

Tratamiento de las lesiones cervicales precancerosas

Un componente fundamental de los buenos programas de tamizaje del cáncer cervicouterino es poder ofrecer a las mujeres tratamiento apropiado y eficaz de las lesiones cervicales precancerosas, reduciendo así la incidencia y la mortalidad generales del cáncer cervicouterino. En los países desarrollados, el tratamiento de las lesiones precancerosas ha evolucionado del recurso a la cirugía hospitalaria al tratamiento ambulatorio de las pacientes. En cambio, en muchos países en desarrollo, los médicos todavía recurren a métodos que requieren hospitalización, como la biopsia de cono y la histerectomía, para tratar la displasia.¹ Existen métodos más sencillos, menos cruentos, ambulatorios, como la crioterapia y la escisión electroquirúrgica con asa (LEEP), que permiten tratar eficazmente a la mayoría de las mujeres con lesiones escamosas intraepiteliales de alto grado (LEIAG). Al mismo tiempo, reducen al mínimo los riesgos para salud de la mujer, ayudan a aumentar la eficacia del programa y reducen la carga financiera que pesa sobre unos recursos sanitarios escasos.²

¿Qué tipos de lesiones deben tratarse?

En la mayoría de los países desarrollados, una estrategia común es tratar las LEIAG y vigilar a las mujeres con lesiones escamosas intraepiteliales de bajo grado (LEIBG). En los entornos de bajos recursos, las estrategias variarán según la situación epidemiológica local, la capacidad del programa de tratar y vigilar a las mujeres y los aspectos financieros. Por ejemplo, cuando es poco probable que las mujeres regresen para el seguimiento, puede ser apropiado tratar las LEIBG de las mujeres que cumplan los criterios para ello. Además, en algunos entornos puede emplearse una prueba que no diferencia entre LEIBG y LEIAG, como la IVAA o las pruebas de ADN del virus papilloma humano (VPH), para identificar posibles precánceres. En tales casos, y cuando no

se dispone de pruebas confirmatorias o no se practican, se ofrece tratamiento a muchas mujeres cuyas pruebas son positivas, aunque no se conoce el grado exacto de la lesión.

Técnicas apropiadas de tratamiento

Existen varias opciones de tratamiento ambulatorio de las lesiones precancerosas. Los métodos ablativos, como la crioterapia, la coagulación fría, la vaporización con láser y la electrocirugía (cauterización), destruyen el tejido cervical anormal. Los métodos exéreticos, como la LEEP, extirpan el tejido anormal. El tamaño, la gravedad y la ubicación de la lesión ayudan a determinar la opción de tratamiento más apropiada. Otros factores que influyen en la elección del tratamiento son: eficacia, complicaciones y efectos colaterales; la reglamentación con respecto a cual profesional clínico está autorizado para aplicar el tratamiento; el equipo y los suministros necesarios; la disponibilidad y el costo.³ La capacitación adecuada es esencial para un tratamiento eficaz. Se ha preparado material pedagógico nuevo específicamente destinado al adiestramiento en entornos de bajos recursos.^{3, 4}

Crioterapia

La crioterapia, en la que se congelan las células anormales con una sonda a baja temperatura, suele considerarse el método ablativo más práctico en los entornos de bajos recursos. Es sencillo, de bajo costo y no requiere electricidad. La crioterapia presenta una eficacia aproximada de 90% en el tratamiento de las LEIAG al cabo de doce meses.⁵ Suele arrojar una tasa de curación inferior de las lesiones más extensas (mayores que la punta de la sonda, o que ocupan, por término medio, más de 75% de la superficie del cuello uterino) y de las que invaden el conducto cervical. Para las mujeres con este tipo de lesiones debe considerarse un plan de tratamiento alternativo, si se dispone del mismo.^{2, 5}

Tratamiento de las mujeres con VIH

Las lesiones cervicales precancerosas suelen ser más prevalentes, persistentes y recidivantes en las mujeres con VIH. Por ello, estas mujeres deben recibir orientación especial antes del tratamiento. Hay que decirles que la crioterapia, como otros métodos de tratamiento ambulatorio, puede tener menos eficacia para tratar las lesiones de las mujeres seropositivas y que necesitarán un seguimiento regular. Hay indicios de que la presencia del VIH aumenta sustancialmente (aunque sólo de momento) en el lugar de la crioterapia,⁶ lo cual puede aumentar el riesgo de transmisión del VIH a la pareja no infectada. Hay que recalcar la importancia de abstenerse de relaciones sexuales durante el período de cicatrización (o de usar condón si la abstinencia es imposible).

La crioterapia resulta segura y aceptable

Las complicaciones asociadas con la crioterapia son mínimas. Hay datos indicativos de que la crioterapia es segura y tiene un riesgo muy pequeño de complicaciones graves.⁵ La hemorragia intensa y la enfermedad pélvica inflamatoria, dos de las posibles complicaciones más graves, son sumamente raras tras la crioterapia. No hay pruebas de que la crioterapia esté vinculada a la estenosis del conducto cervical o tenga repercusiones a largo plazo sobre la fecundidad o el embarazo, que son consideraciones importantes al tratar a mujeres de edad fecunda.^{5, 7} Todo apunta a que, en determinados entornos, puede proponerse tratamiento crioterápico a las mujeres con resultado

positivo de tamizaje en la misma visita (lo que se denomina “enfoco de visita única”).^{5,7} Hay que dar a las mujeres información clara y exacta de que tienen que regresar a la consulta si tienen síntomas de complicación grave después del tratamiento.

La crioterapia es, en general, una opción de tratamiento aceptable para las mujeres. Muchas mujeres presentan malestar leve, como dolor o retortijones durante la crioterapia o dos a tres días después. También pueden marearse, desmayarse, o ruborizarse durante el tratamiento o inmediatamente después. Por eso conviene ofrecer apoyo e información clara a las mujeres que van a someterse a crioterapia, para reducir su ansiedad. El efecto colateral más frecuente de la crioterapia es un exudado vaginal profuso, acuoso, que puede durar hasta cuatro semanas. Las mujeres pueden ocuparse de ello, aunque no sea cómodo, usando paños limpios o almohadillas sanitarias.⁵

LEEP

Los métodos exérecicos de tratamiento, como la LEEP, tienen la ventaja de que permiten disponer de muestras tisulares para el diagnóstico histopatológico (cuando es posible), con lo que se reducen las posibilidades de pasar por alto un cáncer invasor o la erradicación incompleta de células precancerosas. La escisión electroquirúrgica con asa (LEEP), también conocida como “escisión de la zona de transformación con asa grande” (LLETZ), utiliza un alambre eléctrico delgado para eliminar toda la zona de transformación del cuello uterino. La LEEP tiene una eficacia de 90–95% en el tratamiento de la displasia de alto grado, pero es más onerosa que la crioterapia por las aptitudes requeridas del proveedor, la formación, el equipo, la dependencia de la electricidad y el costo.⁸ Asimismo arroja una tasa algo mayor de complicaciones y efectos colaterales, como hemorragia y dolor peri o posoperatorios.⁹ Por todo ello, lo más práctico puede ser ofrecer la LEEP en un hospital central o centro de referencia regional y la crioterapia en las consultas locales.²

Implicaciones políticas

Los planificadores de programas de prevención del cáncer cervicouterino deben considerar las siguientes cuestiones relativas al tratamiento:

- Recurrir al tratamiento ambulatorio en lo posible para controlar apropiadamente las lesiones precancerosas hace más accesible para las mujeres el tratamiento eficaz.
- Ampliar el acceso al tratamiento, poniendo la crioterapia a disposición del nivel local, requiere ampliar las normas y los reglamentos relativos a los proveedores para que el personal no médico esté autorizado a realizar tratamientos ambulatorios como la crioterapia.
- Donde sea posible diferenciar, reservar el tratamiento para las lesiones graves o de alto grado, pues la mayoría de las LEIBG retroceden espontáneamente. En

cambio, en los entornos donde es poco probable que las mujeres regresen para una visita de seguimiento, puede ser apropiado tratar también las LEIBG, especialmente en las mujeres de más de 30 años.

- En general, la crioterapia es apropiada para tratar una lesión ubicada en el exocérvix, que ocupa menos de tres cuartos de la zona de transformación y no invade el conducto cervical ni la vagina.
- Para las mujeres no consideradas buenas candidatas para la crioterapia, se recomienda un método de tratamiento alternativo como la LEEP.
- Apoyar la investigación para explorar estrategias alternativas que permitan reducir el número de visitas requeridas para tamizaje, diagnóstico, tratamiento y seguimiento.

Dado que tanto la crioterapia como la LEEP conllevan tasas de fracaso de hasta 10–15%, según las características de la lesión, se recomienda un seguimiento mínimo de un año. Algunos médicos consideran apropiados intervalos de seguimiento más cortos, pero esto puede no ser práctico en entornos de bajos recursos.

Referencias

1. Bishop A, Sherris J, Tsu V. Cervical Dysplasia Treatment in Developing Countries: A Situation Analysis. Seattle, WA (EE. UU.): Programa de Tecnología Sanitaria Apropiada (PATH) (julio de 1995).
2. Bishop A, Wells E, Sherris J, et al. Cervical cancer: evolving prevention strategies for developing countries. *Reproductive Health Matters* (6):60–71 (noviembre de 1995).
3. JHPIEGO. McIntosh N, Blumenthal P, Blouse A, eds. *Cervical Cancer Prevention Guidelines for Low-resource Settings*. Baltimore, MD (EE. UU.): JHPIEGO Corporation (julio de 2000).
4. Sellors JW y Sankaranarayanan R. La colposcopia y el tratamiento de la neoplasia

intraepitelial cervical: Manual para principiantes. Lyon (Francia), CIIC (2003).

5. ACCP. Effectiveness, Safety, and Acceptability of Cryotherapy: A Systematic Review. Seattle, WA (EE. UU.): Programa de Tecnología Sanitaria Apropiada (PATH) (enero de 2003).
6. Wright TC Jr, Subbarao S, Ellerbrock TV, et al. Human immunodeficiency virus 1 expression in the female genital tract in association with cervical inflammation and ulceration. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 184(3):279–285 (febrero de 2001).
7. Gaffikin L, Blumenthal PD, Emerson M, et al. (RTCOG/JHPIEGO Cervical Cancer Prevention Group). Safety, acceptability, and feasibility of a single-visit approach to cervical cancer prevention in rural Thailand: a demonstration project. *Lancet* 361:814–820 (2003).
8. Dodson MK, Sharp HT. Uses and abuses of the loop electrosurgical excision procedure (LEEP). *Clinical Obstetrics and Gynecology* 42(4): 916–921 (diciembre de 1999).
9. Mitchell MF, Tortolero-Luna G, Cook E, et al. A randomized clinical trial of cryotherapy, laser vaporization, and loop electrosurgical excision for treatment of squamous intraepithelial lesions of the cervix. *Obstetrics and Gynecology* 92(5): 737–744 (1998).

Alliance for Cervical Cancer Prevention Members

EngenderHealth, 440 Ninth Avenue, New York 10001 USA, Tel: (212) 561-8000

IARC (International Agency for Research on Cancer), 150, cours Albert-Thomas, F-69372, Lyon cedex 08, FRANCE, Tel: 33-472738599

JHPIEGO Corporation, 1615 Thames Street, Baltimore, Maryland 21231 USA, Tel: (410) 955-8618

PAHO (Pan American Health Organization), 525 Twenty-Third Street, N.W., Washington, DC 20037 USA, Tel: (202) 974-3890

Program for Appropriate Technology in Health (PATH), Agencia coordinadora de la Alianza, 1455 NW Leary Way, Seattle, Washington 98107 USA, Tel: (206) 285-3500

La Fundación Bill & Melinda Gates apoyó la elaboración de este documento por la Alianza para la Prevención de Cáncer Cervical (ACCP). Para más información, por favor visite el sitio web de la ACCP: www.alliance-cxca.org. Se puede contactar a la Alianza por correo postal por medio de PATH o por correo electrónico: accp@path.org. Octubre 2003

