

***Manejo de las Citologías Anormales
*Manejo de la Neoplasia Intraepitelial
Cervical y del Adenocarcinoma In Situ:
Guías de Manejo 2009**



**Sociedad Argentina de Patología del
Tracto Genital Inferior y Colposcopia**



**Sociedad de Ginecología y
Obstetricia de Buenos Aires**

***Manejo de las Citologías Anormales:
Guías de Manejo 2009**



**Sociedad Argentina de Patología del
Tracto Genital Inferior y Colposcopia**



**Sociedad de Ginecología y
Obstetricia de Buenos Aires**

- Las guías de manejo tienen un nivel aceptable de riesgo de falla para detectar lesiones de alto grado o cáncer, dado que las mismas son basadas en la evidencia disponible, siendo en muchas situaciones limitada en su calidad.
- Por lo tanto es irracional que este riesgo pueda ser llevado a cero, dado que los intentos por alcanzar el riesgo cero pueden resultar en un mayor daño, incluyendo tratamientos excesivos.
- Estas guías nunca deben sustituir el juicio clínico, sobretodo en casos particulares, dado que es imposible desarrollar guías de manejo que puedan aplicarse a todas las situaciones.

MANEJO DE CITOLOGÍAS ANORMALES

Algunas conclusiones

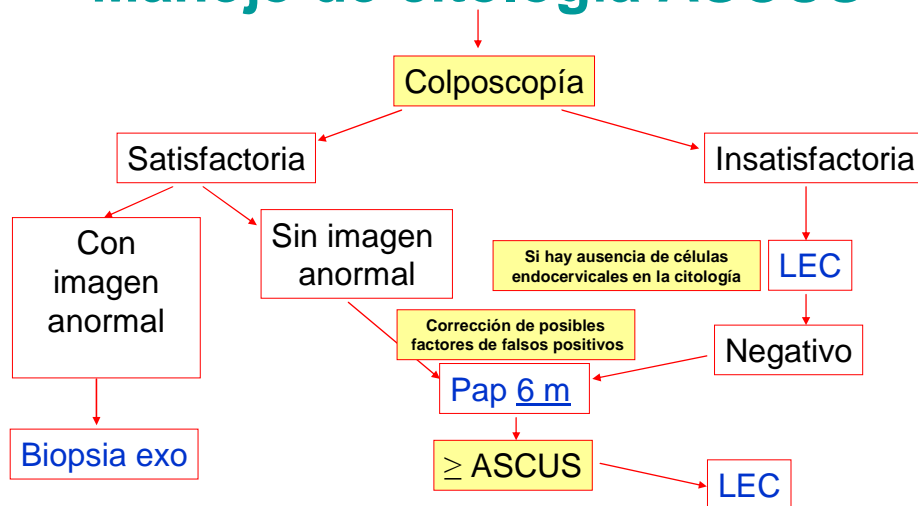
- Luego de toda citología anormal debe realizarse una COLPOSCOPIA.
- La colposcopia será satisfactoria o insatisfactoria (según se visualice o no la unión escamo cilíndrica).
- La colposcopia será normal o anormal cuando en ella se observen imágenes que se podrán categorizar como de baja o alta sospecha.
- Biopsia ampliada incluye: LLETZ y cono.
- Test de HPV + sólo es para grupo de alto riesgo.

Células escamosas atípicas (ASC)

- El índice de citologías con ASC es de 4,7%.
- ASC tiene 0,1 a 0,2% de chance de corresponder a histología de cáncer invasor
- Se subdivide en:
 - ASC-US: 7 a 12 % tiene CIN 2 o 3 en la biopsia
 - ASC-H: 26 a 68 % tiene CIN 2 o 3 en la biopsia
- El índice de HPV + es del 40 - 51 %, siendo en las adolescentes del 77% y en las mayores de 40 años del 20%

J Lower Gen Tract Dis 2007;11(4):201-222

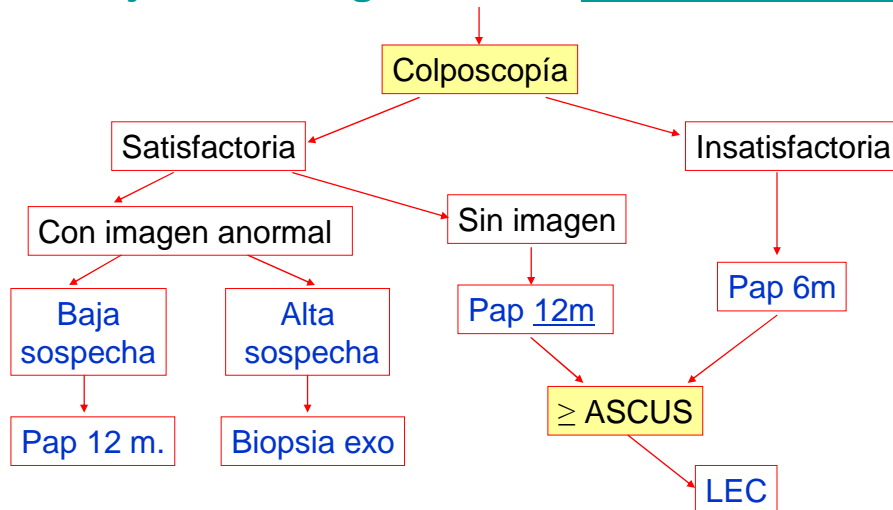
Manejo de citología ASCUS



*Con 2 PAP negativos luego control habitual.

*Si es mayor de 30 años con 2 PAP con ASCUS y Colposcopia negativa: el test de HPV puede servir para Triage.

Manejo de citología ASCUS en adolescentes



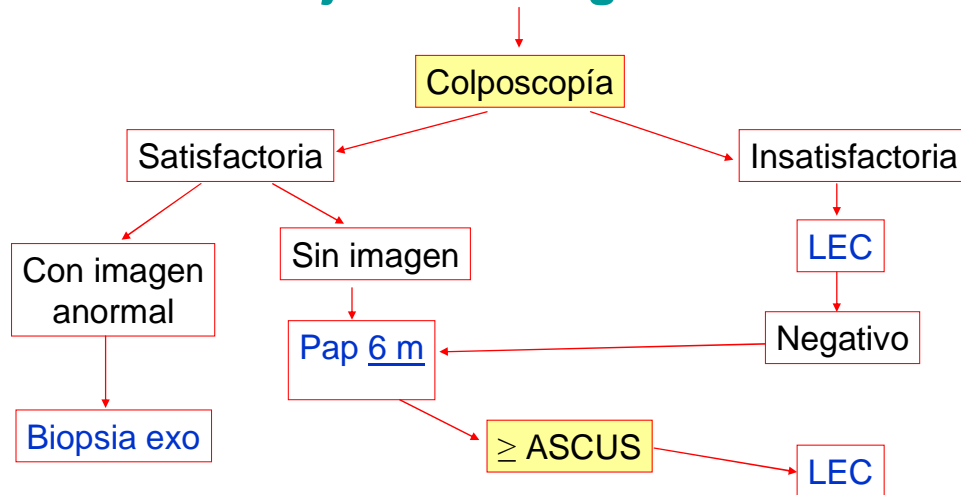
*Con 2 PAP Negativos luego control habitual.

*NO test de HPV (inaceptable).

L-SIL

- 1,6 – 2,1 % de las citologías en USA.
- De todos los PAP con LSIL:
 - 76,6% HPV+, siendo una excepción las postmenopáusicas con una prevalencia menor
 - 12 % CIN 2 o más
- ASC-US con HPV + tiene igual riesgo que LSIL para H SIL.
- Alto índice de regresión en adolescentes de hasta un 91% a 36 meses, alrededor de un 7 % de las adolescentes con L SIL tienen un CIN 2 o + .

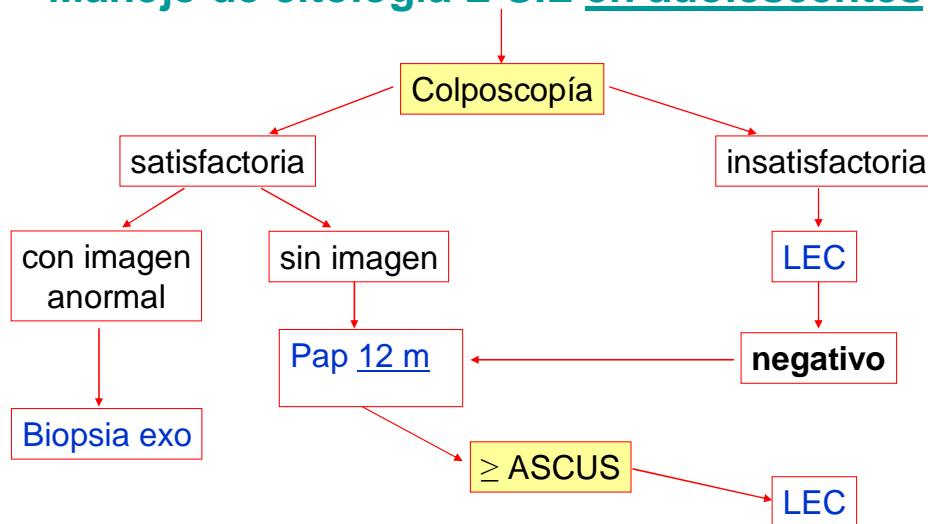
Manejo de citología L -SIL



*Con 2 PAP Neg luego control habitual.

*Si es mayor de 30 años con 2 PAP con LSIL y Colpo Negativa:
el test de HPV puede servir para Triage.

Manejo de citología L-SIL en adolescentes



*Con 2 PAP Neg luego control habitual.

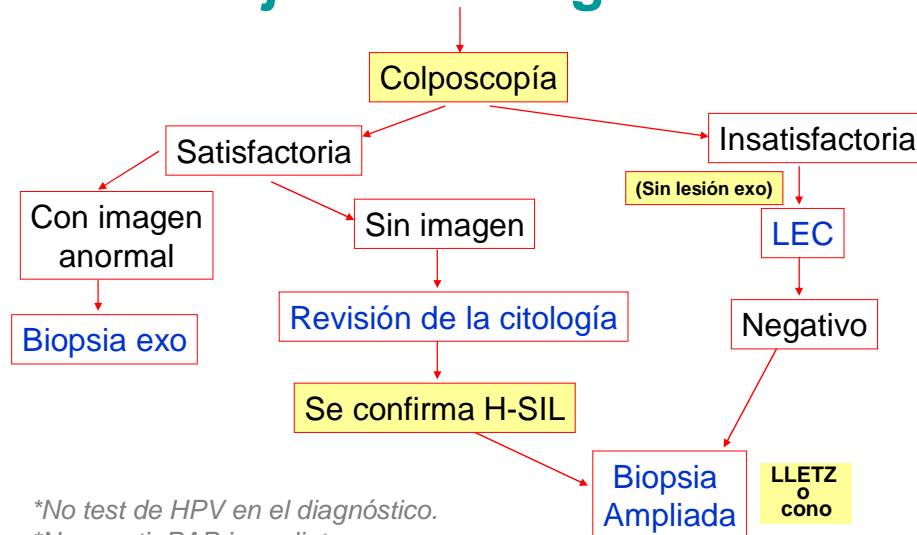
*NO test de HPV (inaceptable).

H-SIL

- 0,7% de las citologías en USA.
 - 20-29 años: 0,6%
 - 40-49 años: 0,2%
 - 50-59 años: 0,1%
- Colposcopia identifica 53 a 66% de los CIN 2 ó más de las pacientes con H SIL.
- 84 - 97% de las citologías con HSIL se les diagnostica un CIN 2 ó más en la pieza de Leep.
- 2% de las citologías HSIL corresponden a un cáncer.

J Lower Gen Tract Dis 2007;11(4):201-222

Manejo de citología H-SIL



**No test de HPV en el diagnóstico.*

**No repetir PAP inmediato.*

Células Glandulares Atípicas (AGC)

- 0,4% de las citologías en USA, siendo más común en mayores de 40 años.
- 9 – 38 % de las citologías con AGC tienen un CIN 2-3, AIS o cáncer, y el 3 – 17 % tienen un cáncer invasor.
- El hallazgo más frecuente en AGC es el CIN, en el 8 – 83 % de los AGC, de los cuales el 40 – 68 % son CIN 2-3.
- 13 % de las pacientes menores de 35 años con AGC tienen un CIN 2-3 y ninguna un cáncer.
- 3 % de las pacientes mayores de 35 años tienen un cáncer y solamente un 2 % un CIN 2-3.

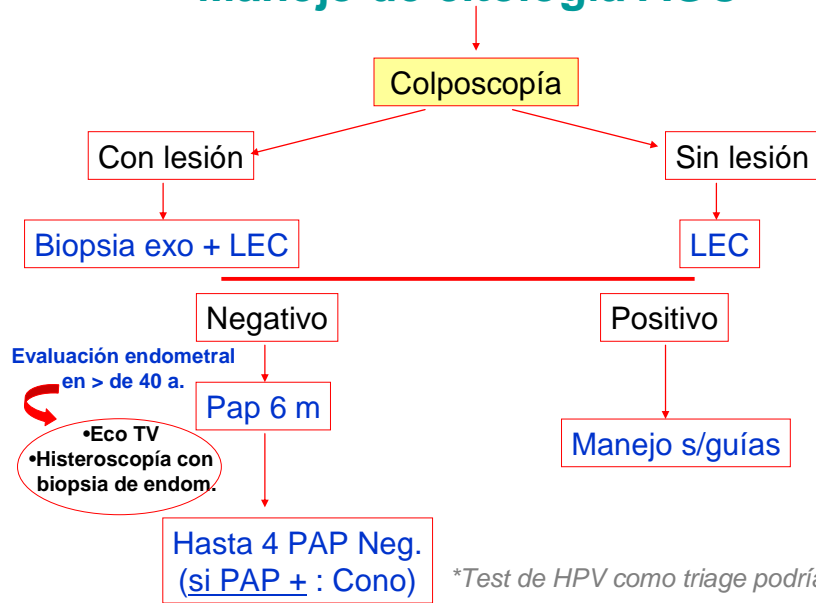
J Lower Gen Tract Dis 2007;11(4):201-222

Células Glandulares Atípicas (AGC)

- Aproximadamente en la mitad de las mujeres con AIS, el mismo coexiste con un CIN.
- En pacientes postmenopáusicas con células endometriales benignas presentes en la citología a las que se le realizó un biopsia de endometrio, el 8 % tuvieron una patología significativa incluyendo adenocarcinoma de endometrio en el 5 % de las mujeres.

J Lower Gen Tract Dis 2007;11(4):201-222

Manejo de citología AGC



***Manejo de la Neoplasia Intraepitelial Cervical y del Adenocarcinoma In Situ: Guías de Manejo 2009**



Sociedad Argentina de Patología del Tracto Genital Inferior y Colposcopia



Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Buenos Aires

CIN 1

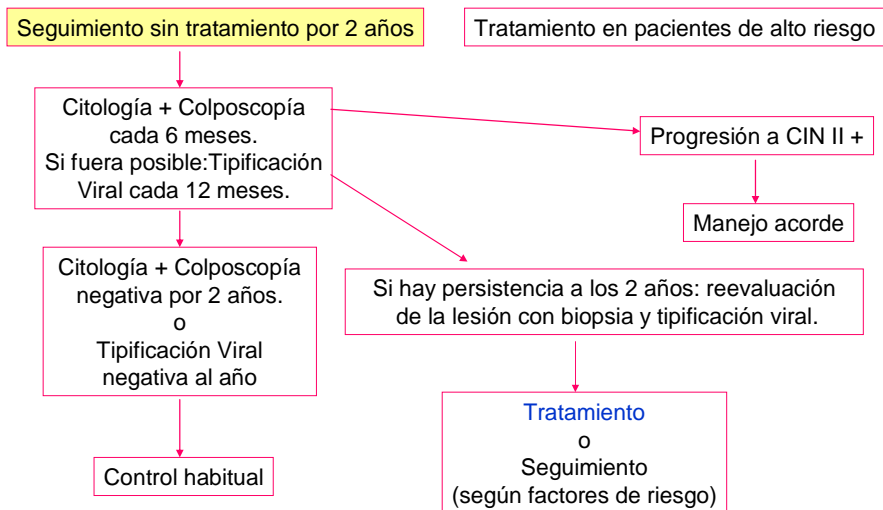
- ❖ Es un grupo heterogéneo de lesiones.
- ❖ El 60-70% retrograda (91% en adolescentes), el 13% progresa a CIN 2– 3.
- ❖ Lesión poco reproducible → Estudio ALTS: 47% igual lesión, 41% normal y 12% mayor lesión.
- ❖ La mayoría asociados a HR HPV.
- ❖ HPV 16 es el genotipo mas frecuentemente asociado a CIN 1 → 26.3%

CIN 1

- ❖ HPV 31-51-53 → 10-12 % de cada uno.
- ❖ Solo el 12% se asocia a HPV bajo riesgo (11 - 6).
- ❖ El seguimiento con Test de DNA HPV es inaceptable
- ❖ Embarazadas con CIN I → seguimiento sin tratamiento.

J Lower Gen Tract Dis 2007;11(4):223-239

Manejo de Mujeres con Diagnóstico Histológico de CIN I con correlación cito-colpo-histológica



Factores de riesgo

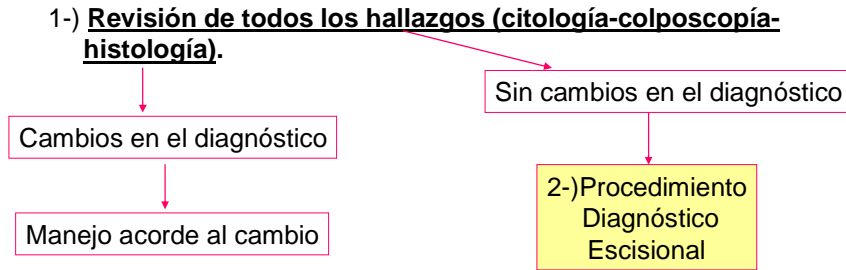
- Imposibilidad de seguimiento.
- Pacientes mayores de 35 años.
- Tabaquismo.
- Compromiso inmunológico:
transplantadas, HIV +, corticoterapia, etc

Si hubiera que tratar:

- Tratamiento con métodos destructivos locales o escisionales, este último se prefiere si la colposcopia es insatisfactoria, el legrado endocervical (LEC) es positivo o la paciente había sido previamente tratada.

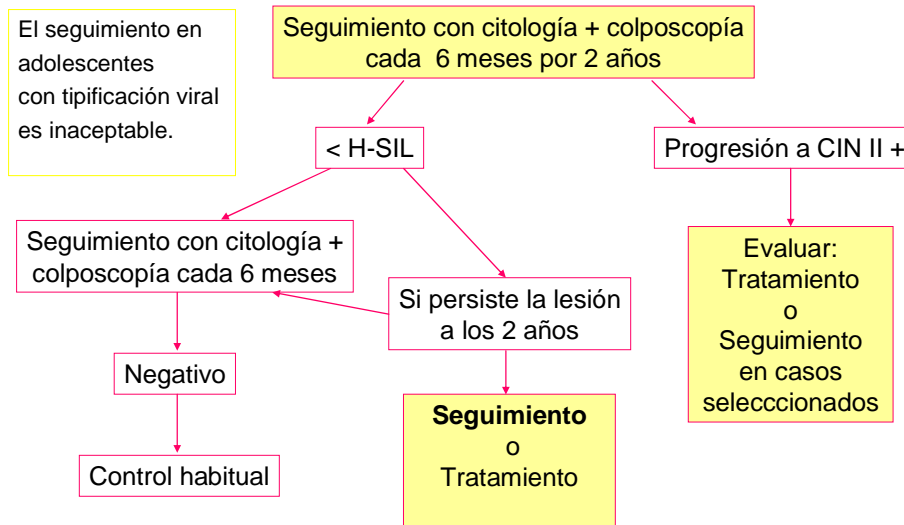
Manejo de Mujeres con Diagnóstico Histológico de CIN I sin correlación cito-colpo-histológica (con sospecha de mayor lesión)

Dos opciones son aceptadas:



2-) **Procedimiento Diagnóstico Escisional:** especialmente si la colposcopia es insatisfactoria y/o LEC positivo.
 *Excepto en determinadas poblaciones: por ej. Adolescentes.

Manejo de Mujeres Adolescentes (< o = de 20 años) con Diagnóstico Histológico de CIN I



CIN 2 - 3

CIN 2 → Regresión: 43% Persistencia: 35% Progresión: 22%

CIN 3 → Regresión: 32% Persistencia: 56% Progresión: 14%

- ❖ Menor heterogeneidad que el CIN 1, respecto a la asociación con los diferentes tipos de HPV.
- ❖ HPV 16, 18, 31, 33 y 58 → Se asocian en un 75% a lesiones de alto grado.
- ❖ El CIN II es poco reproducible → Estudio ALTS: 43% igual lesión, 27% mayor lesión y 29% menor lesión.
- ❖ Hasta un 7% de mujeres con colposcopia insatisfactoria + CIN II-III : Cáncer Oculto en el Cono.
- ❖ El compromiso de los márgenes se considera factor de riesgo de persistencia – recurrencia → 10-33 %.

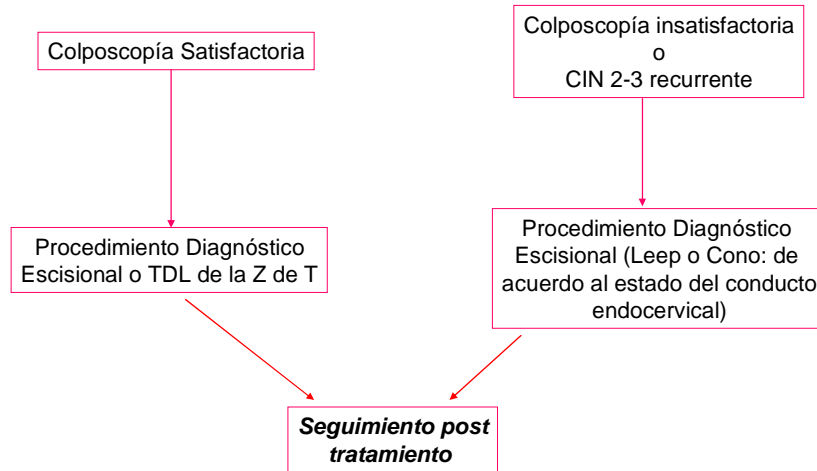
J Lower Gen Tract Dis 2007;11(4):223-239

CIN 2 - 3

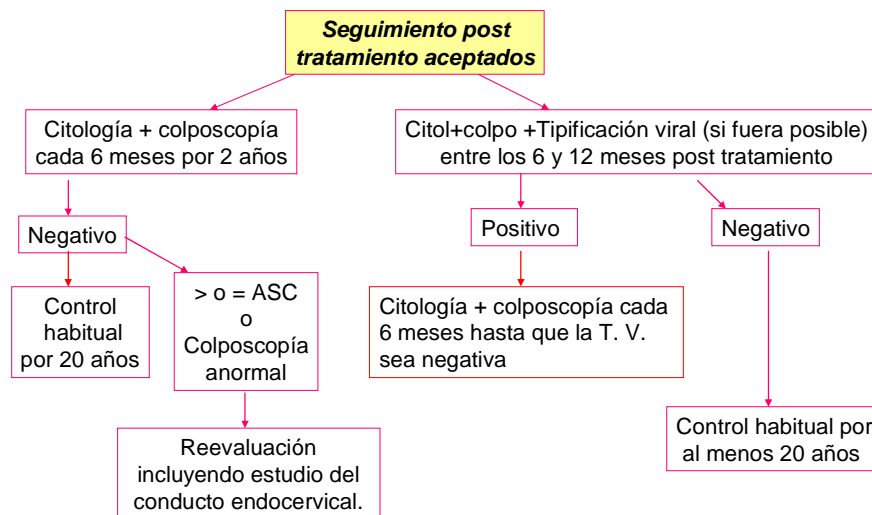
- ❖ La mayoría de las mujeres con márgenes comprometidos (hasta un 40%) no tendrán recurrencias/persistencias.
- ❖ Si se decidiera retratar a la paciente, se recomienda repetir el procedimiento escisional.
- ❖ La histerectomía no es aceptada como primera elección para el tratamiento del CIN 2 – 3.
Sólo en casos seleccionados: recurrencia/persistencia del CIN II-III, procedimiento diagnóstico no factible, etc.
- ❖ Embarazadas con CIN II-III: en ausencia de invasión, evaluar con citología y colposcopia cada 12 semanas. Reevaluar con citología y coposcopia no antes de 6 semanas posterior al parto/cesárea.

J Lower Gen Tract Dis 2007;11(4):223-239

Manejo de Mujeres con Diagnóstico Histológico de CIN 2-3



Manejo de Mujeres con Diagnóstico Histológico de CIN 2-3



CIN 2 - 3

***Con márgenes comprometidos con CIN II-III ó LEC (+) inmediatamente posterior al LEEP:**

-Seguimiento con citología + colposcopia + LEC cada 6 meses.

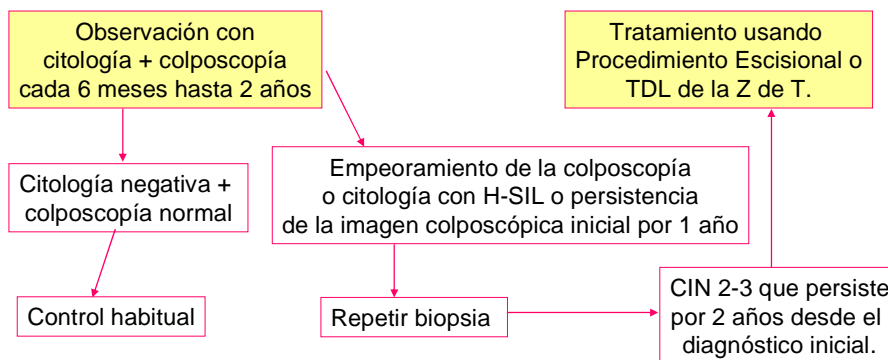
-También puede considerarse un nuevo procedimiento escisional en casos seleccionados.

Manejo de Adolescentes y Mujeres Jóvenes con Diagnóstico Histológico de CIN 2-3

*El tratamiento ó la observación (con colposcopia satisfactoria) es aceptable.

*En CIN 2 con colposcopia satisfactoria y posibilidad de seguimiento es preferible la observación.

*En CIN 3 ó con colposcopia insatisfactoria es preferible el tratamiento.



Adenocarcinoma In Situ

- ❖ **Incidencia:** 1.25 / 100000 (aumentando casi 6 veces entre los años 70 y 90). **CIN III:** 41.4 / 100000.
- ❖ Manejo controvertido.
- ❖ En general encontramos en la colposcopia cambios mínimos.
- ❖ Frecuentemente multifocal: "Skip lesions".
- ❖ Márgenes negativos no indica necesariamente escisión completa de la lesión.
- ❖ Mujeres con paridad cumplida → Histerectomía.
- ❖ Índice de falla posterior al tratamiento escisional: **aprox. 8 %.**

J Lower Gen Tract Dis 2007;11(4):223-239

Manejo de Mujeres con Adenocarcinoma In Situ Diagnosticado por un Procedimiento Diagnóstico Escisional (Cilindro cervical frío o por leep)

- **Tratamiento preferido:** Histerectomía.
- **Manejo conservador** (aceptable en mujeres con deseos de fertilidad):

