

3º JORNADA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA CON ATENCIÓN PRIMARIA

**CRIBADO CITOLÓGICO. PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO
DE LA CITOLOGÍA ANORMAL**

**Dra. Vanesa del Amo Serrano
Unidad Patología Cervical
Ginecología y Obstetricia HGV**

JUSTIFICACIÓN DEL CRIBADO

- El cáncer de cuello de útero (CCU) es la 3º neoplasia más frecuente en la mujer
- El cribado ha conseguido reducir 70 – 80% incidencia y mortalidad por CCU
- VPH es el agente causal de la práctica totalidad de casos de CCU y de sus lesiones precursoras
- VPH 16 y 18 responsables del 70% de los casos
- VPH 45,31,33,52,58,35,59,56,51,y 39 responsables del 30% restante
- > 90% de las infecciones por VPH son transitorias

POBLACIÓN DIANA Y BENEFICIOS DEL CRIBADO

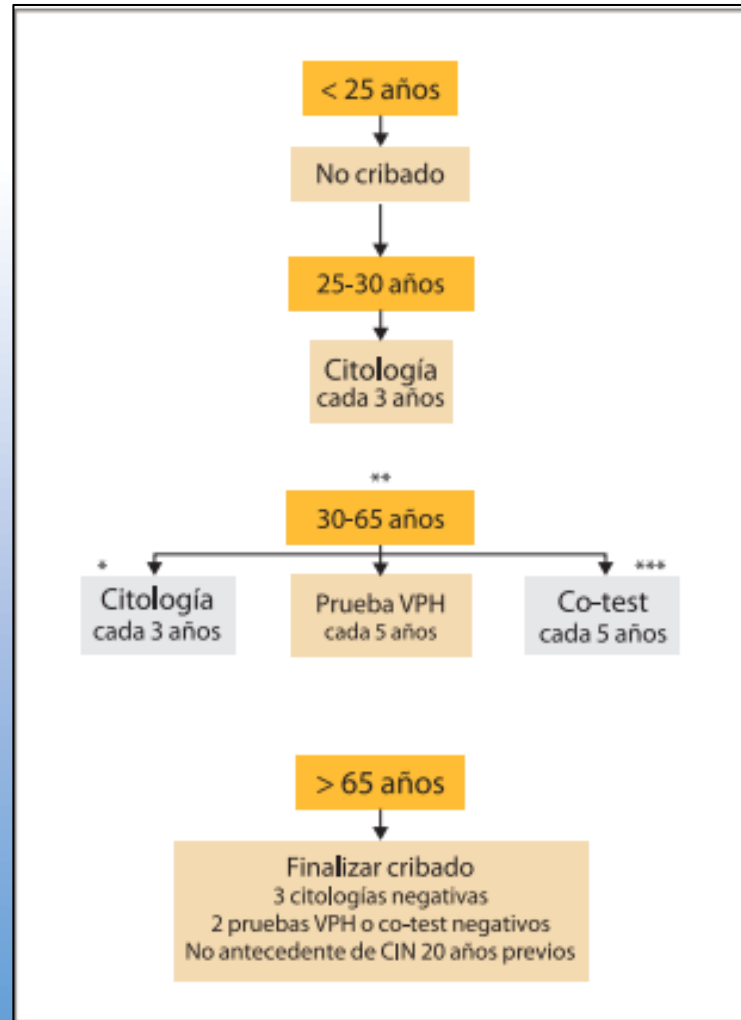
- Mujeres que han iniciado su actividad sexual y con edad comprendida entre los 25 y los 65 años
- Beneficios :
 - 1) curación de mujeres tratadas después de la detección precoz de la enfermedad y que en ausencia de cribado habrían muerto por un cáncer invasor
 - 2) mejora de la calidad de vida en mujeres tratadas de un cáncer o una enfermedad preinvasiva que gracias a la detección precoz requieren tratamientos menos mutilantes
 - 3) beneficio de conocer el resultado negativo de una prueba de cribado que permita asegurar que una determinada mujer no es portadora de un CCU o de una enfermedad precursora

OBJETIVO DEL CRIBADO

Mejorar la actividad preventiva del cáncer de cuello uterino en España utilizando estrategias validadas desde la evidencia científica. Obtener el máximo rendimiento, con criterios de coste - eficacia aceptables, teniendo en cuenta los recursos existentes.



RECOMENDACIONES DE CRIBADO



A. Edad de inicio

- **Recomendación:**

- El cribado del cáncer de cuello uterino se debe iniciar a los 25 años.
- NO comenzar antes independientemente de la edad de inicio de las relaciones sexuales u otros factores de riesgo
- A las mujeres menores de 25 años que no se han administrado la vacuna frente VPH se les debe aconsejar la vacunación

- **Justificación :**

- Incidencia de CCU en <25 años extremadamente baja
- 1/3 de estas pacientes son portadoras de VPH, la mayoría transitoria
- Aumenta coste personal y económico
- Sobrediagnóstico
- Sobretratamiento

B. Edad finalización

- **Recomendación:**

El cribado debe finalizar a la edad de 65 años siempre que se cumplan los siguientes criterios:

- Cribado previo adecuado y negativo durante los 10 años anteriores
- Sin antecedentes de neoplasia cervical intraepitelial (CIN) o CCU tratado durante los 20 años previos

- **Justificación :**

- Si estudio adecuado incidencia de CIN2+ y CCU extremadamente baja
- Cribado 1000 mujeres 65 – 90 años para prevenir 1,6 CCU
- Mujeres > 65 años con primoinfección de VPH suelen aclarar la infección
- Menor susceptibilidad frente a infección por VPH
- > número de citologías inadecuadas o falsamente positivas por atrofia

C. Mujeres 25 - 30 años

- **Recomendación :**

El cribado entre 25 y 30 años debe realizarse únicamente con citología; en caso de resultado negativo, se debe repetir la citología cada 3 años hasta los 30 años

- **Justificación :**

Intervalo de 3 años muestra mejor relación entre incidencia, mortalidad, costes y morbilidad asociados al número de colposcopias

D. Mujeres 30 – 65 años

- **Opciones de cribado:**

- VPH cada 5 años (preferente)
 - Cotest: CML + VPH cada 5 años (aceptable)
 - CML cada 3 años (aceptable)
-
- La utilización de citología exclusiva en el cribado debería justificarse por la falta de infraestructura sanitaria y recursos que dificulten la implementación de la prueba de VPH-AR
 - Se considera que la transición a cribado con determinación de VPH debería ser un objetivo alcanzable para todos los ámbitos que participan en el cribado primario de cáncer de cuello uterino
 - Esta transición de citología a prueba VPH es altamente recomendable y está justificada por las ganancias en la calidad y validez del cribado.

Octubre 2018 :

Ministerio Sanidad. Cartera Servicios Mínimos PVC



Aprobado Consejo Interterritorial



Implementación Comunidades Autónomas

- **Criterios mínimos cribado:**
 - Base poblacional
 - 25 – 35 años : citología cada 3 años
 - 35 – 65 años : VPH cada 5 años

E. Subgrupos especiales

- Mujeres con histerectomía por patología benigna : finalizar cribado tras histerectomía
- Mujeres con histerectomía por CIN2+ : cribado durante un periodo mínimo de 20 años

*Justificación: riesgo de sufrir un CCU es entre 5-10 veces mayor que población general

- Mujeres inmunocomprometidas: cribado con citología anual

*Justificación: inmunodepresión congénita o adquirida, como consecuencia de tratamientos farmacológicos (que se han sometido a algún trasplante de órganos, con enfermedades sistémicas, inflamatorias o autoinmunes que requieren inmunosupresión crónica) o las pacientes con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) son muy susceptibles a la infección persistente por VPH y, por tanto, tienen un alto riesgo de desarrollar lesiones precursoras o CCU.



PATOLOGÍA TRACTO GENITAL INFERIOR

Protocolo de consenso H. Infanta Elena, H. Rey Juan Carlos, H. General de Villalba y H. Fundación Jiménez Díaz.

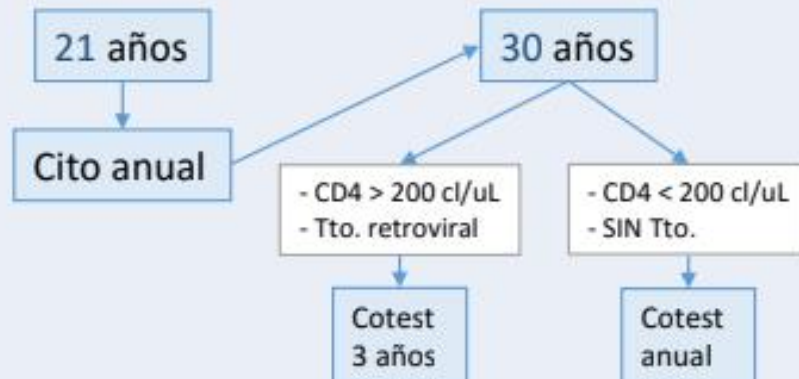
Cribado poblacional

< 25 años	25-30 años	30-65 años	≥65 años
∅	Cito cada 3 años	Cito cada 3 años*	FIN

- 3 citologías negativas
- 2 VPH negativos
- 2 cotest negativos
- No antecedentes CIN en los últimos **20** años

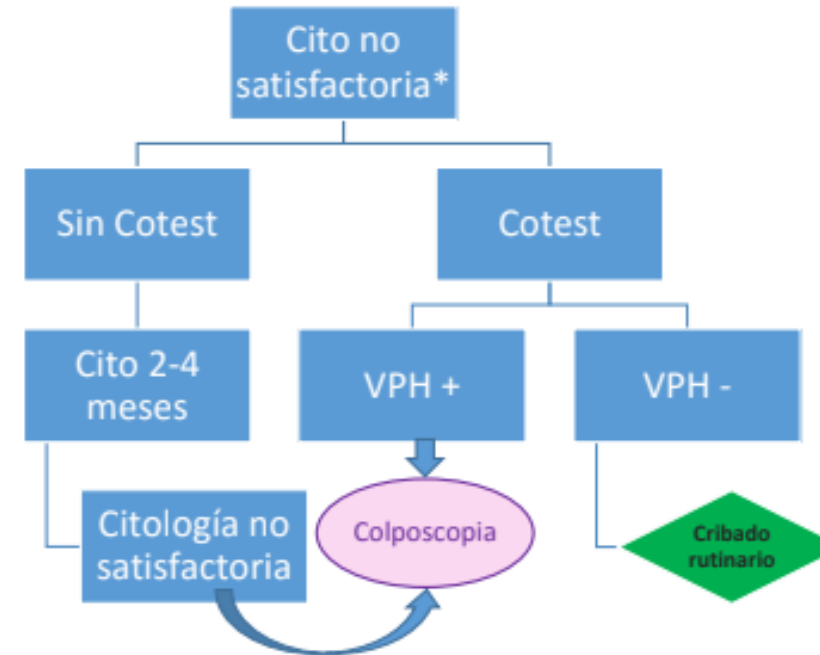
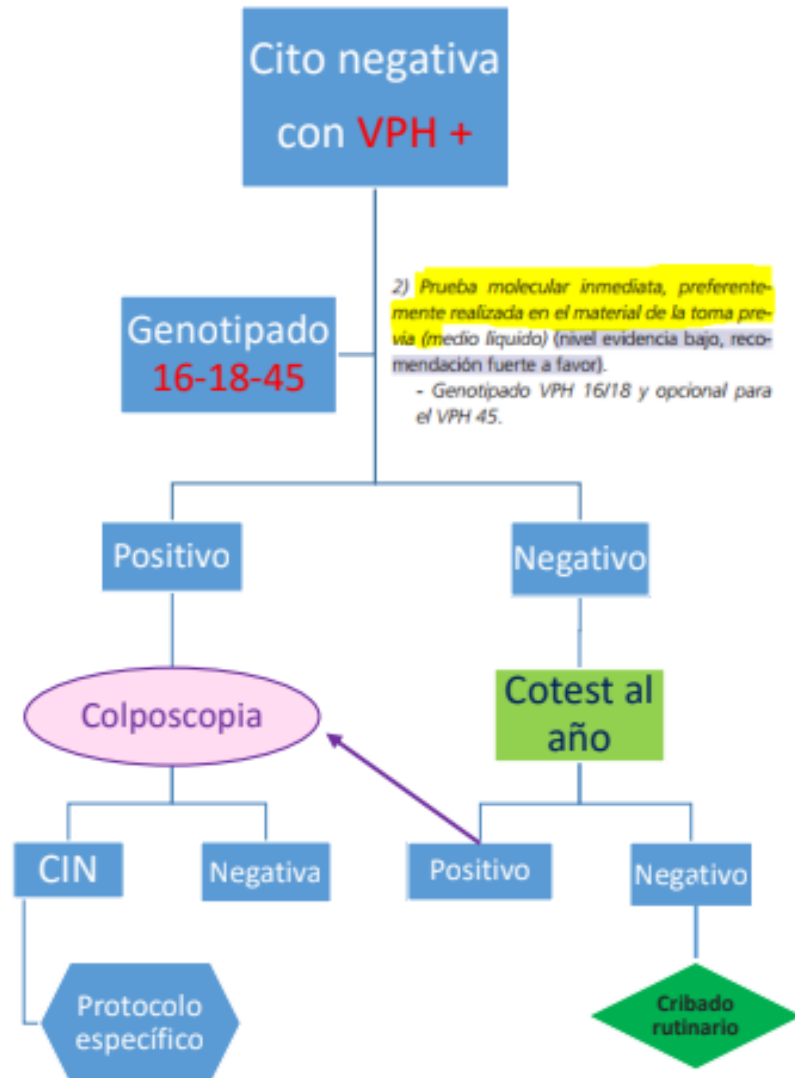
Cribado en situaciones especiales

• Histerectomía por patología benigna	FIN
• Histerectomía CIN2/HSIL	Una vez derivadas a cribado rutinario
• Antecedente de lesión CIN2/HSIL	→seguimiento 20 años
• Mujeres inmunosuprimidas	





Conducta ante resultados citológicos anormales



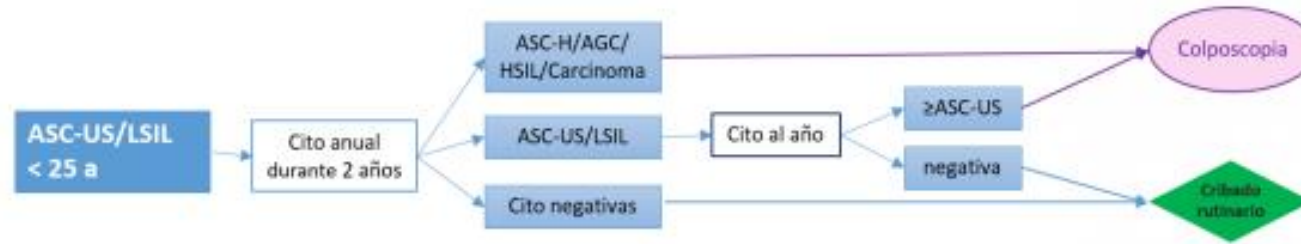
*<30 años sin Cél. endocervicales: no repetir citología

CITO: Cél. Endometriales

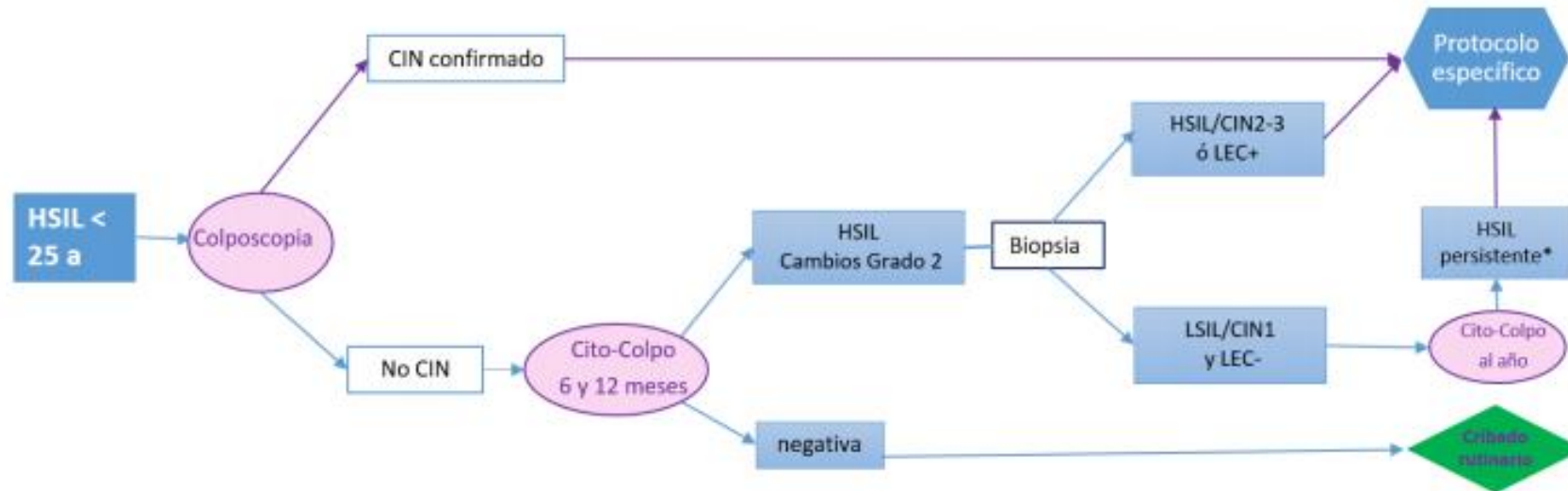
- Premenopáusicas*: ninguna evaluación
- Postmenopáusicas: descartar patología endometrial
- Histerectomizadas: ninguna evaluación

*Asintomáticas

Resultados citología en mujeres < 25 años



ASC-H: mismo protocolo que mayores de 25 años



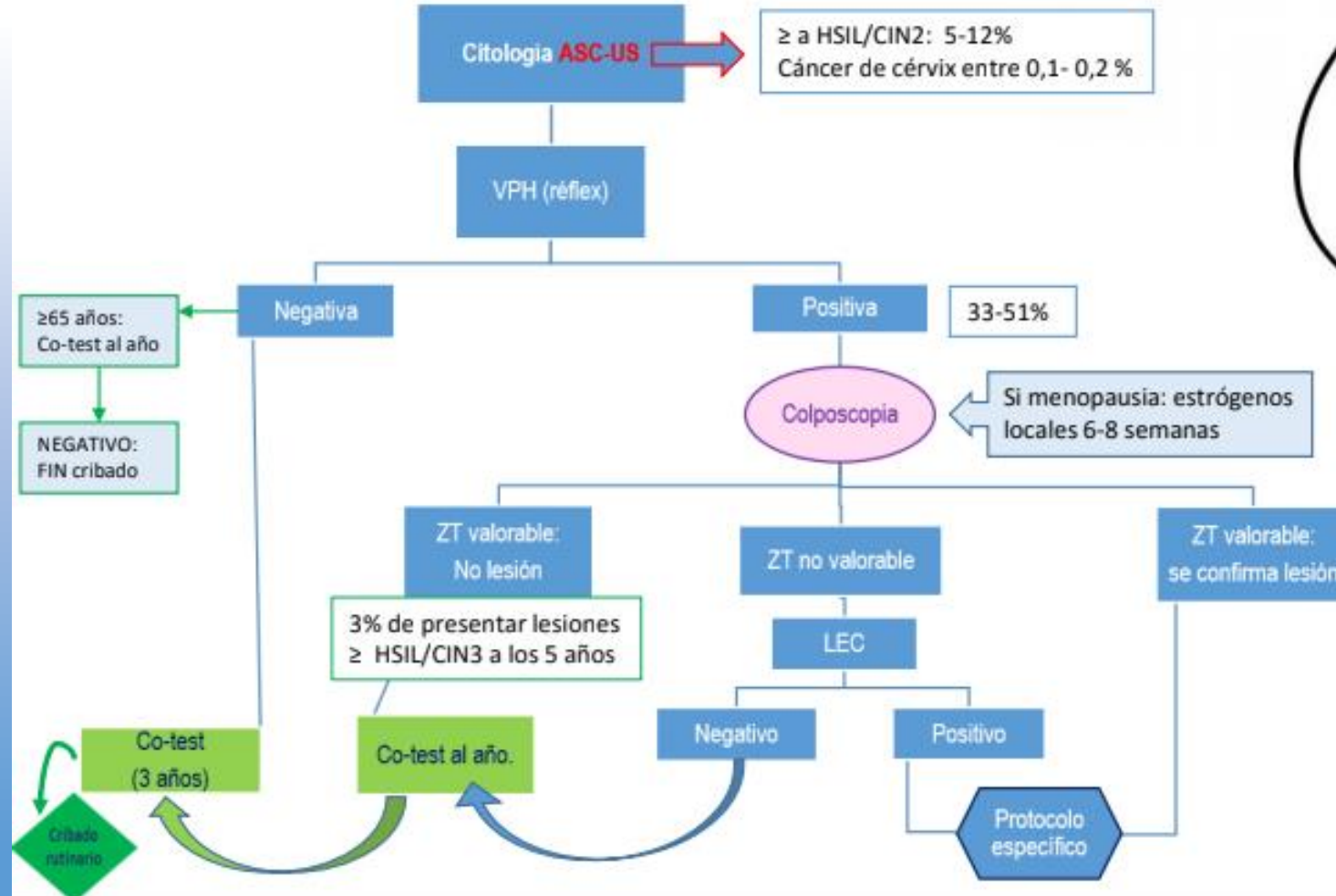
ACG: mismo protocolo que mayores de 25 años

Citología: ASC-US



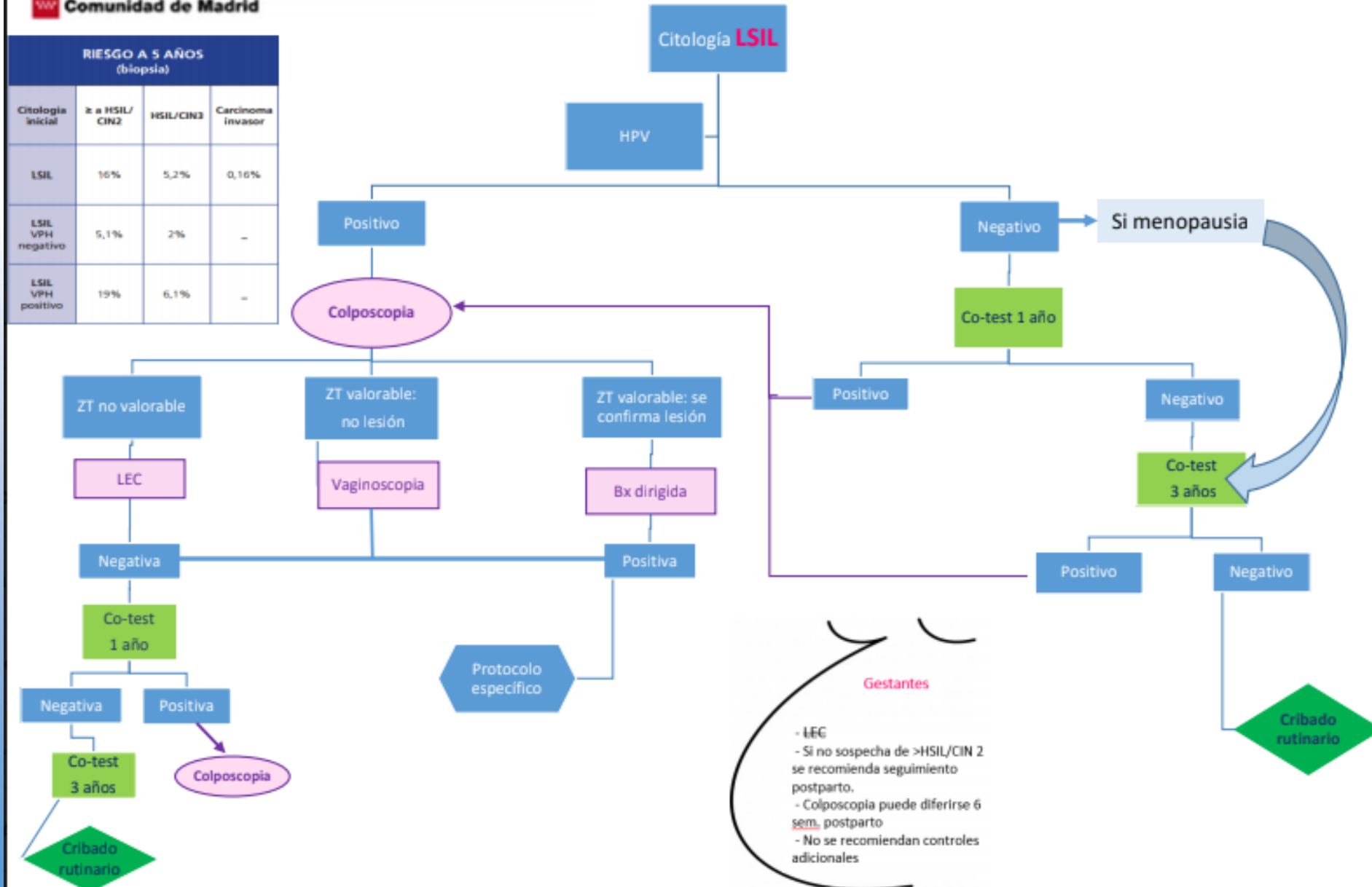
Gestantes
(= no gestantes)

- LEC
- Si no sospecha de >HSIL/CIN 2 se recomienda seguimiento postparto.
- Colposcopia puede diferirse 6 sem. postparto



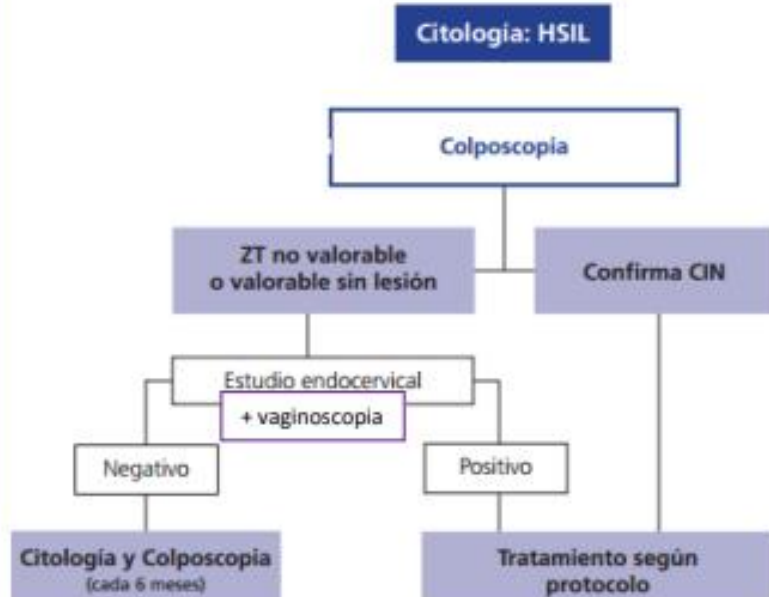
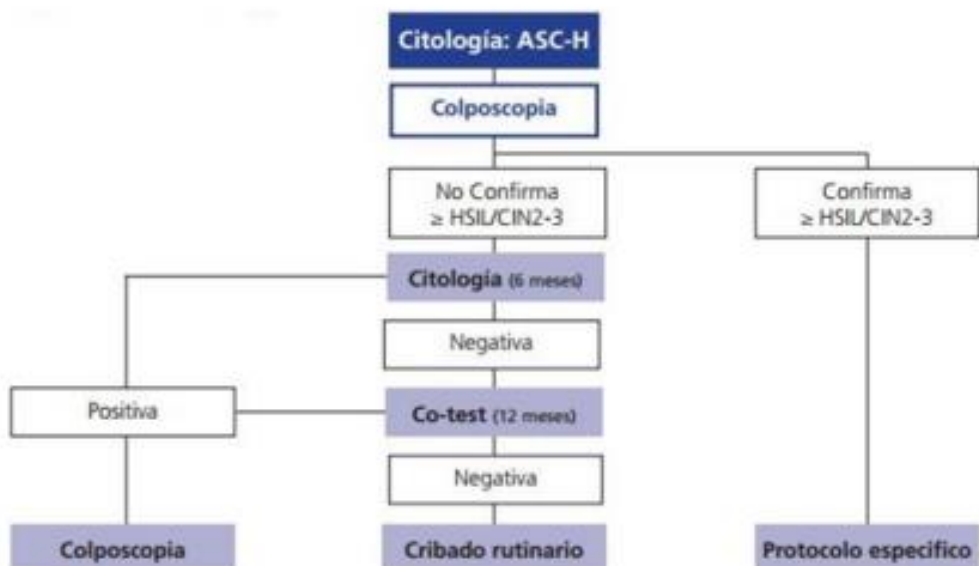
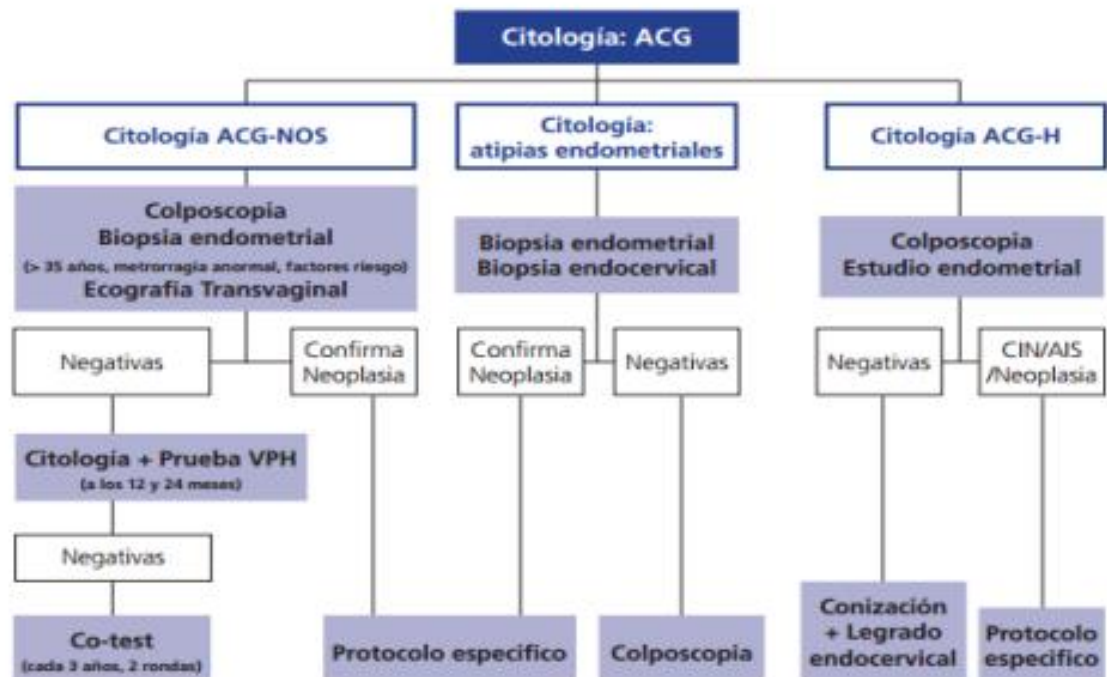
Citología: LSIL

RIESGO A 5 AÑOS (biopsia)			
Citología inicial	≥ a HSIL/CIN2	HSIL/CIN3	Carcinoma invasor
LSIL	16%	5,2%	0,16%
LSIL VPH negativo	5,1%	2%	-
LSIL VPH positivo	19%	6,1%	-



Gestantes

- LEC
- Si no sospecha de >HSIL/CIN 2 se recomienda seguimiento postparto.
- Colposcopia puede diferirse 6 sem. postparto
- No se recomiendan controles adicionales



RESUMEN MANEJO RESULTADOS CITOLOGÍA Y DERIVACIÓN A PVC

1. Mujeres menores de 25 años : **NO REALIZAR CRIBADO**
2. Mujeres entre 25 – 65 años : realizar citología cada 3 años
3. Citología negativa con inflamación: no es preciso repetir citología

RESUMEN MANEJO RESULTADOS CITOLOGÍA Y DERIVACIÓN A PVC

4. Citología insatisfactoria: repetir citología en 3-4 meses

5. Citología con ausencia de células endocervicales: **SE DA RESULTADO COMO NORMAL Y NO PRECISA SEGUIMIENTO**

6. Citología con ASCUS o LSIL en paciente menor de 25 años: se debe realizar citología anual durante dos años. Si tras dos años persiste alteración remitir a consulta de patología cervical.

RESUMEN MANEJO RESULTADOS CITOLOGÍA Y DERIVACIÓN A PVC

7. Citología con ASCUS en paciente mayor de 25 años realizar toma de VPH: si VPH positivo remitir a consulta de patología cervical y si VPH es negativo se realizará cotest (CML + VPH) a los 3 años

8. Citología con LSIL en paciente mayor de 25 años remitir a consulta de patología cervical * En pacientes mayores de 50 años se realiza toma de VPH: si positivo remitir para colposcopia y si negativo cotest en 3 años

9. Citología con resultado de : HSIL, ASCH o AGUS remitir a consulta de patología cervical ginecológica

Citología con ausencia de células endocervicales: **SE DA RESULTADO COMO NORMAL Y NO PRECISA SEGUIMIENTO**

EVALUACIÓN DE LA MUESTRA

Citología en Medio líquido Thinprep® pap test.

Citología preescaneada según protocolo y sistema automatizado Thinprep® Imaging System.

Informe realizado según indicaciones de sistema Bethesda (2014).

DIAGNÓSTICO

CALIDAD DE LA MUESTRA: Satisfactoria para evaluación

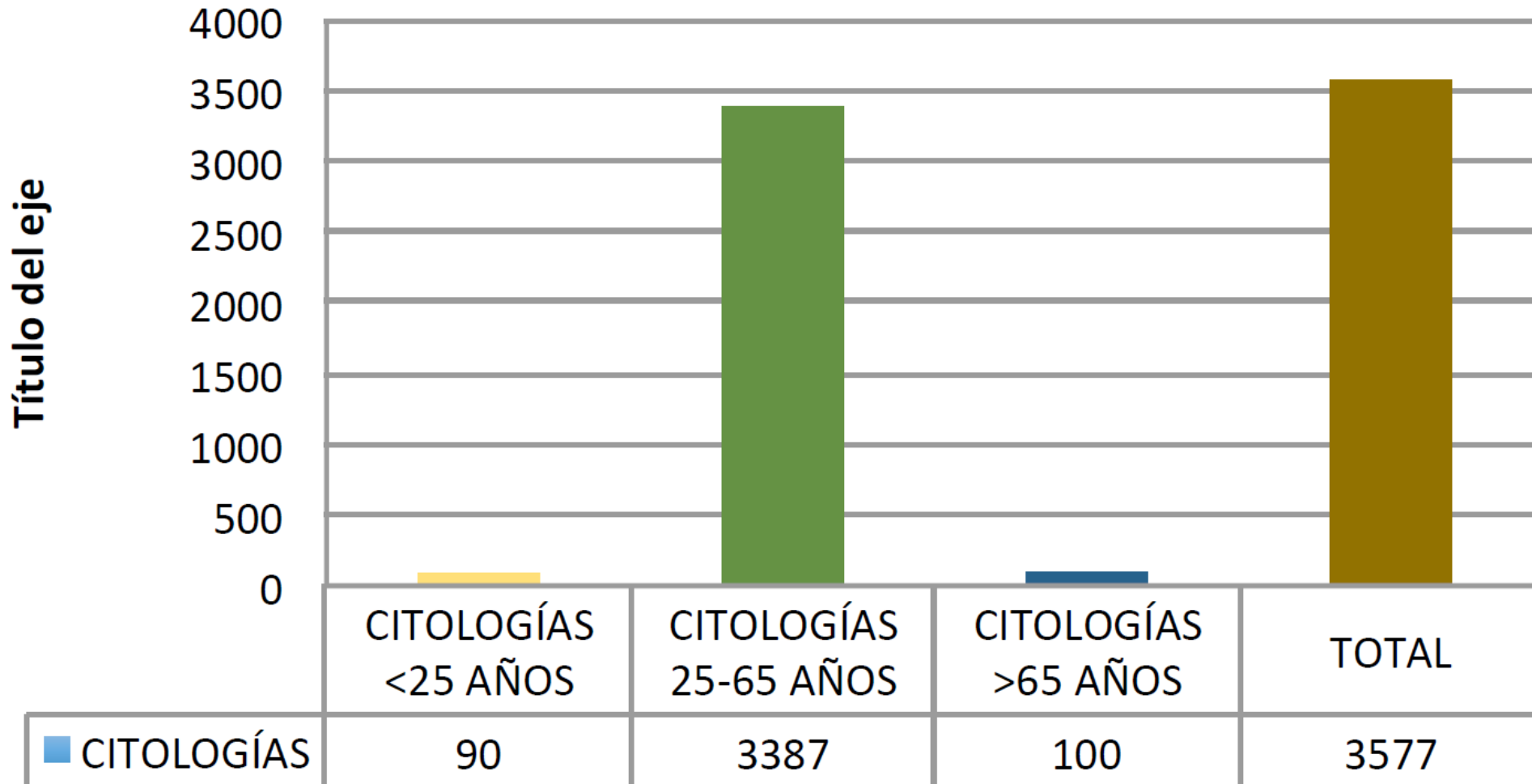
VALORACIÓN GENERAL:

CITOLOGÍA NEGATIVA PARA LESIÓN INTRAEPITELIAL Y/O MALIGNIDAD.

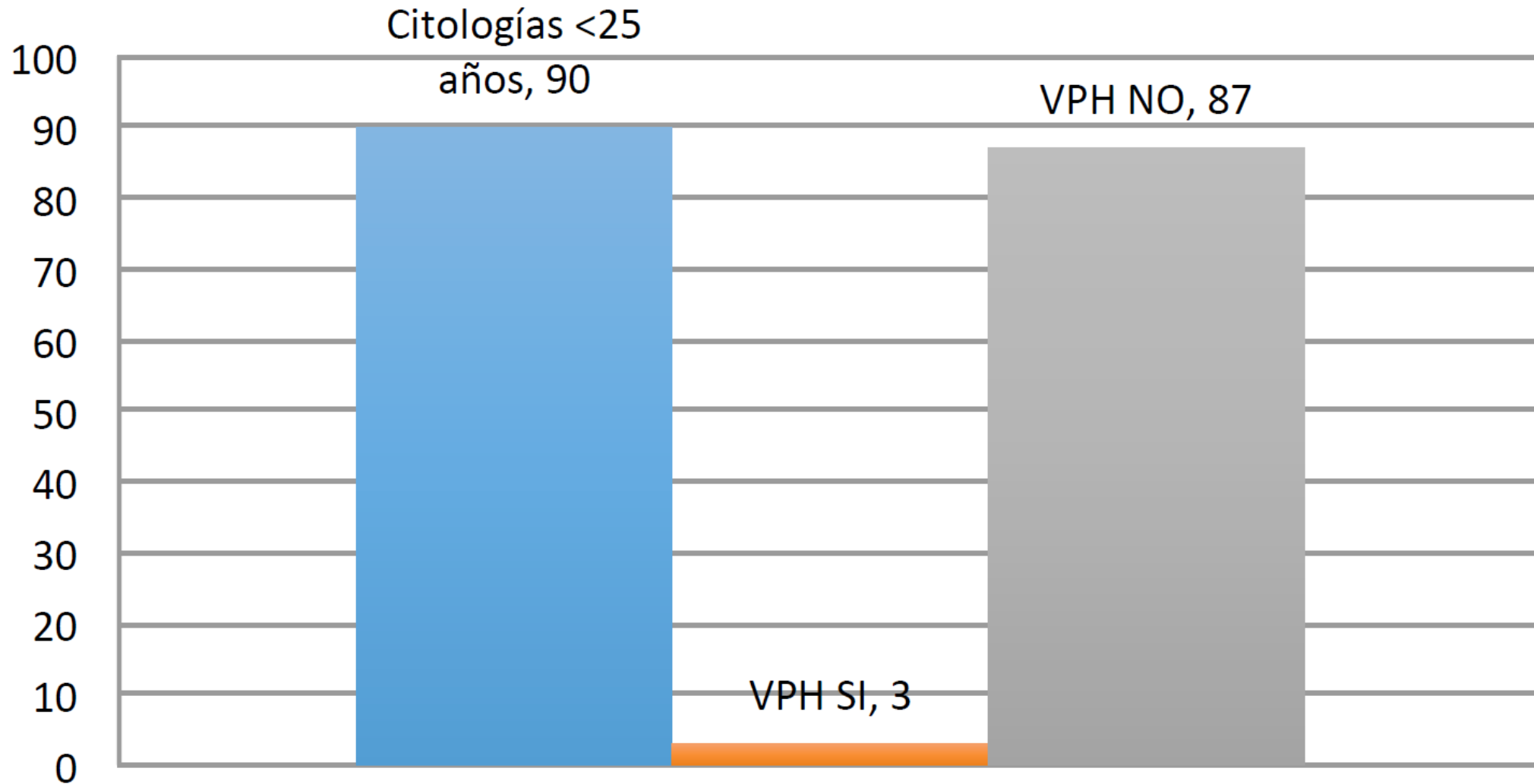
COMENTARIO: Ausencia de células endocervicales y/o zona de transformación.

Según los criterios de Bethesda 2014. La representación de la zona de transformación, NO afecta a la valoración global de la muestra.

CITOLOGÍAS



Citologías < 25 años





MUCHAS GRACIAS



Nº1





Nº2

