

# Módulo No 7 - Diagnóstico y tratamiento de lesiones cervicouterinas precancerosas



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE  
SALUD



# Objetivo del módulo

Al finalizar este módulo, usted estará en capacidad de:

- ✓ Conocer el programa de tamización para cáncer de cérvix en Colombia.
- ✓ Identificar las diferentes lesiones cervicouterinas precancerosas.
- ✓ Analizar los enfoques diagnósticos y terapéuticos de lesiones cervicouterinas precancerosas.

# Diagnóstico y tratamiento de lesiones cervicouterinas precancerosas

## Índice

Presentamos el índice de contenidos de este módulo y lo invitamos a explorar activamente cada una de sus partes.

1. Tamización para cáncer de cérvix en Colombia

2. Pruebas diagnósticas: colposcopia

3. Enfoque integral de lesiones cervicouterinas precancerosas

4. Clasificación histológica de la neoplasia intraepitelial cervical

5. Embarazo

# 1. Tamización para cáncer de cérvix en Colombia



BIBLIOGRAFÍA

- 1960: Estrategias aisladas - citología.
- 1990: Se crea el programa nacional para el control y detección de cáncer de cérvix.
- 2000: Resolución 412 de 2000 - citología universal.
- 2007: GPC del Ministerio de Salud y el INC (citología).
- 2014: GPC del Ministerio de Salud y el INC (test de VPH).

Test de VPH	Citología
Alta sensibilidad – Baja especificidad	Baja sensibilidad – Alta especificidad
Prueba de tamización	Prueba de tamización

# 1. Tamización para cáncer de cérvix en Colombia



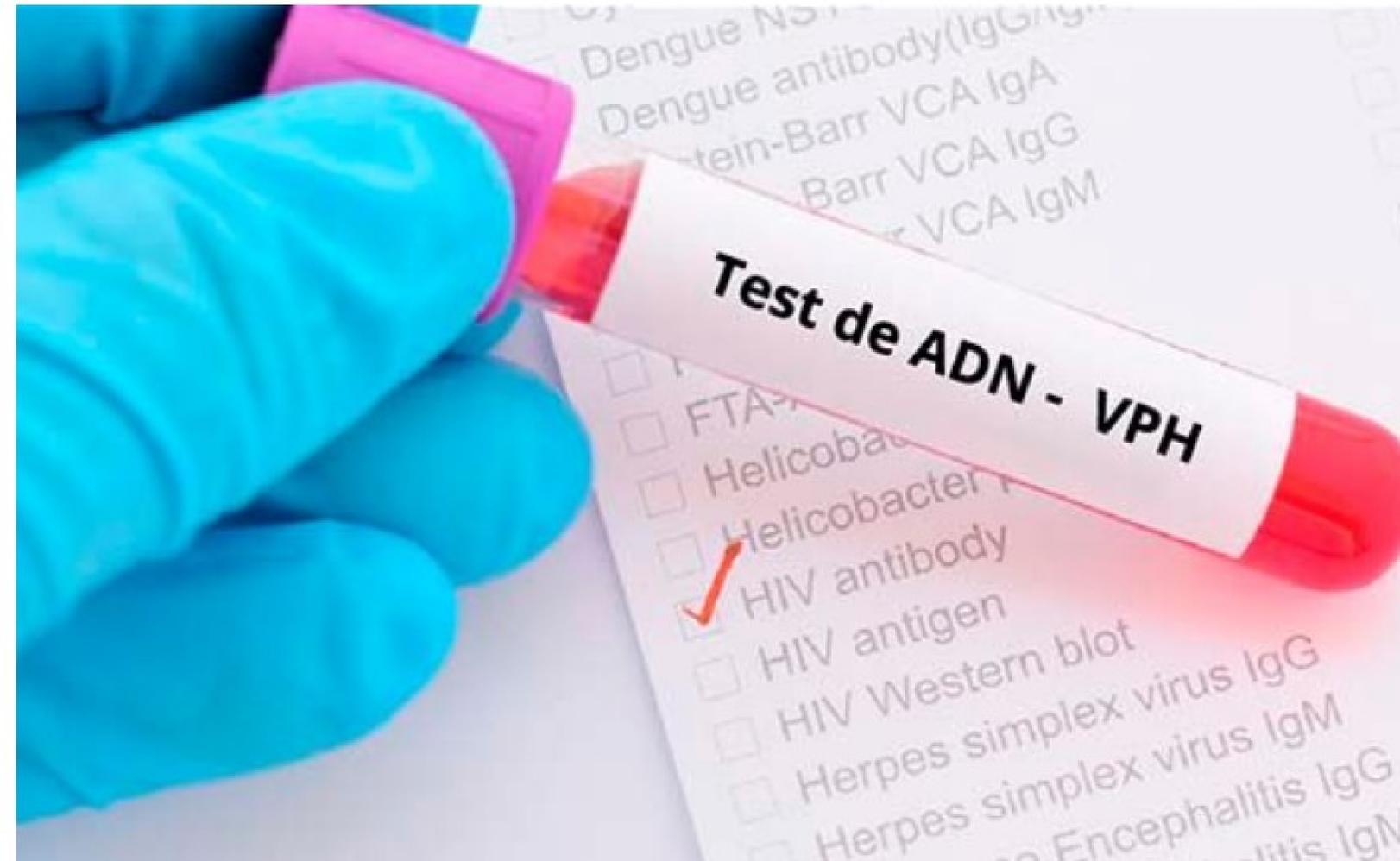
BIBLIOGRAFÍA

## ¿Falla de tamización en Colombia?

La pacientes con cáncer de cérvix en un análisis retrospectivo el 10 % al 61 % nunca se había hecho una citología.

De las que si se habían realizado citología:

- El 11 % al 51 % no se habían hecho citología en los 3 años previos al diagnóstico
- El 19 % a 36 % no se habían hecho citología en los 3 a 5 años previos al diagnóstico



# 1. Tamización para cáncer de cérvix en Colombia



BIBLIOGRAFÍA

## Pruebas VPH

Prueba	Sensibilidad NIC3	Especificidad
Captura de Híbridos 2	97,5	84,3
CareHPV	90,0	84,2
Cervista HPV 16/18	100	
Cobas 4800 HPV	97,3	84,5
RealTime	95,0	87,2
Atima HPV	97,6	90,2
Xpert HPV	100	81,5

◉ VER MÁS

# 1. Tamización para cáncer de cérvix en Colombia

- Tamización con citología cada 3 años entre los 25 y 29 años.
- Tamización con test de VPH cada 5 años entre los 30 y los 65 años.
- Clasificar con citología las pacientes con resultado POSITIVO del test de VPH
- Remitir a COLPOSCOPIA si la citología presenta alguna alteración
- No realizar tamización en mujeres menores de 25 años



# 1. Tamización para cáncer de cérvix en Colombia

## 1.1 Alteraciones en el test de VPH



BIBLIOGRAFÍA

### Riesgo de NIC 3 de acuerdo al resultado del test de VPH.

Test de VPH	Citología	Riesgo a 5 Años	Conducta
Negativo	Negativa	0,08	Tamización de rutina
Positivo	Negativa	4,5	Repetir test de VPH en 18 meses
Positivo	≥ASC-US	> 7	Colposcopia
2 test de VPH positivos con intervalo de 12 - 18 meses	Negativa	7,4	Colposcopia
VPH 16 - 18	Negativa	9,9	Colposcopia

# 1. Tamización para cáncer de cérvix en Colombia

## 1.2 Alteraciones en la citología cervicouterina



BIBLIOGRAFÍA

Riesgo de NIC 3 de acuerdo al resultado de citología y test de VPH en mujeres mayores de 25 años				
Frecuencia	Citología	Test de VPH	Riesgo a 5 años NIC 3(%)	Conducta
96%	Negativa		0,26	Tamización de rutina
2,8%	ASC-US		2,6 - 3,9	Realizar test de VPH y reclasificar con resultado. La alternativa es repetir la citología en 12 meses
	ASC-US	Positivo	6,8 - 7,1	Colposcopia
	ASC-US	Negativo	0,43 - 0,59	Repetir test de VPH y/o citología en 3 años
0,97%	LIEBG		5,2	Colposcopia. La positividad del VPH es del 88% por lo que no hay un beneficio de clasificar la lesión con test de VPH
0,17%	ASC-H		18	Colposcopia
0,21%	LIEAG		47	
0,21% - 2,1%	AGC		8 - 10,8	Colposcopia y legrado endocervical Biopsia de endometrio si es mayor a 35 años o tiene factores de riesgo
	AGC-Neo		56	

# 1. Tamización para cáncer de cérvix en Colombia

## 1.3 Cáncer de cérvix en menores de 25 años en Colombia

- Entre 21 a 24 años la incidencia de cáncer de cérvix es de 1,4 / 100.000 (4-10 veces menos).
- Menores de 21 años la incidencia de cáncer de cérvix es de 0,15 / 100.000 (40 veces menos).
- ASC-US o LIEBG no son indicación de colposcopia.
  - Seguir con citología en 12 y 24 meses.
  - Remitir a colposcopia solo si presenta alteración en la citología de manera persistente por 24 meses.



BIBLIOGRAFÍA

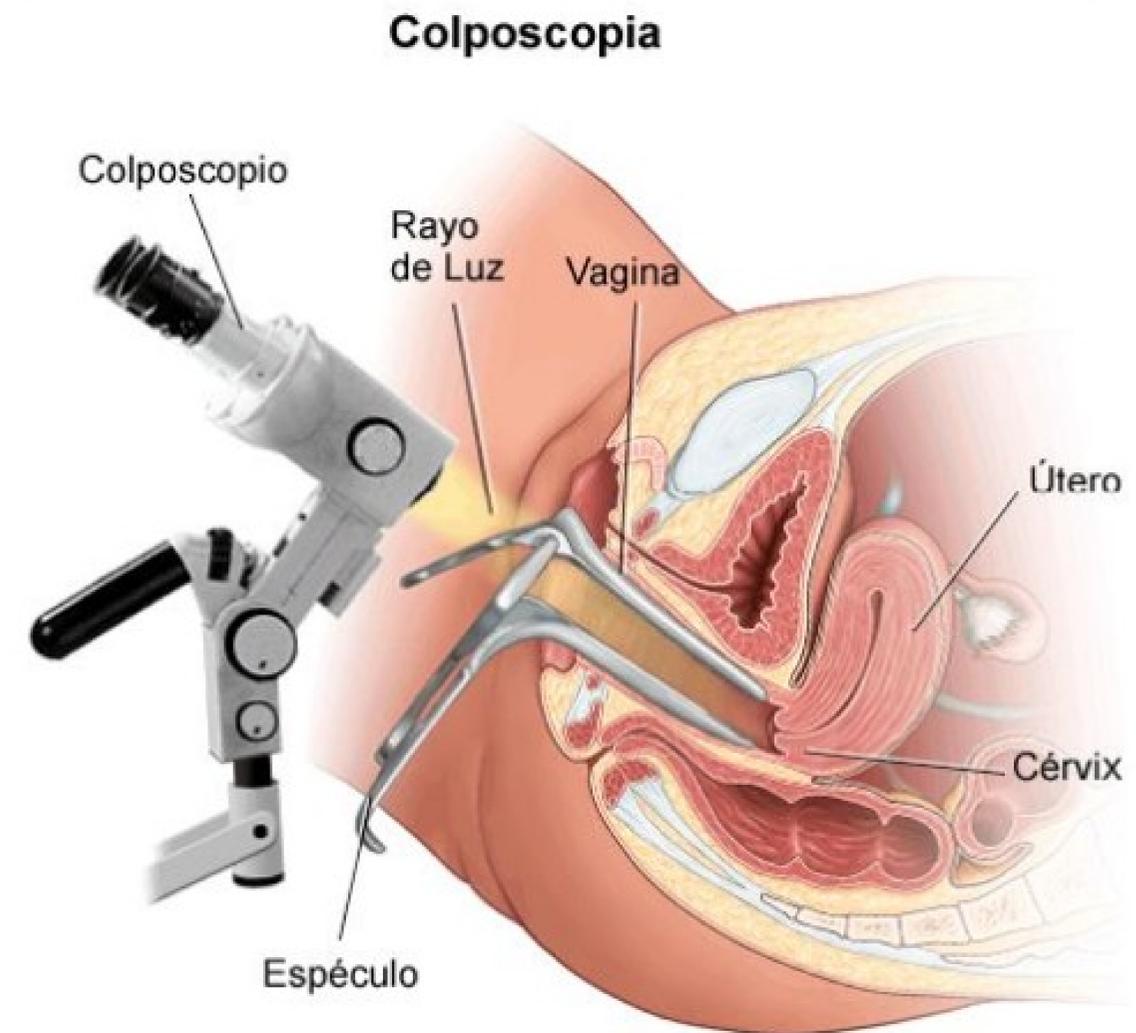


## 2. Pruebas diagnósticas: colposcopia

- Vista magnificada e iluminada del cuello uterino a través de un microscopio binocular.
- **Objetivo:** identificar zonas sospechas de displasia y malignidad en la zona de mayor riesgo (unión escamocolumnar UEC y la zona de transformación ZT).
- Dirigir la toma de biopsias.



BIBLIOGRAFÍA



## 2. Pruebas diagnósticas: colposcopia

### 2.1 Indicaciones colposcopia



BIBLIOGRAFÍA

<b>Según el resultado de la citología</b>	Citología ASC-US con test de VPH positivo en mujer mayor de 25 años
	Citología LIEBG en mujer mayor de 25 años
	Cualquier alteración de alto grado (ASC-H o LIEAG) sin importar la edad o estado de gestación
	Atipia de células glandulares (AGC) sin importar la edad o estado de gestación
	Mujer menor de 25 años con ASC-US o LIEBG que persiste por 24 meses
<b>Según el resultado del Test de VPH</b>	Test de VPH positivo asociado a una citología con cualquier alteración ( $\geq$ ASC-US)
	2 test de VPH positivos separados por un intervalo de 12 a 18 meses
	Test de VPH positivo para genotipo 16 - 18

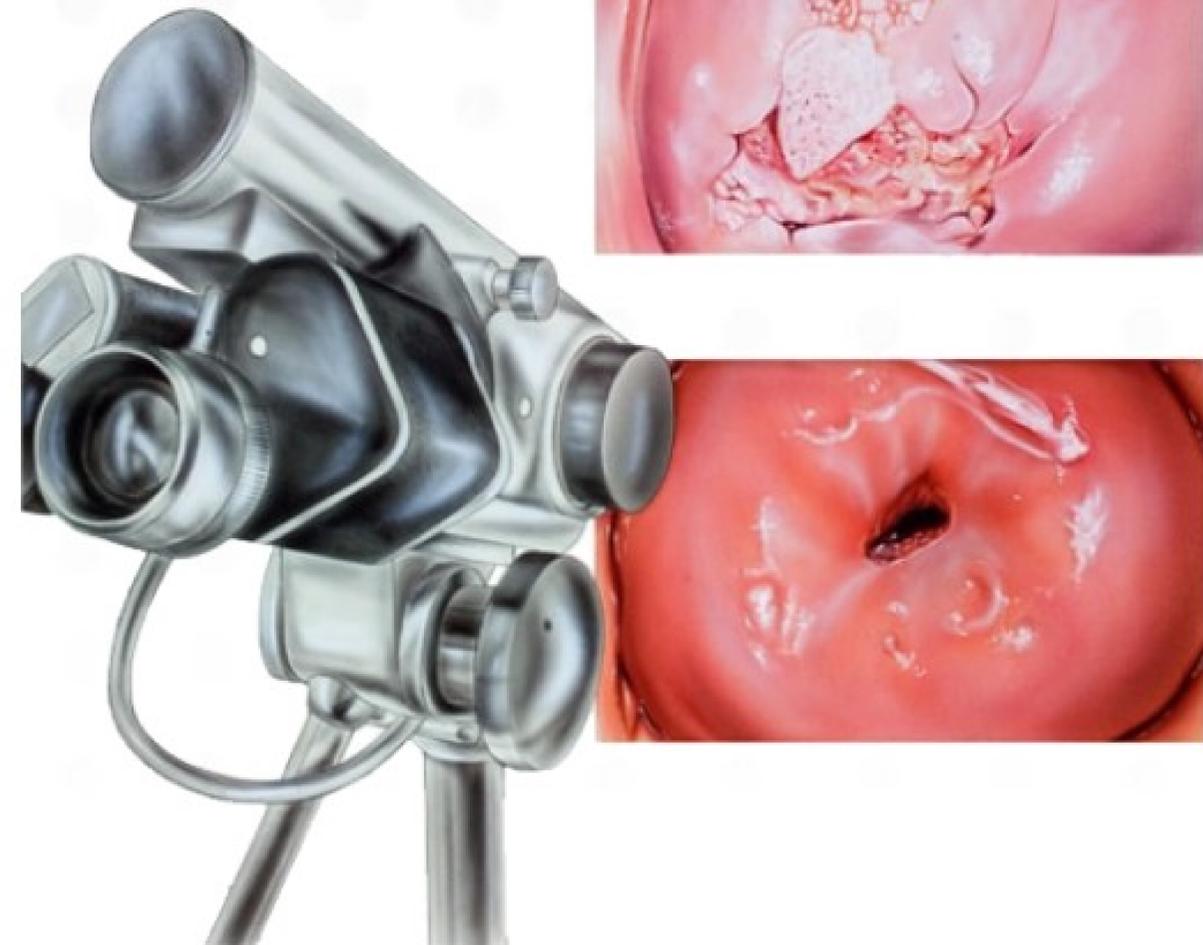
## 2. Pruebas diagnósticas: colposcopia

### 2.2 Calidad y confiabilidad de la colposcopia

- Examen adecuado
- Examen satisfactorio
- Examen ideal:
  - Visualización completa del cérvix.
  - Zona de transformación tipo 1: la UEC y la ZT deben ser visualizados en toda su circunferencia alrededor del orificio cervical externo.
  - Lesión visible completamente que no se introduce en el canal endocervical.



BIBLIOGRAFÍA



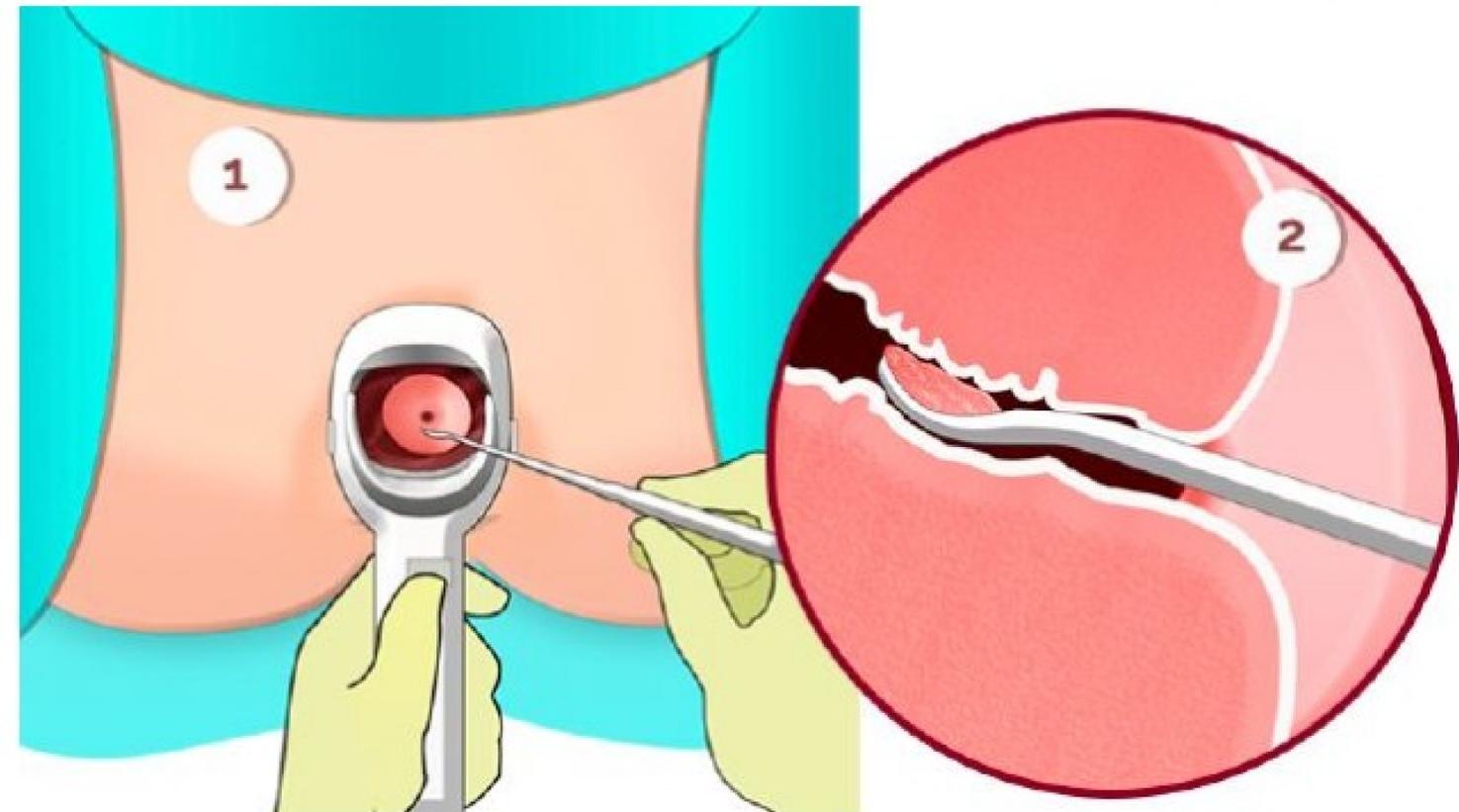
## 2. Pruebas diagnósticas: colposcopia

### 2.3 Curetaje o cepillado endocervical

- Detecta entre el 5 – 15% de todas las lesiones histológicas de alto grado
- Se debe realizar en:
  - Todas las lesiones citológicas de alto grado (ASC-H y LIEAG) sin lesiones evidentes
  - Todas las atipias de células glandulares
  - Colposcopia inadecuada
  - Zona de transformación tipo II o tipo III
  - Lesiones que se introducen en el canal endocervical
- Tomar muestra con cepillo o con cureta de las células dentro del orificio del cuello uterino (como se muestra en la figura).



BIBLIOGRAFÍA



### 3. Enfoque integral de las lesiones cervicouterinas precancerosas



BIBLIOGRAFÍA

Realizar inicialmente Test VPH si es positivo , realizar citología si el resultado es lesión de bajo o alto grado, realizar colposcopia verificar que sea adecuada e ideal en el contexto de una buena visualizacion de lesiones , de ser asi tomar biopsia y determinar si existe alguna neoplasia intracervical 1, 2 o 3 en el resultado de la histología.



# 4. Clasificación histológica de la neoplasia intraepitelial cervical



BIBLIOGRAFÍA

Sistema Bethesda  
(2001)

Sistema LAST  
(2012)

NIC 1

NIC 2

NIC 3



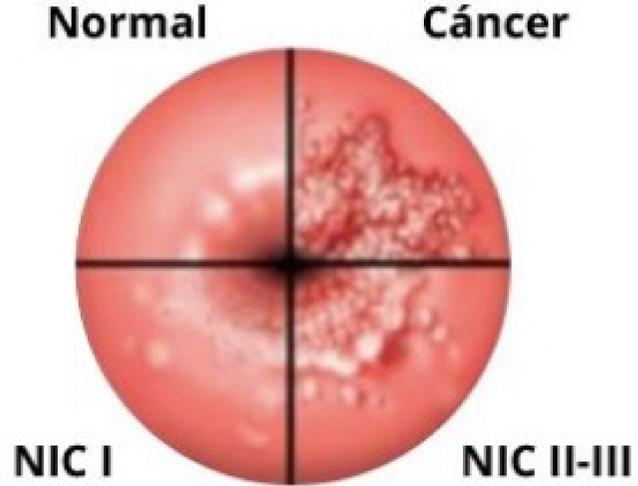
IHQ  
p16

-

+

Lesión histológica  
de bajo grado  
(LSIL)

Lesión histológica  
de alto grado  
(HSIL)



## 4. Clasificación histológica de la neoplasia intraepitelial cervical

### 4.1 Enfoque de la paciente con NIC 1



BIBLIOGRAFÍA

NIC 1 (Bethesda)

Lesión histológica de bajo grado (LAST)

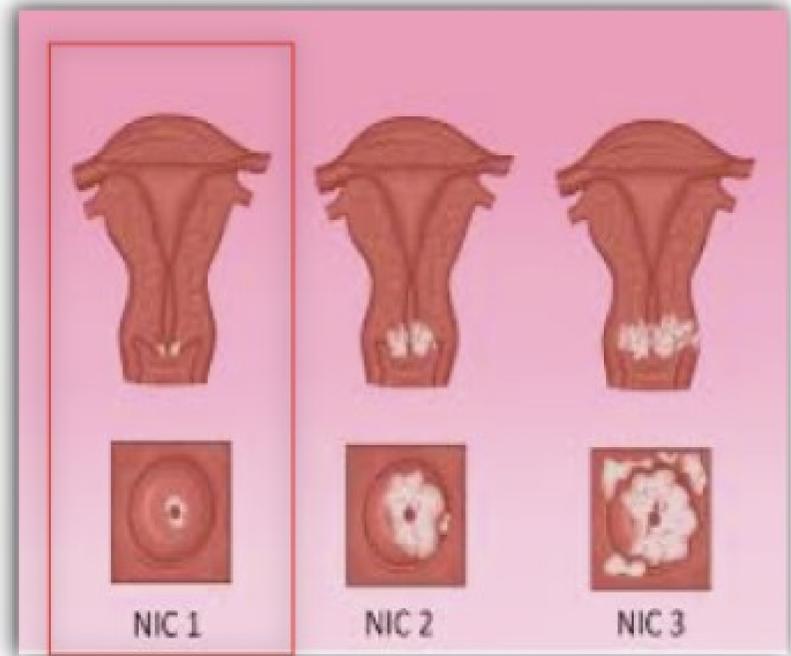
Citología de bajo grado (ASC - US o LIEBG)



Riesgo bajo de progresión a NIC 3 en 5 años: 4-10 %  
No se presentaron casos de cáncer invasor

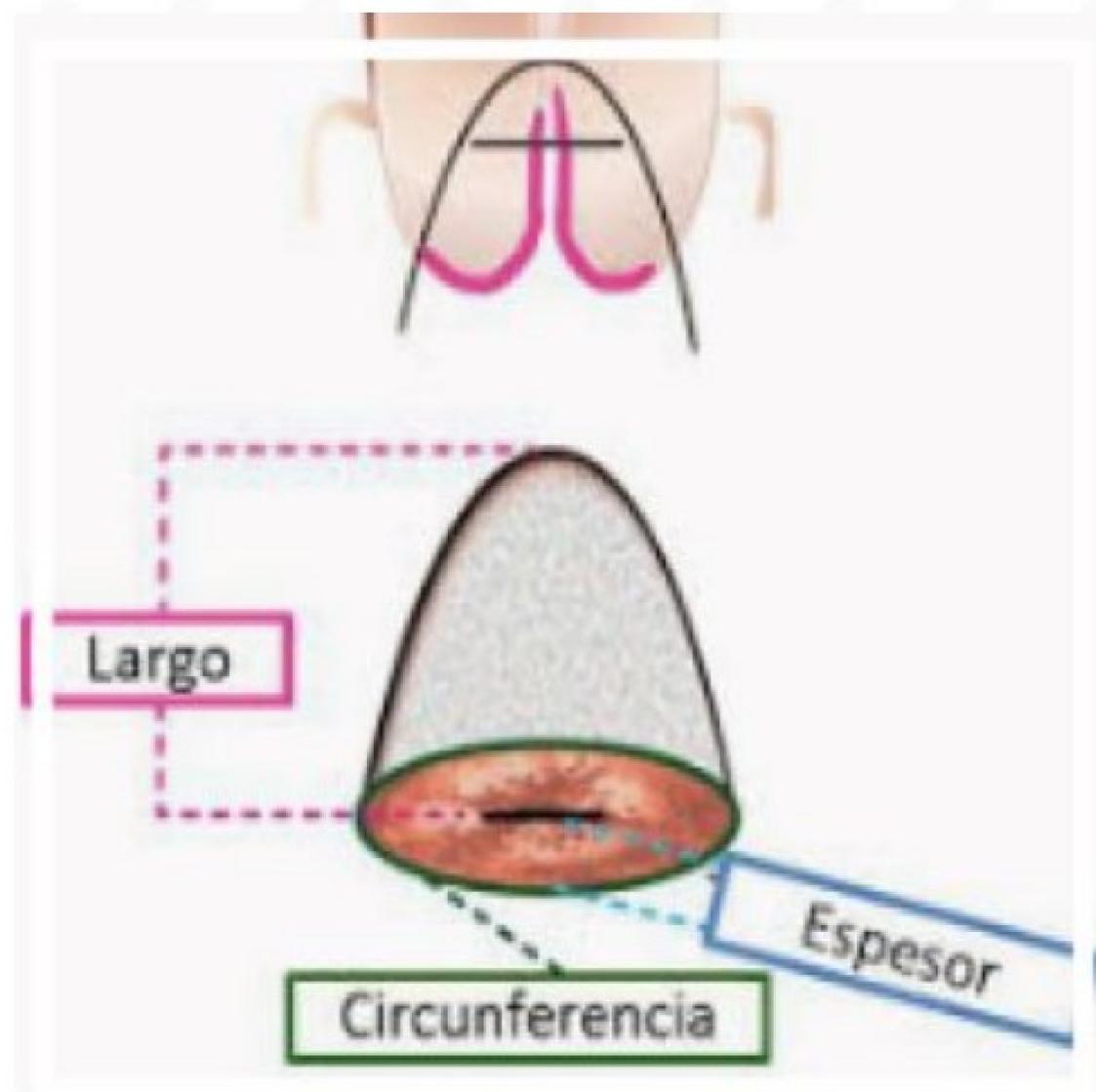
Se debe continuar con la realización de biopsia dirigida por colposcopia.

- Resuelve la lesión en 18-24 meses
- Progresión a alto grado
- Con frecuencia desaparecen por sí solas sin necesidad de tratamiento y solo una pequeña proporción de estas lesiones progresan a cáncer.



## 4. Clasificación histológica de la neoplasia intraepitelial cervical

### 4.1 Enfoque de la paciente con NIC 1



- Procedimientos ablativos o de destrucción local hace referencia a cauterizaciones, electro coagulación, termocoagulación, (que también se mencionan en otras diapositivas) en las lesiones para pacientes que desean paridad (querer tener hijos) o con NIC 1 persistentes.
- Procedimientos escisionales es decir retirar tejido (fragmento de cuello uterino) a través de procedimientos como cotización si presentan NIC persistentes y con paridad satisfechas (no deseen más hijos) o si los procedimientos ablativos no se puedan realizar.



## 4. Clasificación histológica de la neoplasia intraepitelial cervical

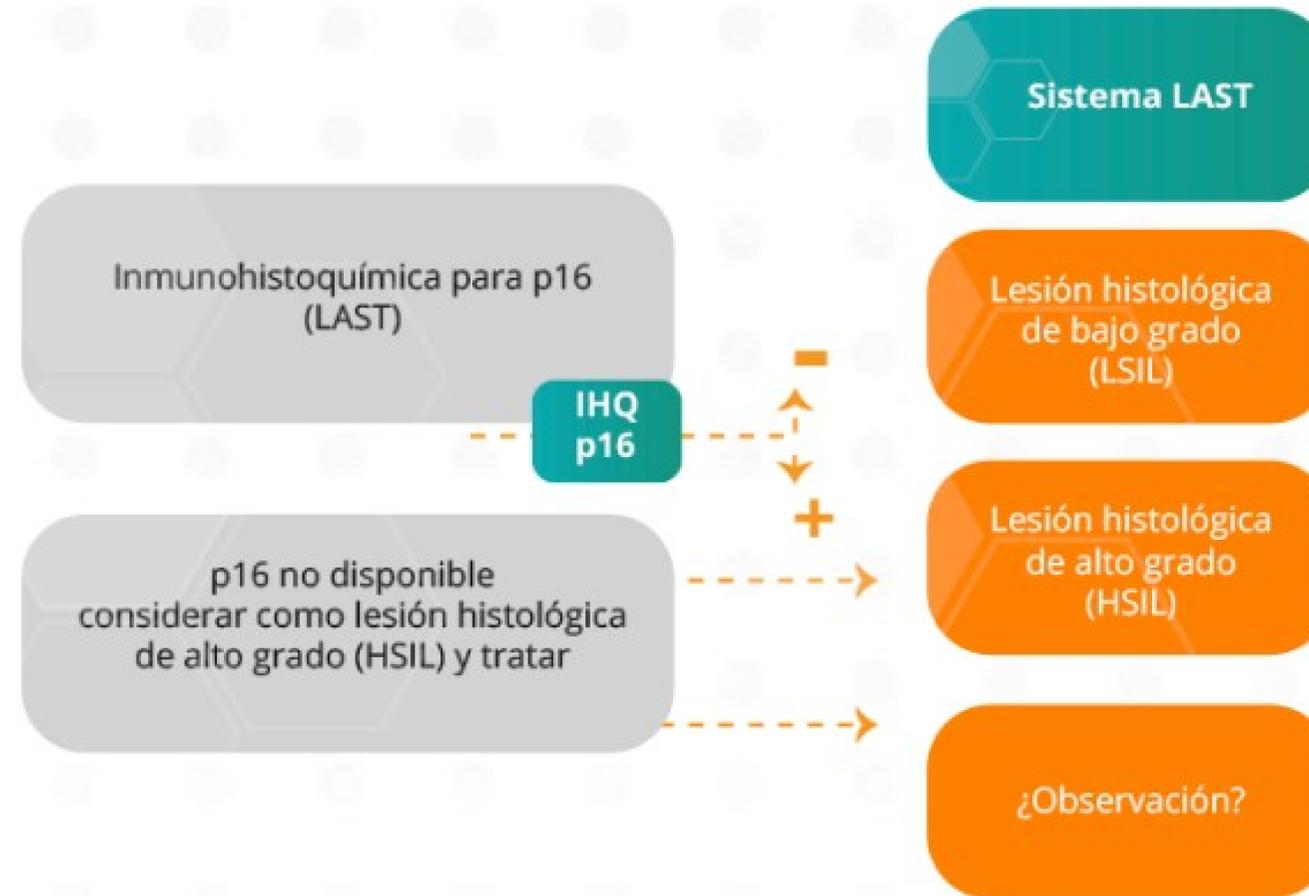
### 4.2 Enfoque de la paciente con NIC 2



BIBLIOGRAFÍA

**NIC 2 (Bethesda)**

**Riesgo de progresión a NIC 3 del 22% y a cáncer invasor del 5%**



NIC 2 es un resultado histológico intermedio donde no se puede definir si es una lesión de bajo o de alto grado. Por lo que se recurre a una prueba inmunohistoquímica que se denomina P16 si esta es disponible en la institución, y el resultado es positivo se trata de una lesión histológica de alto grado ( HSIL). Si es negativa es una lesión de bajo grado (LSIL).

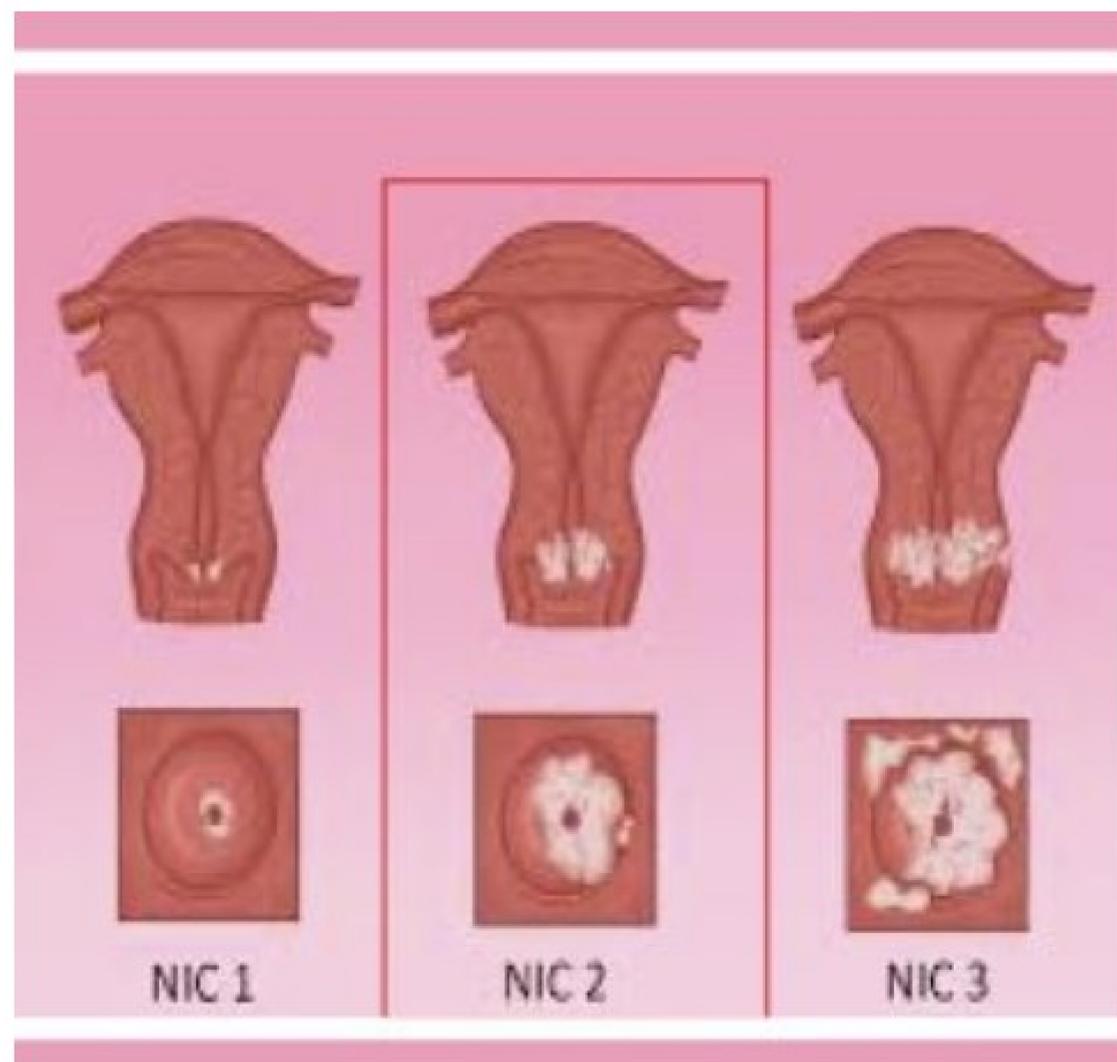
Si no está disponible asumir que es de alto grado y se debe tratar.

## 4. Clasificación histológica de la neoplasia intraepitelial cervical

### 4.2 Enfoque de la paciente con NIC 2



BIBLIOGRAFÍA



En pacientes con resultado NIC 2 cuando p16 no está disponible o no fue realizado, la conducta médica puede ser observación, pero se deben tener en cuenta los siguientes criterios:

- No es la opción ideal.
- SOLO EN CASOS MUY SELECCIONADOS.
- Requisitos: ZT 1, lesión completamente visible, legrado endocervical negativo.
- Citología y colposcopia cada 6 meses por dos años:
  - a. La lesión resuelva (43%).
  - b. Progresa: citología LIEAG o histológica con lesión a alto grado.
  - c. Persiste por 12 a 24 meses.

## 4. Clasificación histológica de la neoplasia intraepitelial cervical

### 4.2 Enfoque de la paciente con NIC 3

#### BIBLIOGRAFÍA

- Fuerte asociación con genotipos 16 y 18 del VPH.
- Displasia de alto grado con mutación en p16.
- Sobre expresión inmunohistoquímica de p16.
- Riesgo de progresión a cáncer invasor mayor del 40% en 5 años.

NIC 1

NIC 2

NIC 3

#### Métodos de ablación:

- Electrocoagulación criocirugía, termocoagulación y vaporización con láser de CO<sub>2</sub>.

#### Métodos quirúrgicos:

- Conización con bisturí frío, conización con láser de CO<sub>2</sub>, escisión o conización LEEP/LLETZ e histerectomía.

- Se sugiere procedimiento escisional con radiofrecuencia en mujeres NIC II - III
- Se sugiere conización clásica con bisturí con NIC II -III en donde no esté disponible radiofrecuencia
- No se recomienda realizar histerectomía para tratamiento pacientes con NIC II-III en ausencia de otra patología de base.

#### Conización

a. Igual diagnóstico: NIC 3. Ausencia de invasión.

- Márgenes negativos:
    - Vigilancia con test de VPH en 12 meses.
    - Si no está disponible citología cada 6 meses hasta tener resultados negativos por 2 años.
  - Márgenes positivos: Ofrecer reconización o histerectomía.
- b. Diagnóstico de cáncer invasor: estadificación clínica y tratamiento.



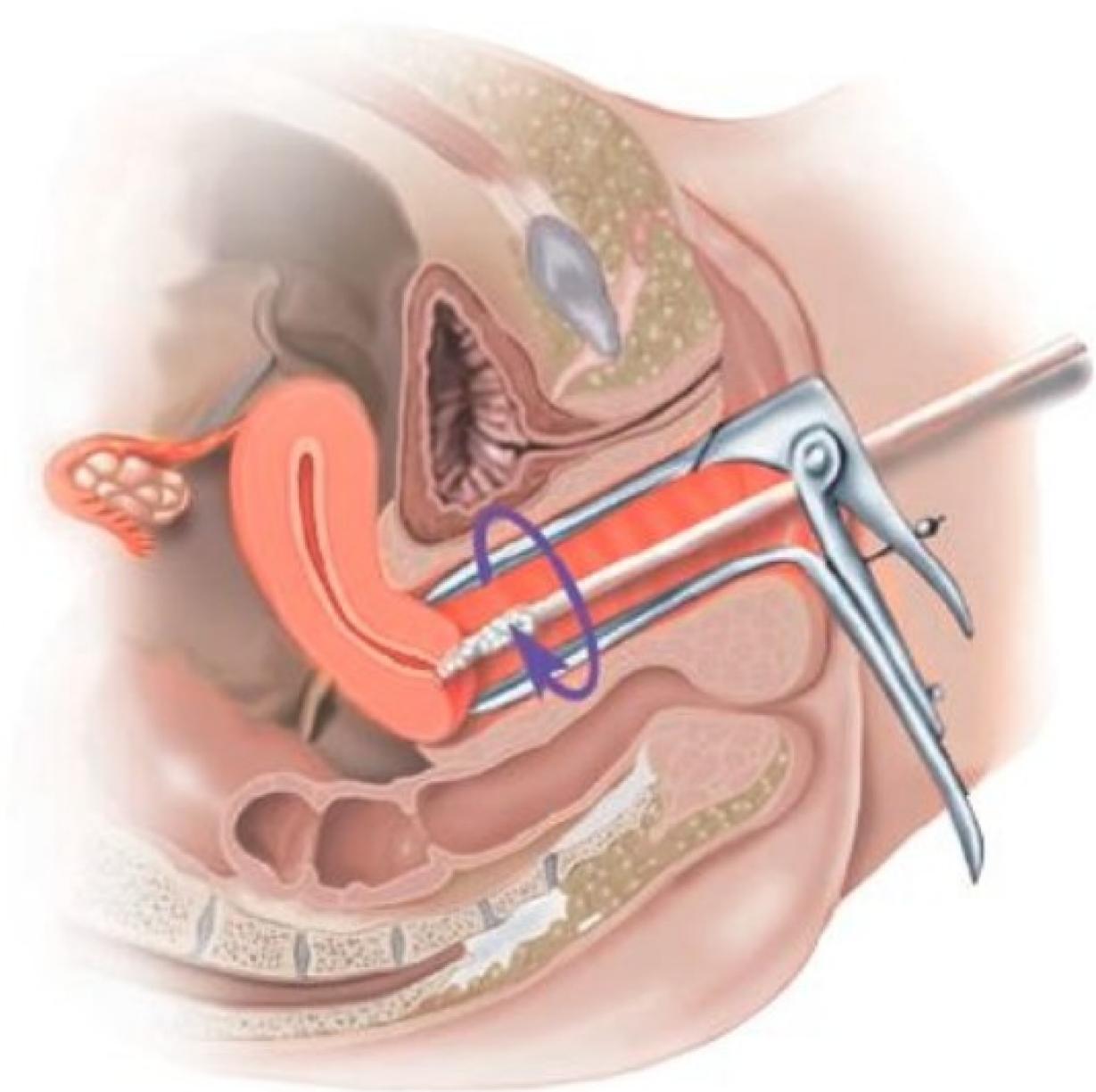
## 4. Clasificación histológica de la neoplasia intraepitelial cervical

### 4.4 Atipias de Células Glandulares (AGC): generalidades



BIBLIOGRAFÍA

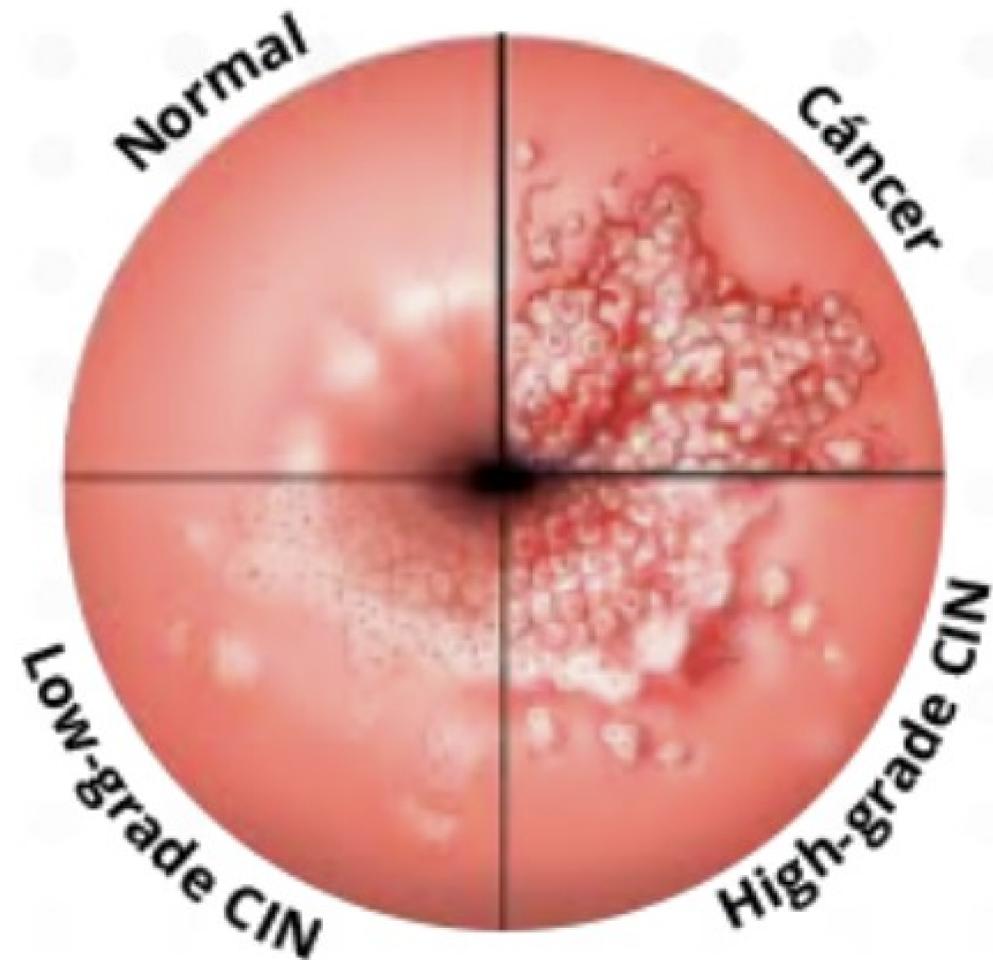
- Menos frecuente 0,4%.
- 38% tienen NIC 2, 3 o adenocarcinoma in situ (Hasta 56% si es AGC-neo).
- Hasta 17% cáncer invasor.
- Incremento del riesgo hasta por 15 años.
- Evaluación compleja:
  - Realizar biopsia de endometrio si el resultado es Atipias glandulares no especificado (AGC NOS). En esas consideraciones (mayor de 35 años y hemorragia uterina anormal).



## 4. Clasificación histológica de la neoplasia intraepitelial cervical

### 4.5 Adenocarcinoma in situ

BIBLIOGRAFÍA



- El Adenocarcinoma in situ está originado y localizado en la zona de transformación del cuello uterino y se pueden encontrar en criptas de porción alta del endocérvix.
- Incidencia: 0,21 – 1,25 / 100.000
- Suele originarse en la zona de transformación (ZT).
- 10 – 15% tienen patrón multifocal (saltones)
- Pueden alojarse en criptas de la porción alta del endocérvix
  - Precedido por:
  - AGC: 50 – 70%
  - LIEAG: 26 – 31%
  - Lesión mixta (Escamosa y glandular): 15%
  - CCV negativa: 4%



## 4. Clasificación histológica de la neoplasia intraepitelial cervical

### 4.5 Adenocarcinoma in situ

BIBLIOGRAFÍA



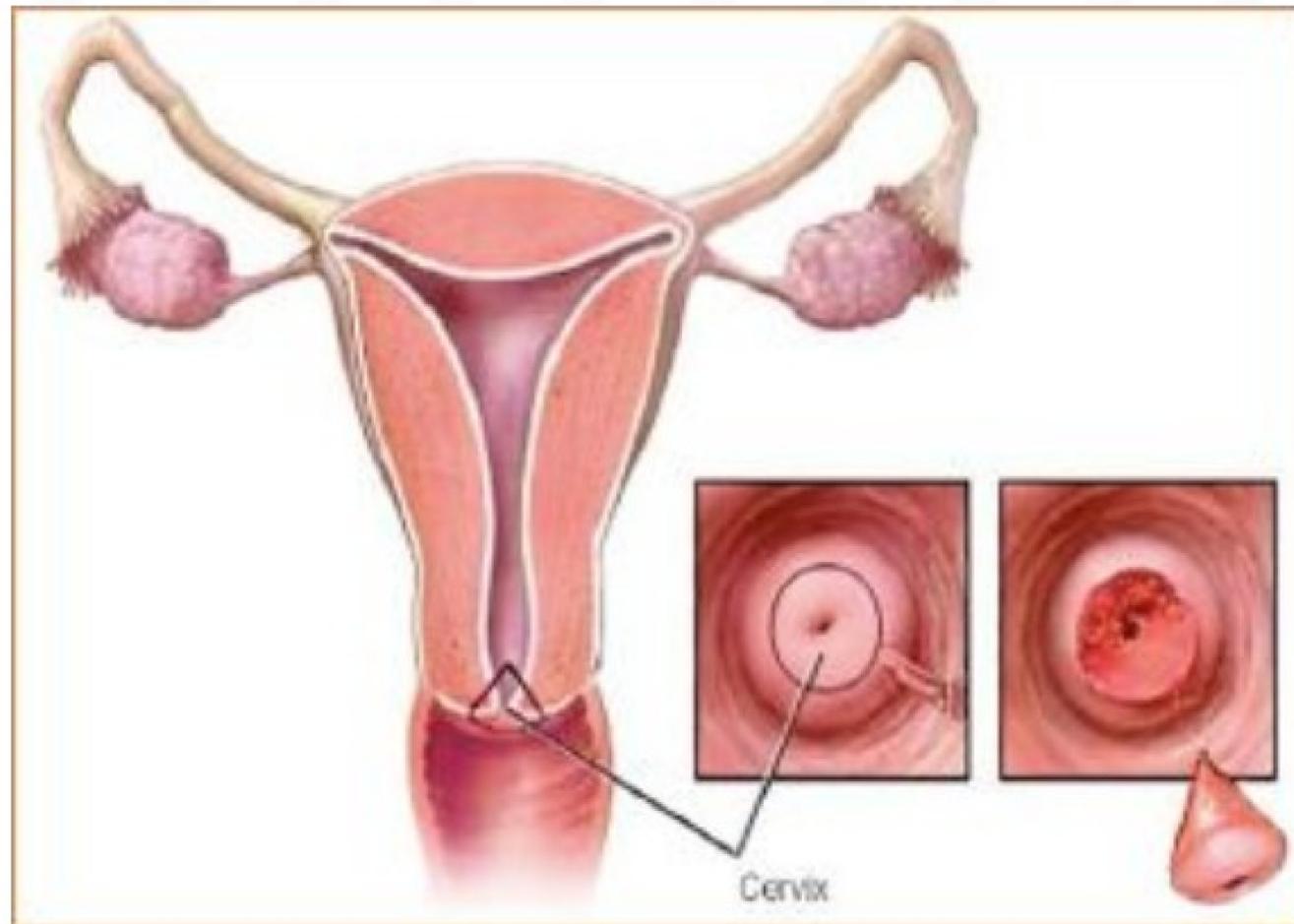
### Histerectomía extrafascial

- Estudio: conización diagnóstica
- Objetivo: descartar enfermedad multifocal con componente invasor.
- Tratamiento estándar: histerectomía extrafascial.
- Braquiterapia en pacientes en que la histerectomía tiene contraindicación absoluta.

## 4. Clasificación histológica de la neoplasia intraepitelial cervical

### 4.5 Adenocarcinoma in situ

BIBLIOGRAFÍA



### DESEO OBSTÉTRICO

#### Tratamiento: conización.

- Requisito: márgenes negativos y curetaje endocervical negativo.
- Si son positivos: reconización o histerectomía
- Histerectomía una vez se complete el deseo obstétrico

#### Seguimiento:

- CEC y Test de VPH cada 6 – 12 meses por dos años.



## 5. Embarazo



### BIBLIOGRAFÍA



- Tamización igual que en la población general con test de VPH o citología de acuerdo a su grupo de edad.
- Nunca tamizar por debajo de 25 años.
- Remitir a colposcopia en caso de ASC-H o superior o >ASC-US con VPH positivo.
- Solo tomar biopsia si hay cambios mayores en la colposcopia.
- No realizar curetaje endocervical. Podría realizarse cepillado por personal experto.

## 5. Embarazo

### BIBLIOGRAFÍA



- Solo realizar conización con evidencia de carcinoma microinvasor o alta sospecha de infiltración en los hallazgos colposcópicos.
- Ante un diagnóstico de cáncer invasor discutir opciones de tratamiento y contemporizar de acuerdo a la edad gestacional, madurez fetal y el deseo de la paciente.
- Ante un diagnóstico de lesión preinvasiva, reevaluar en el posparto y tratar de acuerdo al resultado.

# ACTIVIDAD INTERACTIVA

Lo invitamos a realizar la siguiente actividad acerca de los contenidos estudiados antes.

EMPEZAR >

