

HOSPITAL GINECOOBSTÉTRICO DOCENTE  
“MARIANA GRAJALES”  
SANTA CLARA, VILLA CLARA

## COMUNICACIÓN

### ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE LA LESIÓN INTRAEPITELIAL ESCAMOSA DE BAJO GRADO

Por:

Dra. Irene Carmen Rodríguez Santos<sup>1</sup>, Dr. Félix José Casanova Fonticiella<sup>2</sup> y Dr. Ismail Mohamed Abu-Gharbieh<sup>3</sup>

1. Especialista de II Grado en Anatomía Patológica. Profesora Auxiliar del Instituto Superior de Ciencias Médicas “Dr. Serafín Ruiz de Zárate Ruiz” de Villa Clara.
2. Especialista de I Grado en Obstetricia y Ginecología. Asistente del Instituto Superior de Ciencias Médicas “Dr. Serafín Ruiz de Zárate Ruiz” de Villa Clara.
3. Especialista de I Grado en Obstetricia y Ginecología. Instituto Superior de Ciencias Médicas “Dr. Serafín Ruiz de Zárate Ruiz” de Villa Clara.

**Descriptor DeCS:**

NEOPLASIA INTRAEPITELIAL DEL CUELLO  
UTERINO

**Subject headings:**

CERVICAL INTRAEPITHELIAL  
NEOPLASIA

El cáncer cervicouterino es uno de los problemas que con mayor frecuencia se presenta en oncología ginecológica<sup>1</sup>, y sigue siendo una de las principales causas de muerte en muchos países<sup>2</sup>. El diagnóstico precoz de cáncer de cuello uterino se ha logrado mediante estudios sistematizados de varios autores, entre los cuales se señalan a Papanicolaou y a Traut, en 1941 y 1943 respectivamente. A medida que el conocimiento de la evolución de las lesiones precursoras del cáncer cervicouterino se iba haciendo más completo, surgió la necesidad de contar con otra denominación que ofreciera la posibilidad de correlacionar, utilizando los mismos diagnósticos y con un mayor grado de capacidad de reproducción entre distintos observadores; así surge la nomenclatura descriptiva en relación con los hallazgos del tejido –basados en datos morfológicos de la histopatología–, la cual es recomendada por la Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>3</sup>. En 1967 Richart defendió por primera vez el concepto de neoplasia intraepitelial cervical (NIC), el cual se impuso rápidamente. La introducción de este término se basó fundamentalmente en el concepto de que las displasias y el carcinoma “in situ” (CIS) constituyen dos estadios evolutivos de una misma entidad, que denomina NIC, y que su diferencia es principalmente cuantitativa y no cualitativa<sup>4</sup>. En 1988, el National Cancer Institute realizó una reunión de trabajo en Bethesda, en el estado de Maryland, Estados Unidos, en un intento por establecer el consenso sobre terminología en citología cervical. A esta nueva nomenclatura se le designó como sistema Bethesda, y nos permite no sólo identificar los cambios producidos por el papilomavirus humano (PVH), sino también, datos morfológicos relacionados con la capacidad de evolución de la lesión y la evaluación de la calidad de la muestra citológica. Y aunque este nuevo sistema es aceptado en general en la actualidad, algunos autores se preguntan si realmente supone una mejoría sobre el anterior sistema descriptivo. Ha tenido dos modificaciones posteriores; la última de ellas fue producto de otro taller realizado entre el 30 de abril y el 2 de mayo del año 2001.

Su clasificación no tiene los cinco grados de la de Papanicolaou, ni los tres grados de la de Richart, sino un sistema de dos grados que son: la lesión intraepitelial escamosa de bajo grado (SILbg), que incluye los cambios celulares relacionados con la infección por PVH y con la NIC I (displasia leve) y la lesión intraepitelial escamosa de alto grado (SILag), que incluye los cambios celulares relacionados con la NIC II (displasia moderada) y con la NIC III (displasia severa y carcinoma "in situ")<sup>5,6</sup>. Es conocida ampliamente la función del PVH en el origen del cáncer cervical; es casi un requisito para el desarrollo de esta entidad, como plantearon Curside y sus colaboradores en 1999. Se ha determinado que un elevado porcentaje de los cánceres del cuello uterino puede atribuirse a ciertos tipos de PVH. El tipo 16 representa la mayor proporción, seguido por el 18, y en menor porcentaje por el 45 y el 31 (todos PVH de alto riesgo)<sup>7</sup>. Cuando se analiza la prevalencia general de todos los tipos de ácido desoxirribonucleico (ADN) de PVH con respecto a los diferentes grados de la enfermedad cervical, los datos estadísticos encontrados demuestran detección de ADN de PVH en el 90 % de los casos de cáncer invasivo y en el 80% de las displasias de bajo grado. Cuando el ADN encontrado corresponde a tipos de alto riesgo, se encontró en el 95% de los casos de cáncer invasivo, hallazgo que llegó al 99% con técnicas adecuadas, y entre el 40% y 60% en las displasias de bajo grado. Aunque se señala que el PVH no constituye una causa suficiente para esta enfermedad, sino que son necesarios ciertos cofactores para que un porcentaje de infecciones persistentes por PVH progresen y den lugar al cáncer.

Muchos de los cambios morfológicos que se describen en la infección por PVH coinciden con los descritos para la NIC I, y se plantea que es muy difícil diferenciarlos. Algunos autores lo consideran imposible y otros señalan la importancia de intentar hacerlo; pero la mayoría de los trabajos consultados concuerdan en la imposibilidad del diagnóstico diferencial. Ante esta dificultad de establecer la diferenciación entre estos dos diagnósticos, podemos preguntarnos: ¿debemos continuar diagnosticando estas lesiones por separado, o pudiéramos comenzar a utilizar la terminología de Bethesda, y denominarla lesión escamosa intraepitelial de bajo grado, dado el importante número de trabajos que plantean que desde el punto de vista molecular y clínicamente son lo mismo, siendo desde el punto de vista morfológico muy difícil o imposible de diferenciar? ¿Qué consecuencias traería en Cuba la adopción de esta terminología?. Aunque actualmente el Programa Nacional de Diagnóstico Precoz del Cáncer Cervicouterino<sup>8</sup> en Cuba no señala una conducta específica frente al diagnóstico citohistológico de PVH, considera de alto riesgo a las mujeres que han padecido infecciones por este virus; y es conocido por todos los relacionados con el programa que estas pacientes deben tener un seguimiento citocolposcópico similar a las que tienen NIC I. Si el diagnóstico citológico inicial es de NIC I, la conducta implica la asistencia a consultas especializadas y la realización de colposcopia; si ésta es normal, se debe repetir el examen citológico y la colposcopia a los seis meses; si el citodiagnóstico repetido es negativo, puede indicarse el alta para que la paciente se incorpore nuevamente al programa en su área de salud. Si la colposcopia es anormal o el estudio del canal endocervical o el resultado de la biopsia dirigida informan una NIC I, la conducta es diferente, aunque siempre es expectante por un tiempo determinado; pero si la mayoría de los autores concuerdan en lo difícil que es diferenciar la NIC I de la infección por PVH morfológicamente, ¿tendría lógica tomar una conducta distinta en ambos casos?

Cuando analizábamos la posibilidad de incluir la infección por PVH en el mismo grupo que la NIC I, pensábamos en el gran número de casos que se incorporarían a las consultas de patología de cuello uterino, lo que daría lugar a un mayor número de pacientes a atender, y quizás, ello implicaría una disminución de la calidad de la atención a pacientes con lesión escamosa de alto grado. Por lo que vale la pena preguntarnos si sería más factible y obtendríamos mejores resultados, atender a las pacientes con diagnóstico citohistológico de NIC I en las consultas creadas para tratar a las que tienen infección por PVH. En el mundo entero la conducta ante la SILbg continúa siendo un problema clínico, y esta conducta permanece en tres direcciones: vigilancia, tratamiento selectivo y tratamiento sistemático; cada una de ellas tiene sus riesgos y desventajas. La vigilancia citológica pura puede traer como consecuencia que las pacientes falten al seguimiento y se dejen de atender mujeres que tengan una SILag; el tratamiento habitual puede dar lugar a un sobretratamiento a pacientes que no presentan un verdadero riesgo de que progrese la lesión; por último, el tratamiento selectivo parece ser la conducta ideal, pero la dificultad consiste en determinar quiénes son las mujeres que padecen una lesión de alto grado, o

en quiénes la lesión puede evolucionar hacia ella, para imponer tratamiento. Muchos autores plantean seleccionar los casos de SIL que deben ser estudiados con colposcopia y biopsia, mediante la detección y tipificación del PVH. Así, en 1996, en la reunión clínica anual del Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología, se señala la estrategia para el estudio de pacientes con resultados de células escamosas atípicas de significación indeterminada (ASCUS) o lesión de bajo grado, o ambas, tomando en cuenta la tipificación del PVH. Sin embargo, otros autores consideran que la detección y tipificación del PVH son sólo una información orientativa, pues individualmente no nos asegura si en ese caso progresará, persistirá o regresará.

### ***Referencias bibliográficas***

1. Sánchez Vega JT, Torres ME, Tay Zavala J, Ruiz Sánchez D, Romero Cabello R. Frecuencia de neoplasia intraepitelial del cérvix y factores de riesgo en mujeres de la ciudad de México. *Ginecol Obstet Mex* 1997;65:3-7.
2. Greene A, Bestley MK. Premalignant and malignant lesions of the uterine cervix (personal experience). *Med Pregl* 2000;53(7-8):378-83.
3. Riotton G, Christopherson NM, Lunt R. Citología del aparato genital femenino. Clasificación histológica internacional de tumores N° 8. Ginebra: OMS;1973.
4. González-Merlo J. Oncología Ginecológica. Barcelona: Ediciones Salvat;1991.
5. Hadnic B, Hadnic M, Curcin N. Histologic classification and terminology of precancerous lesions of the cervix. *Med Pregl* 1999;52(3-5):151-5.
6. Richart RM, Cox JT, Davey DD, Wright TC. Bethesda 2001: How the new Pap terminology will impact clinical practice. *Contrib Gynecol Obstet* 2001;46(10):14-43.
7. Alonso P, Lazcano E, Hernández M. Cáncer cervicouterino. Diagnóstico, frecuencia y control. México: Editorial Médica Panamericana; 2000.
8. 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 Ciencias Médicas; 2001.