

REVISIÓN DESCRIPTIVA DE LA NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL MODERADA-SEVERA EN COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA

Bustillo Alfonso, S. Corredera Hernández, F.J. Sancho de Salas, V. Torres Ruiz, M.A. Basabe Picasso, J.A. Doyague Sánchez, M.J.

Antecedentes/Objetivo

El cáncer de cuello de útero es la tercera neoplasia más frecuente entre las mujeres a nivel mundial. El virus del papiloma humano (VPH) es el agente causal de la práctica totalidad de neoplasias de cérvix y de sus lesiones precursoras. Las lesiones de HSIL/CIN3 se consideran auténticas neoplasias intraepiteliales con elevado potencial de progresión y constituyen la lesión precursora necesaria del cáncer de cérvix. En la práctica la detección de HSIL es la entidad que mejor permite valorar la eficacia del cribado. La sensibilidad de la colposcopia para diagnosticar la neoplasia cervical varía de un 87% a un 99%, pero su especificidad es inferior, se halla entre un 23% y un 87%.

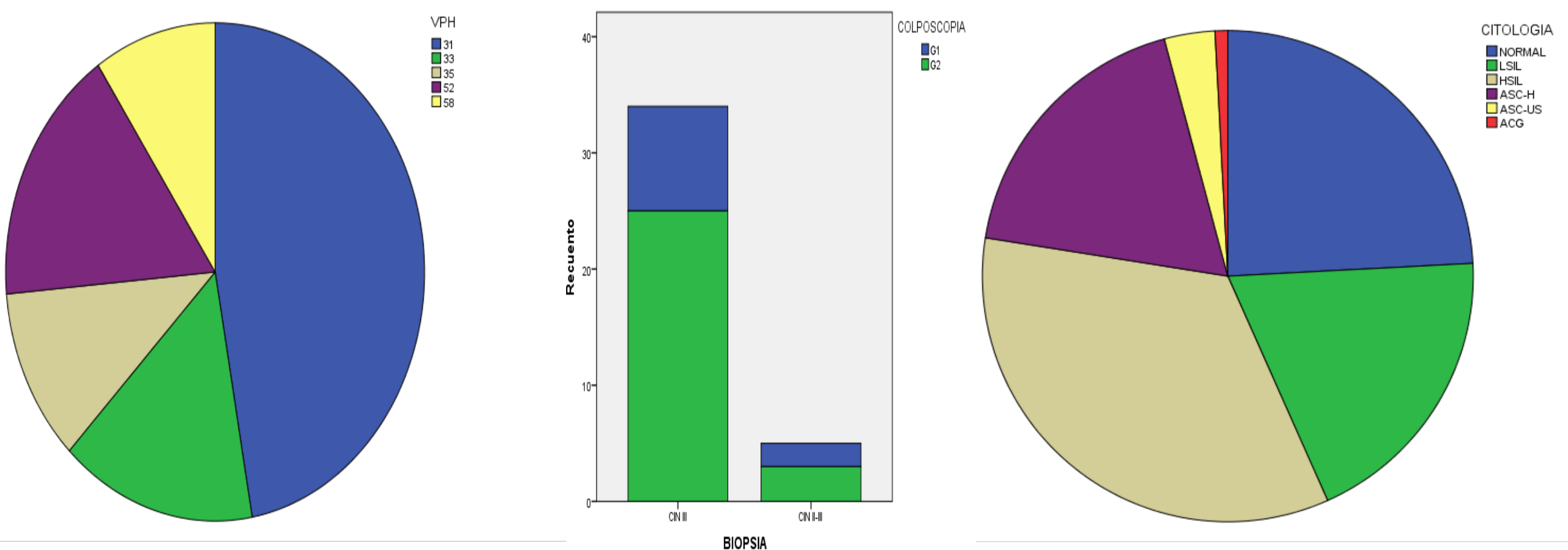
Material y métodos

Se realiza una revisión de las displasias cervicales moderadas y severas en la Unidad de Tracto Genital Inferior del servicio de Ginecología y Obstetricia del Complejo Asistencial Universitario de Salamanca entre un periodo comprendido de 06/2016-06/2017. Como variables se ha tenido en cuenta: edad de las pacientes, diagnóstico citológico previo, clasificación de la lesión en el examen colposcópico, resultado histológico de la biopsia dirigida, estado menopáusico e inmunodepresión, determinación de VPH y resultado final en pieza de conización cervical.

Resultados

Se realiza un estudio respecto a 120 CIN2-3.

- Edad media 38.9 +/- 10.8 años, 80% > 30 años. 92% > 25 años.
- Respecto al VPH responsable en las displasias se encuentra que el 58% de las CIN II-CIN III se presenta positivo el VPH de mayor riesgo oncogénico 16-18 u ambos, siendo el VPH 16-18 responsable del 83% de las displasias severas (CIN III), de manera aislada el VPH 16 se ve responsable de 66% de ellas. El tercero en frecuencia se encuentra el VPH 31 responsable de 31% de las displasias.
- Así mismo evaluando el examen de las lesiones colposcópicas existe una concordancia entre clasificación colposcópica y biopsia del 70 % en los CIN III y del 53 % en los casos de CIN II.
- Partiendo de la prueba de screening en este caso citología cervical se ha visto displasia moderada-severa que provienen de citología normales en un 24%, citología LSIL en un 19%, citología HSIL en un 34%, ASC-H en un 18% y citología ASC-US en un 3%, ACG 0.8%.
- Para finalizar se realiza estudio de las piezas de conización mostrando estos resultados: en un 32% se confirma CIN III, en un 46 % CIN II y en un 7.5 % CIN I. En un 10% de las displasias no se realiza conización debido a edad de la paciente o estado gestacional. Sólo en un 1.7 % no se encuentra lesión en la pieza. El 7.5 % de las pacientes estudiadas están inmunodeprimidas. El 88% de ellas premenopáusicas. Respecto a estado de paridad se encuentra que un 34% de ellas son nuligestas.



Conclusiones

La intención de este trabajo es realizar un control de calidad de nuestro servicio. Las lesiones premalignas se dan fundamentalmente en población mayor de 30 años y premenopáusicas. El 83% de los casos de CIN3 diagnosticados está implicado el VPH16-18. De forma macroscópica es más fácil diagnosticar situaciones extremas, más que intermedias. Por ello la concordancia colpo-histológica es mayor para CIN3 que para CIN2. En ocasiones y dependiendo de la técnica de recogida de la citología podemos encontrarnos con un elevado número de citologías normales, en las que salta la alarma por el HPV con resultados de biopsia de alto grado.

Bibliografía

GUÍA DE CRIBADO DEL CÁNCER DE CUELLO DE ÚTERO EN ESPAÑA, 2014