



SISTEMA BETHESDA PARA LOS INFORMES DE CITOLOGÍA CERVICO-VAGINAL

GUÍA BÁSICA PARA SU UTILIZACIÓN

El Sistema Bethesda para informes citológicos de citología cérvico-vaginal es un sistema nacido tras una reunión de representantes de organismos internacionales, científicos y profesionales en el Instituto Nacional del Cáncer de Bethesda (Maryland, EE.UU.) en 1988. Ha sufrido posteriores actualizaciones en 1991 y 2001. Su principal objetivo es permitir una segregación de los procesos con atipia celular muy discreta de aquellos con atipia celular franca, que las clasificaciones existentes hasta entonces no permitían, de forma que se adaptara mejor a las decisiones clínicas a tomar, manteniendo a la vez el reconocimiento de la continuidad del proceso patológico. Contiene fundamentalmente tres grandes apartados:

- I. Calidad de la muestra para la evaluación diagnóstica
- II. Clasificación general
- III. Interpretación/ resultado

I.- CALIDAD DE LA MUESTRA PARA LA EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA

Se incluyen tres categorías:

- Satisfactoria
- Satisfactoria pero limitada por...
- Insatisfactoria.

Criterios para la calidad de la muestra:

1. **Satisfactoria para evaluación** indica que la muestra cumple los siguientes requisitos:

- Adecuada identificación
- Adecuada información clínica
- Adecuado número de células escamosas bien conservadas *
- Adecuado componente de células endocervicales o metaplásicas **.

* Las células escamosas deben ocupar más del 10 % de la superficie del portaobjetos.

** Debe observarse, como mínimo, dos placas de cinco células endocervicales o metaplásicas. En caso de marcados cambios atróficos, no es necesario observar elementos de la zona de transición para que la calidad de la muestra sea "satisfactoria".

2. **Satisfactoria para evaluación pero limitada** por... indica que concurren cualquiera de las siguientes circunstancias:

- Ausencia de pertinente información clínica (edad, fecha de la última regla...)
- Frotis hemorrágico, inflamaciones, superposiciones celulares, mala fijación, contaminantes, etc., que impidan la correcta interpretación de aproximadamente el 50-75% de las células epiteliales.
- Ausencia de células endocervicales o de células metaplásicas.

Para que una muestra sea totalmente "satisfactoria" debe contener tanto células escamosas como células endocervicales o células escamosas metaplásicas. Estos últimos elementos representan la base microscópica para suponer que la zona de transformación ha sido tomada en la muestra.

Sin embargo, la presencia tanto de células escamosas como de células endocervicales no garantiza una muestra adecuada de la zona de transformación. Contrariamente, una muestra óptima de una mujer postmenopáusica puede carecer de células endocervicales debido a la limitación anatómica y no debido a una pobre técnica.

3. Insatisfactoria para evaluación* en cualquiera de las siguientes circunstancias:

- Ausencia de identificación del paciente y/o la muestra.
- Frotis técnicamente inaceptable (portaobjetos roto e imposible de repararlo o material celular inadecuadamente preservado)
- Escaso componente de células escamosas (menos del 10% del portaobjetos contiene células escamosas)

* Cuando se observan células anormales en un frotis, éste nunca puede ser categorizado como "insatisfactorio" y tales casos deben ser considerados como "satisfactorios pero limitados por...".

II.- CLASIFICACION GENERAL

Incluye dos posibilidades:

- o **Negativa para lesión intraepitelial o malignidad (NILM).**
- o **Citología con anomalías de las células epiteliales.**

A fin de poner énfasis en la naturaleza "negativa" de la interpretación de los cambios reactivos, el Bethesda 2001 fusiona las categorías "cambios celulares benignos" y "dentro de los límites de la normalidad" en una nueva denominada "Negativa para lesión intraepitelial o malignidad".

III.- INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS Y ACTITUD POSTERIOR.

Incluye tres apartados:

- o Cambios celulares benignos: mantenemos este apartado para facilitar la lectura de resultados.
- o Anomalías celulares epiteliales
- o Otras neoplasias malignas

1. Cambios celulares benignos

El principal interés de la citología cérvico-vaginal ha sido tradicionalmente la detección de las lesiones precursoras del cáncer cervical. Sin embargo, diversos procesos benignos pueden ser también reconocidos morfológicamente, y el diagnóstico de estas entidades puede contribuir al mejor cuidado del paciente. Este apartado de cambios celulares benignos se subdivide en dos apartados: microorganismos y cambios reactivos.

o Microorganismos:

La categoría "infecciones" ha sido reemplazada por "microorganismos" debido a que la presencia de algunos microorganismos refleja más una colonización que una infección clínica. En este epígrafe se incluyen aquellos cuya presencia puede ser identificada citológicamente con alta especificidad. Sin embargo, debido a las limitaciones de la microscopía óptica para la identificación de tales patógenos, en el protocolo citológico se utiliza el término de "compatible con...".

El diagnóstico de "cocobacilos compatibles con cambios en flora vaginal" incluye la infección por Gardnerella.

El diagnóstico de infección por Chlamydia no se incluye en el protocolo, ya que se ha comprobado la baja especificidad de los criterios citológicos para la detección de dicha infección.

La infección por el virus del papiloma no viene incluido en este apartado, ya que se asocia a alteraciones en las células escamosas incluidas en el apartado de "anomalías celulares epiteliales".

- o Cambios reactivos.

En este apartado se incluyen los cambios celulares benignos de naturaleza reactiva en respuesta a los factores tales como inflamación, radiación o DIU. Se incluyen los cambios reparativos o reparación típica que se puede observar en los epitelios escamoso o glandular, normalmente en presencia de inflamación. Sin embargo, si se observa una atipia importante, también llamada "reparación atípica", debe ser incluida en el epígrafe de "anomalías celulares epiteliales" bajo el apartado de "células atípicas escamosas o glandulares "

Actitud: Según protocolo. No se incluyen en este protocolo los términos de "cervicitis folicular" y "efectos de la quimioterapia". El primero porque es un concepto poco familiar para la mayoría de los clínicos y su implicación clínica es poco clara, a pesar de ser una entidad bien definida desde el punto de vista citológico e histopatológico. El segundo, debido a que los efectos de la quimioterapia producen un amplio espectro de alteraciones morfológicas y variables según el agente, y por lo tanto difíciles de tipificar citológicamente. A pesar de ello, si el patólogo observa cambios debidos a la quimioterapia en un contexto clínico apropiado, puede sugerir tal diagnóstico.

2. Anomalías celulares epiteliales

Se pueden observar en células escamosas o glandulares

2.1. Anomalías en células epiteliales escamosas.

2.1.1. Células atípicas escamosas (ASC)

El término ASC representa cambios citológicos sugestivos de lesión escamosa intraepitelial (SIL), que son cuantitativa y cualitativamente insuficientes para elaborar una interpretación definitiva. La categoría ASC fue creada para calificar una muestra en su totalidad y no células por separado.

2.1.1.1. Células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASC-US)

Este diagnóstico está limitado a aquellos casos en que los cambios celulares observados sobrepasan los criterios utilizados para considerarlos como benignos, procesos reactivos, pero que no cumplen tampoco los criterios estrictos para diagnosticar una lesión escamosa intraepitelial (SIL).

2.1.1.2. Células escamosas atípicas, no es posible descartar H-SIL (ASC-H)

Este término sustituye al previo " ASCUS, posible SIL "; en él se recogen aquellos casos en los que las alteraciones celulares son bastante acusadas pero, bien por las características de la extensión (hemorragia, inflamación...) o bien por la escasez de estas células no pueden considerarse totalmente conclusivos.

Actitud: Puesto que este diagnóstico no permite descartar lesión intraepitelial, analizando la evolución natural de estas anomalías (con diferencias entre series, aproximadamente el 60-70% de las mujeres con ASCUS o LSIL regresan a la normalidad en meses-años; 8-12% progresan a HSIL; en aprox 28% la lesión se mantiene) y dada la fuerte asociación del carcinoma epidermoide con la infección por HPV, de forma que las pacientes con infección por dicho virus tienen mayor probabilidad de progresión a HSIL, se seguirá protocolo

2.1.2. Lesiones intraepiteliales escamosas de bajo grado (LSIL)

Este diagnóstico incluye los cambios celulares asociados al virus del papiloma (HPV), la displasia leve y la neoplasia cervical intraepitelial grado 1 (CIN 1).

La inclusión de los cambios celulares asociados al HPV, previamente denominados coilocitosis, atipia coilocítica o atipia condilomatosa, en la categoría de LSIL implica que el diagnóstico se base en criterios estrictos, para evitar un sobrediagnóstico y un innecesario tratamiento de mujeres que presenten cambios morfológicos no específicos. Por lo tanto, aquellos cambios morfológicos "sugestivos de coilocitosis", pero que no cumplan los criterios estrictos, deben ser incluidos en el apartado de "células escamosas atípicas de significado indeterminado".

Actitud: Se procederá de forma similar a los casos en los que se informe como ASCUS, con la finalidad de diferenciar aquellas mujeres en las que se detecta presencia de HPV, de las mujeres sin presencia de HPV.

2.1.3 Lesiones intraepiteliales escamosas de alto grado (HSIL)

Este diagnóstico incluye la displasia moderada y severa, la neoplasia cervical intraepitelial grado 2 y 3 (CIN 2 y 3) y el carcinoma in situ.

Actitud: Interconsulta al Servicio de Ginecología.

2.1.4. Carcinoma epidermoide

La utilización de este término indica la existencia de un tumor probablemente invasor, sin diferenciar los tipos microinvasor o francamente invasor de previas clasificaciones citológicas.

Actitud: Interconsulta al Servicio de Ginecología.

2.2. Anomalías en células epiteliales glandulares

Se incluyen en este apartado distintas posibilidades

2.2.1 Células glandulares atípicas (AGC)

El término " células glandulares atípicas de significado indeterminado" (AGUS) ha sido eliminado para evitar confusiones con la terminología empleada para las células escamosas (ASC-US). Los hallazgos glandulares atípicos deberían ser clasificados según la estirpe celular de origen (endocervical o endometrial) siempre que sea posible.

La presencia de células endometriales exfoliadas o células estromales, aunque sean de apariencia normal, en una mujer postmenopáusicas deben ser valoradas. Tales células endometriales pueden estar asociadas con una muestra que arrastre células del segmento uterino inferior, pólipos endometriales, terapia hormonal, hiperplasia endometrial o carcinoma endometrial.

Se hacía referencia a la presencia de células endometriales "fuera de la fase menstrual en mujeres con menstruación", pero este concepto no se utiliza en el presente protocolo por dos razones:

- Baja incidencia de patología en estas pacientes.
- Incremento del número de muestras con células endometriales "fuera de fase" debido a la utilización de cepillos endocervicales que arrastran muestras del segmento uterino inferior.

Actitud: - Si se trata de una mujer con tratamiento hormonal, el resultado será valorado por el profesional que ha indicado al hormonoterapia como parte del seguimiento de la misma.

2.2.2. Células atípicas sugestivas de neoplasia:

La morfología celular, sea cuantitativa o cualitativa, no basta para la interpretación de adenocarcinoma in situ o invasor.

Este diagnóstico se utilizará cuando se observen alteraciones en células glandulares que sobrepasen los criterios utilizados para los cambios morfológicos reactivos pero que son insuficientes para tipificar dichas alteraciones como de carcinoma. Por lo tanto, las lesiones incluidas en esta categoría incluyen un espectro morfológico que varía desde procesos reactivos hasta adenocarcinoma in situ. El diagnóstico debe indicar, si es posible, el origen endocervical o endometrial de estas células alteradas.

Actitud: Interconsulta al Servicio de Ginecología.

2.2.3. Adenocarcinoma endocervical in situ (AIS): Lesión glandular de alto grado en ausencia de invasión.

Actitud: Interconsulta al Servicio de Ginecología

2.2.4. Adenocarcinoma

El diagnóstico de adenocarcinoma indica un tumor probablemente infiltrante. Cuando sea posible se debe indicar el origen del tumor: endocervical, endometrial o extrauterino.

Actitud: Interconsulta preferente al Servicio de Ginecología.

3. Otras neoplasias malignas

Este diagnóstico incluye raros tumores tales como carcinomas indiferenciados de células pequeñas, melanoma, linfoma y sarcoma.

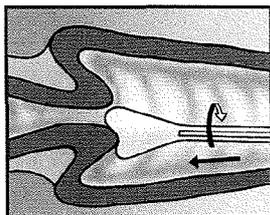
Actitud: Interconsulta al Servicio de Ginecología.

Tabla resumen del diagnóstico descriptivo con el Sistema Bethesda, incluyendo comparación con las principales clasificaciones de las anomalías epiteliales que han existido hasta la fecha.

CAMBIOS CELULARES BENIGNOS		
Cambios reactivos: por inflamación, DIU, radiación. Reparación típica		
Microorganismos		
ANOMALÍAS CELULARES EPITELIALES		
En células epitelio escamoso		
<i>DISPLASIA/CARCINOMA IN SITU (AÑOS 1949-1969)</i>	<i>NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL (C.I.N.) (AÑOS 1969-1989)</i>	<i>CLASIFICACIÓN DE BETHESDA (Desde 1989)</i>
Reparación atípica		Células escamosas atípicas (ASC): - de significado indeterminado (ASC-US) - no puede excluirse H-SIL (ASC-H)
¿Cambios por HPV?	Cambios por HPV	Lesión intraepitelial Escamosa bajo grado (L.S.I.L.)
Displasia leve	C.I.N. 1	
Displasia moderada	C.I.N. 2	Lesión intraepitelial Escamosa alto grado (H.S.I.L.)
Displasia severa	C.I.N. 3	
Carcinoma epidermoide	Carcinoma epidermoide	Carcinoma epidermoide
En células epitelio glandular		
Células glandulares atípicas (AGC):		
-Endocervicales, NOS -Endometriales, NOS -Glandulares, NOS		
Células atípicas sugestivas de neoplasia:		
-Endocervicales -Endometriales		
Adenocarcinoma endocervical in situ (AIS)		
Adenocarcinoma		
OTRAS NEOPLASIAS MALIGNAS		
EVALUACIÓN HORMONAL		

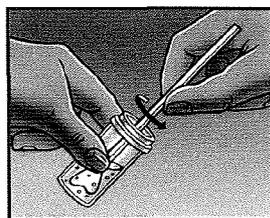
Guía Rápida de Referencia del Sistema ThinPrep® Pap Test

Protocolo para la utilización del cepillo y espátula endocervicales



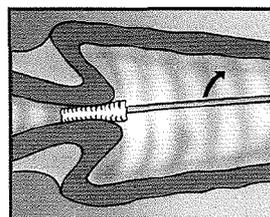
Obtener...

...una muestra adecuada del exocervix utilizando una espátula de plástico. Rotar la espátula como mínimo 360°, manteniendo un contacto firme con la superficie epitelial.



Lavar...

...la espátula dentro del vial que contiene la solución PreservCyt®, agitándola vigorosamente unas 10 veces. Posteriormente desechar la espátula.



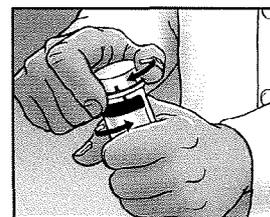
Obtener...

...una muestra adecuada del endocervix utilizando un cepillo endocervical. Introducir el cepillo en el cuello de la matriz. Rotar lentamente el cepillo de 1/4 a 1/2 vuelta en una dirección. NO GIRAR EXCESIVAMENTE



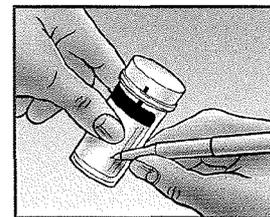
Lavar...

...el cepillo dentro del vial que contiene la solución PreservCyt®, haciéndolo girar 10 veces al tiempo que se presiona contra la pared del vial. Agitar vigorosamente el cepillo para liberar el resto del material. Posteriormente desechar el cepillo.



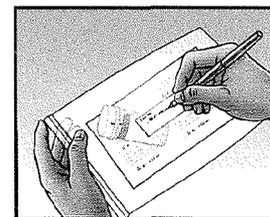
Cerrar...

...el vial de modo que la marca que hay en la tapa coincida con la marca del vial. No forzar por encima de la marca.



Registrar...

...el nombre y número de identificación de la paciente en el vial.
...la información y los datos médicos de la paciente en la hoja de petición del estudio citológico.



Colocar...

...el vial y la hoja de petición en una bolsa o sobre para su envío al laboratorio.