

## MANEJO ANTE DIAGNÓSTICO HISTOLÓGICO DE CIN1

AUTORES	REVISORES	Fecha elaboración
Juan Manuel Hidalgo María Marfil González Lucía Castaño Frías	José Ángel Monserrat Jordán Gabriel Fiol Ruiz	<b>14/7/2023</b>
		Fecha revisión
		<b>14/9/2023</b>

### INTRODUCCIÓN

El cáncer de cuello uterino es el 4º cáncer más frecuente en la mujer a nivel mundial. La mayoría de los casos ocurren en países con niveles de ingresos bajos. En España actualmente se considera la 15ª neoplasia más frecuente en mujeres.

### EPIDEMIOLOGÍA Y ETIOLOGÍA

La causa en más del 99% de los casos del cáncer de cérvix es la infección crónica por el VPH. La vía de transmisión más frecuente es la sexual y la gran parte de la población sexualmente activa entrará en contacto con el VPH en algún momento de su vida.

La mayoría de las pacientes eliminarán el virus sin necesidad de realizar ningún tratamiento, sin embargo, en otras, la infección cronificará y desarrollará lesiones precancerosas que posteriormente progresen a un carcinoma de cérvix.

Existen cientos de variedades de VPH, no obstante, solo se consideran de alto riesgo algunas de ellas, destacando el subtipo 16 y 18 que serán los responsables del 70% de los cánceres.

### CRIBADO Y DIAGNÓSTICO

La prevención secundaria del cáncer de cérvix se basa principalmente en la detección del VPH y la demostración de lesiones precursoras en la citología cervical.

En base a la última evidencia, la prueba principal de cribado debería ser la detección del VPH ya que tiene mayor sensibilidad, aunque menor especificidad que la citología. Por tanto, ante una prueba de VPH positiva deberemos realizar una prueba de triage posterior, siendo la más recomendada la citología.

En España se ha definido comenzar el cribado a los 25 años mediante citología cada 3 años y a partir de los 35 detección de VPH hasta la edad de 65 años.

Tras realizar el cribado, disponemos de la colposcopia y la toma de biopsia como métodos diagnósticos.

### CONDUCTA ANTE DIAGNÓSTICO HISTOLÓGICO DE CIN 1

La alteración histológica CIN 1 se considera aquella en la que se visualizan células indiferenciadas en el tercio inferior del epitelio con pocas mitosis y escasas anomalías nucleares.

Aunque gran parte (80%) de los casos de CIN1 se deben a genotipos de alto riesgo, la mayoría de ellos se resuelven sin necesidad de realizar ningún tratamiento. Por esta razón debemos encontrar el equilibrio entre prevenir la progresión y evitar un sobretratamiento.

En los casos de CIN 1 el riesgo de progresión difiere en función de: resultado de citología previa a la biopsia y la localización endocervical o exocervical de la lesión. Conociendo estas variables, se proponen diferentes conductas.

### - **Biopsia CIN1 exocervical**

Se considera lesión exocervical aquella que es completamente visible por colposcopia con ZT tipo 1 o 2. A grandes rasgos, una lesión CIN1 puede seguirse de manera anual si la citología y la colposcopia son concordantes. El tratamiento de una lesión CIN 1 debe reservarse para casos excepcionales.

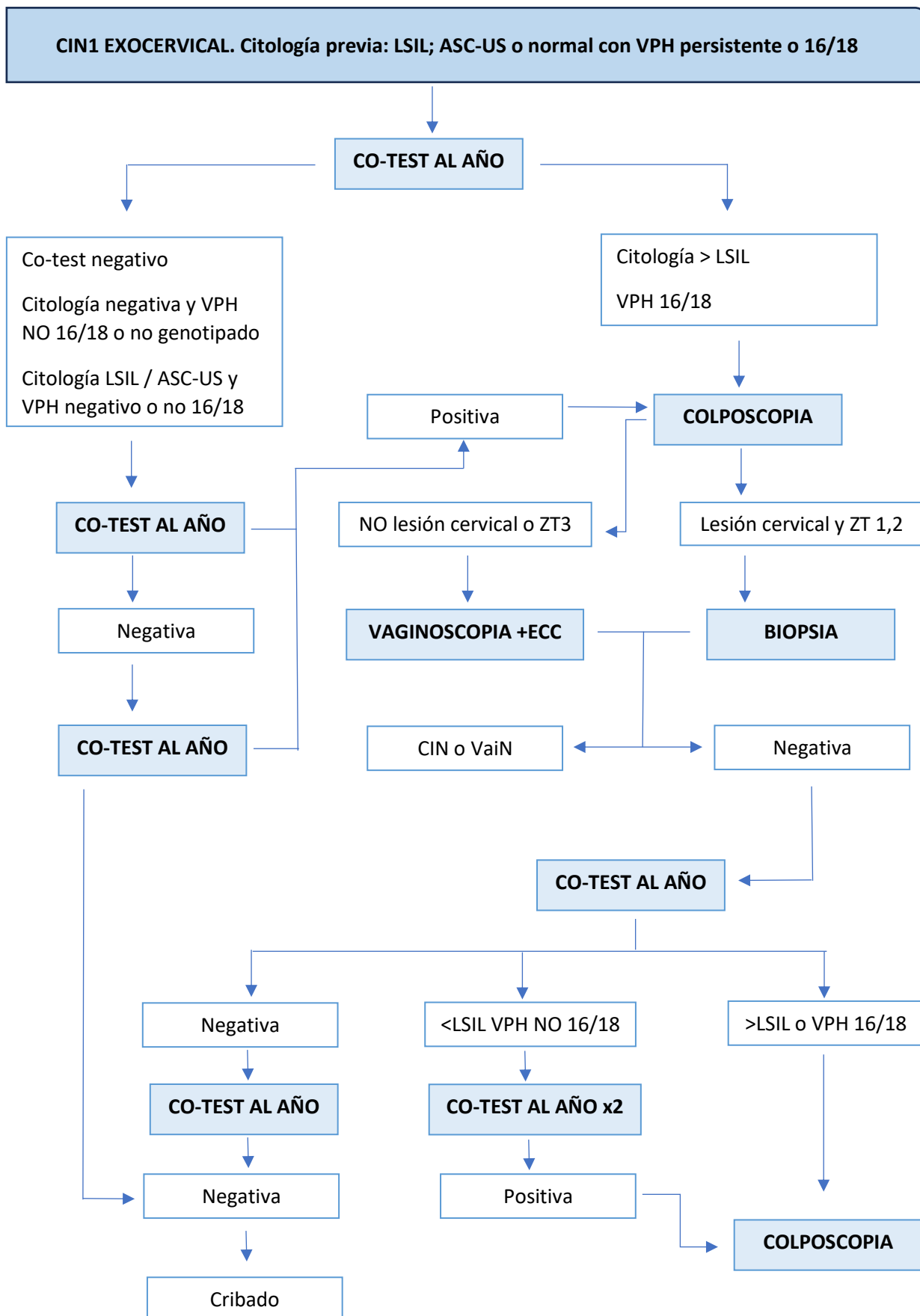
Si llegamos al diagnóstico de CIN o VaIN deberemos consultar el protocolo específico de actuación en dichos casos.

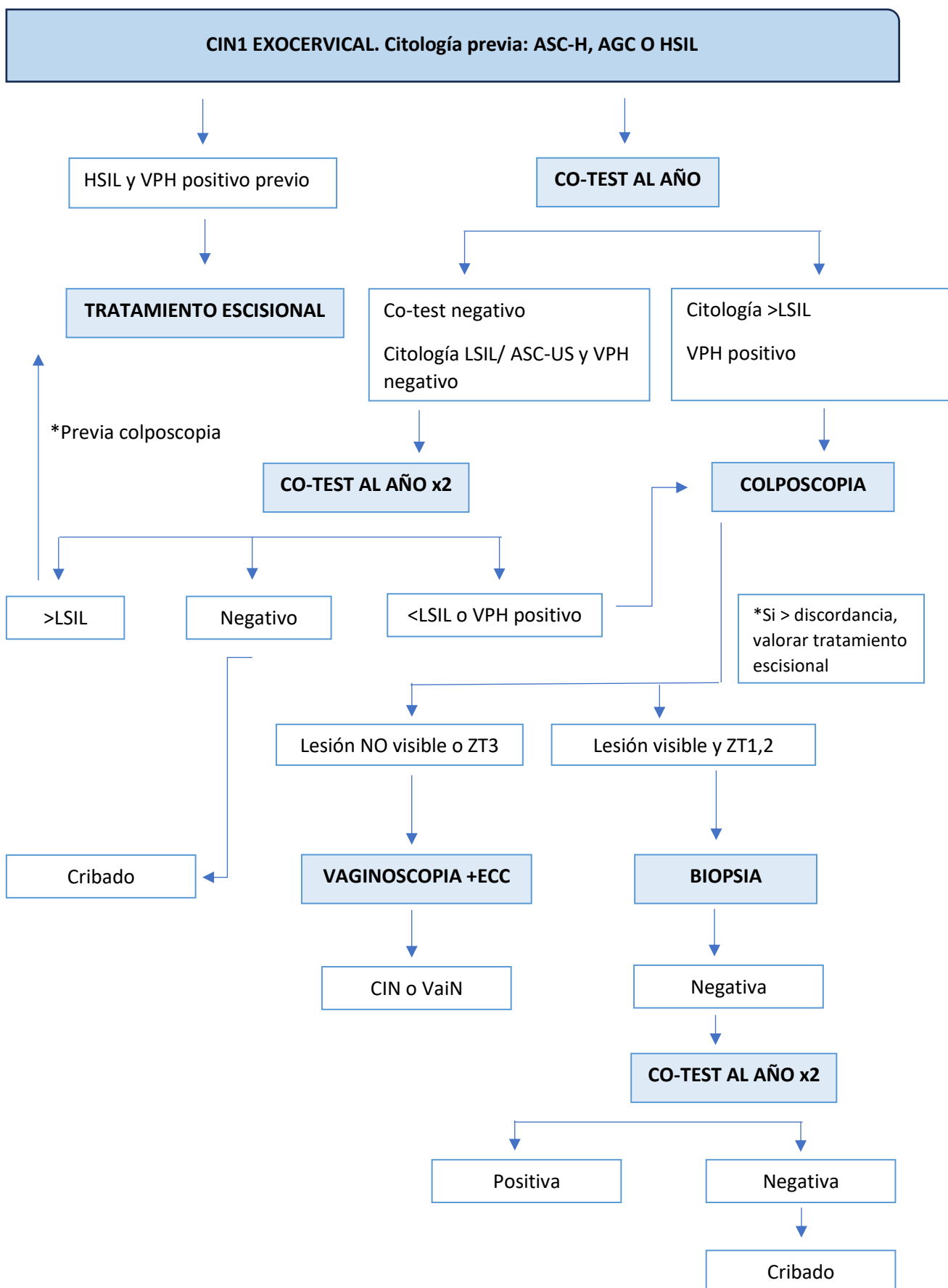
#### **Citología previa: ASC- US, LSIL o citología normal con VPH persistente o 16/18**

En este grupo de pacientes el riesgo de desarrollar una lesión CIN 3 es menor del 1% al año y del 3% a los 5 años. Ante este bajo riesgo, se considera que la mejor opción es realizar un co-test anual y en función de los resultados de este valorar la conducta posterior que encontraremos reflejada en el esquema nº1.

#### **Citología previa: ASC- H, AGC o HSIL**

En este grupo de pacientes el riesgo de desarrollar una lesión CIN 3 varía en función de si la citología previa es HSIL o ASC-H y AGC. En aquellos casos de citología previa HSIL se podría considerar tratamiento escisional, por el contrario, en el resto de los casos, se opta por un cotest anual. La conducta posterior la encontraremos reflejada en el esquema nº2.





### - Biopsia CIN1 endocervical

Se considera lesión CIN1 endocervical aquella que se introduce de manera parcial o total en el canal endocervical sin observarse por colposcopia su parte más craneal. También se considera aquella que entra en canal con ZT3

#### Citología previa: ASC- US, LSIL o citología normal con VPH persistente o 16/18

Aunque clásicamente el tratamiento en estos casos era escisional, en la actualidad se prioriza por el seguimiento anual mediante co-test y estudio endocervical. Este cambio de paradigma se debe al bajo riesgo de desarrollar CIN3 a los 1-2 años (3,3%). En función de los resultados en dicha prueba, tendremos una conducta diferente que podemos ver reflejada en el esquema nº3. Si llegamos al diagnóstico de CIN o VaIN deberemos consultar el protocolo específico de actuación en dichos casos.

#### Citología previa: ASC-H, AGC o HSIL

En este grupo de pacientes, existe un alto riesgo de infradiagnosticar un CIN3 subyacente, por lo que el seguimiento no está justificado y se opta por el tratamiento escisional.

## CONDUCTA ANTE DIAGNÓSTICO HISTOLÓGICO DE CIN 1 EN POBLACIONES ESPECIALES

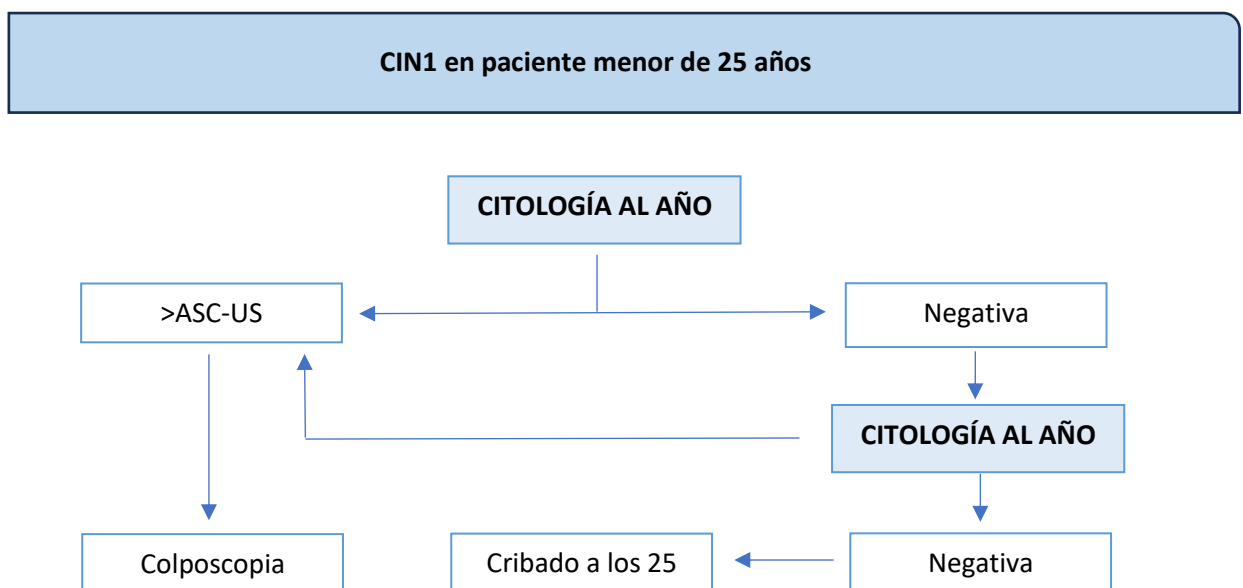
### - CIN 1 en paciente menor de 25 años

En estos casos se recomienda la realización de una citología al año. En función de los resultados de esta, tendremos una actitud diferente.

Si la citología es negativa, la repetiremos al año. Si persiste negativa, se continuará el cribado normal desde los 25 años.

Si la citología es >LSIL, se realizará una colposcopia.

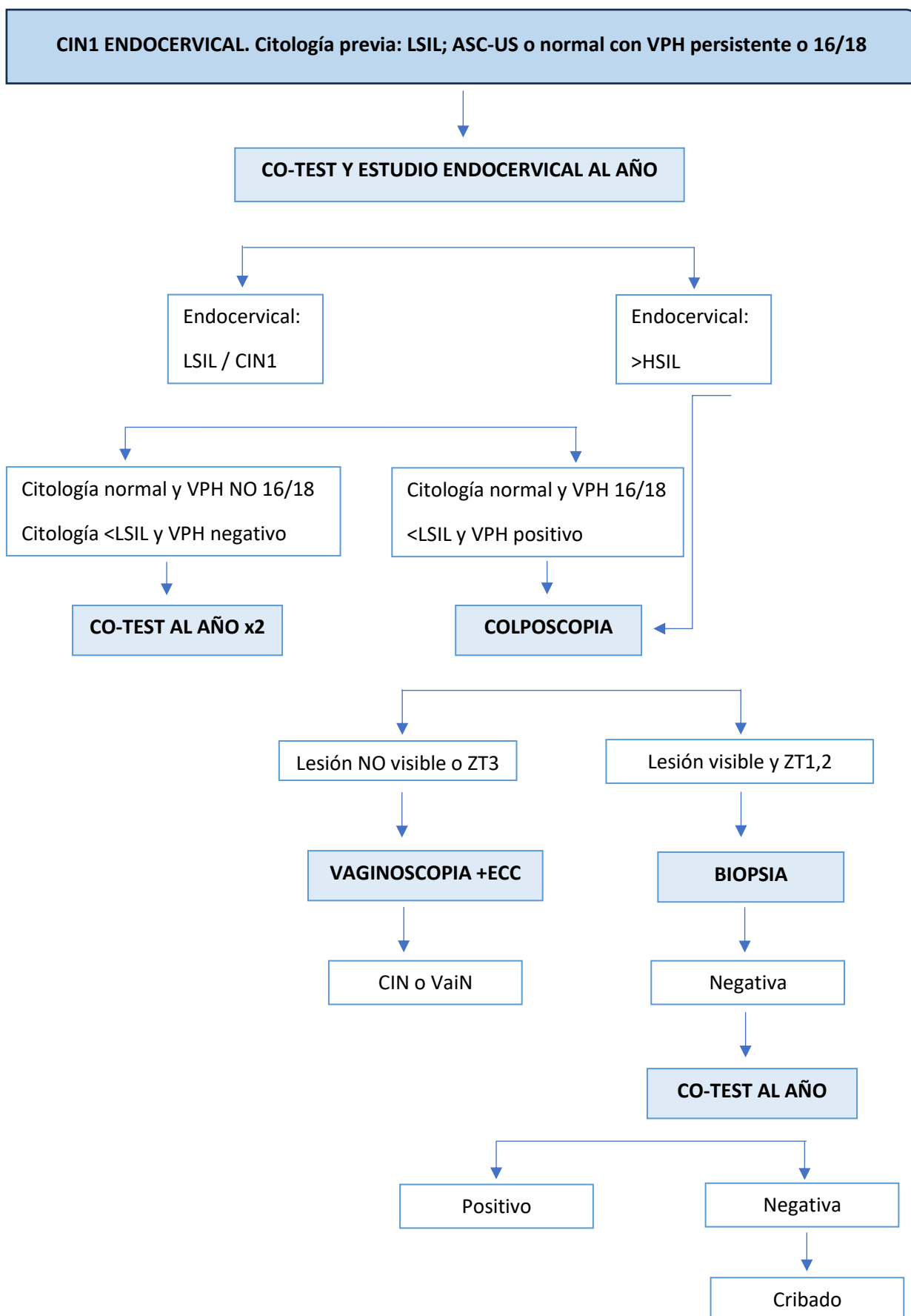
Si la citología es ASC-US o LSIL realizaremos el siguiente manejo que observamos en el esquema nº4



- **CIN 1 en paciente gestante**

El riesgo de progresión es similar a aquellas pacientes no gestantes. Se recomienda una actitud conservadora. En aquellas pacientes con citología previa LSIL se realizará un co-test al año. Sin embargo, si la citología era >LSIL se realizará a las 6 semanas post parto.

Durante la gestación está contraindicado el tratamiento del CIN ya que los riesgos superan a los beneficios.



## GLOSARIO

### Alteraciones citológicas

- LSIL: Lesión escamosa intraepitelial de bajo grado.
- HSIL: Lesión escamosa intraepitelial de alto grado. El porcentaje de confirmación histológica de CIN 3 en estos casos alcanza el 30%
- ASC-US: Atipia de células escamosas de significado incierto. Es la alteración citológica más frecuente.
- ASC-H: Atipia de células escamosas que no permite descartar lesión de alto grado. Ante este resultado, el riesgo de desarrollar una lesión es mayor que LSIL Y ASC-US, pero menor que HSIL.
- ACG: Atipia de células glandulares. Dentro de este grupo podemos diferenciar atipia de origen endometrial, endocervical o no indentificada y ACG-H (posible neoplasia) que tienen más riesgo de lesión invasora.
- CCU: citología con sospecha de carcinoma de cuello uterino. Refleja un riesgo muy elevado de CIN 3

### Zona de transformación en colposcopia

- ZT1: exocervical. Completamente visible
- ZT2: parcialmente endocervical, pero visible en su totalidad
- ZT3: parcialmente endocervical, pero no visible en su totalidad



## **BIBLIOGRAFIA**

Perinetti, C. Biopsia ampliada. Microinvasión.

AEPCG-Guía: COLPOSCOPIA. ESTÁNDARES DE CALIDAD. Coordinador: Torné A. Secretaria: del Pino M. Autores: Andía D., Castro M., de la Fuente J., Hernández J.J., López J.A., Martínez J.C, Medina N., Quílez J.C, Ramírez M., Ramón y Cajal J.M.

AEPCG-Guía: PREVENCIÓN SECUNDARIA DEL CANCER DE CUELLO DEL ÚTERO, 2022. CONDUCTA CLÍNICA ANTE RESULTADOS ANORMALES DE LAS PRUEBAS DE CRIBADO. Coordinador: Torné A. Secretaria: del Pino M. Autores: TornéA; Andía, D; Bruni L; Centeno C; Coronado P; Cruz Quílez J; de la Fuente J; de Sanjosé S; Granados R; Ibáñez R; Lloveras B; Lubrano A Matías Guiu X; Medina N; Ordi J; Ramírez M; del Pino M.

Liu, M., Yan, X., Zhang, M., Li, X., Li, S., & Jing, M. (2017). Influence of human papillomavirus infection on the natural history of cervical intraepithelial neoplasia 1: a meta-analysis. *BioMed research international*, 2017.