

GUÍAS CLÍNICAS

MANEJO CLÍNICO Y TERAPÉUTICO DE LA PATOLOGÍA CERVICAL EN LA PRÁCTICA DIARIA.

**SOCIEDAD DE PATOLOGÍA DEL TRACTO GENITAL INFERIOR,
CITOLOGÍA Y COLPOSCOPIA.**

Agosto 2005.

Montevideo, Uruguay.

EL CONOCIMIENTO DE LA HISTORIA NATURAL DE LOS PRECURSORES DE CÁNCER DEL CUELLO UTERINO HACE REPLANTEAR ASPECTOS RELATIVOS AL DIAGNÓSTICO Y LA TERAPÉUTICA, POR LO CUAL LA COMISIÓN DIRECTIVA Y EL COMITÉ CIENTÍFICO DE LA SOCIEDAD DEL TRACTO GENITAL INFERIOR, CITOLOGÍA Y COLPOSCOPIA DEL URUGUAY HAN CREÍDO CONVENIENTE PLANTEAR UNA SERIE DE SUGERENCIAS QUE APUNTAN A LA ASISTENCIA CLÍNICA INDIVIDUAL, NO INCLUYENDO EN ELLAS, LOS PROGRAMAS DE DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER DEL CUELLO UTERINO AL NIVEL DE POBLACIÓN.

LA ASISTENCIA CLÍNICA DEBE SER MANEJADA POR UN GINECOTOCÓLOGO.

MONTEVIDEO, SETIEMBRE DEL 2004

DESPISTAGE ESPONTÁNEO EN PATOLOGÍA DEL TGI

METODOLOGÍA Y PERIODICIDAD

METODOLOGÍA.

Examen clínico-ginecológico, citología y colposcopia

COMIENZO.

A partir de los 6 meses luego del inicio de las relaciones sexuales.

FRECUENCIA.

Control citológico anual.

Luego de los 65 años en mujeres con controles previos normales, sin factores de riesgo, ni antecedentes de patologías del TGI u otras neoplasias, el control se realizará de acuerdo al criterio del clínico tratante.

Control colposcópico.

Luego de la primera colposcopia normal en mujeres SIN FACTORES DE RIESGO, con controles citológicos y examen ginecológico con especuloscopia que persistan normales, los controles colposcópico podrían ser realizados cada 2 años.

En mujeres CON FACTORES DE RIESGO, se debe realizar un estudio colposcópico del TGI y un eventual estudio histológico; los controles cito-colposcópico posteriores dependerán de los hallazgos.

FACTORES DE RIESGO

(Para el cáncer de cuello uterino y sus lesiones precursoras.)





SEGUIMIENTO-TRATAMIENTO

Dada la posible regresión espontánea del L-SIL, el problema se plantea en los pocos casos en los que estas lesiones siguen evolucionando ($< 20\%$). Entre los factores conocidos de progresión, están el tipo de diagnóstico histológico, la aneuploidía, el estado inmunitario, el tipo de HPV y el tamaño de la lesión. El tratamiento sistemático representa en muchos casos, un sobre-tratamiento y por ello, la abstención terapéutica y el control, son una opción válida.

Bajo estas condiciones, un cambio de conducta de la paciente dirigida a modificar los cofactores de riesgo medioambientales, puede mejorar el estado inmunológico. Esto incluye suprimir el hábito del tabaquismo y eventualmente el uso de vitaminas y minerales.

La observación sin tratamiento, puede estar indicada en las pacientes con diagnóstico de L-SIL por biopsia que reúnan las condiciones indicadas en la siguiente tabla. Se debe considerar especialmente la conducta expectante, en aquellas pacientes que no han completado su descendencia.

- 1-Edad, preferiblemente por debajo de los 40 años
- 2-Correlación cito-colpo-histológica.
- 3-Ausencia de inmuno-supresión
- 4-Colposcopía satisfactoria
- 5-Características de la lesión (cambios menores), localización, extensión y persistencia de la misma
- 6- Posibilidad de seguimiento
- 7- Relación médico-paciente

Los controles cito-colposc6picos se realizar6n cada 6 meses durante 2 a6os. Si la lesi6n aumenta de tama6o, o muestra signos de agravaci6n, se practicar6 una nueva biopsia.

Las pacientes con persistencia histol6gica de la lesi6n, requieren una valoraci6n individualizada y ante la imposibilidad de asegurar un adecuado seguimiento, es preferible el tratamiento. Cabe destacar que, la presencia de una colposcopi6 no satisfactoria no obliga a tomar una conducta activa. Los tratamientos pueden ser del tipo escisi6n o destructivos, dependiendo de la paciente y del tipo de la lesi6n comprometida.

En el L-SIL durante el embarazo, los controles se realizar6n de manera similar. Luego, a los 3 meses post parto, la paciente ser6 reevaluada con citolog6 y colposcopi6 y se actuar6 en consecuencia.

SIL DE ALTO GRADO

I-El diagn6stico ser6 siempre histol6gico positivo. No es v6lido el diagn6stico basado 6nicamente en la sospecha citol6gica, colp6scopica o histol6gica.

II-El manejo de este diagn6stico positivo y el tratamiento primario, se ajustaran al siguiente esquema:



Casos particulares:

1-En los casos en que la resección por CONO o por LEEP no sea posible, por ejemplo por la presencia de sinequias, de bridas, de atrofia vaginal acentuada, etc., se puede recurrir a la histerectomía total simple, como procedimiento diagnóstico y terapéutico primario.

2-Frente a una citología reiteradamente positiva con colposcopia, biopsia y LEC negativos, se debe estudiar posibilidad de neoplasias en otras localizaciones para poder explicarla.

SIL DE ALTO GRADO Y EMBARAZO

Este conjunto de directivas se aplican a la mayoría de las pacientes. Pueden existir casos excepcionales no contemplados claramente, los cuales deberán ser resueltos en forma individual.

En la resolución de estos casos, se tendrán también en cuenta las múltiples consultas y el consentimiento y la participación de la paciente, correctamente asesorada, para la toma de decisiones.

I- La confirmación diagnóstica de SIL de Alto Grado se hará siempre mediante biopsia y todas las veces que sea necesario.

II- La conducta es el seguimiento cito colposcópico, con la eventual repetición de las biopsias, puesto que esta actitud médica no es perjudicial para la evolución del embarazo.

III- El cono LEEP no esta indicado en el embarazo.

IV-Indicaciones de CONO quirúrgico en el embarazo: **Sospecha de invasión,**

que puede ser:

- -Citológica por la existencia de atipias celulares que sugieran invasión del estroma.
- Colposcópica por la aparición de vasos atípicos.
- Histológica por la apreciación de signos de afectación dudosa de la membrana basal.

V-Via de terminación del embarazo:

-El SIL de Alto Grado no contraindica la vía vaginal del parto.

-Ante la sospecha de invasión se podrá optar por terminar el embarazo por cesárea.

V-Estudio definitivo en el postparto:

-Estudio cito-colposcópico 3 meses después del parto

-Procedimiento diagnóstico y terapéutico conforme a esos hallazgos y los hallazgos previos realizados durante el embarazo.

CARCINOMA INVASOR Y EMBARAZO

I-Modo de diagnóstico:

1-Por la clínica con confirmación biópsica.

2-Por conización en el embarazo (cáncer invasor preclínico) Se llega a esta situación luego que alguno de los estudios básicos demuestre el compromiso de la basal. El valor diagnóstico y terapéutico del cono durante el embarazo puede no ser equivalente a la situación extra-gravídica.

II-Estadificación. Se realiza por la clínica y los hallazgos del cono, en concordancia con la clasificación de la FIGO.

III-Conducta primaria: De acuerdo a la estadificación, la edad gestacional y el tipo histológico.