



IMAv

INSTITUTO MARIA AUXILIADORA DE VILLARRICA



BIENVENIDOS/AS AL TALLER DE

Prevención, Diagnóstico precoz y tratamiento del cáncer de Cuello Uterino

Proyecto de Investigación “Factores que influyen en la realización del Examen de Papanicolaou en mujeres de 18 a 64 años consultantes de la Clínica Municipal de Villarrica”

- **“Factores que influyen en la realización del Examen de Papanicolaou en mujeres de 18 a 64 años consultantes de la Clínica Municipal de Villarrica”**
- **Proyecto de Investigación Adjudicado al Instituto María Auxiliadora de Villarrica por el Consejo Nacional de Ciencias y Tecnología. CONACYT**

CONACYT: Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología

Misión

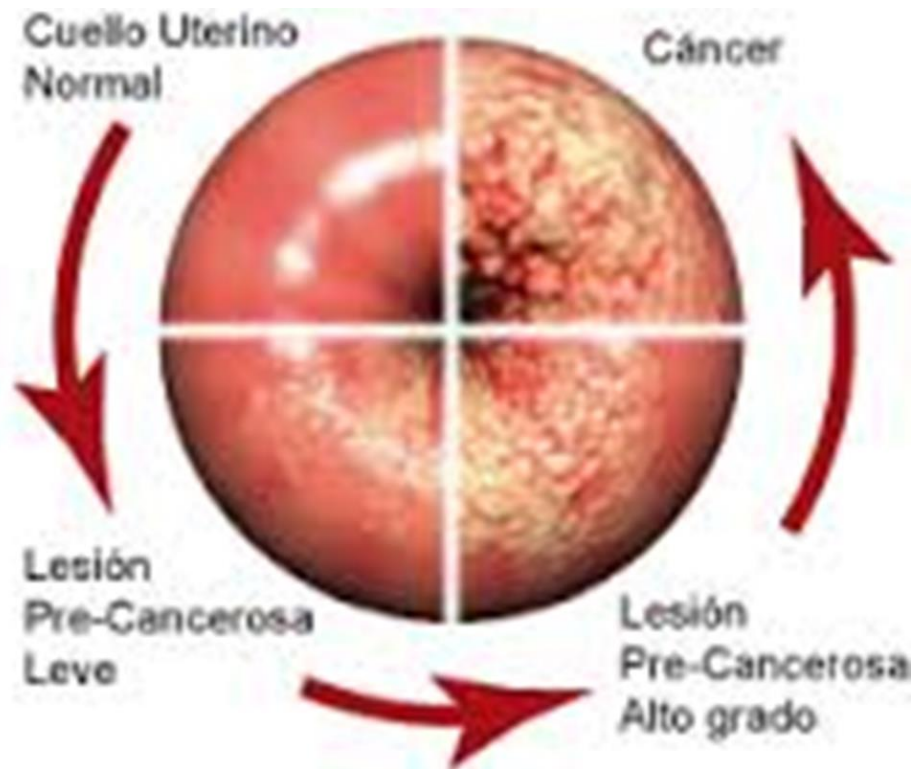
- Coordinar, orientar y evaluar el Sistema Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación, **promoviendo la investigación científica y tecnológica, la generación, difusión y transferencia del conocimiento**; la invención, la innovación, la educación científica y tecnológica, el desarrollo de tecnologías nacionales y la gestión en materia de ciencia, tecnología e innovación; y el Sistema Nacional de Calidad, promoviendo la investigación científica y tecnológica en el área de la Calidad y la aplicación y difusión de los servicios de acreditación, de metrología, de normalización y del sistema de evaluación de la conformidad

Taller de Capacitación sobre Prevención y Diagnóstico precoz de Cáncer de cuello uterino, en el marco del Proyecto

- **07:30** **Inscripción de los participantes**
- **08: 00** **Apertura, presentación del Proyecto de Investigación**
- **08: 15** **Inicio del taller**
- **08:30** **Cáncer de cuello Uterino, prevalencia**

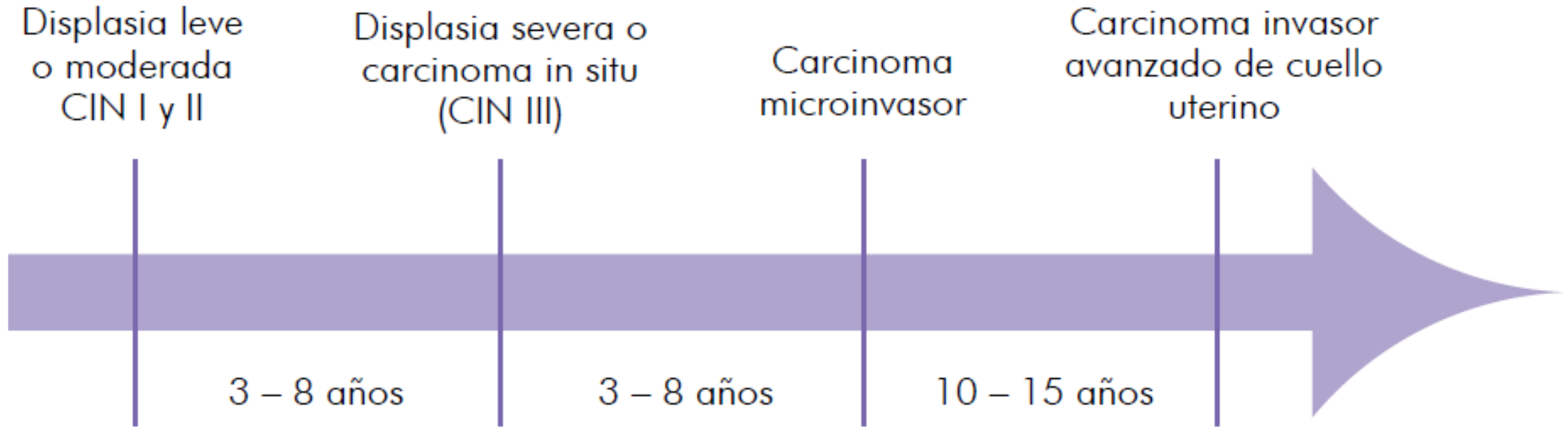
- **09:00** **Prevención: Vacuna contra VPH**
- **09: 30** **Receso**
- **09:45** **Examen de Papanicolaou**
- **10:45** **Test de VPH**
- **11:15** **Cáncer CU, tratamiento y complicaciones**
-
- **12: 00** **Clausura del Taller**

¿QUE ES EL CANCER DE CUELLO UTERINO?



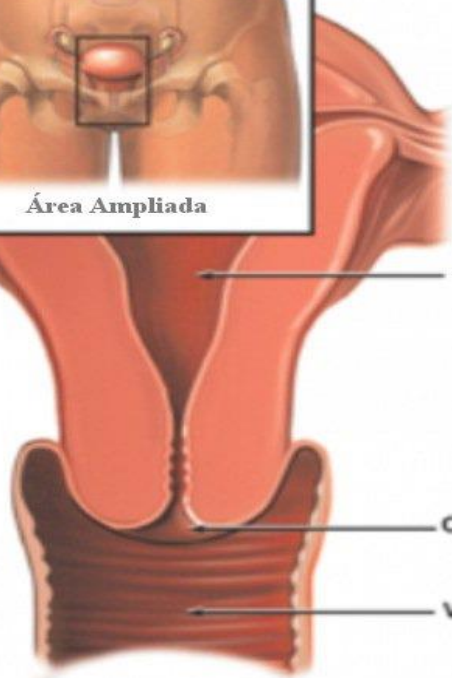
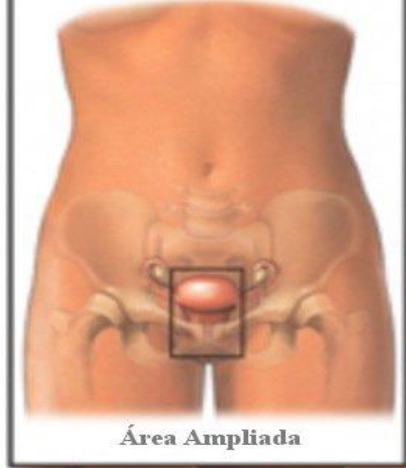
- El cáncer de cuello uterino es una enfermedad progresiva, que comienza como una lesión intraepitelial que evoluciona a una neoplasia invasora en un periodo de entre **10 y 20 años, salvo excepciones.**

¿Cómo se suceden las lesiones que preceden al cáncer de cuello uterino?

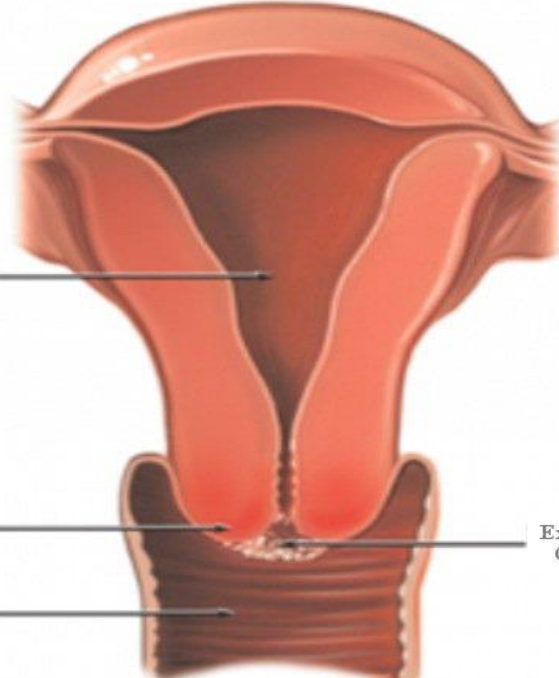


La etapa intraepitelial incluye a las lesiones denominadas LESIÓN ESCAMOSA INTRAEPITELIAL DE BAJO GRADO y ALTO GRADO-SIL (del inglés squamous intraepithelial lesion).

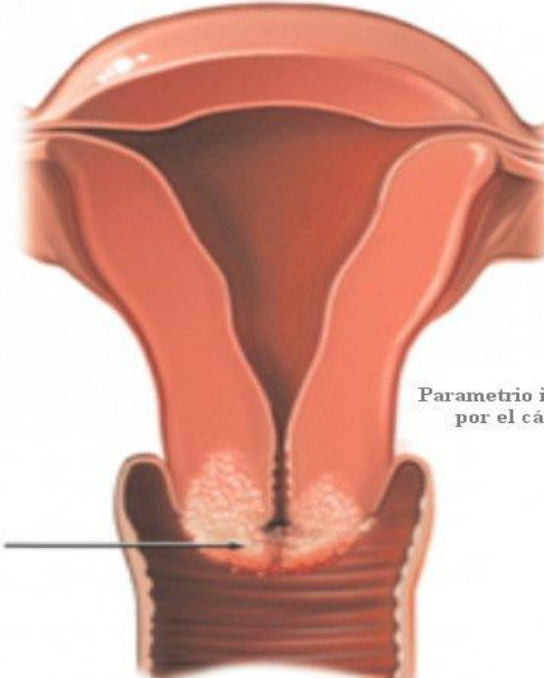
Infografía del Cáncer Cervical



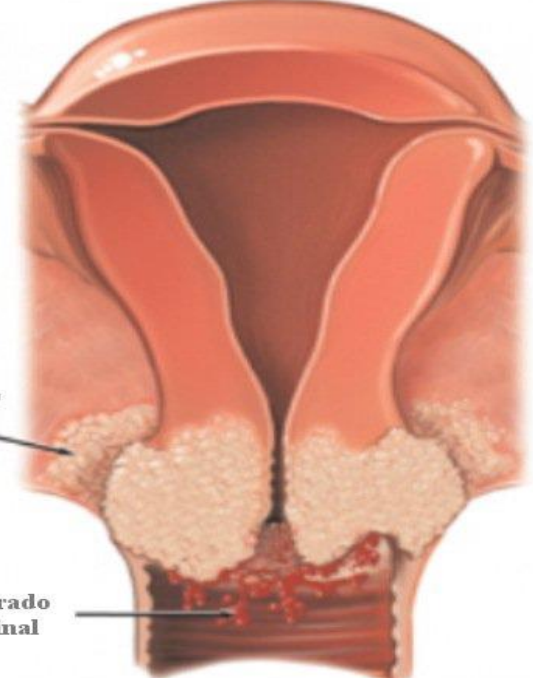
Cervix y Vagina Normal



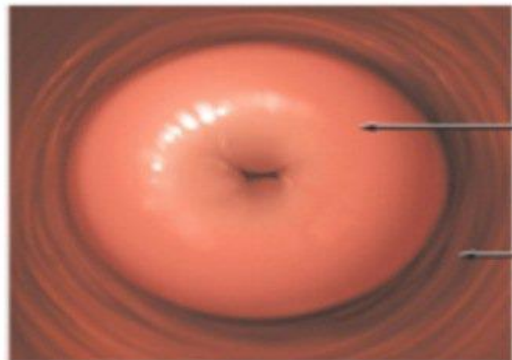
Etapa Temprana de Cáncer



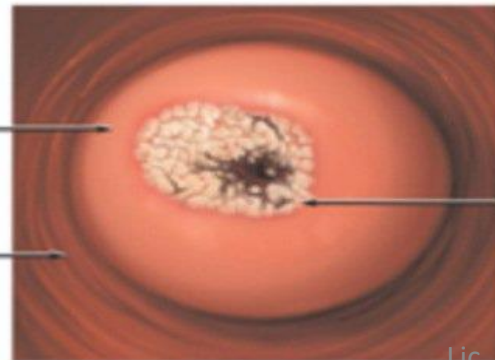
Estado BI de Cáncer



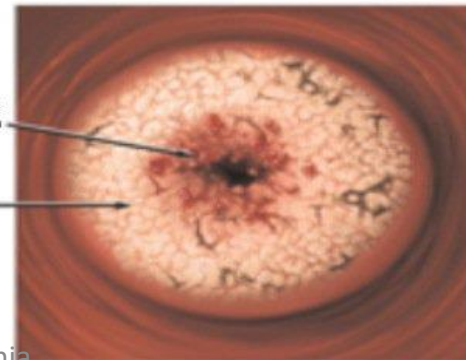
Etapa BII el Cáncer se Expande Fuera del Cervix



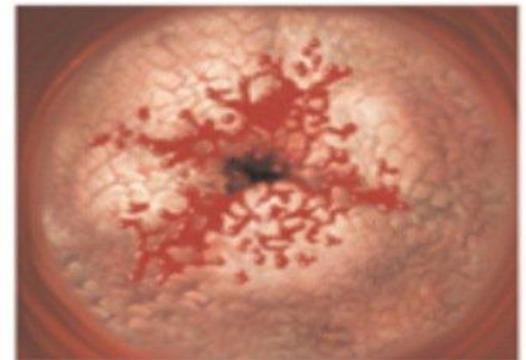
Cervix Normal



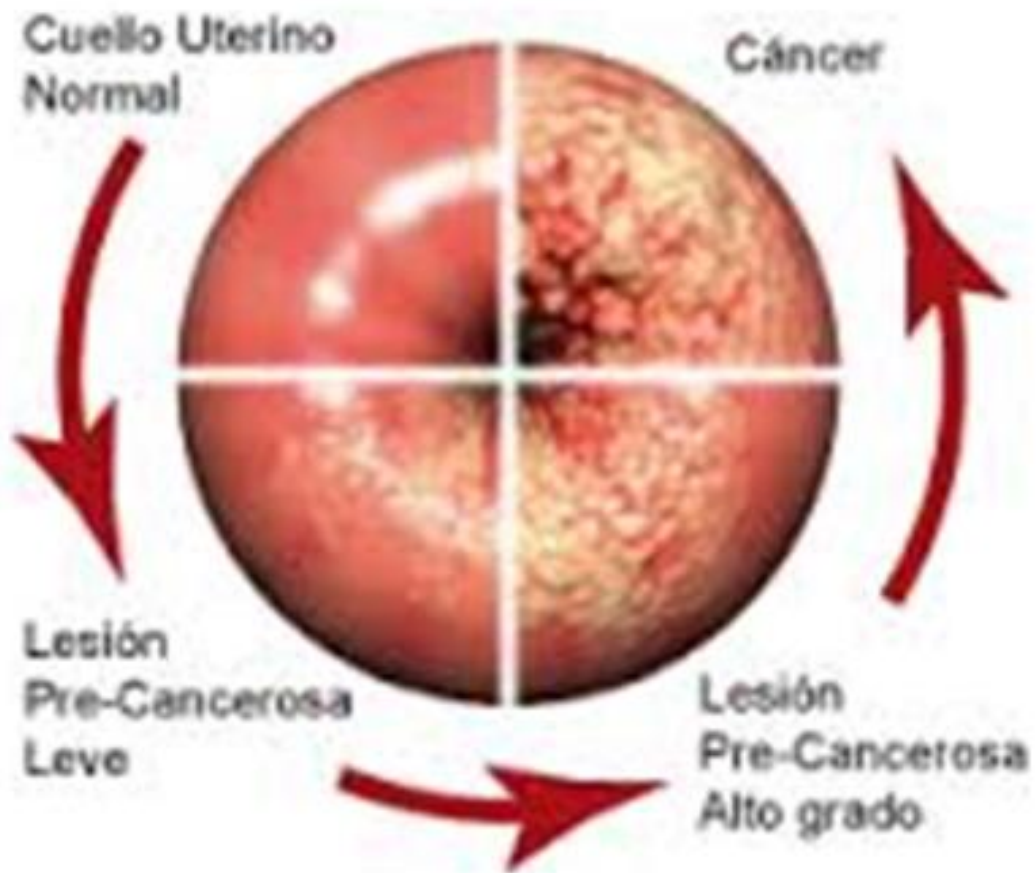
Etapa BI Cáncer Cervical



Etapa BI, el Cáncer aún se Encuentra solo en el Cervix



Etapa BII Cáncer Cervical



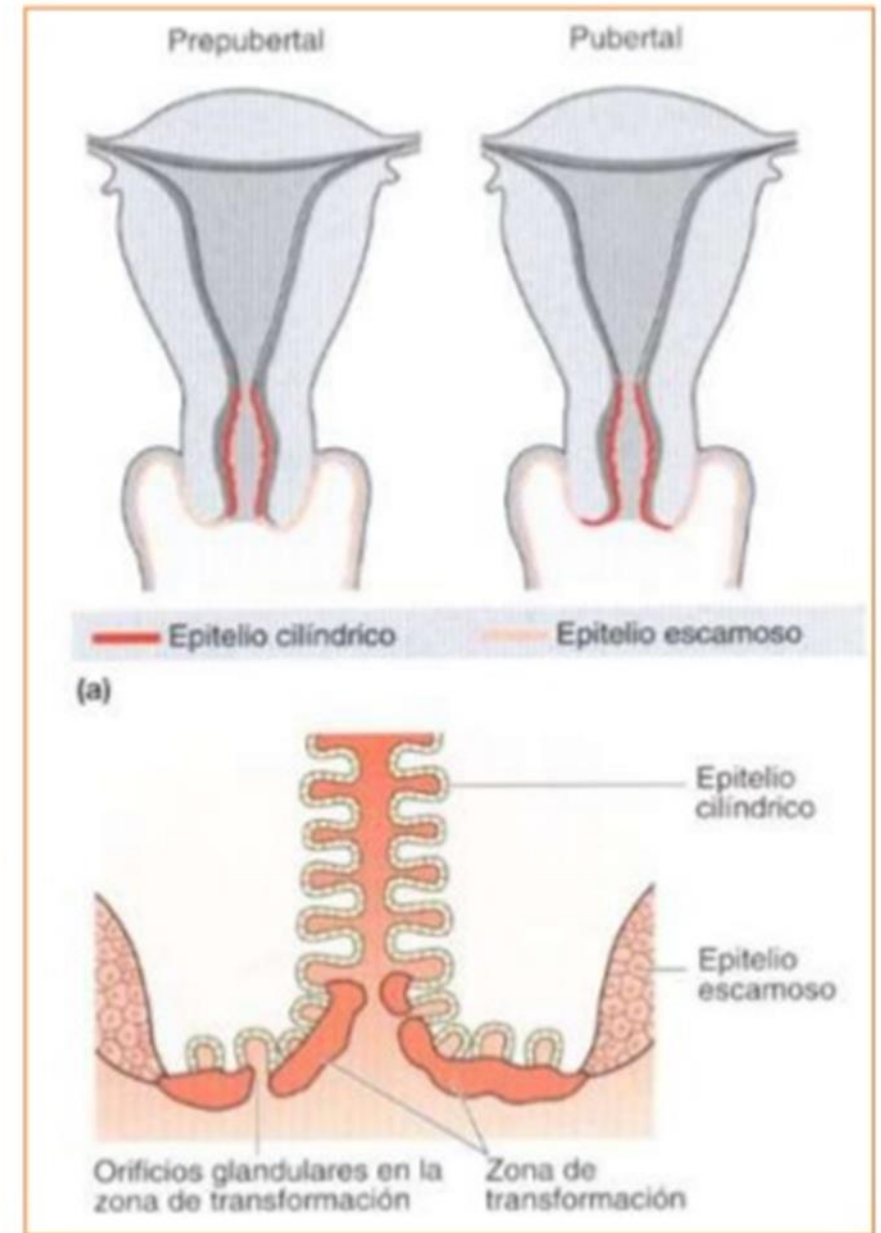
¿Qué significa cuando nos dan un diagnostico de Displasia celular?

- Es una lesión celular caracterizada por una modificación irreversible del ADN que causa la alteración de la morfología y/o de la función celular.
- También puede acabar provocando una neoplasia
- Las células displásicas sufren una proliferación y alteraciones atípicas que afectan a su tamaño, forma y organización.
- Esto puede ser indicativo de que se encuentran en una fase de evolución temprana hacia la transformación en una **neoplasia**. Por lo tanto la displasia es un cambio preneoplásico o precanceroso

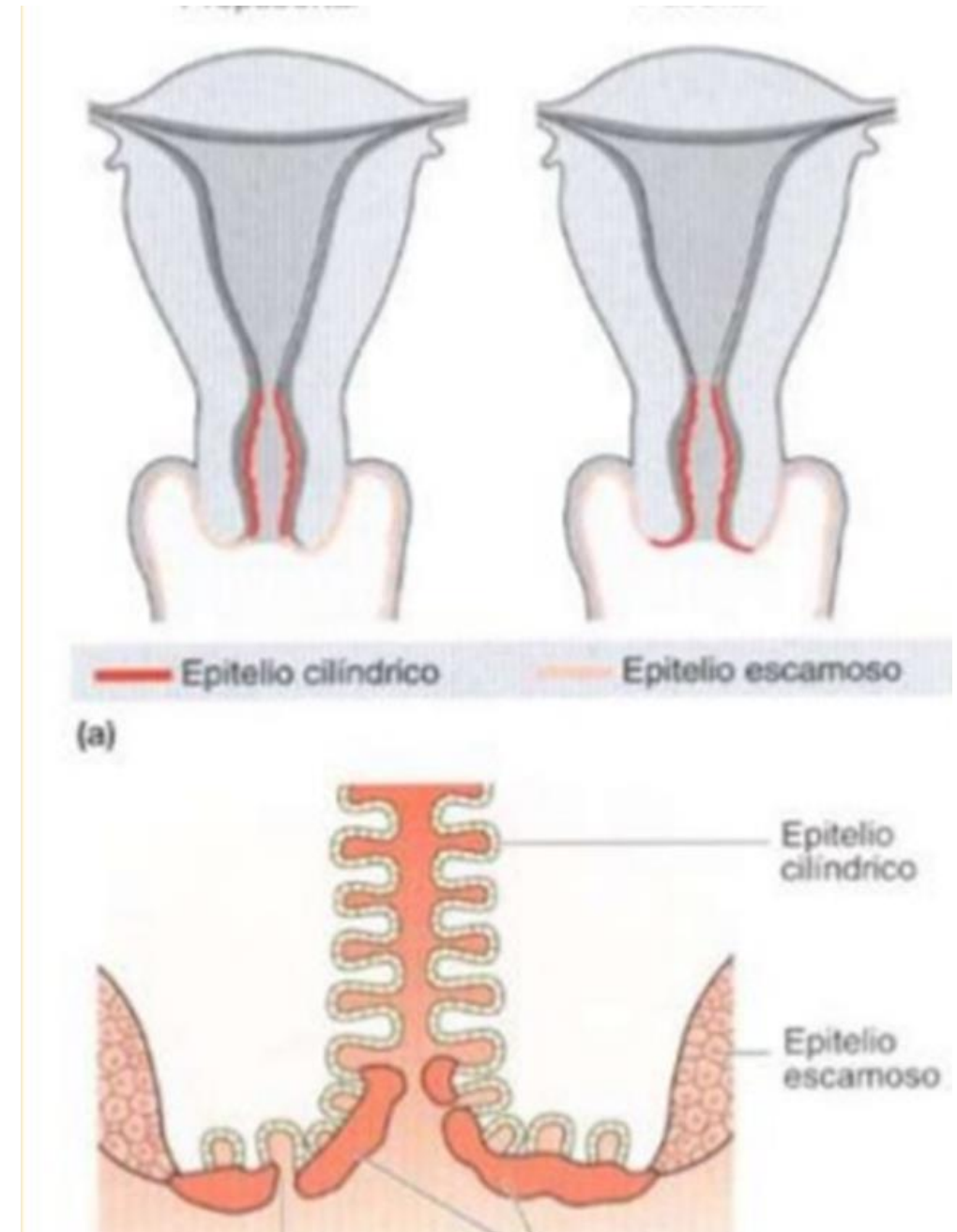
¿Qué es una neoplasia?

- El término **neoplasia** se utiliza para designar una masa anormal de tejido. Se produce porque las células que lo constituyen se multiplican a un ritmo superior a lo normal.
- Las neoplasias pueden ser **benignas** cuando se extienden solo localmente y **malignas** cuando se comportan de forma agresiva, comprimen los tejidos próximos y se diseminan a distancia

- El cuello uterino conecta el cuerpo del útero con la vagina
- Los dos tipos principales de células que cubren el cuello del útero son las células escamosas (en el exocérnix) y las células glandulares (en el endocérnix).
- Estos dos tipos de células se encuentran en un lugar llamado **zona de transformación**.
- La ubicación exacta de la zona de transformación cambia a medida que envejece y si da a luz.



- La mayoría de los cánceres de cuello uterino se **originan en las células de la zona de transformación.**
- Estas células no se tornan en cáncer de repente, sino que las células normales del cuello uterino primero se transforman gradualmente con cambios precancerosos, los cuales se convierten en cáncer.
- Estos cambios precancerosos, incluyen neoplasia intraepitelial cervical (CIN, por sus siglas en inglés), lesión intraepitelial escamosa (SIL) y displasia.



El NIC se desarrolla en la zona de transformación



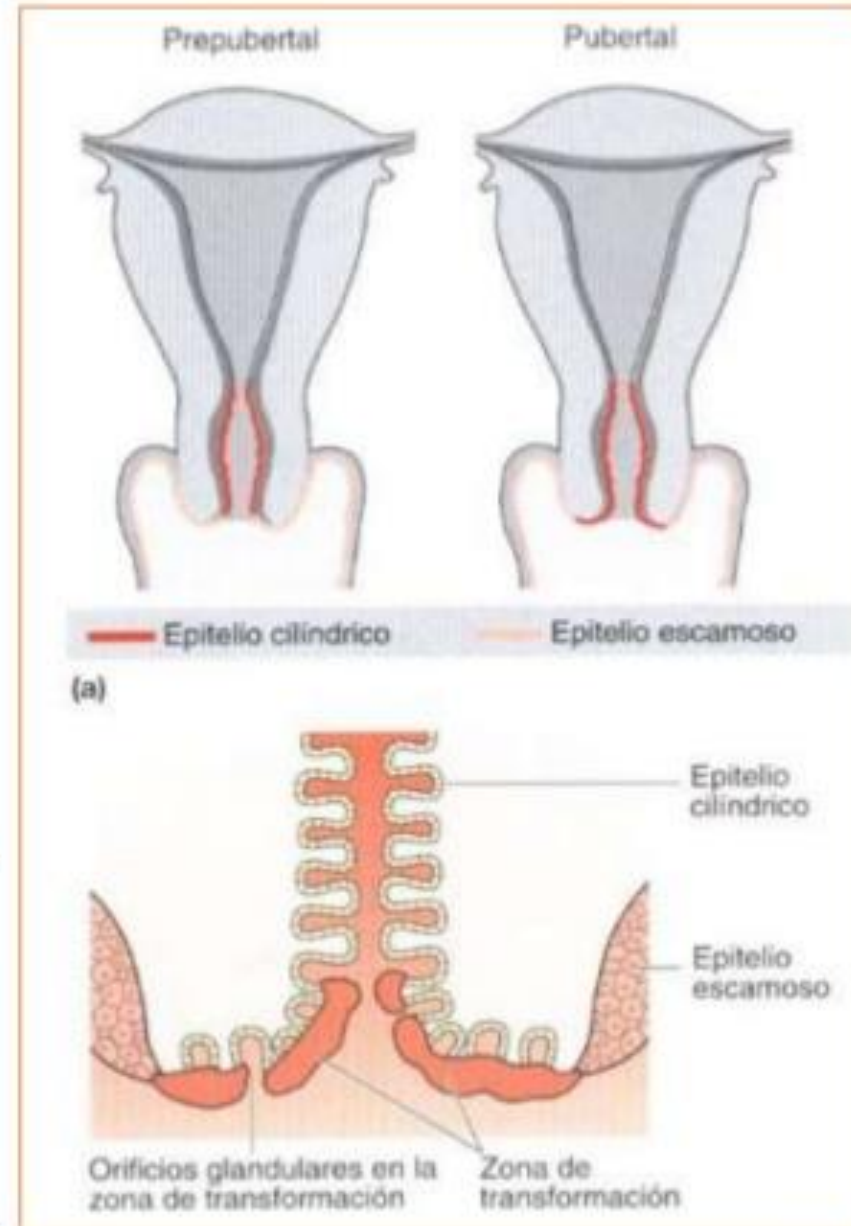
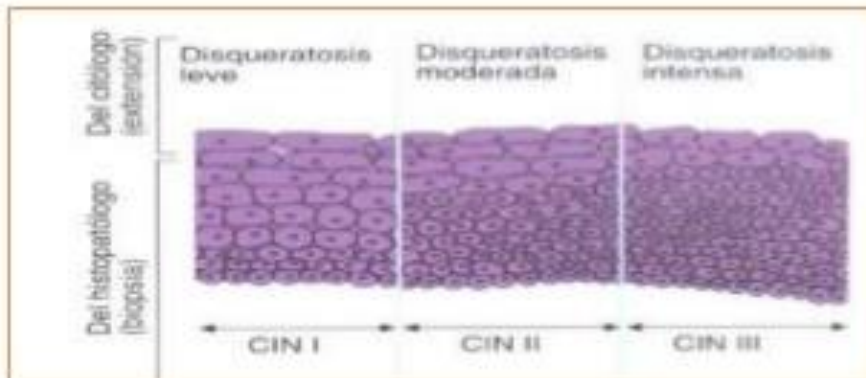
Endocervix → epitelio cilíndrico



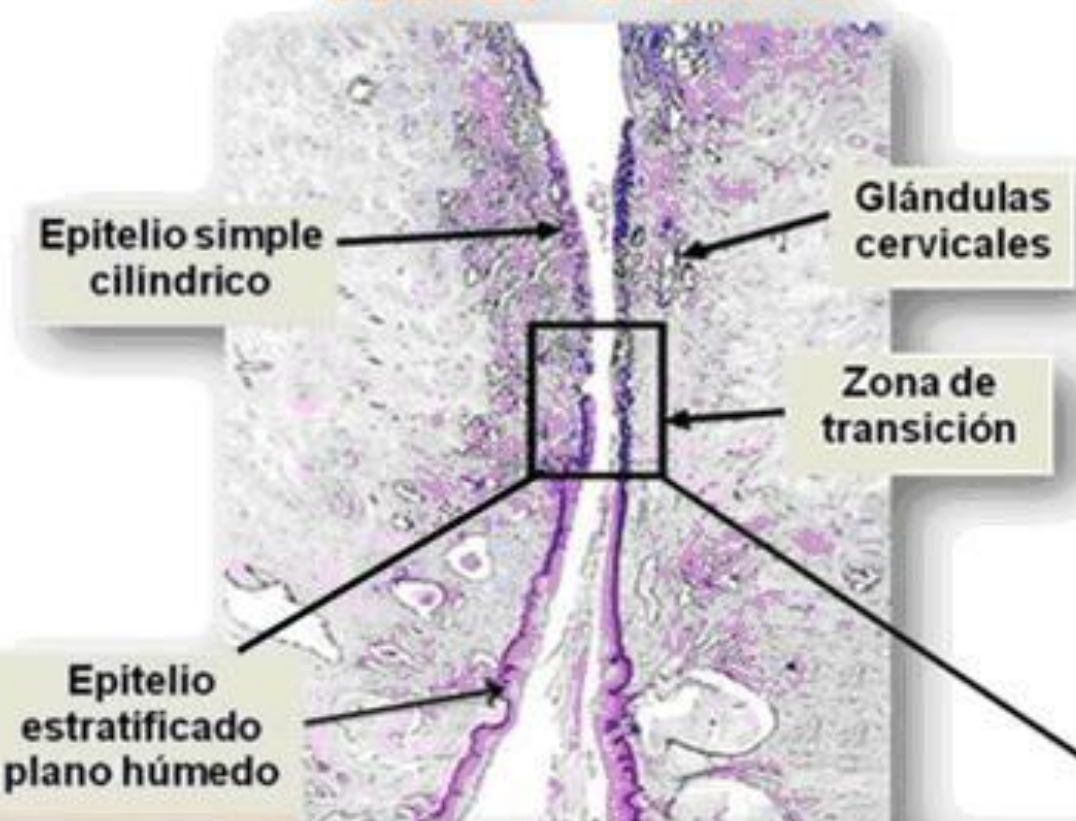
Ectocervix → epitelio escamoso

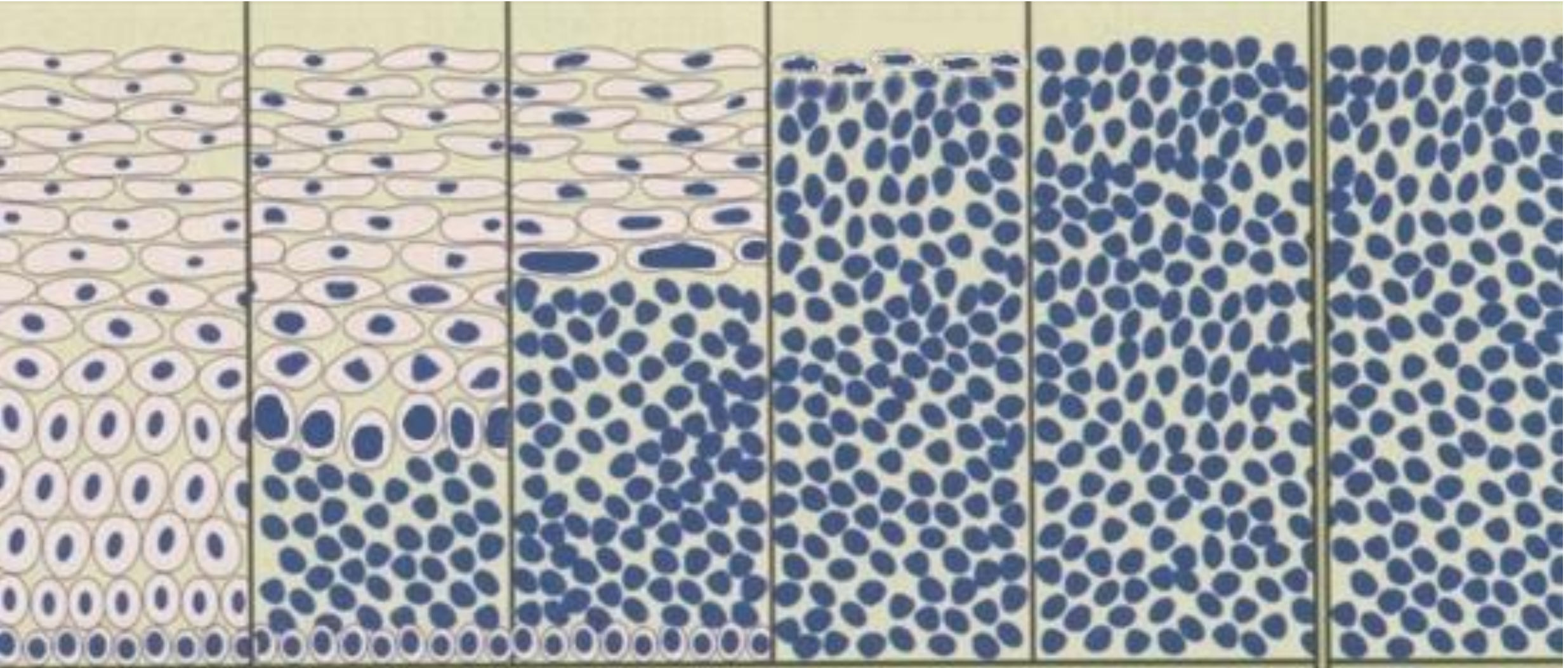


*dx citológico

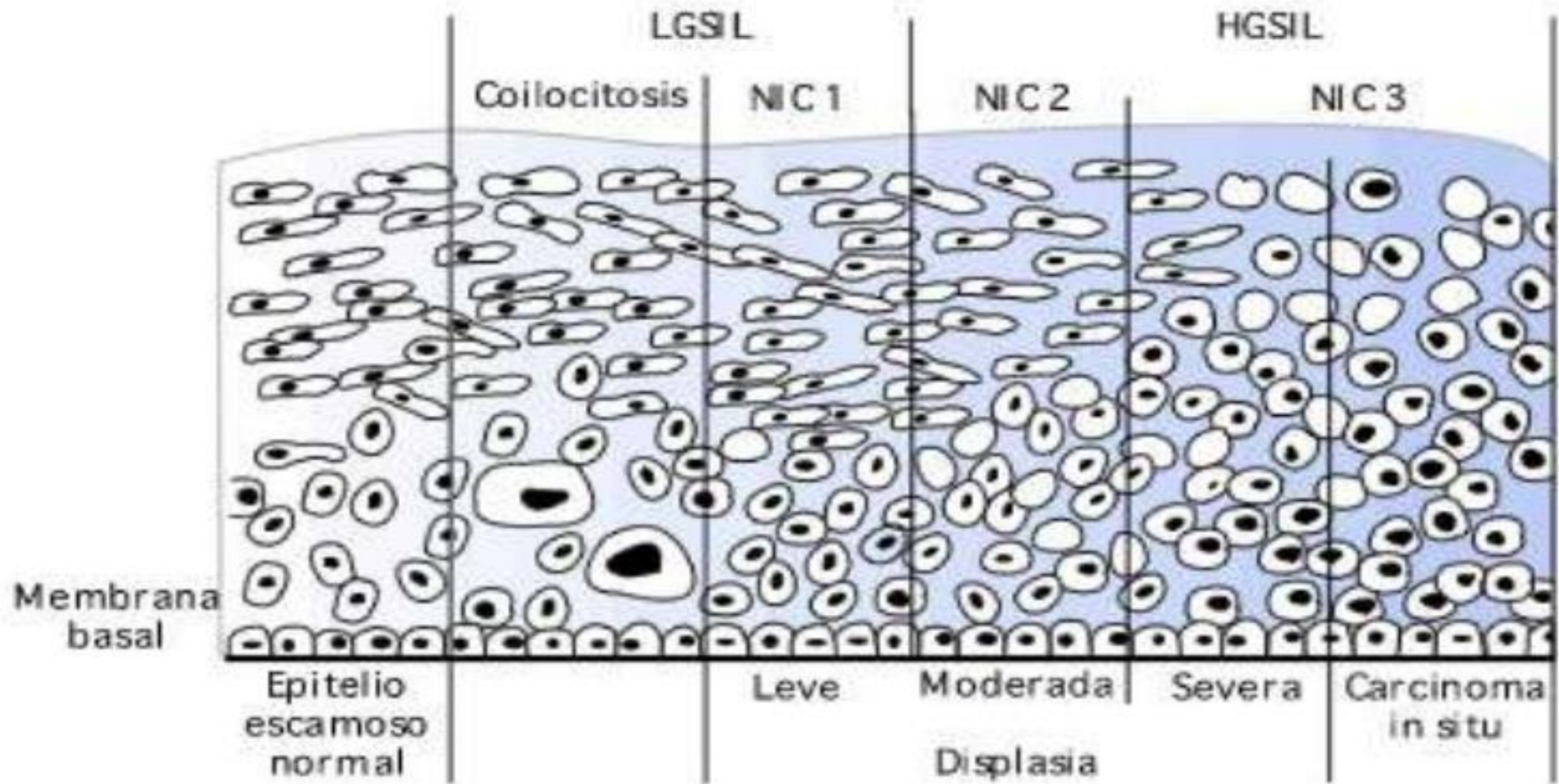


CUELLO UTERINO





Normal	Mild dysplasia	Moderate dysplasia	Severe Dysplasia	Carcinoma in situ	
	CIN1	CIN2	CIN3		
	LSIL	HSIL			



Los cánceres de cuello uterino y los precánceres se clasifican de acuerdo con el aspecto que presentan bajo el microscopio.

Los dos tipos más comunes de cánceres de cuello uterino son el carcinoma de células escamosas y el adenocarcinoma.

La mayoría (9 de 10 casos) de los cánceres de cuello uterino son carcinomas de células escamosas.

Estos cánceres se originan de células en el exocérnix y las células cancerosas tienen características de las células escamosas cuando se observan con un microscopio.

- Los carcinomas de células escamosas se originan con mayor frecuencia en la zona de transformación (donde el exocérnix se une al endocérnix).
- **La mayoría de los otros cánceres cervicales son adenocarcinomas.**
- Los adenocarcinomas son cánceres que se originan de células glandulares.
- El adenocarcinoma cervical se origina en las células de las glándulas productoras de mucosidad del endocérnix.

EL CONCEPTO DE GRUPO DE RIESGO

¿Cuáles son los factores de riesgo del cáncer de cuello uterino??

Un factor de riesgo es aquel que aumenta las probabilidades de que padezca una enfermedad como el cáncer.

1- Infección con el virus del papiloma humano

- El factor de riesgo más importante para el cáncer de cuello uterino es la **infección con el virus del papiloma humano (VPH o HPV, por sus siglas en inglés)**.
- El VPH es un grupo de más de 150 virus relacionados, algunos de los cuales causan un tipo de crecimiento llamado papilomas, lo que se conoce más comúnmente como verrugas.
- El VPH puede infectar a las células de la superficie de la piel, y aquellas que revisten los genitales, el ano, la boca y la garganta, pero no puede infectar la sangre o los órganos internos como el corazón o los pulmones.

- El VPH se puede transmitir de una persona a otra durante el contacto con la piel. Una forma en la que el VPH se transmite es mediante el sexo, incluyendo el sexo vaginal, anal y hasta oral.
- Los diferentes tipos de VPH causan verrugas en diferentes partes del cuerpo.
- Algunos tipos causan verrugas comunes en las manos y los pies; otros tipos tienden a causar verrugas en los labios o la lengua.
- Ciertos tipos de VPH pueden causar verrugas en o alrededor de los órganos genitales femeninos y masculinos, así como en el área del ano.
- A estos tipos se les llama VPH de bajo riesgo porque rara vez están asociados con el cáncer.

- A otros tipos de VPH se les llama tipos de **alto riesgo** porque están fuertemente vinculados con cánceres, incluyendo cáncer de cuello uterino, vulva y vagina en mujeres, cáncer de pene en los hombres, y cáncer de ano, boca y garganta tanto en hombres como en mujeres.
- Aunque esto puede resultar de una infección con cualquier tipo de alto riesgo, alrededor de dos tercios de todos los cánceres de cuello uterino son causados por VPH 16 y 18.
- Aunque actualmente no hay cura para la infección de VPH, existen maneras de tratar las verrugas y el crecimiento celular anormal que causa el VPH.
- Prevención y detección temprana del cáncer de cuello uterino y El VPH y las pruebas para el VPH.

2- Tabaquismo

- Las fumadoras tienen aproximadamente el doble de probabilidades respecto a las no fumadoras de padecer cáncer de cuello uterino.
- Se han detectado subproductos del tabaco en la mucosidad cervical de mujeres fumadoras. Los investigadores creen que estas sustancias dañan el ADN de las células en el cuello uterino y pueden contribuir al origen del cáncer de cuello uterino.
- Además, fumar hace que el sistema inmunológico sea menos eficaz en combatir las infecciones con VPH

3- Inmunosupresión

- Infección por Virus de Inmunodeficiencia humana .El virus que causa el SIDA (AIDS), causa daño al sistema inmunológico y ocasiona que las mujeres estén en un mayor riesgo de infecciones con VPH.
- Esto podría explicar por qué las mujeres con SIDA (AIDS) tienen un mayor riesgo de cáncer de cuello uterino. El sistema inmunológico es importante para destruir las células cancerosas, así como para retardar su crecimiento y extensión.
- En las mujeres infectadas con VIH, un precáncer de cuello uterino puede transformarse en un cáncer invasivo con mayor rapidez de la normal.
- **medicamentos para suprimir las respuestas inmunes**

4- Infección por clamidia

- La clamidia es una clase relativamente común de bacteria que puede infectar el sistema reproductor. Se transmite mediante el contacto sexual.
- Algunos estudios han indicado que las mujeres con una infección pasada o actual con clamidia tienen mayor riesgo de cáncer de cuello uterino que las mujeres con un análisis de sangre normal.

5- Una alimentación con pocas frutas y verduras

- Las mujeres con una alimentación que no incluya suficientes frutas, ensaladas y verduras pueden tener un mayor riesgo de cáncer de cuello uterino.
- Tener sobrepeso Las mujeres que tienen sobrepeso tienen una mayor probabilidad de padecer adenocarcinoma del cuello uterino.

Prevención del cáncer de cuello uterino

- **Prevención primaria:**

- Educación
- Vacunación contra el VPH

Prevención secundaria

- Detectar y aplicar tratamiento a la enfermedad en estados muy tempranos, para impedir el desarrollo de la misma
- Sinónimos: diagnóstico precoz/cribado/ tamizaje(screening).

Papanicolaou

Test de VPH

Colposcopía

Biopsia

Esquema de vacunación contra VPH

Año 2013: Durante el año de introducción de la vacuna contra el **VPH**, Todas las niñas quienes cumplirán 10 y 11 años de edad durante el año 2013

A partir del Año 2014: la población objetivo comprenderá **una sola cohorte:**

- Todas las niñas quienes cumplirán 10 años durante el año calendario, deberán recibir la vacuna contra el VPH

Vacuna VPH: Dosis y Vía de administración

- Vía IM
- Dosis, 0.1 y 6 meses
- Vacuna recombinante **Tetravalente contra el Virus del Papiloma Humano - VPH -**
- **(Tipos 6, 11, 16 y 18)- Gardasil- Paraguay**

- **Hay otra vacuna bivalente. Cervarix para tipos 16 y 18**

¿En qué consiste el Examen de Papanicolaou?



Lic. Alva Verdechia

Examen citológico de Papanicolaou

- El **papanicolaou (pap)**, consiste en tomar las células que caen espontáneamente del cuello uterino, por fuera con un instrumento de madera llamado espátula (espátula de Ayre) y por dentro con un cepillo (cepillo endocervical o citobrush).
- Es un método de tamizaje,
- Debe realizarse en cualquier establecimiento de salud dependiente del MSP
- Personal capacitado: medico, licenciadas, técnicos y agentes comunitarios.
- Será función primordial de las USF realizar las actividades de pesquisa y tamizaje en el territorio.

Procedimiento para la toma de muestra

1. Llenar correctamente y en forma completa la solicitud de Pap. Colocar el nombre y apellido en la lamina (coincidentemente con el formulario).
2. Colocar el especulo de tamaño adecuado. **En caso de sequedad vaginal, mojar el especulo con suero fisiológico o agua corriente**
3. Evitar raspar la superficie del cuello con los extremos del especulo. **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**

Procedimiento para la toma de muestra

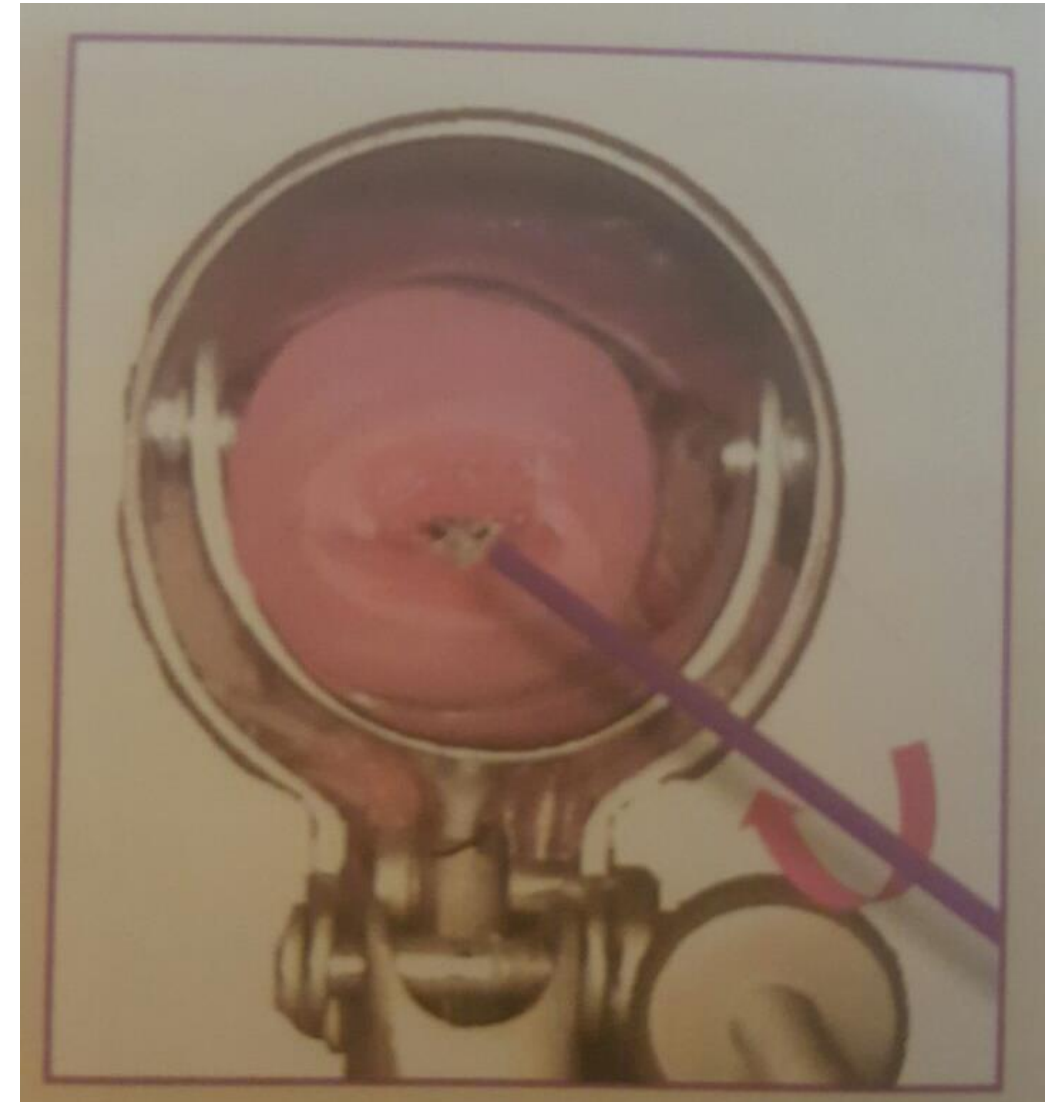
4. Extraer el material endocervical y endocervical

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



Procedimiento para la toma de muestra

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





Lic. Alva Verdechia

Prueba de Papanicolaou

A. Se introduce un espéculo en la vagina, exponiendo el cuello uterino. Se introduce un cepillo endocervical en la región del canal cervical.

B. Se cepilla el cuello uterino con las cerdas del cepillo endocervical en sentido horario para recolectar células y examinarlas en un microscopio.



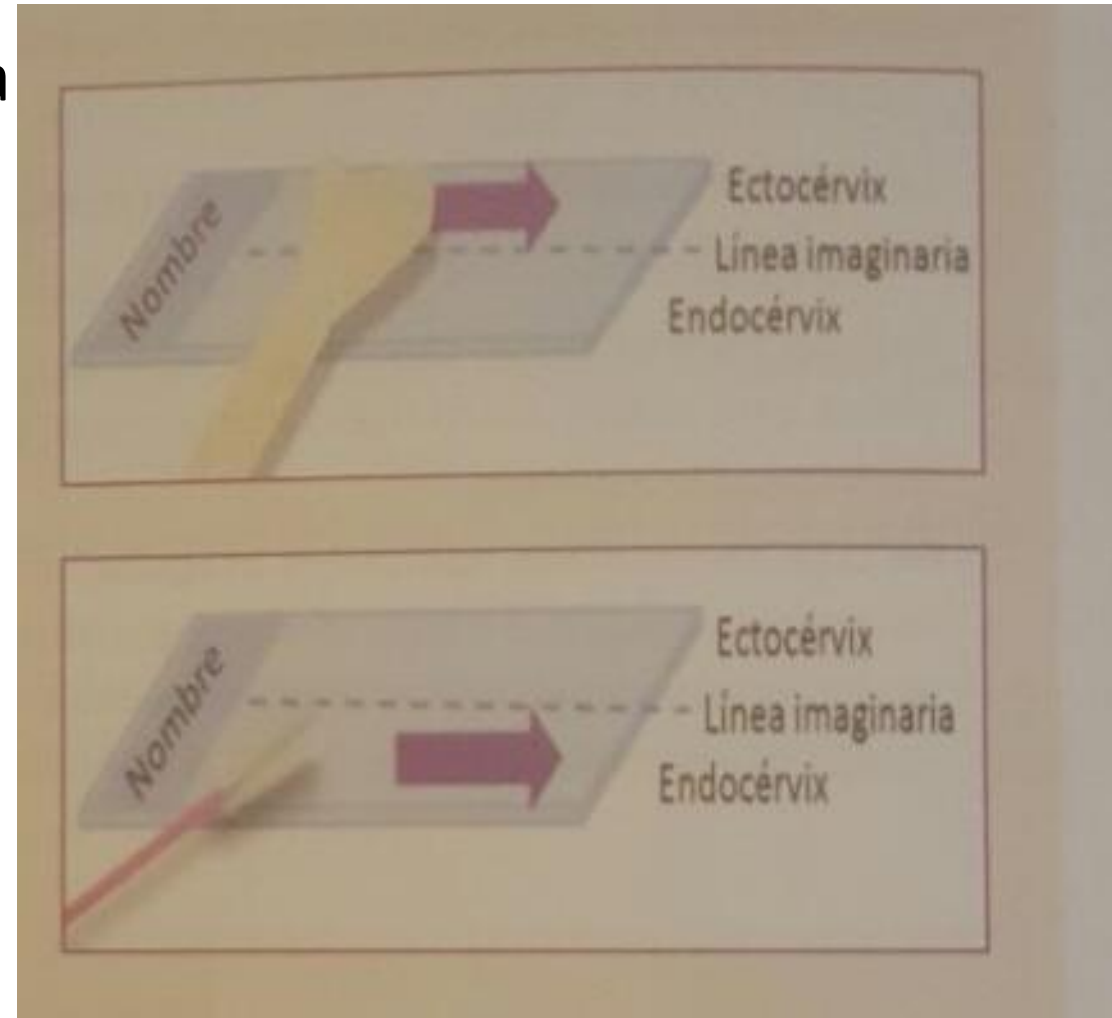
Lic. Alva Verdechia

Vista amplia de cerca del cuello uterino

Procedimiento para la toma de muestra

5. Extender el material sobre la lamina

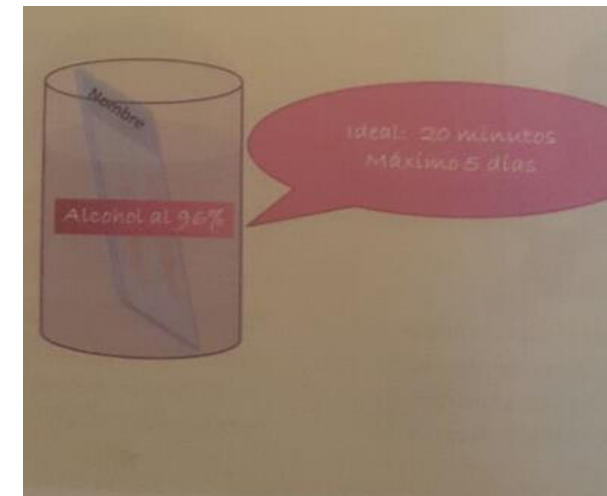
- Con la espátula extiende en un solo movimiento uniforme sobre una mitad de la lamina
- Con el cepillo extiende girando el cepillo una vez sobre la otra mitad de la lamina



Procedimiento para la toma de muestra

6. Fijación del material

- Sumergir inmediatamente toda la lamina en el alcohol etílico al 96% por un mínimo de 20 minutos y máximo de 5 días.
- **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.**
- Retirar la lamina del alcohol, dejar secar a temperatura ambiente, colocar en caja portalámina o envolver en forma individual en papel blanco. (no envolver con el formulario de citología)



Condiciones para la toma correcta de muestra

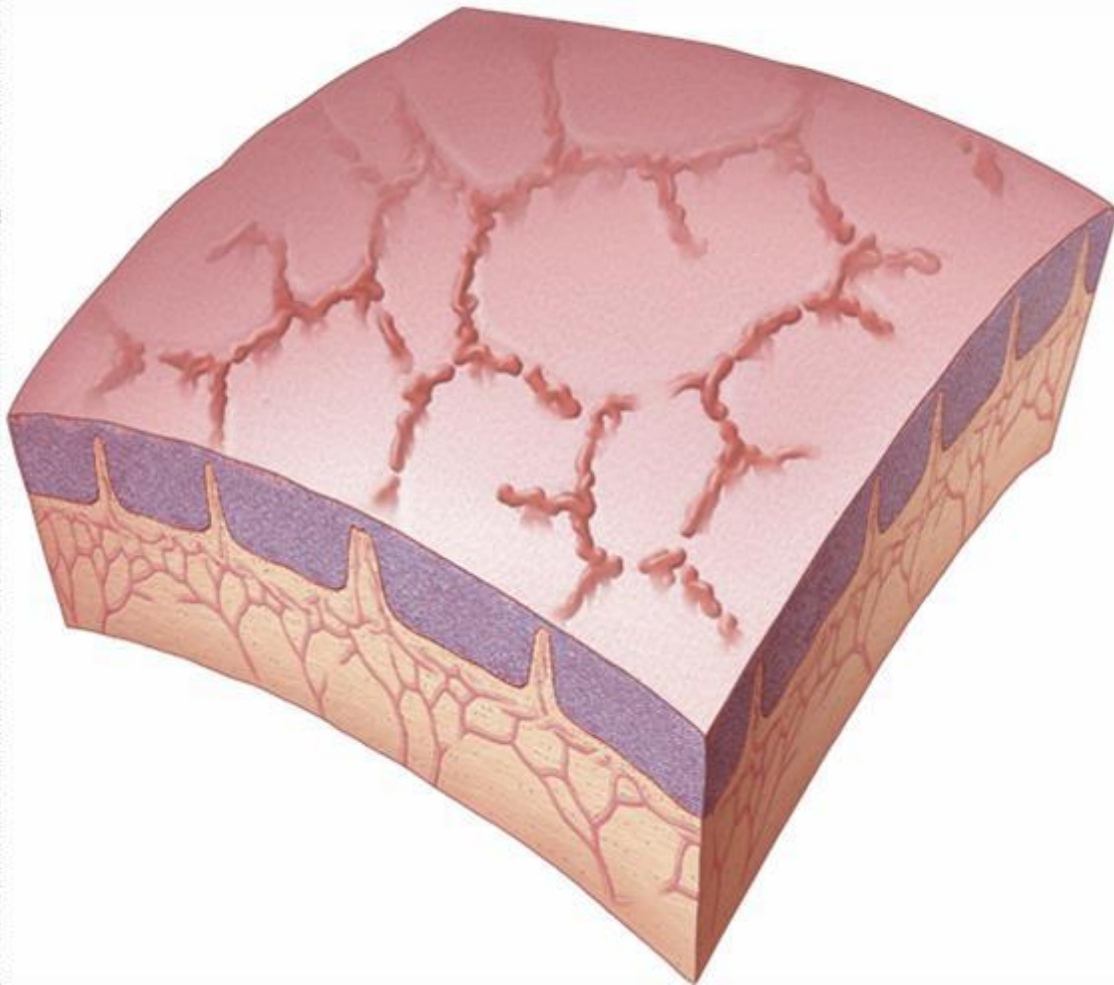
- La mujer debe estar fuera de la **menstruación**
- Esperar **una semana** después de la última aplicación de **ovulo o crema vaginal**
- No realizar **lavado ni tacto vaginal 24 horas antes**
- Esperar por lo menos **48 horas** después de una **ecografía vaginal**
- **Es preferible no tener relaciones sexuales el día anterior**
- Esperar **3 meses posterior a un procedimiento ginecoobstetrico** (legrado, parto normal o cesárea, Conización, LEEP, crioterapia, electro fulguración, topicación con ATA, imiquimod, polipectomía, extracción de DIU, radioterapia, quimioterapia o braquiterapia)

Colposcopia

Es un método de DX 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 lente de aumento y una fuente de luz propia



COLPOSCOPÍA ANORMAL Mosaico Grueso



Colposcopia En qué pacientes se realiza

- En Pap positiva y en 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.

Nuevas tecnologías en la prevención del cáncer de cuello uterino

- Prueba de VPH- Geno tipificación del VPH
- Test de VPH de alto riesgo
- Test de VPH. AR por PCR . Se realiza en la toma de muestra en el Hospital – regional de Villarrica y se remite al LC del MSPyBS.
- Tiene la ventaja de detectar separadamente los VPH16 y VPH18y al mismo tiempo el resto de los VPH AR (31.33.35.39.45.51.52.56.58.59.66 y 68)

Indicaciones de uso de las pruebas de la prueba VPH- AR

- Como método de tamizaje aumenta la eficacia del cribado primario en mujeres de 30 años y más
- En anomalías citológicas no concluyente. ASCUS
- En el control para tratamiento y seguimiento de neoplasias cervicales
- En la disertación cito-colpo-histológica
- No está indicado en los adolescentes, porque al inicio de la vida sexual pueden aparecer infecciones, que son controladas por el sistema inmune y no necesitan tratamiento

Condiciones de uso de las pruebas de VPH Alto Riesgo

- Abstinencia sexual de 72 horas
- No realizar la toma durante la menstruación
- No realizar higiene vaginal antes de la toma
- Esperar 7 días posteriores a la última aplicación de ovulo o crema vaginal
- Esperar 3 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 (LEEP, CRIOTERAPIA, COMO FRIO, ETC)

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 a 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

Calidad del espécimen para prueba citológica

Satisfactorio para la evaluación.

- **Para ser satisfactorias debe incluir información sobre células de la zona de transformación además de otros indicadores de calidad (células escamosas, glandulares o metaplasicas en cantidad representativas, bien distribuidas, fijadas y coloreadas que al observar permiten una conclusión diagnóstica fiable).**
- **Si la muestra es negativa para lesión intraepitelial el pap debe ser repetido con intervalo de 1 año. Luego de dos exámenes anuales consecutivos negativos para lesión intraepitelial, el intervalo será cada 3 años**

Calidad del espécimen para prueba citológica

Insatisfactoria para evaluación

- **Espécimen rechazado no procesado.** Ej. Lamina rota, lamina sin identificación, identificación distinta lamina y formulario
- **Espécimen procesado y examinado,** insatisfactorio para evaluación de anormalidades en células epiteliales

Insatisfactorias: aquellas que podrían presentar defectos técnicos o en la calidad de la toma de muestra o debido a condiciones propia de la paciente (hipoestrogenismo, leucorrea, material hemático) y no sirve para interpretación.

- Material acelular o hipocelular, (menos del 10% de la muestra) lectura difícil por artefactos de fijación, contaminación externos, superposición celular intensas, etc.

Situaciones especiales

- **Adolescentes:** a partir del año de inicio de las relaciones sexuales
- **Embarazadas:** obligatorio en la primera consulta prenatal independientemente de la edad gestacional
- **Post.menopausia:** en mujeres con atrofia secundaria e hipoestrogenismo pueden resultar en falsos positivos. Se recomienda el uso de tratamiento local con estrógeno por 1 mes previo a la toma para facilitar el estudio.
- **Mujeres histerectomizadas:** total por causas benignas deben seguir la misma periodicidad de control que las no operadas.

Histerectomía por cáncer de CU o Lesión de AG el control debe ser riguroso (cada 6 meses los dos primeros años y luego anualmente de por vida)

Situaciones especiales

- **Mujeres sin historia de actividad sexual:** realizar el examen de Pap 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 quimioterapico, 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 multicentricas.
- **Mujeres con LIE de AG (CIN II Y CIN III)** recomendar citología anal, dada la probabilidad de concomitancia con lesiones anales (AIN)

Resultados citológicos

- Para informar los hallazgos citológicos de un extendido cervico vaginal se utilizan términos técnicos 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.
- Solo 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. Cuando no hay evidencia de neoplasia independientemente de si se observan o no microorganismos u otros hallazgos no neoplásicos.

Elementos celulares normales

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

Categorización General

- Cambios no neoplásicos

- *Cambios celulares no neoplásicos

- Metaplasia escamosa
 - Cambios queratocíticos
 - Metaplasia tubaria
 - Atrofia
 - Cambios asociados al embarazo

- *Cambio celulares reactivos asociados a:

- Inflamación (incluido reparación típica)
 - Cervicitis linfocítica (folicular)
 - Radiación
 - DIU

- *Células glandulares post histerectomía

Categorización General

- **Organismos**
 - **Trichomonas vaginalis**
 - **Hongos, compatibles con *Candida* spp**
 - **Cambios en la flora compatible 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.

2- Anormalidades de células epiteliales

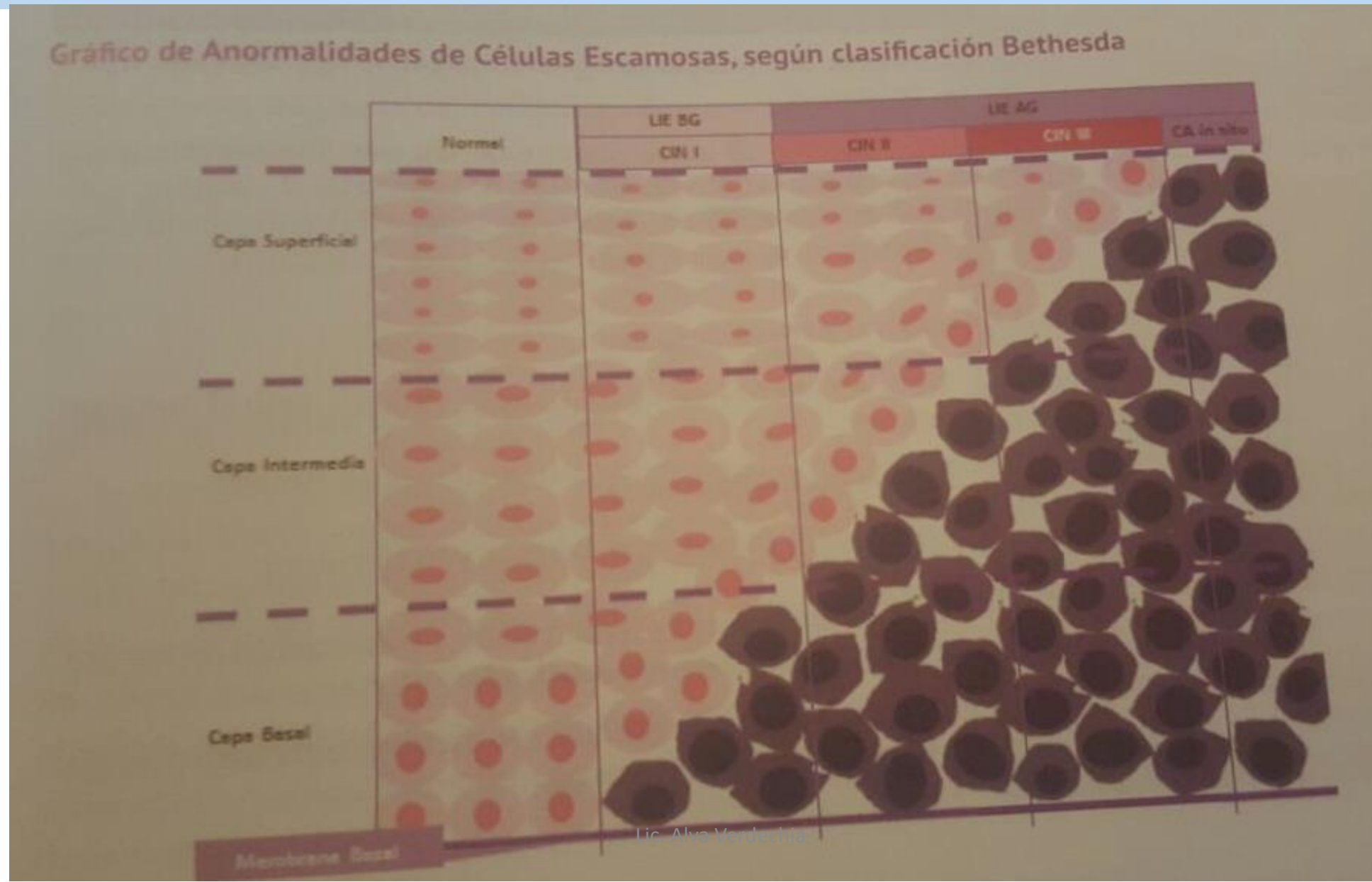
Células escamosas

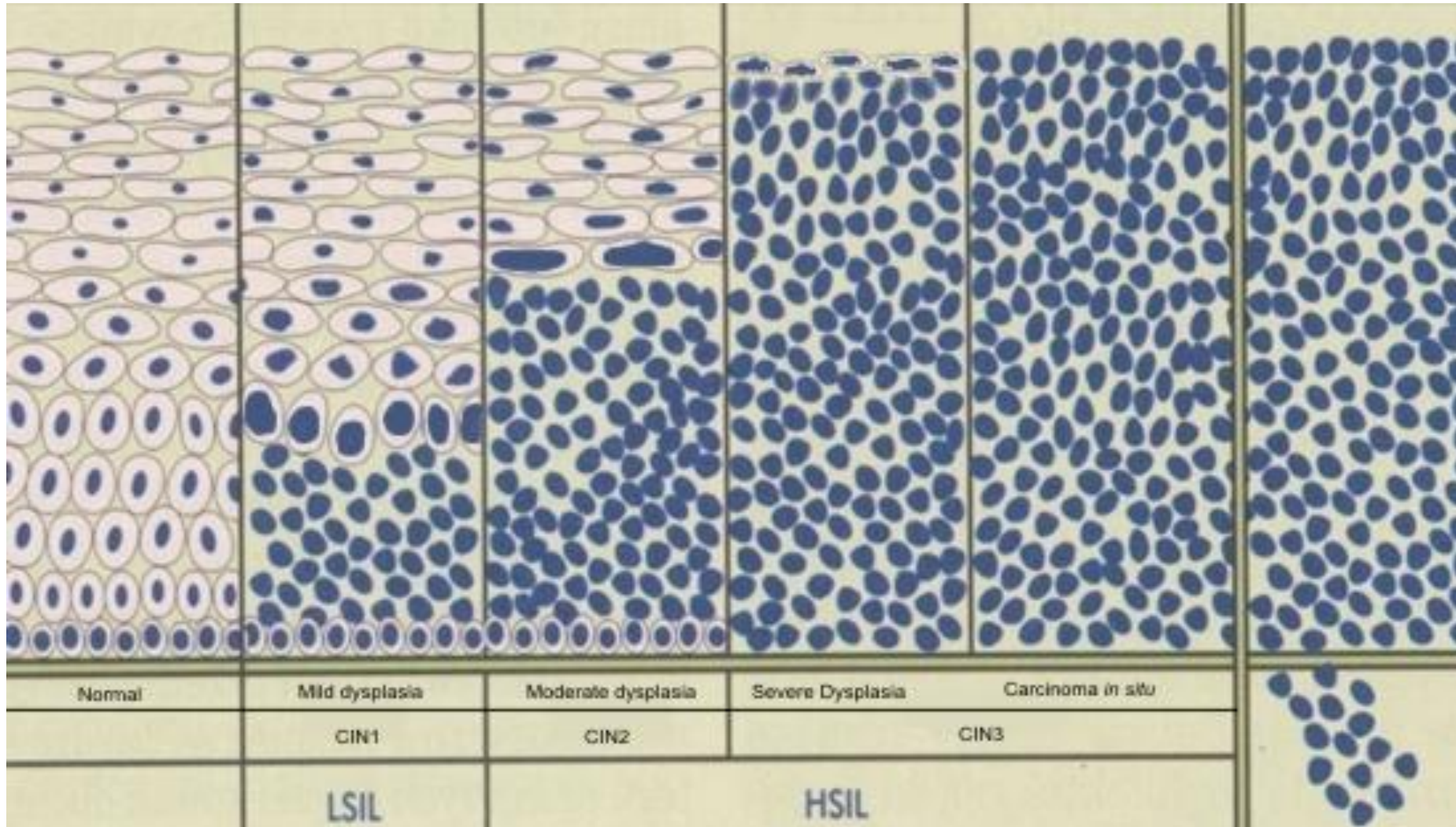
- Células escamosas atípicas (ASC)
- Células escamosas atípicas significado indeterminado (ASC-US)
- Células escamosas atípicas no es posible descartar LIE de AG (ASC-H)

• Lesión escamosa intraepitelial

- LIE (SIL en ingles) de bajo grado o CIN I
- LIE de alto grado CIN II CIN III.
- **Con sospecha de invasión (si existe la sospecha)**
- **Carcinoma de células escamosas**

Grafico de Anormalidades de Células Escamosas, según Clasificación Bethesda





Anomalías 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

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 antecedente de lesiones intraepiteliales o malignidad controles anuales. 2 resultados normales consecutivos realizar toma cada 3 años
ASC-US	Derivar para colposcopia
ASC-H	Derivar para colposcopia y biopsia y tratamiento si fuera necesario
LIE.BG CIN I	Derivar para colposcopia
LIE AG- CIN II III	Derivar para colposcopia, biopsia y tratamiento
Carcinoma invasor (escamoso, glandular u otros)	Derivar para biopsia, estadificación y tto según protocolo en hospitales especializados
AGC o células malignas o AIS endocervical	Derivar al hospital especializado en oncología para corroborar diagnóstico y tto

BIOPSIA

- 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.
- Puede ir seguida de legrado endocervical (LEC) según el tipo de lesión

Comparación de modalidades terapéuticas para NIC

• Procedimiento	Facilidad	Costo	Complicaciones	Cura
• Crioterapia	+++	+	+	80 %
• LEEP	+++	++	++	95%
• Láser ablación	++	+++	++	95%
• Cono Láser	+	+++	+++	95%
• Cono Frío	++	+++	++	98%

Tratamientos quirúrgicos

- **Conización** con bisturi frío, se realiza en quirófano bajo anestesia raquídea y técnica quirúrgica bien establecida
- **Histerectomía**: indicada sobre todo en LIE de AG con patologías asociadas como miomas uterinos y/o quiste de ovario, en menopaúsicas mayores

ASCUS: Células escamosas con Atipia de Significado indeterminado

- **Presentan cambios que pueden sugerir LIE de BG, incluye cambio por alteraciones celulares por el VPH, por inflamación, en caso de desecación del extendido, atrofia con degeneración.**

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 sometidas a colposcopia y biopsia y recibir el tratamiento correspondiente

Lesiones escamosas intraepiteliales de Bajo Grado o LIE BG

Situaciones especiales en pacientes con LIE BG (CIN I)

- **Adolescentes**
- En este grupo 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 tto escisional innecesario
- **Embarazo**
- En gestante con LIE BG CIN I el control deberá ser cada 3-6 meses durante la gestación y después de los 3 meses del parto. Sin embargo las gestantes con alteraciones colposcópicas sugestivas de invasión serán biopsiadas para confirmar el Dx y planificar el tratamiento adecuado

Tratamiento de LIE AG (CIN II-CIN III)

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

Tratamiento esciccional

Conización con asa de LEEP. Cuando el canal endocervical no esta comprometido X Biopsia

Conización con Bisturi Frio. Cuando el canal endocervcal se halla comprometido X Biopsia

Conizacion con LASER

En caso de PAP Positivo

- Realizar consejería eficiente
- Coordinar seguimiento con SSR
- Realizar Test Rápido Sífilis Y VIH
- Coagulograma o Hemograma y plaquetas
- Agendar según FUM para Aregua, en SSR
- Traslado día Lunes en forma gratuita y acompañada
- 03.15 hs de frente de urgencia
- Pueden hospedar en el dispensario Santa Lucia

GRACIAS POR SU ATENCION



Lic. Alva Verdechia