

República de Colombia  
**MINISTERIO DE SALUD**  
DIRECCIÓN GENERAL DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

## **GUÍA PARA EL MANEJO DE LAS LESIONES PREINVASIVAS DE CUELLO UTERINO**

**CAMBIO PARA CONSTRUIR LA PAZ**

## **1.1 INFECCIÓN POR VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH) Y NEOPLASIA INTRACERVICAL (NIC) DE BAJO GRADO**

Para el tratamiento hay que tener en cuenta que muchas de estas lesiones van a regresar espontáneamente por lo que la tendencia actual es la de dejarlas en observación, con controles citológicos y colposcópicos cada 6 meses o cada año, hasta que la lesión desaparezca. En caso contrario se procederá a su tratamiento según alguna de las posibilidades que se exponen más adelante. En las pacientes mayores de 30 años se puede realizar el tratamiento tan pronto se diagnostique, ya que muchas de estas lesiones ya son persistentes.

Para el tratamiento se puede utilizar cualquiera de los métodos destructivos locales como la electrocauterización, la criocirugía, la vaporización láser o con radiofrecuencia, o cualquier método que a juicio clínico garantice la destrucción completa de la lesión.

Cuando la lesión sea endocervical y no se visualice el límite superior de la misma, se debe realizar cubo endocervical y legrado del endocérvix residual, o en otros casos incluso conización clásica y legrado del endocérvix residual, ya que la lesión puede acompañarse de otra de mayor grado. En las pacientes muy jóvenes sin hijos se pueden dejar en observación estricta de citología y colposcopia cada 6 meses.

Debe aconsejarse a la pareja el uso del preservativo durante 4-6 meses en forma continua, con lo que muchas de las lesiones regresan y los tratamientos dan mejores resultados al romper el círculo de reinfecciones repetidas. Hay que tener en cuenta que entre más joven la mujer, más conservador se debe ser en el manejo, evitando sobretratamientos que puedan influir en la capacidad de reproducción futura.

## **1.2 NEOPLASIA INTRACERVICAL DE ALTO GRADO: NIC II Y NIC III**

La conducta cambia de acuerdo a las circunstancias y cada caso debe ser analizado individualmente, teniendo en cuenta:

- La edad.
- Los deseos de gestaciones futuras.
- La localización y extensión de la lesión.
- El riesgo quirúrgico
- La facilidad de seguimiento de la usuaria.

En aquellas pacientes jóvenes o con deseo de embarazo, que presenten lesiones muy limitadas, visibles en toda su extensión, sin compromiso del canal se podría utilizar la criocirugía, la vaporización láser, en especial en lesiones de NIC II, o los procedimientos de LEEP, LLETZ, o conos poco profundos. En las lesiones de NIC III, se prefieren los métodos escisionales para obtener una muestra adicional para patología.

Cuando la lesión es más extensa, o compromete el canal se debe realizar el cono clásico bien sea con bisturí frío, radiofrecuencia o láser, con carácter terapéutico. Si la paciente ha cumplido su deseo reproductivo y es de difícil seguimiento o en etapa perimenopáusica se debe contemplar la posibilidad de histerectomía abdominal ampliada.

Se realizará conización diagnóstica, cuando no exista correlación entre la citología, la patología y la colposcopia, así como también cuando se tenga un diagnóstico histopatológico de microinfiltración o de adenocarcinoma In Situ, con el objeto de descartar una lesión infiltrante. Igualmente en todas las lesiones endocervicales que no sean visibles por completo a la colposcopia y de acuerdo con la edad, paridad, estado de compromiso del vértice o del legrado del endocérnix residual, se dejará como tratamiento definitivo o se procederá a realizar la histerectomía abdominal ampliada.

Cuando la paciente se encuentra en embarazo, se dejará en observación, excepto que existan indicaciones para una conización diagnóstica, la cual se realizará en el segundo trimestre de la gestación. Estas pacientes dejadas en observación se controlarán con citología y colposcopia cada 3 meses, durante todo el embarazo, pudiendo tener el parto vaginal y recurriendo a la cesárea sólo si hay indicación obstétrica. Se realiza nueva valoración 8-12 semanas después del parto, definiendo la conducta de acuerdo a los hallazgos.

### **CONDUCTA SEGÚN ESTADO CLÍNICO Y CARACTERÍSTICAS DE LA USUARIA**

<b>REPORTE ANATOMO-PATOLOGICO</b>	<b>CARACTERISTICAS DE LA USUARIA</b>	<b>TRATAMIENTO</b>
VPH O NIC I	Paciente joven y de fácil Seguimiento.	Observación, Colposcopia y Citología, cada 6-12 meses
	Pacientes mayores de 30 Años, difícil seguimiento.	Métodos destructivos locales
<b>NIC Alto grado NIC II - NIC III</b>	Paciente joven, lesión delimitada, visible en su totalidad y de fácil	Crioterapia, vaporización láser. LEEP o LLETZ
	Paciente joven, lesión extensa y/o que se introduce al canal, pero	LLETZ más cubo y legrado endocérnix residual.
		Conización mas legrado endocérnix residual.
	Lesión endocervical sin ver su límite superior.	Conización diagnóstica o terapéutica, legrado endocérnix
	Paciente difícil control, paridad cumplida o perimenopáusica o	Histerectomía abdominal ampliada.

	Pacientes con riesgo quirúrgico elevado.	Braquiterapia.
	Paciente embarazada	Observación, parto vaginal. Tratamiento 8-12 semanasPost-parto.

### 1.3 CONTROLES

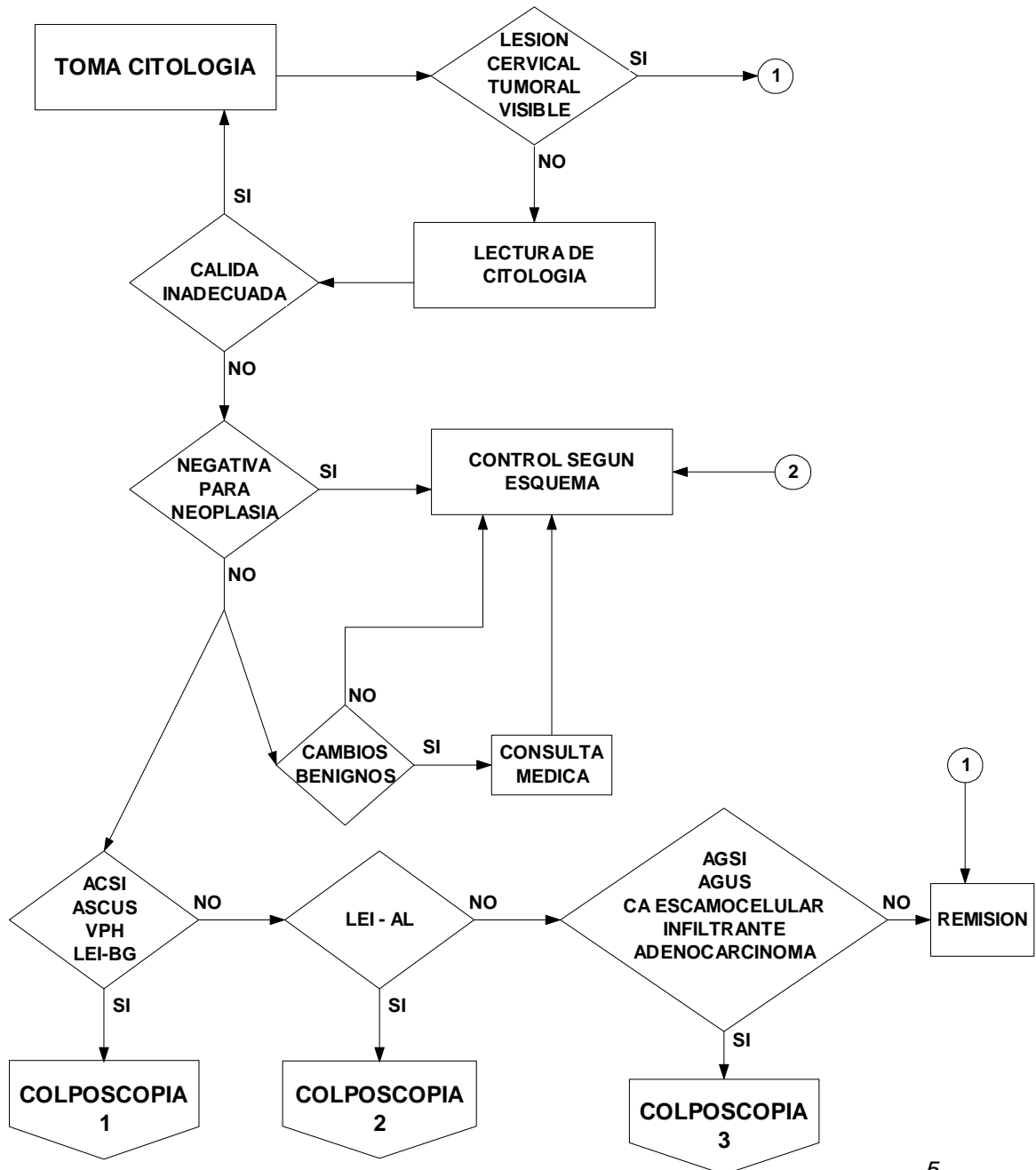
**En todos los casos se hará control al mes del tratamiento, realizando examen físico general y examen ginecológico para detectar cualquier proceso anormal relacionado con la intervención.**

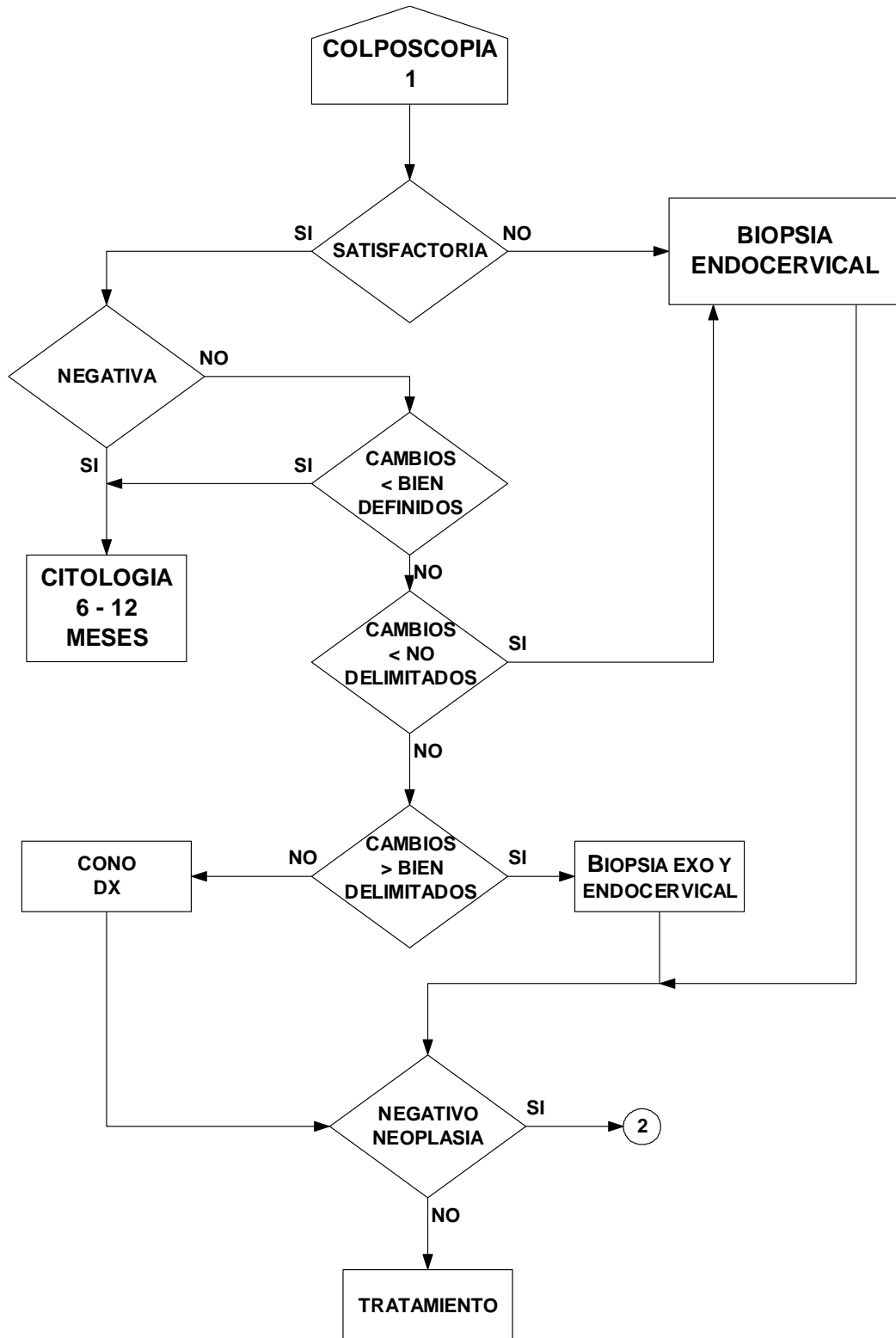
**Los NIC de bajo grado** se controlarán a los 6 meses, en la institución en donde se realizó la intervención, y debe incluir citología y colposcopia. Posteriormente se realizan controles cada año hasta completar cinco años con citologías negativas y luego continúa con citologías cada 3 años.

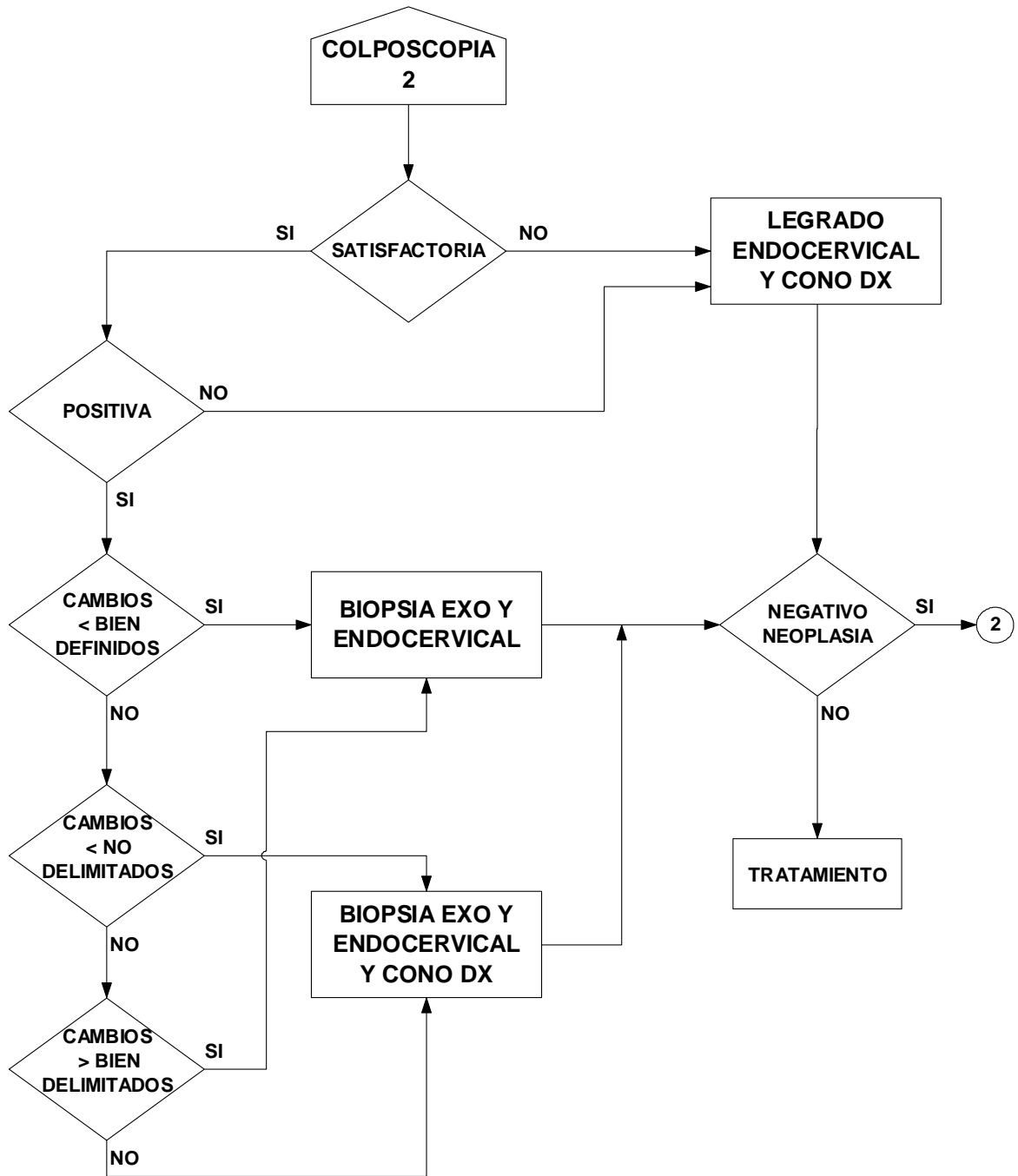
**Los NIC de Alto grado** se controlarán cada 6 meses durante los dos primeros años, mediante examen ginecológico, citología y colposcopia. Los controles posteriores se harán cada año Hasta completar los 5 años, y si las citologías han sido negativas, se cambiará la frecuencia a cada 3 años.

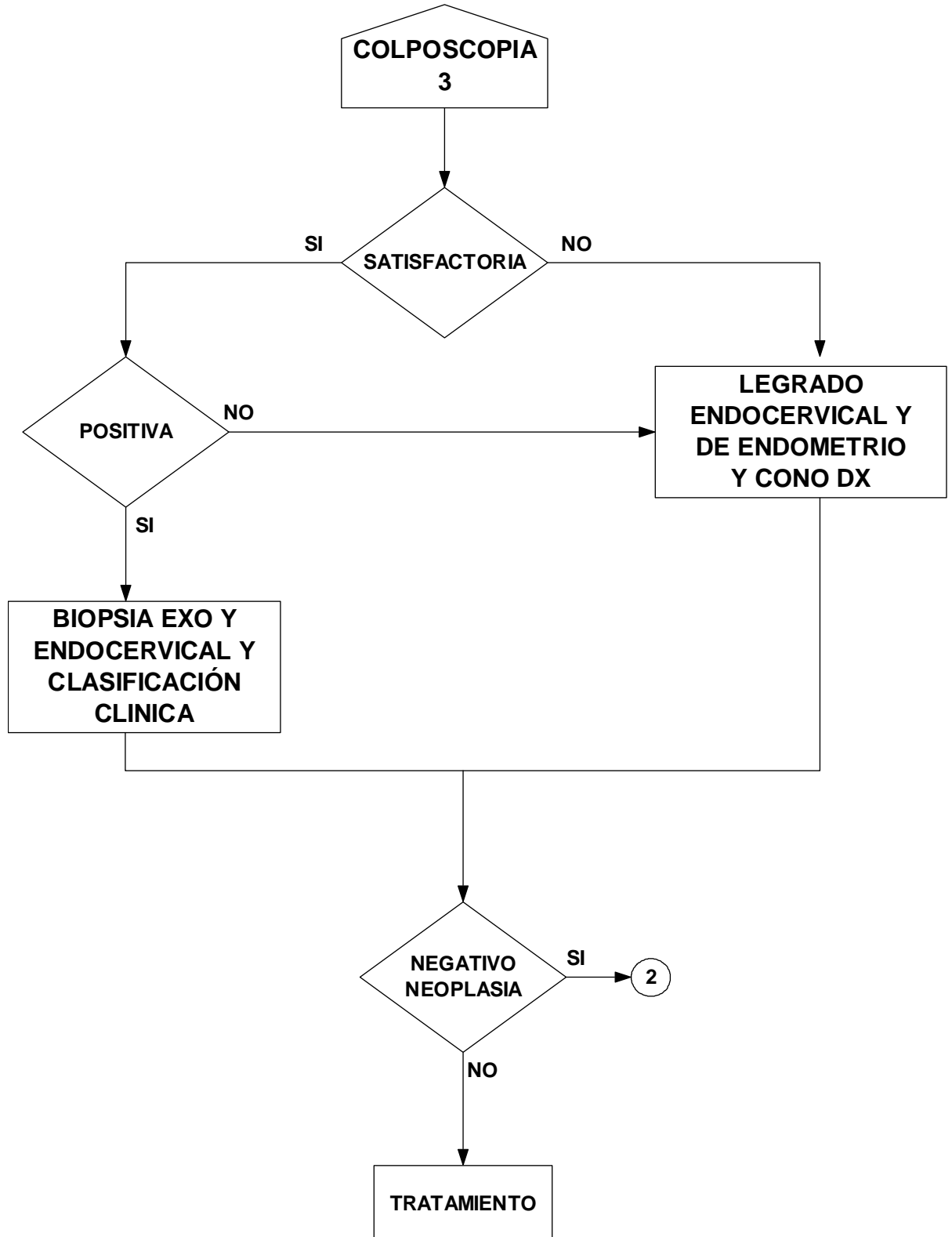
## 2 FLUJOGRAMAS

### 2.1 FLUJOGRAMA DEL PROCESO DE DETECCIÓN DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO



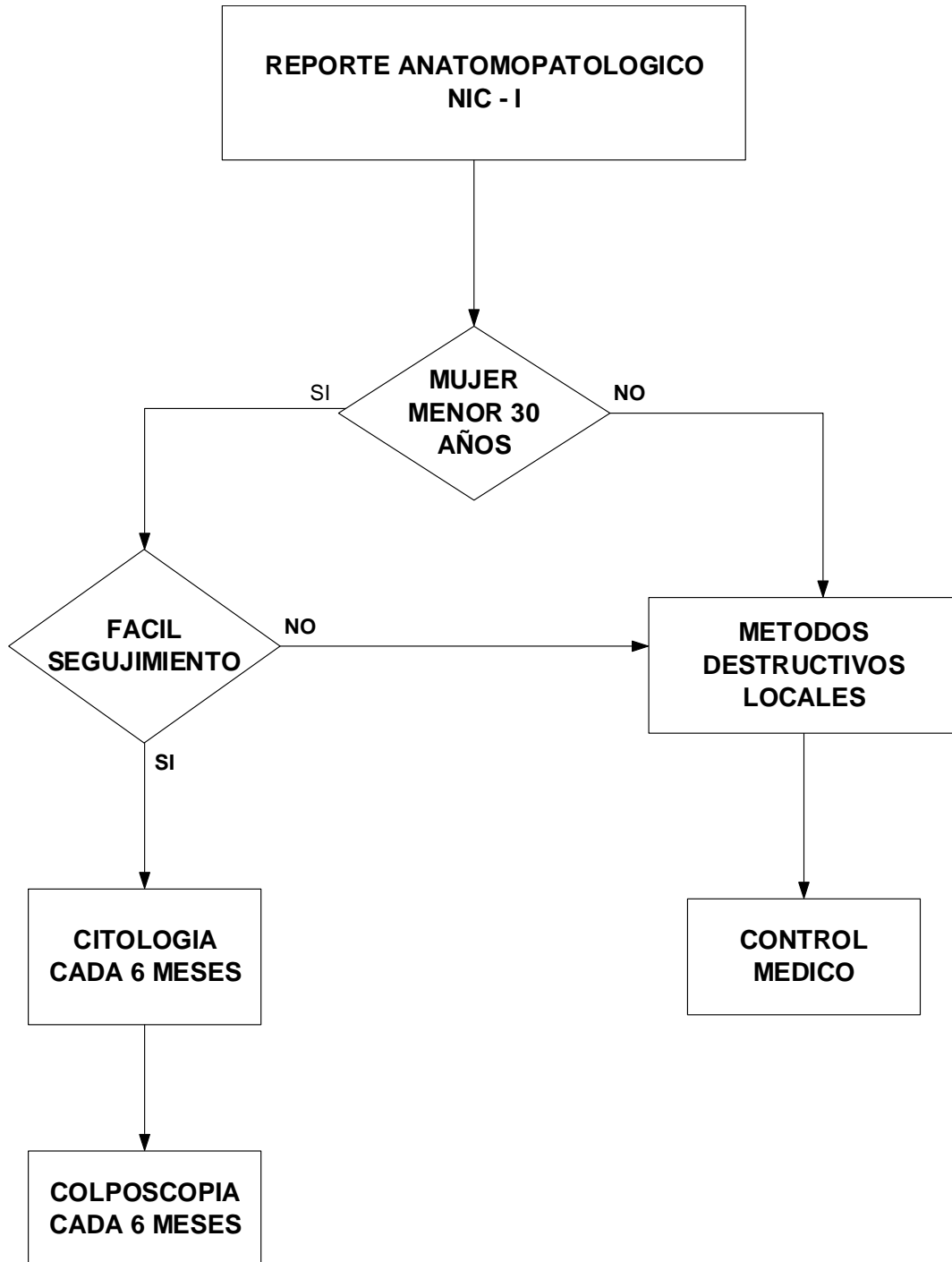




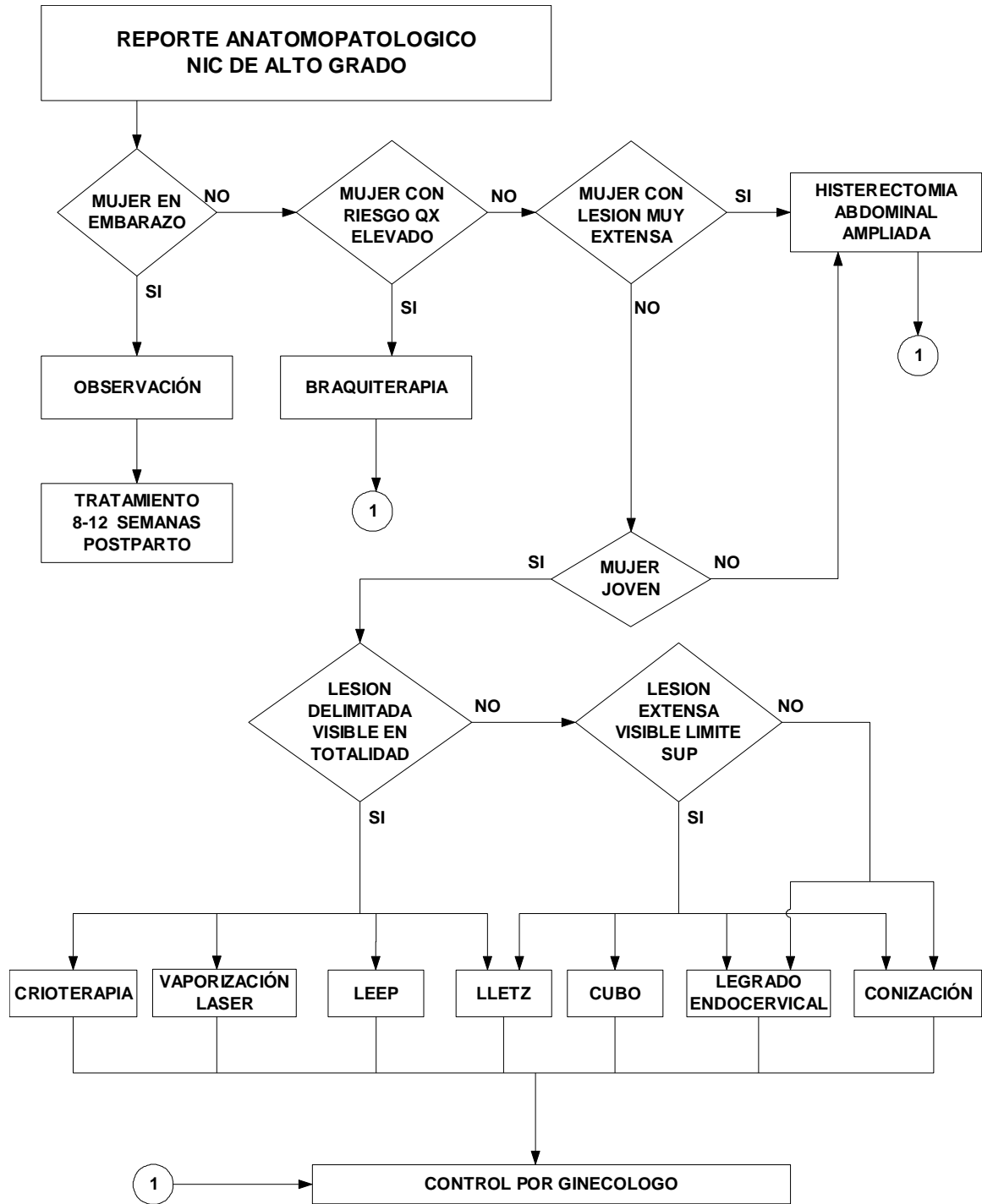




## 2.2 FLUJOGRAMA DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE LA MUJERES CON DIAGNÓSTICO DE NIC I



### 2.3 FLUJOGRAMA DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE LA MUJERES CON DIAGNÓSTICO DE NIC DE ALTO GRADO



### 3 BIBLIOGRAFÍA

- 1 Autier P, Coibon M, De Sutter P, Wayembergm. Cytology alone versus cytology and cervicography for cervical and cervicography for cervical cancer screening: a randomized study. *European Society for Oncological Research. Obstet Gynecol* 1999; 93:3 353-358
- 2 Coppleson, Malcolm. *Gynecologic Oncology: Fundamental Principles and Clinical Practice*. Edimburgo: Churchill Livingstone, 1992. V.1
- 3 De Palo, Giuseppe. *Colposcopia y patología del tracto genital inferior*. Buenos Aires: Panamericana, 1992. 435p.
- 4 Disaia, Philipj., William T. Creasman. *Oncología Ginecológica Clínica*. Madrid: Mosby/Doyma Libros, 1994. 738p.
- 5 *Evaluation of Cervical Cytology. Summary, Evidence Report/Technology Assessment: Number 5, January 1999*. Agency for Health Care Policy and Research, Rockville, MD.
- 6 Gonzalez-Merlo J. *Oncología Ginecológica*. Barcelona: Salvat Editores, 1991. 564p.
- 7 Guzman, Liliana. Rojas, M.en C. ET. AL. Perspectivas para el desarrollo de vacunas e inmunoterapia contra cáncer cervicouterino. *Salud Pública de México* 1998 40-1: 1-9.
- 8 Hernandez-Peña, Patricia. Eduardo Cesar Lazcano-Ponce. Análisis costo beneficio del Programa de Detección Oportuna del Cáncer Cervicouterino. *Salud Publica Mex* 1997: 39, 379-387.
- 9 Herrero, Rolando. Nubia Muñoz. Human Papilomavirus and Cancer. *Cancer surveys* 1999 33: 75-97
- 10 Husseinzadeh, N. Guoth, JG. Jayawardena, DS. Subclinical cervicovaginal human papillomavirus infections associated with cervical condylomata and dysplasia. Treatment outcomes. *J Reprod Med*, 1994 39:10 777-780.
- 11 Kousky, Laura E., PH.D, Holmes, King., ET AL. A cohort study of the risk cervical intraepithelial neoplasia grade 2 or 3 in relation to papillomavirus infection. *New England of Journal Medicine* 1992 327:1272-1278.
- 12 Kurman, Robert J, MD. Donald E. Henson, MD. ET ALS. Interim Guidelines for Management of Abnormal Cervical Cytology. *Jama* 1994 271: 23 1866-1869.
- 13 Miller, Anthony B. *Cervix Cancer (En: Cancer Screening theory and practice*. New York : Mercel Dekker, 1999) 195-217p.
- 14 Muñoz, Nubia. *Human Papilomavirus and Cervical Cancer: Epidemiological Evidence (En New Developments in Cervical Cancer Screening and Prevention: Franco and Monsonego)* 3-13p.
- 15 National Cancer Institute. PDQ.: Cáncer del cuello uterino. Pp 1-18.
- 16 National Institute of Health. Consensus Conference on Cervical Cancer, Bethesda, Maryland April 1-3, 1996. Monograph 21, 1996.
- 17 Organización Panamericana de la Salud. *La Salud en las Américas*. Washington, 1998.Publicación Científica No. 569, V.1
- 18 Richart, Ralph M. and Thomas C, Wright, JR. Controversies in the management of low grade cervical intraepithelial neoplasia. *Cancer* 1993 71 4Sup.
- 19 Wright, Cecil, MD. and William Chapman, MD. Intraepithelial neoplasia of the lower female genital tract: etiology investigation and management. *Seminars in Surgical Oncology* 1992 8: 180-190