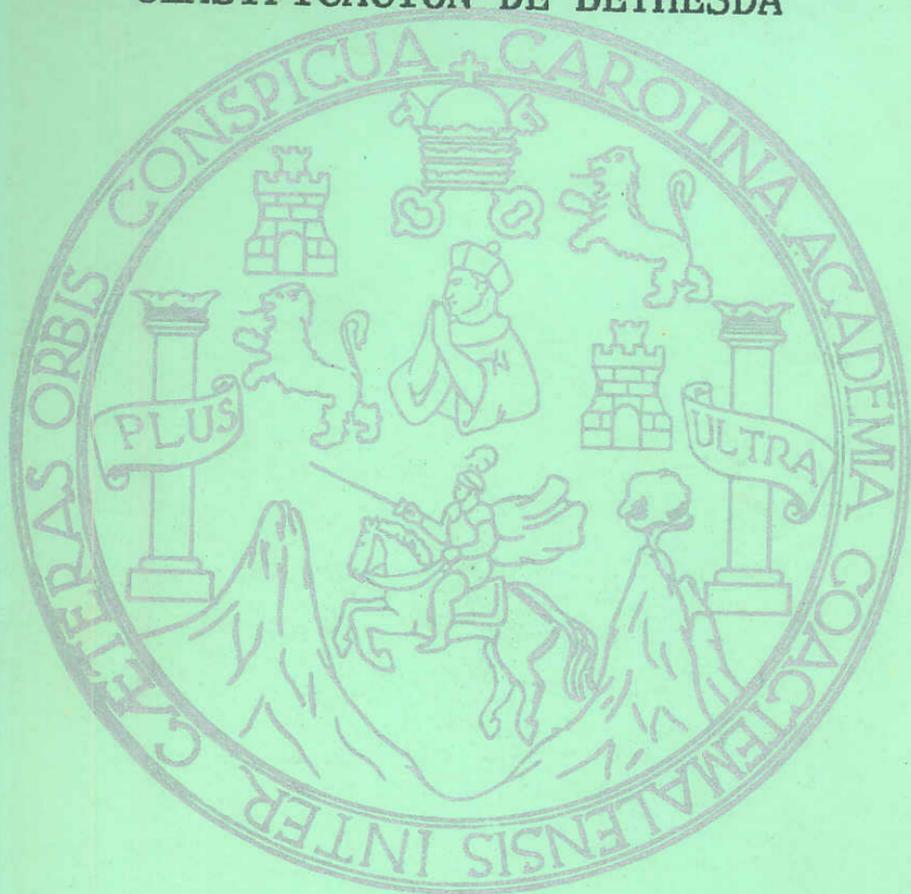


CLASIFICACION DE RICHART (NEOPLASIA
INTRAEPITELIAL CERVICAL) VRS
CLASIFICACION DE BETHESDA



BRENDA VITALINA CARDONA RUIZ

MEDICA Y CIRUJANA

INDICE

	Página
INTRODUCCION	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2
JUSTIFICACION	3
OBJETIVOS	4
REVISION BIBLIOGRAFICA	5
METODOLOGIA	17
PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS	21
CONCLUSIONES	30
RECOMENDACIONES	31
RESUMEN	32
BIBLIOGRAFIA	33
ANEXOS	36

INTRODUCCION

Previo al presente trabajo no hay un estudio similar en el Instituto de Cancerología "Dr. Bernardo del Valle", en el cual se evaluó la Clasificación de Richart y Bethesda (neoplasia intraepitelial cervical), su correlación clínica, reclasificación, diagnóstico histopatológico y citológico durante los meses de enero a diciembre de 1,997.

Con seguridad puede afirmarse que la citología cervical es una técnica sencilla, económica y eficaz, a la que muchas mujeres del mundo entero deben la salud respecto a procesos preneoplásicos y neoplásicos, descubiertos gracias a ella.

Podemos observar que del total de casos estudiados la mitad unicamente fueron confirmados histológicamente, encontrándose en la reclasificación con el sistema Bethesda que 58% correspondió a Lesiones intraepiteliales de alto grado (LIAG) y 42% a Lesiones intraepiteliales de bajo grado (LIBG).

Es también importante mencionar que 13% del total de frotos observados varió con respecto a la clasificación anterior; así como un 11% no incluidos en el presente estudio reportados como normales, de los cuales 6% LIAG y 5% LIBG.

Por último de los 66 casos con diagnóstico clínico reportado, el 29% se relacionó con alguna patología ginecológica, un 10% con control ginecológico y 6% con cáncer de otra procedencia, encontrándose incidentalmente patología.

Es así que basados en la necesidad de sugerir un cambio en la clasificación de NIC para una mejor evaluación, se efectuó una revisión de fichas clínicas y frotos de papanicolaou de las pacientes diagnosticadas durante el período mencionado anteriormente.

DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA

Se cumplen 55 años de los primeros trabajos de Papanicolaou y Traut (1,943) sobre " Diagnóstico de cáncer uterino por frotis vaginal", cuya contribución desempeña un papel relevante en el diagnóstico ginecológico. Atrás quedaron los años de duda sobre la efectividad de esta técnica que a su principal descubridor Papanicolaou, le costó grandes controversias y adversidades. Hoy podemos decir que el método de tamizaje es indispensable en ginecología; y que la prevención del cáncer genital femenino, se beneficia grandemente de esta técnica. (21)

En la sección de Citología del Instituto de Cancerología actualmente se utiliza una mezcla o simbiosis de las clasificaciones de Reagan y Richart, es decir el informe lleva implícito el diagnóstico y es el clínico quien lo interpreta según su escuela.

El presente estudio tuvo como objetivo principal evaluar la Clasificación de Richart vrs la Clasificación de Bethesda, en pacientes con lesiones neoplásicas de cuello uterino, diagnosticadas en la sección de Citología del Instituto de Cancerología (INCAN), durante los meses de enero a diciembre de 1,997.

Se encuentra con que, cada día se tratan a más pacientes utilizando protocolos basados en la Clasificación de Bethesda, por lo que de no actualizarse los informes diagnósticos estos serán obsoletos e imprácticos.

JUSTIFICACION

La revisión bibliográfica, los parámetros citológicos que se establezcan y los resultados obtenidos del presente estudio servirán de base y de material de consulta para todo el universo de personas que se ven involucradas en el diagnóstico de papanicolaou del cuello uterino, realizado en la sección de Citología del Instituto de Cancerología Dr. Bernardo del Valle.

La tasa de mortalidad por Cáncer de Cérvix ha disminuído, debido al uso del frote de papanicolaou; siendo un aspecto crítico la relación del examen citopatológico con el examen clínico. (13)

Los resultados del presente estudio justifican el sugerir el cambio o implementación de un nuevo método de clasificación citopatológica (Bethesda) para lesiones neoplásicas del cuello uterino.

El uso del método de Bethesda en una institución como el INCAN , debe prever también difusión educativa y la adquisición del equipo adecuado para mejorar la calidad del diagnóstico (ejemplo: cepillos finos , para obtención de muestra del canal endocervical).

OBJETIVOS

GENERAL:

Analizar la Clasificación citológica de Richart vrs la Clasificación citológica de Bethesda, en pacientes con lesiones neoplásicas de cuello uterino, diagnosticadas en la sección de Citología del Instituto de Cancerología (INCAN), durante los meses de enero a diciembre de 1,997.

ESPECIFICOS:

- Aplicar la Clasificación de Bethesda a los casos ya diagnosticados como neoplasia intraepitelial cervical por citología.
- Comparar la Clasificación de Bethesda y la Clasificación histológica de Richart.
- Describir la distribución por edad de acuerdo a la Clasificación de Bethesda.
- Describir la relación existente entre la Clasificación de Bethesda y el diagnóstico clínico.
- Describir la distribución por paridad de acuerdo a la Clasificación de Bethesda.

REVISION BIBLIOGRAFICA

CITOLOGIA CERVICAL

Se puede afirmar con seguridad que es una técnica sencilla, económica y eficaz, a la que muchas mujeres del mundo entero deben la salud respecto a procesos preneoplásicos y neoplásicos, descubiertos gracias a la citología. (22)

La citología no debe faltar en ninguna consulta o clínica ginecológica; debiéndose utilizar sistemáticamente desde que la paciente inicia su vida sexual.

La Sociedad Americana del Cáncer recomienda que después de tres frotos de papanicolaou negativos anuales, debe reducirse la frecuencia a cada 3 años. (18)

Los canadienses recomiendan intervalos de 1 a 5 años, y después de los 35 años cada 5 años en adelante.(4)

La especificidad y sensibilidad de la técnica, oscila sobre el 90%, siendo casi del 98% cuando se emplea con la colposcopia cervical.

METODOS DE TOMA

Se emplea la toma triple de cérvix clásica:

1. Toma de fondo vaginal completo. Debe hacerse de todo el fondo vaginal y se emplea una espátula de madera estrecha.
2. Toma cervical o escamocolumnar. Se emplea la espátula de Ayre, dando varias vueltas alrededor del orificio cervical externo.
3. Toma endocervical. Se han empleado hisopos con algodón, cepillos, espátulas triangulares, etc. (1)

La extensión de las tres tomas en un mismo porta-objeto, reemplazó a las tres tomas por separado, pero a diferencia de la extensión clásica de Weid, debe hacerse aprovechando el centro del porta-objeto para extender la toma cervical o escamo-columnar en un espacio doble que el de las tomas vaginal y endocervical, debido a que es en la zona escamo-columnar donde inician procesos displásicos por lo general. (24)

Por último, estas clasificaciones diferencian si coinciden o no con alteraciones víricas condilomatosas producidas por el HPV (virus del papiloma humano), por ser un agente que se indentifica con la etiopatogenia del cáncer cervical y según la clasificación de Bethesda, que distingue los diagnósticos citológicos en muestras satisfactorias compatibles con:

Citología sin anormalidades

Citología con atípicas leves

Citología de LIP de bajo grado, con o sin HPV

Citología de LIP de alto grado, con o sin HPV

CITOLOGIA ENDOCERVICAL

Las lesiones principales que la citología puede detectar en endocervix, son las inflamatorias, hiperplásicas y neoplásicas.

La endocervicitis son frecuentes, destacando sobre todo la producida por Chlamydia, que ocasiona la presencia de formaciones vacuoladas intracitoplasmáticas con cuerpos de inclusión y que se han relacionado con el origen del cáncer cervical.

Las hiperplasias simples, papilares y atípicas, son las principales alteraciones que se consideran preneoplásicas.

El diagnóstico citológico será confirmado con la biopsia cervical por colposcopia (11)

ASPECTOS HISTORICOS:

El examen citológico de material exfoliativo del área cervicovaginal tiene un tremendo efecto en el control del desarrollo del carcinoma de cérvix. (2, 12)

Hace cinco décadas, Papanicolaou y el Laboratorio del Colegio Médico Universitario de Cornell, iniciaron un programa o proyecto valioso en los Estados Unidos y en el extranjero.

En ese tiempo Papanicolaou desarrollo una clasificación numérica de la clase I a la clase V; el cual indica:

Clase I: Ausencia de células atípicas o anormales.

Clase II: Células atípicas, sin evidencia de malignidad.

Clase III: Células sugestivas de, pero no concluyentes de malignidad.

Clase IV: Células sospechosas de malignidad.

Clase V: Evidencia incuestionable de malignidad.

Con el desarrollo y refinamiento de los diagnósticos citológicos, muchos creyeron que la clasificación de Papanicolaou no era del todo adecuada para la clara identificación de la lesión celular.

En 1,953, Reagan y colaboradores introducen el término de "displasia" para referirse a anormalidades preneoplásicas de células escamosas. Esta clasificación fue nuevamente subdividida en leve, moderada y severa (según el grado de severidad del proceso atípico núcleo citoplasmático celular).

La ventaja de este sistema fue que permitió su uso citológico tanto como histológico.

En 1,966, Richart introduce el término NIC (neoplasia intraepitelial cervical) subdividiéndolo en grados, I,II, y III, tanto en la estadificación citológica como en la histológica.

En 1,988, una nueva clasificación fue creada: El Sistema de Bethesda (TBS—The Bethesda System), indicando: lesión benigna, lesión preneoplásica y proceso neoplásico del tracto genital femenino con su equivalente en el diagnóstico histopatológico.

Este sistema divide la neoplasia intraepitelial en 2 grupos: de Bajo Grado y de Alto Grado. Se refiere como Neoplasias de Bajo Grado: a displasia leve con o sin condiloma; y, Neoplasias de Alto Grado: a displasias moderadas y severas o carcinoma epidermoide in-situ. (7, 8)

El Sistema Bethesda permite una comunicación efectiva entre el patólogo y el clínico; esperando que la información clínica proporcione datos relevantes del paciente para el adecuado diagnóstico citológico.

Es responsabilidad del patólogo, crear un reporte de los resultados, usando la terminología que lleva a la interpretación diagnóstica uniforme que facilita la comunicación con el clínico.

(2)

Con el pasar del tiempo, esta terminología no es estática, debiendo y teniendo que actualizarse con los avances del desarrollo de la patogénesis y biología de la enfermedad. (9, 20)

RESEÑA DEL REGISTRO NACIONAL DE CANCER DE GUATEMALA

A principios de la década de los años 70, autoridades de Salud del país señalaron las limitaciones y deficiencias de información nacional sobre Cáncer, las que impedían estudiar esta enfermedad desde el punto de vista epidemiológico, obstaculizando en esa forma el desarrollo del conocimiento nacional sobre las localizaciones más frecuentes de la enfermedad, los grupos de población más susceptibles, los resultados de las aplicaciones terapéuticas en los enfermos y la medición de la incidencia y prevalencia del problema, información sin la cual no era posible planificar las acciones y estimar los recursos necesarios para enfrentar la enfermedad que manifestaba frecuencia creciente, provocando aumento de demanda de atenciones en los hospitales nacionales y en el recién creado Hospital de Cancerología de la Liga Nacional contra el Cáncer.

El trabajo del registro de casos de cáncer principió a realizarse en 1,975 y transcurridos 20 años de operación, durante los cuales el Registro Nacional de Cáncer funcionó y continúa trabajando como dependencia de la Liga Nacional contra el Cáncer.

Una de las localizaciones más frecuentes de cáncer en Guatemala es el Cáncer de Cérvix, el cual ha ido en aumento desde 1,975 a 1,994 siendo estos los datos más recientemente registrados. Encontrándose para 1,975 un total de 550 casos registrados, incidencia máxima en 1,985 con un total de 1,040 casos y para 1,994 un total de 928 casos.(19)

El impacto en la práctica de laboratorio ha sido dramático. El Colegio Americano de Patólogos (CAP) reveló en 1,990, que únicamente el 35% de los Laboratorios de Patología reportaron un adecuado espécimen; para 1,992 este dato subió al 85%. (15, 21)

LESION INTRAEPITELIAL ESCAMOSA (SIL)

En el Sistema Bethesda, se refiere:

1. Lesión intraepitelial escamosa de Bajo Grado
2. Lesión intraepitelial escamosa de Alto Grado

El SIL Bajo Grado, incluye:

Displasia leve (NIC I, con o sin condiloma)

El SIL Alto Grado, incluye:

Displasia moderada (NIC II) ó

Displasia severa (NIC III ó Carcinoma epidermoide in situ).

(5, 14)

ANORMALIDADES DE CELULAS EPITELIALES

“Atípi celular escamosa de significado indeterminado (ASCUS)”

ASCUS, se refiere a cambios citológicos “borderlines” de difícil clasificación, cuando los cambios morfológicos exceden los parámetros de un proceso benigno, pero también son insuficientes para un diagnóstico definitivo de lesión pre-neoplásica o neoplásica. (13)

El TBS no utiliza el término de “atípi” para referirse a cambios benignos celulares de inflamación, procesos infecciosos u otros procesos reactivos. (11)

El ASCUS incluye:

1. Células escamosas atípicas con citoplasma tipo maduro o superficial/intermedio.
2. Células escamosas atípicas en atrofia.
3. Células escamosas atípicas en metaplasia
4. Paraqueratosis e hiperqueratosis. (13)

“ Células Glandulares Atípicas de significado indeterminado (AGUS)”

Esta designación se aplica para células glandulares con cambios celulares demostrables entre un proceso reactivo benigno y cambios citológicos insuficientes para el diagnóstico de un adenocarcinoma in-situ.

Se incluyen en esta categoría:

1. Células atípicas endocervicales de indeterminada significancia.
2. Células endocervicales atípicas, probablemente reactivas.
3. Células endocervicales atípicas, probablemente de un adenocarcinoma in-situ (AIS). (13)

FUTURAS DIRECCIONES

El Sistema Bethesda hoy en día es utilizado grandemente, ya que proporciona una guía uniforme para el manejo clínico y patológico de las pacientes.

Es flexible en la consideración individual de cada uno de los casos clínicos y finalmente es de suma utilidad en los avances del conocimiento de la patogénesis de la enfermedad, diagnóstico y tratamiento. (2)

CLASIFICACIONES REPORTADAS (7)

SISTEMA		CLASIFICACION		
Papanicolaou	Clase I	Clase II	Clase III ,IV	Clase V
Reagan	Normal	Reacción Inflamatoria	Displasia Ca in situ	Invasivo
Richart	Normal	Reacción Inflamatoria	Neoplasia Intraepitelial Cervical I, II III, Ca in situ	
Bethesda	Normal	Reacción Inflamatoria	Lesión escamosa intraepitelial de Bajo grado, y condiloma (HPV). Lesión escamosa Intraepitelial de Alto grado, Ca. in situ.	

EL SISTEMA BETHESDA

DIAGNOSTICO CITOLOGICO

A) MUESTRA:

Satisfactoria para estudio, medianamente satisfactoria, insatisfactoria o inadecuada.

Ejemplos: Celularidad escasa, mala fijación, mala conservación, contaminantes, inflamación -pus-, sangre, citólisis, autólisis, sin células endocervicales en premenopáusicas.

B) INTERPRETACION GENERAL DEL FROTIS:

- Frotis sin anormalidades
- Se aconseja ver descripción
- Se recomienda repetir la toma, tratar la inflamación, fijar adecuadamente, etc.

C) DIAGNOSTICO DESCRIPTIVO:

1. INFECCION

Hongos, Bacterias (gardnerellas, actynomices, altamente sugestivas de clamydias).

Protozoos (tricomonas, otros...) Virus (herpes, citomegalovirus).

2. CAMBIOS REACTIVOS Y REPARATIVOS Inflamatorios.

Con afectación celular

Con cervicitis folicular

Miscelánea (según historia)

Tratamientos actuales, radioterapia, quimioterapia, DIU, cuerpos extraños, hormonas etc.

3. CELULAS EPITELIALES ANORMALES

Escamosas atípicas poco significativas

Lesión escamosa intraepitelial (SIL) con cambios asociados a HPV (virus del papiloma humano).

Lesión escamosa intraepitelial de bajo grado.

Abarca:

¼ Células con cambios asociados a HPV.

¾ Displasia leve/neoplasia cervical intraepitelial-NIC I.

Lesión escamosa intraepitelial de alto grado.

Abarca:

¾ Displasia moderada NIC II

¾ Displasia severa NIC III

¾ Carcinoma in situ NIC III

Células escamosas de carcinoma

4. CELULAS GLANDULARES

Presencia de células endometriales

Fuera de la fase menstrual

En la menopausia

En mujeres con ciclos irregulares.

Células glandulares con atípicas poco significativas.

Se recomienda otra investigación: endometrial, endocervical.

Células de adenocarcinoma

De origen específico: endocervical , endometrial.

5. NEOPLASIAS MALIGNAS NO EPITELIALES

Detallar los hallazgos citológicos.

6. EVALUACION HORMONAL

Compatible con edad, ciclo, embarazo

Incompatible con edad, ciclo, embarazo

NO APTO para valoración hormonal.

(7, 13, 15, 22)

METODOLOGIA

TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo retrospectivo.

SELECCIÓN DEL SUJETO DE ESTUDIO

En el presente trabajo se tomó a todas aquellas pacientes con lesiones neoplásicas intraepiteliales del cuello uterino (I, II, III), diagnosticadas en la sección de Citología del INCAN durante los meses de enero a diciembre de 1,997.

CRITERIOS DE INCLUSION

Se incluyeron en este estudio a:

- 1. Pacientes con diagnóstico citológico de neoplasia intraepitelial cervical, comprendida del mes de enero al mes de diciembre de 1,997.**
- 2. Pacientes de toda edad.**
- 3. Pacientes de toda paridad**

CRITERIOS DE EXCLUSION

- 1. Toda aquella paciente que no cumpla con los criterios de inclusión.**

VARIABLES

NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICION TEORICA	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	UNIDAD DE MEDIDA
EDAD	Es el período de tiempo que ha pasado desde el nacimiento hasta la fecha.	Se anotó la edad de la paciente.	Numérica Intervalos de diez años.	Años
PARIDAD	Es el número de gestas.	Se anotó el número de gestas, partos y abortos.	Nominal	Gestas Partos Abortos
DIAGNOSTICO CLINICO	Calificación que el médico da de una enfermedad con ayuda de la historia clínica, y examen físico.	Se anotó el diagnóstico encontrado en el expediente.	Nominal	NIC I NIC II NIC III Ca invasivo Otros
CLASIFICACION DE RICHART	Lesiones intraepiteliales cervicales, de grado leve, moderado y severo.	Lesiones intraepiteliales cervicales, de grado leve, moderado y severo.	Nominal	NIC I NIC II NIC III
CLASIFICACION DE BETHESDA	Lesiones intraepiteliales cervicales, de Bajo y Alto grado.	Lesiones intraepiteliales cervicales, de Bajo y Alto grado.	Nominal	Alto Grado Bajo Grado

PLAN DE ANALISIS DE INFORMACION

Se realizó juntamente con médico patólogo reclasificación citológica de pacientes diagnosticadas con Richart de acuerdo a la Clasificación de Bethesda, observando frotos y por medio del informe escrito.

PROCEDIMIENTO PARA RECOLECCIÓN DE DATOS

Se procedió a revisar los libros de informes de la sección de Citología, se identificaron los nombres y números de registro de las pacientes con diagnóstico de Neoplasia intraepitelial cervical (NIC). Luego se localizaron los expedientes médicos de las pacientes seleccionadas en el archivo del INCAN, recopilándose datos en la boleta previamente estructurada.

RECURSOS

MATERIALES

Económicos:

- Gastos de fotocopias de artículos y libros
- Gastos de transporte
- Gastos de hojas de papel bond
- Gastos de fotocopias de boleta de datos
- Gastos de impresión de tesis

Físicos:

Boleta de recolección de datos

Departamento de archivo del INCAN

Departamento de estadística

Bibliotecas del INCAN, Roosevelt, USAC, UFM, y Laboratorio particular del asesor.

Laminillas

Microscopio

Útiles y equipo de escritorio

Humanos:

Médico patólogo

Personal del departamento de citología

Personal del archivo y estadística

**ANÁLISIS Y PRESENTACION DE
RESULTADOS**

CUADRO No. 1

**COMPARACION DE DIAGNOSTICO CITOLOGICO CON
CLASIFICACION DE RICHART Y CLASIFICACION DE
BETHESDA**

RICHART	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Condiloma	2	2
NIC I	32	31.7
NIC I + Condiloma	0	0
NIC II	30	29.7
NIC III	37	36.6
TOTAL	101	100

BETHESDA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Lesión Intraepitelial de bajo grado	39	39
Lesión Intraepitelial de alto grado	62	61
TOTAL	101	100

FUENTE: Boleta de pacientes. Depto. de Citología, Inst. de Cancerología "Dr. Bernardo del Valle".

CUADRO No. 2

COMPARACION DE DIAGNOSTICO CITOLOGICO CON CLASIFICACION DE RICHART Y CLASIFICACION DE BETHESDA

RICHART	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Condiloma	0	0
NIC I	3	7
NIC I + Condiloma	0	0
NIC II	4	9
NIC III	14	31
No Clasificables	24	53
TOTAL	45	100

BETHESDA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Lesión Intraepitelial de bajo grado	19	42
Lesión Intraepitelial de alto grado	26	58
TOTAL	45	100

FUENTE: Boleta de pacientes. Depto. de Citología, Inst. de Cancerología "Dr. Bernardo del Valle".

CUADRO No. 3

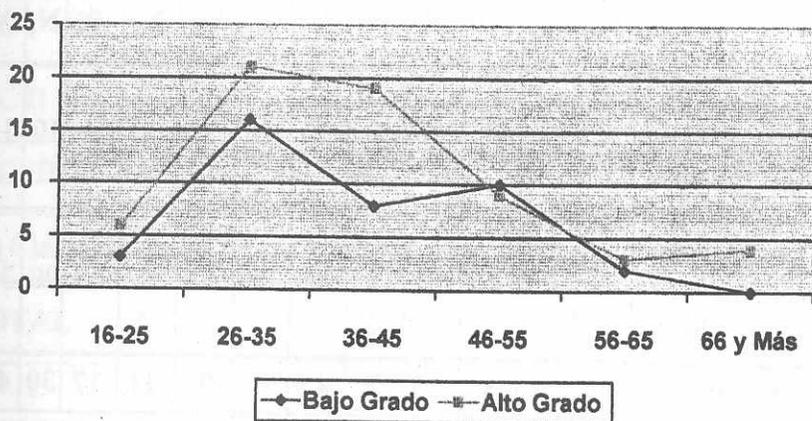
RELACION ENTRE CLASIFICACION DE BETHESDA Y DIAGNOSTICO CLINICO

BETHESDA	DIAGNOSTICO CLINICO											
	Cambios Inflam.		NIC I		NIC II		NIC III		Cáncer Invasivo		Otros	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Lesión Intraepitelial de bajo grado	5	8	4	6	2	3	2	3	2	3	10	15
Lesión Intraepitelial de alto grado	6	9	1	1.5	1	1.5	4	6	9	14	20	30
TOTAL	11	17	5	7.5	3	4.5	6	9	11	17	30	45

FUENTE: Boleta de pacientes. Depto. de Citología, Inst. de Cancerología "Dr. Bernardo del Valle".

GRAFICA No. 1

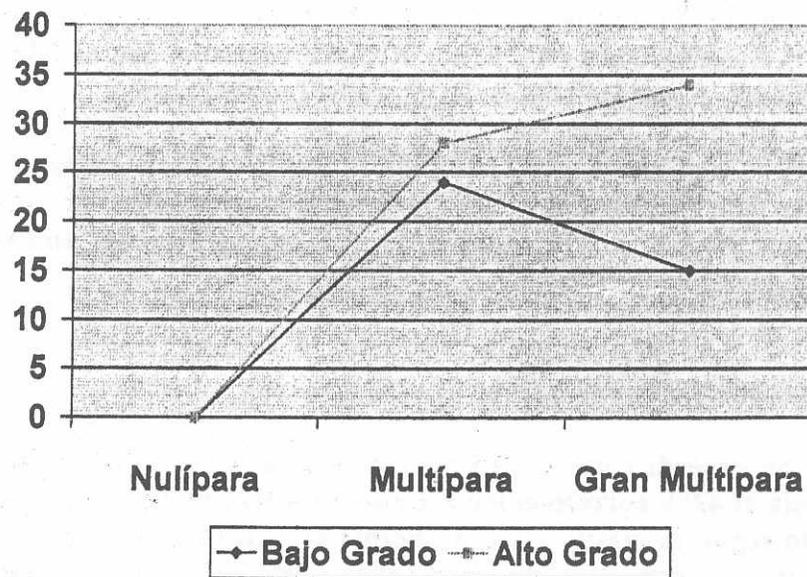
DISTRIBUCION POR GRUPO ETAREO
CON CLASIFICACION DE BETHESDA



FUENTE: Boleta de pacientes. Depto. de Citología, Inst. de Cancerología "Dr. Bernardo del Valle".

GRAFICA No. 2

DISTRIBUCION POR PARIDAD
CON CLASIFICACION DE BETHESDA



FUENTE: Boleta de pacientes. Depto. de Citología, Inst. de Cancerología "Dr. Bernardo del Valle".

PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS

Se revisaron 101 frótes de papanicolaou de pacientes diagnosticadas con Neoplasia Intraepitelial Cervical, durante los meses de enero a diciembre de 1,997.

CUADRO No. 1

En este cuadro se observa el número de pacientes diagnosticadas con NIC de acuerdo a la Clasificación de Richart en comparación con la Clasificación de Bethesda; siendo que un 31.7% corresponde a NIC I (por Richart) mientras que un 39% a Lesiones intraepiteliales de bajo grado (por Bethesda).

Encontrándose que en ambas clasificaciones existe un porcentaje similar entre las Lesiones intraepiteliales de alto grado y NIC II - NIC III, por lo que citológicamente ambas pueden correlacionarse.

CUADRO No. 2

Se encontró que de 45 pacientes a las que se les realizó biopsia el 42% corresponden a Lesiones intraepiteliales de bajo grado según la clasificación de Bethesda, mientras que sólo un 7% de estas pacientes son clasificadas como NIC I por Richart, lo cual evidencia que existe un alto porcentaje de sesgo diagnóstico con dicha clasificación, siendo esto un riesgo para la detección temprana de patología en estas pacientes.

En cuanto a las Lesiones intraepiteliales de alto grado se encontró un 58% de acuerdo a Bethesda, y según Richart 40% correspondiente a NIC II y NIC III; 53% de estas pacientes no entran en éstas clasificaciones, ya que 13 casos se reportaron como cervicitis y 11 como cáncer invasivo.

CUADRO No. 3

Del total de 101 pacientes, únicamente 66 tenían registrado diagnóstico clínico; de las cuales 17% presentaron cambios inflamatorios, siendo 9% Lesiones intraepiteliales de alto grado y 8% de bajo grado según la Clasificación de Bethesda.

Encontrándose que clínicamente un 17% fueron diagnosticadas como Cáncer invasivo y de acuerdo a Bethesda 14% corresponden a Lesiones intraepiteliales de alto grado y 3% de bajo grado.

Se debe tomar en cuenta que el 45% de las pacientes con diferente diagnóstico clínico presentaron según Bethesda 30% Lesiones intraepiteliales de alto grado y 15% de bajo grado.

NOTA: se clasificó como otros a las pacientes con diagnóstico clínico de control ginecológico y pacientes en estudio por cáncer de otra procedencia. Se debe considerar que el total de pacientes en este cuadro fue de 66 debido a que 35 de ellas no tenían diagnóstico clínico registrado.

GRAFICA No. 1

De acuerdo a la distribución por grupo etáreo según la Clasificación de Bethesda se observa un pico mayor entre las edades de 26 a 35 años, tanto para Lesiones intraepiteliales de bajo grado como de alto grado, lo cual es similar a lo reportado en la literatura.

GRAFICA No. 2

De acuerdo a la distribución por paridad según la clasificación de Bethesda se observa una mayor incidencia de Lesiones intraepiteliales de alto grado en pacientes Gran Múltiparas (5 o más gestas); en tanto que en las Lesiones intraepiteliales de bajo grado la mayor incidencia es en pacientes Múltiparas (1 - 4 gestas).

CONCLUSIONES

1. De acuerdo a los resultados obtenidos se encontró que la Clasificación de Bethesda en relación a la Clasificación de Richart es más exacta y eficaz que ésta, lo cual ayuda a un mejor diagnóstico y tratamiento de las pacientes.
2. Del total de casos estudiados se puede observar que menos de la mitad fueron confirmados histológicamente.
3. La presente investigación será de utilidad como guía y material de consulta para fines diagnósticos y de tratamiento, tanto para el personal técnico y médico del Departamento de Citología.
4. Se encontró un alto porcentaje de sesgo diagnóstico con la clasificación de Richart, siendo esto un riesgo para la detección temprana de patología en las pacientes ginecológicas.
5. Dados los resultados obtenidos se concluye que el presente estudio servirá de base para realizar estudios posteriores.

RECOMENDACIONES

1. Capacitar al personal médico y técnico en la utilización de la Clasificación de Bethesda como método diagnóstico en citología.
2. Establecer un método de control diagnóstico por parte de los médicos del Instituto de Cancerología a los estudios vistos por el personal técnico.
3. Exigir por parte del departamento de Citología los datos completos y exactos de la paciente para un mejor diagnóstico.
4. Se sugiere utilizar como base el presente estudio para mejorar estudios posteriores.
5. Realizar evaluaciones y capacitación periódica al personal del departamento de Citología.

RESUMEN

El presente trabajo fue descriptivo- retrospectivo; en el cual se revisaron un total de 101 frotos de papanicolaou, esto con el fin de evaluar la Clasificación de Richart y la Clasificación de Bethesda en pacientes con lesiones neoplásicas de cuello uterino, realizándose reclasificación de las mismas, relación de acuerdo al diagnóstico clínico y grupo etéreo más afectado.

La metodología que se empleó para la realización de este estudio fue revisar los libros de informes citológicos para identificar a las pacientes diagnosticadas con Neoplasia intraepitelial cervical, registrando los datos de la paciente en la boleta previamente estructurada, a partir de los meses de enero a diciembre de 1,997; revisando luego los frotos para realizar la reclasificación de Richart a Bethesda, observándose que 13% de éstos variaron con respecto a la clasificación anterior.

Se encontró que únicamente a 45 del total de las pacientes se les realizó colposcopia para confirmar diagnóstico; a las 56 pacientes restantes no les fue realizada ya que el frote era para control ginecológico, tratadas en lo particular, etc., encontrándose incidentalmente patología.

Concluyéndose que la Clasificación de Bethesda en relación a la Clasificación de Richart es más exacta que ésta, ayudando así al mejor diagnóstico y tratamiento de las pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Boon ME, de Graaff Guiloud JC, Reitveid WJ. Analysis of five sampling methods for the preparation of cervical smears. Acta Cytologic. Vol. 33. 1,989. PP. 843-848.
2. Bottles K, Reiter RC, Steiner AL, et al. Problems encountered with The Bethesda System: The University of Iowa experience. Obstretic Gynecologic. Vol. 78. 1,991. P.P. 410-414.
3. Broder S. Rapid comunication. The Bethesda System for reporting cervical-vaginal cytologic diagnosis-report of the 1,991 Bethesda Workshop. JAMA. Vol. 267. 1,992. PP. 1892.
4. Cassens Brett J. The National Medical series for Independent Study. Preventive medicine and public health. 1,987. PP. 125.
5. Cox JT, Lorincz At, Schiffman MH, et al. Human papilomavirus testing by hybrid capture appears to be useful in triaging women with a cytologic diagnosis of atypical squamous cells of undetermined significance. AM J. Obstetric Gynecologic. Vol. 172. March 1,995. PP. 946-954.
6. Elías A, Linthorst G, Bekker B, vooijs GP. The significance of endocervical cells in the diagnosis of cervical epithelial changes. Acta Cytol. Vol. 27, 1,983. PP. 225-229.
7. Frias-Hidvegi Denise, Cajulis Ricardo. Cytology Clinical Gynecology. Vol. 1. 1,989. PP. 1-33.
8. Furber - SE, Weisberg - E, Simpson - JM. Progression and regression of low- grade epithelial abnormalities of the cervix. Obstet. Gynecol. Feb. 1,997. PP. 107-112.
9. Greer - BE. The gynecologist's perspective of liability and quality issues with the Papanicolaou Smear. Arch. Pathologic. March 1,997. PP. 246-249.
10. Henry MR, Germain MM, Heaton R, et al. Evaluation of the effect of endocervical component on the adequacy of cervical specimens. Acta Cytol. Vol. 37 1,993. PP. 770.
11. Jiménez-Ayala. Citopatología Ginecológica. Segunda Edición. Editorial Científico Médica. 1,991.
12. Koss LG, Hicklin MD. Standard of adequacy of cytologic examination of the female genital tract: Conclusions of study group on cytology. Obstet. Gynecol. Vol. 43. 1,974. PP. 792-793.
13. Kurman RJ, Henson DE, Herbst A, et. al. Interim guidelines for management of abnormal cervical cytology. JAMA. Vol. 271 1,994. PP. 1886-1869.
14. Kurman RJ, Malkasian GD Jr, Sedlis A, Solomon D. Clinical comentary: From Papanicolaou to Bethesda. Obstet. Gynecol. Vol. 77. 1,991. PP. 779-782.
15. Lundberg, George D. National Cancer Institute Workshop: The 1,988 Bethesda System for reporting cervical/vaginal cytologic diagnosis. JAMA Vol. Vol. 262. 1,989. PP. 931-933.
16. Mitchel H, Medley G. Influence of endocervical status on the cytologic prediction of cervical intraepithelial neoplasia. Acta Cytol. Vol. 36. 1,992. PP. 875-880.
17. Raffle AE, Alden B, Mackenzie EFD. Detection rates for abnormal cervical smears: What are we screening for? Lancet. Vol. 345. 1,995. PP. 1469-1473.

18. Rakel Robert, MD. Essentials of Family practice 1,993. PP. 130-131.
19. Registro Nacional de Cáncer de Guatemala. Informes de años 1,993-1,994. Septiembre 1,997. PP. 1, 14, 20, 147, 151, 279.
20. Sherman-ME, Kurman-RJ. The role of exfoliative cytology and histopatology in screening and triage. Obstet. Gynecol. Clinical North-America. 1,996. PP. 641-655.
21. Spires SE, Banks ER, Weeks JA, et al. Assesment of cervicovaginal smear adequacy: The Bethesda guidelines and reproducibility. Am J. Clin. Pathol. Vol. 102. 1,994. PP. 354-359.
22. The 1,988 Bethesda System for Reporting cervical/vaginal Diagnosis delevoped and aproved at the National Cancer Institute Workshop, Bethesda Maryland, U.S.A. Acta Citologyc. Vol. 33. 1,989.
23. Vooijs GP, Elías A, van der Graaff Y, Velings. Relationship between the diagnosis of epithelial abnormalities and the composition o cervical smear. Acta Cytol. Vol. 29. 1,985. PP. 323-328.
24. Weid, Keebler, Koss, Patten y Rosanthal. Compendium on Diagnostic Cytology. 7th. Edition. Tutorial of citology. Chicago, 1,993.

ANEXOS

BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

Clasificación de Richart (NIC) vrs Clasificación de Bethesda, en
pacientes diagnosticadas en la sección de Citología del Instituto de
Cancerología "Dr. Bernardo del Valle", de enero a diciembre de
1,997.

No. DE CITOLOGIA _____

HISTORIA CLINICA # _____ EDAD _____

ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS:

GESTAS _____ PARTOS _____ ABORTOS _____

FECHA DE ULTIMA REGLA _____

DIAGNOSTICO CLINICO _____

DIAGNOSTICO CON CLASIFICACION DE RICHART

DIAGNOSTICO HISTOLOGICO

RECLASIFICACION

DIAGNOSTICO CON CLASIFICACION DE BETHESDA