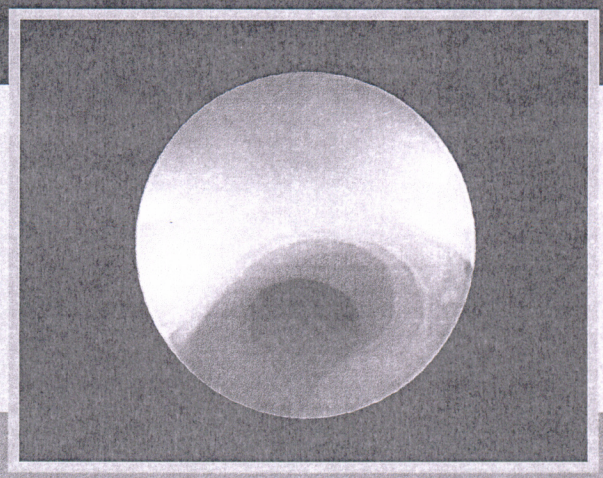
PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

PATOLOGÍA ESTRUCTURAL Y FUNCIONAL

CUELLO UTERINO



Centro de Publicaciones
PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

Centro de Publicaciones
PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

PATOLOGÍA ESTRUCTURAL Y FUNCIONAL CUELLO UTERINO
© 2016 Pontificia Universidad Católica del Ecuador
© 2016 Editado por: Guillermo Páez Coello MD, PhD

Centro de Publicaciones
Av. 12 de Octubre y Robles
Apartado n.º 17-01-2184
Telf: (593) (02) 2991-711
publicaciones@puce.edu.ec

Pontificia Universidad Católica del Ecuador
Dr. Fernando Ponce, S. J.
Rector

Dr. Fernando Barredo S.J.
Vicerrector

Dra. Graciela Monesterolo Lencioni
Directora General Académica

Mtr. César Eduardo Carrión
Director del Centro de Publicaciones

Alfonso Sánchez
Corrección de estilo

Comité Ejecutivo de Publicaciones:
Mercedes Mafla Simon
León Espinosa Ordóñez
Álvaro Mejía Salazar
César Eduardo Carrión

ISBN: 978-9978-77-261-4
DRA: 048425
Depósito legal: 005463

Prohibida la reproducción de este libro, por cualquier medio,
sin la previa autorización por escrito de los propietarios del Copyright.

Artes e Impresión:
Imprefepp. Telf. 2550-705

Tiraje: 500 ejemplares

Abril de 2016

ÍNDICE

Los Autores 9
Introducción 13

CAPÍTULO 1
BASES ANATÓMICAS, FISIOLÓGICAS Y MOLECULARES DEL CUELLO UTERINO
Dr. Francisco López, Dr. Guillermo Páez, Dra. Mónica García 17
Bibliografía 25

CAPÍTULO 2
MALFORMACIONES CERVICALES
Dra. Mónica García, Dr. Edgar Rivera 27
Duplicación 27
Agenesia/hipoplasia 28
Cambios inducidos por dietilbestrol 29
Bibliografía 31

CAPÍTULO 3
LESIONES BENIGNAS DE CÉRVIX
Dr. Francisco López, Dr. Guillermo Páez 33
1. PÓLIPO ENDOCERVICAL 33
Evolución del pólipo 34
Tratamiento 37
2. ENDOMETRIOSIS DE CÉRVIX 39
3. HIPERPLASIA MICROGLANDULAR 41

4. CÉLULAS CERVICALES REPARATIVAS 42
5. CÉLULAS DE ARIAS STELLA 43
6. NÚCLEOS DESNUDOS ENDOCERVICALES 44
7. MIOMA CERVICAL 45
8. QUISTES DE NABOTH 46
9. PAPILOMAS 47
10. QUISTES MESONÉFRICOS 47
Bibliografía 48

CAPÍTULO 4
CÉLULAS ENDOCERVICALES ATÍPICAS (ATIPIA GLANDULAR)

Dr. Francisco López 51
Células glandulares atípicas A.G.C. 52
Células glandulares atípicas que sugieren neoplasia 53
Diagnóstico 53
Células glandulares atípicas no especificadas de otra manera AG NOS 53
Asociación con el Virus de Papiloma Humano 54
Edad 54
Guías de manejo 55
Dificultades diagnósticas de las lesiones glandulares benignas de endocérvix con presencia de células atípicas no relacionadas con procesos neoplásicos 56
Diferencias diagnósticas y terapéuticas entre endocérvix y exocérvix 58
Tratamiento 60
Bibliografía 62

CAPÍTULO 5
LESIONES PREMALIGNAS DE EXOCÉRVIX

Dr. Guillermo Páez, Dr. Antonio Domínguez 65
Bibliografía 69

CAPÍTULO 6
PATOLOGÍA MALIGNA DE ENDOCÉRVIX

Dr. Francisco López, Dr. Fernando Endara 71
1. ADENOCARCINOMA ENDOCERVICAL *IN SITU* 71
Histopatología 72
Tratamiento 73
2. ADENOCARCINOMA ENDOCERVICAL INVASOR 74
3. TUMORES POCO FRECUENTES 77
a) Glassy Cell Carcinoma 77
b) Carcinoma Adenoescamoso 78
c) Carcinoma neuroendocrino 80
d) Adenocarcinoma Villoglandular de Cérvix 81
4. TUMORES METASTÁSICOS DE CÉRVIX 81
Bibliografía 83

CAPÍTULO 7
LESIONES MALIGNAS DE EXOCÉRVIX

Dr. Guillermo Páez 85
Bibliografía 98

CAPÍTULO 8
PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS EN CÉRVIX

Dr. Francisco López, Dr. Guillermo Páez, Dr. Arturo Achard, Dr. Edgar Rivera, Dr. Guillermo López 101
Aspectos Microscópicos de la Patología Cervical 101
Estadios Clínicos oncológicos del Cáncer de Cérvix 111
Lesiones Glandulares de Cérvix 115
Inmunocitoquímica-Inmunohistoquímica 115
Colposcopia 116

Procedimientos para el tratamiento de lesiones intraepiteliales 119
Tipos de Tratamiento 121
Bibliografía 136

CAPÍTULO 9
HISTEROSCOPIA

Dr. Arturo Achard, Dr. Francisco López 141
- ENDOCERVICOSCOPIA - MICROCOLPOHISTEROSCOPIA 142
Indicaciones y contraindicaciones de la Histeroscopia Diagnóstica en Consultorio y sin Anestesia 149
- DIAGNÓSTICO DE PATOLOGIA DE ENDOCÉRVIX 150
CONTRAINDICACIONES 150
Preparación de la Paciente 151
Equipamiento e instrumental en Videohisteroscopia Diagnóstica 152
Posibles Accesorios de Instrumental 153
Documentación 154
Medios de Distensión 155
- ENDOMAT 156
Instrumental accesorio para Histeroscopia Diagnóstica o Bettocchi 157
Técnica Histeroscópica 159
Elección de la fecha de Histeroscopia 159
Procedimiento 160
Bibliografía 163

CAPÍTULO 3

LESIONES BENIGNAS DE CÉRVIX

1. PÓLIPO ENDOCERVICAL

Es la tumoración benigna más frecuente del aparato genital, encontrándose con mayor prevalencia en mujeres multíparas y por encima de los 45 o 50 años de edad. Se trata de una lesión distrófica seudotumoral desarrollada a partir de la mucosa endocervical, a la cual se puede insertar a través de un pedículo (pediculado) o ser sésil. Puede asomarse a simple vista a través del orificio cervical externo.

Se han postulado diferentes teorías acerca de su patogenia (inflamatoria, endócrina y vascular).

- *Inflamatoria.* Por hiperplasia de uno o varios de los pliegues de los surcos glandulares.
- *Endócrina.* Los estrógenos estimulan la proliferación del epitelio y tejido conjuntivo.
- *Vascular.* Por congestión crónica de los vasos sanguíneos-cervicales.

Los pólipos mucosos son los más frecuentes y pueden estar relacionados con procesos inflamatorios, endócrinos y vasculares. Lo más frecuente es que sean asintomáticos, aunque pueden dar

lugar a leucorrea (pólipos ulcerados, erosionados, sobreinfectados), metrorragia esporádica o poscoital, y si son de gran tamaño y ocluyen el conducto cervical, pueden producir dismenorrea e infertilidad [12].

El aspecto del pólipo varía en función de la composición histológica y se implanta en las diferentes porciones del canal endocervical y en el endometrio; según su tamaño y el lugar de implantación pueden sobresalir al orificio cervical externo, donde es apreciable a simple vista o en un estudio colposcópico.

Evolución del pólipo

Metaplasia: el epitelio cilíndrico es remplazado por epitelio pavimentoso, a menudo se produce en el extremo del pólipo, mientras que la porción intracervical no se modifica; se presenta en la mayoría de los pólipos.

Isquemia y necrosis: se producen a consecuencia de una torsión en pólipos con pedículo largo y fino; debido a la necrosis subsiguiente, en ocasiones el pólipo puede desaparecer espontáneamente.

Transformación neoplásica: tiene una incidencia baja; según algunos autores, es la transformación de una zona metaplásica a un carcinoma. A la colposcopia, en los pólipos que sobresalen del orificio cervical externo, se pueden visualizar imágenes de epitelio blanco, irregular engrosado y vasos de características anómalas.

El pólipo endocervical es de superficie ribeteada porque está tapizado por células cilíndricas mucosecretoras.

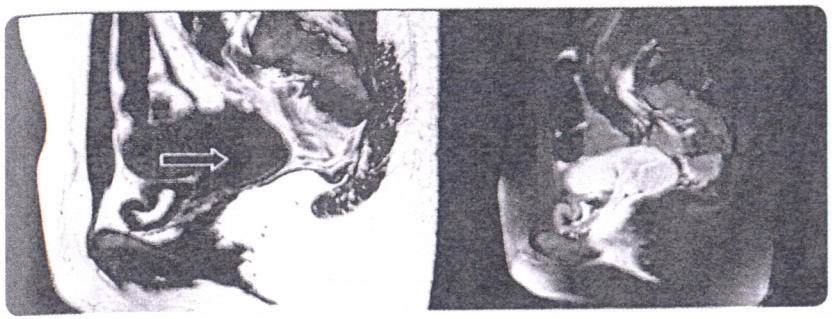


Figura 3-1.
Izquierda: Imagen sagital en T2, se identifica imagen nodular hipointensa endocervical. Derecha: sagital T1 con saturación de la grasa y medio de contraste, demuestra realce del miometrio y en menor grado del pólipo. Cortesía de los Dr. Carlos Alarcón Medina y Dra. Giovanna Narváez Miranda. Radiólogos Asociados.

Tabla 3.1. Frecuencia de transformación atípica de pólipos cervicales

AUTORES	FRECUENCIA PORCENTUAL
Aaro	0.2
Farras y Nedoss	0.2
Winter	0.2
Fluhmann	1.0
Usandizaga	1.2
Moreno	1.5
Nogales y Manglano	3.0
GuzmanLlovet	4.2
Hubert	12.9
Coupez, Carrera y Dexeus	1.1

Tomada de DeCoupez, Carrera y Dexeus. Colposcopia y Patología del tracto genital inferior. De Palo. Edición 1993

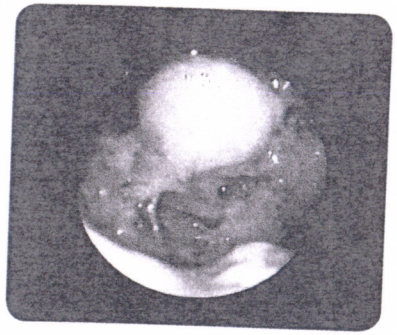


Figura 3-2.
Pólipo y endometriosis.
Cortesía del
Dr. Arturo Achard

Para el diagnóstico diferencial es importante tener en cuenta el tipo de epitelio, la extensión del pólipo, si el pedículo es visible o no, si los vasos sanguíneos son abundantes o escasos, el tipo de vaso sanguíneo, si existe presencia de necrosis y la sintomatología que producen. Se debe realizar el diagnóstico diferencial con mioma pediculado, quistes de Naboth, pólipos endometriales que se originan a nivel bajo en la cavidad uterina y el adenocarcinoma del cuello uterino en el orificio externo [12].

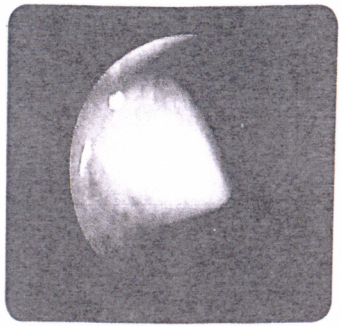


Figura 3-3.
Pólipo ístmico sésil
Cortesía del Dr. Arturo Achard

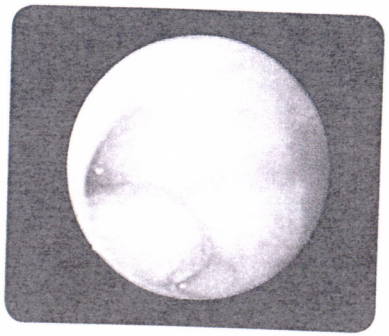
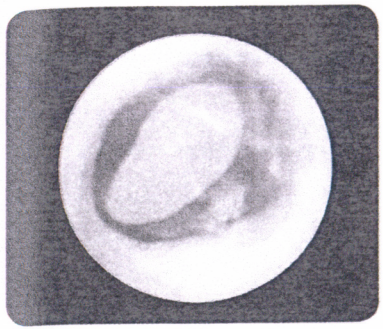


Figura 3-4.
Pólipo cuerno derecho.
Cortesía del Dr. Arturo Achard



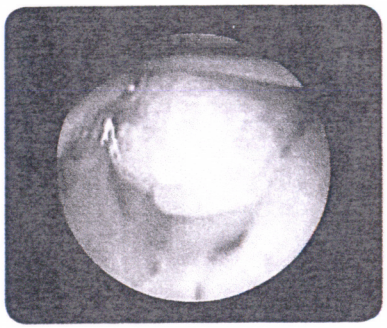


Figura 3-5. Pólipo mucoso. Cortesía del Dr. Arturo Achard

Tratamiento

A los pólipos externos se los extirpa por torsión y para los que están dentro del conducto endocervical se realiza una endocervicoscopia, resección y estudio histopatológico para descartar atipia glandular. Siempre hay que tener en cuenta que puede ser un pólipo centinela asociado a otras lesiones como el adenocarcinoma [13].

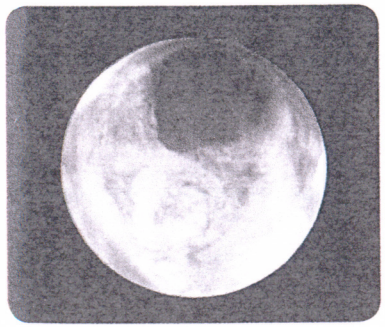


Figura 3-6.
Pólipo en canal
Cortesía del Dr. Arturo Achard



Figura 3-7.
Pólipo de orificio
endocervical Interno

Tabla 3-2. Clasificación de los pólipos

VARIEDAD	COMPONENTE PREDOMINANTE	ASPECTO	OTROS ASPECTOS
Mucoso (77,5%)	Equilibrio estroma-glándula	Rosado y superficie granulosa	
Adenomatoso (15,4%)	Glandular	Rojo y de gran tamaño	Mayor riesgo de malignizar
Fibroso (3,6%)	Estroma	Superficie lisa y de gran consistencia	
Angiomatoso	Vascular	Sésil, de gran tamaño, coloración azulada o púrpura y con vasos elásticos de paredes finas	
Granulomatoso	Tejido de granulación secundario a procesos inflamatorios-necróticos sobre pólipo prexistente	Vegetante, multilobulado, superficie lisa, vascularizado y fácilmente sangrante	
Necrosado	Inflamatorio	Blanquecino, con áreas de necrosis	

Modificada de Fundamentos de Ginecología (SEGO)

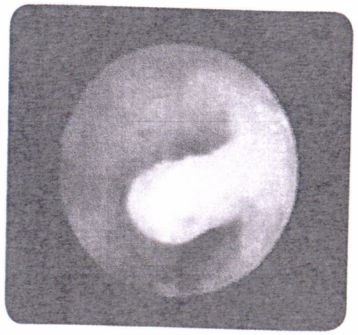


Figura 3-8.
Pólipo escamoso de OCE.
Cortesía del Dr. Arturo Achard

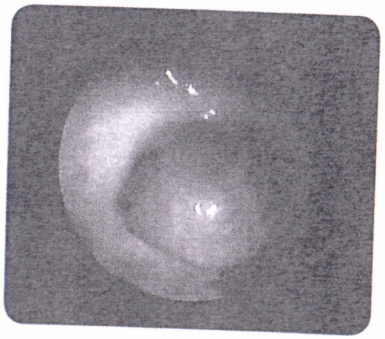


Figura 3.9.
Pólipo glandular de canal.
Cortesía del Dr. Arturo Achard

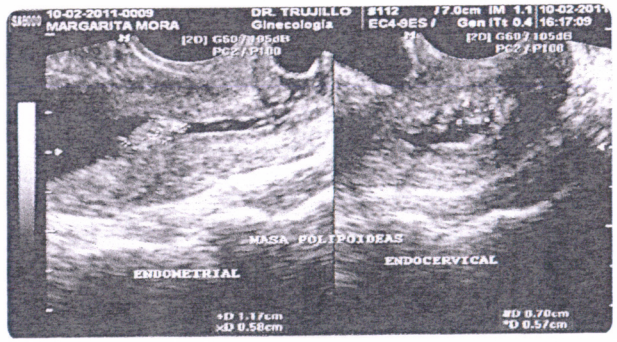


Figura 3-10.
Imagen ecográfica. Pólipo de cuerno izquierdo.
Cortesía del Dr. Jaime Trujillo

2. ENDOMETRIOSIS DE CÉRVIX

La endometriosis es una patología que se caracteriza por la presencia de un implante ectópico de tejido endometrial menstrual sobre el conducto endocervical. Este endometrio suele ser funcionante. En el cérvix también se puede encontrar tejido endometrial ectópico; sin embargo, no es frecuente (0,1-0,5%); su incidencia máxima se produce en la cuarta década de la vida. Puede darse a consecuencia de la implantación de tejido endometrial en una solución de continuidad del epitelio, por ejemplo después de una biopsia o un procedimiento quirúrgico, o en una escara tras electrocauterización [14].

Las imágenes colposcópicas pueden presentarse como un quiste azulado, que tras la punción emanará un líquido achocolatado.

En la mayoría de los casos la endometriosis cervical es asintomática, pero puede ser causa de sangrado premenstrual o poscoital y de dismenorrea. Se ha reportado que el estroma endometriósico tiene numerosas terminaciones nerviosas, la mayor parte amielínicas, adyacentes al epitelio endometrial, que cíclicamente son

estimuladas por la gran cantidad de prostaglandina E2 liberada por las células inflamatorias. Ambos elementos son los responsables del dolor nociceptivo crónico y agudo que suele caracterizar a esta enfermedad [15].

La definición de endometriosis es histológica y consiste en identificar el crecimiento y evolución de glándulas y estroma endometrial fuera de su sitio habitual. En algunos casos, la endometriosis cervical puede extenderse mucho más profundamente en el estroma cervical. Suele acompañarse de hemorragia, inflamación y fibrosis que dependen del grado de actividad. La Sociedad Internacional de Patología Ginecológica clasifica a la endometriosis cervical, en superficial y profunda. La incidencia de endometriosis cervical superficial es de 0.1 a 2.4%. La endometriosis cervical profunda es un padecimiento extraordinariamente infrecuente (se han descrito aproximadamente 8 casos en todo el mundo). Se manifiesta con sangrado transvaginal profuso espontáneo, secundario a la rotura de un macroquiste, ubicado en el tejido fibromuscular del labio posterior del cuello uterino, que pone en riesgo la vida de la paciente y que requiere atención en un centro hospitalario.

El diagnóstico diferencial debe establecerse con las siguientes entidades clínicas: derrames hemorrágicos tras electrocauterización (son múltiples y están distribuidos de forma circunferencial), quistes de Naboth hemorrágicos, pequeños hemangiomas, ulceraciones tuberculosas y sifilíticas. El diagnóstico de certeza lo determinará el estudio histopatológico.

En cuanto a su tratamiento, a menudo la biopsia por sí sola es terapéutica, pero en ocasiones puede ser necesaria una electrocauterización para controlar la hemorragia o erradicar completamente la lesión. Si es pequeña y asintomática, no es necesario aplicar tratamiento [16].

3. HIPERPLASIA MICROGLANDULAR

Es una lesión de la mucosa endocervical del cuello uterino, a menudo asociada con el uso de anticonceptivos o con el embarazo reciente. Se la confundió frecuentemente con el adenocarcinoma o con cambios premalignos glandulares hasta que, por su naturaleza fue reconocida como una entidad diferente. Las características citológicas pueden variar desde inespecíficos cambios inflamatorios de las células columnares endocervicales hasta hallazgos más específicos que incluyen células claras, láminas, bandas, papilas, o conglomerados celulares [17].

La Hiperplasia Microglandular es un hallazgo histológico común en el cuello uterino de mujeres en edad reproductiva y menos común en mujeres posmenopáusicas. Es una entidad histológica benigna, asociada muchas veces a una proliferación de células epiteliales columnares y escamosas, con una arquitectura de predominio microacinar, con vacuolas prominentes en las células columnares epiteliales [18].

En la fase inicial, se manifiesta principalmente como una proliferación microacinar en la cual el epitelio columnar rodea el acino. Las células columnares pueden presentar citoplasma mucinoso o eosinofílico y pueden tener vacuolas subnucleares. Este patrón temprano se considera como una condición prexistente para la metaplasia escamosa de cérvix [18].

Dentro del estroma de soporte, las células de reserva endocervicales se pueden observar en la periferie en forma de acinos y se tiñen positivamente para ***p63*** en estudios inmunohistoquímicos. Este grupo de células de reserva se puede expandir para formar epitelio escamoso metaplásico alrededor de las células columnares que están proliferando. Los acinos que se encuentran dentro de la Hiperplasia Microglandular tienden a hacerse menos evidentes [18].

Algunos estudios señalan la presencia de grupos de células de reserva por debajo del epitelio columnar que presentan inmunopositividad para ***p63***. De hecho, la presencia de estas células de reserva es una característica útil para distinguir la Hiperplasia Microglandular de patologías malignas con las que se la podría confundir, como por ejemplo el carcinoma de células claras o el adenocarcinoma endometrial de tipo endometrioide con arquitectura microacinar.

Aunque el epitelio columnar endocervical asociado con Hiperplasia Microglandular es morfológicamente benigno, la forma variada en la que se presenta, puede ser un problema en el momento del diagnóstico. Incluye formas más sólidas de Hiperplasia Microglandular, complejos glandulares más extensos o patrones escamosos. Por lo tanto, en algunas ocasiones, diferenciar lesiones epiteliales de alteraciones benignas parecidas, puede ser muy difícil.

La tinción inmunohistoquímica para ***p16 o MIB-1*** y las pruebas para detectar VPH son útiles para distinguir las lesiones proliferativas relacionadas con el virus. De las pruebas de tinción inmunohistoquímica, la que se realiza para ***p16*** se considera la más confiable por su propensión a producir tinción discontinua de las células epiteliales en las lesiones inmaduras, tanto en el núcleo como el citoplasma. La tinción del epitelio columnar en las neoplasias endocervicales es característicamente difusa e intensa con los ácidos nucleicos del VPH [19].

4. CÉLULAS CERVICALES REPARATIVAS

Los cambios celulares reactivos son de características benignas, asociados con inflamación, atrofia, radiación [10], la presencia de DIU y otras causas no específicas. Este hallazgo citológico se refiere a los cambios celulares reparativos que se presentan en el

epitelio escamoso, la metaplasia escamosa o el epitelio columnar y que se caracterizan por la presencia de células inmaduras formadas en estos procesos [1, 2, 3, 7].

5. CÉLULAS DE ARIAS STELLA

En 1954 Javier Arias-Stella describió las características de células endometriales atípicas asociadas a tejido coriónico. Histológicamente la reacción de Arias-Stella incluye células con abundante citoplasma eosinofílico o vacuolado, alargamiento nuclear e hipercromasia [1, 2]. La apariencia de los núcleos hipertróficos puede variar enormemente desde núcleos redondeados u ovoides con un patrón cromatínico vesicular hasta núcleos irregulares con un patrón picnótico y compacto. Algunas variantes incluyen invaginaciones citoplasmáticas intranucleares prominentes o seudoinclusiones. El núcleo puede protruir dentro de la luz glandular. Usualmente la actividad mitótica está ausente [6].

La reacción de Arias-Stella fue descrita originalmente en el endometrio; sin embargo, posteriormente se ha documentado su presencia fuera del cuerpo del útero encontrándose en órganos como las trompas de Falopio, vagina, quistes de ovario, quistes paraováricos y paratubáricos, cistadenoma mucinoso y focos de endometriosis localizados en diferentes sitios del organismo.

Adicionalmente a estos sitios, la reacción de Arias-Stella puede ocurrir en el endocérvix, incluso dentro de los pólipos endocervicales. A pesar del amplio espectro descrito de las características histológicas de la reacción de Arias-Stella en el endocérvix, esta lesión continúa presentando grandes dificultades diagnósticas aun para el más experimentado patólogo [7, 8, 9].

Cuando se están estudiando lesiones de células claras del aparato genital, es muy importante revisar el contexto clínico para

establecer el diagnóstico, particularmente cuando los cambios se dan fuera del útero y el material de biopsia es limitado. Los cambios presentes en la reacción de Arias-Stella se limitan a condiciones asociadas a estimulación hormonal tanto de origen endógeno como exógeno. Se puede encontrar esta reacción durante el embarazo normal o ectópico, en la enfermedad trofoblástica gestacional o en asociación con la administración exógena de hormonas [9, 10].

6. NÚCLEOS DESNUDOS ENDOCERVICALES

A menudo presentan un tenue citoplasma adherido al núcleo, están presentes comúnmente en estudios citológicos de mujeres embarazadas, posmenopáusicas o que tienen ectropión cervical [1, 2, 4].

Estos núcleos son uniformemente redondos u ovalados pero pueden variar un poco en tamaño. Su membrana nuclear es muy regular con pequeños signos de degeneración. El patrón cromatínico es uniforme y finamente granular con aglutinaciones ocasionales similares a las que se presentan en el núcleo normal de las células endocervicales.

Puede presentarse también material cromatínico condensado hacia el borde nuclear, seudohipercromatismo o un patrón claro, debido a degeneración celular. Ocasionalmente se puede observar un nucléolo pequeño único y central en aquellos núcleos desnudos mejor conservados.

Los núcleos desnudos endocervicales no deben ser confundidos con el carcinoma escamoso de células pequeñas pobremente diferenciadas [8, 9]. En ambos casos pueden variar en tamaño pero los núcleos endocervicales son regulares, con una delgada membrana nuclear, con cromatina finamente granular y distribuida en forma uniforme.

El diagnóstico citológico de atipia nunca debe ser considerado solo desde el punto de vista de la presencia de núcleos desnudos, en tales casos se debe examinar necesariamente, células mejor conservadas y con citoplasma completo [5, 6, 7].

7. MIOMA CERVICAL

Solo del 8-10% de miomas se asientan sobre el cérvix (el resto lo hacen en el cuerpo uterino) [20]. Son tumoraciones benignas que derivan del músculo liso uterino. Su componente predominante son fibras musculares lisas y pueden tener diversas formas y alcanzar tamaños variables.

A diferencia de los de localización corporal, los miomas del cérvix se clasifican según su crecimiento en: intraligamentarios, subvesicales, rectovaginales, de desarrollo intravaginal con base sésil o pediculado en el exocérvix y polipoide con base de implantación en el canal cervical. Pueden constituir una causa poco frecuente de esterilidad por obstrucción mecánica o distorsión del conducto cervical.

El riesgo de malignización del mioma es prácticamente inexistente y si permanece asintomático y tiene un diagnóstico histológico que confirme que se trata de un mioma, puede plantearse una actitud conservadora [21]. Sin embargo, es conveniente controlar su crecimiento para evitar que comprima estructuras vecinas importantes, como recto o vejiga.

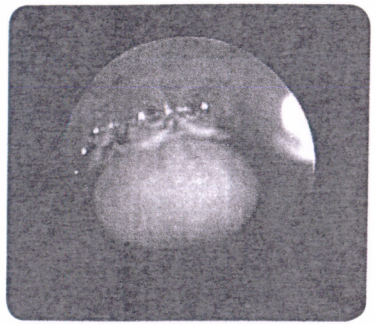


Figura 3-11.
Fibroma
Cortesía del Dr. Arturo Achard

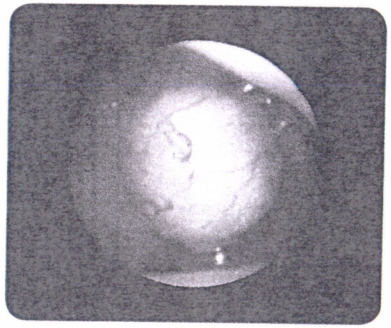


Figura 3-12.
Fibroma submucoso
Cortesía del Dr. Arturo Achard

8. QUISTES DE NABOTH

Se presentan cuando se sella un túnel o una hendidura de epitelio cilíndrico endocervical por un proceso de inflamación o por epidermización (metaplasia escamosa); la secreción mucosa queda atrapada produciendo un quiste de tamaño variable. Los quistes de Naboth alcanzan significancia clínica cuando son tan abundantes que producen un aumento del tamaño del cuello del útero. El distanciamiento de los quistes de Naboth del orificio cervical externo hacia la parte que penetra en la vagina, señala la extensión de la zona de transición [18].

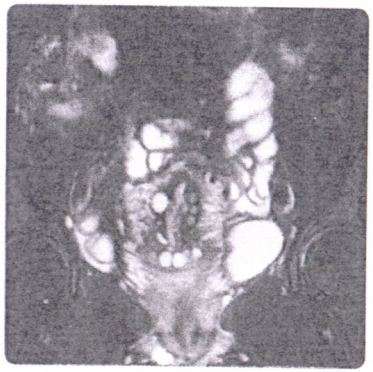


Figura 3-13.
Imagen coronal en T2 con saturación grasa quistes de Naboth.
Cortesía de los Dr. Carlos Alarcón Medina y Dra. Giovanna Narváez Miranda. Radiólogos Asociados.

9. PAPILOMAS

Al igual que en la vulva y vagina, están producidos por el Virus del Papiloma Humano (VPH). Se forman a expensas del epitelio escamoso y pueden ser únicos o múltiples.

Los tratamientos, como en el resto del TGI, son destructivos locales, pero su localización en el conducto endocervical hace que sean difíciles de tratar con cualquiera de las técnicas, por lo que se debe evaluar si realmente es imprescindible tratarlos. Es recomendable realizar una tipificación del virus del papiloma humano y si son de bajo riesgo se recomienda hacer un seguimiento [12].

10. QUISTES MESONÉFRICOS

Aunque rara vez, pueden aparecer lesiones benignas en el cuello a partir de los restos del conducto de *Wolff*, se trata de quistes que surgen entre la cara anterior y la línea media del ectocérvix y llegan a ser tan pequeños que recuerdan a los quistes de Naboth, pero alejados del orificio cervical externo; otras veces tienen aspecto nodular. El diagnóstico es siempre anatomopatológico [12].

BIBLIOGRAFÍA

1. Solomon D, Davey D, Kurman R, Moriarty A, O'Connor D, Drey M. et al. (2001). *The 2001 Bethesda System. Terminology for reporting results of cervical cytology.* J.A.M.A. April 24; 287: 2114-2119.
2. Jiménez-Ayala M. (1998). *Glandular cytopathology of the female genital tract.* Procedings XIII International Congress of Cytology. Tokio.
3. Hanau ChA, Begley N, Bibbo M. (1997). *Cervical endometriosis: A potential pitfall in the evaluation of glandular cells in cervical smears.* Diagn Cytopathol; 16: 274-280.
4. Mulvany NJ, Surtees V. (1999) *Cervical vaginal endometriosis with atypia: A cytopathologic study.* DiagnCytopathol; 21: 183-193.
5. Álvarez-Santin C, Sica A, Rodríguez MC, Feijó A, Garrido G. (1999). *Microglandular hyperplasia of the uterine cervix: Cytologic diagnosis in cervical smears.* Acta Cytol; 43: 110-113.
6. Lacruz C, Rodríguez J, Carrasco MC (1987). *Atipia de Arias-Stella endocervical. Un caso de presentación citológica.* Citología; 9: 119-121.
7. De May RM. (1996). *The Art and Science of Cytopathology.* ASCP Press. Chicago. pg. 132.
8. Jaworski RC, Pacey NF, Greenberg ML, Osborn RA. (1988). *The histologic diagnosis of adenocarcinoma in situ and related lesions of the cervix uteri.* Cancer; 61: 1171-1181.
9. Biscotti ChV, Gero MA, Toddy SM, Fischler DF, Easley KA. (1997). *Endocervical carcinoma in situ: An analysis of cellular features.* Diag Cytopathol; 17: 326-332.

10. Glucksmann A, Cherry CP. (1956). *Incidence, histology and response to radiation of mixed carcinomas (adenoacantomas) of the uterine cervix.* Cancer; 9: 971-979.
11. Katz VL. (2012). Benign gynecologic lesions. In: Lobo RA, Gershenson DM, Katz VL, eds. *Comprehensive Gynecology.* 6th ed. Philadelphia, Pa: Mosby Elsevier; 2012: chap 18.
12. Cervical Polyps. (2012, February 26). *National Library of Medicine - National Institutes of Health.* Disponible en: http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/001494.htm
13. Lundeen SJ, Horwitz CA, Larson CJ, Stanley MW. (2002). *Abnormal cervicovaginal smears due to endometriosis: A continuing problem.* Diagn Cytopathology; 26:35-40.
14. Szyfelbein WM, Baker PM, Bell DA. (2004). *Superficial endometriosis of the cervix: a source of abnormal glandular cells on cervicovaginal smears.* Diagn Cytopathol; 30: 88-91.
15. Hanau CA, Begley N, Bibbo M. (1997). *Cervical endometriosis: a potential pitfall in the evaluation of glandular cells in cervical smears.* Diagn Cytopathol; 16: 274-280.
16. Casper G, Ostor A, Quinn M. (1997) *A clinicopathologic study of glandular dysplasia of the cervix.* Gynecol Onco; 64: 166-170.
17. Gompel C, Silverberg S. (1994). *Pathology in gynecology and obstetrics.* Philadelphia: Lippincott.
18. Brown LJ, Wells M. (1986). *Cervical glandular atypia associated with squamous intraepithelial neoplasia: a premalignant lesion?* J Clin Pathol; 39 (1): 22-28.
19. Tiltman AJ. (1998). *Leiomyomas of the uterine cervix: a study of frequency.* Int. J. Gynecol. Pathol; 17 (3): 231-4.
20. Keriakos R, Maher M. (2013). *Management of Cervical Fibroid during the Reproductive Period.* Case Reports in Obstetrics and Gynecology.