

HOSPITAL PROVINCIAL CLÍNICO-QUIRÚRGICO JOSÉ. R. LÓPEZ TABRANE.
Eficacia de la citología para el pesquizaje de las lesiones precancerosas del cervix.
Correlación citohistológica.
The efficacy of cytology in the cervix uteric pre-cancerous lesions.Cytohisticologic
correlation

AUTORA:

Dra. Hortensia Álvarez Bofil (1)
(1) Especialista de 1er Grado en Anatomía Patológica. Profesora Instructora FCMM

RESUMEN

Se revisaron 155 casos del archivo de tarjetas de la consulta de patología de cuello del hospital ginecobstétrico de Matanzas en los años comprendidos en el periodo de 1995-2000 con diagnósticos iniciales de displasia moderada (NIC II) , displasia severa (NIC III) y carcinoma in situ (CIS), estableciéndose la correlación entre estos diagnósticos citológicos y el diagnóstico histológico por conización. Se plasmaron los resultados mediante tablas para resaltar el valor de los frotis citológicos como método diagnóstico. También con este estudio se identificó las diferentes alteraciones pre-neoplásicas del cuello uterino y se demostró la repercusión que tiene la infección por papiloma virus en estos tipo de lesión cervical. Nos propusimos también en este trabajo concientizar a la población femenina de la importancia que tiene realizarse la prueba citológica periódica cada tres años para detectar en estadio precoz todas estas lesiones.

DESCRIPTORES(DeCS):

CUELLO UTERINO/ citología
CUELLO UTERINO/ patología.
DISPLASIA DEL CUELLO UTERINO /patología.
CARCINOMA IN SITU/patología
CITOLOGIA
HUMANO
FEMENINO
ADULTO

INTRODUCCIÓN.

La prueba citológica, elemento central de los programas de prevención del cáncer cérvico – uterino, se considera uno de los más rotundos éxitos en el campo de la medicina, reduciendo en muchos países la mortalidad por cáncer de cuello en más del 70%(1,2), además de ser unas de las exploraciones de las que más datos se pueden obtener tanto sobre el estado hormonal, infección genital, inflamación, cáncer y estados pre- cancerosos.

Se introdujo de modo limitado en la práctica clínica en las postrimerías de los años 50 y a comienzos de los 60. Su eficacia en el plano individual ha sido confirmada por estudios colposcópicos e histológicos que corroboran el diagnóstico inicial de la citología. (3-5)

Con el objetivo de acercar más el diagnóstico citológico al histológico es que las clasificaciones de las lesiones pre- neoplásicas se han modificado. Nosotros actualmente utilizamos el término propuesto por Richard en los años 60 (Neoplasia

Intraepitelial Cervical-NIC) dividida en grados en dependencia de la célula escamosa que esté alterada

Clasificación de Richard

-NIC I__ Displasia ligera (células superficiales discarióticas)

-NIC II__ Displasia moderada (células intermedias discarióticas)

-NICIII__ Displasia severa y carcinoma in situ (células profundas discarióticas).

En 1988 surge la clasificación denominada Bethesda que fue modificada

posteriormente en 1991 y agrupa estas lesiones en dos grandes grupos. (3,4)

-Lesión intraepitelial de bajo grado [este incluye al papiloma virus humano (HPV) y a la displasia ligera (NIC I)]

- Lesión intraepitelial de alto grado [incluye a la displasia moderada (NIC II), a la displasia severa (NIC III) y carcinoma in situ (CIS)].

Las lesiones intra epiteliales escamosas de bajo grado regresan en un 73% y las de alto grado regresan de la siguiente forma: con NIC II un 50% y con NIC III por debajo del 50% (7,8)..Es necesario aclarar que el Sistema Bethesda surge ante la imposibilidad de establecer en ocasiones un diagnóstico citológico preciso y definitivo así como diferenciar un NIC II de un NIC III y de un carcinoma in situ, por lo que ante la duda podemos acudir a esta clasificación que agrupa a los tres en las lesiones escamosas de alto grado (9).En el momento de emitir un diagnóstico citológico existen también agentes infecciosos (trichomonas), o virales (HPV) de suma importancia que pueden enmascarar un frotis y llegar a confundir estos cambios secundarios con una displasia. Particularmente la infección por HPV juega un papel importantísimo en la génesis de las lesiones pre neoplásicas y neoplásicas del cuello uterino, muchas de ellas progresando hacia la malignidad, por eso esta clasificación agrupa al HPV y al NIC I dentro de las lesiones intraepiteliales de bajo grado (11,12). El 35% de las lesiones con papiloma virus regresan espontáneamente, el 50% persiste y el 15% progresa a lesiones displásicas severas y carcinoma in situ, de ahí la importancia de su detección. (4-6)

RESULTADOS

De los 155 casos estudiados 56 pacientes fueron diagnosticados como NIC II para un 36%, 77 pacientes resultaron NIC III para un 49,5% y 22 fueron diagnóstico de carcinoma in situ (CIS) para un 14,5 %, datos que se aprecian en la Tabla # 1. Con el objetivo de establecer la correlación citohistológica se compararon los resultados citológicos con los de la histología por conización donde se pudo apreciar que 92 casos fueron diagnosticados correctamente lo que representó un 60%, mientras que 63 casos fueron falsos diagnósticos para un 40%, datos que se pueden apreciar en la Tabla # 2.

De un total de 56 casos diagnosticados como NIC II, 32 fueron diagnósticos correctos para un 54,5%, mientras que 24 fueron falsos diagnósticos lo que representó un 42,5%.

De 77 casos diagnosticados como NIC III, 40 resultaron correctos para un 51,5 %, mientras que 37 fueron errados lo que representó el 48,5 %. De un total de 22 casos diagnosticados como CIS, 20 estuvieron correctos para un 90,9 % y 2 casos fueron falsos diagnósticos con un 9,1 %, datos que se aprecian en la tabla # 3.

En la Tabla # 4 vemos que de los 63 casos que fueron falsos diagnósticos, 24 correspondieron al NIC II comprobando posteriormente que 11 de ellos correspondían a una infección por HPV, 6 a una infección por trichomonas y 7 correspondían con un NIC III. De los 37 casos que correspondían al NIC III,

posteriormente se comprobó que 20 de ellos eran carcinoma in situ y 17 correspondían a un NIC II. Tuvimos 2 casos mal diagnosticados como CIS que luego se demostró que uno de ellos era un NIC III y el otro una infección por trichomonas.

TABLA No 1
Citologías alteradas según clasificación de Richard. Hospital Ginecobstétrico de Matanzas.
Años 1995- 2000.

Clasificación	Total	%
NIC II	56	36.0
NIC III	77	49.5
CIS	22	15.4
Total General	155	100

Fuente: Archivo de la consulta de patología de Cuello del Hospital Ginecobstétrico de Matanzas.

TABLA # 2
Citologías alteradas. Correlación cito histológica Hospital Ginecobstétrico Matanzas.
Años 1995-2000.

Total General	155 Casos	%
Correlación	92	60.0
No Correlación	63	40.0

Fuente: Archivo de la Consulta de Patología de Cuello de Hospital Ginecobstétrico de Matanzas.

TABLA # 3
Citologías alteradas. Correlación y no correlación citohistológica según Clasificación de Richard. Hospital Ginecobstétrico de Matanzas. Años 1995-2000.

Clasificación Citológica	Total	Correlación	%	No Correlación	%
NIC II	56	32	54.5	24	42.5
NIC III	77	40	51.5	37	48.5
CIS	22	20	90.9	2	9.1

Fuente: Archivo de la Consulta de Patología de Cuello del Hospital Ginecobstétrico Matanzas.

TABLA # 4.
Causas de la no correlación citológica. Hospital Ginecobstétrico de Matanzas.
Años 1995-2000

Clasificación Citológica	No Correlación de Casos	Causas
NIC II	24	11 Infección por HPV.
		6 Infección por trichomonas
		7 NIC III
NIC III	37	20 Carcinoma in situ.
		17 NIC II
CIS	2	1 Infección por trichomonas.

Fuente: Archivo de la Consulta de Patología de Cuello del Hospital Ginecobstétrico Matanzas.

DISCUSIÓN

A juzgar por los resultados obtenidos en el presente estudio nos damos cuenta que en más del 50 % de los casos se pueden obtener diagnósticos citológicos confiables y seguros que se correspondan con la histología poniendo de manifiesto la eficacia de esta prueba como método diagnóstico. Encontramos en este trabajo una correlación exacta de un 60 %; sin contar los 24 casos que atendiendo a la clasificación de Richard quedan fuera del diagnóstico por pequeñas imprecisiones propias de la clasificación y 21 casos que estuvieron diagnosticados entre un NIC III y CIS incluidos dentro de la misma nomenclatura y en ningún momento contribuyó a que estas pacientes salieran del pesquizado del programa de detección precoz del cáncer Cervico uterino, representando estas un 28 % y que sumado da un total de efectividad del método de un 88 %.

Es importante señalar que en ocasiones resulta difícil distinguir citológicamente un NIC II de un NIC III y de un CIS, si para este último aspecto de los diagnósticos hubiésemos utilizado la clasificación de Bethesda obtendríamos mayor correlación ya que estos casos se hubiesen incluidos dentro de las lesiones intraepiteliales de alto grado lo cual concuerda con los trabajos realizados por Kurgan R. J al respecto. (7)

Producto de las alteraciones nucleares y citoplasmáticas que producen las lesiones como el HPV y la trichomoniasis muchas veces la podemos confundir con lesiones pre-neoplásicas (tabla # 4), corroborando este aspecto con los trabajos de Fujii, Tsukazaki quienes coinciden en los mismos criterios (6) y con otras literaturas revisadas. (11, 12)

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Bonfiglio TA. Cervical cytology: perspectives from both sides of the Atlantic Human Pathol 1997;28 (2): 117- 9.
2. Fernández Garrote L, Lence Anta JJ ,Cabezas Cruz E, Romero T, Camacho R. Evaluación del Programa de Control del cáncer de cuello de útero en Cuba. Bol Oficina Sanit Panam 1996;12 (6):577-81.
3. Maillet M . Citología de la NIC. Clasificación de los frotis. Prácticas con diapositivas. En: División Española de la Academia Internacional de

- Patología. II Curso de Actualización en Patología; 1998 nov 30 -5 dic; . La Habana, Cuba: MINSAP; 1998. p. 102-40.
4. Infección por HPV. Lesiones pre-cancerosas del aparato genital femenino. Carcinoma epidermoide . Adenocarcinoma. En: Viguer JM, García del Moral R. Laboratorio y atlas de citología. Madrid: Mc Graw-Hill Interamericana de España; 1995.p.78-90.
 5. Schenk V, Herbert A, Solomón D, Amma NS, CollinsRJ, Gupta SK . Terminology International Academy of cytology Task Force summary. Diagnostic cytology. Acta Cytol 1998;42(1):5-15.
 6. Fujii T, Tsukazaki K, Kiguchi K, Kubushiro K, Yaima M, Nozawa S. The major E 6/E 7 Transcrip of HPV 16 in exfolied cells from cervical neoplasia patients. Oncol 1995;58(2):210-5.
 7. Kurman RJ, Solomón D.The Bethesda System for reporting Cervical / Vaginal Citology Diagnoses. New York: Springer-Verlag; 1994.
 8. Koss LG. Diagnostic Cytology and its Histopathologic Bases. Philadelphia: Lippincott Company; 1992 .
 9. Robbins Ramzi S, Vinay K, Tucker Collins. Patología Estructural y Funcional. 6ta ed.Philadelphia:Lippincott; 1999.p.1091-8.
 10. Knapp RC, Bencowitz RS, editores. Gynaecologic Oncology Znded. Philadelphia: Lippincott; 1994.
 11. Heine P, Mc Gregor JA. Trichomonas Vaginalis: a reemerging pathogen. Clin Obstet Gynecol 1993; 36(4): 137.
 12. Zur Hausen H: Papiiloma virus infections- a major cause of human cancers. Biochim Biophys Acta 1996;1288 .

SUMMARY

One hundred fifty five case histories during the years 1995-2000 have been reviewed. These patients were selected from the Service of Cervix Uteri Pathology in the Gyneco-Obstetric Hospital in Matanzas and they were initially diagnosed with moderate dysplasia (CIN II), severe dysplasia (CIN III) and Carcinoma in Situ (CIS). The cytological and histological diagnoses by biopsy were correlated. Results were tabulated in order to demonstrate how the value of cytologic smears is a useful method for diagnosis. This study was also useful to identify the different pre-neoplastic disorders in the cervix and we were able to show the importance of the infection by the Human Papilloma Virus (HPV) in these types of cervical lesions. One of the main purposes of this work was to inform all women who are at most dangerous years, about the importance of the cytologic test every three years to initially detect each of these lesions.