

Guías de manejo 2015

Citología anormal y lesiones intraepiteliales cervicales

PRESIDENTES: ALEJANDRA MACIEL Y ROBERTO CASTAÑO

COMITÉ EJECUTIVO: LAURA FLEIDER, ALEJANDRA MACIEL, FERNANDO MONGE, JUAN CARLOS STARINGER, MARIANO TOZIANO, ANDREA VELAZCO

COMITÉ REVISOR: MYRIAM PERROTTA, JUANA ÉLIDA MAURO, BALTASAR LEMA

INICIO DEL TAMIZAJE

Se recomienda comenzar el tamizaje a los 3 años del inicio de las relaciones sexuales (B I). Se podría considerar realizarlo antes de los 3 años en aquellas pacientes que, de acuerdo al interrogatorio y los antecedentes, el médico lo considere apropiado (C III).

MODALIDADES DE TAMIZAJE

1. Sólo citología
2. Citología y evaluación colposcópica* en el mismo momento
3. Sólo con test de HPV
4. Cotest: test de HPV + citología

* La evaluación colposcópica incluye todo el estudio del TGI: cuello, vagina, vulva, perineo y periano.

INTERVALOS DE TAMIZAJE

Hasta los 29 años inclusive

Citología anual. Luego de dos citologías

consecutivas anuales negativas, puede realizarse el tamizaje cada 3 años (A I). Se podría considerar realizarlo antes de los 3 años en aquellas pacientes que el médico lo considere apropiado (C III).

No debe utilizarse el test de HPV en este grupo etario dada la alta frecuencia de infección por HPV (A I).

Desde los 30 hasta los 69 años (hay 3 posibilidades de tamizaje)

- Citología cada 3 años hasta los 69 años. Luego de dos citologías consecutivas anuales negativas, puede realizarse el tamizaje cada 3 años (A I). Se podría considerar realizarlo antes de los 3 años en aquellas pacientes que el médico lo considere apropiado (C III).
- Test de HPV cada 3 años hasta los 65 años (A I).
- Cotest (test de HPV + citología) cada 5 años hasta los 65 años (A I).

A partir de los 70 años (A)

Se recomienda discontinuar el tamizaje excepto en aquellas pacientes que, de acuerdo a lo

que surja del interrogatorio y la historia clínica, el médico lo considere.

Se discontinúa el tamizaje en aquellas pacientes con al menos dos citologías sucesivas previas negativas en los dos controles, sin historia de H-SIL o de lesiones glandulares en los últimos 20 años.

NOMENCLATURA CITOLOGICA

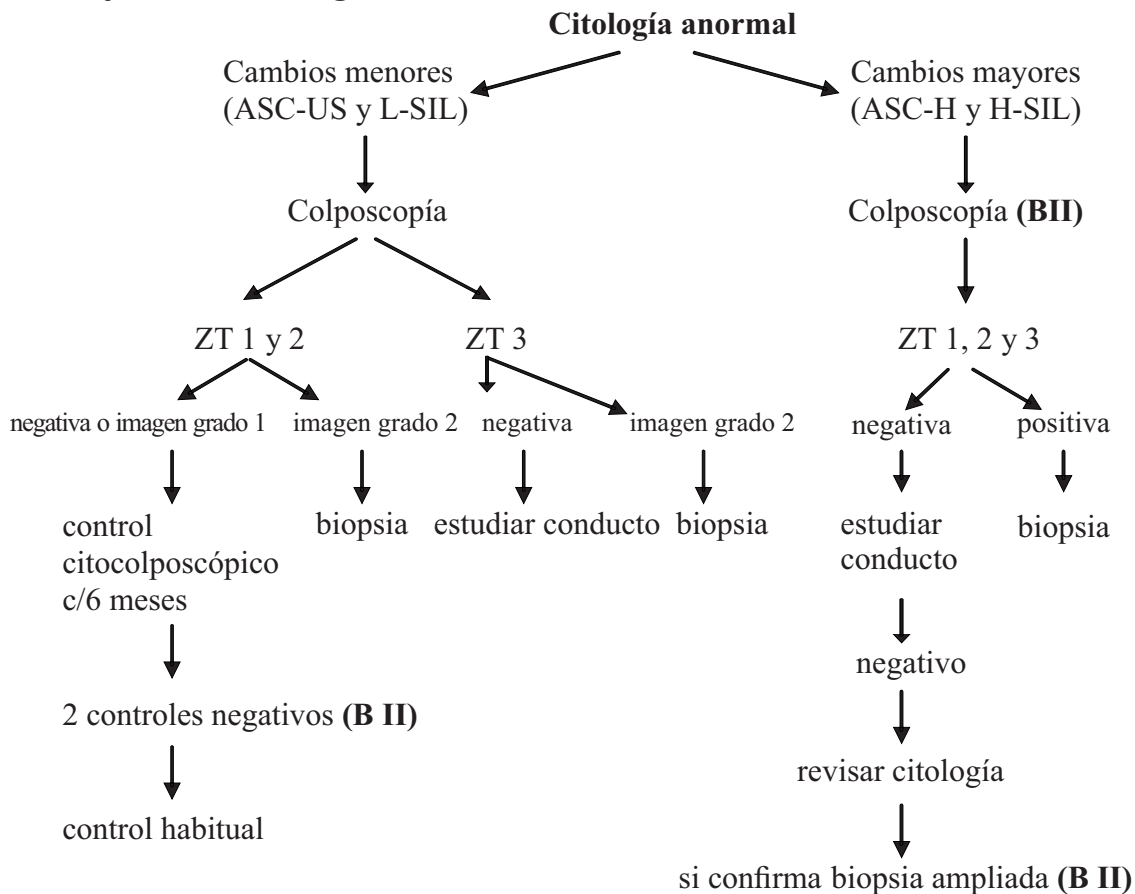
- Cambios menores**
- ASC-US
- L-SIL

- Cambios mayores**
- ASC-H
- H-SIL
- AGC

NOMENCLATURA COLPOSCOPICA

- Colposcopia negativa
- Grado 1: sospecha de lesión de bajo grado de malignidad
- Grado 2: sospecha de lesión de alto grado de malignidad
- Sospecha de invasión

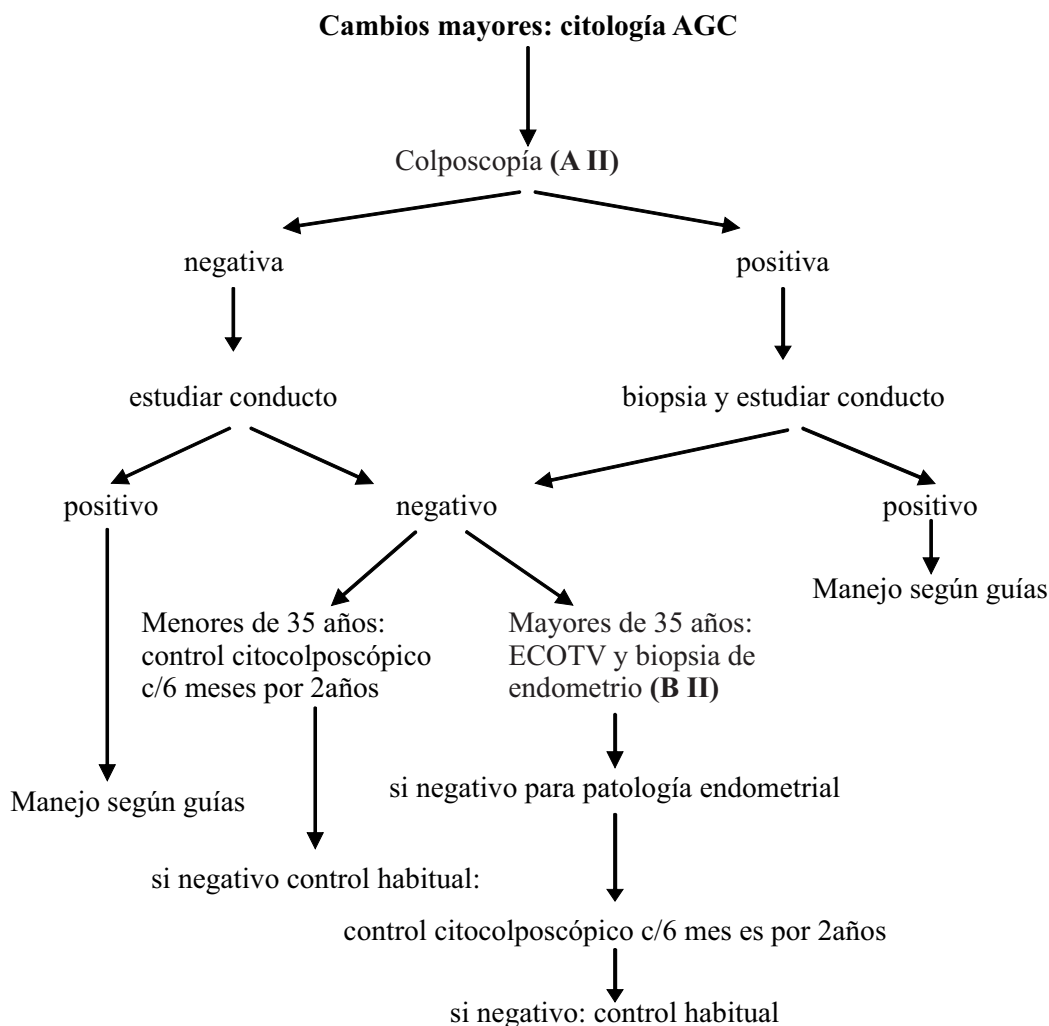
Tamizaje solo con citología



OPCIONAL: triage con test de HPV en citología ASC-US en mayores de 24 años (B I).

En el caso de citologías con cambios mínimos (ASC-US y L-SIL), ante colposcopia negativa, tener en cuenta la disminución del tro-

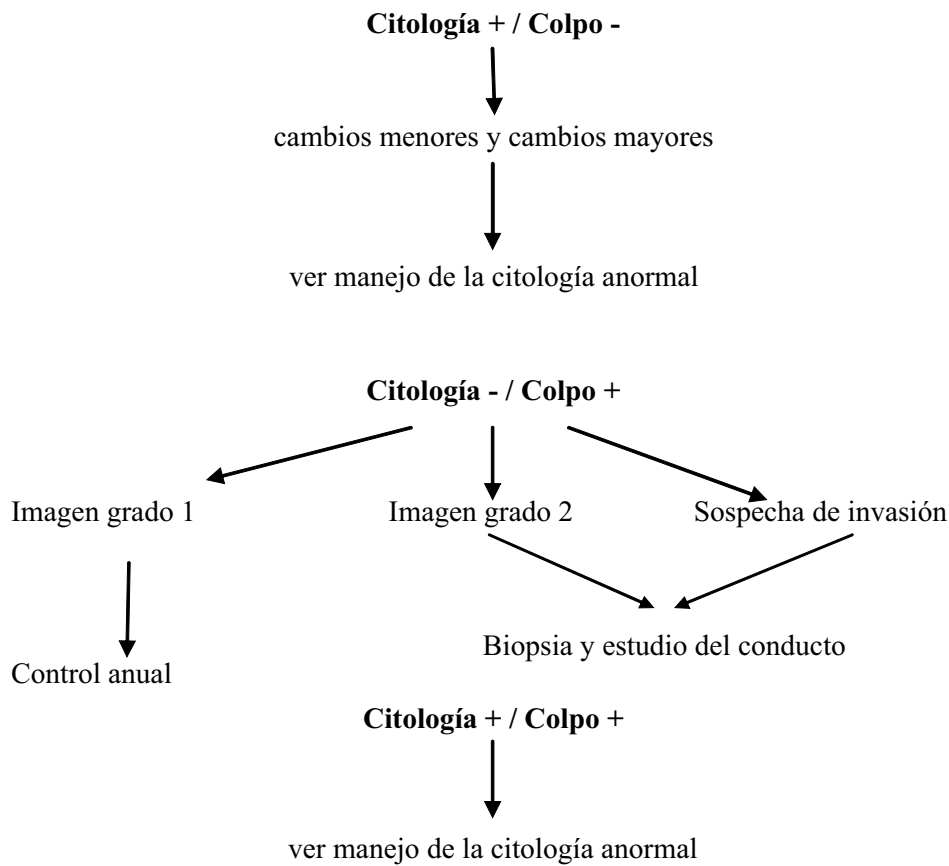
fismo y/o presencia de procesos inflamatorios, que en ocasiones es necesario corregir previo a la reevaluación.



Posibilidades para estudio del conducto endocervical

- Cepillado (para citología).
- Legrado endocervical (para histología).
- Colocar el cepillo obtenido en formol (para sumar material a las muestras anteriores).

Tamizaje con citología y evaluación colposcópica en el mismo momento*



* Modalidad no validada clínicamente.

Tamizaje solo con test de HPV

Se efectúa a partir de los 30 años.

- a. Si el test es negativo, se repite cada 3 años.
- b. Si el test es positivo, se realiza posteriormente citología y eventualmente colposcopia.

- c. Test de HPV negativo y citología positiva: revisar la citología.
 - Cambios menores: repetir en un año.
 - Cambios mayores: realizar colposcopia y evaluar conducto.
- d. Ambos estudios positivos: colposcopia.

Tamizaje con cotest

Se realiza a partir de los 30 años. Conducta de acuerdo con el resultado.

- a. Ambos estudios negativos: control cada 5 años.
- b. Test de HPV positivo y citología negativa: cotest al año (B II).

LESIONES INTRAEPITELIALES

Definiciones

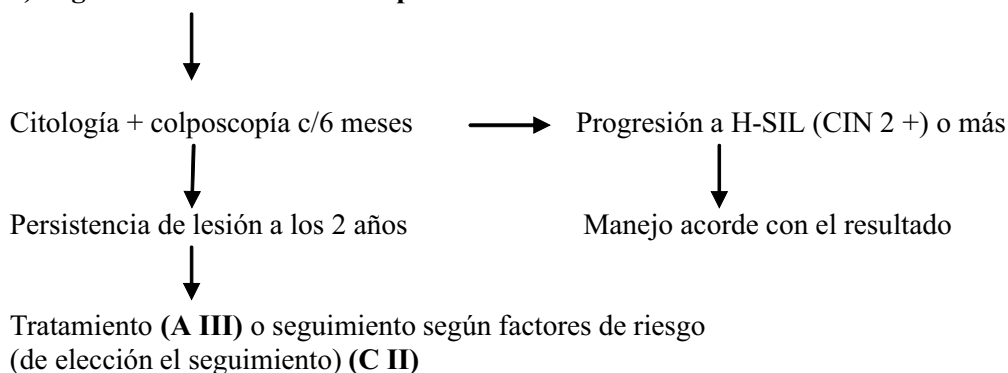
- Bajo grado (L-SIL): condiloma viral plano y CIN 1.
- Alto grado (H-SIL): CIN 2 y CIN 3.
- Lesiones Glandulares: AdenoCIS.

Factores de riesgo

- Falta de adherencia al seguimiento.
- Tabaquismo.
- Compromiso inmunológico: trasplantadas, HIV+, corticoterapia, etc.
- Antecedentes de tratamientos de H-SIL en el tracto genital inferior.

Manejo de mujeres con diagnóstico histológico de L-SIL (CVP y CIN 1) con correlación cito-colpo-histológica

1) Seguimientos intratamiento por 2 años



2) Tratamiento en paciente de alto riesgo: según criterio y evaluación del médico tratante.

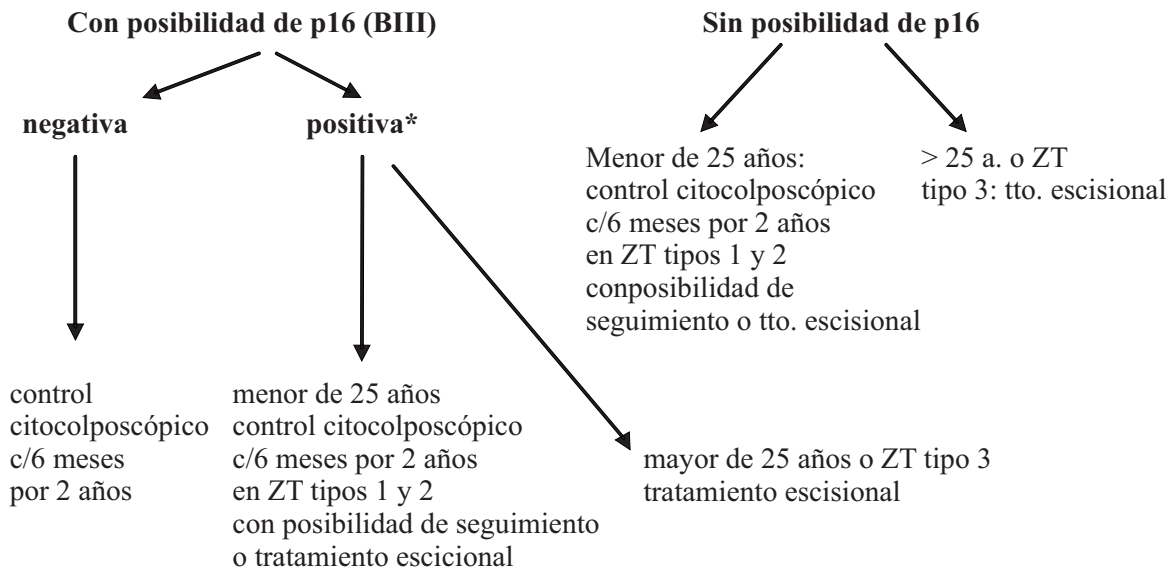
NOTA: la recidiva de L-SIL no implica la necesidad de retratamiento.

Manejo de mujeres con diagnóstico histológico de L-SIL sin correlación cito-colpo-histológica (con sospecha colposcópica de mayor patología y/o citología con cambios mayores)

Se aceptan dos opciones:

1. Revisión de todos los hallazgos (B III)
 - a. Cambios en el diagnóstico: manejo acorde con el cambio.
 - b. Sin cambios en el diagnóstico: procedimiento diagnóstico escisional.
2. Procedimiento diagnóstico escisional, especialmente en:
 - Colposcopia con zona de transformación tipo 3.
 - Estudio del conducto positivo para SIL.

Manejo de mujeres con H-SIL (CIN 2)



** Hay poca evidencia hasta el momento del manejo conservador del CIN 2 con p16 positiva.*

Manejo de mujeres con H-SIL (CIN 3)

Tratamiento escisional acorde con la zona de transformación 1, 2 o 3 (A II).

Manejo de las lesiones intraepiteliales durante el embarazo

L-SIL: evaluación citocolposcópica con eventual biopsia a las 6-8 semanas posparto.

H-SIL:

- Control citocolposcópico cada 12 semanas y eventual biopsia ante sospecha de progresión (A I).
- Reevaluación en el posparto.

ADENOCARCINOMA IN SITU DE CUELLO UTERINO

El diagnóstico se realiza por medio de la conización cervical.

El tratamiento de elección es la histerectomía en pacientes con paridad cumplida (B III) En pacientes con deseos de fertilidad se acepta la conización cervical (A II), si los márgenes son negativos.

SEGUIMIENTO DEL H-SIL POSTRATAMIENTO

1. Por al menos 20 años.
2. Citología y colposcopia cada 6 meses durante 2 años y luego seguimiento anual.

3. *Cotest (test de HPV + citología): realizar entre los 6 y 12 meses.*
 - a. Cotest negativo: control anual; luego de 2 cotests negativos repetir cotest a los 3 años y si es negativo, cada 5 años.
 - b. Cotest positivo*:
 - i. Si una o ambas pruebas son positivas: examen colposcópico y eventual biopsia.
 - ii. Test de HPV positivo con citología y colposcopia negativas: seguimiento citocolposcópico cada 6 meses.

*** La positividad del test de HPV no implica por sí solo nuevo tratamiento.**

BIBLIOGRAFIA

1. Moyer VA; U.S. Preventive Services Task Force. Screening for cervical cancer: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med.* 2012;156:880-91.
2. Committee on Practice Bulletins-Gynecology. ACOG Practice Bulletin Number 131: Screening for cervical cancer. *Obstet Gynecol.* 2012;120:1222-38.
3. Saslow D, Solomon D, Lawson HW, Killackey M, Kulasingam SL, Cain J, et al; ACS-ASCCP-ASCP Cervical Cancer Guideline Committee. 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. *CA Cancer J Clin.* 2012;62:147-72.
4. George F. Sawaya, MD; ShaliniKulasingam, PhD; Thomas D. Denberg, MD, PhD; and Amir Qaseem, MD, PhD, MHA. Cervical cancer screening in average-risk women: best practice advice from the clinical guidelines committee of the American College of Physicians. *Ann Intern Med.* 2015;162:851-859.
5. L. Stewart Massad, MD, Mark H. Einstein, MD, Warner K. Huh, MD, Hormuzd A. Katki, PhD, Walter K. Kinney, MD, Mark Schiffman, MD, Diane Solomon, MD, NicolasWentzensen, MD, and Herschel W. Lawson, MD. 2012 Updated consensus guidelines for the management of abnormal cervical cancer screening tests and cancer precursors. 2012 ASCCP Consensus Guidelines Conference American Society for Colposcopy and Cervical Pathology. *Journal of Lower Genital Tract Disease*, Volume 17, Number 5, 2013, S1527.
6. Thomas C. Wright Jr, MD; L. Stewart Massad, MD; Charles J. Dunton, MD; Mark Spitzer, MD; Edward J. Wilkinson, MD; Diane Solomon, MD. 2006 Consensus guidelines for the management of women with cervical intraepithelial neoplasia or adenocarcinoma in situ. 2006 American Society for Colposcopy and Cervical Pathology-sponsored Consensus Conference. 2006 American Societyfor Colposcopy and Cervical Pathology-sponsored Consensus Conference. *Am J Obstet Gynecol.* 2007;197:340-5.
7. J. Jordan, P. Martin-Hirsch, M. Arbyn, U. Schenck, J.-J. Baldauf-, D. Da Silva**, A. Anttila, P. Nieminen and W. Prendiville. European guidelines for clinical management of abnormal cervical cytology, Part 2. *Cytopathology* 2009, 20, 5-16.
8. Edward E. Partridge, MD; Nadeem R. Abu-Rustum, MD; Susan M. Campos, MD, MPH, MS; Patrick J. Fahey, MD; Michael Farmer, MD; Rochelle L. Garcia, MD; Anna Giuliano, PhD; Howard W. Jones III, MD; Subodh M. Lele, MD; Richard W. Lieberman, MD; Stewart L. Massad, MD; Mark A. Morgan, MD; R. Kevin Reynolds, MD; Helen E. Rhodes, MD; Diljeet K. Singh, MD, DrPH; Karen Smith-McCune, MD, PhD; Nelson Teng, MD, PhD; Cornelia LiuTrimble, MD; Fidel Valea, MD; and Sharon Wilczynski, MD, PhD. Cervical cancer screening. *Clinical practice guidelines in oncology. JNCCN-Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, Volume 8, Number 12, December 2010.
9. Prevención del cáncer de cérvico-uterino. Recomendaciones para el tamizaje seguimiento y tratamiendo de mujeres para la prevención del cancercérvico-uterino en el marco de la incorporación de la prueba de VPH. Ministerio de Salud y Acción Social. Instituto Nacional del Cáncer.
10. Kimberly K. Vesco, MD, MPH; Evelyn P. Whitlock, MD, MPH; Michelle Eder, PhD; Brittany U. Burda, MPH; Caitlyn A. Senger, MPH; and Kevin Lutz, MFA. Risk factors and other epidemiologic considerations for cervical cancer screening: a narrative review for the U.S. Preventive Services Task Force. <http://www.annals.org/content/early/2011/10/14/0003-4819-155-10-201111150-00377.full/10/19/2011>.
11. Darragh TM, Colgan TJ, Thomas Cox J, Heller DS, Henry MR, Luff RD, McCalmont T, Nayar R, Palefsky JM,

Stoler MH, Wilkinson EJ, Zaino RJ, Wilbur DC; Members of the LAST Project Work Groups. 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. *Int J Gynecol Pathol.* 2013 Jan;32(1):76-115.

12. Manejo de las citologías anormales. Manejo de la neoplasia intraepitelial cervical y del adenocarcinoma in situ. Guías de Manejo 2009. S.A.P.T.G.I.yC. y S.O.G.I.B.A.

13. Revista Colposcopia. Órgano de difusión de la Sociedad Argentina de Patología del Tracto Genital Inferior y Colposcopia. Volumen 21 N° 1 . Año 2010. Pag. 40-48. http://colpweb.org/docs/consenso_definitivo_ginecologia_4-10-14.pdf

14. Warner K. Huh, MD,1 Kevin A. Ault, MD,2 David Chelmow, MD,3 Diane D. Davey, MD,4 Robert A. Goulart, MD,5 Francisco A. Garcia, MD, MPH,6 Walter K. Kinney, MD,7L. Stewart Massad, MD,8 Edward J. Mayeaux, MD,9 Deb-

bie Saslow, PhD,10 Mark Schiffman, MD, MPH,11 Nicolas Wentzensen, MD, PhD,11 Herschel W. Lawson, MD,12 and Mark H. Einstein, MS13. Use of Primary High-Risk Human Papillomavirus Testing for Cervical Cancer Screening: Interim Clinical Guidance. *J Lower Gen Tract Dis* 2015;19: 91–96. *Representatives from the Society of Gynecologic Oncology, American Society for Colposcopy and Cervical Pathology, American College of Obstetricians and Gynecologists, American Cancer Society, American Society of Cytopathology, College of American Pathologists, and the American Society for Clinical Pathology, convened to provide interim guidance for primary hrHPV screening.

15. L. Stewart Massad, MD, Mark H. Einstein, MD, Warner K. Huh, MD, Hormuzd A. Katki, PhD, Walter K. Kinney, MD, Mark Schiffman, MD, Diane Solomon, MD, Nicolas Wentzensen, MD, and Herschel W. Lawson, MD. 2012 Updates Consensus Guidelines for the Management of Abnormal Cervical Cancer Screening Tests and Cancer Precursors

GRADOS DE RECOMENDACION

Fuerza de la recomendación

A: Buena evidencia para eficacia y beneficio clínico sustancial que apoyan la recomendación para su uso.

B: Moderada evidencia para eficacia o solamente beneficio clínico limitado que apoyan la recomendación para su uso.

C: La evidencia para eficacia es insuficiente para apoyar una recomendación a favor o en contra de su utilización, pero la recomendación puede realizarse por otros motivos.

D: Moderada evidencia de falta de eficacia o por resultados adversos que apoyan la recomendación en contra de su uso.

E: Buena evidencia de falta de eficacia o por resultados adversos que apoyan la recomendación en contra de su uso.

CALIDAD DE LA EVIDENCIA

I: Evidencia de al menos un ensayo clínico randomizado y controlado.

II: Evidencia de al menos un ensayo clínico sin randomizar, de una cohorte o estudios analíticos caso-control (preferentemente de más de un centro), o de múltiples series de estudios realizados en años, o resultados contundentes de ensayos no controlados.

III: Evidencia de opiniones de profesionales reconocidos y respetados en el tema basándose en la experiencia clínica, estudios descriptivos o reportes de comités de expertos.