

El cáncer de cuello uterino, ¿dónde está el problema?

El cáncer de cuello uterino es un importante problema de salud pública, que toma peso especialmente cuando se pretende mejorar la salud materna como uno de los objetivos de desarrollo para el milenio en Colombia. Es el tercer cáncer más frecuente en el mundo y el segundo en las mujeres de los países en vías de desarrollo. En Colombia es la principal neoplasia maligna en mujeres, con aproximadamente 6,800 casos nuevos por año y mortalidad de 18.2 casos por 100.000 mujeres.^{1,2}

La historia natural de las lesiones intraepiteliales del cuello uterino ha mostrado que estas tienen el potencial de progresar a lesión invasiva si no son tratadas. Hay suficiente evidencia que relaciona el DNA del virus del papiloma humano (VPH) de los tipos oncogénicos con proliferación celular no regulada, la que, ligada a otros cofactores, aumenta el riesgo de progresión a enfermedad preneoplásica y neoplásica, situación que está fuertemente relacionada a patrones de comportamiento sexual,³ características que confieren a estas mujeres un riesgo mayor de contraer la infección y desarrollar la neoplasia,⁴ exigiendo una estrategia de tamizaje diferente, tal vez más rigurosa.^{5,6}

Su detección precoz es una medida costo-efectiva para reducir la mortalidad. La citología convencional, en programas bien estructurados con seguimiento, diagnóstico y tratamiento adecuado y oportuno de las lesiones preinvasivas del cáncer cervical, ha mostrado ser efectiva para reducir tanto la mortalidad como la incidencia de esta entidad en países desarrollados, al punto que la mortalidad ha bajado hasta en 80%; sin embargo, este exitoso panorama no ha logrado modificar la mortalidad de los países en desarrollo, como Colombia, a pesar de haber logrado en los últimos años cobertura del 75.8% de la población objeto.⁷

Los problemas relacionados con el bajo impacto de los programas de tamizaje tienen que ver, entre otros, con las características inherentes a la citología, que exige un estricto control de calidad, el cual no es suficiente y riguroso en nuestro medio. Como consecuencia, hay un alto número de falsos negativos, atribuibles a fallas en la toma o del procesamiento de las muestras y a errores de interpretación.

Por otra parte, los falsos positivos son comunes en poblaciones con baja prevalencia de lesiones premalignas y malignas. Esta situación induce procedimientos innecesarios, frecuentemente agresivos, los que generan ansiedad en las mujeres y mayor costo en los programas. Otro elemento relevante y de gran importancia, es el inadecuado seguimiento de las mujeres con citología positiva por dificultades en el acceso a los servicios de diagnóstico y tratamiento.⁸

La implementación de programas de tamizaje debe estar sustentada en guías apropiadas diseñadas teniendo en cuenta la situación específica de la enfermedad y los servicios de salud de cada región, para detectar tempranamente este tipo de cáncer y lograr la reducción de las tasas de mortalidad. En Colombia, según las recomendaciones del Instituto Nacional de Cancerología, el programa de tamizaje con citología convencional debe iniciarse a los 21 años de edad, o antes si ya se han iniciado relaciones sexuales, definición que incluye a mujeres adolescentes con riesgo a desarrollar la enfermedad, situación documentada en diversas investigaciones hechas en este grupo de mujeres, entre quienes se han descrito casos de lesiones preneoplásicas y cáncer invasor, aunque con baja incidencia.⁹ Existe debate acerca de esta edad como la de inicio del tamizaje con citología convencional, ya que se argumenta que gran proporción de las lesiones preneoplásicas regresan espontáneamente y que los programas entre mujeres jóvenes tienen baja efectividad en términos de reducción de la mortalidad, a más de las complicaciones resultantes del tratamiento, particularmente el impacto que tienen sobre la fertilidad.¹⁰

Asegurar la calidad de la citología convencional es uno de los puntos más importantes en el éxito de la prevención del cáncer de cuello uterino;¹¹ son los patólogos bien entrenados los responsables de detectar y analizar los errores que ocurren en los programas de tamizaje al comparar los hallazgos histológicos con los resultados informados en los exámenes de tamizaje. El objetivo de este proceso de correlación citología/biopsia es asegurar que la mujer reciba el manejo clínico apropiado.¹² Es de vital importancia que todo el personal involucrado en el programa de tamizaje

conozca, entienda y participe adecuadamente, teniendo claridad en la importancia de su papel para el éxito de los programas. De la misma forma, el sistema de salud debe asegurar que se brinde a las pacientes un servicio cómodo, con adecuada accesibilidad y bien equipado, con perfectos mecanismos que permitan el cumplimiento de la calidad de la citología y del tratamiento.^{13,14}

Finalmente, aunque la citología convencional es la estrategia más comúnmente usada para detectar la enfermedad en estado preinvasivo, se debe tener en cuenta que existen otros métodos para detectar precozmente las lesiones malignas y premalignas, como las pruebas para detectar el DNA del VPH, la inspección visual con ácido acético o lugol, las técnicas basadas en imágenes en tiempo real y los marcadores tumorales.¹⁵ Con todo, incluso en las mejores circunstancias, los programas altamente eficientes no muestran la abolición del cáncer de cuello uterino; parte de la razón de este resultado imperfecto se atribuye a la mujer, los médicos y el laboratorio, pero también tiene que ver con lo que conocemos de la enfermedad y como nos organizamos para prevenirla, detectarla y tratarla.

Claudia Janeth Uribe Pérez, MD

Profesor Asociado

Directora, Registro Poblacional de Cáncer AMB

Facultad de Ciencias de la Salud

Universidad Autónoma de Bucaramanga

E-mail: curibep@unab.edu.co

Referencias

1. Ferlay J, Bray F, Pisani P, Parkin DM (eds). GLOBOCAN 2002: Cancer incidence, Mortality and prevalence worldwide. Lyon: IARC Press, IARC cancer base No. 5, version 2.0, 2004.
2. Piñeros M, Ferlay J, Murillo R. Incidencia estimada y mortalidad por cáncer en Colombia 1995-1999. Bogotá: Imprenta Nacional, 2005.
3. Koshiol J, Lindsay L, Pimenta JM, Poole C, Jenkins D, Smith JS. Persistent human papillomavirus infection and cervical neoplasia: a systematic review and meta-analysis. *Am J Epidemiol* 2008; 168:138-44; discussion 145-8.
4. Walboomers J, Jacobs MV, Manos MM, Bosch FX, Kummer JA, Shah KV, et al. Human papillomavirus is a necessary cause of invasive cervical cancer worldwide. *J Pathol* 1999; 189:12-9.
5. Lie AK, Risberg B, Borge B, Sandstad B, Delabie J, Rimala R, et al. DNA- versus RNA-based methods for HPV detection in cervical neoplasia. *Gynecol Oncol* 2005; 97: 908-15.
6. Lorincz AT. Screening for cervical cancer: new alternatives and research. *Salud Pública Méx* 2003; 45 (Suppl 3):376-87.
7. Profamilia. Salud sexual y reproductiva en Colombia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS 2005). Bogotá: Ministerio de Salud, 2005.
8. Lazcano E, Alonso P, Rui J, Hernández M. Recommendations for cervical cancer screening programs in developing countries: the need for equity and technological development. *Salud Pública Méx* 2003; 45(Suppl 3):449-62.
9. Instituto Nacional de Cancerología (INC). Recomendaciones para la tamización de neoplasias del cuello uterino en mujeres sin antecedentes de patología cervical (preinvasora o invasora) en Colombia. Bogotá: INC, 2007.
10. Sasieni P, Adams J, Cuzick J. Benefits of cervical screening at different ages: evidence from the UK audit of screening histories. *Br J Cancer* 2003; 89:88-93.
11. Miller AB. The (in)efficiency of cervical screening in Europe. *Eur J Cancer* 2002; 38:32-6.
12. Mostafa MG, Srivannaboon S, Rachanawutanon M. Accuracy of cytological findings in abnormal cervical smears by cytohistologic comparison. *Indian J Pathol Microbiol* 2000; 43:23-9.
13. Buskens I, Bradley J. Women's perspectives on cervical cancer prevention procedures. New York: Engender Health, 2002.
14. Agurto I. Bridging distances: preventive services and women's concerns. Program on Non-Communicable Diseases, Division of Disease Prevention and Control. Washington, DC: Pan American Health Organization, 2001.
15. Franco E, Duarte E, Ferenczy A. Prospects for controlling cervical cancer at the turn of the century. *Salud Pública Méx* 2003; 45(suppl 3):367-75.