

ASCUS: SU REAL SIGNIFICADO E IMPLICANCIAS CLÍNICAS

En 1988 se reunió en Bethesda un comité de estudio cuyo objetivo era re-clasificar las lesiones escamosas intraepiteliales del cuello uterino (displasias), en un intento por simplificar la terminología y, al mismo tiempo, incorporar nuevos ítems, cuya adquisición y uso resultaba prioritario, a fin de que los informes de Papanicolaou fueran más explícitos para el Médico Ginecólogo y menos comprometidos para el Médico Patólogo, el que se veía cada vez más expuesto a demandas de mala praxis por diagnósticos falsos positivos y falsos negativos.

Dichas lesiones intraepiteliales quedaron, entonces, clasificadas, en las siguientes categorías:

- 1) Células escamosas atípicas de significado incierto (**Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance – ASCUS**)
- 2) Lesiones intraepiteliales escamosas de bajo grado (**Squamous Intraepithelial Lesion – SIL** de bajo grado)
- 3) Lesiones intraepiteliales escamosas de alto grado (**Squamous Intraepithelial Lesion – SIL** de alto grado)
- 4) Carcinoma de Células Escamosas.

De esta manera, los SIL de bajo grado incluyen los cambios por Virus Papiloma Humano, Displasia Leve y CIN 1 de nomenclaturas anteriores, mientras que los SIL de alto grado engloban las Displasias Moderada e Intensa y el Carcinoma In Situ, vale decir, los CIN 2 y 3.

Este re-agrupamiento de las lesiones en dos categorías, de bajo y alto grado, se fundamenta en las similitudes y superposiciones de los cuadros citológicos de las primeras y el comportamiento biológico similar de las distintas entidades de ambos grupos entre sí.

El término ASCUS se reserva para aquellos casos en los cuales las células anormales observadas en los extendidos citológicos no cumplen en forma absoluta los caracteres de célula displásica, haciendo difícil, e incluso imposible, diferenciarlas de un cambio benigno reactivo o inflamatorio.

De lo antedicho se desprende que el término ASCUS se refiere a alteraciones no clasificables por lo atípico de su aspecto, pudiendo corresponder a diferentes circunstancias, desde cambios inflamatorios hasta a un CIN, de bajo o alto grado.

Vale la aclaración, dado que en la práctica parece asociarse frecuentemente el término ASCUS a displasia leve. Este error conceptual puede llevar a tratamientos excesivos, en el caso de corresponder la alteración celular a un cambio reactivo o inflamatorio, o a dilaciones peligrosas en el control y tratamiento cuando el ASCUS corresponda a una lesión de alto grado.

Diferentes trabajos afirman que sólo un 5 a 10% de las mujeres diagnosticadas con ASCUS son portadoras de lesiones de alto grado.

¿Cómo dirimir, entonces, la cuestión para tomar las decisiones clínicas correctas?

Las recomendaciones a nivel internacional respecto al tratamiento de mujeres con ASCUS son: efectuar dos evaluaciones citológicas seguidas (no olvidando dejar pasar el lapso mínimo requerido de un mes para que el cuello pueda re-epitelizarse), junto a examen colposcópico, y, si la duda persiste, realizar estudios de tipificación viral (hibridación in situ o PCR) para determinar si se está en presencia de cepas de alto o bajo riesgo oncológico.

De esta manera, la lesión podrá ser correctamente clasificada y tratada, evitando diagnósticos falsos positivos, que tanta ansiedad generan a las pacientes y que pueden comprometer a los profesionales intervinientes.

Más allá de lo conveniente que resulta la adquisición de la categoría ASCUS en los diagnósticos citológicos, es responsabilidad del Médico Patólogo evitar que el mismo se convierta en una bolsa que incluya casos que podrían ser diagnosticados correctamente en un primer Papanicolaou. Alentamos, además, la conducta de no limitarse al diagnóstico de ASCUS, sino a comprometerse con una somera descripción de la anomalía encontrada y aun arriesgar una sugerencia para el Médico Ginecólogo respecto de las conductas a seguir.

Dres. Marcela González García
Oscar M. Brunás
Médicos Patólogos