

MANIFIESTO-DECLARACIÓN SOBRE LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE CÉRVIX EN ESPAÑA

El cribado citológico con una cobertura amplia ha conseguido reducir en un 80% el cáncer de cérvix en los países desarrollados durante las últimas décadas.

Ante la evidencia científica de que la determinación molecular del virus del papiloma humano (VPH) es más sensible, aunque menos específica, que el estudio citológico para el diagnóstico del cáncer de cérvix y de sus lesiones precursoras, algunos países europeos están considerando el cambio del cribado primario citológico al de la determinación de VPH (1- 2).

Diversas publicaciones han demostrado que en mujeres de entre 30 y 65 años, la estrategia de cribado citológico cada 3 años o la combinación de citología con determinación de VPH cada 5 años obtiene similares resultados. Sin embargo, existen muchas cuestiones pendientes de analizar en los distintos países con algún tipo de cribado (oportunista o poblacional) basado en la citología, y hasta el momento ninguna de las guías nacionales o internacionales de recomendaciones o programas de prevención han implementado el cribado primario por VPH (3-8).

El equilibrio entre los beneficios (reducción de incidencia y mortalidad del cáncer) y las desventajas (repetición de consultas, procedimientos invasivos, complicaciones terapéuticas, estrés psicológico por falsos positivos, etc.) del cribado se sopesan a la hora de determinar las recomendaciones y guías clínicas, de modo que la implementación de cualquier estrategia nueva de cribado debe ir precedida de un diseño detallado con pruebas de factibilidad y estudios piloto que garanticen la sostenibilidad y el mantenimiento del mismo (9).

Alineados con las recomendaciones europeas y americanas para el cribado del cáncer de cérvix, suscritas por la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) y la Asociación Española de Patología Cervical y Colposcopia (AEPCC), las sociedades abajo firmantes manifestamos lo siguiente:

- La citología cervical realizada en las condiciones adecuadas, sigue siendo el único método de cribado que ha demostrado reducir la incidencia y mortalidad del cáncer de cérvix.
- Se recomienda la implementación de un cribado poblacional frente al cribado oportunista predominante en España.
- Aunque la determinación de VPH, por su alta sensibilidad, permite espaciar el intervalo de cribado de 3 a 5 años cuando se utiliza de forma conjunta con la citología, la falta de control de la adecuación de la muestra y la ausencia de experiencia previa en poblaciones similares a la española, previenen contra el uso de la técnica como primer escalón en la estrategia de un cribado poblacional. La determinación molecular del virus del papiloma humano (VPH) de alto riesgo oncológico se recomienda en

función del resultado del estudio citológico o como adjunto al mismo (co-testing), considerándose de momento una prueba complementaria.

- Los resultados del estudio citológico se emitirán siguiendo la nomenclatura de la clasificación Bethesda 2001 y se implantarán sistemas de control de calidad en los laboratorios que no los estén aplicando.
- Los resultados del test de VPH estarán incluidos o adjuntos al informe citológico (especificando la técnica de detección) con el fin de integrar la información y de facilitar la continuidad asistencial entre Atención Primaria y Atención Especializada.
- Teniendo en cuenta la accesibilidad de las técnicas moleculares para la prueba del VPH y el incremento en la eficiencia por la utilización del material de la toma citológica, se recomienda la realización de la determinación molecular de VPH en los Servicios de Anatomía Patológica para integrar los resultados citológicos y virológicos, así como los histológicos de las biopsias resultantes, en beneficio de un seguimiento y tratamiento individualizado de las pacientes.
- Existe amplia evidencia científica para no realizar cribados citológicos en intervalos inferiores a los 3-5 años ante la historia natural del desarrollo del cáncer de cérvix.
- Debido a que un gran número de mujeres jóvenes que nunca desarrollarán cáncer de cérvix presentan infección por VPH de alto riesgo oncológico, no se recomienda realizar la prueba del VPH en mujeres menores de 30 años; proporciona daños que demandan del sobre-tratamiento de las mismas y no está demostrado que exista relación coste-efectividad.
- El cribado del cáncer de cérvix se realizará al nivel asistencial de Atención Primaria.
- La toma citológica incluirá exocérvix y endocérvix y podrá utilizarse el método convencional de extensión directa en un cristal portaobjetos o el método de citología en medio líquido. Recomendamos, dentro de lo posible, la utilización de la citología en base líquida por las siguientes razones:
 - a) evita la duplicidad de estudios al permitir la conservación de material adicional a temperatura de ambiente durante semanas. Por tanto, a largo plazo resulta coste-eficiente al reducir el número de consultas médicas e intervenciones a la paciente. De ésta manera, en un mismo informe se unifica el diagnóstico citológico y el estatus de infección por VPH.
 - b) permite la determinación del VPH en el mismo material, aspecto éste muy importante en el control de calidad del estudio.
 - c) proporciona una mayor facilidad y rapidez en la interpretación de la muestra.

d) permite la lectura automatizada, lo cual es rentable cuando se estudian grandes poblaciones. A su vez, la doble lectura constituye una mejora de la calidad del cribado.

e) hay evidencia científica sólida de que la citología en base líquida reduce el número de muestras insuficientes o inadecuadas (10).

f) aunque existe abundante bibliografía que encuentra comparable la sensibilidad de la citología convencional y la de la realizada en base líquida para la detección de cáncer de cérvix y de lesiones precancerosas, hay un número creciente de estudios demostrando un aumento de la sensibilidad diagnóstica de ésta técnica para las lesiones precancerosas de bajo grado y de alto grado (9).

- Para garantizar el éxito del programa de cribado, son esenciales, no solo los aspectos técnicos y de coordinación, sino también la cualificación profesional de todo el personal implicado.
- La puesta en marcha de cualquier programa de cribado poblacional requiere la colaboración multidisciplinar de citopatólogos, epidemiólogos, médicos de atención primaria, ginecólogos, histopatólogos, microbiólogos y trabajadores sociales, entre otros (5).
- Es fundamental que la estrategia de cribado consiga llegar a las áreas de población de alto riesgo para garantizar la efectividad de la medida. Para lograr este propósito es necesario concienciar a la población de la necesidad de participar en los programas de prevención, especialmente a las mujeres con factores de riesgo.
- La sostenibilidad de un programa de cribado exige un exhaustivo control de calidad, informatización y la revisión regular de las recomendaciones, ya que aparecen nuevos métodos, tecnologías y estrategias que pueden modificar las condiciones (por ejemplo, vacunación, *co-testing*, determinaciones moleculares, etc.). Es por ello que las guías de recomendación deben actualizarse con regularidad.

Firmado:

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CITOLOGÍA
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ANATOMÍA PATOLÓGICA

ABRIL DE 2013

1.- van Rosmalen J, Kock IMCM, van Ballegooijen M. **Cost-effectiveness of cervical cancer screening: cytology versus human papillomavirus DNA testing.** BJOG 2012;119(6):699-709.

2.- Ronco G, Giorgio-Rossi P, Carozzi F . **New Technologies for Cervical Cancer Screening (NTCC) Working Group. Efficacy of human papillomavirus testing for the detection of invasive cervical cancers and cervical intraepithelial neoplasia: a randomised controlled trial.** Lancet Oncol 2010;11:249-257.

3.-Moyer VA, en nombre del US Preventive Task Force. **Screening for Cervical Cancer: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement.** Annals of Internal Medicine 2012;156:880-92.

4.- Saslow D, Solomon D, Lawson HW, Killackey M, Kulasingam SL, Cain J, Garcia FAR, Moriarty AT, Waxman AG, Wilbur DC, Wentzensen N, Downs LS, Spitzer M, Moscicki AB, Franco EL, Stoler MH, Schiffman M, Castle PE, Myers ER, the ACS-ASCCP-ASCP Cervical Cancer Guideline Committee. **American Cancer Society, American Society for Colposcopy and Cervical Pathology, and American Society for Clinical Pathology Screening Guidelines for the Prevention and Early Detection of Cervical Cancer.** Ca Cancer J Clin 2012;62:147-172.

5.- Arbyn M, Anttila A, Jordan J, Ronco G, Schenck U, Segnan N, Wiener H, Herbert A, von Karsa L. **European Guidelines for Quality Assurance in Cervical Cancer Screening. Second Edition-Summary Document.** Annals of Oncology 2010;21:448-58.

6.- Rossi PG, Ronco G. **The present and future of cervical cancer screening programmes in Europe.** Curr Pharm Des 2013;19(8):1490-97.

7.- **Canadian Task Force on Preventing Health Care. Recommendations on screening for cervical cancer.** CMAJ 2013;185:35-45.

8.- Cortes J, Martín-Torres F, Ramón y Cajal JM, Gil A, Velasco J, Abizanda M, Miranda P, Garrido R. **Prevención primaria y secundaria de los cánceres de cuello de útero y vulva: recomendaciones para la práctica clínica.** Prog Obstet Ginecol 2010;53 (supl1):1-19.

9.- Lynge E, Törnberg S, von Karsa L, Segnan N, van Delden JJM. **Determinants of successful implementation of population-based cancer screening programmes.** Eur J Cancer 2012;48:743-748.

10.- **Appraisal Consultation Document: Guidance on the use of liquid-based cytology for cervical screening (review of existing guidance Lumber 5).** National Institute of Health and Clinical Excellence. U.K. <http://www.nice.org.uk/guidance>