



EDITORIAL

Cambios en el cribado del cáncer de cuello uterino**Changes in screening of cervical cancer**

Silvia de Sanjosé

Cancer Epidemiology Research Programme, IDIBELL, Institut Català d'Oncologia, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España y CIBER Epidemiología y Salud Pública, Barcelona, España

Tradicionalmente el cribado del cáncer de cuello uterino (CCU) se efectúa mediante el examen morfológico de las células de descamación del cuello uterino en mujeres adultas con una periodicidad variable de 1 a 3 o 5 años, entre pruebas. En líneas generales, la citología convencional ha sido la prueba de cribado primaria de elección, la cual debe repetirse frecuentemente (cada 3 años en mujeres de 25 a 65 años) para alcanzar niveles aceptables de efectividad. El desarrollo imparable del conocimiento científico de los últimos 20 años ha identificado la infección por el virus del papiloma humano (VPH) como la causa del CCU. Esta infección debe de ser persistente en el tiempo, y estar causada por alguno de los 13 tipos oncogénicos, de más de los 200 tipos conocidos del VPH¹. Este conocimiento ha generado el desarrollo de tecnología que permite identificar la presencia del VPH (ADN o ARN) de forma fiable, automatizada y generalmente con precios sostenibles. La evidencia científica sobre estas pruebas en el cribado primario indica que es al menos tan eficaz como la citología, pero con la ventaja de tener un mayor efecto protector, permitiendo alargar los intervalos de cribado hasta 5 años para mujeres VPH negativas. Múltiples estudios comparativos y ensayos randomizados han concluido de forma consistente que las pruebas del VPH aumentan la validez del cribado del CCU por un gran aumento de la sensibilidad y una discreta pérdida de especificidad.

En la actualidad el cribado del CCU se complementa con la vacunación del VPH a niñas entre 12-14 años, edad en la que, en su gran mayoría, no estarán aun en contacto con el VPH.

El cribado del CCU se viene realizando de forma sistemática en España desde los años 80. La mayoría de comunidades autónomas recomiendan el cribado a demanda, llamado también oportunista, en oposición al cribado organizado que invita activamente a todas las mujeres a riesgo de la población². En general, el cribado oportunista está marcado por un exceso de pruebas en una extensa población de bajo riesgo para el CCU combinada con un cribado prácticamente inexistente en los grupos de mayor riesgo. Tanto el cribado oportunista como el organizado, conducen a la disminución en la incidencia y la mortalidad del CCU si se consigue una amplia cobertura, aunque sustancialmente en menor grado y a mayor coste utilizando un sistema oportunista. Desde la década de los 60, varios países europeos tienen programas poblacionales organizados para el cribado del CCU. Los primeros fueron Finlandia e Islandia seguidos, años después, por países como el Reino Unido y Holanda. Más recientemente, algunos países se han adherido a las recomendaciones y directrices europeas y han implementado programas organizados poblacionales como Bélgica, Italia y también alguna CC.AA. española.

Se estima que, en España, aproximadamente un 70% de las mujeres se han realizado algún examen de cribado en los últimos 5 años. Sin embargo, la tasa de incidencia anual estimada (7,8 por cada 100.000 mujeres) es sustancialmente mayor que la de Finlandia (4,3 por cada 100.000 mujeres), país referente por su alta calidad de programa. El análisis de las tasas de mortalidad por el CCU en España detecta una estabilidad en las tasas, sin que se consiga el descenso deseado, que reduzca el número de muertes anuales de aproximadamente 2 mujeres por día. Desde un punto de vista epidemiológico el CCU en España podría considerarse como un cáncer de baja incidencia, sobre todo en

Correo electrónico: s.sanjose@iconcologia.net

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2016.10.001>

0212-6567/© 2016 Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

comparación con el cáncer de mama o el cáncer colorrectal. La visión de Salud Pública, el CCU es un cáncer evitable y mayormente controlable. Se puede considerar que la incidencia actual es fruto de una efectividad limitada de las políticas de prevención implementadas desde hace casi 4 décadas. Actualmente, se estima que alrededor de 3.100 casos de cáncer anogenital y más de 1.100 muertes al año son atribuibles a la infección por el VPH en España. Datos sobre la conducta sexual indican un aumento de la prevalencia del VPH en cohortes recientes de jóvenes adultos, asociado a un incremento en el número de compañeros sexuales, lo que augura un aumento de enfermedad asociada al VPH en años venideros, en ausencia de una prevención primaria y secundaria eficaz.

Organismos como la OMS, guías europeas o sociedades científicas implicadas^{3,4}, recomiendan la introducción de la detección del VPH como prueba primaria en las mujeres de 30 o más años, reservando la citología como triaje de las mujeres con VPH positivas o para las mujeres más jóvenes. Esta distinción, por edad, se realiza con el fin de separar las infecciones transitorias (mayormente en mujeres jóvenes) de las persistentes, dado que solo estas últimas se asocian a un mayor riesgo de cáncer. La posibilidad de ampliar los intervalos entre visitas si los resultados son negativos, manteniendo altísimos niveles de sensibilidad y especificidad, resulta en un balance coste-efectividad superior comparado con las recomendaciones tradicionales. Sin embargo, un cribado exitoso requiere de un programa bien organizado con alta cobertura y un buen sistema de control de calidad. Las nuevas recomendaciones deberían de implementarse desde un marco centralizado para garantizar algoritmos de

seguimiento bien definidos y homogéneos en los territorios, y facilitar la selección de pruebas de detección validadas y a un coste competitivo. En la actualidad, existen más de 200 pruebas de detección del VPH comercializadas, de las que unas 10 disponen de estudios comparativos de validación para un cribado primario poblacional. En línea con muchos países, las recomendaciones de las sociedades científicas españolas confluyen en los puntos principales de organización y calidad. En la actualidad disponemos de los elementos necesarios para acelerar el desarrollo de estos programas de prevención. Hoy es posible implementar intervenciones en la población que nos permitan un impacto favorable en la reducción del CCU de forma eficaz, válida y con la mínima medicalización posible.

Bibliografía

1. Muñoz N, Castellsagué X, de González AB, Gissmann L. Chapter 1: HPV in the etiology of human cancer. *Vaccine*. 2006;24 Suppl 3. S3/1–10.
2. Espinas JA, Aliste L, Fernandez E, Argimon JM, Tresserras R, Borrás JM. Narrowing the equity gap: The impact of organized versus opportunistic cancer screening in Catalonia (Spain). *J Med Screen*. 2011;18:87–90.
3. Torne A, del Pino M, Cusido M, Alameda F, Andia D, Castellsagué X, et al. Guía de cribado del cáncer de cuello de útero en España, 2014. *Rev Española Patol*. 2014;47:48.
4. von Karsa L, Arbyn M, De Vuyst H, Dillner J, Dillner L, Franceschi S, et al. European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening. Summary of the supplements on HPV screening and vaccination. *Papillomavirus Res*. 2015;1: 22–31.