



01

Manejo de las Lesiones Intraepiteliales Grado (LIEBG)

(L-SIL : Low-grade squamous intraepithelial lesions)

Dra. Cecilia Gabriela Gandini



- La mayoría de las Lesiones intraepiteliales de bajo grado (LIEBG o L-SIL en inglés) (80%) están producidas por el Virus del Papiloma Humano (VPH) de alto riesgo oncogénico.
- La remisión espontánea no depende sólo del tipo de virus, depende entre otros, de la integración genómica, cofactores, inmunidad, etc.
- Numerosos trabajos demuestran que la mayoría de las lesiones de bajo grado desaparecen luego de 12 a 24 meses de evolución .
- La progresión de CIN 1 a CIN 2-3 es mayor dentro de los primeros 24 meses (12% al 15%) De aquí la importancia de mantener el control semestral en los primeros dos años de su detección y evaluar su comportamiento.



En esta colpofotografía de una paciente de 24 años , G0, sin factores de riesgo , observamos lesiones acetoblancas grado 1, por fuera de la zona de transformación ; lesiones que ocupan el 20% aproximadamente del cérvix, tenues, de bordes geográficos y que no se introducen en el conducto endocervical.

Coincide con la citología recibida : L-SIL efecto citopático viral por HPV y la toma de biopsia cervical (CIN 1-HPV).

¿Qué conducta implementa?

- A- Controles citocolposcópicos semestrales.
- B- Tratamiento destructivo local.
- C- Exéresis completa de la lesión con Asa de radiofrecuencia (LLETZ).
- D- Solicita Test de HPV por captura Híbrida o PCR para definir conducta.



A- Controles citocolposcópicos semestrales.

Ante el diagnóstico citológico de una LIEBG con concordancia cito-colpo-histológica **la indicación será mantener controles semestrales** para evaluar la evolución de las lesiones virales que se manifestarán en su mayor porcentaje en forma transitoria. No debe utilizarse un Test de HPV para definir conducta ya que la presencia viral de tipos virales de Alto Riesgo es prevalente pero transitoria en el 80% de los casos.

Debe primar la actitud conservadora sin dañar la mucosa cervical con tratamientos destructivos locales innecesarios que no aportan ningún beneficio y al contrario, pueden generar imágenes cicatrizales que entorpecen los controles posteriores.

Pero **sí deberán realizarse nuevas tomas biópsicas** ante cambios sugestivos de mayor patología durante el control colposcópico o una citología con cambios mayores en presencia de la misma imagen observada que no presente modificaciones evidentes.

El control de la LIEBG se realizará en principio, durante 2 años (4 controles semestrales). Si no se presentan cambios y no hay factores de riesgo, se podrá consensuar con la paciente mantenerse en control un tiempo más.

Ante la persistencia de la lesión o extensión, a mayor edad de la paciente y factores de riesgo asociados, se podrá evaluar realizar el tratamiento de la lesión.



En el tercer control semestral se realiza una nueva citología que continúa informando LIEBG-HPV , pero en la Colposcopía la imagen se ha expandido , ocupa el 50% del cérvix por fuera de la Zona de Transformación tipo 1. De hora 9 a H 4 se extendió en forma de epitelio acetoblanco con estructura de mosaico Grado 1 , y desde H4 a H 9 la lesión extensa acetoblanca se ha tornado más densa y con borde neto. Ninguna de las lesiones se introducen en el conducto endocervical.

¿Qué conducta adopta?

A- La citología continúa siendo LIEBG , por lo tanto continúa el control semestral.

B- Ante la imagen extendida decide realizar un tratamiento destructivo local sin necesidad de nueva biopsia previa al mismo.

C- Realiza nuevas tomas de Biopsia en la imagen de mayor sospecha (H5 /6).



C- Realiza nuevas tomas de biopsia del labio posterior cervical y recibe como diagnóstico una Lesión de Alto Grado CIN 3 /HPV (LIEAG / H-SIL en inglés)

No quedan dudas de la necesidad de tratamiento en esta paciente ya que la lesión en estricto control ha progresado a una lesión pre-maligna cervical

¿Cuál es el tratamiento adecuado en esta paciente?

- A- Realiza Conización Cervical para asegurarse una exéresis amplia con menor probabilidad de recurrencia.
- B- Realiza tratamiento destructivo local con ácido tricloroacético topicando la lesión durante dos minutos para asegurarse una buena profundidad de penetración del ácido en la lesión.
- C- Realiza exéresis amplia de la zona de transformación con asa de radiofrecuencia tipo 1 (procedimiento LLETZ).



C- Realiza exéresis amplia de la zona de transformación con asa de radiofrecuencia tipo 1 (procedimiento LLETZ).

Realiza la exéresis amplia de la lesión en la Zona de transformación de Tipo 1 , para lo cual el procedimiento LLETZ es preciso, adecuado para lograr la completa resección de la lesión y permitir su estudio seriado histopatológico.

Realizar un procedimiento desmedido en este caso, como una conización cervical ,en una lesión completamente visible y sin afectación del conducto endocervical no asegura una menor recurrencia.

Puede aumentar la probabilidad de complicaciones obstétricas a futuro por el menor volumen cervical remanente y ante la recurrencia de lesiones y la necesidad de retratamiento se vuelve cada vez más dificultoso técnicamente el procedimiento.

No es factible medir la profundidad de penetración de un método químico como el ácido tricloroacético para asegurar la destrucción de la lesión a diferencia de la vaporización láser o la criocirugía en manos entrenadas.

El objetivo del tratamiento es asegurar la exéresis de la lesión y/o modificación de factores de riesgo si los hubiera. Siempre con un criterio conservador , lo menos mutilante posible.



¡MUCHAS GRACIAS!

Dra. Cecilia Gabriela Gandini
Médica Ginecóloga
MN 109470



Para información contactanos:

www.colpoweb.org

✉ sociedad@colpoweb.org

☎ (54 11) 4823-6187

☎ (54 11) 4825-5141

Redes Sociales



Colpoargentina