

Tamización del cáncer de cuello uterino en Colombia: entendiendo la transición

Catherine Toro Lugo

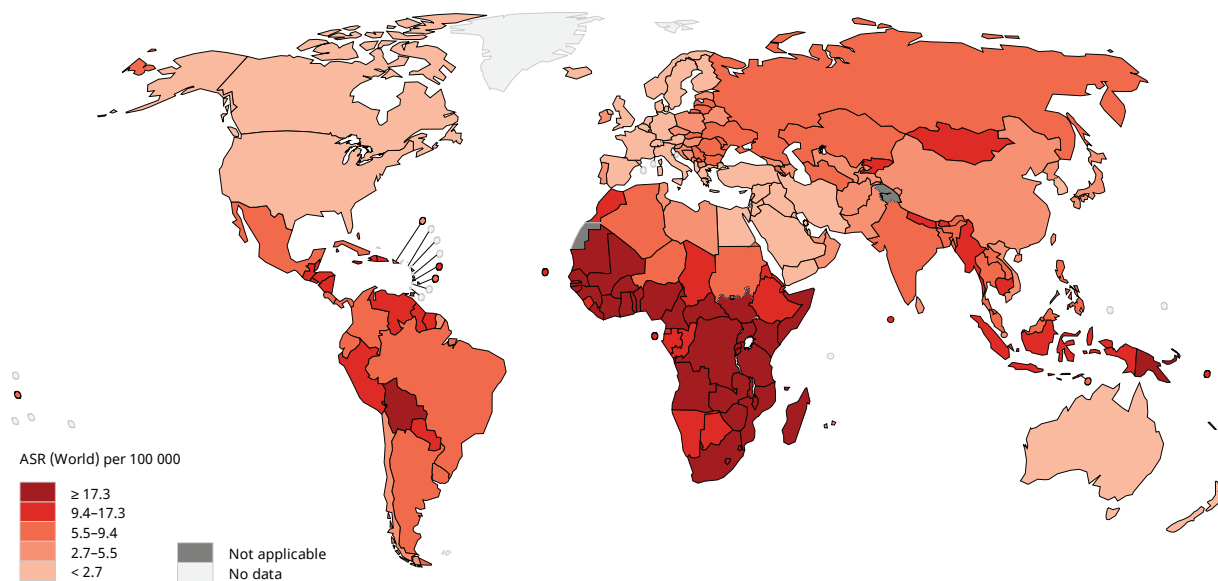
Residente de ginecología y obstetricia, Universidad de Antioquia

Introducción

Según el último informe de GLOBOCAN, en el mundo se diagnosticaron 569.847 nuevos casos de cáncer de cuello uterino y

se presentaron cerca de 311.367 muertes, ocupando el cuarto lugar en mortalidad femenina por cáncer en el mundo(1).

Figura 1. Tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino en el mundo, 2018



All rights reserved. The designations employed and the presentation of the material in this publication do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization / International Agency for Research on Cancer concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted and dashed lines on maps represent approximate borderlines for which there may not yet be full agreement.

Data source: GLOBOCAN 2018
Graph production: IARC
(<http://gco.iarc.fr/today>)
World Health Organization

World Health
Organization
© International Agency for
Research on Cancer 2018

Fuente: tomado de Bray Freddie, et al. Global Cancer Statistics 2018: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. Producción de gráficos: IARC. Disponible en: [http://gco.iarc.fr/today\(2\)](http://gco.iarc.fr/today(2)).

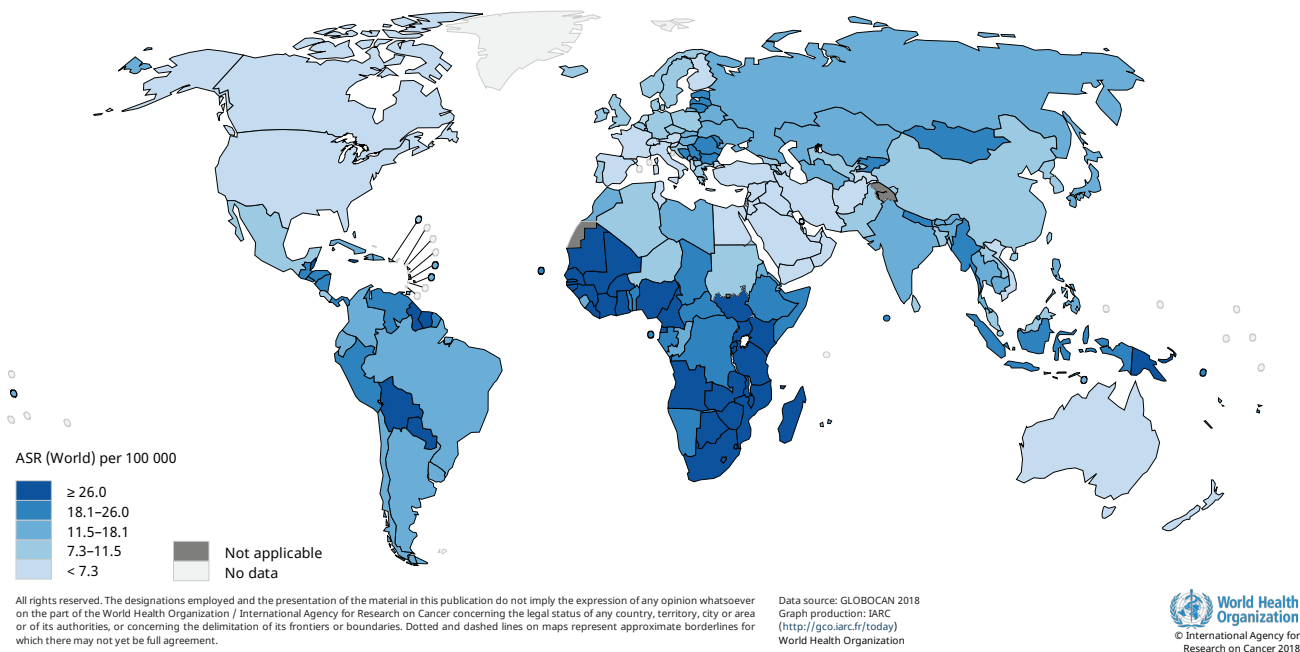
Ginecología, endocrinología y oncología

Tamización del cáncer de cuello uterino en Colombia: entendiendo la transición

La detección precoz es una medida costo-efectiva que permite salvar muchas vidas, es por esto, que los programas organizados de tamización en países desarrollados han logrado reducir las tasas de mortalidad hasta en 80%; sin embargo, en los paí-

ses en desarrollo no se han logrado los mismos resultados y la mayoría de los casos de cáncer de cuello uterino se presentan allí⁽³⁾ (ver figura 2).

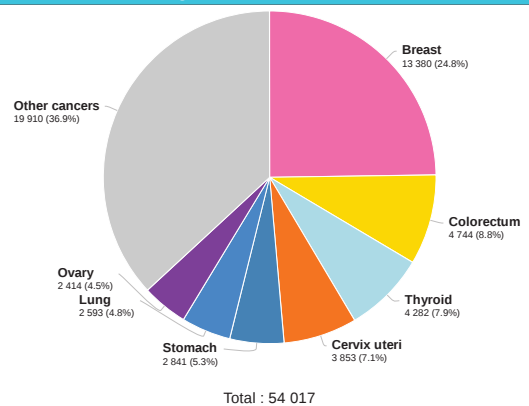
Figura 2. Tasa de incidencia de cáncer de cuello uterino en el mundo



Fuente: tomado de GLOBOCAN 2018. Producción de wgráficos: IARC. Disponible en: <http://gco.iarc.fr/today>.

En Colombia, ocupa el tercer lugar en incidencia de cáncer en mujeres, después del cáncer de mama y de tiroides, respectivamente, ocupa el segundo lugar en mortalidad por cáncer con una tendencia hacia el descenso⁽⁵⁾ (ver figura 3).

Figura 3. Incidencia de cáncer en mujeres en Colombia



Fuente: tomado de GLOBOCAN 2018. Producción de gráficos: IARC. Disponible en: <http://gco.iarc.fr/today>.

Los programas de prevención de cáncer de cuello uterino se han basado durante más de 40 años en el uso de la citología repetida como prueba primaria de tamización. Sin embargo, la tamización con citología solo ha logrado una reducción significativa en la mortalidad por cáncer de cuello uterino en países desarrollados, sin lograrse los mismos resultados en países de medianos y bajos ingresos⁽⁶⁾.

En el 2014, el Instituto Nacional de Cancerología y el Ministerio de Salud y Protección Social con el objetivo de generar recomendaciones apropiadas para Colombia sobre la tamización, la detección temprana, el diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento de las mujeres con lesiones preneoplásicas de cuello uterino, elaboraron la *Guía de práctica clínica para la detección y manejo de lesiones precancerosas de cuello uterino*, en la cual, la principal herramienta de tamización es la prueba de ADN del VPH, ya que tiene mayor sensibilidad y rendimiento diagnóstico, además, existe evidencia acerca de la capacidad de las pruebas de detección de VPH para reducir la mortalidad por cáncer de cuello uterino⁽³⁾.

A pesar de que la guía colombiana fue creada desde hace cinco años y que la prueba de ADN del VPH se encuentra dentro del plan obligatorio de salud (POS), sigue sin ser implementada de forma general en el país y, en lugar de ello, se sigue utilizando la citología como herramienta de tamización, independiente de la edad de las pacientes. Es por este motivo, que para realizar el enfoque adecuado de las pacientes cuya tamización para el cáncer de cuello uterino se ha hecho con citología, proponemos que se empleen otras guías del mundo, como la guía de la *American Society for Colposcopy and Cervical Pathology (ASCCP): 2012 Updated Consensus Guidelines for the Management of Abnormal Cervical Cancer Screening Tests and Cancer Precursors*.

Tamización según las nuevas normas colombianas

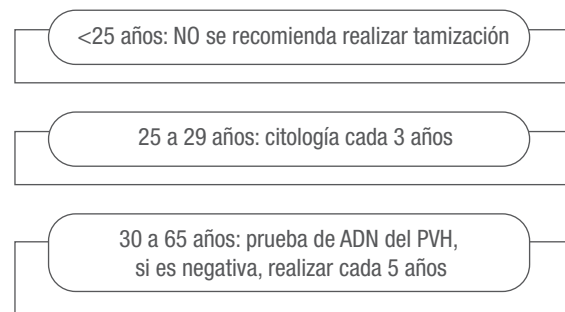
En Colombia existen tres herramientas para realizar la tamización de cáncer de cuello uterino que son: VIA-VILI, citología y prueba de ADN para VPH. La decisión dependerá del grupo etario y de la localización geográfica. Además, como recurso de prevención primaria se cuenta con las dos vacunas contra la

infección por VPH, una de ellas que es tetravalente que protege contra los virus 6, 11, 16 y 18 y otra bivalente que protege contra los virus 16 y 18. La tetravalente se encuentra dentro del Programa Ampliado de Inmunización (PAI) y está dirigida a las niñas de cuarto año escolar con edad mayor o igual a nueve años^(3,7).

En mujeres entre los 30 y 50 años de edad, con difícil acceso a los servicios de salud y con el fin de reducir la incidencia y la mortalidad de cáncer de cuello uterino invasivo, se recomienda la inspección visual con ácido acético y lugol (VIA-VILI) que en caso de tener el resultado positivo requiere tratamiento inmediato y debe hacerse en intervalos que no superen los tres años⁽³⁾.

¿Qué dice la GPC colombiana sobre cómo se debe realizar la tamización según la edad?

Figura 4. Tamización en Colombia para cáncer de cuello uterino según la edad



Fuente: elaboración propia.

¿Cómo realizar la tamización en mujeres entre 25 y 29 años?

Se debe realizar con citología convencional o si se dispone del recurso se puede realizar citología en base líquida. Si el resultado es negativo se debe hacer cada 3 años.

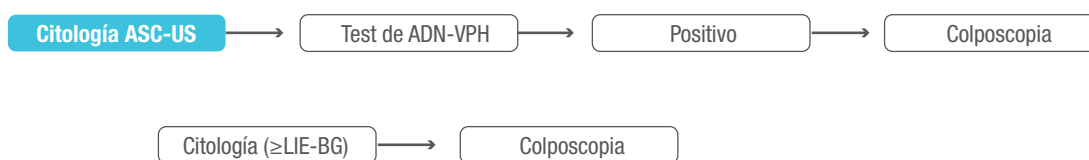
Ginecología, endocrinología y oncología

Tamización del cáncer de cuello uterino en Colombia: entendiendo la transición

No se recomienda la prueba de ADN del VPH para tamización, ya que la prevalencia de la infección por VPH es alta (alrededor del 30%) y los estudios de cohorte en los que se ha seguido la infección, han encontrado que el 90% desaparecen espontá-

neamente entre 18 meses y 5 años después de su inicio. Sin embargo, en caso de tener una citología cuyo resultado sea ASC-US, se debe realizar la prueba de ADN del VPH para definir la necesidad de realizar colposcopia⁽³⁾ (ver figura 5).

Figura 5. Recomendaciones de la GPC ante citología con ASC-US o LIE-BG



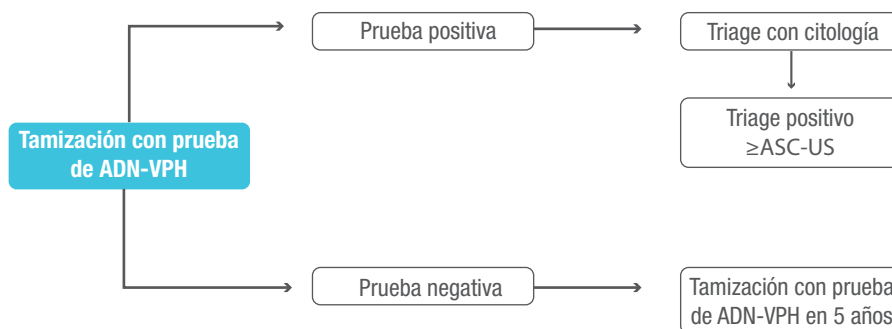
Fuente: elaboración propia.

¿Cómo realizar la tamización en mujeres ≥ 30 años?

Se recomienda el uso de pruebas de ADN-VPH que detecten los tipos virales de alto riesgo para la tamización de cáncer

de cuello uterino en población general con el fin de reducir la incidencia y la mortalidad de cáncer de cuello uterino invasivo⁽³⁾ (ver figura 6).

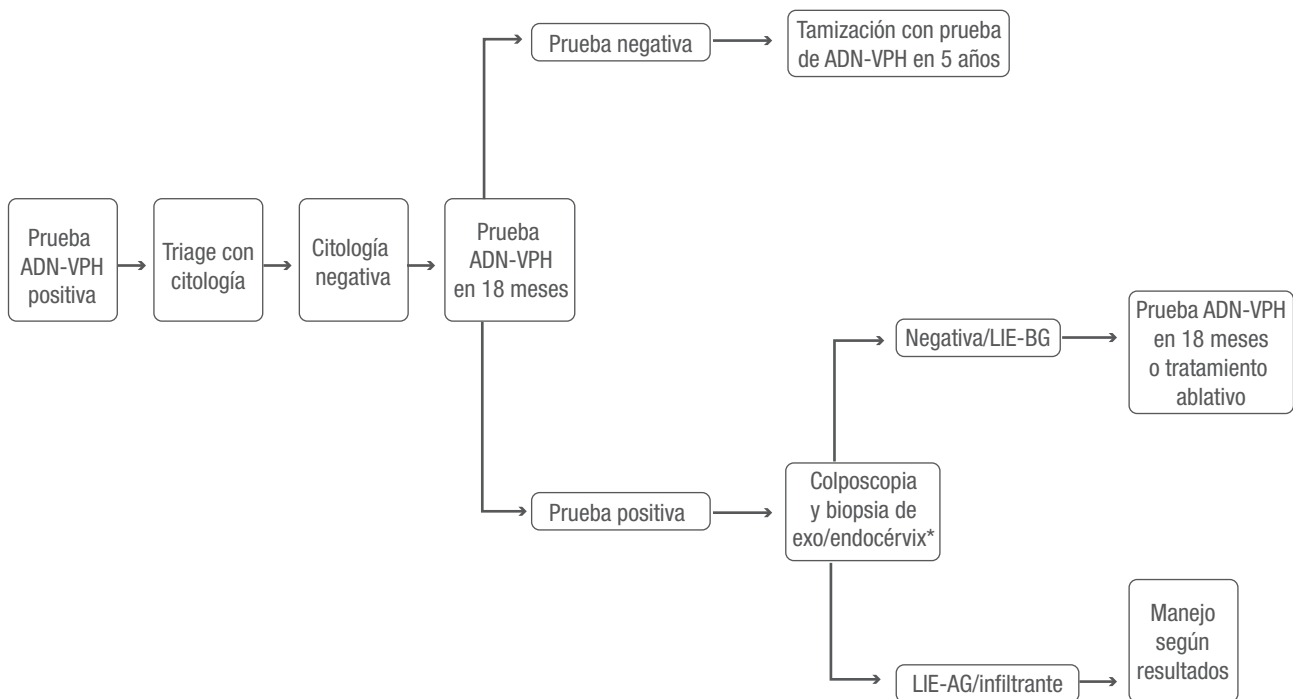
Figura 6. Tamización para cáncer de cuello uterino en mujeres de 30 a 65 años con prueba de ADN-VPH



Fuente: adaptada del Ministerio de Salud y Protección Social. Guía de práctica clínica para la detección y manejo de lesiones precancerosas de cuello uterino. Guía completa. Bogotá: autor; 2014.

La GPC colombiana recomienda el siguiente algoritmo de manejo en caso de tener la prueba de ADN-VPH positivo, pero triage con citología negativo (**ver figura 7**).

Figura 7. Prueba ADN-VPH positiva con citología de triage negativa



Fuente: adaptada del Ministerio de Salud y Protección Social. Guía de práctica clínica para la detección y manejo de lesiones precancerosas de cuello uterino. Guía completa. Bogotá: autor; 2014.

Cuando se habla de triage con citología positivo se hace referencia al hallazgo de una lesión preneoplásica \geq ASC-US, es decir, ASC-US, LIE-BG, LIE-AG, ASC-H, AGC en favor de neoplasia y AGC no especificado. Los cambios inflamatorios no se consideran lesiones preneoplásicas.

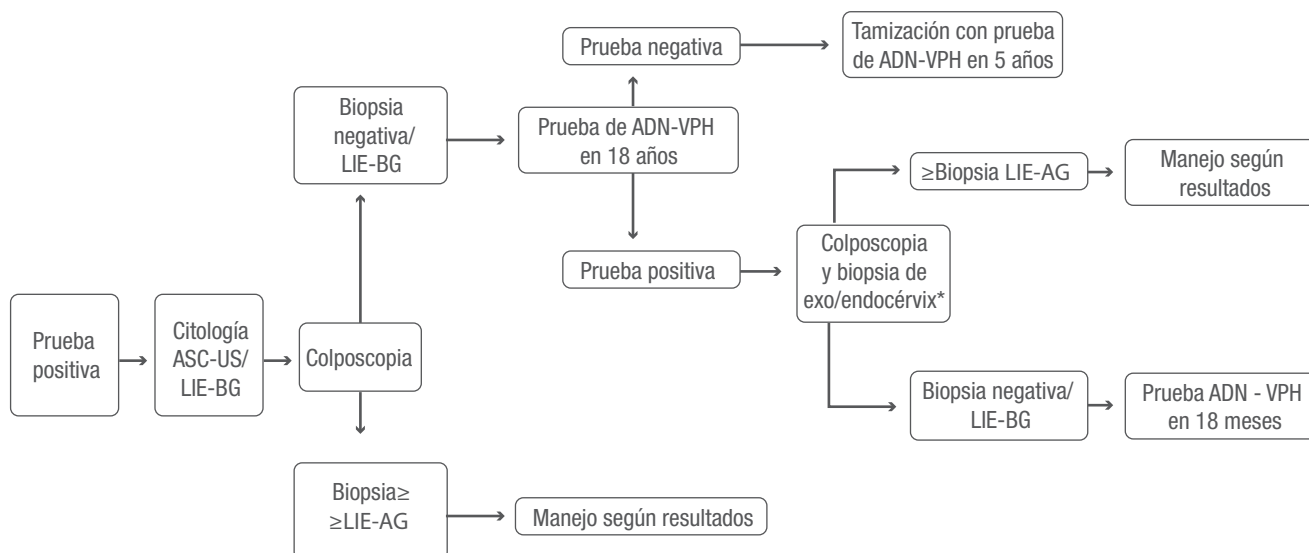
Los riesgos de malignidad para mujeres de 30 a 64 años con citología cervical anormal se describen en la **tabla 1**.

La GPC colombiana recomiendan el siguiente algoritmo de manejo en caso de tener la prueba de ADN del VPH positivo y el triage con citología que evidencia ASC-US o LIE-BG (**ver figura 8**).

Ginecología, endocrinología y oncología

Tamización del cáncer de cuello uterino en Colombia: entendiendo la transición

Figura 8. Prueba ADN-VPH positiva con citología de triage ASC-US o LIE-BG

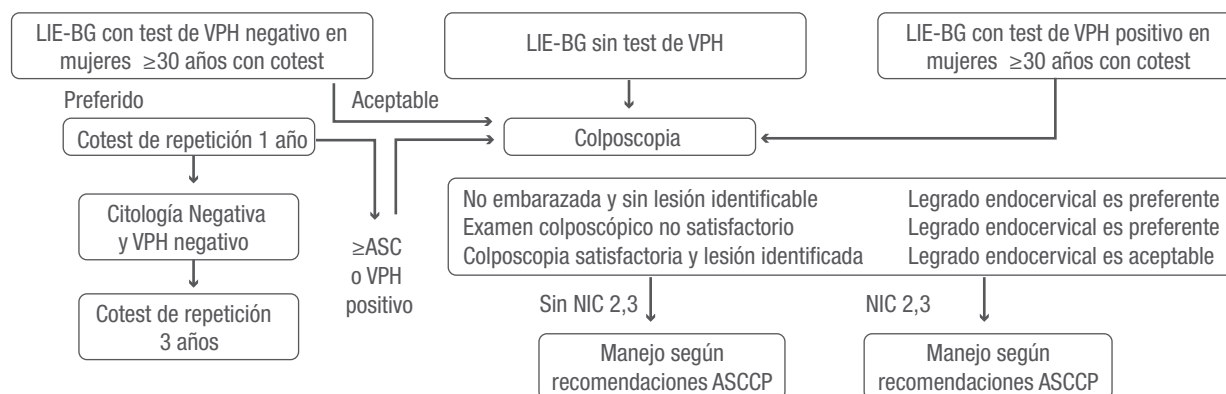


Fuente: adaptada del Ministerio de Salud y Protección Social. Guía de práctica clínica para la detección y manejo de lesiones precancerosas de cuello uterino. Guía completa. Bogotá: autor; 2014.

¿Qué hacer con la paciente ≥ 30 años que llega con citología que evidencia LIE-BG o ASC-US, sin prueba de ADN de VPH?

Ya que la GPC colombiana en ese contexto no es aplicable, recomendamos usar otras guías como las de la ASCCP (ver figura 9).

Figura 9. Manejo de mujeres con LIE-BG*+



*El manejo varía si la mujer está embarazada o edad entre 21 a 24. +Manejo de mujeres de edad entre 25 a 29 no acompañada por prueba de VPH.

Fuente: adaptado de Massad LS, Einstein MH, Huh WK, Katki HA, Kinney WK, Schiffman M, et al. 2012 Updated Consensus Guidelines for the Management of. J Low Genit Tract Dis. 2013;17(5):1-27.

Hay que tener presente que el anterior algoritmo de la ASCCP no es completamente aplicable, ya que en Colombia no se realiza co-test (citología y prueba de ADN del VPH conjunta), por lo que, solo se podría utilizar la parte central del mismo, donde se realiza tamización con citología sola. Con base en eso, las pacientes con citología que evidencian LIE-BG deben remitirse para realización de colposcopia.

En las LIE-BG con prueba de VPH negativa, la probabilidad de progresión a NIC 3 es del 2% a 5 años, este riesgo se incrementa a 6,1% en caso de tener una prueba de VPH positiva, sin embargo, en el 15,2 al 28% de las pacientes con LIE-BG se encuentran lesiones de alto grado (NIC 2 o 3) durante el primer examen colposcópico, por lo que siempre las pacientes con LIE-BG deben ser remitidas para colposcopia.

Tabla 1. Riesgo de cáncer de cérvix con resultado de citología anormal

Citología cervical	Incidencia (porcentaje)		
	NIC 2	NIC 3 ^	Cáncer de cuello*
Negativo	0,68	0,26	0,025
ASC-US	6,9	2,6	0,18
- VPH positivo	18	6,8	0,41
- VPH negativo	1,1	0,43	
ASC-H	35	18	2,6
LIE-BG	16	5,2	0,16
- VPH positivo	19	6,1	
- VPH negativo	5,1	2,0	
LIE-AG	69	47	7,3
Células glandulares atípicas	13	8,5	2,7
Cáncer de células escamosas	84	84	68

^ incluye adenocarcinoma in situ.

* incluye cáncer de cérvix escamoso y adenocarcinoma cervical.

Fuente: adaptada de Goodman A, Huh W. Cervical cytology: evaluation of low-grade squamous intraepithelial lesions (LSIL) [internet]. UpToDate [citado 2019 ene. 21]. 2015. Disponible en: <https://bit.ly/2lcBtFS>

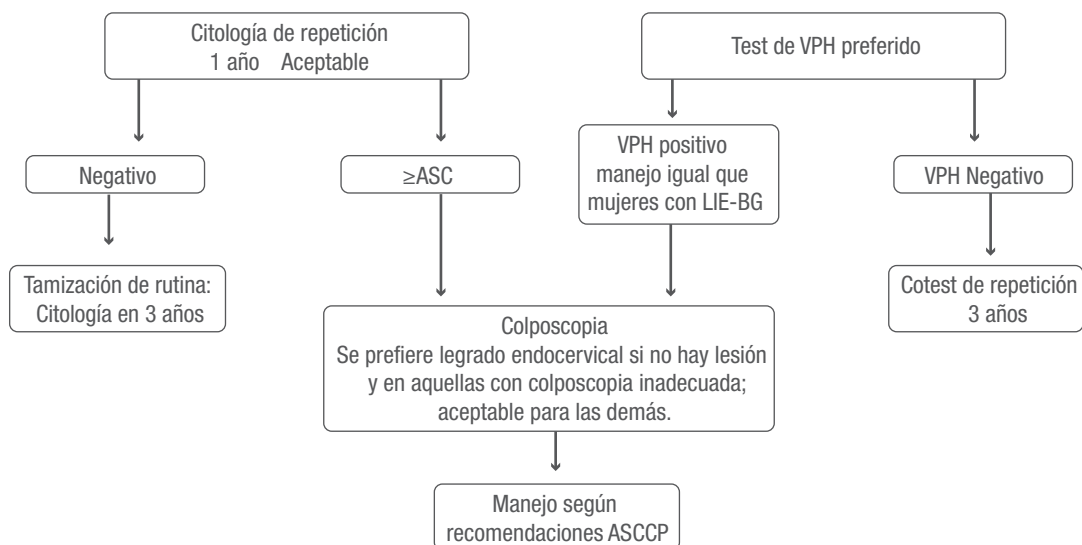
Ginecología, endocrinología y oncología

Tamización del cáncer de cuello uterino en Colombia: entendiendo la transición

Para el manejo de las pacientes con citología que reporta ASC-US, las guías de la ASCCP recomiendan dos opciones, una de

ellas es el seguimiento con citología a los 12 meses y, la otra opción, es realizar la prueba de ADN-VPH (ver figura 10).

Figura 10. Manejo de pacientes con ASC-US*



*El manejo puede variar si la mujer está embarazada o tiene entre 21 y 24 años.

Fuente: adaptada de Massad LS, Einstein MH, Huh WK, Katki HA, Kinney WK, Schiffman M, et al. 2012 updated consensus guidelines for the management of abnormal cervical cancer screening tests and cancer precursors. J Low Genit Tract Dis. 2013;17(5 supl.1): S1-S27.

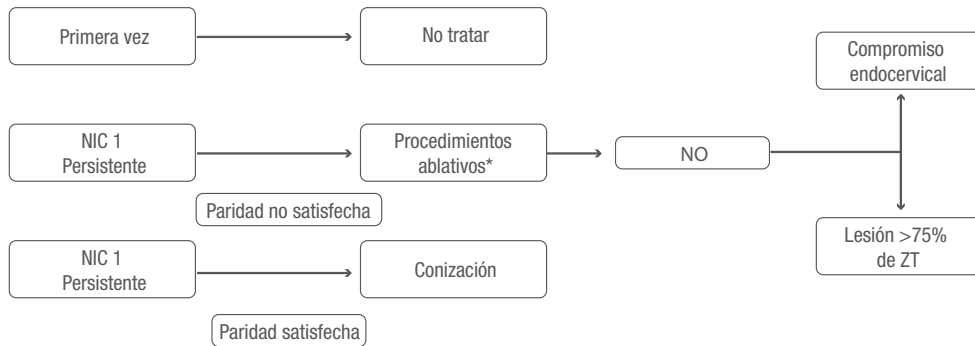
Las guías americanas de la ASCCP no recomiendan realizar colposcopia como abordaje inicial en pacientes cuya primera citología reporta ASC-US, excepto sí, posterior a dicha citología se realiza prueba de ADN-VPH y es positiva.

No se recomienda tratar a las mujeres con diagnóstico por primera vez de NIC 1, ya que dicho hallazgo es en realidad la expresión de la infección viral transitoria y de bajo riesgo, por lo que un gran porcentaje desaparecen espontáneamente. Sin embargo, cuando hay persistencia del NIC 1, es necesario realizar un abordaje diferente⁽³⁾.

¿Qué se debe hacer en las pacientes ≥ 30 años con reporte de biopsia tomada por colposcopia que evidencia una lesión histológica de bajo grado (NIC 1)?

El NIC 1 persistente, se define como el hallazgo de dos NIC 1 en histología consecutivos tras 18 meses de diferencia entre los mismos. El primer resultado se obtendría en la colposcopia con biopsia realizada tras la tamización positiva, y el segundo en la colposcopia con biopsia realizada en caso de que el seguimiento a los 18 meses con prueba de ADN del VPH sea positivo⁽³⁾ (ver figura 11).

Figura 11. Manejo del NIC 1 según la GPC



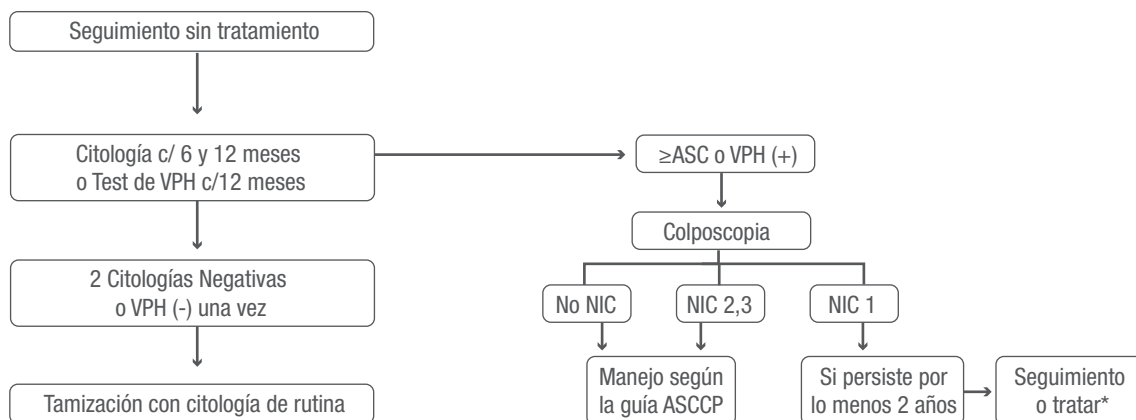
*Electrocauterización, crioterapia, vaporización, imiquimod, 5-fluoracilo, ácido tricloroacético.

Fuente: elaboración propia.

La GPC colombiana solo especifica que el seguimiento de NIC 1 es con prueba de ADN-VPH en 18 meses y, las guías de la ASCCP recomiendan realizar seguimiento sin tratamiento de NIC 1 y hacer co-test en 12 meses, sin embargo, nuevamente estas recomendaciones no serían aplicables cuando no se dispone de la prueba de ADN-VPH.

Por todo lo anterior, sugerimos usar la antigua recomendación de las guías ASCCP del 2006, cuyo recurso de seguimiento es con citología o ADN-VPH, sin embargo, se debe tener presente que esta guía es aplicable en los casos en que el NIC 1 está precedido por lesiones citológicas de bajo grado (ver figura 12).

Figura 12. Manejo del NIC I, según ASCCP 2006



*Procedimientos ablativos y escisionales. Se prefiere la escisión si la colposcopia es insatisfactoria, CEC positivo o paciente previamente tratada.

Fuente: adaptada de Wright TC Jr, Massad LS, Dunton CJ, Spitzer M, Wilkinson EJ, Solomon D; 2006 American Society for Colposcopy and Cervical Pathology-sponsored Consensus Conference. Am J Obstet Gynecol. 2007 Oct;197(4):346-55.

Ginecología, endocrinología y oncología

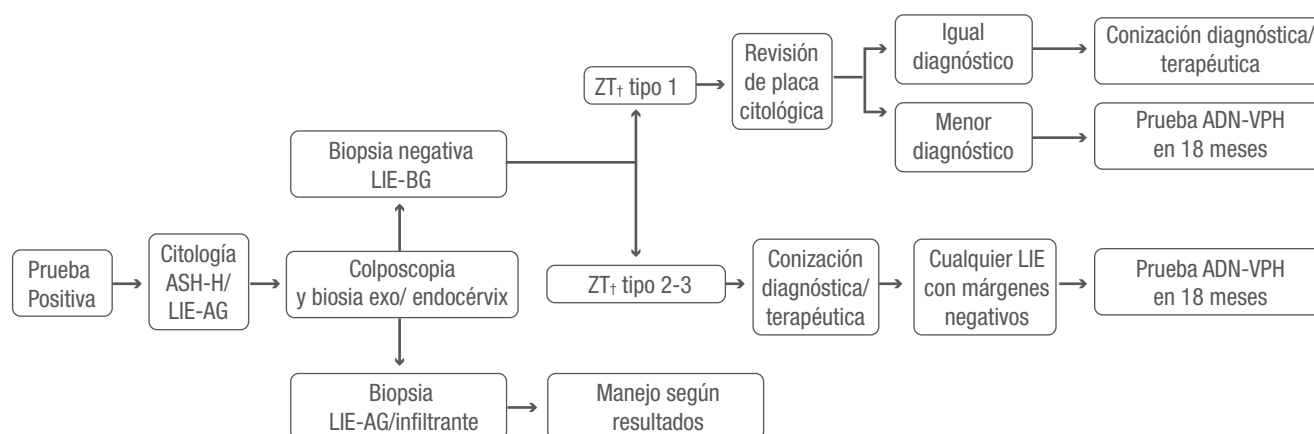
Tamización del cáncer de cuello uterino en Colombia: entendiendo la transición

Aunque en el algoritmo de la ASCCP del 2006, se incluye dentro del seguimiento con citología al NIC 1, precedido por ASC-H, es importante tener en cuenta que en dichos casos se debería aplicar el algoritmo de la ASCCP del 2013, ya que la incidencia de NIC 2 y NIC 3 (35 y 18%, respectivamente) es mayor cuando se tiene un ASC-H, tal como se evidencia en la tabla 1 y, el enfoque debe

realizarse como una disociación cito histológica como se describe más adelante.

La GPC colombiana recomiendan el siguiente algoritmo de manejo en caso de tener la prueba de ADN-VPH positivo y el triage con citología que evidencia ASC-H o LIE-AG (ver figura 13).

Figura 13. Prueba ADN-VPH positiva con citología de triage ASC-H o LIE-AG



*Siempre excepto en embarazadas

† Zona de transformación

Fuente: tomado del Ministerio de Salud y Protección Social. Guía de práctica clínica para la detección y manejo de lesiones precancerosas de cuello uterino. Guía completa. Bogotá: autor; 2014.

Para comprender el algoritmo anterior se debe tener claro lo que significa una disociación cito histológica, que se define como aquella situación en la cual, el reporte de citología evidencia una lesión de alto grado (LIE-AG) o una atipia de células escamosas en la que no es posible descartar una lesión de alto grado (ASC-H) y que no se correlaciona con el reporte histológico de la biopsia tomada por colposcopia que describe NIC 1 o un hallazgo menor. Esto es fundamental entenderlo ya que, aunque la citología tiene baja sensibilidad, su especificidad es alta, por lo que al encontrar dichas lesiones debe comprobarse o descartarse completamente su correlación con NIC 2 o NIC 3. Para ello, deberá revisarse nuevamente la placa de citología y revisar la descripción de

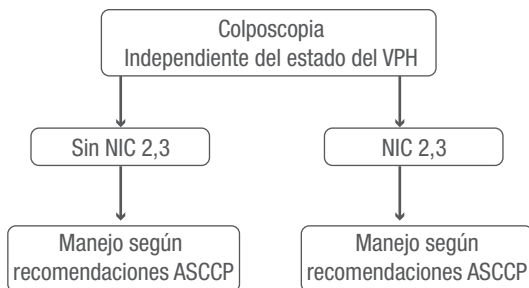
la colposcopia en la cual se define qué tipo de zona de transformación (ZT) se evidenció, ya que de existir un componente endocervical (ZT tipo 2) o en caso de no haber sido completamente visible o estar ausente (ZT tipo 3), se deberá proceder con un procedimiento escisional como se describe en el algoritmo.

El algoritmo anterior es lo que se debe realizar en condiciones ideales, aunque la GPC colombiana claramente recomienda la tamización con ADN del VPH, se sigue realizando en este grupo etario tamización con citología, por lo que no podría ser aplicable en dichos escenarios y habría que usar de nuevo la guía de la ASCCP.

¿Qué hacer con la paciente ≥ 30 años que llega con la citología que evidencia LIE-AG o ASC-H, sin prueba de ADN del VPH?

En ambos casos está indicado realizar colposcopia (ver figura 14 y 15), pero ante un LIE-AG también puede ser una opción de manejo el procedimiento escisional como la conización con LEEP (asa diatérmica) (ver figura 15).

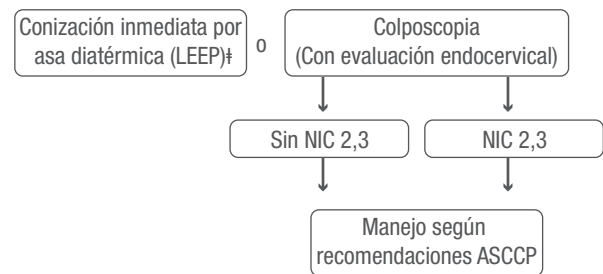
Figura 14. Manejo de mujeres con ASC-H*



*Opciones de manejo puede variar si la mujer está embarazada o tiene entre 21 a 24 años.

Fuente: adaptada de Massad LS, Einstein MH, Huh WK, Katki HA, Kinney WK, Schiffman M, et al. 2012 updated consensus guidelines for the management of abnormal cervical cancer screening tests and cancer precursors. J Low Genit Tract Dis. 2013;17(5 supl.1): S1-S27.

Figura 15. Manejo de mujeres con LIE-AG*



* Opciones de manejo puede variar si la mujer está embarazada o tiene entre 21 a 24 años.

† No aplica en embarazadas o mujeres entre 21 a 24 años.

Fuente: adaptada de Massad LS, Einstein MH, Huh WK, Katki HA, Kinney WK, Schiffman M, et al. 2012 updated consensus guidelines for the management of abnormal cervical cancer screening tests and cancer precursors. J Low Genit Tract Dis. 2013;17(5 supl.1): S1-S27.

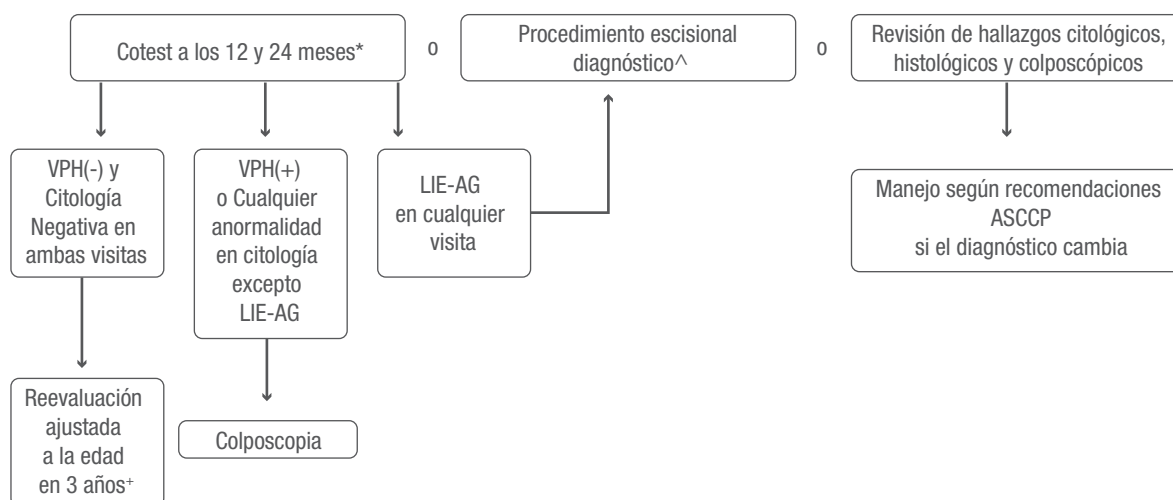
¿Qué se debe hacer en las pacientes ≥ 30 años con reporte de biopsia tomada por colposcopia que evidencia una lesión histológica de bajo grado (NIC 1) precedida de un ASC-H o LIE-AG?

Como se explicó previamente, se considera una disociación cito histológica y requiere revisión de la placa de citología y de la colposcopia. De no disponer de dicha revisión, otra opción es realizar un procedimiento escisional diagnóstico (ver figura 16).

Ginecología, endocrinología y oncología

Tamización del cáncer de cuello uterino en Colombia: entendiendo la transición

Figura 16. Manejo de mujeres con NIC 1 precedido de una citología con ASC-H o LIE-LIE-AG*



*Siempre que la colposcopia sea adecuada y el muestreo endocervical sea negativo

^ Excepto en poblaciones especiales (puede incluir embarazadas y edad entre 21 a 24 años.

+ Citología si edad < 30 años, cotest si edad ≥ 30 años.

Fuente: adaptada de Massad LS, Einstein MH, Huh WK, Katki HA, Kinney WK, Schiffman M, et al. 2012 updated consensus guidelines for the management of abnormal cervical cancer screening tests and cancer precursors. J Low Genit Tract Dis. 2013;17(5 supl.1): S1-S27.

¿Qué se debe hacer en las pacientes ≥30 años con un reporte histológico de NIC 2 o NIC 3?

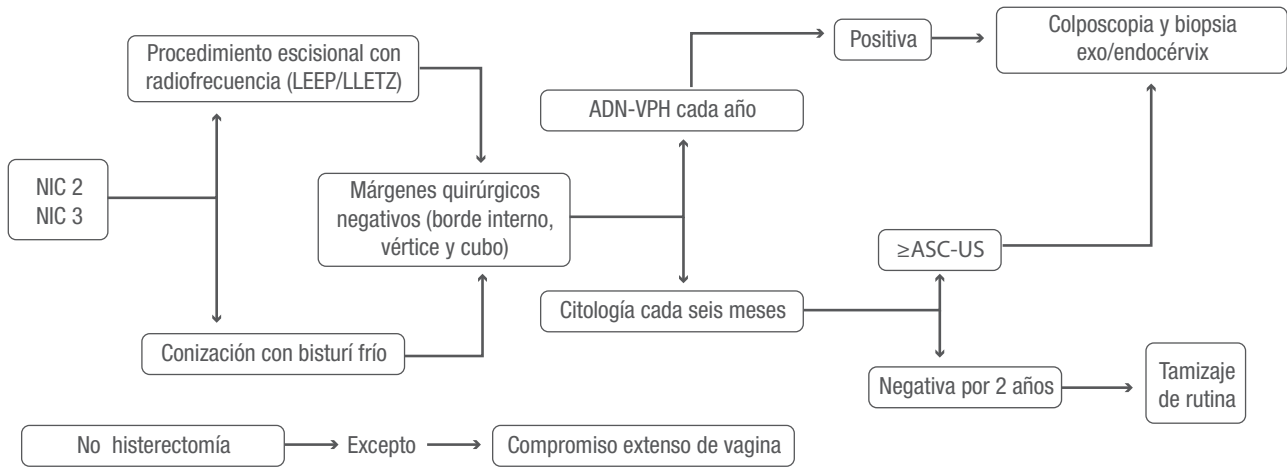
Las NIC 2 y NIC 3 se manejan igual porque la distinción histológica entre los dos grados es poco reproducible(11).

Con el fin de reducir la incidencia y la mortalidad por cáncer de cuello uterino invasivo, la GPC colombiana sugiere realizar procedimientos escisionales con radiofrecuencia o,

en caso de no disponer de dicho recurso, realizar la conización clásica con bisturí frío. Si los márgenes quirúrgicos son negativos, se recomienda seguimiento con prueba de ADN-VPH cada 12 meses hasta tener un resultado negativo o, si no se dispone de la prueba, se puede realizar seguimiento con citología cada 6 meses hasta obtener resultados negativos consecutivos durante dos años.

No se recomienda la histerectomía como manejo inicial de las NIC 2 o NIC 3 (ver figura 17).

Figura 17. Manejo de mujeres con NIC 1 precedido de una citología con ASC-H o LIE-AG

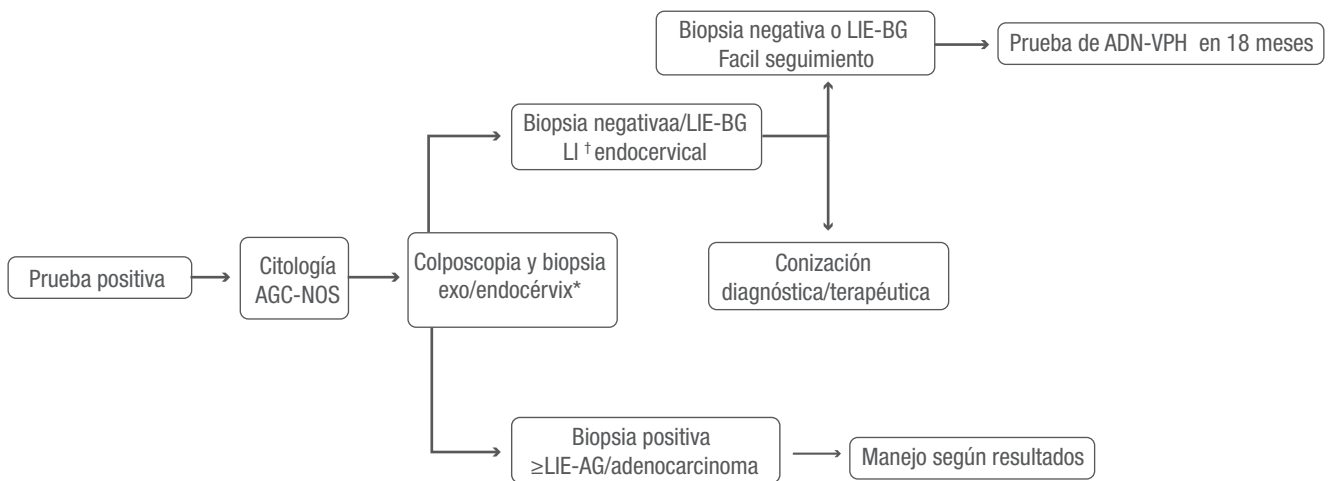


Fuente: elaboración propia.

La GPC colombiana recomienda el siguiente algoritmo de manejo en caso de tener la prueba de ADN del VPH positivo

y el triage con citología que evidencia AGC-NEO o AGC-NOS (ver figura 18 y 19).

Figura 18. Prueba ADN-VPH positiva con citología de triage AGC-NOS

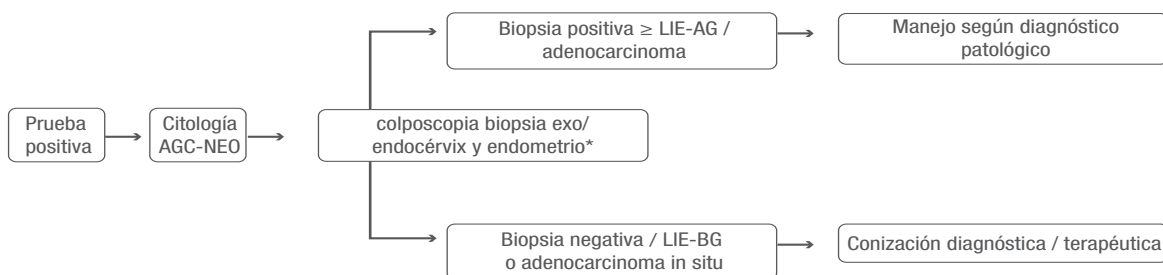


Fuente: tomado del Ministerio de Salud y Protección Social. Guía de práctica clínica para la detección y manejo de lesiones precancerosas de cuello uterino. Guía completa. Bogotá: autor; 2014.

Ginecología, endocrinología y oncología

Tamización del cáncer de cuello uterino en Colombia: entendiendo la transición

Figura 19. Prueba ADN-VPH positiva con citología de triage AGC-NEO



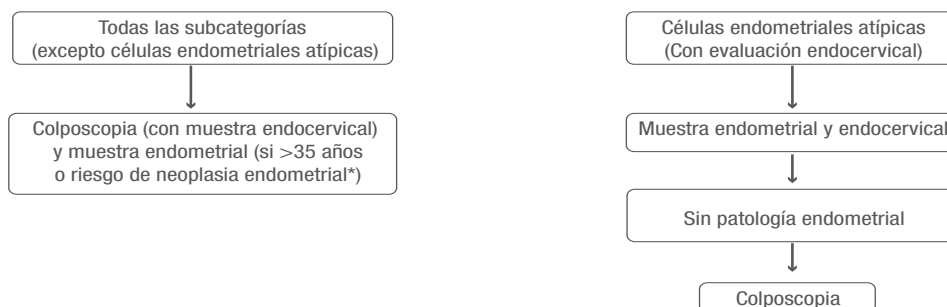
Fuente: tomado del Ministerio de Salud y Protección Social. Guía de práctica clínica para la detección y manejo de lesiones precancerosas de cuello uterino. Guía completa. Bogotá: autor; 2014.

¿Qué hacer con la paciente ≥ 30 años a quien se le hizo tamización con citología y reporta AGC-NOS o AGC-NEO, sin prueba de ADN de VPH?

La AGC se ha asociado con pólipos y metaplasia, pero también con neoplasias, incluidos los adenocarcinomas del endometrio, el cuello uterino, el ovario y la trompa de Falopio⁽⁸⁾.

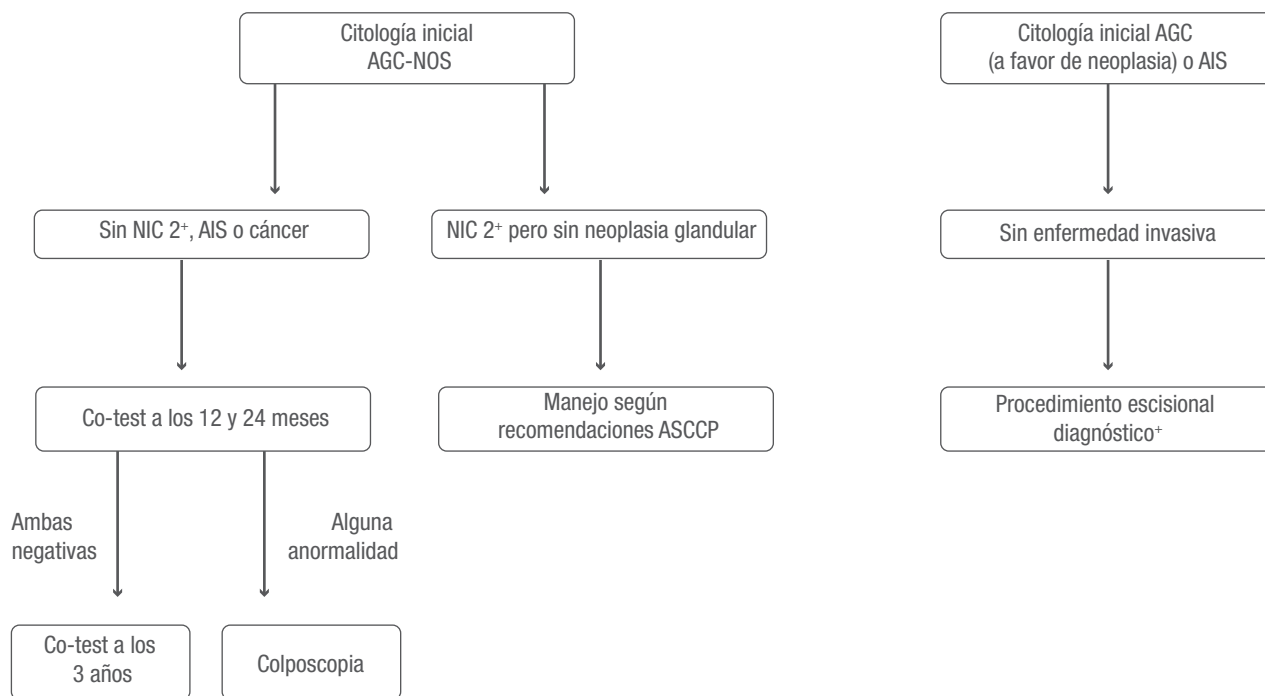
La ASCCP recomienda realizar colposcopia, a diferencia de la GPC colombiana, indica realizar biopsia endometrial a las pacientes con citología con cualquier subclasificación de AGC y que tenga algún factor de riesgo para hiperplasia o cáncer de endometrio, mientras que en la GPC se recomienda biopsia endometrial a quienes tengan citología con AGC-NEO, excepto en embarazadas **(ver figura 20 y 21)**.

Figura 20. Evaluación de la mujer con AGC-NOS



Fuente: adaptada de Massad LS, Einstein MH, Huh WK, Katki HA, Kinney WK, Schiffman M, et al. 2012 updated consensus guidelines for the management of abnormal cervical cancer screening tests and cancer precursors. J Low Genit Tract Dis. 2013;17(5 supl.1): S1-S27.

Figura 21. Evaluación de mujeres con AGC



+Se prefiere un espécimen intacto con márgenes evaluables.
 Se prefiere muestreo endocervical concomitante.

Fuente: adaptada de Massad LS, Einstein MH, Huh WK, Katki HA, Kinney WK, Schiffman M, et al. 2012 updated consensus guidelines for the management of abnormal cervical cancer screening tests and cancer precursors. J Low Genit Tract Dis. 2013;17(5 supl.1): S1-S27.

¿Cómo realizar la tamización en mujeres <25 años?

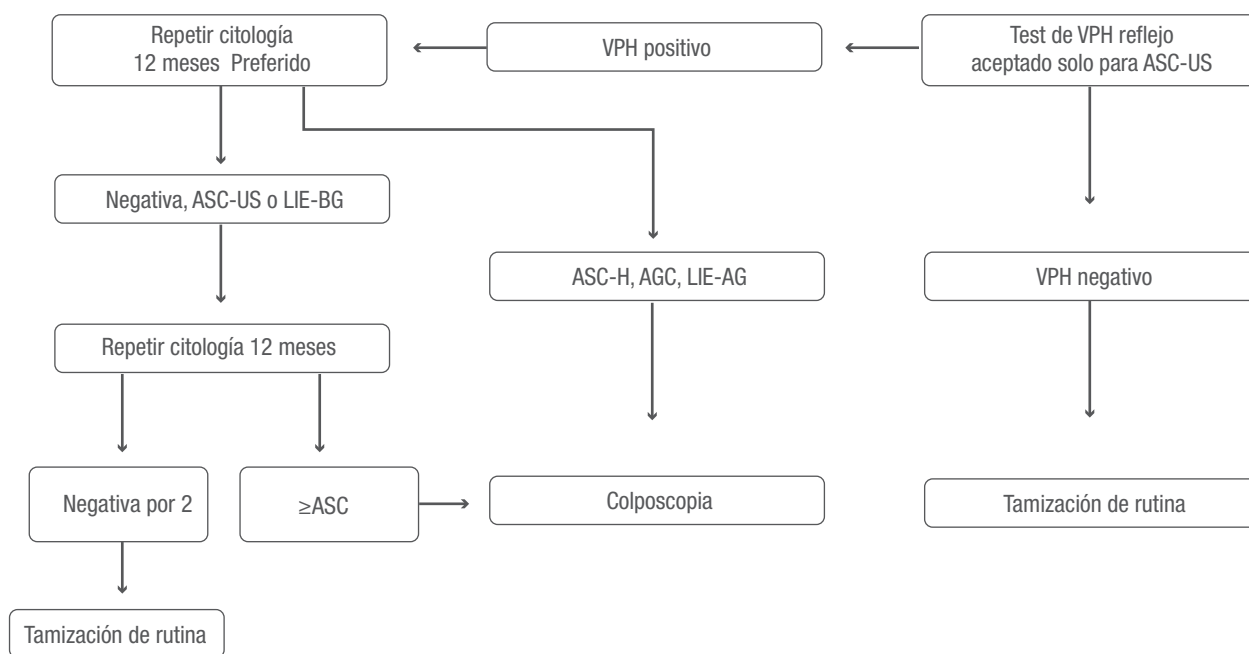
La GPC colombiana no recomienda realizar tamización para cáncer de cérvix en este grupo etario, pero mientras se supera la transición entre lo escrito en la guía y lo que

todavía se hace, sugerimos aplicar las guías de la ASCCP que sí cuentan con recomendaciones de manejo en esta población (**ver figura 22**).

Ginecología, endocrinología y oncología

Tamización del cáncer de cuello uterino en Colombia: entendiendo la transición

Figura 22. Manejo en mujeres entre 21 y 24 años con ASC-US o LIE-BG



Fuente: adaptada de Massad LS, Einstein MH, Huh WK, Katki HA, Kinney WK, Schiffman M, et al. 2012 updated consensus guidelines for the management of abnormal cervical cancer screening tests and cancer precursors. J Low Genit Tract Dis. 2013;17(5 supl.1): S1-S27.w

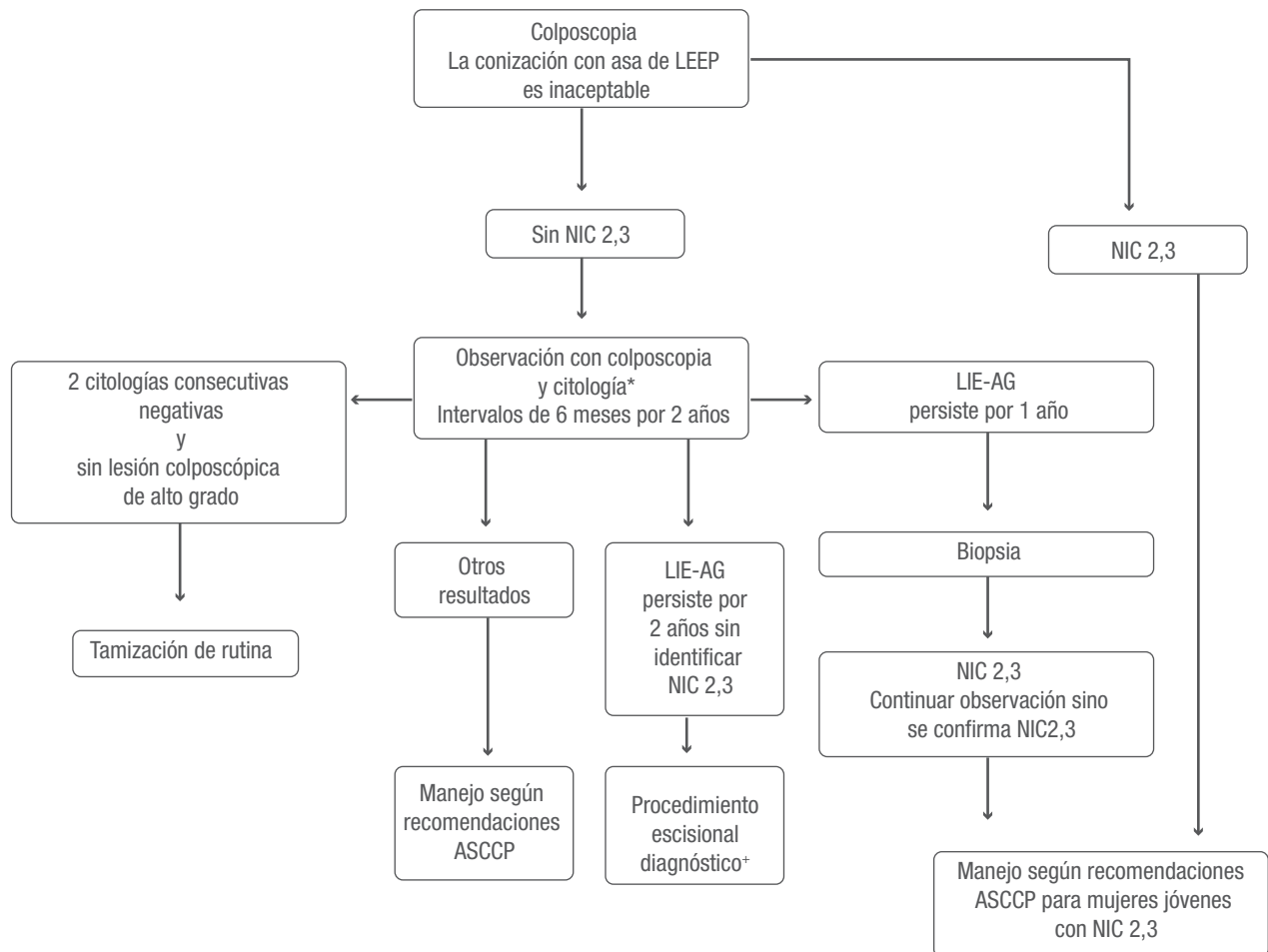
Si el resultado de la citología evidencia ASC-US, se sugiere realizar prueba de ADN de VPH, ya que aquellas pacientes con prueba negativa no requieren seguimiento con citología a los 12 meses, sino que continúan con su tamización de rutina a los 3 años.

A diferencia de las mujeres ≥ 30 años, si el resultado de la citología describe un LIE-BG, las guías ASCCP no recomiendan realizar colposcopia como abordaje inicial en esta población, sino que se les debe hacer seguimiento con citología a los 12 meses por 2 años.

¿Qué se debe hacer con la paciente <25 años que llega con la citología que evidencia ASC-H o LIE-AG?

Se debe realizar colposcopia, en ellas no se recomienda realizar procedimientos escisionales como abordaje inicial (ver figura 23).

Figura 23. Manejo en mujeres entre 21 y 24 años con ASC-H



*Si la colposcopia es adecuada y la biopsia endocervical es negativa. De otro modo está indicado un procedimiento escisional diagnóstico. +No aplica para embarazadas.

Fuente: adaptada de Massad LS, Einstein MH, Huh WK, Katki HA, Kinney WK, Schiffman M, et al. 2012 updated consensus guidelines for the management of abnormal cervical cancer screening tests and cancer precursors. J Low Genit Tract Dis. 2013;17(5 supl.1): S1-S27.

¿Qué se debe hacer con la paciente <25 años con reporte de biopsia tomada por colposcopia que evidencia NIC 1?

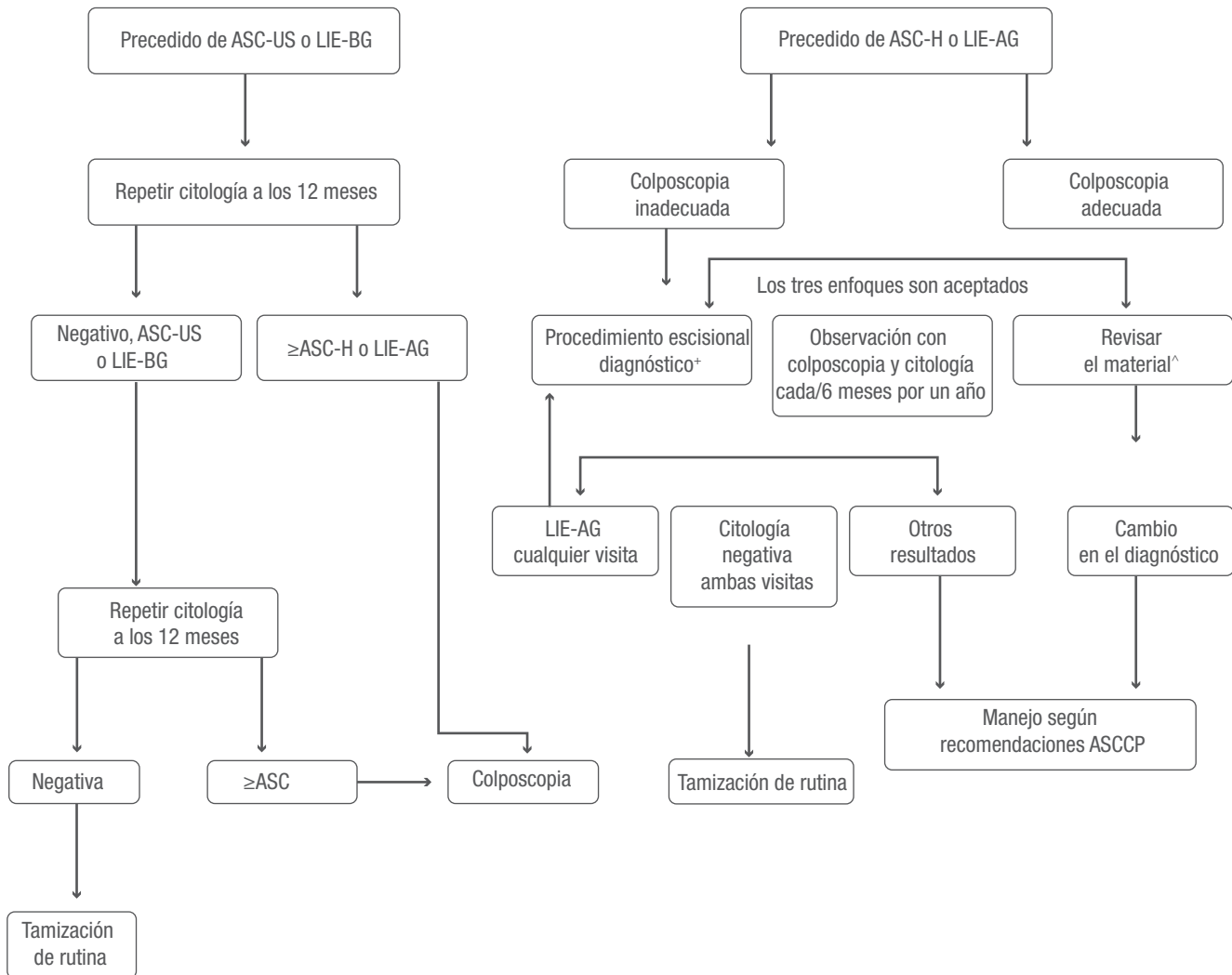
Si está precedido por citología que reporta ASC-US o LIE-BG, las guías ASCCP recomiendan seguimiento con citología cada 12 meses.

Si está precedida por citología que reporta ASC-H o LIE-AG deberá enfocarse como una disociación cito histológica (ver figura 24).

Ginecología, endocrinología y oncología

Tamización del cáncer de cuello uterino en Colombia: entendiendo la transición

Figura 24. Manejo de mujeres entre 21 y 24 años, con NIC 1



+No en embarazadas

^Incluye citología, hallazgos colposcópicos y todas las biopsias.

Fuente: adaptada de Massad LS, Einstein MH, Huh WK, Katki HA, Kinney WK, Schiffman M, et al. 2012 updated consensus guidelines for the management of abnormal cervical cancer screening tests and cancer precursors. J Low Genit Tract Dis. 2013;17(5 supl. 1): S1-S27.

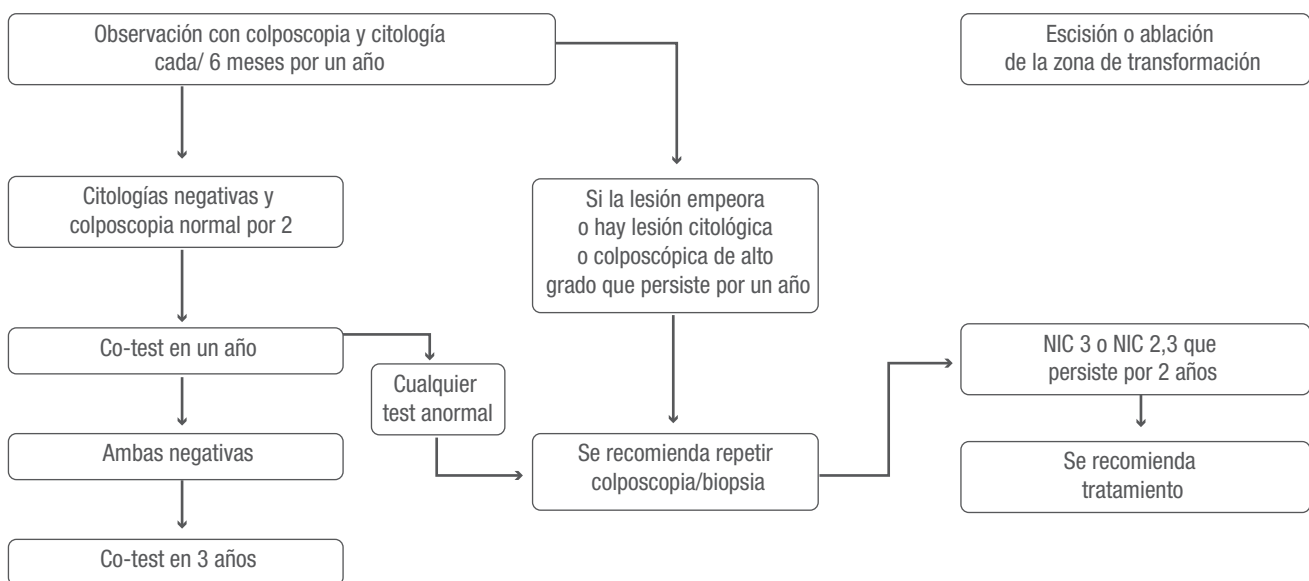
¿Qué se debe hacer en las pacientes <25 años con un reporte de biopsia tomada por colposcopia que evidencia NIC 2 o NIC 3?

Las mujeres jóvenes tienen tasas altas de regresión y bajo riesgo de progresión a cáncer, sin embargo, ante alguno de estos hallazgos se deberá garantizar seguimiento más estrecho o procedimiento escisional o ablativo según sea el caso.

En las guías de la ASCCP existe además otra forma de designar a las lesiones histológicas de alto grado denominado NIC 2,3 que, se define como aquellas lesiones en las cuales no es posible realizar distinción histológica entre NIC 2 y NIC 3. Cuando el reporte especifica NIC 2, se podría realizar manejo conservador y seguimiento con citología y colposcopia cada 6 meses, pero si se reporta NIC 3 o la colposcopia es insatisfactoria, se requerirá de procedimiento escisional o ablación de la ZT (**ver figura 25**).

Figura 25. Manejo de mujeres jóvenes con NIC 2,3

Si la colposcopia es adecuada, el tratamiento o la observación son aceptables. Si se especifica NIC 2 se prefiere la observación. Si se especifica NIC 3 o la colposcopia es inadecuada, se prefiere el tratamiento.



Fuente: adaptado de Massad LS, Einstein MH, Huh WK, Katki HA, Kinney WK, Schiffman M, et al. 2012 updated consensus guidelines for the management of abnormal cervical cancer screening tests and cancer precursors. J Low Genit Tract Dis. 2013;17(5 supl. 1):S1-S27.

Las pautas para mujeres entre 21 y 24 años pueden extrapolarse a las adolescentes a quienes se les realizó

tamizaje inadvertido, sin embargo, en ellas no se recomienda realizar tamización(8).

Ginecología, endocrinología y oncología

Tamización del cáncer de cuello uterino en Colombia: entendiendo la transición

Tamización en mujeres embarazadas

Varios estudios han reportado que de las displasias cervicales diagnosticadas durante el embarazo; 10 a 70% regresan, 25 a 47% progresan y del 2 al 11% avanzan a carcinoma invasivo en el postparto. La regresión espontánea luego del parto es relativamente común y el tratamiento durante el embarazo se asocia con alta probabilidad de complicaciones tales como hemorragia, aborto, parto pretérmino y resección incompleta de la lesión.

Pacientes con citologías ASC-US y prueba de ADN-VPV positiva o citología ASC-H o mayor, se sugiere que sean remitidas a colposcopia después del primer trimestre del embarazo, con el fin de prevenir la progresión a un cáncer invasivo, reducir la mortalidad y disminuir las complicaciones obstétricas(3).

No se recomienda remisión a colposcopia a las mujeres embarazadas <25 años con tamización por fuera del pro-

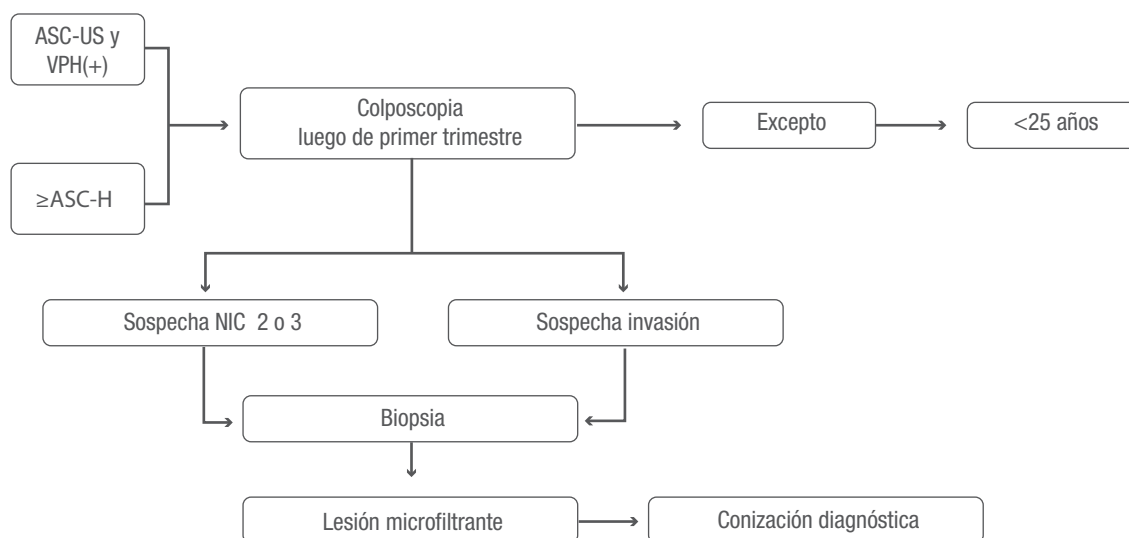
grama regular, en quienes se sospeche una lesión de bajo o alto grado, excepto cuando hay sospecha de carcinoma(3).

El manejo quirúrgico en el embarazo está reservado para aquellas pacientes con lesiones de alto grado (NIC 2 o 3), en las cuales no se puede excluir enfermedad micro invasiva o, para establecer el diagnóstico que oriente la vía del parto(3).

Se sugiere realizar conización diagnóstica (tradicional o por radiofrecuencia) solamente en los casos en que la biopsia reporte una lesión micro infiltrante o que en la colposcopia exista una sospecha muy fundamentada de infiltración y la decisión dependerá de la edad gestacional(3).

Se sugiere reevaluar a las mujeres gestantes con lesión de bajo o alto grado (NIC 1 o 3) 6 a 8 semanas después del parto con nueva colposcopia y biopsia, de acuerdo con este resultado, se deberá tomar una decisión terapéutica(3) (ver figura 26).

Figura 26. Tamización en mujeres embarazadas



Fuente: elaboración propia basada en el Ministerio de Salud y Protección Social. Guía de práctica clínica para la detección y manejo de lesiones precancerosas de cuello uterino. Guía completa. Bogotá: autor; 2014.

Conclusiones

La principal barrera de implementación, independientemente de la tecnología, es la dificultad para la creación y puesta en marcha de un programa organizado de tamización poblacional.

En Colombia se actualizaron las guías en el 2014, estas nuevas guías siguen los lineamientos modernos de la tamización cervical que resultan más eficientes desde todo punto de vista (recursos, mayor sensibilidad para detectar lesiones premalignas). Sin embargo, el sistema no ha adoptado estas nuevas guías y se sigue utilizando un sistema que se sabe es menos sensible y menos eficiente. Por esto

recomendamos que mientras se implementan las GPC colombianas, se utilice las guías ASCCP que nos da los lineamientos para manejar a las pacientes cuya tamización fue con citología.

- No se recomienda realizar tamización para cáncer de cuello uterino a las mujeres menores de 25 años, ya que un gran porcentaje de ellas presentan infección transitoria por VPH.
- En general, el manejo de las mujeres embarazadas con alguna displasia de cuello uterino es conservador, excepto en aquellas en las que exista una alta sospecha de lesión histológica de alto grado o de invasión.

Referencias bibliográficas

1. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2018;68(6):394-424.
2. Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer. Estimated age-standardized mortality rates (World) in 2018, cervix uteri, females, all ages [internet]. 2018 [citado 2019 ene. 25]. Disponible en: <https://bit.ly/2HSPauh>
3. Ministerio de Salud y Protección Social. Guía de práctica clínica para la detección y manejo de lesiones precancerosas de cuello uterino. Guía completa. Bogotá: autor; 2014.
4. Instituto Nacional de Cancerología. Alcance y objetivos de la guía de práctica clínica de lesiones precancerosas de cuello uterino. Bogotá: autor; 2012.
5. Data I, Method L. Globocan Colombia 2018. 2018;380:1-2.
6. De VNE, María L, Martínez R, Marcela D, Peralta G. Las pruebas de AdN para el Virus Papiloma Humano -Vph-. 2012;volumen 4:1-8.
7. Unidos EE. Alcance y objetivos de la guía de práctica clínica de lesiones precancerosas de cuello uterino 1. 2012;(1):7-12. Disponible en: http://www.cancer.gov.co//images/pdf/GUIAS-EN-DESARROLLO/CUELLO_UTERINO/Alcance_y_objetivos_CCU.pdf
8. Massad LS, Einstein MH, Huh WK, Katki HA, Kinney WK, Schiffman M, et al. 2012 Updated Consensus Guidelines for the Management of. *J Low Genit Tract Dis.* 2013;17(5):1-27.
9. Goodman A, Huh W. Cervical cytology: Evaluation of low-grade squamous intraepithelial lesions (LSIL. UpToDate [Internet]. 2015;1-19. Disponible en: <http://www.uptodate.com/contents/cervical-cytology-evaluation-of-high-gra>

Ginecología, endocrinología y oncología

Tamización del cáncer de cuello uterino en Colombia: entendiendo la transición

de-squamous-intraepithelial-lesions-hsil?source=search_result&search=abnormal+pap+smear&selectedTitle=6~150

10. Goodman A, Huh W. Cervical cytology: Evaluation of high-grade squamous intraepithelial lesions (HSIL). UpToDate [Internet]. 2015;(table 1):1–20. Disponible en: http://www.uptodate.com/contents/cervical-cytology-evaluation-of-high-grade-squamous-intraepithelial-lesions-hsil?source=search_result&search=abnormal+pap+smear&selectedTitle=6~150
11. Wright A.J.D. Cervical intraepithelial neoplasia : Management of low-grade and high-grade lesions. UpToDate. 2019;1–27.