

## Artículo de revisión

# Lesión Intraepitelial de Bajo Grado: ¿Manejo Conservador o Intervencionista?

Dra Ana Cristina Arteaga Gómez \*\*Dra. Rosa Marcela Castellón Pasos

\* \*Ginecología Oncológica, Jefe De Servicio Ginecología, Instituto Nacional De Perinatología

\*\* Ginecología y Obstetricia/Residente de Endoscopia Ginecológica Instituto Nacional De Perinatología

## INTRODUCCIÓN

Las Neoplasias Intracervicales tipo 1 y la infección por virus del papiloma humano son consideradas lesiones de bajo grado (LIEBG), y se refieren a cambios celulares atípicos en el tercio inferior del epitelio, la mayoría de las veces se acompaña de atipia koilocítica (efecto de VPH).<sup>1</sup>

La incidencia anual en Estados Unidos de NIC I-LIEBG es de un 4%. Según el reporte de la Secretaría de Salud del programa de detección de cáncer en México, en el año 2011, se identificaron 1190 casos de cancer de cervix, 70,050 de lesiones de bajo grado y 20,526 lesiones de alto grado. (SSA, 2010)

El riesgo de regresión de la lesión de bajo grado es de un 60%, 30% de persistencia, 10% de progresión a NIC 3, y el riesgo de progresión a cáncer invasivo de 1%.<sup>2</sup>

Existen dos tipos de posturas sobre el manejo para estas lesiones: manejo expectante vs tratamiento inmediato. La decisión de el tipo de abordaje va a depender de los hallazgos citológicos, colposcópicos, de la biopsia cervical y de características de cada paciente (edad, embarazo, fertilidad, etc).

## INTRODUCTION

Cervical intraepithelial neoplasia type 1 infection and human papillomavirus are considered low-grade lesions (LSIL), and refer to atypical cellular changes in the lower third of the epithelium, often accompanied by atypia koilocytotic (effect HPV).<sup>1</sup>

The annual incidence in the United States of CIN I-LSIL is 4%. According to the report of the Secretary of Health cancer screening program in Mexico, in 2011, we identified 1190 cases of cervical cancer, 70.050 of low-grade lesions and high-grade lesions 20.526. (SSA, 2010)

The risk of lesion regression of low degree is 60%, 30% persistence, 10% progression to CIN 3 and the risk of progression to invasive cancer 1%.<sup>2</sup>

There are two types of positions on management for these lesions: immediate treatment vs expectant management. The decision of the type of approach will depend on the cytological findings, colposcopy, cervical biopsy and the characteristics of each patient (age, pregnancy, fertility, etc.).

¿El manejo óptimo de estas lesiones está definido?

El lineamiento de las guías de la Sociedad Americana de Colposcopía y Patología Cervical (ASCCP) establece las siguientes recomendaciones:

### Pacientes adultas con diagnóstico de NIC I-IVPH (precedido por ASCUS o LIEBG en citología)

- ✓ Seguimiento con citologías cada 6 a 12 meses o examen de VPH cada 12 meses.
- ✓ En caso de que se encuentre VPH positivo, deberá realizarse colposcopia.
- ✓ En caso de encontrar NIC 1 que persiste por más de dos años se valorará tratamiento inmediato.
- ✓ En caso de VPH negativo o dos citologías negativas, se deberá continuar con tamizaje de rutina (citologías cada 3 años).<sup>3</sup>

Existe una actualización de estas guías que se publicó en el 2009, donde recomiendan lo siguiente:

### Pacientes adultas en edad reproductiva:

- ✓ Realizar colposcopia a las pacientes con diagnóstico de LIEBG por citología.
- ✓ La prueba para VPH no es recomendada ya que el 86% sera positivo.
- ✓ En caso de colposcopia no satisfactoria o negativa se deberá realizar un abordaje endocervical (cytobrush o curetaje).
- ✓ Refieren que el 12% de pacientes desarrollará NIC 2/3 en 2 años.<sup>2</sup>
- ✓ En caso de no encontrarse progresión a NIC 2/3 en colposcopia, se sugiere prueba para VPH en 12 meses o citología en 6-12 meses.
- ✓ En caso de ser negativos continuar tamizaje de rutina.

*La diferencia que observamos es que se recomienda realizar colposcopia como primer paso y luego en caso de ser negativo continuar con mismo abordaje comentado previamente.<sup>2</sup>*

En pacientes con diagnóstico de LIEBG por histología y este persiste por dos años, se sugiere continuar con observación; y el tratamiento excisional se recomienda en pacientes con colposcopia no satisfactoria o muestra endocervical positiva.

Existe un grupo de pacientes especiales como las adolescentes (menores de 20 años), postmenopaúsicas, embarazadas, y pacientes VIH positivo con diagnóstico de NIC I, que necesitan recomendaciones específicas.

### Adolescentes:

- ✓ Tiene una tasa de regresión de hasta un 90%.
- ✓ Si el resultado es negativo a alto grado se repite citología un año despues.
- ✓ En caso de ser nuevamente negativa se continua con tamizaje de rutina.
- ✓ En el caso de tener positividad para lesión de alto grado se deberá hacer colposcopia.

### Embarazadas:

- ✓ La tasa de regresión de NIC 1 en el postparto es de hasta un 36%.
- ✓ Se sugiere realizar colposcopia 6 semanas posterior a resolución del embarazo.
- ✓ Los cambios cervicales en el embarazo pueden ser similares a una lesión de bajo grado, por lo que las colposcopias deben realizarse por personal especializado para esto.
- ✓ Es aceptable y seguro realizar colposcopia y biopsia en el embarazo en caso de ser necesario.
- ✓ Es inaceptable realizar tratamiento (a menos que se diagnosticara cáncer), por el riesgo de hemorragia o perdidas fetales.<sup>3</sup>

### Postmenopaúsicas:

- ✓ Con citología positiva para NIC I, se deberá repetir citología en 12 meses.
- ✓ En caso de positividad se sugiere colposcopia.
- ✓ Si dos citologías son negativas se continua con el tamizaje de rutina con citologías.<sup>2</sup>

### Pacientes con Virus de la Inmunodeficiencia Humana:

- ✓ La incidencia de lesiones intraepiteliales es 4-5 veces mayor en las pacientes con VIH.
- ✓ 1/3 pacientes tienen regresión.
- ✓ El riesgo de progresión no esta definido.
- ✓ Se les realiza seguimiento con citología y colposcopia.
- ✓ En caso de persistir por 1 o 2 años o progresar debe de ser tratado.
- ✓ Cuentas de linfocitos CD 4 menor a 500.
- ✓ Seguimiento con citología y colposcopia de año, vulva y vagina.
- ✓ El uso de terapia antiretroviral se ha visto que incrementa las tasas de regresión.

- ✓ Tratamiento excisional o ablativo son aceptados en estas pacientes con lesiones de bajo grado.

**La medicina basada en la evidencia** en cuanto a las lesiones de bajo grado, concluye lo siguiente:

1. En 2010, se realizó un ensayo clínico aleatorizado en Brazil y Canada de Noviembre del 2000 a Marzo del 2006 en clínicas de colposcopia. Estudiaron 415 pacientes, mayores de 14 años con biopsia positiva para NIC I y compararon tratamiento con electrocirugía versus seguimiento por 18 meses con colposcopia. En el grupo de tratamiento inmediato se observó una progresión para NIC 2/3 de 1.7% y de 4.4% en pacientes con seguimiento, con una diferencia de 2.7% (IC 95% 0.3-6), *no significativo*, por lo que concluyen que el riesgo de progresión en ambos es similar y que el seguimiento colposcópico por 18 meses es un manejo aceptable para estas pacientes con diagnóstico de lesión de bajo grado.<sup>3</sup>

2. En 2009, se realizó una revisión de Cochrane de las cirugías para neoplasias intracervicales en cuanto al **tipo de tratamiento**, concluyendo los siguientes resultados;

- Ablación con láser versus crioterapia: encontraron mayores síntomas vasomotores en el caso de la ablación con láser (RR 0.02- IC 95% 0-0.40), y mayores tasas de leucorrea (RR 0.30 IC 95% 0.12-0.77), sin diferencia en cuanto a enfermedad residual, dolor, sangrado, o estenosis cervical.<sup>4</sup>
- Conización con láser versus bisturí: encontrando mayores tasas de **estenosis cervical** en las pacientes con láser con un **RR 0.38 (IC 95% 0.39-0.81)**, resto de resultados sin significancia. Comparando conización con láser versus ablación con láser no hubo diferencias con significancia estadística.<sup>4</sup>
- Conización con láser y la excisión con asa: se encontró mayor sangrado en los casos con láser con riesgo relativo de 8.75 (IC 95% 1-

68). Entre la ablación con láser y la excisión no se encontraron diferencias.<sup>4</sup>

• **Asa diatermica versus crioterapia** se encontró menor tasa de **enfermedad residual a 12 meses** con el asa, con un **RR 0.32 (IC 95% 0.13-0.78)**, sin embargo con mayores tasas de sangrado y leucorrea con riesgos de 1.98 (IC 95% 1.62-2.41) y 1.16 (IC 95% 1.02-1.31), respectivamente.<sup>4</sup>

3. En 2010, se estudiaron pacientes menores de 30 años con diagnóstico de lesión de bajo grado, y se dió como manejo crioterapia versus observación; en el 89% de las pacientes tratadas con crioterapia se encontró papanicolau negativo al año del tratamiento, y en un 90% en las pacientes en observación.<sup>6</sup>

4. En 2011, se publicó una revisión sistemática en pacientes con NIC I sometidas a tratamiento (ablación o excisional), y encontraron que un 33.3% de estas pacientes se presentó progresión a NIC 2, comparadas con un 16.7% que no recibieron tratamiento; por lo que concluyen que las pacientes con tratamiento previo para NIC 1 tienen dos veces más riesgo de desarrollar NIC 2.<sup>5</sup>

## CONCLUSIONES:

- ✓ Las lesiones de bajo grado tienen una incidencia mundial de un 4%.
- ✓ La tasa de regresión es de hasta un 60-70%.
- ✓ La tasa de progresión a una lesión de alto grado de un 10%.
- ✓ Se puede dar seguimiento con citologías y colposcopías anuales.
- ✓ La conización con láser puede ocasionar mayores tasas de estenosis cervical que la conización con bisturí.
- ✓ La crioterapia tiene mayores tasas de enfermedad residual a 12 meses que la electrocirugía.
- ✓ En pacientes embarazadas solo se debe hacer diagnóstico y dar seguimiento, y valorar 6 semanas posteriores a resolución con nueva citología y colposcopia.
- ✓ En adolescentes y postmenopaúsicas se da seguimiento con citologías anuales, y posterior a dos negativas se continua tamizaje rutina.

**Referencias:**

1. WHO/ICO information center of hpv and cervical cancer (HPV information center). Human papillomavirus and related cancers in the world. Summary Report 2010.
2. Apgar, et al. Update on ASCCP consensus guidelines for abnormal cervical screening tests and cervical histology. American family physician, 2009.
3. Elit et al. Expectant management versus immediate treatment for low grade cervical intraepithelial neoplasia. Wiley online library, 2011.
4. Pierre et al. Surgery for cervical intraepithelial neoplasia. Cochrane 2009.
5. Burks et al. Risk of CIN 2 among women with a history of previous treatment for cervical intraepithelial neoplasia. Low Genit Tract Dis, 2011.
6. Chummworathay, et al. Cryotherapy for HPV clearance in women with biopsy confirmed cervical low-grade squamous intraepithelial lesions. Int J Gynecol Obst, 2010.