



TESÁIHATEKO
PORÁVE
MOTENONDEHA
MINISTERIO DE
SALUD PÚBLICA
Y BIENESTAR SOCIAL



Manual Nacional de Normas y Procedimientos para la prevención y el control del cáncer del tracto genital inferior femenino



Con el apoyo de:



Fondo de Población
de las Naciones Unidas

Autoridades

Dr. Antonio Carlos Barrios Fernández

Ministro

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

Dra. María Teresa Barán Wasilchuk

Vice Ministra

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

Dra. Lida Mercedes Sosa Argüello

Directora General

Dirección General de Programas de Salud

Dr. Juan Carlos Alvarenga Ibáñez

Director

Programa Nacional de Prevención en Cáncer

Dra. Nelly Elena Maldonado de Campagne

Jefa del Programa

Programa Nacional de Prevención, Detección Precoz y
Tratamiento del Cáncer de Cuello Uterino y Mama

Equipo Técnico de Redacción

Dra. Amalia Castro Matto
Dr. Aníbal Espínola
Prof. Dra. Elena Kasamatsu
Dr. Fabio Gutiérrez Báez
Prof. Dr. Fernando Llamosas
Dr. Juan Carlos Alvarenga Ibáñez
Prof. Dra. Laura Mendoza
Prof. Dra. Malvina Páez
Dra. María Graciela Caballero

Dra. Marina Ortega
Prof. Dra. Ana María Soilán
Prof. Dra. Martha González de Díaz Peña
Dra. Nelly Elena Maldonado
Dra. Patricia Veiluva Argüello
Dra. Verónica Villagra
Dra. María Gloria Velázquez
Dra. Lida Sosa

Instituciones Participantes del Taller de Validación

- Dirección de Anatomía Patológica
- Dirección General de Información Estratégica en Salud
- Dirección de Enfermedades Crónicas No Transmisibles
- Dirección General de Programas de Salud
- Dirección de Salud Sexual y Reproductiva
- Programa Nacional de Control en Cáncer
- Programa Nacional de Prevención, Detección Precoz y Tratamiento del Cáncer de Cuello Uterino y Mama
- Laboratorio Central del MSPYBS
- Instituto Nacional del Cáncer
- Hospital General Barrio Obrero
- Hospital Distrital de Lambaré
- Hospital Materno Infantil de Limpio
- Hospital Distrital de Mariano Roque Alonso
- Hospital Materno Infantil de Trinidad
- Hospital Nacional de Itauguá
- Hospital Regional de Coronel Oviedo
- Hospital Regional de Encarnación
- Hospital Materno-Infantil San Pablo

Por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

Por Instituto de Previsión Social

Departamento de Ginecología y Obstetricia

Por Hospital de Cruz Roja Paraguaya

Departamento de Ginecología y Obstetricia

Por la Universidad Nacional de Asunción

Cátedra de Ginecología y Obstetricia FCM
Instituto de Investigación de Ciencias de la Salud

Por las sociedades científicas

Sociedad Paraguaya de Ginecología y Obstetricia
Sociedad Paraguaya del Tracto Genital Inferior y
Colposcopia

Centro Paraguayo de Estudios de Población CEPEP

FRS/AECID

Asistencia Técnica UNFPA

Es propiedad:

© Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

Están autorizadas la reproducción y divulgación por cualquier medio del contenido de este material, siempre que se cite la fuente.

Este texto no tiene fines de lucro, por lo tanto no debe ser comercializado en el Paraguay ni en el extranjero.

Edición: Laura Sánchez
Diseño Gráfico: Karina Palleros
Impresión: AGR - Servicios gráficos
Tirada: 3.000 ejemplares
Asunción, Diciembre de 2015

Índice

Presentación	6
Objetivo general	7
Prevención del Cáncer de Cuello Uterino, un derecho de las mujeres	9
Responsabilidad de los servicios de salud	10
Generalidades	10
El cáncer de cuello uterino, un problema de salud pública	11
Consejería en Patología Cervical	13
Responsabilidades del personal de salud	15
Examen Citológico de Papanicolaou	16
Procedimiento para la toma de muestra	16
Fijación del Material	19
Pasos para la lectura de muestra	19
Calidad del espécimen para prueba citológica	20
Situaciones especiales	21
Resultados citológicos	21
Manejo según resultados citológicos	24
Citología Negativa para lesión intraepitelial o malignidad	25
Colposcopia	25
¿Cómo se realiza la colposcopia?	25
¿En qué pacientes se realiza?	26
Biopsia de Cérvix dirigida por Colposcopia	26
Biopsia de Vulva	27
Biopsia de Vagina	27
Biopsia en Periné	27
Biopsia de Ano	27
Legrado endocervical	28
Opciones de Tratamientos de Lesiones Precursoras	28
Terapias para Lesiones intraepiteliales de Bajo Grado (LIE BG)	28
Terapias Escisionales	29
Tratamientos quirúrgicos	30
Complicaciones del tratamiento escisional	30
Persistencia de lesión	30
Células Escamosas con Atipia de Significado Indeterminado	31
ASCUS	31
Manejo de Citología ASCUS	31
Manejo de Citología ASCUS en situaciones especiales	32

Células escamosas atípicas, no se puede descartar LIE AG (ASC-H)	32
Manejo de Citología ASC-H en situaciones especiales	32
Lesiones Escamosas Intraepiteliales de Bajo Grado o LIE BG	33
Manejo de hallazgo citológico de LIE BG (CIN I)	33
Manejo de LIE BG (CIN I) con correlación cito-colpo-histológica	34
Manejo de LIE BG (CIN I) sin correlación cito-colpo-histológica	35
Situaciones especiales en pacientes con LIE BG (CIN I)	35
Tratamiento de las LIE BG (CIN I)	36
a- Condilomas planos y vegetantes	36
b- Lesiones Escamosas Intraepiteliales de Bajo Grado o LIE BG	37
Tratamientos inaceptables para LIE BG: CIN I y Condilomas	37
Lesión Intraepitelial de Alto Grado LIE AG	38
Manejo de hallazgo citológico de LIE AG	38
Tratamiento de LIE AG (CIN II -CIN III)	39
Tratamiento Escisional de LIE AG	39
Histerectomía	39
Ver y Tratar	39
Manejo de los Márgenes Quirúrgicos	39
Tratamientos inaceptables en LIE AG	40
Situaciones especiales en pacientes con LIE AG	40
Seguimiento de Mujeres con Diagnóstico Histológico de LIE AG (CIN II-CIN III)	41
Lesión Escamosa Intraepitelial de Alto Grado LIE AG (CIN II-CIN III)	
con sospecha de microinvasión	41
Anomalías en células glandulares	42
Manejo y tratamiento de las anomalías en células glandulares	42
Nuevas tecnologías en la prevención del cáncer de cuello uterino	42
Pruebas de VPH – Genotipificación del VPH	42
Test de VPH alto riesgo	42
Comunicación de los resultados de la prueba de VPH-AR	42
Indicaciones de uso de las pruebas de VPH Alto Riesgo	42
Condiciones para la toma de muestra de Prueba de VPH	43
Interpretación de resultados	44
Pautas de seguimiento y tamizaje	44
Otros Biomarcadores	45
Vacunas contra el VPH	46
VACUNA BIVALENTE	46
VACUNA CUADRIVALENTE	47
Lesiones Precursoras de Vulva - Vagina – Ano	47
Neoplasia intraepitelial de vagina (VAIN)	47
Lesiones vaginales de bajo grado (VAIN 1)	48
Lesiones vaginales de alto grado (VAIN 2- 3)	48
Potencial de progresión	48
Neoplasia Intraepitelial de Vulva o VIN	49

Neoplasia intraepitelial Anal – AIN	52
Recomendaciones de terminología en lesión escamosa por VPH anal y peri anal: AIN y PAIN	52
 ANEXOS	 55
Cambios reactivos o reparativos- metaplasia	55
Tipos de VPH	56
Centros de referencia	57
SISTEMA BETHESDA	60
Terminología colposcópica del cuello uterino IFCPC 2011	63
Formulario Solicitud de estudio citológico	67
Formulario Informe de colposcopia IFCPC 2011	68
Consentimiento para electrocirugía	69
Descontaminación, limpieza, desinfección de alto grado y esterilización de los instrumentos empleados en el diagnóstico y tratamiento de la neoplasia cervical	70
 Glosario	 75
Abreviaturas	78
Bibliografía	79

Presentación

En el afán de mejorar el acceso a la salud y disminuir las brechas e inequidades en salud pública elaboramos planes y programas que responden a nuestra realidad nacional.

Uno de los más grandes desafíos de este siglo es la prevención y el control del cáncer, y es sabido que los conocimientos científicos y la experiencia son necesarios para hacer frente a esta lucha. En el Paraguay las muertes relacionadas al cáncer y, en particular, el cáncer de cuello uterino por ser la segunda causa de muerte en mujeres por tumores en nuestro país, requieren de acciones prioritarias, firmes y basadas en evidencia científica.

Por lo tanto, se están llevando a cabo esfuerzos dirigidos a la buena gestión de los recursos, con planificación, ejecución y evaluación de las estrategias en el marco de las políticas públicas para mejorar la calidad de vida y la salud de nuestras mujeres.

Las recomendaciones actualizadas acorde al avance de la ciencia y la tecnología y, por sobre todo factibles, están contenidas en este manual, instrumento de rectoría en la materia a nivel nacional y que deberán ser implementadas como políticas de salud, que hoy apuntan hacia un acceso universal y equitativo en salud, con enfoque de derechos de género e interculturalidad.

Esto representa una de las medidas concretas para dar respuesta a una enfermedad evitable como es el cáncer de cuello uterino, y es un testimonio de la voluntad firme de cumplir con los compromisos en materia de salud de la mujer, asumidos por este gobierno.

Dr. Antonio Carlos Barrios Fernández

Ministro

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

Introducción

El Cáncer de cuello uterino (CCU) es una enfermedad prevenible, que afecta a muchas mujeres, y consecuentemente a su entorno, posicionándose como un importante problema de salud pública en la sociedad paraguaya.

El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social a través del Programa Nacional de Control del Cáncer, y del Programa Nacional de Prevención, Detección precoz y Tratamiento del Cáncer de Cuello Uterino y Mama realiza esfuerzos para dar respuesta a esta problemática en base a estándares internacionales.

Desde el año 2002 se han diseñado nuevas metas y estrategias para lograr mejores resultados, en la prevención, detección precoz, diagnóstico y tratamiento oportuno de las lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino. Así, en afán de garantizar el acceso universal a la salud, se crean y fortalecen centros de diagnóstico y tratamiento, de manera a ampliar la red nacional de atención según la complejidad. Esta ampliación contempla la dotación de recursos humanos capacitados y equipamientos acorde a las necesidades de cada región sanitaria.

Incorporamos en el Manual Nacional de Normas y Procedimientos para la Prevención y el Control del Cáncer del Tracto Genital Inferior Femenino información basada en evidencia científica y actualizada, con la colaboración de expertos nacionales de las distintas Instituciones de salud, académicas y sociedades científicas.

Este documento que puede ser utilizado desde las Unidades de Salud de Familia hasta los centros especializados, contiene información científica actualizada de lo que se realiza en nuestro país, con diferentes flujogramas para encarar las situaciones, que se pudieran presentar en lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino y del resto del tracto genital inferior, de manera a normar el manejo de las lesiones producidas por el virus papiloma humano (VPH), y establecer bases técnicas de respaldo legal.

Como método de tamizaje en la detección precoz de cáncer de cuello uterino, se sigue utilizando la citología de Papanicolaou, en tanto que como método confirmatorio, se utiliza la biopsia dirigida bajo colposcopia.

Se han habilitado centros de referencia especializados, con técnicas de tratamiento eficaces como el procedimiento de la escisión electro-quirúrgica con asa (LEEP por sus siglas en inglés), en forma ambulatoria, con la gratuidad en todos los servicios públicos de salud para que mujeres con lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino sean tratadas.

Finalmente, este manual con los criterios actualizados deberá ser utilizado por el personal de salud en la toma de decisiones para la prevención, detección precoz y tratamiento oportuno de las lesiones precursoras del cáncer de cuello uterino y del tracto genital inferior en el sistema salud.

Objetivo general

Disminuir la morbilidad y mortalidad por cáncer de cuello uterino y otros del tracto genital femenino, normatizando las acciones del sistema de salud para la prevención, detección precoz y el tratamiento oportuno de lesiones precursoras del tracto genital femenino, garantizando una atención con calidad y calidez, equitativa e integradora, segura y eficaz.

- Laboratorios de citotecnología, la corroboración histológica del diagnóstico y el tratamiento oportuno de las lesiones precursoras.
- Establecer vigilancia epidemiológica activa del cáncer de cuello uterino, disminuyendo el tiempo entre la toma y entrega de resultados de citología, garantizando el seguimiento y tratamiento oportuno de los casos positivos
- Garantizar el tratamiento oportuno, de las lesiones precursoras del tracto genital inferior femenino, con calidad y de forma gratuita, en los establecimientos del MSPyBS.
- Respetar los derechos sexuales y reproductivos, especialmente los referidos a la detección y tratamiento del cáncer de cuello uterino, teniendo en cuenta la equidad e interculturalidad.
- Implementar en todos los servicios de la red de salud el software SECCU –Sistema Electrónico de Captación de Datos de Cuello Uterino–, de manera a informatizar y facilitar la recolección de datos y participar en la vigilancia sanitaria a nivel país.

Prevención del Cáncer de Cuello Uterino, un derecho de las mujeres

Todas las mujeres que residen en Paraguay tienen derecho a acceder a la prevención, la detección precoz, al tratamiento y seguimiento de las lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino, incluyendo el apoyo psicológico de contención a la mujer y a su familia.

“Toda trabajadora, dependiente o no, del sector privado o público, con cargo permanente, temporal o contratada, con cargo electivo o no, goza de licencia remunerada de un día laborable en cada año, para someterse a exámenes de Papanicolaou y Mamografía”.¹

¹ Artículo 1° de la LEY N° 3.803 que otorga licencia a trabajadoras para someterse a exámenes de Papanicolaou y mamografía.

El Ministerio de Salud, a fin de garantizar el acceso universal a la salud y el ejercicio de este derecho, ofrece en forma gratuita servicios de detección y tratamiento de las lesiones precursoras para toda mujer que lo solicite².

Responsabilidad de los servicios de salud

El personal de salud de todo establecimiento de salud es responsable de efectivizar los derechos de las mujeres en relación con la prevención, la detección precoz, el diagnóstico, el tratamiento y el control del cáncer de cuello uterino, siguiendo las normas incluidas en este manual.

Generalidades

Desde que el científico alemán Harald Zur Hausen, Premio Nobel de Medicina en 2008, prueba la asociación del virus del Papiloma Humano (VPH) con el desarrollo del tumor en el cuello uterino se han hecho avances extraordinarios en cuanto a la investigación molecular del virus y hasta la llegada de la Vacuna del VPH, así como tecnologías dirigidas a facilitar el diagnóstico del tipo viral, la carga viral y poder predecir el grado de riesgo alto o bajo, de desarrollar lesiones en los genitales, tanto de hombres como mujeres.

Además, las últimas evidencias relacionan a este virus de transmisión sexual con otros tipos de cánceres, como el de orofaringe, ano-rectal y genital, tanto en varones como en mujeres.

En el Paraguay se ha hecho esfuerzos y un gran avance en la prevención primaria con la introducción en el esquema regular del Programa Ampliado de Vacunación (PAI) de la Vacuna contra el VPH para niñas.

También se inicia la primera etapa del proyecto piloto con el uso de la prueba de VPH con el método del PCR, para tamizaje en centros de la capital, comparando con el uso del PAP, co-testeo, y el proyecto de la prueba de VPH para tamizaje.

Es necesario contar con información sobre la carga de esta patología, para la toma de deci-

2 LEY N° 3.331. Crea el Programa Nacional de Prevención, detección precoz y tratamiento del cáncer de cuello uterino y mama. Artículo 1°.- La presente Ley tiene por objeto disminuir la morbilidad por cáncer de cuello uterino y mama, a través de la detección precoz y tratamiento oportuno de las lesiones premalignas y del cáncer de ambas patologías.

siones, establecer prioridades, planear y anticipar situaciones. Asimismo, se pretende fortalecer un registro confiable que permita un adecuado seguimiento de las pacientes.

Partiendo del concepto de cáncer como enfermedad crónica no transmisible (ECNT), se estarán incluyendo indicadores tales como: tasa de incidencia, incidencia acumulada, prevalencia, la tasa cruda de mortalidad, y otras mediciones que se adicionaron como años potenciales perdidos de vida (AVPP); años de vida vividos con discapacidad (AVD); años potenciales perdidos de vida ajustados por discapacidad (AVISA), años ganados de vida ajustados por calidad de vida (AVAC); mediciones que se utilizan para estimar el impacto del programa en la población.

Todo este proceso continuo debe ser vigilado y evaluado, para desencadenar respuestas eficaces y un compromiso de calidad y calidez en los servicios.

El cáncer de cuello uterino, un problema de salud pública *Situación epidemiológica mundial, regional y nacional*

El cáncer de cuello uterino comprende aproximadamente el 12% de todos los cánceres de la mujer; es el segundo tumor más frecuente en el mundo, pero el primero en países en desarrollo. A nivel mundial, se estima que los casos de cáncer de mama y de cuello de útero han aumentado en un 20% durante el período 2008-2012.

La cifra estimada para el 2012 fue de 266.000 muertes por cáncer de cuello uterino en todo el mundo, representando el 7.5% de todas las muertes con cáncer. Nueve de cada diez (87%) muertes por cáncer de cuello uterino se producen en las regiones menos desarrolladas. La tasa de incidencia estandarizada por edad en América del Sur es de 24.1x100.000 mujeres.³

Las estimaciones para el año 2015, apuntan que en Paraguay se presentarán 1099 casos nuevos y 481 muertes⁴, en base a tasas estimadas de incidencia y mortalidad de 34.2 y 15.7 x 100.000 mujeres respectivamente (tasas ajustadas por edad).

La infección por un tipo oncogénico de VPH es causa necesaria para el desarrollo de cáncer de cuello uterino. Esta es una infección de transmisión sexual de alta frecuencia y de acuerdo a estudios, se estima que aproximadamente el 80% de la población posee o ha tenido exposición al mismo, en algún momento de sus vidas, especialmente al inicio de la actividad sexual.

3 Lorincz AT, Castle PE, Sherman ME, Scott DR, Glass AG, Wacholder S. Viral load of human papillomavirus and risk of CIN 3 or cervical cancer. Lancet. 2002; 360(9328):228-9.

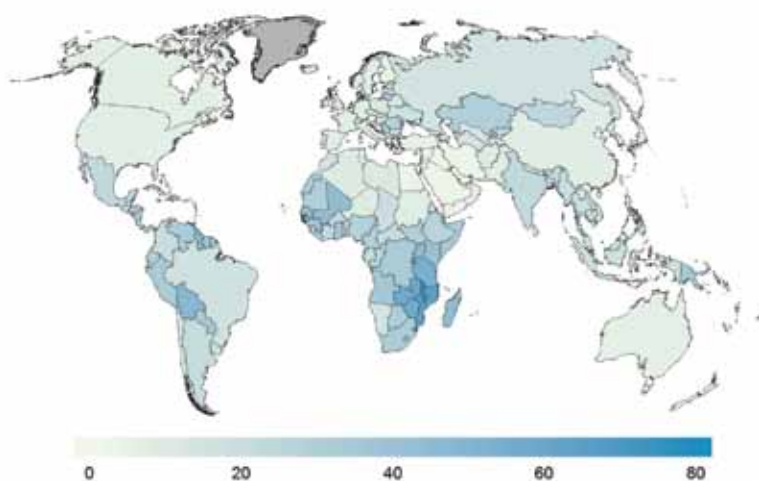
4 GLOBOCAN 2012 (IARC) - 8.5.2015.

Se estima que la prevalencia de la infección por virus papiloma humano (VPH) en las Américas, es del 15.6% en la población general de mujeres mayores de 15 años. En esta región Paraguay (19.8%) ocupa el tercer lugar de países con mayor prevalencia.

En un estudio reciente sobre la distribución genotípica de VPH en 10.575 casos de cáncer de cuello uterino infiltrante⁵ de los cinco continentes, se observó 85% de positividad para VPH, siendo los tipos más frecuentes el 16, 18, 31, 33, 35, 45, 52 y 58, y entre ellos los 3 tipos más frecuentes fueron los tipo 16 (59%), 18 (9%) y 45 (7%), por lo que el tamizaje basado en la pruebas moleculares del VPH debería enfocarse hacia los tipos de VPH de alto riesgo.⁶

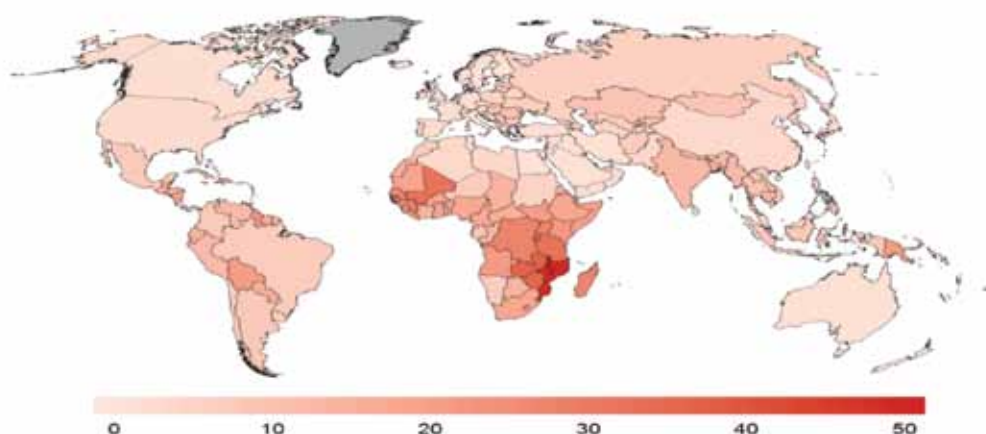
Por lo expuesto, la prevención del cáncer de cuello uterino es una prioridad de salud pública, siendo de suma importancia el tamizaje eficiente y oportuno, así como la introducción de nuevas tecnologías como el empleo de métodos diagnósticos moleculares que permitan detectar el tipo de Virus del Papiloma Humano (VPH) y la carga viral relativa del virus, complementando la citología convencional.^{7 8}

Mapa 1: Estimación de la incidencia de cáncer de cuello uterino a nivel mundial en el 2012. Tasas estandarizadas por edad en el mundo por 100.000 mujeres.⁹



- 5 Muñoz N, Bosch FX, de Sanjose S, et al. Epidemiologic classification of human papillomavirus types associated with cervical cancer. *N Engl J Med* 2003; 348: 518–27.
- 6 Lorincz AT, Castle PE, Sherman ME, Scott DR, Glass AG, Wacholder S. Viral load of human papillomavirus and risk of CIN 3 or cervical cancer. *Lancet*. 2002; 360(9328):228-9.
- 7 Lewis, Merle J. Análisis de la Situación del cáncer cervicouterino en América Latina y el Caribe. Washington DC:OPS/OMS; 2004.
- 8 Ferlay J, Shin HR, Bray F, Forman D, Mathers C, Parkin DM. Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: GLOBOCAN. *Int J Cancer*. 2010; 127:2893-917.
- 9 GLOBOCAN (http://globocan.iarc.fr/Pages/burden_sel.aspx)

Mapa 2: Estimación de la mortalidad por cáncer de cuello uterino a nivel mundial 2012. Estimación de la tasa estandarizada por edad en el mundo por 100.000 mujeres.¹⁰



Consejería en Patología Cervical

Usualmente, muchas mujeres describen su experiencia al realizarse la prueba de Papanicolaou como incómoda y para algunas es traumatizante y dolorosa. Si el primer estudio resulta ser una experiencia negativa, muchas usuarias no vuelven a realizarse otros estudios y, es por ello que es necesario sensibilizar y capacitar a las personas, que realizan la prueba de Papanicolaou, de manera a ofrecer una atención calificada y humanizada.

La inclusión de la consejería intenta -a través de su ejercicio- orientar, informar y acompañar a las usuarias, en especial, en situaciones críticas, aliviar la ansiedad sentida por las mismas antes, durante y después de la prueba, así como mejorar la comunicación entre la usuaria y el personal de salud.

Como es un proceso de comunicación, involucra el diálogo entre la usuaria y el personal de salud, mediante el cual se deberá brindar información veraz y basada en evidencia científica para que las mujeres puedan tomar decisiones informadas y voluntarias, acerca de la prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento.

El rol de la mujer es decidir sobre las opciones disponibles según estas normas una vez informada, y el rol del personal de salud es responder las preguntas de la usuaria o su acompa-

¹⁰ GLOBOCAN (http://globocan.iarc.fr/Pages/burden_sel.aspx)

ñante, además de informar y explicar sobre el o los procedimientos a realizarse, la importancia de hacerse la prueba en forma periódica, y al entregar el resultado informar a la usuaria lo que significa, en caso de resultar positivo para lesiones precursoras y o cáncer, tranquilizarla, comunicarle los pasos a seguir para realizar el diagnóstico y los posibles tratamientos.

Objetivos de la Consejería

- Orientar en forma objetiva, brindando información precisa y completa, reemplazando ideas erróneas o mitos.
- Ayudar a reducir la angustia y el temor, no juzgar.
- Buen asesoramiento para aceptar el tratamiento y apoyar en la toma de decisión de realizar un buen seguimiento.
- Asegurar la decisión libre, responsable e informada de la mujer.
- Garantizar la confidencialidad y privacidad de la paciente.

Por lo expuesto, la consejería debe considerarse como una estrategia psicosocial y un componente fundamental en todo programa de prevención de cáncer de cuello uterino.

Las pacientes que recibirán consejería son:

- las adolescentes en su primera consulta en Salud Sexual y Reproductiva.
- las que todavía no se realizaron una prueba de Papanicolaou.
- las que retiran sus resultados, sean negativos o positivos para lesiones intraepiteliales y/o cáncer.
- aquellas que tengan antecedentes de verrugas ano-genitales, lesiones intraepiteliales, o cáncer de cuello uterino.
- pacientes que se sometieron a algún estudio o tratamiento y no se les explicó sobre el procedimiento (por ejemplo Papanicolaou, colposcopia, biopsia o crioterapia, LEEP).
- pacientes que se las visita o se las llama para que acudan al servicio por resultado positivo.
- aquellas pacientes que requieren seguimiento posterior a tratamiento de lesiones precursoras o de cáncer.
- las mujeres que deberán realizarse tratamiento para cáncer de cuello uterino.

Una consejería de calidad debe realizarse en un ambiente cómodo, donde se garanticen la privacidad y confidencialidad de la mujer y su acompañante, para lo cual el personal de salud debe estar preparado con conocimientos claros y precisos.

Responsabilidades del personal de salud

- Entablar una buena comunicación, asegurando la privacidad y confidencialidad; mostrar una actitud positiva, de escucha activa, de empatía, con un tono de voz amigable y hablar con respeto y amabilidad.
- Enfocar la atención de la mujer respondiendo a sus dudas, temores y necesidades de manera respetuosa y objetiva, averiguar sobre factores de riesgo para el cáncer de cuello uterino y cómo se sintió en la consulta.
- Comunicar la información en forma clara y objetiva; siendo breve, usando lenguaje sencillo, no técnico, si es necesario en guaraní, respetando la cultura de la mujer y alentándola a hacer preguntas. Se puede utilizar esquemas y diagramas durante el proceso.
- Facilitar a la mujer su libre decisión y programar su próxima cita.

La consejería se inicia con el ingreso de la mujer al consultorio acompañada de un familiar o persona de su elección si lo desea.

Posibles resultados de citología (Prueba de Papanicolaou) y Consejería	
Negativo para lesión intraepitelial o malignidad	Explicar la importancia de realizarse los estudios en forma periódica y la frecuencia, según tenga o no factores de riesgo para desarrollar cáncer. Las pacientes nuevas, con citología negativa para lesión intraepitelial o malignidad deben ser evaluadas una vez al año hasta completar 2 estudios normales consecutivos y, posteriormente, los siguientes controles deben ser planteados con intervalos máximos de 3 años. En pacientes en seguimiento post tratamiento, la frecuencia será en base a los protocolos de cada caso. Si el resultado fuera inflamatorio indicar el tratamiento correspondiente y repetir la toma de Pap después de 3 meses.
Calidad de la muestra: Insatisfactoria	Se sugiere repetir la toma luego de 3 meses de haber terminado el tratamiento pues, en algunos casos, la inflamación puede ocultar una lesión precursora.
Anormalidades de células epiteliales (positivo para LIE)	Tranquilizar y contener a la mujer, explicando los pasos a seguir, en cada caso, según lo estipulado en este manual. (Ver capítulo Sistema Bethesda)

Examen Citológico de Papanicolaou

Consiste en la toma de las células descamadas del cuello uterino, y en el examen microscópico de las mismas, realizada con la técnica de coloración de Papanicolaou. Sirve no solo para detectar células cancerígenas, sino también para la identificación de las lesiones precursoras.

Este **método de tamizaje**, puede ser aplicado fácilmente a grandes masas poblacionales, es de bajo costo, sencillo y no produce mayores molestias a las pacientes.

Debe realizarse en cualquier establecimiento de salud: dependiente del MSPyBS.

El personal encargado de realizar la toma de muestra debe estar bien capacitado: médicos, licenciadas, técnicos en salud y agentes comunitarios.

Sera función primordial de las Unidades de Salud de la Familia (USF) realizar las actividades de pesquisa y tamizaje en el territorio.

La lectura de las muestras se realizará en las Regiones Sanitarias que cuenten con laboratorios de citodiagnóstico. Para optimizar los resultados se deberán seguir normas estrictas tanto en la toma de material como en el proceso de lectura.

Procedimiento para la toma de muestra

1. Llenar correctamente y en forma completa la SOLICITUD DE ESTUDIO CITOLÓGICO CERVICAL, proveído por el MSPyBS. Ver en Anexos. Se debe explicar brevemente el procedimiento, a fin de adquirir confianza y colaboración de la paciente. Garantizar en todo momento la confidencialidad y privacidad.



2. Colocar el nombre y apellido de la paciente en la lámina.



3. Ayudar a la paciente a colocarse en posición ginecológica.
4. Colocar un espéculo estéril del tamaño adecuado sin lubricantes ni desinfectantes, para visualizar el cuello uterino y paredes vaginales y tratando de no contactar con la vulva.

En caso de sequedad vaginal, mojar el espéculo con suero fisiológico o agua corriente

Exponer todo el cuello uterino sin raspar la superficie con los extremos de las valvas, ya que ello disminuye o elimina gran parte del material útil que se obtendría con la espátula.

En caso de sangrado anormal o irregular: realizar un examen visual del cuello uterino para descartar patología tumoral evidente. Si hay sospecha o duda, remitir a la paciente a un CENTRO DE REFERENCIA



5. Extraer el material ectocervical y endocervical.



Para la toma ectocervical, apoyar y mantener suave y firmemente sobre la superficie del cuello uterino rotando 360° de izquierda a derecha.

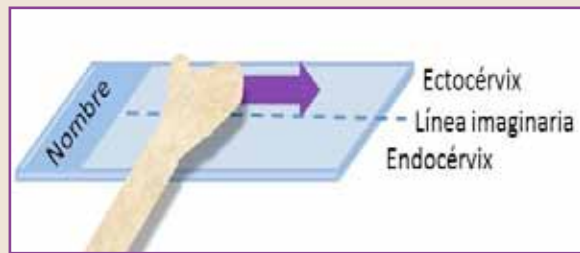


Para la toma endocervical insertar suavemente el cepillo o escobilla en el canal cervical, y girar suavemente solo en 90°.

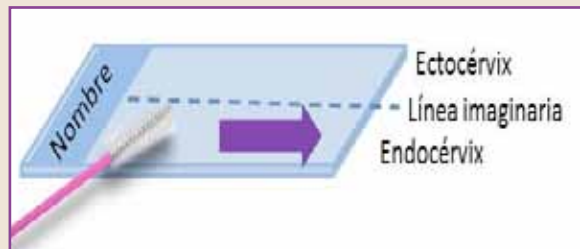
6. Extender el material en la lámina.

Usando una sola lámina, aplicar inmediatamente cada muestra en una mitad de la lámina, como se exhibe.

Con la espátula extiende en un solo movimiento uniforme sobre una mitad de la lámina.



Con el cepillo o escobilla, extiende girando el cepillo una vez sobre la otra mitad de la lámina.



7. Sumergir inmediatamente toda la lámina en el alcohol etílico al 96%, por un mínimo de 20 minutos y máximo de 5 días.



8. Se retira el espéculo de la vagina y se lo deposita en un recipiente con hipoclorito de sodio diluido al 0.5% (lavandina ®) durante 10 minutos. Retírelo luego de ese tiempo para seguir con su procesamiento convencional. Exponer el instrumental más tiempo del señalado no mejora la bioseguridad y lo único que se consigue es deteriorarlo rápidamente.
9. Ayudar a la mujer a levantarse de la camilla.
10. Retirar la lámina del alcohol a los veinte minutos, dejar secar a temperatura ambiente. Una vez seca la lámina, empaquetar para su envío, en las cajas para el efecto o envolver en forma individual en papel blanco. Permita que la muestra se seque antes de adjuntar a la solicitud.

Fijación del Material

Este procedimiento debe realizarse inmediatamente posterior al extendido a fin de evitar el desecado del mismo, lo cual acarrea una falsa eosinofilia del citoplasma y hasta modificaciones estructurales y tintoriales del núcleo.

Pasos para la lectura de muestra

1. Coloración con la técnica de Papanicolaou.
2. Observación minuciosa y completa del extendido, a cargo del citotecnólogo y/o citopatólogo.
3. Elaboración del informe. El resultado del estudio citológico es descriptivo e informar según el SISTEMA BETHESDA.

Condiciones para la toma correcta de muestra

- La mujer se debe encontrar fuera de la menstruación.
- Esperar 1 semana después de la última aplicación de óvulo o crema vaginal.
- No realizar lavado vaginal ni tacto vaginal 24 horas antes.
- Esperar por lo menos 48 horas, después de una ecografía transvaginal.
- Es preferible no tener relaciones sexuales el día anterior.
- Esperar 3 meses posterior a un procedimiento gineco-obstétrico (legrado, parto normal o cesárea), procedimiento quirúrgico (conización, LEEP, Crioterapia, electrofulguración, topicación con Ácido Tricloroacético, Imiquimod, polipectomía, extracción de DIU), radioterapia, quimioterapia y braquiterapia.

Calidad del espécimen para prueba citológica

Satisfactoria para evaluación: Describir presencia o ausencia del componente endocervical o de la zona de transformación, y cualquier otro indicador de calidad; por ejemplo: parcialmente cubierto de sangre, inflamación, etc.

Para ser satisfactorias debe incluir información sobre células de la zona de transformación además de otros indicadores de calidad (células escamosas, glandulares o metaplásicas en cantidad representativa, bien distribuidas, fijadas y coloreadas, que al observar permiten una conclusión diagnóstica fiable).

Cualquier espécimen con células anormales (escamosas o glandulares) por definición es satisfactorio para la evaluación. Si se sospecha que el espécimen está comprometido, debe añadirse al informe indicando que no puede descartarse una anormalidad más severa.

Recomendación: Si la muestra es negativa para lesión intraepitelial el examen citológico debe ser repetido con intervalos de 1 año. Luego de 2 exámenes anuales consecutivos negativos para lesión intraepitelial, el intervalo será cada 3 años.

Insatisfactoria para evaluación:

- Especimen rechazado- no procesado (especificar razón).
- Especimen procesado y examinado, insatisfactorio para evaluación de anomalías en células epiteliales por (especificar razón).

Ante una muestra insatisfactoria, siempre se debe especificar la causa, e informar.

Se denomina insatisfactoria a aquellas que podrían presentar defectos técnicos o en la calidad de la toma de la muestra o debido a condiciones propias de la paciente (hipoestrogenismo, leucorrea, material hemático), y no sirve para interpretación. Otros ejemplos: material acelular o hipocelular (menos del 10 % de la muestra), lectura difícil por artefactos de fijación, contaminantes externos, superposición celular intensa, etc.

Recomendación: Ante muestra insatisfactoria, corregir la posible causa y repetir el examen citológico.

Situaciones especiales

Adolescentes: brindar orientación sobre el inicio de los controles rutinarios. Usar espéculos adecuados, preferentemente pequeños, a partir del año de inicio de las relaciones sexuales.

Embarazadas: es obligatorio ofrecer la toma de la muestra en la primera consulta prenatal, independiente de la edad gestacional.

Post-menopausia: en mujeres con atrofia secundaria e hipoposterogenismo pueden resultar en falsos positivos. Se recomienda el uso de tratamiento local con estrógenos por 1 mes previo a la toma, para facilitar el estudio.

Mujeres Histerectomizadas: en mujeres que ya fueron operadas y se les extirpó el cuerpo y el cuello uterino por causas benignas deben seguir la misma periodicidad de control que otras mujeres no operadas. Las que fueron sometidas a histerectomía por cáncer de cuello uterino o lesión precursora de alto grado el control debe ser riguroso (cada 6 meses los dos primeros años, y luego anualmente de por vida).

Mujeres sin historia de actividad sexual: realizar el examen de Papanicolaou rutinariamente a partir de los 30 años y realizar antes si existe cualquier sospecha de cáncer ginecológico.

Inmunosuprimidas: mujeres portadoras de VIH, trasplantadas, en tratamiento quimioterápico, usuarias crónicas de corticoides, tienen mayor riesgo de presentar infecciones persistentes por VPH y progresar a lesiones precursoras y cáncer. Realizar la prueba cada 6 meses. Recordar el examen completo de vulva, vagina y ano por la frecuencia de lesiones multicéntricas.

Mujeres con LIE de alto grado (CIN II y CIN III): recomendar citología anal, dada la probabilidad de concomitancia con lesiones anales (AIN).

Resultados citológicos

Para informar los hallazgos citológicos durante un examen microscópico de un extendido cervico -vaginal, se utilizan términos recomendados por la Academia Internacional de Citología (AIC), así como el **SISTEMA BETHESDA**, para que puedan ser interpretados fácilmente por el personal de salud solicitante.

Sólo el personal de salud debe informar a la mujer si el resultado es positivo o negativo, y sobre todo el significado de este resultado.

Categorización General

1. **Negativo para lesión intraepitelial o malignidad.** Se utiliza esta categoría cuando no hay evidencia de neoplasia, independientemente de si se observan, o no, microorganismos u otros hallazgos no neoplásicos. Debe informarse en esta sección del informe existan o no evidencias de microorganismos u otros hallazgos no neoplásicos.

Elementos celulares normales

- Células escamosas
- Células endocervicales
- Células endometriales
- Células del segmento inferior del útero

Cambios no neoplásicos

- Cambios celulares no neoplásicos
 - Metaplasia escamosa
 - Cambios queratocíticos
 - Metaplasia tubaria
 - Atrofia
 - Cambios asociados al embarazo
- Cambios celulares reactivos asociados a:
 - Inflamación (incluida reparación típica)
 - Cervicitis linfocítica (folicular)
 - Radiación
 - Dispositivo Intrauterino (DIU)
- Células glandulares post histerectomía

Organismos

- Trichomonas vaginalis
- Hongos, compatibles con Cándida spp
- Cambios en la flora compatibles con Vaginosis bacteriana
- Bacterias morfológicamente compatibles con Actinomices spp

- Cambios celulares compatibles con Herpes Virus Simple
- Cambios celulares compatibles con Citomegalovirus

Otros

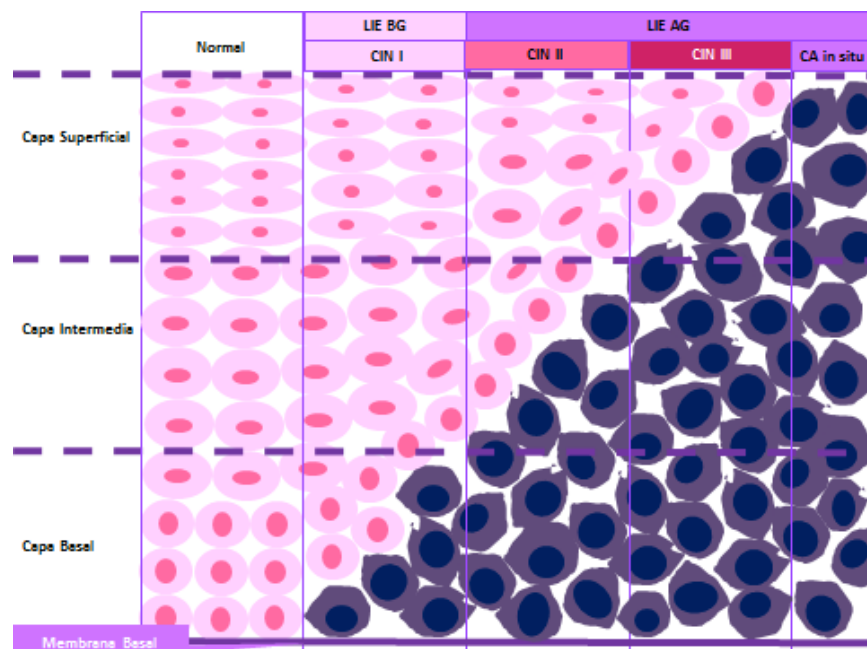
- Células endometriales presentes en una mujer de ≥ 45 años. (Especificar si es negativo para lesión escamosa intraepitelial)

2. Anormalidades de células epiteliales

Células escamosas

- Células escamosas atípicas (ASC)
 - Células escamosas atípicas- significado indeterminado (ASC-US)
 - Células escamosas atípicas- No es posible descartar LIE de Alto Grado (ASC-H)
- Lesión escamosa intraepitelial
 - LIE de Bajo Grado
 - LIE de Alto Grado
- Con sospecha de invasión (si existe la sospecha)
- Carcinoma de células escamosas

Gráfico de Anormalidades de Células Escamosas, según clasificación Bethesda



En células glandulares

- Células glandulares atípicas (AGC) (especificar si son endocervicales, endometriales o no determinadas)
- Células glandulares atípicas- probable neoplasia (especificar si son endocervicales, endometriales o no determinadas)
- Adenocarcinoma in situ (AIS)
- Adenocarcinoma invasor
- Otros

Otras neoplasias

Manejo según resultados citológicos

Los pasos a seguir basándose en el informe citológico como método de tamizaje se resumen en la tabla siguiente, y se desarrollaron en base a las recomendaciones de la OMS (WHO 2006).

Resultado de la citología	Acción a realizar
Insatisfactorio	Repetir la citología corrigiendo la causa del resultado insatisfactorio.
Negativo para lesión intraepitelial o malignidad	En mujeres sin antecedentes de lesiones intraepiteliales o malignidad controles anuales. Al completar 2 estudios normales consecutivos, realizar la toma de Papanicolaou cada 3 años.
ASC-US	Derivar para colposcopia.
ASC-H	Derivar para colposcopia y biopsia, y tratamiento si fuera necesario.
LIE BG	Derivar para colposcopia.
LIE AG	Derivar para colposcopia, biopsia, y tratamiento.
Carcinoma invasor (escamoso, glandular, u otro)	Derivar para biopsia, estadificación y tratamiento según protocolo en hospitales especializados.
AGC o células malignas o AIS endocervical	Derivar al hospital especializado en oncología para corroborar diagnóstico y tratamiento.

Debe asegurarse el traslado de las mujeres con lesiones que requieren tratamiento a los **Centros Especializados** donde se realizan dichas prácticas, así como el seguimiento luego del diagnóstico y tratamiento.

Citología Negativa para lesión intraepitelial o malignidad

Las pacientes nuevas con citología negativa para lesión intraepitelial o malignidad deben ser evaluadas una vez al año hasta completar dos estudios normales consecutivos. Posteriormente, los siguientes controles deben ser planteados con intervalos de 3 años en mujeres sin factores de riesgo.

En pacientes que están bajo control post tratamiento de algún resultado anormal, seguir protocolos mencionados a continuación.

Colposcopia

Es un método de diagnóstico utilizado en pacientes con citología positiva que permite la visualización ampliada del epitelio y vasos subyacentes del tracto genital inferior mediante la utilización del colposcopio, que posee lentes de aumento y una fuente de luz propia.

Debe ser realizada por profesional de salud especializado y entrenado en esta disciplina, con conocimientos de ginecología oncológica, anatomía patológica y biología molecular básicamente.

¿Cómo se realiza la colposcopia?

Se necesita un equipo llamado colposcopio que posee un sistema de lentes para ampliar las imágenes. Puede contar con una cámara de video, que permite ver en simultáneo e inclusive grabar las imágenes visualizadas. Además, se requiere instrumentales como espéculos, pinzas de aro, pinzas de biopsia como la Baby Tischler o en sacabocados, cureta de Kevorkian, cureta de Novak e insumos como torundas de algodón, gasas, ácido acético diluido al 5% en agua destilada, solución de Lugol, tapones vaginales, formol al 10 % para fijar el material obtenido, frasquitos, así como formularios para el llenado del informe colposcópico y para el laboratorio de anatomía patológica.

La aplicación de ácido acético diluido al 5% permite resaltar las zonas anómalas. El informe colposcópico se realiza utilizando la terminología colposcópica del cuello uterino IFCPC 2011.

Tener en cuenta que una de las debilidades de la colposcopia es la no visualización del canal endocervical.

¿En qué pacientes se realiza?

En toda paciente con citología anormal se indica este procedimiento para diagnosticar la localización de la lesión, extensión, bordes, superficie y/o anomalías vasculares, como se explica en el manejo de cada uno de los casos:

- Células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASCUS) o sugestivas de lesión intraepitelial de alto grado llamado ASC-H
- Lesión escamosa intraepitelial de bajo grado (LIE BG)
- Lesión escamosa intraepitelial de alto grado (LIE AG)
- Compatible con carcinoma escamoso infiltrante
- Células glandulares atípicas de significado indeterminado (AGUS)
- Compatible con adenocarcinoma invasor
- Dirigir la biopsia y la escisión electro quirúrgica con asa (LEEP).
- Otras indicaciones: pacientes que serán sometidas a cirugías ginecológicas, aquellas que presenten sangrado prolongado y no se les puede realizar la toma de PAP, embarazadas y para seguimiento de lesiones de bajo grado (LIE BG) en pacientes jóvenes.

■ Biopsia de Cérvix dirigida por Colposcopia

El diagnóstico definitivo de las lesiones precancerosas cervicouterinas se realiza a través del examen histopatológico del tejido. El resultado histopatológico confirma la lesión, para decidir el tipo de tratamiento a ofrecer en cada caso, según la evidencia científica.

La biopsia del cérvix dirigida por la colposcopia es realizada por el médico entrenado en patología cervical.

Es un procedimiento que permite extraer una o varias muestras del tejido en zona de la lesión. Para que la biopsia sea satisfactoria debe visualizarse toda la zona de transformación, a fin de poder estimar el grado de anomalía e identificar las regiones para biopsia. Puede ir seguida del **Legrado endocervical (LEC)**, según el tipo de lesión y como se detalla, en cada caso, más adelante en este manual.

Existen casos en que se indica la biopsia amplia de la zona de transformación, **LLETZ** por sus siglas en inglés, se realiza con el asa de LEEP, cuando la colposcopia no revela ninguna lesión, pero la citología es anormal, con LIE DE ALTO GRADO, inclusive a repetición.

Para biopsiar lesiones del tracto genital inferior, exocervix, endocervix, vagina, vulva y periné, según corresponda, se emplean la pinza sacabocado, la pinza Baby Tischler o la de Tischler, o punch dermatológico (vulva y periné).

Biopsia de Vulva

Ante sospecha de lesiones en vulva, se debe realizar la biopsia, ya sea con pinza sacabocado, punch dermatológico, bisturí frío o con equipo de LEEP.

El equipo de LEEP cuenta con asas pequeñas que permiten la biopsia de la vulva, con anestesia local. Se puede extraer uno o varios fragmentos según el aspecto de la lesión y se fija en formol al 10 % para enviar al laboratorio de anatomía patológica.

Biopsia de Vagina

En lesiones extensas del cérvix con extensión a vagina se puede realizar la biopsia dirigida con anestesia local.

Biopsia en Periné

Cuando se presentan lesiones que afectan el periné y se hace necesario la confirmación histológica se indica la biopsia con anestesia local.

Biopsia de Ano

Debe ser realizada por especialista con anestesia local y con mucha precaución pues lesiones como las hemorroides, verrugas y condilomas acuminados son frecuentes. También cicatrices antiguas de desgarros post-parto en zona de periné y ano pueden alterar la anatomía de la zona.

Es importante la interconsulta con el especialista en los casos de duda o mayor dificultad antes de realizar el procedimiento, sobre todo, en los casos de pacientes inmunosuprimidas o sospecha de lesión invasora.

Complicaciones posibles de las biopsias

Ante una lesión accidental de una arteria en estos órganos, puede haber sangrado profuso y persistente por lo que puede requerirse una sutura con hilo reabsorbible y medidas generales tales como: reposo, buena alimentación, tratamiento con antibióticos para prevenir infecciones.

Lgrado endocervical

La cureta de Kevorkian o la de Novak se utilizan para realizar el legrado endocervical cuando está indicado.

Las indicaciones en las circunstancias siguientes:

- Cuando la prueba de Papanicolaou de la paciente ha dado un resultado positivo, pero no se observan anomalías con el colposcopio. Es posible que la lesión precursora o el cáncer se oculten en el interior del conducto cervical; si así fuera, ambos podrán detectarse al examinar el tejido obtenido con el legrado endocervical.
- Cuando la prueba de Papanicolaou ha revelado una lesión glandular. Normalmente dichas lesiones surgen del epitelio cilíndrico en el interior del conducto. En tal caso, se ha de proceder al legrado endocervical, con independencia de los resultados de la colposcopia.
- Cuando la colposcopia resulte insatisfactoria debido a que no se observa la zona de transformación en su totalidad.

■ Opciones de Tratamientos de Lesiones Precursoras

Terapias para Lesiones intraepiteliales de Bajo Grado (LIE BG)

Sólo para lesiones de bajo grado con canal endocervical indemne.

Terapia destructiva local:

- **Terapias químicas:** en condilomas acuminados las más usadas en nuestro medio es el *Ácido Tricloroacético (ATA)* al 80 %, Se puede utilizar en gestantes.
- **Terapias inmunomoduladoras:** Imiquimod para tratamiento de los condilomas acuminados de vulva en mujeres no gestantes.
- **Terapias Destructivas Locales:** Incluye crioterapia, electrofulguración y laser vaporización. Se utilizan para tratar las LIE BG que tienen buena correlación colpo-cito-histológica, la lesión es ectocervical y no se proyecta al canal endocervical.

Crioterapia:

La criosonda se aplica dos veces sobre el cuello del útero, tres minutos cada vez, y un descanso de cinco minutos entre ellas. La temperatura debe oscilar entre -80 a -190°C. La desventaja es que no hay material para estudio anatómo-patológico.

Indicaciones y criterios de exclusión	
Indicaciones	Criterios de exclusión
• La lesión es suficientemente pequeña para ser cubierta por la criosonda sin sobrepasar en más de 2 mm el borde de la criosonda • La lesión y todos sus bordes son perfectamente visibles y no se extienden al interior del endocérnix ni a la pared vaginal	• Indicios o sospecha de displasia glandular o de enfermedad invasora • La lesión sobrepasa en más de 2 mm el borde de la criosonda • Embarazo • Infección genital femenina (hasta su tratamiento) • Menstruación abundante

Electrofulguración:

Dstrucción de tejido utilizando electrodo de esfera metálica por medio de radiofrecuencia con anestesia local.

- Ventajas: se realiza bajo visión colposcópica en forma ambulatoria, tratando toda la lesión de bajo grado.
- Desventajas: Contraindicada en embarazadas. No se obtiene material para estudio anatómo-patológico.

Laser con vaporización:

Vaporización del tejido y necrosis. Se realiza bajo visión colposcópica con anestesia local y se regula la profundidad y la extensión de la exposición tisular. Es de CO₂.

- Desventajas: Costo del equipo. Profesional entrenado.

Terapias Escisionales

Tratamiento para LIE AG y condilomas de gran tamaño.

Procedimiento de extirpación electro quirúrgica con asa de LEEP: es un método de tratamiento ambulatorio, que se realiza con anestesia local, utilizando la electro-frecuencia para extirpar las lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino. La pieza operatoria se procesa para estudio histopatológico. También se halla indicada en todas las LIE DE ALTO GRADO

por citología, con colposcopia de lesión anormal, que no se extiende al canal endocervical y confirmada por la biopsia.

Tratamientos quirúrgicos

Conización con bisturí frío: se realiza en quirófano, bajo anestesia raquídea y técnica quirúrgica bien establecida.

Histerectomía: indicada sobre todo en LIE de ALTO GRADO con patologías asociadas como miomas uterinos y/o quiste de ovario, en mujeres menopáusicas mayores.

Ver y Tratar

En manos expertas se utiliza el método “VER Y TRATAR”, con mucha utilidad, con indicaciones precisas, como domicilio alejado del paciente, o la imposibilidad para el seguimiento.

Ante citología positiva para lesiones precursoras CIN II o CIN III, se realiza la resección electro quirúrgica LEEP bajo visión colposcópica, dependiendo del tamaño de la lesión. Si tiene proyección al canal endocervical se realiza además Lgrado endocervical. El material se envía para estudio anatomopatológico.

Complicaciones del tratamiento escisional

Hemorragias: leves, moderadas o graves, después de procedimientos quirúrgicos. En el caso del LEEP puede presentarse hemorragias 8 a 10 días después del procedimiento por la granulación del lecho operatorio y el desprendimiento de la costra producida por la electrocoagulación. Puede requerir un taponamiento con mecha vaginal, una electrocoagulación bajo anestesia local o sutura del lecho operatorio. Reposo y tratamiento médico.

Infecciones: en todo tratamiento en el área genital se realiza la prevención de infecciones con antibióticos.

Estenosis del Orificio Interno: esta complicación se puede presentar en algunos casos y con mayor frecuencia luego del cono frío, con hematómetra y dolor en bajo vientre.

Persistencia de lesión

El tratamiento de las lesiones persistentes se recomienda realizarlos en centros de referencia con personal médico capacitado, no antes de los 6 meses después del tratamiento realizado, previa confirmación anatomo-patológica.

El uso de la biología molecular tiene mucha utilidad para el seguimiento, la captura híbrida

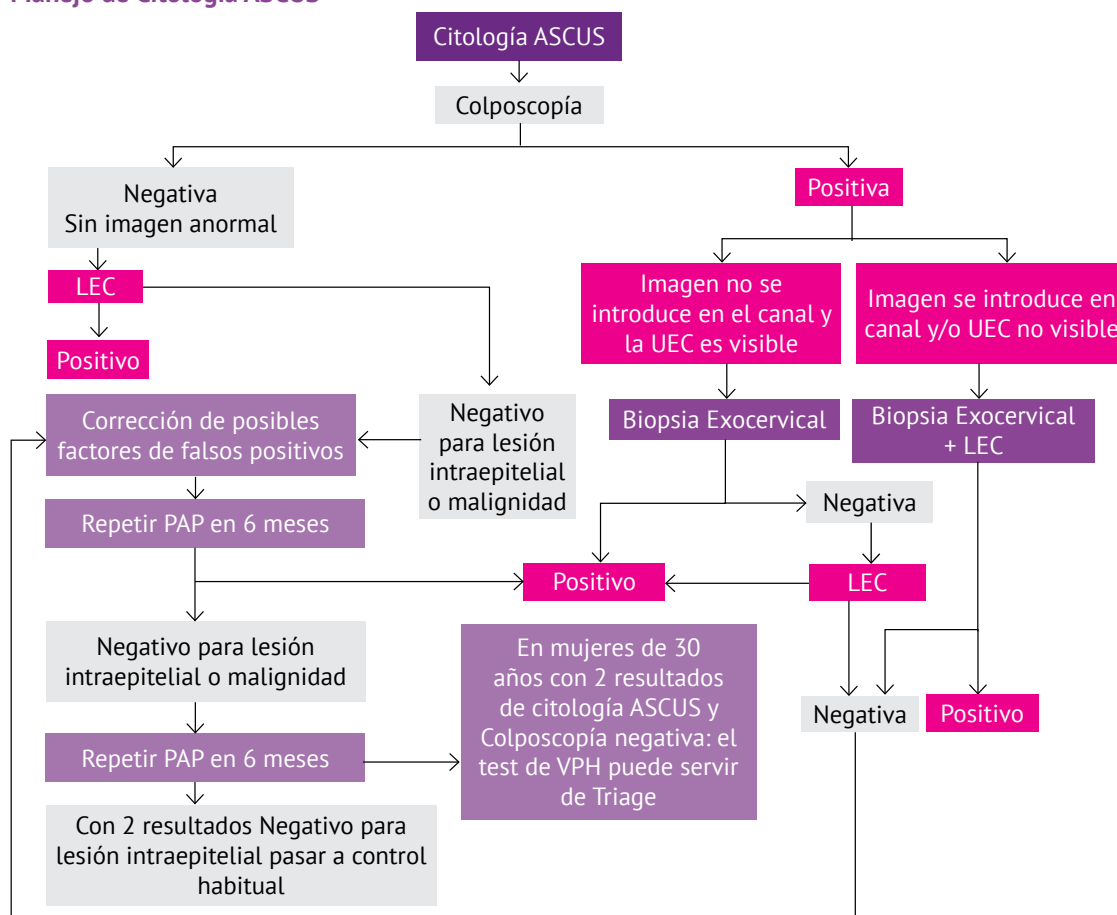
para VPH permite conocer la presencia de virus de alto riesgo y la carga viral. El método del PCR para VPH identifica el genotipo viral.

En pacientes inmunodeprimidas se requiere mejorar el estado general de salud y ser perseverantes con el cumplimiento del tratamiento y seguimiento, ya que en algunos casos se necesita combinar los tratamientos o repetirlos durante algún tiempo para conseguir el control de la infección por VPH.

■ Células Escamosas con Atipia de Significado Indeterminado ASCUS

Presentan cambios que pueden sugerir Lesión Intraepitelial de Bajo Grado. No representan ninguna entidad biológica, sino que incluye un cambio por alteraciones celulares por el VPH, por inflamación, en caso de desecación del extendido, atrofia con degeneración y otros artificios.

Manejo de Citología ASCUS



Manejo de Citología ASCUS en situaciones especiales

Adolescentes

En los primeros años de actividad sexual, la mayor parte de las alteraciones citopatológicas corresponden al efecto citopático viral del VPH, que presenta remisión espontánea en la mayoría de los casos, por lo cual **no se realiza un tamizaje intenso** de lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino, en esta franja etaria.

En las adolescentes se indica solo la citología. El Test VPH no es útil

Mujeres Inmunosuprimidas

En este grupo se incluyen, pacientes trasplantadas, con corticoterapia y/o quimioterápicos, radioterapia y braquiterapia, con enfermedades autoinmunes y tratamiento inmunosupresor.

En mujeres con VIH, dependiendo de su nivel de CD4 y de la carga viral, la resolución espontánea de la infección por VPH es más lenta, causando persistencia de lesión, lo que favorece la mayor incidencia de lesiones cervicales más severas, que serán remitidas a colposcopia para evaluación.

Embarazadas

El abordaje de la citología de ASC-US en la embarazada se plantea según la edad gestacional, se evalúa y se toman las decisiones terapéuticas 2 a 3 meses después del parto.

■ Células escamosas atípicas, no se puede descartar LIE AG

(ASC-H)

Alrededor del 10 a 20% de las mujeres que presentan ASC-H se detectan CIN II-III durante el seguimiento. Pacientes con este resultado citológico, independientemente de su situación serán remitidas a colposcopia y biopsia, y recibir el tratamiento correspondiente.

Manejo de Citología ASC-H en situaciones especiales

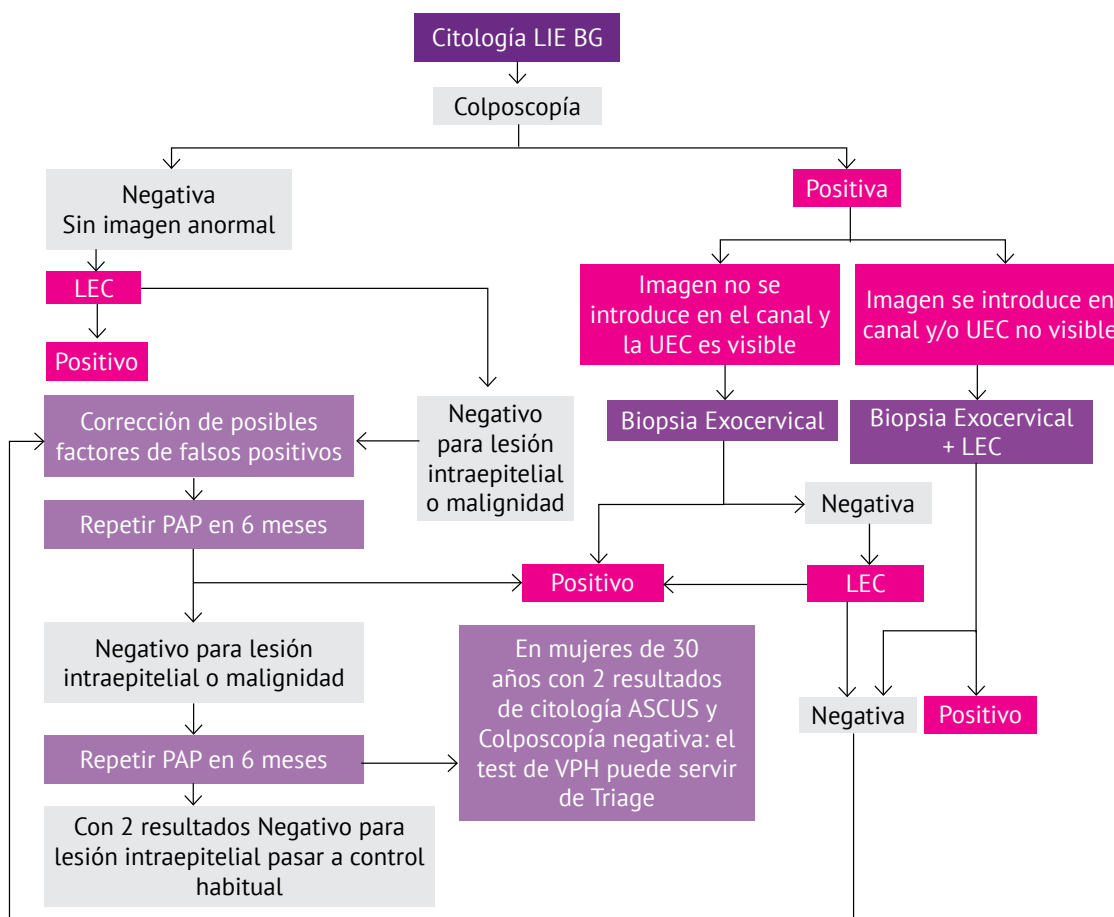
Embarazo: La conducta conservadora es de elección siempre que no haya sospecha de invasión o micro invasión. Se re-evaluará con citología y colposcopia a la paciente después de los 3 meses post- parto.

En caso de sospecha de cáncer invasor, se debe enviar a la paciente al especialista de inmediato.

Lesiones Escamosas Intraepiteliales de Bajo Grado o LIE BG

Lesiones escamosas intraepiteliales de bajo grado (LIE BG) o L-SIL por sus siglas en inglés, anteriormente denominadas displasia leve, incluyen condilomas planos, condilomas vegetantes y lesiones de CIN I (afecta el 1/3 inferior del epitelio). Se caracteriza por frotis cervicales conteniendo células con citoplasma maduro y claras anomalías nucleares debido a los cambios citopáticos virales del VPH. El 60-70% de ellas se resuelven espontáneamente. En 13% aproximadamente, pueden progresar a Lesiones Intraepiteliales de Alto Grado (LIE AG)

Manejo de hallazgo citológico de LIE BG (CIN I)



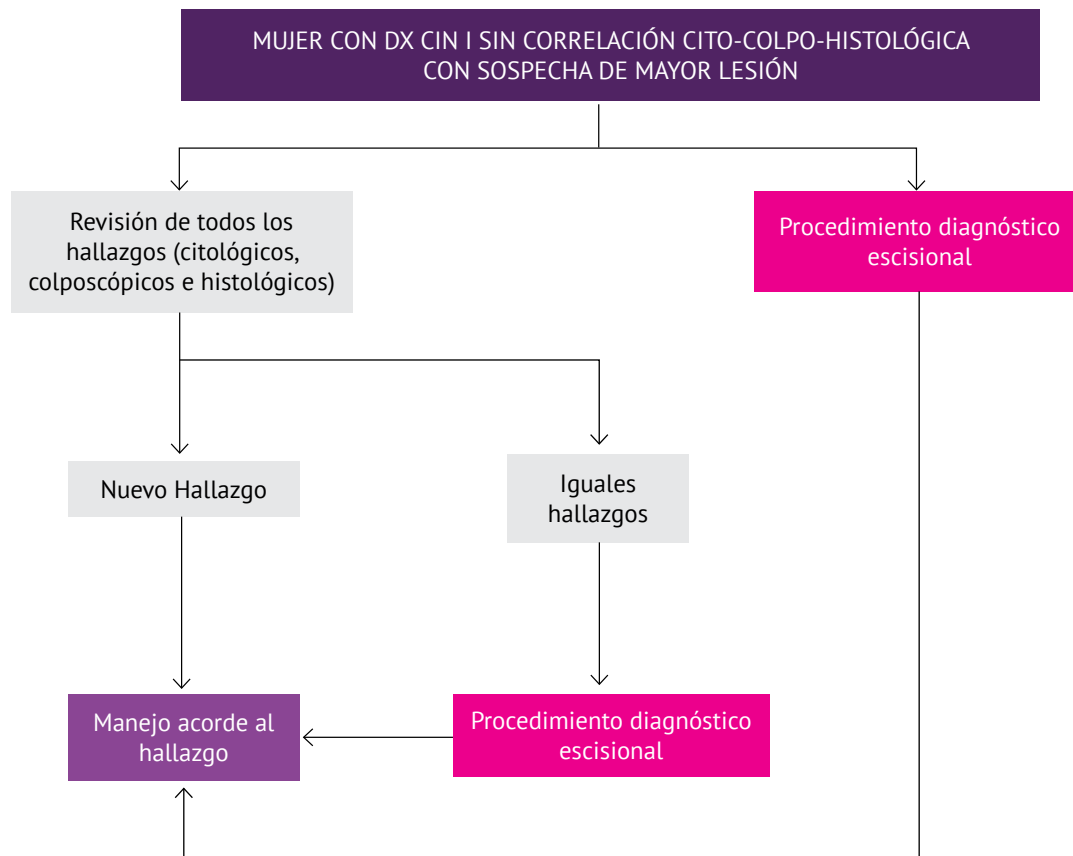
Manejo de LIE BG (CIN I) con correlación cito-colpo-histológica



Factores de Riesgo: inmunodeficiencias, diagnóstico cito-colposcópico persistente de LIE BG, dificultades para seguimiento por factores socioeconómicos.

Quando el Test VPH resulta positivo para tipos virales de alto riesgo oncogénico, solo indica infección viral. Se hará tratamiento solo si existe un diagnóstico de lesión cito-colpo-histológica de LIE BG (CIN I) comprobada.

Manejo de LIE BG (CIN I) sin correlación cito-colpo-histológica



Situaciones especiales en pacientes con LIE BG (CIN I)

Adolescentes

En este grupo (hasta 19 años), existen evidencias clínicas de regresión de CIN I, en hasta un 90% de los casos a los 3 años, por lo que la conducta será expectante y se podrá evitar un tratamiento escisional innecesario.

Se indicará control citológico cada 6 - 12 meses, y será remitida a colposcopia, si la lesión persiste después de 2 años de seguimiento.

Es recomendable realizar la consejería, que tranquiliza a la paciente y familiares, evitar tratamientos innecesarios y la adherencia a un seguimiento sistemático.

Debido a la alta prevalencia del ADN VPH en este grupo y la frecuente remisión de las lesiones, no se indica la utilización del Test VPH en la práctica clínica

Embarazo

En gestantes con LIE BG (CIN I) el control debe ser cada 3-6 meses durante la gestación y después de los tres meses del parto. Sin embargo las gestantes con alteraciones colposcópicas sugestivas de invasión serán biopsiadas para confirmar el diagnóstico y planificar el tratamiento adecuado.

Las gestantes con diagnóstico citopatológico de LIE BG (CIN I). Serán revaluadas luego de 3 meses post parto.

Inmunosuprimidas

Todas las mujeres inmunosuprimidas (con VIH, trasplantadas, con corticoterapia y/o quimioterápicos, radioterapia y braquiterapia, con enfermedades autoinmunes y tratamiento inmunosupresor) deben ser remitidas inmediatamente para colposcopia y su tratamiento correspondiente.

Mujeres en etapa de climaterio

Se recomienda tratamiento local con estrógenos durante 1 mes y luego repetir el estudio cito-colposcópico. En aquellas, en las que persiste el resultado de LIE BG (CIN I) debe recibir el tratamiento adecuado.

Tratamiento de las LIE BG (CIN I)

a- Condilomas planos y vegetantes

- Luego de evaluar tamaño de la lesión y extensión, se ofrecen tratamientos destructivos locales tales como:
- **Imiquimod de auto-aplicación:** indicado en lesiones de vulva, ano y periné. No se indica en mujeres embarazadas.

- **Topicaciones semanales con Ácido Tricloroacético al 80%** hasta 4 o 5 semanas según la respuesta, a ser realizadas por personal de salud capacitado. Puede ser aplicado en las gestantes y en mujeres inmunosuprimidas.
- **Vaporización con LASER:** indicada en lesiones cervicales con unión escamo columna visible.
- **Electrofulguración:** en lesión totalmente exocervical y con la unión escamo-columnar totalmente visible.

Tener en cuenta que los condilomas pueden recidivar de acuerdo al estado inmunológico y la exposición a re-infecciones. Por ello, se recomienda el uso de preservativos durante el tratamiento, en los siguientes 6 meses y la aplicación de la vacuna VPH cuadrivalente, que previene los VPH 6 y 11, asociados a los condilomas acuminados.

En caso de que las lesiones persistan a las 5 o 6 semanas, remitir al **Centro de Referencia**.

b- Lesiones Escamosas Intraepiteliales de Bajo Grado o LIE BG

Las lesiones de tipo CIN I tienden a resolverse de forma espontánea, pero deben tratarse si cabe la posibilidad de que la mujer no regrese al servicio para el seguimiento, así como en mujeres con factores de riesgo y diagnóstico colpo-histológico de CIN I persistente.

Se pueden tener en cuenta las siguientes opciones terapéuticas, que son tratamientos destructivos locales:

- **Crioterapia:** cuando la lesión y todos sus bordes son totalmente visibles, sin extensión en el endocérnix ni a pared vaginal.
- **Electrofulguración:** cuando la lesión y la unión escamo- columnar son totalmente visibles.
- **Vaporización por LASER:** cuando la lesión y la unión escamo-columnar son totalmente visibles.
- **Tratamiento escisional:** en casos de CIN I persistente, cuando no se visualizan todos sus bordes o con legrado endocervical positivo

Tratamientos inaceptables para LIE BG: CIN I y Condilomas

- Histerectomía sin patología asociada.
- Crioterapia: si los márgenes de la lesión no son totalmente visibles y no reúne las condiciones adecuadas.

Lesión Intraepitelial de Alto Grado LIE AG

La lesión compuesta por células atípicas es exclusivamente intraepitelial y no sobrepasa la membrana basal.

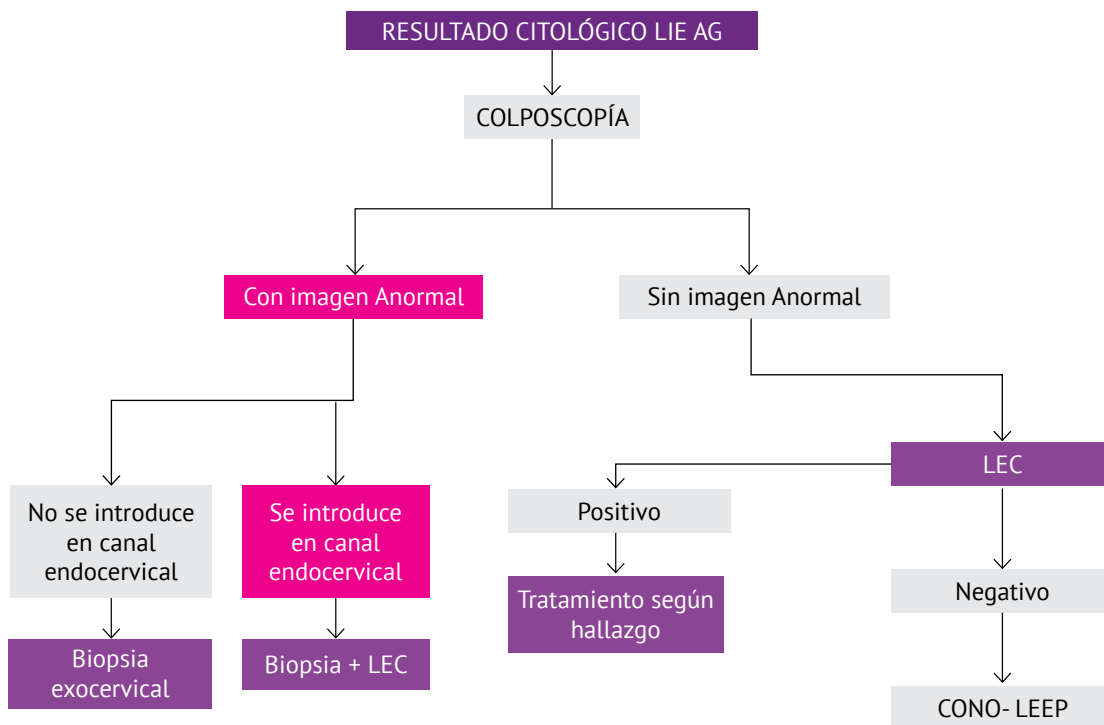
Cuando las células afectadas toman los 2/3 del espesor del epitelio, corresponde a CIN II y cuando afectan la totalidad del epitelio, corresponde a CIN III o carcinoma in situ.

Recomendaciones Generales

Si se diagnostica por citología una lesión de alto grado LIE AG, remitir a un **Centro de Referencia** para la realización de colposcopia y biopsia.

Una vez confirmado el diagnóstico anatómo-patológico, se realizará el tratamiento correspondiente.

Manejo de hallazgo citológico de LIE AG



Cuando se trata de un LIE AG (CIN II- CIN III) confirmado, ya no es necesario solicitar Test de VPH para diagnóstico, pues el mismo no condiciona el tratamiento, sin embargo es útil en el seguimiento después de 6 meses de tratamiento.

■ Tratamiento de LIE AG (CIN II -CIN III)

Todas las lesiones de tipo CIN II y CIN III confirmadas por biopsia deben recibir tratamiento, pues casi todas ellas persisten y con el tiempo pueden transformarse en un cáncer invasor.

Tratamiento Escisional de LIE AG

- **Conización con asa de LEEP:** cuando el canal endocervical no está comprometido según resultado histológico del legrado endocervical.
- **Conización con bisturí frío:** cuando el canal endocervical se halla comprometido según hallazgo histológico del legrado endocervical.
- **Conización con LASER.**

Histerectomía

No es aceptada como tratamiento de primera elección para la lesión de LIE AG (CIN II -CIN III).

Este tratamiento es aceptable solo en casos seleccionados: de recurrencia/persistencia de lesión, extensión a vagina (VAIN), en pacientes con patologías asociadas o con imposibilidad de seguimiento y fertilidad satisfecha.

El deseo de anticoncepción permanente por parte de la mujer no es una razón suficiente para practicar la histerectomía.

Ver y Tratar

En paciente con citología de LIE AG (CIN II – CIN III) y colposcopia anormal, que provenga de domicilio alejado con imposibilidad de seguimiento, se podrá realizar la conducta de Ver y Tratar (Cono LEEP).

Manejo de los Márgenes Quirúrgicos

Los márgenes comprometidos exocervicales y endocervicales en la pieza de anatomía patológica, posterior a un Cono LEEP o LASER, no implican un re-tratamiento inmediato. Se deberá continuar el seguimiento habitual cada 6 meses, por dos años con citología (endo y ectocervical), colposcopia y LEC, si es posible el Test VPH.

Si durante este seguimiento, hay evidencia cito-histológica de una lesión de alto grado, se indicará un nuevo tratamiento escisional (re-cono LEEP).

En pacientes tratadas con cono frío, cuyos márgenes están comprometidos, evaluar histerec-tomía simple o con extirpación ganglionar.

Tratamientos inaceptables en LIE AG

- Crioterapia
- Topicación con Ácido Tricloroacético al 80%
- Imiquimod
- Electrofulguración

Situaciones especiales en pacientes con LIE AG

Adolescentes: cuando se dificulta el seguimiento es preferible el tratamiento inmediato, sobre todo en los casos de CIN III.

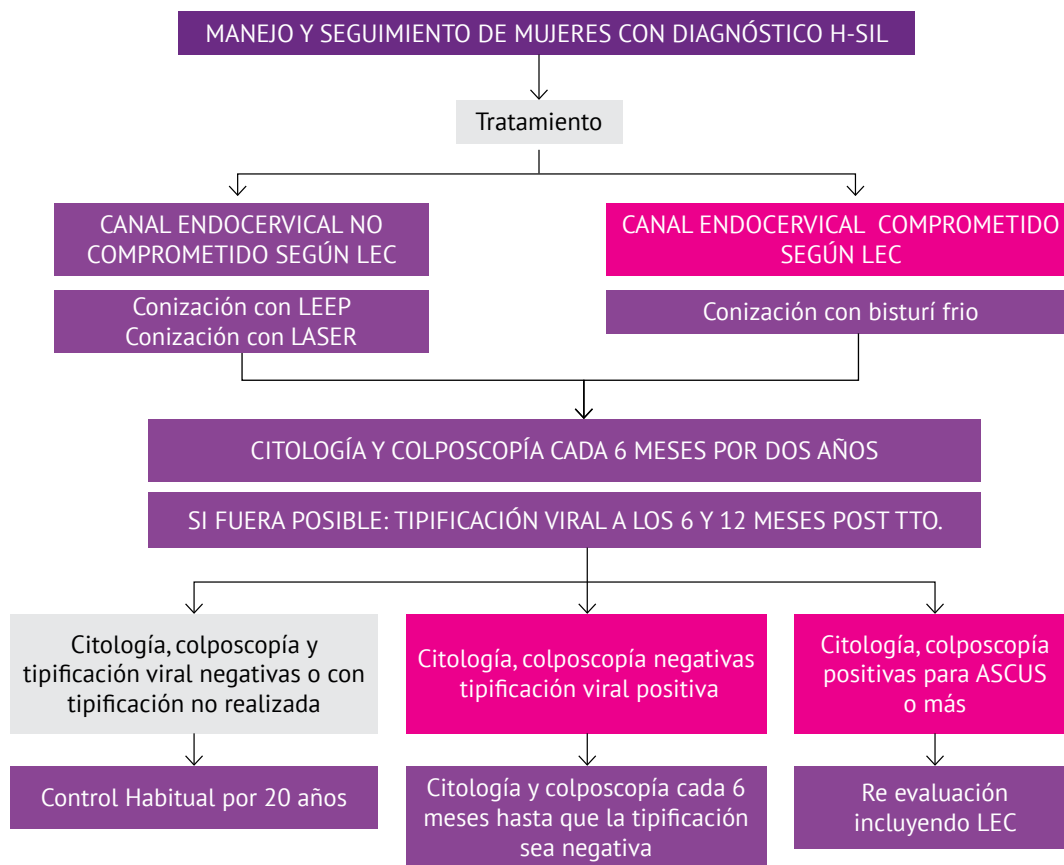
Cuando es un CIN II se prefiere el seguimiento cada 6 meses, hasta dos años. Si después de 2 años de seguimiento, la lesión persiste o empeora se decidirá el tratamiento escisional.

Embarazo: la conducta conservadora es de elección, siempre que no haya sospecha de invasión o micro invasión. Se re-evaluará con citología y colposcopia a la paciente, después de los 3 meses post-parto. En caso de sospecha de cáncer invasor, se debe enviar a la paciente al especialista de inmediato.

Inmunodeficiencia: se considera un factor de riesgo que debe ser tomado en cuenta por la mayor progresión a lesiones microinvasoras o invasoras en estas pacientes con VIH, trasplanta-das, con corticoterapia y/o quimioterápicos.

Menopausia: la atrofia de la mucosa cervical y el estudio del canal endocervical con el cepillado y/o el legrado endocervical, debe ser tenido en cuenta para el diagnóstico y la decisión terapéutica.

Seguimiento de Mujeres con Diagnóstico Histológico de LIE AG (CIN II-CIN III)



Serán **re-tratadas** aquellas pacientes con H-SIL confirmado por citología y/o biopsia en el seguimiento. Se considera **Persistencia de lesión** cuando la lesión aparece antes del año de seguimiento, o **Recurrencia** (reinfección) cuando aparece una nueva lesión, después del periodo de curación de un año.

Lesión Escamosa Intraepitelial de Alto Grado LIE AG (CIN II-CIN III) con sospecha de microinvasión

- **LIE AG con sospecha de microinvasión:** se realizará Cono-Frío diagnóstico.
- **Lesión de Alto Grado con confirmación de invasión:** deja de ser una lesión de alto grado, ya es un cáncer invasor y se estadificará y/o remitirá a un hospital oncológico de referencia para su mejor manejo.
- En pacientes adolescentes, embarazadas, inmunodeprimidas, y post-menopáusicas, se estadificará y derivará a un hospital oncológico de referencia para su mejor manejo.

Anomalías en células glandulares

- a) Células glandulares atípicas (endometriales, endocervicales o no especificadas).
- b) Células glandulares atípicas, probablemente neoplásicas.
- c) Adenocarcinoma endocervical in situ (AIS).
- d) Adenocarcinoma.

Manejo y tratamiento de las anomalías en células glandulares

Todas las pacientes con el diagnóstico de anomalías de células glandulares, mediante LEC y/o biopsia endometrial, serán consideradas de mayor riesgo para el desarrollo de un carcinoma invasor; por lo que su abordaje debe ser realizado en un hospital especializado.

El tratamiento considerado definitivo para Adenocarcinoma In Situ (AIS) es la HISTERECTOMÍA TOTAL, excepto en aquellas mujeres que aún no tuvieron hijos, en las cuales se podría considerar un cono frío con márgenes libres y con estricto seguimiento, por un periodo limitado.

Nuevas tecnologías en la prevención del cáncer de cuello uterino

Pruebas de VPH – Genotipificación del VPH

Es muy importante **la utilización criteriosa de las pruebas de VPH** para evitar generar una cantidad de resultados positivos sin significado clínico, originando colposcopias, biopsias y –eventualmente- tratamientos innecesarios; que en su conjunto pueden dañar física y psico-emocionalmente a las pacientes, invirtiendo el efecto positivo deseado de la acción médica.

Entre las pruebas de VPH-AR validados clínicamente se encuentran disponibles en el país: Captura Híbrida 2® (QIAGEN Inc., Gaithersburg, MD; USA), Cobas® 4800 VPH (Roche Molecular Systems Inc., Alameda, CA, USA), Real Time High Risk VPH test (Abbott Molecular, Des Plaines, IL).

Test de VPH alto riesgo

La **Captura Híbrida 2® (CH2)** (QIAGEN Inc., Gaithersburg, MD; USA). Esta prueba permite la detección de VPH de alto riesgo con alta sensibilidad de 13 tipos de VPH-AR (16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, y 66) y brinda valores de carga viral relativa. Se encuentra disponible en el Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Asunción (IICS, UNA). También ofrece servicios de tipificación y caracterización molecular de VPH por el método de PCR.

El **Test de VPH-AR por PCR**, disponible en el Laboratorio Central del MSPYBS. Tiene la ventaja de detectar separadamente los VPH16 Y VPH18, y al mismo tiempo, el resto de los tipos de VPH-AR (31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66 y 68). En virtud de la Resolución N° 779/2013, el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social dispuso integrar al Laboratorio Central de Salud Pública (LCSP) a la Red Regional de Laboratorios del VPH (Virus del Papiloma Humano) para apoyar los estudios de evaluación del impacto de la vacunación contra esta enfermedad en los países de la región¹¹.

Comunicación de los resultados de la prueba de VPH-AR

Es fundamental que todas las mujeres reciban los resultados de su prueba, sean éstos negativos o positivos.

En un contexto de tamizaje basado en la prueba de VPH-AR, la comunicación de un resultado positivo debe ser realizada por un profesional especializado en el tema, para no estigmatizar a la paciente.

Indicaciones de uso de las pruebas de VPH Alto Riesgo

- a) Como método de tamizaje: aumenta la eficacia del cribado primario en mujeres de 30 años o más.
- b) En anomalías citológicas no concluyentes: ASCUS.
- c) En el control post tratamiento y seguimiento de neoplasias cervicales.
- d) En la disrelación cito-colpo-histológica.

El Test de VPH no está indicado en las adolescentes, porque al inicio de la vida sexual pueden aparecer infecciones transitorias, que son controladas por el sistema inmune y no necesitan tratamiento.

Condiciones para la toma de muestra de Prueba de VPH

- Abstinencia sexual de 72 horas.
- No realizar la toma durante la menstruación.
- No realizar higiene vaginal antes de la toma.

¹¹ Red Sudamericana de Laboratorios de HPV creada por la Organización Mundial de la Salud y Coordinada por el Instituto Dr. Carlos Malbrán (Argentina), el Instituto Catalán de Oncología (ICO) de España, la Agencia Internacional de Investigación sobre el Cáncer (IARC) de Francia entre otros.

- Esperar 7 días posteriores a la última aplicación de óvulos o crema vaginal.
- Esperar tres días posteriores a la realización de ecografía transvaginal y/o
- PAP- Colposcopia.
- Esperar 30 días después de una biopsia.
- Esperar 6 meses posteriores a un tratamiento (cono LEEP, crioterapia, cono frío, etc.)

La toma de muestra se realizará en los Centros de Referencia preparados para el efecto.

Interpretación de resultados

Captura Híbrida 2®

Reconoce la presencia de cualquiera de los 13 tipos VPH-AR presentes en la sonda y brinda valores relativos de carga viral.

Una prueba de VPH negativa significa que no se ha identificado ADN de VPH-AR contenidos en la sonda en las células del cuello uterino.

Una prueba de VPH positiva detecta la presencia de los tipos de VPH-AR contenidos en la sonda.

Pautas de seguimiento y tamizaje

- Si la prueba de VPH es negativa, se recomienda volver a realizar a los 5 años.
- Si la prueba de VPH es positiva y la citología es normal, se recomienda repetir la prueba los 12 meses.
- Si la prueba de VPH vuelve a dar positiva, se recomienda la realización de una colposcopia, cualquiera sea el resultado de la citología.

El resultado positivo de la Prueba de VPH debe ser analizado de acuerdo a la carga viral y la historia clínica de la paciente (hallazgos citológicos, colposcóticos e histológicos).

Frases recomendadas para la orientación ante resultados positivos para pruebas de VPH

- La infección por VPH es muy frecuente, casi todas las mujeres adquieren la infección en el transcurso de su vida.
- La mayoría de las infecciones son transitorias, desaparecen al año y no producen lesión ni cáncer de cuello uterino. Tener VPH no significa tener cáncer.
- Solo en 5 de cada 100 mujeres, la infección por VPH es persistente.
- Tener VPH no es un signo de infidelidad, porque el VPH puede permanecer silencioso o latente años antes que se detecte.

Otros Biomarcadores

Más recientemente se desarrollaron pruebas que detectan la sobreexpresión de las oncoproteínas E6 y E7 de HPV-AR o sobre-expresión inducida por la presencia de infección por VPH, de algunas proteínas que participan en el ciclo celular. Entre los marcadores de alteraciones en la regulación celular inducida por VPH, se tiene el biomarcador p16^{ink4a} (p16) y el p16/Ki-67. Estos estudios lo realizan los anatómo-patólogos dedicados a la especialidad y está disponible en el país.

Biomarcador p16^{ink4a} (p16)

El p16 es un inhibidor de la quinasa, dependiente de la ciclina y actúa como supresor del ciclo celular. La sobreexpresión del p16, resultante del aumento en la expresión de la oncoproteína E7, producida por VPH-AR indica la presencia de una lesión pre-cancerosa o de cáncer. La acumulación celular de p16 se puede medir con la tinción de inmunohistoquímica (IHQ) en las láminas histológicas y citológicas. Si la tinción es fuerte y difusa, se considera una lesión precancerosa.

Recomendaciones para el uso de IHQ p16 (LAST Project, 2012)

- Cuando el diagnóstico diferencial morfológico es entre una lesión precancerosa (CIN II o CIN III) y una lesión que la simula, debido a procesos que no están relacionados con el riesgo de neoplasia, como metaplasia escamosa inmadura, atrofia, cambios epiteliales reparativos, cortes tangenciales.
- Cuando el patólogo tiene dudas en el aspecto morfológico de CIN III, porque esta es una lesión que puede aparecer con cambios morfológicos, de una infección por VPH de bajo grado (LEI BG) hasta inclusive la lesión precancerosa de alto grado (LEI AG).

- Cuando no existe consenso entre patólogos en la interpretación de la lesión morfológica, que incluye lesiones de CIN II o CIN III.
- Se recomienda el uso de la tinción de p16 en casos de diagnóstico morfológico de CIN II.

Biomarcador p16/Ki-67

En las lesiones cervicales asociadas al VPH puede encontrarse la co-expresión de p16 (proteína supresora de tumores) y Ki-67 (marcador de proliferación celular), ya que el ciclo celular está alterado. La tinción dual p16/Ki-67 es un indicador de desregulación del ciclo celular y existen experiencias de su aplicación en triage de citologías negativas y VPH positivas.

Vacunas contra el VPH

Las vacunas son de prevención primaria no curativas ni terapéuticas contra la infección del VPH.

Estas vacunas son elaboradas con tecnología recombinantes y se preparan a partir de proteínas estructurales L1 del virus purificadas, que se juntan entre sí para formar cubiertas vacías sin partícula viral, sin virus vivos atenuados, por lo que no son infecciosas.

De preferencia serán aplicadas en mujeres y varones, antes del inicio de las relaciones sexuales, en quienes se obtendrá la mayor protección contra la infección del VPH, incluidos en la vacuna.

En nuestro medio se encuentran disponibles para su uso las vacunas CERVARIX [®] y GARDASIL [®].

VACUNA BIVALENTE

Facilita el desarrollo de anticuerpos contra el VPH 16 y 18, y por parentesco filogenético ofrece también protección cruzada contra los VPH 31 y 45.

Aplicación

Vía intramuscular, en la región deltoidea del brazo o en la zona anterolateral y superior del muslo, en 3 dosis; día 0, 1 y 6 meses de la primera aplicación.

VACUNA CUADRIVALENTE

Forma parte del esquema vacunatorio obligatorio del MSPYBS. Se aplica a niñas de 9 -11 años, en forma gratuita. Provee anticuerpos contra el VPH 6, 11, 16 y 18, siendo los VPH 6 y 11 de bajo riesgo (productores de LIE BG y condilomatosis). También ofrece protección cruzada contra los VPH 31 y 45 como la bivalente.

Aplicación

Intramuscular, en la región deltoidea del brazo o en la zona anterolateral y superior del muslo, en 3 dosis; día 0,2 y 6 meses de la primera aplicación.

También, las mujeres que ya han iniciado las relaciones sexuales podrán ser vacunadas, dando protección contra una nueva infección.

Las mujeres vacunadas deberán seguir el mismo control habitual de tamizaje para prevención del cáncer de cuello uterino, con Papanicolaou (PAP).

Las reacciones adversas que podrían provocar son las habituales a cualquier vacuna en general, y no contraindican su uso, según informes de la OMS y la FDA.

En la mujer embarazada y/o en periodo de lactancia, no se recomienda su aplicación por falta de estudios concluyentes al respecto.

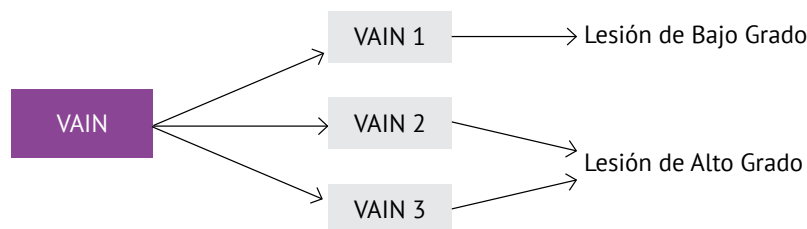
Lesiones Precursoras de Vulva - Vagina - Ano

Neoplasia intraepitelial de vagina (VAIN)

La neoplasia Intraepitelial vaginal (VAIN) es una entidad rara, y al ser asintomática su prevalencia es difícil de conocer. Se estima una prevalencia de 1 a 3% de las neoplasias intraepiteliales cervicales (CIN).

Representa el 0,4% de todas las neoplasias intraepiteliales del tracto genital inferior. (0,2/100.000 mujeres)

Clasificación



Edad de aparición

La edad media al diagnóstico es alrededor de los 50 años, pero con un rango de edad muy amplio entre los 20 a 80 años; afectando preferentemente a mujeres jóvenes.

Lesiones vaginales de bajo grado (VAIN 1)

- Su asociación con el VPH es del 75% aproximadamente.
- Se dan frecuentemente en mujeres jóvenes.
- Las lesiones suelen ser multifocales, es decir que afectan varios sectores de la vagina.
- Un alto porcentaje de estas lesiones desaparecen espontáneamente, sin ningún tratamiento.

Lesiones vaginales de alto grado (VAIN 2- 3)

- Para el VAIN 2 su asociación con el VPH es del 50%, y para VAIN 3 del 14%, aproximadamente.
- Afecta a mujeres de mayor edad.
- Suelen ser lesiones unifocales, frecuentemente en el tercio superior de vagina.
- La mayoría de las lesiones de alto grado, ocurren en asociación con el
- CIN III, que se extiende hacia la vagina (aproximadamente el 3% de los casos).
- Pueden aparecer como lesiones blancas. Las erosiones o ulceraciones del epitelio vaginal, especialmente, en mujeres pre menopáusicas o menopáusicas pueden indicar un VAIN subyacente.
- Se asocia con otras neoplasias intraepiteliales del tracto genital inferior en alrededor de 60- 65%.
- Se ve frecuentemente en pacientes inmunocomprometidas y en las que recibieron radioterapia.

Potencial de progresión

El cáncer de vagina es poco frecuente, alrededor del 1- 2% de los cánceres del tracto genital inferior. La progresión de estas lesiones hacia el carcinoma se estima en aproximadamente 4%.

Síntomas

Son generalmente asintomáticas.

Diagnóstico

Citología.

Vaginoscopía.

Biopsia: diagnóstico de certeza.

Se recomienda tratar la atrofia y las infecciones vaginales antes de realizar la biopsia.

Tratamiento

Debe ser realizado por el médico especialista en tracto genital inferior, en Centros de Referencia. Suele ser difícil de tratar, especialmente en lesiones extensas, multifocales y cuando la cúpula vaginal está comprometida, luego de una histerectomía.

- Electrofulguración con esfera de LEEP, que es el tratamiento de elección en nuestro medio.
- Aplicación del Ácido Tricloroacético del 80- 90 % en lesiones VPH positivas.
- Imiquimod crema al 7.5 %.
- Resección quirúrgica: es recomendado cuando existe sospecha de invasión o cuando no se puede descartar mayor patología.
- Láser de CO2.

Neoplasia Intraepitelial de Vulva o VIN

Existe un incremento en la incidencia en las últimas décadas especialmente en mujeres jóvenes (aumento de 1,1 a 2,1 por 100.000 mujeres por año).

Clasificación

- **VIN indiferenciado o relacionado al VPH:** se relaciona a la infección viral VPH, es frecuente en mujeres jóvenes y fumadoras. Frecuentemente multifocal y multicéntrico, suele asociarse a otras neoplasias intraepiteliales del Tracto Genital Inferior.
- **VIN diferenciado:** se encuentra asociado a los trastornos epiteliales no neoplásicos (Liquen escleroso y/o Hiperplasia epitelial), pero con mayor tendencia a cáncer. No relacionados con VPH. Frecuente en mujeres mayores, suele ser unifocal y unicéntrico.

	VIN indiferenciado	VIN diferenciado
Etiología	VPH	Liquen Escleroso/ Hiperplasia Epitelial
Edad	Joven	Mujer menopáusica
Características	Pigmentado Multifocal Multicéntrico	Blanco Borde sobre elevado Unifocal Unicéntrico
Progresión al carcinoma	Muy Baja	Alta
Frecuencia	Frecuente	Rara

Síntomas

En el 50 % de los casos se presenta alguna sintomatología, siendo el prurito uno de los más frecuentes, seguido de ardor, dispareunia, edema vulvar.

En el resto de los casos las pacientes son asintomáticas y las lesiones se descubren de forma gratuita, durante el examen ginecológico.

Es muy importante la completa exploración de la vulva durante un examen ginecológico de rutina.

Diagnóstico

Es frecuente la asociación del VIN con otras neoplasias del tracto genital inferior.

- Inspección visual directa.
- Vulvoscopia.
- Biopsia: en lesiones multifocales y polimórficas se deben realizar varias tomas.

Indicaciones de biopsia en lesiones de vulva

- Duda diagnóstica.
- Lesiones pigmentadas.
- Lesiones ulceradas.
- Lesiones que no responden al tratamiento médico.
- Lesiones atípicas.

- Lesiones en mujeres mayores de 55 años.
- En pacientes inmunosuprimidas.

Tratamiento

Debe ser realizado en Centros de Referencia de tratamiento de lesiones precursoras. Las opciones terapéuticas son:

- **Tratamientos quirúrgicos**
 - Resección local amplia, vía clásica.
 - Resección con LEEP.
- **Tratamiento Citodestructivo**
 - Inmuno-moduladores: Imiquimod crema al 7.5%.
 - Electro cauterización y aplicación de Ácido Tricloroacético (80 a 90%).
 - Vaporización con láser.
- **Combinación de técnicas anteriores**

Seguimiento

Deben realizarse controles semestrales por el resto de la vida en mujeres con VIN III (Lesión de alto grado de la vulva).

■ Neoplasia intraepitelial Anal - AIN

En la actualidad es evidente que las lesiones intraepiteliales del ano comparten similitudes patológicas con el cáncer de cuello uterino, vagina y vulva.

El ano presenta una zona de mucosa transicional activa, vulnerable a la infección por VPH. La metaplasia escamosa que ocurre sobre la línea pectínea, representa la transformación del epitelio columnar, totalmente desarrollado hacia el epitelio escamoso, relativamente inmaduro. Una vez que el virus traspasa una grieta en la barrera epitelial, el ADN viral puede acceder al núcleo celular. Si la cepa de alto riesgo tiene acceso a los tejidos puede permanecer y diseminarse, persistiendo por décadas, con incremento al riesgo de cáncer escamoso.

El VPH es responsable de los condilomas anales, AIN y cáncer anal escamoso. El 96% de los VPH son dados por los tipos 16 y 18.

La incidencia y prevalencia exactas de la AIN no se conocen todavía. La mayoría de las pacientes no presentan síntomas y es común que al realizar un estudio anatomopatológico de las piezas resecadas en cirugía anal (hemorroides, condilomas anales y otros) se encuentre, en forma simultánea, una lesión de AIN.

Recomendaciones de terminología en lesión escamosa por VPH anal y peri anal: AIN y PAIN

En la actualidad es evidente que las lesiones intraepiteliales del ano comparten similitudes patológicas con el cáncer de cuello uterino, vagina y vulva.

El ano presenta una zona de mucosa transicional activa, vulnerable a la infección por VPH, al igual que el cuello uterino. La metaplasia escamosa que ocurre sobre la línea pectínea, representa la transformación del epitelio columnar totalmente desarrollado hacia el epitelio escamoso relativamente inmaduro.

El VPH es responsable de los condilomas anales, AIN y cáncer anal escamoso. (Subtipos 16 y 18 en el 96% de los casos).

La mayoría de las pacientes no presentan ningún síntoma y es común que al realizar un estudio anatomopatológico de las piezas resecadas en cirugía anal (hemorroides, condilomas anales y otros) se encuentre, en forma simultánea, la lesión de AIN.

Los factores de riesgo para el desarrollo de AIN de alto grado (AIN II y AIN III) son: inmunosupresión, ser HIV positivo/a, bajo recuento de CD4, personas trasplantadas u otras enfermedades sistémicas, coito anal receptivo, citología anormal de Papanicolaou, infección persistente por VPH, múltiples tipos de infección (condilomatosis genital, herpes genital, gonocócica y tabaquismo).

La relación CIN - AIN:

- 22% de las mujeres con LIE de bajo grado tienen AIN de bajo grado.
- 55% de las Mujeres con LIE de alto grado tienen AIN de alto grado.

Por este motivo, se recomienda orientar sobre tamizaje (citología anal) para lesiones anales en mujeres con LIE AG.

- Se clasifica en función del tercio del epitelio que está displásico desde la membrana basal:
- Lesión intraepitelial escamosa de bajo grado: es auto-limitada.
- Lesión intraepitelial escamosa de alto grado: tiene potencial de progresión a cáncer invasor.
- Para diagnóstico y tratamiento derivar a especialista.

Anexos

Cambios reactivos o reparativos- metaplasia

Cuando una causa circunstancial o ya reiterada ha favorecido el desprendimiento del epitelio cilíndrico endocervical o ectocervical periorificial (ectopias) o del mismo epitelio pavimentoso ectocervical (erosión), la sustitución epitelial natural es el siguiente paso obligado.

Si el epitelio se halla recubierto por el tipo cilíndrico, la sustitución y transformación se hace a partir de las células sub cilíndricas o de reserva y se llama METAPLASIA ESCAMOSA INDIRECTA. Si el epitelio es ectocervical pavimentoso, la sustitución se hace a partir de las células de la capa generatriz y de sus bordes sanos, en forma de deslizamientos centrípetos hacia el orificio externo, en forma de pequeñas prolongaciones como yemas, tratando de recubrir la zona sin epitelio. Algunos llaman a este último, proceso de reparación, revitalización o mal llamada metaplasia directa.

En resumen, es METAPLASIA ESCAMOSA INDIRECTA si proviene de una regeneración, a partir de células de reserva del epitelio cilíndrico lesionado, y METAPLASIA ESCAMOSA DIRECTA cuando proviene de una reparación o sustitución a partir de las células basales o germinativas, dando lugar a un nuevo tejido pavimentoso.

Tanto la reparación como la regeneración aparecen luego de la pérdida del epitelio en procesos diversos, tales como inflamatorios, traumatismos, biopsias, falta de adaptación del epitelio cilíndrico ectópico al medio vaginal, posterior a una electrocoagulación o crioterapia, cicatriz vaginal de histerectomía y hasta secuelas de un tratamiento ionizado.

Estas zonas de regeneración preferentemente, así como la reparación, son las zonas de transformación normal colposcópica. Esta zona tiene importancia capital, porque son las áreas donde se encuentran metaplasia escamosa inmadura y madura, ya sea fisiológica, normal o anormal.

La metaplasia, en su fase inicial, es el momento crítico del futuro desarrollo de las lesiones precursoras del cáncer de cuello uterino.

Tipos de VPH

Los virus de papiloma humano se dividen en dos grandes grupos, dependiendo del riesgo que tienen de provocar lesiones cancerígenas: alto y bajo riesgo.

Se denomina factor de riesgo a aquel factor asociado con el riesgo de desarrollo de una enfermedad. No obstante, usualmente es necesario la presencia de otros factores asociados para causar la enfermedad (en el caso del VPH otros factores son: conducta sexual, mala nutrición, tabaquismo, inmunodepresión, etc.).

VIRUS DE BAJO RIESGO

Virus de papiloma humano de bajo riesgo se les llama a aquellos, cuyo riesgo de provocar cáncer es bajo y son el VPH 6, 11, 40, 42, 53, 54 y 57. Están en este grupo los VPH que provocan verrugas genitales o condilomas acuminados.

Los tipos de VPH de bajo riesgo pueden causar cambios leves en el cuello del útero de una mujer que no conducen al cáncer, no son perjudiciales y pueden desaparecer con el tiempo.

VIRUS DE ALTO RIESGO

Los virus de papiloma humano de alto riesgo son los que se encuentran con mayor frecuencia asociados en los casos de cáncer de cuello uterino e incluyen el VPH 16, 18, 31, 35, 39, 45, 51, 52, 56 y 58. La evidencia científica demuestra que sobre todo los VPH 16 y el 18 son responsables de la mayoría de los casos de cáncer de cuello uterino.

Centros de referencia

Centros de diagnóstico (colposcopia y biopsia)

Centro de Salud N° 3 “Domingo Savio”, Asunción
Colón c/ Humaitá. Tel. (021) 493 996

Hospital Materno Infantil Santísima Trinidad, Asunción
Stma. Trinidad esq. Itapúa. Tel. (021) 299 230
Hospital General Barrio Obrero, Asunción
Yegros c/ 11 proyectadas. Tel. (021) 372989. Interno: 140 / 144

Centro de Salud N° 7 “Barrio Fátima”, Asunción
Brasilia 1612 c/ Tte. Bareiro. Tel (021) 290 520

Centro de Salud N° 8 “Barrio Sajonia”, Asunción
Díaz de Guzmán y Orihuela. Tel (021) 420 391

Centro de Salud N° 9 “Barrio Bernardino Caballero”, Asunción
Herminio Giménez c/Capitán Rivarola. Tel. (021) 204 675

Centro de Salud N° 11 “Barrio Republicano”, Asunción
30 Proyectadas y Gral. Aquino. Tel. (021) 200 116

Centro de Salud N° 12 “Dr. Valério Fernández”, Asunción
Aviadores del Chaco c/ Overava. Tel. (021) 664 948

Centro de Salud Alfonso Godoy
Progreso c/ Tte. Rojas Silva, Fernando de la Mora. Tel. (021) 507 775

Hospital Distrital de Lambaré
Nanawa c/ 12 de Junio. Barrio Kennedy. Tel. (021) 905 232

Hospital Distrital de Mariano Roque Alonso
Boquerón esq. Cañada Tarija. Tel. (021) 750 407

Hospital Materno Infantil Fernando de la Mora
1ª Junta Municipal y Cabo Talavera. Tel. (021) 500 003/506 871

Hospital Materno Infantil de Capiatá

Mcal. Estigarribia c/ Andrés Barbero. Km 19 y medio, Ruta 2.

Tel: (0228) 634 (0228) 634 080

Hospital Materno Infantil San Lorenzo (Calle´i)

Cabriel Pellón c/ Fortín Arce. Tel. (021) 573 537

Hospital Distrital de Ñemby

Ytororó c/ Defensores del Chaco .Tel. (021) 960 502/961 745

Hospital Distrital de Villa Elisa

Álamos y los Nogales. Tel. (021) 944 118/941 863

Hospital Regional de Coronel Oviedo

Eugenio Garay c/Héctor Roque Duarte. Tel. (0521) 202 167

Centros de tratamiento

Clínica de Tumores “María y Josefa Barbero”, Asunción

Andrés Barbero y Manuel Gondra. Tel: (021) 204 992

Hospital Materno Infantil Santísima Trinidad, Asunción

Stma. Trinidad esq. Itapuá. Tel. (021) 299 230

Hospital Materno Infantil “San Pablo”, Asunción

Avda. de la Victoria c/ Incas. Tel. (021) 522 148

Hospital Distrital de Lambaré

Nanawa c/12 de Junio. Barrio Kennedy. Tel. (021) 905 232

Hospital Distrital de Mariano Roque Alonso

Boquerón esq. Cañada Tarija. (021) 750 407

Hospital Regional de Luque

Independencia Nacional y Campos Cervera. Tel. (021) 650 345

Hospital Materno Infantil San Lorenzo (Calle´i)

Gabriel Pellón c/Fortín Arce. Tel. (021) 573 537

Hospital Nacional de Itauguá

Ruta Gral. Marcial Samaniego, Km 6.

Tel. (02943) 21 450/3 - 321 460 - 321 616 - 321 603

Instituto Nacional del Cáncer, Areguá

Ruta 2 Mcal. Estigarribia, Km 23 ½, ramal Areguá. Tel. (02286) 32899

Hospital Regional de Encarnación

Jorge Memmel c/ Independencia Nacional. Tel. (071) 203 076

Hospital Distrital Minga Guazú

Gral. Bernardino Caballero e/ Mcal. Estigarribia y Don Bosco. Tel. (0644) 2021

Hospital Regional de Coronel Oviedo

Eugenio Garay Héctor Roque Duarte. Tel. (0521) 202 167

Hospital Regional de Villa Hayes

Laudo Hayes y Carlos Antonio López. Tel. (0226) 26 22 55

SISTEMA BETHESDA

Calidad del espécimen

- Satisfactorio para evaluación: (describir presencia o ausencia del componente endocervical o de la zona de transformación, y cualquier otro indicador de calidad; por ejemplo: parcialmente cubierto de sangre, inflamación, etc.).
- Insatisfactorio para evaluación:
 - Especimen rechazado- no procesado (especificar razón).
 - Especimen procesado y examinado, insatisfactorio para evaluación de anormalidades en células epiteliales por (especificar razón).

Categorización general (opcional)

- Negativo para lesión intraepitelial o malignidad.
- Anormalidades en células epiteliales (ver interpretación/ resultado).
- Otros.

Interpretación / Resultado

Negativo para lesión intraepitelial o malignidad (Cuando no hay evidencias celulares de neoplasia, citar en esta sección del informe, existan o no, evidencias de microorganismos o de otros hallazgos no neoplásicos).

Elementos celulares normales

- Células escamosas
- Células endocervicales
- Células endometriales
- Células del segmento inferior del útero

- Cambios celulares no neoplásicos
 - Metaplasia escamosa
 - Cambios queratocíticos
 - Metaplasia tubaria
 - Atrofia
 - Cambios asociados al embarazo

- Cambios celulares reactivos asociados a:
 - Inflamación (incluida reparación típica)
 - Cervicitis linfocítica (folicular)
 - Radiación
 - Dispositivo Intrauterino (DIU)
- Células glandulares post histerectomía

Organismos

- Trichomonas vaginalis
- Hongos, compatibles con Cándida spp
- Cambios en la flora compatibles con Vaginosis bacteriana
- Bacterias morfológicamente compatibles con Actinomyces spp
- Cambios celulares compatibles con Herpes Virus Simple
- Cambios celulares compatibles con Citomegalovirus

Otros

- Células endometriales presentes en una mujer de ≥ 45 años. (Especificar si es negativo para lesión escamosa intraepitelial)

Anormalidades en células epiteliales

Células escamosas

- Células escamosas atípicas (ASC)
 - Células escamosas atípicas- significado indeterminado (ASC-US)
 - Células escamosas atípicas- No es posible descartar LIE de Alto Grado (ASC-H)
- Lesión escamosa intraepitelial
 - LIE de Bajo Grado
 - LIE de Alto Grado
 - Con sospecha de invasión (si existe la sospecha)
- Carcinoma de células escamosas

En células glandulares

- Células glandulares atípicas (AGC) (especificar si son endocervicales, endometriales o no determinadas)
- Células glandulares atípicas- probable neoplasia (especificar si son endocervicales, endometriales o no determinadas)

- Adenocarcinoma in situ
- Adenocarcinoma invasor
- Otros

Otras neoplasias

Terminología colposcópica del cuello uterino IFCPC 2011

Sección		Terminología a ser utilizada	
Evaluación General		Adecuada o Inadecuada a causa de: cuello uterino no claro por inflamación, sangrado, cicatriz, atrofia severa, zona de transformación no visible).	
		Visibilidad de la unión escamocolumnar: visible, parcialmente visible o no visible.	
		Tipos de zona de transformación: 1, 2 o 3.	
Hallazgos colposcópicos normales		Epitelio escamoso original: maduro o atrófico.	
		Epitelio columna: ectopia.	
		Epitelio escamoso metaplásico: quistes de Naboth, aberturas glandulares y/o criptas glandulares.	
		Deciduosidad en el embarazo.	
Hallazgos colposcópicos anormales	Principios generales	Ubicación de la lesión: dentro o fuera de la zona de transformación, ubicación de la lesión según las agujas del reloj. Tamaño de la lesión: número de cuadrantes del cuello uterino que cubre la lesión, tamaño de la lesión en porcentajes del cuello uterino.	
	Grado 1 (Menor)	Epitelio acetoblanco delgado. Borde irregular.	Mosaico fino, Puntillado fino.
	Grado 2 (Mayor)	Epitelio acetoblanco denso. Aparición rápida de epitelio acetoblanco. Orificios glandulares abiertos con bordes engrosados.	Mosaico grueso, Puntillado grueso. Bordes delimitados, Signo del límite del borde interno. Signo de cresta o sobre-elevado.
	No específicos	Leucoplasia (queratosis, hiperqueratosis), Erosión Solución de Lugol (Test de Schiller): positivo/negativo.	
Sospecha de invasión		Vasos atípicos Signos adicionales: vasos delgados, superficie irregular, lesión exofítica, necrosis, ulceración (necrótica), tumoración nodular.	
Hallazgos varios		Zona de transformación congénita Condiloma Pólipo (exocervical /endocervical) Inflamación Estenosis Anomalía congénita Anomalías post tratamiento Endometriosis	

Terminología colposcópica del cuello uterino – apéndice de IFCPC 2011

Tipos de tratamiento de escisión	Tipo de escisión 1, 2, 3.
Medidas de la muestra de escisión	Largo – distancia del margen distal/externo al margen proximal/interno.
	Grosor – distancia del margen estromal a la superficie de la muestra extirpada.
	Circunferencia (Opcional)- el perímetro de la muestra extirpada.

Terminología colposcópica/clínica de la vagina de IFCPC 2011

Evaluación General	Adecuada o Inadecuada a causa de: por inflamación, sangrado, cicatriz.	
	Zona de transformación	
Hallazgos colposcópicos normales	Epitelio escamoso	Maduro
		Atrófico
Hallazgos colposcópicos anormales	Principios generales	Tercio superior/dos tercios inferiores. Anterior/ posterior/ lateral (derecho o izquierdo).
	Grado 1 (Menor)	Epitelio acetoblanco delgado Mosaico fino Puntillado fino
	Grado 2 (Mayor)	Epitelio acetoblanco denso Mosaico grueso Puntillado grueso
	No específicos	Epitelio columnar (adenosis). Teñido de la lesión con solución de Lugol (Test de Schiller): Positivo/negativo, Leucoplasia.
	Sospecha de Invasión	Vasos atípicos Signos adicionales: vasos delgados, superficie irregular, lesión exofítica, necrosis, ulceración (necrótica), tumoración nodular.
Hallazgos varios	Erosión (traumática) Condiloma Pólipo Quiste Endometriosis, Inflamación Estenosis vaginal Zona de transformación congénita	

Borstein J, Bentley J, Bosze P, Girardi F, Haefner H, Menton M, Perrotta M, Prendiville W, Russell P, Sideri M, Strander B, Torne A, Walker P. 2001 Colposcopic Terminology of the International Federation For Cervical Pathology and Colposcopy. Obstet. Gynecol. 2012; 120 (1): 166-72.

Terminología colposcópica de la Vulva (incluido el ano) de IFCPC 2011

Sección	Patrón		
Definiciones básicas	Estructuras varias: Uretra, aberturas conductos Skene, prepucio, frenillo, pubis, labio mayor, labio menor, surco interlabial, vestíbulo, aberturas glándulas vestibulares, aberturas, glándulas Bartholino, comisura posterior, perineo, ano, unión escamocolumnar anal (línea dentada). Composición: Epitelio escamoso; con vello, sin vello, mucosa.		
Hallazgos normales	Micropapilomatosis Glándulas sebáceas (Puntos de Fordyce) Enrojecimiento vestibular		
Hallazgos anormales	Principios generales: tamaño en centímetros, localización.		
	Tipo de lesión - Mácula - Parche - Pápula - Placa - Nódulo - Quiste - Vesícula - Bulla - Pústula	Color de lesión - Color piel (pigmentada) - Roja - Blanca - Oscura-negra	Morfología secundaria Eczema Liquenificación Excoriación Púrpura Cicatricial Ulcerada Erosión Fisura Verrucosa
Hallazgos misceláneos	- Trauma - Malformación		
Sospecha de malignidad	Gran neoplasia, ulceración, necrosis, sangrado, lesión exofítica, hiperqueratosis con o sin alteración coloración blanca, gris, roja o parda.		
Hallazgos anormales colposcópicos o por otro medio de magnificación	Epitelio acetoblanco, punteado, vasos atípicos, irregularidades en superficie. Unión anal escamocolumnar anormal (respecto localización línea dentada)		

Donostia Oncology Vol. 1, Núm. 1 -Mayo 2014- pp. 27-46 <http://domaldizkaria.org>

Definición de Tipos de Lesiones Primarias	
Término	Definición
Mácula	Pequeña (1,5 cm) área de cambio de color; no elevación no palpable
Pápula	Pequeña (1,5 cm) lesión elevada, palpable y plana
Nódulo	Una pápula amplia (>1,5 cm), a menudo hemisférica o mal delimitada; puede estar en superficie, dentro o debajo de la piel; los nódulos pueden ser quísticos o sólidos
Vesícula	Pequeña (0,5 cm) ampolla llena de líquido; el líquido es claro
Pústula	Ampolla llena de pus; el líquido es blanco o amarillo

Definición de Presentaciones Morfológicas Secundarias	
Término	Definición
Eczema	Grupo de enfermedades inflamatorias que se caracterizan, clínicamente, por la presencia de pruriginosas y placas rojas mal definidas, con menor evidencia de microvesiculación y/o, más frecuentemente, disrupción subsecuente de su superficie.
Liquenificación	Engrosamiento del tejido y aumento de los márgenes de la piel. Puede existir o no niveles detectables. Puede ser rojo brillante, rojo sucio, blanco o pigmentado.
Excoriación	Ruptura superficial resultado del ciclo picor-rascado
Erosión	Defecto superficial de la piel, ausencia parcial o total de la epidermis a la membrana basal, la dermis está intacta.
Fisura	Una delgada erosión linear de la superficie de la piel.
Úlcera	Defecto más profundo, ausencia de epidermis y parte o toda la dermis.

Donostia Oncology Vol. 1, Núm. 1 -Mayo 2014- pp. 27-46 <http://domaldizkaria.org>



TESAÏHATEKO
PORAVE
MOTENONDEHA
MINISTERIO DE
SALUD PÚBLICA
Y BIENESTAR SOCIAL



SOLICITUD DE ESTUDIO CITOLÓGICO

Uso Exclusivo del laboratorio

Fecha y Sello de Recepción
del Laboratorio

Nº

FAVOR INCLUIR TODOS LOS DATOS SOLICITADOS EN ESTA SOLICITUD DE PEDIDO. LA AUSENCIA O DIFERENCIA
DE LOS DATOS REFERIDOS PUEDE DIFICULTAR O AUN IMPEDIR LA REALIZACIÓN DE UN DIAGNÓSTICO CITOLÓGICO

Nombres y Apellidos

Fecha de Nacimiento

Edad

C.I. Nº

Dirección

Celular

Centro de Toma
de Material

P.S.

C.S.

H.R.

REG

SAN

Fecha de Toma de Material

dia mes año

Etnia

Antecedentes gineco-obstétricos:

Menarca:

Ritmo menstrual:

FUM:

Número de Embarazos: ____ Parto normal: ____ Cesáreas: ____ Abortos: ____

Método anticonceptivo actual:

Orales

Inyectable

DIU T de Cobre

OTB

Preservativos

DIU con levonorgestrel

Implante

Parche

Terapia de reposición hormonal:

Vacuna contra VPH:

Resultado de PAP anterior:

Fecha:

Tratamientos anteriores:

LEEP:

Crioterapia:

Electro-fulguración:

Histerectomía total:

Subtotal:

Radioterapia:

Quimioterapia:

Fecha de realización de tratamiento:

Examen directo del cuello uterino:

Tamaño normal

Hipertrófico

Atrófico

Muñón vaginal

Muñón cervical

Leucorrea

Congestión

Pólipos

Prolapso

Hilo de DIU

Tumor

Condilomas:

Otros:

Informe del Laboratorio de Citopatología

Código:

Calidad del extendido:

Categorización Diagnóstica:

Término Diagnóstico:

Recomendaciones:

Fecha de Lectura del Extendido:

Fecha de emisión del informe:

Responsable de la Lectura:

Firma del responsable:



TESÁHATEKO
PORÁVE
MOTENONDEHA
MINISTERIO DE
SALUD PÚBLICA
Y BIENESTAR SOCIAL



INFORME DE COLPOSCOPIA IFCPC 2011

Uso Exclusivo del laboratorio

Fecha y Sello de Recepción
del Laboratorio

Nº

FAVOR INCLUIR TODOS LOS DATOS SOLICITADOS EN ESTA SOLICITUD DE PEDIDO. LA AUSENCIA O DIFERENCIA
DE LOS DATOS REFERIDOS PUEDE DIFICULTAR O AUN IMPEDIR LA REALIZACIÓN DE UN DIAGNOSTICO CITOLÓGICO

Nombres y Apellidos																							
Fecha de Nacimiento					Edad			C.I. Nº															
Dirección											Celular												
Centro de Toma de Material											P.S.	☐	C.S.	☐	H.R.	☐	REG SAN						
Fecha																	Etnia						
	día		mes		año																		

Antecedentes gineco-obstétricos:

Menarca: _____ Ritmo menstrual: _____ FUM: _____
Número de Embarazos: _____ Parto normal: _____ Cesáreas: _____ Abortos: _____
Método anticonceptivo actual:
Orales ☐ Inyectable ☐ DIU T de Cobre ☐ OTB ☐ Preservativos ☐
DIU con levonorgestrel ☐ Implante ☐ Parche ☐
Terapia de reposición hormonal: ☐ Vacuna contra VPH: ☐
Resultado de PAP anterior: _____ Fecha: _____

I – EVALUACION GENERAL

A- Adecuada

Inadecuada: Inflamación, Sangrado, Cicatriz,

Atrofia Severa, Zona de Transformación No visible

B – VISIBILIDAD DE LA UNIÓN ESCAMOCOLUMNAR:

Visible, Parcialmente Visible o No Visible

C – Tipo de Zona de Transformación: 1, 2 O 3

II – COLPOSCOPICOS NORMALES:

1 – EPITELIO ESCAMOSO ORIGINAL: Maduro o Atrófico

2 – EPITELIO COLUMNAR: Ectopia

3 – EPITELIO ESCAMOSO METAPLASICO: Quistes de Naboth, orificios y/o criptas glandulares

4 – DECIDUOSIS EN EL EMBARAZO

III – HALLAZGOS COLPOSCOPICOS ANORMALES:

GRADO 1 (MENOR): Epitelio acetoblanco tenue, bordes irregulares, mosaico fino, puntillado fino.

GRADO 2 (MAYOR): Epitelio acetoblanco denso, mosaico grueso, puntillado grueso, bordes delimitados, signo del límite del borde interno, signo de cresta o sobreelevado, orificios glandulares abiertos con bordes engrosados.

NO ESPECIFICOS: Leucoplasia (Queratosis, Hiperqueratosis), erosión, solución de lugol
(Test de Schiller): Positivo / Negativo

IV – SOSPECHA DE INVASION: Vasos atípicos, otros: vasos delgados, superficie irregular, lesión exofítica, necrosis, ulceración, tumoración.

V – HALLAZGOS VARIOS:

Zona de transformación congénita

Condiloma

Pólipo

Inflamación

Estenosis

Anomalia Congenita

Anomalia post Tratamiento

Endometriosis

Examen de Vagina y vulva:

FIRMA DEL MEDICO



CONSENTIMIENTO PARA ELECTROCIRUGÍA

Nombre del paciente: _____ Edad: _____ C. I.: _____

Declaro que el Dr/a _____, me ha explicado que es conveniente realizar un tratamiento quirúrgico ambulatorio, ya que soy portadora de una lesión precancerosa en el cuello uterino o área anogenital (vulva, vagina, ano o periné), asociada al virus del papiloma humano (VPH), usando equipo electroquirúrgico de alta frecuencia (Asa de LEEP), bajo anestesia local en las zonas requeridas, cuya finalidad puede ser diagnóstica y/o terapéutica.

Complicaciones y/o riesgos: en algunas situaciones pudieran surgir hemorragias, infección, estenosis del canal cervical, quemaduras accidentales de la pared vaginal, extirpación incompleta de la lesión que podrían requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos, los cuales el plantel médico está capacitado para realizarlos.

Cuidados: me explicó las precauciones y el tratamiento que, en su caso, he de seguir tras la intervención y que me comprometo a cumplir.

Anatomía Patológica: en caso de existir pieza o piezas extirpadas en la intervención se someterán a estudio anatomopatológico posterior, para su diagnóstico definitivo.

Por mi parte, manifiesto no conocerme alérgica al yodo, xilocaína, lidocaína o mepivacaína.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido, me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

Asimismo, se me informó que en cualquier momento previo a la realización del procedimiento puedo revocar este consentimiento para lo cual deberé solicitar el documento correspondiente.

Por ello, manifiesto que estoy conforme con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del procedimiento.

CONSIENTO que se me realice el tratamiento quirúrgico ambulatorio.

Paciente: _____ CI _____

Fecha: ____ / ____ / ____ Firma _____

En los casos de menores de edad o pacientes con incapacidad de entendimiento:

Nombre familiar o representante: _____

CI _____ Grado de parentesco: _____

Firma familiar o representante: _____

Nombre del Médico: _____

Firma del Médico: _____

Descontaminación, limpieza, desinfección de alto grado y esterilización de los instrumentos empleados en el diagnóstico y tratamiento de la neoplasia cervical¹²

La ejecución estricta de los procedimientos detallados a seguir es útil para garantizar la calidad de la utilización segura de los instrumentos reutilizables.

Los pasos básicos previos a la reutilización de los instrumentos empleados para los procedimientos clínicos y quirúrgicos son tres:

- la descontaminación,
- la limpieza y
- la esterilización/HLD.

Clasificación de Spaulding del instrumental médico (modificada)

De acuerdo con el modo en que se lo emplea, Spaulding categorizó el instrumental médico como “crítico”, “semicrítico” y “no crítico”, que es útil como guía para el procesamiento necesario previo a la reutilización.

Clasificación de Spaulding del Instrumental Médico y Guía para procesar instrumentales y materiales utilizados en tamizaje y tratamiento de lesiones precursoras del tracto genital inferior				
Clase	Instrumental/material	Uso	Procesamiento	Procedimiento sugerido
Crítico C	Espéculo vaginal, retractores vaginales, pinzas de biopsia, curetas, porta agujas, pinza erina, pinza mosquito, otras pinzas utilizadas.	Se introduce en sitio corporal estéril o en el sistema vascular.	Descontaminación, limpieza y esterilización.	Autoclavado, esterilización con estufa o desinfección con agua hirviendo.
	Guantes			Autoclavado en paquetes envueltos individuales.

¹² Adaptado del Capítulo 14 de “La colposcopia y el tratamiento de la neoplasia intraepitelial cervical: Manual para principiantes”, J.W. Sellors & R. Sankaranarayanan.

Semicrítico SC	Criosondas	Entra en contacto con mucosa intacta o piel ni íntegra.	Descontaminación, limpieza y desinfección de alto grado (HLD).	Desinfección con cloro al 0.1% o glutaraldehído al 2% o peróxido de hidrógeno al 6%.
No crítico, NC	Cabeza de colposcopio, equipo de posición de la LEEP, crioaplicador y regulador, balón de gas refrigerante, camilla ginecológica, mesa de instrumental, lámpara halógena, linternas, aviscopio, lente manual.	Entra en contacto con piel sana.	Descontaminación, limpieza y desinfección de grado intermedio o bajo.	Limpieza con alcohol etílico o isopropílico al 60-90%.

Descontaminación

La descontaminación comprende una serie de pasos para hacer inocuo el manejo de un instrumento o dispositivo médico, al reducir su contaminación con microorganismos u otras sustancias nocivas, particularmente los virus como el de la Hepatitis B y el VIH, antes de la manipulación para la limpieza y esterilización. El procesamiento adicional es necesario para asegurar que el objeto se limpie y luego se esterilice.

Método de descontaminación

Inmediatamente después del uso, colóquese el instrumental y los demás elementos, como guantes, en un balde plástico grande, limpio, con solución de cloro al 0.5% durante 10 minutos. La solución clorada al 0.5% puede prepararse agregando una parte de lejía doméstica concentrada (solución de hipoclorito de sodio, con 5% de cloro) a nueve partes de agua.

La fórmula general para hacer una solución diluida, a partir de un preparado comercial de cualquier concentración dada es la siguiente: partes de agua totales = [% concentrado/% diluido] - 1. Por ejemplo, para hacer una solución de cloro diluida al 0.5% a partir de la lejía doméstica líquida concentrada al 5% = $[5.0\%/0.5\%] - 1 = 10 - 1 = 9$ partes de agua; en consecuencia, agréguese una parte de lejía concentrada a nueve partes de agua.

Si se está usando el cloro en polvo seco del comercio, empléese la siguiente fórmula para calcular la cantidad (en gramos) del polvo seco requerido para hacer la solución de cloro al 0.5%: gramos/litro = [% diluido/% concentrado] x 1.000.

Por ejemplo, para hacer una solución de cloro diluido al 0,5% a partir de polvo seco de hipoclorito de calcio al 35% = $[0.5\%/35\%] \times 1.000 = 14.2$ g. Por lo tanto, agréguese 14.2 g de polvo seco a 1 litro de agua o 142 g a 10 litros de agua.

Los instrumentos no deben quedar en la lejía diluida durante más de 10 minutos y deben limpiarse en agua hervida, inmediatamente después de la descontaminación, para prevenir la decoloración y la corrosión del metal.

Limpieza

La limpieza manual enérgica con agua corriente y jabón líquido o detergente elimina el material biológico, como sangre, humores orgánicos y residuos tisulares. Los instrumentos deben limpiarse cuanto antes, después del uso. Si se deja material biológico, este puede actuar como un medio de cultivo para los microorganismos residuales, protegiéndolos de los efectos de la desinfección y la esterilización.

Método de limpieza

Se debe realizar la limpieza manual minuciosa de los instrumentos con agua, detergente y con cepillo para eliminar todo el material orgánico, después de la descontaminación en la solución clorada al 0,5% durante 10 minutos, utilizando guantes de látex, antes de la esterilización o la HLD. Quienes efectúan la limpieza, además de los guantes, deben emplear lentes o gafas para proteger los ojos del agua contaminada.

Los instrumentos deben limpiarse cuanto antes después del uso, para que ningún material orgánico se deshidrate y adhiera a los instrumentos, proporcionando un santuario a los microbios.

Debe prestarse especial atención a los instrumentos con dientes (por ejemplo, sacabocados de biopsia), articulaciones y tornillos (por ejemplo, espéculos vaginales), a los cuales puede adherirse material biológico. Después de la limpieza, los instrumentos deben enjuagarse a fondo con agua hervida para extraer los residuos detergentes.

Esterilización o desinfección de alto grado (HLD)

La esterilización se define como el proceso de destruir todos los microorganismos, mediante la exposición a agentes físicos o químicos. Este proceso elimina todas las formas de vida microbiana, incluidas las esporas bacterianas. En la práctica, se considera lograda la esterilidad si la sobrevivencia probable de un microorganismo es menor de uno en un millón. El proceso de esterilización es fundamental para reutilizar inocuamente los instrumentos en la atención clínica.

Cuando no se dispone del equipo de esterilización, o no puede esterilizarse el instrumento, se usa la HLD. La desinfección implica que la carga microbiana de un instrumento se reduce,

pero no se elimina enteramente. El grado de esta reducción depende del proceso de desinfección empleado y la resistencia de las formas microbianas presentes. En la práctica, sin embargo, la HLD destruye todas las formas de vida microbiana, excepto las esporas bacterianas.

Métodos de esterilización

Todos los instrumentos que se consideran “críticos” (ver tabla a continuación) requieren esterilización antes de su reemplazo. Aquí, se describen dos métodos de esterilización:

a) La esterilización por vapor saturado a alta presión

La esterilización por vapor saturado a alta presión mediante autoclaves se recomienda para la esterilización. Los instrumentos descubiertos deben exponerse durante 20 minutos a temperaturas de 121-132°C a una presión de 106 kPa (1,05 Kg/cm²).

Se deben seguir las recomendaciones del fabricante, dado que las presiones adecuadas pueden variar levemente, según la marca de la autoclave.

Los paquetes pequeños de instrumentos envueltos deben ser expuestos durante 30 minutos. El material empleado como envoltorio debe ser suficientemente poroso para que lo atraviese el vapor. Los instrumentos estériles envueltos tienen un período máximo de almacenamiento de hasta siete días, si se conservan secos e intactos. Una vez abiertos, deben colocarse en un envase estéril.

b) La esterilización química

La esterilización química por sumersión en glutaraldehído al 2-4% por 8-10 horas o en formol al 8%, durante 24 horas es una alternativa a la esterilización mediante vapor. Esto requiere manipulación especial con guantes y, los instrumentos así esterilizados deben enjuagarse con agua estéril antes del uso, pues estos productos químicos dejan residuos en los instrumentos.

El glutaraldehído es muy costoso y el formol es más irritante para la piel, el pulmón y los ojos. La esterilización por vapor se prefiere a la esterilización química.

Métodos de desinfección de alto grado (HLD)

- Hervir en un recipiente limpio al menos por 20 minutos, después de iniciado el hervor, los instrumentales descontaminados y lavados previamente. El agua del recipiente debe cambiarse diariamente. El recipiente debe lavarse y mantenerse seco todos los días.
- Alternativamente, la HLD puede obtenerse al sumergir los instrumentales descontaminados y lavados en una de las siguientes soluciones durante 20 o 30 minutos:

- Solución de cloro al 0.1%: si se emplea agua hervida para hacer la solución, se puede usar cloro al 0.1% para la HLD. Si no, se debe emplear la solución al 0.5%. El tiempo de contacto requerido es de 20 minutos. La solución es muy corrosiva para el acero inoxidable. Después de la desinfección, los instrumentos deben enjuagarse a fondo con agua hervida y luego ser secados al aire o con un paño estéril antes del uso. El periodo máximo de almacenamiento de la solución preparada es de una semana.
- Solución de peróxido de hidrógeno al 6%: puede prepararse mediante el agregado de una parte de una solución al 30% a cuatro partes de agua hervida; el tiempo de contacto es 30 minutos. Después de la desinfección, los instrumentos deben enjuagarse a fondo con agua hervida y, luego, ser secados al aire o con un paño estéril antes del uso. Sin embargo, esta solución dañará las superficies externas de las gomas y los plásticos y corroerá el cobre, el cinc y los instrumentos de latón después del uso prolongado.
- Glutaraldehído al 2%: debe prepararse según las instrucciones del fabricante; la solución activada al 2%, en un envase cubierto, tiene un período máximo de almacenamiento de dos semanas. El tiempo de contacto es 20 minutos. Como el glutaraldehído forma residuos en los instrumentos, que son tóxicos para los tejidos, los instrumentos deben enjuagarse a fondo con agua estéril y secarse con un paño estéril antes del uso.

Desinfección de grado intermedio

La desinfección de grado intermedio da lugar a la destrucción de *Mycobacterium tuberculosis*, las bacterias vegetativas, la mayoría de los virus (VIH, hepatitis B y virus de herpes simple) y la mayoría de los hongos (*Cándida*, *Aspergillus*), pero no destruye las esporas bacterianas.

La desinfección de bajo grado destruye la mayoría de las bacterias, algunos virus, algunos hongos, pero no *Mycobacterium tuberculosis* o las esporas bacterianas. El alcohol etílico o isopropílico al 60-90% o los yodóforos como el yodo povidona al 10% actúan como desinfectantes de grado intermedio o bajo.

El alcohol no deja residuos en los instrumentos, pero los yodóforos sí lo hacen, es por eso que no debe usarse yodopovidona jabón o solución.

Descontaminación de las superficies en el consultorio de tamizaje

Las mesas de procedimientos, los carritos, el equipo (colposcopio, equipo de criocirugía, generador electro-quirúrgico, evacuador de humo, lámpara halógena, etc.) del consultorio de tamizaje pueden contaminarse con humores orgánicos como secreciones vaginales, secreciones purulentas, sangre, etc. La mesa de procedimientos debe descontaminarse después de cada procedimiento, pero las otras superficies deben descontaminarse una vez al día, mediante una solución de cloro al 0.5%, alcohol etílico o isopropílico al 60-90% u otros desinfectantes químicos como los yodóforos. El piso del consultorio de tamizaje también debe descontaminarse diariamente.

Glosario

- Acetoblanco/a:** zona del epitelio cervical que adquiere un color blanquecino, tras la aplicación de ácido acético.
- Adenocarcinoma:** cáncer de características glandulares; puede ser -por ejemplo- un cáncer derivado del epitelio cilíndrico del conducto del cuello del útero.
- Anexos (uterinos):** tejidos y órganos situados al costado del útero; incluye las trompas de Falopio, los ovarios y los ligamientos.
- Cáncer cervicouterino microinvasor:** cáncer confinado estrictamente al cuello del útero, de 5 mm de profundidad y 7 mm de ancho como máximo; solamente se puede diagnosticar por microscopia.
- Carcinoma in situ (CIS):** estadio de cáncer pre-invasor que afecta todo el espesor de la capa de revestimiento –o epitelio– de un órgano (p. ej.: el cuello uterino), pero no penetra en la membrana basal.
- Células atípicas:** células observadas en la prueba de Papanicolaou que indican una anomalía; su presencia no es concluyente.
- Cepas de VPH oncogénicas (o «de alto riesgo»):** tipos de virus del papiloma humano (VPH) que pueden causar cáncer cervicouterino.
- Citología:** estudio de la estructura de las células al microscopio. Los resultados anómalos normalmente se confirman por biopsia.
- Citopatólogo, auxiliar de laboratorio de citología, citólogo:** personas con los conocimientos necesarios para examinar los frotis al microscopio y detectar la presencia o la ausencia de células anómalas.
- Cobertura:** proporción del total de las personas afectadas que acuden a un servicio dado en un determinado momento.
- Cofactor:** factor que contribuye al efecto, o que potencia el efecto, de un agente responsable de algún cambio; no suele ser activo por sí solo.
- Coilocitosis:** trastorno de ciertas células, caracterizado por la presencia de vacuolas alrededor del núcleo celular.
- Condiloma:** estructura similar a una verruga causada por tipos no oncogénicos («de bajo riesgo») del virus del papiloma humano (VPH); se observa asimismo en la sífilis crónica.
- Efectividad (o eficacia práctica):** capacidad del tratamiento para reducir una enfermedad perjudicial en la población afectada.
- Eficacia:** capacidad de un tratamiento dado para producir el efecto deseado.
- Eficiencia:** efectos o resultados logrados en relación con el esfuerzo dedicado (en dinero, recursos y tiempo).
- Eficiente (o «costo-eficaz»):** califica a la actividad o intervención que produce un efecto beneficioso suficiente en la enfermedad o el trastorno en relación con el costo de la misma (en dinero, equipo o tiempo).
- Especificidad:** proporción de personas no aquejadas de un trastorno que fueron adecuadamente identificadas por el ensayo («auténticos negativos»).
- Estadio pre sintomático:** primer estadio de una enfermedad, cuando los síntomas o los signos todavía no han aparecido.

Estudio piloto: ensayo de demostración que se lleva a cabo en una población reducida; generalmente, su finalidad es proporcionar información sobre el funcionamiento, pero no necesariamente sobre el resultado clínico (que debe estudiarse en una población mayor).

Fiabilidad o reproducibilidad: grado en que el tratamiento o el ensayo proporciona los mismos resultados cuando se repite muchas veces.

Fístula: comunicación anómala entre una víscera hueca y otra. En el cáncer cervicouterino, se pueden formar fístulas entre la vagina y el recto, ya sea como resultado de la extensión del cáncer o como una complicación tardía de la radioterapia.

Fulgarar: destruir tejidos mediante calor o corriente eléctrica. La fulguración se usa en la escisión electro-quirúrgica con asa (LEEP) para detener la hemorragia.

Fungoide (o exofítico): describe una pauta de crecimiento tumoral, irregular y protuberante.

Histopatología: estudio al microscopio de secciones finas de tejido teñido para determinar la presencia o la ausencia de enfermedad.

Inmunodepresión: menor capacidad del cuerpo para resistir el ataque de gérmenes y otros cuerpos extraños, como se observa en las personas infectadas por el VIH.

Lesión de alto grado: término utilizado en la clasificación de Bethesda para referirse a las anomalías del cuello uterino con gran probabilidad de progresión a cáncer si no se tratan. Incluye las lesiones intraepiteliales cervicales: CIN 2 y 3.

Lesión intraepitelial escamosa (LEI): pre cáncer o anomalía de las células escamosas del revestimiento del cuello uterino. La clasificación de Bethesda distingue entre las LEI de bajo grado (LEI-BG) y las LEI de alto grado (LEI-HG).

Membrana basal: capa delgada de tejido situada por debajo del epitelio.

Menarca: edad a la que se presenta la primera menstruación en una mujer joven.

Metaplasia: transformación de una clase de tejido en otra; por ejemplo, el epitelio cilíndrico en epitelio escamoso.

Metástasis (plural: metástasis): aparición de un tumor muy similar al tumor de origen o primario en un órgano distante.

Neoplasia: proceso de formación de tumores o bultos nuevos, a veces malignos.

Neoplasia intraepitelial cervical (CIN): proceso pre canceroso que afecta la capa de revestimiento (epitelio) del cuello uterino. Se puede diagnosticar al microscopio. El proceso se clasifica como CIN 1, 2 o 3, según el espesor del epitelio anómalo (1/3, 2/3 o todo el espesor).

Persistente: describe las lesiones o las enfermedades que no desaparecen en un cierto tiempo.

Porcentaje de curación: porcentaje de personas en un grupo dado que padecen una determinada enfermedad o afección y se curan con un tratamiento específico.

Prevención primaria: actos para evitar la exposición a las principales causas de una enfermedad; en el caso del cáncer cervicouterino es la prevención de la infección por el VIH.

Pronóstico: probable desenlace de una enfermedad (mejoría, deterioro o fallecimiento).

Radioterapia radical: radioterapia con fines curativos.

Recidiva (de lesiones, de una enfermedad): reaparición de un trastorno que había desaparecido con el tratamiento.

Regresión: desaparición o mengua de una anomalía.

Sensibilidad: proporción de personas aquejadas de un trastorno que fueron adecuadamente identificadas por el ensayo («auténticos positivos»).

Tamizaje negativo: resultado de un procedimiento de cribado, que indica que no existe una anomalía.

Tamizaje positivo: resultado de un procedimiento de cribado, que indica que existe una anomalía.

Tasa de incidencia: número de casos nuevos de una enfermedad en una población definida y un tiempo especificado; por ejemplo, si se producen 500 casos nuevos de cáncer cervicouterino por año en un país con 5 millones de mujeres, la tasa de incidencia de dicho cáncer, «bruta» (es decir, no normalizada por la edad), es de 100 por 1.000.000 por año o de 10 por 100 000 por año.

Tasa de morbilidad: proporción de individuos de una población que sufren una determinada enfermedad en un tiempo especificado, expresada frecuentemente como el número de casos por población de 100 000 individuos por año.

Tasa de mortalidad: proporción de individuos de una población que mueren de una enfermedad específica en un tiempo especificado, expresada frecuentemente como el número de defunciones por población de 100 000 individuos por año.

Tasa de prevalencia: proporción de personas de una determinada población que padecen un trastorno o una enfermedad en un momento dado.

Tasa de supervivencia: proporción del total de individuos aquejados de una enfermedad que siguen vivos después de un cierto tiempo.

Tratamiento primario: primer tratamiento que se intenta para curar una enfermedad o trastorno.

Ulceración: corrosión de tejido y formación de una depresión poco profunda; describe algunos tipos de cáncer.

Valor diagnóstico de un resultado negativo (de una prueba): probabilidad de no padecer la enfermedad cuando la prueba da resultados negativos.

Valor diagnóstico de un resultado positivo (de una prueba): probabilidad de padecer una enfermedad cuando la prueba da resultados positivos.

Abreviaturas

AIC	Academia Internacional de Citología
ASC- US	Células escamosas atípicas de significado indeterminado
ASC- H	Células escamosas atípicas, no se puede descartar LIEAG
AIS	Adenocarcinoma endocervical in situ
AIN	Neoplasia intraepitelial anal
Bx	Biopsia
CIN	Neoplasia Intraepitelial Cervical
CIN 1	Neoplasia Intraepitelial Cervical Grado I
CIN 2	Neoplasia Intraepitelial Cervical Grado II
CIN 3	Neoplasia Intraepitelial Cervical Grado III
DIU	Dispositivo intrauterino
Dx	Diagnóstico
DNA	Acido desoxirribonucleico
HIV	Virus de la Inmunodeficiencia Humana
LASER	Light Amplification Stimulate Emission radiation
LEEP	Loop Electrical Excision Procedure
LIE BG	Lesión intraepitelial de bajo grado
LIE AG	Lesión intraepitelial de alto grado
LEC	Legrado endocervical
MSPyBS	Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
PAP	Examen de citología exfoliativa con técnica de Papanicolaou
PAIN	Neoplasia intraepitelial perianal
PCR	Reacción en cadena de la polimerasa
SIL	Lesión intraepitelial
UEC	Unión Escamo-Columnar
USF	Unidades de Salud Familiar
VPH	Virus del Papiloma Humano
VAIN	Neoplasia intraepitelial de vagina
VIN	Neoplasia intraepitelial de vulva
VPH- AR	Virus del papiloma humano de alto riesgo
VPH- BR	Virus del papiloma humano de bajo riesgo

Bibliografía

- Manual Nacional de Normas y Procedimientos para la Prevención y el control del Cáncer de Cuello Uterino. Paraguay 2010.
- Guía Programática Abreviada para el Tamizaje de Cáncer Cervicouterino. Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cervicouterino. Argentina, 2014.
- Control integral del cáncer cervicouterino: guía de prácticas esenciales. Organización Mundial de la Salud, 2007.
- Comprehensive Cervical Cancer Control A guide to essential practice, Second edition. World Health Organization, 2014.
- Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do câncer do colo do útero. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro, 2011.
- Guía Clínica Cáncer Cervicouterino. Ministerio de Salud. Santiago: Minsal 2010.
- Laura Baquedano M., Marta Lamarca B., Yasmina José G., Patricia Rubio C., Miguel Ángel Ruiz C. REV CHIL OBSTET GINECOL 2013; 78(2): 134 - 1381.
- Valente Nelson. Patología do Trato Genital Inferior. Diagnóstico e Tratamento. Associação Brasileira de Genitoscopia. 2005. Página 830-837.
- issvd.org/wordpress/wp-content/uploads/2014/02/2014-BIBLIOGRAPHY-CURRENT-ISSVD-TERMINOLOGYrev.pdf
- http://www.enfermedaddelavulva.com.ar/pac_vain.php Claudia Marchitelli
- Elsa Gay, Neoplasia Intraepitelial de Vulva. Archivos médicos de actualización en tracto genital inferior. Año III, Numero 4, abril 2011.
- Comino R, Cararach M, Coronado P, Nieto A, Martínez Escoriza JC, Salamanca A, Torres García LM, Vidart JA, Sánchez Borrego R, Torné A. Patología Vulvar. MenoGuía AEEM. Primera edición: Abril 2014. Aureagràfic, s.l. Barcelona 2014. ISBN: 978-84-940319-0-8.
- Montserrat Cararach i Tur. NEOPLASIA VULVAR INTRAEPITELIAL. XII Reunión Nacional de la AEPCC y “HPV Clinical Workshop of the 18th International Papillomavirus Conference” BARCELONA, 21-23 de Julio 2000.
- Palesky JM, Rubin M. Epidemiology of anal Human Papillomavirus and related Neoplasia Obstet Gynecol Clin N Am 2009; 36: 187-200.
- IARC Working Group on the evaluation of Carcinogenic Risk to Humans: Human papillomaviruses. IARC Monogr Eval Carcinog Risks Hum 90: 1-636, 2007.
- Zandberg DP, Bhargava R, Badin S, et al: The role of human papillomavirus in nongenital cancers. Ca Cancer J Clin 63 (1): 57-81, 2013.
- Daling JR, Madeleine MM, Johnson LG, et al: Humanpapillomavirus, smoking, and sexual practice in the etiology of anal cancer. Cancer 101 (2): 270-80, 2004.

- Williams NS. Malignant tumours of the anal canal and ano.
- Van der Zee RP, Richel O, de Vries HJ, et al: The increasing incidence of anal cancer: Can it be explained by trends in risk group. *Neth J Med* 71 (8): 401-11, 2013.
- Nordenvall C, Nilsson PJ, Ye W, et al: Smoking snus use and risk of right- and left-sided colon, rectal and cancer: 37-year follow-up study. *Int J Cancer* 128 (1): 157-65, 2011.
- Chaturvedi AK, Engels EA, Gilbert ES, et al: Second cancers among 104,760 survivors of cervical cancer; evaluation of long-term risk. *J Natl Cancer Inst* 99(21): 1634-43, 2007.
- Papillomavirus-related gynecologic neoplasm. *Obstet gynecol* 117 (3): 643-9, 2011.
- Daling JR, Weiss NS, Hislop TG, et al: Sexual practices, sexually transmitted disease, and the incidence of anal cancer. *N Engl J Med* 317 (16): 973-7, 1987.
- Silberberg MI, Lau R, Justice AC, et al: Risk of anal cancer in HIV-infected and HIV-uninfected individuals in North America. *Clin Infect Dis* 54 (7): 1026-34, 2012.
- Gimenez F, Costa E, Silva IT, y col. The value of high resolution anoscopy in the diagnosis of anal precursor lesions in HIV positive patients. *Arq Gastroenterol* 48: 136-45. 2011.
- Gulliano AR, Palefsky JM, Goldstone S. Efficacy of quadrivalent HPV infection and disease in males. *N Engl J Med* 364: 401-11.
- La colposcopia y el tratamiento de la neoplasia intraepitelial cervical: Manual para principiantes, J.W. Sellors & R. Sankaranarayanan.
- Directrices de la OPS/OMS sobre tamizaje y tratamiento de las lesiones precancerosas para la prevención del cáncer cervicouterino. Washington, DC: OPS, 2014.
- The Bethesda System for Reporting Cervical Cytology. Definitions, Criteria, and Explanatory Notes. Editors: Nayar, Ritu, Wilbur, David (Eds.), 2015.

