

Detección precoz cáncer de cérvix

Jornadas Ginecología y Obstetricia Hospital Universitario
Infanta Elena
2013

Dra. Silvia Durán Francisco
Especialista en Medicina de Familia
CENTRO DE SALUD EL RESTON

Justificación

- Es un tumor raro en mujeres menores de 25 años y su incidencia aumenta progresivamente con la edad, con un pico máximo en la quinta década de la vida.
- La supervivencia a los 5 años oscila entre el 50-70%, dependiendo de factores tales como el estado en el momento del diagnóstico y la calidad de los cuidados sanitarios disponibles

Justificación

- En nuestro país su incidencia y mortalidad son bajas, tanto si lo comparamos con los datos a nivel mundial como respecto al resto de países europeos.
- En el año 2008 la incidencia estimada de carcinoma de cérvix en España fue de 7,6 por 100.000 habitantes, y la tasa de mortalidad de 2,07 por 100.000 habitantes.
- La mortalidad del cáncer de cérvix podría cambiar en el futuro en España, debido a la inclusión en el año 2008 en el calendario vacunal de la vacuna frente a dos serotipos del Virus del Papiloma Humano (VPH), agentes etiológicos de esta enfermedad

Justificación

- el cribado o prevención secundaria del cáncer de cérvix mediante citología cervical disminuye la mortalidad :
 - la identificación y tratamiento de las lesiones precancerosas, dado el largo periodo de latencia (10-15 años) que se da entre éstas y su evolución a carcinoma invasivo, es una eficaz herramienta preventiva

Frecuencia de cribado

- la International Agency for Research on Cancer informó en 2005 de la suficiente evidencia de que la citología cervical realizada en un intervalo que oscile entre 3 y 5 años disminuye en un 80% la incidencia de cáncer de cuello uterino en las mujeres de 35 a 64 años.
- España 2006: citología anual los 2 primeros años y posteriormente cada 3 años, si éstas son valorables y negativas
- Existe acuerdo en que el cribado finalice a los 65 años.

Infección por VHP

- La infección por el VPH es la enfermedad de transmisión sexual más frecuente, en más del 90% de los casos evoluciona :
curación espontánea.
- Sin embargo, cuando no se elimina el virus y la infección persiste en el tiempo (entre un 10% y un 20% según otros autores) puede acabar ocasionando lesiones precancerosas.
- La **latencia** desde la infección vírica - cáncer invasivo puede ser de hasta 10 a 15 años

Infección por VHP

Curso de ginecología en atención primaria y ambulatoria (2ª edición)

ICOMEM. 4-6 Octubre 2010

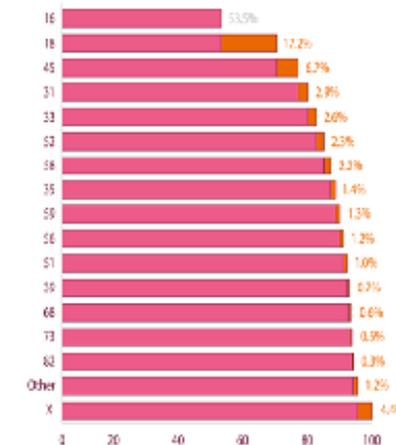
INFECCIÓN GENITAL POR EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO

Cofactores de persistencia de infección y progresión a cáncer de cérvix:

Virales: Presencia de Genotipos virales de Alto Riesgo: **16 y 18**

- El **VPH 16** persiste durante más tiempo que cualquier otro tipo de VPH.
- El **VPH 16** tiene un riesgo absoluto de CIN-3 que se acerca al 40% a los 5 años de persistencia
- Es el responsable de hasta el **53.5%** de todos los casos de cáncer de cérvix en el mundo.

Casos de cáncer de cérvix atribuidos a los tipos más frecuentes de VPH

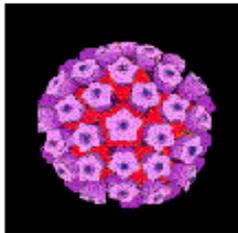


Infección por VHP

Curso de ginecología en atención primaria y ambulatoria (2ª edición)

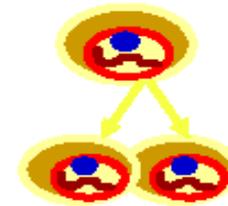
ICOMEM. 4-6 Octubre 2010

VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO

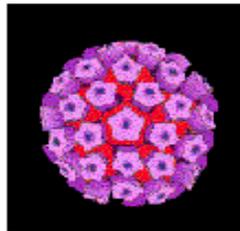


Bajo riesgo oncogénico
(VPH-BR)

6, 11,
40, 42, 43, 44, 54, 61, 70, 72, 81

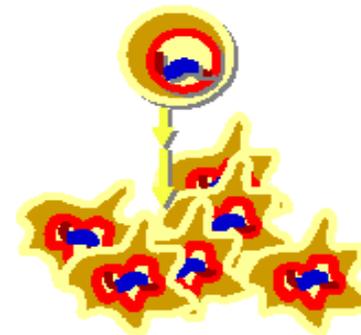


Condilomas
L-SIL



Alto riesgo oncogénico
(VPH-AR)

16, 18,
31, 33, 35, 39, 45, 51, 52,
56, 58, 59, 68, 73, 82



H-SIL
Cáncer



Infección por VHP

Curso de ginecología en atención primaria y ambulatoria (2ª edición)

ICOMEM. 4-6 Octubre 2010

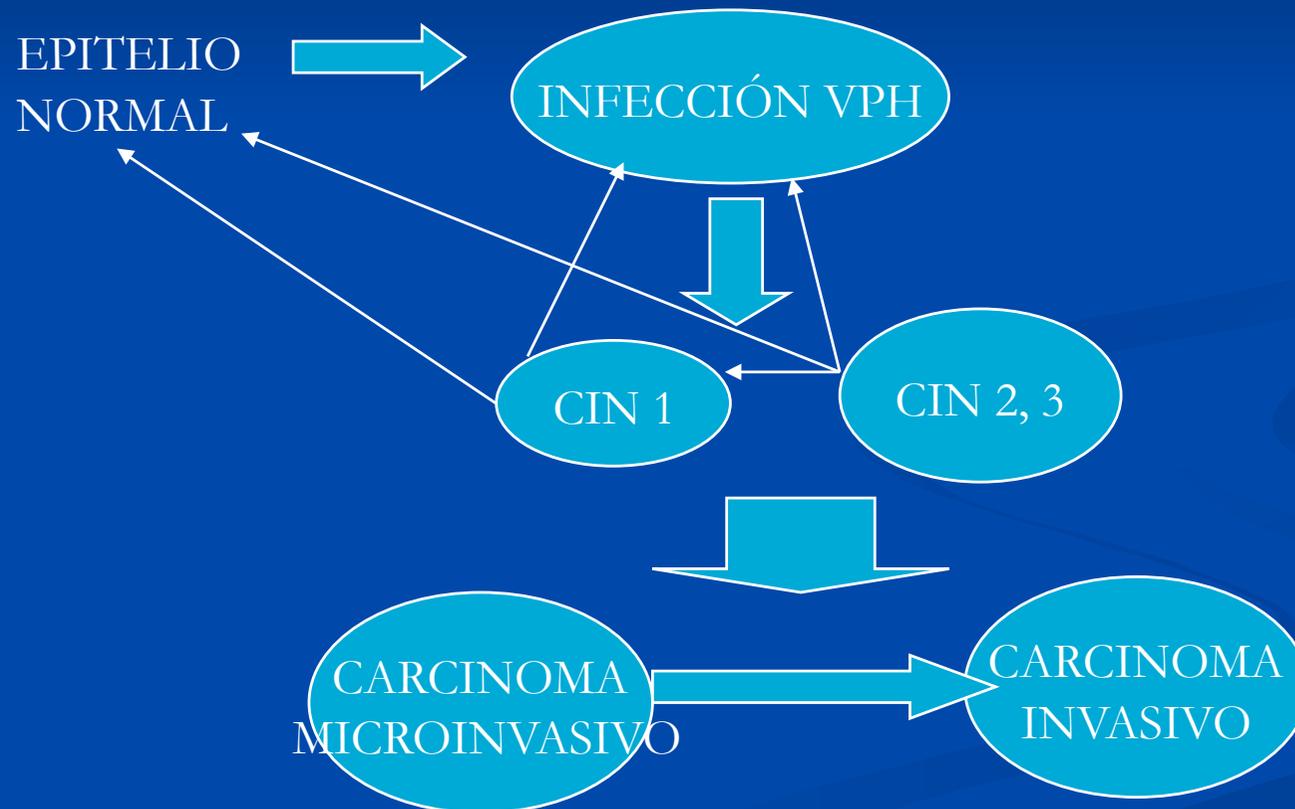
CONCLUSIONES

- La infección genital por VPH es la ITS más frecuente.
- La mayoría de las infecciones cervicales por VPH no progresan a cáncer.
- Para desarrollar cáncer de cérvix se necesita:
 - Que exista infección cervical por **VPH**
 - Que la infección sea por un **GENOTIPO DE ALTO RIESGO**
 - Que la infección sea **PERSISTENTE**

Objetivo de detección

- El objetivo del cribado detección de la:
 - **Lesión Escamosa Intraepitelial de alto grado (HSIL)**,
 - la Neoplasia Intraepitelial Cervical (**CIN 2 y CIN 3**),
 - el **Cáncer Microinvasivo** y el **Adenocarcinoma in situ (AIS) endocervical**
- No es objetivo detectar: la Lesión Escamosa Intraepitelial de bajo grado (LSIL) y la CIN 1 (la gran mayoría son transitorias y carecen de potencial maligno)

Infección por VHP



Factores de riesgo

- **Paridad elevada:** 3-4 embarazos a término tienen un riesgo 2,6 veces más alto de padecer un cáncer de cuello uterino que las nulíparas. En las que habían tenido 7 partos o más, el riesgo fue de 3,8 veces.-
- **Contraceptivos orales:** El uso prolongado de Anticonceptivos Orales (>5 años) incrementa por 2 el riesgo de desarrollar cáncer escamoso de cérvix entre las mujeres portadores del VPH.
-

Factores de riesgo

- Tabaquismo: El consumo de tabaco multiplica por 2,17 el riesgo de progresión neoplásica en la mujer afectada.
- Inmunodepresión.
- Coinfecciones: La coinfección por el Virus Herpes Simple tipo 2 (VHS-2)

Protocolo de realización en AP

Condiciones para la toma citológica:

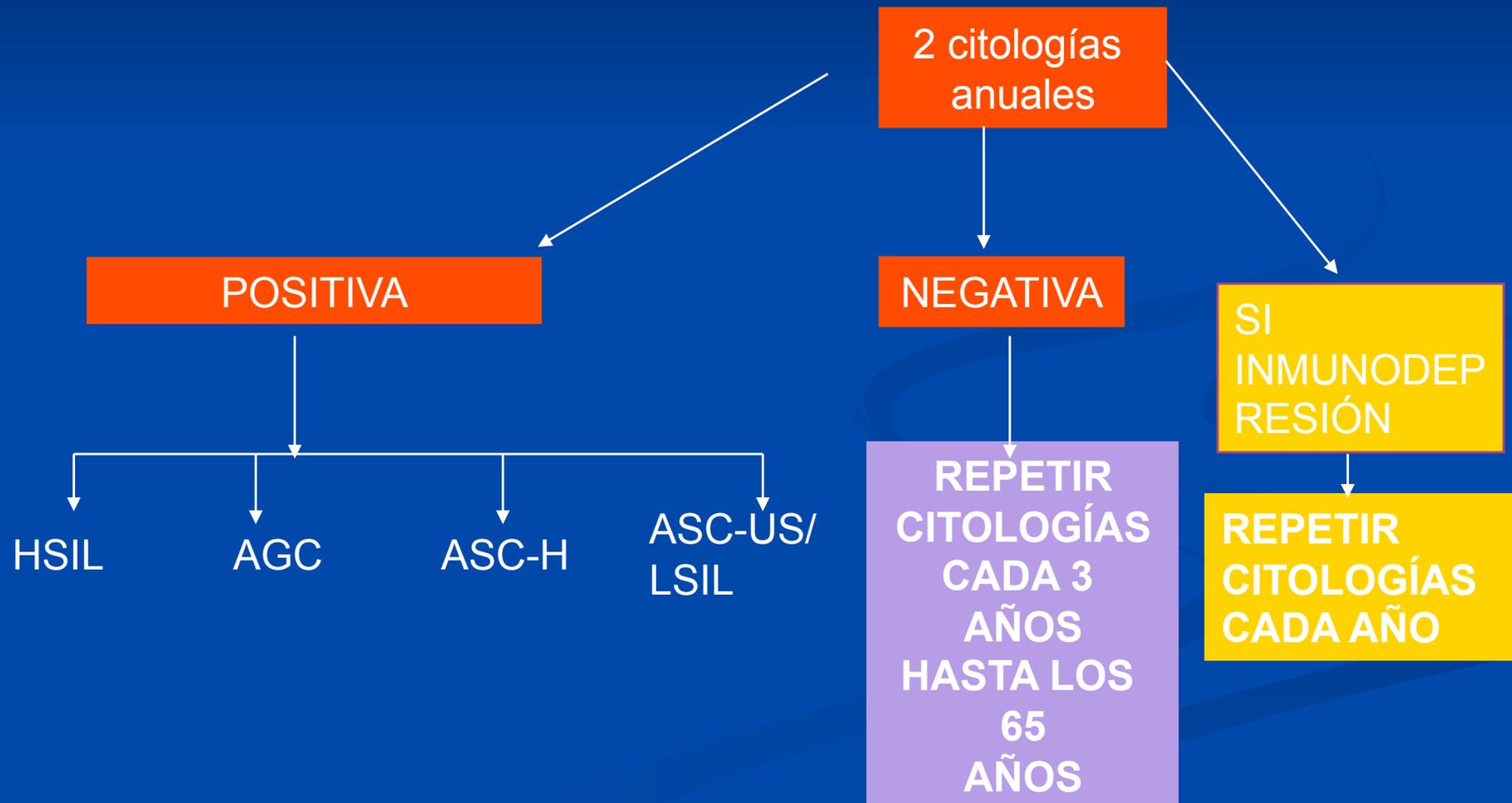
- No realizarla durante la menstruación o ante cualquier otro tipo de sangrado.
- No realizarla durante la gestación, los 3 primeros meses postparto ni durante el periodo de lactancia materna.
- No realizarla si existe clínica de infección vaginal o uso de medicación intravaginal. En estos casos debe realizarse una toma de cultivo de flujo si se sospecha infección vaginal.

Técnica de la toma citológica:

La citología se realizará mediante una doble toma: exocervical y endocervical, y en ese orden

Protocolo de realización

Mujer >21, no histerectomizada
con actividad coital



Protocolo de actuación en AP

**PACIENTE
> 65 AÑOS**

**SIN CRIBADO
PREVIO
O ULTIMA
CITOLOGÍA
HACE MÁS
DE 5 AÑOS**

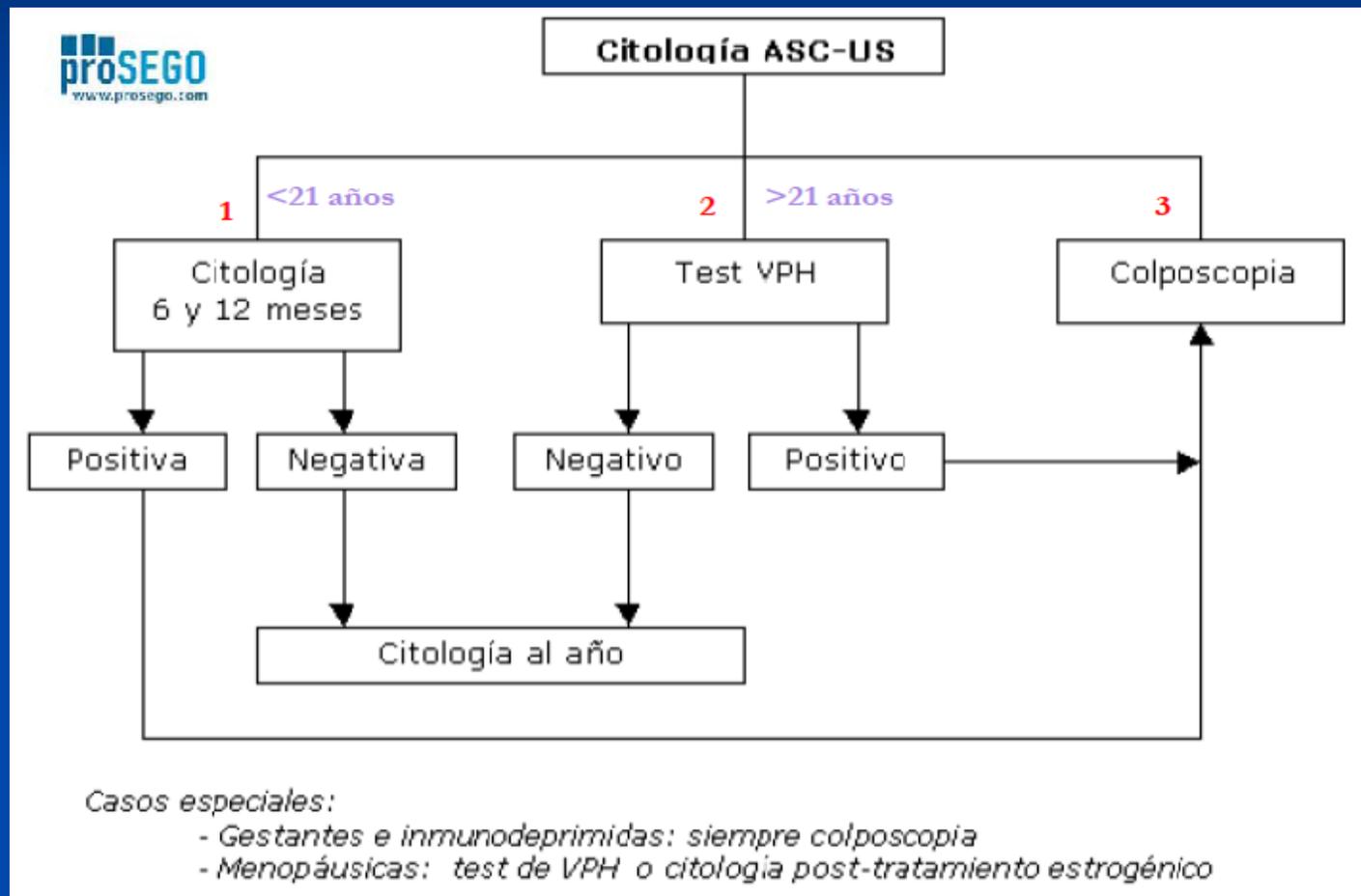
POSITIVA

PROTOCOLO DE
ACTUACIÓN

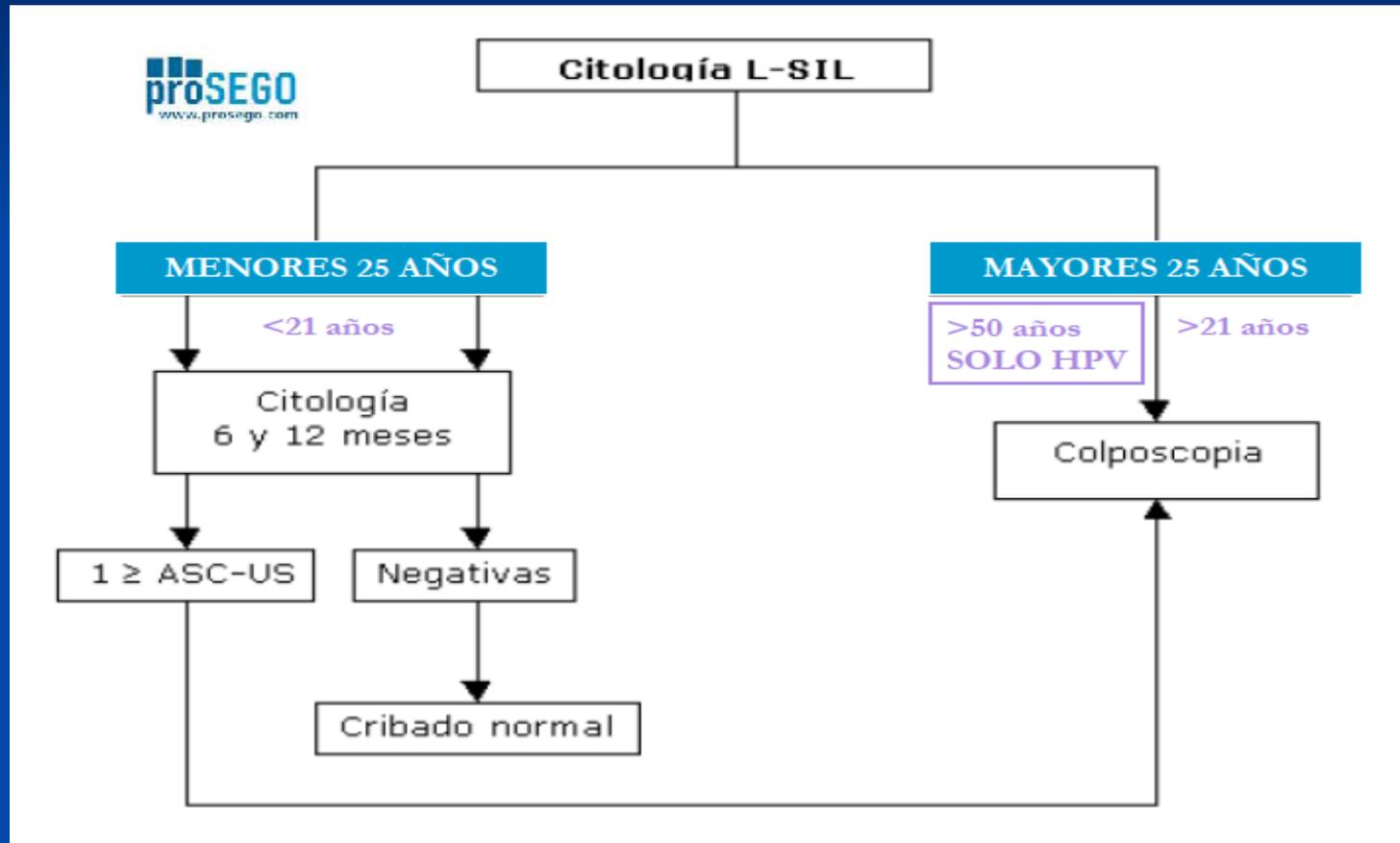
**NEGATIVAS
AMBAS**

FINALIZACIÓN

Protocolo de actuación en AP



Protocolo de actuación en AP



Protocolo de actuación en AP



proSEGO
www.prosego.com

Notas:

1) la colposcopia se indicará en todos los casos con cérvix clínicamente sospechoso aún con citología normal.

2) En caso de discordancia de la citología con colposcopia-biopsia revisar citología y biopsia

TÉCNICA DE LA CITOLOGÍA

Tipos

CONVENCIONAL	BASE LÍQUIDA
<ul style="list-style-type: none">- Fondo de saco vaginal- Exocérvis- Endocérvis	1 sólo toma
<ul style="list-style-type: none">- Extensión en portaobjetos- Fijación con spray	Lavado en vial
<ul style="list-style-type: none">- Tinción- Lectura	<ul style="list-style-type: none">- Procesado especial- Lectura



Interpretación citología (clasificación histológica del Sistema Bethesda)

■ Idoneidad de la muestra:

- Satisfactoria para evaluación (señalar la presencia o ausencia de células endocervicales ó metaplásicas).

- Insatisfactoria para valoración

- Negativa para lesión intraepitelial o malignidad.

- Organismos:

- o *Trichomonas vaginalis*.

- o Hongos morfológicamente compatibles con *Cándida*.

- o Flora sugestiva de vaginosis bacteriana.

- o Bacterias morfológicamente compatibles con *Actinomyces*.

- o Cambios celulares compatibles con virus del herpes simple.

Interpretación citología

Otros hallazgos no neoplásicos (opcional):

- Cambios celulares reactivos asociados a inflamación (incluye reparación típica), radiación, Dispositivo Intrauterino (DIU).
- Atrofia.

Células epiteliales anormales:

o Células escamosas:

- Células escamosas atípicas (**ASC**):
 - De significado indeterminado (**ASC-US**).
 - No puede excluir lesión escamosa intraepitelial de alto grado (**ASC-H**).
- Lesión escamosa intraepitelial de bajo grado (**LSIL**)
- Lesión escamosa intraepitelial de alto grado (**HSIL**)
- Carcinoma escamoso

Interpretación citología

Células glandulares:

1. Células glandulares atípicas (AGC), especificar endocervical, endometrial o sin especificar (NOS).
2. Células glandulares atípicas sugestivas de neoplasia (especificar endocervical o NOS).
3. Adenocarcinoma in situ endocervical (AIS).
4. Adenocarcinoma.
5. Células endometriales en mujeres de 40 o más años

Conclusiones

Tabla 4. Cribado de cáncer de cérvix uterino*

- Primera citología a los 3 años de inicio de las relaciones sexuales.
- Citología anual durante los 2 primeros años, si valorables y negativas realizar citología cada 3 años.
- Si existe disponibilidad de test de VPH; a los 35 años realizar citología y test de HPV
 - Ambos negativos: repetir citología y test de VPH cada 5 años.
 - Citología negativa y test de VPH positivo: repetir ambos test al año.
- Si no existe disponibilidad de test de VPH: citología cada 3 años.
- Si se cumple adecuadamente el programa finalizar el cribado a los 65 años.

Conclusiones

Mensajes claves para a las mujeres a las que se ofrece el cribado de cáncer de cérvix

- *El cáncer de cuello uterino es uno de los pocos cánceres que se puede diagnosticar antes de que la mujer perciba algún síntoma o molestia.*
- *El cáncer de cuello uterino es una complicación rara de una infección frecuente.*
- *La vacunación no evita la realización del cribado para disminuir el riesgo de cáncer de cuello de útero.*
- *La mayoría de los casos de cáncer de cérvix aparecen en mujeres que no se han realizado la citología con la periodicidad recomendada.*
- *No es necesario comenzar el cribado con las relaciones sexuales.*
- *No es necesario realizar citologías a las mujeres después de los 65 años.*
- *Existe una amplia base científica de no realizar cribados en intervalos inferiores a los 3-5 años.*

Conclusiones

Mensajes claves para a las mujeres a las que se ofrece el cribado de cáncer de cérvix

- *Una muestra no adecuada significa que no puede obtenerse información de ella, no es sinónimo de la existencia de alguna patología.*
- *La existencia de un resultado citológico negativo no excluye estudiar determinados síntomas.*
- *La prueba de VPH es una prueba complementaria al cribado y sólo es preciso realizarla a determinadas mujeres.*
- *Una citología anómala no significa cáncer.*
- *Afortunadamente la mayoría de los resultados anormales son leves.*
- *Algunos resultados anómalos del cribado precisan de pruebas complementarias que son realizadas a nivel de A. Especializada.*