

Concordancia citocolpohistológica en pacientes con lesión intraepitelial escamosa cervicouterina de bajo grado

Cytocolpohystological concordance in patients presenting with low-grade cervicouterine squamous intraepithelial lesion

Félix José Casanova Fonticiella^I; Irene Carmen Rodríguez Santos^{II}; Pedro Evelio Alemán Ramírez^{III}; Pedro Borges Echevarría^{IV}

^IMáster en Ciencias en Atención Integral a la Mujer. Especialista de II Grado en Obstetricia y Ginecología. Profesor auxiliar. Hospital Ginecoobstétrico Docente "Mariana Grajales", Santa Clara. Villa Clara, Cuba.

^{II}Especialista de II Grado en Anatomía Patológica. Profesora auxiliar Consultante. Hospital Ginecoobstétrico Docente "Mariana Grajales", Santa Clara. Villa Clara, Cuba.

^{III}Máster en Ciencias en Atención Integral a la Mujer. Especialista de II Grado en Obstetricia y Ginecología. Profesor titular. Hospital Ginecoobstétrico Docente "Mariana Grajales", Santa Clara. Villa Clara, Cuba.

^{IV}Especialista de I Grado en Obstetricia y Ginecología. Asistente. Hospital Ginecoobstétrico Docente "Mariana Grajales", Santa Clara. Villa Clara, Cuba.

RESUMEN

La causa fundamental del cáncer cervical es la infección con el virus del papiloma humano. Un programa eficaz de prevención debe comprender su historia natural. De varios sistemas para clasificar las lesiones, el de Bethesda es el recomendado por la Organización Mundial de la Salud, pero no es el establecido en Cuba. Así, mujeres con solamente signos de infección del virus, no se atienden en la consulta de patología de cuello. Desde 2008 en el Hospital Ginecoobstétrico Docente "Mariana Grajales" se utiliza esta clasificación y se creó una sesión de consulta para las pacientes con lesión intraepitelial de bajo grado.

OBJETIVO: Describir, de los resultados de la atención a estas pacientes, la conducta seguida, su evolución y resultados colposcópicos e histológicos.

MÉTODOS: Se realizó un estudio prospectivo, longitudinal y descriptivo con las 186 pacientes de esta sesión, del 1º de enero al 31 de octubre de 2008, con las variables: imágenes colposcópicas al ingreso, diagnóstico histológico, resultado de la citología evolutiva y conducta médica.

RESULTADOS: Hubo mayormente hallazgos colposcópicos normales y en alrededor

de un tercio de las mujeres, anormales; se realizó biopsia a dos quintos de las pacientes y conducta quirúrgica a la décima parte. La mayoría de las citologías evolutivas fueron normales. Más de la mitad de las pacientes estaban en seguimiento sin biopsia al final del período.

CONCLUSIONES: Las lesiones de bajo grado se confirmaron en alrededor de la octava parte de las pacientes y hubo lesiones de alto grado en aproximadamente un décimo de ellas.

Palabras clave: Cuello del útero, colposcopia, conización, biopsia.

ABSTRACT

The leading cause of cervical cancer is the infection with human papillomavirus. An effective program of prevention must to includes its natural history. From some systems to classify the lesions, that of Bethesda is the recommended by OMS but is not the established in Cuba. So, the women with only signs of virus infection don't seek help in the cervix pathology consultation. From 2008 in "Mariana Grajales" Teaching and Gynecology and Obstetrics Hospital this classification is used and there is a consultation session for patients presenting with a low grade intraepithelial lesion.

OBJECTIVE: To describe, from the results of care of these patients, the behavior followed, its evolution and the colposcopy and histology results.

METHODS: A descriptive, longitudinal and prospective study was conducted in the 186 patients from this session from January 1 to October 31, 2008 with the following variables: colposcopy images at admission, histological diagnosis, evolution cytology result and medical behavior.

RESULTS: There were many normal colposcopy findings and in about a third of women with abnormal findings a biopsy was done to the fifth of patients and a surgical behavior in the tenth part. Most of evolutionary cytologies were normal. More than the half of patients was under follow-up without biopsy at the end of period.

CONCLUSIONS: The low grade lesions were verified in almost the eighth part of patients and there were high grade lesions in almost the tenth part of them.

Key words: Cervix uteri, colposcopy, conization, biopsy.

INTRODUCCIÓN

Se conoce que la causa fundamental del cáncer cérvicouterino es la infección con uno o más de los tipos de alto riesgo del virus del papiloma humano (en lo adelante VPH) y que aunque la mayoría de las nuevas infecciones resuelven espontáneamente, si esta persiste, puede llevar al desarrollo de precáncer, que si no se trata, puede conducir al cáncer. Los programas de pesquisas bien planeados y organizados pueden reducir significativamente el número de casos nuevos de cáncer cervical y sus índices de mortalidad. De los métodos de detección, con la citología orgánica se tiene la experiencia más extensa. Las pruebas basadas en la

determinación y tipificación del VPH necesitan de facilidades de laboratorios sofisticados y tienen un alto costo.¹

Para planificar y poner en práctica un programa racional y eficaz en función de los costos, es preciso comprender claramente la historia natural de esta enfermedad, cuyos modelos reconocidos se han modificado en los últimos años. La mayoría de las displasias de bajo grado experimentan una regresión o no progresan, especialmente los casos incidentales en las mujeres más jóvenes. La regresión en los casos prevalentes es menos probable.² No es posible predecir en cuáles mujeres las lesiones precursoras progresarán a cáncer, porque los factores ambientales y del huésped asociados con la progresión no se han entendido completamente.³

Existen varios sistemas en uso para clasificar las lesiones precancerosas del cuello uterino. Algunos son más útiles, ya que incorporan los conocimientos adquiridos sobre la historia natural de la enfermedad. El sistema de Bethesda que se desarrolló en la década de 1990 debe ser usado solamente para reportes citológicos y es la clasificación recomendada por la Organización Mundial de la Salud (en lo adelante OMS) para estos reportes.¹ También, el Proyecto para la Prevención y Control del Cáncer Cervical en el Caribe lo considera como el recomendado para esta área y pretendía que todos los laboratorios estuvieran utilizándolo en enero de 2005.⁴ Según la clasificación de 2001 del sistema de Bethesda⁵ los resultados de exámenes citológicos con células epiteliales escamosas anormales son: células escamosas atípicas de significado indeterminado (en lo adelante ASC-US, por sus siglas en inglés); células escamosas atípicas que no excluyen una lesión intraepitelial de alto grado (ASC-H, por sus siglas en inglés); lesión intraepitelial escamosa de bajo grado (en lo adelante LIEBG), que incluye la infección por VPH y la displasia leve o neoplasia intraepitelial cervical (en lo adelante NIC) I; lesión intraepitelial escamosa de alto grado (en lo adelante LIEAG), que incluye la displasia moderada o NIC II y la severa y el carcinoma *in situ* (en lo adelante CIS) o NIC III; y el carcinoma de células escamosas.

El Programa nacional de diagnóstico precoz del cáncer cervicouterino⁶ señala que esta clasificación no es la establecida en nuestro país y considera que el estudio citológico es anormal cuando tiene cualquier grado de NIC o carcinoma invasor. Así, un grupo de pacientes con LIEBG, las que solo tienen signos de infección por VPH, no se atiende en la consulta de patología de cuello.

Dado que del 70 al 80 % de las LIEBG regresan espontáneamente, hallar alternativas de conducta poco costosas pero eficientes puede producir enormes ahorros; otros beneficios son: pruebas de diagnóstico menos invasivas, evitar tratamientos innecesarios, menos complicaciones médicas y reducir la ansiedad de las pacientes.⁷ En nuestra provincia no existen condiciones para realizar pruebas para la determinación y tipificación del VPH, por lo que no podemos conocer cuáles son las lesiones por virus de alto riesgo oncogénico. En 2002, el autor de esta publicación junto a colaboradores se preguntaba si debíamos continuar diagnosticando la infección por el VPH y la NIC I por separado o comenzar a utilizar la terminología de Bethesda y cuáles consecuencias traería en Cuba, ya que el atender a todas las pacientes con LIEBG incorporaría un gran número de casos a las consultas de patología de cuello uterino⁸ y las sobrecargaría, según el diseño que han tenido tradicionalmente.

Todo lo anterior llevó al autor a plantearse que es un problema de salud que en Cuba no esté instituida la clasificación del sistema de Bethesda y que las mujeres con infección por el VPH solamente, no se atienden en la consulta de patología de cuello, ni existe una estrategia precisa para su seguimiento.

En el Hospital Ginecobstétrico Docente "Mariana Grajales" se comenzó a utilizar en enero de 2008 esta clasificación para el diagnóstico citológico y se creó la sesión de consulta para las pacientes con LIEBG, cuyos resultados preliminares constituyen este trabajo cuyo objetivo general es describir, dentro de los resultados de la atención a estas pacientes, la conducta seguida con ellas, su evolución y resultados colposcópicos e histológicos en el periodo de estudio.

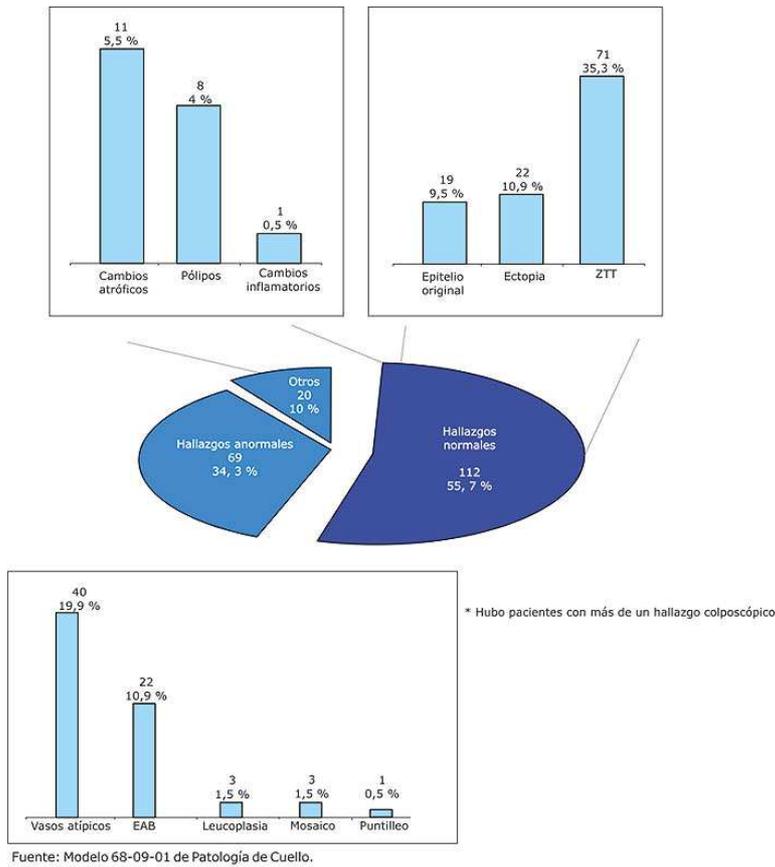
MÉTODOS

Se realizó un estudio prospectivo, longitudinal y descriptivo en la sesión de pacientes con diagnóstico citológico de LIEBG de la consulta de patología del cuello uterino del Hospital Ginecobstétrico Docente "Mariana Grajales" de Santa Clara, Villa Clara desde el 1º de enero hasta el 31 de octubre de 2008. El universo correspondió a todas las pacientes (186) de los municipios Placetas, Ranchuelo, Manicaragua, Santo Domingo, Encrucijada y Cifuentes, que se atienden en el Hospital Ginecobstétrico Docente "Mariana Grajales", cuyos informes citológicos describían anomalías compatibles con una LIEBG. El estudio se realizó con todo el universo.

La conducta con estas fue la recomendada por el Programa nacional de diagnóstico precoz del cáncer cervicouterino para las pacientes con citología de detección con diagnóstico de NIC I, adaptada al diagnóstico de LIEBG. La información fue obtenida mediante el modelo 68-09-1 de Patología de Cuello del Ministerio de Salud Pública y el libro de registro de biopsias del Departamento de Anatomía Patológica del Hospital Ginecobstétrico Docente "Mariana Grajales", lo que se considera la fuente de información. Se determinaron las frecuencias absolutas y porcentajes, que se presentan en tablas y gráficos y permitieron el resumen y análisis de los datos. Para establecer la significación estadística se utilizó la prueba del Chi cuadrado de Pearson. Se consideró significativo un valor menor de 0,05. Las variables utilizadas fueron: imágenes colposcópicas al ingreso, diagnóstico histológico, diagnóstico de la primera citología evolutiva y conducta médica durante el período. La investigación fue aprobada por el Consejo Científico y el Comité de Ética de la Investigación del Hospital Ginecobstétrico Docente "Mariana Grajales" y los métodos y procedimientos estuvieron de acuerdo con la Declaración de Helsinki de 1975 con una revisión actualizada.

RESULTADOS

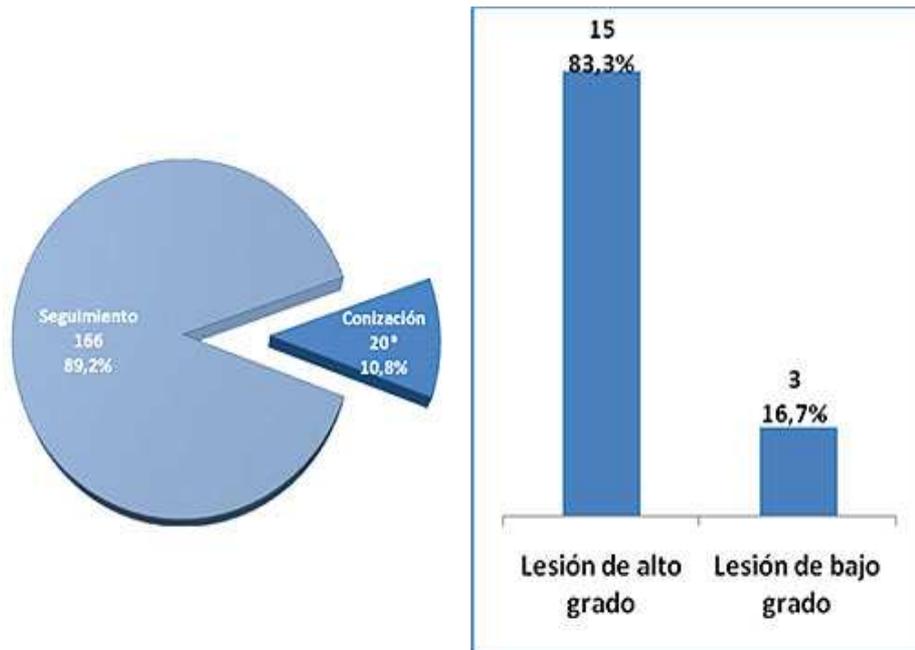
Como se observa en la figura 1, el mayor número de los hallazgos colposcópicos fueron normales (55,7 %) y la zona de transformación típica fue el más frecuente (71; 35,3 % del total de imágenes), seguida de la ectopia (22; 10,9 %). Hubo imágenes anormales en el 34,3 % de las pacientes; de ellas, el hallazgo más frecuente fueron los vasos atípicos (40; 19,9 %), seguidos por el epitelio acetoblancos (22; 10,9 %). De los otros cambios (20; 10 %) fueron los atróficos los más hallados (11; 5,5 %).



Fuente: Modelo 68-09-01 de Patología de Cuello.

Fig. 1. Distribución de las pacientes según imágenes colposcópicas en la primera consulta.

En la figura 2 se aprecia que en el 89,2 % de las pacientes (166) la conducta tomada fue el seguimiento citocolposcópico por dos años. En 20 pacientes (10,8 %) se decidió realizar conización del cuello uterino (en 19 pacientes cuyos diagnósticos en la biopsia por ponchamiento fue de lesión de alto grado y una paciente con el informe de atipia celular).



*2 pacientes pendientes de operación

Fuente: Modelo 68-09-01 de Patología de Cuello y libro de registro de biopsias

Fig. 2. Distribución de las pacientes según conducta tomada y diagnóstico histológico de la biopsia del cono.

Hasta el momento, de las pacientes con seguimiento citocolposcópico, 52 de ellas tenían citología evolutiva a los 6 meses (31,3 % de este grupo de mujeres). Como se refleja en la tabla, se encontraron 47 pruebas citológicas sin lesión (90,4 % de las pruebas realizadas), en 3 (5,8 %) se mantenía el informe de LIEBG y solo en una paciente (1,9 %) se informó LIEAG.

Tabla. Distribución de las pacientes según el resultado de la primera citología orgánica evolutiva

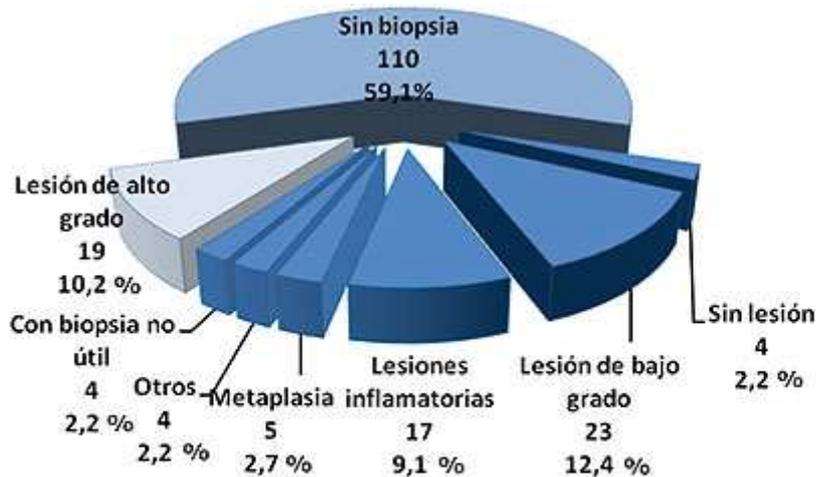
Resultado de la primera citología evolutiva	No.	%
Negativa	47	90,4
Células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASC-US)	1	1,9
Lesión intraepitelial escamosa de alto grado (LIEBG)	3	5,8
Lesión intraepitelial escamosa de alto grado (LIEAG)	1	1,9
Total	52	100,0

Fuente: Modelo 68-09-01 de Patología de cuello.

Hasta ahora, se les había realizado la conización a 18 de las pacientes para las cuales se había decidido este proceder. Los resultados de las biopsias de esos conos fueron de 15 lesiones de alto grado (83,3 %) y tres lesiones de bajo grado (16,7%), ver figura 3. La lesión encontrada más frecuentemente fue el CIS, con siete pacientes (38,9 % de todos los conos realizados), seguido por la displasia

severa, con cinco casos (27,8 %) y la NIC II con tres (16,7 %); en las lesiones de bajo grado hubo dos diagnósticos de NIC I y uno de VPH, el 11,1 % y 5,6 % respectivamente.

Para el diagnóstico histológico al final del período de estudio, se tomó en consideración el informe histopatológico con la lesión de más alto grado de cada paciente con biopsias útiles para diagnóstico, ya fuera por ponchamiento del cuello uterino o por la conización de este. Como se aprecia en la [figura 3](#), el autor encontró que al final del período de estudio, del total de pacientes que ingresaron en la consulta por tener una citología con LIEBG, 110 de ellas (59,1 %) se mantenían en seguimiento sin haberseles realizado biopsia, el 10,2 % tenían el diagnóstico histológico de lesión de alto grado, la lesión de bajo grado se confirmó por biopsia en el 12,4 % y no se encontró lesión en el 2,2 %. Los diagnósticos histológicos de lesiones de bajo riesgo se distribuyeron así: con signos histológicos de infección por VPH, 10 pacientes (5,4 % del total de mujeres), NIC I, 7 mujeres (3,8 %) y con NIC I _ VPH, 6 para el 3,2 %. De las lesiones de alto riesgo, la más frecuente fue la NIC III (displasia severa) con 9 pacientes (4,8 %), le sigue la NIC III (CIS) con 7 para el 3,8 %; en conjunto la NIC III se halló en 16 pacientes (8,6 %) y la NIC II con 3 mujeres (1,6 %). Esta distribución de los diagnósticos podría variar cuando se realicen las operaciones pendientes.



Fuente: Modelo 68-09-01 de Patología de Cuello y libro de registro de biopsias.

Fig. 3. Distribución de las pacientes según conducta y resultados histológicos al final del período de estudio.

Al comparar diferentes variables entre las pacientes con el diagnóstico final de lesión de alto grado y el resto de las mujeres se encontró que era estadísticamente significativa ($\chi^2=0,000$; $p=0,043$) la diferencia entre el porcentaje de mujeres con imágenes colposcópicas anormales que tenían lesión de alto grado (94,7 %) y el del resto de las pacientes (31,3 %).

DISCUSIÓN

En un documento de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (en lo adelante SEGO)⁹ se describe que en las mujeres con citología de LIEBG se prefiere realizar siempre una colposcopia, para descartar una posible lesión más avanzada,

lo que ocurre en un 20-25 % de los casos, y para orientar acerca de la entidad asociada al VPH. Refiriéndose a un metaanálisis realizado en 1998, se plantea que la colposcopia ofrece una elevada sensibilidad para diferenciar el epitelio normal del que presenta cualquier anormalidad, sin embargo, la especificidad es mejor para distinguir una LIEBG de una LIEAG que entre normal y anormal.

El documento de la SEGO9 expone que dada la posible regresión espontánea de la LIEBG (solo un 10-20 % progresan), el tratamiento sistemático representa, en muchos casos, un sobretratamiento y la abstención terapéutica y control puede ser una opción válida, que un cambio conductual de la paciente dirigido a modificar cofactores de riesgo medioambientales puede mejorar el estado inmunológico. Considera la observación sin tratamiento indicada en las pacientes con diagnóstico de LIEBG por biopsia que reúnan las condiciones (menos de 40 años, citología concordante, ausencia de NIC previa y de inmunosupresión, prueba de VPH de alto riesgo negativa, colposcopia valorable, lesión con cambios menores, posibilidad de seguimiento y sin ansiedad de la paciente o del médico). Un enfoque de conducta conservadora sería especialmente recomendable cuando no se ha completado la descendencia.

En una publicación cubana sobre jóvenes en consulta de patología de cuello,¹⁰ la conducta tomada con aquellas con biopsias con lesiones por el VPH o NIC I fue conización en 1 paciente, observación en 2, tratamiento de destrucción local en 4 y tratamiento de la leucorrea en una. *Puig-Tintoré*,¹¹ aplicando criterios de selección para seguimiento con observación en mujeres con LIEBG, seguidas durante una media de 23 meses, diagnosticó progresión a NIC II-III en el 5,4 % de ellas. Refiere otro estudio de seguimiento donde la remisión espontánea se produjo en el 81 % de las mujeres, la mayoría dentro de los 24 meses y una progresión a NIC II-III del 3,7 %. Otra publicación¹² señala que en las biopsias de pacientes con citología de LIEBG se encontró lesión de bajo grado en el 91% de los casos, lesión de alto grado en el 4,6% y no hubo lesión en el 4,4 %. Por su parte, en otro análisis similar¹³ encontraron en las biopsias de pacientes con citologías informadas como LIEBG: lesión de bajo grado en el 74,7 %, cervicitis y metaplasia en el 22,5 %, lesión de alto grado en el 2,2 % y carcinoma invasor en el 0,6 %. *Guzmán González* y otros,¹⁴ al analizar la concordancia de citologías con LIEBG tuvieron los siguientes resultados histopatológicos: lesión de bajo grado, 86,7% y lesión de alto grado, 13,3%. Otros autores¹¹ plantean que una lesión más avanzada se confirma en aproximadamente el 20% de los casos de mujeres con LIEBG.

Se concluye que el mayor número de los hallazgos colposcópicos fueron normales y en alrededor de un tercio hubo imágenes anormales; se decidió realizar biopsia del cuello uterino a dos quintos de las pacientes, seguimiento citocolposcópico por dos años en un alto número de ellas y conducta quirúrgica en la décima parte. La mayoría de las citologías evolutivas a los seis meses fueron normales. Más de la mitad de las pacientes se mantenían en seguimiento sin biopsia al final del período. Las lesiones de bajo grado se confirmaron mediante histología en alrededor de la octava parte de las pacientes y se hallaron lesiones de alto grado en aproximadamente un décimo de ellas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas de la Organización Mundial de la Salud. Departamento de Enfermedades Crónicas y Promoción de la Salud de la Organización Mundial de la Salud. Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer. Organización Panamericana de la Salud, Alianza

para la Prevención del Cáncer Cervicouterino. Organismo Internacional de Energía Atómica. Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia, International Gynecologic Cancer Society, European Association for Palliative Care. Control integral del cáncer cervicouterino. Guía de prácticas esenciales. Suiza: OMS; 2007.

2. Herdman C, Sherris J, Bishop A, Burns M, Coffey P, Erickson J, et al. Planificación de programas apropiados para la prevención del cáncer cervicouterino. 3ra ed. Washington DC: OPS/OSP; 2002. p. 7-10.

3. Alliance for Cervical Cancer Prevention (ACCP). Planning and Implementing Cervical Cancer Prevention and Control Programs: A Manual for Managers. Seattle: ACCP; 2004.

4. Andall-Brereton G, McDougall. Caribbean Framework for Developing National Screening and Clinical Guidelines for Cervical Cancer Prevention and Control. Caribbean Cervical Cancer Prevention & Control Project. Puerto España: Caribbean Epidemiology Centre; 2004.

5. Frappart L, Fontanière B, Lucas E, Sankaranarayanan R. Cytopathology of the uterine cervix - digital atlas. [serie en internet]. Lyon, 2006. [citado 29 Jun 2006]. Disponible en: <http://screening.iarc.fr/atlasclassifbethesda.php>

6. Cabezas Cruz E, Camacho Canino T, Santana Martínez A, Borrajero Martínez I, Aguilar Vela de Oro F, Romero Pérez T, et al. Programa nacional de diagnóstico precoz del cáncer cervicouterino. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2001.

7. The Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance/Low-Grade Squamous Intraepithelial Lesions Triage Study (ALTS) Group. Human Papillomavirus Testing for Triage of Women with Cytologic Evidence of Low-Grade Squamous Intraepithelial Lesions: Baseline Data From a Randomized Trial. J Natl Cancer Inst. 2000;92:397-402.

8. Rodríguez Santos IC, Casanova Fonticiella FJ, Mohamed Abu-Gharbieh I. Algunas consideraciones sobre la lesión intraepitelial escamosa de bajo grado. Medicentro 2002;6(3). [serie en internet]. Santa Clara, 2002. [citado 25 Nov 2007]. Disponible en: <http://www.vcl.sld.cu/medicentro/Paginas%20de%20Acceso/Menu%20Principal/Su%20mario/v6n302/algunas.htm>

9. Puig-Tintoré LM, Alba Menéndez A, Bosch FX, Castellsagué X, Coll Capdevilla C, Cortés Bordoy X, et al. La infección por papilomavirus. Documento de consenso. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. España: Grupo Saned; 2003.

10. Martínez Chang YM, Sarduy Nápoles M. Manejo de las adolescentes con neoplasia intraepitelial cervical. Rev Cubana Invest Biomed. 2006;25(1). [serie en internet]. [citado 22 Ago 08]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002006000100001&lng=es&nrm=iso&tlng=es

11. Puig-Tintoré LM, Cortés J, Castellsague X, Torné A, Ordi J, Sanjosé S de, et al. Prevención del cáncer de cuello uterino ante la vacunación frente al virus del papiloma humano. Prog Obstet Ginecol. 2006;49Supl2:1-4.

12. Albújar Baca P, Zavaleta Moreno A. Correlación citohistológica de lesiones escamosas intraepiteliales cervicales. Acta cancerol. 2006;34(1):64-6.

13. Díaz-Amézquita EL, Martínez de Larios N, Dragustinovis Valdéz IY. Correlación citológica-colposcópica e histológica de lesiones de bajo y alto grado en cérvix. Rev Hosp Gral Dr. M Gea González. 2006;7(2):54-8.

14. Guzmán González P, Patricia Alonso de Ruiz P, Susana Córdova Ramírez S, González Mena LE. Revisión rápida versus revisión tradicional en el citodiagnóstico cervicovaginal. Comparación mediante correlación citohistológica. Rev Med Hosp Gen Mex. 2007;70(3):102-6.

Recibido: 15 de mayo de 2010.

Aprobado: 1 de junio de 2010.

Dr. *Félix José Casanova Fonticiella*. Hospital Ginecoobstétrico Docente "Mariana Grajales", Santa Clara. Villa Clara, Cuba. Correo electrónico:
casanova@capiro.vcl.sld.cu