



## PROGRESOS de OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

www.elsevier.es/pog



### CASO CLÍNICO

# Invasión del espacio linfovascular en lesión intraepitelial escamosa de alto grado de cérvix. ¿Realidad o artefacto?

José C. Maañón di Leo<sup>a,\*</sup>, José Amores Tirado<sup>a</sup>, Luz López Ortiz<sup>a</sup>, Mónica Gómez Cortés<sup>a</sup>, Teresa Pereda Salguero<sup>b</sup> y Patricia Moreno Muñoz<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Costal del Sol, Marbella, Málaga, España

<sup>b</sup> Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Costal del Sol, Marbella, Málaga, España

Recibido el 25 de mayo de 2010; aceptado el 28 de marzo de 2011

Accesible en línea el 6 julio 2011

#### PALABRAS CLAVE

Lesión intraepitelial escamosa de alto grado;  
Invasión linfovascular

#### KEYWORDS

High-grade squamous intraepithelial lesion;  
Lymphovascular space invasion

#### Resumen

**Introducción:** La conización con asa diatérmica (*loop electro excision procedure*) es un procedimiento diagnóstico y terapéutico simple y de uso extendido en lesiones cervicales.

Es generalmente empleado de forma ambulatoria bajo anestesia general.

**Sujetos y métodos:** Describimos el hallazgo de un caso de invasión linfovascular en la conización de una lesión intraepitelial escamosa de alto grado de cérvix.

**Conclusiones:** A pesar de la controversia creada en torno al significado pronóstico de la invasión linfovascular, su presencia excluye el tratamiento conservador.

© 2010 SEGO. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

**Lymphovascular space invasion in high-grade squamous intraepithelial lesion of the cervix. Reality or artefact?**

#### Abstract

**Background:** The loop electro excision procedure is a simple and widely used diagnostic and therapeutic technique in cervical lesions. This procedure is usually performed in the ambulatory setting under local anaesthesia.

**Subjects and methods:** We describe a case of lymphovascular space invasion detected in the cone biopsy of a high-grade squamous intraepithelial lesion of the cervix.

**Conclusions:** Although the prognostic significance of LVSI is controversial, its identification precludes conservative treatments.

© 2010 SEGO. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

### Introducción

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [jcm@hcs.es](mailto:jcm@hcs.es) (J.C. Maañón di Leo).

Actualmente, el estadio IA1<sup>1</sup> de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) está limitado al cáncer

invasivo cuando la invasión del estroma es menor de 3 mm de profundidad. Es importante tener en cuenta que la invasión del espacio linfovascular, no altera la clasificación de la FIGO pero su presencia excluye a este tipo de lesión del esquema terapéutico para el estadio IA1.

Sin embargo, la Sociedad de Oncología Ginecológica define el carcinoma microinvasivo como el tumor con invasión estromal menor de 3 mm sin evidencia de invasión linfovascular.

Si la profundidad de la invasión es menor de 3 mm y no hay evidencia de invasión linfovascular, la probabilidad de afectación ganglionar es lo suficientemente baja como para no indicarse la exéresis ganglionar<sup>2</sup>. Lesiones con extensión menor a 1 mm de profundidad sin diseminación linfovascular tienen un riesgo de recurrencia invasiva menor del 0,5%<sup>3,4</sup>.

Un porcentaje de neoplasias cervicales cercano al 15% es diagnosticado en mujeres de menos de 40 años y la exclusión de diseminación linfovascular es fundamental en el manejo conservador<sup>5</sup>.

En nuestro caso describimos la identificación de diseminación linfovascular en una paciente con una lesión intraepitelial escamosa de alto grado (HG SIL) tras conización realizada mediante asa de diatermia bajo anestesia local.

## Caso clínico

Paciente mujer de 43 años, secundigesta, diagnosticada de diabetes mellitus tipo 2 y fumadora (más de 20 cigarrillos/día). En noviembre de 2007 es derivada al servicio de ginecología y obstetricia de nuestro hospital por hallazgo de lesión intraepitelial escamosa de alto grado en el screening de rutina de carcinoma de cérvix. El examen colposcópico reveló una densa lesión acetoblanca.

Realizamos una biopsia en cono mediante asa de diatermia (*loop electro excision procedure*) bajo anestesia local en régimen ambulatorio.

El informe anatómico-patológico mostró una neoplasia intraepitelial de alto grado con resección de márgenes afectados y un foco microscópico sospechoso de infiltración linfovascular.

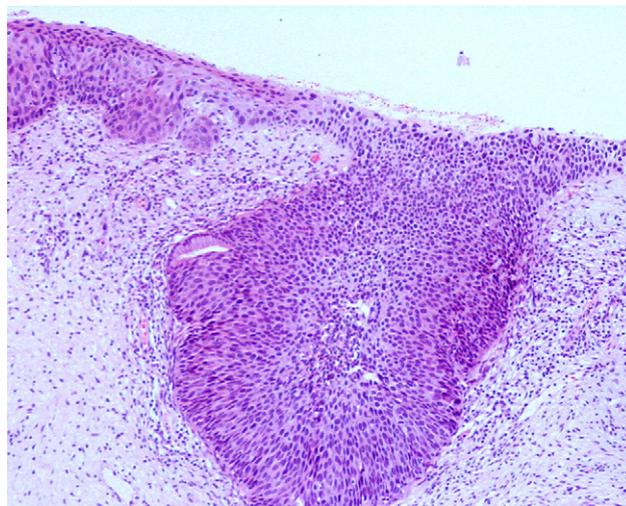
La resección endocervical mostró una neoplasia intraepitelial de alto grado con márgenes afectados.

Se decidió realizar una segunda conización con la misma técnica empleada. En este caso, el informe anatómico-patológico no encontró enfermedad residual.

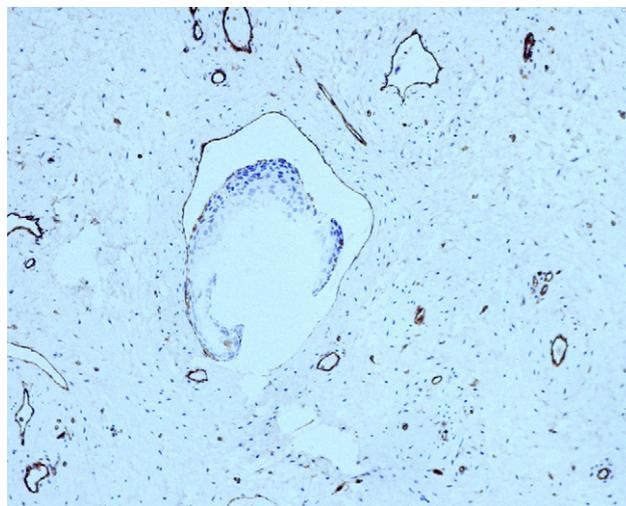
Tras una nueva valoración por un segundo patólogo, decidimos realizar una histerectomía radical laparoscópica tipo II y linfadenectomía pélvica.

## Anatomía patológica

Las muestras de la biopsia en cono y de la ampliación de márgenes endocervical fueron seccionadas en fragmentos de 1 a 3 mm, fijados y teñidos con hematoxilina-eosina. El examen histológico mostró una lesión intraepitelial escamosa de alto grado (HSIL/CIN III) en ambas muestras, con extensión glandular (fig. 1). No se identificaron signos de invasión estromal. Sin embargo, un fragmento de aparente tejido neoplásico fue identificado en el interior de un espacio vascular en múltiples cortes. La naturaleza vascular de este



**Figura 1** Mucosa cervical donde se observa una lesión HSIL con afectación de las glándulas endocervicales.



**Figura 2** Tejido neoplásico cervical en el interior de un espacio vascular con tinción inmunohistoquímica del endotelio para el marcador CD31.

espacio fue remarcado con tinción inmunohistoquímica para CD31 (fig. 2).

Las muestras fueron revisadas por todos los patólogos de la unidad y remitidas para consulta a un experto patólogo en ginecología debido a la problemática interpretación de este hallazgo en la definición de una lesión no invasiva. Todos ellos coincidieron en que se trataba de una imagen inusual, de aparente invasión del espacio linfovascular, sugiriendo que puede existir enfermedad invasiva en otros niveles del cérvix, confirmado por la afectación de los márgenes quirúrgicos. Sin embargo, no encontramos neoplasia residual en la muestra de histerectomía simple ni en la linfadenectomía pélvica.

## Discusión

En 1994, McLachlin et al<sup>6</sup> describieron un caso raro de HG SIL con falsa invasión linfovascular tras una conización realizada

bajo anestesia local. En este caso, el cirujano informó al patólogo que debido al tamaño de la lesión fue necesario inyectar el anestésico local atravesando la lesión neoplásica. Los hallazgos de McLachlin et al no han sido descritos por otros autores y pueden ser más frecuentes ya que la conización bajo anestesia local es una práctica común y extendida en todo el mundo.

En nuestro servicio generalmente empleamos anestesia local pericervical/intracervical en la exéresis con asa de diatermia. En nuestro caso, se consultó con un segundo patólogo, pero no se pudo encontrar evidencia alguna para excluir la diseminación y se asumió que la invasión vascular era real.

Fuese artefacto o no, ¿cómo deberíamos interpretar el comportamiento de este tumor y su significado pronóstico? Hay dos opciones<sup>7</sup>: una, a favor del tratamiento conservador, en la que la invasión linfovascular no está producida por un tipo tumoral agresivo y no tiene potencial metastático. El segundo punto de vista, que compartimos, aprueba un tratamiento más radical. Un tipo tumoral agresivo puede metastatizar en el espacio vascular, siendo aún preinvasivo. En este caso, la lesión neoplásica está más próxima al carcinoma in situ que a una lesión displásica severa.

Para concluir, coincidimos con otros autores en el valor de la comunicación directa entre patólogo y cirujano cuando se presente un hallazgo inusual, como el de este caso.

## Conflicto de intereses

Los autores niegan ningún tipo de conflicto de intereses.

## Bibliografía

1. Clinical Practice Guidelines in Oncology. Cervical Cancer V.1. 2008 [online] [citado 14/04/2008]. Disponible en: [www.nccn.org](http://www.nccn.org).
2. Cervical cancer treatment (PDQ) [online]. 2008 [citado 14/04/2008]. Disponible en: [www.cancer.gov/cancertopics/pdq/treatment/cervical/healthprofessional](http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/treatment/cervical/healthprofessional).
3. Bader AA. Lymph node metastasis in FIGO stage IA1 cervical cancer? *Gynecol Oncol*. 2005;97:659–61.
4. Burghardt E, Girardi F, Lahousen M, Pickel H, Tamussino K. Microinvasive carcinoma of the uterine cervix (International Federation of Gynecology and Obstetrics Stage IA). *Cancer*. 1991;67:1037–45.
5. Ramirez PT. Radical trachelectomy: is it here to stay? *Gynecol Oncol*. 2004;94:611–3.
6. McLachlin CM, Devine P, Muto M, Genest DR. Pseudoinvasion of vascular spaces: report of an artifact caused by cervical lidocaine injection prior to loop diathermy. *Hum Pathol*. 1994;25:208–11.
7. Cserni G. Interpretation of artifactual vascular invasion in cervical squamous precursors due to lidocaine injection. *Hum Pathol*. 1009;26:690–1.