

PREGUNTAS DEFINITIVAS DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE LESIONES PRECANCEROSAS DE CUELLO UTERINO

TAMIZACIÓN

TAMIZACIÓN EN POBLACIÓN GENERAL

Programa de tamización

1. ¿Con qué esquema se debe realizar la tamización en mujeres que hayan iniciado actividad sexual (citología, inspección visual, pruebas moleculares) para detectar lesiones precancerosas y cáncer de cuello uterino? ¿Qué intervalos debe tener dicho esquema? ¿A qué edades debe iniciarse y finalizarse la tamización? ¿Cuál estrategia de clasificación diagnóstica debe realizarse en mujeres con resultados positivos a la tamización (citología, inspección visual, pruebas moleculares)?

ESTRUCTURA PICO PARA LAS PRUEBAS DE TAMIZACIÓN

Población	Intervenciones	Desenlaces
Mujeres que hayan iniciado actividad sexual	Tamización con pruebas moleculares de ADN de VPH	Incidencia de lesiones de alto grado
	Tamización con citología convencional	
	Tamización con inspección visual	Incidencia de cáncer invasor
	Tamización con citología líquida	
	Tamización con pruebas moleculares de mARN de VPH	Supervivencia
	Tamización con pruebas rápidas.	Eventos adversos
		Sobrediagnósticos

ESTRUCTURA PICO PARA LA ESTRATEGIA DE TRIAGE

Población	Intervenciones	Desenlaces
Mujeres con prueba de tamización positiva	Pruebas moleculares de ADN de VPH	Incidencia de lesiones de alto grado
	Citología convencional	
	Inspección visual	Incidencia de cáncer invasor
	Citología líquida	
	Pruebas moleculares de mARN de VPH	Supervivencia
	Tamización con pruebas rápidas.	Eventos adversos

CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA

Mujeres con resultados de lesión intraepitelial en biopsia de cuello uterino.

2. En mujeres con lesión intraepitelial escamosa del cuello uterino en quienes la biopsia no es concluyente para establecer el grado de la lesión, ¿se deben realizar pruebas de inmunohistoquímica (P16 y Ki67) con el fin de hacer el diagnóstico diferencial y orientar la conducta?

ESTRUCTURA PICO

Población	Intervención	Comparador	Desenlaces
Mujeres con lesión intraepitelial escamosa en quienes el resultado de la biopsia no es concluyente respecto al grado de la lesión (bajo grado o alto grado)	No realizar pruebas de inmunohistoquímica	Prueba P16 Prueba Ki67	Detección de lesiones de alto grado Cáncer invasor Supervivencia Calidad de vida Eventos adversos

TAMIZACIÓN EN POBLACIONES ESPECIALES

Punto de buena práctica clínica

Mujeres histerectomizadas por patología no relacionada

3. ¿Se debe hacer tamización (citología, inspección visual, pruebas moleculares) en mujeres con histerectomía por patología no relacionada con malignidad para detectar lesiones precancerosas y cáncer de cuello uterino?

ESTRUCTURA PICO

Población	Intervención	Comparador	Desenlaces
Mujeres con histerectomía por patología no relacionada con malignidad	No realizar prueba de tamización.	Pruebas de tamización: pruebas moleculares de ADN-VPH, citología convencional, inspección visual, citología líquida y pruebas moleculares de mARN de VPH Intervalo de tamización: pruebas moleculares de ADN-VPH, citología convencional, inspección visual, citología líquida y pruebas moleculares de mARN de VPH	Incidencia de lesiones de alto grado Incidencia de cáncer invasor Supervivencia Eventos adversos

MANEJO DE MUJERES CON LESIONES INTRAEPITELIALES

POBLACIÓN GENERAL

Lesión de bajo grado (NIC I)

4. En mujeres con resultado de biopsia de lesión intraepitelial escamosa de bajo grado (NIC I), ¿cuál es la estrategia de manejo más adecuada (escisión, ablación, histerectomía, observación) para prevenir la progresión a lesiones de alto grado?

ESTRUCTURA PICO

Población	Intervenciones	Desenlaces
Mujeres con resultado de biopsia de lesión intraepitelial escamosa de bajo grado (NIC I)	Procedimientos de escisión (LETZ, LEEP, conización)	Supervivencia
	Procedimientos ablativos (electrocauterización, crioterapia, vaporización, Imiquimod, 5-fluoracilo, ácido tricloroacético)	Regresión
	Histerectomía	Progresión
	Observación con esquema de seguimiento con colposcopia(intervalos)	Curación
	Observación con esquema de seguimiento con citología(intervalos)	Persistencia
	Observación con esquema de seguimiento con pruebas ADN-VPH (intervalos)	Calidad de vida
	Observación con esquema de seguimiento con pruebas mARN(intervalos)	Eventos adversos serios: dolor, infertilidad, infecciones.

Lesión de bajo grado persistente

5. En mujeres con resultado de biopsia de lesión intraepitelial escamosa de bajo grado (NIC I) considerada persistente, ¿cuál es la estrategia de manejo más adecuada (escisión, ablación, histerectomía, observación) para prevenir la progresión a lesiones de alto grado?

ESTRUCTURA PICO

Población	Intervenciones	Desenlaces
Mujeres con resultado de biopsia de lesión intraepitelial escamosa de bajo grado (NIC I) persistente	Procedimientos de escisión (LETZ, LEEP, conización)	Supervivencia
	Procedimientos ablativos (electrocauterización, crioterapia, vaporización, Imiquimod, 5-fluoracilo, ácido tricloroacético)	Regresión
	Histerectomía	Progresión
	Observación con esquema de seguimiento con colposcopia(intervalos)	Curación
	Observación con esquema de seguimiento con citología(intervalos)	Persistencia
	Observación con esquema de seguimiento con pruebas ADN-VPH (intervalos)	Calidad de vida
	Observación con esquema de seguimiento con pruebas mARN(intervalos)	Eventos adversos serios: dolor, infertilidad, infecciones

Nota: se usará la definición de LIE de bajo grado persistente que maneje la literatura encontrada para responder a la pregunta.

Lesión de alto grado (NIC II-III)

6. En mujeres con resultado de biopsia de lesión intraepitelial escamosa de alto grado (NIC II – NIC III), ¿cuál es la estrategia de manejo más adecuada (escisión, ablación, histerectomía, braquiterapia, observación) para prevenir la progresión a cáncer de cuello uterino invasivo?

ESTRUCTURA PICO

Población	Intervenciones	Desenlaces
Mujeres con resultado de biopsia de lesión intraepitelial escamosa de alto grado (NIC II – NIC III)	Procedimientos de escisión (LETZ, LEEP, conización)	Curación
	Procedimientos ablativos (electrocauterización, crioterapia, vaporización, Imiquimod, 5-fluoracilo, ácido tricloroacético)	Persistencia
	Histerectomía	Regresión
	Braquiterapia	Progresión
	Observación con esquema de seguimiento con colposcopia, citología o pruebas ADN-VPH(intervalos)	Supervivencia
		Calidad de vida
		Eventos adversos serios: dolor, infertilidad, infecciones.

Consideración de subgrupos: se generará una recomendación diferente para mujeres menores de 25 años y otra para mujeres mayores de 25 años.

Lesión de alto grado (NIC II y III)

7. En mujeres previamente tratadas por una lesión intraepitelial escamosa de alto grado (NIC II – NIC III), ¿cuál es la estrategia de seguimiento más adecuada (citología, pruebas moleculares, colposcopia, biopsia) para detectar la persistencia de la lesión o progresión a cáncer de cuello uterino invasivo?

ESTRUCTURA PICO

Población	Intervenciones	Desenlaces
Mujeres previamente tratadas por una lesión intraepitelial escamosa de alto grado (NIC II – NIC III)	Esquema de seguimiento con colposcopia	Curación
	Esquema de seguimiento con citología	Persistencia
	Esquema de seguimiento con pruebas ADN-VPH	Recaída
	Seguimiento con biopsia endocervical	Supervivencia
		Calidad de vida
		Eventos adversos

Adenocarcinoma *in situ*

8. En mujeres con resultado de biopsia de adenocarcinoma *in situ*, ¿cuál es la estrategia de manejo más adecuada (escisión, traquelectomía, histerectomía, braquiterapia) para prevenir la progresión a cáncer de cuello uterino invasivo?

ESTRUCTURA PICO

Población	Intervenciones	Desenlaces
Mujeres con resultado de biopsia de adenocarcinoma <i>in situ</i>	Procedimientos de escisión (LETZ, LEEP, cubo endocervical)	Curación
		Persistencia
	Traquelectomía	Regresión
	Conización con bisturí	Progresión
	Histerectomía	Supervivencia
	Braquiterapia	Calidad de vida
		Eventos adversos serios: dolor, infertilidad, infecciones.

POBLACIONES ESPECIALES

Lesión de bajo grado (NIC I) en mujeres post-menopáusicas

9. En mujeres postmenopáusicas con resultado de biopsia de lesión intraepitelial escamosa de bajo grado (NIC I), ¿cuál es la estrategia de manejo más adecuada (escisión, ablación, histerectomía, observación) para prevenir la progresión a lesiones de alto grado?

ESTRUCTURA PICO

Población	Intervenciones	Desenlaces
Mujeres postmenopáusicas con resultado de biopsia de lesión intraepitelial escamosa de bajo grado (NIC I)	Procedimientos de escisión (LETZ, LEEP, conización)	Supervivencia
	Procedimientos ablativos (electrocauterización, crioterapia, vaporización, Imiquimod, 5-fluoracilo, ácido tricloroacético)	Remisión
	Histerectomía	Progresión
	Observación con esquema de seguimiento con colposcopia(intervalos)	Curación
	Observación con esquema de seguimiento con citología(intervalos)	Persistencia
	Observación con esquema de seguimiento con pruebas ADN-VPH(intervalos)	Calidad de vida
	Observación con esquema de seguimiento con pruebas mARN(intervalos)	Eventos adversos serios: dolor, infecciones

Lesión de bajo grado (NIC I) en mujeres embarazadas

10. En mujeres embarazadas con resultado de biopsia de lesión intraepitelial escamosa de bajo y alto grado (NIC I, II y III), ¿cuál es la estrategia de manejo más adecuada (escisión, ablación, observación) para prevenir la progresión a lesiones de alto grado y cáncer invasivo?

ESTRUCTURA PICO

Población	Intervención	Comparador	Desenlaces
Mujeres embarazadas con resultado de biopsia de lesión intraepitelial escamosa de bajo y alto grado (NIC I, II y III)	No realizar procedimientos	Procedimientos de escisión (LETZ, LEEP, conización)	Supervivencia
		Procedimientos ablativos (electrocauterización, crioterapia, vaporización, Imiquimod, 5 – fluoracilo, ácido tricloroacético)	Remisión
		Observación con esquema de seguimiento con colposcopia	Progresión
		Observación con esquema de seguimiento con citología	Curación
		Observación con esquema de seguimiento con pruebas ADN – VPH	Persistencia
		Observación y re-evaluación posparto	Calidad de vida
			Eventos adversos serios: dolor, infertilidad, aborto, parto prematuro, infecciones