

# 4.6

## TAMIZACIÓN DE CÉRVIX: SITUACIÓN ACTUAL Y DISCUSIÓN DE CASOS CLÍNICOS

### Mauricio Borrero Franco

Ginecólogo Oncólogo

Universidad Pontificia Javeriana – Instituto Nacional de Cancerología

Docente Departamento de Ginecología y Obstetricia

Universidad de Antioquia

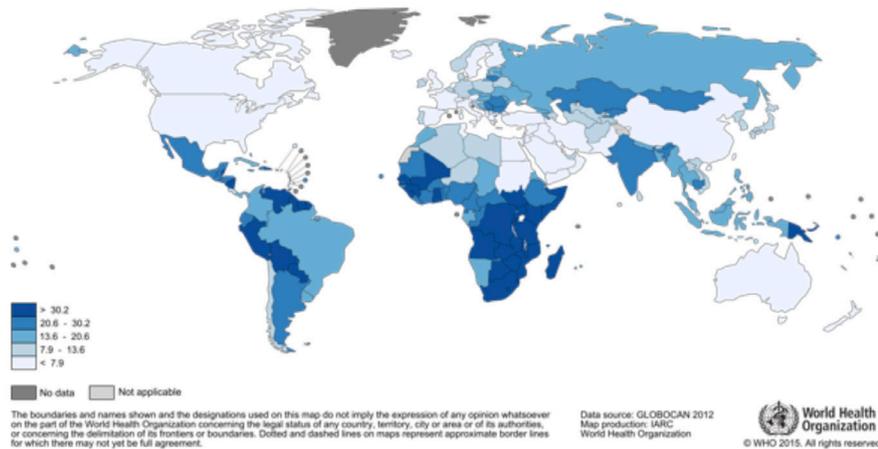
Un motivo de consulta frecuente en la consulta médica es la alteración en las pruebas de tamización para cáncer de cuello uterino. Los avances en el conocimiento de la enfermedad preinvasiva cervical y su relación con el virus del papiloma humano (VPH) han transcurrido a un ritmo vertiginoso. De la misma forma se han desarrollado nuevas técnicas de tamización y han cambiado las guías de manejo. Los exámenes de detección de ADN del virus del papiloma humano han mostrado ser mucho más sensibles que la citología y en las nuevas guías juegan un papel muy importante. Desde el 2013 la OMS ha recomendado su implementación, incluso en países pobres. Para la mayoría de médicos ha sido difícil adaptarse a los nuevos algoritmos, y a veces se sienten desbordados por las grandes diferencias con las normas previas, empeorado por la complejidad de las mismas.

Acorde con estos cambios, en 2014 el Ministerio de Salud de Colombia desarrolló el documento “Guía de Práctica Clínica para la Detección y Manejo de Lesiones Preinvasivas del Cuello Uterino”,<sup>1,2</sup>. Allí se incluyen, entre otros:

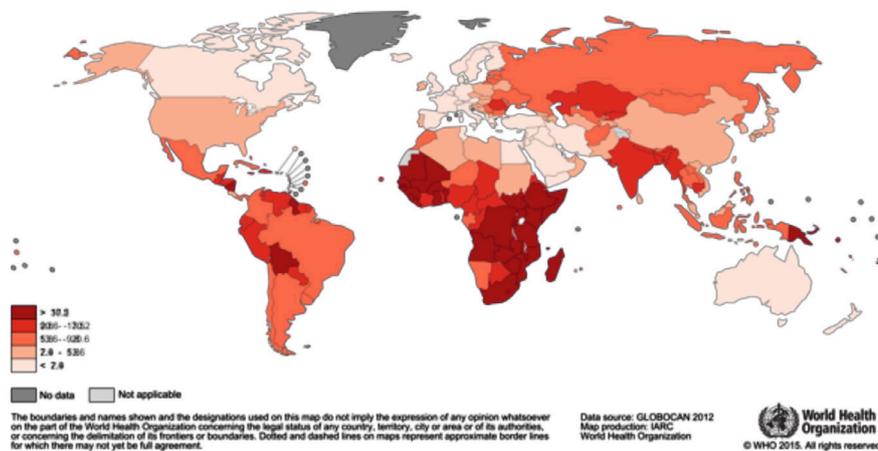
- El reemplazo de la citología por las pruebas de detección de VPH en mujeres de 30 a 65 años
- Si el resultado es negativo, con intervalos de 5 años
- El uso de citología para determinar si las que tienen el test positivo van a colposcopia o se les realiza control a los 18 meses
- La tamización con citología cada 3 años en las de 25 a 29 años
- La recomendación de no tamizar a menores de 25 años
- El uso del VIA-VILI en departamentos con difícil acceso a los servicios de salud.
- También se hacen recomendaciones nuevas para el manejo de patología cervical preinvasiva.

(Aclaremos que la Estrategia Ver y Tratar (VIA VILI) es una alternativa de tamización para cáncer de cuello uterino, recomendada por la OMS y el Ministerio de Salud, para regiones vulnerables con dificultades de acceso a los servicios de salud, con baja densidad poblacional y con alto riesgo para este cáncer.

Desde el año 2011 el Instituto Nacional de Cancerología comenzó su implementación en nueve regiones, con el objetivo de diagnosticar y tratar a las mujeres en la misma visita, evitando



**Ilustración 1** Incidencia de Cáncer de Cuello Uterino en el Mundo. 2012. [http://globocan.iarc.fr/Pages/fact\\_sheets\\_cancer.aspx](http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx)



**Ilustración 2** Mortalidad de Cáncer de Cuello Uterino en el Mundo. 2012. [http://globocan.iarc.fr/Pages/fact\\_sheets\\_cancer.aspx](http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx)

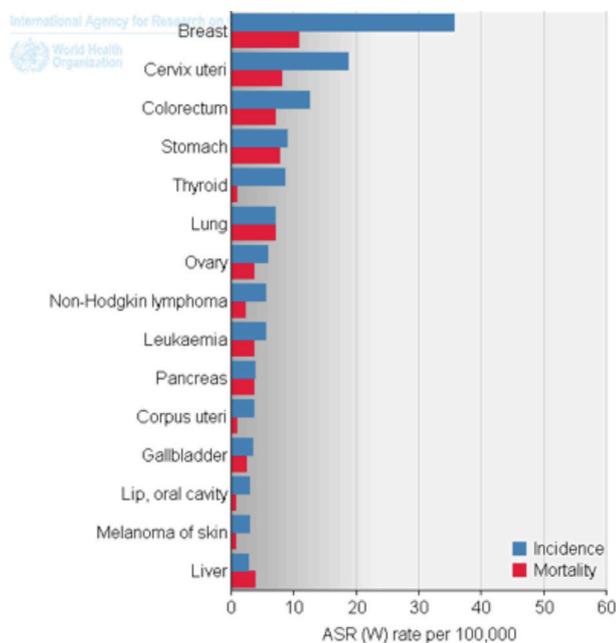
que aquellas positivas para lesiones precancerosas se pierdan de los servicios de salud y terminen desencadenando un cáncer de cuello uterino, con una alta mortalidad y menor supervivencia.)

Sin embargo, la nueva guía de práctica clínica no se ha podido implementar y las entidades prestadoras de salud aún se rigen por normatividad vigente desde el año 2000. Está basada en la citología repetida a intervalos entre 1 y 3 años, comenzando desde los 21 años y remitiendo a colposcopia a aquellas con alteración citológica.<sup>3</sup>

Esto nos coloca en una situación difícil: seguir las normas antiguas, desfasadas académicamente, o apegarnos a las nuevas normas que no han logrado ser implementadas. La mayoría de clínicos recomendamos seguir las normas de la ASCCP<sup>4</sup> (American Society for Colposcopy and Cervical Pathology), que tienen el grado de flexibilidad suficiente para acoplar las recomendaciones modernas al sistema que sigue vigente en el país, mientras se implementa el nuevo sistema.

Es menester recordar que el cáncer de cérvix es el segundo en importancia en mujeres a nivel mundial, después del cáncer de mama. En el 2012 se presentaron 528.000 casos nuevos y 266.000 muertes; el 85% de los casos los aportaron países en vías de desarrollo, donde además ocurrieron el 90% de las muertes<sup>5</sup>. En nuestro país se esperaban 4660 casos para el 2012, con una incidencia de 18.7 por 100.000 y una tasa de mortalidad de 8 por 100.000 mujeres<sup>6</sup>. Es el segundo en incidencia y mortalidad después del cáncer de mama.

Habiendo hecho estas aclaraciones, vamos a presentar algunos casos clínicos con respuestas tipo escogencia múltiple, seguidos de la discusión pertinente. Las respuestas se basan en las recomendaciones de la ASCCP.



**Ilustración 3** Tasas de Incidencia y Mortalidad por Cáncer en Mujeres para Colombia, 2012 [http://globocan.iarc.fr/Pages/fact\\_sheets\\_cancer.aspx](http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx)

### Caso Nro 1. Paciente con Citología ASCUS

Paciente de 32 años, sin hijos, planifica con tubectomía. Su citología de rutina reporta cambios en células escamosas de significado indeterminado (ASCUS). Sus citologías previas han sido normales. La conducta acertada es:

- Control citológico en 12 meses
- Test de detección de DNA de VPH
- Colposcopia y biopsia
- Tanto A como B son correctas

La respuesta correcta es D. Es preferible realizar el test de detección de VPH ya que 70% de las mujeres con esta alteración ni siquiera portan el virus del papiloma, por lo cual la colposcopia para todas resulta ser poco práctico. La prueba de VPH detecta al 30% que portan el virus y pudieran tener alguna alteración, por ende se beneficiarían de la colposcopia. Como la probabilidad de

que una paciente con ASCUS desarrolle NIC 3 es de sólo 3% a los 5 años, también es aceptable hacer citología en 12 meses. Si esta reportara cualquier anomalía, incluido ASCUS, la paciente sería remitida a colposcopia.

### Caso Nro 1. (continuación)

Se solicitó test de detección de DNA de VPH y fue positivo. Por tal motivo se realizó colposcopia que fue reportada como satisfactoria con cambios menores. Toman biopsia y el patólogo informa NIC I. Lo más recomendable sería:

- Conización
- Crioterapia
- Vigilancia con test de VPH y/o citología en 1 año
- Citología en 6 meses

La correcta es C. El índice de regresión espontánea de NIC I es hasta del 90%, por lo cual el manejo es expectante. Solo

se recomienda tratar si hay persistencia por más de 2 años. El mejor examen para detectar persistencia es el test de VPH, aunque también se acepta la citología (remitiendo a colposcopia si es ASCUS o peor); el lapso ideal es al año. Si estuviera positivo, se hace nueva colposcopia y biopsia. Si se confirma persistencia al año se hace otro control a los 12 meses, y si otra vez se confirma persistencia se procede a tratar con conización o ablación.

### Caso Nro 2. Alteración Citológica en Paciente Menor de 25 años

Una joven de 22 años consulta porque su primera citología reporta ASC-H. Está asintomática. No tiene hijos. La mejor recomendación para esta paciente es:

- Test de VPH
- Colposcopia y biopsia
- Estrategia “ver y tratar” con cono Lletz (radiofrecuencia)
- Control citológico 12 meses

La respuesta correcta es B. Si bien no se recomienda iniciar tamización antes de los 25 años, siempre habrá pacientes que por preferencia médica o de la misma paciente se la hacen. En caso de alteración citológica mayor (LIE alto grado, ASC-H, Adeno Ca in situ, Ca invasor, AGC) siempre se hace colposcopia. En caso de alteración menor (ASC-US, LIE bajo grado), se recomienda control citológico en 1 año. La estrategia “ver y tratar” es aceptable en mujeres mayores, pero en las menores de 25 años es inaceptable porque afecta futuros embarazos. Esto también aplica para mayores de 25 que no hayan tenido hijos.

### Caso Nro 2. (continuación)

Se realiza colposcopia, es reportada como satisfactoria, con cambios mayores (sugestivos de lesión de alto grado) en labio anterior. Toman biopsia que reporta NIC 2. ¿Cuál de las siguientes es válida?

- Vigilancia con citología y colposcopia hasta por 2 años
- Crioterapia
- Conización
- Todas las anteriores son válidas

La respuesta correcta es D. Todas las anteriores. En mujeres jóvenes sin hijos el NIC 2 se puede vigilar hasta por 2 años con citología y colposcopia, siempre que la colposcopia sea satisfactoria, ya que algunas de estas lesiones regresan. Se debe tener en cuenta que esto no es válido en mayores quienes siempre deben recibir tratamiento.

**Caso Nro 3. Citología en LIE Bajo Grado en mujer post menopaúsica**

Paciente de 57 años, G3P3, FUM a los 49 años. Se hizo citología hace 2 meses, reportada LIE Bajo Grado. Todas sus citologías han sido negativas. Asintomática. La conducta sería:

- A. Test de VPH, si es positivo colposcopia
- B. Colposcopia y biopsia
- C. Control citológico en 6 y 12 meses y colposcopia si alguno fuera anormal
- D. Cualquiera de las opciones es válida

La respuesta correcta es D. Cualquiera de las opciones es válida. El riesgo de que una postmenopaúsica con citología de Bajo Grado resulte con NIC 2 ó peor en la biopsia es lo suficientemente bajo como para hacer esta recomendación, la cual NO APLICA para mayores de 25 años quienes SIEMPRE deben hacerse colposcopia. Es importante considerar si la paciente es de fácil seguimiento, si no lo fuera es mejor remitir a colposcopia.

**Caso Nro 4. Paciente embarazada con citología alterada**

Paciente de 34 años. Cursa la semana 18 de su segundo embarazo. Trae citología de rutina LIE Bajo Grado. Sus citologías previas han sido normales. Cuál sería su conducta? :

- A. Remitir a colposcopia de una vez
- B. Remitir a colposcopia 6 semanas post parto

- C. Tanto como A como B son opciones válidas
- D. Test de detección de VPH y colposcopia si positivo

La respuesta es C. Tanto A como B son correctas, aunque se prefiere colposcopia. Acá cabe considerar si la paciente es de fácil seguimiento; si no lo fuera es mejor remitir a colposcopia de inmediato. En pacientes mayores de 25 años con citología Bajo Grado la probabilidad de NIC 2 ó peor en la biopsia es hasta del 25% por lo cual la vigilancia citológica no es recomendada. El test de VPH en citología Bajo Grado no es práctico para definir la remisión a colposcopia: 77% de las veces es positivo.

**Caso Nro 4. (continuación)**

Es remitida a colposcopia, la cual reportan como satisfactoria con cambios mayores entre 12 y 3. El patólogo encuentra carcinoma escamocelular in situ. En ese momento cursa la semana 23 de la gestación. Lo más adecuado sería:

- A. Vigilar con citología + colposcopia en 12 semanas y 6 semanas post parto
- B. Conización lo más pronto posible
- C. Conización post parto
- D. Cesárea + Histerectomía radical cuando haya madurez pulmonar fetal

La respuesta correcta es A. El término "carcinoma escamocelular in situ" es engañoso. En la nomenclatura moderna es equivalente a NIC 3, el cual NUNCA se trata durante el embarazo. Se vigila y se hace nuevo control post parto porque hasta el 30% regresan espontáneamente.

**Caso Nro 5. Paciente con alteración glandular en citología**

Mujer de 60 años, en menopausia hace 10 años, asintomática. Su citología de rutina reporta AGC- favorece neoplasia. Lo correcto sería:

- A. Colposcopia + biopsia cervical + cepillado endocervical
- B. Test de VPH
- C. Colposcopia + biopsia cervical + cepillado endocervical + biopsia endometrial
- D. Control citológico en 6 y 12 meses

La respuesta correcta es C. Además de evaluar cambios cervicales con la colposcopia es necesario descartar patología en endometrio en mujeres mayores de 35 años, o en menores de esa edad que tengan factores de riesgo para neoplasia endometrial. El test de VPH no descarta enfermedad a ese nivel. Las atipias glandulares no se pueden vigilar con citología porque el riesgo de patología neoplásica o pre neoplásica es alto.

**Caso Nro 5 (continuación)**

Se hizo colposcopia, fue reportada como no satisfactoria con cambios menores. La biopsia de cérvix informada como NIC I y el cepillado endocervical y la biopsia de endometrio negativos. Usted recomendaría:

- A. Control con citología, test de VPH y colposcopia en 6 y 12 meses
- B. Conización
- C. Histerectomía
- D. Crioterapia

La respuesta correcta es B. La probabilidad de neoplasia es mayor del 30%, por lo que se recomienda como diagnóstico siempre que la biopsia sea negativa para cáncer invasor. La histerectomía no tiene ninguna cabida hasta que no se determine qué lesión tiene la paciente; la crioterapia no se puede hacer porque, por un lado hay alta sospecha de cáncer invasor, y por el otro, la colposcopia es no satisfactoria, lo cual es contraindicación para ese procedimiento.

## Bibliografía

1. Ministerio de Salud y Protección Social. Guía de práctica clínica para la detección y manejo de lesiones precancerosas del cuello uterino. Guía completa. Colombia 2014. Accesado Marzo 2016 en [www.gpc.minsalud.gov.co](http://www.gpc.minsalud.gov.co)
2. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3202 de 25 de Julio de 2016 por la cual se adopta el manual metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS).
3. Ministerio de Salud. República de Colombia. Resolución 412 de 2000.
4. Massad LH, Einstein MS, Huh MK, et al. 2012 Updated consensus guidelines for the management of abnormal cervical cancer screening tests and cancer precursors. *Journal of Lower Genital Tract Disease.* 2013; 17: S1-S27.
5. Torre LA, Bray F, Siegel RL, Ferlay J, et al. Global Cancer Statistics 2012. *Ca Cancer J Clin* 2015. Publicado online 4 Feb 2015, DOI: 10.322/caac.21262.
6. Globocan 2012: Estimated cancer incidence, mortality and prevalence worldwide in 2012. Accesado en internet Febrero 2016. [www.iarc.fr](http://www.iarc.fr)