



# PREVENCIÓN DE CÁNCER GINECOLÓGICO Y DE MAMA:

Guía de Actuación Clínica en A. P.

## AUTORES

**Vicente Giner Ruiz.**

Médico de Familia. C.S. Ciudad Jardín. Alicante.

**M<sup>a</sup> Fe Cháfer Climent.**

Médico Residente. C.S. Salvador Pau. Valencia.

**Marian Aparici Navarro.**

Matrona. C.S. Sagunt. Valencia.





# 1. PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE MAMA.

## 1.1. INTRODUCCIÓN

### Importancia del tema<sup>1</sup>

Cada año se diagnostican 900.000 casos nuevos de cáncer de mama (CM) en el mundo; 160.000 lo son en los países de la Unión Europea y 13.000 en España; se calculan 376.000 muertes anuales en el mundo, por CM

En España el cáncer de mama ocupa, según los registros, el cuarto o quinto lugar entre los tumores en ambos sexos; está precedido por los de piel, pulmón, intestino y estómago. El cáncer de mama ocupa el primer lugar entre los tumores de la mujer, con una tasa de incidencia de 30-60 casos por 100.000 mujeres. Una de cada 15-20 mujeres tendrá un cáncer de mama a lo largo de su vida.

En la Comunidad Valenciana, según las tasas citadas, se prevé diagnosticar una media de 1350 casos nuevos por año.

### Factores de riesgo

- Se consideran factores de riesgo importantes<sup>2</sup>

El sexo femenino

La residencia en EEUU de América y norte de Europa

La edad avanzada

- Otros factores implicados son: <sup>3-7</sup>

Antecedente de familiar de primer grado con CM

Edad de la menarquia

Edad de la menopausia

Edad avanzada en el primer embarazo

Nuliparidad

Estado socioeconómico alto

Antecedentes de exposición a radiación en dosis altas

Tratamiento hormonal sustitutivo con estrógenos durante largo tiempo (¿nueve o más años?)

- Se han sugerido asociaciones con:

Anticonceptivos orales

Obesidad

Dieta rica en grasas

### ***Herencia***

Del 5 al 10 % de los CM son hereditarios y los genes responsables están en el 0.3% de la población<sup>8</sup>.

### ***Pruebas de cribado***

Las tres pruebas de cribado utilizadas para la prevención precoz del CM son: la exploración clínica de la mama (EC), la mamografía con rayos X (MM) y la autoexploración de la mama (AEM)

- *Mamografía*<sup>9</sup>

Sensibilidad:

Se situó en un promedio del 75 %; combinada con la EC varió del 75 al 88 %.

Tanto sola como combinada la sensibilidad disminuye del 10 al 15 % en mujeres de 40 a 49 años respecto de las mayores de 50

Especificidad:

Osciló entre el 98.5 % al 83 %

- *Exploración clínica de la mama*

No se ha valorado la eficacia de la EC sola

- *Autoexploración de la mama*

La información sobre la validez de la AEM es escasa<sup>9,10</sup>. De ella se puede considerar a la AEM una forma menos sensible de cribado que la EC o la mamografía

- *Efectos adversos de las pruebas de cribado*

Con los falsos positivos:

Pruebas diagnósticas innecesarias

Aumento de la ansiedad

Con los falsos negativos:

Falsa seguridad

### **Eficacia de la detección precoz**

#### **Mamografía**

Hay varios ensayos clínicos controlados y aleatorios<sup>11-17</sup> que valoran la eficacia del cribado del CM en mujeres, utilizando la mamografía sola o combinada con la EC. Los ensayos que incluyeron mujeres de 50 o más años demostraron una reducción de la mortalidad por CM del 20 al 30 % en el grupo de 50 a 69 años intervenido, lo que avala la eficacia del cribado en este grupo de mujeres. La evidencia sobre la eficacia en el grupo de 70 o más años es limitada. En el grupo de 40 a 49 años persisten las dudas sobre la eficacia, pese a ensayos clínicos diseñados específicamente para ello<sup>12</sup>

#### **EC y AEM**

La evidencia disponible para valorar la eficacia de estas dos técnicas de cribado, solas, son limitadas<sup>9, 10</sup>

### **Resumen**

De la información analizada hasta aquí podemos:

- Recomendar el cribado sistemático del CM cada uno o dos años, con mamografía sola o con mamografía y EC anual de las mamas, en mujeres de 50 a 69 años: **RECOMENDACIÓN A**

- No hay evidencias suficientes para recomendar la EC sola, anual, a mujeres de 59 a 69 años: **RECOMENDACIÓN C**

- No hay evidencias suficientes para recomendar o rechazar la mamografía sola o con EC en las mujeres de 40 a 49 años y en las de 70 o más años, aunque puede recomendarse en mujeres de riesgo alto de 40 a 49 años y en las sanas de 70 o más años con una esperanza de vida razonable: **RECOMENDACION C**

### **1.2. PAPEL DE LA ATENCIÓN PRIMARIA**

- Centros de Salud de áreas con programa de prevención:

Coordinarse con el programa

Motivar a su población a acudir al mismo

Recibir, comentar y archivar los resultados en la historia del paciente

- Centros de Salud de áreas sin programa de prevención:

- Y condiciones para solicitar mamografías

- Solicitar una mamografía cada 2 años a las mujeres de 50 o más años

- Sin condiciones para solicitar mamografías

Realizar una EC anual

### **1.3. PROGRAMA DE PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE MAMA**

Consejería de sanidad

- Población diana

Mujeres de 45 a 65 años\*

- Estudio a realizar

Mamografía bilateral, en doble proyección (cráneo-caudal y oblicua-medio-lateral) en la primera vuelta y proyección única (oblicua-medio-lateral) en vueltas sucesivas.

Exploración clínica: se realizará cuando la mujer refiera alguna sintomatología, o tiene antecedentes familiares de CM, o por los hallazgos radiológicos.

- Intervalo

Cada 2 años

\*Ante la falta de unanimidad respecto de la edad de inicio y finalización del cribado, la Consejería de Sanidad, siguiendo recomendaciones de grupos de expertos y la experiencia de otros programas, consideró adecuado este intervalo. Está en estudio ampliarla hasta los 69 años.

### **BIBLIOGRAFÍA**

1. Programa de prevención de cáncer de mama en la Comunidad Valenciana. Monografía Sanitaria serie E nº 31. Consellería de Sanitat, Generalitat Valenciana.

2. Kelsey JL. A review of the epidemiology of human breast cancer. *Epidemiol Rev* 1979; 1: 74-109.

3. Kelsey JL, Gammon MD. The epidemiology of breast cancer. *Cancer J Clin* 1991; 41: 146-165

4. Harris JR, Lippman ME, Veronesi U et al. Breast cancer. *N Engl J Med* 1992; 327: 319-327.

5. Slattery ML, Kerber RA. A comprehensive evaluation of family history and breast cancer risk. *JAMA* 1993; 270: 1563-1568.

6. Colditz GA, Willett WC, Hunter DJ et al. Family history, age, and risk of breast cancer. *JAMA* 1993; 270: 338-343.

7. London SJ, Connolly JL, Schnitt SJ et al. A prospective study of benign breast disease and the risk of breast cancer. *JAMA* 1992; 267: 941-944.

8. Eeles RA, Stratton MR, Goldgar DE et al. The genetics of familiar breast cancer and their practical implications. *Eur J Cancer* 1994; 30: 1383-1390.

9. Fletcher SW, Black W, Harris R et al. Report of the International Workshop of Screening for Breast Cancer. *J Natl Cancer Inst* 1993; 85: 1644-1656.
10. O'Malley MS, Fletcher SW. Screening for breast cancer with breast self-examination. *JAMA* 1987; 257: 2197-2203.
11. Tabar L, Fagerberg G, Duffy SW et al. Update of the Swedish two-county program of mammographic screening for breast cancer. *Radiol Clin North Am* 1992; 30: 187-210.
12. Miller AB, Baines CJ, To T et al. Canadian National Breast Screening Study: breast cancer detection and death rates among women aged 40 to 49 years. *Can Med Assoc J* 1992; 147: 1459-1476.
13. Roberts MM, Alexander FE, Anderson TJ et al. Edinburgh trial of screening for breast cancer: mortality at seven years. *Lancet* 1990; 335: 241-246.
14. Shapiro S, Venet W, Strax P et al. *Periodic screening for breast cancer*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1988.
15. Andersson I, Aspegren K, Janzon L et al. Mammographic screening and mortality from breast cancer: the Malmo mammographic screening trial. *BMJ* 1988; 297: 943-948.
16. Frisell J, Eklund G, Hellstrom L et al. Randomized study of mammography screening: preliminary report on mortality in the Stockholm trial. *Breast Cancer Res Treat* 1991; 18: 49-56.
17. Nystrom L, Rutqvist LE, Wall S et al. Breast cancer screening with mammography: overview of Swedish randomised trials. *Lancet* 1993; 341: 973-978.

## 2. CÁNCER DE CÉRVIX.

### 2.1. INTRODUCCIÓN.

El cáncer de cuello uterino es el segundo tipo de cáncer más frecuente a nivel mundial. En los países desarrollados ocupa la novena posición. En nuestro país las tasas de incidencia son más bajas, situándose en la Comunidad Valenciana en un 7 por 100.000, según datos de 1990.

#### **Factores de riesgo:**

- Infección por el virus del papiloma humano (VPH) ( es el principal factor de riesgo).
- Inicio precoz de las relaciones sexuales.
- Número de compañeros sexuales.
- Tabaquismo.
- Aparente aumento de riesgo en mujeres que toman anticonceptivos orales, posiblemente por el hecho de que no utilicen métodos de barrera y tengan mayor control citológico, con lo cual habría más posibilidades de detectar cualquier lesión.
- Las mujeres VIH positivas tienen mayor incidencia de infección por VPH, con lesiones más extensas y más difíciles de erradicar, por lo cual progresan con más frecuencia a formas invasivas. Algunos grupos de trabajo han encontrado un aumento en la prevalencia en mujeres adictas a drogas por vía parenteral.
- No hay estudios suficientes en mujeres en tratamiento hormonal sustitutivo que permitan emitir conclusiones acerca de la relación.

La historia natural del cáncer cérvico-uterino permite la posibilidad de su diagnóstico en el periodo subclínico, cuando aún es posible la curación tras un tratamiento apropiado. Es por tanto una enfermedad tributaria de ser sometida a un procedimiento de detección precoz.

La prueba utilizada para ello es la citología cérvico-vaginal. La estrategia a utilizar para nuestra comunidad será el “ hallazgo de caso “.

La citología es una prueba prácticamente incruenta para la mujer, sencilla de realizar por parte del profesional y no requiere de una infraestructura especializada, lo cual facilita la participación de la población y el beneficio sería doble, tanto para la mujer como para el profesional sanitario.

## 2.2. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS.

El carcinoma epidermoide de cuello uterino se origina a nivel del círculo escamo-columnar y a partir de zonas de metaplasia escamosa. Deben considerarse un tipo de alteraciones que se consideran como premalignas porque las pacientes que las padecen acaban desarrollando con frecuencia un carcinoma de cérvix. Abarca desde formas leves de displasia hasta formas más graves. Estas alteraciones pueden diagnosticarse inicialmente mediante citología (Prueba de Papanicolaou) y según los resultados confirmar con colposcopia y biopsia dirigida.

El National Cancer Institute estableció un sistema de nomenclatura conocido como Bethesda para establecer un consenso acerca de la terminología empleada en los informes de los resultados de la citología. Tiene como ventajas que el informe indica la calidad de la muestra, así como la presencia o no de infección, además de hacer un diagnóstico descriptivo. ( Ver Anexo 1 ) .

*Prueba de Papanicolaou. Grados de calidad de la evidencia científica y Fuerza de la evidencia.*

Grado II-2: Evidencia obtenida de estudios analíticos de cohortes o casos control, realizados por más de un centro y por más de un grupo investigador.

*Fuerza de la evidencia*

1. Se recomienda la realización de pruebas de Papanicolaou regulares en todas las mujeres que son o han sido sexualmente activas y tienen cuello uterino. (Recomendación A)

2. Las pruebas de Papanicolaou deben llevarse a cabo como mínimo cada tres años. No hay evidencia que recomiende un intervalo de seguimiento menor para frotis normales. (Recomendación B)

3. No existen evidencias suficientes para recomendar o rechazar una edad límite superior para la realización de las pruebas, pero puede recomendarse por otras razones, suspender las pruebas regulares por encima de los 65 años si el frotis siempre han sido normales ( Recomendación C)

*Validez de las pruebas de cribado.*

Para asegurar la efectividad y eficiencia de los programas de detección precoz de cáncer cervicouterino se deben tener en cuenta los siguientes requisitos:

- Cobertura de la población de mayor riesgo.
- Sensibilidad y especificidad del procedimiento empleado
- Intervalo de aplicación.
- Prevalencia de la enfermedad.

Todos ellos determinarán en gran medida el valor predictivo positivo de la prueba.

Es necesario para un buen control de calidad:

- Definir protocolos para toma y procesamiento de la muestra.



- Entrenamiento específico de los profesionales para la toma y lectura de citologías.
- Difusión entre los profesionales de un protocolo consensuado acerca de la demanda de citologías con el fin de que todos tengan los mismos criterios.
- Establecer controles internos de calidad en los laboratorios.

### **2.3. VALORACIÓN INICIAL Y SEGUIMIENTO.**

#### **A. Población diana:**

- Todas las mujeres entre 25 y 65 años.
- Mujeres menores de 25 años sólo si pertenecen a grupos de especial riesgo.
- Las mujeres mayores de 65 años pueden excluirse del programa si en los últimos diez años se les ha realizado al menos dos citologías con resultado negativo.
- A las mujeres histerectomizadas por proceso benigno con cérvix restante se les aplicará el mismo protocolo que al resto de la población.

#### **B. Intervalo entre pruebas:**

Será de 3 años, excepto situaciones que requieran mayor periodicidad.

#### **C. Captación.**

Se realizará a través de las consultas de atención primaria, programas de planificación familiar y de atención integral a la mujer climatérica.

#### **D. Realización de la prueba. Condiciones necesarias para la toma correcta de la muestra.**

\* Tipo de toma: Triple toma de WIED: - Fondo de saco vaginal con espátula de Ayre.

- Exocérvix con espátula de Ayre.
- Endocérvix con torunda de algodón o cepillo.

En los centros de atención primaria la toma será realizada por la matrona, que deberá estar debidamente entrenada.

La extensión se realizará en un porta limpio debidamente registrado con los datos de la paciente, separando las tres tomas, y debe ser rápidamente fijada con spray de polietilenglicol o con laca de pelo.

\*Condiciones necesarias para la toma de la muestra:

- Abstención de relaciones sexuales 24 horas antes.
- No utilizar medicación tópica 72 horas antes.
- Debe realizarse antes del tacto vaginal y antes de realizar toques con cualquier producto.

- Debe realizarse antes de la toma de cualquier otro tipo de muestra.

Las muestras se remitirán al laboratorio en las condiciones necesarias y con el material adecuado.

Las lecturas deberán ser centralizadas para que se pueda garantizar la validez de la prueba.

El informe con el resultado deberá ser remitido en un plazo que no supere las 8 semanas al centro que lo solicitó.

## 2.4. DIAGNÓSTICOS PROBABLES Y SEGUIMIENTO.

DIAGNÓSTICOS DESCRIPTIVOS	SEGUIMIENTO Y ACTUACIONES.
Cambios celulares benignos secundarios a infección.	Tratamiento específico según tipo de infección.
Cambios celulares reactivos asociados a inflamación, vaginitis atrófica, radiación o DIU.	Tratamiento específico según tipo de lesión
Células escamosas atípicas de significado indeterminado	Calificar. Consultar con citopatólogo para ayudar a determinar seguimiento adecuado.
Lesiones intraepiteliales escamosas de bajo grado (L-SIL).	Repetir la prueba con un intervalo de 4-6 meses.
Incluye cambios asociados a infección por papilomavirus (coilocitosis) y displasia leve / CIN I.	Si persisten anomalías derivar a especializada para colposcopia y biopsia.
Lesiones intraepiteliales escamosas de alto grado (H- SIL). Incluye displasia moderada y grave, CIN II y III.	Derivar a especializada para confirmación mediante colposcopia y biopsia y posterior tratamiento.
Carcinoma de células escamosas.	

## 2.5. ACTIVIDADES DE REGISTRO.

Se proponen las siguientes vías:

- Coordinar los registros de anatomía patológica que existan en la Comunidad Valenciana, unificando la recogida de información y el sistema de informatización,

completándolos con el registro de datos correspondientes en la historia clínica y en los registros de atención primaria y especializada.

- Sistematizar el registro de citologías en la historia de la salud ( En atención primaria, centros de orientación familiar y atención especializada. )

- Incorporar la recogida de datos en el sistema de indicadores de gestión de A.P, centros de asistencia familiar y centros de atención especializada, diferenciando las citologías de prevención de las realizadas por otras causas.

## **2.6. TRATAMIENTO**

Las mujeres con sospecha de enfermedad neoplásica deberán ser remitidas de forma rápida a nivel especializado.

La detección precoz de una neoplasia cervical proporciona la oportunidad para prevenir o retrasar su evolución a cáncer invasivo mediante intervenciones clínicas como conización, criocauterización, vaporización con láser, escisión electroquirúrgica de asa y, cuando es necesario, histerectomía

## **3. CÁNCER DE OVARIO.**

La sensibilidad y especificidad de las pruebas de cribado disponibles para cáncer de ovario en mujeres asintomáticas no son precisas y requieren más estudios. Aunque diversos estudios pueden detectar tumores asintomáticos, en la actualidad no existen evidencias que indiquen que el cribado sistemático mejoraría los resultados finales en términos de salud.

La mayoría de mujeres con resultados anormales en estas pruebas no tienen una enfermedad maligna y sin embargo serían sometidas a procedimientos invasivos para descartarla, con los perjuicios que ello conllevaría para la mujer.

Por tanto, no se recomienda el cribado en mujeres asintomáticas mediante ecografía, marcadores séricos de tumor o exploración ginecológica ( Recomendación D). No existen evidencias suficientes para recomendar o rechazar el cribado de mujeres asintomáticas con alto riesgo de cáncer de ovario ( Recomendación C ).

## **4. CANCER DE ENDOMETRIO**

El síntoma principal es la hemorragia uterina en mujeres postmenopáusicas y metrorragias o menorragias en premenopausia.

Los factores de riesgo implicados, además de la postmenopausia, son el hiperestrogenismo mantenido sin oposición de progestágenos, como puede ocurrir en enfermedades crónicas (obesidad, diabetes, hipertensión arterial, hipotroidismo, cirrosis). La menarquía precoz, menopausia tardía, nuliparidad, infertilidad, la tera-

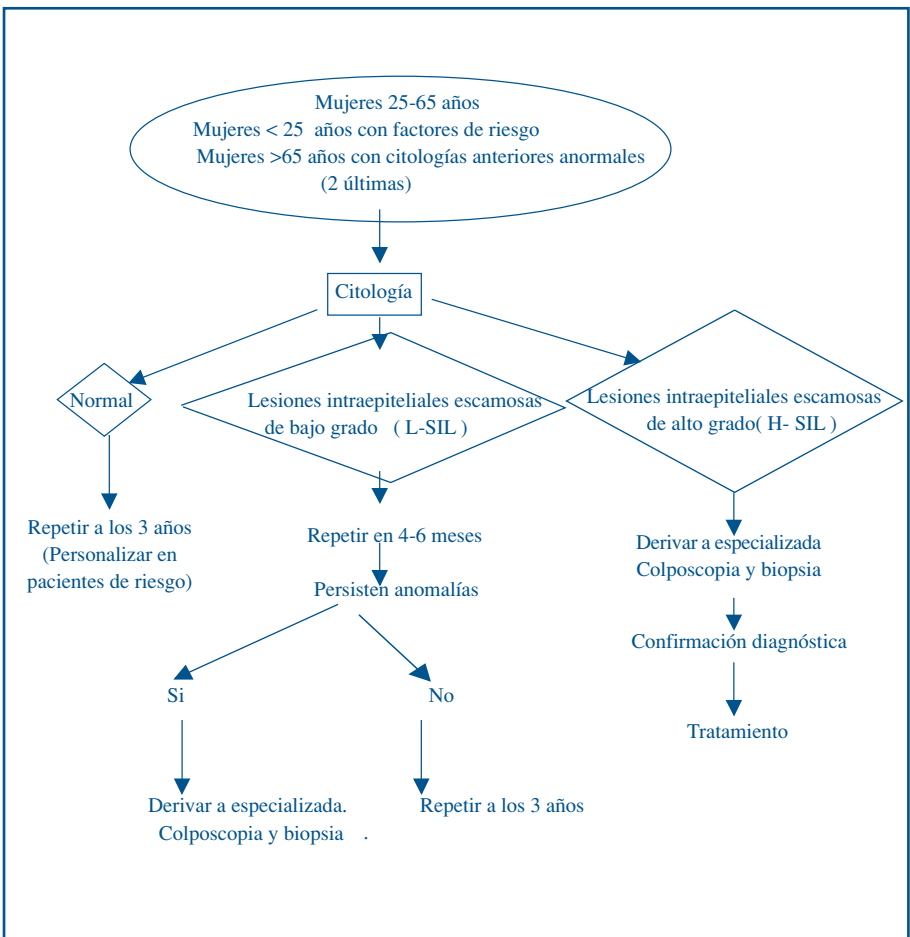
pia hormonal sustitutiva con estrógenos sin progestágenos, son otros factores de riesgo.

La ecografía transvaginal tiene una sensibilidad de hasta el 96% para el cáncer de endometrio en caso de hemorragia postmenopáusica. El diagnóstico definitivo se hacen con la biopsia endometrial.

No existe evidencia para recomendar el cribado sistemático del cáncer de útero en las mujeres asintomáticas, por lo que no se aconseja.

En atención primaria debemos recordar a las mujeres postmenopáusicas que consulten ante cualquier tipo de sangrado vaginal. Ante la sospecha clínica debemos remitir al ginecólogo.

### ALGORITMO DE ACTUACIONES EN PREVENCIÓN DE CÁNCER DE CÉRVIX.



## **ANEXO 1.**

### **SISTEMA DE BETHESDA REVISADO PARA DIAGNÓSTICOS CITOLÓGICOS DE LA VAGINA Y DEL CUELLO DE ÚTERO.**

#### **1. Idoneidad de la muestra.**

- Satisfactoria para evaluación.
- Satisfactoria para evaluación pero limitada por...
- No satisfactoria para la evaluación.

#### **2. Categorización general.**

- Dentro de los límites normales.
- Cambios celulares benignos.
- Anomalías de células epiteliales.

#### **3. Diagnósticos descriptivos.**

- \* Cambios celulares benignos:
  - Infección.
  - Cambios reactivos asociados a: Inflamación.
    - Atrofia con inflamación.
    - Radiación.
    - DIU.
    - Otros.

- \* Anomalías de células epiteliales:

- Células escamosas:

- Células escamosas atípicas de importancia no determinada.

- Lesión intraepitelial escamosa de bajo grado (L-SIL): Incluye VPH, displasia leve.

- Lesión intraepitelial escamosa de alto grado: Displasia moderada y grave, CIS / CIN II y CIN III: carcinoma de células escamosas.

- Células glandulares:

- Células endometriales, citológicamente benignas, en mujer postmenopáusica.

- Células glandulares atípicas de importancia no determinada.

- Adenocarcinoma (ADC) endocervical.

- ADC endometrial.

- ADC extrauterino.

- ADC sin otras especificaciones.

- \* Otras neoplasias malignas: Especificar.

#### **4. Evaluación hormonal**

## **BIBLIOGRAFIA.**

1. Protocolo de diagnóstico precoz de cáncer de cérvix de la Generalitat Valenciana.
2. Sociedad española de Ginecología y Obstetricia. Protocolos asistenciales. Madrid, 1993.
3. U.S Preventive services Task Force. Guía de Medicina clínica preventiva. Edición española, 98.
4. US. Public Health Service. Manual de Medicina Clínica Preventiva. Edición española, 99. Volumen 2.
5. OMS: La detección citológica en la lucha contra el cáncer cérvico-uterino: directrices técnicas. Ginebra, 1988.
6. Skrabanek. Cervical cancer screening. Lancet 1987; 1: 1432-1433.
7. American College of Obstetricians and Gynecologists. Guidelines for Women's Health Care, 1996.

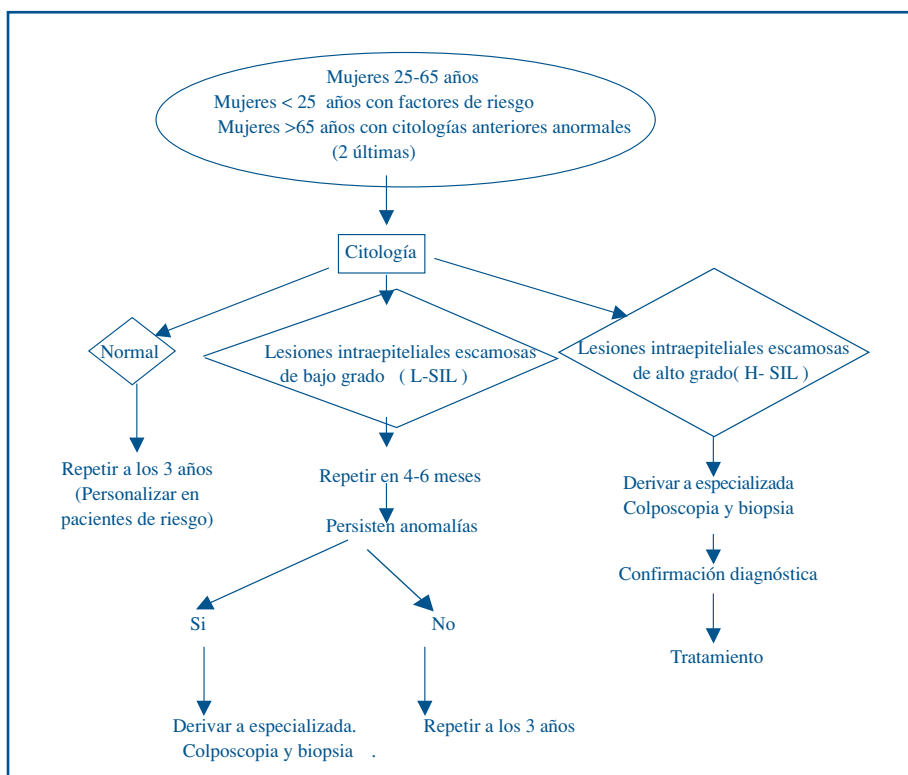


## CANCER GINECOLOGICO Y CANCER DE MAMA

### 1. CÁNCER DE CÉRVIX.

#### **Recomendaciones.**

- aconsejar sobre la protección en los contactos sexuales.
- Buscar activamente mujeres con factores de riesgo.
- Recordar las condiciones para la correcta realización de la toma:
  - Abstinencia de relaciones sexuales 24 horas antes
  - No utilizar medicación tópica 72 horas antes.
  - Hacerla antes del tacto vaginal, antes de dar toques con cualquier producto y antes de la toma de cualquier otro tipo de muestra.



## 2. CÁNCER DE ENDOMETRIO.

### *Recomendaciones*

- No se recomienda el cribado de mujeres asintomáticas
- Recordar a las mujeres postmenopáusicas que deben consultar siempre en el caso de hemorragia vaginal.

## 3. CANCER DE OVARIO

### *Recomendaciones*

- No se recomienda el cribado de mujeres asintomáticas con ningún procedimiento.

## 4. CANCER DE MAMA.

### *Recomendaciones*

- Realizar, cada uno dos años, una mamografía sola o una mamografía y una exploración clínica de las mamas (EC), en mujeres de 50 a 69 años.
- No hay evidencias suficientes para recomendar o rechazar la mamografía sola o con EC en las mujeres de 40 a 49 años y en las de 70 o más años, aunque puede recomendarse en mujeres de riesgo alto de 40 a 49 años y en las sanas de 70 o más años con una esperanza de vida razonable.

### *Papel de la atención primaria*

- Centros de Salud de áreas con program de prevención:
  - Coordinarse con el programa
  - Motivar a su población a acudir al mismo
  - Recibir, comentar y archivar los resulyados en la historia del paciente.
- Centros de Salud de áreas sin program de prevención:
  - Y condiciones para solicitar mamografías
    - Solicitar una mamografía cada 2 años a las mujeres de 50 o más años
  - Sin condiciones para solicitar mamografías
    - Realizar una EC anual.





## **PROGRAMA DE PREVENCIÓN DEL CANCER DE MAMA (Conselleria de Sanitat)**

- ***Población diana***

Mujeres de 45 a 65 años

- ***Estudio a realizar***

Mamografía bilateral, en doble proyección (cráneo-caudal y oblicua.medio-lateral) en la primera vuelta y proyección única (oblicua-medio-lateral) en vueltas sucesivas.

Exploración clínica: se realizará cuando la mujer refiera alguna sintomatología, o tiene antecedentes familiares de CM, o por los hallazgos radiológicos.

- ***Intervalo***

Cada 2 años.