fml. Revista de Medicina de Familia y Atención Primaria
www.revistafml.es ISSN: 1989-6832

SATÉLITE

Cribado poblacional de cáncer de cérvix

Alba Gómez González. Residente 2º año, Medicina Familiar y Comunitaria, Tarragona.
Raúl Calvo. Médico de Familia en Camarenilla, Toledo.

Citar como: Gómez González A, Calvo R. Cribado poblacional de cáncer de cérvix. fml. 2019; 24(3):4p

Palabras clave (MeSH): Uterine Cervical Neoplasms, Paternalism, Poverty.

Resumen

En este caso satélite hablamos de una mujer sana, de origen español y residente en Toledo, que, tras verse involucrada en el reciente cribado poblacional de cáncer de cérvix, obtiene un resultado alterado en la citología. Describimos como este hecho influye en sus relaciones interpersonales y su percepción de salud no solo para debatir sobre la dicotomía de realizar o no el cribado sino para profundizar sobre la necesidad de fomentar las decisiones compartidas con las personas, proporcionando toda la información que esté en nuestras manos para empoderar, en este caso a las mujeres, y acompañarlas hasta donde quieran llegar

fml. Octubre 2019; Volumen 24, número 3, 4 páginas.
Publicación oficial SVMFiC.
Artículo de acceso libre bajo una licencia Creative Commons:
Uso y distribución no restringidos, nombrando la fuente y sin hacer un uso comercial o modificación de la obra.

Caso-situación 4

"En Castilla La Mancha (España) se ha decidido implantar el cribado poblacional de cáncer de cuello de útero. Los profesionales de la salud se enteran por la prensa. Raúl, médico rural en Torrijos (provincia de Toledo), decide revisar el fundamento científico de tal decisión".

Introducción

La protagonista de la historia es una mujer de 53 años sin enfermedades previas, tiene un trabajo estable como modista, se declara cristiana y aparenta ser amante de lo políticamente correcto. Está casada por la iglesia y es madre de dos hijos. Ésta es la fotografía que tiene su médico de familia sobre ella, pero lo que no sabe es que sufrió maltratos físicos y psíquicos por parte de su padre hasta que contrajo matrimonio con su actual marido, al que tiene idealizado, tampoco sabe que ha crecido con un sentimiento de culpa que le ha acompañado gran parte de su vida y que no acaba de entenderlo, pero que existe.

Un día cualquiera, recibe una carta de la Consejería de Sanidad de Castilla- La Mancha en la que se le recomienda acudir a su centro de salud para realizarse una citología dado que, según el nuevo modelo de prevención de salud implantado, se debe reducir el periodo de cribado de cáncer de cérvix de 3 años, como hasta ahora, a 1 año.

Hasta ese día, nuestra protagonista se sentía sana y fuerte tras haber superado el calvario de su infancia, agradecida a su marido por darle una familia y desde hacía tiempo que ya había dejado atrás ese sentimiento de culpa. Decide hacer caso a la carta ya que, aunque se había hecho una el año anterior que había salido bien, no sabía que servía para detectar cáncer, y ella no quería tener uno. El resultado salió alterado, lo cual la devolvió al pozo del que había conseguido salir al casarse…buscó información por cuenta propia, por miedo a comentarlo con los demás y aun se sintió peor, ella, que sólo tenía relaciones sexuales con su marido y en contadas ocasiones…

Cómo está la lesión? Durante los siguientes 3 años la lesión ha estado estable, aun así, han estado haciendo visitas de control cada 3-4 meses con sus respectivas citologías y colposcopias hasta que ha remitido sin más.

¿Cómo está la paciente? Ella ha vivido el proceso sola, maltratándose cada vez que callaba sus emociones delante de su marido por miedo a perderlo; ha vivido con la sensación de estar enferma y preocupada por poder recibir una mala noticia en cualquier momento.

¿Qué dice la bibliografía?

A pesar de que el cáncer de cuello uterino se considera como es el segundo cáncer más frecuente en mujeres después del de mama en el mundo, hay grandes diferencias entre países según su grado de pobreza, de manera que en los países más pobres se posiciona como la primera causa de muerte por cáncer entre las mujeres, representando el 85% a nivel mundial[2] y siendo Haití (el país más pobre del mundo), el que cuenta con una tasa de mortalidad mayor[1]. Éste no es el caso de España, donde representa el 3,3% de los tumores del sexo femenino, por detrás de los tumores de mama, colorrectales, estómago, cuerpo de útero, ovario y hematológicos; con una muy baja incidencia (7,6 por cada 100.000 mujeres) y mortalidad (3,1 por cada 100.000 mujeres), siendo ésta de las más bajas de Europa[2]. Es precisamente por estos motivos por los que está en entredicho la utilidad de este cribado en nuestro país.

El cáncer de cuello de útero está provocado por el virus del papiloma humano (VPH), éste se transmite mediante las relaciones sexuales a pesar de utilizar el preservativo, pero no es la única causa ya que la mayoría de las mujeres habrán estado colonizadas por el virus en algún momento de sus vidas; el 90% de ellas no expresará lesión en ningún momento y el 10% restante desarrollará una lesión de grado variable, de los cuales el 1% progresará a cáncer.

Si los virus oncológicos llegan a iniciar el proceso de cáncer, lleva 10 años producir lesiones pre-cancerosas y otros 10

transformarse en cáncer in situ. Por este motivo no tiene sentido repetir citologías sin control ya que causan daño por sobrediagnóstico[3].

El motivo por el cual esa colonización puede llegar a desarrollar células malignas en el cérvix se desconoce, aunque se han propuesto algunas: inmunidad natural, coinfección con otras enfermedades de transmisión sexual, tabaco y, sobre todo, pobreza, analfabetismo, prostitución, poblaciones con limitado acceso a servicios sanitarios, encarceladas o ámbitos rurales. (1)

En 2012 "the U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF)", "the American Cancer Society (ACS)", "the American Society for Colposcopy and Cervical Pathology (ASCCP)", "The american Society for Clinical Pathology" y "American Crongress of Obstetricians and Ginecologists" se pusieron de acuerdo para realizar unas recomendaciones respecto al cribado de cáncer de cuello de útero en mujeres con un riesgo promedio*[4]:

> No se debe realizar el cribado a menores de 21 años independientemente de la actividad sexual que tengan ya que es en la etapa de la vida en la que es más probable que estén colonizadas por el virus dando lesiones sin importancia que regresan solas. De esta manera evitamos exponer a la mujer a tratamientos y efectos secundarios innecesarios como impotencia cervical y trabajo de parto prematuro, además de falsos positivos, ansiedad, problemas de pareja, etc. Por el mismo motivo, de los 21 a los 30 (en algunas comunidades de España se inicia a los 25 años) no se debe realizar determinación de VPH, tan solo citología cada 3 años.

* riesgo promedio: no lesiones precancerosas o cancerosas en cérvix diagnosticadas previamente, no inmunocomprometidas (incluyendo infección por VIH), no exposición intrauterina a dietilestilbestrol.

> Entre las mujeres de 30 a 65 años la detección con la combinación de la citología y muestra para VPH cada 5 años proporciona beneficios similares a los observados con el cribado citológica cada 3 años, puede ser útil para aquellas que quieran espaciar los controles.
>
> No se debe realizar screening a mujeres mayores de 65 años si tienen 3 citologías espaciadas en 3 años negativas o dos citologías asociadas a la determinación del VPH espaciadas en 5 años negativa.

En España hay unos 15 millones de mujeres entre los 18 y los 65 años y se realizan unos 10 millones de citologías anuales lo cual no cuadra con las recomendaciones citadas anteriormente[3].

Como dato, el valor predictivo positivo de la cuarta citología, siendo las tres anteriores normales y habiéndose realizado con 1 año de diferencia entre cada una, es del 1%, es decir, si se hace a una mujer cuatro citologías, una por año, y la cuarta le da patológica, la probabilidad real de que tenga cáncer es de un 1% y la probabilidad de que sea un falso positivo, del 99%[1].

Toda esta información le hubiera sido de gran ayuda a la protagonista de nuestra historia antes de someterse a esta prueba en principio "inocua" para su salud y que le ha acabado causando tanto sufrimiento. Creo que es necesario y primordial que las mujeres tengan en su poder toda esta información, porque es su derecho y les pertenece, para que ellas mismas puedan hacer una valoración riesgo-beneficio según sus propias vivencias y condición humana. Pienso que hay que romper con ese paternalismo que nos inculcan desde la universidad y que aflora esa voz que nos sugiere actuar "por su propio bien".

También creo que es importante informar a todas las mujeres que se han sometido a una citología y han obtenido un resultado alterado, de que no siempre quiere decir nada, de manera que CIN I es una variante de la normalidad que demuestra que ha habido infección viral y que se cura sola; CIN2 es una displasia que cura espontáneamente hasta en un 40% de los

casos y CIN 3 que siendo un carcinoma in situ puede no progresar a invasivo[3].

Por otro lado, teniendo toda la información que tenemos sobre los determinantes sociales que actúan como factores de riesgo para desarrollar esta entidad y teniendo en cuenta que 4 de cada 5 mujeres que fallecen por cáncer de cuello de útero nunca se hicieron una citología, puede ser interesante insistir y buscar a las mujeres que viven en situación de pobreza y exclusión social que son las que más se podrían beneficiar del programa de cribado.

Conclusiones

- Dada la baja prevalencia y mortalidad que causa el cáncer de cuello uterino en España, tiene poco sentido establecer un cribado poblacional, aunque parece interesante y conveniente animar a las mujeres con factores de riesgo específicos, como problemas de inmunidad y/o en situación de exclusión social, a que se adhieran al cribado citológico.

Bibliografía

1. Sánchez, R. Lo que una mujer no necesita. AMF 2012; 8 (11): 617-625.

2. Asociación Española contra el Cáncer. Evolución del cáncer de cérvix. Disponible en: https://www.aecc.es/es/todo-sobre-cancer/tipos-cancer/cancer-cervix/evolucion-cancer-cervix. [acceso 26 de junio de 2019]

3. Gérvas J, Pérez-Fernández M. Sano y salvo (y libre de intervenciones médicas innecesarias). 3ª ed. Barcelona: Sin fronteras, 2013.

4. Sawaya GF, Kulasingam S. Cervical Cancer Screening in Average-Risk Women: Best Practice Advice From the Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians. Ann Intern Med. 2015; 162 (12): 851-9.

5. Valls Llobet C. Mujeres, Salud y Poder. Madrid: Cátedra, 2017.