



CONSENSO INTERSOCIEDADES

Consenso Nacional Intersociedades sobre Cáncer de Cuello Uterino Agosto 2015

Joint National Societies Consensus on Cervical Cancer. August 2015

**Programa Nacional de Consensos Intersociedades
Programa Argentino de Consensos de Enfermedades Oncológicas,
Asociación Médica Argentina, Academia Argentina de Cirugía, Sociedad Argentina de Citología, Asociación Argentina de Cirugía, Sociedad Argentina de Patología, Sociedad Argentina de Radiología, Sociedad Argentina de Cancerología, Instituto de Oncología Ángel H. Roffo, Asociación Argentina de Oncología Clínica, Asociación Argentina de Ginecología Oncológica, Sociedad Argentina de Terapia Radiante Oncológica, Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires, Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia, Sociedad Argentina de Patología del Tracto Genital Inferior y Colposcopia**

Convocadas por la Academia Nacional de Medicina, por intermedio del Instituto de Estudios Oncológicos, y ante la iniciativa de la Asociación Argentina de Ginecología Oncológica, las entidades autoras, miembros del Programa Argentino de Consensos de Enfermedades Oncológicas y del Programa Nacional de Consensos Intersociedades, avalan este consenso multidisciplinario que aúna los criterios propuestos por los profesionales que se encuentran involucrados en la prevención, diagnóstico y tratamiento de los tumores de cuello uterino.

Las instituciones autoras se comprometen a difundir y promover el uso del contenido de este documento en todas las áreas y entidades responsables del manejo de la salud, institutos nacionales, provinciales, municipales, PAMI, colegios médicos, entidades de medicina prepaga, obras sociales, mutuales, Superintendencia de Seguros de Salud de la Nación, hospitales comunitarios y universitarios, además de las entidades relacionadas, así como su aplicación por todos los especialistas del país.

Metodología diagnóstica de las lesiones preinvasoras

Introducción

La irrupción del virus del papiloma humano (HPV) como "factor necesario" para la génesis del cáncer cervical a partir de lesiones preinvasoras, presente en el 99,7%, motivó un cambio en la concepción global de la enfermedad. Las constantes investigaciones desplazaron la mirada futura de la problemática desde una visión morfológica hacia una concepción molecular en pleno avance.

Los países en vías de desarrollo (y, dentro de estos, las regiones más desiguales) son los más castigados por la enfermedad, considerándose al cáncer de cuello uterino (CCU) un marcador de pobreza estructural. Las condiciones económicas desfavorables hacen que la metodología morfológica tenga aún plena vigencia en esas zonas.

La ausencia de planes de tamizaje poblacional que abarquen a la mayoría de las mujeres de estas regiones en un

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rard.2016.11.001>

0048-7619/© 2016 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de Sociedad Argentina de Radiología. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Cómo citar este artículo: Consenso Nacional Intersociedades sobre Cáncer de Cuello Uterino Agosto 2015. Rev Argent Radiol. 2017. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rard.2016.11.001>

período de tiempo genera que, aun en la actualidad, se continúe con técnicas de tamizaje individual y oportunístico, con una efectividad relativa en lo referente a la mejoría en los índices de mortalidad.

En nuestro país, desde junio de 2008 se encuentra en marcha el Programa Nacional de Prevención del Cáncer Cervicouterino, dependiente del Ministerio de Salud. Este fue iniciado en "provincias prioritarias" (Chaco, Jujuy, Misiones, Salta y Formosa) y, a pesar de las dificultades, aspira a abarcar la totalidad del extenso territorio argentino. El programa se centra en el tamizaje mediante técnicas moleculares, junto con la citología. Mientras tanto, el tamizaje individual continúa siendo el arma prioritaria con la que contamos para la detección de la patología preinvasora.

Premisa

La lesión considerada premaligna o preinvasora corresponde a lesión intraepitelial escamosa (SIL) de alto grado-CIN3. El SIL de alto grado-CIN2 tiene características particulares, por lo que actualmente se encuentra en revisión.

Métodos disponibles

La citología exfoliativa cervicovaginal complementada con la colposcopia y la biopsia dirigida son consideradas el trípole diagnóstico clásico para la detección de la patología preinvasora. Sin embargo, en los últimos años se ha agregado la posibilidad de realizar estudios moleculares para la detección del HPV y estudios complementarios mediante inmunohistoquímica.

Oportunidad

Se recomienda la realización de estudios de detección a partir de los 21 años y hasta los 65 o a partir de los 3 años posteriores al inicio de las relaciones sexuales. El profesional debe evaluar situaciones especiales, como la existencia de condiciones de riesgo de contacto anterior con el HPV (abuso o violación, concomitante o no con episodios de adicciones) para modificar la fecha de inicio de los estudios.

Periodicidad

La baja sensibilidad de la citología exfoliativa como único estudio, que conlleva una considerable cantidad de falsos negativos, se reduce con su repetición periódica. La extensión de los plazos de cada control podría prolongarse de 3 a 5 años, cuando se disponga del cotest molecular asociado a la citología exfoliativa y no se asocien otros factores de riesgo, como el recontagio con HPV (cambios de pareja, nuevos *partners* con condilomas, sexo ocasional sin protección, aparición de condilomas, etc.), presencia o aparición de cofactores relacionados (infecciones de transmisión sexual -ITS-, inmunodeficiencia, promiscuidad, etc.) o signo-sintomatología de alteración genital (ulceraciones, sinusorragia, flujo patológico, etc.).

En nuestro medio, el tamizaje individual asocia clásicamente la citología exfoliativa con la colposcopia para disminuir los falsos negativos con razonable eficacia. La

periodicidad podría acortarse con el mismo objetivo, dependiendo del criterio profesional y de las características de cada paciente, recomendándose realizar una citología anual.

Metodología

- 1 Citología exfoliativa: idealmente debe ser realizada mediante toma exo y endocervical, dado que las lesiones glandulares se han incrementado y representan hasta el 20% del total.
- 2 Colposcopia: así como la citología "detecta", la colposcopia "localiza" la lesión y dirige la biopsia a los sectores más sospechosos. Se utiliza ácido acético al 5% y, eventualmente, solución de Lugol.

Para mayor información sobre los tipos de lesiones y su gradiente de sospecha, especialmente en lesiones premalignas o invasoras, se adjunta la última clasificación y nomenclatura de The International Federation of Cervical Pathology and Colposcopy (IFCPC - Río, 2011). Al respecto, se puede ver [tabla 1](http://www.ifcpc.org/en/healthcare-professionals/resource-material/2011-ifcpc-nomenclature) o ingresar en: <http://www.ifcpc.org/en/healthcare-professionals/resource-material/2011-ifcpc-nomenclature>; o bien en www.colpweb.org

Para el caso del diagnóstico de las lesiones intraepiteliales que nos ocupa, corresponde a los "hallazgos colposcópicos anormales - grado 2 (mayor)". Cuando las imágenes sospechosas corresponden a lesiones intraepiteliales y se encuentran contactando con el orificio cervical externo (OCE) o se introducen en el conducto endocervical, la utilización de una pinza de apertura endocervical (endoespéculo) es necesaria, muy especialmente como evaluación preterapéutica y consideración de la estrategia terapéutica.

- 3 Biopsia dirigida: provee certeza diagnóstica, considerándose el *gold standard* para encarar cualquier tipo de tratamiento. Ante una citología anormal y una colposcopia grado 2 (con alteraciones mayores), se impone la realización de una biopsia para obtener la certeza de lesiones preinvasoras (CIN2-3 / H-SIL). La obtención de más de una toma de biopsia mejora la certeza diagnóstica.

En lesiones amplias, debe considerarse la realización del mapeo biopsico (varias tomas pequeñas). Para los casos en que fuera necesario (lesiones glandulares, pavimentosas que se introducen en el endocérvix o mixtas), el curetaje del endocérvix provee material histológico.

- 4 Estudios moleculares: son utilizados en cribados poblacionales como tamizaje primario asociados a la citología. En nuestro medio se utilizan como complemento diagnóstico en citologías ASCUS, SIL de bajo grado persistente en posmenopáusicas y control postratamiento de pacientes con SIL de alto grado tratadas. No se recomienda su uso en pacientes menores de 30 años.

El rol diagnóstico de la biopsia ampliada

La biopsia ampliada, tanto a bisturí como mediante radiofrecuencia utilizando asa (gran escisión con asa de la zona de transformación [LLETZ] o cono escisión electroquirúrgica en asa [LEEP]), tiene finalidad diagnóstica (para confirmar o descartar microinvasión) y/o terapéutica para el caso de lesiones intraepiteliales de alto grado.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8825638>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8825638>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)