

CÁNCER DE CUELLO DE ÚTERO

CÁNCER DE CUELLO DE ÚTERO.....	1
EVOLUCIÓN DE LAS LESIONES.....	2
CLASIFICACIÓN DE LAS LESIONES CERVICALES INTRAEPITELIALES.....	2
QUÉ HACER ANTE UN ASCUS.....	5
CRIBADO CÁNCER DE CUELLO DE ÚTERO.....	6
CRIBADO EN SUBGRUPOS ESPECIALES.....	6
HISTERECTOMÍA PREVIA POR PATOLOGÍA BENIGNA.....	6
INMUNODEPRESIÓN.....	6
ANTECEDENTE DE LESIÓN CERVICAL SUPERIOR A HSIL O CIN2	
TRATADAS.....	6
ANTECEDENTE DE LESIÓN CERVICAL INFERIOR A HSIL O CIN2	
TRATADAS (dadas de alta en consulta de TGI).....	6
GESTACIÓN.....	6

EVOLUCIÓN DE LAS LESIONES

- Epitelio normal
- Infección PVH
- Displasia leve, CIN1, LSIL
- Displasia mod/severa, CIN 2-3, HSIL
- Ca microinvasivo
- Ca invasivo.

CLASIFICACIÓN DE LAS LESIONES CERVICALES INTRAEPITELIALES

Bethesda	Richart	OMS
ASC-US (células escamosas que no tienen aspecto normal, pero tampoco tienen aspecto de SIL o de cáncer.) Colposcopia inmediata (opción aceptable)		
LSIL (lesión escamosa intraepitelial de bajo grado). Remitir a Ginecología para Colposcopia en 6-12 semanas.	CIN I	Displasia leve
HSIL (lesión escamosa intraepitelial de bajo grado). Remitir a Ginecología Preferente para Colposcopia antes de 4 semanas.	CIN II	Displasia moderada
	CIN III	Displasia grave
		Carcinoma in situ. Remitir a Ginecología para Colposcopia antes de 2 semanas.
Cáncer invasor		
AGC (células glandulares que no tienen aspecto normal, pero tampoco tienen aspecto de SIL o de cáncer.)		

NIC I: Displasia Leve	NIC II: Displasia moderada	NIC III: Displasia Severa y Carcinoma in situ
Células con diferenciación alterada.	Células Indiferenciadas.	Células Indiferenciadas.
Afecta 1/3 inferior del epitelio.	Afecta los 2/3 inferiores del tracto epitelial.	Afecta el espesor del epitelio hasta una altura superior a los 2/3 o a todo el espesor.
60 % regresan a la normalidad con tratamiento.	50 % regresan a la normalidad.	
20 % progresa a lesión mayor.	50 % progresan con lesión mayor.	80-100 % progresan a Cáncer Invasor.
20 % permanece estacionario.		Se trata como Ca in situ.



CLASIFICACIONES CITOLÓGICAS			
1.950 - 1.960	1.970	1.980	1.990
Descriptivo	Displasias	NIC	Bethesda
Normal	Normal Metaplasia Atípica	Normal Metaplasia Atípica	Normal
Metaplasia atípica	Displasia leve	NIC I	LEI bajo grado
Carcinoma in situ	Displasia moderada	NIC II	
	Displasia severa Carcinoma in situ	NIC III	LEI alto grado
	(Reagan, J.W. Cáncer 6:224.1953)	(Richart, R.M. Cáncer 19: 1635, 1966)	(Bethesda System 1.988)

CUADRO COMPARATIVO DE CLASIFICACIONES

DISPLASIA/CIS Años 49-69	¿HPV?	DISPLASIA LEVE	DISPLASIA MODERADA	DISPLASIA GRAVE	CIS
CIN-NIC (Richart) Años 69-89	HPV (1976)	CIN-NIC 1	CIN-NIC 2	CIN-NIC 3	
SIL-LIP (Bethesda) Desde 1989	SIL-LIP BAJO GRADO (L-SIL)		SIL-LIP ALTO GRADO (H-SIL)		

ASC-US (células escamosas que no tienen aspecto normal, pero tampoco tienen aspecto de SIL o de cáncer).

LSIL (lesión escamosa intraepitelial de bajo grado).

HSIL (lesión escamosa intraepitelial de bajo grado).

Cuando hacemos una citología el patólogo nos da el resultado en nomenclatura Bethesda:

- Células escamosas atípicas (ASC)
 - de significado indeterminado (ASC-US)
 - no puede excluirse H-SIL (ASC-H)
- Lesión intraepitelial escamosa de bajo grado (L-SIL), comprendiendo:
 - displasia leve/CIN 1
 - PVH
- Lesión intraepitelial escamosa de alto grado (H-SIL), comprendiendo:
 - displasia moderada, severa y CIS/CIN 2 y 3
 - con características sugestivas de invasión (si se sospecha invasión)
- Carcinoma epidermoide

Se califican de leves las atipias celulares escamosas de significado incierto (**ASC-US**) y las lesiones intraepiteliales escamosas de bajo grado (**LSIL**), que se correlacionan con infección transitoria por VPH y con CIN-1.

Son de mayor gravedad las atipias celulares escamosas sospechosas de alto grado (**ASC-H**) y las lesiones intraepiteliales escamosas de alto grado (**HSIL**, se correlaciona con CIN-2, CIN-3 y carcinoma in situ).

ASCUS: los cambios observados pueden deberse a un proceso benigno, pero intenso, o a una lesión potencialmente grave; por lo tanto, y debido a que no pueden ser inequívocamente clasificados, son interpretados como de significado indeterminado o incierto. Tienen un 5-17% de tener una lesión intraepitelial de alto grado, y un 0,1-0,2 de ser invasivo.

ASCUS H: tiene de un 24-94% de tener una lesión intraepitelial de alto grado.

HSIL: las alteraciones celulares son bastante acusadas pero, bien por las características de la extensión (inflamación, hemorragia, etc.) o bien por la escasez de estas células, no pueden considerarse totalmente conclusivas.

Generalmente el CCU tarda más de 10a en desarrollarse, por lo que se tiene de un plazo prolongado para detectarlo, tratarlo y curarlo.

Para que se dé el CCU son necesarias 4 fases:

1. La infección por VPH-AR.
2. La infección persista en el tiempo.
3. La infección debe persistir y progresar a lesiones precancerosas.
4. Debe invadir la membrana basal del epitelio.

La mayoría de las infecciones evolucionan espontáneamente a la curación, que se puede producir en varios años. Son infecciones transitorias que no suponen riesgo alguno.
En la actualidad no hay ningún tratamiento para esta infección una vez producida.

Las lesiones preinvasivas con ASINTOMATICAS. Darán síntomas los CCU invasores. Signos o sintoma de mayor valor predictivo:

- Sangrado vaginal anormal espontaneo o postcoital (sinusorragia)
- Secreción vaginal de mal olor.
- Dolor o presión en la zona pelviana

Respecto a los resultados anormales de las citologías en Bethesda, nosotros vemos sólo los ASCUS pues el resto son revisados en la consulta de TGI de gine.

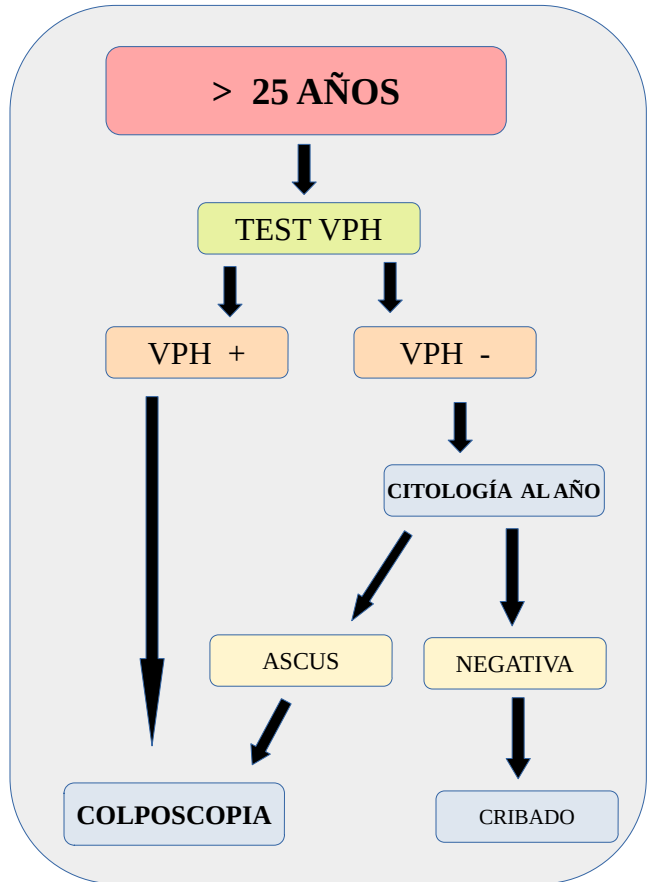
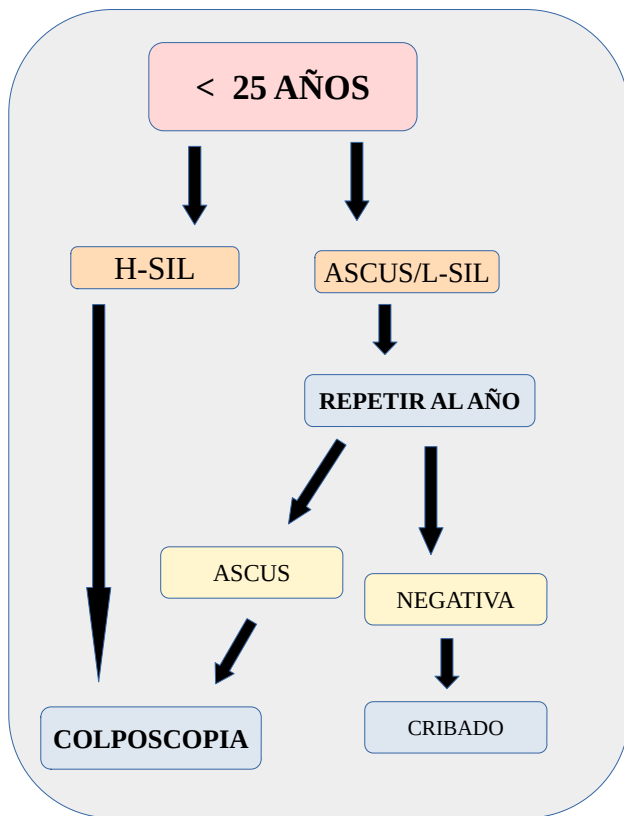
A los ASCUS que hemos tenido, le hacemos un VPH.

- **Negativo:** rev en 3 años como las demás pero con CO-TEST.
- **Positivo serotipo alto riesgo:** derivacion a TGI
- **Positivo serotipo bajo riesgo:** al año CO-TEST
 - **Citologia normal y VPH negativo o de bajo riesgo:** vuelve al ciclo citologia cada 3 años.
 - **Citologia anormal o VPH alto riesgo:** derivacion TGI

Seguimiento de altas de TGI

- **Con antecedente de lesiones cervicales previas inferiores a HSIL o CIN2 tratadas**, se incorporarán al programa de cribado: realizar citología anual dos años seguidos y si ambas son normales continuar con citologías cada tres años hasta los 65 años.
- **Con antecedente de lesión cervical previa superior a HSIL o CIN2 tratadas**, se incorporarán al programa de cribado: realizar citología anual dos años seguidos y si ambas son normales continuar con citologías cada tres años. Deberán prolongar el seguimiento hasta 20 años independientemente de que se alcancen los 65 años de edad.

QUÉ HACER ANTE UN ASCUS



CRIBADO CÁNCER DE CUELLO DE ÚTERO

Población diana: mujeres asintomáticas con relaciones sexuales y edad 25-65 años.

- <25 años: no se recomienda cribado.
- 25-65 años: Citología cada 3 años.
- 65 años: Finalización del cribado después de 2 citologías normales (durante 10 años previos y no haya antecedentes de CIN o CCU tratado durante los 20 años previos).

CRIBADO EN SUBGRUPOS ESPECIALES

HISTERECTOMÍA PREVIA POR PATOLOGÍA BENIGNA

Finalizar cribado independientemente de los antecedentes.

INMUNODEPRESIÓN

Citología anual a partir de los 21 años y sin límite de edad.

Co-test a partir de los 30 años:

- cada 3 años si $CD4 \geq 200$ o TAR.
- anual si $CD4 < 200$ /sin TAR.

ANTECEDENTE DE LESIÓN CERVICAL SUPERIOR A HSIL O CIN2 TRATADAS

Prolongar seguimiento hasta 20 años independientemente de ser >65 años.

ANTECEDENTE DE LESIÓN CERVICAL INFERIOR A HSIL O CIN2 TRATADAS (dadas de alta en consulta de TGI)

Se incorporarán al programa de cribado: realizar citología anual 2 años seguidos y si ambas son normales continuar con citologías/3 años hasta 65 años.

GESTACIÓN

No realizar citología en las visitas prenatales.

Retrasar citología tras 6-8 semanas tras el parto si las citologías previas eran negativas.

Si el resultado es anormal en una embarazada, actuar como en no gestantes.