

HOSPITAL GENERAL DOCENTE “LEOPOLDITO MARTÍNEZ”.SAN JOSÉ DE LAS LAJAS

NOMENCLATURA Y DIAGNÓSTICO DE LAS LESIONES INTRAEPITELIALES CERVICALES

Dr. José Cordero Martínez

Especialista de I grado en Ginecología y Obstetricia Asistente

RESUMEN

Se realiza una revisión sobre la evolución de la nomenclatura de las lesiones cervicales, así como los elementos en los que se basa el citopatólogo para brindar su información sobre el tema,

INTRODUCCIÓN

La historia de la patología cervical podemos dividirla en 2 grandes períodos, el primero que termina en la década de los años 70 y el segundo, que comienza a principios de la década de los 80.

En el primer período, el diagnóstico de la patología cervical se basaba en tres pilares fundamentales: La citología como método de rastreo, la colposcopia como instrumento que dirige la biopsia y la Anatomía Patológica como diagnóstico definitivo.

La gran difusión de esta metodología de detección y el aumento de los centros dedicados al diagnóstico de la patología preneoplásica del cuello uterino, trajo como consecuencia una disminución del carcinoma invasor. El fervor del diagnóstico precoz, fundamentalmente en los países occidentales, logró disminuir los índices de mortalidad por carcinoma invasor a un tercio de lo que eran hace 50 años¹. Pese a esta disminución, existen países donde el cáncer de cuello uterino representa actualmente más de la mitad de todos los carcinomas de la mujer²⁻⁴.

El segundo período, comienza a principios de los años 80 con la aparición en escena de los virus del Herpes Simple y del Papiloma Humano (HPV) como oncógenos de relevancia. Observamos que a la metodología exploratoria clásica se le agregan los estudios de inmunomarcación y tipificación viral⁵.

Para cualquiera de los periodos señalados, uno de los aspectos más críticos ha sido la comunicación de los hallazgos del Citopatólogo, de la valoración de la citología, y su interpretación por el Ginecólogo, la que se debe desarrollar en términos no ambiguos y con una buena relevancia clínica. Esto, originó que a través del tiempo se hayan utilizado una gran gama terminológica, en ocasiones confusas, que da nombres diferentes a una misma lesión o lo que es peor, pero más raro, denominar con igual nombre a lesiones diferentes.

Por ello, considerando este aspecto de la comunicación, revisaremos de forma general la evolución de la nomenclatura de las lesiones cervicales, así como los elementos en los que se basa el Citopatólogo para brindar su información.

DESARROLLO

Cuando revisamos la literatura internacional, comprobamos con son utilizadas varias clasificaciones de las lesiones cervicales (LC) y en ocasiones más de una en un mismo estudio. Más llamativo resulta, que nuestro Programa de Detección Precoz del Cáncer de Cuello (PDPCCU) ⁶ utiliza una determinada clasificación, y en los estudios nacionales se denominan las LC de diferentes formas, situación que crea confusiones sobre todo en los más jóvenes.

Haciendo un recuento histórico vemos como fue Cullen, en 1900 ⁷, el primero en describir las células neoplásicas limitadas al epitelio del cérvix, y dos décadas después, en Nueva York, Rubin introdujo la denominación de Cáncer Incipiente, para nominar la transformación neoplásica confinada al epitelio ⁸⁻⁹. Dos años después, Schottlander y Kermauner, en Berlín, utilizan el término Carcinoma Temprano para designar los cambios que se apreciaban en el epitelio adyacente al Carcinoma Invasor Temprano ⁹. Transcurren 20 años, hasta que Broders introduce el término Carcinoma In Situ (CIS), considerándose el estadio más precoz al cáncer invasor de células del cuello uterino. Definido más tarde como “un epitelio que tiene características histológicas y citológicas propias del carcinoma, pero está limitado al epitelio ecto y/o endocervical” ⁷. Se utilizaron otros nombres, pero perduró el señalado por Broders, a pesar de que él no hizo referencia a la localización cervical ⁹

Fue Papanicolau ⁹⁻¹⁰, en 1928, quien establece la PRIMERA propuesta de nomenclatura de las LC, la cual fue utilizada por muchos años. Describe cinco grados en el diagnóstico citológico :

CLASE I: Extendidos normales o ausencia de células atípicas o anormales.

CLASE II: Extendidos con células con alteraciones inflamatorias.

CLASE III: Comprende los extendidos con células atípicas sugestivas, pero no conclusivas de malignidad.

CLASE IV: Citologías fuertemente sugestivas de malignidad.

CLASE V: Citologías conclusivas de malignidad.

Cuando se realizaban grandes pesquisajes se utilizaba:

CLASE I y II: Extendido Negativo.

CLASE III: Extendido Sospechoso.

CLASE IV y V: Extendido Positivo.

Algunos años después, según algunos ⁸⁻⁹, Reagan acuñó el término de Displasia. Según Lacruz Pelea ¹¹, fue el mismo Papanicolau, que gracias al desarrollo de la Citología y al uso de las biopsias, introduce los términos de Displasia y Discariosis al observarse cambios menos severos y que se definen como: "Todo epitelio escamoso situado sobre la superficie o en las glándulas, que muestra alteraciones en la diferenciación sin alcanzar el grado de perturbación que caracteriza al carcinoma in Situ" ⁸. No obstante, no es hasta el Primer Congreso de Citología, celebrado en 1961, que se toma el acuerdo para el uso de la terminología de las tres LC mayores: Carcinoma Invasor, CIS y Displasias. Éstas últimas divididas en tres grados: Leve, Moderadas y Severas ^{8,12,13}. Esta clasificación fue asumida por la Organización Mundial de la Salud.

Al correlacionar las dos clasificaciones, quedaría de la forma siguiente:

Sistema Papanicolau	O.M.S	
CLASE I	NORMAL	
CLASE II	NORMAL	
CLASE III	DISPLASIA	LEVE MODERADA SEVERA
CLASE IV	CIS	
CLASE V	CÁNCER INVASOR	

Esta Clasificación era utilizada para material citológico e histológico, pero presentó dos problemas ⁹⁻¹⁴:

1. Desacuerdo a cuando una lesión debía ser considerada Displasia Grave o CIS.
2. Muchos asumían que las Displasias y el CIS eran lesiones distintas e independientes, con potencial diferente de malignidad, por lo que las Displasias no requerían tratamiento.

Koss en 1963, hace el planteamiento que la displasia grave y el CIS debían superponerse ⁸.

Clasificar separadamente la displasia y el CIS fue progresivamente considerándose arbitrario,

sobre la base de los resultados de algunos estudios de seguimiento de las mujeres con esas lesiones. Se observó que algunos casos de displasia retrocedían, algunos persistían y otros progresaban a CIS. Se observó una correlación directa entre progresión y grado histológico. Estas observaciones condujeron al concepto de un solo proceso mórbido continuo en el que el epitelio normal evoluciona a lesiones epiteliales precursoras y a cáncer invasor. Sobre la base de dichas observaciones, en 1968 se introdujo el término de Neoplasia Intraepitelial Cervical. ⁹

Richart en 1966 lanza su clasificación de Neoplasia Intraepitelial Cervical (NIC) ¹¹⁻¹⁴, donde se le reconocen tres grados, incluyendo en el tres la Displasia Severa y el CIS de la clasificación anterior ¹⁵. Tenía una ventaja sobre las anteriores, al defender el criterio que las Displasias y el CIS constituyen dos estadios de una misma enfermedad, denominada NIC, y que su diferencia fundamental es cuantitativa y no cualitativa ¹¹⁻¹⁴.

Estableciendo una comparación de lo que hemos visto hasta ahora, tendríamos lo siguiente:

Sistema

Papanicolau	O.M.S.		Richart
CLASE I	NORMAL		-
CLASE II	NORMAL		-
CLASE III	DISPLASIA	LEVE MODERADA SEVERA	NIC I NIC II NIC III o CIS
CLASE IV	CIS		-
CLASE V	CÁNCER INVASOR		-

Esta última clasificación ha sido utilizada por más de 30 años y se ha considerado bastante adecuada. Es la utilizada por el PDPCCU ⁶

Hacia finales de los años 70, Meissels y Elbe, observaron que la mayoría de las infecciones ginecológicas por HPV son subclínicas y que se reconocen por citologías anormales con la presencia de coilocitosis, disqueratocitos, anofilia, hiper Cromasia y binudeación; y que su distinción con los procesos displásicos se superponían ⁸. En esos años fueron reconociéndose cada vez más alteraciones anatomopatológicas, como la atipia coilocítica o condilomatosa asociada con la infección por HPV. Basados en estos hechos, varias publicaciones comenzaron a plantear baja seguridad diagnóstica. ¹⁰

En 1988, el Instituto Nacional del Cáncer de los EE.UU. convocó un seminario para proponer un nuevo esquema de presentación de los resultados de la citología cervical. Las recomendaciones hechas entonces y su revisión en un segundo seminario celebrado en 1991 fueron denominadas Sistema Bethesda (TBS). La característica principal del TBS fue la creación del término "LESIÓN

INTRAEPITELIAL ESCAMOSA” (LIE), con dos grados : lesiones de bajo grado (L-LIE) y lesiones de alto grado (H-LIE). La clasificación TBS combina los cambios condilomatosos planos (HPV) y la NIC de bajo grado (NIC 1) en la L-LIE , mientras la H-LIE abarca los NIC más avanzados, NIC 2 y NIC 3. Se empleó el término LESIÓN para recalcar que los cambios morfológicos en los cuales se basa un diagnóstico no necesariamente significan proceso neoplásico. El TBS fue diseñado para la notificación citológica, pero sirve también para comunicar resultados histopatológicos. Se utiliza sobre todo en América del Norte ¹⁰⁻¹⁶ . Podemos apreciar que esta clasificación no posee las CINCO CLASES de Papanicolau, ni las tres de Richart. Al correlacionarlas todas, quedaría de la siguiente forma :

Papanicolau	O.M.S.	Richart	Bethesda
CLASE I	NORMAL	-	-
CLASE II	NORMAL	-	-
CLASE III	DISPLASIA LEVE MODERADA SEVERA	NIC I NIC II NIC III o CIS	L-SIL(*) H-SLI H-SLI
CLASE IV	CIS	-	
CLASE V	CÁNCER INVASOR	-	

(*): Se agrega el HPV

Esta última clasificación ha sido modificada en dos ocasiones, la última en el año 2001, aportando diferentes apartados en lo que respecta a identificación y localización de las LC 10,16-18 , quedando de la siguiente forma :

1. Negativo para lesiones intraepiteliales.
2. En células escamosas:

- Células escamosas atípicas (ASC)
- Significado indeterminado (ASCUS)
- No puede excluirse el H-SIL (ASC-H)
- Lesión escamosa intraepitelial de bajo grado (L-SIL)
- Displasia Leve/NIC I
- HPV
- Lesión escamosa intraepitelial de alto grado (H-SIL)

- Displasia Moderada, Severa y CIS/ NIC II, NIC III – CIS
- Características sugestivas de invasión
- Carcinoma Epidermoide

3.- En células glandulares

- Células glandulares atípicas (AGC)
- Endocervicales
- Endometriales
- Glandulares
- Células atípicas, sugestivas de neoplasia
- Endocervicales
- Glandulares
- Adenocarcinoma endocervical in situ (AIS)
- Adenocarcinoma
- Endocervical
- Endometrial
- Extrauterino
- No específico

4.- Otras neoplasias malignas

En cuanto al Sistema TBS para el reporte diagnóstico citológico se reconoce que ⁽⁸⁾:

1. Proporciona una efectiva comunicación entre el citólogo y el médico.
2. Facilita la correlación Citológica- Histopatológica.

3. Facilita la investigación epidemiológica, biológica y patológica de la enfermedad cervical.
4. Proporciona datos para análisis estadísticos y comparaciones nacionales e internacionales¹⁴ .

Hemos visto la evolución de la Nomenclatura de las LC, y aunque somos partidarios de la Clasificación de Bethesda, por considerarla más completa, describiremos en el acápite correspondiente a diagnóstico la utilizada por nuestro PDPCCU.

No sería ilógico pensar, con los avances de la Medicina, que en algunos años estas clasificaciones serían MIXTAS o MORFOLÓGICAS-MOLECULARES, donde se especifique al lado del grado de la lesión, el tipo de HPV que puede estar implicado, la carga viral y de una forma ideal, ¿Por qué no?, el RNA mensajero de los genes E6 y E7 y/o de las oncoproteínas virales inhibitoras de los genes celulares P53 y Rb, y con ello objetivar con más precisión el riesgo potencial de una LC, con independencia a otros factores considerados en la actualidad de riesgo de Cáncer de Cuello.

EPITELIO DEL CUELLO UTERINO

El epitelio que reviste la vagina y porción vaginal del cuello uterino de la mujer, es un epitelio pavimentoso estratificado, llamado también epitelio escamoso. Mide aproximadamente 0,2 mm de espesor y está formado por estratos histológicamente bien diferenciados ¹⁹⁻²⁴ .

- Estrato basal o germinativo.

Está formado por una sola capa de células de tipo cilíndrico dispuestas en empalizada sobre la membrana basal. Las células germinativas son redondas u ovaladas, con núcleo grande, ovalado y central, que ocupa gran parte de la célula. El proceso de regeneración del epitelio se efectúa a partir de esta capa celular, el resto de los estratos representan etapas del proceso de maduración y diferenciación celular para, finalmente, descamarse en la superficie.

- Estrato parabasal o espinoso profundo.

Está compuesto de varias capas de células redondeadas o poliédricas, de núcleo central, citoplasma grueso, con puentes intercelulares.

Estrato intermedio o espinoso superficial.

También presenta puentes intercelulares y está formado por numerosas capas de células aplanadas, con citoplasma rico en glucógeno, núcleos relativamente pequeños, centrales y vesiculosos.

- Estrato superficial.

Consta de varias capas de células aplanadas grandes, de forma poligonal, de citoplasma delgado y claro, sin puentes intercelulares y con núcleo picnótico central.

Este epitelio escamoso tiene la capacidad de exfoliar diversos tipos celulares según el grado de maduración alcanzado. Habitualmente las células que se exfolian provienen de los estratos superiores, a menos que existan úlceras o que la muestra se tome con excesiva energía.

Los tipos celulares del epitelio escamoso que se reconocen en el extendido citológico son los siguientes 19,24 :

- CÉLULAS PROVENIENTES DEL APARATO GENITAL
- Desprendidas del Epitelio vaginal
- Basales
- Parabasales o Cianófilas Profundas
- Intermedias o Cianófilas intermedias
- Superficiales: Basófilas o Eosinófilas
- Desprendidas del Epitelio Endocervical
- Células endocervicales
- Células Endometriales desprendidas de la cavidad uterina
- Células desprendidas del Epitelio Tubárico
- Células desprendidas del Ovario
- OTRAS CÉLULAS OBSERVADAS EN DETERMINADOS CASOS
- Células Trofoblásticas o Placentarias
- Células o Escamas fetales: Queratinizadas anucleares
- Células naviculares

Estas solo aparecen durante el embarazo y después del parto.

- CÉLULAS NO PROVENIENTES DEL APARATO GENITAL
- Hematíes

- Leucocitos
- Histiocitos
- OTROS ELEMENTOS COMPONENTES DEL EXTENDIDO
- Espermatozoides
- Mucus
- Fibrina
- ELEMENTOS ANORMALES QUE PUEDEN APARECER
- Tricomonas
- Monilias
- Gérmenes saprófitos o patógenos

TINCIÓN DE LA CITOLOGÍA

El Frotis Citológico se tiñe generalmente con el método de Papanicolaou. Este método emplea hematoxilina para teñir el núcleo de color azul oscuro o violeta oscuro y un conjunto de sustancias que colorea el citoplasma en forma diferente según la maduración celular. El citoplasma de las células inmaduras y en general de las metabólicamente activas, se tiñe de color azul pálido o azul verdoso porque capta el Light Green, que es un colorante básico, estas células se denominan basófilas o cianófilas. Las células con citoplasma acidófilo toman el color rosado de la eosina y se denominan eosinófilas. También es eosinófilo el nucleolo. Las células que contienen gránulos de queratina tienen avidez por el colorante Orange G, que tiñe el citoplasma de color anaranjado o amarillo ¹⁹.

DIAGNÓSTICO

En la práctica ginecológica habitual, la muestra citológica se obtiene por dos tomas : Una de la unión escamocolumnar y otra del endocervix. Pudieran ser tomadas muestras adicionales ²⁵ . Con este procedimiento se obtienen fundamentalmente células exfoliadas del epitelio pavimentoso cervico-vaginal y del epitelio cilíndrico endocervical, en ocasiones también se encuentran otros tipos de células como ya fue señalado.

Puede sospecharse NIC por examen citológico con la técnica de Papanicolaou o mediante examen colposcópico. El diagnóstico final de NIC se establece por examen histopatológico de una biopsia cervical.

CITOLÓGICO

La NIC puede detectarse por examen microscópico de las células cervicales en un frotis teñido por la técnica de Papanicolaou. En estas preparaciones citológicas, se evalúan los cambios de cada célula para el diagnóstico y la clasificación de NIC. La hipertrofia nuclear y los cambios de tamaño y forma son características constantes de todas las células displásicas. La mayor intensidad tintorial (hipercromasia) es otra característica destacada. Las células displásicas siempre presentan distribución irregular de la cromatina, como en grumos. Los núcleos anormales en las células superficiales o intermedias indican una NIC de bajo grado (las figuras mitóticas y los nucléolos visibles son poco comunes en estos frotis), mientras que la anomalía de los núcleos de células parabasales y basales indica NIC de alto grado. El tamaño del núcleo con respecto al citoplasma (relación núcleo/ citoplasma) es una de las bases más importantes para evaluar el grado de NIC. Las mayores relaciones se asocian con grados más avanzados de NIC. En general, en un frotis cervical se observan células con diversos grados de alteración, lo que conlleva bastantes dificultades y una buena dosis de subjetividad al presentar los resultados. La experiencia del citólogo es sumamente importante en el informe final. ^{9,19,24}

COLPOSCÓPICO

La colposcopia es un procedimiento médico consistente en la observación microscópica del epitelio cuello uterino, paredes vaginales así como entrada a la vagina, que permite identificar lesiones precancerosas con gran precisión. Este procedimiento permite realizar con mayor exactitud y seguridad el Papanicolau o toma de biopsias ante la presencia de lesiones sospechosas en el cuello uterino basados en diferentes imágenes, según la Clasificación establecida en el IX Congreso de Patología de Cuello y Colposcopia en 1996 ⁶y dentro de los hallazgos anormales encontramos:

- Zona de Reepitelización Atípica
 - Zona de Transformación Atípica
- a) Epitelio Blanco: Plano y Micropapilar
 - b) Leucoplasia (queratosis): Tenue, Simple e Hipertrófica
 - c) Punteado de Base: Fino y Grueso
 - d) Vasos Atípicos
- 3) Sospecha de Carcinoma Invasivo

Según los grados de NIC, se señala que pueden aparecer Cuadros Colposcópico, constituidos por las siguientes imágenes:

NIC I (Displasia Leve): Se incluyen los procesos inflamatorios y están constituidos por las siguientes imágenes: Zona de Reepitelización Típica, el Epitelio Aceto-Blanco, la Colpitis en Puntos Rojos o Blancos, la Leucoplasia Tenue y los vasos Atípicos Tipo II – III.

NIC II (Displasia Moderada): Las imágenes Colposcópicas son: La Leucoplasia tenue o Simple, el Punteado de Base y los Vasos Atípicos Tipo III.

NIC III (Displasia Severa o Carcinoma in Situ): Las imágenes observadas son: Leucoplasia Simple, Punteado de Base, Mosaico Simple o Plano y Vasos Atípicos Tipo IV.

Carcinoma Microinvasivo: Se observa Leucoplasia Hipertrófica, Punteado de Base y Vasos Atípicos Tipo IV.

Carcinoma Invasivo: Se aprecia Leucoplasia Hipertrófica, Punteado de Base, Vasos Atípicos Tipo IV – V y proliferación francamente carcinomatosa. ^{9,24,26-28}

HISTOLÓGICO

Para valorar si una muestra de tejido cervical presenta NIC y su grado de alteración, debe realizarse un estudio en función de las características histológicas de diferenciación, maduración y estratificación de las células y de las anomalías de los núcleos. Para su clasificación se observa la proporción del espesor epitelial que presenta células maduras y diferenciadas:

NIC I: Conlleva la afectación de menos de un tercio del grosor del epitelio.

NIC II: Es la afectación de uno a dos tercios del epitelio.

NIC III – CIS: Afecta desde las dos terceras partes al grosor total del epitelio

O sea que los grados más avanzados de NIC suelen tener una mayor proporción del espesor epitelial con células indiferenciadas y solo una delgada capa superficial de células maduras, diferenciadas.

Para realizar el diagnóstico se evalúan anomalías nucleares como la dilatación, la mayor relación núcleo/citoplasma, la hiper cromasia, el polimorfismo y la variación del tamaño nuclear. En un gran número de casos, existe una fuerte correlación entre la proporción del epitelio que presenta maduración y el grado de anomalía nuclear. Las Mitosis son poco frecuentes en el epitelio normal y, cuando existen, se ven solo en la capa parabasal. A medida que se incrementa la gravedad de la NIC, se eleva el número de figuras mitóticas, que pueden verse en las capas epiteliales superficiales. Cuanto menos diferenciado es un epitelio, más alto es el nivel en que pueden verse figuras mitóticas. Las configuraciones anormales de las figuras mitóticas también se tienen en cuenta al establecer el diagnóstico final.

NIC I: Existe buena maduración, con mínimas anomalías nucleares y pocas mitosis. Las células indiferenciadas se encuentran en las capas epiteliales más profundas (tercio inferior). Pueden

verse cambios citopáticos debidos a la infección por el VPH en todo el espesor del epitelio.

NIC II: Se caracteriza por cambios celulares displásicos restringidos sobre todo a la mitad o los dos tercios inferiores del epitelio, con anomalías nucleares más marcadas que en la NIC I. Pueden verse mitosis en toda la mitad inferior del epitelio.

NIC III: La diferenciación y la estratificación pueden faltar por completo o existir solo en el cuarto superficial del epitelio, con abundantes mitosis. Las anomalías nucleares aparecen en todo el espesor del epitelio. Muchas figuras mitóticas tienen formas anormales.

CAMBIOS NEOPLASICOS: La hiper cromasia y el incremento de la relación Núcleo/Citoplasma, caracterizan todas estas lesiones. Los cambios nucleares son usados para predecir el potencial de las células. En el CIS se demuestra una alta relación Núcleo/Citoplasma y un basto patrón de cromatina. ^{8,9,24,27-30}

PRONUNCIAMIENTO

Esperamos que esta revisión, pueda ayudar para una mejor interpretación de la Nomenclatura de las Lesiones Cervicales y a su vez favorezca los propósitos del PDPCCU.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kohen BA . Metodología diagnóstica en la patología del tracto genital inferior. Disponible en: <http://drmarin.galeon.com/metodourologia.htm> Acceso: 5 abril 2005
2. Rubiceno Vinueza J, Trujillo D, Gutiérrez Mejías D, Bueno Montado M: Tamizaje en cáncer ginecológico. Guías de Práctica Clínica basada en la evidencia. San José, Colombia: Proyecto ISS-ASCOFAME ; 2002.
3. Robles SC. Tendencias de mortalidad por cáncer en las Américas. Bol Oficina Sanit Panam 1996; 121 (6): 471.
4. Restrepo HE Epidemiología y control del cáncer de cuello uterino en América Latina y el Caribe. Bol Oficina Sanit Panam 1987; 102 (6): 578.
5. VPH: Los enigmas de un virus. Investigación y desarrollo. Disponible en:<http://www.invides.com.mx/index.cfm> Acceso: 15 abril 2005
6. MINSAP. Programa de detección precoz del cáncer de cuello uterino. La Habana: Ciencias Médicas; 1994.
7. Coronel-Brizio R, Coronel Pérez P. Estudio exploratorio de las lesiones premalignas en el reporte citológico del cuello uterino. Revista Médica de la Universidad Veracruzana. 2003; 3 (1).
8. Saulo Torres J R: Lesiones escamosas intraepiteliales cervicales. (L.E.I.C.) Rev Colomb Obstet Ginecol Bogotá 1998; 49 (4) .
9. Cáp.: 2 Introducción a la neoplasia intraepitelial cervical. Disponible en: <http://www.iarc.fr/> Acceso: 5 febrero 2005
10. Lacruz Pelea C: Nomenclatura de las lesiones cervicales. Rev Española de Patología 2003;36 (1).

11. Cabezas Cruz E. Conducta frente a la neoplasia intraepitelial cervical. Rev Cubana Obstet Ginecol 1999; 24(3):156-60.
12. Alliance for Cervical Cancer Prevention (ACCP). Prevención del cáncer cervicouterino. 2003.
13. Rodríguez Santos I C, Casanova Fonticiella FJ, Abu-Gharbieh IM. Algunas consideraciones sobre la lesión intraepitelial de bajo grado. Medicentro 2002; 6(3).
14. Richart R M. Cervical Intraepithelial neoplasia. Obst and Gynec Surv 1969; 24: 874.
15. González Merlo J: Oncología Ginecológica. Barcelona: Salvat; 1991.
16. National Cancer Institute Workshop: The 1988 Bethesda System for neaparten cervical/ vaginal citologic diagnosis. JAMA 1989; 262: 931.
17. Ramírez R. Colposcopía: enfoque a la evolución de las nomenclaturas histológicas. Rev Oncol 1997; 40 (3): 81.
18. Salomón D. The 2001 Bethesda System. JAMA 2002; 287: 2214.
19. Borja Velezmoro GA, Franco Villafuerte D. Factores de riesgo que pronostican el hallazgo de citologías cervicales anormales en dos poblaciones: mujeres de obreros de construcción civil VS mujeres de control en la posta médica "construcción civil" ESSALUD, de junio a septiembre del 2000. Disponible en: <http://sisbib.unmsm.edu.pe/> Acceso: 20 mayo 2005
20. Leeson TS, Leeson CR. Epitelios Estratificados. Histología. R. La Habana: Instituto del Libro;1970.
21. Fisiología Femenina. En: Botella Llusía J, Clavero Núñez JA. Tratado de Ginecología. Barcelona: Científico Médica; 1980; T 1.p. 58-59.
22. Enfermedades del aparato genital femenino. En: Botella Llusía J, Clavero Núñez JA. Tratado de Ginecología. Barcelona: Científico Médica; 1980; T 3 .p.28-29.
23. Novak E, Woodruff D. Histología del cerviz. En: Ginecología y Obstetricia. La Habana: Instituto del Libro; 1970.p. 59-67.
24. Cap. 12 Colpocitología. En: MINSAP. Manual de procedimientos de ginecología. La Habana: Ciencias Médicas; 1986.
25. Álvarez Sintés R, Presno Labrador C, Martín Valdés LI. Toma de la muestra citológica. Rev Cubana de Med Gen Integral 1995; 11 (4) Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol11_4_95/mgi11495.htm
26. Meza I. Colposcopía: su importancia actual en el diagnóstico de la neoplasia cervical intraepetelial: experiencia del autor. Rev Colomb Med1995; 26: 106-13.
27. Tumores de cuello uterino. En: Robbins SL, Cotran RS. Patología estructural y funcional. La Habana: Salvat; 1990; Pte 2 .p.1107-8.
28. Colposcopía. Disponible en: <http://geosalud.com> Acceso: 25 noviembre 2005
29. Gram RM. Diagnóstico citológico del cáncer. Barcelona: Científico- Médica; 1966
30. .Cervical intraepithelial neoplasia. En: Bychkov V, Isaacs JH. Pathology in the practice of Gynecology. St. Louis : Mosby-Year Books;1 995.p. 138- 44.
31. Subject headings:**CERVIX UTERI /injuries ; CERVIX UTERI /pathology; CERVIX UTERI / cytology**

SUMMARY

A revision about the evolution of the nomenclature of the cervical lesions thus the elements which the pathologists based on its criteria and information about the theme was done.