

Revisiones

Prevención y diagnóstico precoz del cáncer de cervix: ¿Hacemos lo que debemos?

J. Cortés

M.C. Yárnos

El cáncer escamoso de cervix continúa siendo en nuestro medio el más frecuente cáncer genital.¹ En U.S.A. hace ya tiempo que esta situación ha cambiado:¹⁴ una mayor incidencia del cáncer de endometrio y una gran eficacia en el diagnóstico precoz del de cervix, han tenido como consecuencia que el cáncer de endometrio sea, ahora, el cáncer pélvico más frecuente en la mujer. En España, salvo en zonas muy concretas, aún el cáncer de cervix es el más frecuente. ¿Por qué? La contestación no puede ser sencilla ni apresurada. Pretendemos en esta comunicación reflexionar sobre qué es lo que hacemos para prevenir o diagnosticar precozmente el cáncer de cervix y, fundamentalmente, si algo de lo que hacemos o dejamos de hacer está en consonancia con lo último que hemos aprendido sobre esta enfermedad.

Es bien sabido el papel muy posiblemente inductor que el virus del papiloma humano (H.P.V.), un pequeño virus DNA, desempeña en la etiología del cáncer escamoso de cervix. Desde que Meisels⁷ y Purola¹⁰ dieron a conocer sus primeros trabajos, un verdadero aluvión de publicaciones se han concentrado en el problema: véase la muy correcta y reciente revisión crítica publicada en Lancet.⁶

La sistematización morfológica de las lesiones previas al cáncer escamoso invasor de cervix ha sufrido alternativas varias. Hoy, al fin y después de muchos años, se acepta la clasificación propuesta por Richart;¹¹ neoplasia intraepitelial de cervix (C.I.N.) grados I - II - III, según la atipia afecte al estrato epitelial profundo, medio o superior, respectivamente. Viene a sustituir a la clásica nomenclatura displasia leve-moderada-severa / carcinoma in situ, que parece menos adecuada una vez sabido que no hay «cambio cualitativo» de lesión entre las displasias y el carcinoma in situ, sino que se trata de un mismo proceso evolutivo.

Para acceder al diagnóstico de estas lesiones disponemos de dos técnicas básicas: la citología exfoliativa por raspado del cervix (Papanicolau, 1943)⁸ y la colposcopia, examen del cervix con un instrumento óptico de aumento (Hinselman, 1925).⁴ Ambas técnicas, cómodas y de bajo coste, ofrecen buenos márgenes de sensibilidad, aunque quizás menores de lo que creemos: en efecto, un reciente estudio cooperativo,² que reunió casi 1.000 casos de CIN (221 de nuestro grupo), demostró que la citología y la colposcopia tienen un porcentaje medio de falsos negativos del 25 % en el diagnóstico del C.I.N. en cualquier grado. Afortunadamente, las capacidades se complementan: la citología cubre los falsos negativos que la colposcopia tiene en las lesiones endocervicales (muy frecuentemente CIN III) y la colposcopia mejora los resultados de la citología en lesiones exocervicales (más a menudo CIN I - II).

En nuestro medio, estamos asistiendo a un incremento muy acentuado de los diagnósticos de C.I.N.: hemos diagnosticado tantos CIN en los 3 últimos años (período 1984-1986) como en el intervalo 1977-1983. No hay registro de este tipo de lesiones en España, pero en el estudio cooperativo antes citado se recogía una impresión

Sección de Oncología. Unidad de Prevención Maternidad del Insalud. Son Dureta. Palma de Mallorca.

similar. Datos de la literatura apoyan este dato: en los últimos 20 años, la frecuencia de diagnósticos de CIN en Inglaterra y Gales se ha multiplicado por 10.⁹

¿Qué podemos hacer para afrontar racionalmente el problema? Creemos que mucho: podemos mejorar la prevención y el diagnóstico precoz que estamos realizando. Analicemos cómo.

Prevención

Si el cáncer escamoso de cérvix y, previamente, el CIN, son lesiones inducidas por la agresión de un virus, intentar evitar el contagio con este virus deberá ser la primera medida. El HPV es un virus de transmisión sexual. Hace ya tiempo que se sabe que, epidemiológicamente, el cáncer de cérvix tiene un comportamiento superponible al de una enfermedad de transmisión sexual (E.T.S.).⁵ Ahora parece que este concepto se afirma. El varón tendrá, por tanto, papel decisivo en la historia natural de la enfermedad. En efecto: el «factor masculino» cobra más y más importancia a medida que los trabajos se van preocupando de estudiarlo. Parece, hoy por hoy, obvio³ que el comportamiento y los hábitos sexuales del varón (promiscuidad) deben ser considerados «factor de riesgo» para cáncer de cérvix de su compañera sexual. El varón transmite el virus y sufre poco su presencia: el epitelio del pene es estable, poco activo y por tanto poco receptivo a la colonización viral. No ocurre lo mismo en la mujer que en el cérvix posee un epitelio activo, joven (el epitelio metaplásico de reepitelización), muy apto al «anclaje» viral; en la vagina —como en el pene— hay un epitelio estable, con poca actividad, con células inactivas en superficie: ello explicaría que haya muchísimo cáncer de cérvix y, en proporción, poquísimos cánceres de vagina y/o pene.

La moral sexual al uso, con frecuentes cambios de pareja, favorece el contagio de una E.T.S. porque se utilizan

técnicas fundamentalmente anticonceptivas: el preservativo, anticonceptivo pero también anti-contagio, es usado esporádicamente. Los mismos «Centros de Planificación Familiar» practican muy a menudo, con excepciones loables, una política medicamentosa, alentando el uso de la hormonoterapia anovuladora o del dispositivo intrauterino. Fomentar el uso del preservativo, en especial en individuos promiscuos, es labor sanitaria primordial que no estamos seguros que se esté haciendo.

Por otro lado, debería establecerse una rutina de cooperación Ginecología-Urología en estos problemas, rutina que ya se sigue en otras E.T.S.: cuando se diagnosticara un condiloma a una mujer, su compañero sexual debería ser sometido a una revisión urológica profunda, con un dato presente: sólo una tercera parte de los individuos (mujeres u hombres) infectados por el HPV presentan una lesión condilomatosa típica clínicamente evidente; los restantes o tienen lesiones que se descubren únicamente a través de la citología y/o la colposcopia (¿peneoscopia?) o, incluso, se mantienen «limpios» (falsos sanos) durante períodos de tiempo largos (importancia de establecer pautas de seguimiento adecuadas). Y lo contrario: un varón con lesión condilomatosa genital sitúa a su compañera sexual en la necesidad de ser sometida a una revisión ginecológica profunda, que si es negativa, debe abrir un período indeterminado de control cuidadoso.

Diagnóstico precoz

Evidentemente, la citología y la colposcopia están ampliamente difundidas y se utilizan con profusión. ¿Adecuadamente? Creemos que podemos mejorar.

Los datos antes mencionados sobre sensibilidad de la citología en el diagnóstico del CIN constituyen una cierta sorpresa. Hay dos causas de falso negativo en la lectura de un extendido

citológico: hay células malignas, pero no se ven (falso negativo de lectura); no hay células malignas, pero la enferma tiene lesión (falso negativo de toma). La cualificación permanente del laboratorio, su control de calidad y el rigor de su trabajo, lejos de una rutinización fácil en este tipo de trabajos, deberán evitar la primera causa, causa que, de todas formas, representa menos del 10 % del total de falsos negativos.¹³ Es necesario, por lo tanto, que las tomas que practicamos sean mejores. Un reciente muestreo sobre frotis de cuello uterino recibidos en nuestro laboratorio demostró que de los 1052 leídos durante marzo de 1986, 198 (18,8 %) no contenían células endocervicales ni metaplásicas; es decir se estaba examinando una muestra incompleta, no demostrativa de la situación del cérvix de aquella enferma. La razón, probablemente, esté centrada en que se está utilizando, por inercia, material indecuaado para las tomas de cérvix, en especial para la endocervical: la clásica torunda de algodón es claramente inferior a los nuevos cepillos «ad hoc», con los que se obtienen excelentes muestras, con material abundante y bien conservado.¹² Un cambio en el instrumental a utilizar en el momento de practicar citologías de cuello uterino debe ser recomendado.

Pero queda otro aspecto del diagnóstico precoz a revisar. Tenemos el convencimiento de que estamos revisando siempre a las mismas mujeres, pero que existen grupos de población femenina que siguen sin tener acceso a las consultas de diagnóstico precoz. La experiencia personal así lo confirma: en los primeros 312 frotis de cuello uterino que se practicaron en la consulta de Planificación Familiar del Centro de Salud del Camp Redó, (Dr. M. Juan) se diagnosticaron 6 CIN, el doble de lo esperado. Se estaba, sin duda, atendiendo a un grupo de población «virgen»; un grupo importante de mujeres —muy frecuentemente de alto

riesgo para cáncer de cérvix, dadas sus condiciones de vida— eran sometidas, por primera vez, a revisiones de diagnóstico precoz. Es evidente, por tanto, que es nuestra obligación procurar que los beneficios de estas técnicas de medicina preventiva alcancen a grupos de mujeres aún sanitariamente marginadas.

Tres afirmaciones, por lo tanto, pueden quedar a modo de conclusión:

— Necesidad de acentuar nuestro esfuerzo de prevención, potenciando la contracepción de barrera masculina y estableciendo adecuadas pautas de diagnóstico y seguimiento de los pacientes con infección por HPV, a través de protocolos conjuntos Ginecología-Urología.

— Mejorar la calidad de las tomas para citología de cuello de útero parece necesario. Es lógico pensar que con tomas más representativas, con mejor material, se podrá mejorar la sensibilidad diagnóstica de la citología.

— Es imprescindible que amplíemos nuestra actividad clínico-diagnóstica hasta alcanzar a aquellos grupos de mujeres que siguen permaneciendo al margen de la acción sanitaria profiláctica.

Bibliografía

1. Asociación Ginecológica Española: Cáncer de cérvix. Estudio Cooperativo Nacional. Sección de Oncología 1985.
2. Asociación Ginecológica Española: CIN. Estudio Cooperativo Nacional. Sección de Prevención del Cáncer 1985.
3. Campión, M.J. et al.: Riesgo aumentado de neoplasia cervical en parejas sexuales de varones con condiloma acuminado peneal. *Lancet*: 1985. 7: 153-157
4. Hinselman, M.: Verbesserung der Inspektionsmöglichkeit von Vulva, Vagina und Portio. *Münch. Med. Wochschr.*: 1925. 73: 1723-1737
5. Kessler, I.: Human cervical cancer as a venereal disease. *Cancer Res.*: 1976. 36: 783-791
6. *Lancet*, Comentario Editorial.: Verrugas genitales, papilomavirus humanos y cáncer de cuello uterino. *Lancet* (Ed. Esp.): 1986. 8: 180-182

7. Meisels, A. et al.: Condylomatous lesions of the cervix and the vagina. I: Cytologic patterns. *Acta Cytol.* 1976, 20: 505-509

8. Papanicolaou, G.N.: *Diagnosis of the uterine cancer by the vaginal smear. The Commonwealth Fund. New York, 1943.*

9. Parkin, D.M. et al.: The impact of screening on the incidence of cervical cancer in England and Wales. *Brit. J. Obst. Gynecol.*: 1985, 92: 150-154.

10. Puroola, E. et al.: Cytology og Gynaecologic condyloma acuminata. *Acta Cytol.*: 1977, 21: 26-31.

11. Richard, R. M.: Historia natural de la neoplasia cervical intraepitelial. *Clin. Obst. Ginecol.*: 1967, 747-783.

12. Ros, E. et al.: Técnicas de citología endocervical. *Citología*, 1985 7: 163-176.

13. Rubio, C.A. et al.: Who is responsible for the false negative smear? (Letter to Editor) *Acta Cytol.*: 1975, 19:319.

14. Schwartz, Z et al.: A novel approach to the analysis of risk factors in endometrial carcinoma. *Gynecol. Oncol.*: 1985, 21: 228-234.