

TÍTULO PROTOCOLO: control post tratamiento escisional.

AUTORES	REVISORES	Fecha elaboración
Dra Fdez-Villarrenaga Vázquez Dra. Daza Manzano Dra Cabezas Palacios	José Ángel Monserrat Jordán Gabriel Fiol Ruiz	Julio /2023
		Fecha revisión 14/9/2023

Seguimiento post-tratamiento: justificación.

El control post tratamiento de una lesión cervical de alto grado (CIN 2 + HSIL), se hace con el objetivo de la detección temprana de las persistencias o de las recurrencias de estas lesiones.

De manera un tanto académica, definimos persistencia como la lesión que aparece durante el primer año post-tratamiento, asumiendo que, posiblemente se justifique por la exéresis o el tratamiento incompleto de la misma.

Nos referimos a la recurrencia, cuando las lesiones aparecen tras el primer año de tratamiento. En estos casos se asume que puede tratarse de una nueva lesión.

Las mujeres que ya han sido tratadas por un HSIL/CIN2+, tienen un riesgo de persistencia/recurrencia de aproximadamente, un 5% (rango: 0,4-19%) y un riesgo de desarrollar cáncer de cérvix de entre 3 y 12 veces mayor que en la población general. ^{(1-3).}

Esto justifica que hagamos un seguimiento a corto y a largo plazo.

Seguimiento a corto plazo.

Los intervalos de seguimiento, así como las pruebas a realizar, se harán en base al riesgo de persistencia/recurrencia.

La gran mayoría de las pacientes con una lesión de alto grado, serán sometidas a un tratamiento escisional, el seguimiento de las mismas, se hará en base al estado de márgenes, ya que la afectación de los mismos determina el nivel de riesgo de recidiva. Otro de los factores a tener en cuenta es la persistencia de VPH.

El tratamiento escisional de la lesión, se asocia a negativización del VPH en el control a los 6-12 meses en aproximadamente el 70% de las pacientes ^{(4).}

Una prueba VPH negativa en el control post-tratamiento, supone un riesgo extremadamente bajo de persistencia o recurrencia lesional (valor predictivo negativo [VPN] próximo al 100%) ⁽⁵⁾, especialmente en mujeres vacunadas post-tratamiento ⁽⁶⁾.

Las siguientes recomendaciones de control post tratamiento de la CIN 2+/HSIL siguen la guía clínica de la Asociación Española de Patología Cervical y Colposcopia, publicada en 2022 ⁽⁷⁾

Márgenes libres o margen exocervical afecto (aquel margen en el que se identifique lesión de CIN/SIL de cualquier grado (tanto LSIL/CIN1 como HSIL/CIN2-3):

Control a los 6 meses (co-test) :

- Prueba VPH positiva y/o citología anormal: colposcopia con biopsia dirigida y/o estudio endocervical.
- Prueba VPH y citología negativa: repetir co-test al año durante 2 años. Si alguno de los co-test es positivo realizar colposcopia y eventual estudio endocervical.

Margen endocervical , profundo y/o LEC post cono afectos

El riesgo absoluto de persistencia/recurrencia lesional por HSIL/CIN2-3 tras una terapia escisional en pacientes con márgenes afectos por SIL/CIN (de cualquier grado) es 17% (IC del 95% = 13-22%).

La afectación del margen **endocervical/ profundo o afectación LEC post cono** supone mayor riesgo de persistencia/recurrencia lesional con respecto a la afectación de margen exocervical .

No está indicado el repetir la terapia escisional directamente ya que aproximadamente un 60% de las pacientes con márgenes positivos no presentan SIL/CIN en el seguimiento posterior.

Control a los 3 meses: co-test, colposcopia y estudio endocervical:

- Si se confirma SIL/CIN histológico: tratamiento de la lesión.
Excepcionalmente se puede realizar seguimiento (en casos en los que la conización se indicó por LSIL/CIN1 persistente y no se confirmó HSIL/CIN en la pieza de conización, y la biopsia postconización es de LSIL/CIN1 y la prueba VPH es negativa).
- No SIL/CIN histológico: repetir co-test al año, durante 2 años. Si alguno de los co-test es positivo realizar colposcopia y eventual estudio endocervical.

Terapia escisional directa: se acepta en pacientes con deseo reproductivo cumplido y:

- Afectación margen endocervical y LEC postcono positivo
- Afectación de 2 o más márgenes (endocervical y/o exocervical y/o profundo)
- Afectación de cualquier margen y/o LEC postcono positivo e imposibilidad de seguimiento

El diagnóstico de SIL/CIN persistente/recurrente requiere la confirmación histológica.

No es aceptable realizar un tratamiento cervical en base a un resultado positivo de la prueba VPH o por infección VPH persistente y sin confirmación de lesión cervical

Seguimiento a largo plazo

Dado el incremento de riesgo de recidiva, persistencia y cáncer cervical en las mujeres que han tenido una lesión CIN 2+/ HSIL, es necesario realizar un seguimiento a largo plazo, siendo este más estrecho durante los dos primeros años tras el tratamiento.

Tras los controles negativos realizados, deberá continuar con el programa de cribado durante 25 años con independencia de la edad de la paciente, si la situación clínica lo permite, ya que el riesgo de cáncer en pacientes tratadas por HSIL/CIN se mantiene al menos durante este periodo, siendo significativamente superior en mujeres mayores de 50 años.

Se ha descrito una disminución del riesgo de persistencia/recurrencia en aquellas pacientes que se han vacunado frente al VPH⁸, por lo que en España se introdujo la vacunación sistemática en mujeres conizadas en 2018, por esta razón, las pacientes pueden ser seguidas en el programa de cribado poblacional y no es necesario que realicen más seguimientos, en el caso de que no estén vacunadas, sería recomendable un seguimiento más estrecho, realizando un co-test cada 3 años⁹.

BIBLIOGRAFIA

1. Melnikow J, McGahan C, Sawaya GF, Ehlen T, Coldman A. Cervical intraepithelial neoplasia outcomes after treatment: Long-term follow-up from the british columbia cohort study. *J Natl Cancer Inst.* 2009;101(10):721–8
2. Zoutter WP, Butler JSB, Tipples M. The role of colposcopy in the follow up of women treated for cervical intraepithelial neoplasia. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol.* 2006;113(5):511–4.
3. Edgren G, Sparén P. Risk of anogenital cancer after diagnosis of cervical intraepithelial neoplasia: a prospective population-based study. *Lancet Oncol.* 2007;8(4):311–6.
4. Torné A, Fusté P, Rodríguez-Carunchio L, Alonso I, Del Pino M, Nonell R, et al. Intraoperative post-conisation human papillomavirus testing for early detection of treatment failure in patients with cervical intraepithelial neoplasia: A pilot study. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol.* 2013;120(4):392–9
5. Arbyn M, Ronco G, Anttila A, Chris CJL, Poljak M, Ogilvie G, et al. Evidence regarding human papillomavirus testing in secondary prevention of cervical cancer. *Vaccine.* 2012;30(Suppl 5):F88–99.
6. el Pino M, Martí C, Torras I, Henere C, Munmany M, Marimon L, et al. HPV vaccination as adjuvant to conization in women with cervical intraepithelial neoplasia: A study under real-life conditions. *Vaccines.* 2020;8(2):245
7. 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: Torné A; 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

8. Jentschke M, Kampers J, Becker J, Sibbertsen P, Hillemanns P. Prophylactic HPV vaccination after conization: A systematic review and meta-analysis. *Vaccine*. 2020;38(41):6402–9
9. Perkins RB, Guido RS, Castle PE, Chelmow D, Einstein MH, Garcia F, et al. 2019 ASCCP Risk-Based Management Consensus Guidelines for Abnormal Cervical Cancer Screening Tests and Cancer