



CÁNCER DE CUELLO UTERINO: NUEVOS PARADIGMAS DENTRO DE UN MODELO INTEGRAL DE ATENCIÓN

En este número de la *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología* presentamos tres estudios relacionados con el cáncer de cuello uterino. El primero, aborda los conocimientos y comportamientos referidos por las pacientes al recibir el resultado de una citología anormal; el segundo, describe la frecuencia del resultado de citología de células escamosas atípicas que no descartan lesión escamosa intraepitelial de alto grado (ASC-H), y el tercero, describe la calidad de vida en mujeres con diagnóstico de cáncer de cérvix. Esta coyuntura nos ha brindado la oportunidad de fijar un punto de vista acerca de cuáles son los problemas que se deben investigar a nivel local para mejorar la atención individual de las pacientes con esta patología y lograr mejores resultados a través de programas de salud pública en este campo, y, asimismo, hacer una reflexión sobre el papel de los ginecólogos generales y subespecialistas en la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de las lesiones precancerosas del cérvix como también del cáncer invasor de cuello uterino para mejorar los indicadores de impacto de esta patología en el país.

Como primer punto, vale la pena recordar que el cáncer de cuello uterino sigue siendo un problema importante de salud pública en nuestro medio. En Colombia, se ha logrado una reducción tanto en la incidencia como en la mortalidad por este tipo de cáncer (1). El registro poblacional de Cali informaba, para el periodo 1982-1986, una incidencia ajustada por edad de 40,1 x 100.000 mujeres, mientras para el periodo 2003-2007, la incidencia informada era

del 20,1 x 100.000 (2). En relación con la mortalidad específica por cáncer de cérvix para el periodo 1984-1988, se estimó una cifra de 132 x 100.000 mujeres (3), y para el año 2011 el Instituto Nacional de Cancerología estimaba una mortalidad de 7 x 100.000 (4). Sin embargo, si nos comparamos con países de altos ingresos como Gran Bretaña, con tasas de 7,1 x 100.000 y 1,7 x 100.000 para incidencia y mortalidad respectivamente (1), nuestros indicadores muestran frecuencias 3 a 5 veces mayores. ¿Cómo explicar esta situación si disponemos de las mismas herramientas de prevención, tamización, detección temprana y tratamiento oportuno?

La explicación del comportamiento de estos indicadores es parcialmente provista por Murillo *et al.*, quienes afirman que en Colombia, a pesar de una buena cobertura poblacional de la citología, se presentan restricciones en el acceso a los servicios de salud. Ellos plantean, además, que hay limitaciones en la calidad de la citología, con una alta tasa de falsos negativos, a la vez que la limitación en el acceso lleva a demoras en la realización de los otros componentes del programa, tales como la colposcopia y la biopsia de cérvix –que permiten el diagnóstico precoz–, retrasos en el tratamiento oportuno de las lesiones precancerosas o cáncer temprano y fragmentación de acciones de seguimiento (5).

Por otra parte, el descubrimiento de que la infección persistente por algunos virus del papiloma humano (VPH) tiene una relación causal con el cáncer de cuello uterino, y el desarrollo subsecuente de vacunas

que previenen el desarrollo de estos cánceres atribuibles al VPH, es uno de los más importantes logros de la ciencia y la medicina (6). Varios ensayos controlados aleatorizados han demostrado una alta eficacia de la vacuna para prevenir enfermedades preinvasivas del cuello uterino, así como el adenocarcinoma *in situ*, lesiones que pueden progresar a carcinoma infiltrante si no son tratadas adecuadamente (7, 8).

Aunque los beneficios reales de la vacunación se podrán evaluar en aproximadamente dos décadas, el reto para Colombia consiste, no solo en implementar un programa de vacunación como el ya existente, sino además en estandarizar indicadores de calidad en cuanto a la estructura, el proceso y el resultado del programa; así como permitir la inclusión de nuevas vacunas y nuevas estrategias, en caso de que tanto unas como otras emerjan como resultado de nuevas investigaciones en el futuro. Además, deben buscarse alternativas para que el programa de vacunación se integre de una manera efectiva con las técnicas y los programas de tamización disponibles en nuestro medio (9).

En ese orden de ideas, el cambio del paradigma en la tamización debe ser simultáneo a la implementación de los programas de vacunación. Por una parte, se reconoce hoy que los programas de tamización con citología anual han demostrado ser ineficientes (10). También es reconocida la relación infección VPH-cáncer de cuello uterino y la historia natural de la enfermedad, por tanto, surge la opción de hacer tamización por medio de la detección de los tipos de virus VPH relacionados con el cáncer de cérvix. Varios ensayos clínicos que comparan el uso de la citología con las pruebas de VPH, han demostrado una reducción significativa en la incidencia de cáncer infiltrante en las mujeres sometidas a tamización con pruebas para detección de VPH (11). Esta tamización permite clasificar a la mujer en tres grandes grupos: mujer con infección positiva o negativa para VPH de alto riesgo; mujer con probables cambios celulares inducidos por el virus en las que se deben descartar lesiones premalignas, y mujeres con alto riesgo de

lesión infiltrante (10). Estas pruebas, además, tienen una mayor costo-efectividad al realizarlas en intervalos de tiempo mayores (5 años), y tienen la ventaja, en el evento de una prueba negativa de base, de detectar los casos incidentes de VPH donde se tiene mayor capacidad de prevenir el cáncer de cérvix invasor (11). Así como en los últimos tiempos las pruebas de tamización han avanzado rápidamente, debemos trabajar por reubicar el papel de la colposcopia, revisando sus indicaciones en el contexto de las pruebas moleculares y mejorando su precisión (10, 11).

Respecto al cáncer invasor de cuello uterino, se deben tener en cuenta los avances en su manejo. La aparición de las técnicas de cirugía mínimamente invasiva han demostrado mejorar notablemente los desenlaces intra y posoperatorios, los resultados estéticos y la calidad de vida sin cambios significativos en la supervivencia global, comparativamente con la cirugía abierta (12). Además, se deben tener en cuenta estas rutas de acceso combinadas con técnicas quirúrgicas preservadoras de fertilidad, en caso de que la paciente lo desee (13). El manejo óptimo implica, además, la conformación de juntas de manejo y equipos quirúrgicos adecuadamente entrenados (14, 15).

En estadios localmente avanzados y en recaídas, la aparición de nuevas técnicas de radioterapia, nuevos esquemas de quimioterapia, terapias blanco y el manejo de soporte oncológico son herramientas fundamentales en el control clínico de la enfermedad y en el logro de un funcionamiento adecuado del individuo en la sociedad (16). Por tanto, es importante llevar a cabo los estudios de calidad de vida de estas pacientes y dar una atención integral que vaya más allá de los aspectos médicos, como queda planteado en los estudios publicados.

En conclusión, la patología cervical implica un reto transversal que va desde la prevención primaria hasta la mujer con enfermedad infiltrante avanzada o recurrente, donde estamos en la obligación de implementar los cambios recientes e incluirlos todos dentro de un Modelo de Atención en Cáncer que comprometa a todos los actores relacionados y

la interdisciplinariedad requerida para un abordaje integral de nuestra paciente.

Jesús Acosta-Peñaloza, MD

Editor invitado

Ginecólogo oncólogo

Subdirector Atención Médica y Docencia

Instituto Nacional de Cancerología

Hernando Gaitán-Duarte, MD, MSc

Editor

REFERENCIAS

1. Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C, et al. GLOBOCAN 2012. Cancer incidence and mortality worldwide: IARC Cancer Base No. 11 [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer 2013. [Visitado 2014 Dic 22]. Disponible en: <http://globocan.iarc.fr>
2. Muñoz N, Bravo LE. Epidemiology of cervical cancer in Colombia. *Colomb Med.* 2012;43:298-304.
3. Piñeros M, Gamboa O, Hernández-Suárez G, Pardo C, Bray F. Patterns and trends in cancer mortality in Colombia 1984-2008. *Cancer Epidemiol.* 2013;37:233-9.
4. Instituto Nacional de Cancerología. Anuario estadístico 2011. Volumen 9. ISSN: 1909-8995. Bogotá: Milenio Editores e Impresores E.U.; 2014. [Visitado 2014 Dic. 22]. Disponible en: http://www.cancer.gov.co/files/libros/archivos/anuario_2011.pdf.
5. Murillo R, Wiesner C, Cendales R, Piñeros M, Tovar S. Comprehensive evaluation of cervical cancer screening programs: the case of Colombia. *Salud Publica Mex.* 2011;53:469-77.
6. Muñoz N, Castellsague X, de González AB, Gissmann L. HPV in the etiology of human cancer. *Vaccine.* 2006;24:S3/1-10.
7. FUTURE I/II Study Group, Dillner J, Kjaer SK, Wheeler CM, Sigurdsson K, Iversen OE, et al. Four year efficacy of prophylactic human papillomavirus quadrivalent vaccine against low grade cervical, vulvar, and vaginal intraepithelial neoplasia and anogenital warts: randomised controlled trial. *BMJ.* 2010;341:c3493.
8. Lehtinen M, Paavonen J, Wheeler CM, Jaisamrarn U, Garland SM, Castellsague X, et al. Overall efficacy of HPV-16/18 AS04-adjuvanted vaccine against grade 3 or greater cervical intraepithelial neoplasia: 4-year end-of-study analysis of the randomised, double-blind PATRICIA trial. *Lancet Oncol.* 2012;13:89-99.
9. Elfström KM, Dillner J, Arnheim-Dahlström L. Organization and quality of HPV vaccination programs in Europe. *Vaccine.* 2015;33:1673-81.
10. Schiffman M, Wentzensen N. Transitioning to a new era in cervical cancer screening. *Gynecol Oncol.* 2015;136:175-7.
11. Ronco G, Dillner J, Elfström KM, Tunesi S, Snijders PJ, Arbyn M, et al. Efficacy of HPV-based screening for prevention of invasive cervical cancer: follow-up of four European randomised controlled trials. *Lancet.* 2014;383:524-32.
12. Lee EJ1, Kang H, Kim DH. A comparative study of laparoscopic radical hysterectomy with radical abdominal hysterectomy for early-stage cervical cancer: a long-term follow-up study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2011;156:83-6.
13. Rob L, Skapa P, Robova H. Fertility-sparing surgery in patients with cervical cancer. *Lancet Oncol.* 2011;12:192-200.
14. Hwang JH, Yoo HJ, Joo J, Kim S, Lim MC, Song YJ, et al. Learning curve analysis of laparoscopic radical hysterectomy and lymph node dissection in early cervical cancer. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2012;163:219-23.
15. Lamb BW, Green JS, Benn J, Brown KF, Vincent CA, Sevdalis N. Improving decision making in multidisciplinary tumor boards: prospective longitudinal evaluation of a multicomponent intervention for 1,421 patients. *J Am Coll Surg.* 2013;217:412-20.
16. Tewari KS, Sill MWR, Long HJ 3rd, Penson RT, Huang H, Ramondetta LM, et al. Improved survival with bevacizumab in advanced cervical cancer. *N Engl J Med.* 2014;370:734-43.