

Historia natural del cáncer cervicouterino: Incluso una prueba de detección ocasional contribuye a salvar la vida de las mujeres de más edad

De acuerdo con los últimos datos disponibles, cada año se presentan en el mundo alrededor de 466.000 nuevos casos de cáncer cervicouterino, y la mayoría de ellos en los países en desarrollo. De las 231.000 muertes anuales a causa de este cáncer, aproximadamente el 80% se produce en los países en desarrollo, donde el cáncer cervicouterino es el más letal de los cánceres entre las mujeres.¹ La detección precoz de este cáncer es una medida costo-efectiva para salvar muchas vidas. Un estudio realizado en 1993 por el Banco Mundial mostró que efectuar dichas pruebas cada cinco años, con un seguimiento estándar para los casos pesquisados, tiene un costo aproximado de US\$100 por año de vida ajustado en función de la discapacidad (AVAD), en comparación con el costo cercano a los US\$2600

por AVAD que implica tratar el cáncer infiltrante y proporcionar cuidados paliativos.² Con el fin de asegurar que las intervenciones para prevenir el cáncer cervicouterino salven la vida de las mujeres, los programas deben cimentarse en una comprensión clara de la historia natural del cáncer cervicouterino

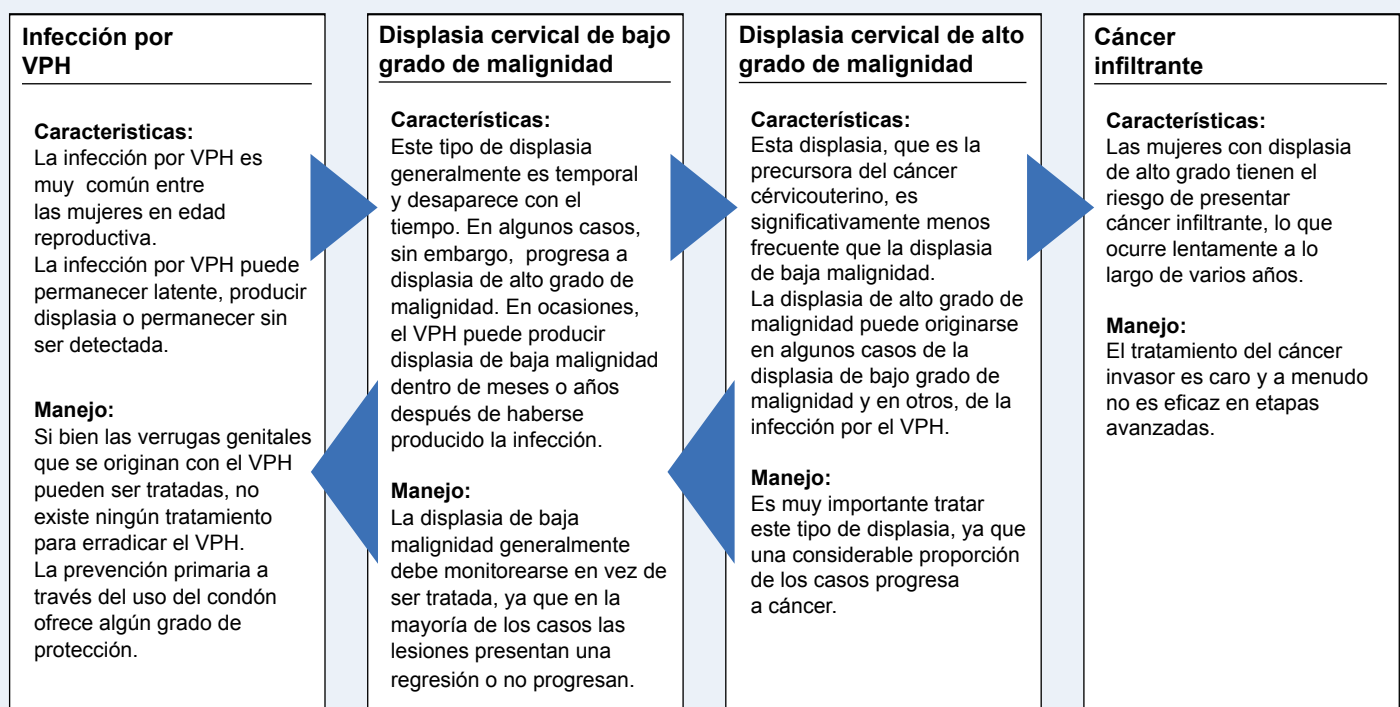
El VPH es la principal causa del cáncer cervicouterino

- El virus papiloma humano (VPH), una infección de transmisión sexual común, es la principal causa subyacente de cáncer cervicouterino.³
- Es muy difícil prevenir la transmisión del VPH. Los métodos anticonceptivos de barrera sólo tienen una eficacia parcial, dado que el virus puede existir en la mayor parte del área anogenital (incluso

en áreas que no son cubiertas por el condón masculino) y puede permanecer activo durante años.⁴

- Si bien no existe un tratamiento para el VPH, en la mayoría de los casos la infección se remite hasta alcanzar niveles indetectables. En algunas mujeres, sin embargo, la infección por VPH persiste y evoluciona a lesiones precancerosas, llamadas displasias. Las mujeres inmunocomprometidas pueden presentar alto riesgo de una infección persistente.⁵
- La infección detectable de VPH es más común en mujeres jóvenes. Aunque la prevalencia varía entre las distintas regiones, suele alcanzar su punto más alto (alrededor de un 20%) en las mujeres entre 20 y 24 años, disminuyendo hasta alcanzar aproximadamente un 8 to 10% en mujeres de más de 30 años.⁶

Figura 1. Historia natural del cáncer cervicouterino e implicancias programáticas



El cáncer cervicouterino generalmente demora muchos años en presentarse; las mujeres mayores constituyen el grupo de más alto riesgo y el que requiere de mayor control

- Entre el pequeño porcentaje de mujeres infectadas con VPH que desarrollan una displasia, lo más probable es que sea leve, la cual generalmente remite o no progresa, particularmente entre las mujeres menores de 35 años. De las mujeres que de las desarrollan displasia, pocas progresarán a cáncer cervicouterino.
- La progresión a lesiones detectables o precancerosas puede demorar hasta 10 años. Un estudio estima que el riesgo de que una lesión precancerosa progrese de moderada a grave es de 32% en un período de 10 años.⁷
- Las mujeres de 35 años o más a las que se les ha identificado lesiones precancerosas moderadas o graves presentan un alto riesgo de desarrollar cáncer.
- El cáncer cervicouterino suele presentarse en mujeres mayores de 40 años y es más frecuente en mujeres alrededor de los cincuenta o sesenta.^{8,9,10}
- El consumo de tabaco, un embarazo a edad temprana, el

uso de anticonceptivos orales y las implicancias físicas de una alta paridad parecen aumentar de manera independiente el riesgo de una mujer de presentar un cáncer cervicouterino.⁹

- Las impresiones clínicas de las crecientes tasas de cáncer cervicouterino en mujeres jóvenes pueden reflejar la estructura etárea de una población o los patrones de detección, y no un cambio en las tasas específicas en función de la edad.¹¹

Incluso la realización de pruebas de detección ocasionales puede ser una medida eficaz

- Los controles efectuados ocasionalmente y su posterior seguimiento en mujeres de 30 años o más es un enfoque aceptable y costo-efectivo para prevenir el cáncer cervicouterino, suponiendo que el método de detección sea eficaz, tenga una amplia cobertura y esté fidedignamente ligado a tratamiento.^{12,13}
- Las mujeres que previamente hayan tenido al menos un frotis cervical negativo presentan bajas tasas de cáncer invasor por diez o más años.¹⁴
- Un estudio de Sudáfrica sugiere que incluso realizar estas pruebas de detección una vez en la vida a los 35 años puede reducir considerablemente la mortalidad por cáncer cervicouterino en un 26% (ver Cuadro 1).¹³

“En los países en que los recursos son limitados, se debería procurar que todas las mujeres cercanas a los 40 años se sometan una vez en la vida a exámenes de detección. Allí donde haya recursos suficientes, se debería aumentar la frecuencia de estas pruebas y realizarlas cada 10 años, y luego cada cinco años para las mujeres entre los 35–55 años. En los países con más recursos donde se somete a gran parte del grupo objetivo a pruebas de detección, se debe ampliar la cobertura en primer lugar a las mujeres mayores (hasta los 60 años) y luego a las mujeres más jóvenes (mayores de 25 años). Si se dispone de recursos adicionales y se está sometiendo a gran parte del grupo objetivo a pruebas de detección cada 5 años, se debe aumentar la frecuencia de estas pruebas a una vez cada 3 años en las mujeres entre los 25–60 años”.

—Organización Mundial de la Salud, 1992⁹

Cuadro 1: Reducción potencial de las tasas acumulativas de cáncer cervicouterino de acuerdo a diferentes frecuencias de las pruebas de detección

Frecuencia de las pruebas de detección*	Reducción porcentual de la tasa acumulativa†
cada año	90-93
cada 2 años	86-91
cada 3 años	75-88
5 veces en la vida	61-74
3 veces en la vida	35-55
2 veces en la vida	29-42
1 vez en la vida	17-32

Adaptado de Goldie, SJ, et al. 2001¹³

* Los rangos se aplican a estrategias que incluyen 1-visita con IVA, 2-visitas con prueba de VPH, y 3-visitas con Pap.

† Estos valores se basan en las premisas siguientes: la sensibilidad del tamizaje es del 100%; la cobertura de éste es del 80%; y el tratamiento de todas las mujeres con displasias de grado alto es eficaz.

Referencias

1. Ferlay J, Bray F, Pisani P, et al. *GLOBOCAN 2000: Cancer Incidence, Mortality, and Prevalence Worldwide. Version 1.0*. IARC CancerBase No. 5, Lyon: IARC Press (2001).
2. Jamison DT, Mosley WH, Measham AR, et al., eds. *Disease Control Priorities in Developing Countries*. New York: Oxford University Press, World Bank (1993).
3. Bosch FX, Muñoz N, de Sanjose S. Human papillomavirus and other risk factors for cervical cancer. *Biomedicine & Pharmacotherapy* 51(6-7):268-275 (1997).
4. PATH. Preventing cervical cancer in low-resource settings. *Outlook* 18(1):1-8 (2000).
5. Temmerman M, Tyndall MW, Kidula N, et al. Risk factors for human papillomavirus and cervical precancerous lesions, and the role of concurrent HIV-1 infection. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 65(2):171-181 (May 1999).
6. Herrero R, Schiffman MH, Bratti C, et al. Design and methods of a population-based natural history study of cervical neoplasia in a rural province of Costa Rica: the Guanacaste Project. *Pan American Journal of Public Health* 1(5):362-375 (May 1997).
7. Holowaty P, Miller AB, Rohan T, et al. Natural history of dysplasia of the uterine cervix. *Journal of the National Cancer Institute* 91(3):252-258 (February 3, 1999).
8. Parkin DM. “The Epidemiological Basis for Evaluating Screening Policies.” In: Franco E and Monsonego J, eds. *New Developments in Cervical Cancer Screening and Prevention*. Oxford: Blackwell Science (1997).
9. Miller AB. *Cervical Cancer Screening Programmes: Managerial Guidelines*. Geneva: World Health Organization (1992).
10. Parkin DM, Whelan SL, Ferlay J, et al., eds. *Cancer Incidence in Five Continents, Volume VII*. International Agency for Research on Cancer (IARC) Scientific Publications No. 143. Lyon: IARC (1997).
11. Herdman C, Sherris J. *Planning Appropriate Cervical Cancer Prevention Programs*. 2nd ed. Seattle: PATH (2000).
12. Mandelblatt JS, Lawrence WR, Gaffikin L, et al. Costs and benefits of different strategies to screen for cervical cancer in less-developed countries. *Journal of the National Cancer Institute* 94(19):1469-1483 (October 2, 2002).
13. Goldie SJ, Kuhn L, Denny L, et al. Policy analysis of cervical cancer screening strategies in low-resource settings: clinical benefits and costeffectiveness. *Journal of the American Medical Association* 285(24):3107-3115 (June 27, 2001).
14. IARC Working Group on Cervical Cancer Screening. Summary chapter. In: Hakama M, Miller AB, Day NE, eds. *Screening for Cancer of the Uterine Cervix*. IARC Scientific Publications No. 76. Lyon: IARC (1986).

Alliance for Cervical Cancer Prevention Members

EngenderHealth, 440 Ninth Avenue, New York, New York 10001 USA, Tel: (212) 561-8000

IARC (International Agency for Research on Cancer), 150, cours Albert-Thomas, F-69372, Lyon cedex 08, FRANCE, Tel: 33-472738599

JHPIEGO Corporation, 1615 Thames Street, Baltimore, Maryland 21231 USA, Tel: (410) 955-8618

PAHO (Pan American Health Organization), 525 Twenty-Third Street, N.W., Washington, DC 20037 USA, Tel: (202) 974-3890

Program for Appropriate Technology in Health (PATH), Agencia coordinadora de la Alianza, 1455 NW Leary Way, Seattle, Washington 98107 USA, Tel: (206) 285-3500

La Fundación Bill & Melinda Gates apoyó la elaboración de este documento por la Alianza para la Prevención de Cáncer Cervical (ACCP). Para más información, por favor visite el sitio web de la ACCP: www.alliance-cxca.org. Se puede contactar a la Alianza por correo postal por medio de PATH o por correo electrónico: accp@path.org. Agosto 2003

ACCP

Alliance for Cervical Cancer Prevention