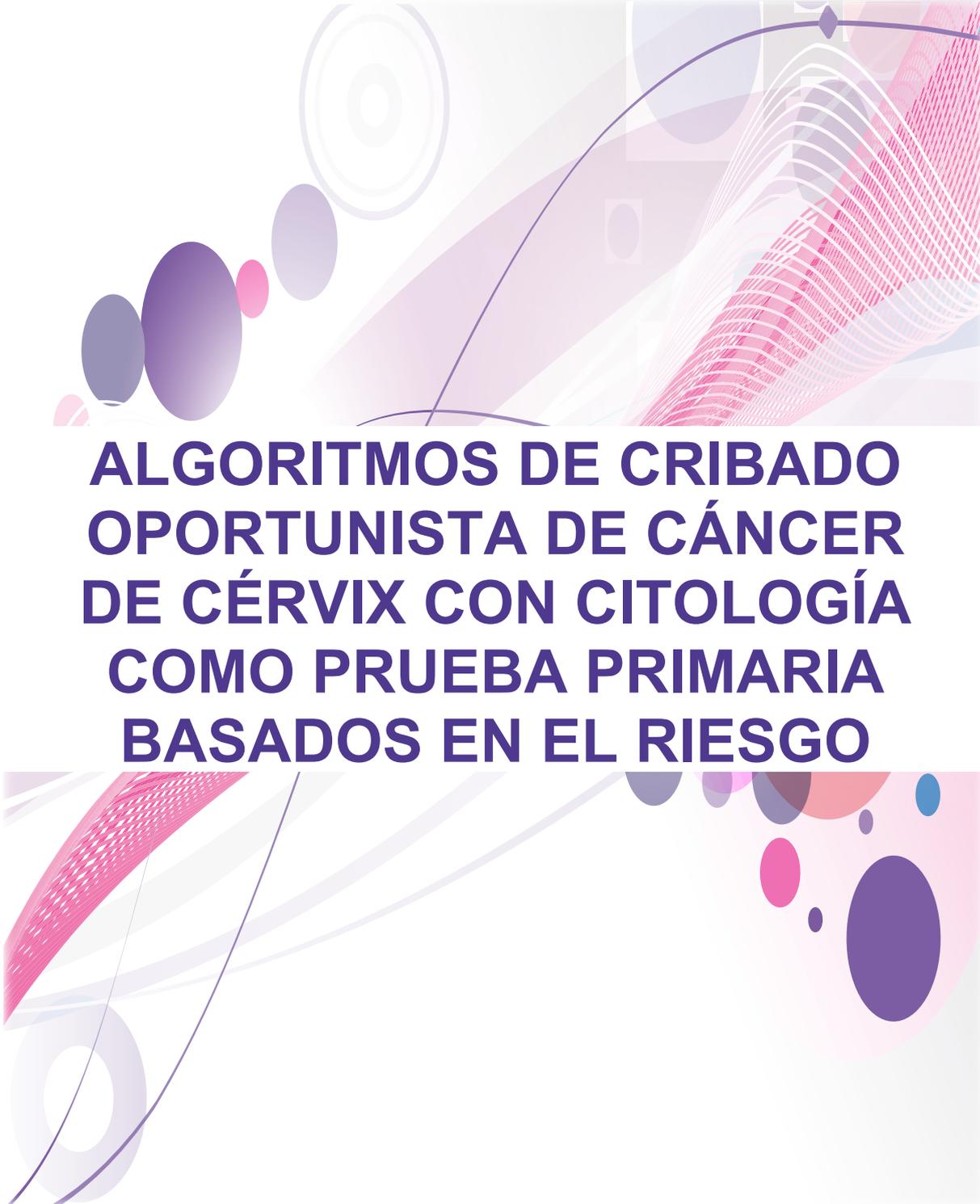


2022



**ALGORITMOS DE CRIBADO
OPORTUNISTA DE CÁNCER
DE CÉRVIX CON CITOLOGÍA
COMO PRUEBA PRIMARIA
BASADOS EN EL RIESGO**

OCTUBRE 2022

GRUPO DE TRABAJO

- *Purificación Ajo Bolado*. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad
- *Virginia Flor Morales*. Unidad de Calidad. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Servicio Cántabro de Salud
- *Isabel Gómez Gutiérrez*. Especialista en Ginecología y Obstetricia. Hospital Sierrallana. Servicio Cántabro de Salud
- *Jose Javier Gómez Román*. Jefe de Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Servicio Cántabro de Salud
- *Yolanda Jubete Castañeda*. Jefe de Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Servicio Cántabro de Salud
- *Yolanda Martín Seco*. Matrona. Centro de Salud Tanos. Servicio Cántabro de Salud
- *Isabel Roiz Gonzalez*. Médico de Familia. Centro de Salud Isabel II. Servicio Cántabro de Salud
- *Virginia Tarín Gregori*: Especialista en Anatomía Patológica. Hospital de Laredo. Servicio Cántabro de Salud.
- *Carmen Vázquez Oláiz*. Jefe de Sección de Ginecología y Obstetricia. Hospital de Laredo. Servicio Cántabro de Salud.
- *Pablo Villa Peña*. Jefe de Servicio de Anatomía Patológica Hospital Sierrallana. Servicio Cántabro de Salud

ACTUALIZACIÓN DE ALGORITMOS CRIBADO OPORTUNISTA

La prevención secundaria del cáncer de cuello uterino se ha fundamentado, durante más de 50 años, en la citología cervical como prueba de detección de las lesiones preneoplásicas y del cáncer de cérvix.

En 2019, ante la evidencia científica disponible, el cribado de cáncer de cérvix se modifica dentro de la Cartera común de servicios del SNS en el ámbito de salud pública (Orden SCB/480/2019) pasando a ser un programa organizado de carácter poblacional y a incorporar la prueba de detección del VPH como prueba primaria de cribado en una parte de la población diana. La Orden establece con carácter general la prueba primaria según edad de cribado e intervalo de exploraciones:

- Edad 25-34 años: citología cada 3 años
- Edad 35-65 años: determinación del papiloma humano de alto riesgo (VPH-AR)

Siguiendo estas recomendaciones, las Comunidades Autónomas, entre ellas Cantabria, se encuentran en un proceso de planificación de los programas de cribado de cáncer de cérvix, para incorporar la prueba de VPH como prueba primaria de cribado para las mujeres de 35 a 65 años. Durante este proceso de cambio hacia un programa poblacional, el cribado oportunista debe continuar.

En el año 2022 se ha publicado una Guía de la Asociación Española de Patología Cervical y Colposcopia (AEPCC) sobre la prevención del cáncer de cuello del útero. Esta Guía aporta un nuevo enfoque con protocolos actualizados, incorporando el genotipado parcial y una conducta clínica en mujeres con pruebas de cribado anormal basada en el riesgo de desarrollar una lesión HSIL/CIN2+. El objetivo es seleccionar a las mujeres que requerirán ir a colposcopia, evitando sobrediagnósticos y sobretratamientos.

En este documento se actualizan los algoritmos de cribado de cáncer de cérvix conforme a la Guía de la AEPCC 2022 que deberán utilizarse a partir de 2023, en el cribado oportunista, con citología como prueba primaria de cribado para las mujeres de 25 a 65 años.

ABREVIATURAS

ASC-H: Atipia en células escamosas, que no permite descartar lesión intraepitelial de alto grado.

ASC-US: Atipia en células escamosas de significado incierto.

CCU: Cáncer de cuello de útero.

CIN: Neoplasia intraepitelial cervical.

CO-TEST: Test de detección VPH-AR y citología simultáneos.

CO-TEST negativo: Citología negativa y VPH negativo

CO-TEST positivo: Cualquier citología positiva y/o VPH positivo

DGSP: Dirección General de Salud Pública.

EEC: Estudio endocervical

H-SIL: Lesión escamosa intraepitelial de alto grado.

LEC: Legrado Endocervical

L-SIL: Lesión escamosa intraepitelial de bajo grado.

Test VPH-AR: prueba de detección del Virus de Papiloma Humano de Alto Riesgo oncogénico.

VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humana.

VPH: Virus de Papiloma Humano.

VPH-AR: Virus de Papiloma Humano de Alto Riesgo oncogénico.

VPH Persistente: Cuando se presentan 2 determinaciones positivas (mismo genotipo) separadas al menos durante un año en mujeres con citología negativa

CONDUCTA DE ACTUACIÓN EN EL CRIBADO OPORTUNISTA

ÍNDICE

CONDUCTA GENERAL DEL CRIBADO

ALGORITMO 1 - ACTUACIÓN GENERAL DEL CRIBADO DE CÁNCER DE CÉRVIX	8
--	----------

CONDUCTA ANTE RESULTADOS CITOLÓGICOS ANORMALES

ALGORITMO 2 - CITOLOGÍA CON ASC-US	10
ALGORITMO 3 - CITOLOGÍA CON L-SIL	12
ALGORITMO 4 - CITOLOGÍA CON ASC-H	14
ALGORITMO 5 - CITOLOGÍA CON H-SIL	16
ALGORITMO 6 - CITOLOGÍA CON AGC	18
ALGORITMO 7 - CITOLOGÍA CON PRESENCIA DE CÉLULAS ENDOMETRIALES	20

CRIBADO EN SITUACIONES ESPECIALES

ALGORITMO 8 - MUJERES \geq65-70 AÑOS SIN CRIBADO PREVIO O CON CRIBADO INADECUADO	22
ALGORITMO 9 - MUJERES INMUNODEPRIMIDAS	24
ALGORITMO 10 - MUJERES GESTANTES	26
ALGORITMO 11 - MUJERES MENORES DE 25 AÑOS CON CITOLOGÍA PREVIA	28
ALGORITMO 12 - MUJERES CON CITOLOGÍA NEGATIVA Y VPH-AR POSITIVO	30
ALGORITMO 13 - SEGUIMIENTO DE VPH PERSISTENTE SIN LESIÓN CERVICAL	32

CONDUCTA ANTE RESULTADOS HISTOLOGICOS ANÓMALOS

ALGORITMO 14 - BIOPSIA LSIL/CIN 1 EXOCERVICAL (CITOLOGÍA PREVIA NEGATIVA/ASC-US/L-SIL CON VPH PERSISTENTE O 16/18)	34
ALGORITMO 15 - BIOPSIA LSIL/CIN1 EXOCERVICAL (CITOLOGÍA PREVIA: ASC-H/AGC O H-SIL)	36
ALGORITMO 16 - BIOPSIA LSIL/CIN 1 ENDOCERVICAL (CITOLOGÍA PREVIA: NEGATIVA/ASC-US/L-SIL CON VPH PERSISTENTE O 16/18)	38
ALGORITMO 17 - BIOPSIA L-SIL/CIN 1 ENDOCERVICAL (CITOLOGÍA PREVIA: ASC-H/AGC/H-SIL)	40
ALGORITMO 18 - BIOPSIA HSIL/CIN2-3	40
ALGORITMO 19 - ADENOCARCINOMA IN SITU	42
ALGORITMO 20 - SEGUIMIENTO A CORTO PLAZO DE H-SIL/CIN2-3 POST-TRATAMIENTO	44
VACUNACIÓN FRENTE AL VPH EN MUJERES TRATADAS POR CIN2-3	46

CONDUCTA GENERAL DEL CRIBADO

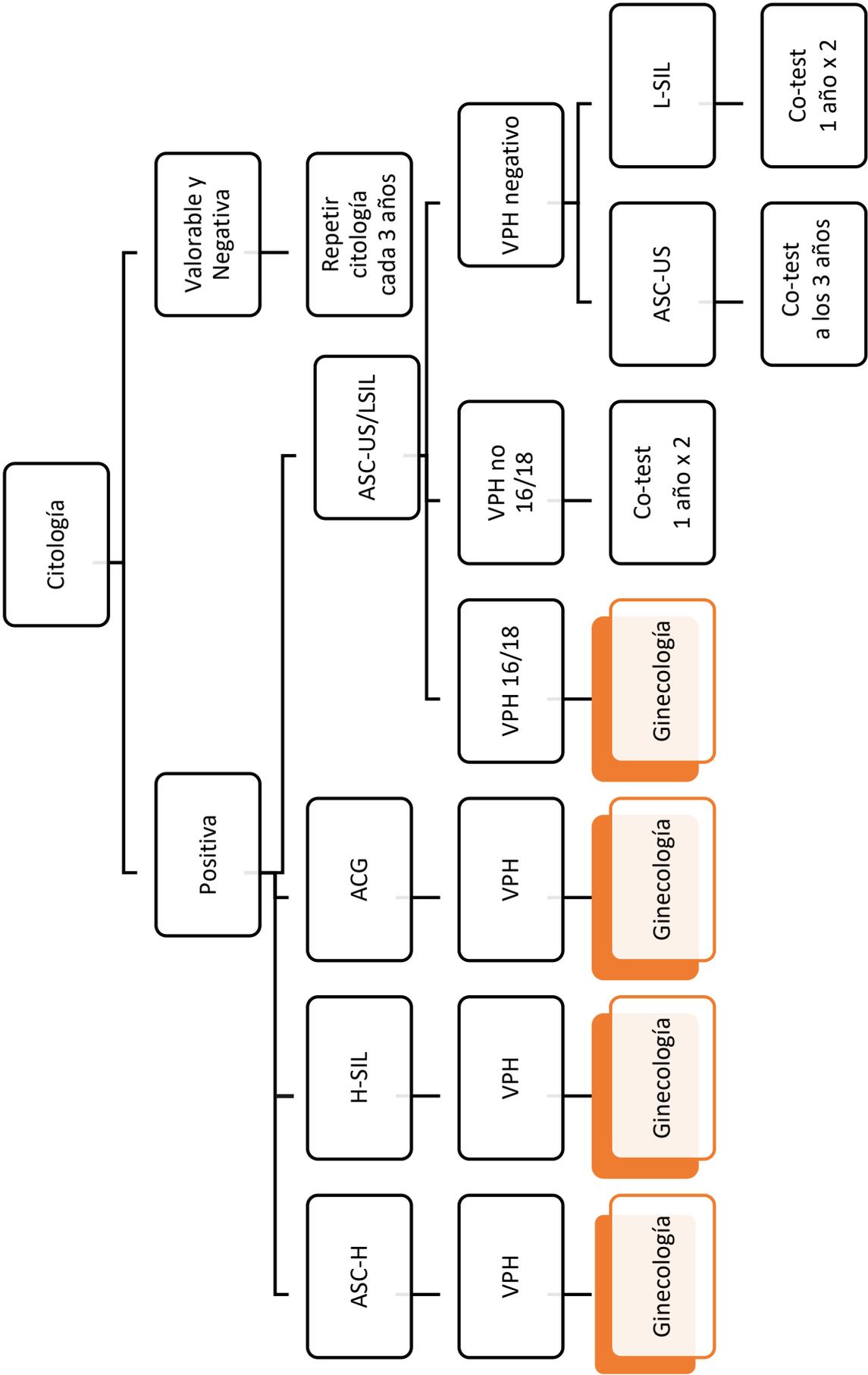
ALGORITMO 1 -

Actuación general del cribado de cáncer de cérvix oportunista.

Atención Primaria

Ginecología

Mujeres que han mantenido relaciones sexuales no
histerectomizadas de 25 a 65 años



CONDUCTA ANTE RESULTADOS CITOLÓGICOS ANORMALES

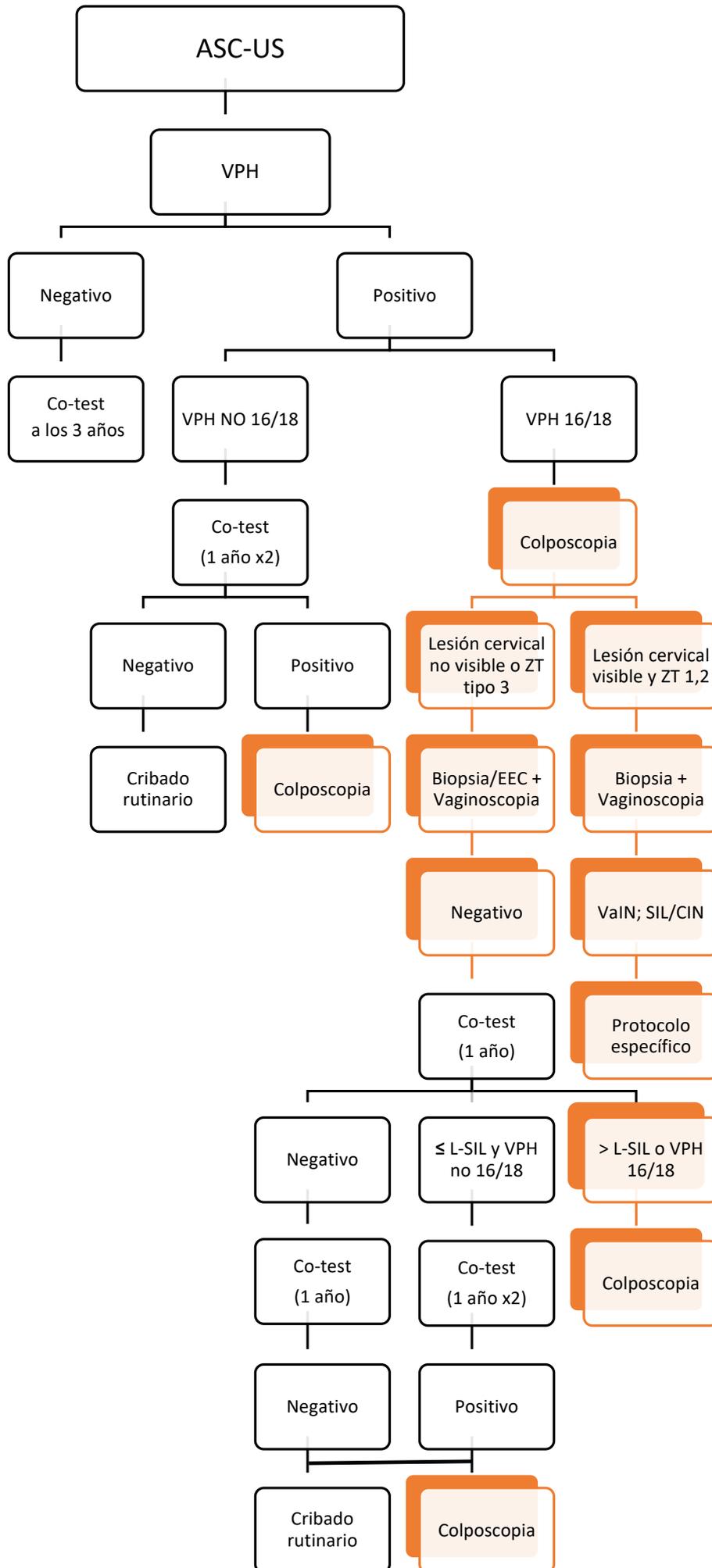
- **ALGORITMO 2** - Citología con ASC-US
 - **ALGORITMO 3** - Citología con L-SIL
 - **ALGORITMO 4** - Citología con ASC-H
 - **ALGORITMO 5** - Citología con H-SIL
 - **ALGORITMO 6** - Citología con AGC
 - **ALGORITMO 7** - Citología con presencia de células endometriales
-

ALGORITMO 2 - Citología con atipia de células escamosas de significado incierto (ASC-US)

Atención Primaria

Ginecología

Co-Test negativo:
Citología negativa y
VPH negativo



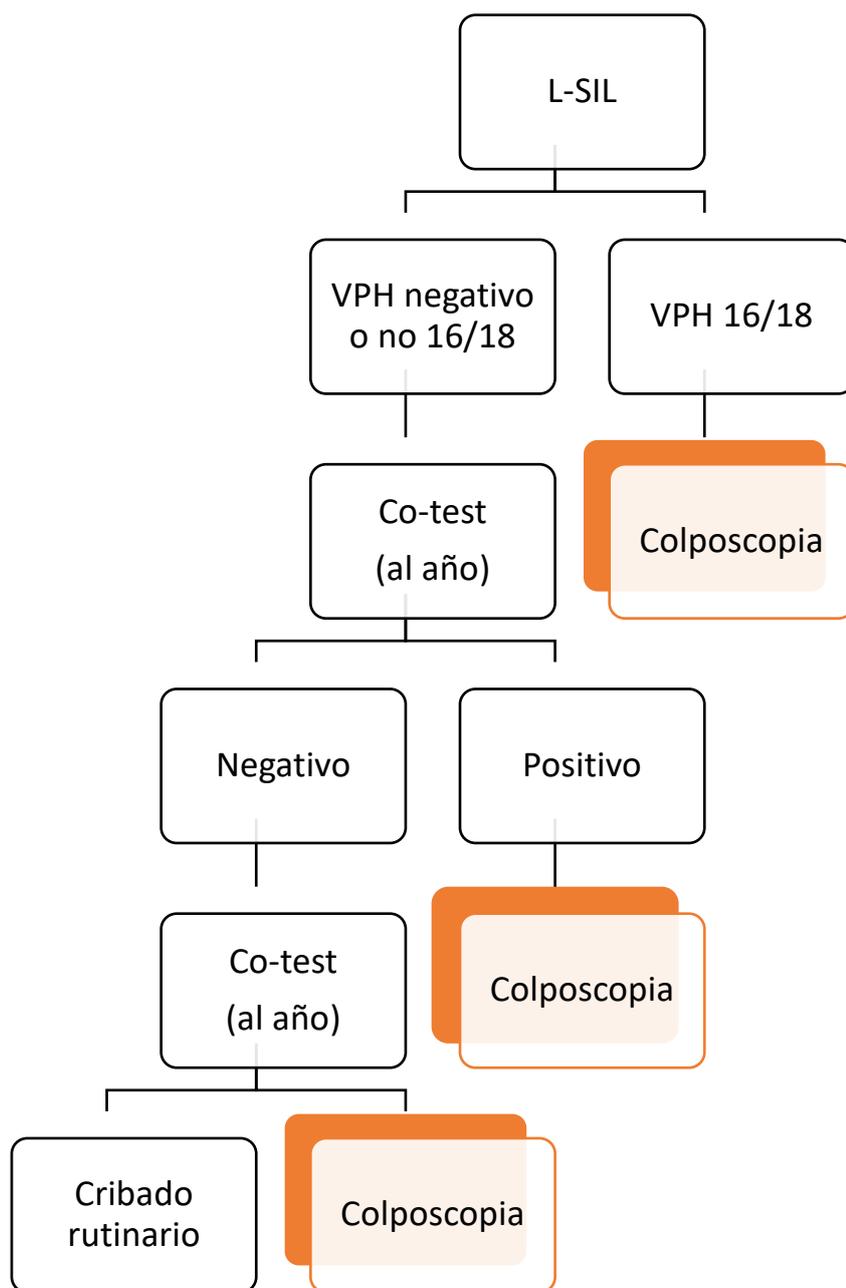
ALGORITMO 3 - Citología L-SIL en cribado primario.

En los casos con citología L-SIL, remitir a colposcopia únicamente los casos de VPH 16/18 y realizar un co-test al año.

Atención Primaria

Ginecología

Co-Test negativo:
Citología negativa y
VPH negativo



ALGORITMO 4 -

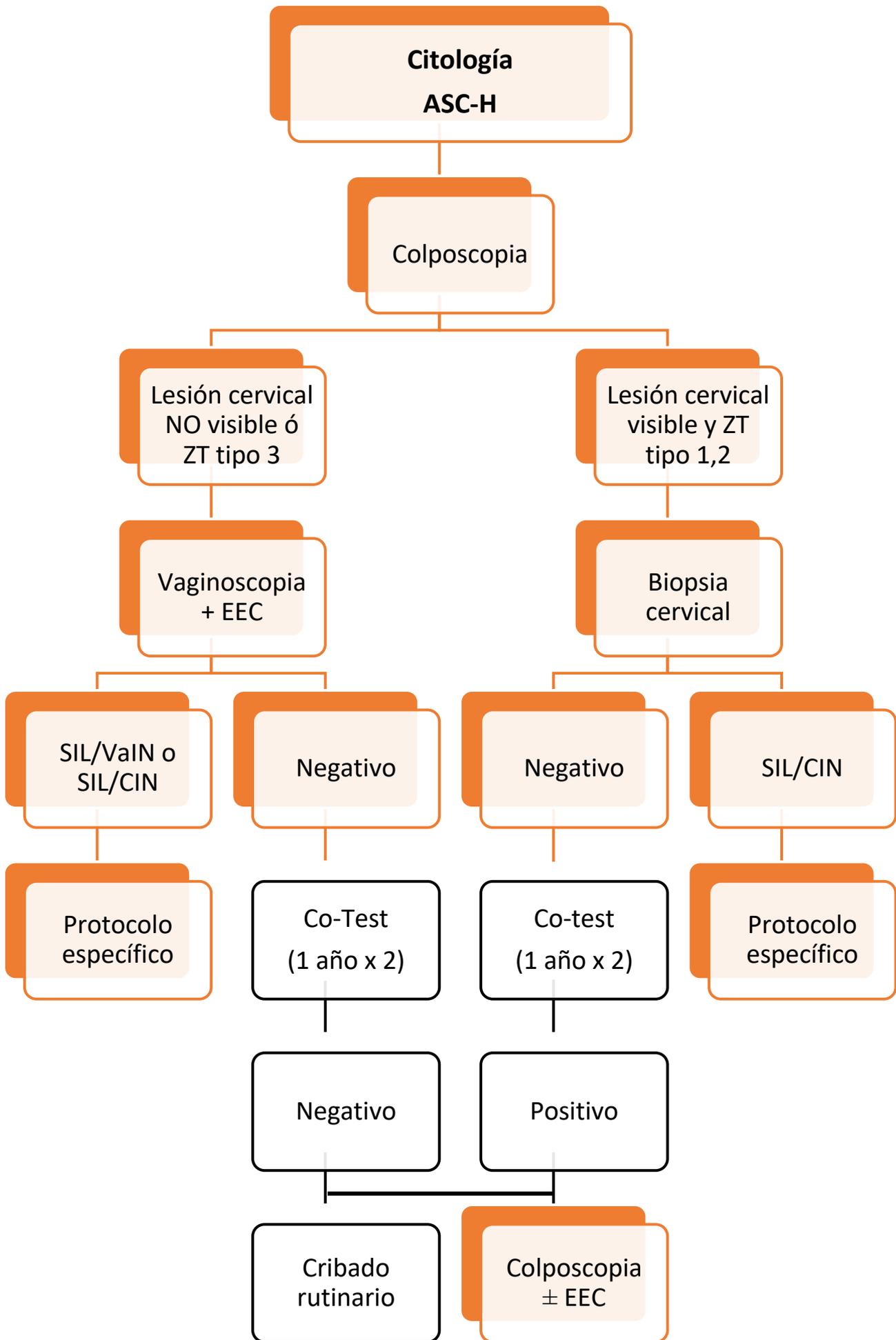
Citología con atipia en células escamosas que no permite descartar lesión intraepitelial de alto grado (ASC-H)

El riesgo inmediato de HSIL/CIN2-3 en mujeres con ASC-H y VPH positivo oscila entre 26-50%. Este riesgo justifica la recomendación de realizar colposcopia a todas las mujeres.

Atención Primaria

Ginecología

Co-Test negativo:
Citología negativa y
VPH negativo



ALGORITMO 5 -

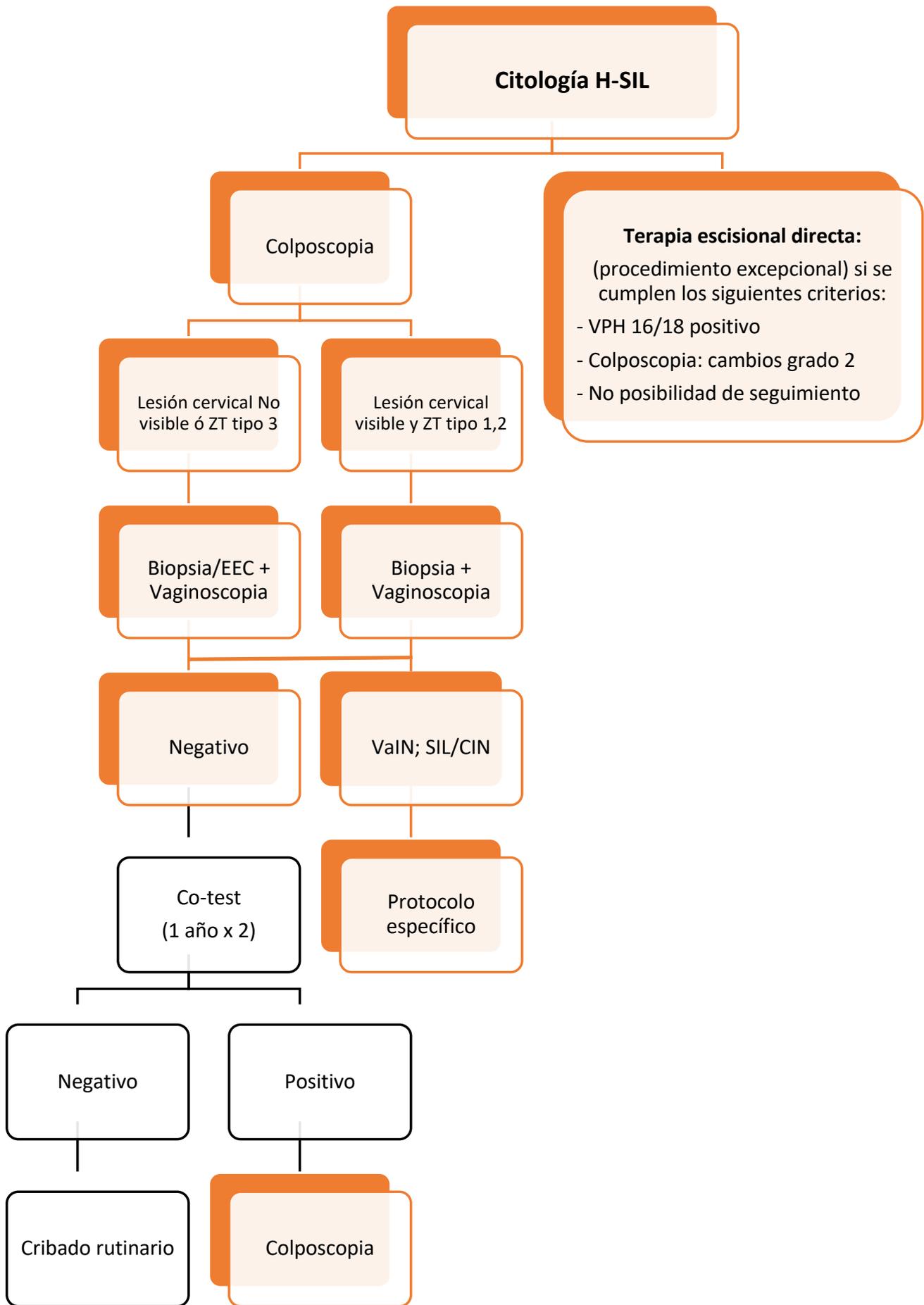
Citología con lesión escamosa intraepitelial de alto grado (H-SIL)

La confirmación histológica de HSIL/CIN3+ en mujeres con una citología H-SIL y prueba de VPH+ es del 49%. Este elevado porcentaje justifica realizar una colposcopia como opción preferente.

Atención Primaria

Ginecología

Co-Test negativo:
Citología negativa y
VPH negativo



ALGORITMO 6 -

Citología con atipia de células glandulares (AGC)

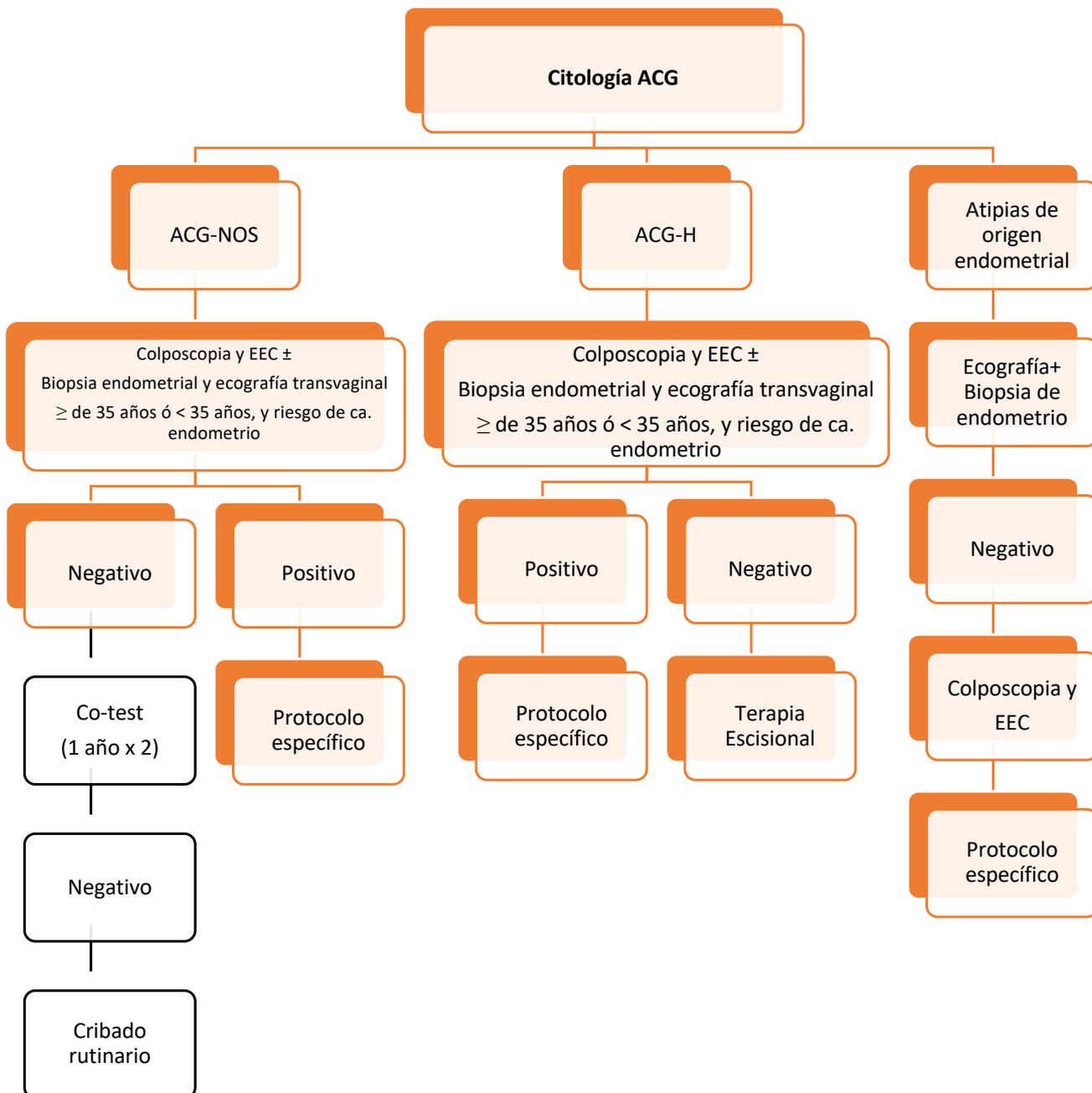
La probabilidad de diagnosticar lesiones H-SIL/CIN2+ en caso de citología con AGC es elevada (9-54%).

El informe (sistema Bethesda) debe describir si las atipias en células glandulares sugieren alteración endometrial, endocervical o no especificada.

Atención Primaria

Ginecología

Co-Test negativo:
Citología negativa y
VPH negativo



ALGORITMO 7 -

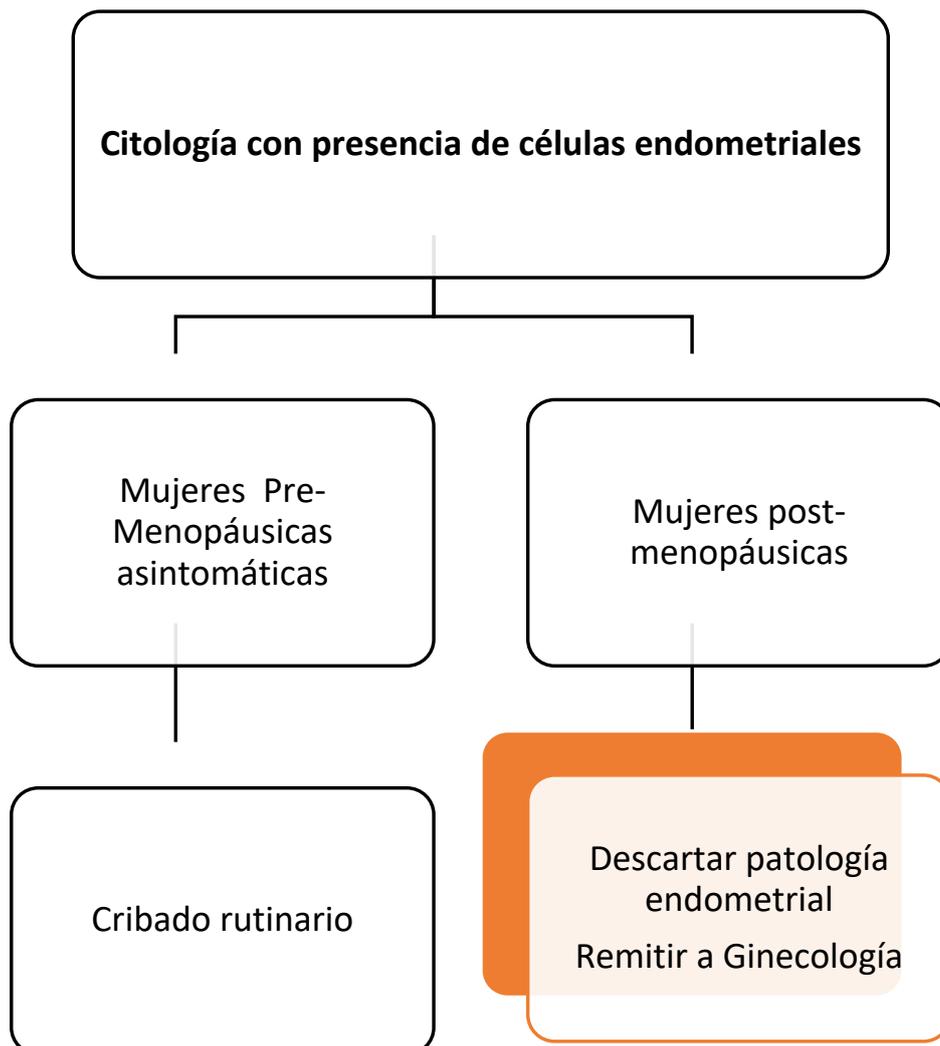
Citología con presencia de células endometriales

La presencia de células endometriales rara vez está asociada a lesiones premalignas o cáncer en mujeres jóvenes. Sin embargo, en mujeres postmenopáusicas estos hallazgos se asocian en aproximadamente el 5% de los casos con el riesgo de patología endometrial que incluye el adenocarcinoma endometrial.

Atención Primaria

Ginecología

Co-Test negativo:
Citología negativa y
VPH negativo



CRIBADO EN SITUACIONES ESPECIALES

- **ALGORITMO 8** - Mujeres $\geq 65-70$ años sin cribado previo o con cribado inadecuado
- **ALGORITMO 9** - Mujeres inmunodeprimidas
- **ALGORITMO 10** - Mujeres gestantes
- **ALGORITMO 11** - Mujeres menores de 25 años con citología previa
- **ALGORITMO 12** - Mujeres con citología negativa y VPH-AR Positivo
- **ALGORITMO 13** - Seguimiento de VPH persistente sin lesión cervical

ALGORITMO 8 -

Cribado en mujeres de 65-70 años con cribado inadecuado

El cribado de cáncer de cérvix finaliza entre los 65-70 años, considerando, además de la edad, los antecedentes de cribado previos. La condición para finalizar el cribado es que haya sido negativo durante los 10 últimos años (dos pruebas de VPH, o tres citologías negativas).

En las mujeres con edad de finalizar el cribado y cribado previo inadecuado y sin antecedentes de patología cervical, se recomienda **realizar una prueba de VPH y un co-test a los 5 años antes de finalizar definitivamente el cribado.**

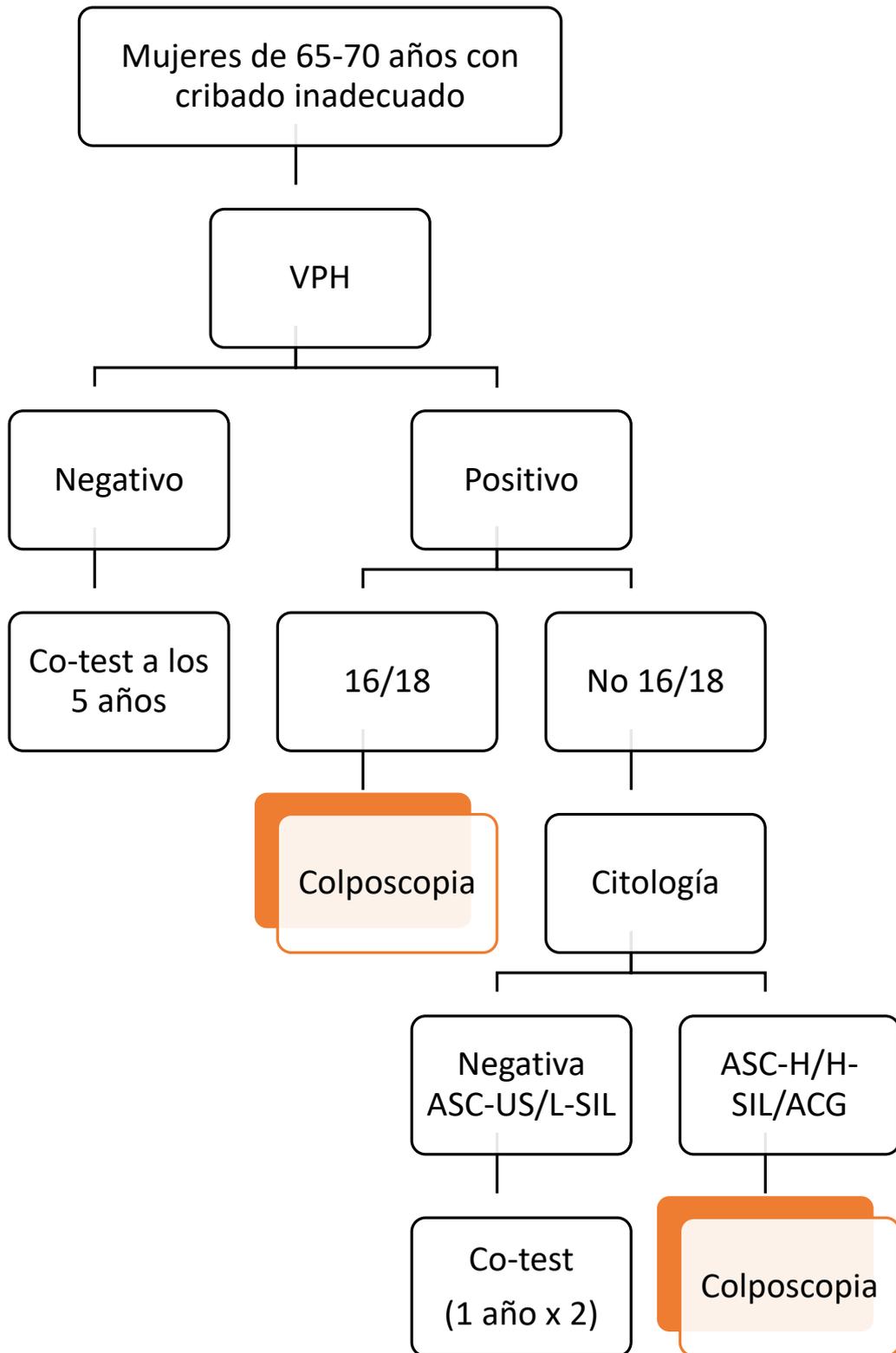
No se iniciarán pruebas de cribado a mujeres asintomáticas de más de 70 años.

Atención Primaria

Ginecología

Co-Test negativo:

Citología negativa y
VPH negativo



ALGORITMO 9 - Mujeres inmunodeprimidas

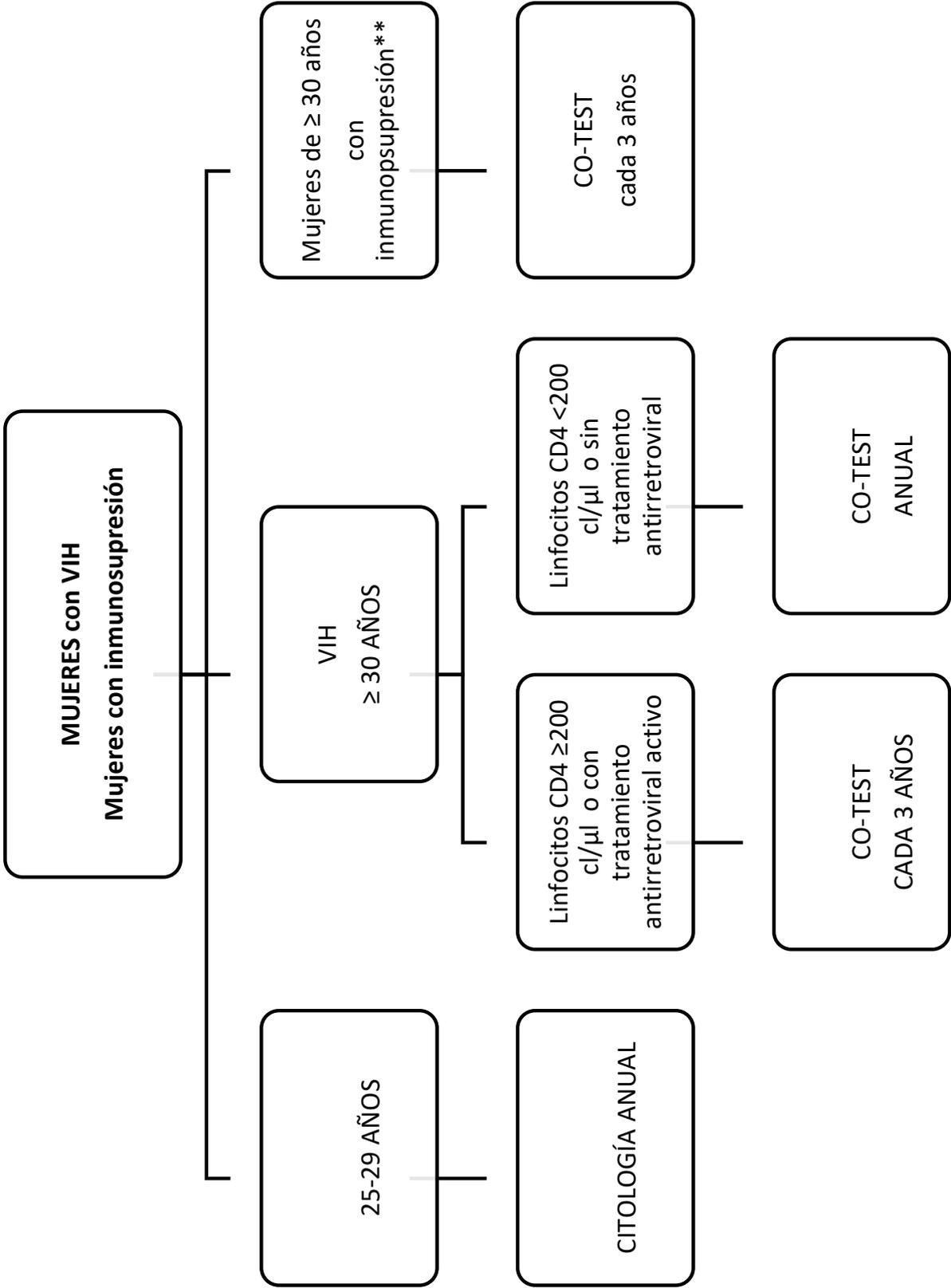
Las mujeres con inmunodepresión congénita o adquirida, o las pacientes con infección VIH son altamente susceptibles a la infección persistente por VPH y poseen mayor riesgo de desarrollar CIN 2-3 o cáncer de cérvix.

*** Inmunosupresión: mujeres con trasplante de órganos sólidos o trasplante de células madre hematopoyéticas, enfermedad inflamatoria intestinal y artritis reumatoide en tratamiento con inmunosupresores y mujeres con lupus eritematoso sistémico ya sea en terapia inmunosupresora o no.*

Atención Primaria

Ginecología

Co-Test negativo:
Citología negativa y
VPH negativo



ALGORITMO 10-

Mujeres gestantes

La incidencia de cáncer de cérvix en embarazadas se estima en 5 casos por cada 100000 gestaciones. La primera visita de la gestante debe incluir una revisión de su historial de cribado y en su ausencia realizar la citología. En estos casos se aconseja realizar la citología durante el primer trimestre de la gestación.

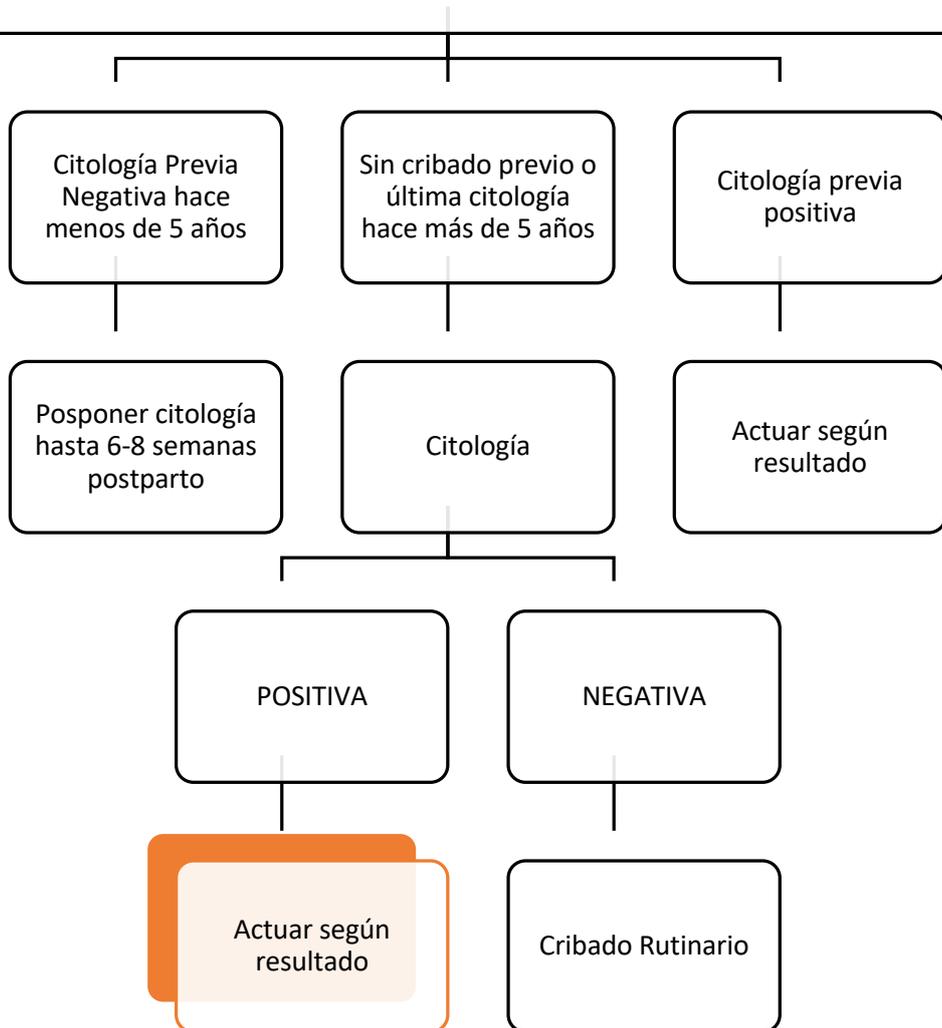
La biopsia dirigida por colposcopia solo está indicada en casos en que sea necesario descartar invasión.

La única indicación de tratamiento de una gestante con diagnóstico de CIN es la sospecha de cáncer invasor.

Atención Primaria

Ginecología

MUJERES GESTANTES



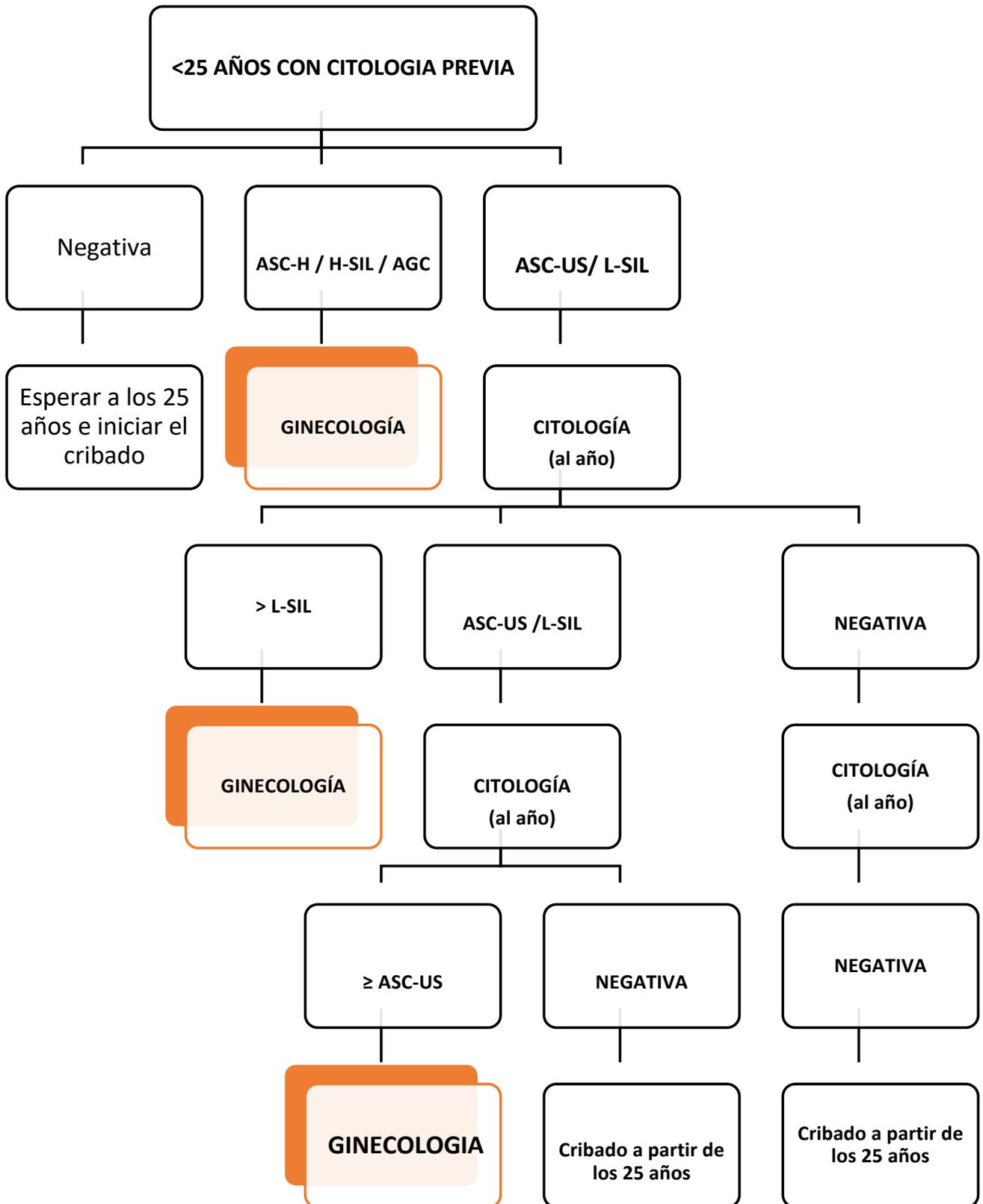
ALGORITMO 11 - Mujeres <25 años con citología previa

No se recomienda realizar cribado en mujeres menores de 25 años. La alta tasa de regresión de todas las lesiones citológicas, muy especialmente de ASC-US y L-SIL en jóvenes por debajo de los 25 años justifica el seguimiento citológico.

Se recomienda no hacer VHP por su elevada prevalencia.

Atención Primaria

Ginecología



ALGORITMO 12 -

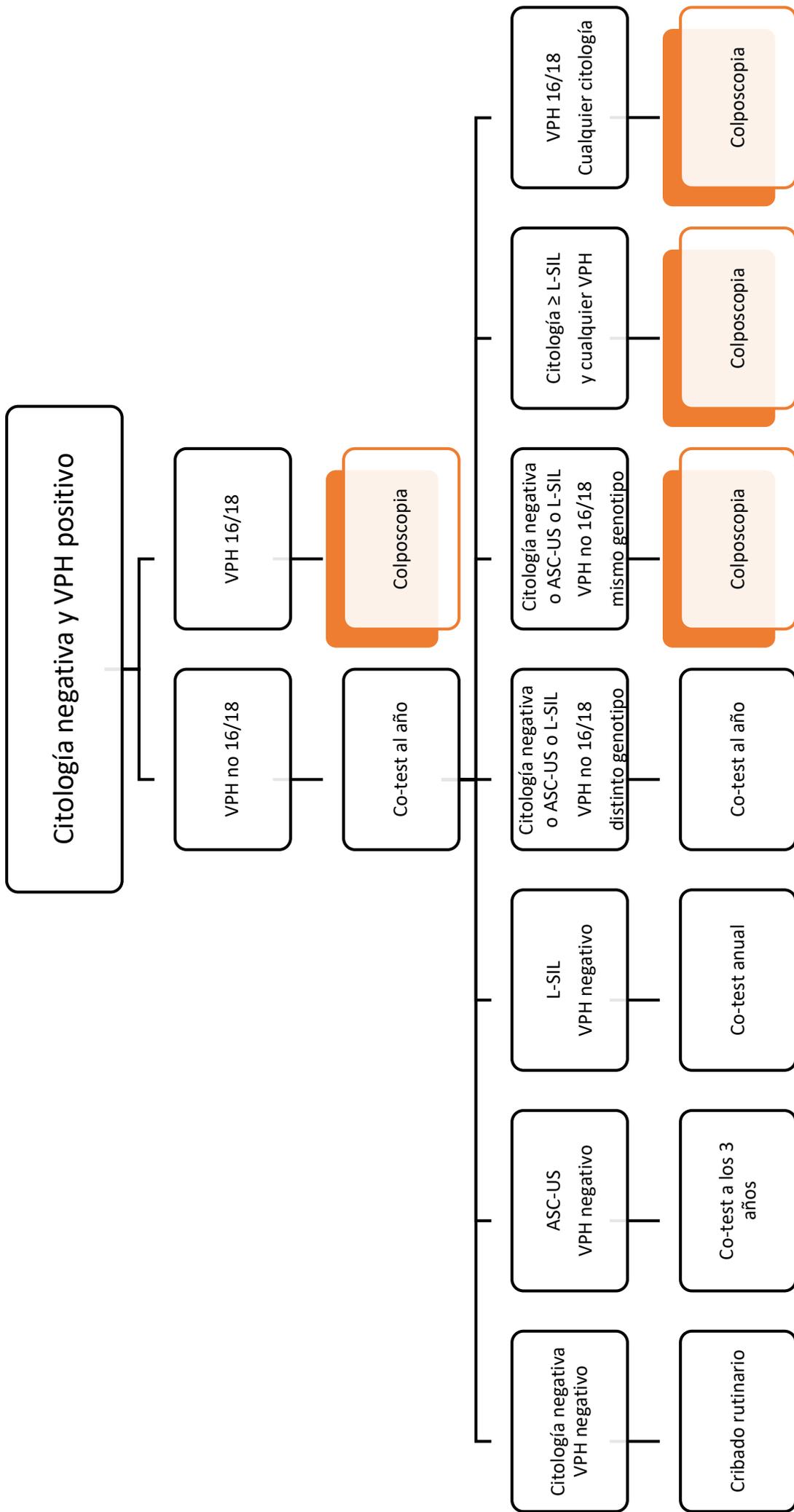
Mujeres con Citología Negativa y VPH-AR Positivo

Se considera que una mujer tiene una infección persistente si presenta dos determinaciones de VPH positivas (mismo genotipo) separadas al menos 1 año. Las mujeres con infección persistente de VPH sin lesión cervical constituyen un grupo de riesgo, por lo que precisan seguimiento.

Atención Primaria

Ginecología

Co-Test negativo:
Citología negativa y
VPH negativo



ALGORITMO 13 -

Seguimiento de VPH persistente sin lesión cervical confirmada.

Se considera que una mujer tiene una infección VPH persistente si presenta dos determinaciones de VPH positivas por el mismo genotipo separadas al menos 1 año. La recomendación específica en mujeres que realizan seguimiento por una infección VPH persistente y sin lesión cervical confirmada (citología negativa y colposcopia que descarta una lesión LSIL/CIN2+) es:

- Realizar un co-test anual en mujeres con VPH persistente no 16/18
- Realizar una colposcopia cada 2 años en mujeres con VPH no 16/18 persistente
- Realizar un co-test anual en mujeres con VPH 16/18 persistente tras colposcopia que descarta H-SIL/CIN 2+
- Realizar una colposcopia anual en mujeres con VPH 16/18 persistente

Este seguimiento debe realizarse hasta que se confirme la negativización o hasta que el diagnóstico de una lesión premaligna requiera un protocolo específico.

Co-Test negativo:
Citología negativa y
VPH negativo



CONDUCTA ANTE RESULTADOS HISTOLOGICOS ANÓMALOS

- **ALGORITMO 14** - Biopsia LSIL/CIN 1 Exocervical (citología previa negativa/ASC-US/L-SIL con VPH persistente o 16/18)
- **ALGORITMO 15** - Biopsia LSIL/CIN 1 Exocervical (Citología previa: ASC-H/AGC/H-SIL)
- **ALGORITMO 16** - Biopsia LSIL/CIN 1 Endocervical (Citología previa: negativa/ASC-US/L-SIL con VPH persistente o 16/18)
- **ALGORITMO 17** - Biopsia L-SIL/CIN 1 Endocervical (Citología previa: ASC-H/AGC/H-SIL)
- **ALGORITMO 18** - Biopsia H-SIL/CIN2-3
- **ALGORITMO 19** - Adenocarcinoma in situ
- **ALGORITMO 20** - Seguimiento a corto plazo de HSIL/CIN2-3
- **VACUNACIÓN FRENTE AL VPH EN MUJERES TRATADAS POR CIN2-3**

ALGORITMO 14 - Biopsia LSIL/CIN 1 (exocervical)

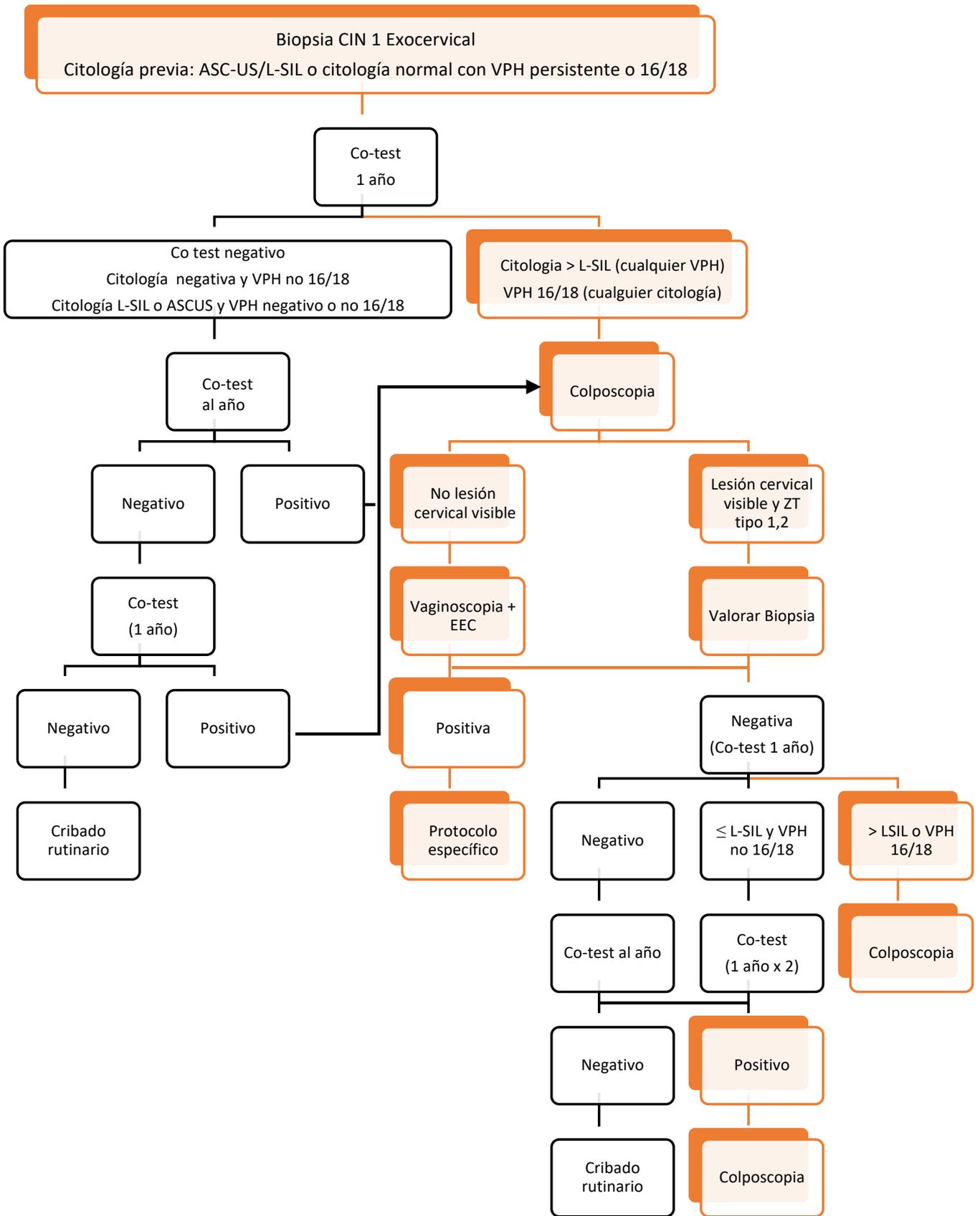
(Citología previa ASC-US, L-SIL o normal con VPH persistente o 16/18)

Un 60-80% de estas lesiones se resuelven espontáneamente sin necesidad de tratamiento. La actitud ante un diagnóstico histológico de LSIL/CIN1 dependerá del resultado de la citología previa. Cuando la citología previa es ASC-US o L-SIL el riesgo de diagnosticar un CIN2-3 en los 5 años siguientes es bajo. Sin embargo, este riesgo es sustancialmente mayor si la citología previa es ASC-H o H-SIL.

Atención Primaria

Ginecología

Co-Test negativo:
Citología negativa y
VPH negativo



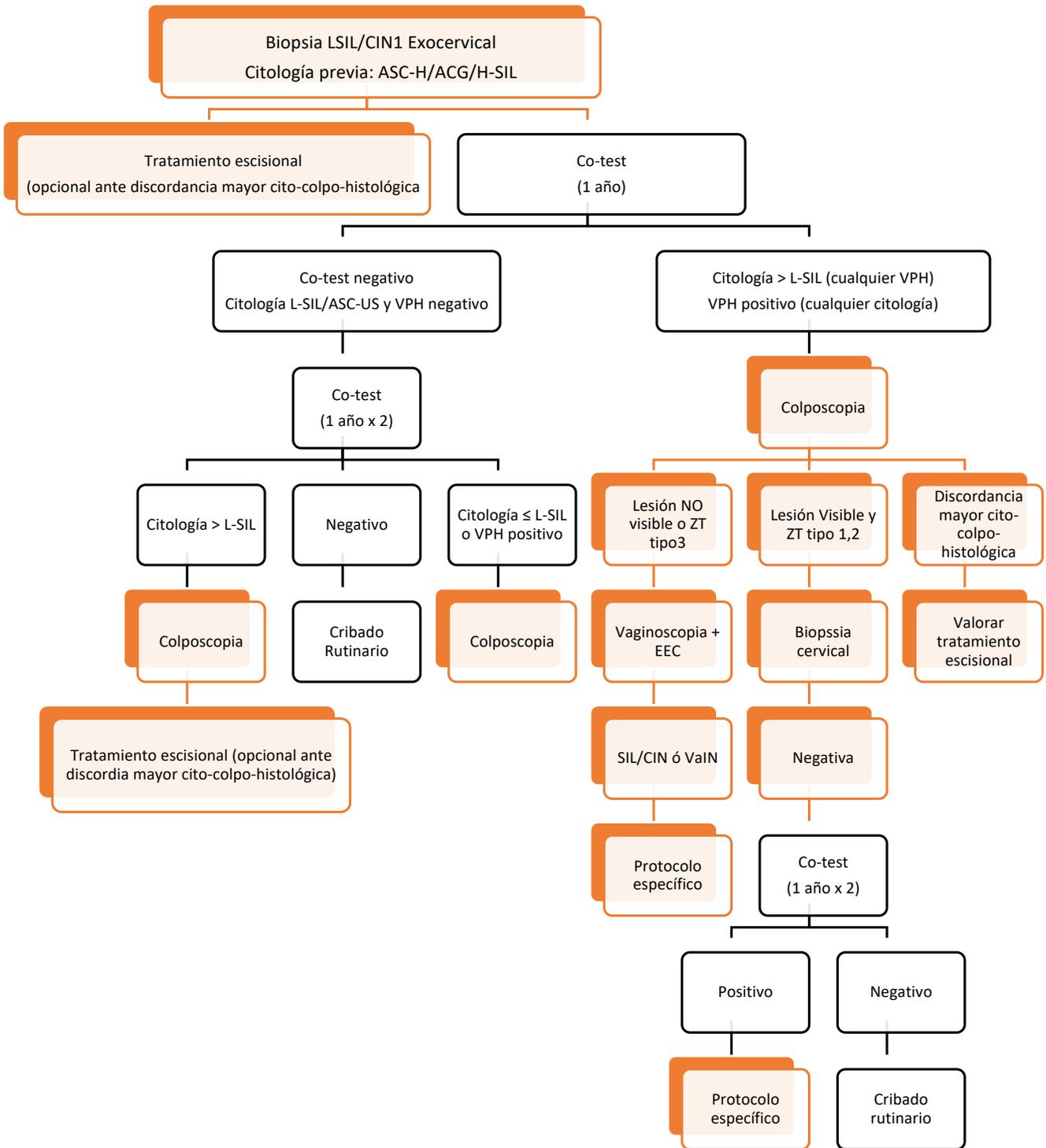
ALGORITMO 15 - Biopsia LSIL/CIN1 exocervical

(citología previa: ASC-H/AGC o H-SIL)

Atención Primaria

Ginecología

Co-Test negativo:
Citología negativa y
VPH negativo



ALGORITMO 16 -

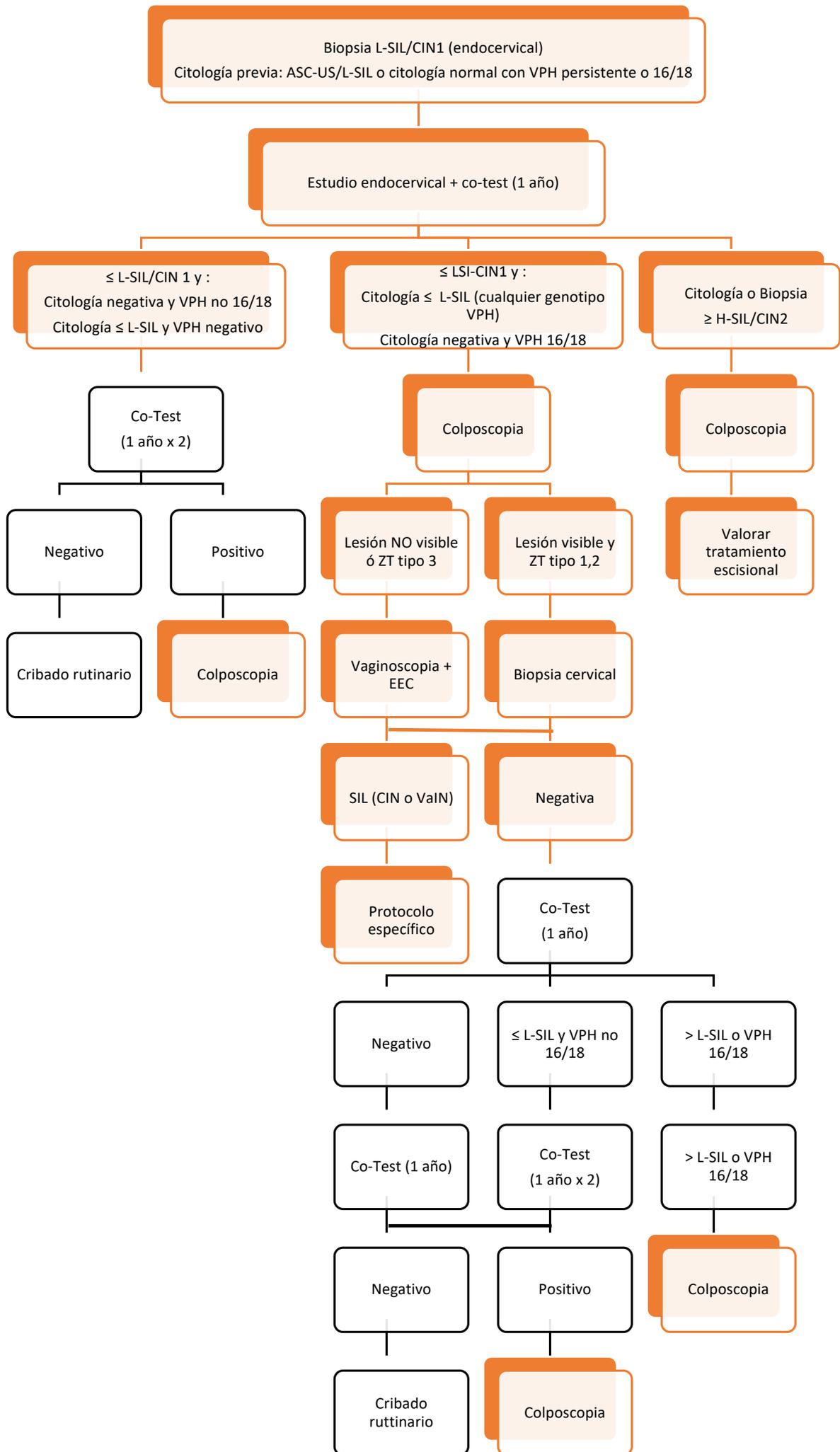
Diagnóstico histológico LSIL/CIN 1 (endocervical)

Se considera LSIL/CIN1 endocervical una lesión que penetra parcial o totalmente en el canal y no se observa la parte más craneal o una lesión visible que penetra en el canal con ZT tipo 3.

Atención Primaria

Ginecología

Co-Test negativo:
Citología negativa y
VPH negativo



ALGORITMO 17 -

Diagnóstico histológico L-SIL/CIN1 endocervical precedido de citología HSIL, ASC-H O AGC

En estas pacientes el riesgo de presentar una lesión HSIL/CIN2+ tras un periodo de 1-2 años es aproximadamente del 13%. Por ello, **se recomienda realizar un tratamiento escisional** que permita obtener un diagnóstico histológico definitivo.

ALGORITMO 18 -

Biopsia HSIL/CIN2-3

Las mujeres con biopsia de HSIL/CIN2-3 tienen una elevada probabilidad de tener o desarrollar un CCU. El objetivo de la conducta clínica en este grupo de mujeres implica identificar los casos con riesgo de progresión que requieren tratamiento inmediato como opción prioritaria.

Atención Primaria

Ginecología

Co-Test negativo:
Citología negativa y
VPH negativo

Biopsia HSIL/CIN2-3

Tratamiento escisional

Opciones alternativas

HSIL/CIN2 (deseo gestacional o lesión < 2 cuadrantes)

HSIL/CIN3
(Lesión < 1 cuadrante y < 30 años)

HSIL/CIN2-3
(Gestación)

OPCIONAL: Observación (máximo 2 años)

Criterios imprescindibles:

- Aceptación de la paciente
- Posibilidad de seguimiento
- Colposcopia adecuada y ZT visible
- Lesión totalmente visible
- No afectación endocervical
- Control: Citología-colposcopia (cada 6 meses) y VPH anual

No tratamiento

Indispensable:

- Biopsia previa que descarte carcinoma
- No sospecha de carcinoma

Seguimiento propuesto:

- Citología y colposcopia (cada 3-4 meses)
- Biopsia si sospecha de progresión
- Co-Test y colposcopia a las 6-8 semanas postparto

No cumplimiento de criterios, persistencia > 2 años o progresión lesional

TRATAMIENTO ESCISIONAL

ALGORITMO 19 -

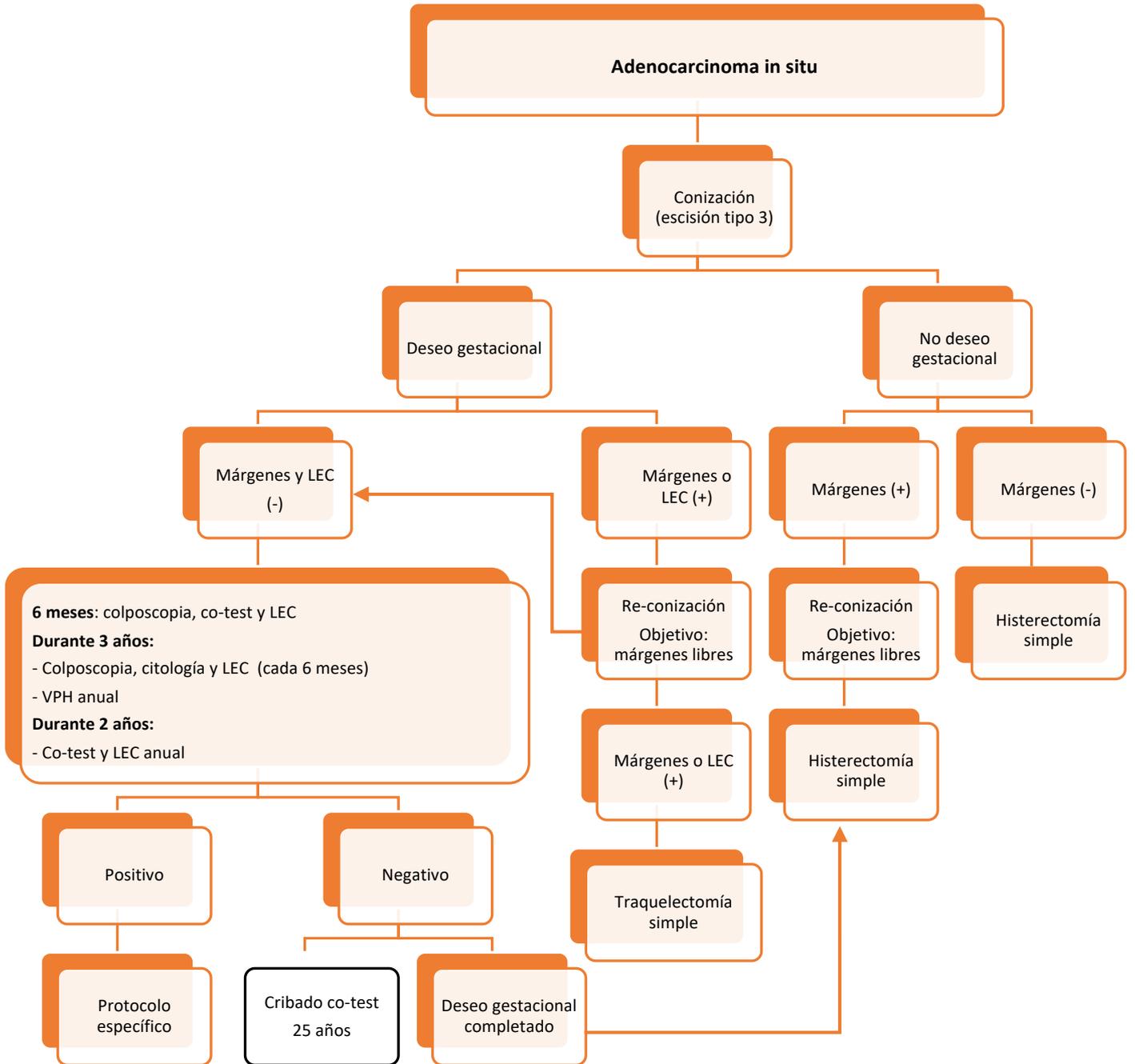
Conducta ante el diagnóstico citológico/histológico de adenocarcinoma in situ

El diagnóstico definitivo de AIS debe hacerse en una pieza de conización cervical que incluya una adecuada representación endocervical.

Atención Primaria

Ginecología

Co-Test negativo:
Citología negativa y
VPH negativo



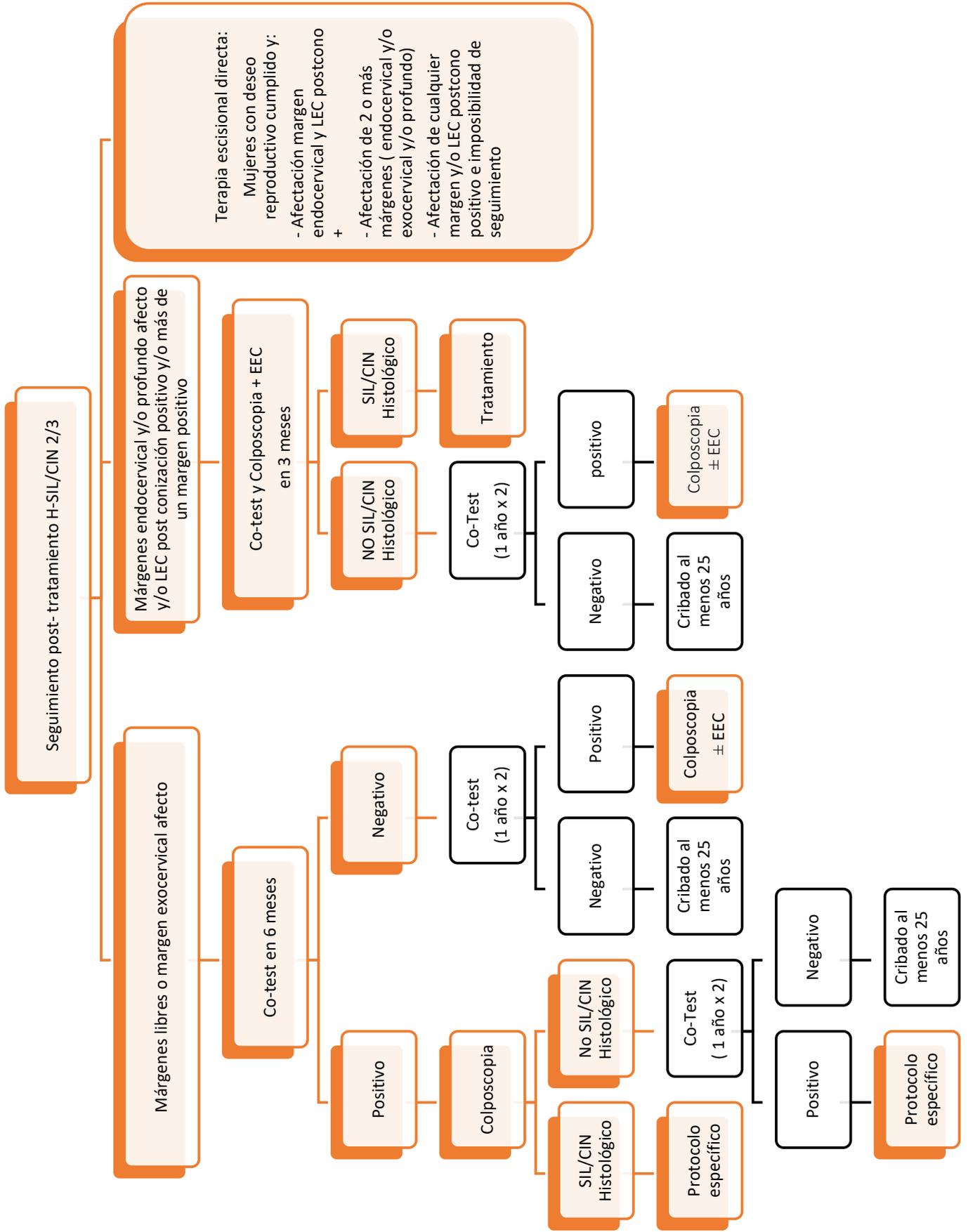
ALGORITMO 20 -

Seguimiento a corto plazo de H-SIL/CIN2-3 post-tratamiento

Atención Primaria

Ginecología

Co-Test negativo:
Citología negativa y
VPH negativo



VACUNACIÓN VPH EN MUJERES TRATADAS POR SIL/CIN

Las mujeres tratadas por SIL/CIN constituyen un grupo especialmente susceptible de desarrollar nuevas lesiones e incluso cáncer de cuello de útero. En los últimos años, diversos estudios han evidenciado que la vacunación frente al VPH en las mujeres tratadas por HSIL/CIN2-3 reduce el riesgo de lesiones persistentes/recurrentes durante el seguimiento.

Los beneficios que produce la vacunación son:

- Protección frente a nuevas infecciones por tipos vacunales (u otros tipos no vacunales, mediante la protección cruzada) diferentes al VPH que ha causado la lesión tratada.
- Si la lesión está producida por tipos vacunales y el virus se aclara postratamiento, la vacuna ofrece protección frente a la reinfección/reactivación por el mismo tipo de VPH.

Se recomienda vacunar frente al VPH a las mujeres que requieran un tratamiento escisional de cérvix con cualquiera de las vacunas disponibles:

- Independientemente de la persistencia o no del VPH tras el tratamiento.
- Independientemente de la edad de la mujer.
- Con pauta de tres dosis (0, 1-2 y 6 meses)
- Debe administrarse de forma precoz, tras el diagnóstico de la lesión, preferentemente antes de la intervención y hasta 12 meses tras la conización.

La vacunación contra el VPH en las mujeres tratadas por H-SIL/CIN2-3, está contemplada en el calendario de vacunación en grupos de riesgo.

