

Lesiones preinvasivas del cuello uterino

Pre-invasive lesions in the cervix

Dra. Dalgis Lau Serrano,^I MSc. María Margarita Millán Vega,^{II} Dr. C. Yarine Fajardo Tornés,^{II} MSc. César Sánchez Alarcón^{II}

^I Clínica de Especialidades Médicas de Bayamo. Granma, Cuba.

^{II} Hospital General Universitario "Carlos M. de Céspedes". Bayamo. Granma, Cuba.

RESUMEN

Introducción: el cáncer de cuello uterino es la segunda causa de muerte en la mujer a nivel mundial y la principal por enfermedades malignas. Estudios cubanos han reportado que más del 12 % de mujeres atendidas en el programa presentaron esta enfermedad, a pesar del programa nacional de detección precoz vigente. Su incidencia pone en evidencia que el control de la enfermedad, aunque constituye un propósito deseado, todavía no ha logrado los objetivos propuestos.

Objetivos: hallar la correlación citohistológica, categorizar los grados de lesión y caracterizar el grupo de pacientes.

Métodos: estudio de evaluación retrospectivo a pacientes atendidas en la Clínica de Especialidades Médicas de Bayamo con lesiones preinvasivas del cuello uterino desde enero del 2010 a junio del 2011. El universo fueron 246 citologías anormales y la muestra 89 resultados histológicos con cualquiera de los tres grados de neoplasia intraepitelial cervical obtenidos, se calculó la sensibilidad y especificidad para determinar la efectividad del diagnóstico histológico.

Resultados: predominaron las neoplasias intraepiteliales cervicales grado I en los resultados citológicos e histológicos. La mayoría de las pacientes estaban en el grupo de 25 a 39 años. La sexarquía precoz y la evidencia del virus del papiloma humano (VPH) fueron muy frecuentes. La correlación de la citología y la histología en el diagnóstico hallada fue del 64,1 %, con una sensibilidad del 90,3 % y una especificidad del 79,3 %.

Conclusión: la correlación diagnóstica entre la citología y la histología fue efectiva.

Palabras clave: lesiones preinvasivas, correlación diagnóstica, citología, histología.

ABSTRACT

Introduction: cervical cancer is the second leading cause of death in women worldwide and the main due to malignant diseases. Cuban studies have reported that over 12 % of women attending the program had this disease, despite a national screening program in place for early detection. Its incidence shows that the control of this disease, although a desired purpose, has not yet achieved the proposed objectives.

Objectives: to find the histological correlation quote, to categorize the grade injury, and to characterize the patient group.

Methods: it was conducted a retrospective study evaluating patients treated at Bayamo medical specialty clinic from January 2010 to June 2011. These patients had preinvasive lesions of the cervix. The universe was 246 abnormal cytologies and we had a sample of 89 histologic results with any of the three grades of cervical intraepithelial neoplasia obtained. We calculated the sensitivity and specificity to determine the effectiveness of the histological diagnosis.

Results: there was predominance of cervical intraepithelial neoplasia grade I in the cytologic and histologic results. Most patients were 25 to 39 years old. The evidence early sexuality and human papilloma virus were very common. The correlation of cytology and histology in the diagnosis was 64.1 %, sensitivity of 90.3 % and a specificity of 79.3 %.

Conclusion: the diagnostic correlation between cytology and histology was effective.

Key words: preinvasive lesions, diagnostic correlation, cytology, histology.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de cuello uterino (CCU) es la segunda causa de muerte en la mujer a nivel mundial y la principal por enfermedades malignas en las mujeres de países en desarrollo, cada año se producen en el mundo más de 500 000 nuevos casos y de ellos alrededor de unos 272 000 que constituyen el 80 %, se diagnostican en países poco desarrollados. Más de 300 000 mujeres mueren anualmente y de ellas más del 70 % en plena capacidad reproductiva. En Europa el CCU es la tercera causa de muerte en la mujer¹ y en Latinoamérica es la causa de muerte más frecuente con más 30 000 defunciones por año.¹⁻⁴

Dentro de la región en general, América del Norte tiene la morbimortalidad más baja por esta causa, datos del Instituto Nacional en Estados Unidos, reflejan que al cáncer de cuello uterino le corresponde el 6 % de todos los tumores malignos de la mujer norteamericana y la más baja tasa de mortalidad del continente, mientras en el resto de la América se observa gran variabilidad, se estima que el 80 % proceden de países en desarrollo, Latinoamérica y el Caribe es considerada una región de alto riesgo de CCU, las mayores incidencias se observan en Bolivia, Chile y México, así como Perú, Brasil, Paraguay, Colombia y Costa Rica, se reportan tasas inferiores en Puerto Rico y Cuba.^{5,6}

El cérvix uterino por su posición anatómica, es uno de los órganos que permite de forma sencilla el examen físico por observación directa y su estudio citológico e

histológico, facilita así el diagnóstico precoz o temprano de las lesiones premalignas, precursoras de las lesiones invasoras del cuello uterino, mediante la pesquisa que establece el Programa Nacional de Diagnóstico Precoz de Cáncer Cérvicouterino (PNDPCCU).⁷

Estudios cubanos han reportado que más del 12 % de mujeres atendidas en el programa presentaron esta enfermedad y según datos del Anuario Estadístico de Salud del año 2005, a pesar del programa nacional vigente de detección de cáncer cérvicouterino, su tasa de incidencia por 100 000 habitantes en mujeres de 15 a 19 años es de 1,1, de 20 a 24 de 1,8 y de 25 a 29 de 19,5, lo cual pone en evidencia que el control de la enfermedad, aunque constituye un propósito deseado, todavía no ha logrado los objetivos propuestos.⁷

La citología y la colposcopia se han utilizado a través de los años con el objetivo de diagnosticar las afecciones premalignas y malignas del cérvix uterino; sin embargo, el estudio histológico es el que resulta concluyente para poder establecer el diagnóstico definitivo.⁵

Varios autores han estudiado los factores que pueden ser responsables del carcinoma cervical considerando que están en gran parte relacionados con la actividad sexual,⁶ en los cuales se incluye el comienzo de las relaciones sexuales en edades tempranas, se acepta actualmente antes de los 20 años; el embarazo precoz, por la inmadurez de las células del cuello; la multiparidad, debido a los traumatismos durante el parto; el cambio frecuente de compañero con la actividad sexual desprotegida de la pareja; las infecciones de transmisión sexual, las cuales parecen jugar un papel importante en la transformación neoplásica; el tabaquismo, por aumento de las concentraciones de nicotina en el moco cervical; los anticonceptivos orales, las deficiencias nutricionales, los factores genéticos como el déficit de alfa 1 antitripsina que tiene efecto protector sobre el epitelio del cérvix.⁸⁻¹⁷

Según la clasificación de 2001 del sistema de Bethesda los resultados de exámenes citológicos con células epiteliales escamosas anormales son: células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASC-US, por sus siglas en inglés); células escamosas atípicas que no excluyen una lesión intraepitelial de alto grado (ASC-H, por sus siglas en inglés); lesión intraepitelial escamosa de bajo grado (LIEBG), que incluye la infección por VPH y la displasia leve o neoplasia intraepitelial cervical NIC I; lesión intraepitelial escamosa de alto grado (LIEAG), que incluye la displasia moderada o NIC II, la severa y el carcinoma *in situ* (CIS) o NIC III y el carcinoma de células escamosas.¹⁸

El programa nacional de diagnóstico precoz del cáncer cervicouterino⁶ señala que la clasificación vigente en nuestro país es la de Richart, en la que los resultados citológicos se informan: NIC I o displasia leve, NIC II o displasia moderada, NIC III-CIS para las lesiones intraepiteliales y carcinoma epidermoide para el infiltrante.¹⁹ En estos momentos se propuso la dualidad de terminologías por un grupo de expertos para comenzar a utilizarla en nuestro país una vez que lo apruebe la UNC (Unidad Nacional de Cáncer).

La importancia de que todas las mujeres con resultado citológico anormal cuenten con una consulta especializada para atenderse, donde existan recursos específicos como personal entrenado, colposcopia y material para realizar el estudio histológico del cérvix entre otros, ha sido señalado por varios investigadores pues en su relación radica el diagnóstico precoz y por consiguiente el tratamiento oportuno y eficaz de las lesiones cervicales.

El trabajo que se realiza en la Consulta de Patología de Cuello de la Clínica de Especialidades Médicas de Bayamo es encomiable, pues recibe a toda la población femenina del área de la región del Cauto, necesitada de sus servicios y por supuesto de su calidad y eficacia, depende en gran medida el estado de salud de una gran parte de la población. Teniendo en cuenta que el objetivo fundamental de esta institución de salud es el diagnóstico correcto y el manejo eficiente de las pacientes aquejadas de lesiones preinvasivas cervicales para lograr su rehabilitación e integración plena a la sociedad, se realizó esta investigación.

Los objetivos específicos fueron categorizar el resultado citológico y el histológico, caracterizar a las pacientes de acuerdo con la edad, sexarquia y presencia del VPH y evaluar la relación del diagnóstico citohistológico mediante el cálculo de sensibilidad y especificidad.

MÉTODOS

Se realizó un estudio de evaluación de corte retrospectivo a pacientes atendidas en la Clínica de Especialidades Médicas de Bayamo con lesiones preinvasivas del cuello uterino en el periodo de enero del 2010 a junio del 2011. El universo estuvo constituido por 246 mujeres con citologías anormales que asistieron por primera vez a la consulta en ese periodo de tiempo y la muestra por los 89 resultados histológicos con cualquiera de los tres grados de neoplasia intraepitelial cervical obtenidos en el grupo de las citologías anormales. Se utilizaron los números absolutos, cálculo porcentual y la sensibilidad y especificidad que permitió determinar la efectividad del diagnóstico histológico de las lesiones preinvasivas del cuello uterino. Para el procesamiento de los datos se utilizó el paquete estadístico profesional SPSS 15.0 para Windows y el programa para análisis epidemiológico de datos tabulados EPIDAT versión 3.1

RESULTADOS

Los resultados citológicos se muestran en la tabla 1, con la mayor frecuencia en el grupo de NIC I con 161 para un 65,5 %, seguido de 68 pacientes con NIC II (27,6 %) y en 3er. lugar con 17 mujeres y un 6,9 % el NIC III del total de 246 pacientes.

Tabla 1. Diagnóstico de las citologías anormales

Citologías anormales	No.	%
NIC I	161	65,5
NIC II	68	27,6
NIC III	17	6,9
Total	246	100

En la tabla 2 vemos el resultado de la histología, predominó el grupo de NIC I del total de 89 con 56,3 % (50), seguido por 28 (31,4 %) con NIC II y por último en 11 casos (12,3 %) la histología confirmó NIC III.

Tabla 2. Confirmación histológica según diagnóstico

Histología	No.	%
NIC I	50	56,3
NIC II	28	31,4
NIC III	11	12,3
Total	89	100

La edad por grado de lesión se expone en la tabla 3. De los 50 resultados histológicos con NIC I el mayor número de mujeres estuvo en el grupo de 25 a 39 años con 52 %, seguido de cerca por 22 (44 %) entre 40 y 49 años. No hubo pacientes con más de 49 años y este grado de lesión, y en las menores de 25 años se reportaron 2 (4 %). En el grupo de NIC II ocupan la mayor frecuencia con 13 y un 46,4 %, las que tenían entre 25 y 39 años y les siguen 9 (32,1 %) comprendidas entre los 40 y 49 años. Las que tuvieron un NIC III (9), se distribuyeron por orden de frecuencia con 5 (45,4 %) de 25 a 39 años y 4 (36,4 %) de 40 a 49 años, no hubo con 50 años o más. En general en los tres grados de lesión predominaron las mujeres entre 25 y 49 años (79) lo que representa el 88,7 % del total.

Tabla 3. Diagnóstico histológico por grupo de edades

Grupos de edades	NIC I		NIC II		NIC III	
	No.	%	No.	%	No.	%
Hasta 24 años	2	4	-		-	
De 25 a 39 años	26	52	13	46,4	5	45,4
De 40 a 49 años	22	44	9	32,1	4	36,4
De 50 y más años	-	-	-		-	
Total	50	44,5	22	19,2	9	8,1

La sexarquia por grado de lesión, se expresa en la tabla 4. En el grupo con NIC I predominaron las que tuvieron su primera relación sexual antes de los 16 años con 24 y un 48 %, le siguió con 15 mujeres las que iniciaron tener sexo entre 16 y 19 años (26 %). En el reporte histológico con NIC II, también el mayor número tuvo la sexarquia antes de los 16 años (13 con el 46,4 %), seguidas con 7 (25,1 %); que se iniciaron sexualmente a los 12 años o antes, 5 pacientes con NIC III, tuvieron sus primeras experiencias sexuales entre 13 y 15 años para un 45,4 % y 3, o sea, el 27,3 % a los 12 años o antes. En general y de forma alarmante vemos que predomina la sexarquia precoz en este tipo de lesiones.

Tabla 4. Sexarquia según diagnóstico histológico

Sexarquia	NIC I		NIC II		NIC III	
	No.	%	No.	%	No.	%
Hasta 12 años	-		7	25,1	3	27,3
De 13 a 15 años	24	48	13	46,4	5	45,4
De 16 a 19 años	15	26	-	-	-	-

En la tabla 5 se muestra la infección por VPH, según grado de lesión en la citología y en la histología. En las 246 citologías se reportaron evidencias de la infección viral en 156 para un 63,4 %, de ellas 93 (59,6 %) en las del grupo con NIC I, 53 (77,9 %) con NIC II y 10 (58,8 %) con NIC III. En los resultados histológicos de 77 mujeres de los 89 con lesiones preinvasivas, se observó evidencia del virus para un 86,5 %. Predominó en el grupo con NIC I, seguido del II y del III con 90 %, 82 % y 81 % del total por grado de lesión respectivamente.

Tabla 5. Asociación con el HPV según diagnóstico citológico e histológico

	VPH		NIC I		NIC II		NIC III	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Citología	156	63,4	93	59,6	53	77,9	10	58,8
Histología	77	86,5	80	90,0	73	82,0	78	81,0

La correlación entre el diagnóstico citológico y el histológico según la tabla 6 muestra que del total de 161 citologías con resultado de NIC I se confirmaron por el histológico 50 para un 31 %. Con relación al NIC II, hubo 68 por citología y 28 por histología (41 %). En el NIC III, de los 17 diagnósticos citológicos se confirmaron 11 por histología para el 64,7 %. En el total de los estudios la concordancia del diagnóstico citohistológico fue del 64,1 %, con una sensibilidad del 90,2 % y una especificidad de 79,3 %.

Tabla 6. Correlación diagnóstica citohistológica

Diagnóstico	Citología	Histología	
	No.	No.	%
NIC I	161	50	31
NIC II	68	28	41
NIC III-CIS	17	11	64,7
Total	246	89	36,1

CIS: carcinoma *in situ*

DISCUSIÓN

En el grupo de 246 resultados citológicos anormales predominó el NIC I seguido por el NIC II y en último lugar el NIC III, como se muestra en la tabla 1.

La totalidad de la bibliografía revisada expone el mismo orden de frecuencia para los 3 grados de lesión, predominan los grupos de bajo grado, en este caso el NIC I, seguido de los otros 2 que constituyen los de alto grado.^{12,15,20,21}

Similar comportamiento ocurre en los resultados por histología de las pacientes, (tabla 2), predominaron los NIC I, seguidos por el II y el III, de forma respectiva, lo que se reporta en varios trabajos de la misma manera que en esta serie de pacientes con lesiones preinvasivas del cuello.^{16,21-23}

Más del 50 % del total de las 89 mujeres tenían edades entre 26 y 35 años, este grupo ocupa el 1er. lugar en todos los diferentes grados de la lesión cervical, le sigue el grupo entre 36 y 45 años con una frecuencia importante. En este estudio las adolescentes no constituyeron un grupo de elevada frecuencia (tabla 3).

Estos resultados coinciden con los de otros autores nacionales, como *Martínez*²⁴ en un estudio realizado en Camagüey en el 2004, donde el mayor porcentaje de casos predominó entre 25 y 39 años con un 61 %, *Puente* (Puente Palma N. Resultados de trabajo con la radiocirugía. Presentación en el Primer Taller Nacional de Radiocirugía. Hospital Nacional C. Habana Dic. 2005. En: Relatoría de los talleres de Radiocirugía en Cuba) en Palma Soriano, con un 48 % entre 30 y 39 años, e internacionalmente, *Castañeda*²⁵ en México, entre 26 y 40 años el 72 %. También *Tapia*²⁶ en su investigación encontró una edad media de 33 años. Otros encuentran predominio de diferentes grupos de edades como *Weillings* y otros²⁷ que encontró el mayor número de casos entre 42 y 49 años, pero resultó significativo que entre 34-57 años se concentraron el 63 % de todos los casos.

La mencionada trimodalidad resulta coherente con el hecho de que nos referimos a tres momentos de mayor frecuencia de trastornos ginecológicos, edad fértil, perimenopáusica y posmenopáusica lo que puede explicar este comportamiento, junto a otros factores asociados a las mujeres portadoras de estas alteraciones en esta etapa de la vida.

La sexarquia precoz, representada en la tabla 4 es evidente en los resultados del estudio en los 3 grados de las lesiones preinvasivas cervicales: casi las tres cuartas partes del grupo de mujeres se iniciaron sexualmente con 16 años o menos y un número importante, tan temprano como a los 12 años o menos.

Se considera inicio precoz de las relaciones sexuales con 16 años o menos,¹⁷ teniendo en cuenta este concepto, el 73 % de los casos en esta investigación inició precozmente las relaciones sexuales.

Diferentes trabajos realizados muestran similares resultados como *Aquino* y otros²⁸ que encontraron cerca de la mitad de los casos con el inicio de las relaciones sexuales antes de los 16 años (54,5 %). El riesgo de neoplasia intraepitelial cervical y cáncer es mayor en la medida en que el inicio de la vida sexual activa es más temprano; así, en el estudio en Zacatecas (México), al tomar como referencia a las mujeres que iniciaron su vida sexual después de los 20 años, se estima que aquellas que lo hicieron antes de los 15 años tienen un riesgo dos veces mayor (RM 2,0, IC 95 % 1,2-3,5).²⁵ Es significativo que en un estudio en Camagüey en el 2003, por cada mujer con CCU que no tuvo este factor de riesgo, hubo 20,64 mujeres enfermas que sí presentaron este antecedente, lo que coincide con toda la literatura revisada.^{16,17,25,26}

Tener las primeras relaciones sexuales en edades tempranas constituye un factor de riesgo para el desarrollo de lesiones premalignas y maligna del cérvix (*Cabezas Cruz E.* Conferencia del Diplomado de Ginecología en Infante Juvenil sobre el Embarazo en la Adolescencia, febrero 2005).

La mayoría de los estudios nacionales e internacionales se refieren a la tendencia general de precocidad sexual; mientras más temprano se inicia la actividad sexual, mayor es el riesgo a desarrollar afecciones como cervicitis o enfermedades ginecológicas inflamatorias altas y a la mayor incidencia de infecciones de transmisión sexual, sobre todo las de causa viral ejemplo de ello lo constituye, el virus del papiloma humano (VPH), porque es interesante destacar el hecho de que la mayoría de las infecciones por este virus ocurren en las primeras relaciones sexuales, por lo que no es extraño encontrar una prevalencia mayor del virus en países subdesarrollados donde las mujeres inician su vida sexual siendo aún muy jóvenes.²⁴

La infección en edades tempranas hace que el epitelio cervical, el cual en esas edades es aún inmaduro, se exponga por un tiempo mayor a la acción transformante de estos virus aumentando el riesgo de desarrollar la enfermedad. Estos resultados apoyan lo referido por esos autores.^{17,29}

La presencia del VPH en los resultados citológicos e histológicos se observa en la tabla 5. En más de la mitad de los resultados citológicos y en más de las tres cuartas partes de los histológicos se encontraron signos de dicha infección, resaltan los altos porcentajes hallados en todos los diferentes grados de NIC por histología.

*Sarduy*²⁸ encontró menor porcentaje en los resultados citológicos, en un estudio realizado (59 %), y el 75,2 % en la histología, semejante a los expuestos en esta investigación.

Muñoz²⁹ observó la presencia del VPH en el 70 % de los resultados histológicos, de otra manera Sellors y otros³⁰ encontraron cifras de 60,6 y 54,2 % respectivamente, en las citologías de un estudio realizado en mujeres de edad mediana. Novoa y otros⁶ detectaron un 40 % de cambios por VPH en las lesiones de bajo grado y un 59 % en las de alto grado.

Se han estudiado series de pacientes con lesiones cervicales con una positividad de VPH del 91,1% el cual está en el rango de lo reportado en los estudios epidemiológicos internacionales liderados por la IARC y donde se reportan porcentajes de prevalencia desde 84 hasta 99,7. Estas diferencias pueden estar influenciadas por diferencias en las técnicas diagnósticas utilizadas, presencia de tipos virales diferentes a los estudiados, así como el tamaño de la muestra.²⁹

El VPH es un virus epiteliotrópico asociado a lesiones benignas, premalignas y malignas de diferentes localizaciones del cuerpo humano.⁶ Existen más de 200 tipos conocidos, de los cuales 35 han sido aislados de lesiones anogenitales. En Cuba no se cuenta con suficientes datos epidemiológicos útiles que demuestren el nivel de infección por este virus, son muy escasos los reportes sobre este tema y en su mayoría diagnosticados por métodos clínicos y anatomo-patológicos describiendo la presencia de coilocitos.

Para el diagnóstico histológico al final del periodo de estudio, se tomó en consideración el informe histopatológico de la lesión de cada paciente con biopsia, ya fuera por ponchamiento del cuello uterino o por la conización de este. Se le realizó colposcopia al total de las pacientes con citología anormal y se realizó estudio histológico a todas con los hallazgos colposcópicos anormales.

Al describir la correlación entre el diagnóstico citohistológico, (tabla 6) se comprobó en más de la mitad del total de los resultados, fue mayor en los NIC de alto grado.

La relación citología/histología en nuestro estudio, mostró una sensibilidad y especificidad en valores adecuados para el intervalo de confianza calculado.

En la literatura se exponen disímiles resultados en cuanto a la relación del diagnóstico citológico e histológico de acuerdo a los diferentes grados de NIC. Por ejemplo, *Albujar Baca* y otros,³¹ al analizar la concordancia de citologías con LIEBG tuvieron los siguientes resultados histopatológicos: lesión de bajo grado, 86,7 % y lesión de alto grado, 13,3 %. Otros^{28,32} plantean que una lesión más avanzada se confirma en aproximadamente el 20 % de los casos de mujeres con LIEBG.

Una investigación con pacientes con una citología con LIEBG evidenció que 110 de ellas (59,1 %) se mantenían en seguimiento sin haberseles realizado biopsia, el 10,2 % tenían el diagnóstico histológico de lesión de alto grado, la lesión de bajo grado se confirmó por biopsia en el 12,4 % y no se encontró lesión en el 2,2 %. Los diagnósticos histológicos de lesiones de bajo riesgo se distribuyeron así: con signos histológicos de infección por VPH, 10 pacientes (5,4 % del total de mujeres), NIC I, 7 mujeres (3,8 %) y con NIC I -VPH, 6 para el 3,2 %. De las lesiones de alto riesgo, la más frecuente fue la NIC III (displasia severa) con 9 pacientes (4,8 %), le sigue la NIC III (CIS) con 7 para el 3,8 %; en conjunto la NIC III se halló en 16 pacientes (8,6 %) y la NIC II con 3 mujeres (1,6 %).³³

Una serie estudiada de 18 mujeres conizadas observó los siguientes resultados: 15 lesiones de alto grado (83,3 %) y 3 lesiones de bajo grado (16,7 %). La lesión encontrada más frecuentemente fue el CIS, con 7 pacientes (38,9 % de todos los conos realizados), seguido por la displasia severa, con 5 casos (27,8 %) y la NIC II

con 3 (16,7 %); en las lesiones de bajo grado hubo dos diagnósticos de NIC I y uno de VPH, el 11,1 % y 5,6 % respectivamente.³⁴

El Profesor *Sarduy*²⁸ encontró en el total de una muestra estudiada una concordancia citológica e histológica del 95,8 % que arrojó un Índice de Kappa de 0,882 con un intervalo de confianza del 95 % entre 0,802 y 0,962, lo que representó una concordancia casi perfecta entre los dos métodos. La sensibilidad y el valor predictivo positivo fue de 97,3 %. La especificidad y el valor predictivo negativo fue de 90,9 %. Estos datos no concuerdan con los hallados en este estudio.

Los autores de este estudio consideran que cuando las lesiones intraepiteliales cervicales son de alto grado, la correlación citológica e histológica es más exacta.

La mayoría de las lesiones preinvasivas diagnosticadas por citología como por histología estuvieron en la clasificación de NIC I. En los tres grados de lesión cervical predominó el grupo de edad de 26 a 45 años. La sexarquia precoz se reportó en casi las tres cuartas partes de las mujeres afectadas y la evidencia del VPH estuvo presente con mucha frecuencia tanto por citología como por histología.

Se obtuvo correlación citohistológica en más del 5 % con eficacia, dada por los resultados de sensibilidad y especificidad dentro del rango calculado esperado.

REFERENCIAS BOBLIOGRÁFICAS

1. Bosh LP. Uses of date to plan cancer prevention and control programmes. Public Health Rew. 2001;105(4): 354-60.
2. Parkin DM. Global cancer statistics in the year 2000. Lancet Oncol. 2001 Sep;2(9):533-43.
3. Ferlay J, Bray F, Pisan P, Parkin DM. Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide. GLOBOCAN 2002. IARC Cancer Base 5(2.0). Lyon: IARC Press; 2004.
4. Robles W F, Perruga A. Tendencia por la mortalidad del cáncer del cuello del útero en Las América. Bol of Sanit Panam. 2005;121(6):478-89.
5. Schiavon ER, Espinosa RR. Panorama actual del Programa de Detección y Tratamiento del Cáncer Cérvico Uterino en México, 2005 [PPT]. Disponible en: <http://www.unasse.com/Documentos/POBLACION.ppt>
6. Novoa Vargas A, Echegollen Guzmán A. Epidemiología del cáncer del cérvix en Latinoamérica. New England Journal of Medicine. 2007;375(5): 46.
7. Cabezas CE. Programa Nacional de Diagnóstico Precoz del Cáncer Cérvicouterino. La Habana: Editorial de Ciencia Médicas; 2001.
8. Domínguez Alonso E, Seuc Jo H, Galán Álvarez Y, Tuero Iglesias A. Carga del cáncer ginecológico en Cuba. Rev Cubana de Salud Pública. 2009;35(3): 1-24.

9. González Merlo J, González Bosquet J. Lesiones premalignas de cérvix y cáncer de cérvix. Texto Ginecología Oncológica. 2da. edición. Barcelona: Editorial Masson; 2000. p. 121-215.
10. Cabezas Cruz E. Lesiones malignas del útero. Cap. 29. En: Rigol Ricardo O. Obstetricia y Ginecología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2004. p. 297-312.
11. Santana C, Chávez M, Viñas L, Hernández E, Cruz J. Diagnóstico precoz del cáncer cérvico-uterino. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2011;37(2).
12. Cabezas CE, Cutié LE, Santisteban AS. Diagnóstico y conducta en el cáncer de cuello uterino. En: Manual de procedimientos en Ginecología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006. p. 162-8.
13. Richart Ralph M. Precursores del cáncer cervical y su manejo. Cap. 48. Sección II. Ginecología oncológica. En: Rock Thompson (editor). Te-Linde. Ginecología quirúrgica. 8va. ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 1998. p. 1411-32.
14. Vázquez Márquez Á. Factores de riesgo del cáncer de cérvix uterino. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2008;34(2).
15. Jastreboff AM, Cymer T. Role of the human papillomavirus in the development of cervical intraepithelial neoplasia and malignancy. Postgrad Med J. 2002;78:225-8.
16. Lacruz C. Nomenclatura de las lesiones cervicales- de Papanicolaou a Bethesda 2001. Revista Española de Patología. 2003;36:1.
17. Richart RM. A modified terminology for cervical intraepithelial neoplasia. Obstet Gynecol. 1990;75:131-6.
18. Olson AW, Nichols EE. Colposcopic examination in a combined approach for early diagnosis and prevention of carcinoma of the cervix. Obstet Gynaecol. 1960;15:372.
19. 26th Annual Report on the results of treatment in Gynecological Cancer. Int J Gynecol Obstet. 2006;95(1):43-192.
20. Pérez Moreno C. Seguimiento de la LIE-AG postratamiento. Rev Ginecol. 2006;44(2).
21. De Palo G, Vecchione A. Neoplasia intraepitelial del cuello uterino. En: De Palo G, editor. Colposcopia y patología del tracto genital inferior. Buenos Aires: Edit Méd Panamericana; 1992. p. 244.
22. Martínez MY, Sarduy M. Manejo de las adolescentes con neoplasia intraepitelial cervical. Rev Cubana Invest Biomed. 2006;25(1).
23. Castañeda Íñiguez MS, Toledo Cisneros R, Aguilera Delgadillo M. Factores de riesgo para cáncer cérvico uterino en mujeres de Zacateca. Salud Pública Mex. 2008;40:330-8.

24. Tapia RC, Sandoval RJ, García MGA, Durán DA, Morales MO. Cáncer cérvico uterino: Factores de riesgo y alteraciones asociadas en mujeres del estado de Guerrero. *Rev Inst Nal Cancerol Mex.* 2008;44(1):19-27.
25. Weillings K, Collumbien M, Slaymaker E, Singh S, Hodges Z, Patel D, et al. Sexual behaviour in context: a global perspective. *Lancet.* 2006;368(9548):1706-28.
26. Aquino D, Aquino BD, Lugones M, Camacho E. Las relaciones sexuales y su correspondencia con el cáncer cérvico uterino. *Rev Cubana Obstet Ginecol.* 1992;18(2):112-9.
27. Bosh FX, Loring A. The causal relation between human papillomavirus and cervical cancer. *Indian Obstetric.* 2006;3:441-8.
28. Sarduy M. Correlación citohistológica en las neoplasias intraepiteliales cervicales y en la identificación del VPH en esas lesiones. *Rev Cubana Obstet Ginecol.* 2009;35(1).
29. Muñoz N, Bosch FX, De Sanjosé S, Shah KV. The role of HPV in the etiology of cervical cancer. *Mutat Res.* 1994;305:293-301.
30. Sellors IW. Infección del Papiloma Virus Humano (PVH) en mujeres en Ontario, Canadá. *CMAJ.* 2000;163(5):503-8.
31. Albújar Baca P, Zavaleta Moreno A. Correlación citohistológica de lesiones escamosas intraepiteliales cervicales. *Acta Cancerol.* 2006;34(1):64-6.
32. Díaz-Amézquita EL, Martínez de Larios N, Dragustinovis Valdéz IY. Correlación citológica-colposcópica e histológica de lesiones de bajo y alto grado en cérvix. *Rev Hosp Gral Dr. M Gea González.* 2006;7(2):54-8.
33. Guzmán González P, Patricia Alonso de Ruiz P, Susana Córdova Ramírez S, González Mena LE. Revisión rápida versus revisión tradicional en el citodiagnóstico cervicovaginal. Comparación mediante correlación citohistológica. *Rev Med Hosp Gen Mex.* 2007;70(3):102-6.
34. Balestena JM, Suárez BC, Piloto MM, Batista CR. Correlación entre el diagnóstico citológico, colposcópico y biopsia dirigida con el diagnóstico histológico por conización. *Rev Cubana Obstet Ginecol.* 2004;30(3):16-30.

Recibido: 10 de marzo de 2012.

Aprobado: 25 de marzo de 2012.

Dalgis Lau Serrano. Clínica de especialidades médicas de Bayamo. Carretera central vía Santiago de Cuba. Km 4. Bayamo. Granma, Cuba. Teléfono: 487574. Correo electrónico: dalgis.grm@infomed.sld.cu