

“ PROCESO DE CÁNCER DE CÉRVIX. APLICACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA. ”

La **historia natural** del cáncer de cérvix muestra un desarrollo lento en su fase precancerosa, transcurriendo un periodo de varios años entre la detección de las lesiones precancerosas (neoplasia cervical intraepitelial: C.I.N.) y la aparición del cáncer invasor. Se considera que las C.I.N. tienen una posibilidad de curación de prácticamente el 100%, y su detección se realiza mediante una técnica sencilla, la **citología cervico-vaginal**.

Hace escasamente 15 años todavía se buscaba la **etiología** del cáncer de cérvix. Ya se intuía que las relaciones sexuales tendrían que estar implicadas ya que la epidemiología así lo dejaba entrever: proceso excepcional en monjas y vírgenes; más frecuente en mujeres promiscuas y en aquellas con inicio precoz de relaciones sexuales; muy raro en mujeres de raza judía (los judíos están circuncidados, y se atribuyó al esmegma el posible origen del cáncer cervical).

Hoy no cabe ninguna duda, el **virus del papiloma humano** (V.P.H. o H.P.V.) es el agente causante de las modificaciones celulares que dan lugar al cáncer de cuello uterino, ya que está en el 99% de todos estos cánceres y, probablemente, también en el 1% restante aunque no se detecte. Existen varios serotipos diferentes de VPH, algunos asociados a muy alto riesgo de malignización (16, 18, 31, 33) y otros de muy bajo riesgo. Esto podría servir para tomar decisiones más agresivas o conservadoras una vez diagnosticada la displasia cervical, pero está claro que los de bajo riesgo también han de controlarse ya que ningún serotipo se asocia a riesgo nulo. Recientemente, se considera que una citología negativa con cultivo viral negativo pudiera controlarse cada 5 años. Se admite que el 15% de la población es portadora de VPH (que no de lesiones celulares asociadas a VPH: coilocitos).

Es, como vemos, una enfermedad de transmisión sexual, y debe investigarse el glándulo de la pareja buscando lesiones condilomatosas; por otra parte, debe aconsejarse el uso de preservativo, incluso en mujeres menopáusicas o con ligadura tubárica.

La triple toma citológica es un método diagnóstico de **cribado o screening**, y cumple los requisitos de dichas pruebas:

a) Técnica sencilla de realizar, ya que será realizada a una gran parte de la población por lo que requerirá una gran cantidad de profesionales en su empeño, y ello implica que no se necesite de una gran especialización.

b) Técnica barata. Sólo se necesita un hisopo, espátula, portaobjetos, spray fijador, espéculo, y el corto tiempo del médico y personal auxiliar que realizan la toma, así como el tiempo, también breve, del anatomopatólogo para interpretar la muestra.

c) Técnica inocua. No tiene ningún efecto secundario, excepción hecha de alguna escoriación en mujeres con vaginas muy atroficas. Para evitar ello tenemos 3 medidas: emplear espéculo virginal, utilizar pequeña porción de lubricante, y relajación de la mujer.

d) Alta sensibilidad, es decir que tenga pocos falsos negativos (FN). En este caso, se establece en un 20% los falsos negativos para el diagnóstico citológico de las

C.I.N., pero este porcentaje se va reduciendo a medida que vamos repitiendo la prueba con los años, de tal manera que tras 2 citologías negativas los FN suponen el 4%, y se reduce por debajo del 1% tras la 3ª negativa.

e) También tiene una altísima especificidad, siendo rarísimos los falsos positivos, que además no preocupan porque se descartan tras la oportuna biopsia dirigida por colposcopia.

f) Historia natural de la enfermedad con fase preclínica detectable por este método (en este caso, lesiones precancerosas de evolución lenta).

g) Método aceptado socialmente. El hecho de llevar varias décadas utilizándolo de forma habitual ha hecho que sea una técnica muy extendida y aceptada por una gran parte de la población, salvo para las mujeres que tienen reparos en mostrar su cuerpo desnudo, sobre todo si el que realiza la toma es varón.

Como toda prueba de cribado se dirige a pacientes asintomáticas. Se debe iniciar a partir de los 21 años, o tras inicio de relaciones sexuales. La **periodicidad** del test se establece según factores de riesgo:

a) Alto Riesgo: siempre Citología anual.

- * Inicio precoz de relaciones sexuales (antes de 18 años).
- * Múltiples compañeros sexuales.
- * Pareja con múltiples compañeras sexuales.
- * Portadora de V.P.H.
- * Inmunodeprimida; V.I.H.
- * Antecedentes de S.I.L. / C.I.N.

b) Bajo Riesgo (el resto de pacientes)

Citología cervico-vaginal anualmente.

Tras dos citologías consecutivas normales, continuar cada 3 años.

Finalizar en mayores de 65 años tras dos citologías normales.

Funciones del médico de atención primaria:

1. Motivar a las mujeres para su inclusión en el PDPCCU.
2. Educación sanitaria e información clara sobre frecuencia de citologías según nivel de riesgo.
3. Información adecuada a pacientes con diagnóstico de displasia o cáncer de cuello uterino.
4. Circuito de derivación de pacientes con displasia/cáncer cérvix a atención especializada, flexible, consensuado y con mínimas visitas.

Técnica de la citología cérvico-vaginal (C.C.V.):

- * Realizada por Médico A.P., D.U.E. o Ginecólogo.
- * Especuloscopia (dirigida a FSVP), sin lubricante.
- * Toma Vaginal: de fondo de saco vaginal posterior, con parte curva de espátula de Ayre.
- * Toma Exocervical: de parte externa de cérvix, con parte bicornual de espátula.
- * Toma Endocervical: de endocérvix con hisopo. Hincapié en unión escamo-columnar.
- * Himen íntegro: toma con hisopo.

El informe morfológico es el más importante de todos, y sus resultados se clasifican según la llamada **clasificación de Bethesda**:

1. C.C.V. Normal y Benigna (pólipos, metaplasia, infecciones, ectopia).
2. ASCUS o AGUS (atipias escamosas o glandulares de significado incierto). Alto Grado (asociación probable a HPV) y Bajo Grado (asociación probable a cambios reparativos).
3. SIL (lesión intraepitelial escamosa) BAJO GRADO: lesiones con HPV ó CIN I.
4. SIL ALTO GRADO: CIN II ó CIN III (cáncer “in situ”).
5. Carcinoma Invasor.

Frotis cervical insatisfactorio (lo adecuado es conseguir menos del 5%):

- * Insuficientes células escamosas (es válido con insuficientes células glandulares).
- * Pobre fijación.
- * Marcada histólisis o abundantes neutrófilos.
- * Abundante sangre (evitar regla, y limpiar con suero salino el manchado leve).

Hay que repetir la CCV en 1-3 meses. Indicar Colposcopia tras 3 CCV insatisfactorias.

Manejo de la C.C.V. anormal:

1. ASCUS o AGUS:

- Remitir preferente a CC.EE. Ginecología para repetir C.C.V. en 3-6 meses.
- Si: * Negativa: continuar con PDPCCU.
* Patológica: Colposcopia y biopsia de cérvix.

2. SIL Bajo Grado, SIL Alto Grado, AIS (adenocarcinoma “in situ”), sospecha clínica de cáncer de cérvix: (atención a paciente con VIH o si se presume mal controlable):

- Remitir preferente a CC.EE. Ginecología para Colposcopia y Bx Cérvix):
- Si: * HPV: Crioterapia o control 6 meses.
* CIN-I: Crioterapia o control 6 meses.
* CIN-II: Crioter. o conización o control 6 m.
* CIN-III: Conización (Asa Diatermia).
* Ca Cérvix invasor: Histerectomía radical.

Controles del cérvix patológico tratado:

1. SIL BAJO GRADO, SIL ALTO GRADO, AIS, SIL + VIH, VIN o VAIN (neoplasia intraepitelial vulvar o vaginal) tratados:

- * C.C.V. anuales hasta los 70 años.

2. Caso particular: Histerectomizadas (no oncológicas):

- * Sin SIL previo: No precisan C.C.V.
- * SIL BAJO° previo: C.C.V. trienales hasta los 70 años.
- * SIL ALTO° previo: C.C.V. anuales hasta los 70 años.

Indicadores de Calidad. Programa Europeo Contra el Cáncer:

- * Cobertura > 85% de población diana.
- * Frotis inadecuados < 5%.
- * Sensibilidad y Especificidad > 90%.
- * Demora < 3 meses entre C.C.V. y comunicación de resultados al paciente.
- * Demora < 3 meses en derivación de A.P. a A.E. de frotis anormales.
- * Demora < 3 meses entre recepción en A.E. de frotis anormales y tratamiento.
- * Cánceres de Intervalo < 10% del total de cánceres.

Indicadores de Calidad. PDPCCU: (en cursiva, los relacionados con A.P.)

Intentan superar los objetivos del Programa Europeo.

- * *Cobertura al 100% de población diana.*
- * *Frotis inadecuados < 5%.*
- * *Demora < 1 mes entre toma C.C.V. y comunicación de resultados al paciente.*
- * *Demora < 2 semanas en derivación de A.P. a A.E. de frotis anormales.*
- * F.N. < 5% (SIL alto grado con frotis normales en últimos 3 años).
- * V.P.P. > 90%.
- * Colposcopia al 100% de SIL Alto Grado.
- * Bordes libres en conizaciones.
- * Estudio de extensión al 100% de cánceres de cérvix.
- * Estadíaje postquirúrgico al 100% de cánceres de cérvix operados.
- * Linfadenectomías pélvicas con ≥ 13 ganglios extirpados.
- * Demora < 2 meses entre recepción en A.E. de frotis preneoplásicos y tratamiento.
- * Demora < 1 semana para finalizar de forma ambulatoria el estudio extensión.
- * Demora < 1 mes entre diagnóstico de cáncer de cérvix y tratamiento quirúrgico.
- * Demora < 3 semanas entre solicitud de tratamiento adyuvante y su inicio.

CÁNCER de CUERPO UTERINO: ADENOCARCINOMA de ENDOMETRIO

No hay método eficaz de screening. La biopsia endometrial es muy agresiva. La ecografía trasvaginal en la postmenopausia (sin THS) es muy sensible aunque muy poco específica.

Factores de riesgo: edad avanzada (> 50 a), postmenopausia, HTA, DM, Obesidad, THS estrogénica, Tamoxifeno.

Ante **metrorragia**: remitir preferente a CC.EE. de Ginecología para ecografía y eventual biopsia de endometrio y/o histeroscopia.