

Resumen del Consenso “Tamizaje y metodología diagnóstica de lesiones precursoras del cáncer cervical en mujeres con VIH/SIDA”

Comité Ejecutivo: Miguel Tilli, Eduvigis Somma, Silvina Vulcano, Laura Ariel

Comité de Asesoramiento y Revisión: Andrea Velazco y Fernando Monge

¿Cuáles son los factores que influyen en el tamizaje para CCU?

- Edad
- Estado Inmunológico (CD4 y carga viral)
- Adherencia al tratamiento.
- Vía de adquisición de la infección (Transmisión vertical u horizontal)
- Vacunación previa
- Antecedentes de LIE del TGI

¿Cuándo debiera iniciarse el tamizaje para CCU?

El tamizaje debería iniciarse al momento del diagnóstico de la infección por VIH con relaciones sexuales iniciadas.

En los casos de mujeres que adquirieron la infección por transmisión vertical, no existen aún evidencias sobre la edad de inicio del tamizaje, por lo que sugerimos su comienzo luego del inicio de las mismas.

Tipos de tamizaje para CCU e Intervalos.

4.1 Tamizaje sólo con citología

En mujeres con VIH de 30 años o más

NO se recomienda como única modalidad de tamizaje, a no ser que sólo se cuente con este único recurso. En estos casos es recomendable realizar siempre 2 tomas (Exocervical y endocervical).

Intervalo: durante el primer año posterior al diagnóstico cada 6 meses y luego anualmente **en condiciones óptimas de seguimiento infectológico (CD $>$ 500)**.

En mujeres con VIH menores de 30 años,

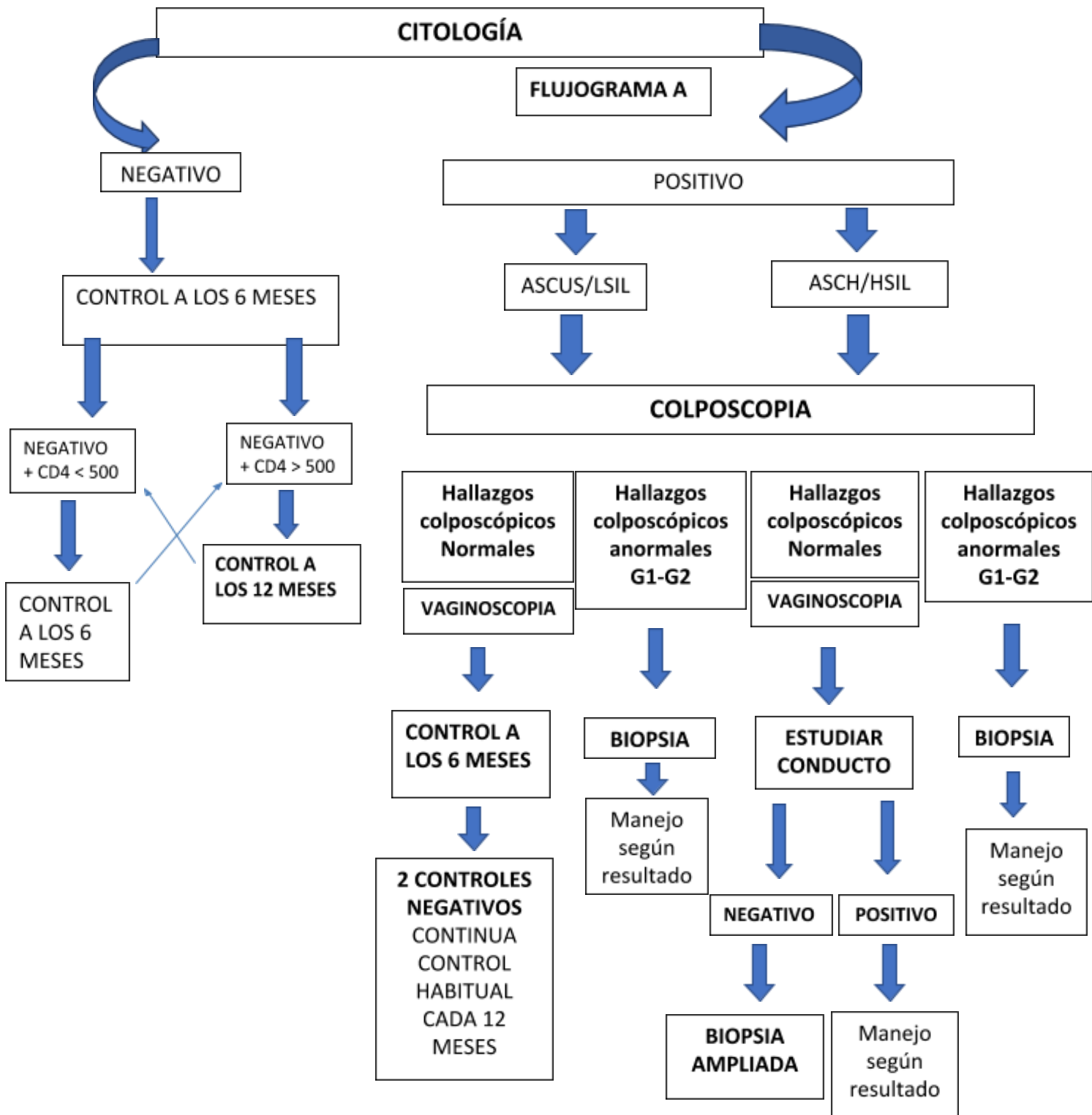
SI se recomienda el tamizaje con citología como única modalidad de tamizaje siempre con 2 tomas (exo-endocervical)

Intervalo: durante el primer año posterior al diagnóstico cada 6 meses y luego anualmente **en condiciones óptimas de seguimiento infectológico** (CD>500),

ALGORITMO I

ALGORITMO I:

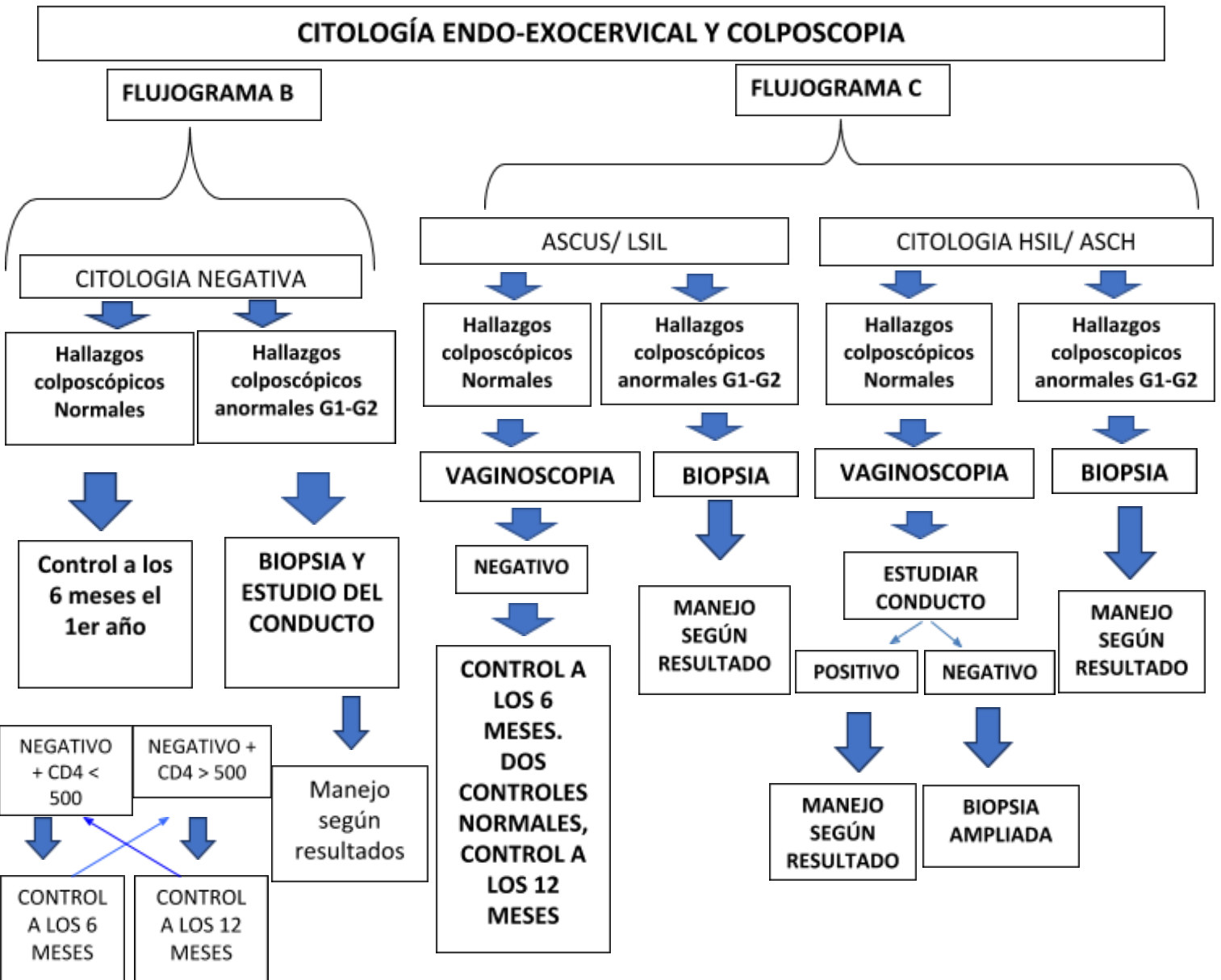
A- TAMIZAJE CON CITOLOGÍA ÚNICAMENTE. (COMO ÚNICO RECURSO DE TAMIZAJE)



4.2 Tamizaje con citología y colposcopia

ALGORITMO II

ALGORITMO II:
B- TAMIZAJE CON CITOLOGÍA Y COLPOSCOPIA



4.3 Tamizaje con cotest: Citología con prueba de VPH

En mujeres con VIH de 30 años o más

SI se recomienda el uso de una técnica molecular más el estudio citológico.

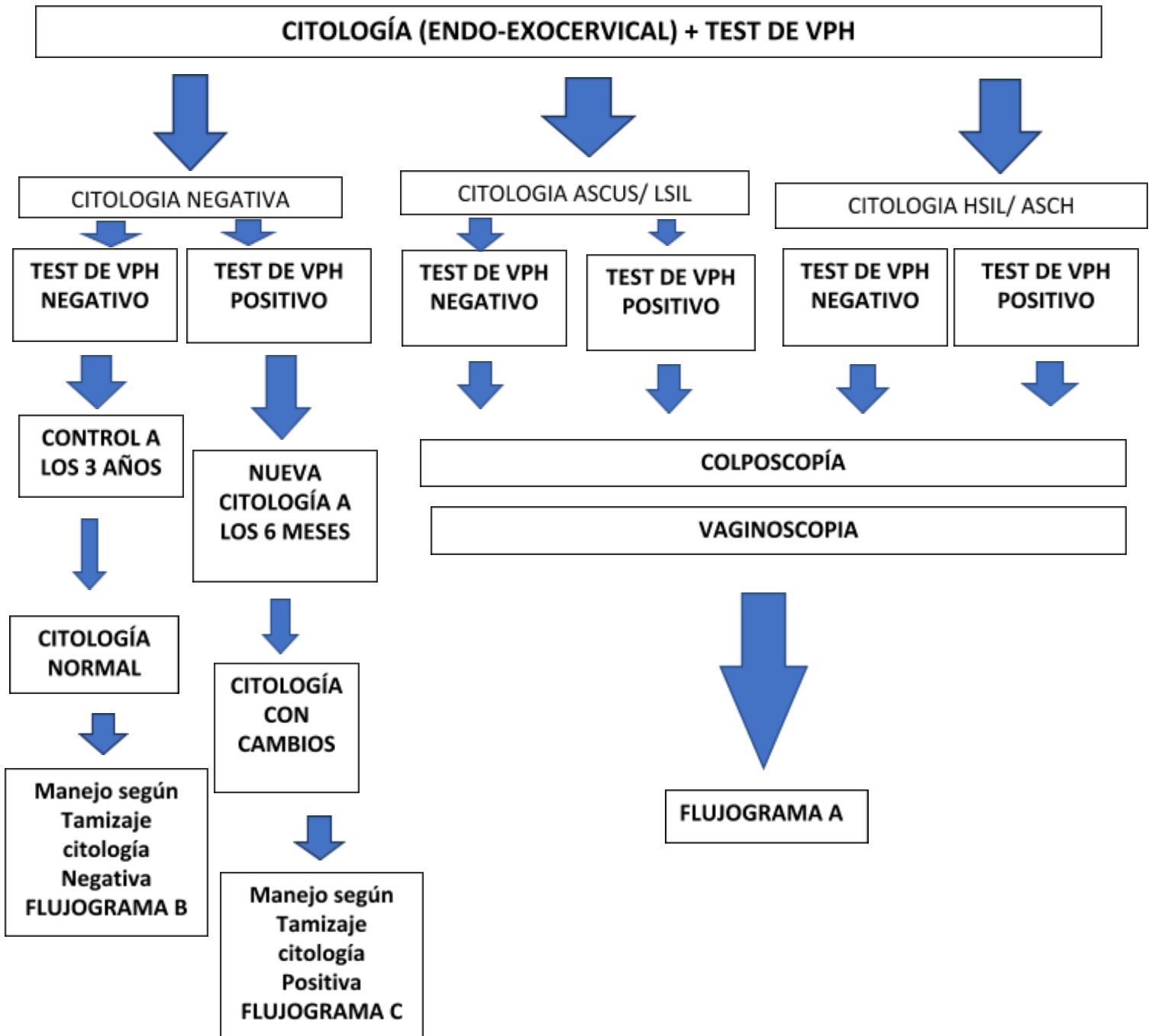
En mujeres con VIH menores a 30 años.

NO se recomienda el uso de una técnica molecular más el estudio citológico.

ALGORITMO III

ALGORITMO III:

C- TAMIZAJE CON PRUEBA MOLECULAR DETECCIÓN DE VPH ONCOGÉNICOS + CITOLOGÍA



4.4 Tamizaje sólo con prueba de VPH

No hay datos que sugieran el uso solo del test de VPH para tamizaje y/o diagnóstico de VPH en mujeres VIH positivas.

Manejo de LIE en Pacientes con Infección por VIH:

Si bien seguimos las guías del consenso de la Sociedad Argentina de PTGI y Colposcopia - SOGIBA 2015, en esta población debemos emplear criterio médico y personalizar el diagnóstico, tratamiento y seguimiento basándonos en factores de riesgo.

Factores de riesgo

- Compromiso inmunológico, CD 4 como factor más importante
- Compromiso inmunológico, carga viral
- Falta de adherencia al seguimiento.
- No adherencia a tratamiento Antirretroviral
- Tabaquismo.
- Edad
- Vía de adquisición de la infección VIH (transmisión vertical u horizontal)
- Compromiso inmunológico (CD4 y Carga Viral)
- Antecedentes de tratamientos de H-SIL en el tracto genital inferior.

1. Manejo de mujeres con diagnóstico histológico de L-SIL (CVP y CIN 1) con correlación cito-colpo-histológica

A diferencia de las mujeres VIH negativas por ser esta infección un factor de riesgo factor de riesgo se sugiere tratamiento. Supeditado a criterio del médico tratante según guías de manejo LIE 2015.

2. Manejo de mujeres con diagnóstico histológico de L-SIL(CVP y CIN I) sin correlación cito-colpo-histológica (con sospecha colposcópica de mayor patología y/o citología con cambios mayores)

Se aceptan dos opciones:

1. Revisión de todos los hallazgos (B III)
 - a. Cambios en el diagnóstico: manejo acorde con el cambio.
 - b. Sin cambios en el diagnóstico: procedimiento diagnóstico escisional.
2. Procedimiento diagnóstico escisional, especialmente en:
 - Colposcopia con zona de transformación tipo 3.
 - Estudio del conducto positivo para SIL.

3. Manejo de mujeres con diagnóstico histológico de H-SIL (CIN II / CIN III)

Se recomienda biopsia ampliada según los tipos de escisión (de acuerdo a la extensión y compromiso de canal)

4. Manejo durante el embarazo

Control cito-colposcópico trimestral tanto en CIN I y CIN II/III
Control a las 6 u 8 semanas postparto

Seguimiento CIN II/III

Toda la vida
Control cito-colposcópico semestral por dos años y luego anual dependiendo del estado inmunológico
Los centros en los cuales se utiliza el cotest como modelo de tamizaje: 6-12 meses del tratamiento

