

## PROTOCOLOS ASISTENCIALES

## MANEJO DE LAS LESIONES INTRAEPITELIALES DE CÉRVIX

### NOVEDADES DESDE LA VERSIÓN ANTERIOR

En esta versión se unifican varios protocolos existentes en la Unidad de Patología Cervical y Vulvar referidos al manejo de las lesiones intraepiteliales de cérvix, actualizada acorde a las nuevas guías de la Asociación Española de Patología Cervical y Colposcopia (AEPCC).

### ÍNDICE

1. Introducción.
2. Tratamiento bajo visión colposcópica.
3. Observación sin tratamiento.
4. Tratamientos escisionales.
5. Tratamientos destructivos.
6. Tratamiento sin biopsia previa: “cribar y tratar”.
7. Histerectomía.
8. Seguimiento post-tratamiento.

### 1. INTRODUCCIÓN

Ante el hallazgo de lesiones intraepiteliales premalignas de cérvix, nuestro principal objetivo es su correcta **eliminación** para evitar el desarrollo de un cáncer de cuello uterino (CCU). En la elección de la opción terapéutica más adecuada, debemos seleccionar aquella que permita la erradicación de la lesión con el menor número de efectos adversos asociados para impedir el **sobretratamiento**.

Se sabe que los resultados obtenidos con las diferentes técnicas dependen de la experiencia y el criterio del profesional. En nuestro centro, se realizan en la Unidad de Patología Cervical y Vulvar, que recibe un volumen asistencial suficiente para dotar a su personal de **formación y experiencia continuada**, lo que garantiza que las pacientes tributarias a estos tratamientos reciban una atención más especializada.

### 2. TRATAMIENTO BAJO VISIÓN COLPOSCÓPICA

Todas las técnicas se realizan **bajo visión colposcópica**. La colposcopia identifica y estudia la lesión en el momento del tratamiento. Se ha visto que reduce el porcentaje de escisiones con márgenes afectos y las escisiones excesivas. Permite realizar una hemostasia selectiva y efectiva evitando la cauterización desmesurada.

### 3. OBSERVACIÓN SIN TRATAMIENTO

El objetivo es evitar el sobretratamiento en pacientes con lesiones HSIL/CIN2-3 con elevada probabilidad de **regresión espontánea**. Un 40-74% de HSIL/CIN2 regresan espontáneamente en los 2 años siguientes al diagnóstico, especialmente en mujeres jóvenes. En estos casos cabe resaltar la importancia de insistir en los **hábitos de vida saludables** (abandonar/evitar el tabaco, dieta sana, ejercicio físico, uso de preservativo...).

## PROTOCOLOS ASISTENCIALES

## MANEJO DE LAS LESIONES INTRAEPITELIALES DE CÉRVIX

### Indicaciones:

- **Gestantes** (en las que no está indicado el tratamiento escisional).
- HSIL/CIN2 con deseo gestacional o lesión menor de 2 cuadrantes.
- HSIL/CIN3 en menores de 30 años y lesión solo de 1 cuadrante.

### Requisitos:

1. Colposcopia adecuada, zona de transformación visible.
2. Lesión totalmente visible.
3. No afectación endocervical.
4. Aceptación de la paciente.
5. Posibilidad de seguimiento.

Se debe realizar una **estrecha monitorización** de la paciente:

- Control citológico y colposcópico (eventual biopsia) cada 6 meses.
- Prueba de VPH cada 12 meses.
- Periodo máximo de seguimiento: 2 años.

Escenario	Conducta
<ul style="list-style-type: none"> <li>. <b>Progresión</b> citológica, colposcópica o histológica en cualquier momento del seguimiento.</li> <li>. <b>Persistencia</b> histológica de HSIL/CIN2-3 <b>tras 2 años</b> de seguimiento.</li> </ul>	<b>Tratamiento.</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>. <b>Regresión</b> histológica (<math>\leq</math>LSIL/CIN1) con citología y colposcopia <u>concordantes</u>.</li> </ul>	<p><b>Nuevo control en 6 meses.</b></p> <p>Si se confirma, realizar nuevo seguimiento según el protocolo específico del resultado de las pruebas (citología, tipaje VPH, biopsia).</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>. <b>Regresión</b> histológica (<math>\leq</math>LSIL/CIN1) con citología y/o colposcopia <u>discordantes</u> <b>tras 2 años</b> de seguimiento.</li> </ul>	<p><b>Valorar tratamiento.</b></p> <p>Se puede hacer seguimiento de forma excepcional e individualizada.</p>

## 4. TRATAMIENTOS ESCISIONALES

Son aquellos que extirpan la lesión obteniendo una pieza quirúrgica para su **posterior estudio histológico**. Implica la exéresis de toda la zona de transformación (ZT). Permiten descartar lesión microinfiltrante o invasora y la necesidad de un tratamiento complementario. Además, comprueban el estado de los márgenes de la pieza, confirmando o no la exéresis completa, lo cual es importante en el manejo posterior.

## PROTOCOLOS ASISTENCIALES

## MANEJO DE LAS LESIONES INTRAEPITELIALES DE CÉRVIX

Son la técnica **de elección** para pacientes con diagnóstico de CIN2-3. Se han descrito tasas de curación del 90-97%.

Se asocian a un bajo riesgo de **complicaciones** tales como: hemorragia intra o postoperatoria, lesión de las paredes vaginales, infección, estenosis cervical y riesgo de parto prematuro en el futuro. En caso de infección, manifestada por molestias abdominales, flujo abundante maloliente y purulento y/o fiebre, el tratamiento indicado es Amoxicilina 875 mg / Ácido Clavulánico 125 mg 1 dosis cada 8 horas durante 7 días.

Cabe resaltar que la electrocirugía y el láser provocan la liberación de partículas virales y sustancias tóxicas que pueden ser inhaladas. Por lo que durante el procedimiento se deben usar **mascarillas con filtro intenso** (FFP2 o similar) y **extractores de humo**.

- **Escisión con asa diatérmica, loop electro-excision procedure (LEEP), large loop excision of transformation zone (LLETZ), aguja de diatermia (NETZ):** de elección, fácil y rápida. Existen diferentes formas y tamaños de asa diatérmica que permiten la adaptación a la lesión a extirpar. La extirpación debe hacerse preferiblemente con un solo corte, sin fragmentar la pieza para no dificultar el análisis de los márgenes.
  1. LLETZ: exéresis simple de la ZT. Se realiza en lesiones localizadas que no afectan al endocérvix y pacientes jóvenes con deseos genésicos no cumplidos.
  2. LEEP: exéresis cónica. En lesiones con afectación profunda de endocérvix se realiza una segunda escisión para ampliación del canal (“en sombrero de copa”).
- **Conización con láser:** no se suele usar por ser más complejo, caro y provocar mayor artefacto térmico.
- **Conización con bisturí frío:** en desuso.

### 5. TRATAMIENTOS DESTRUCTIVOS

No permiten la obtención de una pieza para estudio histológico. Eliminan la lesión mediante **destrucción completa** de la ZT hasta una profundidad mínima de 5-7 mm. Se indican en lesiones bien caracterizadas mediante colposcopia y biopsia. Presentan tasas de curación elevadas (85-95%) que validan su uso para los casos de LSIL/CIN1 en los que esté indicado tratamiento, así como en casos de coitorragias persistentes.

#### Requisitos:

1. Colposcopia adecuada, con completa visualización de la ZT.
2. No evidencia de afectación endocervical.
3. Confirmación histológica del diagnóstico y exclusión con seguridad de invasión (mediante múltiples biopsias si es necesario).
4. Resultados concordantes (citología, colposcopia y biopsia).
5. Lesiones que ocupen una extensión menor del 75% de la superficie de exocérvix.

**Técnicas:** crioterapia, coagulación térmica, vaporización láser CO2. Las dos primeras se pueden realizar en consulta y no requieren anestesia. La vaporización con láser CO2 permite tratar lesiones extensas y con extensión a fondos de saco vaginales, además de que consigue una excelente restitución anatómica. Estos procedimientos tienen bajo riesgo de complicaciones y menor número de eventos adversos obstétricos que los métodos escisionales. Los principales **inconvenientes** son: la imposibilidad de

## PROTOCOLOS ASISTENCIALES

## MANEJO DE LAS LESIONES INTRAEPITELIALES DE CÉRVIX

evaluar la lesión para descartar microinvasión y estudiar los márgenes y que no permiten controlar la cantidad de tejido destruido por lo que pueden aumentar el riesgo de persistencia lesional (infratratamiento).

- **Crioterapia:** 2 ciclos secuenciales de congelación-descongelación, 3 minutos-5 minutos.
- **Coagulación térmica:** sonda que alcanza 100-120°C aplicada en ciclos de 20-60 segundos, máximo 4 ciclos por paciente.
- **Vaporización láser CO2:** no requiere anestesia.

### 6. TRATAMIENTO SIN BIOPSIA PREVIA: “CRIBAR Y TRATAR”

Consiste en tratar a pacientes sin diagnóstico histológico, de las que solo disponemos de la prueba de cribado y la colposcopia. Están indicado en pacientes con alto riesgo de HSIL/CIN y **pérdida del seguimiento**. Es raro en nuestro medio.

Requisitos:

1. Mujeres no gestantes  $\geq$  25 años con citología HSIL e infección VPH 16.
2. Mujeres no gestantes  $\geq$  25 años sin cribado previo y citología HSIL.
3. Colposcopia con **cambios grado 2** (imprescindible).

### 7. HISTERECTOMÍA

Se indica en pacientes con lesión cervical premaligna que tengan cumplido el deseo gestacional y en las que no sea factible realizar otro tratamiento conservador o bien en aquellas que coexista otra patología ginecológica que indique la histerectomía. Además, también se realiza en pacientes con antecedentes de otros tratamientos (ej.: varias conizaciones con márgenes afectos).

Por tanto, los **requisitos** son:

1. Deseo gestacional cumplido.
2. Confirmación histológica de la lesión.
3. Imposibilidad de aplicar un tratamiento conservador.
4. Coexistencia de otra patología ginecológica que indique la histerectomía.

La técnica de elección es la histerectomía total (con o sin anexectomía).

### 8. SEGUIMIENTO POST-TRATAMIENTO

Según la guía de la AEPCC las recomendaciones en el seguimiento post-tratamiento son:

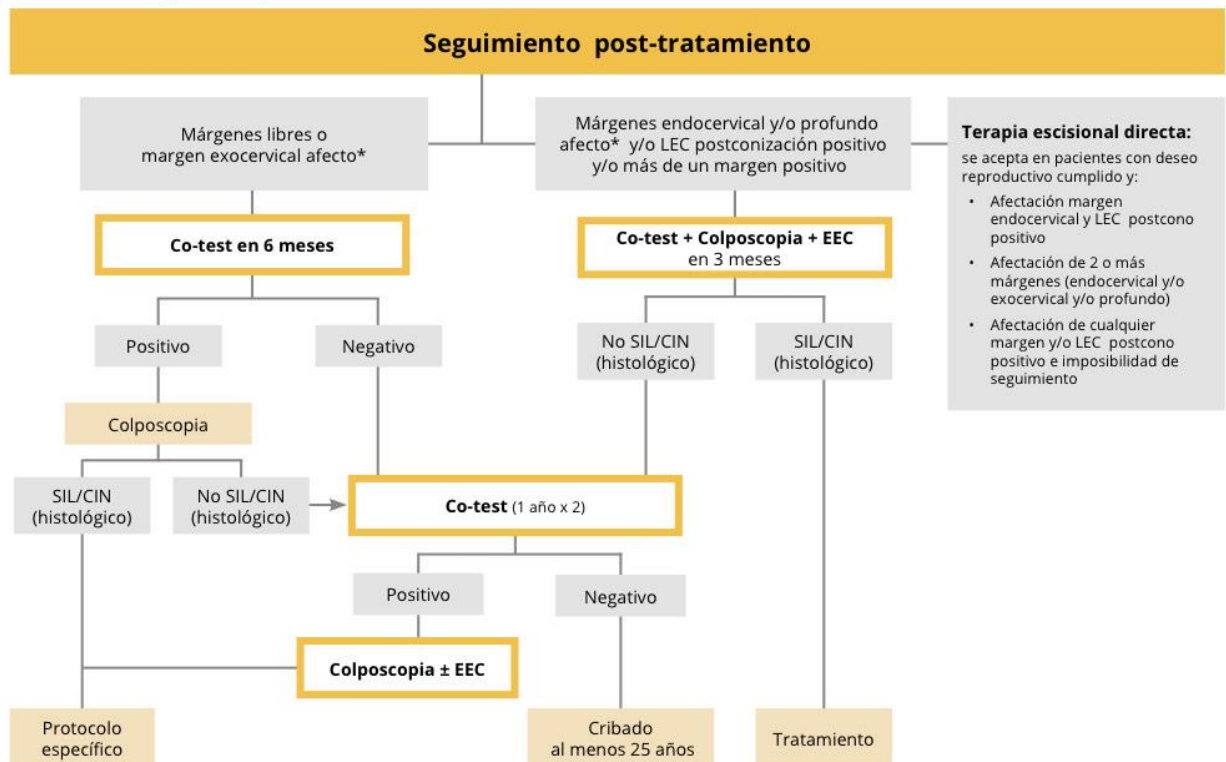
Escenario	Conducta	Manejo en el seguimiento
Márgenes <b>negativos</b> o <b>exocervical</b> afecto por SIL/CIN de cualquier grado.	Co-test a los <b>6 meses</b> .	<ul style="list-style-type: none"> <li>. <u>VPH + y/o citología anormal</u>: <b>colposcopia</b>.</li> <li>. <u>VPH – y citología normal</u>: repetir <b>co-test al año</b> durante 2 años (*).</li> </ul>

PROTOCOLOS ASISTENCIALES

MANEJO DE LAS LESIONES INTRAEPITELIALES DE CÉRVIX

<p>. Margen <b>endocervical</b> y/o <b>profundo</b> afecto por SIL/CIN de cualquier grado y/o,</p> <p>. &gt; 1 margen positivo y/o</p> <p>. LEC post-conización positivo.</p>	<p>Co-test + estudio endocervical + colposcopia a los <b>3 meses</b>.</p> <p><b>** Terapia escisional directa</b> (reLEEP o histerectomía): se puede realizar en pacientes con deseo genésico cumplido o HSIL/CIN2-3 persistente/recurrente.</p>	<p>. <u>SIL/CIN histológico</u>: <b>tratamiento</b>.</p> <p>Excepcionalmente se puede realizar seguimiento (ej.: indicación de conización por LSIL/CIN1 persistente, confirmado en la biopsia postLEEP).</p> <p>. <u>No SIL/CIN histológico</u>: repetir co-test al año durante 2 años (*).</p>
<p>(*) Si alguno es positivo: colposcopia y eventual estudio endocervical.</p>		

ALGORITMO. Seguimiento postratamiento



\* Se considera "margen afecto" a cualquier margen en el que se identifique lesión de CIN/SIL de cualquier grado (tanto LSIL/CIN1 como HSIL/CIN2-3)

## PROTOCOLOS ASISTENCIALES

## MANEJO DE LAS LESIONES INTRAEPITELIALES DE CÉRVIX

A las mujeres no vacunadas que reciben tratamiento por CIN/SIL se debe recomendar la vacunación con Gardasil 9 (0-2-6 meses). Estas podrán acudir al Servicio de Medicina Preventiva (1ª planta del Hospital General), donde podrán solicitar cita para vacunación indicada en nuestro informe.

### 9. INDICADORES DE EVALUACIÓN

Indicador	Fórmula	Fuente	Estándar
Número de conizaciones realizadas en consulta y con anestesia local	% conizaciones realizadas en consulta	Audit	≥70%
Número de conizaciones realizadas bajo control colposcópico	% conizaciones realizadas bajo control colposcópico	Audit	≥90%
Porcentaje de conizaciones con márgenes afectos	% conizaciones con márgenes positivos	Audit	≤20%
Porcentaje de citología HSIL a los 6 y 24 meses	% citologías HSIL a los 6 meses y 24 meses	Audit	≤10% ≤5%
Cumplimiento de la pauta vacunal para VPH en mujeres tras conización	% mujeres vacunadas tras conización	Audit	≥90%

### 10. BIBLIOGRAFÍA

AEPCC-Guía: PREVENCIÓN SECUNDARIA DEL CÁNCER DE CUELLO DEL ÚTERO, 2022. CONDUCTA CLÍNICA ANTE RESULTADOS ANORMALES DE LAS PRUEBAS DE CRIBADO. Coordinador: Torné A. Secretaria: del Pino M. Autores: Torné A; Andía, D; Bruni L; Centeno C; Coronado P; Cruz Quílez J; de la Fuente J; de Sanjosé S; Granados R; Ibáñez R; Lloveras B; Lubrano A Matías Guiu X; Medina N; Ordi J; Ramírez M; del Pino M.

Autores	<b>Dra. Benítez Cejas / Dra. Calderón Rodríguez</b>		
Fecha elaboración	<b>05/11/2024</b>	Vigencia	<b>05/11/2027</b>