

# Capítulo 11

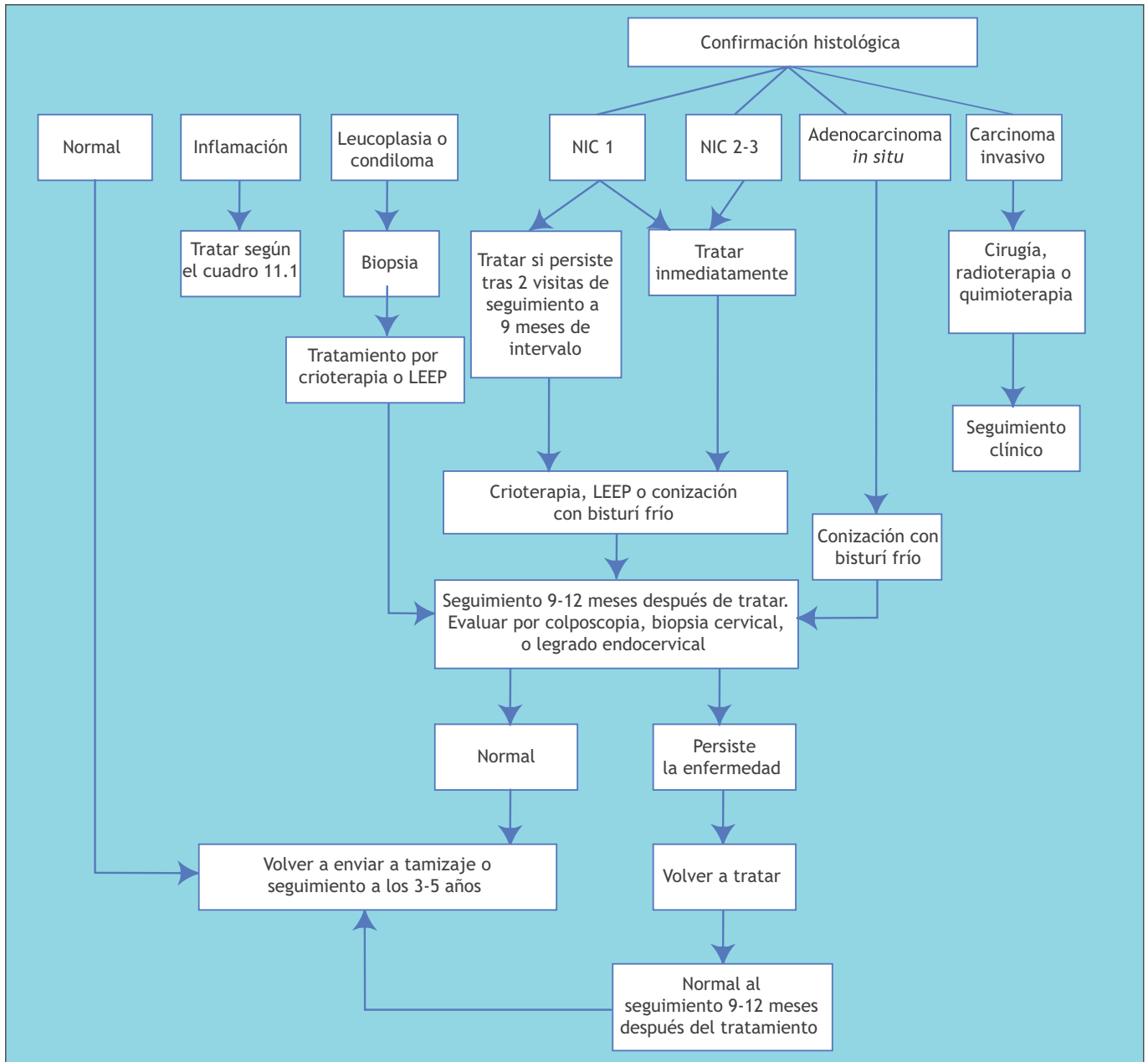
## Cómo proporcionar asistencia continua a las mujeres

- Cuando se le diagnostica a una mujer infección genital, hay que comenzar el tratamiento con prontitud siguiendo las normas de la OMS.
- Si bien puede ser preferible tener el diagnóstico de NIC firmemente establecido antes de iniciar el tratamiento, en muchos entornos de bajos recursos puede comenzarse a tratar en función de los resultados de la primera colposcopia, para maximizar la cobertura de tratamiento.
- La atención de las mujeres con lesiones NIC 1 lesiones puede seguir una de las siguientes vías: (i) tratamiento inmediato o (ii) seguimiento y ulterior tratamiento si la lesión persiste o si progresa después de 18 a 24 meses.
- Todas las mujeres con lesiones NIC 2 y NIC 3 deben tratarse por crioterapia o LEEP.
- Las que son diagnosticadas de carcinoma invasor deben recibir tratamiento con prontitud.
- Puede volverse a explorar a las embarazadas diagnosticadas de NIC de alto grado alrededor de las 28 semanas de gestación. Si la enfermedad está estabilizada, se puede examinar a la mujer 2 ó 3 meses después del parto, para establecer el diagnóstico definitivo por biopsia y tratar las lesiones como convenga.
- Es conveniente citar a las mujeres tratadas por NIC entre 9 y 12 meses después del tratamiento.

La planificación de la atención médica a una mujer después de su evaluación colposcópica inicial es principalmente responsabilidad del colposcopista. Es apropiado que la mujer participe en el proceso decisorio. La atención depende generalmente de la evaluación final, tras haber integrado los hallazgos colposcópicos con los informes histopatológicos. Los planes cambian si la mujer está embarazada. Deben detallarse explícitamente en el expediente médico y comunicarse con claridad a la paciente tan pronto como sea posible. En condiciones ideales, los informes histopatológicos (de biopsia, LEC, LEEP o citología) le llegarán al colposcopista en el plazo de tres semanas desde que se hizo la colposcopia. La crioterapia o la LEEP son las dos formas de tratamiento abordadas en este manual (véanse capítulos 12 y 13), pero debe recalcar que cada una tiene indicaciones específicas y

deben usarse solo cuando se satisfacen todos los criterios de admisibilidad para la terapia específica. En la figura 11.1 se muestra un plan general de manejo que puede adaptarse en los entornos de bajos recursos.

Generalmente, es preferible tener el diagnóstico de la neoplasia intraepitelial cervical (NIC) firmemente establecido antes de tomar una decisión sobre el manejo y de ofrecer cualquier tratamiento. Sin embargo, puede haber excepciones a esta regla. Por ejemplo, en muchos entornos, particularmente en los países en desarrollo, puede ofrecerse tratamiento en la primera visita para colposcopia, sobre la base de la evaluación colposcópica, para maximizar la cobertura de tratamiento (de otro modo, las pacientes perdidas para el seguimiento no recibirían tratamiento de sus lesiones). Si la decisión es tratar con crioterapia, pueden efectuarse una o más biopsias dirigidas antes



**FIGURA 11.1:** Diagrama de la actitud diagnóstico-terapéutica ante la neoplasia cervicouterina y otras afecciones en entornos de pocos recursos. (NIC = neoplasia intraepitelial cervical; LEEP = escisión electroquirúrgica con asa)

de la crioterapia, pues este tipo de tratamiento no genera muestras tisulares para el examen histológico. Una muestra hística tomada antes de instituir la terapia ablativa ayudará a confirmar la naturaleza histológica de la lesión tratada *a posteriori*. Los colposcopistas expertos también pueden emplear este enfoque para maximizar la cobertura de tratamiento y reducir al mínimo el número de visitas al consultorio en algunos entornos. Sin embargo, este enfoque puede dar lugar a un significativo grado de sobretratamiento. Aunque se supone que los métodos de tratamiento como la crioterapia y la LEEP son seguros, y tienen poca probabilidad de asociarse con secuelas a largo plazo y

complicaciones, aún resta establecer firmemente las implicaciones posteriores de tal sobretratamiento. Por otro lado, es probable que ese sobretratamiento pueda, hasta cierto punto, proteger contra el desarrollo futuro de la NIC, en vista de la ablación de la zona de transformación donde ocurren la gran mayoría de las lesiones de NIC.

### Resultados después de la evaluación colposcópica

#### Resultado de la colposcopia normal

En la mayoría de las mujeres con un cuello uterino normal, la evaluación mediante el colposcopio da lugar a

una evaluación satisfactoria del cuello uterino. Si se observa la unión escamoso-cilíndrica y no existe signo colposcópico alguno de NIC o de cáncer invasor, la mujer debe ser dada de alta y puede reanudar la participación

en el programa de tamizaje, si existe uno en la región (¡que no es el caso en muchos países en desarrollo!). De otro modo, se le puede recomendar repetir el examen de tamizaje después de tres a cinco años.

## 11.1 Tratamiento de las infecciones genitales femeninas

Infección genital	Normas de tratamiento	
	No embarazadas	Embarazadas
<i>T. vaginalis</i> (Tricomonirosis)	Metronidazol 400 mg por vía oral, 2 veces al día, durante 7 días o tinidazol 500 mg por vía oral, 2 veces al día, durante 7 días <u>o</u> una dosis única de metronidazol 2 g por vía oral <u>o</u> tinidazol 2 g por vía oral.	1 <sup>er</sup> trimestre: gel de metronidazol, 0,75%, 5 g, 2 veces al día intravaginalmente, durante 7 días; 2 <sup>do</sup> y 3 <sup>er</sup> trimestre: el mismo que las mujeres no embarazadas.
Candidiasis	Clotrimazol o miconazol, 200 mg intravaginalmente, dosis diarias durante 3 días <u>o</u> fluconazol, una dosis única de 150 mg por vía oral.	Clotrimazol o miconazol, 200 mg intravaginalmente, dosis diaria durante 3 días.
Vaginosis bacteriana	Metronidazol 400 mg por vía oral, 2 veces al día, durante 7 días.	Gel de metronidazol, 0,75%, 5 g, 2 veces al día intravaginalmente, durante 7 días <u>o</u> clindamicina, 300 mg por vía oral, 2 veces al día, durante 7 días.
Infección clamidiácea	Doxiciclina 100 mg por vía oral, 2 veces al día, durante 7 días <u>o</u> una dosis única de azitromicina, 1 g por vía oral.	Eritromicina 500 mg por vía oral, 4 veces al día, durante 7 días <u>o</u> amoxicilina, 500 mg por vía oral, 3 veces al día, durante 7 días.
Infección gonocócica	Ciprofloxacino, dosis única de 500 mg, por vía oral <u>o</u> azitromicina 2 g por vía oral como dosis única.	Cefixima, 200 mg por vía oral, como dosis única <u>o</u> ceftriaxona, 125 mg intramuscularmente, como dosis única.
Sífilis	Penicilina benzatínica, 2,4 millones UI, por inyección intramuscular, como tratamiento único; en pacientes alérgicas a penicilina, doxiciclina, 100 mg por vía oral, 2 veces al día, por 15 días.	Penicilina benzatínica, 2,4 millones UI, por inyección intramuscular, como tratamiento único; en pacientes alérgicas a penicilina, eritromicina 500 mg por vía oral, 4 veces al día, durante 15 días.
Linfogranuloma venéreo	Doxiciclina, 100 mg por vía oral, 2 veces al día, durante 14 días <u>o</u> eritromicina 500 mg por vía oral, 4 veces al día, durante 14 días.	Eritromicina 500 mg por vía oral, 4 veces al día, durante 14 días.
Chancro blando	Ciprofloxacino, 500 mg por vía oral, 2 veces al día, durante 3 días <u>o</u> eritromicina 500 mg por vía oral, 4 veces al día, durante 7 días <u>o</u> una dosis única de azitromicina, 1 g por vía oral.	Eritromicina 500 mg por vía oral, 4 veces al día, durante 7 días.
Granuloma inguinal	Azitromicina, 1 g por vía oral, como dosis única <u>o</u> doxiciclina, 100 mg por vía oral, 2 veces al día, durante 14 días.	Eritromicina 500 mg por vía oral, 4 veces al día, durante 7 días.
Herpes genital	Aciclovir, 400 mg por vía oral, 3 veces al día, durante 7 días <u>o</u> famciclovir, 250 mg 3 veces al día, durante 7 días.	—
Enfermedad pélvica inflamatoria (EPI)	Ceftriaxona 250 mg como una única inyección intramuscular más doxiciclina 100 mg por vía oral, 2 veces al día, durante 14 días <u>o</u> cefixima 800 mg por vía oral como dosis única más doxiciclina como se ha indicado <u>o</u> ciprofloxacino 500 mg por vía oral como dosis única más doxiciclina como se ha indicado.	Eritromicina 500 mg por vía oral, 4 veces al día, durante 14 días.

## Infección genital

Si se diagnostica una infección genital, debe instituirse un rápido tratamiento según las normas de la OMS (WHO, 2001). En el cuadro 11.1 se esbozan las políticas de tratamiento para las mujeres embarazadas y no embarazadas, con diagnóstico de infección genital. El uso del metronidazol oral está contraindicado durante el primer trimestre del embarazo, pero puede emplearse con seguridad en el segundo y tercer trimestres. Debe advertirse a quienes lo toman no consumir alcohol mientras reciben el medicamento o hasta 24 horas después de ingerir la última dosis. Las pacientes con sífilis avanzada pueden requerir tratamiento prolongado con antibióticos. No existe tratamiento conocido para las infecciones por herpes genital, pero el curso de los síntomas puede modificarse si se inicia tratamiento sistémico con aciclovir o sus análogos.

## Leucoplasia (hiperqueratosis)

La leucoplasia debe biopsiarse y remitirse para el examen histopatológico, para descartar la neoplasia cervical subyacente.

## Condilomas

Los condilomas deben biopsiarse y las lesiones exofíticas exocervicales localizadas pueden ser tratadas mediante tratamiento ablativo con crioterapia o electrofulguración o con tratamiento escisional como la LEEP.

## NIC 1

Si el diagnóstico final en una mujer es NIC 1, el manejo clínico puede seguir uno de los siguientes cursos: (a) tratar de inmediato la lesión o (b) seguir a la mujer citológica o colposcópica y luego tratarla si la lesión es persistente o progresiva después de 18 a 24 meses y, si se produce regresión, darla de alta del consultorio de colposcopia. En el contexto de los países en desarrollo, puede decidirse tratar a la mujer inmediatamente, porque muchas no regresan para una visita de seguimiento. Si se decide tratar a la mujer con crioterapia o LEEP, debe programarse al menos una visita de seguimiento entre 9 y 12 meses después del tratamiento (véanse capítulos 12 y 13). Después de la crioterapia y la LEEP, la curación del cuello uterino es macroscópicamente evidente a las 3 ó 4 semanas; los aspectos citológico y colposcópico seguirán reflejando los efectos curativos o regenerativos durante aproximadamente tres meses.

Si la visita de seguimiento no revela signo alguno de enfermedad persistente, la mujer puede ser dada de alta del consultorio de colposcopia y asesorada para participar en el programa de tamizaje, si existe uno en la región. De otro modo, puede recomendársele repetir el examen de tamizaje después de tres a cinco años. Si durante la visita de seguimiento se halla enfermedad persistente, deben llevarse a cabo investigaciones

### Cuadro 11.2: Indicaciones para la conización mediante bisturí frío

- La lesión se extiende al conducto cervical y no es posible confirmar el grado exacto.
- La lesión se extiende al conducto y el extremo más alejado excede la capacidad ablativa de la técnica del cono de LEEP (máxima profundidad ablativa de 1,5 cm).
- La lesión se extiende al conducto y el extremo más alejado excede la capacidad ablativa del colposcopista.
- La citología es reiteradamente anormal, sugiriendo neoplasia, pero no existe anomalía colposcópica correspondiente alguna del cuello uterino o la vagina en la cual realizar la biopsia.
- La citología indica una lesión mucho más grave que la observada y confirmada por la biopsia.
- La citología muestra células glandulares atípicas que indican la posibilidad de displasia glandular o adenocarcinoma.
- La colposcopia indica la posibilidad de displasia glandular o adenocarcinoma.
- El legrado endocervical revela histología anormal.

apropiadas y el tratamiento adecuado con crioterapia, LEEP o conización mediante bisturí.

### NIC 2-3

Todas las mujeres con lesiones de alto grado (NIC 2 o NIC 3) deben ser tratadas con crioterapia o LEEP. Deben respetar estrictamente los protocolos de manejo y concurrir para una visita de seguimiento entre 9 y 12 meses después del tratamiento (véanse capítulos 12 y 13). La mujer puede ser dada de alta del consultorio de colposcopia si la visita de seguimiento no revela signo colposcópico o citológico alguno de enfermedad persistente y se le puede recomendar reanudar la participación en un programa de tamizaje, si existe uno en la región, o puede seguirla después de tres a cinco años. Si se detecta enfermedad persistente, se debe instituir el tratamiento apropiado.

Si se efectúa una LEEP por NIC de cualquier grado y el informe histopatológico de una muestra de la LEEP indica la posibilidad de una escisión inadecuada de los bordes exocervicales o endocervicales, se debe efectuar una cuidadosa evaluación en tres visitas de seguimiento con citología, si se dispone de ella, y colposcopia, con atención especial al conducto cervical, a los 3, 9 y 15 meses. El problema de los bordes afectados requiere un manejo cuidadoso. Si se detecta enfermedad persistente en cualquier visita de seguimiento, la paciente debe ser seguida y tratada apropiadamente. Si existen pruebas citológicas, de LEC o colposcópicas de una lesión persistente, y los límites pueden verse y están dentro del alcance de un cono de LEEP, se puede efectuar entonces ese procedimiento. De otro modo, debe realizarse una conización con bisturí convencional para asegurar la remoción completa de la lesión. Si los resultados son normales en las tres visitas de seguimiento, la paciente puede reingresar a un programa de tamizaje, o ser seguida una vez en tres o cinco años.

### Cáncer invasor

Un diagnóstico de carcinoma escamocelular invasor o de adenocarcinoma requiere derivación inmediata para el tratamiento definitivo con cirugía o radioterapia (o ambos), con quimioterapia o sin ella.

### Mujeres que requieren investigaciones diagnósticas adicionales

Algunos casos evaluados mediante colposcopia requieren investigaciones de diagnóstico más amplias antes del tratamiento. Un pilar en tal investigación es la

conización convencional con bisturí. Las indicaciones para la conización biopsica diagnóstica se muestran en el cuadro 11.2. Si la lesión de NIC invade mucho el conducto cervical (más de 1,5 cm) o si no se visualiza su límite superior, está indicada la conización con bisturí. A las mujeres con cualquier informe citológico de anomalía que indique posible displasia glandular se les debe efectuar un LEC, además de la evaluación colposcópica. Si el LEC no brinda indicios de lesión glandular (pero sí lo hace la citología), puede indicarse la conización con bisturí. La citología que sugiere adenocarcinoma o las pruebas histológicas de displasia glandular o adenocarcinoma deben ser seguidas por una conización con bisturí para evaluar a fondo el grado y la gravedad de la enfermedad. Si se detecta un adenocarcinoma, debe tratárselo definitivamente cuanto antes.

### Embarazadas

El embarazo puede ser la primera oportunidad de una mujer para someterse a tamizaje para el cáncer cervicouterino como parte de la atención prenatal corriente. En este caso, a menudo se la puede enviar a colposcopia después de un resultado citológico anormal antes de la mitad del embarazo. Se tratan más adelante las posibilidades y recomendaciones usuales sobre cómo debe procederse en cada caso.

Los colposcopistas deben saber que las lesiones observadas en el cuello uterino gestante pueden tornarse más pequeñas después del parto debido a la retracción del cuello uterino. Las lesiones tenderán a migrar después del parto hacia el orificio cervical externo debido a la inversión (lo contrario de la eversión) del epitelio cervical. Por consiguiente, una lesión seguida en el período posparto puede parecer más pequeña y ubicarse más en el conducto que en el ectocérvix.

Durante el embarazo, se considera un manejo adecuado basar el diagnóstico de trabajo en una evaluación colposcópica de la NIC sin confirmación biopsica. Ante la menor sospecha de que la enfermedad pueda ser un cáncer invasor, debe obtenerse una biopsia. Ya que la derivación y el diagnóstico colposcópico ocurren generalmente cerca de la mitad del embarazo, cuando se sospecha una NIC de alto grado, la mujer puede reexaminarse alrededor de las 28 semanas de gestación. Los exámenes citológicos y colposcópicos deben realizarse en ambas visitas. Si el diagnóstico citológico o colposcópico cambia a un grado más

grave de anomalía en cualquiera de las visitas de seguimiento durante el embarazo, se debe obtener una biopsia dirigida con sacabocados. Si la enfermedad es estable, la mujer puede evaluarse en los 2 a 3 meses que siguen al parto para el diagnóstico definitivo mediante biopsia y el manejo apropiado de cualquier lesión. Los planes de manejo para las visitas de seguimiento de mujeres después del parto dependen del diagnóstico final y

corresponden a los descritos para las no embarazadas.

El parto vaginal puede permitirse si, confirmada la microinvasión o la NIC, se planifican la revaloración y el tratamiento posparto definitivo. Estas mujeres deben citarse para la revaloración definitiva entre las 8 y 12 semanas posparto. Antes de una nueva colposcopia, el cuello uterino debe haber involucionado o sanado completamente.