

Diagnóstico Citopatológico de ASC-US e ASC-H no Serviço Integrado Tecnológico em Citologia do INCA

Cytopathologic Diagnosis of ASC-US and ASC-H at the INCA Technological Integrated Service in Cytology

Diagnóstico Citopatológico de ASC-US y ASC-H en Tecnología Integrada de Servicio de Citología del INCA

Fernando Fernandes¹; Yara Furtado^{1,2,3}; Fábio Russomano⁴; Kátia Silveira Silva⁴; Rachel Silveira⁵; Paulo Faria⁵; Priscilla Moreira¹

Resumo

Introdução: Células escamosas atípicas de significado indeterminado são definidas pela presença de anormalidades mais acentuadas que aquelas atribuídas às alterações reativas. **Objetivo:** Determinar a frequência de diagnósticos ASC-US e ASC-H, entre o total de citologias; a porcentagem de laudos ASC-US e ASC-H entre os laudos citológicos alterados no mesmo período; a frequência desses laudos no Serviço Integrado Tecnológico em Citologia (SITEC) / INCA; e sua distribuição por faixa etária. **Método:** Estudo de prevalência, no qual foi avaliada a frequência de laudos citopatológicos de ASC-US e ASC-H, no banco de dados do SITEC/INCA, entre janeiro de 2007 e dezembro de 2010. **Resultados:** A frequência de exames citopatológicos com diagnóstico de ASC-US foi 2,5% e de ASC-H foi de 0,2%. Entre o total de exames alterados, o contingente de diagnósticos ASC-US foi de 44,7% e de ASC-H foi de 4,4%. Na análise de frequências por faixas etárias, o maior percentual de ASC-US foi 3,3% no grupo entre 15-19 anos, o menor percentual de ASC-US foi 1,6% no grupo entre 55-59 anos. O maior percentual de ASC-H foi de 0,2% no grupo com mais de 60 anos e o menor percentual de ASC-H foi 0,1% no grupo entre 15-19 anos. **Conclusão:** A frequência por idade de cada categoria foi dentro do esperado para o tipo de laudo: ASC-US mais diagnosticado em faixas etárias mais jovens e ASC-H diagnosticado com pouca variação na frequência em mulheres de todas as faixas etária. A frequência de células escamosas atípicas no SITEC/INCA não ultrapassou 5%.

Palavras-chave: Citodiagnóstico; Colo do Útero/ lesões; Colo do Útero/citologia; Colo do Útero/patologia; Fatores Etários; Prevalência

¹ Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO). Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

² Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ciências Cirúrgicas da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

³ Instituto de Ginecologia da UFRJ. Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

⁴ Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Fundação Osvaldo Cruz (Fiocruz). Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

⁵ Serviço Integrado Tecnológico em Citologia do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (SITEC/INCA). Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
Endereço para correspondência: Hospital Universitário Gaffrêe Guinle. R. Mariz e Barros, 775 - Tijuca. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. CEP 20.270-002.
E-mail: yarafurtadorj@terra.com.br

INTRODUÇÃO

Vários sistemas de classificação citológica cervicovaginal têm sido sugeridos desde a classificação de Papanicolaou, mas o sistema de classificação mais utilizado no mundo é o Sistema Bethesda¹. Desenvolvido em dezembro de 1988 em um encontro patrocinado pelo Instituto Nacional do Câncer dos EUA², esse sistema fez algumas recomendações: lesões relacionadas com infecção por HPV e a neoplasia intraepitelial cervical grau I (NIC I) fossem incluídas numa mesma categoria, denominada lesões intraepiteliais escamosas de baixo grau (*Low-grade Squamous Intraepithelial Lesions – LSIL*), e que as neoplasias intraepiteliais cervicais de graus II e III (NIC II/III) fossem englobadas nas lesões intraepiteliais escamosas de alto grau (*High-grade Squamous Intraepithelial Lesions – HSIL*). Foi também incluída nessa nova classificação a categoria de células escamosas atípicas de significado indeterminado (*atypical squamous cells of undetermined significance – ASCUS*)³.

As células escamosas atípicas de significado indeterminado são definidas pela presença de anormalidades mais acentuadas que aquelas atribuídas às alterações reativas, mas que qualitativa ou quantitativamente são insuficientes para definir um diagnóstico de lesão intraepitelial ou invasora⁴.

Em 2001, o Sistema Bethesda foi revisado e as alterações, anteriormente classificadas como ASCUS, foram subdivididas em células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASC-US) e células escamosas atípicas não podendo excluir lesão intraepitelial de alto grau (ASC-H). Essa nova classificação foi uma tentativa de refletir melhor as alterações que, apesar de menos definidas, poderiam representar lesões precursoras do câncer do colo do útero³.

No Brasil, a partir de 2002, o Ministério da Saúde (MS), através do Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), promoveu uma série de encontros de especialistas para definir a utilização dessa nomenclatura e as condutas preconizadas para cada diagnóstico citológico. Desses encontros resultou, entre outras recomendações, considerar as atipias de significado indeterminado como alterações escamosas atípicas de significado indeterminado possivelmente não neoplásicas (equivalendo ao ASC-US) e alterações escamosas atípicas de significado indeterminado em que não se pode afastar lesão de alto grau (equivalendo ao ASC-H)⁴. As diretrizes clínicas frente a essas alterações foram revistas em 2011⁵.

O mais importante estudo sobre células escamosas atípicas (ASC) já realizado foi o ASCUS-LSIL Triage Study (ALTS)⁶. Os achados deste grande ensaio clínico randomizado resultaram em várias

publicações. O estudo ALTS demonstrou que a repetição da citologia, encaminhamento para colposcopia ou detecção de HPV oncogênico pela captura híbrida (CH) eram estratégias seguras e aceitáveis quando o diagnóstico citológico inicial era ASCUS. Todavia, como esse estudo considerou o diagnóstico ASCUS, seus resultados não podem ser aplicados sem ressalvas a quaisquer das novas categorias que se originaram desse diagnóstico (ASC-US ou ASC-H). Isso pode ser explicado pela possibilidade de que alguns quadros citológicos duvidosos, mas com atipias marcantes, antes classificados como HSIL, sejam agora classificados como ASC-H e, da mesma forma, diagnósticos inflamatórios, reacionais e de metaplasia imatura podem, agora, ser classificados como ASC-US⁶.

Entre 2002 e 2005, houve aumento de 8,6% na frequência de atipias de células escamosas entre os exames alterados no Brasil. Percentuais elevados de atipias de células escamosas sugerem problemas na amostra, na análise laboratorial ou em ambas as fases. Esse indicador é uma medida indireta da qualidade nestas etapas, sendo um dos parâmetros utilizados no controle de qualidade da rotina do laboratório citopatológico atualmente⁷. De acordo com as recomendações do Sistema Bethesda, o percentual de atipias indeterminadas não deve representar 5% do número total de casos de um laboratório, ou duas a três vezes o número de casos de lesões intraepiteliais escamosas de baixo grau diagnosticadas em um ano em determinado serviço⁸. O Serviço Integrado Tecnológico em Citologia (SITEC)/INCA tem um controle de qualidade interno muito rigoroso que inclui deste treinamento da equipe de citotécnicos à revisão das citologias por uma equipe de citopatologistas. Todo esse rigor no controle de qualidade torna o SITEC um laboratório de excelência em citopatologia no Rio de Janeiro.

O objetivo deste estudo é determinar a frequência de diagnósticos ASC-US e ASC-H entre o total de citologias, a porcentagem de laudos ASC-US e ASC-H entre os laudos citológicos alterados no mesmo período e, finalmente, a frequência desses laudos no SITEC / INCA e sua distribuição por faixa etária.

MÉTODO

Estudo de corte transversal, onde foi analisada a frequência de mulheres com laudos citopatológicos de ASC-US e ASC-H, arquivados no banco de dados do SITEC/INCA no período compreendido entre janeiro de 2007 e dezembro de 2010. O período de análise foi escolhido em função do início da utilização da nova da Nomenclatura Brasileira para Laudos Citopatológicos, análoga à classificação do Sistema Bethesda. Os dados foram gerados por meio de relatórios da Central de Processamento de Dados do serviço (CPD - SITEC/INCA).

Foi avaliada a frequência de mulheres com laudos ASC-US e ASC-H entre o total de citologias no período de estudo. Em seguida, foi analisado o percentual de mulheres com esse resultado citopatológico entre as citologias com laudos alterados. Finalmente, analisou-se a frequência desses laudos, por faixa etária, por ano e pelo período de 2007 a 2010.

As faixas etárias foram categorizadas em grupos de cinco anos, iniciando pela faixa de 15-19 anos até a faixa de mulheres acima de 60 anos.

As amostras de citologia processadas no SITEC/INCA são oriundas de serviços de saúde do SUS, de 32 municípios do Estado do Rio de Janeiro, incluindo a totalidade do município do Rio de Janeiro. O SITEC recebe exames coletados em unidades de saúde primárias, secundárias e terciárias.

Este projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do INCA, conforme a resolução 196/96 – CNS, e foi aprovado em 3 de junho de 2011, sob o registro CEP-INCA nº 35/11.

RESULTADOS

Entre 2007 e 2010, nos 32 municípios do Estado do Rio de Janeiro cobertos pelo SITEC/INCA, foram

realizados 1.049.862 exames colpocitológicos, distribuídos entre mulheres com idades a partir de 15 anos.

A análise destes relatórios de colpocitologia revelou que, entre todos exames processados no período de 2007 a 2010, a frequência de diagnósticos ASC-US foi 2,56% e de ASC-H foi de 0,25%. Os dados encontrados estão descritos na Tabela 1.

Considerando colpocitologias com laudos alterados, entre 2007 e 2010, o percentual de diagnósticos ASC-US foi de 44,7% e de ASC-H foi de 4,48%. Os dados encontrados estão descritos na Tabela 2.

Do total do exames, 18,50% foram realizados em mulheres da faixa etária de 15-24 anos, 70,73% entre 25-59 anos e 10,76% em mulheres com mais de 60 anos.

Na análise de frequências por faixas etárias, entre 2007 e 2010, o maior percentual de diagnóstico ASC-US foi observado no grupo entre 15 a 19 anos e o menor percentual de diagnóstico ASC-US foi observado no grupo entre 55 a 59 anos. Para o diagnóstico de ASC-H, o maior percentual de diagnóstico ASC-H foi observado no grupo das mulheres com mais de 60 anos e o menor percentual no grupo entre 15 a 19 anos (Figura 1).

Na análise do diagnóstico ASC-US por faixas etárias, por ano, foi observado um padrão de maior frequência nos grupos mais jovens, principalmente nas faixas etárias

Tabela 1. Diagnóstico de ASC-US e ASC-H no período de 2007 a 2010

ANO \ Diagnóstico	2007 n(%)	2008 n(%)	2009 n(%)	2010 n(%)	TOTAL n (%)
ASC-US	7.511 (2,7)	6.358 (2,3)	6.380 (2,5)	6.66 (2,7)	26.916 (2,5)
ASC-H	736 (0,2)	569 (0,2)	628 (0,3)	762 (0,3)	2.695 (0,2)
TOTAL	277.240	271.327	254.612	246.683	1.049.862

Tabela 2. Distribuição proporcional de diagnóstico ASC-US e ASC-H entre as citologias com laudos alterados, no período de 2007 a 2010

ANO \ Diagnóstico	2007 n(%)	2008 n(%)	2009 n (%)	2010 n (%)	TOTAL n (%)
ASC-US	7.511(42,4)	6.358 (44,7)	6.380 (45,9)	6.667 (46,3)	26.916 (44,7)
ASC-H	736 (4,1)	569 (4,0)	628(4,5)	762(5,2)	2.695(4,4)
Outros	9.433(53,3)	7.274(51,2)	6.873(49,5)	6.951(48,3)	30.531(50,7)
Total de Citologias Alteradas	17.680	14.201	13.881	14.380	60.142

Nota: A categoria "Outros" foi composta por céluas glandulares atípicas possivelmente não neoplásicas e quando não se pode excluir lesão de alto grau, atípicas de origem indefinida, LSIL, HSIL, HSIL não podendo excluir microinvasão ou carcinoma epidermoide, carcinoma epidermoide invasor, adenocarcinoma *in situ*, adenocarcinoma invasor cervical, adenocarcinoma invasor endometrial, adenocarcinoma invasor sem especificação e outras neoplasias

de 15-19 e de 20-24 anos. Ainda nessa mesma análise, a menor frequência do diagnóstico ASC-US foi observada nos grupos com idade mais avançada, principalmente na faixa etária de 55 a 59 anos (Figura 2).

Na análise do diagnóstico ASC-H, por faixas etárias, foi observado, em 2007, um padrão de maior frequência grupos com idade mais avançada, principalmente nas mulheres com mais de 60 anos. No período de 2008 a 2010, as maiores frequências desse diagnóstico foram observadas em mulheres jovens, principalmente nas faixas etárias de 25-29 anos e de 30-34 anos (Figura 3).

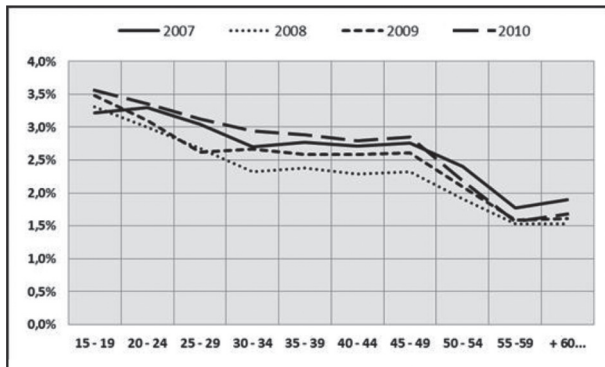


Figura 1. Frequência dos diagnósticos ASC-US e ASC-H, por faixa etária, no período de 2007 a 2010

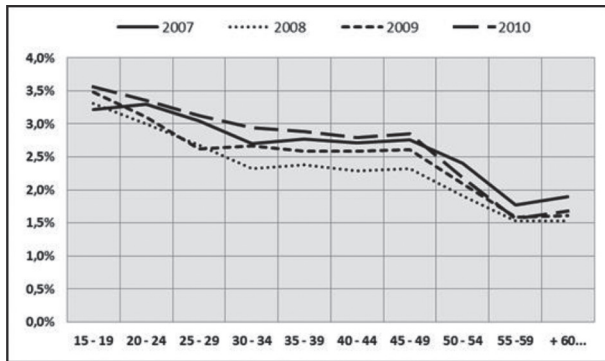


Figura 2. Frequência dos diagnósticos ASC-US, por faixa etária, por ano

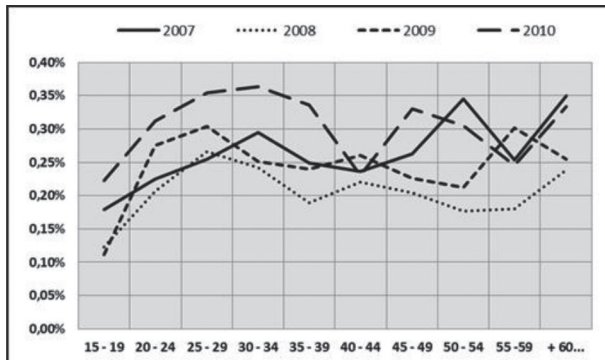


Figura 3. Frequência dos diagnósticos ASC-H, por faixa etária, por ano

DISCUSSÃO

O estudo de frequência do diagnóstico citopatológico de ASC pode contribuir para as ações de controle dos laboratórios, estabelecer padrões nacionais de percentuais aceitáveis, verificar o comportamento desse grupo ao longo tempo e, caso existam variações, levantar hipóteses para justificá-las. Se for considerado que o objetivo do rastreio citopatológico é, principalmente, identificar as lesões precursoras e o câncer do colo do útero, interessa saber qual a probabilidade de encontrar tais doenças quando uma mulher apresenta o diagnóstico citopatológico de ASC. Dessa forma, o levantamento da frequência dessas alterações citológicas, em uma extensa base de dados, pode nos fornecer subsídios para investigação posterior de possíveis lesões cervicais pré-invasivas (NIC) nessa população, expressas em novas citologias ou em laudos histopatológicos advindos de biópsias guiadas por exames colposcópicas.

Os artigos publicados em decorrência do estudo ALTS sugeriram que o risco de NIC II/III é maior entre mulheres com citologia ASC-H do que com citologia ASC-US¹. Em seu estudo, Simsir et al.⁹ encontraram frequência de 3% de NIC II/III entre os indivíduos com ASC-US e que o risco de lesões pré-invasivas entre mulheres com citologia ASC-H foi dez vezes maior, o que está de acordo com os achados do estudo da literatura nacional¹. Esses resultados mostram que a análise dos casos ASC em dois grupos contribuiu para identificar aqueles com maior risco de NIC II/III, justificando os diferentes procedimentos em termos de encaminhamento para a colposcopia e outros realizados no seguimento e investigação destas mulheres⁵.

Cytryn et al.¹ mostraram frequência de NIC II/III nos casos de citologias ASC-H de aproximadamente 20% (IC 95%: 9,05 e 29,55%). Essa imprecisão foi devida ao pequeno número de casos com este diagnóstico citopatológico e aproxima-se do resultado de outros estudos⁹⁻¹⁴.

O estudo de McHale et al.¹⁰ mostrou uma frequência muito menor de lesões intraepiteliais (12,2%; IC 95%: 8% - 17%) em comparação com outros estudos publicados¹¹⁻¹⁴. A justificativa desse resultado poderia ser dado pelo fato de esses autores terem incluído apenas casos com análise histopatológica e colposcopias satisfatórias, o que pode ter excluído casos com lesão no canal, usualmente mais significativas.

O SITEC, da Divisão de Patologia do INCA, recebe pouco menos de 300.000 exames por ano. O volume de casos, a organização do Serviço e a experiência da equipe permitem um bom desempenho na triagem de exames colpocitológicos, que são realizados sob supervisão de médicos patologistas. A escolha dessa amostra levou em consideração o padrão de qualidade do processamento

dos exames pelo SITEC, além do volume de exames processados e a facilidade para o levantamento dos dados, pois o laboratório dispõe de uma eficiente Central de Processamento de Dados.

Encontraram-se 72,35% dos casos de ASC-H dentro da faixa etária de 25 a 59 anos. Os diagnósticos observados fora dessa faixa se deram majoritariamente na população de mulheres com idade avançada e reflete a maior frequência esperada de lesões pré-invasivas nesse grupo.

Em relação ao número de exames com alterações, observou-se predominância do diagnóstico de células escamosas atípicas (49,23%). Sendo que as atípicas do tipo ASC-US foram grande maioria.

A preocupação com os índices elevados de falsos negativos e positivos, assim como o excesso de diagnósticos ASC, em laudos citológicos na prevenção do câncer do colo do útero é mundial. É importante que medidas de controle de qualidade sejam adotadas para minimizar esse problema¹⁵⁻¹⁸. Para que isto aconteça, é necessário que os laboratórios de citopatologia disponham de programas de controle de qualidade interno, programa de avaliação de controle de qualidade externa, permanente programa de treinamento e educação permanente dos profissionais, monitoramento de procedimentos de coleta, fixação e transporte de material citológico e laboratório revisor indicado por órgão competente ou laboratório de referência da região¹⁹.

CONCLUSÃO

O percentual de atípicas indeterminadas no SITEC/INCA está de acordo com o recomendado pelo Sistema Bethesda. Os resultados deste estudo mostram que a frequência de atípicas indeterminadas não representa mais que 5% que o total de exames citopatológicos processadas neste laboratório. Observou-se, também, que a frequência de lesões intraepiteliais escamosas de baixo grau não excedeu a frequência de ASC-US em nenhum dos anos compreendidos no período do estudo. Esses dados indicam a eficiência do controle de qualidade do SITEC/INCA, conotando a excelência do laboratório para processamento de citologias.

Concluindo, a frequência por idade de cada categoria foi dentro do esperado para o tipo de laudo: ASC-US mais diagnosticado em faixas etárias mais jovens e ASC-H diagnosticado de forma semelhante em mulheres de todas as faixas etária.

CONTRIBUIÇÕES

Todos os autores contribuíram com o levantamento dos dados, análise estatística e com organização do manuscrito.

Declaração de Conflito de Interesses: Nada a Declarar.

REFERÊNCIAS

1. Cytryn A, Russomano FB, Camargo MJ, Zardo LMG, Horta NMSR, Fonseca RCSP, et al. Prevalence of cervical intraepithelial neoplasia grades II/III and cervical cancer in patients with cytological diagnosis of atypical squamous cells when high-grade intraepithelial lesions (ASC-H) cannot be ruled out. *São Paulo Med J.* 2009;127(5):283-7.
2. National Cancer Institute Workshop. The 1988 Bethesda System for reporting cervical/vaginal cytological diagnoses. *JAMA.* 1989;262(7):931-4.
3. Wright TC Jr, Cox JT, Massad LS, Twiggs LB, Wilkinson EJ; ASCCP-Sponsored Consensus Conference. 2001 Consensus Guidelines for the management of women with cervical cytological abnormalities. *JAMA.* 2002;287(16):2120-9.
4. Maeda MYS, Loreto C, Barreto E, Cavaliere MJ, Utgawa ML, Sakai YI, et al. Estudo preliminar do SISCOLO-Qualidade na rede de saúde pública de São Paulo. *J bras patol med lab.* 2004;40(6):425-9.
5. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. Rio de Janeiro: INCA; 2011. 104 p.
6. The ASCUS-LSIL Triage Study (ALTS) Group. Results of a randomized trial on the management of cytology interpretations of atypical squamous cells of undetermined significance. *Am J Obstet Gynecol.* 2003;188(6):1383-92.
7. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2011 [citado 2012 maio 12]. 118 p. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/estimativa20122111.pdf>
8. Fagundes MCS, Hardt LL, Saito S, Yamamoto LSU, Longatto Filho A, Utgawa ML. Amostra inadequada em screening de esfregaços cérvico-vaginais: as principais causas. *LAES/HAES.* 2000;22(128):94-100.
9. Simsir A, Ioffe O, Sun P, Elgert P, Cangiarella J, Levine PH. Effect of Bethesda 2001 on reporting of atypical squamous cells (ASC) with special emphasis on atypical squamous cells-cannot rule out high grade (ASC-H). *Diagn Cytopathol.* 2006;34(1):62-6.
10. McHale MT, Souther J, Elkas JC, Monk BJ, Harrison TA. Is atypical squamous cells that cannot exclude high-grade squamous intraepithelial lesion clinically significant? *J Low Genit Tract Dis.* 2007;11(2):86-9.
11. Wang Y, Bian ML, Liu J. [Comment on diagnosis of atypical squamous cells using new the Bethesda system 2001]. *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi.* 2004;39(1):27-9. Chinese.
12. Selvaggi SM. Reporting of atypical squamous cells, cannot exclude a high-grade squamous intraepithelial

- lesion (ASC-H) on cervical samples: is it significant? *Diagn Cytopathol.* 2003;29(1):38-41.
13. Alli PM, Ali SZ. Atypical squamous cells of undetermined significance--rule out high-grade squamous intraepithelial lesion: cytopathologic characteristics and clinical correlates. *Diagn Cytopathol.* 2003;28(6):308-12.
 14. Louro AP, Roberson J, Eltoum I, Chhieng DC. Atypical squamous cells, cannot exclude high-grade squamous intraepithelial lesion. A follow-up study of conventional and liquid-based preparations in a high-risk population. *Am J Clin Pathol.* 2003;120(3):392-7.
 15. Duncan LD, Jacob SV. Atypical squamous cells, cannot exclude a high-grade squamous intraepithelial lesion: the practice experience of a hospital-based reference laboratory with this new Bethesda system diagnostic category. *Diagn Cytopathol.* 2005;32(4):243-6.
 16. Branca M, Morosini P, Duca P, Verderio P, Giovagnoli MR, Riti MG, et al. Reliability and accuracy in reporting CIN in 14 laboratories: developing new indices of diagnostic variability in an interlaboratory study. The Working Group for External Quality Control in Cervical Cytopathology. *Acta Cytol.* 1998;42(6):1370-6.
 17. Davey DD, McGoogan E, Somrak TM, Allen KA, Beccati D, Cramer SF, et al. Competency assessment and proficiency testing. *Acta Cytol.* 2000;44(6):939-43.
 18. Frable WJ, Austin RM, Greening SE, Collins RJ, Hillman RL, Kobler TP, et al. Medicolegal affairs. International Academy of Cytology Task Force summary. Diagnostic cytology towards the 21st Century: an International Expert Conference and Tutorial. *Acta Cytol.* 1998;42(1):76-119; discussion 120-32.
 19. Sebastião APM, Noronha L, Scheffel DLH, Garcia MJ, Carvalho NS, Collaço LM, et al. Estudo das atipias indeterminadas em relação à prevalência e ao percentual de discordância nos casos do Programa de Prevenção do Câncer Uterino do Paraná. *J bras patol med lab.* 2004;40(6):431-8.

Abstract

Introduction: Atypical squamous cells of undetermined significance are defined by the presence of more marked abnormalities than those assigned to reactive changes. **Objective:** To determine the frequency of ASC-US and ASC-H diagnoses, among all cytologies; the percentage of ASC-US and ASC-H reports among the cytology reports changed during the same period; the frequency of these reports in the Integrated Technology Service in Cytology -SITEC/INCA; and its distribution by age group. **Method:** Study of prevalence, in which the frequency of ASC-US and ASC-H citopathologic reports were evaluated, in the SITEC/INCA database, between January 2007 and December 2010. **Results:** The prevalence of cytopathologic examinations with diagnosis of ASC-US was 2.5% and ASC-H was 0.2%. Out of all altered exams, the frequency of ASC-US diagnoses was 44.7% and ASC-H was 4.4%. In the analysis of prevalence by age, the highest percentage of ASC-US was 3.3% in the group between 15-19 years old, the lowest percentage of ASC-US was 1.6% in the group between 55-59 years old. The highest percentage of ASC-H was 0.2% in the group above 60 years old and the lowest percentage of ASC-H was 0.1% in the group between 15-19 years old. **Conclusion:** The frequency for each age category was within that expected for the type of report: ASC-US was more diagnosed in young groups and ASC-H was diagnosed with little variation in women of all age ranges. The prevalence of atypical squamous cells in SITEC/INCA did not exceed 5%.

Key words: Cytodiagnosis; Cervix Uteri/injuries; Cervix Uteri/cytology; Cervix Uteri/pathology; Age Factors; Prevalence

Resumen

Introducción: Las células escamosas atípicas de significado indeterminado se definen por la presencia de anomalías más marcadas que aquellas asignadas a cambios reactivos. **Objetivo:** Determinar la frecuencia de diagnósticos ASC-US y ASC-H entre el total de citologías, el porcentaje de informes ASC-US y ASC-H entre los informes citológicos cambiados en el mismo período, la frecuencia de estos informes en el Servicio Integrado Tecnológico en Citología - SITEC/INCA y su distribución por franja de edad. **Método:** Estudio de prevalencia, en lo cual fue evaluada la frecuencia de los informes citopatológicos de ASC-US y ASC-H, en la base de datos de SITEC/INCA entre enero de 2007 y diciembre de 2010. **Resultados:** La frecuencia de pruebas citopatológicas diagnosticadas con ASC-US fue 2,5% y ASC-H fue 0,2% Entre el total de pruebas cambiadas, la cuota de diagnóstico de ASC-US fue 44,7% y ASC-H fue 4,4%. En el análisis de frecuencia por franja de edad, el mayor porcentaje de ASC-US fue de 3,3% en el grupo entre 15-19 años, el menor porcentaje de ASC-US 1,6%% en el grupo entre 55 hasta 59 años. El mayor porcentaje de ASC-H fue 0,2% en el grupo con más de 60 años y el menor porcentaje de ASC-H fue 0,1% en el grupo entre 15 hasta 19 años. **Conclusión:** La frecuencia por edad en cada categoría fue dentro del esperado para el tipo de informe: ASC-US más diagnosticado en franjas de edades más jóvenes y ASC-H, diagnosticado con poca variación en la frecuencia en las mujeres de todos los rangos de edad. La incidencia de células escamosas atípicas en SITEC/INCA no supera 5%. **Palabras clave:** Citodiagnóstico; Cuello del Útero/lesiones; Cuello del Útero/citología; Cuello del Útero/patología; Factores de Edad; Prevalencia