



Sociedad Americana para el estudio de las enfermedades del tracto genital inferior desde el 1964

Algorithms

Recomendaciones Actualizadas para el Manejo de las Anormalidades detectadas durante el cribaje del carcinoma de cervix y sus precursores.

American Society for Colposcopy and Cervical Pathology

Reimpresion - abril 2013

Introducción

Citología

Desde la publicación de las recomendaciones mediante consenso de 2006, nuevas recomendaciones para el tamizaje del cáncer del cuello uterino han sido publicadas y se cuenta con nuevos datos relacionados con el tamizaje y el seguimiento, al igual que el manejo del pre-cáncer, a través de un periodo de nueve años en mujeres atendidas en la institución Kaiser Permanente Northern California. Además, las mujeres de menos de 21 años no están siendo sometidas al tamizaje para el cáncer del cuello uterino y el co-test para la detección de tipos de VPH de alto riesgo, y se ha estado utilizando la citología para el tamizaje de mujeres de 30 años de edad o mayores.

Por este motivo, en el año 2012 la American Society for Colposcopy and Cervical Pathology (ASCCP), en colaboración con otras 24 sociedades profesionales, agencias federales, y organizaciones internacionales, inició un proceso para actualizar las recomendaciones de manejo de 2006. Este proceso culminó en una conferencia de

consenso llevada a cabo en los National Institutes of Health en septiembre de 2012. El actual informe provee recomendaciones actualizadas para el manejo de mujeres con anomalías citológicas. Una discusión más a fondo fue publicada en las revistas *Journal of Lower Genital Tract Disease* y *Obstetrics and Gynecology* y está disponible en la página web de la ASCCP www.asccp.org.

Anatomía Patológica

El manejo apropiado de las mujeres que presentan lesiones precancerosas confirmadas mediante biopsia es un componente esencial de todo programa de prevención del carcinoma de cérvix. Aunque se desconoce el número preciso de mujeres en quienes se diagnostican lesiones cervicales precancerosas en los EE UU, se tiene la impresión general de que esto ocurre con frecuencia. En los años 2001 y 2006, la American Society for Colposcopy and Cervical Pathology, conjuntamente con 28 sociedades profesionales, agencias federales, e organizaciones internacionales, organizó procesos para desarrollar y actualizar recomendaciones mediante consenso para el manejo del

precáncer cervical. Desde esa fecha se ha recogido una gran cantidad de información clínica sobre el manejo de estas condiciones en mujeres jóvenes, y sobre el impacto del tratamiento de estas lesiones precursoras sobre embarazos futuros. También se ha visto un gran progreso en cuanto a nuestro conocimiento sobre el manejo del adenocarcinoma in situ, una lesión precursora del adenocarcinoma de cérvix invasor que también está asociada con el VPH. Por lo tanto, en el año 2012, conjuntamente con estas organizaciones profesionales, la ASCCP convocó un proceso de revisión de estas recomendaciones. Esto culminó en la Conferencia de Consenso celebrada en septiembre del año 2012 en los National Institutes of Health. Este informe recoge las recomendaciones desarrolladas en cuanto al manejo de mujeres con lesiones cervicales precancerosas. Un resumen de estas recomendaciones – incluyendo las recomendaciones para el manejo de mujeres que presentan anomalías citológicas cervicales – ha sido publicado en las revistas *JLGTD* y *Obstetrics and Gynecology*.

Comentarios Generales

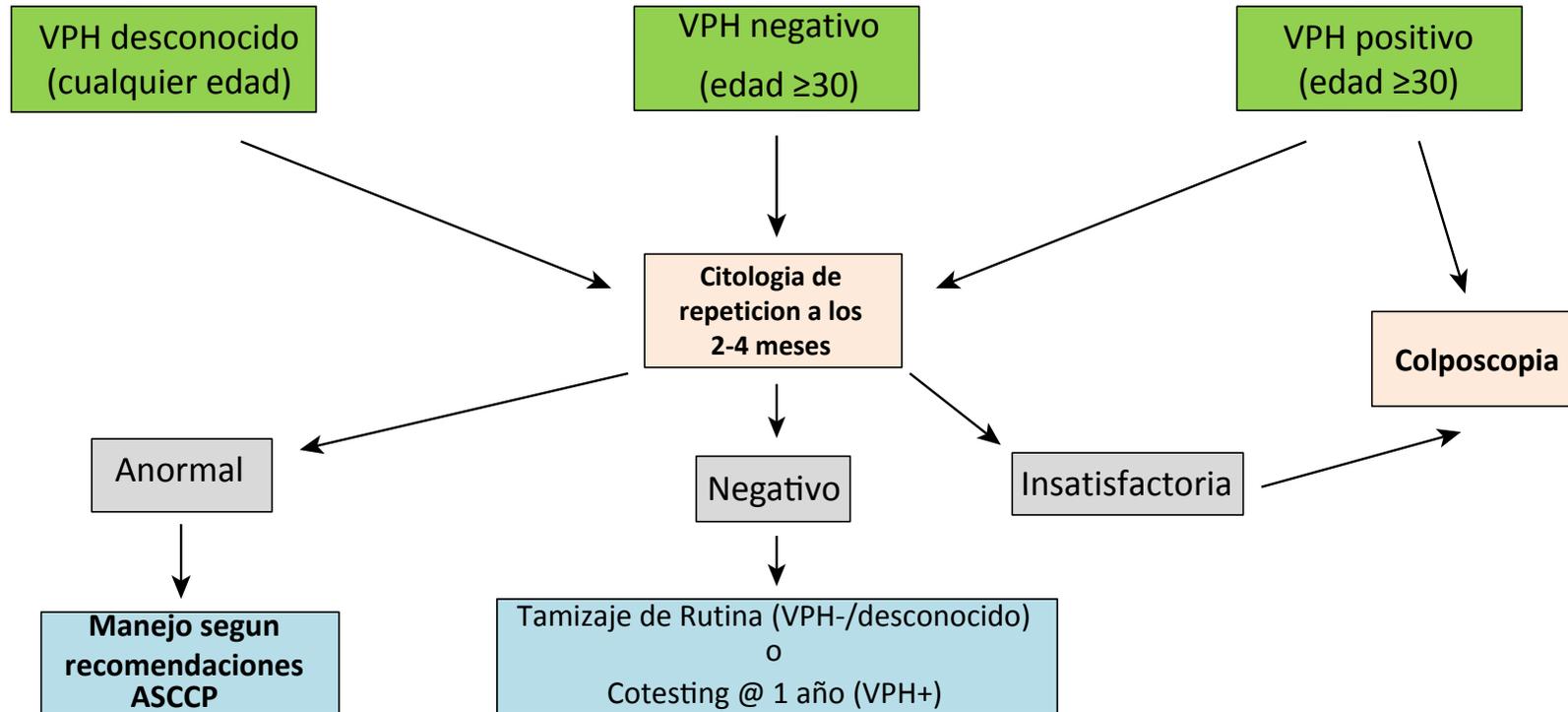
Aunque estas recomendaciones estan basadas en la evidencia donde ha sido posible, en ciertas situaciones clinicas la evidencia de peso es limitada y en estos casos estas recomendaciones, por necesidad, se han basado en opiniones expresadas mediante consenso entre expertos. Es importante reconocer tambien que estas recomendaciones no deben sustituir el buen juicio clinico. Este juicio clinico debiera utilizarse al aplicar cualquiera de estas recomendaciones a un paciente especifico puesto que es imposible desarrollar guias aplicables a todas las situaciones. Finalmente, tanto los clinicos asi como sus pacientes deberan entender que aunque la mayoría de los casos de cancer de cuello uterino pueden prevenirse mediante programas de cribaje y el manejo de las lesiones precancerosas, ninguna modalidad sera 100% efectiva y el cancer invasor puede aparecer entre algunas de las

mujeres que participen en estos programas de prevencion. La nomenclatura utilizada para la clasificacion citologica es el Sistema Bethesda 2001. Esta terminologia utiliza las categorias LSIL y HSIL al referirse a las lesiones precursoras de bajo y alto grado respectivamente. Al manejar el precancer cervical, esta clasificacion utiliza dos categorias, aplicando la categoria de neoplasia cervical intraepithelial grado 1 (NIC 1) a las lesiones de bajo grado, y la de neoplasia cervical intraepithelial grado 2,3 a las de alto grado. Si seguimos la clasificacion recomendada por el grupo de trabajo LAST en 2012, NIC 1 es equivalente al diagnostico anatomopatologico de LSIL y NIC 2,3 es equivalente al de HSIL. Debe notarse que el diagnostico citologico de LSIL no es equivalente al diagnostico anatomopatologico de NIC 1 y el de HSIL no es equivalente al diagnostico anatomopatologico de NIC 2,3. Estas recomendaciones

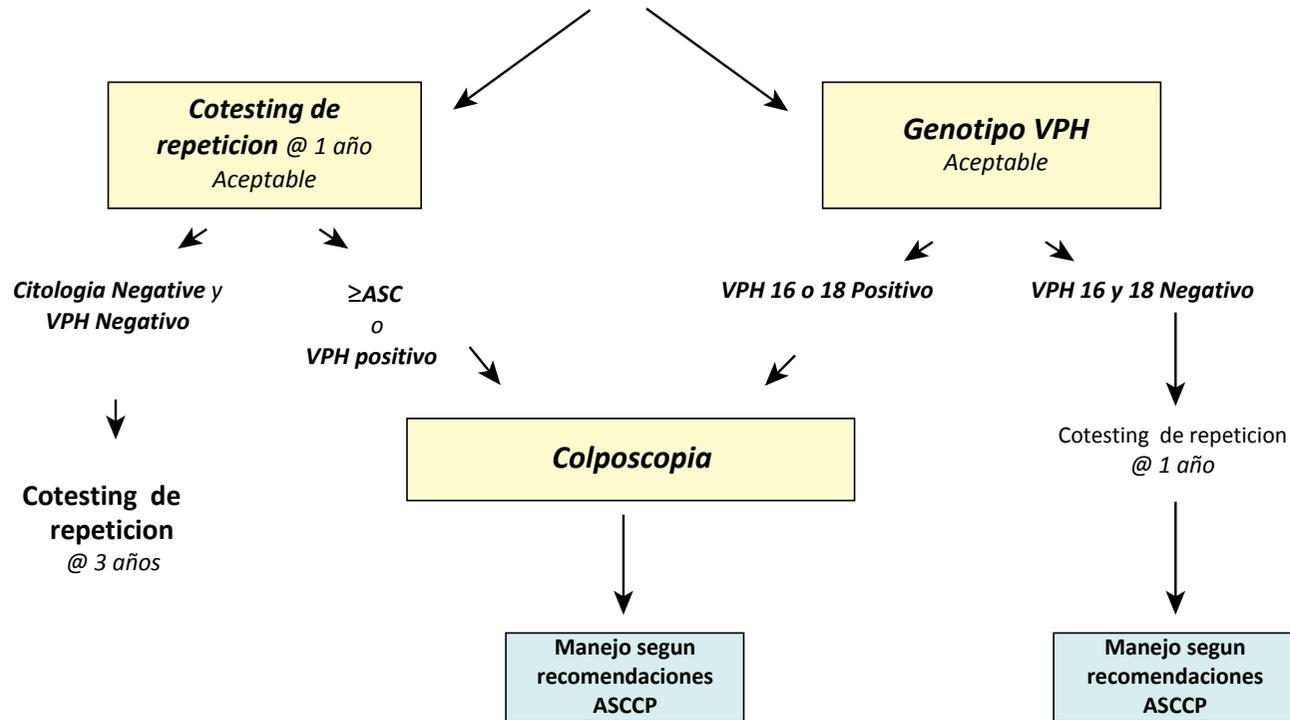
amplian las indicaciones clinicas para las pruebas de deteccion de VPH basadas en estudios clinicos que se han efectuado utilizando solo pruebas de deteccion aprobadas por la FDA y ensayos propiamente convalidados. Cualquier manejo basado en otras pruebas de deteccion carentes de esta validez podrian tener resultados no deseados. Las pruebas de deteccion de VPH deben limitarse a aquellas disenadas para la deteccion de tipos de alto riesgo oncogenico. Las pruebas de deteccion de tipos de bajo riesgo oncogenico no deberan jugar papel alguno en la evaluacion de mujeres que presentan anomalidades citologicas. Por lo tanto, debe entenderse que toda mencion de las pruebas de deteccion de VPH expresada en estas recomendaciones se referira a la deteccion de tipos de alto riesgo oncogenico solamente.

© Derechos protegidos 2013 American Society for Colposcopy and Cervical Pathology. Todos los derechos reservados.

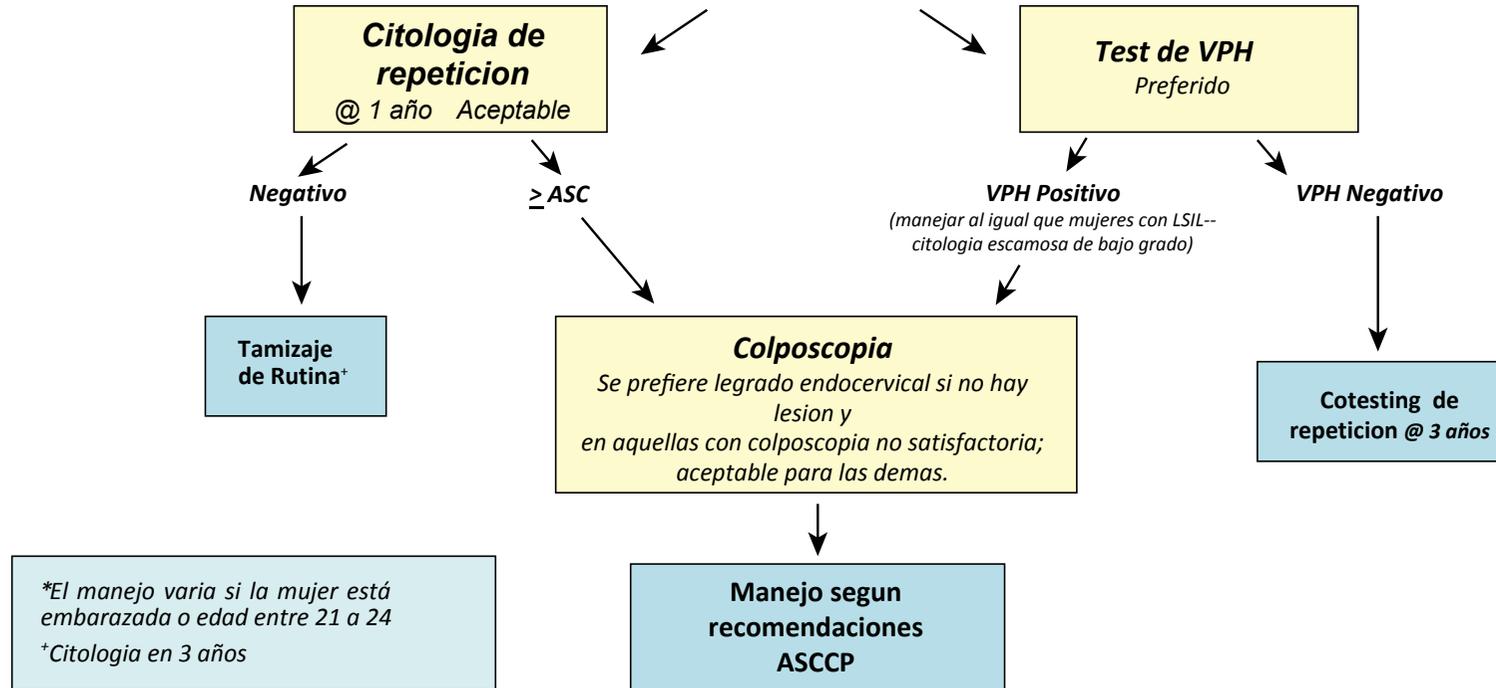
Citología insatisfactoria



Manejo de Mujeres de edad >30 con citología negativa pero Test de Genotipos VPH positivo



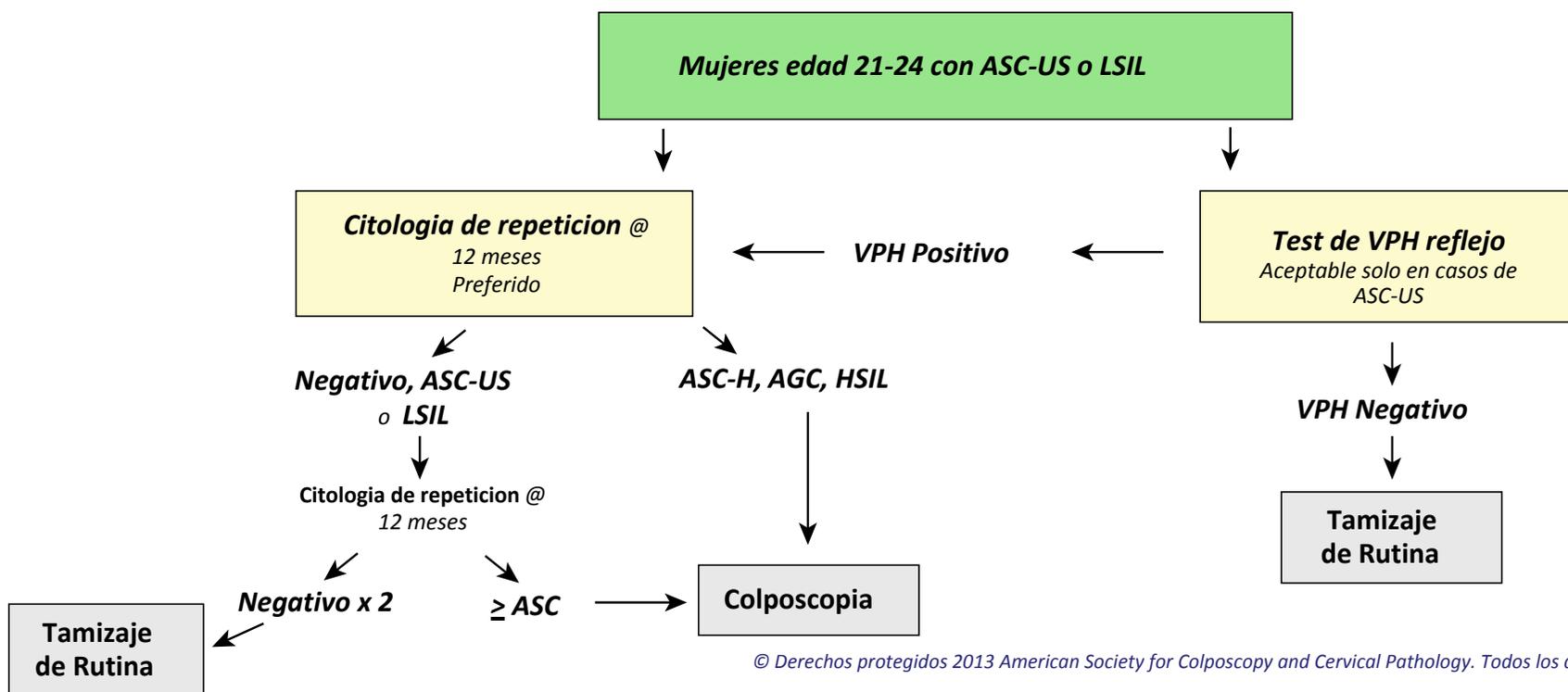
Manejo de Pacientes con Celulas Escamosas Atipicas de Significado Indeterminado (ASC-US)*



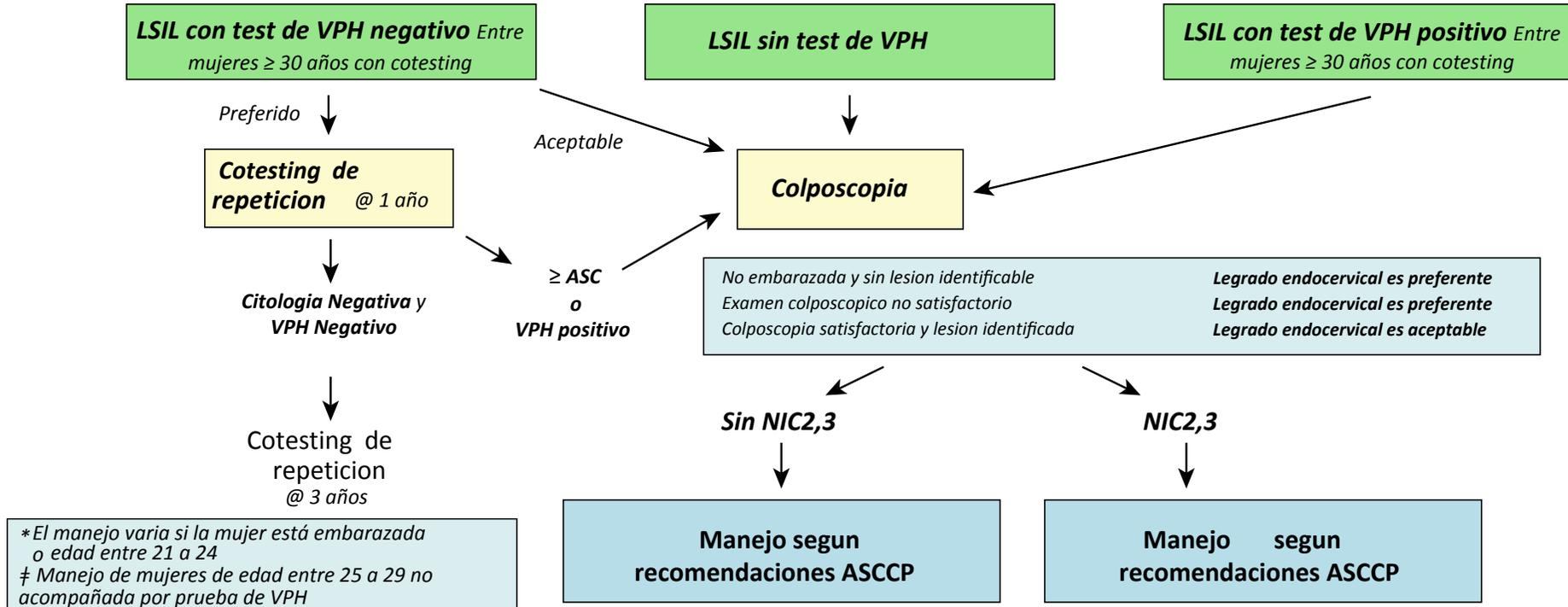
© Derechos protegidos 2013 American Society for Colposcopy and Cervical Pathology. Todos los derechos reservados. ASCCP

ASC-US

Manejo de Mujeres de Edad 21-24 con Citología Escamosa de Significado Indeterminado (ASC-US) o Lesion Escamosa Intraepitelial de Bajo Grado (LSIL)



Manejo de Mujeres con Lesion Escamosa Intraepitelial de Bajo Grado (LSIL)* †

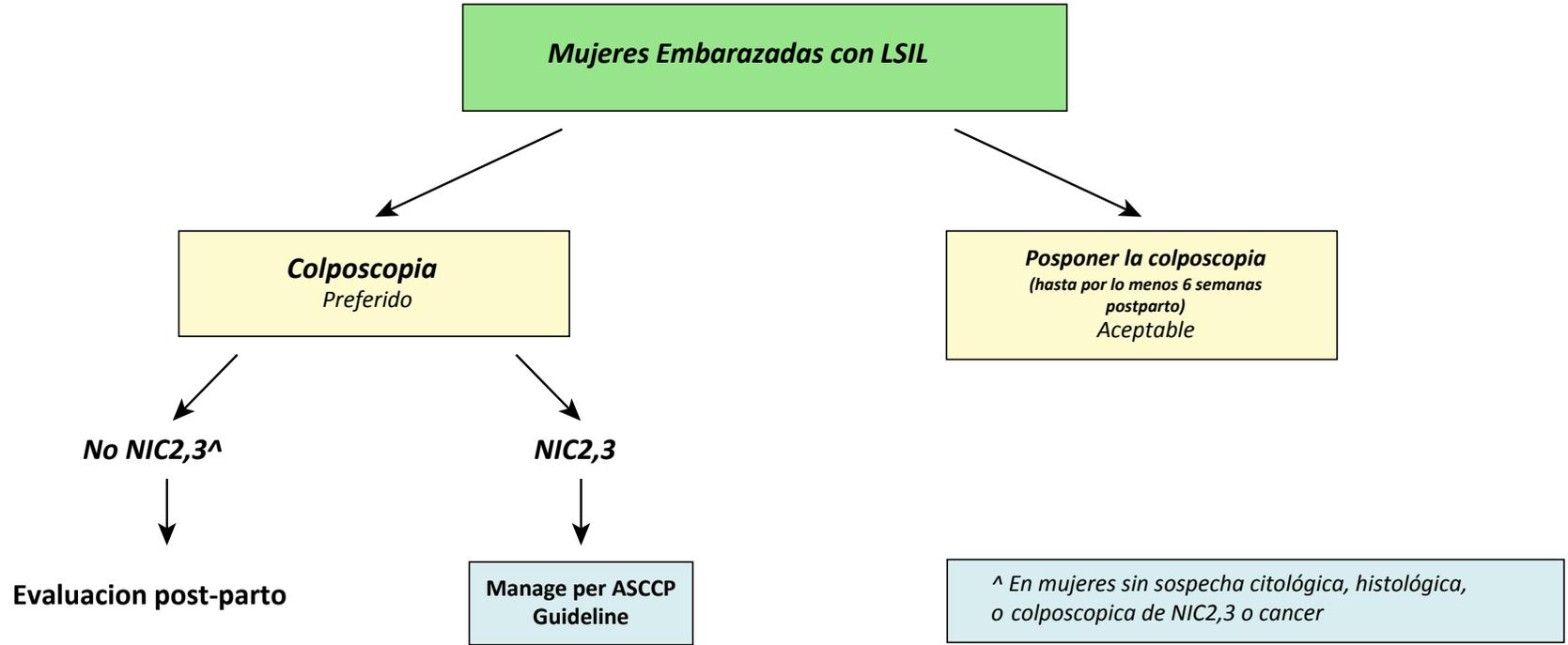


© Derechos protegidos 2013 American Society for Colposcopy and Cervical Pathology. Todos los derechos reservados.

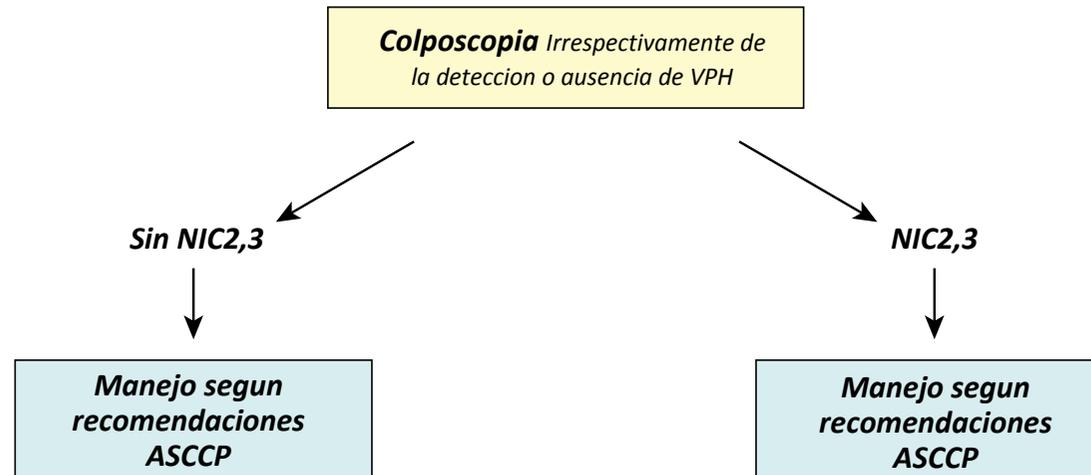


LSIL

Manejo de Mujeres Embarazadas con Lesion Escamosa Intraepitelial de Bajo Grado (LSIL)



Manejo de Mujeres con Celulas Atipicas Escamosas: a Descartar Lesion Escamosa de alto Grado (ASC-H)*



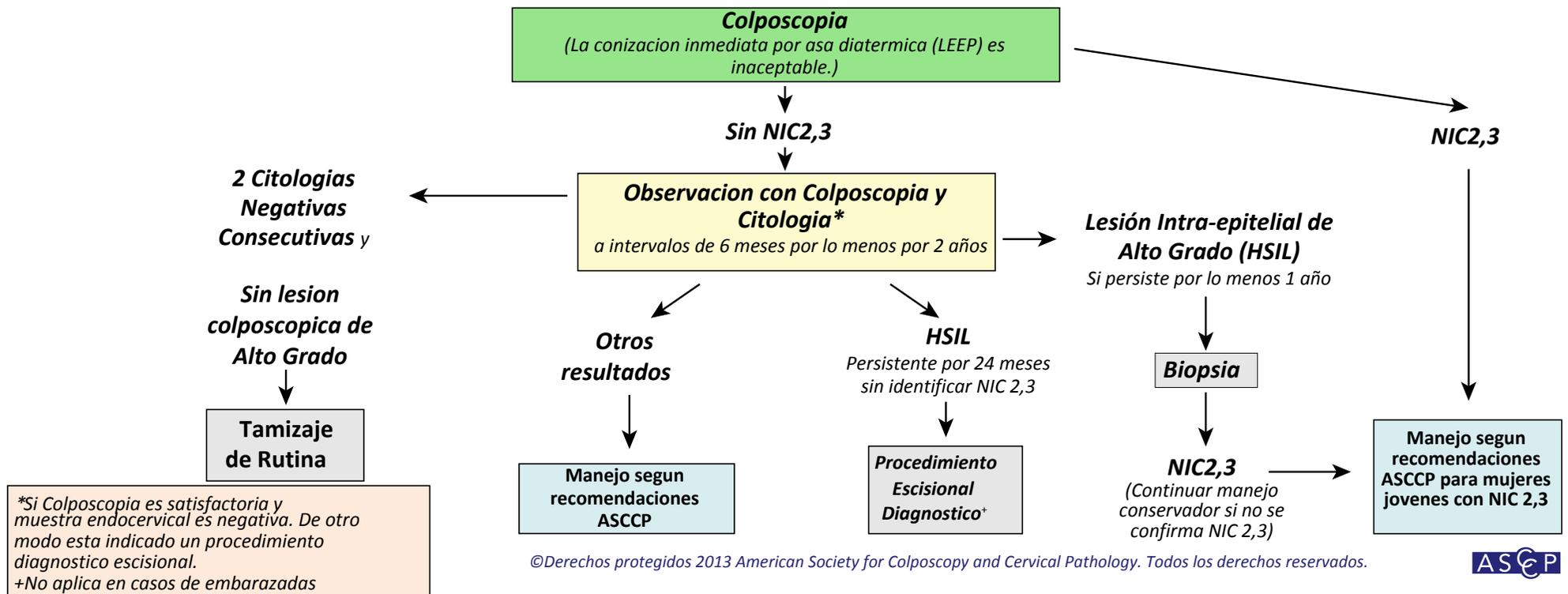
** Opciones para manejo pueden variar si edad entre 21 a 24 años.*

© Derechos protegidos 2013 American Society for Colposcopy and Cervical Pathology. Todos los derechos reservados.

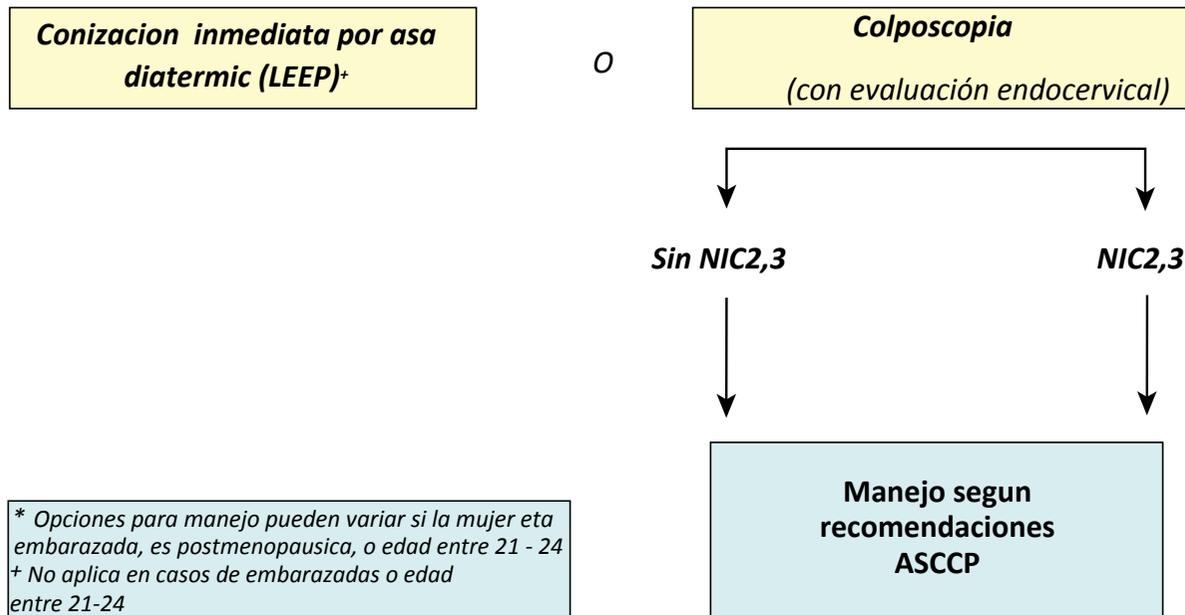
ASCP

ASC-H

Manejo de mujeres de edad 21-24 años con ASC-H, a descartar lesión de alto grado, y Lesión escamosa intraepitelial de alto grado (HSIL)

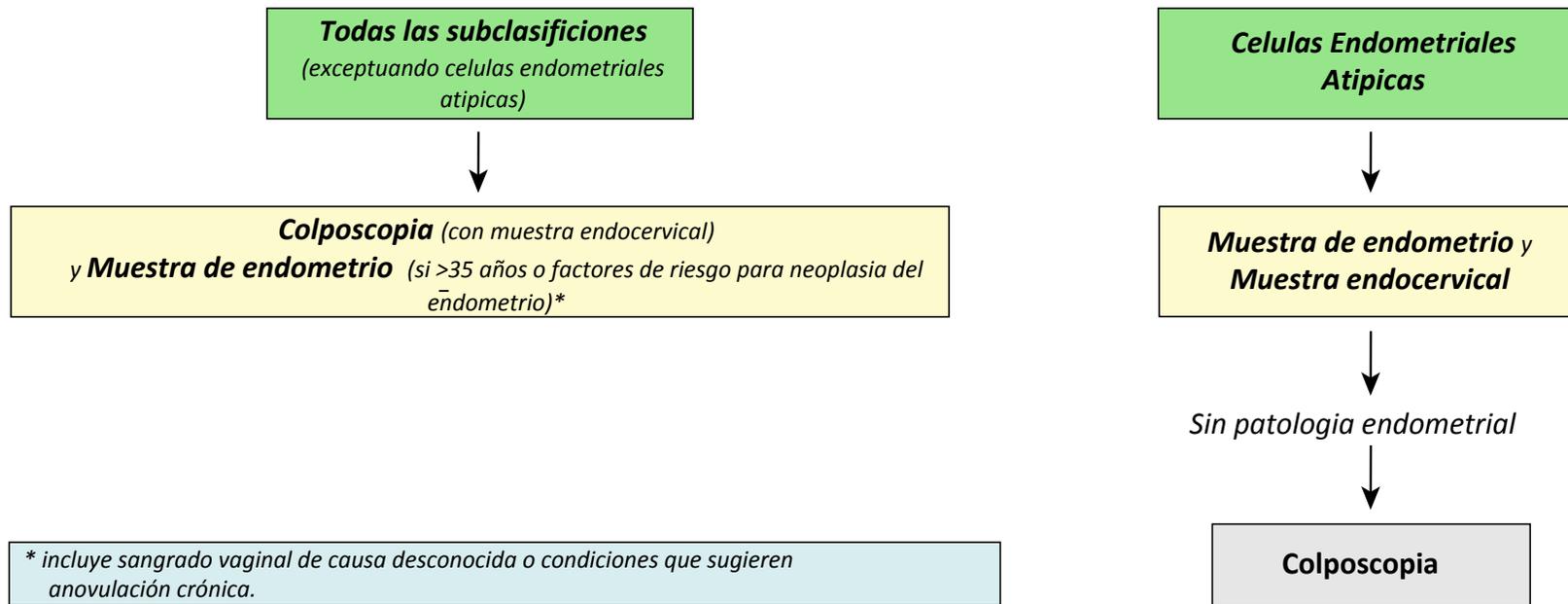


Manejo de Mujeres con Lesión Intra-epitelial de Alto Grado (HSIL)*

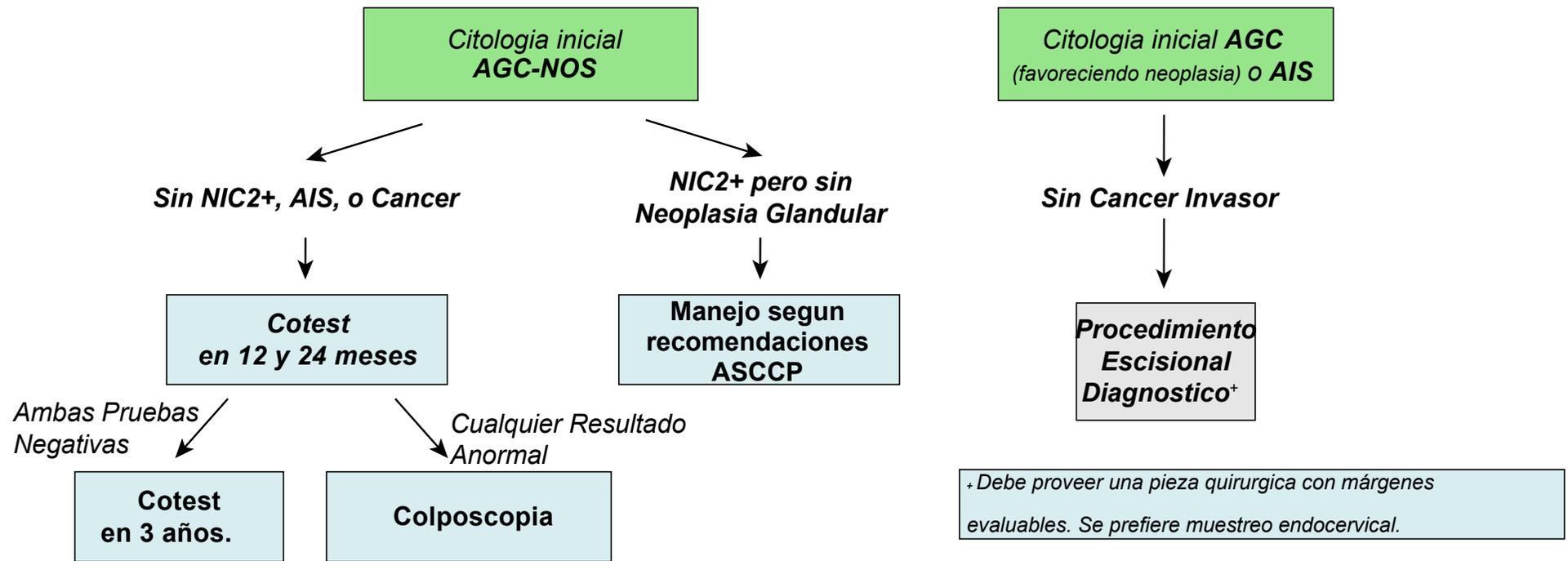


© Derechos protegidos 2013 American Society for Colposcopy and Cervical Pathology. Todos los derechos reservados. ASCCP

Evaluación Inicial de la Mujer con Células Glandulares Atípicas (AGC)



Manejo de Mujeres con Células Glandulares Atípicas (AGC)

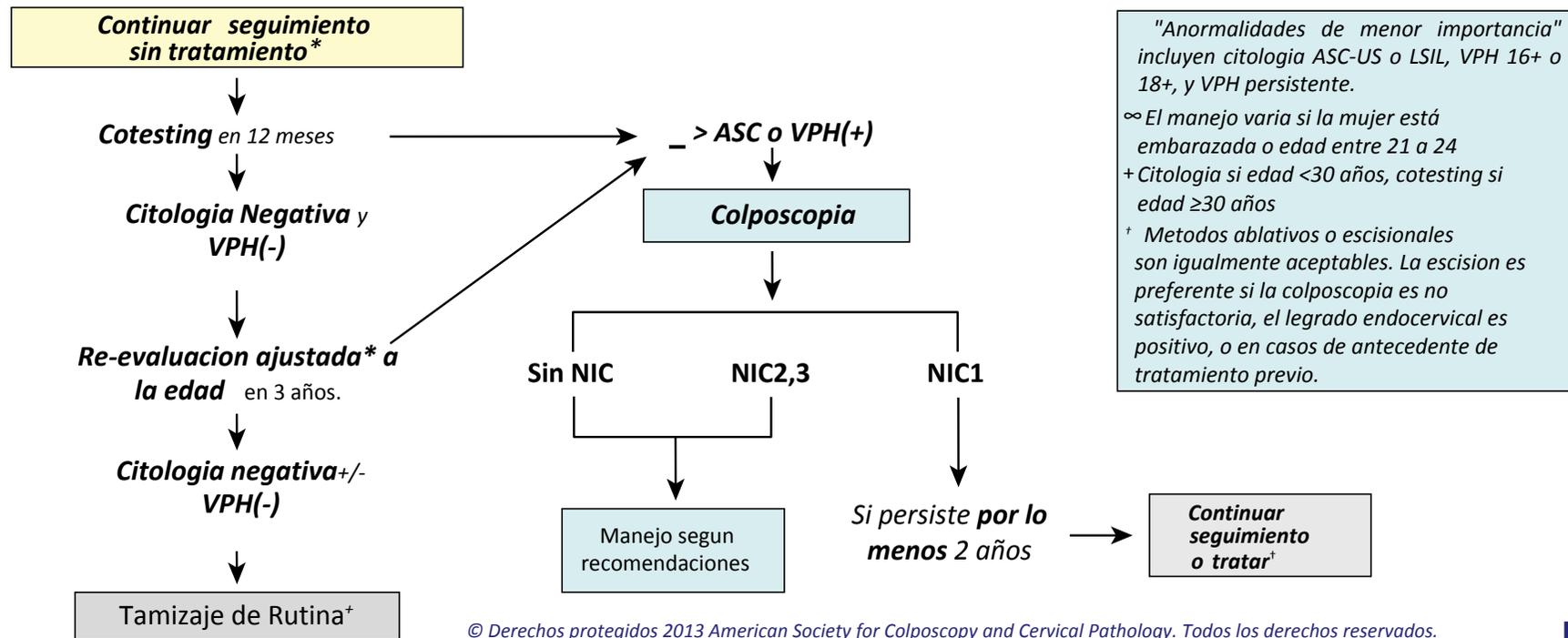


© Derechos protegidos 2013 American Society for Colposcopy and Cervical Pathology. Todos los derechos reservados. ASCCP

AGC, Manejo subsiguiente

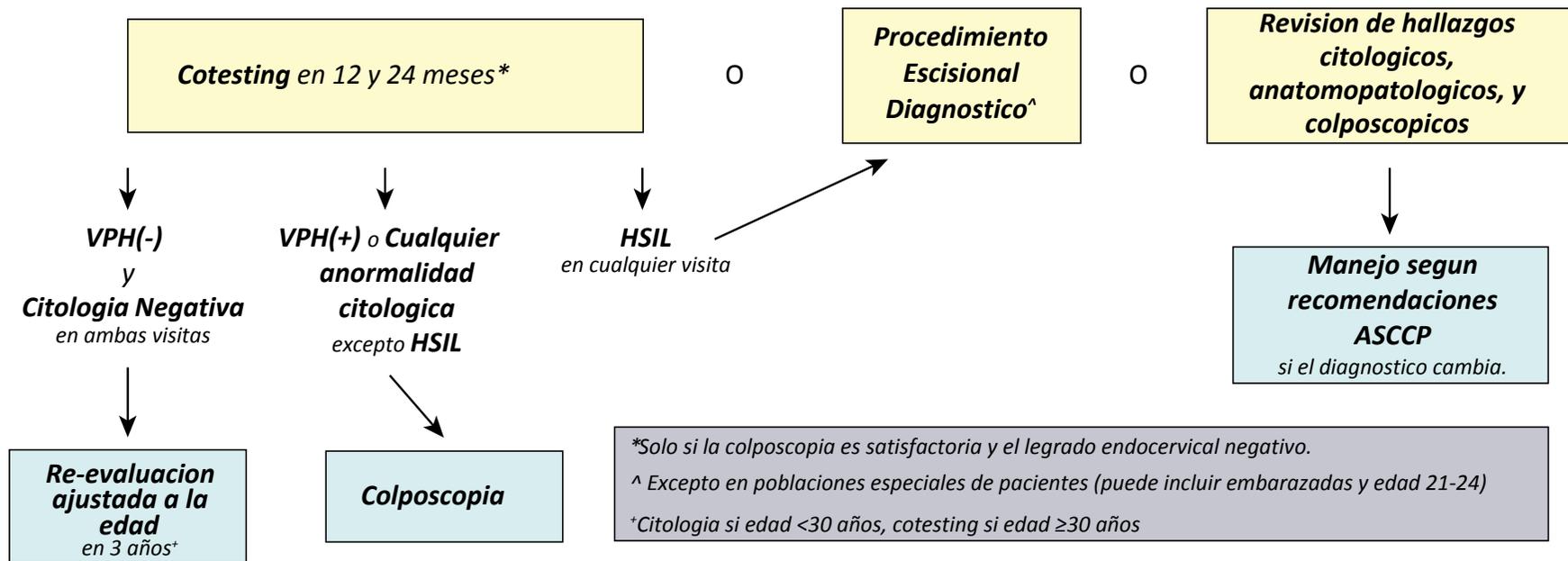
NIC 1 precedido por una Citología Minimamente Anormal

Manejo de Mujeres con un Diagnostico Anatomopatologico de Neoplasia Intraepitelial Grado 1 (NIC1) precedido de una Citologia "Minimamente Anormal"*∞



© Derechos protegidos 2013 American Society for Colposcopy and Cervical Pathology. Todos los derechos reservados.

Manejo de Mujeres con un Diagnostico Anatomopatologico de Neoplasia Intraepitelial Grado 1 (NIC1) precedido por una Citologia de ASC-H or HSIL



*Solo si la colposcopia es satisfactoria y el legrado endocervical negativo.

^ Excepto en poblaciones especiales de pacientes (puede incluir embarazadas y edad 21-24)

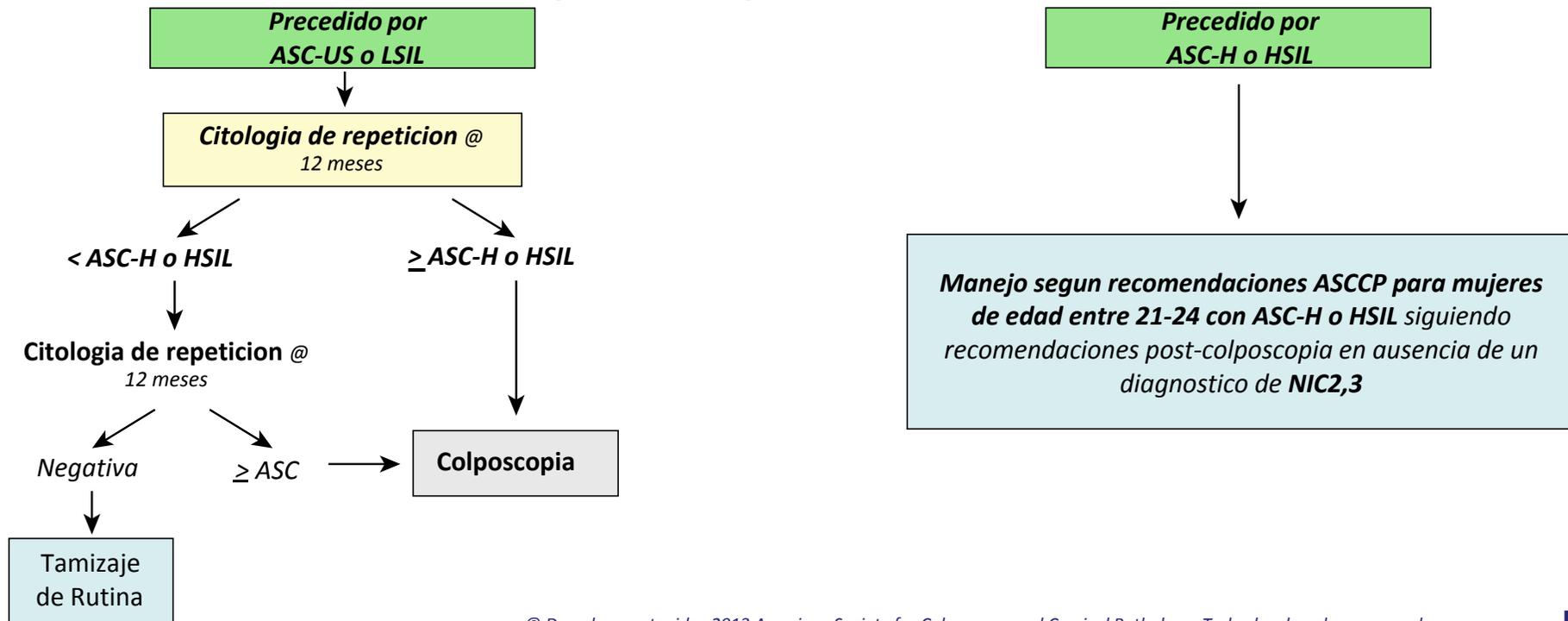
*Citologia si edad <30 años, cotesting si edad ≥30 años

© Derechos protegidos 2013 American Society for Colposcopy and Cervical Pathology. Todos los derechos reservados.



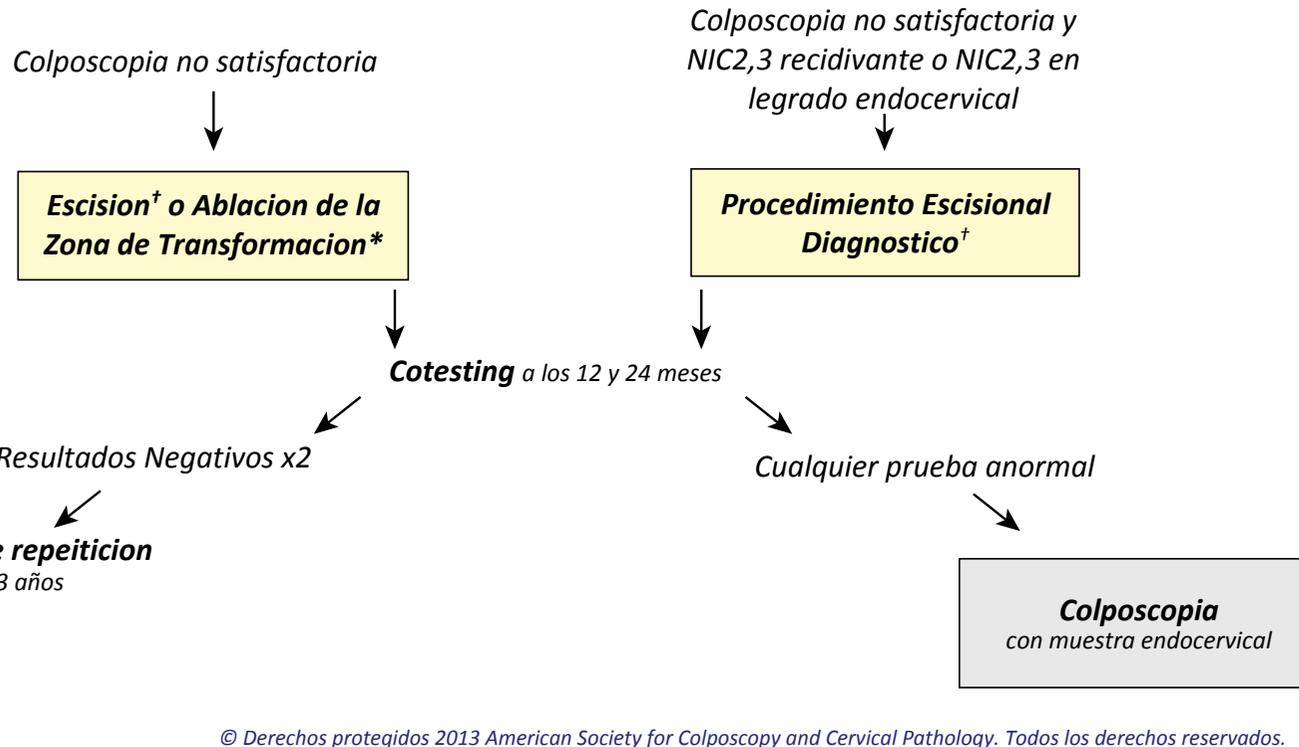
NIC 1 precedido por una Citologia de Alto Grado

Manejo de Mujeres 21-24 Años de Edad sin lesion o con Diagnostico Anatomopatologico de Neoplasia Intraepitelial Grado 1 (NIC1)



Manejo de Mujeres con un Diagnostico Histologico de Neoplasia Intraepitelial Grado 2,3 (NIC2,3)*

*Manejo varia en circunstancias especiales o en caso de embarazadas o edad entre 21-24.
†Si se identifica NIC2,3 en el margen de una pieza quirurgica escisional o en el legrado endocervical concurrente, se prefiere obtener citologia y legrado endocervical a los 4-6 meses, pero es aceptable repetir el procedimiento escisional y la hysterectomia es aceptable si la re-escision es imposible.



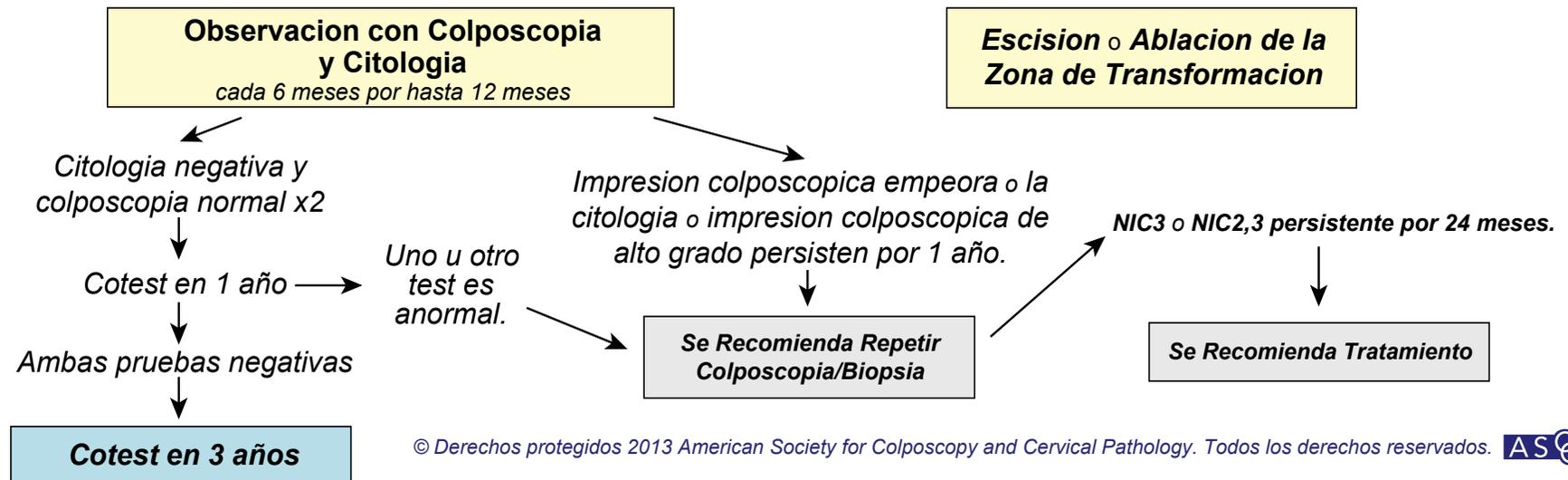
© Derechos protegidos 2013 American Society for Colposcopy and Cervical Pathology. Todos los derechos reservados.

ASCP

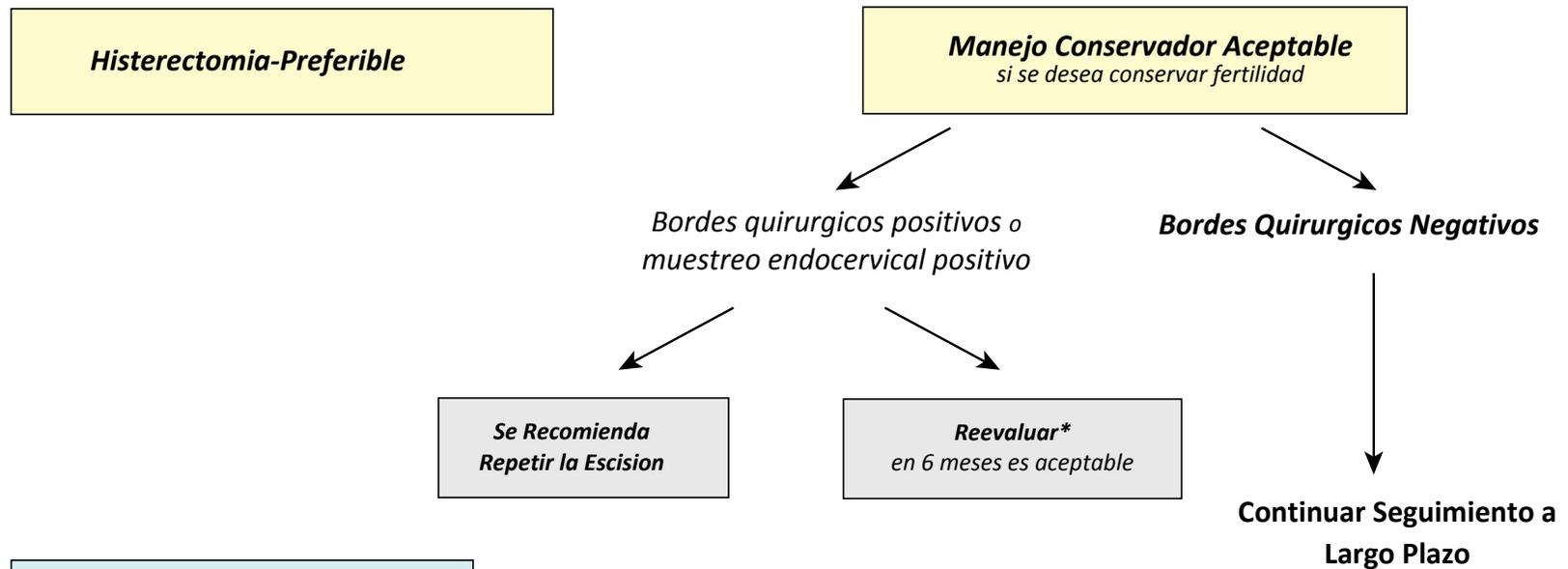
Manejo de Mujeres Jovenes en Circunstancias Especiales con Diagnostico de NIC2,3 Confirmado Mediante Biopsia

Mujeres Jovenes con NIC2,3

El tratamiento y el manejo conservador mediante observacion son igualmente aceptables siempre y cuando la colposcopia sea satisfactoria. Si se especifica NIC2, se prefiere el maenjo conservador. Si se especifica NIC3 o la colposcopia es no satisfactoria, se prefiere el tratamiento.



Manejo de Mujeres con Adenocarcinoma In Situ (AIS) Diagnosticado mediante un Procedimiento Escisional



**Utilizando una combinacion de cotest y
colposcopia con muestreo endocervical*

© Derechos protegidos 2013 American Society for Colposcopy and Cervical Pathology. Todos los derechos reservados. **ASCP**

**Guías temporeras para el manejo de informes que utilicen la terminología
LAST para los diagnosticos anatomopatologicos.**

**Lesion Escamosa de
Bajo Grado (LSIL)***



**Manejar al igual que
NIC1**

** Resultados anatomopatologicos
solamente*

**Lesión Intra-epitelial de
Alto Grado (HSIL)***



**Manejar al igual que
NIC2,3**

Definiciones

Terms Utilized in the Consensus Guidelines

- La **colposcopia** es el examen del cervix o cuello, uterino, a vagina, y en algunos casos la vulva, utilizando un colposcopio luego de la aplicacion de una solucion de acido acetico al 3-5% combinada con la obtencion de biopsias dirigidas por colposcopia de toda lesion donde se sospeche neoplasia
- **La muestra endocervical** incluye tejido obtenido utilizando una legra endocervical para su analisis anatomopatologico o una obtenida por un cepillo endocervical para su evaluacion citologica.
- **La evaluacion endocervical** consiste del proceso de evaluar el canal endocervical para detectar la presencia de neoplasia utilizando el colposcopio o el muestreo endocervical.
- El **procedimiento escisional diagnostico** consiste en obtener una pieza quirurgica representativa de la zona de transformacion y el canal endocervical para su evaluacion anatomopatologica, e incluye la conizacion mediante laser, conizacion en frio mediante bisturi, conizacion por asa diatermica (LEEP o LLETZ), y conizacion mediante asa.
- **Una colposcopia satisfactoria** indica que la union escamocolumnar y los limites de cualquier lesion visible pueden ser visualizados en su totalidad utilizando el colposcopio.
- **La muestra de endometrio** incluye tejido obtenido para su evaluacion anatomopatologica mediante aspiracion, biopsia, "dilatacion y legrado", o histeroscopia.

© Derechos protegidos 2006, 2007, 2013 American Society for Colposcopy and Cervical Pathology.
Todos los derechos reservados.

Creditos

La American Society for Colposcopy and Cervical Pathology (ASCCP) ha subvencionado la preparacion de estas guias. Su contenido es la responsabilidad exclusiva de sus autores y de la ASCCP.

L. Stewart Massad, M.D., Washington University School of Medicine, St. Louis, MO; Mark H. Einstein, M.D., Albert Einstein College of Medicine, Bronx, NY; Warner K. Huh, M.D., University of Alabama School of Medicine, Birmingham, AL; Hormuzd A. Katki, Ph.D., Division of Cancer Epidemiology and Genetics, National Cancer Institute, Bethesda, MD; Walter K. Kinney, M.D., The Permanente Medical Group, Sacramento, CA; Mark Schiffman, M.D., Diane Solomon, M.D., Division of Cancer Prevention, National Cancer Institute, Bethesda, MD; Nicolas Wentzensen, M.D., Division of Cancer Epidemiology and Genetics, National Cancer Institute, Bethesda, MD; Herschel W. Lawson, M.D., Emory University School of Medicine, Atlanta, GA, en nombre de la Conferencia ASCCP Directrices de Consenso 2012.

Toda correspondencia sobre los derechos protegidos de este documento deberan ser dirigidos a la Direccion Nacional de la ASCCP, 1530 Tilco Dr., Ste. C, Frederick, MD 21704

ASCCP

**1530 Tilco Drive, Suite C
Frederick, MD 21704
(301) 733-3640 (teléfono)
(800) 787-7227 (número de
teléfono gratuito)
(240) 575-9880 (fax)**

**Para informacion o copias
adicionales, favor de enviar
correo electronico a:
administrator@asccp.org:**



**Sociedad Americana para el estudio de las enfermedades
del tracto genital inferior desde el 1964**

www.asccp.org/Consensus2012