

**POLICLÍNICO DOCENTE  
"CHIQUI GÓMEZ LUBIÁN"  
SANTA CLARA, VILLA CLARA**

**CITODIAGNÓSTICO CLASE III DE PAPANICOLAOU PERSISTENTE Y  
DIAGNÓSTICO FINAL HISTOLÓGICO**

Por:

Dra. Vivian R. Díaz Ybarlosea<sup>1</sup>, Dr. José R. Fernández Gutiérrez<sup>2</sup>, Dr. Juan B. León Villa<sup>3</sup>,  
Dr. Ricardo Bello Gutiérrez<sup>4</sup> y Lic. Caridad Chacón Moya<sup>5</sup>

1. Especialista de I Grado en Obstetricia y Ginecología.
2. Especialista de I Grado en Obstetricia y Ginecología. Asistente. ISCM-VC.
3. Especialista de II Grado en Obstetricia y Ginecología. Profesor Consultante. Profesor Titular. Doctor en Ciencias Médicas.
4. Especialista de II Grado en Obstetricia y Ginecología. Profesor Titular. ISCM-VC.
5. Licenciada en Enfermería.

**Resumen**

Se realizó un estudio analítico retrospectivo de los resultados citohistológicos en 50 pacientes que asistieron a la consulta de Patología de Cuello del Policlínico Docente "Chiqui Gómez Lubián", los cuales mantenían un citodiagnóstico sospechoso persistente en el período comprendido entre 1997 y 1999, con el objetivo de realizar una interpretación clínica de los resultados histopatológicos. Por medio de la revisión de las tarjetas citológicas (modelo 68-09) se valoraron los indicadores del citodiagnóstico, así como el diagnóstico preoperatorio, sobre la base de los exámenes citológicos. Se observó la utilidad del procedimiento quirúrgico, pues la persistencia de los resultados anómalos podían alcanzar un alto valor de corresponderse con la neoplasia intraepitelial cervical en todas sus variedades. En nuestra serie existió predominio de la neoplasia intraepitelial cervical grado III.

**Descriptor DeCS:**

NEOPLASIA INTRAEPITELIAL DEL CUELLO  
UTERINO/diagnóstico  
CITODIAGNOSTICO  
FROTIS VAGINAL

**Subject headings:**

CERVICAL INTRAEPITHELIAL  
NEOPLASIA/diagnosis  
CYTODIAGNOSIS  
VAGINAL SMEARS

**Introducción**

El programa de diagnóstico precoz del cáncer cervico uterino, aplicado en nuestro país a partir del año 1968, ha permitido garantizar cobertura nacional de fácil acceso para la población. Por

los resultados obtenidos ha colocado la enfermedad en el cuarto lugar de incidencia del cáncer en el sexo femenino, después del cáncer de mama, piel y pulmón<sup>1,2</sup>.

En el año 1995 aparece un pronóstico de 500 000 cánceres cervicales en el planeta, que ha representado un 12 % de todos los cánceres de la mujer, y de los cuales casi la mitad serían mortales<sup>3</sup>. En 1995 se informa en nuestro país un total de 857 casos nuevos, con una tasa de 15,7 por cada 100 000 habitantes, y en Villa Clara existió una incidencia de 56 casos con cáncer invasivo y tasa cruda de 13,7 por cada 100 000 habitantes<sup>2</sup>.

La aplicación del programa de detección de los grupos de riesgo ha podido demostrar la posibilidad de disminuir la incidencia y la mortalidad por esta enfermedad.

En 1991 comienza a ser utilizada la clasificación de la OMS (displasia-NIC) para la interpretación e información de las lesiones preinvasoras del cuello uterino a escala nacional.

En la provincia de Villa Clara, siempre que ha sido posible, se le adjunta a este esquema la clasificación de Bethesda<sup>4</sup>, donde en lugar del término neoplasia aparece el de lesión intraepitelial escamosa (LIE), y las divide en bajo y alto grado, con el objetivo de unificar la terminología<sup>5</sup>.

El resultado citológico sospechoso de Papanicolaou representa un reto para su interpretación diagnóstica por parte del ginecólogo, como consecuencia de la variabilidad del diagnóstico histopatológico que incluye desde lesiones benignas hasta cánceres invasores<sup>6-8</sup>; actualmente esta categoría ha sido considerada como un equivalente de neoplasia intraepitelial cervical (NIC)<sup>9</sup>. Esta situación dificulta la correlación citológica con los resultados de otras pruebas diagnósticas y la comparación con otras investigaciones; de ahí que consideremos necesario interpretar su significado clínico, y escogimos a tal efecto a aquellas pacientes que presentaron citodiagnóstico sospechoso de forma reiterada en los frotis iniciales, y un promedio de cuatro por paciente como mínimo, en el seguimiento evolutivo.

## **Métodos**

Nuestra serie abarca a 50 pacientes con diagnóstico citológico sospechoso persistente, atendidas en la Consulta de Patología de Cuello Uterino del Policlínico Docente "Chiqui Gómez" de la ciudad de Santa Clara, en el período comprendido entre 1997 y 1999. A cada paciente se le realizó un examen físico-ginecológico completo, toma de muestra para estudio bacteriológico vaginal, así como para nuevos estudios citológicos cervicovaginales. Asimismo, se efectuó estudio colposcópico y, de acuerdo con las indicaciones, se practica biopsia de cuello dirigida, si se estima necesario; además, se procede a estudiar el canal endocervical. En esta consulta la biopsia por ponchamiento se realiza con pinza de Donayo-Faure bajo visión colposcópica y previa prueba de Schiller, y al indicar biopsia por conización, ésta se practica con bisturí. Para la interpretación de los extendidos citológicos se han considerado criterios de alteraciones citomorfológicas celulares próximas a la malignidad, pero nunca conclusivas, así como alteraciones nucleares por el aumento de volumen asinucleosis, modificaciones cromáticas, asinidad tintoreal y otros.

Para el procesamiento de la información se aplicó la prueba de Chi cuadrado, y se utilizaron los niveles significativos del 0,05, 0,01 y 0,001 de probabilidad de cometer el error de tipo I, los que llamaremos: significativo, altamente significativo y muy altamente significativo; se ha considerado que existe diferencia o dependencia estadística a partir de  $p = 0,05$ .

## **Resultados**

En el grupo estudio se han realizado un total de 252 citodiagnóstico (tabla 1). Aparecen clasificadas en las antiguas pruebas confirmativas 50 y en las evolutivas, 202. En el rubro de confirmativas fueron 39 las sospechosas anómalas (78 %), y en el de las evolutivas han sido sospechosas anómalas el 78,7 % y positivas el 3,5 %, con un total de 47 resultados citológicos negativos (18,6 %).

Tabla 1 Resultados de las pruebas citológicas realizadas en consulta de Patología de Cuello.

Prueba	Confirmativa		Evolutiva		Total	
	N	%	N	%	N	%
Citológica						
Negativa	11	22,0	36	17,8	47	18,6
Sospechosa	39	78,0	159	78,7	198	78,6
Positiva	0	0,0	7	3,5	7	2,8
TOTAL	50	100,0	202	100,0	252	100,0

Fuente: Historias Clínicas de la Consulta de Patología de Cuello del Policlínico Docente "Chiqui Gómez".

X = 2,11                      p = 0,34 (Distribuciones similares)

Citodiagnóstico confirmativo: primera prueba citológica realizada en la consulta.

Citodiagnóstico evolutivo: prueba de seguimiento realizada en la consulta.

Se analizó el diagnóstico citológico de 50 pacientes. De éstos, no pudo precisarse la NIC en un

20 %; se encontró NIC I en el 28 % y NIC II en el 14 % (tabla 2).

Tabla 2 Diagnóstico citológico de neoplasia intraepitelial cervical en 50 pacientes.

Citodiagnósticos	No.	%
Sin precisar	10	20
NIC I	14	28
NIC II	7	14
NIC III	1	2
NIC I, NIC II	6	12
NIC II, NIC III	11	22
NIC I, NIC II, NIC III	1	2
TOTAL	50	100

Fuente: Historias Clínicas de la Consulta de Patología de Cuello del Policlínico Docente "Chiqui Gómez"

Citodiagnóstico: según clasificación de Richard.

NIC: Neoplasia intraepitelial cervical.

Fue muy significativo que existiera un 40 % de NIC III, 30 % de carcinoma "in situ" (CIS), un 20 % para el NIC II (tabla 3).

Tabla 3 Resultados histopatológicos posconización cervical.

Diagnóstico	No.	%
NIC I	2	4
NIC II	10	20
NIC III	20	40
CIS	15	30
Adenocarcinoma "in situ"	1	2
Cervicitis	1	2
Condiloma plano	1	2
TOTAL	50	100

Fuente: Historias Clínicas de la Consulta de Patología de Cuello del Policlínico Docente "Chiqui Gómez".

Diagnóstico: biopsia por cono.

CIS: Carcinoma "in situ".

## **Discusión**

Es necesario destacar que las tomas para los análisis citológicos han sido realizadas en la misma consulta y fueron diagnosticadas en el mismo laboratorio de citodiagnóstico.

De acuerdo con la clasificación de Richard, se analiza el diagnóstico citológico en 50 pacientes y un 80 % de la serie que padece una NIC. Este dato concuerda con la bibliografía consultada sobre la alta sensibilidad de la NIC<sup>9</sup>. Casos informados en los diferentes tipos de NIC (36 %) parecen demostrar inconsistencia en el diagnóstico del estadio, o pudiera ser una consecuencia del proceso natural de la enfermedad, con posibilidades de regresión, persistencia o progresión del proceso<sup>10</sup>.

El tamaño de una biopsia por ponchamiento podría ocasionar dificultades diagnósticas, y en este caso sería indispensable la indicación de una conización quirúrgica<sup>11-13</sup>. Esta pudiera ser terapéutica y representar el "patrón de oro" (gold standard). Cabral, Holm e Ismail<sup>14-16</sup> informan la posibilidad de error diagnóstico en el 15 % de las biopsias por ponchamiento y sólo del 4 % en conizaciones.

En los resultados histológicos posconización domina la presencia de NIC III con un 40 %, seguido del CIS con un 30 %. Debemos resaltar que hubo un caso con adenocarcinoma "in situ", que representó un 2 %.

## **Summary**

A retrospective analytic study of cytohistological results was carried out in 50 patients attending the cervix pathology service of the Teaching Polyclinic "Chiqui Gómez Lubián" who kept a persistent suspicious cytodiagnosis during the period 1997-1999 in order to perform a clinical analysis of histopathological results. Cytodiagnosis indexes, as well as preoperative diagnosis were assessed reviewing the cytologic cards (from 68-09) on the basis of cytological tests. The usefulness of the surgical procedure was shown, as the persistence of the abnormal results could reach a high value of correspondence to cervical intraepithelial neoplasia in all its varieties. In our series there was a predominance of cervical intraepithelial neoplasia grade III.

## **Referencias bibliográficas**

1. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Diagnóstico Precoz del Cáncer Cérvico Uterino. La Habana: Ciencias Médicas; 1994.
2. Instituto Nacional de Oncología y Radiología. Registro de Cáncer en Cuba. La Habana: Ciencias Médicas; 1995.
3. Philip J, Di Saia W, Creasman T. Enfermedad preinvasora del cuello uterino. En: Oncología Ginecológica Clínica. 5ª ed. Madrid: Harcourt Brere; 1999. p. 1-29.
4. National Cancer Institute Workshop. The 1988 Bethesda system for neoplasia of the cervix and vaginal cytologic diagnosis. JAMA 1989;262:931.
5. Ramírez R. Colposcopia: enfoque a la evolución de las nomenclaturas histológicas. Rev Oncol 1997;40(3):81.
6. Hutchinson ML. Clinical and cost implications of new technologies for cervical cancer screening: the impact of test sensitivity. Am J Manage Care 2000;6(7):766-780.
7. Benedet JL, Bende H. FIGO staging classification and clinical practice guideline in the management of gynecologic cancers. Int J Gynaecol Obstet 2000;70(2):909-962.
8. Rojat Habib MC, Cravelle L. Value of endocervical margin examination of conization specimens. Gynecol Obstet Fertil 2000;28(7-8):518-525.
9. Meijia CJ. Screening of cervical cancer: should we test for infection with high-risk HPV. CMAJ 2000;163(5):535-538.

10. Sellers JW, Lansicz A. Comparison of self collected vaginal, vulva and urine sample with physician-collected cervical samples of human papillomavirus testing to detect high grade squamous intraepithelial lesions. *CMAJ* 2000;163(5):513-518.
11. Hovells RE. How can the incidence of negative specimens resulting from large loop excision of the cervical transformation zone (LLETZ) be reduced: an analysis of negative LLETZ specimens. *CMAJ* 2000; 163(5): 520-528.
12. Martel P, Bonnet F. Utilization of CO<sub>2</sub> Lasers in continuous or pulse model for conization. *Gynecol Obstet Fertil* 2000;28(7-8):537-546.
13. Sarasini M, Cordare C. Diagnosis and treatment of cervical intraepithelial neoplasia grade 3. A registry based study in the Romagna Region of Italy. *Int J Epidemiol* 1999;38(3):196-203.
14. Cabral LS. A validade do exame colposcópico no diagnóstico da doença pre invasora e do carcinoma cervicouterino: utilização da razão de probabilidades. *Jornal Brasileiro de Ginecologia* 1997;107(7):243-249.
15. Holm Guist ND. Revisiting the effect of the Pap test on cervical cancer. *Ann I Publica Health* 2000;90(4):620.
16. Ismail SM, Colclough AB, Dinne JS. Reporting cervical intraepithelial neoplasia (CIN): Intra-interpathologist variation and factors associated with disagreement. *Histopathology*; 1996;16:371.