

HOSPITAL UNIVERSITARIO GINECOOBSTÉTRICO
"MARIANA GRAJALES"
SANTA CLARA, VILLA CLARA

COMUNICACIÓN

INSPECCIÓN VISUAL CON ÁCIDO ACÉTICO: DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER CERVICOUTERINO EN ENTORNOS DE BAJOS RECURSOS

Por:

Dr. Félix José Casanova Fonticiella¹, Dr. Ángel Félix Gálvez Puyuelo² y Dra. Nuria Vega Betancourt³

1. Especialista de II Grado en Obstetricia y Ginecología. Hospital Ginecoobstétrico Docente "Mariana Grajales". Santa Clara, Villa Clara. Profesor Auxiliar. ISCM-VC. e-mail: casanova@capiro.vcl.sld.cu
2. Especialista de I Grado en Obstetricia y Ginecología. Hospital Ginecoobstétrico Docente "Mariana Grajales". Santa Clara, Villa Clara. Asistente. ISCM-VC. e-mail: angelfg@capiro.vcl.sld.cu
3. Especialista de I Grado en Obstetricia y Ginecología. Hospital Ginecoobstétrico Docente "Mariana Grajales". Santa Clara, Villa Clara. Instructora. ISCM-VC. e-mail: nuriavega@capiro.vcl.sld.cu

Descriptor DeCS:

ÁCIDO ACÉTICO/uso diagnóstico NEOPLASMAS
DEL CUELLO UTERINO/ diagnóstico

Subject headings.

ACETIC ACID/diagnostic use
CERVIX NEOPLASMS/diagnosis

El cáncer cervical, el segundo más común entre las mujeres de todo el mundo, es un problema de salud importante. En el año 2000, hubo más de 493 000 nuevos casos diagnosticados y 273 500 muertes por cáncer cervical, y en el 2005 ocurrieron aproximadamente 250 000 muertes por esta causa. Aproximadamente, el 85 % de esos fallecimientos sucedieron en países en vías de desarrollo, y en algunos lugares el cáncer cervical provoca la pérdida de más vidas que las causadas por condiciones relacionadas con el embarazo. Se estima que más de un millón de mujeres en todo el planeta tienen cáncer cervical en estos momentos; en la mayoría de ellas, no se ha diagnosticado o no tienen acceso al tratamiento que podría curarlas o prolongar sus vidas. Sin una acción urgente, las muertes por esta enfermedad aumentarán alrededor del 25 % en los próximos 10 años. Este gran impacto se infravalora a la hora de plantear las prioridades de salud, y requiere de una consideración mayor por los que tienen que confeccionar los programas sanitarios^{1,2}.

Sin embargo, desde 1968, el Ministerio de Salud Pública en Cuba, con la colaboración de los organismos de masas, desarrollan un Programa para el diagnóstico precoz del cáncer de cuello del útero. Durante los años transcurridos, a millones de mujeres se les ha realizado el examen citológico cervicovaginal, y miles de ellas han sido beneficiadas con el diagnóstico temprano de su enfermedad³.

Las tasas de incidencia normalizadas por edad más elevadas de cáncer cervicouterino se han registrado en Melanesia, África meridional y oriental, y América Central y del Sur. Un motivo importante que explica esta incidencia manifiestamente mayor en los países en desarrollo, es la falta de programas de tamizaje eficaces. Según una estimación realizada en 1985, cerca del 5 %

de las mujeres de los países en desarrollo se habían sometido a un pesquisaje para determinar la presencia de neoplasias cervicouterinas en los cinco años anteriores, en comparación con 40 % a 50 % de las mujeres en los países desarrollados. No es muy probable que esta disparidad se haya modificado significativamente. La tasa de mortalidad del cáncer cervicouterino normalizada por edad en los países en desarrollo, en 1990, era dos veces la de los países desarrollados. En África, Asia y las islas del Pacífico, las tasas de mortalidad por cáncer cervicouterino se reducirían al menos un 30 %, si las mujeres tuvieran acceso a la detección temprana y al tratamiento apropiado equivalente al de los países desarrollados. Los conocimientos actuales sobre la historia natural del cáncer cervicouterino indican que el número de mujeres que pueden tener afecciones precursoras de esta enfermedad es de dos a cinco veces mayor que las que pueden tener cáncer invasivo. Por consiguiente, puede haber hasta 7 000 000 de mujeres con displasia de alto grado, que deben ser identificadas y tratadas⁴.

Teniendo en cuenta los retos que implica poner en práctica servicios citológicos de gran calidad, especialmente en los países en desarrollo, ha existido mucho interés por encontrar nuevos enfoques para realizar el tamizaje de las lesiones displásicas. Dos enfoques revisten interés particular: el pesquisaje visual y las pruebas de detección de la infección por el virus del papiloma humano (VPH). Últimamente se han emprendido muchas investigaciones para analizar la exactitud y la aceptabilidad de la inspección visual como procedimiento de detección de las enfermedades cervicouterinas precursoras y el cáncer. El tamizaje visual es un procedimiento para identificar estas lesiones, sin recurrir al examen citológico o prueba de Papanicolaou. Hay varios tipos de procedimientos de tamizaje visual: la inspección visual, que no permitía identificar con exactitud las afecciones precancerosas; la inspección visual a simple vista, tras la aplicación de solución de Lugol; la inspección visual con ácido acético (IVAA), que se considera un procedimiento más prometedor para identificar las lesiones precancerosas de alto grado, y otras, como la inspección visual con ácido acético y amplificación; la cervicografía, que consiste en fotografiar el cuello del útero después de aplicar un lavado con ácido acético, y se están estudiando varias técnicas en las que se emplea la detección electrónica. Si bien se necesitan más datos para extraer conclusiones sobre las ventajas y las limitaciones de la IVAA, se considera que es una alternativa prometedora para identificar las lesiones precancerosas en los entornos de bajos recursos⁵.

En este método, se realiza un hisopado del cuello uterino con una solución de ácido acético o vinagre antes de proceder al examen visual. Las diferencias de estructura y de las tasas de absorción de las células precancerosas hacen que las células anormales adquieran un aspecto blanquecino temporal (acetoblanco), cuando se ponen en contacto con esta solución. Las anomalías se identifican por inspección del cuello, sin magnificación, lo que permite obtener una evaluación inmediata de una IVAA positiva (anormal) o negativa (normal). Considerando que no depende de servicios de laboratorio, la IVAA es una alternativa promisoriosa en lugares donde los recursos son limitados. Se ha usado en ensayos grandes en países en vías de desarrollo y, hasta el momento, según los datos obtenidos, la Organización Mundial de la Salud (OMS) la recomienda para ensayos pilotos. En diversas investigaciones, se ha demostrado que tiene una sensibilidad promedio para detectar el cáncer de cerca del 77 %, en un rango que va de 56 % a 94 %, y la especificidad fue de 74 % a 94 %, con un promedio de 86 %.

Entre sus ventajas se señalan que los costos asociados con la ejecución y el mantenimiento de los procedimientos son menores que los asociados a otros métodos de tamizaje; es relativamente simple, de tecnología sencilla, que depende en grado mínimo de la infraestructura para su realización adecuada; suponiendo que existan los servicios de tratamiento necesarios, el procedimiento puede ser realizado por personal no médico, siempre que reciba adiestramiento adecuado y permanente; los resultados están disponibles de inmediato, lo que permite, en principio, proceder al tratamiento en la misma visita; en estudios en los que se examinó la exactitud de la IVAA, se comprobó que la técnica puede llegar a ser bastante exacta. Por existir diferencias en los protocolos de estudio, las poblaciones estudiadas y los resultados, se dificulta el resumen de las conclusiones. Entre las desventajas se señalan que, por el bajo valor predictivo positivo de la prueba, un número considerable de mujeres cuya prueba es positiva, no tienen la enfermedad, lo que da lugar a un diagnóstico y tratamiento excesivos y a una ansiedad innecesaria; las pruebas de inspección visual no son confiables en las mujeres posmenopáusicas, debido a que la zona de transformación de ellas se encuentra frecuentemente dentro del canal cervical, no se puede realizar un registro de la prueba que se pueda revisar más tarde (como la lámina de

citodiagnóstico), y hasta ahora se ha evaluado como un estudio que se ha realizado una vez en la vida, y sus logros, en un tamizaje periódico, no han sido evaluados. No obstante, sobre la base de los resultados de varias investigaciones pueden extraerse conclusiones generales sobre la utilidad de la IVAA en los entornos de bajos recursos, como que, en general, la sensibilidad de este método para detectar las displasias de alto grado es por lo menos igual a la de las pruebas citológicas, mientras que su especificidad es algo menor^{2,5}.

Según Sankaranarayanan y colaboradores⁶ en estudios sobre la IVAA, la citología y las pruebas de detección de la infección por el VPH, publicados recientemente, sugieren que tanto estos últimos como la IVAA son muy atractivos en términos de costo y efectividad comparados con el tamizaje convencional mediante exámenes citológicos, y consideran a la IVAA como un método prometedor en lugares de pocos recursos. Blumenthal y colaboradores⁷ señalan que los métodos tradicionales, caracterizados por el uso de la citología y múltiples visitas para el diagnóstico y el tratamiento, han probado ser impracticables en estos lugares, por lo que la Alianza para la Prevención del Cáncer Cervical (ACCP, por sus siglas en inglés) ha priorizado la investigación y evaluación de métodos alternativos, particularmente el uso de aquellos de inspección visual con ácido acético y con Lugol. Jerónimo y colaboradores⁸ plantean que los resultados de su investigación esbozan los beneficios potenciales del uso de la IVAA en todos los niveles de los sistemas de salud de los países en desarrollo, que esta aumenta la detección de las lesiones premalignas, y creen que puede usarse como un instrumento de tamizaje en países pobres, no solamente en áreas rurales y pequeños centros de salud, sino también en hospitales, institutos oncológicos y otras instalaciones sanitarias que poseen mejores recursos. Pérez-Cruz y colaboradores⁹, en un estudio realizado en zonas rurales de México, explican que la capacitación práctica del personal clínico en inspección visual es clave para la efectividad de este método.

Según la OMS¹⁰, se considera que es absolutamente necesario un entrenamiento integral para proporcionar exámenes de tamizaje con IVAA confiables, en un corto período de uno a dos semanas, y se puede entrenar a médicos, enfermeros generales y obstétricos, personal auxiliar de enfermería, trabajadores de la salud y graduados universitarios. En los estudios realizados hasta su publicación en el 2002, la proporción de pesquijajes positivos identificados por los recién entrenados había sido del 25-35 %, y luego descendió del 10-18 % en la mayoría de los casos.

A pesar de que en Cuba se realiza la inspección colposcópica con ácido acético, como parte de los estudios que se practican a las pacientes que tienen un citodiagnóstico cervical alterado, la IVAA no es un examen de detección en que estén entrenados nuestros médicos. Consideramos que por el elevado número de médicos cubanos que ofrecen asistencia solidaria en muchos países de bajos recursos y que, además, futuros médicos de esos países estudian actualmente en universidades cubanas, el entrenamiento en la IVAA debe formar parte de la capacitación de los futuros médicos que egresen de nuestras escuelas de Medicina y de la enseñanza de posgrado, principalmente en Medicina General Integral y en Ginecología y Obstetricia.

Referencias bibliográficas

1. Alliance for Cervical Cancer Prevention (ACCP). Planning and implementing cervical cancer prevention and control programs: A manual for managers. Seattle: Accp; 2004.
2. World Health Organization. Comprehensive cervical cancer control: a guide to essential practice [monografía en Internet]. Ginebra: WHO Press; 2006. [cited 24 Aug 2006]. Disponible en: http://www.who.int/reproductive-health/publications/cervical_cancer_gcp/text.pdf.
3. Cabezas Cruz E, Camacho Canino T, Santana Martínez A, Borrajero Martínez I, Aguilar Vela de Oro F, Romero Pérez T, et al. Introducción. En: Programa nacional de diagnóstico precoz del cáncer cervicouterino. La Habana: Ciencias Médicas; 2001. p. 7.
4. Herdman C, Sherris J, Bishop A, Burns M, Coffey P, Erickson J, et al. Cáncer cervicouterino: magnitud del problema. En: Planificación de programas apropiados para la prevención del cáncer cervicouterino. 3^{ra} ed. Washington DC: OPS/OSP; 2002. p. 3-6.
5. Herdman C, Sherris J, Bishop A, Burns M, Coffey P, Erickson J, et al. Tamizaje: procedimientos visuales. En: Planificación de programas apropiados para la prevención del cáncer cervicouterino. 3^{ra} ed. Washington DC: OPS/OSP; 2002. p. 15-8.

6. Sankaranarayanan R, Gaffikin L, Jacob M, Sellors J, Robles S. A critical assessment of screening methods for cervical neoplasia. *Int J Gynecol Obstet.* 2005;89:S4-S12.
7. Blumenthal PD, Lauterbach TM, Sellors JW, Sankaranarayanan R. Training for cervical cancer prevention programs in low-resource settings: Focus on visual inspection with acetic acid and cryotherapy. *Int J Gynecol Obstet.* 2005;89:S30-S37.
8. Jerónimo J, Morales O, Horna J, Pariona J, Manrique J, Rubiños J, et al. Visual inspection with acetic acid for cervical cancer screening outside of low-resource settings. *Rev Panam Salud Pública.* 2005;17(1):1-5.
9. Pérez-Cruz E, Winkler JL, Velasco-Mondragón E, Salmerón-Castro J, García F, Davis-Tsu V, et al. Detección y seguimiento con inspección visual del cérvix para la prevención del cáncer cervicouterino en las zonas rurales de México. *Salud Pública Mex.* 2005;47(1):39-48.
10. World Health Organization. Cervical cancer screening in developing countries: report of a WHO consultation. Francia: World Health Organization; 2002.