



NOMENCLATURA DE LAS LESIONES CERVICALES

Dr. César Lacruz Pelea *

* Presidente de la SEC Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid ESPAÑA

Resumen

El problema básico de la comunicación es una elección correcta de las palabras, por lo que todo lo concerniente a la nomenclatura de las lesiones cervicales no es un asunto banal. La importancia de este hecho esta perfectamente ejemplificada por la inacabable controversia respecto a los términos que deben ser utilizados para designarlas y que ha originado una amplia y a veces confusa terminología. Por otra parte, si exceptuamos la **Clasificación numérica de Papanicolaou en 5 clases o grados progresivos (I, II, III, IV, V)**, por ser exclusivamente citológica, la nomenclatura de los hallazgos citológicos ha ido siempre estrechamente ligada a la histológica, de manera que, con esta excepción comentada, la evolución histórica de ambas puede abordarse conjuntamente y esquematizarse de la siguiente manera:

C. precursores

CONCEPTOS PRECURSORES

En 1910, Rubin (Nueva York) habla de **cáncer incipiente** para nominar el concepto de transformación neoplásica confinada al espesor del epitelio. En 1912, Schottländer y Kermauner (Berlín) utilizan el término de **carcinoma temprano** para designar los cambios que observaban en el epitelio adyacente al carcinoma cervical invasor. En 1932, Broders (Nueva York), basandose en su experiencia en Dermatopatología, emplea el de **carcinoma in situ (CIS)** al describir este cuadro histológico. Otros sinónimos utilizados fueron el de **enfermedad de Bowen cervical** por Lecène (París), también en 1932; y el de **carcinoma intraepitelial no invasor** por Galvin y Te Linde (Nueva York) en 1933. Pese a la proliferación de sinónimos, ha sido el término acuñado por Broders el que ha permanecido para designar estas lesiones, caracterizadas por la completa sustitución del epitelio por células anómalas semejantes a las células del carcinoma invasivo. Es de resaltar que, de forma paradójica, en el trabajo inicial de Broders no figuraba la localización cervical dentro de los ejemplos de CIS.

Displasia-CIS

SISTEMA DISPLASIA-CARCINOMA IN SITU

Con la progresiva introducción de la citología y biopsia sistemáticas, se vio con claridad que el espectro de anomalías del epitelio cervical era mucho más amplio, siendo frecuentes otros patrones menos severos que el CIS. En 1949, Papanicolaou introduce el término de "displasia", en histopatología, y el de "discariosis", en citología, para designar a los mismos. Posteriormente, en 1953, Reagan (Cleveland) consagra el término en histopatología cervical al denominar a estas lesiones, menos severas que el CIS, hiperplasias atípicas o displasias, señalando que la mayoría de ellas, dejadas a su evolución, regresan o permanecen inalteradas por mucho tiempo. En 1961, en el Primer Congreso Internacional de Citología celebrado en Viena, se acuerda que los términos para designar citológicamente las tres lesiones cervicales mayores sean: carcinoma invasor, carcinoma in situ y **displasia**.

Posteriormente, la lesión displásica fue graduada como **leve, moderada, y severa o grave**, a las que habría que añadir el **CIS** ya definido. Esta clasificación, utilizada tanto en material histológico como citológico, tuvo dos problemas fundamentales; por un lado, el gran desacuerdo respecto a cuándo una lesión debía ser considerada displasia grave o CIS, y por otro, el que muchos clínicos asumían que el CIS y la displasia eran dos lesiones biológicamente distintas e independientes, con distinto potencial maligno, no requiriendo tratamiento las lesiones displásicas.

NIC-CIN

NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL (NIC-CIN)

Para solventar estos problemas, en 1967, Richart (Nueva York) propuso el término de **neoplasia intraepitelial cervical (NIC-CIN) con tres grados progresivos (1,2,3)**, incluyéndose en el grado 3 la displasia grave y el CIS de la clasificación anterior. La ventaja principal, sobre esta, es el reconocimiento de la unidad del proceso patológico lo cual conlleva una relación con las técnicas terapéuticas. Esta clasificación ha sido considerada bastante adecuada durante más de 20 años y por lo tanto la más utilizada internacionalmente. No obstante, un número creciente de publicaciones señalaron el hecho de la sorprendentemente baja seguridad diagnóstica, tanto en material cito como histológico, en la parte menos severa del espectro. Se sugirió, por lo tanto, que este sistema de gradación debía ser modificado y sustituido por un sistema binario que segregara los procesos con atipia celular muy discreta de aquellos con atipia franca.

LIP-SIL

LESIÓN INTRAEPITELIAL ESCAMOSA (ALTO-BAJO GRADO)

Las razones anteriormente expuestas, junto con los avances en el conocimiento de la carcinogénesis cervical y en el diagnóstico citológico, motivaron una reunión de representantes de organismos internacionales, científicos y profesionales, en el Instituto Nacional del Cáncer de Estados Unidos en Bethesda. Fruto de dicha reunión fue un nuevo sistema de nomenclatura para informes citológicos ginecológicos (sistema o clasificación de Bethesda), en el que se unificaron criterios y se adoptaron recomendaciones que la experiencia general acumulada aconsejaban. La parte fundamental de esta nueva clasificación, fue la elaboración de un sistema binario para catalogar las anomalías celulares preneoplásicas en el extendido citológico, denominándolas **lesiones intraepiteliales escamosas de alto o bajo grado (L.I.P. - S.I.L.)**. El término "alto grado" incluye el CIN 2 y CIN 3 de la clasificación de Richardt, y el término "bajo grado" el CIN 1 y las alteraciones celulares producidas por el PVH (ver cuadro). Esta clasificación fue adoptada en 1988, mínimamente modificada en 1991, y actualizada recientemente en 2001. Es preciso comentar aquí que el sistema Bethesda, aunque universalmente conocido y ampliamente utilizado, no ha sido adoptado en todos los países. Así, en Inglaterra, se sigue utilizando la nomenclatura B.S.C.C.; en los países de habla alemana, el sistema Munich; en Australia, una modificación del propio sistema Bethesda. Etc. La Sociedad Española de Citología (SEC), consciente de la necesidad de unificar criterios y considerando que son más las ventajas que aporta que los inconvenientes que suscita, adoptó esta clasificación como su nomenclatura oficial aconsejando su utilización a todos sus miembros. Aparte de los datos de identificación y de localización de la toma, la clasificación o Sistema Bethesda (2001), por lo que respecta a las lesiones cervicales, tiene los siguientes apartados.

Negativo para lesiones intraepiteliales o malignidad (*Se utiliza esta categoría cuando no hay evidencia de neoplasia, independientemente de si se observan, o no, microorganismos u otros hallazgos no neoplásicos*).

Anomalías celulares epiteliales

- × EN CÉLULAS ESCAMOSAS
 - >Células escamosas atípicas
 - de significado indeterminado (ASC-US)
 - no puede excluirse H-SIL (ASC-H)
 - >Lesión intraepitelial escamosa de bajo grado (L-SIL) comprendiendo:
 - displasia leve/CIN 1
 - PVH
 - >Lesión intraepitelial escamosa de alto grado (H-SIL) comprendiendo:
 - displasia moderada, severa y CIS/CIN 2 y 3
 - con características sugestivas de invasión (*si se sospecha invasión*)
 - >Carcinoma epidermoide
- × EN CÉLULAS GLANDULARES
 - >Células atípicas
 - endocervicales (NOS o especificar en comentarios)

- endometriales (NOS o especificar en comentarios)
- glandulares (NOS o especificar en comentarios)
- >Células atípicas, sugestivas de neoplasia
 - endocervicales
 - glandulares
- >Adenocarcinoma endocervical *in situ*

- >Adenocarcinoma
 - endocervical
 - endometrial
 - extrauterino
 - no específico (NOS)

- . OTRAS NEOPLASIAS MALIGNAS (*especificar*)

Como se observa en la clasificación, el apartado "lesión de alto grado" incluye el término de displasia moderada (CIN 2) y los de displasia severa y carcinoma in situ (CIN 3); mientras que en el apartado "lesión de bajo grado" se incluye la displasia leve (CIN1) y los cambios celulares asociados a infección por PVH. Así, en el primer apartado, se recoge la premisa básica sugerida para modificar el sistema de tres grados propuesto por Richardt en un sistema binario; por lo que respecta al segundo, existen argumentos a favor de la inclusión de las lesiones por PVH dentro de las de bajo grado, ya que ambas presentan la misma tasa de progresión y regresión y en ambas los tipos de PVH aislados son similares.

El término "lesión" en lugar de "neoplasia", aunque etimológicamente es poco específico (significa "cualquier daño"), es utilizado para resaltar el potencial biológico incierto del proceso.

Otra de las aportaciones importantes del sistema Bethesda es el concepto de "atíпия escamosa" que en la versión 2001 incluye dos apartados:

-Atíпия escamosa de significado indeterminado (ASC-US)

El término fue introducido para intentar acotar con mayor precisión la "zona gris" entre los cambios celulares benignos y la lesión intraepitelial, por lo que la catalogación de un proceso como ASC-US debe hacerse por exclusión. En la clasificación de Bethesda anterior, esto significaba que los cambios observados podían deberse a un proceso benigno, pero intenso, o a una lesión potencialmente grave, por lo que en la práctica era escasamente reproducible. En la clasificación de 2001 la definición varía transformándose en:

"alteraciones citológicas sugestivas de lesión intraepitelial pero cuantitativa y/o cualitativamente insuficientes para una interpretación definitiva", eliminándose el ASC-US reactivo.

Por lo que respecta a la aceptación internacional del término, algunos autores piensan que esta categoría diagnóstica es una invención norteamericana como parte de una práctica citológica a la defensiva para evitar, en la medida de lo posible, diagnósticos falsos negativos que puedan conllevar acciones legales. No obstante, al haberse comprobado que entre el 10 y el 20% de ASC-US tienen de base una LIP de alto grado que no se manifiesta claramente en el extendido citológico, no parece prudente la eliminación de esta categoría diagnóstica.

-Atíпия escamosa. No puede excluirse lesión de alto grado (ASC-H)

Este término recoge aquellos casos en los que las alteraciones celulares son bastantes acusadas pero, bien por las características de la extensión (inflamación, hemorragia, etc), o por la escasez de las células, no pueden considerarse totalmente conclusivas. Es decir, cuando hay alteraciones no conclusivas pero muy sugestivas de una lesión intraepitelial de alto grado.

Como se comprueba también en el apartado de "anomalías celulares epiteliales", el término AGUS de la versión anterior ha sido sustituido en la de 2001 por el de células glandulares atípicas, con ello desaparece esta sigla de sonido gutural no demasiado eufónico lo cual es un motivo de satisfacción.

Por último, es preciso comentar que aparte de la elaboración de este sistema de nomenclatura, la opinión unánime de los expertos reunidos en Bethesda fue indicar que el informe citológico es un **acto médico** cuyo responsable final es el **especialista citopatólogo**.

Agradecimientos

CUADRO COMPARATIVO DE CLASIFICACIONES

DISPLASIA/CIS	HPV	LEVE	MODERADA	GRAVE	CIS
CIN -NIC (Richart)	HPV	CIN -NIC 1	CIN -NIC 2	CIN -NIC 3	
SIL-LIP (Bethesda)	SIL-LIP BAJO GRADO (L-SIL)		SIL-LIP ALTO GRADO (H-SIL)		

Bibliografía

- ASSOCIATION OF DIRECTORS OF ANATOMIC AND SURGICAL PATHOLOGY. Standardization of the surgical report. Am J Surg Pathol, 16:84. 1989.
- BRODERS AC. Carcinoma in situ contrasting with benign infiltrating epithelium. JAMA, 99:1670. 1932.
- EDITORIAL COMMITTEE OF ACTA CYTOL. The Bethesda System for Reporting Cervical/Vaginal Cytologic Diagnoses. Acta Cytol, 37:115. 1993.
- KOSS LG. Significance of dysplasia. Clin Obstet Gynecol, 51:374. 1978
- KOSS LG. Diagnostic Cytology and its Histopathologic Bases. Philadelphia. JB Lipincott Co, 4th edition. 1992.
- KURMAN RJ, SOLOMON D. The Bethesda System for reporting cervical/vaginal cytologic diagnosis. New York. Springer Verlag, 1994.
- LACRUZ PELEA C, FARIÑA GONZALEZ J. Citología Ginecológica - de Papanicolaou a Bethesda. Madrid. Editorial Complutense. 2003

- MATEU ARAGONES JM. Cáncer de Utero. Diagnóstico precoz del carcinoma cervical y endometrial. Barcelona. JIMS S.A. 1982.
- NATIONAL CANCER INSTITUTE WORKSHOP. The 1988 Bethesda System for reporting cervical/vaginal cytologic diagnoses. JAMA, 262:931. 1989
- PAPANICOLAOU GN. Atlas of Exfoliative Cytology. Cambridge, Mass. The Commonwealth Found by Harvard University Press. 1954.
- PAPANICOLAOU GN, TRAUT HF. The diagnosis value of vaginal smears in carcinoma of the uterus. Am J Obst Gynecol, 42:193. 1941.
- PELUFFO M. Revoluciones conceptuales en patología cervical. Buenos Aires. Ascune Hnos, 1999.
- REAGAN JW, SETDEMAN IL, SARACUSA Y. The cellular morphology of carcinoma in situ and dysplasia or atypical hyperplasia of the uterine cervix. Cancer, 6:224. 1953.
- RICHART RM. A Theory of Cervical Carcinogenesis. Ostet and Gynec Surv, 24:874. 1969
- RICHART RM. Cervical intraepitelial neoplasia. Pathol Ann, 8:301. 1973
- SCHENK U, HERBERT A, SOLOMON D, y cols. Terminology. IAC Task Force Summary. Acta Cytol, 42:5. 1998.
- SOLOMON D. Bethesda System 2001. CytoPaths. A supplement to Acta Cytologica, 45:6. 2001.

Web mantenido y actualizado por el [Servicio de informática](#) uclm. Modificado: 29/09/2005 21:56:28