EDITORIAL CIENCIAS MÉDICAS

Programa Integral
para el Control del Cáncer
en Cuba

Algoritmos de atención
para consultas de patologías de cuello



2019

PUBLICACIONES INSTITUCIONALES • PROGRAMAS

Algoritmos de atención
para consultas
de patologías de cuello

EDITORIAL CIENCIAS MÉDICAS

Programa Integral
para el Control del Cáncer
en Cuba

Algoritmos de atención
para consultas de patologías de cuello



PUBLICACIONES INSTITUCIONALES • PROGRAMAS

La Habana • 2019

Catalogación Editorial Ciencias Médicas

Cuba. Ministerio de Salud Pública. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Sección Independiente de Control del Cáncer. Programa Integral para el Control del Cáncer en Cuba.
Algoritmos de atención para consultas de patología de cuello/ rev. técnica Águeda Santana Martínez, Walkiria Bermejo Bencomo, Gisela Abreu Ruíz. —La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2019.
34 p.: il. – (Publicaciones Institucionales. Serie Programas)
-
-
Neoplasias del Cuello Uterino, Enfermedades del Cuello del Útero, Lesiones Intraepiteliales Escamosas de Cuello Uterino, Prueba de Papanicolaou, Frotis Vaginal, Lesiones Precancerosas, Detección Precoz del Cáncer, Planes y Programas de Salud, Práctica Integral de Atención, Cuba

WA 540

Edición y emplane: JP Impresores
Diseño: DI. José Manuel Oubiña González

© Sección Independiente de Control del Cáncer, 2019
© Sobre la presente edición: Editorial Ciencias Médicas, 2019

ISBN 978-959-313-761-4
ISBN 978-959-313-762-1 (PDF)
ISBN 978-959-313-763-8 (Epub)

Editorial Ciencias Médicas
Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas
Calle 23 No. 654, entre D y E, El Vedado
CP 10 400, La Habana, Cuba
Teléfono: +53 7 8361893
Correo electrónico: ecimed@infomed.sld.cu
Sitio web: www.ecimed.sld.cu

Grupo editorial del Programa Integral para el Control del Cáncer en Cuba

Walkiria Bermejo Bencomo
Máster en Atención Integral a la Mujer. Especialista de II Grado Ginecología y Obstetricia. Investigador Agregado. Profesora Auxiliar. Coordinadora de la Red de Conocimientos de la Sección Independiente de Control del Cáncer/Minsap

Gisela Abreu Ruíz
Máster en Atención Primaria de Salud. Especialista de I Grado en Medicina General Integral y en Medicina Interna. Investigador Agregado. Profesora Auxiliar. Coordinadora del Grupo Programa de la Sección Independiente de Control del Cáncer/Minsap

Asesores

María Caridad Rubio Hernández
Máster en Atención Integral a la Mujer. Especialista de I Grado en Oncología. Investigador Agregado. Profesora Auxiliar. Jefa de la Sección Independiente de Control del Cáncer/Minsap

Teresa Romero Pérez
Máster en Educación Médica Superior. Especialista de II Grado en Epidemiología. Investigador Auxiliar. Profesora Titular y Consultante

Autores

Águeda Antonia Santana Martínez
Especialista de II Grado en Ginecología y Obstetricia. Profesora Auxiliar y Consultante. Máster en Atención Integral a la Mujer. Coordinadora del Grupo Especial de Trabajo de cáncer cervicouterino de la Sección Independiente para el Control del Cáncer. Jefa de la sección de patología del tracto genital inferior y colposcopia de la Sociedad Cubana de Ginecología y Obstetricia

Walkiria Bermejo Bencomo
Máster en Atención Integral a la Mujer. Especialista de II Grado Ginecología y Obstetricia. Investigador Agregado. Profesora Auxiliar. Coordinadora de la Red de Conocimientos de la Sección Independiente de Control del Cáncer/Minsap

Ana Margarita Solares Asteasuainzarra
Especialista de II Grado en Ginecología y Obstetricia. Profesora Auxiliar y Máster en Tendencias Biotecnológicas Contemporáneas. Miembro del Grupo Especial de Trabajo de cáncer cervicouterino de la Sección Independiente para el Control del Cáncer. Secretaria de la sección de patología del tracto genital inferior y colposcopia de la Sociedad Cubana de Ginecología y Obstetricia

Tania Camacho Canino
Especialista de I Grado en Anatomía Patológica y Citopatología. Miembro del Grupo Especial de Trabajo de cáncer cervicouterino de la Sección Independiente para el Control del Cáncer

María Victoria López Soto

Especialista de II Grado en Anatomía Patológica. Profesora Auxiliar y Citopatóloga. Miembro del Grupo Especial de Trabajo de cáncer cervicouterino de la Sección Independiente para el Control del Cáncer Ministerio de Salud Pública. Miembro de la Sociedad de Anatomía Patológica

Juan Mario Silveira Pablos

Especialista de II Grado en Oncología. Profesor Auxiliar e Investigador Agregado. Miembro del Grupo Especial de Trabajo de cáncer cervicouterino de la Sección Independiente para el Control del Cáncer

María de los Ángeles Castañeda Capote

Especialista de II Grado en Ginecología y Obstetricia. Máster en Atención Integral a la Mujer. Vocal de la sección de patología del tracto genital inferior y colposcopia de la Sociedad Cubana de Ginecología y Obstetricia

Declaración de conflictos de interés

Los autores y colaboradores de la presente edición, declaran no tener conflictos de interés respecto a los contenidos de la misma. Su desarrollo y publicación han sido financiados íntegramente con fondos estatales.

Usuarios

Este manual va dirigido a los profesionales que trabajan en las consultas de patología de cuello de hospitales y policlínicos. De manera práctica ofrece las acciones requeridas para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las mujeres con resultados citológicos e histológicos anormales. Está fundamentado sobre la evidencia científica disponible y deben considerase las particularidades locales para su implementación.

Presentación

En Cuba, el cáncer cervicouterino ocupa la quinta causa de muerte en la mujer y la cuarta en incidencia, según datos del *Anuario Estadístico de Salud 2018*. La mortalidad por cáncer de cuello uterino ha disminuido significativamente en varios países desarrollados y algunos estudios indican que ello se debe, en gran medida, a los programas de diagnóstico precoz.

Este manual incluye el resumen de los contenidos fundamentales que forman parte de la *Guía de Control del Cáncer Cervicouterino 2018*. Se acopian los principales aspectos para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las mujeres con resultados anormales de la citología orgánica (Fig. 1).

Contiene, además, el acápite de grupos especiales, con las recomendaciones a tener en cuenta para las mujeres menores de 25 años, embarazadas con resultados citológicos e histológicos anormales y portadoras del virus de inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/sida).

La finalidad de esta versión es que se convierta en una herramienta de trabajo para los médicos que trabajan en las consultas de patología de cuello.

Equipo de trabajo de la Sección Independiente de Control del Cáncer. Minsap

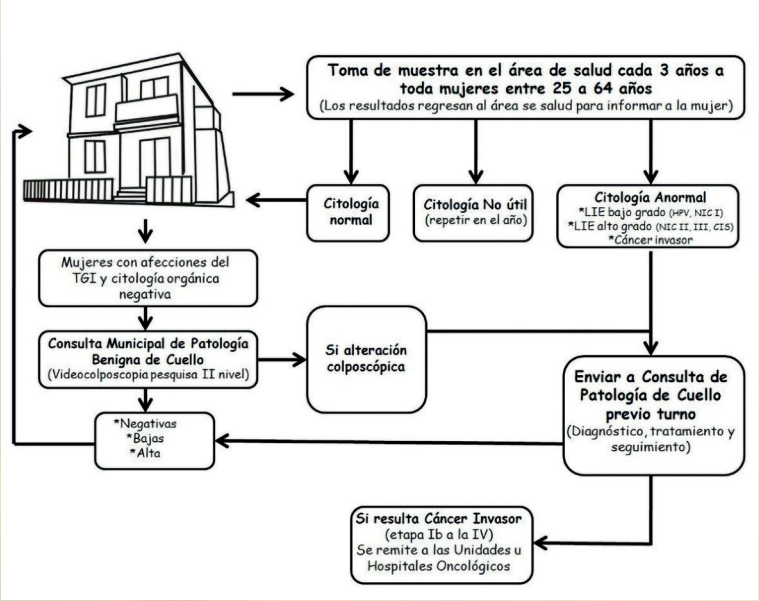


Fig. 1. Flujograma de atención para las mujeres con citología orgánica anormal (incluye las acciones de control del cáncer de cérvix aprobadas en el Programa Integral para el Control del Cáncer [PICC] vigente.

Contenido

Resultados citológicos anormales/ 1

Citología orgánica no satisfactoria o no útil/ 1
Citología orgánica con resultado de células escamosas atípicas de significado indeterminado/ 2
Citología orgánica con lesión intraepitelial escamosa de bajo grado/ 3
Citología orgánica con lesión intraepitelial escamosa de alto grado/ 4
Citología orgánica con células escamosas atípicas que no puede excluirse alto grado/ 6
Biopsia con lesión intraepitelial escamosa de bajo grado/ 9

Resultados histológicos anormales/ 9

Conducta a seguir en mujeres con estudio endocervical de lesión intraepitelial escamosa de bajo grado (neoplasia intraepitelial cervical grado I)/ 11
Biopsia con lesión intraepitelial escamosa de alto grado (NIC II-III)/ 12
Biopsia con carcinoma microinfiltrante/ 15
Biopsia con adenocarcinoma *in situ*/ 15

Grupos especiales/ 18

I. Mujeres menores de 25 años/ 18

Conducta a seguir con la lesión intraepitelial cervical en las mujeres menores de 25 años/ 18

Conducta a seguir con la lesión intraepitelial escamosa de bajo grado en mujeres menores de 25 años/ 21
Conducta a seguir con la lesión intraepitelial escamosa de alto grado en mujeres menores de 25 años/ 22

II. Mujeres embarazadas/ 24
Conducta a seguir en mujeres embarazadas con resultado de citología orgánica anormal/ 24
Conducta a seguir con la lesión intraepitelial durante el embarazo/ 27
Conducta a seguir con el cáncer invasor en la primera mitad del embarazo/ 28
Conducta a seguir con el cáncer invasor en la segunda mitad del embarazo/ 29

III. Mujeres con VIH/sida/ 30
Recomendaciones para la pesquisa citológica en las mujeres con VIH/sida/ 30
Recomendaciones para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de lesión intraepitelial escamosa o glandular del cuello uterino (sin importar el grado) en una mujer con VIH/sida/ 31
Tratamiento del cáncer cervicouterino en mujeres con VIH/ 31

Bibliografía/ 33



Resultados citológicos anormales

Citología orgánica no satisfactoria o no útil

La citología orgánica (CO) no satisfactoria o no útil se encuentra aproximadamente en el 1 % de todos los tipos de preparación.

Es indispensable cumplir los requisitos establecidos para la correcta toma de muestra y garantizar la preparación del personal técnico en el procesamiento y diagnóstico de las láminas, a fin de contribir a la disminución de los resultados no útiles (por debajo del 5 %).

La citología reportada como no útil se debe repetir en un plazo no mayor de seis meses, pues eleva la posibilidad de enfermedad cervical perdida o no diagnosticada, lo que representa gran riesgo para la mujer.

En el caso cuya repetición vuelva a ofrecer un resultado no útil, se citará a la mujer para realizar un estudio colposcópico, con el objetivo de evaluar factores locales (atrofia, infección y/o inflamación), o descartar una enfermedad cervical preinvasora o invasora y actuar según corresponda (Fig. 2).

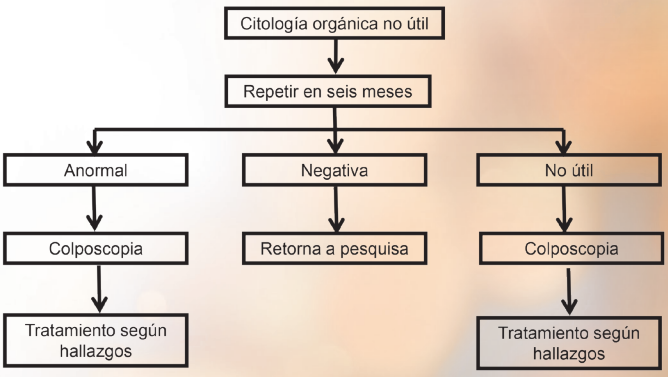


Fig. 2. Conducta a seguir en mujeres con citología orgánica no satisfactoria o no útil (25-64 años).

Citología orgánica con resultado de células escamosas atípicas de significado indeterminado

La citología orgánica con resultado de células escamosas atípicas de significado indeterminado (AS-CUS), es la más común de las anormalidades y posee el más bajo riesgo de neoplasia intraepitelial cervical grado III (NIC III).

La prueba de detección del virus del papiloma humano (VPH), seguido del estudio colposcópico, es la conducta de elección. Cuando no se dispone del primero, se realiza la colposcopia para detectar lesiones con cambios mayores o menores.

Posibles hallazgos

- No lesión colposcópica y unión escamo-columnar (UEC) visible totalmente. En esta situación se repetirá la citología al año, y si es negativa, regresa a la pesquisa de rutina.
- No lesión colposcópica y unión escamo-columnar no visible total o parcialmente. Se realizará estudio de canal y de acuerdo con el resultado, se actúa en consecuencia.
- Con lesión colposcópica. Se realizará biopsia dirigida y estudio de canal; la conducta depende del resultado histológico (Fig.3).

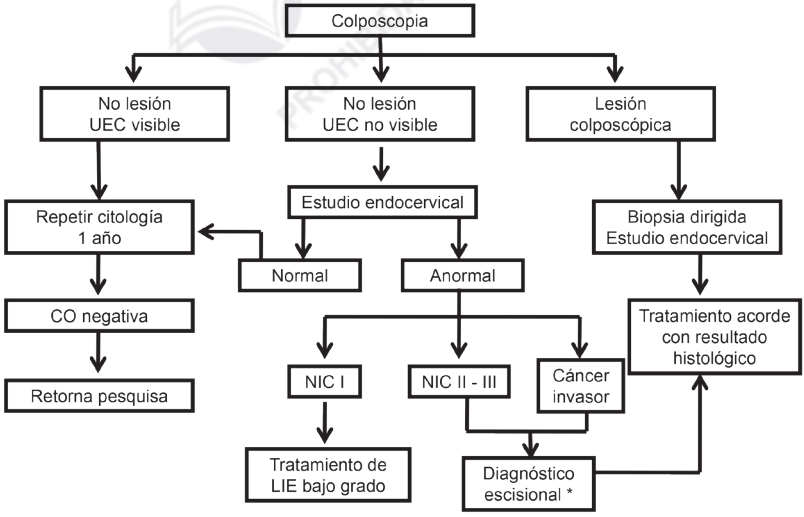


Fig. 3. Conducta a seguir en mujeres con citología ASC-US (25-64 años).

Consideraciones

– Una citología o un cepillado de canal endocervical con lesión intraepitelial escamosa de bajo grado (LIE BG) o LSIL (por sus siglas en inglés), no implica la necesidad de realizar un procedimiento diagnóstico excisional de primera intención, solo considerarlo si es persistente.
– Cuando el resultado es de lesión intraepitelial escamosa de alto grado (LIE AG) o HSIL (por sus siglas en inglés) o cáncer invasor, se impone el diagnóstico excisional (conización diagnóstica).
– Con un resultado citológico de células escamosas atípicas de significado indeterminado, no es aceptable realizar el diagnóstico excisional de rutina, si no existe una imagen colposcópica anormal.

Citología orgánica con lesión intraepitelial escamosa de bajo grado

Durante la última década, se ha incrementado la proporción de resultados citológicos compatibles con lesión intraepitelial escamosa de bajo grado. Estas lesiones son altamente predictivas de infección por el VPH, sin embargo, según resultados obtenidos en un estudio de meta análisis reciente, el 76,6 % de las mujeres con este resultado citológico, son positivas para la infección por el VPH de alto riesgo oncogénico (VPH-AR).

En estudios citológicos compatibles con lesión intraepitelial escamosa de bajo grado, la prevalencia de NIC II-III o cáncer, es del 12-17 % tras el estudio colposcópico, por lo que es aconsejable no subestimar el resultado y realizar siempre la colposcopia, sobre todo cuando no se dispone del test de VPH.

Por estas razones, ante una citología con resultado de lesión intraepitelial escamosa de bajo grado se recomienda:

– Realizar estudio del canal cervical (cepillado) cuando la unión escamo-columnar no es visible, o no se observa lesión colposcópica.
– Repetir citología y colposcopia a los seis meses, si se descarta lesión intraepitelial escamosa de alto grado.
– Que la mujer regrese a la pesquisa en la Atención Primaria de Salud (APS) ante dos citologías y colposcopias consecutivas con resultados negativos.
– Si en la citología o el estudio endocervical se obtiene este resultado, se puede valorar la vigilancia citocolposcópica hasta dos años; si persiste, está indicado diagnóstico excisional. Este procedimiento se podrá realizar en un periodo menor, individualizando la indicación de acuerdo con la edad, facto-

res de riesgo, antecedentes de lesión intraepitelial cervical o tratamiento con electrocoagulación por causas benignas.
– No realizar conización cervical de rutina ante un cepillado endocervical con lesión intraepitelial escamosa de bajo grado sin lesión colposcópica evidente. Se deben considerar los factores antes señalados.
– Si en la vigilancia citocolposcópica los resultados citológicos son de alto grado, se impone el diagnóstico excisional.
– Realizar siempre biopsia dirigida ante la presencia de lesión colposcópica (Fig. 4).

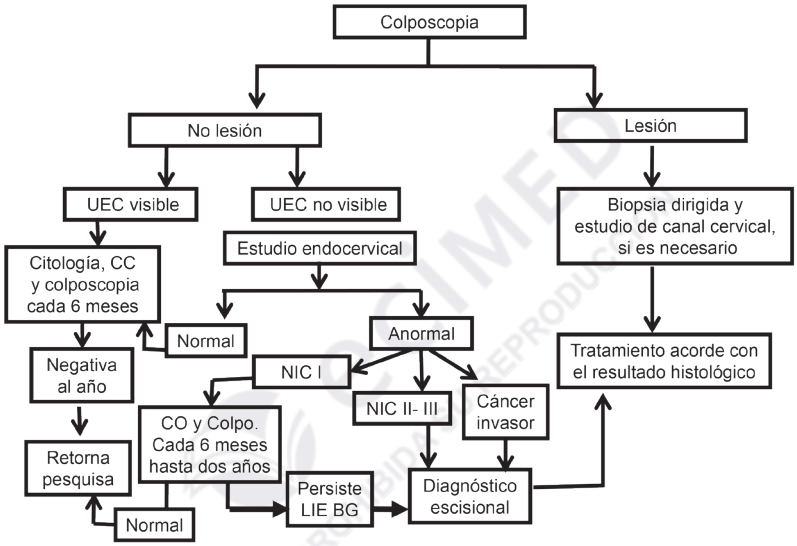


Fig. 4. Conducta a seguir en mujeres con citología de lesión intraepitelial escamosa de bajo grado (25-64 años).

Citología orgánica con lesión intraepitelial escamosa de alto grado

El rol fundamental de la colposcopia y la biopsia es identificar si hay lesión intraepitelial escamosa de alto grado, por lo que es preciso considerar determinados aspectos en el proceso diagnóstico:
– Es inaceptable repetir citología ante la presencia de lesión colposcópica. En estos casos es mandatorio realizar estudio histológico.
– En ausencia de lesión colposcópica es indispensable estudiar el canal endocervical, antes de citar a nueva consulta en un plazo de cuatro meses.

– Si la colposcopia es inadecuada por inflamación o atrofia, realizar el tratamiento que corresponda y repetir la colposcopia de siete a 21 días después de finalizarlo.
– El estudio histológico por biopsia es requerido cuando la mujer tiene 30 años o menos, sin paridad satisfecha. Esto permite elaborar una estrategia de tratamiento y asegurar solo la excéresis de la lesión, sin comprometer el tejido sano.

Se podrá realizar diagnóstico excisional (conización) sin biopsia previa en mujeres mayores de 30 años, con las siguientes condiciones:
– Paridad satisfecha.
– Colposcopia y estudio endocervical negativos, y resultado de la siguiente citología compatible con lesión intraepitelial escamosa de alto grado y paridad satisfecha.
– Inasistente o con dificultades para asistir a la consulta de patología de cuello (CPC).
– Antecedentes de lesión intraepitelial cervical (LIEC) sin importar grado histológico.
– Antecedentes de tratamientos destructivos locales (TDL).
– Cepillado o legrado endocervical con lesión intraepitelial escamosa de alto grado (Fig. 5).

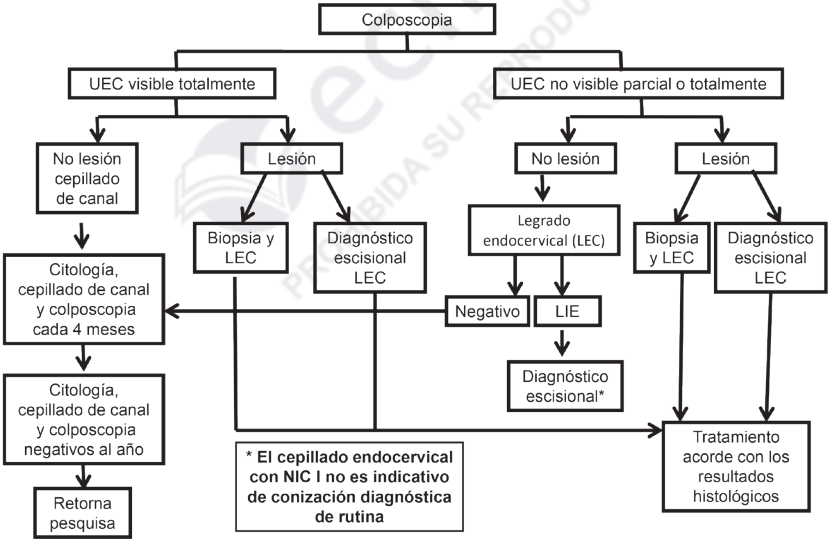


Fig. 5. Conducta a seguir en mujeres con citología de lesión intraepitelial escamosa de alto grado (25-64 años).

Realizar siempre cepillado endocervical postcono, para evaluar el pronóstico de lesión residual alta en canal endocervical

Citología orgánica con células escamosas atípicas que no puede excluirse alto grado

La citología orgánica con células escamosas atípicas que no puede excluirse alto grado (ASC-H) reporta un riesgo de lesión intraepitelial escamosa de alto grado ligeramente menor que cuando la citología es propiamente de lesión intraepitelial escamosa de alto grado. Por tal motivo, se recomienda tener en cuenta los mismos elementos señalados en la conducta a seguir de la citología con lesión intraepitelial escamosa de alto grado.

Conducta general a seguir en la citología orgánica con células glandulares atípicas

La presencia de células glandulares atípicas (AGC) en un extendido citológico, implica un proceso diagnóstico exhaustivo para definir la existencia o no de lesión cervical intraepitelial, glandular o endometrial.

Se indica realizar colposcopia en busca de patrones sugestivos de afección glandular y/o escamosa en el cuello uterino.

En mujeres mayores de 35 años y con factores de riesgo para cáncer endometrial, se recomienda tomar además, muestra endometrial para excluir enfermedad invasora, aunque no muestre síntomas.

La histeroscopia se indica cuando las pruebas señaladas resulten negativas, la citología persista con atipia de células glandulares, o presente síntomas como metrorragia y leucorrea (Fig. 6).

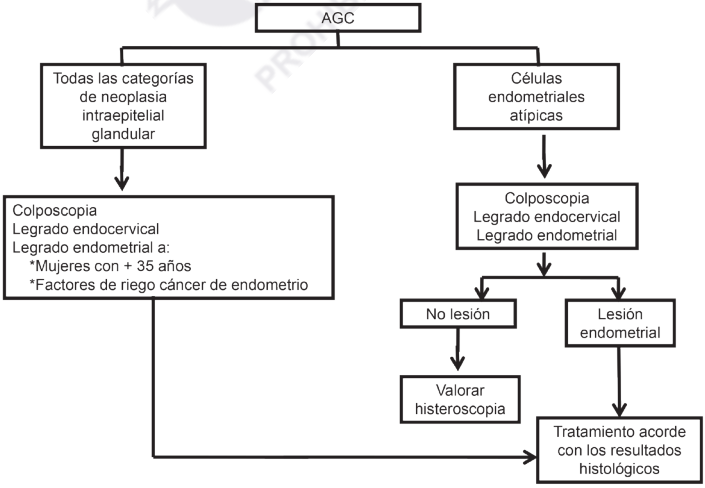


Fig. 6. Conducta general a seguir en mujeres con citología de atipias de células glandulares (25-64 años).

Citología con células glandulares atípicas

Ante la sospecha citocolposcópica de lesión glandular es preciso:

- Explorar minuciosamente la zona de transformación (ZT) y el área endocervical visible, la cual se puede ampliar con el uso del espéculo endocervical de Kogan para buscar signos colposcópicos de lesión endocervical y sospecha de invasión.
- Realizar biopsia dirigida, siempre que sea técnicamente posible, pues contribuye a la selección adecuada del método diagnóstico excisional para confirmar diagnóstico y excluir invasión.
- Realizar siempre legrado de canal endocervical.
- Evaluar por oncología, ante la confirmación histológica de invasión, para estadiar el caso y seleccionar el tratamiento adecuado.
- Realizar cono con bisturí frío, como método excisional diagnóstico-terapéutico de elección.
- Realizar conización por radiocirugía para diagnóstico, cuando se ejecuta por especialistas expertos y con electrodos adecuados.
- Eliminar el riesgo de obtener bordes no útiles y/o destruir la lesión por daño térmico.
- Seleccionar, de manera individualizada, el método excisional sin biopsia previa, teniendo en cuenta edad, paridad, dificultades técnicas, características del método a utilizar y del operador.
- Realizar siempre cepillado o legrado endocervical poscono, para evaluar en el endocérvix el pronóstico de lesión residual alta (Fig. 7).

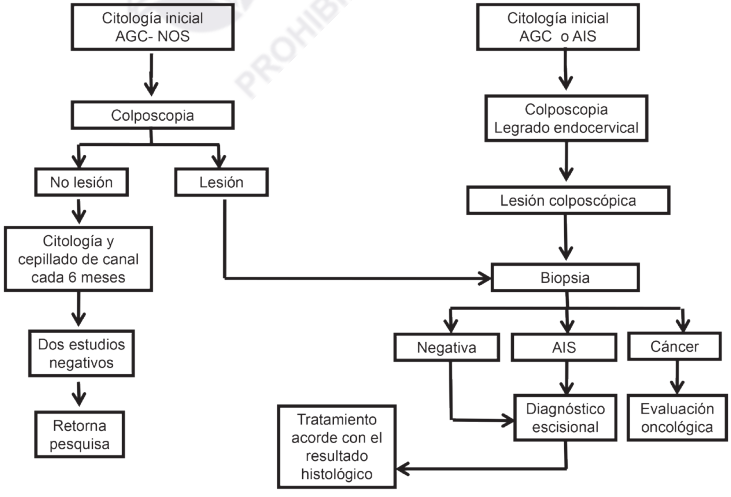


Fig. 7. Conducta específica a seguir en mujeres con citología de atipias de células glandulares (25-64 años).

Es de vital importancia que no se pierda el diagnóstico de adenocarcinoma *in situ* (AIS) o de lesión invasora glandular mínima

Citología orgánica con cáncer invasor

Se debe realizar estudio continuo hasta confirmar o excluir la enfermedad invasora:

- Es inaceptable esperar un intervalo de tiempo para realizar los procedimientos diagnósticos establecidos, aunque resulte negativo.
- Ante una colposcopia sin lesión, se deberá realizar de manera inmediata el legrado del canal endocervical y endometrial.
- Ante una infección vaginal y/o cervical, es preciso realizar estudios microbiológicos, e imponer tratamiento de forma inmediata según los resultados.
- La colposcopia se repite en un plazo no mayor de 15 días después de tratada la infección vaginal y/o cervical.
- Los signos de atrofia visibles en el estudio colposcópico, solo se tratarán después de excluida la enfermedad invasora en el canal endocervical.
- La atrofia se tratará con estrógenos conjugados en crema vaginal durante 30 días consecutivos. Se realizará la colposcopia en un plazo no mayor de siete a 21 días, y la citología en un plazo no menor de 30 días después del tratamiento (Fig. 8).

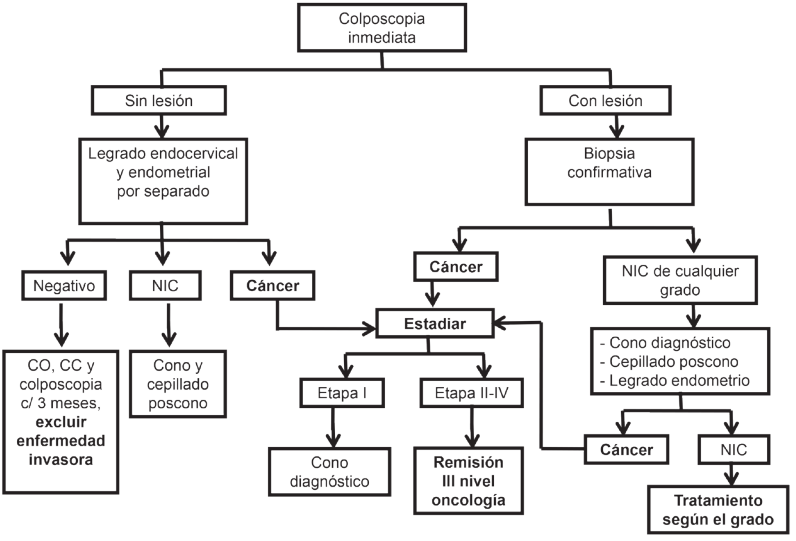


Fig. 8. Conducta general a seguir en mujeres con citología de cáncer invasor.



Resultados histológicos anormales

Biopsia con lesión intraepitelial escamosa de bajo grado

La neoplasia intraepitelia cervical grado I (NIC I) es la manifestación histológica más frecuente de la infección por VPH, sin embargo, los virus oncogénicos por lo general se encuentran en las lesiones de NIC I con tasas de regresión elevadas, especialmente en mujeres jóvenes.

La progresión de la lesión intraepitelial escamosa de bajo grado a neoplasia intraepitelia cervical grado II (NIC II) es poco común, mientras que el riesgo de encontrar un NIC III oculto en mujeres con resultado histológico de NIC I, está relacionado al riesgo expresado por la citología previa. Se muestra bajo riesgo de NIC III a cinco años, cuando la citología es NIC I; pero es sustancialmente alta después de lesión intraepitelial escamosa de alto grado, células escamosas atípicas que no puede excluirse alto grado y células glandulares atípicas.

Debido a las altas tasas de regresión y el bajo riesgo de progresión, se recomienda considerar para la lesión intraepitelial escamosa de bajo grado la conducta expectante como alternativa de tratamiento.

Para decidir entre la conducta expectante y el tratamiento en una lesión de bajo grado confirmada por histología, es preciso considerar los siguientes factores:

- Edad.
- Paridad.
- Citología inicial.
- Visibilidad de la unión escamo-columnar.
- Estado inmunológico.
- Patologías ginecológicas asociadas.
- Disponibilidad de métodos de tratamiento.

La conducta expectante está indicada durante dos años en:
– Mujeres menores de 30 años.
– Nulíparas.
– Unión escamo-columnar visible totalmente.
– Zona de transformación (ZT) tipo I.
– Cepillado de canal endocervical negativo.
– No compromiso del sistema inmunológico.
– Contraindicaciones al tratamiento excisional.

Se interrumpe la conducta espectante cuando:
– Aparece citología y colposcopia sugestiva de lesión intraepitelial escamosa de alto grado.
– Persiste la lesión al término del plazo establecido.

El tratamiento de la lesión intraepitelial escamosa de bajo grado puede ser excisional o destructivo local.

Condiciones para el TDL:
– Unión escamo-columnar visible.
– Zona de transformación tipo I.
– Estudio canal cervical negativo: cepillado de canal endocervical (CC) o legrado endocervical (LEC).
– Biopsia previa confirmadtiva.
– Ausencia de enfermedad invasora.
– Cumplimiento de los requisitos y técnica para el procedimiento seleccionado (criocirugía, electrocoagulación, laser).

El tratamiento excisional de inicio, está indicado en mujeres de 30 años o más con las siguientes circunstancias:
– Imposibilidad de seguimiento.
– Unión escamo-columnar no visible o visible parcialmente.
– Zona de transformación tipo II y III.
– Estudio de canal endocervical con NIC II-III.
– Antecedentes de tratamiento destructivo local (TDL).
– Afecciones cervicales asociadas.
– Alto riesgo de cáncer cervicouterino.
– Enfermedades con compromiso inmunológico.
– Cancerofobia.

ECIMED PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN

La lesión intraepitelial escamosa de bajo grado por sí sola no requiere de tratamiento radical (histerectomía), considerar este procedimiento ante las siguientes condiciones:

– Afecciones ginecológicas asociadas (fibromas, endometriosis, sangramientos de causa inexplicable).
– Estenosis cervical no resuelta por métodos convencionales (Fig. 9).

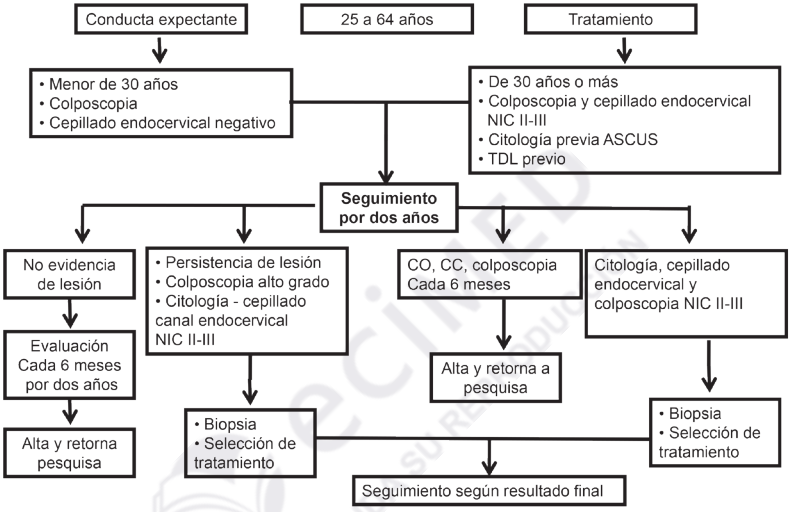


Fig. 9. Conducta a seguir en mujeres con biopsia de lesión intraepitelial escamosa de bajo grado (VPH - NIC I).

Conducta a seguir en mujeres con estudio endocervical de lesión intraepitelial escamosa de bajo grado (neoplasia intraepitelial cervical grado I)

El tratamiento de la NIC I en muestras endocervicales (cepillado o legrado) merece especial atención, por el elevado por ciento de casos que regresan espontáneamente, y la posible contaminación de la muestra endocervical con lesiones exocervicales.

Por otro lado, se reconoce un bajo riesgo de lesiones NIC II ó más, cuando este resultado está precedido de citología con lesión intraepitelial escamosa de

bajo grado o células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASCUS), por lo cual se recomienda individualizar la indicación.

Si este resultado está precedido de una citología con lesión intraepitelial escamosa de alto grado, se recomienda el tratamiento excisional (conización).

Consideraciones

- Se acepta continuar el periodo de observación durante tres años en caso de mujeres jóvenes y nulíparas, siempre que la unión escamo-columnar sea visible y no exista evidencia de lesión de mayor grado.
- La modalidad de tratamiento se selecciona teniendo en cuenta el juicio y la experiencia del ginecólogo, los resultados histológicos previos y las características individuales de cada paciente.

Biopsia con lesión intraepitelial escamosa de alto grado (NIC II-III)

Las NIC II y III tienen una regresión más baja que la NIC I, particularmente la NIC III, que es el verdadero precursor del cáncer invasor y siempre se trata.

Es inaceptable la conducta expectante en mujeres de 25 años o más, independientemente de la edad y de la fertilidad.

Se ha demostrado que el tratamiento conservador en la lesión intraepitelial cervical es altamente efectivo, además permite mantener la capacidad reproductiva de las mujeres que así lo desean.

Entre los métodos conservadores están los tratamientos destructivos locales y los excisionales. Este último es el de elección para la lesión intraepitelial escamosa de alto grado, preferiblemente la conización en sus diferentes modalidades: laser bisturí frío y radiocirugía. La radiocirugía es la más utilizada por sus bondades.

El tratamiento destructivo local es una opción terapéutica selectiva, que debe ser evaluada por el especialista en patología del tracto genital inferior (TGI) y colposcopia, a partir de los siguientes elementos:

- Mujer joven, menor de 30 años.
- Nulípara o con paridad no satisfecha.
- Unión escamo-columnar totalmente visible.
- Lesión circunscrita, visible totalmente, no mayor de un cuadrante (zona de transformación I).
- Histología: preferiblemente NIC II.

– Correlación citocolpohistológica.
– Posibilidad de seguimiento.

En la lesión intraepitelial escamosa de alto grado existe riesgo de lesión residual y de recidiva, aún con bordes negativos de lesión, lo cual obliga a considerar en un grupo importante de mujeres, la reconización y el tratamiento radical con histerectomía.

La indicación de reconización está determinada por la necesidad de mantener la capacidad reproductiva de las mujeres que así lo desean, y en aquellas con contraindicación quirúrgica para la cirugía mayor.

La presencia de márgenes positivos no lleva implícito la conducta activa de reconización o histerectomía inmediata.

En la literatura más actualizada se reconoce que el proceso de cicatrización puede eliminar la lesión de los bordes comprometidos, por lo que se acepta el seguimiento cito-colposcópico en aquellas mujeres jóvenes con paridad no satisfecha y con lesión que llega a los bordes de sección quirúrgica (BSQ). En este caso se realiza un seguimiento citocolposcópico estrecho, hasta que se logre completar la descendencia.

La decisión de reconización no tiene que ser inmediata, es recomendable esperar la primera evaluación citocolposcópica.

La histerectomía simple en la lesión intraepitelial escamosa de alto grado se indica a mujeres mayores de 35 años con paridad satisfecha, y con una o más de las condiciones siguientes:
– Márgenes de la conización positivos.
– Persistencia o recidiva de lesión intraepitelial escamosa de alto grado.
– Extensión a fondos de sacos glandulares.
– Evidencia de lesión residual o recidiva en un cérvix no conizable.
– Afecciones ginecológicas asociadas.

Consideraciones
– Es inaceptable la histerectomía (solo con biopsia) como tratamiento primario en la lesión intraepitelial escamosa de alto grado, se debe realizar la conización para excluir la enfermedad invasora.
– La histerectomía no lleva implícito la indicación de anexectomía, para tal decisión, se debe tener en cuenta la edad, la presencia de afecciones ginecológicas que así lo requieran y el consentimiento de la mujer (Fig. 10).

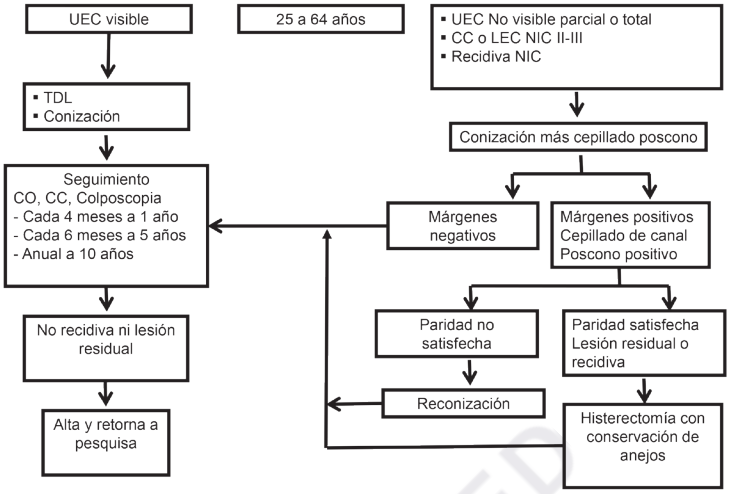


Fig. 10. Conducta a seguir en mujeres con biopsia de lesión intraepitelial escamosa de alto grado (NIC II-III).

A partir de las recomendaciones de las Guías Prácticas en Oncología de la National Comprehensive Cáncer Network (NCCN), se muestra un resumen de la conducta a emplear en el país, para el seguimiento de los casos según el estado de los bordes de sección quirúrgica (BSQ) y la paridad (Fig. 11).

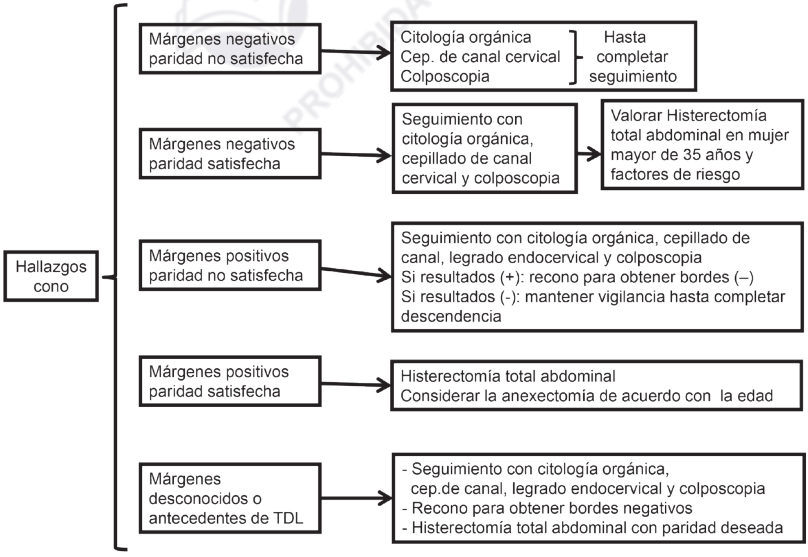


Fig. 11. Seguimiento de la lesión intraepitelial escamosa de alto grado postratamiento.

Biopsia con carcinoma microinfiltrante

La presencia de un carcinoma microinfiltrante en una biopsia, obliga a realizar un procedimiento excisional diagnóstico (conización) para confirmar microinfiltración y excluir mayor grado de infiltración en cuanto a profundidad y extensión, lo que puede modificar el estadio y la conducta terapéutica.

Cuando se trate de una mujer joven nulípara o con paridad no satisfecha, el método de elección para la conización diagnóstica es el bisturí frío, ya que asegura la integridad de los bordes de sección quirúrgica (BSQ). Esto permite que la conización pueda considerarse como terapéutica conservadora, hasta que se complete la descendencia.

Biopsia con adenocarcinoma *in situ*

La incidencia del adenocarcinoma *in situ* (AIS) es baja, con tendencia creciente. Su tratamiento es controversial ya que los criterios del tratamiento conservador de la NIC II-III, no se aplican para este tipo de lesiones. Los hallazgos colposcópicos pueden ser mínimos y el límite de la lesión, difícil de precisar, ya que con frecuencia se extiende dentro del canal.

Cuando se sospecha una lesión glandular en la colposcopia, se impone la biopsia por sacabocados, ya que permite seleccionar el método de conización óptimo, en dependencia de si es diagnóstico y/o terapéutico.

Se acepta la conización por cualquiera de los métodos disponibles, no obstante, cuando se indica con carácter terapéutico se recomienda la técnica del bisturí frío. La conización radioquirúrgica en "sombrero tejano" no es recomendable.

Es importante tener en cuenta la profundidad de la escisión, ya que las lesiones pueden ser multifocales y discontinuas, por lo que el margen negativo no asegura que la lesión haya sido extirpada completamente.

En las mujeres con paridad satisfecha, la histerectomía total es el método terapéutico de elección. Para las que deseen mantener la fertilidad, la conización con bisturí frío es la opción más acertada, pues asegura la integridad de los bordes de sección, permite excluir la enfermedad invasora y puede servir de tratamiento en un solo tiempo.

Se reporta un riesgo pequeño de cáncer invasor aún con los márgenes negativos, por ello, el seguimiento citocolposcópico sistemático debe ser riguroso.

Consideraciones

– La muestra endocervical (CC o LEC) cuando se realiza al mismo tiempo que el procedimiento excisional diagnóstico (conización), puede predecir lesión residual.

– Si la muestra endocervical posconización resulta AIS o NIC, la reconización es factible, siempre y cuando la paridad no esté satisfecha.
– Es preciso la evaluación citocolposcópica y el estudio de canal, en el seguimiento de las lesiones glandulares de AIS, independientemente de los márgenes (positivos o negativos), hasta que se realice la histerectomía total, después de completada la descendencia.
– Si el diagnóstico de AIS es un hallazgo en una pieza de conización por radiocirugía, solo se considerará suficiente si los bordes están libres.
– Si en una pieza de conización por radiocirugía, los bordes son positivos o no permiten el diagnóstico, se recomienda la reconización con bisturí frío para considerarlo terapéutico y que permita el seguimiento citocolposcópico, de acuerdo con los deseos reproductivos de la paciente (Fig. 12).

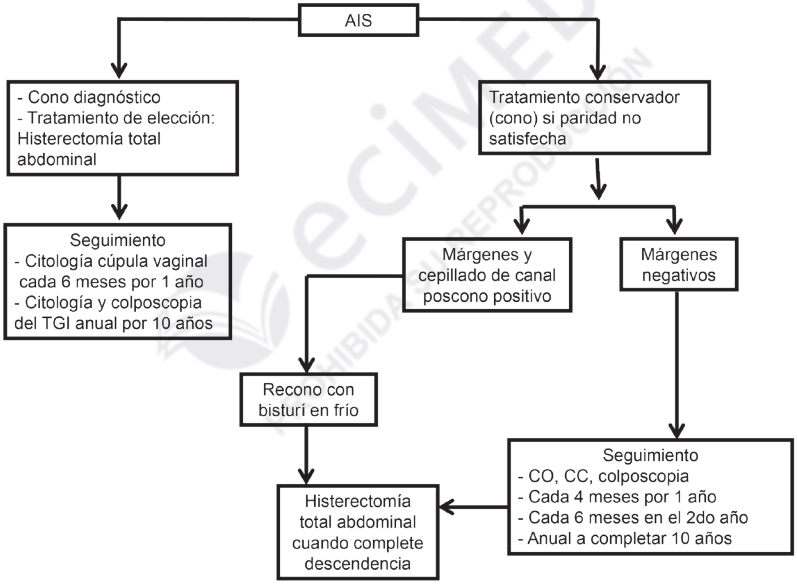


Fig. 12. Conducta a seguir en mujeres con adenocarcinoma *in situ* (AIS).

Seguimiento postratamiento conservador

El seguimiento incluye el examen citológico y colposcópico en cada visita. Las mujeres con historia de lesión intraepitelial cervical, incrementan el riesgo de tener una lesión de cáncer en vagina, vulva, periné y región anal, por lo que es necesario realizar el examen colposcópico del tracto genital inferior (TGI) en cada valoración.

Lesión intraepitelial escamosa de bajo grado con bordes positivos o negativos: Citología, cepillado endocervical y colposcopia cada seis meses por dos años. Si se mantiene con resultados negativos, se da de el alta a los dos años y se incorpora a la pesquisa de rutina en su área de salud.

Lesión intraepitelial escamosa de alto grado con márgenes negativos: Citología, cepillado endocervical y colposcopia cada cuatro meses el primer año, cada seis meses el segundo año y anual hasta completar 10 años. Si en el periodo de seguimiento aparece lesión residual o recidiva, se realiza reconización si la paridad no está satisfecha y se reinicia el seguimiento nuevamente o se realiza histerectomía, completando el seguimiento por 10 años, con alta e incorporación a la pesquisa de rutina en su área de salud.

Lesión intraepitelial escamosa de alto grado con márgenes positivos: Citología, cepillado endocervical y colposcopia cada cuatro meses en el primer año, posteriormente cada seis meses hasta que se logre la paridad deseada. Si después de esta se mantiene con resultados negativos, se valorará el seguimiento anual o la histerectomía como tratamiento definitivo. En ambas situaciones se valora el alta a los 10 años e incorporación a la pesquisa de rutina en su área de salud.

Lesión intraepitelial escamosa de alto grado con márgenes no diagnosticables: Igual conducta que con márgenes positivos.

Carcinoma microinfiltrante: Citología, cepillado endocervical y colposcopia cada cuatro meses en el primer año y cada seis meses hasta que se logre la paridad deseada. Cumplidos los deseos reproductivos se recomienda histerectomía extrafascial tipo II sin anexectomía. Posteriormente seguimiento citocolposcópico anual por un periodo de 10 años.

Consideraciones durante el seguimiento

- La sospecha de lesión residual o recidiva de lesión intraepitelial escamosa de alto grado, impone biopsia para confirmación histológica y en caso de paridad no satisfecha, se valora el recono o la histerectomía sin anexectomía si tiene completada la descendencia.
- La histerectomía en la lesión intraepitelial escamosa de alto grado se deberá realizar en un tiempo no mayor de seis meses. Si no es posible en ese periodo, se recomienda evaluación citocolposcópica con estudio de canal cervical cada seis meses hasta que se opere, para descartar invasión oculta en endocervix.
- Se recomienda individualizar la prolongación del seguimiento a más de 10 años, a las mujeres en las que exista un riesgo elevado de recidivas o de lesiones de otras localizaciones del tracto genital inferior.



Grupos especiales

I. Mujeres menores de 25 años

Conducta a seguir con la lesión intraepitelial cervical en las mujeres menores de 25 años

La OMS denomina adolescentes, al grupo de edad que está entre los 10 a 19 años y jóvenes al que se encuentra entre los 20 y 24 años. Aproximadamente un cuarto de la población global se encuentra clasificada como jóvenes.

En Cuba los adolescentes ocupan el 12,3 % (1 387 696) de la población total, según datos del Anuario Estadístico de Salud 2015.

Existen varios factores fisiológicos y sociales que hacen a los adolescentes más vulnerables (que otro grupo poblacional) a contraer algún tipo de infección de trasmisión sexual (ITS), en particular, la infección por VPH:

- Susceptibilidad biológica real, por la presencia de la ectopia cervical congénita.
- Metaplasia escamosa inmadura que ocurre en la zona de transformación y constituye un terreno fértil para la infección por el VPH.
- Alteraciones citohistológicas que acompañan a la infección por VPH.
- Práctica de conductas sexuales de riesgo (inicio precoz, múltiples parejas sexuales, varón promiscuo).
- No protección en las relaciones sexuales.

La lesión intraepitelial cervical se diagnostica cada vez con mayor frecuencia en mujeres jóvenes y adolescentes. Ello favorece la decisión de realizar “sobre tratamientos” que pueden comprometer

la salud reproductiva de estas pacientes. Por tal motivo, es preciso considerar para el manejo del diagnóstico y tratamiento de estas afecciones, los siguientes aspectos:

– La infección por VPH es una enfermedad de trasmisión sexual común y muestra poca persistencia entre las adolescentes y jóvenes.
– Según estudios recientes, la naturaleza de la lesión intraepitelial escamosa de bajo grado en adolescentes es benigna.
– El 90 % de la lesión intraepitelial escamosa de bajo grado (VPH y NIC I) regresa a la normalidad en un período de 12 a 36 meses.
– La NIC I es biológicamente similar a la infección por VPH, ambas se consideran infecciones agudas y transitorias.
– Numerosos episodios de infección por VPH y algunos de NIC I y NIC II en esta etapa de la vida, no evolucionan a NIC III y cáncer.
– La lesión intraepitelial escamosa de alto grado se diagnostica en número creciente en esta etapa de la vida, aunque en menor proporción que las de bajo grado.
– Según estudios internacionales, solo el 3 % de las VPH negativas y el 7 % de las positivas, desarrollan una lesión intraepitelial escamosa de alto grado, después de una infección por este virus.

Recomendaciones

– Seleccionar la conducta expectante en adolescentes y jóvenes con adherencia al seguimiento, cuando se confirme una lesión intraepitelial escamosa de bajo grado.
– Decidir una conducta activa conservadora: Escisión electroquirúrgica con asa (LEEP), excéresis de la zona de transformación (LLETZ) y crioterapia, ante la confirmación diagnóstica de una lesión intraepitelial escamosa de alto grado.
– El cono con bisturí frío en esta etapa de la vida, incrementa el riesgo de patología obstétrica futura.

Consideraciones para el diagnóstico y tratamiento en mujeres menores de 25 años

1. No se realiza pesquisa citológica a las adolescentes y jóvenes debido a que:
   - Existe mayor regresión para la lesión intraepitelial cervical en esta etapa de la vida.
   - La tasa de incidencia de cáncer invasor es cero en las adolescentes y hasta 0,7 en el grupo de 20 a 24 años.
   - Provoca sobre indicación de estudios colposcópicos.
   - Favorece el sobretratamiento.

2. La citología orgánica se realiza cuando:
   - Está en estudio alguna afección cervical en una joven con más de tres años después del primer contacto sexual.
   - Durante el seguimiento de una lesión intraepitelial cervical tratada.
3. Para realizar los procedimientos diagnósticos es necesario tener en cuenta que:
   - La colposcopia se realiza por el especialista de mayor experiencia y si es necesario se solicita segunda opinión.
   - Es necesaria la biopsia previa al tratamiento.
   - Cuando el resultado histológico corresponde a una lesión intraepitelial escamosa de alto grado o no existe correlación colpohistológica, se recomienda buscar una segunda opinión antes de realizar el tratamiento.
4. Para seleccionar el tratamiento conservador es preciso tener en cuenta:
   - Edad.
   - Paridad.
   - Tamaño de la lesión (número de cuadrantes).
   - Estudio del canal endocervical.
   - Correlación citocolpohistológica.
   - Posibilidad de seguimiento.
   - Disponibilidad de equipos.
5. Los métodos de tratamientos recomendados en esta etapa de la vida son:
   - Tratamiento destructivo local (crioterapia o electrocoagulación), teniendo en cuenta los siguientes aspectos:
     - La lesión debe estar situada en una zona de transformación tipo I (totalmente visible).
     - La lesión no debe ocupar más de un cuadrante.
     - El canal endocervical debe estar libre de lesión.
     - Es preciso cumplir estrictamente los requisitos del procedimiento.
   - Tratamiento excisional con radiocirugía teniendo en cuenta que el tejido a eliminar es solo el afectado. Se describen tres formas:
     - Excéresis solo de la lesión (LEEP).
     - Excéresis de la zona de transformación (LLETZ).
     - Conización cervical: La conización cervical que incluya parte del canal endocervical, solo se realizará a las pacientes que hayan parido, portadoras de lesión intraepitelial escamosa de alto grado con componente endocervical no visible (ZT tipo III).

SECIMED PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN

Conducta a seguir con la lesión intraepitelial escamosa de bajo grado en mujeres menores de 25 años

1. La conducta expectante es la de elección e incluye los siguientes aspectos:
   - Adherencia al seguimiento.
   - Eliminar la infección vaginal.
   - Orientaciones nutricionales y sobre higiene sexual.
   - Suplementos vitamínicos e inmunomoduladores, si es necesario.
   - Promover estilos de vida saludables.
   - Orientaciones a la pareja.
   - Consentimiento informado de la joven y del padre o tutor.
   - Vigilancia citocolposcópica cada seis meses.

> La conducta expectante debe ser un componente intencionado y controlado

2. La observación se realizará por un periodo no menor de dos años, que se puede extender a tres años.
3. Se realizará tratamiento cuando:
   - Persiste la lesión por dos años o más.
   - Aparece una lesión intraepitelial escamosa de alto grado en el periodo de observación.
4. Métodos de tratamiento:
   - Tratamiento destructivo local (de elección).
   - La radiocirugía puede realizarse cuando la lesión se encuentra en una zona de transformación tipo III (componente endocervical no visible).
   - En inaceptable la conización con bisturí frío o la histerectomía en esta etapa de la vida (Fig. 13).

SCIMED PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN

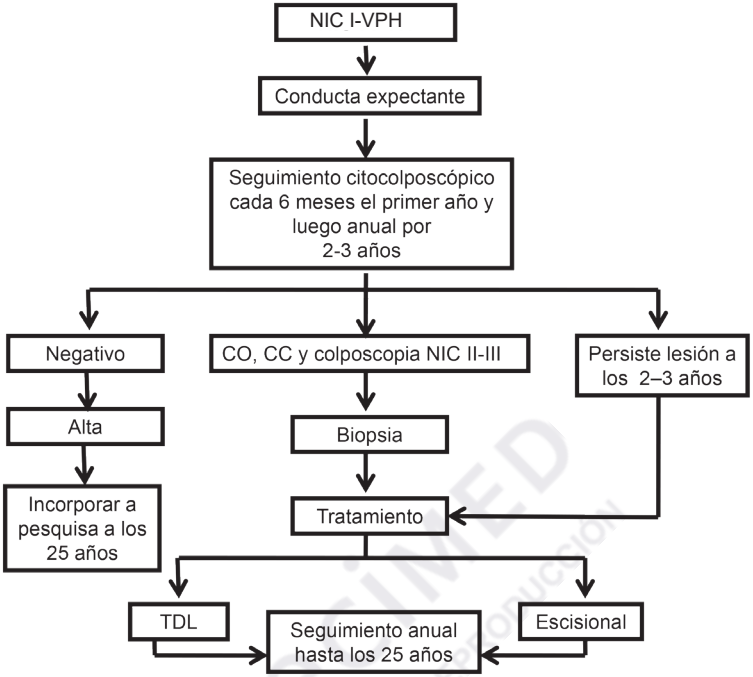


Fig. 13. Conducta a seguir en mujeres menores de 25 años con biopsia de lesión intraepitelial escamosa de bajo grado.

Conducta a seguir con la lesión intraepitelial escamosa de alto grado en mujeres menores de 25 años

1. El tratamiento conservador excisional es el de elección:
   - Se realiza excéresis de la lesión, cuando es pequeña, circunscrita a un cuadrante y es totalmente exocervical (ZT tipo I).
   - Se realiza excéresis de la zona de transformación (LLETZ), cuando la lesión ocupa más de un cuadrante, o es totalmente visible el componente endocervical (ZT tipo II).
   - Se realiza conización que interese canal (selectivo a jóvenes con partos anteriores) cuando la unión escamo-columnar y el componente endocervical no son visibles (ZT tipo III).
   - El multiponche es una opción selectiva para lesiones pequeñas.
   - No realizar de rutina excéresis del canal endocervical.

2. El tratamiento destructivo local es de indicación selectiva en adolescentes con lesiones pequeñas de uno o dos cuadrantes, sin compromiso endocervical (ver consideraciones para diagnóstico y tratamiento en mujeres menores de 25 años).
3. La conducta expectante es estrictamente selectiva y se deben cumplir los siguientes requisitos:
   - Preferiblemente en NIC II confirmado por histología.
   - Menor de 20 años.
   - Unión escamo-columnar visible.
   - Cepillado de canal endocervical normal.
   - Afectación colposcópica en un cuadrante.
   - Adherencia al seguimiento.
   - Decisión en equipo.

Consideraciones generales

1. En esta etapa de la vida es importante:
   - Evaluar costo/beneficio entre los riesgos del tratamiento y la progresión de la lesión.
   - Individualizar la indicación.
   - Tomar decisiones en equipo (sin premura).
   - Evitar tratamientos invasivos.
   - Destruir con la cirugía solo el tejido afectado para no comprometer la fertilidad.
   - Atender en equipo multidisciplinario.
   - Preservar la capacidad reproductiva.
2. Antes de realizar cualquier procedimiento en esta etapa, tener en cuenta:
   - Consentimiento informado.
   - Preparación psicológica a la paciente y familiares.
   - Eliminar infección vaginal.
   - Realizar bajo visión colposcópica.
   - Gentileza en el procedimiento.
   - Realizar técnica depurada.
3. El seguimiento se realiza de la siguiente forma:
   - Lesión intraepitelial escamosa de bajo grado: realizar control citocolposcópico cada seis meses el primer año, después anual durante dos a tres años.
   - Lesión intraepitelial escamosa de alto grado: realizar control cito-colposcópico cada seis meses el primer año y después anual hasta que alcance los 25 años de edad y se incorpore a la pesquisa según corresponda (Fig. 14).

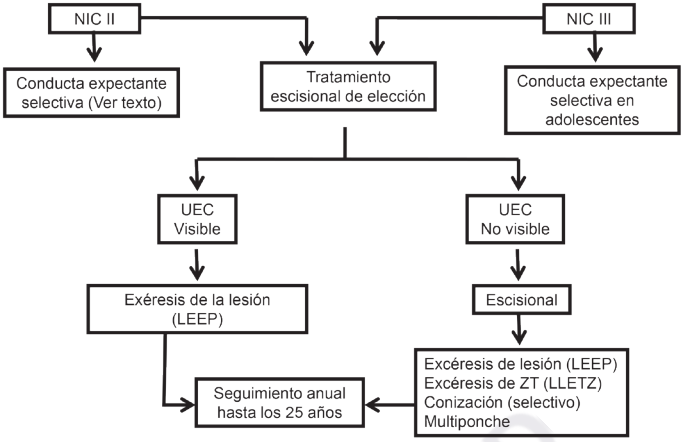


Fig. 14. Conducta a seguir en mujeres menores de 25 años con biopsia de lesión intraepitelial escamosa de alto grado.

II. Mujeres embarazadas

Conducta a seguir en mujeres embarazadas con resultado de citología orgánica anormal

La citología orgánica (CO) se debe hacer a la mujer embarazada durante el primer trimestre (antes de las 14 semanas), si no tiene actualizada la citología de la pesquisa (dentro de los tres años vigentes). Si la tiene actualizada, no se realiza de rutina durante el embarazo, sino cuando le corresponda.

Si la paciente, antes de salir embarazada, se encuentra en seguimiento en la consulta de patología de cuello (CPC) y está tratada, solo debe asistir a esta consulta, cuando le corresponda, según la etapa del seguimiento en que se encuentre.

Cuando el resultado citológico es anormal, la embarazada forma parte de un grupo especial para el tratamiento de la citología, por lo que es preciso entonces tener en cuenta dos consideraciones importantes:

– No utilizar procedimientos invasivos que afecten la salud materno-fetal.
– Excluir el cáncer invasor.

Ante cualquier resultado citológico anormal en la embarazada, se debe realizar el estudio colposcópico por el especialista de mayor experiencia en la consulta, con la intención de lograr que el procedimiento se realice en el menor tiempo posible y que sea confiable la localización e interpretación de los hallazgos.

El objetivo fundamental es definir una conducta a seguir adecuada. Si el resultado citológico informa cáncer invasor, se debe excluir la enfermedad invasora con seguridad.

Consideraciones sobre la biopsia

- La biopsia durante el embarazo no está contraindicada; pero es preciso tener en cuenta que puede ocurrir sangramiento (más profuso que el usual), lo que conlleva a riesgo pequeño de aborto espontáneo. Por tal motivo, la paciente debe ingresar para realizar dicho procedimiento.
- La biopsia durante el embarazo está indicada cuando existe sospecha colposcópica de lesión intraepitelial escamosa de alto grado o cáncer invasor.
- En cualquier momento del embarazo se puede realizar la biopsia, sin embargo, el II trimestre (alrededor de las 16 semanas) es el periodo óptimo.
- Es responsabilidad del especialista de mayor experiencia, realizar esta toma de muestra bajo visión colposcópica y en la zona de mayor significación.
- El método de elección es la biopsia por sacabocados.
- El legrado endocervical está contraindicado durante el embarazo.
- No se recomienda el cepillado endocervical (cuando la lesión colposcópica penetra en canal).
- Para evitar complicaciones (sangramientos, infecciones, etc.), tener en cuenta:
  - La indicación precisa.
  - Que no exista infección vaginal.
  - Reducir el número de muestras.
  - Que no existan factores de riesgo relacionados con aborto o parto pretérmino.
- Es importante hacer biopsia de cualquier lesión sospechosa de cáncer (sin importar el resultado citológico), ya que cuando existe enfermedad invasora en el embarazo, el índice de citología falsa negativa es muy alto.
- La colposcopia sola, sin biopsia dirigida, conlleva un riesgo importante de subestimar la gravedad de la lesión cervical.
- La decisión de no realizar la biopsia en presencia de lesión sugestiva de cáncer invasor, depende de la evaluación de un equipo multidisciplinario que valore los riesgos de morbilidad materna y perinatal, de acuerdo con el trimestre del embarazo en que se encuentre la paciente.
- La presencia de lesiones clínicas francamente invasoras en el tercer trimestre del embarazo, se pueden tratar sin biopsia, previo consentimiento informado de la paciente.

Consideraciones sobre la conización diagnóstica

La indicación de conización diagnóstica durante el embarazo se restringe a:

- Sospecha de microinvasión en el examen colposcópico o estudio histológico realizado.
- Citología francamente maligna (con sospecha de cáncer invasor) en el examen colposcópico y que no se pueda descartar con la biopsia dirigida.
- El segundo trimestre del embarazo es el periodo óptimo para realizar la conización, ya que en el primer trimestre se eleva el riesgo de aborto.
- Se debe realizar por un especialista experto en el salón de operaciones.
- Se recomienda la técnica con bisturí frío.
- La técnica de radiocirugía requiere de electrodos de alta calidad para impedir el daño tisular del espécimen y que la realice un operador experto.
- La conización durante el embarazo puede acompañarse de complicaciones hemorrágicas, partos prematuros y mortalidad perinatal.
- La decisión de realizar o no la conización diagnóstica, depende de la evaluación de un equipo multidisciplinario que valore los riesgos de morbilidad materno-perinatal y del procedimiento en sí, previo consentimiento de la paciente (Fig. 15).

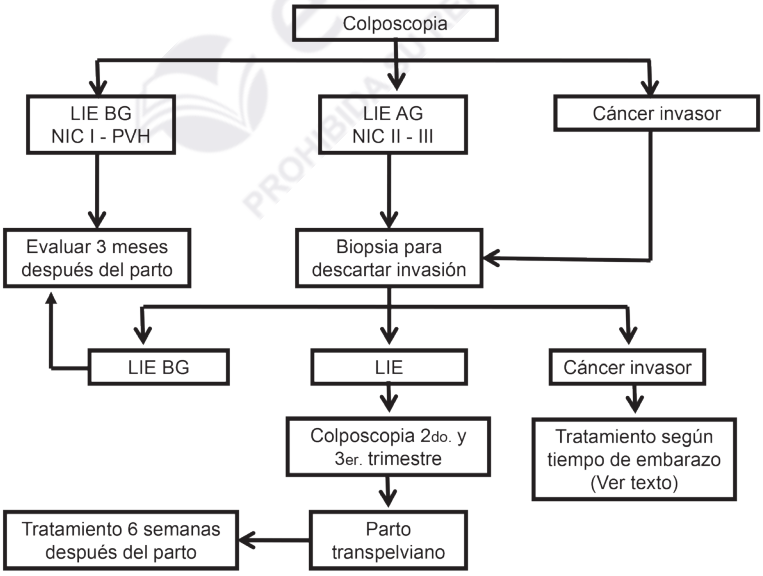


Fig. 15. Conducta a seguir en mujeres embarazadas con citología anormal.

Conducta a seguir con la lesión intraepitelial durante el embarazo

Lesión intraepitelial escamosa de bajo grado

- La citología con lesión intraepitelial escamosa de bajo grado no requiere de la realización de procedimientos durante el embarazo (con o sin signos colposcópicos de bajo grado).
- No se contraindica el parto transpelviano.
- La evaluación definitiva se realiza a los tres meses después del parto.

Lesión intraepitelial escamosa de alto grado

- La citología co lesión intraepitelial escamosa de alto grado sin lesión colposcópica, requiere repetir citología y colposcopia en el segundo y tercer trimestre. Si se mantiene sin lesión, se evaluará a las seis semanas posparto.
- La citología con lesión intraepitelial escamosa de alto grado con lesión colposcópica sugestiva de alto grado, requiere realizar biopsia dirigida bajo visión colposcópica, si no existen contraindicaciones maternas/fetales.
- Si hay confirmación histológica del alto grado se realiza colposcopia en el segundo y tercer trimestre.
- El tratamiento definitivo se realizará seis semanas después del parto.
- No se contraindica el parto transpelviano.

Consideraciones y conducta a seguir con el carcinoma microinvasor

- El diagnóstico durante la primera mitad del embarazo implica la interrupción de la gestación, previo consentimiento informado de la mujer.
- Cuando se diagnostica en la primera mitad por biopsia, es necesario valorar la posibilidad de realizar conización diagnóstica teniendo en cuenta los riesgos, previo consentimiento informado.
- Cuando se confirma el diagnóstico de cáncer microinvasor por conización cervical con márgenes negativos, se recomienda seguimiento hasta el momento de la viabilidad fetal.
- Si no se puede realizar la conización diagnóstica por la edad gestacional, el rechazo de la embarazada o por otra contraindicación, se evaluará por colposcopia en cada trimestre y se interrumpirá el embarazo por cesárea clásica (corpórea) cuando se alcance la madurez fetal.
- La vía del parto debe ser por cesárea electiva segmento corpórea.
- No se recomienda histerectomía postcesárea por la alta morbilidad operatoria.
- El tratamiento definitivo se realizará a las seis semanas de la cesárea.

Consideraciones sobre el cáncer cervicouterino invasor en el embarazo

- El cáncer cervical en el embarazo no es frecuente, por lo que implica un dilema clínico cuando aparece.
- Ante cualquier sospecha de enfermedad invasora, es preciso realizar citología, colposcopia y estudio histológico para confirmar diagnóstico, ya que de esto depende el resultado final del embarazo.
- Cuando el tumor es visible, la biopsia dirigida debe ser amplia para establecer el diagnóstico.
- En caso de sospecha (sin lesión clínica) en la primera mitad del embarazo, se indica la conización diagnóstica en iguales situaciones de riesgo y conducta, que para el microinvasor.
- Ante un proceso hemorrágico sin causa determinada durante el embarazo, se debe hacer estudio colposcópico para excluir cáncer cervical oculto.
- Para establecer el diagnóstico y decidir la conducta, es importante tener en cuenta los siguientes factores:
  - Tiempo de gestación.
  - Tamaño y etapa del tumor.
  - Deseos de la mujer de conservar su embarazo.
  - Asesoramiento de riesgos y opciones terapéuticas.

Conducta a seguir con el cáncer invasor en la primera mitad del embarazo

- La conducta apropiada es iniciar tratamiento con radiaciones (con feto in situ), para lograr la expulsión del producto de la concepción y continuar el tratamiento.
- Si la paciente se niega a interrumpir el embarazo y decide posponer el tratamiento, el seguimiento y control materno-perinatal se realiza bajo condiciones especiales. Según estudios realizados, el cáncer cervical parece no afectar adversamente al feto, no obstante, la terminación del embarazo debe ser con feto viable previa maduración pulmonar.
- La vía del parto será por cesárea clásica (corpórea).
- El tratamiento definitivo se realizará a las seis semanas (Fig. 16).

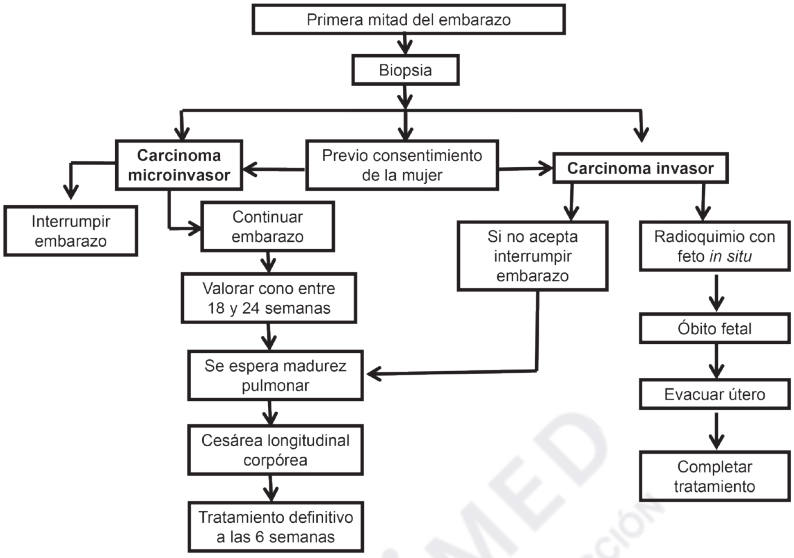


Fig. 16. Conducta a seguir en mujeres embarazadas con cáncer invasor en la primera mitad del embarazo.

Conducta a seguir con el cáncer invasor en la segunda mitad del embarazo

- Es una difícil y delicada situación para tratar desde todos los puntos de vista.
- Se impone la vigilancia estricta del binomio hasta la viabilidad fetal.
- Previa maduración pulmonar se interrumpe el embarazo por cesárea corpórea.
- El tratamiento definitivo se realizará a las seis semanas.
- No se recomienda realizar tratamiento quirúrgico inmediato poscesárea debido a:
  - Imposibilidad de estadiar clínicamente el caso, ya que el volumen del útero impide definir si es quirúrgico.
  - Sangramiento profuso, por las condiciones vasculares e inmunológicas del embarazo.
  - Riesgo para realizar cualquier procedimiento quirúrgico inmediato, por las pérdidas hemáticas fisiológicas del parto (Fig. 17).

ecimed PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN

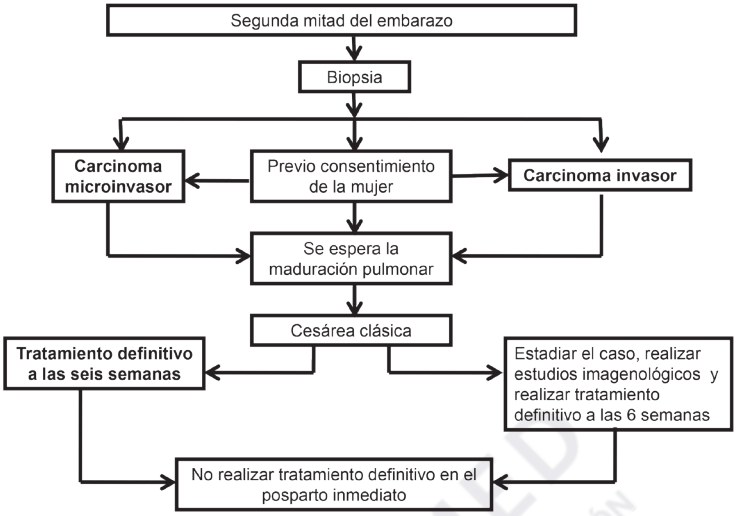


Fig. 17. Conducta a seguir en mujeres embarazadas con cáncer invasor en la segunda mitad del embarazo.

III. Mujeres con VIH/sida

En el proceso diagnóstico terapéutico de las mujeres con lesiones preinvasoras o invasoras del cérvix uterino, resulta importante considerar el grado de afectación del sistema inmunológico, no solo por considerarse un cofactor significativo en la génesis del cáncer, sino también porque puede influir en las decisiones terapéuticas y en el seguimiento para controlar la enfermedad.

Las mujeres con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) tienen mayor riesgo de infecciones persistentes por VPH de lesiones precancerosas, así como mayor probabilidad de desarrollar cáncer y morir por esta causa.

El índice de progresión de la enfermedad en mujeres inmunodeprimidas es más alto y más rápido, que en mujeres sin inmunodepresión. Los índices de recurrencia pueden llegar hasta un 54 % en mujeres con función inmunitaria normal y a 87 % en aquellas con cuentas de CD4 menores de 200 cel/mcl.

Recomendaciones para la pesquisa citológica en las mujeres con VIH/sida

– La pesquisa citológica se realizará a toda mujer sexualmente activa independiente de la edad, en cuanto se conozca el resultado positivo de la prueba de VIH.

– Las mujeres con prueba de VIH positiva con función inmunitaria normal se realizarán la citología cada tres años.
– Las mujeres con prueba de VIH positiva inmunodeprimidas, se valorarán con citología y colposcopia cada año.
– La vigilancia cito-colposcópica se debe ajustar según el riesgo individual de padecer una lesión intraepitelial cervical o cáncer cervical.

Recomendaciones para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de lesión intraepitelial escamosa o glandular del cuello uterino (sin importar el grado) en una mujer con VIH/sida

– La técnica para realizar la colposcopia, biopsia o legrado endocervical, no se modifica porque una mujer sea VIH positivo.
– Es de elección el tratamiento escisional.
– No realizar tratamiento destructivo local , pues el índice de curación es bajo.
– Tener en cuenta el alto riesgo de recidiva para seleccionar el tratamiento.
– Después de cualquier procedimiento en estas pacientes, puede aumentar la eliminación del virus, por lo que debe abstenerse de relaciones sexuales hasta su recuperación.
– Evaluar el tracto genital inferior por colposcopia durante el seguimiento, para diagnosticar precozmente lesiones intraepiteliales de vulva, vagina, periné y región perianal.
– Establecer el seguimiento colpocitológico de por vida, según lo establecido para cada tipo de lesión.

Tratamiento del cáncer cervicouterino en mujeres con VIH

– Requiere evaluación por equipo multidisciplinario del nivel terciario.
– La evaluación es individual, por la presencia de enfermedades crónicas que puedan afectar más su estado inmunitario y su capacidad para tolerar la terapia anticancerosa inmunodepresora.

Consideraciones Generales

– La mujer con VIH/sida se atenderá en la consulta de patología de cuello que le corresponda según regionalización.
– Se aplicarán las medidas de asepsia y antisepsia establecidas.
– Se indicará examen de VIH a todas las mujeres con citología anormal.
– Se aplicarán las medidas de protección establecidas.



Bibliografía

Agramunt S, et al., (2009). "H-SIL en Adolescentes. Actualización y nuevas perspectivas" en *Ginecología y Obstetricia Clínica*.; 10(3):152.156.

Almonte M, et al. (2010). "Nuevos paradigmas y desafíos en la prevención y control del cáncer de cuello uterino en América Latina" en *Salud Pública México*, 52:544-559.

Álvarez C, et al. (2012). "Actualización de la Estatificación de cáncer de cuello uterino" en *RAR*- volumen 76. Número 2-, pág. 169-171.

American Cancer Society, American Society for Colposcopy and Cervical Pathology, and American Society for Clinical Pathology Screening Guidelines for the Prevention and Early Detection of Cervical Cancer. (2012). *CA CANCER J CLIN*.

Anttila A, Kotaniemi-Talonen L, Leinonen M, et al. (2010). "Rate of cervical cancer, severe intraepithelial neoplasia, and adenocarcinoma in situ in primary HPV DNA screeningwith cytology triage: randomized study within organised screening programme" en *BMJ*.; 340:c1804.

Azim HA Jr, Azim H, Peccatori FA. (2010). "Treatment of cancer during pregnancy with monoclonal antibodies: a real challenge". Expert Rev. Clin. *Immunol*. 6(6):821-6.

Bermudez A, Bhatla N, Leung E. (2015). "Cancer of the cervix uterin". *International Journal of Gynecology and Obstetrics.* 131S88-S95.

Castle PE, Stoler MH, Wright TC Jr, Sharma A, Wright TL, Behrens CM. (2011). "Performance of carcinogenic human papilloma virus (HPV) testing and HPV16 or HPV18 genotyping for cervical cancer screening of women aged 25 years and older: a subanalysis of the ATHENA study". *Lancet Oncol*. 12:880-890.

Darragh TM, Colgan TJ, Thomas Cox J, Heller DS, Henry MR, Luff RD. et al. (2013). "The Lower Anogenital Squamous Terminology Standardization project for HPV-associated lesions: background and consensus recommendations from the College of American Pathologists and the American Society for

Colposcopy and Cervical Pathology", *Members of the LAST Project Work Groups*. Int J Gynecol Pathol. 32:76–115.

Demeter A, Sziller I, Csapo Z, Szantho A, Papp Z. (2012). *Outcome of pregnancies after cold-knife conization of the uterine cervix during pregnancy*. Eur J Gynaecol Oncol. 23:207–10.

Gambino A, Gorio A, Carrara L. (2011). *Cancer in pregnancy: maternal and fetal implications on decision-making*. Eur J Gynecol Oncol. 32:40–5.

Hoellen F, Reibke R, Hornemann K, Thill M, Luedders DW, Kelling K et al. (2012). "Basic diagnostic and therapeutic principles and treatment of gynecological malignancies" en *Obstet Cancer in pregnancy*. Part I. Arch Gynecol:; 285:195–205.

Liu Y, Wang Y, Chen X, Chen H, Zhang J. (2014). *Malignancies associated with pregnancy: an analysis of 21 clinical cases*. J. Med. Sci.; 19(2): 23-9.

López-Alegría, F. (2012). "Algoritmos de derivación y confirmación diagnóstica de citología cervical atípica: desafíos para la actualización". Rev. *Chil Obstet Ginecol*; 77(4): 322 – 328.

Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Estadística de Salud, (2019). *Anuario Estadístico de Salud 2018.* Cuba: s.n.

Morice P, Uzan C, Uzan S. (2012). *Cancer in pregnancy: a challenging conflict of interest*. Lancet. 379:495-6.

Moscicki A.B. (2008). *Conservative management of adolescents with abnormal cytology and histology*. Canc Netw; 6 (1):101-6.

NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Cervical Cancer.V.I.2016. En www.nccn.org.

OMS. (2016). "Control integral del cáncer cervicouterino". *Guía de prácticas esenciales*.

Programa Integral para el Control del Cáncer en Cuba. (2011). *Consenso Radiocirugía en el Tracto Genital Inferior*. Editorial de Ciencias Médicas, La Habana.

Programa Integral para el Control del Cáncer en Cuba. (2012). *Control del cáncer en Atención Primaria de Salud. Experiencias cubanas*. Editorial de Ciencias Médicas, La Habana.Programa Integral para el Control del Cáncer en Cuba. (2013). Estrategia nacional para el Control del Cáncer Editorial de Ciencias Médicas, La Habana.

Programa Integral para el Control del Cáncer en Cuba. (2018*). Guía de Cáncer Cervicouterino, acciones para su control*. Editorial de Ciencias Médicas, La Habana.

Programa Integral para el Control del Cáncer en Cuba. (2010). *Manual de Procedimientos del Registro Nacional de Cáncer*. Editorial de Ciencias Médicas, La Habana.

Programa Integral para el Control del Cáncer en Cuba. (2017). *Pautas para la Gestión de implementación.* Editorial de Ciencias Médicas, La Habana.

Universidad de Guadalajara. (2014). "Guías y tendencias en el manejo de las lesiones escamosas intraepiteliales del cérvix uterino (leibg y leiag)" en *Archivos Médicos de Actualización en Tracto Genital Inferior*, Año VI, No. 11, Octubre. Sección 6. Hospital Civil de Guadalajara, Centro Universitario de Ciencias de la Salud (CUCS), Universidad de Guadalajara, Guadalajara, Jal. México.

Algoritmos de atención
para consultas de patologías de cuello

La Sección Independiente para el Control del Cáncer (SICC) del Ministerio de Salud Pública de Cuba, tiene la misión de dirigir el Programa Integral para el Control del Cáncer (PICC), generar y evaluar la estrategia nacional y coordinar la colaboración intersectorial y de la población, para direccionar el sistema de acciones que movilicen las reservas de eficacia a nivel social, y optimicen los recursos.

La SICC funciona como interfaz coordinadora y trabaja en y con equipos de forma presencial y a distancia a través de la Red de Control del Cáncer. En correspondencia, se ha elaborado un paquete educativo del PICC para propiciar, desde la gestión del conocimiento, la socialización de las nuevas formas de organización establecidas para el control de esta enfermedad.

La presente edición proporcionará las recomendaciones para la buena práctica de los profesionales que laboran en las consultas de Patología de Cuello, basada en la mejor y más actualizada evidencia clínica disponible, con los objetivos de estandarizar la atención, alcanzar el diagnóstico en el menor tiempo, indicar el tratamiento adecuado; incrementar la supervivencia en mujeres con patologías del tracto genital inferior, mejorar su calidad de vida y disminuir la mortalidad.

ecimed
EDITORIAL CIENCIAS MÉDICAS

SICC
Sección Independiente para el Control del Cáncer

ISBN 978-959-313-761-4

www.ecimed.sld.cu