

Prevención de cáncer de cuello uterino

Fecha de la última revisión: **23/12/2013**

Índice de contenidos

1. [¿De qué hablamos?](#)
2. [¿Cómo se previene?](#)
3. [Actuación ante una citología alterada](#)
4. [Actuación ante un doble test \(citología + test VPH\) alterado en mujeres mayores de 30 años](#)
5. [Bibliografía](#)
6. [Más en la red](#)
7. [Autores](#)

¿De qué hablamos?

A nivel mundial, el cáncer de cuello uterino ocupa el tercer lugar en frecuencia entre las mujeres, detrás del cáncer de mama y el colorrectal, con unos 500.000 nuevos casos al año; más del 85% de ellos ocurren en países en vías de desarrollo. Aunque en España la incidencia es de las más bajas de Europa, en 2008 se diagnosticaron 1.948 casos, con una incidencia y una mortalidad estimadas de 6,3 y 1,9 por 100.000 mujeres respectivamente, siendo el segundo tumor más frecuente en mujeres de 15 a 44 años (Globocan, 2008).

La mayoría de casos se diagnostican entre los 35 y los 50 años, con una edad media al diagnóstico de 48 años. Sólo el 10% corresponde a mujeres mayores de 65 años (Castells X, 2006; Diestro Tejeda MD, 2007). El 85-95% de los tumores son carcinomas escamosos o epidermoides; el resto son adenocarcinomas y carcinomas adenoescamosos.

La causa fundamental del tumor es la infección persistente por el virus del papiloma humano (VPH), un virus ADN que se transmite por contacto sexual, y que participa también en la etiopatogenia de los cánceres de vagina, vulva, ano, pene, orofaringe y cavidad oral. Esta infección es tan frecuente que el 75%-85% de las mujeres sexualmente activas habrán estado expuestas a lo largo de su vida, con una prevalencia del 15% al 50% en la población femenina de 20 a 30 años. A medida que avanza la edad la prevalencia disminuye, para estabilizarse a partir de los 40 años en torno a un 5-10% (Cortés Bordoy J, 2011).

Existen entre 30 y 40 genotipos de VPH que infectan la mucosa genital. Según su potencial oncogénico se dividen en VPH de alto y bajo riesgo. Entre los de alto riesgo, ocho genotipos (tipos 16, 18, 45, 31, 33, 52, 58 y 35) son responsables del 95% de los casos de cáncer cuello uterino, y de ellos los genotipos 16 y 18 son los responsables del 70% de estos tumores. Los genotipos del VPH de bajo riesgo 6 y 11 son responsables del 90% de las verrugas anogenitales (Cortés Bordoy J, 2011; Feldman S, 2013).

La mayoría de infecciones y displasias leves por VPH son autolimitadas, y se resuelven de forma espontánea en un periodo de 8 a 24 meses sin dejar ningún tipo de lesión. Pero la persistencia de infección por VPH de alto riesgo en el epitelio cervical puede ocasionar anomalías celulares que, tras un periodo de 10 a 20 años, evolucionen desde la displasia cervical hasta la neoplasia intraepitelial cervical o CIN (cervical intraepithelial neoplasm). Las CIN se clasifican según la profundidad de la afectación del epitelio y la atipicidad celular como: (Feldman S, 2013)

- **CIN-1:** lesión de bajo grado, no considerada precursor de cáncer cervical, y que suele ser causada por tipos VPH de bajo riesgo. Entre el 70 y el 90% de los casos regresan espontáneamente sin tratamiento.
- **CIN-2:** lesión precancerosa de alto grado que presenta una displasia moderada; no obstante, hasta el 40% pueden presentar regresión espontánea, sobre todo en mujeres jóvenes.
- **CIN-3:** lesión de alto grado, con displasia severa o carcinoma in situ, que puede afectar a más de dos tercios del epitelio. En torno al 30% de los casos progresan a cáncer (McCredie M, 2008).

Otros factores que se relacionan con una mayor incidencia de cáncer cervical son el tabaquismo (que incrementa 2-3 veces el riesgo de desarrollar cáncer en mujeres con VPH), la inmunosupresión (pacientes VIH, tratamiento con inmunosupresores, etc.), el uso prolongado de anticonceptivos orales, la multiparidad y la coinfección con otras enfermedades de transmisión sexual como el herpes genital (Feldman S, 2013; Gavilán Moral E, 2013).

Hay también factores que aumentan el riesgo de infección por VPH: actividad sexual a edad temprana, numerosos compañeros sexuales (o relación con uno que ha tenido muchas parejas), uso no sistemático de preservativos, etc. (Gavilán Moral E, 2013). La circuncisión masculina es en cambio un potente factor protector frente a la infección VPH. La utilización del DIU como método contraceptivo ha mostrado también un efecto protector frente al cáncer invasor, aunque no frente a la infección por VPH (Cortés Bordoy J, 2011).

¿Cómo se previene?

Las medidas de prevención primaria (educación sanitaria, vacuna) se dirigen fundamentalmente a evitar la infección por el VPH, como factor necesario para el desarrollo del cáncer de cuello uterino. Las pruebas de cribado (citología, detección del VPH) permiten detectar y tratar las lesiones precancerosas evitando su progresión a cáncer.

Prevención primaria:

Intervenciones de educación para la salud

El uso correcto de preservativo durante las relaciones sexuales puede reducir el riesgo de infección por VPH en mujeres hasta un 70% (Winer RL, 2006). Se recomienda informar a jóvenes de ambos sexos (es frecuente que varones infectados sean la fuente de contagio) sobre la enfermedad, vías de transmisión y mecanismos de control. El PAPPS 2012 recomienda que los profesionales de atención primaria proporcionen consejo sobre protección en los contactos sexuales (evidencia moderada, recomendación fuerte a favor) (Marzo Castillejo M, 2012). Los resultados de una revisión sistemática indican que las intervenciones para

fomentar hábitos sexuales seguros en mujeres jóvenes consiguen aumentar las conductas preventivas como el uso del preservativo, aunque los resultados estadísticamente significativos en la reducción de enfermedades de transmisión sexual son escasos (Shepherd JP, 2011).

Vacuna papilomavirus

En la actualidad existen dos vacunas comercializadas frente al VPH: la vacuna bivalente va dirigida contra los genotipos 16 y 18, y la tetravalente contra los genotipos 16, 18, 6 y 11. Tienen una indicación exclusivamente profiláctica, careciendo de efecto terapéutico sobre la patología causada por VPH. Ambas han demostrado generar memoria inmune y ser seguras y eficaces frente a lesiones preneoplásicas cervicales. La tetravalente ha mostrado también eficacia frente a las verrugas genitales (ver <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/papilomavirus/>). Aún no existen estudios que hayan evaluado una disminución de la probabilidad de padecer cáncer de cuello uterino, dada la historia natural de la enfermedad, ni se conocen completamente puntos importantes como la duración de su protección, los efectos en mujeres previamente infectadas y la posible inmunidad cruzada (Cortés Bordoy J, 2011; Gavilán Moral E, 2013).

La vacunación de las niñas de 14 años frente al papilomavirus ha sido incluida en el calendario vacunal del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y en el de las Comunidades Autónomas. El Documento de Consenso 2011 de Sociedades Científicas Españolas aconseja la vacunación sistemática de las niñas de 9 a 14 años, y recomienda la vacunación de todas las mujeres hasta los 26 años (calidad de evidencia A, recomendación fuerte a favor) (Cortés Bordoy, 2011).

Prevención secundaria:

Citología de papanicolau

La citología exfoliativa cérvicovaginal (citología de Papanicolau o convencional) es la técnica más utilizada como prueba de cribado para detección precoz de cáncer de cuello uterino (ver <https://www.fisterra.com/ayuda-en-consulta/tecnicas-atencion-primaria/citologia-cervix-test-papanicolaou>).

Es el único test de cribado que ha demostrado disminuir la incidencia y la mortalidad por cáncer de cuello uterino cuando se utiliza en programas de base poblacional. Los países que iniciaron estos programas hace décadas han obtenido reducciones de hasta un 80% en la incidencia de este tumor, y la mayoría de los diagnósticos corresponden a mujeres que no se habían realizado una citología en los 5-10 años previos. En el Reino Unido, las tasas de mortalidad estandarizadas por edad debido a cáncer de cuello de útero han descendido de 7,1/100.000 mujeres en 1979 a 2,4/100.000 mujeres en 2008 (Cancer Research UK, 2010).

Tiene una sensibilidad del 50-87% y una especificidad del 86-100%. Los falsos negativos suelen relacionarse con una toma de muestra inadecuada (que alcanza hasta al 8% de los frotis) (Queiró Verdes T, 2013).

El sistema mas utilizado para la clasificación de los hallazgos citológicos es el de Bethesda (actualización 2001) (Solomon D, 2002), que valora la calidad de la muestra (satisfactoria o insatisfactoria-inadecuada) y clasifica los hallazgos citológicos en: negativos para lesión intraepitelial o malignidad, hallazgos no neoplásicos (cambios inflamatorios o infecciosos) y anomalías en las células epiteliales. Las anomalías en las células epiteliales se dividen en:

- Alteraciones en las células escamosas
 - Atipias celulares escamosas (ASC):
 - ASC de significado incierto (ASC-US).
 - ASC sin poder descartar HSIL (ASC-H).
 - Lesiones intraepiteliales escamosas de bajo grado (LSIL), en las que es poco probable la progresión a cáncer. Se correlacionan con displasia cervical leve, infección por VPH y CIN-1.
 - Lesiones intraepiteliales escamosas de alto grado (HSIL), más propensas a evolucionar a una lesión cancerosa o precancerosa. Se correlacionan con displasia moderada o CIN-2, displasia severa o CIN-3 y carcinoma in situ.
 - Carcinoma de células escamosas.
- Alteraciones en las células glandulares (pueden corresponder a células tumorales del canal cervicouterino o del útero)
 - Atipias de células glandulares (AGC).
 - Adenocarcinoma in situ.
 - Adenocarcinoma endocervical, endometrial, extrauterino, sin especificar (NOS).

La citología informa de la existencia de células anómalas, pero el diagnóstico definitivo debe hacerse mediante colposcopia con biopsia y estudio histológico de las lesiones sospechosas. Existe correlación entre los resultados citológicos anómalos y los hallazgos subsecuentes en la biopsia, pero la correspondencia exacta solo ocurre en aproximadamente la mitad de las pacientes. En el caso de mujeres jóvenes es frecuente que el resultado LSIL regrese a la normalidad al cabo de cierto tiempo, representando una infección autolimitada por VPH (Feldman S, 2013).

La citología es menos efectiva en el caso de detección de adenocarcinoma, aunque éste es mucho menos frecuente que el carcinoma escamoso. A menudo estas pacientes tienen controles citológicos previos normales. La detección en la citología de células glandulares atípicas (AGC) o adenocarcinoma in situ (AIS) obliga a descartar la presencia de neoplasia cervical o de endometrio (Cortés J, 2010).

Tabla 1. Correspondencia entre términos histológicos y citológicos		
Clasificación histológica (utilizada en diagnóstico)		Clasificación citológica (utilizada en cribado)
OMS (clasificación descriptiva)	CIN (Cervical Intraepitelial Neoplasm)	Sistema BETESFDA 2001
Normal	Normal	Negativa para lesión intraepitelial o malignidad
Alteraciones en células escamosas		
Atipia		ASC-US ASC-H
Displasia leve	Condiloma CIN-1	L-SIL
Displasia moderada	CIN-2	H-SIL
Displasia severa	CIN-3	
Carcinoma <i>in situ</i>		

Alteraciones en células glandulares	
Células glandulares atípicas	AGC
Adenocarcinoma <i>in situ</i>	AIS
Carcinoma invasivo	

Citología de base líquida

En esta técnica la muestra obtenida se introduce en una solución conservadora que tras su procesamiento permite obtener en el portaobjetos una capa muy fina de células, reduciendo contaminantes que dificultan la lectura, como sangre, moco o células inflamatorias.

Las revisiones sistemáticas de los estudios que comparan citología convencional y de base líquida no muestran diferencias significativas en la sensibilidad y especificidad. Sus ventajas radican en el menor porcentaje de muestras inadecuadas, el menor tiempo de lectura, y en la posibilidad de guardar y reutilizar la muestra para realizar el test de detección de VPH en el caso de resultados anómalos en la lectura de la citología (Siebers AG, 2009; SEC/SEAP, 2013).

En España la prueba mas usada continúa siendo la citología Papanicolau, aunque en muchos hospitales se realiza también la citología en base líquida.

Test de detección VPH (virus papiloma humano)

La prueba de detección de VPH analiza la presencia de ADN viral en células del cuello uterino. Es una prueba con mayor sensibilidad que la citología en la detección de lesiones CIN-2 o superiores, pero que presenta una menor especificidad, sobre todo en mujeres jóvenes. El debate actual se centra en cuál debe ser su lugar en los programas de cribado:

- En los programas que utilizan la citología como prueba inicial de cribado, la prueba de detección de VPH de alto riesgo se aplicaría como método de triage cuando los resultados citológicos son equívocos o muestran anomalidades de bajo grado, para seleccionar las mujeres que requieren colposcopia (por ejemplo, ante el hallazgo en una citología con células ASCUS en mujeres a cualquier edad o de células LSIL en mujeres postmenopáusicas) (Arbyn M, 2013).
- El empleo del test de detección de VPH como prueba inicial de cribado solo se recomienda en mujeres mayores de 30 años, con el fin de evitar el sobretratamiento de lesiones transitorias en mujeres más jóvenes, en las que la prevalencia del VPH es muy alta, mientras que la incidencia de cáncer cervical es muy baja. En el caso de las adolescentes, hasta el 90-95% de lesiones de bajo grado y muchas lesiones de alto grado tienen una regresión espontánea (Arbyn M, 2010; ACOG, 2012).
- La utilización del test VPH como prueba inicial de cribado en mujeres mayores de 30-35 años, combinado con la citología (co-test o doble test), busca realizar un diagnóstico más precoz de lesiones de alto grado. Una citología negativa junto a un test VPH negativo implica un riesgo muy bajo de tener en los próximos 10 años un CIN de alto grado o un carcinoma, pudiéndose aumentar el intervalo de cribado a 5 años (Cortés J, 2010).
- Utilizado como test único inicial en mujeres mayores de 30 años, sólo habría que realizar citología cuando el test VPH es positivo (Cortés J, 2010). No obstante, en el momento actual no se recomienda el uso del test VPH sólo como primera prueba de cribado, siendo preferibles la citología o el co-test con citología + test VPH (ver siguiente apartado).

Recomendaciones de cribado

En la tabla 2 aparecen las recomendaciones de cribado de cáncer cervical en mujeres sanas de organismos españoles y americanos, respecto a edad de inicio y finalización, test recomendado y frecuencia (Marzo-Castillejo M, 2012; SEGO/AEPCC/SEC/SEAP, 2006; SEGO, 2010; USPSTF, 2012; ACOG, 2012; Saslow D, 2012; CTF 2013).

Tabla 2. Recomendaciones de cribado de cáncer de cuello uterino				
	Edades recomendadas		Test recomendado y frecuencia	Observaciones
	Inicio	Finalización		
PAPPS 2012	25 años	65 años	• Citología cada 3-5 años.	Evidencia alta, recomendación fuerte a favor
			• La introducción del Test VPH en mujeres >35-40 años como prueba de cribado dependerá de los protocolos consensuados en las diferentes comunidades autónomas.	Desde atención primaria se debe realizar una búsqueda activa dirigida a aumentar la cobertura, con especial énfasis en la población de alto riesgo (evidencia baja, recomendación fuerte a favor)
SEGO, AEPCC, SEC, SEAP 2006 SEGO 2010	A los 3 años del inicio de relaciones sexuales, o a partir de los 25 años	65 años	• Mujeres <35 años: citología anual los 2 primeros años. Luego citología cada 3 años.	Cribado no recomendado tras histerectomía total por patología benigna confirmada en la pieza operatoria
			• Mujeres >35 años (**): citología + Test VPH cada 5 años. • Si no existe disponibilidad del Test VPH: citología cada 3 años.	En mujeres con infección VIH o inmunodeprimidas se recomienda citología anual
USPSTF 2012 (*)	21 años	65 años	• Citología cada 3 años. • En las mujeres de 30 a 65 años que quieren alargar el intervalo de cribado: citología + Test VPH cada 5 años.	Recomendación grado A (alta certeza de que el beneficio neto es sustancial)
Recomendación en contra del cribado en:				Recomendación grado D (moderada o alta

			- Mujeres <21 años. - Mujeres >65 años con cribados previos. negativos y sin riesgo elevado de cáncer de cérvix. - Mujeres hysterectomizadas sin antecedentes de CIN-2, CIN-3, o cáncer de cérvix. Recomendación en contra del cribado con test VPH (con/sin citología) en mujeres <30 años.	certeza de no beneficio o de que los riesgos superan los beneficios)
ACS, ASCCP, ASCP (2012) (*) ACOG 2012 (*)	21 años	65 años	Recomendación fuerte a favor (ACS/ASCCP/ASCP) Evidencia nivel A (ACOG): - Mujeres <30 años: citología cada 3 años. - Mujeres >30 años: - Preferible: citología + Test VPH cada 5 años. - Aceptable: citología cada 3 años.	Cribado anual: no recomendado (ACOG: no recomendado en mujeres >30 años). Cribado no recomendado en: - Mujeres <21 años. - Mujeres >65 años con evidencia de cribados previos negativos (***) y sin riesgo elevado de cáncer de cérvix. - Mujeres hysterectomizadas sin antecedentes de CIN-2, CIN-3 o cáncer de cérvix. Cribado con test VPH (con/sin citología) no recomendado en <30 años.
CTF (2013) (*)	25 años	69 años	- Mujeres 25-29 años: citología cada 3 años (evidencia moderada, recomendación débil). - Mujeres >30 años: citología cada 3 años (evidencia alta, recomendación fuerte). Recomendación en contra del cribado en: - Mujeres <20 años (evidencia alta, recomendación fuerte). - Mujeres 20-24 años (evidencia moderada, recomendación débil).	No existe suficiente evidencia para recomendar el Test VPH como prueba de cribado solo o en combinación con citología. Cribado no recomendado en mujeres >70 años con cribados previos negativos (3 citologías negativas sucesivas en los últimos 10 años).

PAPPS: Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud. SEGO: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. AEPCC: Asociación Española de Patología Cervical y Colposcopia. SEC: Sociedad Española de Citología. SEAP: Sociedad Española de Anatomía Patológica. USPSTF: U.S. Preventive Services Task Force. ACS: American Cancer Society. ASCCP: American Society for Colposcopy and Cervical Pathology. ASCP: and American Society for Clinical Pathology. ACOG: American College of Obstetricians and Gynecologists. CTF: Canadian Task Force.

(*) Estas recomendaciones no son aplicables a mujeres con diagnóstico previo de CIN-2, CIN-3 o cáncer de cervix, mujeres expuestas a dietilestilbestrol en el útero, o mujeres inmunodeprimidas (por ejemplo con infección por VIH).
Método: tanto la citología convencional (papanicolau) como la citologia en base líquida son aceptables para el cribado.
Mujeres vacunadas VPH: se aplican las mismas recomendaciones según su grupo de edad.

(**) Mujeres >30 años (corte de edad de aplicación aceptable hasta los 40 años) según la actualización en 2010 auspiciada por SEGO (Cortes J, 2010).

(***) Definidos como al menos tres citologías consecutivas negativas o dos co-tests (citología + test VPH) consecutivos negativos en los 10 años previos, el último de ellos realizado en los 5 años anteriores.

En las recomendaciones del Consejo Europeo sobre cribado de cáncer cervical se aconseja desarrollar programas de base poblacional, en lugar de la captación oportunista. Recomiendan iniciar el cribado entre los 20 y 30 años, preferiblemente no antes de los 25, con citología cada 3-5 años, y finalizarlo a los 60-65 años. Aconsejan prestar especial atención a mujeres mayores que no han realizado un cribado adecuado, y que por tanto pueden estar en mayor riesgo (Arbyn M, 2010).

Existe evidencia suficiente de que en mujeres mayores de 30 años, la estrategia de cribado citológico cada 3 años o la combinación de citología con determinación de VPH cada 5 años obtiene similares resultados. En cambio, hasta el momento ninguna de las guías de recomendaciones aconseja el cribado primario con el test VPH (Saslow D, 2012; ACOG, 2012; USPSTF, 2012; SEC/SEAP, 2013).

Existe amplia evidencia científica para desaconsejar el cribado citológico anual, y en general todas las guías de recomendaciones aconsejan un intervalo de al menos 3 años cuando los resultados son normales, salvo en el caso de mujeres de riesgo como inmunodeprimidas, infección por VIH, antecedente de CIN-2 o CIN-3, etc. (ACOG, 2012; Saslow D, 2012; USPSTF, 2012).

Un programa de cribado tiene que sopesar los posibles beneficios (reducción de incidencia y mortalidad por cáncer cervical) y las desventajas (ansiedad, repetición de pruebas, procedimientos invasivos para tratamiento de lesiones que regresarían espontáneamente, posibles complicaciones del tratamiento, etc.) (Feldman S, 2013).

En el caso de mujeres vacunadas frente al VPH, las recomendaciones de cribado en el momento actual siguen siendo las mismas que para el resto de mujeres de su grupo de edad, ya que la vacuna no protege frente a todos los tipos oncogénicos de VPH, y se desconoce todavía la duración de la protección. No obstante, ya se está viendo en esta población una disminución de la tasa de resultados citológicos anómalos, lo que podría convertir al test VPH, de mayor sensibilidad, en la prueba inicial de cribado más recomendable, y la citología se realizaría en segundo lugar ante un test VPH positivo (Gavilán Moral E, 2013).

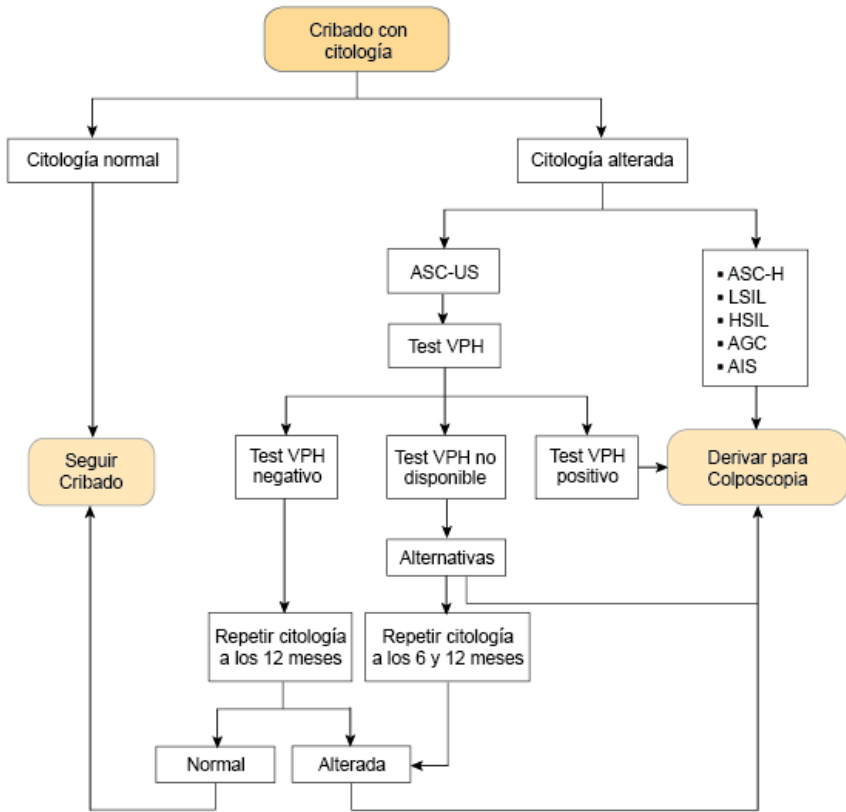
Actuación ante una citología alterada

De acuerdo al sistema de clasificación de Bethesda:

- **Calidad de la muestra:** si la valoración de la muestra de la citología es insatisfactoria por estar artefactada se recomienda repetir la citología. Si se debiese a una infección, se repetirá después del tratamiento (DGSP Cantabria, 2011).
- **Hallazgos no neoplásicos:** si se objetiva infección se tratará solo en caso de que sea de transmisión sexual, o si presenta síntomas. Si se objetiva inflamación o atrofia con inflamación en mujer postmenopáusica, puede realizarse tratamiento con estrógenos locales al menos tres semanas y repetirla en tres meses.
- **Anomalías en las células epiteliales:** si la citología es negativa para lesión intraepitelial o malignidad se continuará con las recomendaciones habituales de cribado.

Si existe alguna alteración, se procederá de acuerdo al algoritmo 1 (ICSI, 2010; ACS-ASCCP-ASCP, 2012; Cortés J, 2010; ACOG, 2008):

- Células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASC-US): realizar test ADN-VPH, si es negativo para VPH de alto riesgo la posibilidad de tener un CIN-2 o peor es menor del 2%, por lo que se aconseja repetir citología en 12 meses. Si es positivo la posibilidad de un CIN-2, CIN-3 o peor está entre un 15 y un 27%, por lo que se realizará colposcopia (ICSI, 2010). Si no se dispone de test VPH hay dos alternativas:
 - Repetir la citología a los 6 y 12 meses, y si alguna esta alterada, realizar colposcopia. La sensibilidad de dos resultados normales consecutivos a los 6 y 12 meses en una citología equivale a la de un test VPH negativo para la detección de CIN-2, CIN-3 o peor.
 - Realizar colposcopia directamente, sobre todo si están presentes otros factores de riesgo.
- Lesión escamosa intraepitelial de bajo grado (LSIL): generalmente hay que realizar colposcopia. En el caso de mujeres postmenopáusicas, como alternativa puede realizarse primero el test VPH: si éste es positivo, derivar para colposcopia; si es negativo, continuar con el cribado habitual.
- Células glandulares atípicas (AGC): derivación inmediata para descartar neoplasia cervical o endometrial.
- En el resto de los casos (ASCH, LSIL, HSIL, AIS): colposcopia independientemente del test VPH.
- Aunque el cribado en adolescentes no está recomendado, si se ha realizado una citología y su resultado es ASC-US o LSIL, dado el alto porcentaje de regresión espontánea independientemente del test VPH, se aconseja seguimiento conservador sin colposcopia inicial.



Algoritmo 1. Actuación en el cribado con citología
(ICSI, 2010; ACS-ASCCP-ASCP, 2012; Cortés J, 2010)

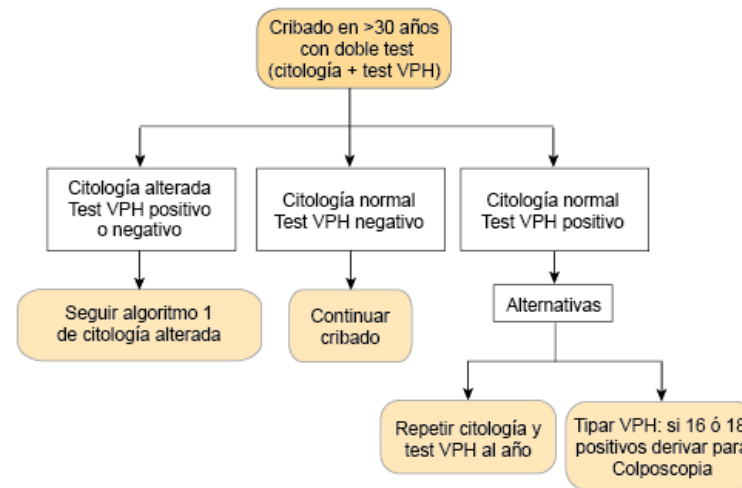
Actuación ante un doble test (citología + test VPH) alterado en mujeres mayores de 30 años

La actuación a seguir se recoge en el algoritmo 2 (ICSI, 2010; ACS-ASCCP-ASCP, 2012; Cortés J, 2010).

Si ambas pruebas (VPH y citología) son negativas, la probabilidad de desarrollar cáncer de cuello uterino en los siguientes 10 años es muy baja, menor del 2% según los estudios (ICSI, 2010).

En el caso de alteraciones en la citología, serán éstas las que marquen las actuaciones a seguir.

En las mujeres con un test positivo de VPH y citología negativa, las guías de consenso aconsejan repetir ambas pruebas al año. Si ambas son negativas se seguirá con los despistajes rutinarios. Si persiste el VPH positivo o aparecen alteraciones en la citología, se recomienda colposcopia (ICSI, 2010; ACOG, 2012). Otra alternativa en este caso, basada en el diferente riesgo de desarrollar cáncer cervical a 10 años según el tipo de virus (un 18-21% con VPH 16 ó 18, frente a 1,5% con otros VPH de alto riesgo), es realizar un tipaje del VPH: si es positivo para VPH de alto riesgo 16 ó 18, derivar para colposcopia; si es negativo, repetir el doble test (citología + test VPH) al año (ASCCP, 2013; ACOG, 2012).



Algoritmo 2. Actuación en el cribado con doble test
(ICSI, 2010; ACS-ASCCP-ASCP, 2012; Cortés J, 2010)

Bibliografía

- Acinas García O, Fernández Iglesias S, Gómez Ortega JM, Gómez Román J, Jubete Castañeda Y, Muñoz Cacho P, et al. Protocolo de detección precoz de cáncer de cérvix. Gobierno de Cantabria. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Dirección General de Salud Pública; 2011. [Texto completo](#)
- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Committee on Practice Bulletins—Gynecology. ACOG Practice Bulletin Number 131: Screening for cervical cancer. Obstet Gynecol. 2012;120(5):1222-38. PubMed [PMID: 23090560](#). [Texto completo](#)
- American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin No. 99: management of abnormal cervical cytology and histology. Obstet Gynecol. 2008;112(6):1419-44. PubMed [PMID: 19037054](#). [Texto completo](#)
- Arbyn M, Anttila A, Jordan J, Ronco G, Schenck U, Segnan N, et al. European Guidelines for Quality Assurance in Cervical Cancer Screening. Second edition--summary document. Ann Oncol. 2010;21(3):448-58. PubMed [PMID: 20176693](#). [Texto completo](#)
- Arbyn M, Roelens J, Simoons-Smit AM, Buntinx F, Paraskevaidis E, Martin-Hirsch PP, et al. Human papillomavirus testing versus repeat cytology for triage of minor cytological cervical lesions. Cochrane Database Syst Rev. 2013;3:CD008054. PubMed [PMID: 23543559](#). [Texto completo](#)
- Canadian Task Force on Preventive Health Care; Pollock S, Dunfield L, Shane A, Kerner J, Bryant H, Czesak M, et al. Recommendations on screening for cervical cancer. CMAJ. 2013;185(1):35-45. PubMed [PMID: 23297138](#). [Texto completo](#)
- Cancer ResearchUK [Internet]. Cervical cancer mortality statistics; 2010 [acceso 16/7/2013]. Disponible en: <http://www.cancerresearchuk.org/cancer-info/cancerstats/types/cervix/mortality/uk-cervical-cancer-mortality-statistics>
- Castells X, Sala M, Ascunce N, Salas D, Zubizarreta R, Casamitjana M, coordinadores. Descripción del cribado del cáncer en España. Proyecto DESCRIC. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. Agencia d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya; 2007. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, AATRM num. 2006/01. [Texto completo](#)
- Cortés Bordoy J. Vacunación frente al virus del papiloma humano. Documento de consenso 2011 de las sociedades científicas españolas. Semergen. 2012. <http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2012.04.016>. [Texto completo](#)
- Cortés J, Martínón-Torres F, Ramón y Cajal JM, Gil A, Velasco J, Abizanda M, Miranda P, Garrido R. Prevención primaria y secundaria de los cánceres de cuello de útero y vulva: recomendaciones para la práctica clínica. Prog Obstet Ginecol. 2010;53 (supl1):1-19.
- Diestro Tejeda MD, Serrano Velasco M, Gómez-Pastrana Nieto F. Cáncer de cuello uterino. Estado actual de las vacunas frente al virus del papiloma humano (VPH) Oncología. 2007;30(2):42-59. [Texto completo](#)
- Feldman S, Sirovich BE, Goodman AK. Screening for cervical cancer: Rationale and recommendations [Internet]. En Walthman MA: UpToDate; 2013, version 21.6. [acceso 16/7/2013]. Disponible en: <http://www.uptodate.com>
- Ferlay J, Shin HR, Bray F, Forman D, Mathers C, Parkin DM. Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: GLOBOCAN 2008. Int J Cancer. 2010;127(12):2893-917. PubMed [PMID: 21351269](#). [Texto completo](#)
- Gavilán Moral E, Padilla Bernáldez J. La vacuna del papiloma humano. AMF. 2013;9(4):201-7. [Texto completo](#)
- Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). Initial management of abnormal cervical cytology (Pap test) and HPV test in adult and adolescent females. Bloomington (MN): Institute for Clinical Systems Improvement(ICSI); 2010. [Texto completo](#)
- Marzo-Castillejo M, Bellas-Beceiro B, Vela-Vallespín C, Nuin-Villanueva M, Bartolomé-Moreno C, Vilarrubí-Estrella M, et al. Recomendaciones de prevención del cáncer. Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud en atención primaria (PAPPS). Aten Primaria. 2012;44 Suppl 1:23-35. PubMed [PMID: 23399505](#). [Texto completo](#)
- Massad LS, Einstein MH, Huh WK, Katki HA, Kinney WK, Schiffman M, et al.; 2012 ASCCP Consensus Guidelines Conference. 2012 updated consensus guidelines for the management of abnormal cervical cancer screening tests and cancer precursors. Obstet Gynecol. 2013;121(4):829-46. PubMed [PMID: 23635684](#). [Texto completo](#)
- McCredie MR, Sharples KJ, Paul C, Baranyai J, Medley G, Jones RW, et al. Natural history of cervical neoplasia and risk of invasive cancer in women with cervical intraepithelial neoplasia 3: a retrospective cohort study. Lancet Oncol. 2008;9(5):425-34. PubMed [PMID: 18407790](#)
- Moyer VA; U.S. Preventive Services Task Force. Screening for cervical cancer: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. Ann Intern Med. 2012;156(12):880-91, W312. PubMed [PMID: 22711081](#). [Texto completo](#)
- Queiro Verdes T, Puñal Riobó J. Métodos automatizados de lectura de citología cervical uterina. Desarrollo de actividades de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías y Prestaciones del SNS. Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia; 2013. Informes de evaluación de tecnologías sanitarias: avalia-t Num. 2013/01. [Texto completo](#)
- Saslow D, Solomon D, Lawson HW, Killackey M, Kulasingam SL, Cain J, et al.; ACS-ASCCP-ASCP Cervical Cancer Guideline Committee. American Cancer Society, American Society for Colposcopy and Cervical Pathology, and American Society for Clinical Pathology screening guidelines for the prevention and early detection of cervical cancer. CA Cancer J Clin. 2012;62(3):147-72. PubMed [PMID: 22422631](#). [Texto completo](#)
- Shepherd JP, Frampton GK, Harris P. Interventions for encouraging sexual behaviours intended to prevent cervical cancer. Cochrane Database Syst Rev. 2011; (4):CD001035. PubMed [PMID: 21491379](#)
- Siebers AG, Klinkhamer PJ, Grefte JM, Massuger LF, Vedder JE, Beijers-Broos A, et al. Comparison of liquid-based cytology with conventional cytology for detection of cervical cancer precursors: a randomized controlled trial. JAMA. 2009;302(16):1757-64. PubMed [PMID: 19861667](#). [Texto completo](#)
- Sociedad Española de Citología. Sociedad Española de Anatomía Patológica. División española de la International Academy of Pathology [Internet]. Manifiesto-declaración sobre la prevención del cáncer de cérvix en España. Abril de 2013 [acceso 16/7/2013]. Disponible en: http://www.seap.es/actualidad/-/asset_publisher/cE93/content/id/377964

- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), Asociación Española de Patología Cervical y Colposcopia (AEPCC), Sociedad Española de Citología (SEC), Sociedad Española de Anatomía Patológica (SEAP). Algoritmos de prevención de cancer cervical. Prog Obstet Ginecol. 2006;49 Supl 2:5-62. [Texto completo](#)
- Solomon D, Davey D, Kurman R, Moriarty A, O'Connor D, Prey M, et al.; Forum Group Members; Bethesda 2001 Workshop. The 2001 Bethesda System: terminology for reporting results of cervical cytology. JAMA. 2002;287(16):2114-9. PubMed [PMID: 11966386](#)
- Winer RL, Hughes JP, Feng Q, O'Reilly S, Kiviat NB, Holmes KK, et al. Condom use and the risk of genital human papillomavirus infection in young women. N Engl J Med. 2006;354(25):2645-54. PubMed [PMID: 16790697](#). [Texto completo](#)

Más en la red

- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Committee on Practice Bulletins—Gynecology. ACOG Practice Bulletin Number 131: Screening for cervical cancer. Obstet Gynecol. 2012;120(5):1222-38. PubMed [PMID: 23090560](#). [Texto completo](#)
- American Society for Colposcopy and Cervical Pathology. Updated Consensus Guidelines for Managing Abnormal Cervical Cancer Screening Tests and Cancer Precursors. Algorithms. April 2013. En: <http://www.asccp.org/Portals/9/docs/Updated%20ASCCP%20Algorithms%204%2011%2013%20-%20PDF.pdf>
- Canadian Task Force on Preventive Health Care; Pollock S, Dunfield L, Shane A, Kerner J, Bryant H, Czesak M, et al. Recommendations on screening for cervical cancer. CMAJ. 2013;185(1):35-45. PubMed [PMID: 23297138](#). [Texto completo](#)
- U.S. Preventive Services Task Force. Screening for cervical cancer: recommendation statement. Am Fam Physician. 2012 Sep 15;86(6):555-9. [PMID: 23062047](#)

Autores

- Silvia Ayala Luna Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria (1)
- Miguel Ángel Delgado Nicolás Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria (2)

(1) Centro de Salud Segre. Servicio Madrileño de Salud. España.
(2) Centro de Salud Los Ángeles. Servicio Madrileño de Salud. España.

Conflicto de intereses: No disponible.



Elsevier España S.L.U. © 2018. Todos los derechos reservados.

Esta web utiliza cookies. Para obtener mas información o denegar su uso, por favor visite la [Página de cookies](#).

[Términos y condiciones](#) - [Política de Privacidad](#) |

