

TRATAMIENTO EN PACIENTES JÓVENES CON PERSISTENCIA DE LESIÓN ESCAMOSA INTRAEPITELIAL DE ALTO GRADO (H-SIL)

Sáenz Pascual,MP; Tejada Lamas,C; Fernández García,C; Dieste Perez,P; Fernández Ladrón,V; Marqués Rodríguez,M.

ANTECEDENTES

- Una lesión **persistente** es aquella incompletamente tratada que se diagnostica en el primer año tras tratamiento.
- ¿Cuándo podemos tomar una **conducta expectante** ante un diagnóstico de HSIL/CIN2-3?

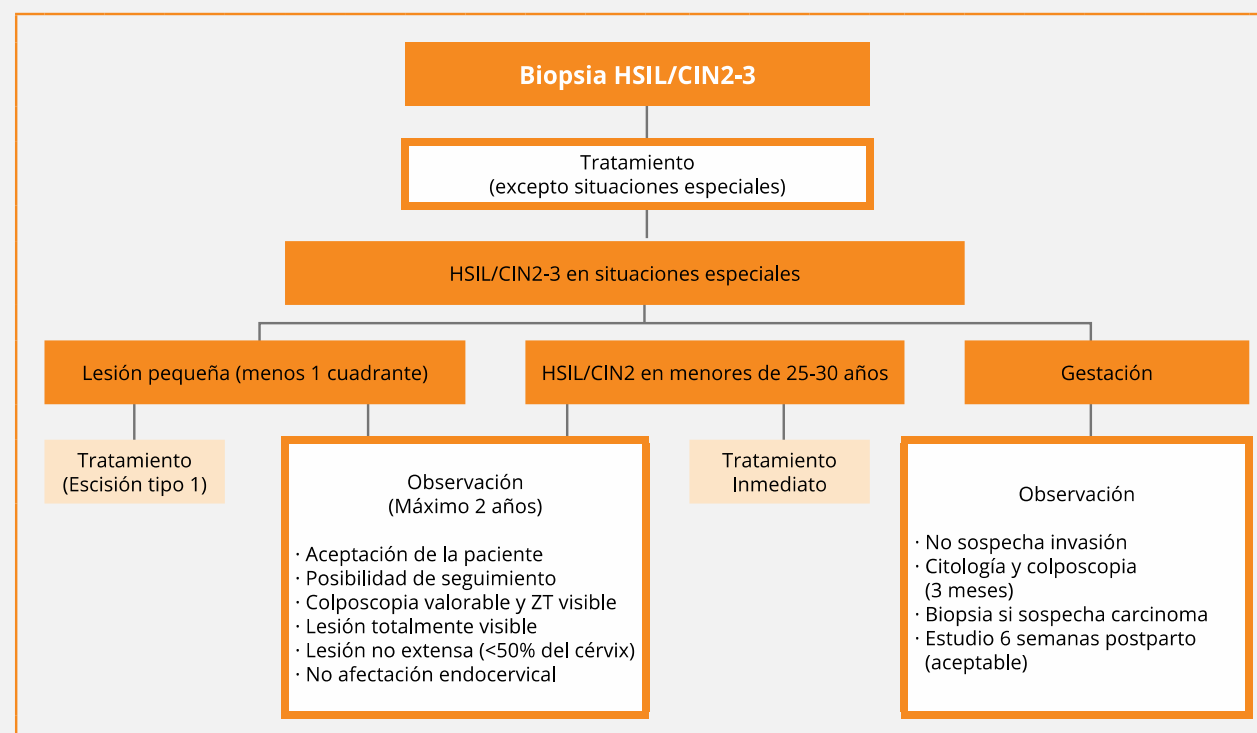


MÉTODOS

- Se presentan **dos casos clínicos** de mujeres jóvenes con persistencia de HSIL y su seguimiento.

- Los datos han sido recogidos de forma retrospectiva a partir de las historias clínicas de las pacientes del Hospital San Pedro de Logroño en seguimiento en la consulta de Patología cervical, desde su diagnóstico inicial hasta su tratamiento y posterior seguimiento.

Algoritmo 3.2. Biopsia HSIL/CIN2-3



RESULTADOS



EDAD	27	34
ESTADO INMUNITARIO	No antecedentes personales de interés	No antecedentes personales de interés
NACIONALIDAD	Española	Española
HÁBITOS TÓXICOS	Fumadora	No
PARIDAD	Nuligesta	Nuligesta
MÉTODO ANTICONCEPTIVO	ACHO	Preservativo
CITOLOGÍA CERVICAL	HSIL	ASCUS sin poder descartar lesión intraepitelial de alto grado
COLPOSCOPIA	Adecuada, ZT1, cambios G2	ZT2, sin lesiones.
BIOPSIA CERVICAL	CIN III con extensión glandular	No
DETERMINACIÓN DNA HPV	16 +	16 +
1º CONIZACIÓN Y MICROLEGRADO DE CANAL ENDOCERVICAL		
HISTOLOGÍA	Carcinoma in situ	CIN III con extensión glandular en todos los cuadrantes
MÁRGENES DE PIEZA QUIRÚRGICA	Márgenes endo y ectocervical afectados.	Margen endocervical afecto.

Recomendaciones (dejar de fumar, no empleo de ACH)
Inclusión en programa de vacunación en pacientes conizadas de La Rioja.

CONTROL 6 MESES	- Citología cervical: H-SIL - Colposcopia: ZT2, cambios G2 - Biopsia: HSIL - DNA HPV: 16 +	- Citología cervical: H-SIL - Colposcopia: inadecuada, ZT3 - Biopsia: HSIL - DNA HPV: 16 +
2º CONIZACIÓN Y MICROLEGRADO DE CANAL ENDOCERVICAL	CIN III a < 0,1 cm del borde endocervical. Microlegrado de canal endocervical: fragmento de mucosa CIN III.	CIN III con bordes afectados.
CONTROL 6 MESES	- Citología cervical: ASCUS - Colposcopia: ZT1, cambios G2 - Biopsia: HSIL. Endocérvix: HSIL - DNA HPV: 16 +	- Citología cervical: H-SIL - Colposcopia: ZT1, sin lesiones - DNA HPV: 16 +
3º CONIZACIÓN Y MICROLEGRADO	CIN III en labio inferior que llega al borde de resección.	CIN III con extensión glandular endocervical a menos de 0,5 mm del borde de resección profundo.
CONTROL 6 MESES	→CERVICOMETRÍA: 15 MM - Citología cervical: negativa para lesión - Colposcopia: ZT2, cambios G1 - DNA HPV: no detectado	
TERAPIA	Se plantea Histerectomía y se informa de riesgos obstétricos en caso de gestación. - La paciente DESEA INTENTAR GESTACIÓN. - Control en consulta de Patología cervical.	Se plantea HISTERECTOMÍA CONSERVANDO OVARIOS. - Controles posteriores normales. Citología de cúpula vaginal negativa para lesión. DNA HPV no detectado.

CONCLUSIONES

- En pacientes jóvenes con persistencia de H-SIL a pesar de tratamiento adecuado mediante conización cervical y microlegrado endocervical, el tratamiento de elección es escisional extirpando la totalidad de la lesión, la histerectomía conservando anejos siempre y cuando la paciente haya cumplido sus deseos genésicos o no manifieste deseo gestacional.
- ¿Dónde está la clave para disminuir el número de terapias escisionales derivadas del diagnóstico de HSIL/CIN2-3 en mujeres jóvenes? En seleccionar adecuadamente a las pacientes subsidiarias del manejo conservador, en no iniciar el cribado antes de los 25 años ya que no disminuye la incidencia de cáncer de cérvix, y en la vacunación profiláctica frente al HPV.