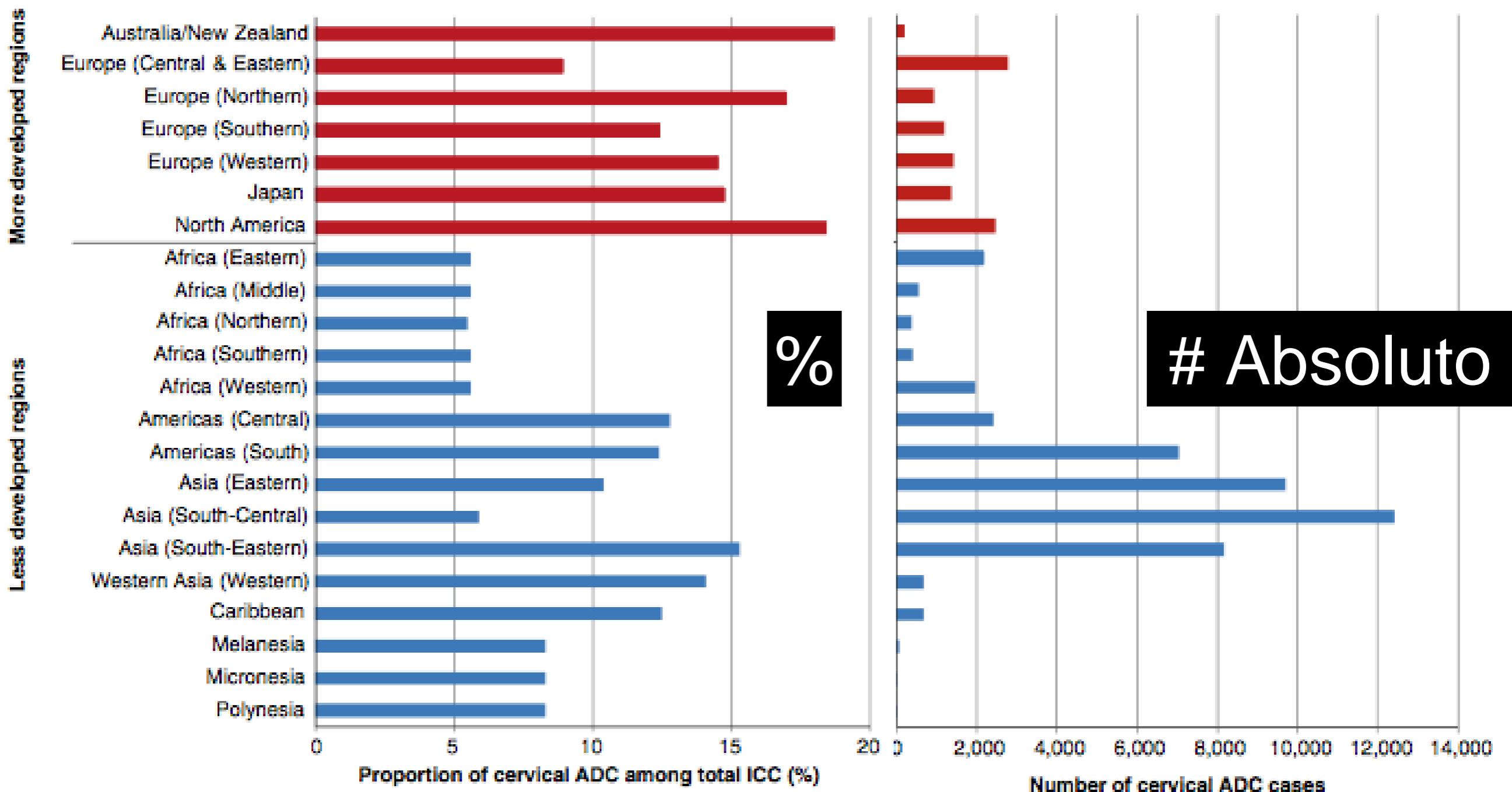
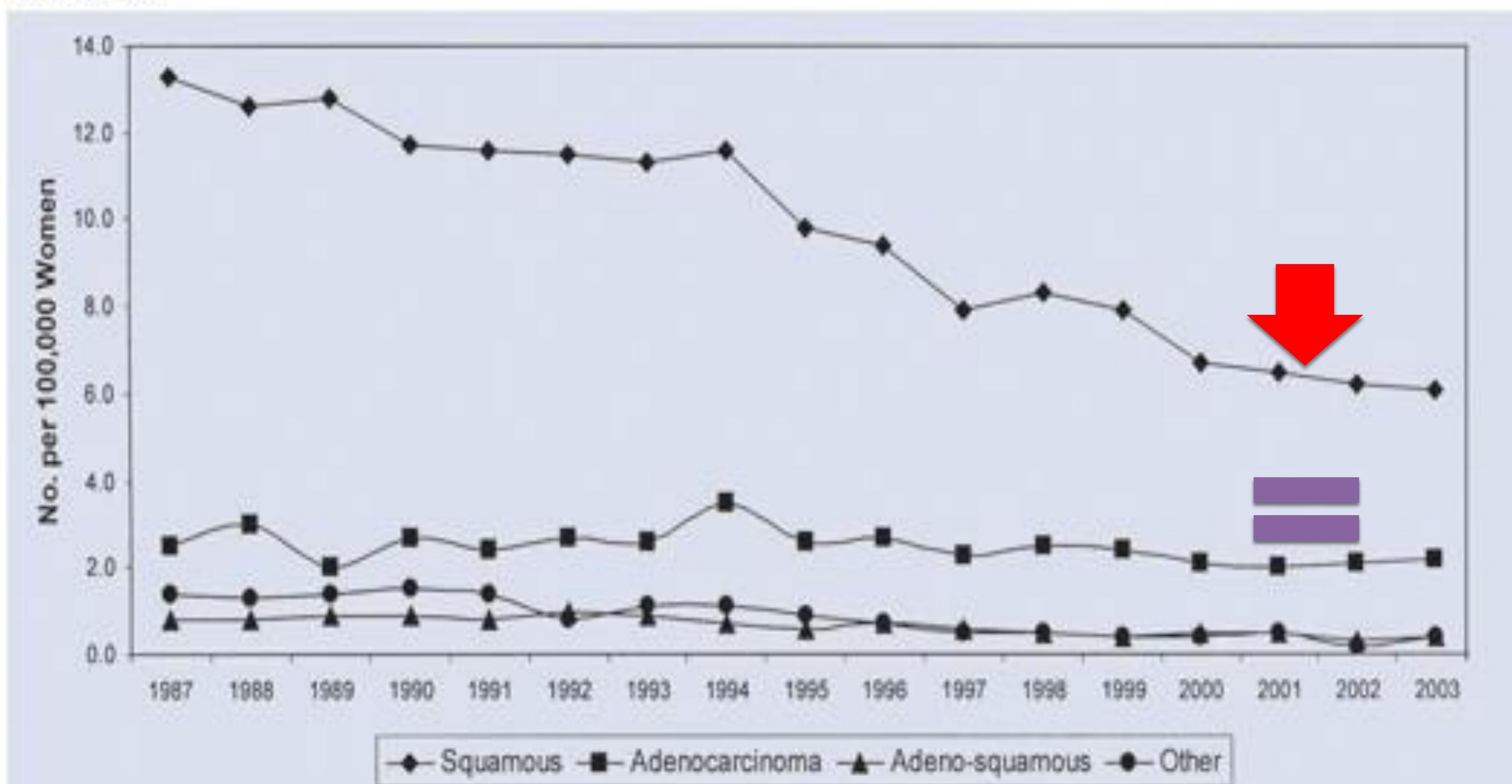


Figure 1 Estimated proportion and number of new cervical ADC cases predicted in 2015 by region. Panel (a) shows estimated proportion of new cervical ADC cases among total invasive cervical cancer (ICC) cases predicted in 2015 by region. Panel (b) shows estimated number of new cervical ADC cases predicted in 2015 by region.

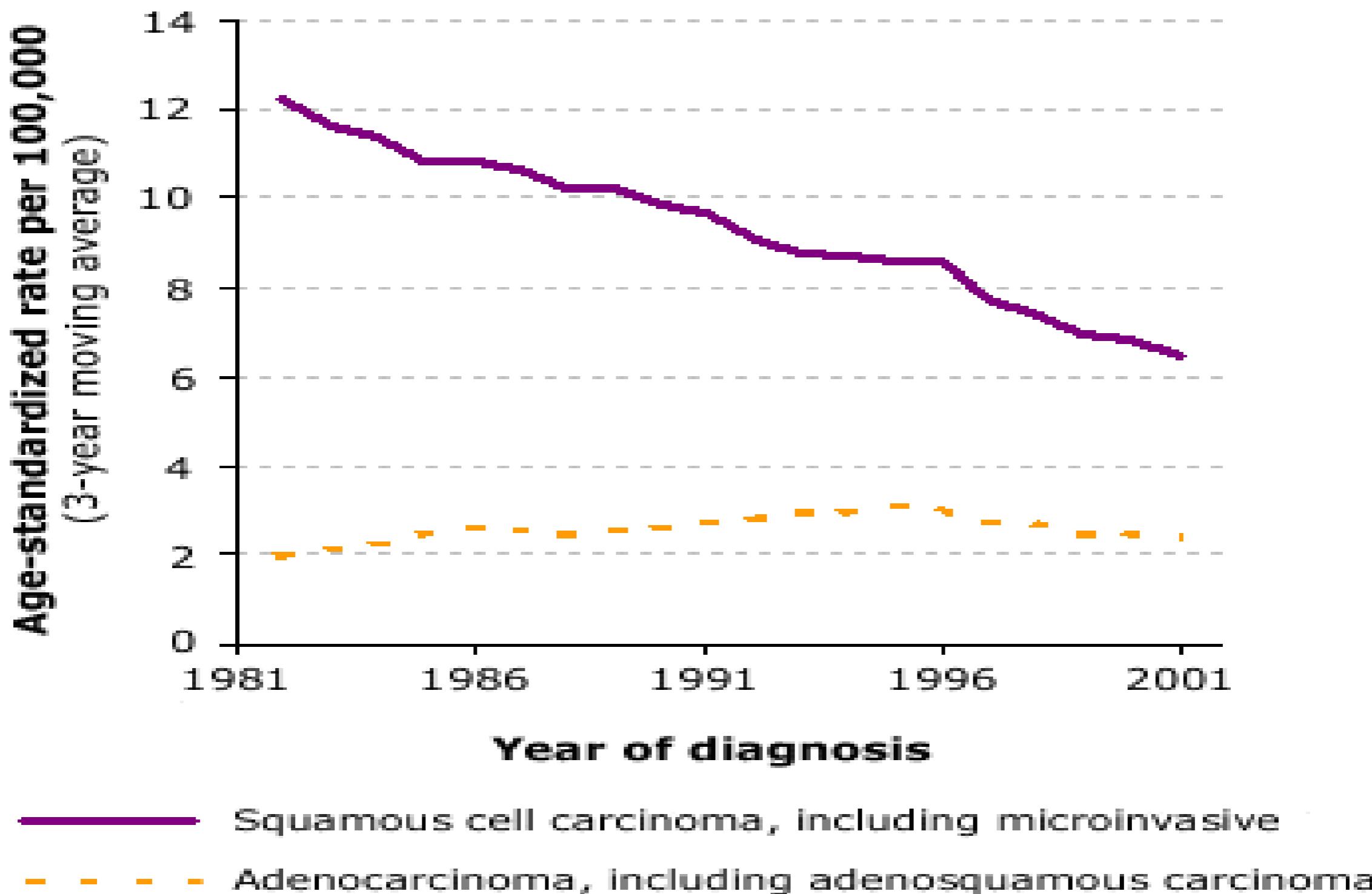
Figure 1. Age-standardised incidence rates of cervical cancer, by histological type, women aged 20–69 years, 1987–2003



*Rates are expressed per 100,000 women and age-standardised to the Australian 2001 population.

Source: National Cancer Statistics Clearing House, Australian Institute of Health and Welfare.

Cervical cancer incidence rates* by morphologic subgroups, 1981–2002



Source: Cancer Care Ontario (Ontario Cancer Registry 2005)

* Calculated with hysterectomy-adjusted population at risk

Incidencia

TABLE I – AGE-STANDARDIZED INCIDENCE RATES PER 100,000¹ FOR ADENOCARCINOMA, AND OTHER AND UNSPECIFIED MORPHOLOGIES FOR CERICAL CANCER, ONTARIO, 1991–2002

	1981–88	1987–92	1993–97	1998–2002
Adenocarcinoma (including adenosquamous carcinoma)	2.2	2.6	3.0	2.4
Other and unspecified morphologies	1.1	1.0	0.9	0.9
Both	3.2	3.6	3.9	3.3

**Algunos autores han reportado alto en ese incremento
Después de los 90s**

30% en menores de 35 años y viene aumentando
Al parecer por mejor detección

**Las lesiones
glandulares cervicales
pre-invasivas e invasivas
se consideran un reto
excepcional**

Penny Blomfield

Reto Excepcional

- Ausencia indicadores clínicos
- CCV.

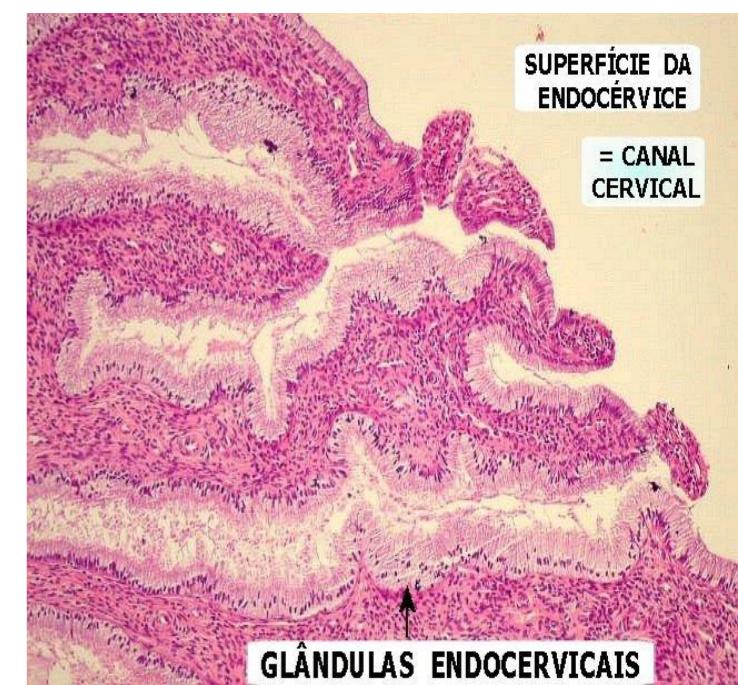
Menos eficiente que para lesiones
escamosas

Se ubican mas arriba del canal

Muestra insuficiente

Dificultades de interpretacion

Variación inter-observador mayor



Reto Excepcional

- Falta de familiaridad del colposcopista
- Lesion eclipsada por la lesion escamosa
- Lectura de la Patología difícil
- Temor al manejo conservador
Enfermedad mas agresiva

Avances

- Las nuevas técnicas de tamización
- Seguimiento con pruebas de PVH
 - La vacunación

Son efectivas en la enfermedad glandular

Vacunación

Pimenta *et al.* BMC Cancer 2013, **13**:553
<http://www.biomedcentral.com/1471-2407/13/553>



RESEARCH ARTICLE

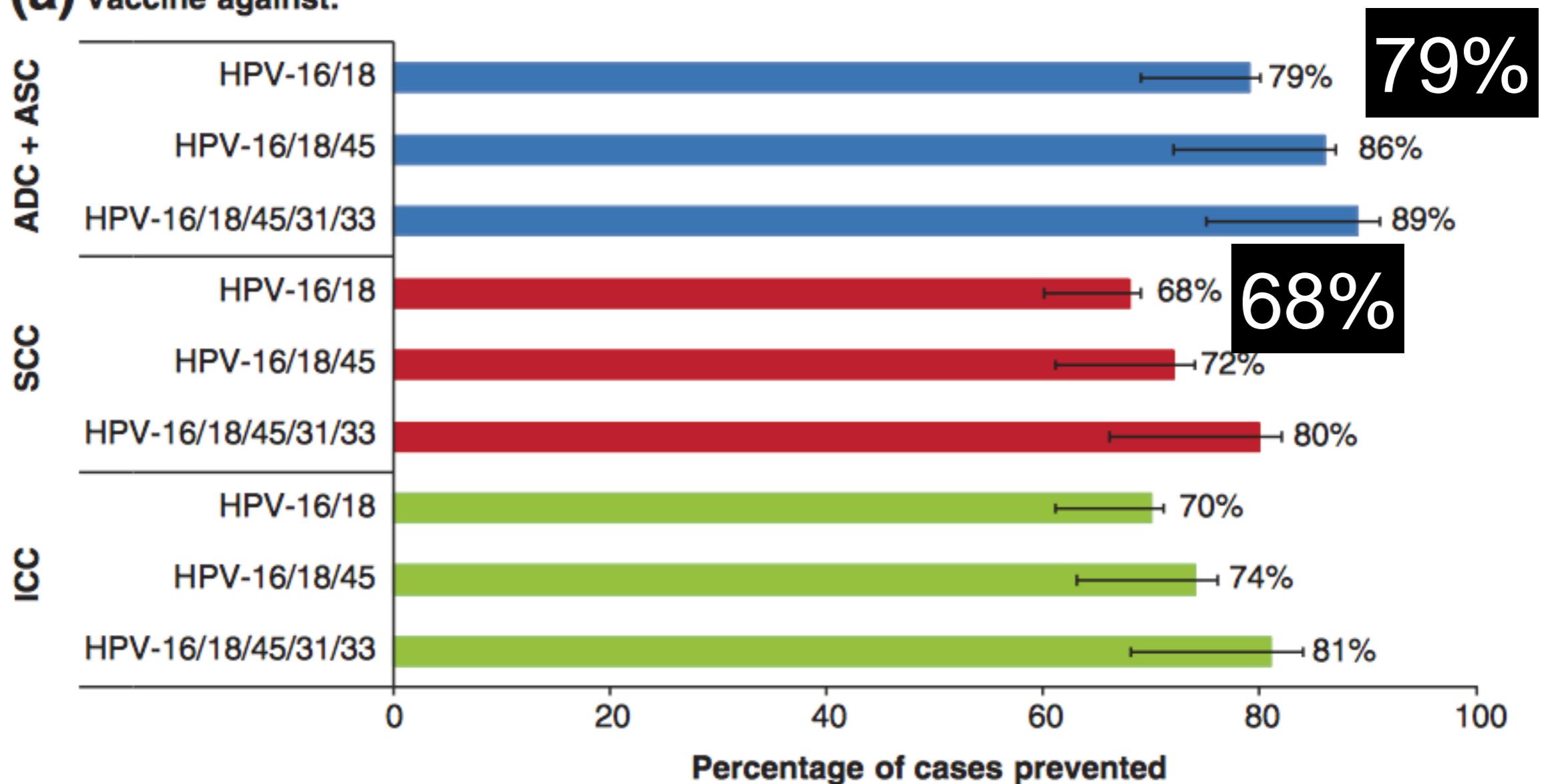
Open Access

Estimate of the global burden of cervical adenocarcinoma and potential impact of prophylactic human papillomavirus vaccination

Jeanne M Pimenta¹, Claudia Galindo², David Jenkins³ and Sylvia M Taylor^{4*}

Vacunación

(a) Vaccine against:



Vacunación



Contents lists available at ScienceDirect

Cancer Epidemiology

The International Journal of Cancer Epidemiology, Detection, and Prevention

journal homepage: www.cancerepidemiology.net



Secular trends of HPV genotypes in invasive cervical cancer in Cali, Colombia 1950–1999

Gloria Ines Sanchez^{a,*}, Luis Eduardo Bravo^b, Gustavo Hernandez-Suarez^{c,1}, Sara Tous^d, Laia Alemany^{d,e}, Silvia de Sanjose^{d,e}, F. Xavier Bosch^d, Nubia Muñoz^c

Reducción del cáncer	Escamoso	AdenoCa
Bivalente -Cuadrivalente	65%	70%
Nonavalente	+19%	+23%

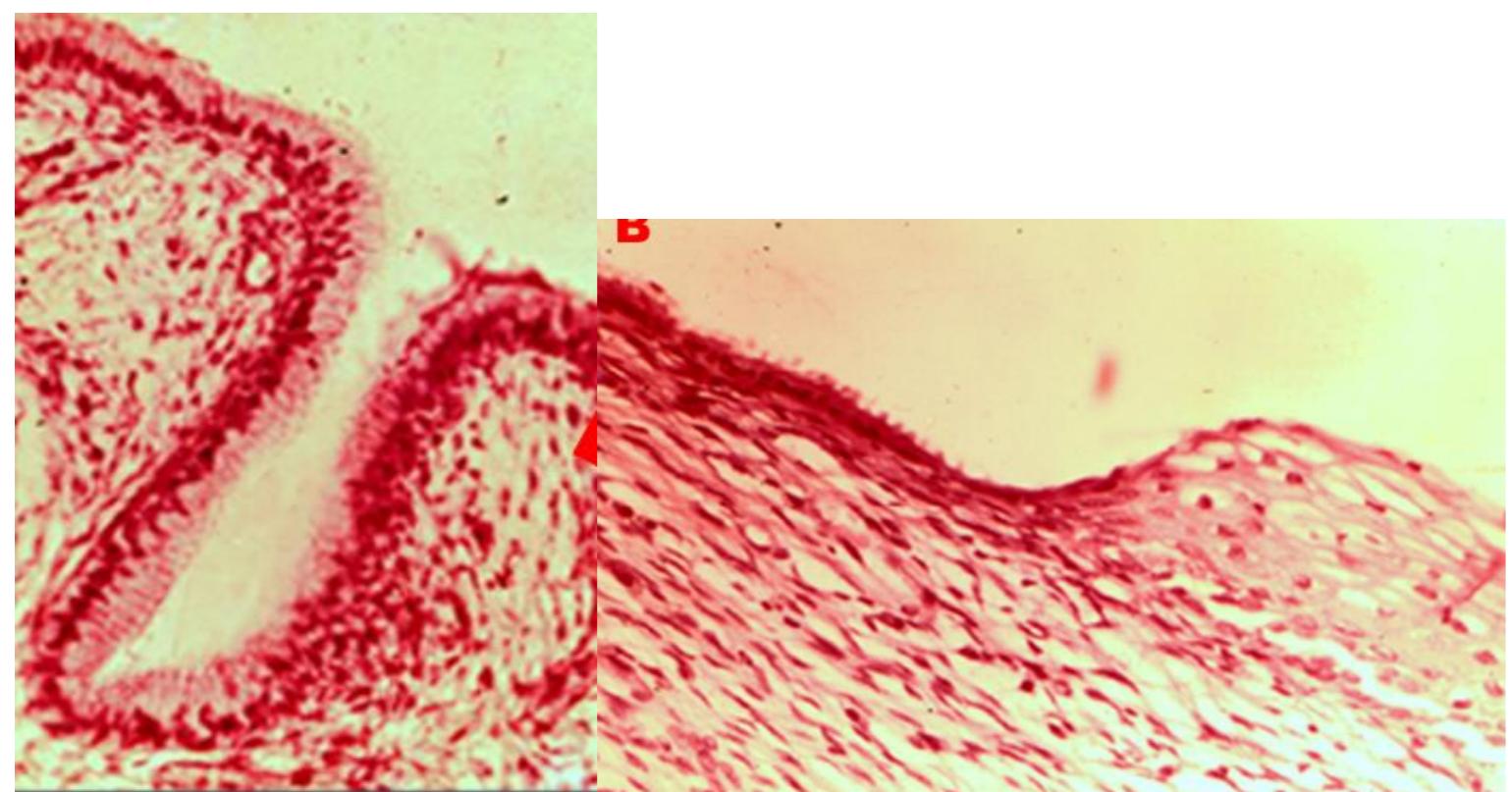
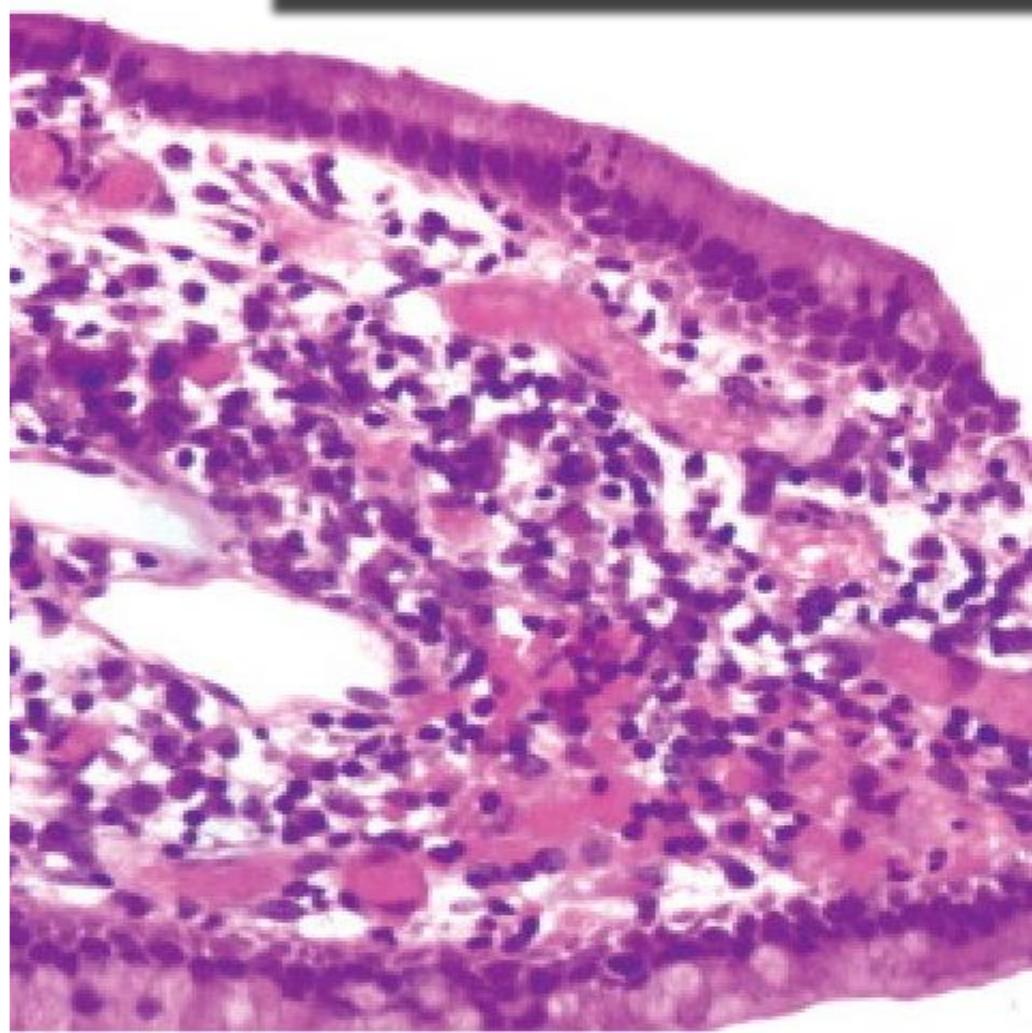
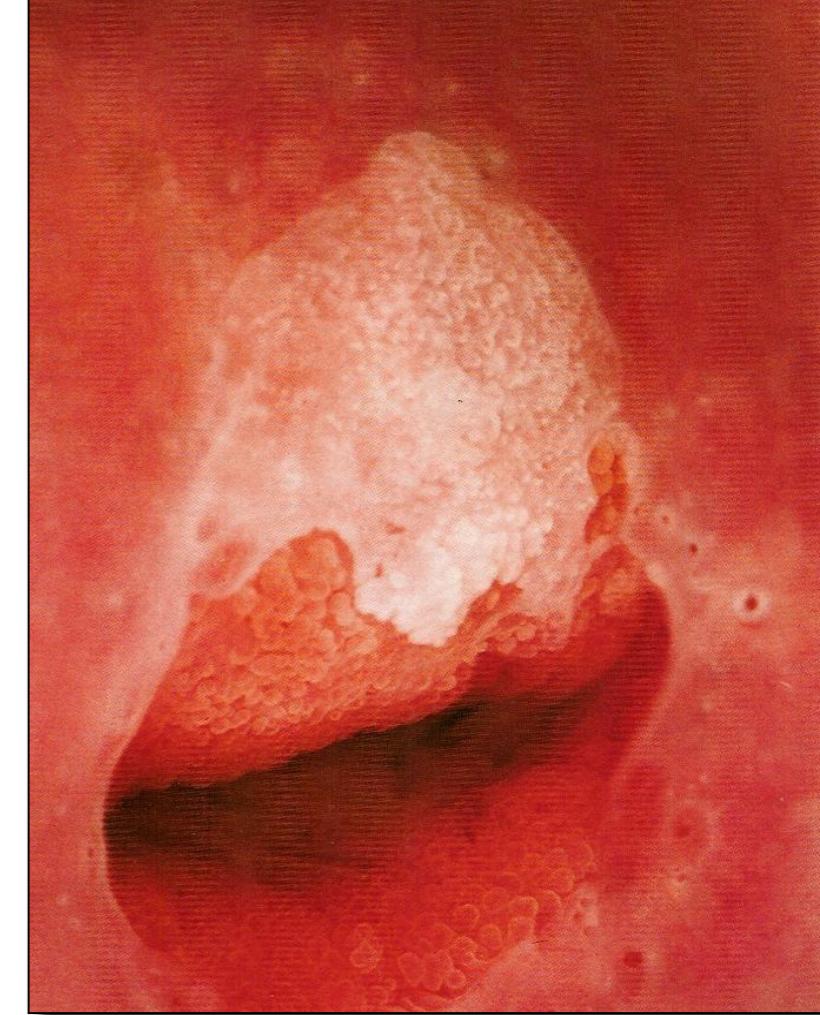
La vacunación contra el VPH proporcionará la mejor estrategia de prevención contra los adenocarcinomas del cuello uterino.

Factores de Riesgo

- Baja paridad Débil Asociación
- Obesidad **Fuerte Asociación**
- ACOs Tanto para Adeno como Escamo
- Fumar **No Asociación**
- Tipo de PVH 16 y **18**.
 18 involucrado en el 50% en
adeno Vs 15% en Escamo
- Hiperplasia de las células de reserva

Histología

- ***Epitelio cilíndrico***
- Una sola capa de células cilíndricas, altas, secretoras con núcleos basales.
- 4-6% células ciliadas
- Células de reserva bipotenciales (zona basal del epitelio)



Lesiones de células glandulares

AGC

Endocervicales
Endometrial
N.O.S.

AGC a favor
de neoplasia

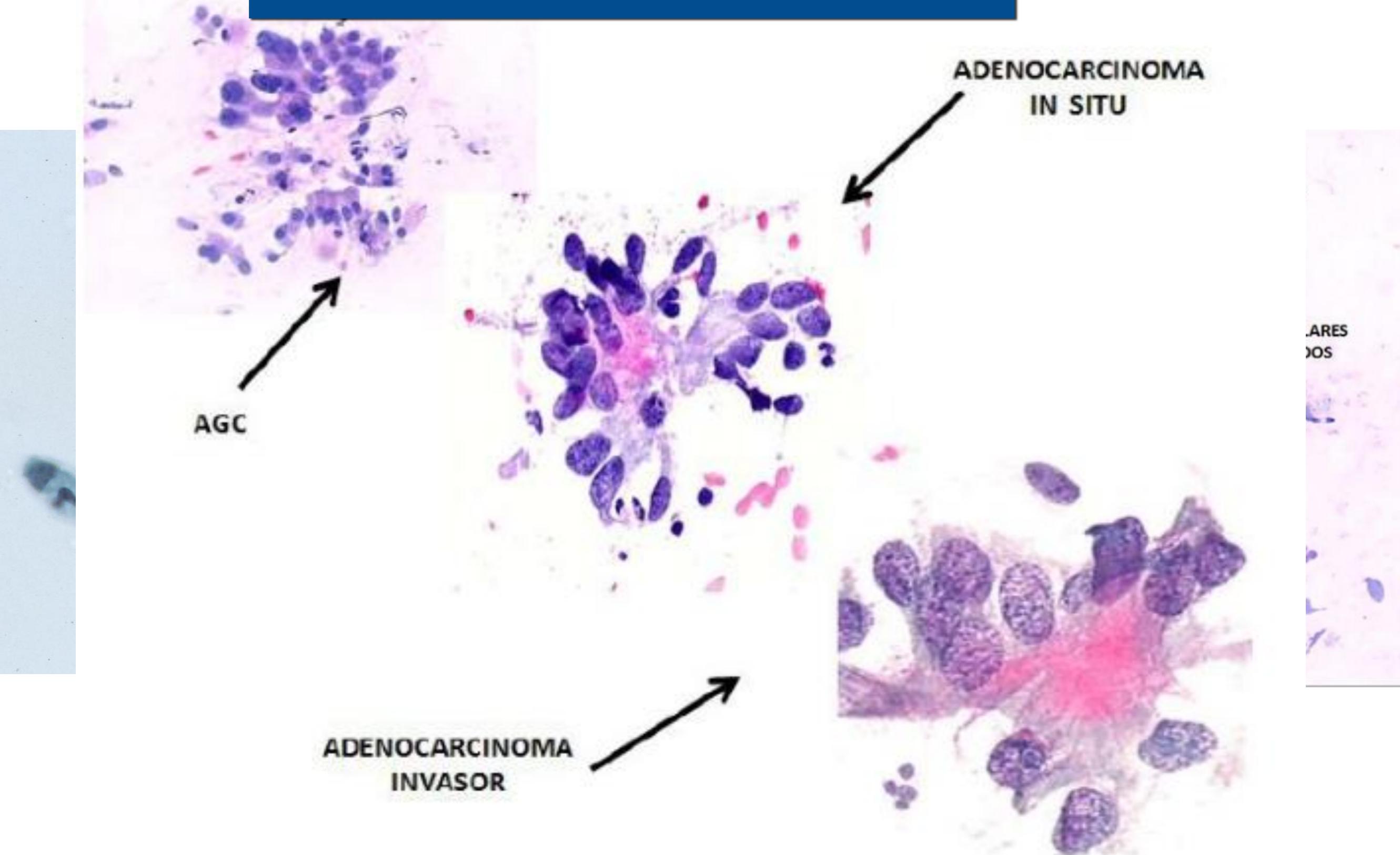
Endocervicales
Endometrial
N.O.S.

AIS

Adenocarcinoma inSitu

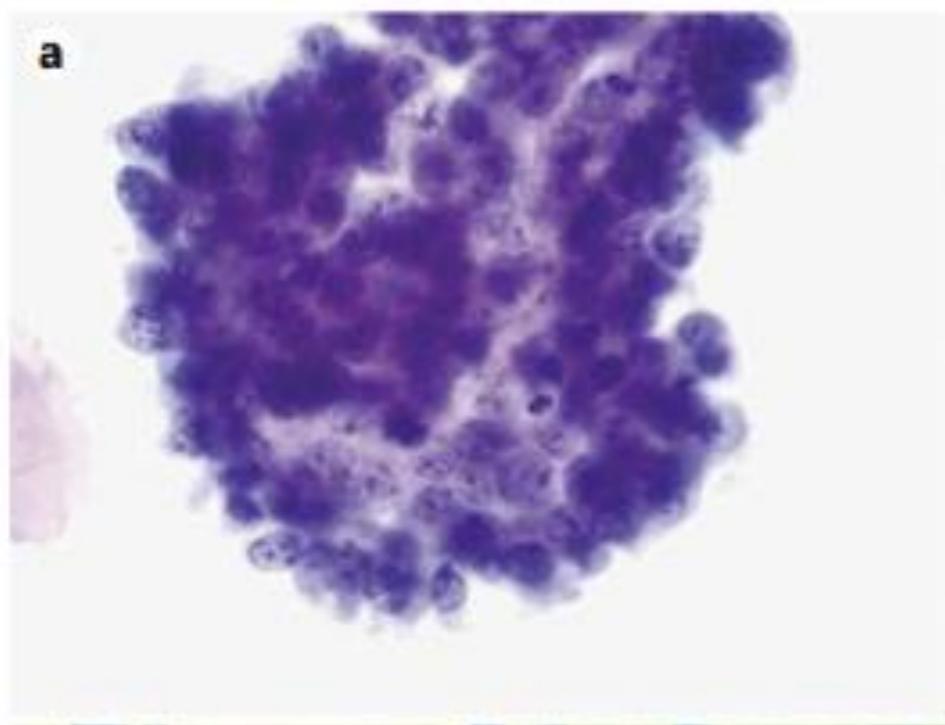
Adenocarcinoma

Citología



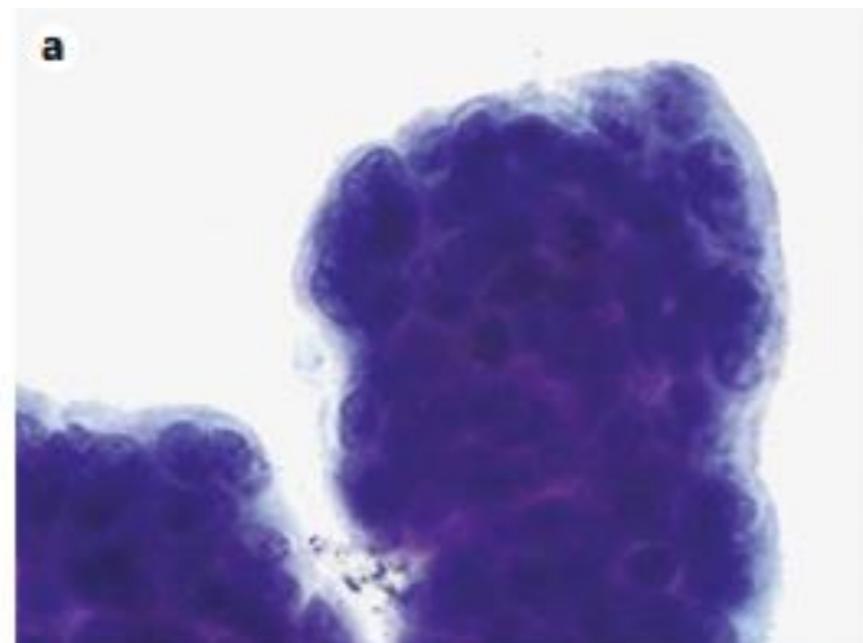
Citología

**Menor sensibilidad de la citología
Doble de Falsos Negativos que lesiones escamosas**



A cluster of inflammatory reactive glandular cells with a few mitotic figures and prominent nucleoli. Pap.

×400



A cluster of serous carcinoma cells that exhibited highly overlapping nuclei with basophilic peripheral cells on a clean background that exhibited prominent atypia and a high level of mitotic activity. Pap. ×400

AGC

- 20- 50% de mujeres tienen NIC 2, 3
- 3-17% tienen cáncer invasor
- 12-46% tienen lesiones glandulares puras
- 0,2 - 29% Ca de endometrio

AGC – FN

- Se asocia con enfermedad significativa 46 – 72%

AIS

Adeno insitu

48-69%

Wrght et Al. Jama 2002

(Mohammed et al, 2000; Geier et al, 2001; Scheiden et al, 2004; Schnatz et al, 2006)

Type-Specific Human Papillomavirus DNA Detected in Atypical Glandular Cell Pap Tests

Elie Mulhem Mitual Amin Jonathan Copeland John Sharma Sue Hunter

Department of Family Medicine and Department of Anatomic Pathology, Oakland University William Beaumont School of Medicine, Rochester, Mich., USA

34,7% (33/95) AGC marcan positivo para PVH DNA AR

Table 1. HR HPV types detected in 161 AGC Pap tests

HPV type	Samples, n
16	7 (4.3)
18	6 (3.7)
66	4 (2.4)
68	4 (2.4)
51	3 (1.8)
52	3 (1.8)
58	2 (1.2)
59	2 (1.2)
35	2 (1.2)
31	1 (0.6)
39	1 (0.6)
45	1 (0.6)

Multiple HPV types were detected in some Pap tests. Values in parentheses represent percentages.

Type-Specific Human Papillomavirus DNA Detected in Atypical Glandular Cell Pap Tests

Elie Mulhem Mitual Amin Jonathan Copeland John Sharma Sue Hunter

Department of Family Medicine and Department of Anatomic Pathology, Oakland University William Beaumont School of Medicine, Rochester, Mich., USA

KPNC

Enfermedad Asociada

34% ----- 44% AGC +PVH DNA AR (+)

Vs

1,1% ----- 1,2% AGC +PVH DNA AR (-)

Recordar que AGC + PVH DNA AR (-)

Puede estar relacionado con enfermedad endometrial u ovárica

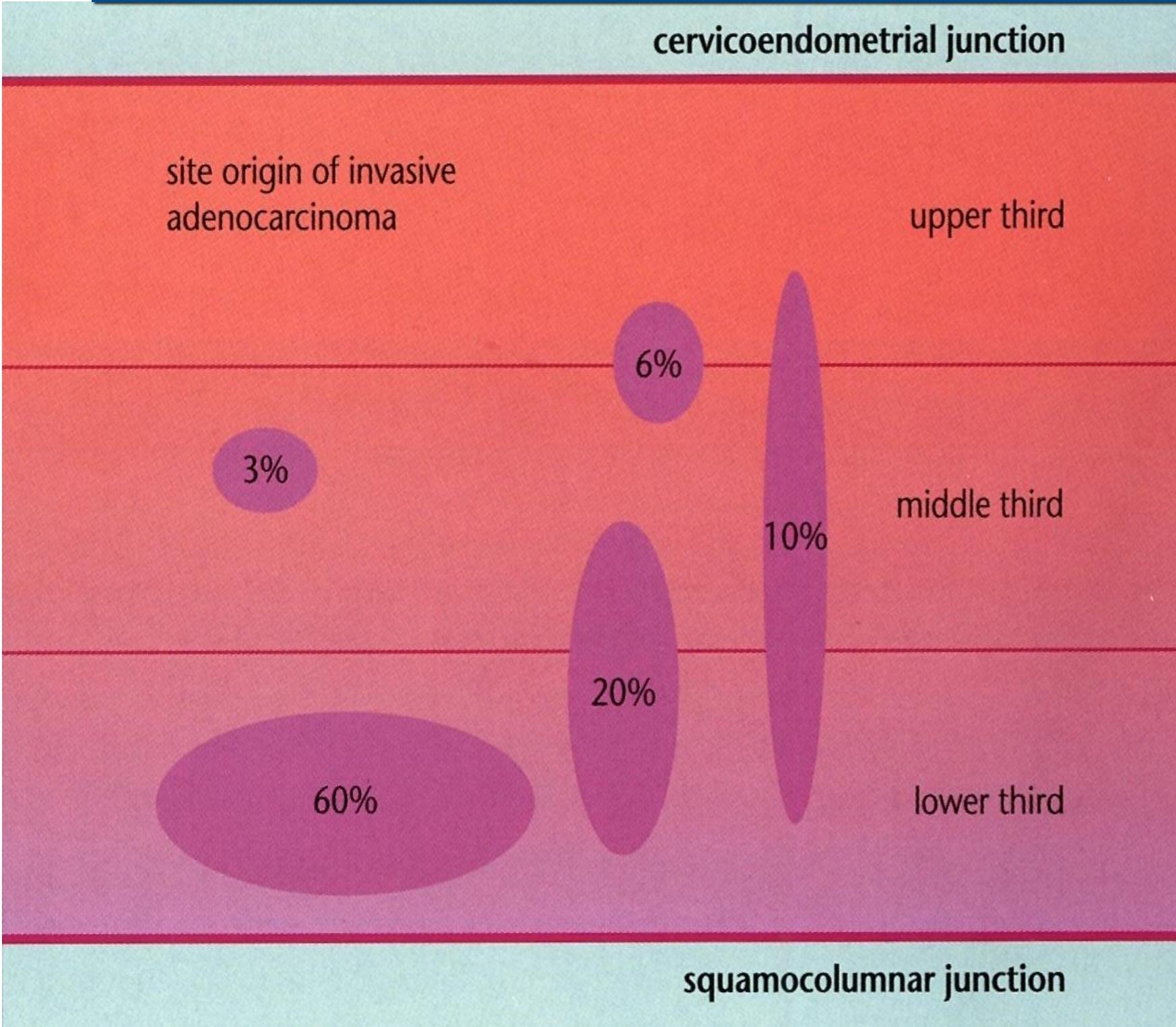
Initial Workup of Women with Atypical Glandular Cells (AGC)



[^] If not already obtained. Test only for high-risk (oncogenic) types.

* Includes unexplained vaginal bleeding or conditions suggesting chronic anovulation.

Tamaño y localización de las lesiones



Tamaño y localización de las lesiones

- Mayoría de las lesiones son menores de 15 mm.
- Extensión de la lesión relacionada con la edad

Mujeres mayores, tiene lesiones de mayor tamaño

- <36 menos extensa, dentro de 1cm de la UEC
 - ✓ Ocupa 1 cuadrante 48%
 - ✓ Ocupa 4 cuadrantes 10%

Lesiones Saltonas

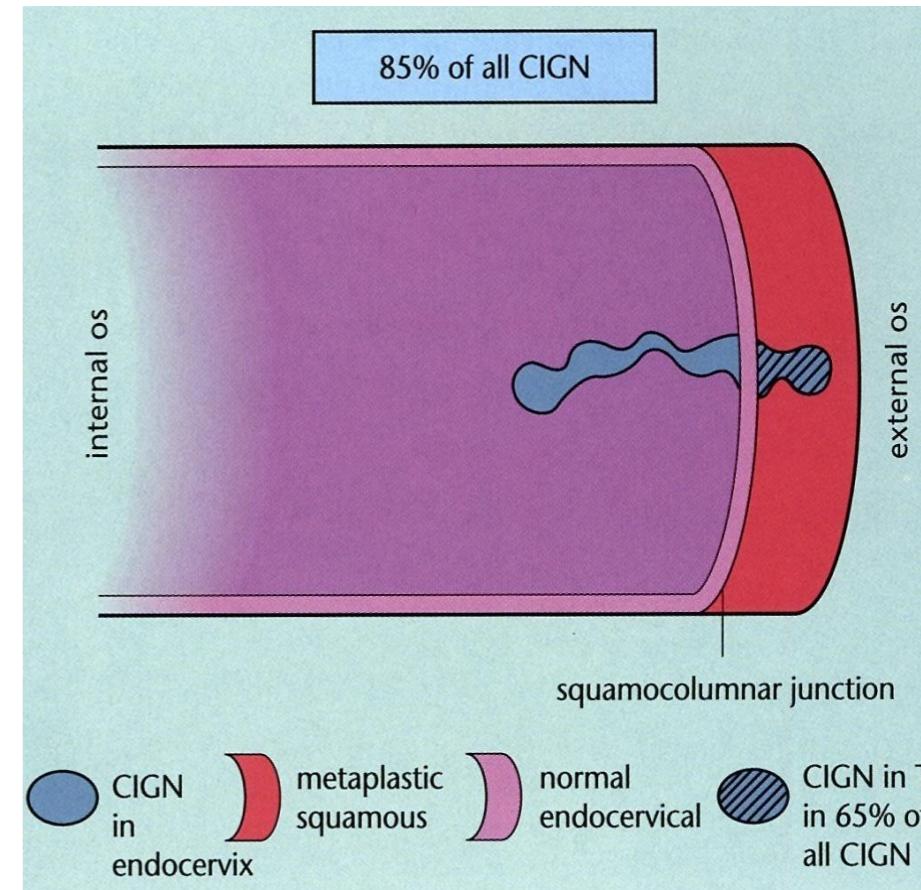
- Lesiones separadas por epitelio normal

Representan 6.5% - 15 % de los AIS.

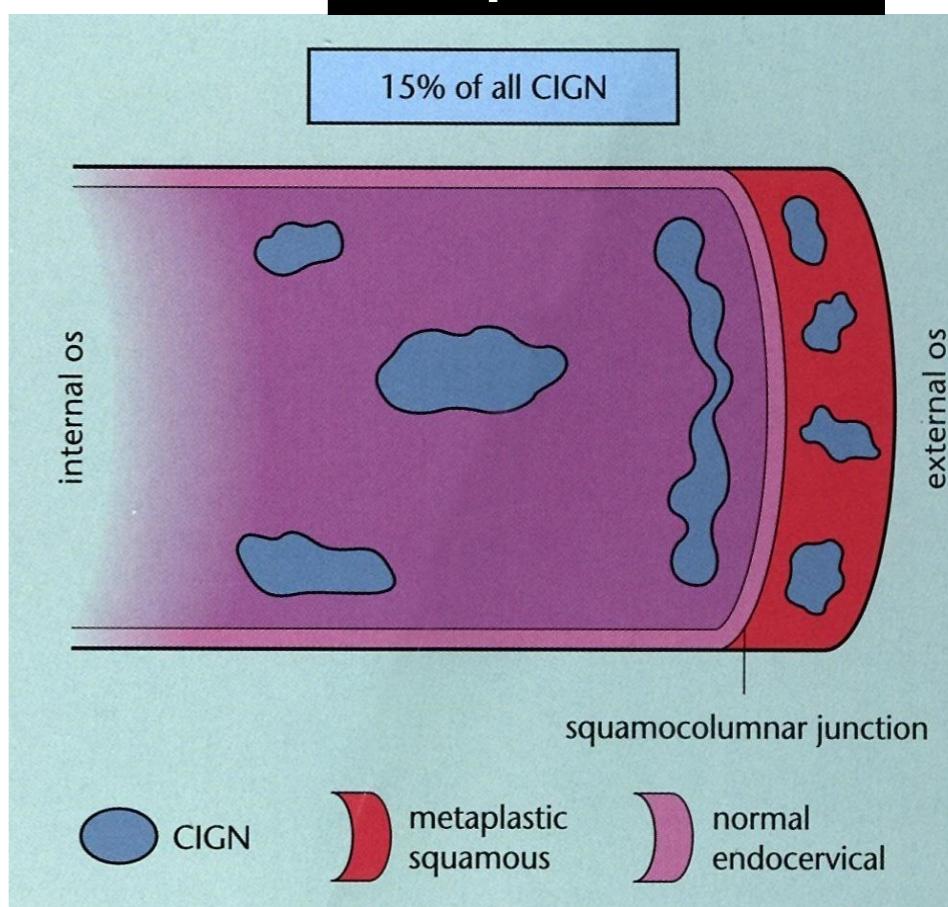
- Afectación mixta 46 – 72%

50 % de AIS asociados a NIC

2% de las lesiones H-SIL tiene lesión glandular.



Skip lesions



Colposcopia



Baja sensibilidad 9.8% Vs 30 al 43 % con la citología

VPN 12.5%

VPP 93.5%

Valores predictivos peores que la citología

11 de 112 pacientes tenían cambios colposcopicos

Ullal et Al. Cytopathology. Volume 20, Issue December 2009 Pages 359-366

10/167 AGC borderline tenian enfermedad glandular pura
0/10 Sospecha Colposcopica

Colposcopia



No hay un patrón colposcopico característico

Muchas pacientes con Adenoca Insitu no se observan cambios colposcopicos

El patrón de mosaico, punteado, leucoplasia a menudo asociados en lesiones escamosas no son vistos generalmente con lesiones glandulares
(Wright, 1999).

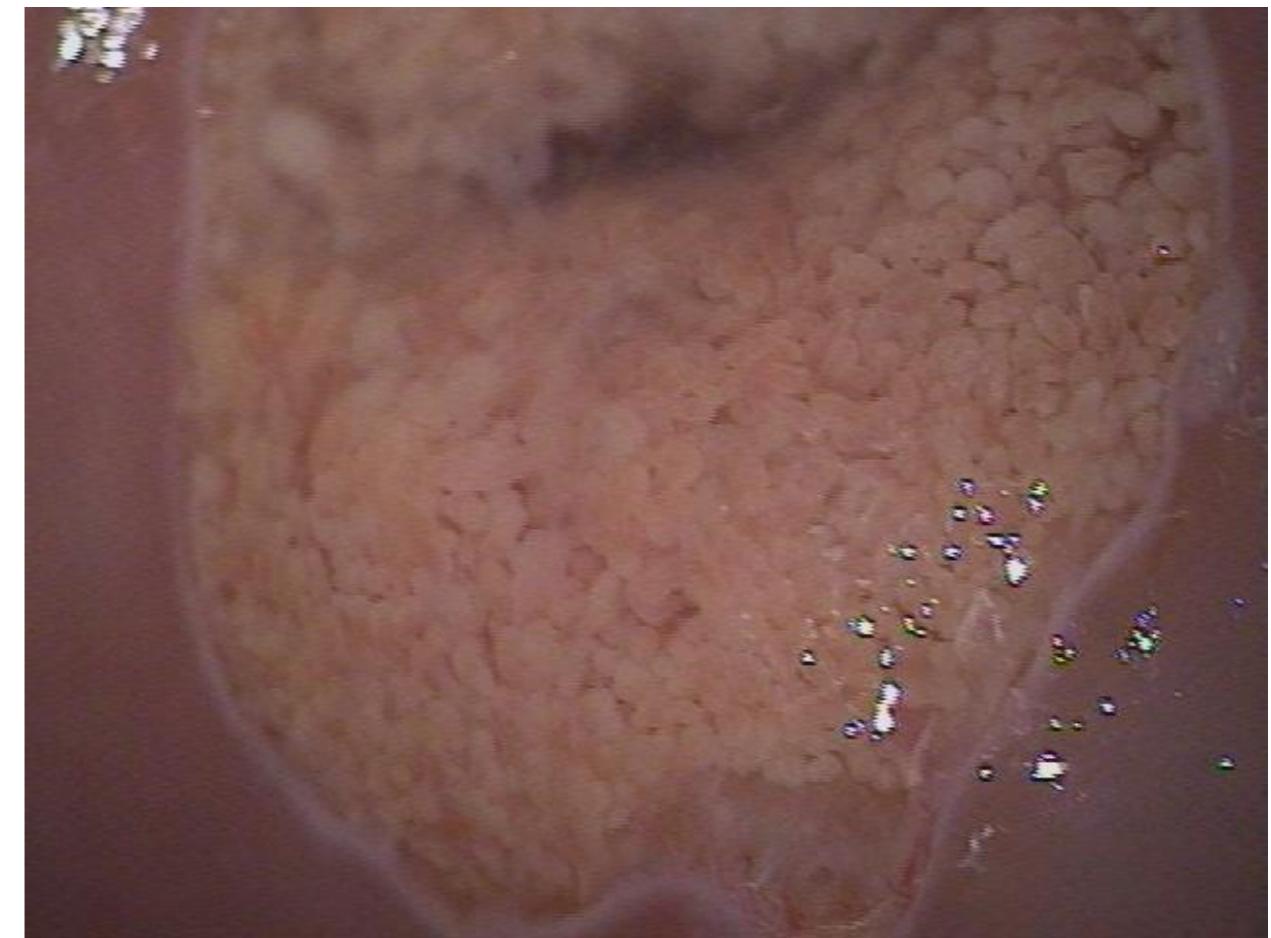
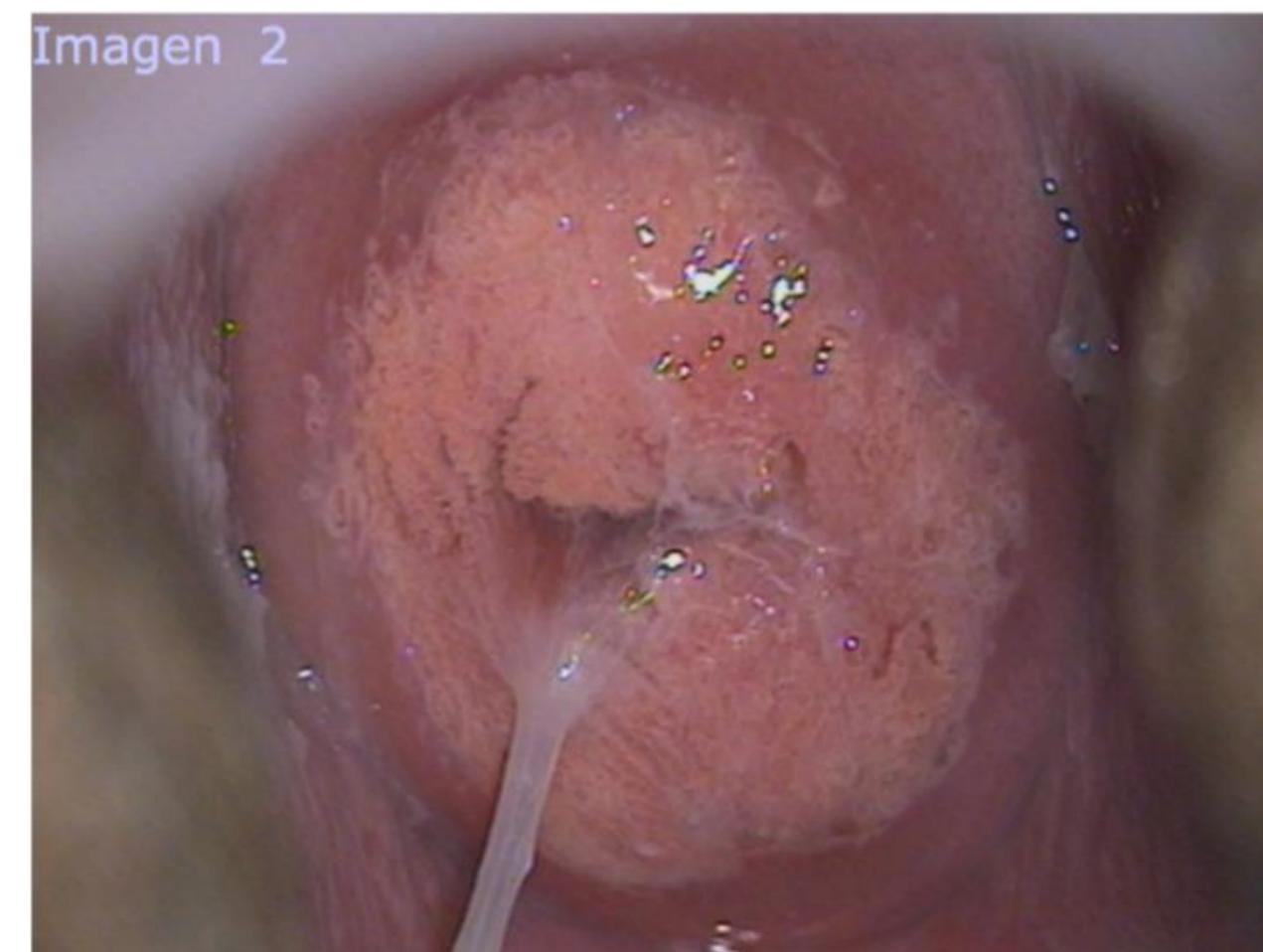


Imagen 2



Colposcopia

- 1. Afectación papilar:** Parches bien definidos de vellosidades en proliferación, acetoblancas. Manifestación mas frecuente hasta 85% acetoblanco que no esta en contacto con borde escamoso
- 2. Gemación**
- 3. Aceto Roja y Blanca** de distribución sectorial
- 4. Aberturas Grandes** de la glándula o cripta
- 5. Vasos sanguíneos** en hilacha, zarcillo, raíz o en jeroglíficos o escritura

Imagen 3

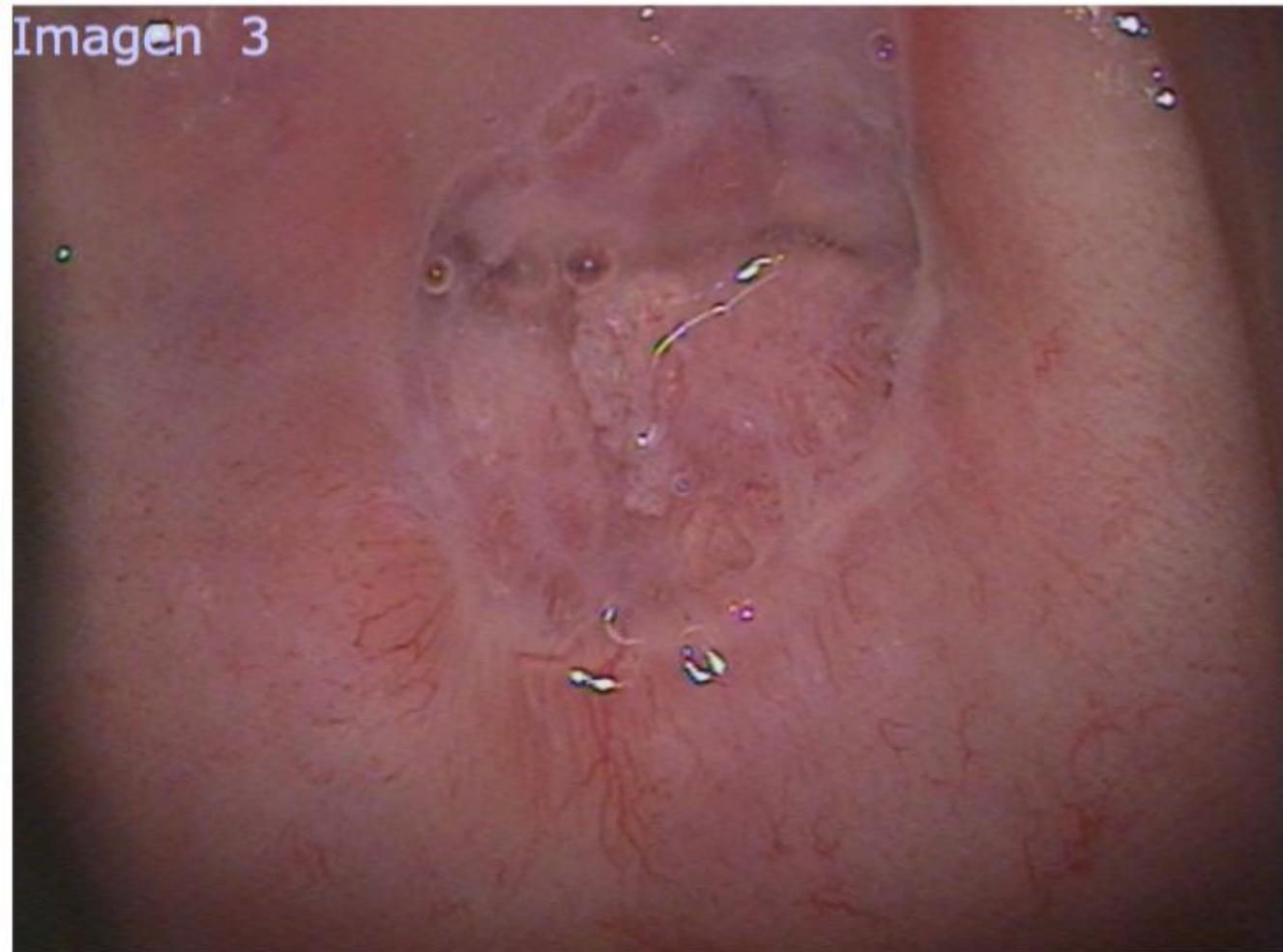


Imagen 5

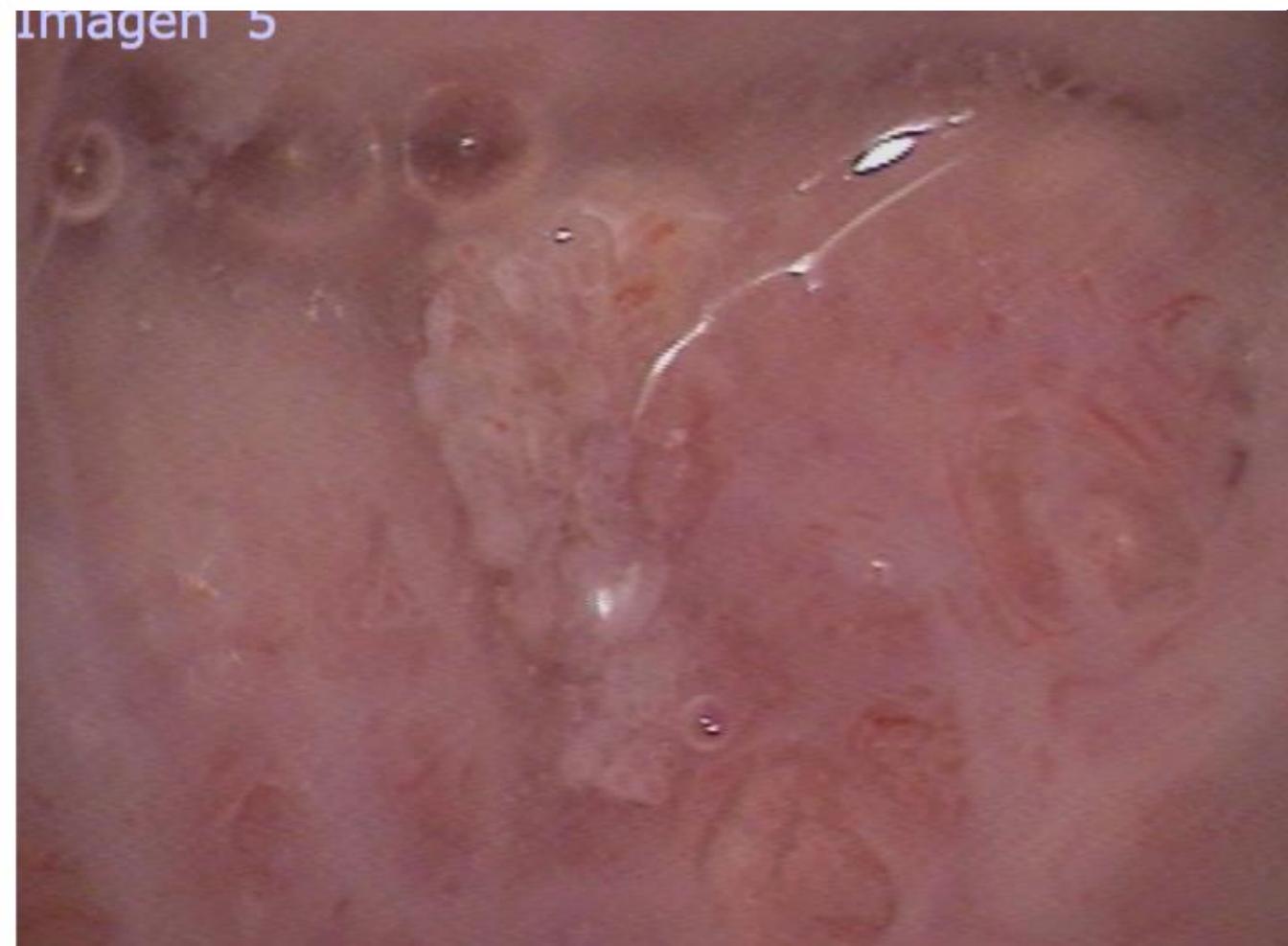
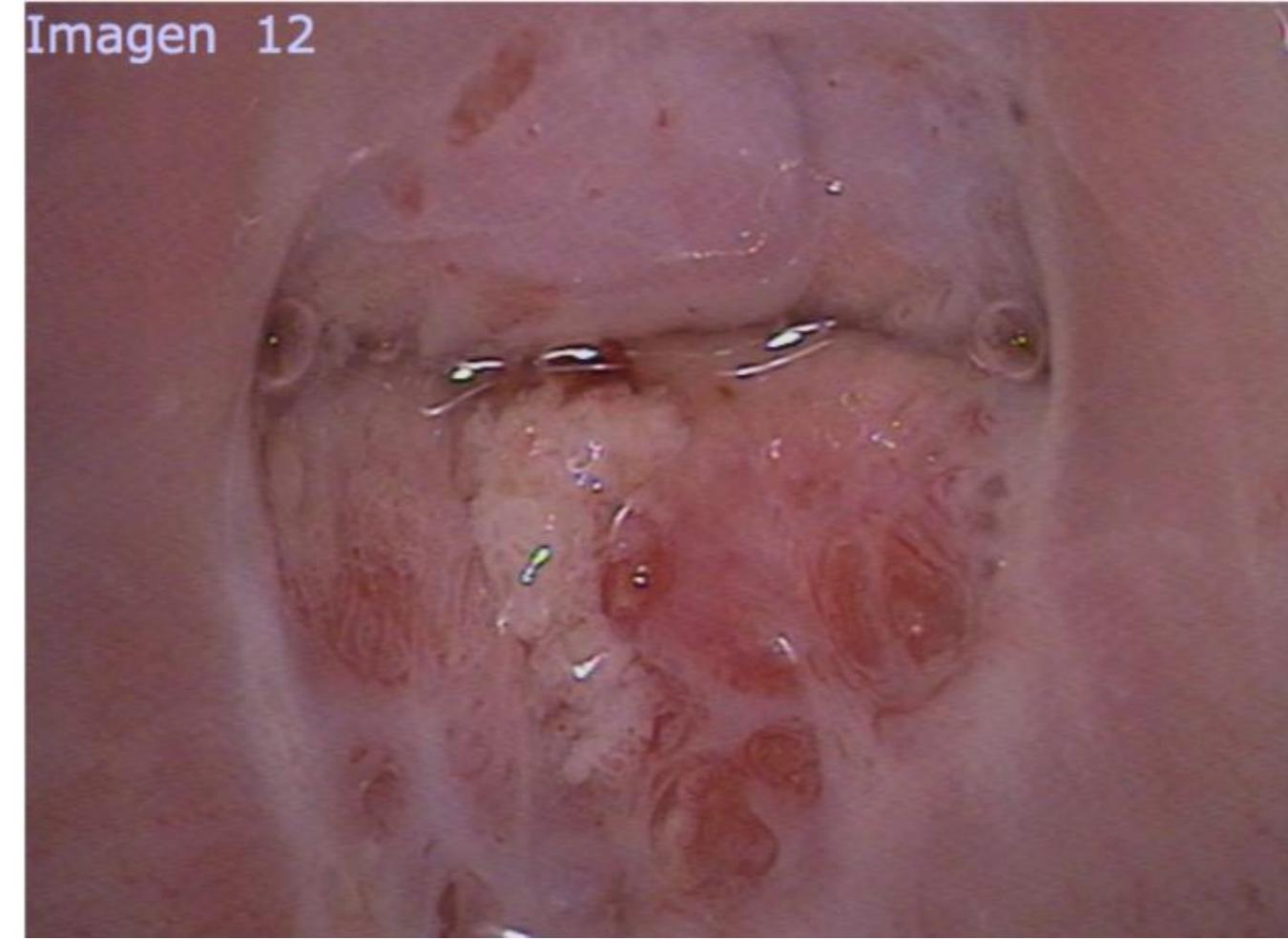


Imagen 12

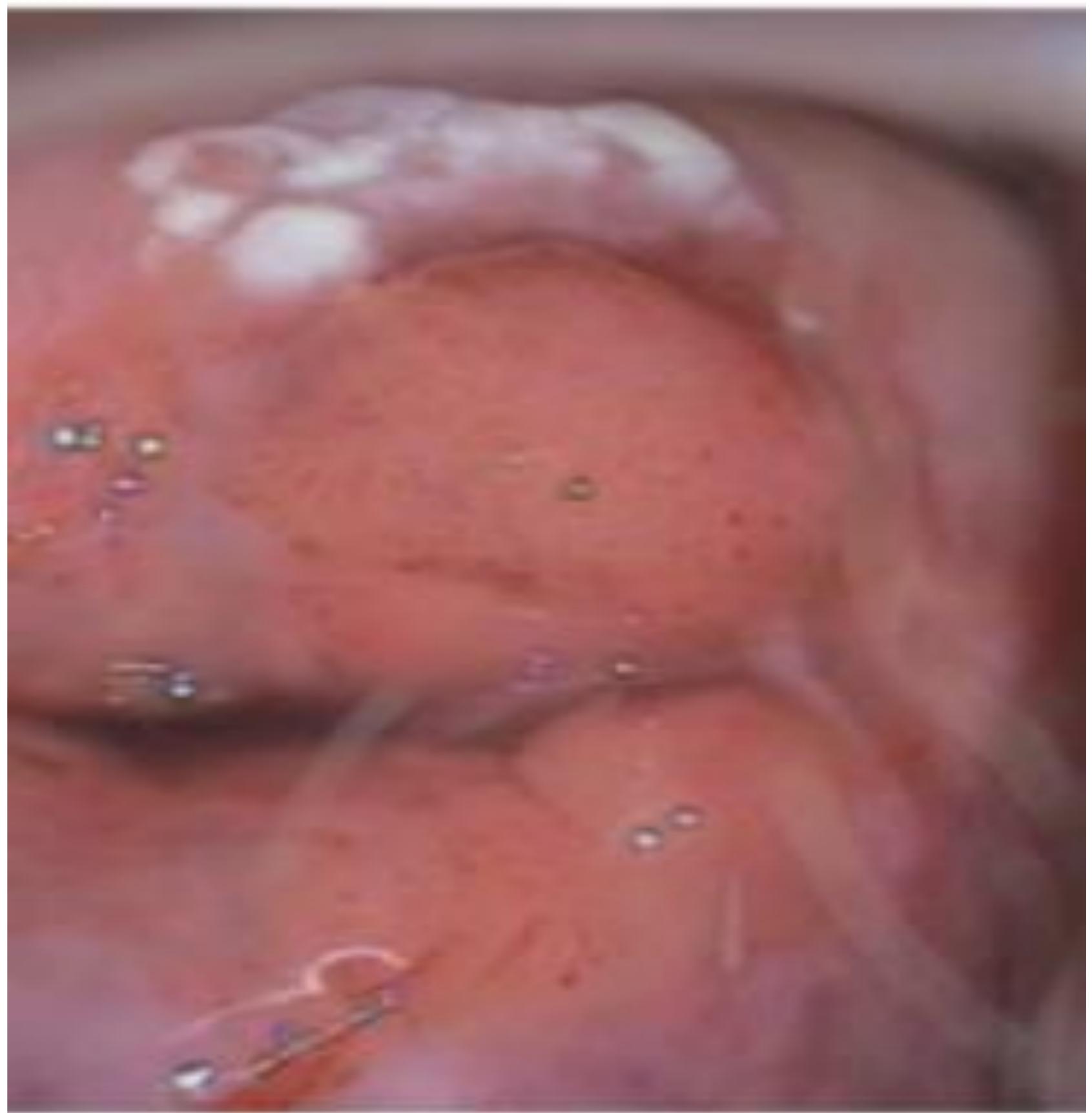


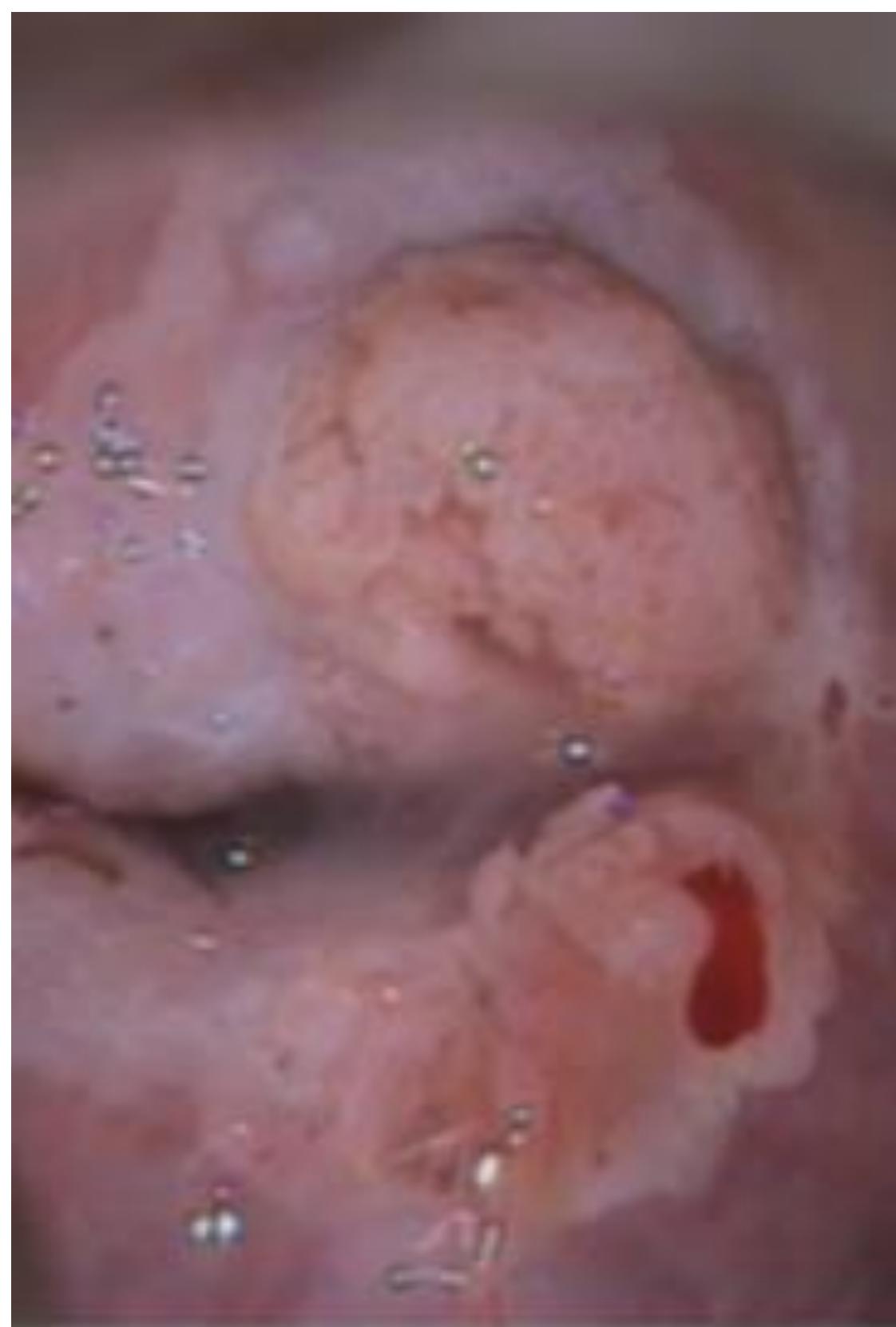
1. Afectación
papilar en parches



Acetoblanco Papilar

Cortesia Dr Fredy Rojas. Medellin Colombia





Papillas Hipertrofiadas
Fusionadas



Imagen 1



3. Lesiones en parches rojo y blanco

Imagen 16

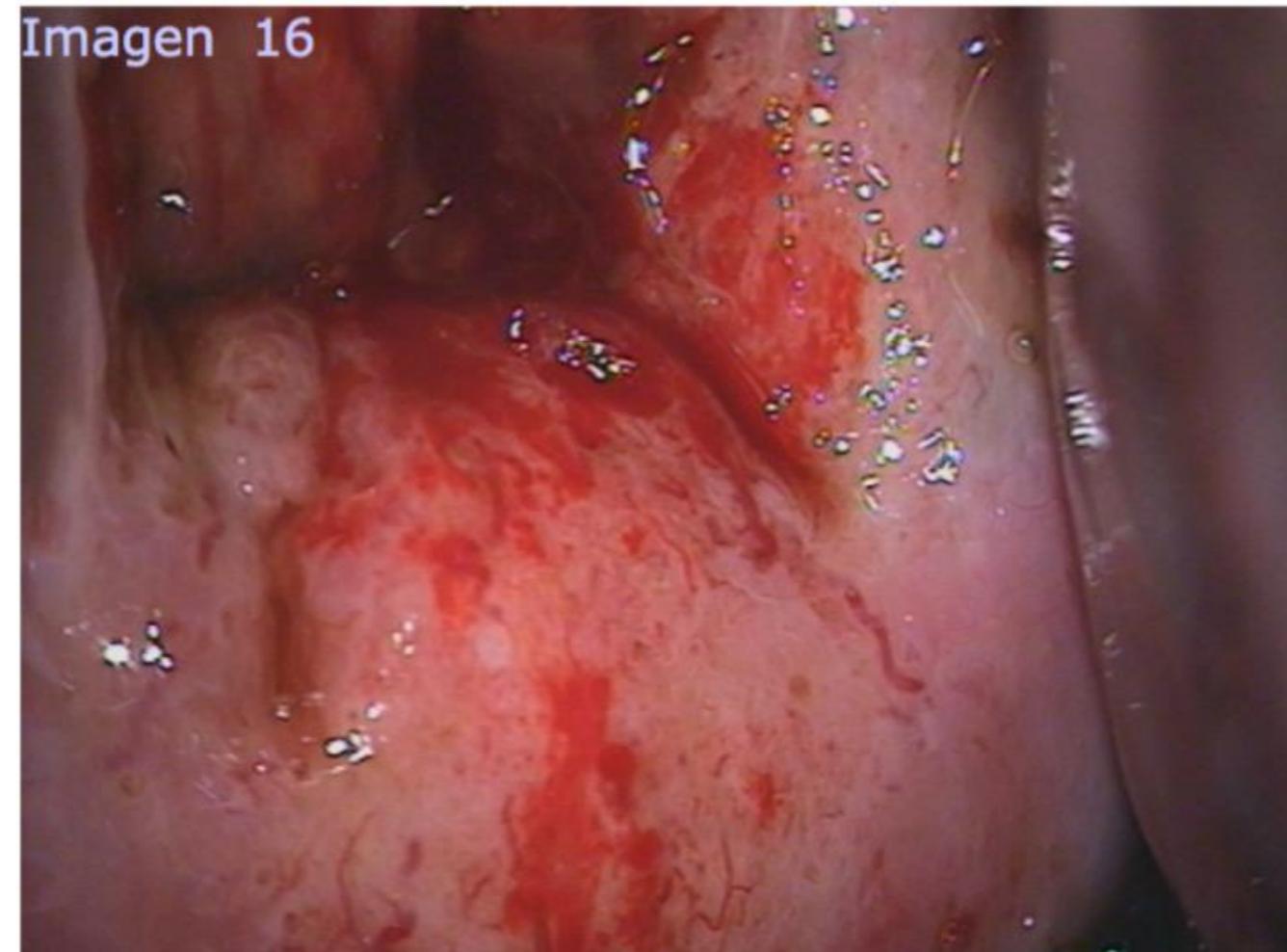
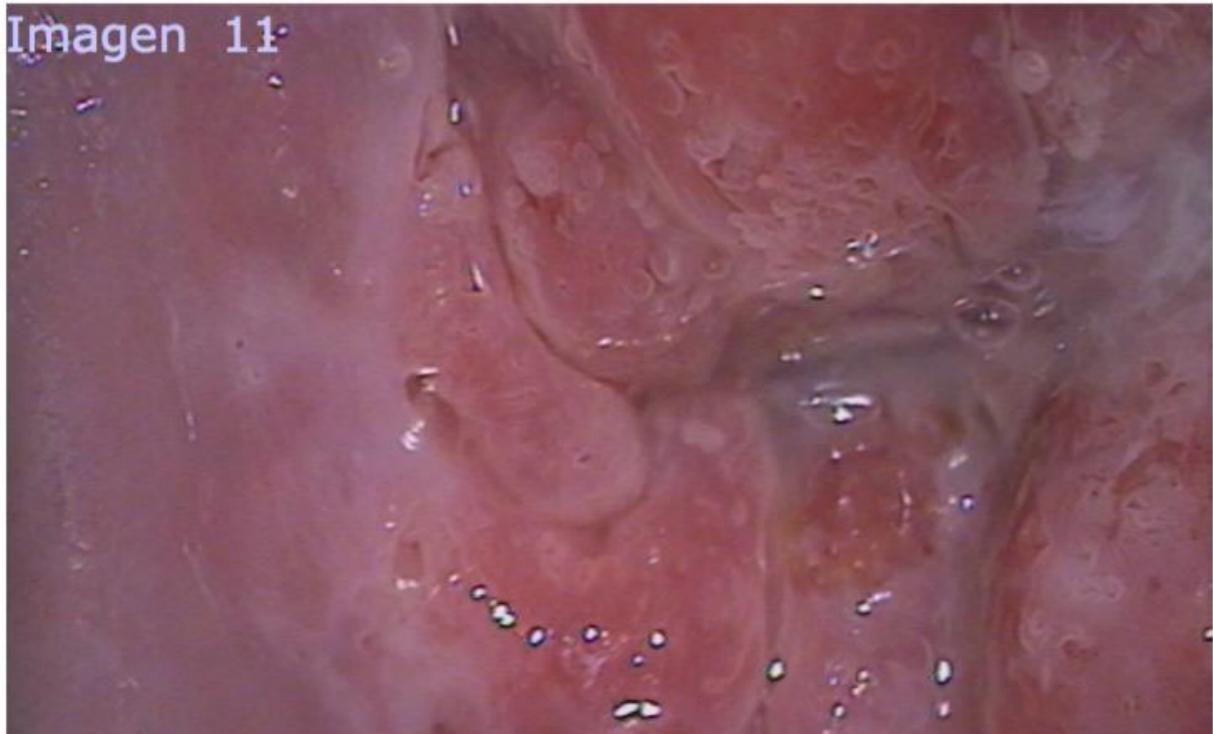




Imagen 11



Imagen 12



3. Parches Blanco- Rojo

Imagen 13

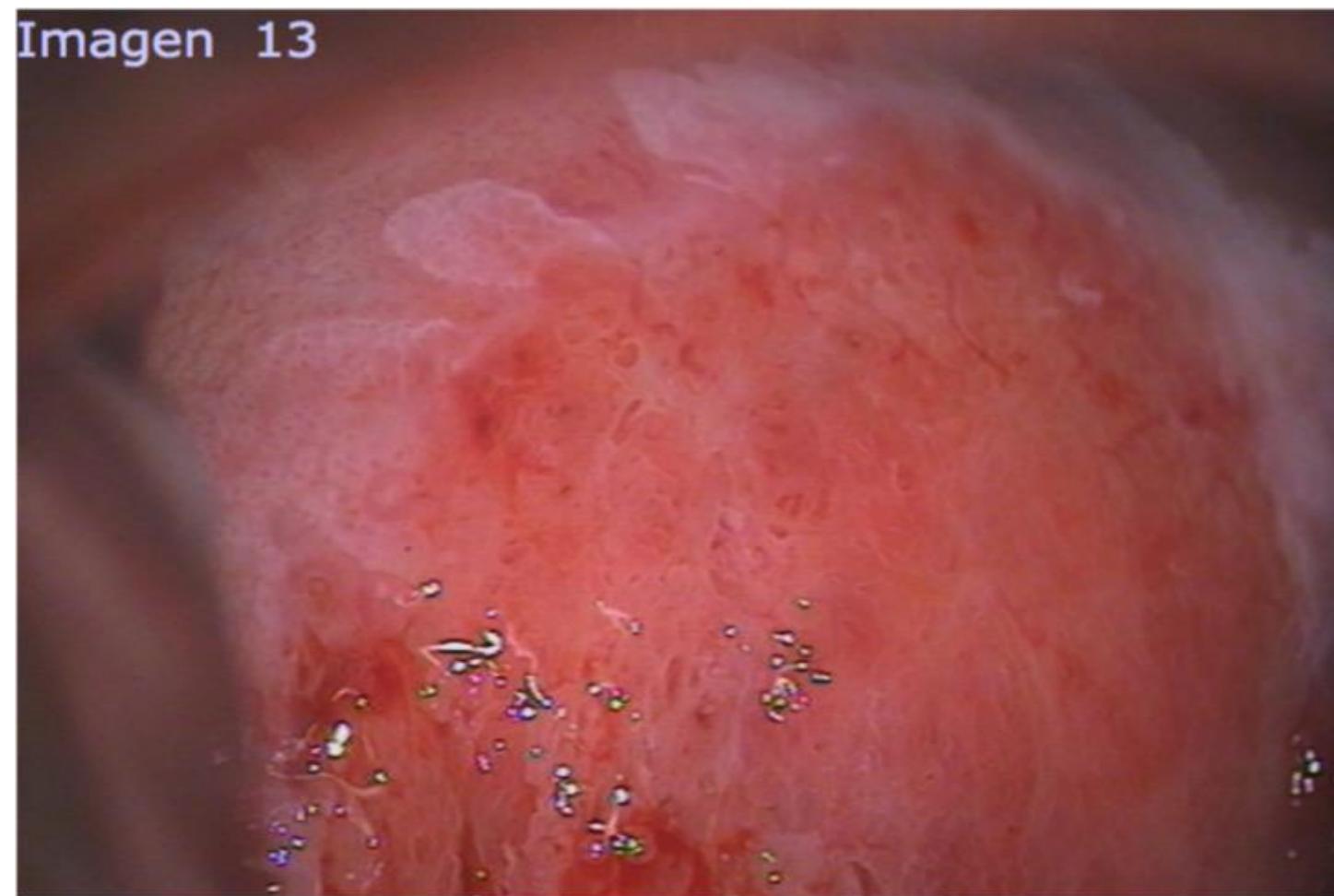
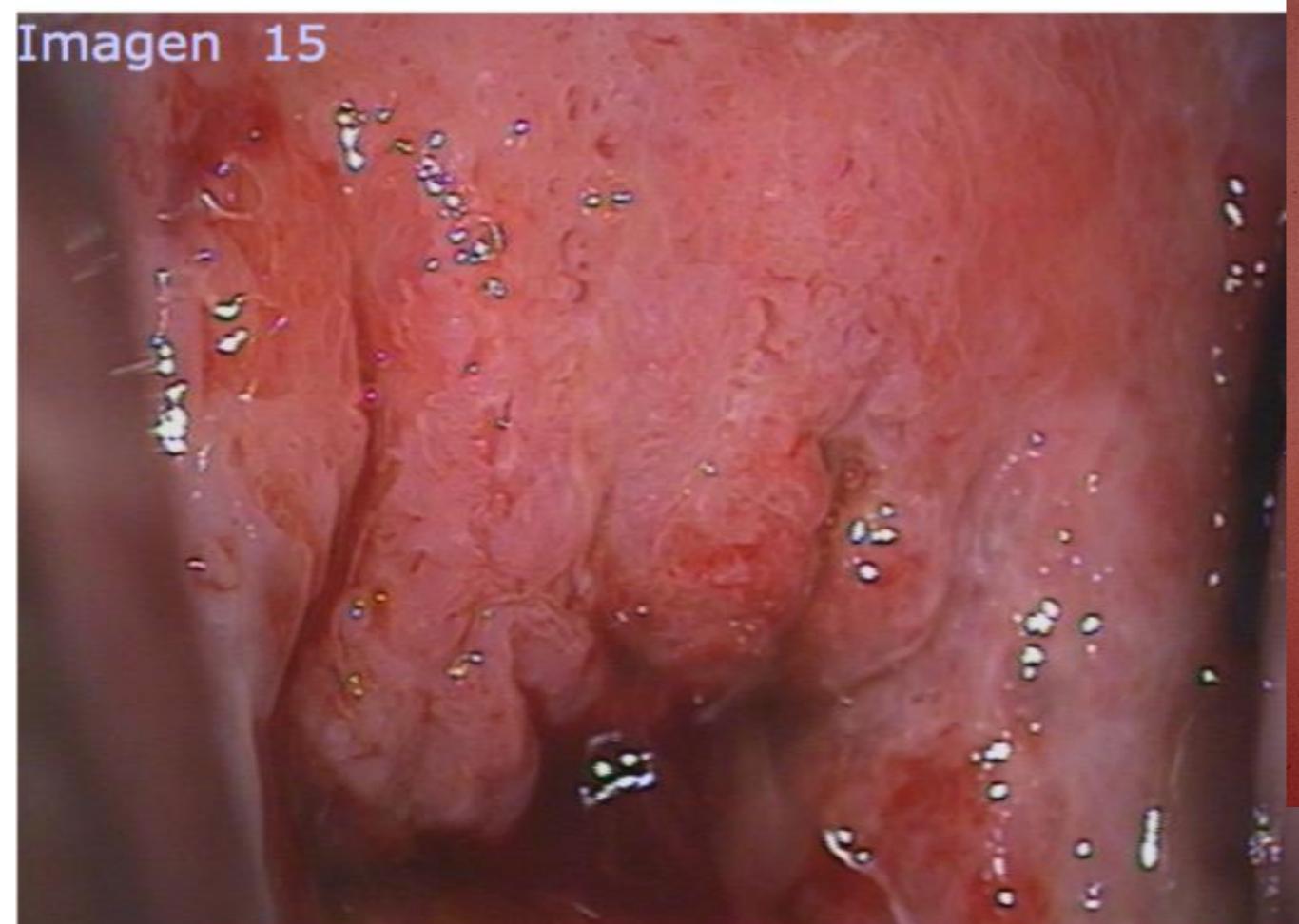
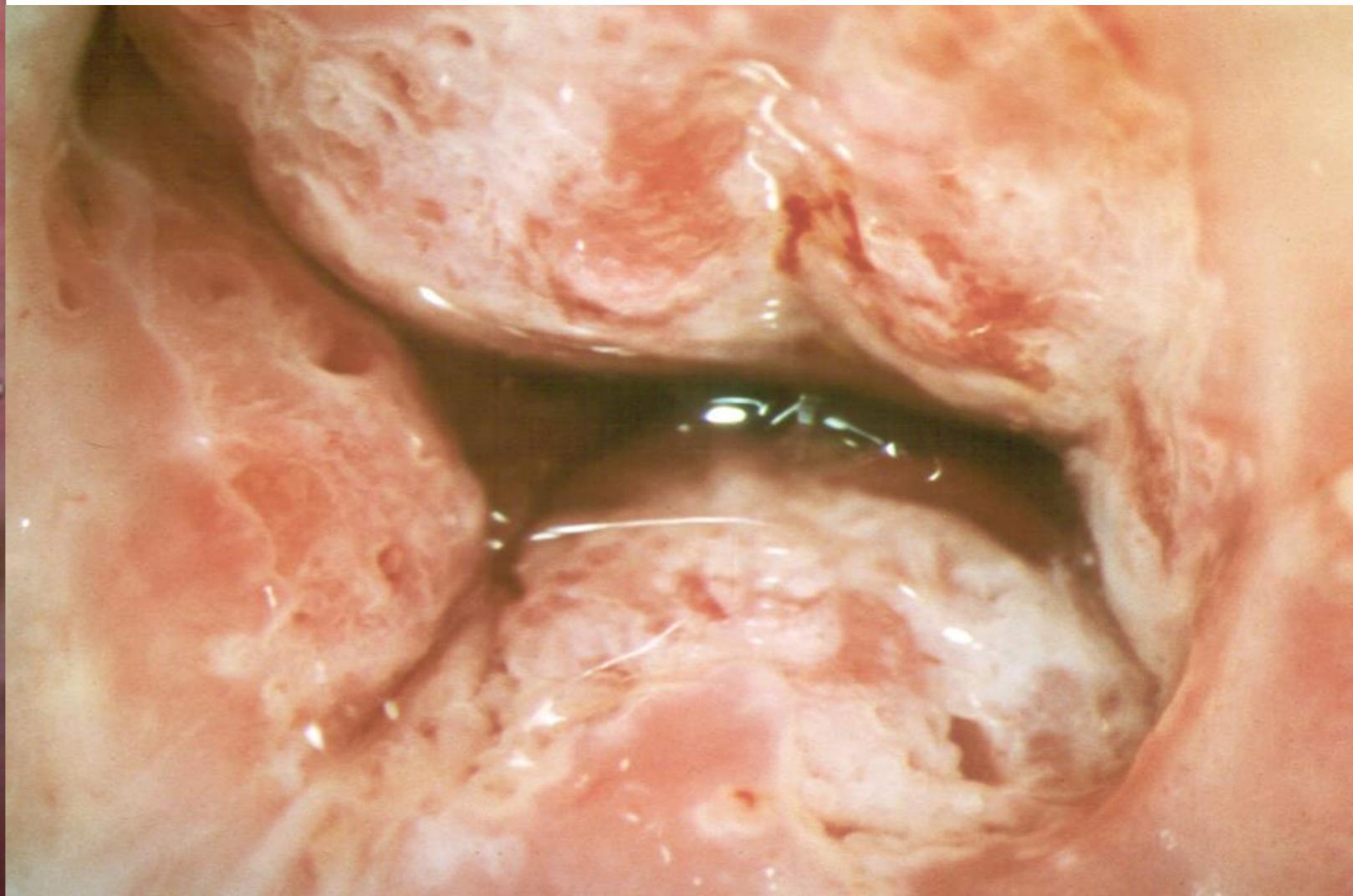
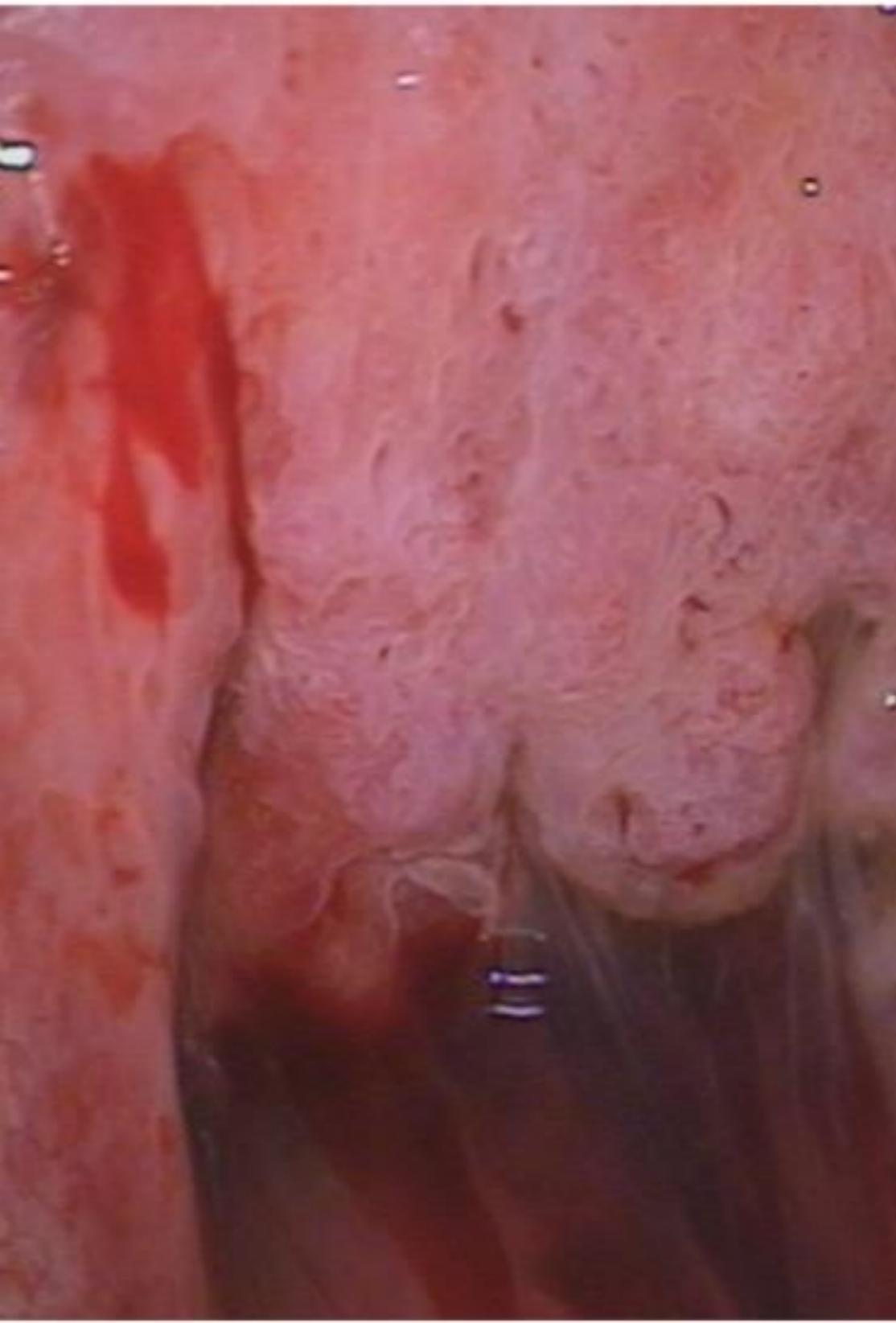


Imagen 15

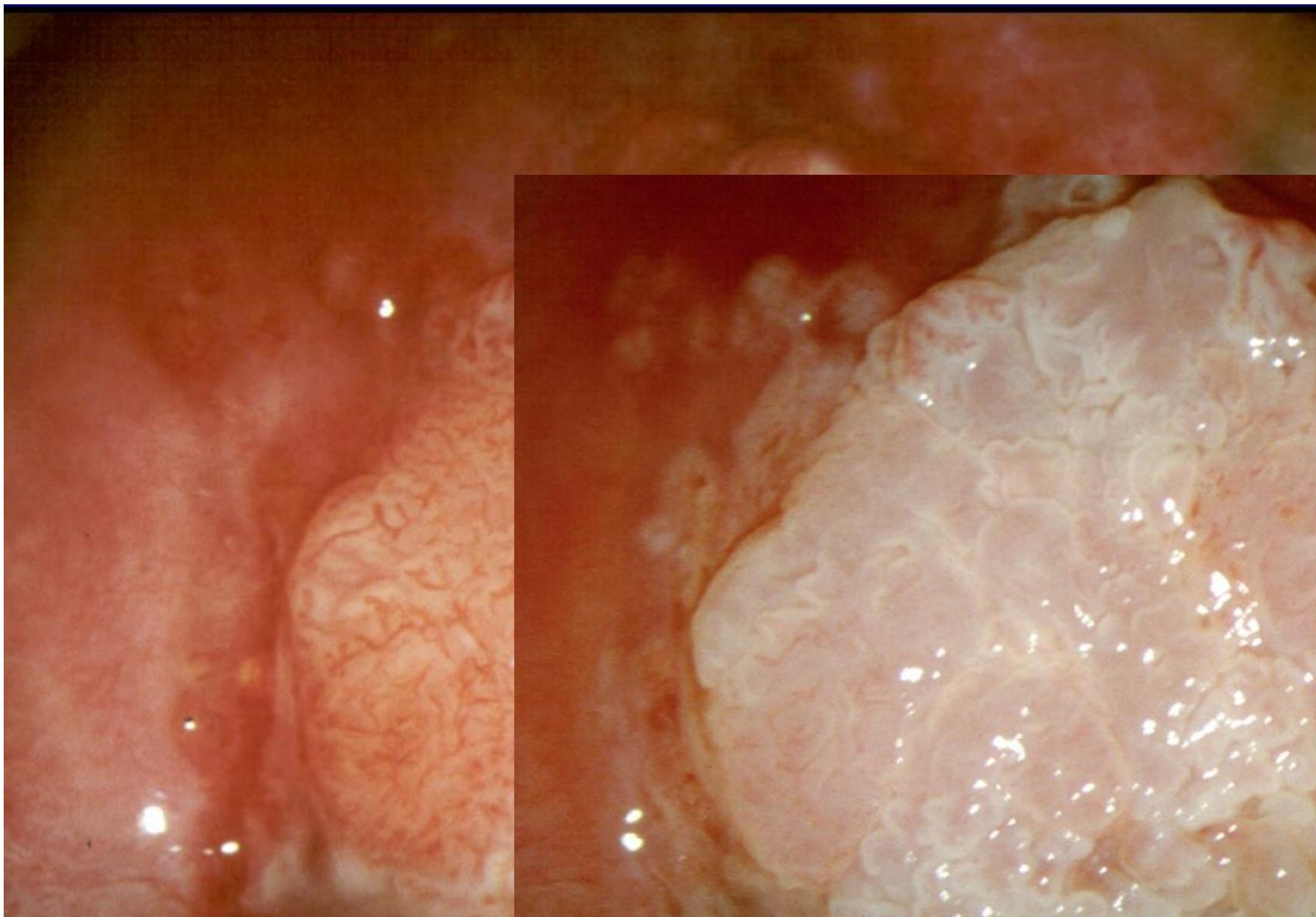


Dra Wrigth

4. Orificios Glandulares



Dra Wrigth



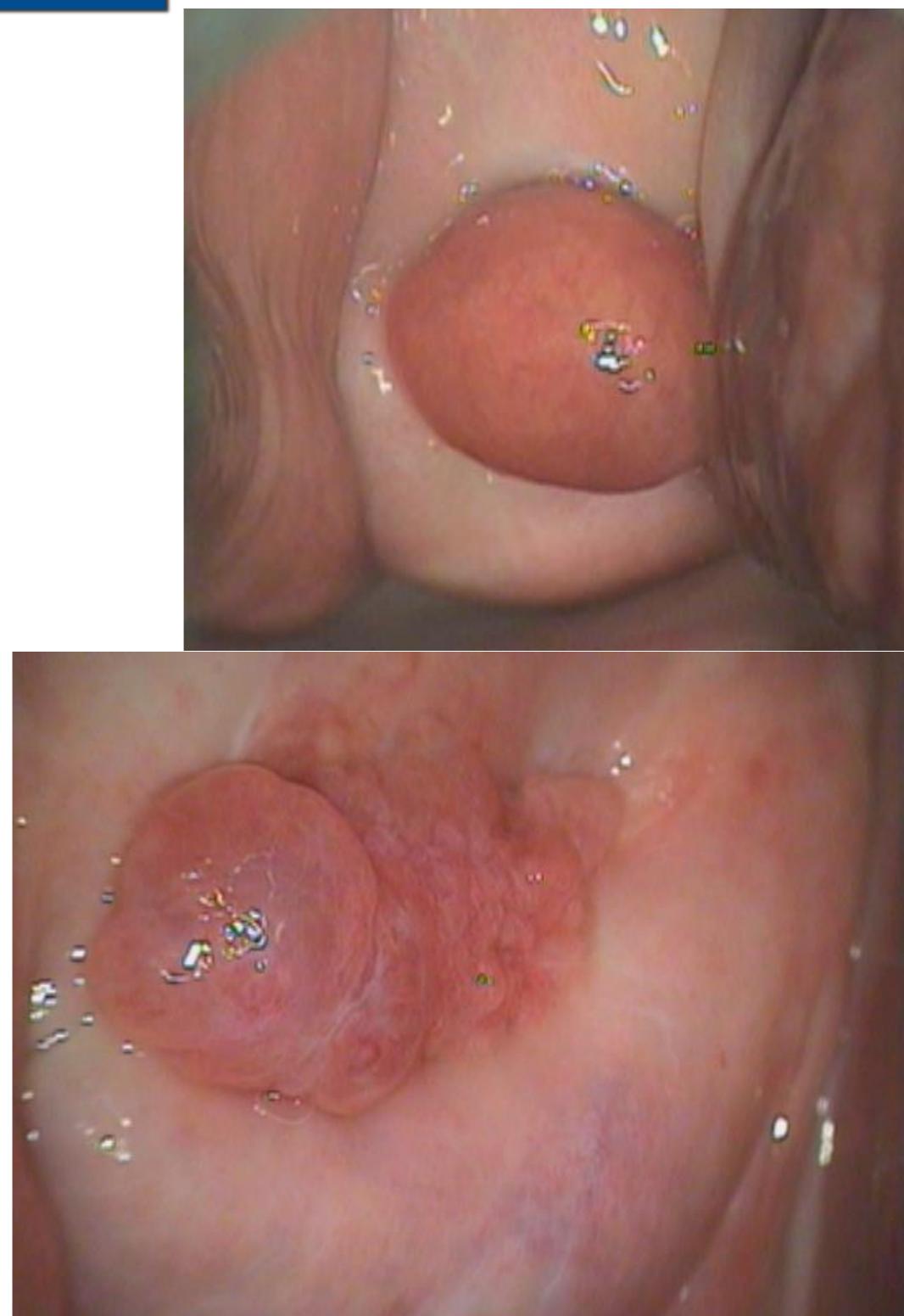
5. Vasos Atípicos

Dra Wrigth

Dx diferencial

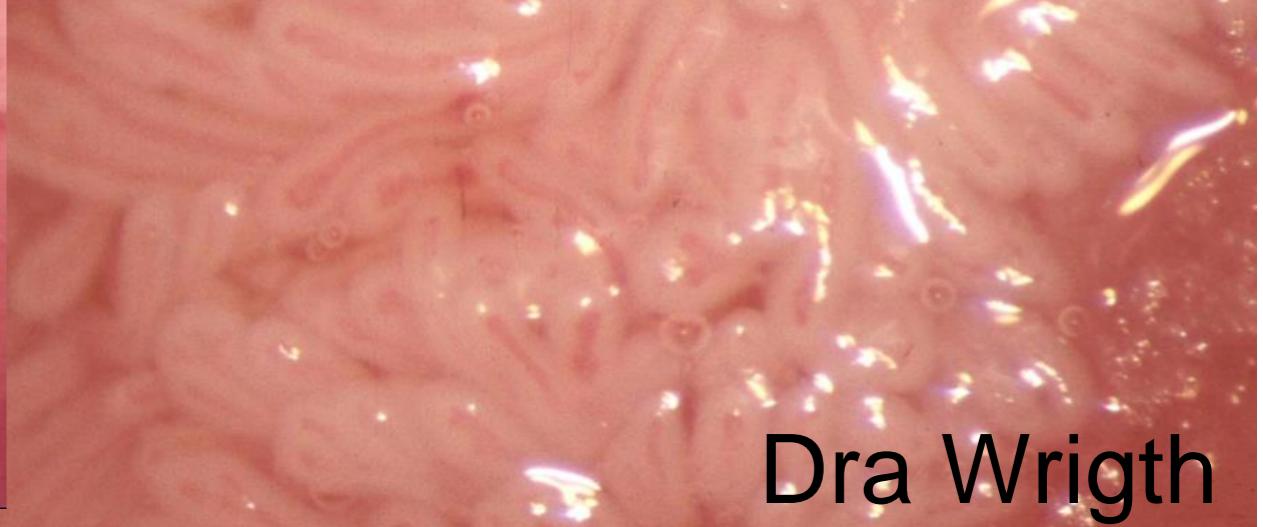
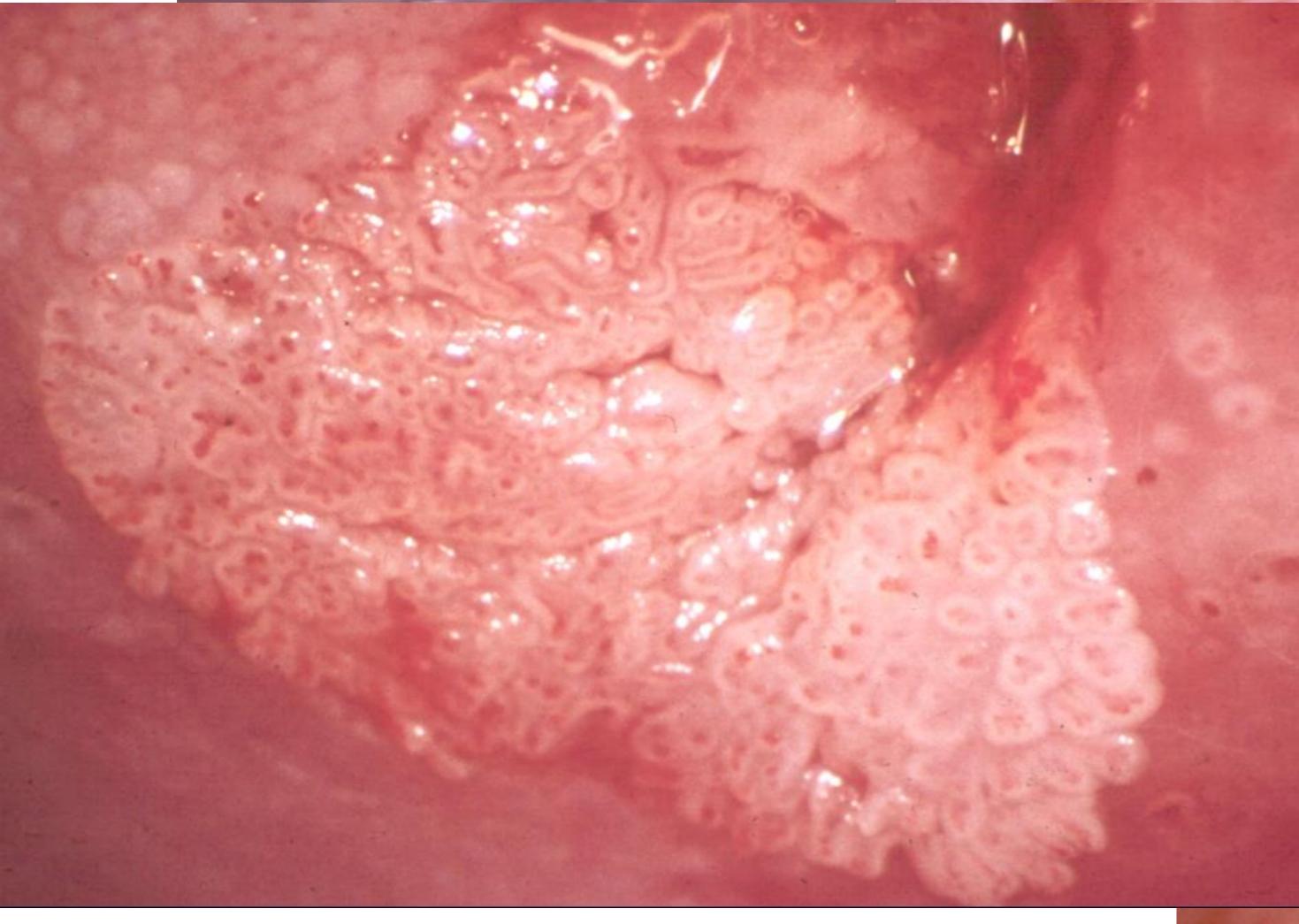
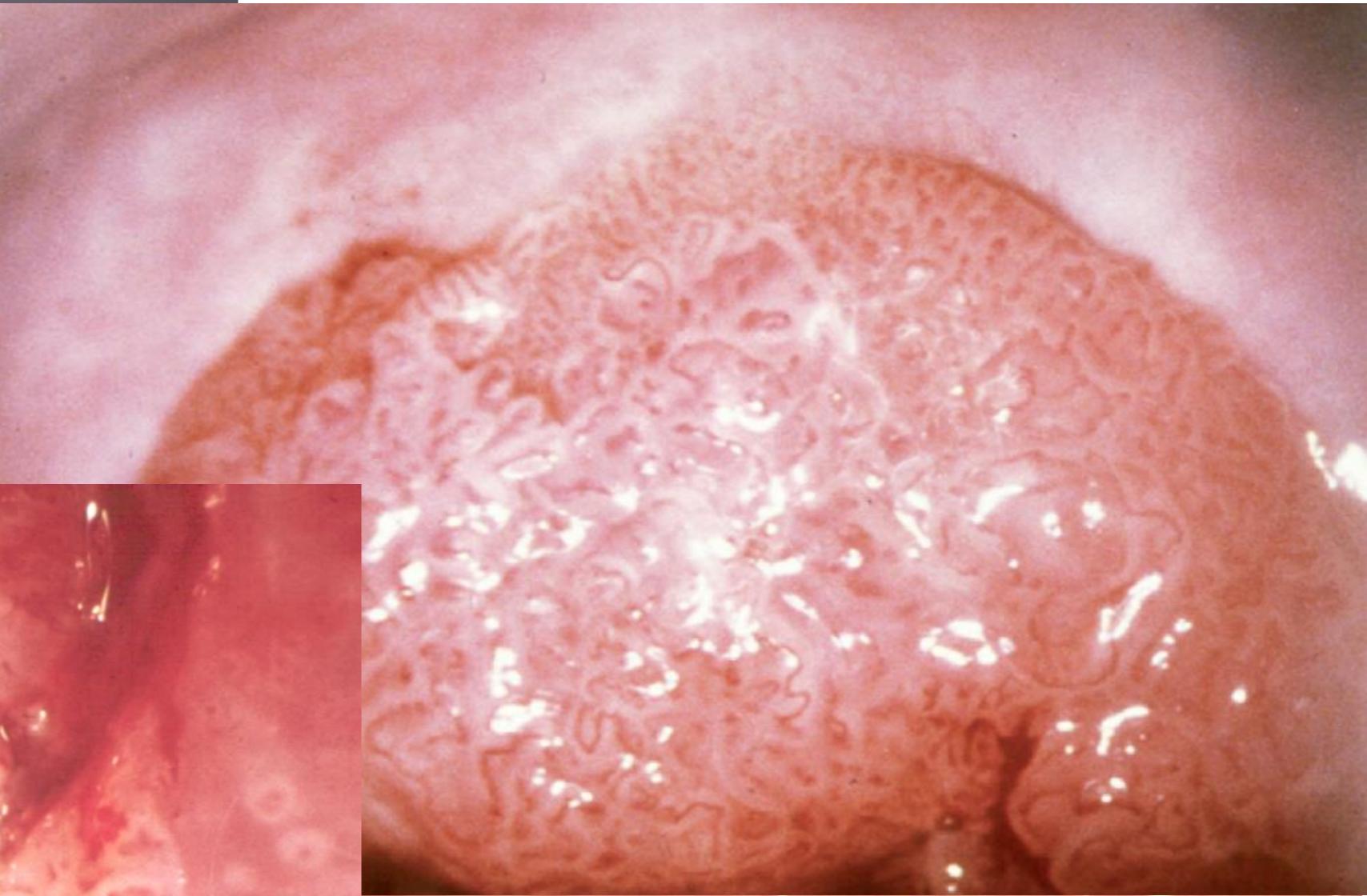
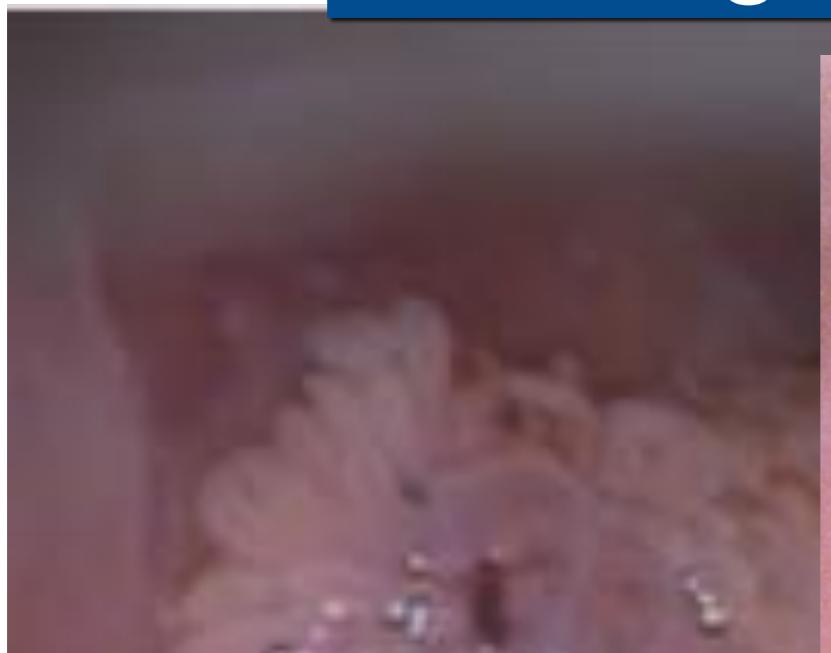
- Pólipos endocervicales
- Condilomas Acuminados
- HSIL con Extensión Glandular
- Deciduosis del embarazo
- Hiperplasia Microglandular

Diagnostico Diferencial



POLIPO ENDOCERVICAL

Diagnostico Diferencial



Dra Wrigth

CONDILOMA ACUMINADO

Diagnóstico Diferencial

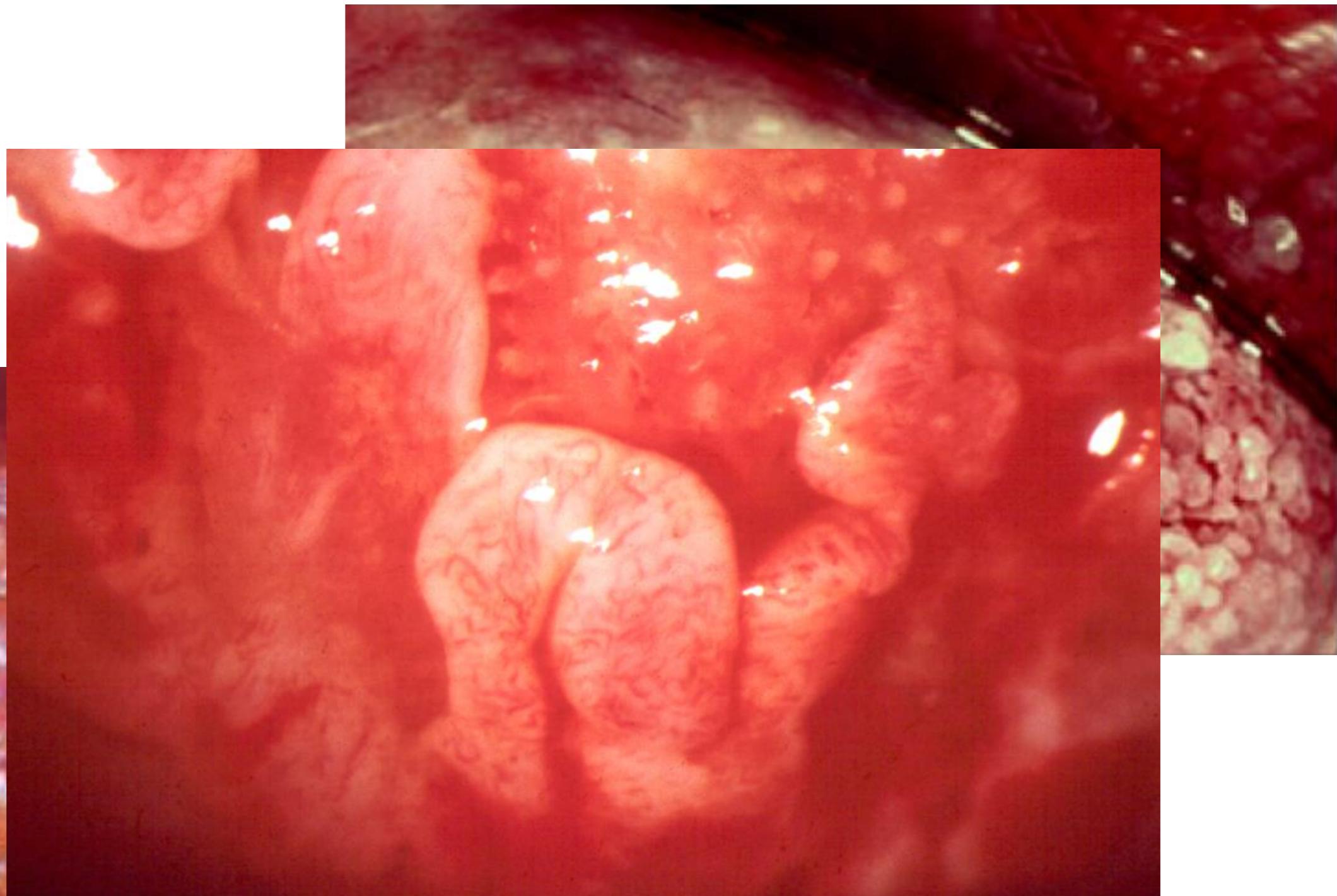
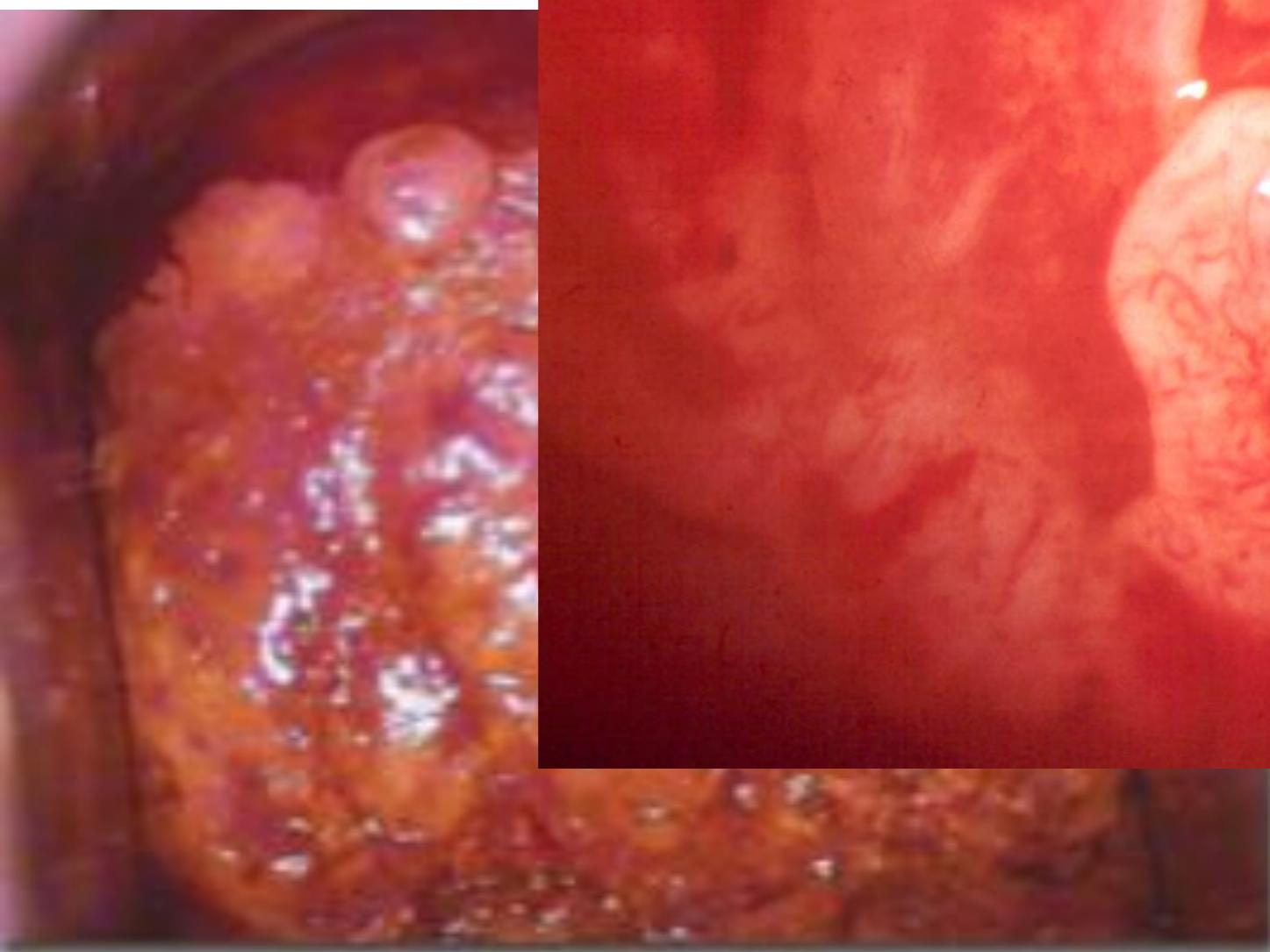


Lesión escamosa con extensión glandular

Imagen 6



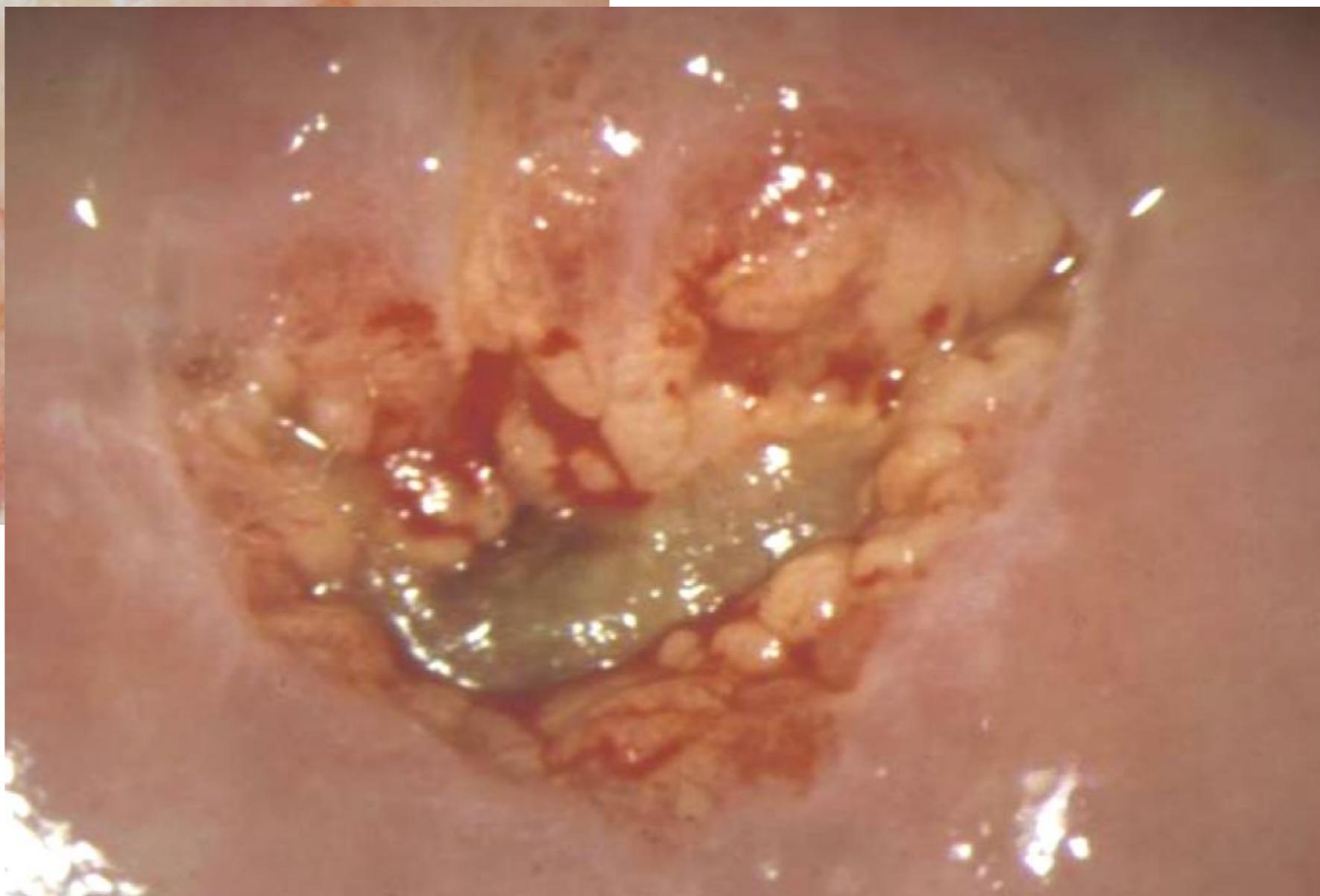
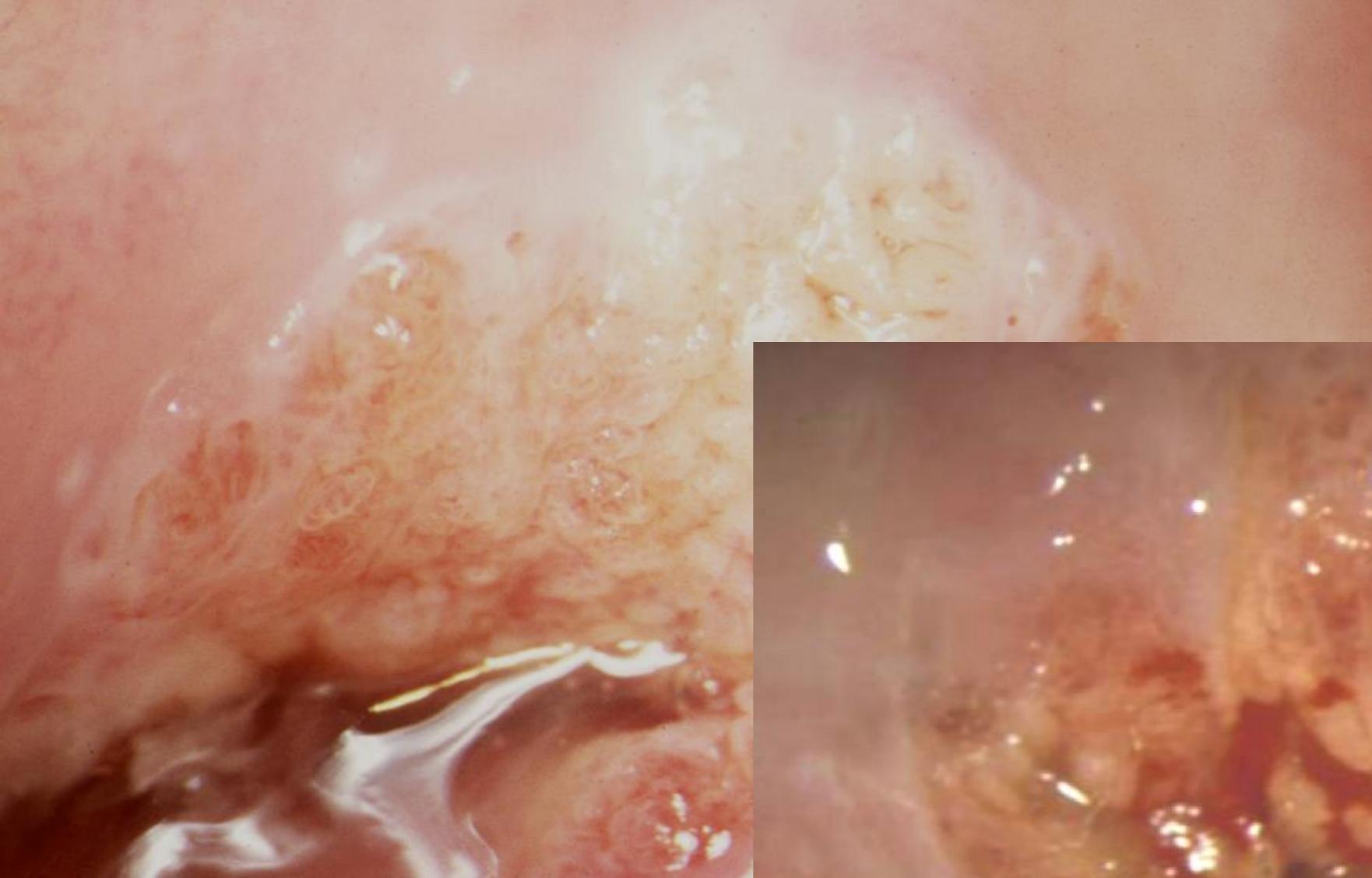
Diagnostico Diferencial



Dra Wrigth

Deciduosis del embarazo

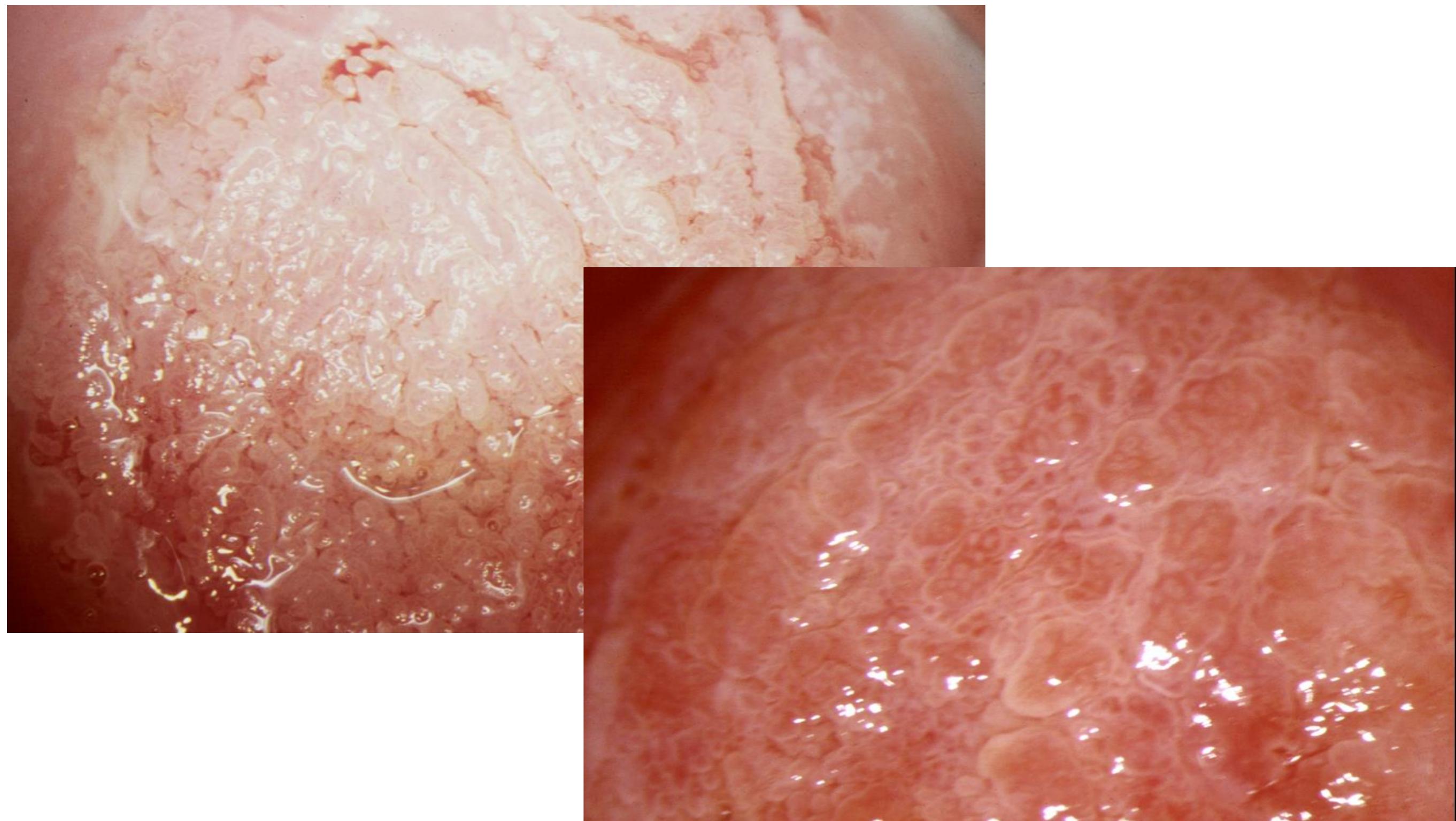
Diagnostico Diferencial



Hiperplasia Microglandular

Dra Wrigth

Diagnostico Diferencial



Metaplasia Inmadura

Dra Wrigth

Tratamiento

CLINICAL OP

REVIEW ARTICLE

(Int J Gynecol Cancer 2014;24: 1543Y1548)

Adenocarcinoma *In Situ* of the Uterine Cervix - A Systematic Review

Astrid Baalbergen, MD* and Theo J.M. Helmerhorst, MD, PhD†
Gynecologic Oncology 137 (2015) 258-263

Contents lists available at ScienceDirect
journal homepage: www.elsevier.com/locate/ygyno

Gynecologic Oncology



CrossMark

.t of
Cervix

Cervical Systemic Options a



Thomas C. Krivak, MD,*
Jay W. Carlson, DO,‡ William

Comparison of cold knife cone biopsy and loop electrosurgical excision procedure in the management of cervical adenocarcinoma *in situ*: What is the gold standard?

Journal of Lower Genital Tract Disease & Volume 19, Number 2, April 2015
Management of Adenocarcinoma *In Situ* of the Uterine Cervix: A Comparison of Loop Electrosurgical Excision Procedure and Cold Knife Conization
A. Munro,¹ S. Steele,² J. Neubauer, MD,¹ N. L. Neubauer, MD,¹ I. B. Helenowski, MS, PhD,² and J. R. Lurain, MD¹
J Gynecol Oncol DOI:10.3802/jgoa.2015.000002

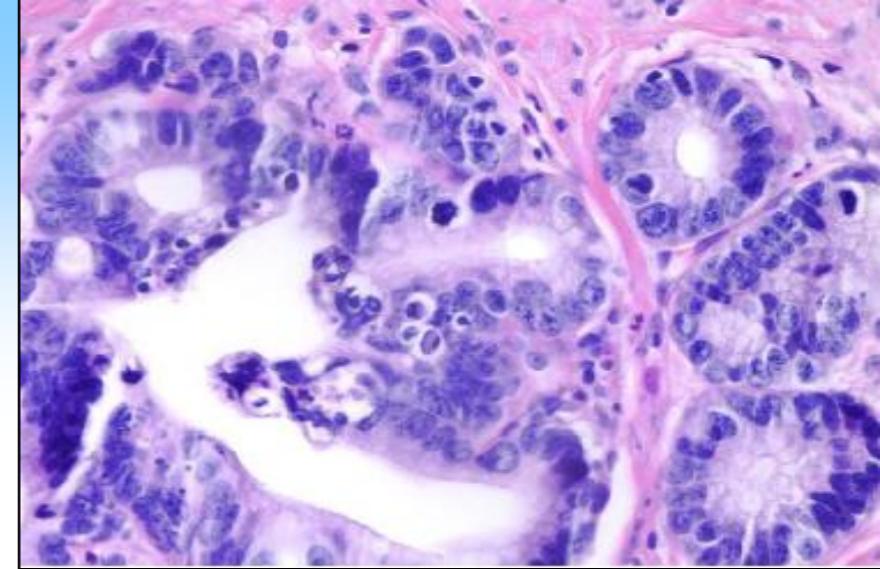
The safety
adenocarcin

Mi-La Kim^{1,*}, Ho-Suap Hahn¹
¹Department of Obstetrics and Gynecology, Seoul, ²Department of Medicine, Incheon, ³Department of Medicine, Seoul, Korea

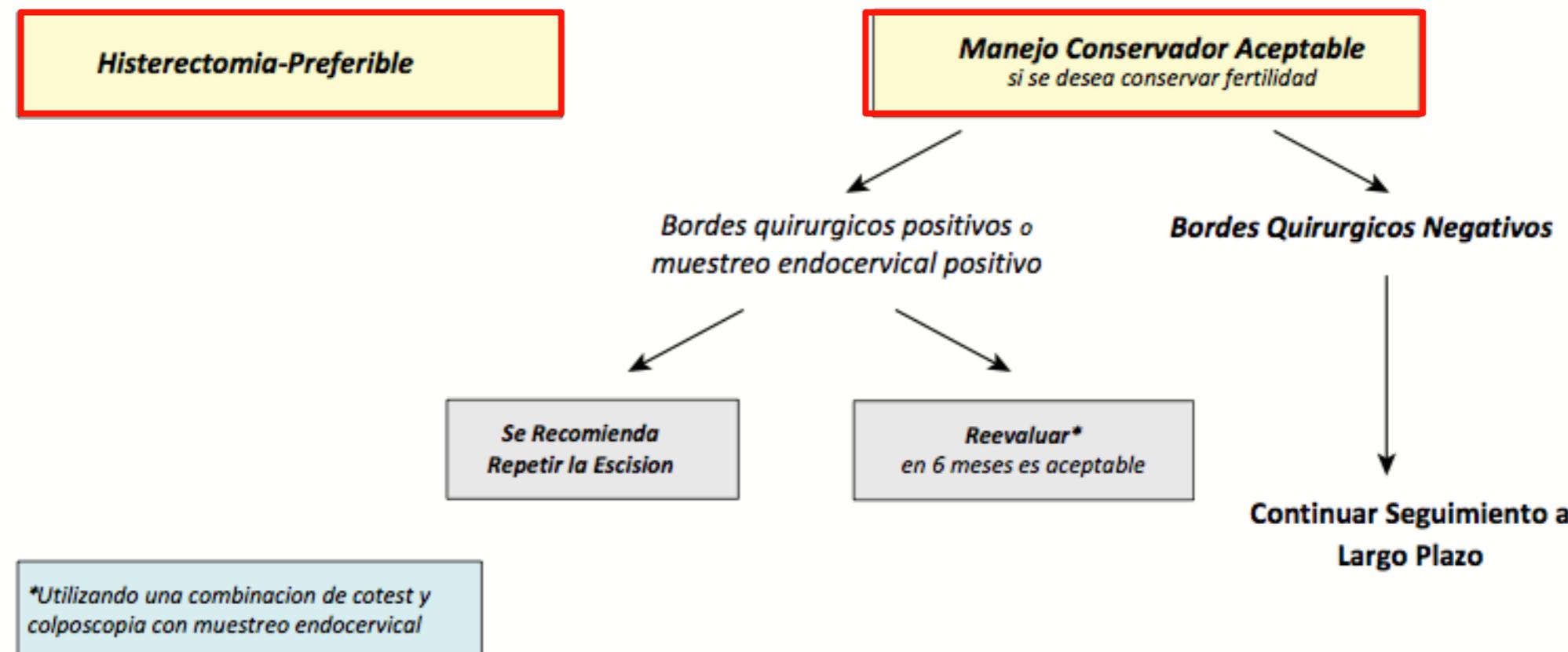
Kim³, Sung-Ran Hong³, Tae-Jin Kim¹
¹Healthcare Center, Kwandong University St. Mary Hospital, The Catholic University School of Women's Healthcare Center, Kwandong University

Kim³, Sung-Ran Hong³, Tae-Jin Kim¹
¹St. Mary Hospital, The Catholic University School of Medicine, Incheon, ²Department of Medicine, Seoul, Korea

AdenoCa Insitu



Manejo de Mujeres con Adenocarcinoma In Situ (AIS) Diagnosticado mediante un Procedimiento Escisional



El Dx Definitivo de Adenoca Insitu se hace
con CONIZACION

Manejo de AIS

Preocupaciones del Manejo Conservador

1. **Bordes Negativos no garantizan curación total**
2. Que tan profundo debe ser el cono
3. Conización fría o con radiofrecuencia
4. Recidiva puede ser como invasor
5. Cual es la mejor forma de seguir estas pacientes

Enfermedad Residual

TABLE 3 Residual disease and cone biopsy margin status

Author	Bordes	Residual Disease	
		(-)	(+)
Poynor et al. (17)		4/10 (40%)	3/8 (38%)
Hopkins et al. (18)		1/7 (14%)	4/5 (80%)
Widrich et al. (8)		0/3 (0%)	9/14 (64%)
Denehy et al. (20)		2/7 (29%)	7/10 (70%)
Wolf et al. (21)		7/19 (37%)	10/21 (48%)
Goldstein et al. (22)		13/43 (30%)	8/18 (44%)
Bertrand et al. (23)		0/4 (0%)	0/3 (0%)
Im et al. (24)		4/9 (44%)	5/6 (83%)
Anderson and Arffmann (25)		0/4 (0%)	2/4 (50%)
Nicklin et al. (10)		2/11 (18%)	5/11 (46%)
Ostor et al. (16)		2/8 (25%)	9/12 (75%)
Azodi et al. (32)		5/16 (31%)	9/16 (56%)
Cullimore et al. (29)	*		1/8 (13%)
Shin et al. (15)		1/16 (6%)	13/21 (61%)
Total		26%	54%

Recurrencias

Varían en la literatura entre 0 - 47%

Recurrencias

Cono con márgenes (-) 3%

Cono con márgenes (+) 17%

Enfermedad Residual Vs Recurrencia

Bordes (-) (+)

Enfermedad Residual	26%	54%
Recurrencia	3%	17%

Inflamación Posquirúrgica
Reacción del tejido de granulación
Devascularización del tejido
Necrosis
Reepitelización por la mucosa columnar benigna

Preocupaciones del Manejo Conservador

1. Bordes Negativos no garantizan curación total
 2. Que tan profundo debe ser el cono
 3. Conización fría o con radiofrecuencia
 4. Recidiva pue
 5. Cual es la m
- Cono tipo 3
Grande
25 mm
- estas pacientes

Complicaciones de la Conización Profunda

- Disminución de la fecundidad: Abortos del segundo trimestre, partos prematuros.
- El riesgo de parto pretérmino aumenta con conos mayores de 10 mm y se incrementa en 6% por cada mm extirpado a partir de 12 mm
- 2 conizaciones se incrementa por 10

Preocupaciones del Manejo Conservador

1. Bordes Negativos no garantizan curación total
2. Que tan profundo debe ser el cono
3. **Conización fría o con radiofrecuencia**
4. Recidiva puede ser como invasor
5. Cual es la mejor forma de seguir estas pacientes

Radiofrecuencia Vs Frio

1. Temor a **dañar los bordes**
2. **No lograr la profundidad necesaria**
3. En caso de sombrero Mexicano, **no identificar verdaderamente el Vértice**
4. Mayor probabilidad de **Bordes Positivos** 9-29% Vs 6-11%
5. Recidivas mas **Altas** cuando es **Terapéutico**

Radiofrecuencia Vs Frio

Metanalisis. 41 estudios, solo 3 prospectivos

Lletz mayor riesgo de resección incompleta

Lletz 50% Vs Cono frio 30 %

Recurrencias

Lletz 9-29% Vs Cono frio 6-11%

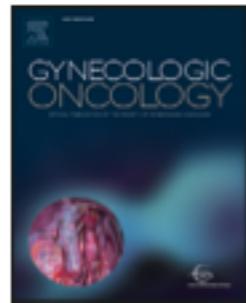
La seguridad del tratamiento conservador con LLETZ es comparable a CKC cuando se alcanzan márgenes negativos.



Contents lists available at ScienceDirect

Gynecologic Oncology

journal homepage: www.elsevier.com/locate/ygyno



Comparison of cold knife cone biopsy and loop electrosurgical excision procedure in the management of cervical adenocarcinoma *in situ*:
What is the gold standard?



A. Munro ^{a,*}, Y. Leung ^b, K. Spilsbury ^c, C.J.R. Stewart ^b, J. Semmens ^c, J. Codde ^c, V. Williams ^d, P. O'Leary ^e,
N. Steel ^a, P. Cohen ^b

El logro de márgenes negativos es importante

Márgenes Positivos:

3 veces en el riesgo de enfermedad residual

7 veces en el riesgo de recurrencia (2,6% Vs 19%)

Radiofrecuencia Vs Frio

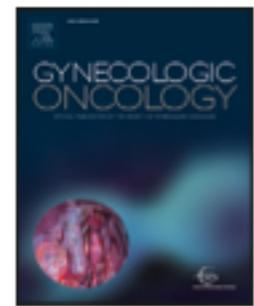
Gynecologic Oncology 137 (2015) 258–263



Contents lists available at ScienceDirect

Gynecologic Oncology

journal homepage: www.elsevier.com/locate/ygyno



Comparison of cold knife cone biopsy and loop electrosurgical excision procedure in the management of cervical adenocarcinoma *in situ*:
What is the gold standard?

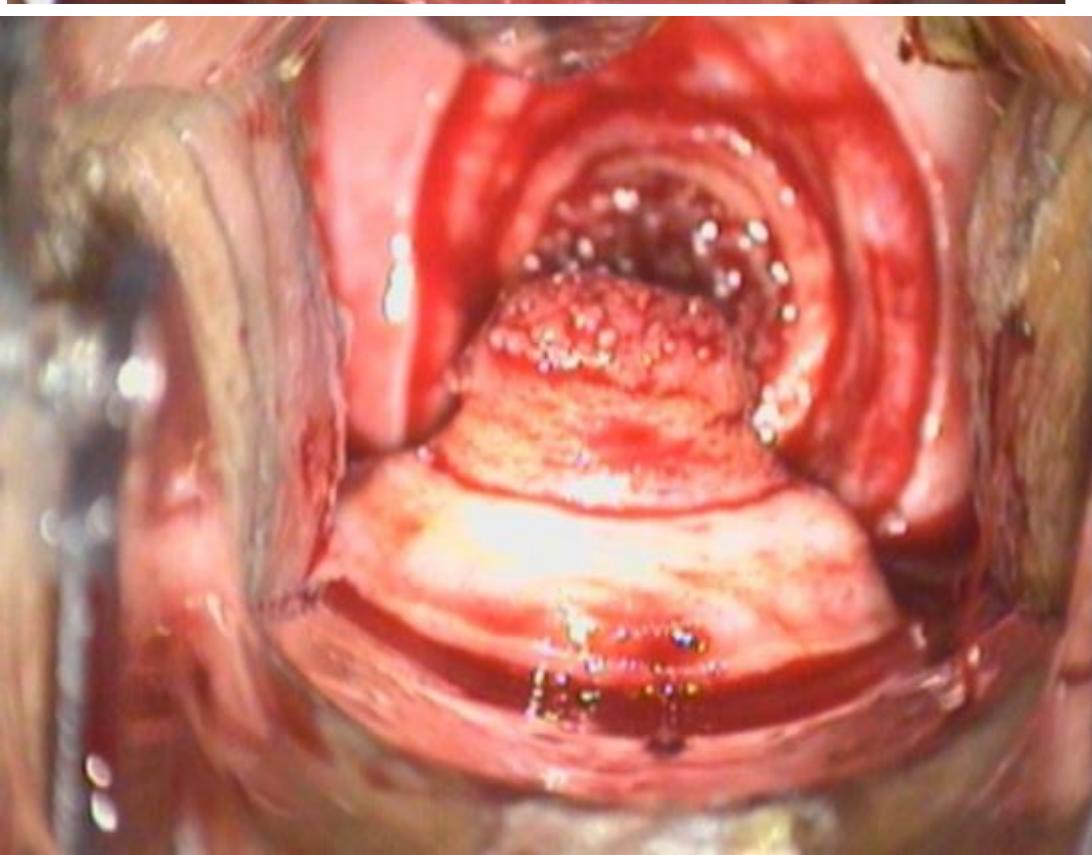
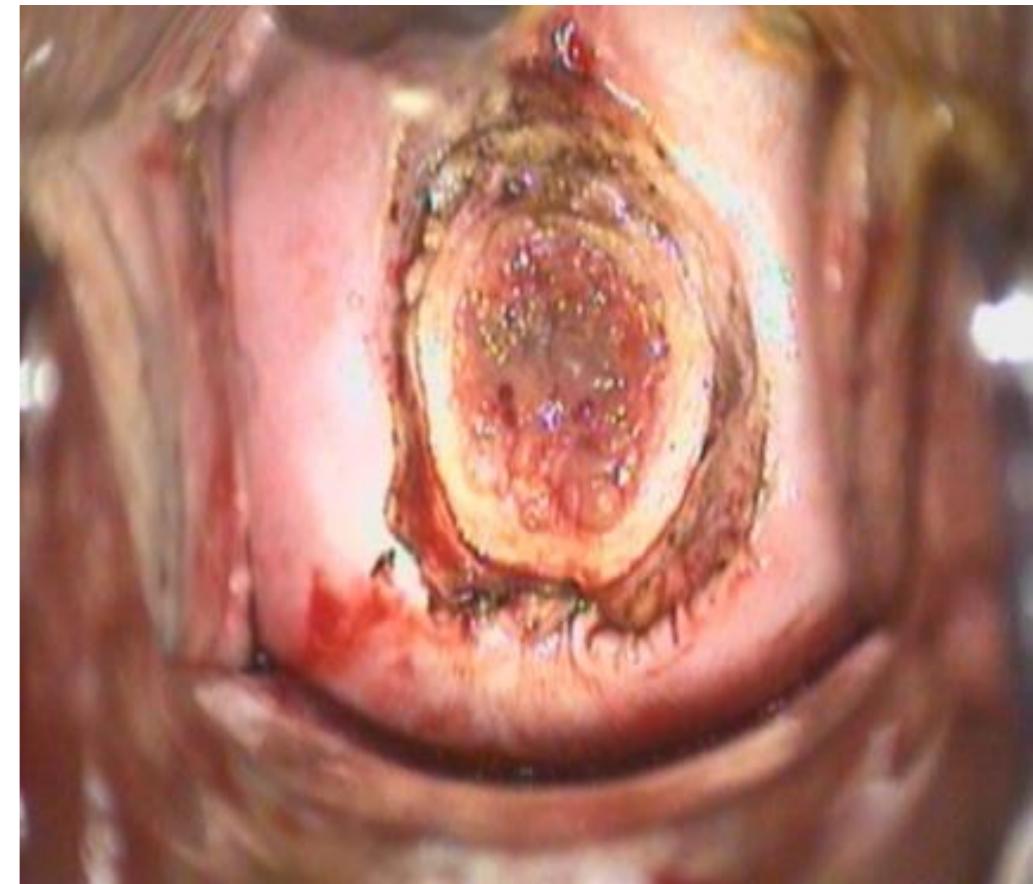
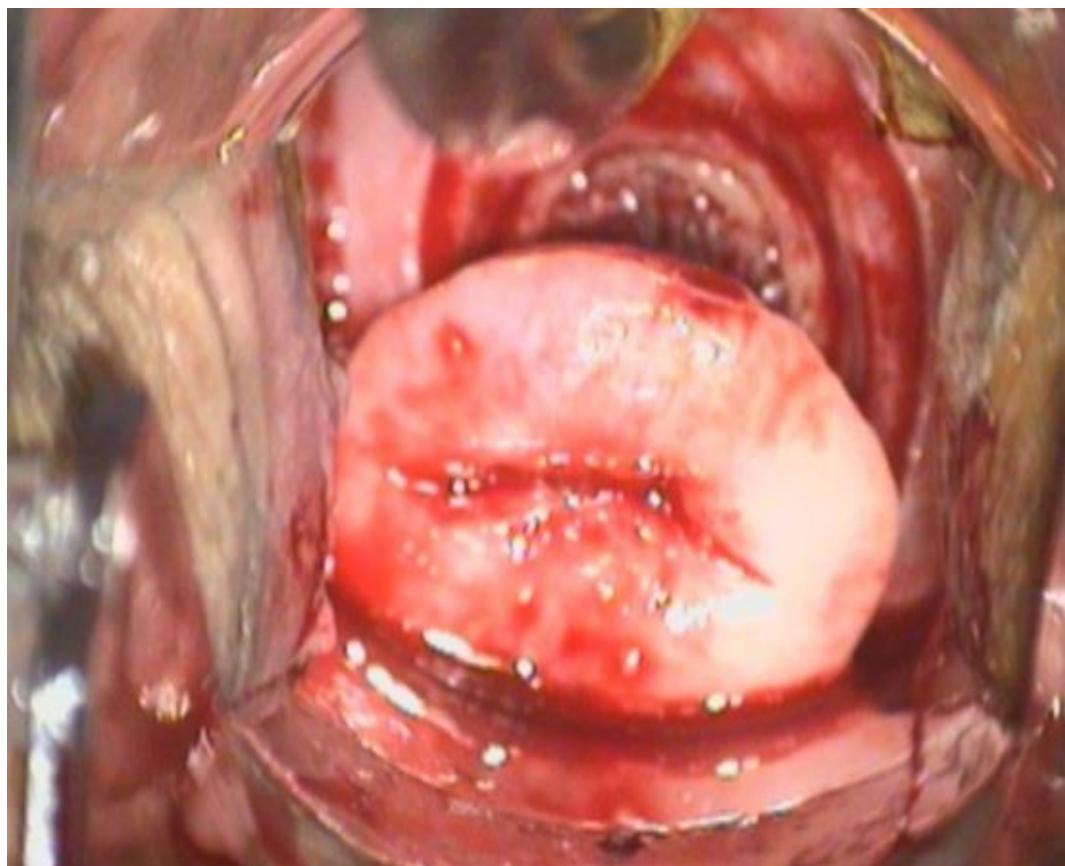


A. Munro ^{a,*}, Y. Leung ^b, K. Spilsbury ^c, C.J.R. Stewart ^b, J. Semmens ^c, J. Codde ^c, V. Williams ^d, P. O'Leary ^e, N. Steel ^a, P. Cohen ^b

Conclusion(s). LEEP and CKC biopsy appear equally effective in the treatment of ACIS for women wishing to preserve fertility.

CONO TIPO 3 DE 3,5X3 X 2,5 mm

Con radiofrecuencia en consultorio



**Resultado de Anatomía
Patológica:**

**CONO: AdenoCa In situ
BORDES LIBRES
CEC: NEGATIVO**

Recomendación:

Si Lletz en:

1. En manos expertas

Evitar sobre quemadura

Evitar múltiples fragmentos

2. En un cérvix que se preste para ello

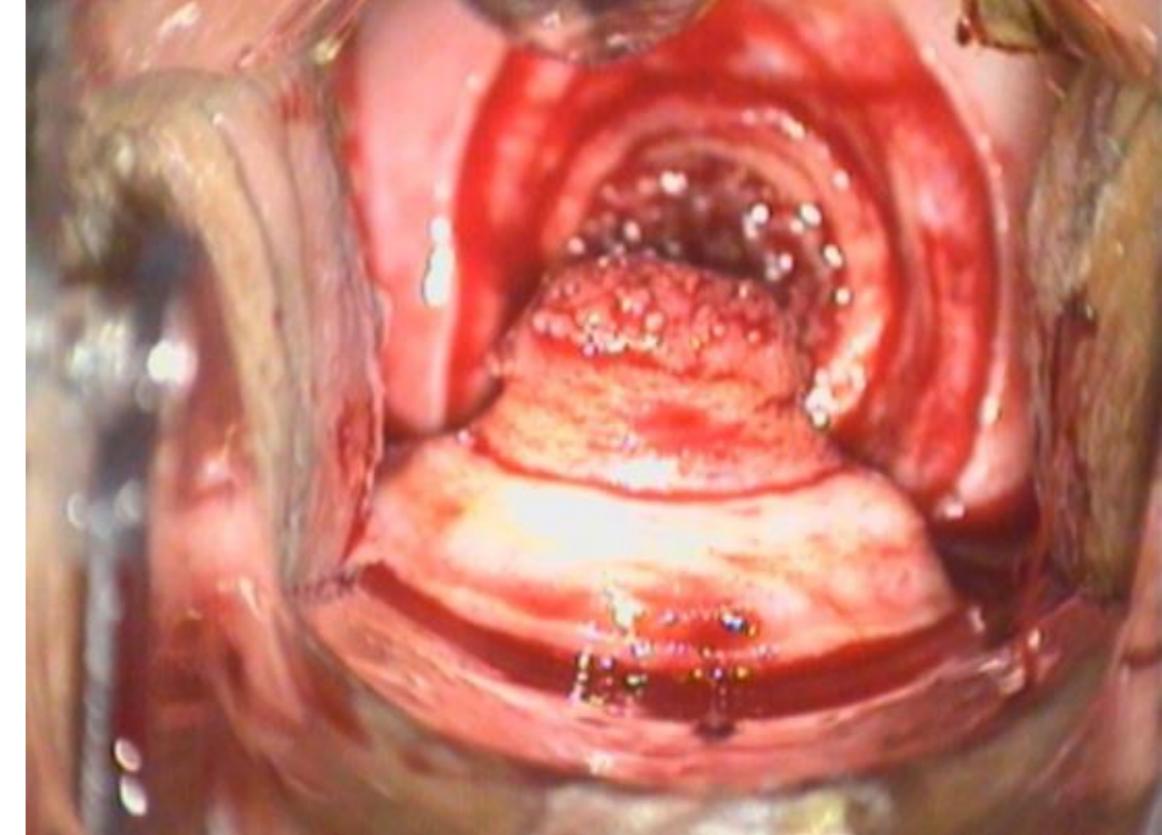
3. Mas útil en finalidad Dx

ventajas

Costos

Mejores

resultados obstetricos



Preocupaciones del Manejo Conservador

1. Bordes Negativos no garantizan curación total
2. Que tan profundo debe ser el cono
3. Conización fría o con radiofrecuencia
4. Recidiva puede ser como invasor
5. Cual es la mejor terapia para las pacientes

Recurrencia de 5%
(BN 2,6%, BP 19%)
Invasor 1,2%

Preocupaciones del Manejo Conservador

1. Bordes Negativos no garantizan curación total
2. Que tan profundo debe ser el cono
3. Conización fría o con radiofrecuencia
4. Recidiva puede ser como invasor
5. Cual es la mejor forma de seguir estas pacientes

Seguimiento

Después de Conización

Cada 6 meses con COTESTING al menos 3 años

PVH (+) ó Citología Positiva

Colposcopia con CEC

Porque Hacer Manejo Conservador

1. Cada vez se diagnostica mas tempranamente la enfermedad, 30% en menores de 35 años.
Mayor proporción de nulíparas
2. La mayoría de las lesiones están en la UEC
3. Las pacientes menores tiene lesiones mas pequeñas
4. La mayoría de las lesiones son unifocales

Consideraciones Finales En El Manejo Conservador

En caso de Márgenes Positivos
Obliga Reconización

En caso de Márgenes Negativos
Seguimiento con **Citología - Test PVH**
colposcopia y CEC

Considerar Histerectomía
Al finalizar su fertilidad
Márgenes dudosos
CEC (+)
Cérvix estenóticos postcono



Carlos Arturo Buitrago Duque

Consultorio 227
Clínica Soma
Tel 512 72 42



buitragobach@une.net.co
www.drbuitrago.com.co

Test de PVH en mujeres con Citología con Anormalidades Glandulares

The reported rates of premalignant and malignant endometrial lesions in HR HPV-negative women with BNCs vary between 3 and 5% (Saqi et al, 2006; Chen and Yang, 2008)

Citología

Reporte de AGC en el 41 % - 70 % de AIS.

Otros reportes citológicos de AGC se asocia con 11-33%

Mujeres con AIS solo, son 4.5 años mayores

Mas diagnostico de AIS en lesiones mixtas



Guía de Práctica Clínica

**para la detección y manejo de lesiones
precancerosas de cuello uterino.**

RECOMENDACIÓN 5.1

FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN

CALIDAD DE LA EVIDENCIA



PUNTO DE BUENA PRÁCTICA

Se sugiere usar conización diagnóstica con bisturí más raspado del endocérvix residual para orientar el manejo de mujeres con sospecha de adenocarcinoma in situ; con el fin de prevenir la progresión a un cáncer invasivo y reducir la mortalidad.

Débil a favor

+000

Se sugiere hacer histerectomía abdominal total para el manejo de mujeres con adenocarcinoma in situ y paridad satisfecha; con el fin de prevenir la progresión a un cáncer invasivo y reducir la mortalidad.



PUNTO DE BUENA PRÁCTICA



PUNTO DE BUENA PRÁCTICA

Se sugiere hacer observación estricta (seguimiento con prueba ADN-VPH y raspado endocervical) a las mujeres con adenocarcinoma in situ sin paridad satisfecha, quienes tras la conización diagnóstica estén libres de adenocarcinoma in situ tanto en los bordes quirúrgicos como en el raspado endocervical; con el fin de prevenir la progresión a un cáncer invasivo y reducir la mortalidad.

Se sugiere hacer re-conización con bisturí frío en mujeres con adenocarcinoma in situ sin paridad satisfecha quienes tras la conización diagnóstica presenten adenocarcinoma in situ en los bordes quirúrgicos o en el raspado endocervical; con el fin de prevenir la progresión a un cáncer invasivo y reducir la mortalidad.

Síntesis

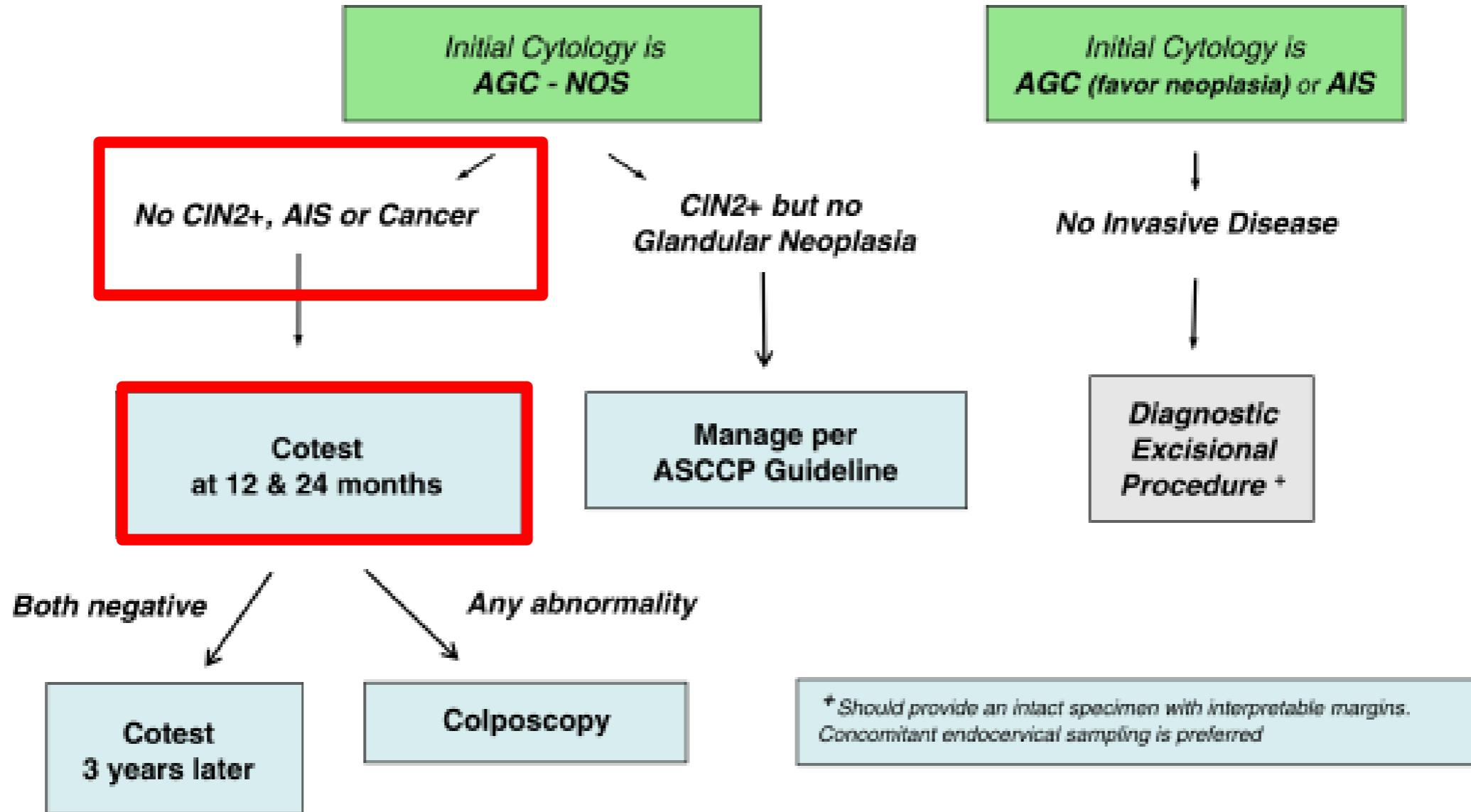
A pesar de las dificultades en la implementación y el mayor uso de recursos, el impacto en los márgenes de resección fue considerado por el panel como criterio suficiente para justificar una recomendación a favor de la conización clásica, debido al peso dado al riesgo de recaída derivado de los márgenes positivos. El cono con bisturí frío se consideró equivalente al LEEP en eficacia, pero el primero fue preferido por el panel debido a que este permite un estudio patológico detallado de las márgenes de resección, aspecto crucial para la conducta subsecuente y el pronóstico.

No obstante, el panel enfatizó que, a pesar de la falta de evidencia directa, la histerectomía sigue siendo el manejo estándar en nuestro medio dado el alto riesgo de enfermedad residual posterior a una conización, incluso con márgenes negativos. Por ende, la conización debe reservarse a aquellos casos en donde la mujer desee conservar su fertilidad, siempre y cuando los márgenes de sección y el raspado endovervical sean negativos para neoplasia.

AGC - NOS

2012

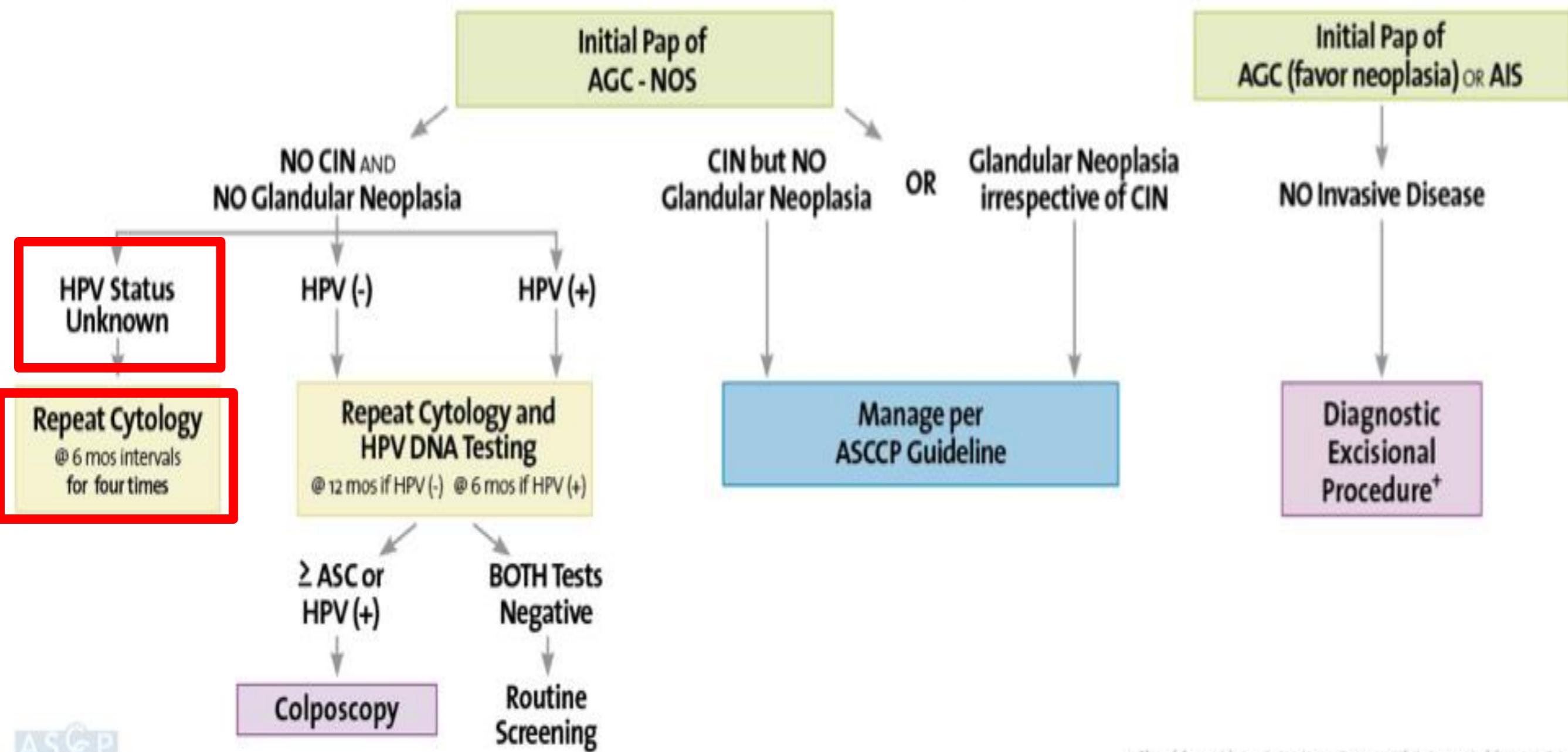
Subsequent Management of Women with Atypical Glandular Cells (AGC)



AGC - NOS

2006

Subsequent Management of Women with Atypical Glandular Cells (AGC)



⁺ Should provide an intact specimen with interpretable margins.
Concomitant endocervical sampling is preferred.

The role of loop electrosurgical excisional procedure in the management of

Table 2

Published data on residual or recurrent disease after conization for adenocarcinoma in situ of uterine cervix.

Author [reference]	Year	N	Hysterectomy or re-conization performed				Conservative management			
			Cone margin –		Cone margin +		Cone margin –		Cone margin +	
			n	RD +	n	RD +	n	Recur	n	Recur
Dalrymple et al. [19]	2007	82	13	2 (15.4%)	11	4 (36.4%)	58	1 (1.7%)	0	0
Young et al. [16]	2007	74	13	1 (7.7%)	18	11 (61.1%)	33	5 (15.2%)	7 ^a	1 (14.3%)
Costa et al. [6] ^b	2007	42	5	0	13	12 (92.3%)	29	5 (17.2%)	0	0
Akiba et al. [18]	2006	15	0	0	0	0	15	0	0	0
Bryson et al. [13]	2004	22	0	0	7	0	15	0	0	0
Kennedy et al. [20]	2004	98	6	0	21	14 (66.7%)	40	3 (7.5%)	0	0
Andersen et al. [5] ^b	2002	60	0	0	2	2 (100%)	43	4 (9.3%)	15	1 (6.7%)
Lea et al. [21]	2002	123	14	6 (42.9%)	15	7 (46.7%)	74	0	0	0
Souther et al. [15]	2001	85	4	0	27	11 (40.7%)	59	5 (8.5%)	0	0
McHale et al. [22]	2001	42	6	1 (16.7%)	16	12 (75%)	15	3 (20%)	5	2 (40%)
Shin et al. [23]	2000	132	16	1 (6.3%)	21	13 (61.9%)	92	1 (1.1%)	3	1 (33.3%)
Ostor et al. [24]	2000	80	8	2 (25%)	12	9 (75%)	53	0	0	0
Azodi et al. [25]	1999	40	16	5 (31.3%)	16	9 (56.3%)	8	1 (12.5%)	0	0
Goldstein et al. [9]	1998	61	43	13 (30.2%)	18	10 (55.6%)	0	0	0	0
Denehy et al. [26]	1997	42	7	2 (28.6%)	10	7 (70%)	19	1 (5.3%)	0	0
Wolf et al. [27]	1996	61	21	7 (33.3%)	19	10 (52.6%)	6	7 (33.3%)	0	0
Widrich et al. [2]	1996	46	3	0	14	9 (64.3%)	24	6 (25%)	10	4 (40%)
Poynor et al. [28]	1994	28	10	4 (40%)	8	3 (37.5%)	15	7 (46.7%)	0	0
Cullimore et al. [7] ^b	1992	84	7	0	8	1 (12.5%)	35	0	0	0
Muntz et al. [29]	1992	40	12	1 (8.3%)	10	7 (70%)	18	0	0	0
Nicklin et al. [30]	1991	137	11	2 (18.2%)	11	5 (45.5%)	12	0	0	0
Andersen et al. [3]	1989	36	4	0	4	2 (50%)	23	0	0	0
Present study		78	30	5 (17%)	29	14 (48%)	17	0	2	0
Total		1498	249	52 (20.9%) ^c	310	172 (55.5%) ^c	669	42 (6.3%) ^c	42	9 (21.4%) ^c

1498 249 52 (20.9%)^c 310 172 (55.5%)^c 669 42 (6.3%)^c 42 9 (21.4%)^c

Bordes (-) (+) (-) (+)

Enfermedad Residual

Recurrencia

Citología

TABLE 1. Outcome data after a cytological prediction of a glandular abnormality on Pap smear using Australian Pap test registry data.*

Grade of index* Pap smear (Australian modified Bethesda system 2004)	Outcome over 24 month follow-up based on final histological and cytological diagnosis N=1313						
	Number of women	Cervical cancer	Endometrial cancer	Adenocarcinoma in situ	High grade squamous intraepithelial lesion	Low grade intraepithelial lesion	Normal or benign
Adenocarcinoma in situ	792	14.3%	1.6%	41.3%	12.7%	11.9%	18.3%
Possible high grade glandular lesion	298	4.4%	0.8%	9.7%	10.4%	14.4%	60.0%
Atypical glandular cells of uncertain significance	126	0.8%	0.0	1.6%	7.8%	16.2%	73.6%

Index Pap smear was defined as a women's first cytology report as known to Australian Pap test registries in 1999. Only pure glandular abnormalities identified by cervical Pap smear were included in this study.

Test de PVH en mujeres con Citología con Anormalidades Glandulares

- Mientras que el cribado citológico es capaz de detectar el adenocarcinoma invasivo de fase temprana y de este modo previene la etapa 1B y los adenocarcinomas peores, pero es sustancialmente menos bueno para detectar lesiones precancerosas glandulares que escamosas y, por lo tanto, a menudo no puede prevenir el adenocarcinoma de estadio 1A.

Incidencia

	Ca Escamoso	Adenoca
1973 – 1977	88 %	12 %
1993 - 1998	76 %	24 %

**Algunos autores han reportado alto en ese incremento
Después de los 90s**

30% en menores de 35 años y viene aumentando
Al parecer por mejor detección



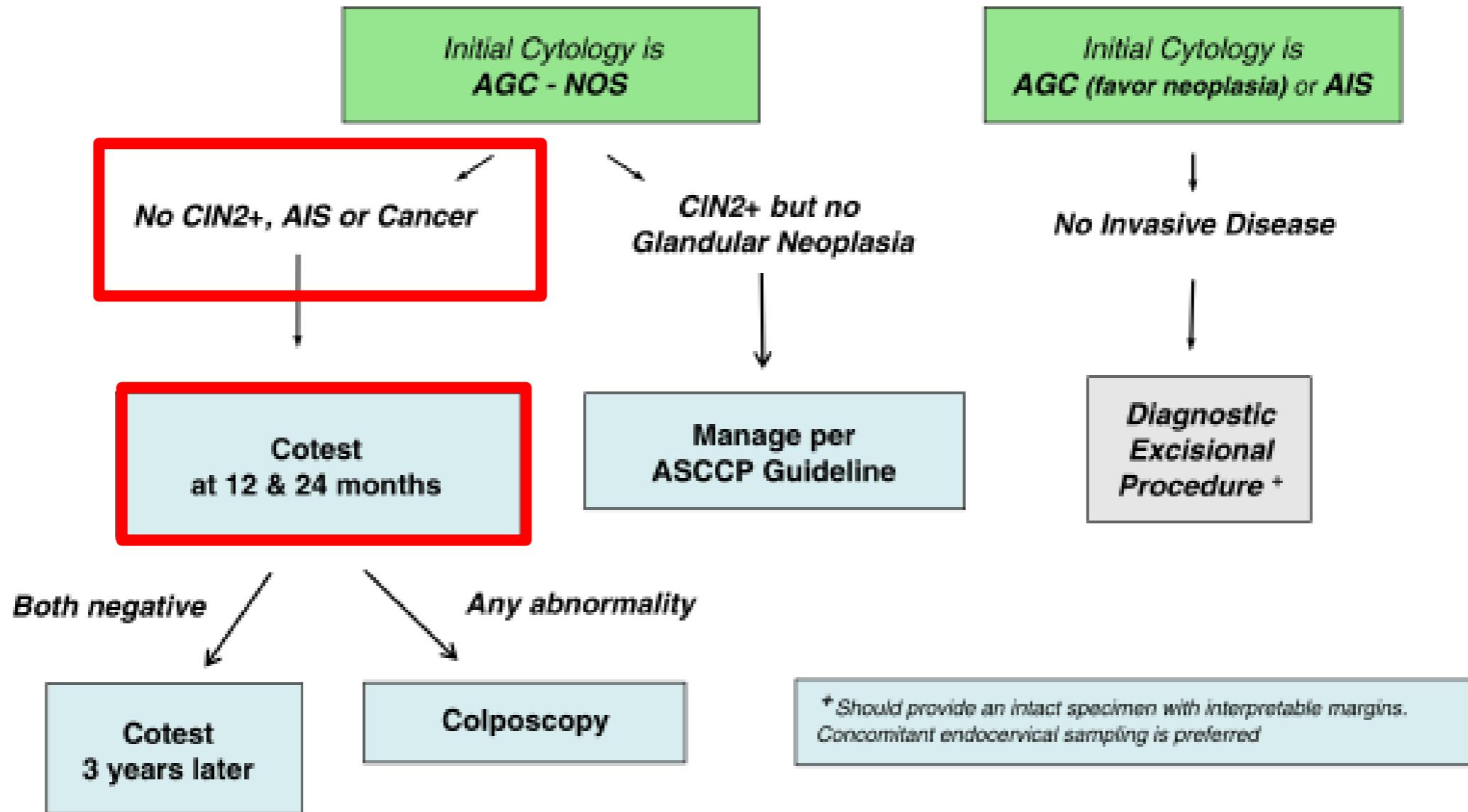


2. Gemación

AGC - NOS

2012

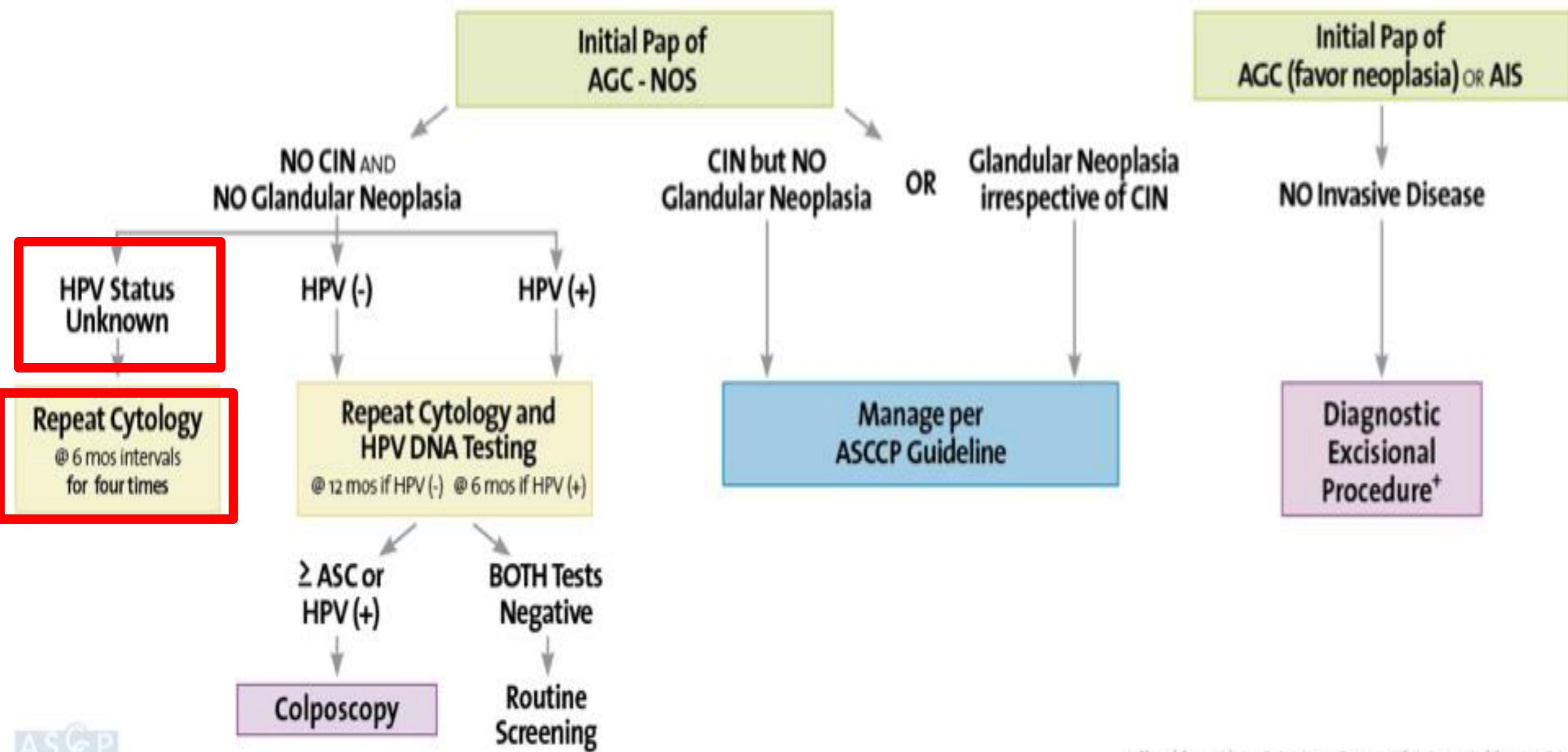
Subsequent Management of Women with Atypical Glandular Cells (AGC)



AGC - NOS

2006

Subsequent Management of Women with Atypical Glandular Cells (AGC)



⁺ Should provide an intact specimen with interpretable margins.
Concomitant endocervical sampling is preferred.