

## **CONIZACIÓN MEDIANTE FCBE (Fisher Cone Biopsy Excisor)**

**N. Sarasa Castelló; B. Mazano Burgos; S.Cortés Biedma; G. Del Real Xambrot;  
C.Gómez Segú; F. Ojeda Pérez**

Hospital General de Granollers, Barcelona – Universitat Internacional de Catalunya  
(UIC)

### **OBJETIVOS**

- Analizar la experiencia en nuestro centro de la técnica de escisión electroquirúrgica con Fischer Cone Biopsy Excisor (FCBE) en el manejo de la displasia cervical.
- Evaluar la reseccabilidad de la zona afectada según los márgenes de la pieza extraída

### **MATERIAL Y MÉTODOS**

Estudio descriptivo retrospectivo y prospectivo de los casos de conización con FCBE desde enero 2009 a junio 2010.

Todas las pacientes formaban parte del programa de cribado de patología cervical, la mayoría remitidas de su ambulatorio de referencia. Para la descripción citológica (cx) se ha utilizado la técnica de Papanicolau y para los resultados anatomopatológicos (AP) de biopsias (bx) o de la pieza, la clasificación de Bethesda.



FCBE

## RESULTADOS

Se realizaron 73 conizaciones con FCBE.

La indicación diagnóstica citológica previa fue:

- H-SIL(n=64)\_\_\_\_\_87,67%  
de las cuales, confirmado por bx (n=26) : 40,62%
- L-SILde repetición (n=9)\_\_\_\_\_2,33%  
(Mínimo 3 resultados positivos)

- El 9,59% de pacientes presentaba antecedente de conización (1,37% de ellas de 2 conizaciones)



En los **márgenes positivos (n=11)**, la anatomía patológica previa y el manejo posterior fue:

**H-SIL (n=9)\_\_\_\_\_12,33% :**

- En 2 casos se realizó histerectomía por deseo genésico cumplido (resultado AP: HSIL, márgenes libres).

- 2 casos, previo legrado de HSIL, requirieron 2ª conización (1 resultado negativo, 1 HSIL y márgenes libres)

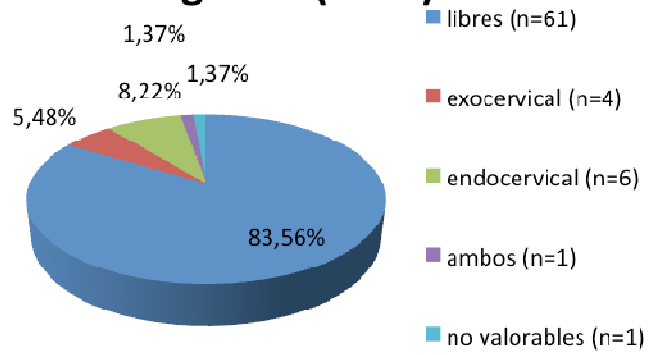
- 4 tuvieron los controles posteriores negativos, la mayoría en actual seguimiento

- 1 pérdida

**L-SIL (n=2)\_\_\_\_\_2,74%**

- 2 pérdidas

### Resultados afectación márgenes (n=73)



## EXPERIENCIA DEL USO DE LA FCBE EN CONIZACIONES

	conización previa	citología previa	resultadom pieza	márgenes afectos	legrado endocx posterior	citología 3 meses/ VPH 6m	Manejo	citología 6m post 2° cono
1	Si (HSIL)	HSIL	HSIL	endocervical		HSIL	<b>Histerectomia</b> HSIL, márgenes libres	
2		HSIL	HSIL	exocervical		- / V P H	<b>Alta</b> <b>control</b> <b>ambulatori</b>	
3	Si (HSIL)	HSIL	HSIL	exocervical		LSIL	<b>Histerectomia</b> HSIL, márgenes libres	
4	Si (HSIL)	LSIL	HSIL	exocervical		- / VPH	<b>seguimiento</b>	
5		HSIL	HSIL	endocervical		- / VPH	<b>seguimiento</b>	
6		HSIL	HSIL	ambos	No atí	HSIL	<b>2ª conización</b> HSIL, márgenes libres	- / V P H -
7		HSIL	HSIL	Endocervical	LSIL	- (6m)/ VPH -	<b>seguimiento</b>	
8		HSIL	HSIL	endocervical		<b>pérdida</b>		
9		HSIL	HSIL	endocervical	HSIL		<b>2ª conización</b> no displasia, márgenes libres	Atipia glandular VPH -
10		LSIL	LSIL	endocervical		<b>pérdida</b>		
11		LSIL	LSIL	exocervical		<b>pérdida</b>		

## **DISCUSIÓN y CONCLUSIÓN**

El tratamiento de las pacientes depende de factores como el grado de displasia y la afectación de márgenes. Ambos considerados de riesgo para la persistencia y recurrencia de dicha displasia.

Hemos revisado los resultados de afectación marginal en nuestro centro, comparándola con la bibliografía, obteniendo un 83,56% de márgenes libres de enfermedad y un 98,63% de interpretabilidad con FCBE.

Existen pocos estudios sobre la técnica FCBE; el porcentaje de márgenes libre de displasia varía de 72 a 94,5%, según las series; sin obtener resultados estadísticamente significativos en la mayoría de ellos, pero que informan de mayor interpretabilidad de los márgenes respecto el LLEP.

En nuestro centro, los porcentajes coinciden con la literatura. La carencia de brazo control (LLEP) y una  $n$  pequeña, no nos permite obtener conclusiones a nivel estadístico. Los insuficientes estudios existentes realizados no permiten obtener conclusiones definitivas.