

Historia de cribado en mujeres con cáncer infiltrante de cuello uterino

(Screening history in women with infiltrating uterine cancer)

Sr. Director:

Anualmente en España se registran unos 1.986 casos incidentes de cáncer de cuello uterino (cérvix) y 892 muertes por esta causa¹. La larga evolución de la enfermedad desde estadios preneoplásicos hasta la invasión permite que la detección precoz a través de programas de amplia cobertura, utilizando la citología de Papanicolaou, experimenten una reducción de su incidencia y mortalidad de cáncer de cervix en la población diana. En España, donde el cribado es oportunista, no se observa un descenso en la incidencia de cáncer de cervix en contraste con la mayoría de países europeos². En este trabajo identificamos en una zona geográfica predefinida la historia de citologías previas en mujeres con carcinoma incidente de cervix. La finalidad era estimar la proporción de mujeres con ausencia de citologías previas, citologías falsos negativos o citologías previas patológicas con un seguimiento inadecuado. Se revisaron los datos informatizados de 6 centros de anatomía patológica de la Regió Sanitària Centre (Hospital General de Vic, Hospital de Manresa, Corporació Parc Taulí de Sabadell, Hospital Mútua de Terrassa, Hospital de Terrassa y Hospital General de Granollers), donde se procesan las citologías cervicales de la Regió desde 1995. Se identificaron todos los diagnósticos de carcinoma de cervix en el intervalo 2000-2003 y se obtuvo información sobre la edad al diagnóstico, la historia previa de citología(s), el diagnóstico y la fecha de citologías previas. En caso de tener una citología previa negativa se solicitaba su revisión. Las citologías realizadas en los 12 meses que precedieron al diagnóstico se consideraron como parte del proceso diagnóstico.

Se identificaron 104 mujeres, 78 con carcinoma escamoso, 8 de los cuales fueron microinfiltrantes y 26 adenocarcinoma infiltrante de cervix (tabla 1). De todos los casos, en el 81,7% no había una citología previa, mientras que en un 18,3% se disponía de información de al menos una citología previa. El porcentaje de ausencia de citología previa identificado en nuestra serie es superior al 52,7% descrito en los 6-36 meses que preceden al diagnóstico en Estados Unidos o al 50% descrito en estudios europeos^{3,4}. En todos los trabajos se identifica que la edad avanzada es un factor vinculante a la ausencia de cribado. En nuestra serie, las mujeres sin historia previa de citología tenían 8 años más que las mujeres con historia previa de cribado (57,1 años frente a 49,3, respectivamente).

De las mujeres con historia previa de citología, un 8,7% tenía una citología previa normal realizada, como promedio, en los últimos 4 años. En 3 casos el intervalo fue menor a 3 años. En 2 casos de adenocarcinoma, la revisión por el patólogo modificó el diagnóstico de la citología previa de normal a adenocarcinoma. La proporción de mujeres con una citología previa normal fue superior en las mujeres con un adenocarcinoma respecto a las mujeres con un carcinoma escamoso (el 30,8 frente al 14,1%; $p = 0,03$), lo que contrasta con una proporción esperable de adenocarcinomas de un 10% de todos los tumores invasivos de cervix (19), y confirma la dificultad de la detección de esta enfermedad con los medios actuales de cribado.

Este trabajo retrospectivo está basado en los archivos médicos del sistema público y tiene como limitación la ausencia de información procedente de otras posibles fuentes de atención médica privada o pública fuera de la región. Sin embargo, la detección de un carcinoma invasivo en una enfermedad con una prolongada evolución preneoplásica, superior a los 10 años en la gran mayoría de los casos, refuerza nuestra valoración de que la ausencia de citología previa en estos casos debe ser en su gran mayoría una información fidedigna.

El problema más importante identificado en este trabajo es la probable ausencia de cribado previo en la mayoría de los casos y que los esfuerzos para disminuir la incidencia de

Tabla 1. Descripción de los 104 casos diagnosticados con un carcinoma escamoso o adenocarcinoma durante el período 2000-2003 en la Regió Sanitària Centre de Catalunya

| Historia de cribado | Número | % | Edad media (DE) | Diagnóstico histológico | | Interpretación final |
|-------------------------------|--------|------|-----------------|-------------------------|-----------------------|----------------------|
| | | | | Adenocarcinoma | Carcinoma infiltrante | |
| Con citología previa: | 19 | 18,3 | 49,3 (12,5)* | 8 (30,8) | 11 (14,1) | Falsos negativos |
| Normal ^a | 9 | | 53,3 (13,6) | 5 | 4 | Sensibilidad pobre |
| Patológica ^b | 8 | | 44,6 (3,6) | 1 | 7 | Fallo seguimiento |
| Reclasificada como patológica | 2 | | 51 (15,6) | 2 | 0 | Fallo lectura |
| Sin citología previa | 85 | 81,7 | 57,1 (2,0)* | 15 (69,2) | 67 (85,9) | Fallo cobertura |
| Total | 104 | 100 | 54,8 (16,1) | 26 | 78 | |

DE: desviación estándar.

^aRango de tiempo de la última citología de 1-8 años. En 3 casos el diagnóstico de normalidad se realizó en los 3 años anteriores al diagnóstico.

^bLos diagnósticos previos fueron 5 casos de atipia de significado incierto ($n = 1$), atipia glandular de significado incierto ($n = 1$) y lesión intraepitelial de bajo grado ($n = 3$).

*Valores estadísticamente diferentes entre ellos $p < 0,05$.

cáncer infiltrante de cérvix deben dirigirse a mejorar la cobertura de la población. Las mujeres de más de 50 años de edad podrían ser las mejores candidatas a una captación más activa a la habitual. El papel de las áreas básicas de salud para la captación de estas mujeres puede ser fundamental.

Agradecimientos

Este trabajo fue parcialmente financiado por la Comunidad Europea: QL4-CT-2000-01238.

**Silvia de Sanjosé^a / Maria Alejo^b / Neus Combalia^c /
Montserrat Culubret^d / Xavier Tarroch^e /
Josep Maria Badal^f / Imma Méndez^g /
Josefina Autonell^h / F. Xavier Bosch^a**

^aServei d'Epidemiologia i Registre del Càncer, Institut Català d'Oncologia, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España; ^bServei d'Anatomia Patològica, Hospital de Vic, Vic, Barcelona, España; ^cServei d'Anatomia Patològica, Corporació Parc Taulí, Sabadell, Barcelona, España; ^dServei d'Anatomia Patològica, Hospital de Terrassa, Terrassa, Barcelona, España; ^eServei d'Anatomia Patològica, Hospital Mútua de Terrassa, Terrassa,

Barcelona, España; ^fServei d'Anatomia Patològica, Hospital de Manresa, Manresa, Barcelona, España; ^gServei d'Anatomia Patològica, Hospital de Granollers, Granollers, Barcelona, España.

Bibliografía

1. International Agency for Research on Cancer IARC. Handbook of Cancer Prevention. Cervical cancer screening. Lyon: IARC; 2004.
2. Bray F, Loos AH, McCarron P, Weiderpass E, Arbyn M, Moller H, et al. Trends in cervical squamous cell carcinoma incidence in 13 European countries: changing risk and the effects of screening. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2005;14:677-86.
3. Sung HY, Kearney KA, Miller M, Kinney, Sawaya GF, Hiatt RA. Papanicolaou smear history and diagnosis of invasive cervical carcinoma among members of a large prepaid health plan. *Cancer.* 2000;88:2283-9.
4. Van den Akker-van Marle ME, Van Ballegooijen M, Hbbema JD. Low risk of cervical cancer during a long period after a negative screening in the Netherlands. *Br J Cancer.* 2003;88:1054-57.
5. Vizcaíno AP, Moreno V, Bosch FX, Muñoz N, Barros-Dios XM, Parkin DM. International trends in the incidence of cervical cancer (I). Adenocarcinoma and adenosquamous cell carcinomas. *Int J Cancer.* 1998;75:536-45.