

Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA) en la detección precoz del Cáncer de Cuello de Útero

Dra. Ana María Foresi (Resumen de su Tesis Doctoral)

El Cáncer de Cuello de Útero es el segundo cáncer más frecuente de la mujer en el mundo, y representa cerca del 10% de todas las neoplasias malignas femeninas (1-2). Hoy, a casi 70 años de la implementación del Papanicolaou como método de screening, todavía es insuficiente en muchos sitios donde la infraestructura no es la apropiada (3-4). En la República Argentina, la cobertura del test es muy baja, entre 5 y 25% según los lugares (5).

La prevención primaria (vacunación) reduciría la infección por HPV y por consiguiente los índices de mortalidad por cáncer cervical, pero no está disponible en todos los países. Su implementación cubriendo más del 70% de la población de riesgo, en un período de 10 años, podría evitar miles de muertes en la región (OMS) (2).

En los países en vías de desarrollo, se está tratando de definir métodos más prácticos y de menor costo, que requieran menor infraestructura, fáciles de aprender y de resultados inmediatos para evitar el abandono del seguimiento y tratamiento de las pacientes, como IVAA (Inspección Visual con Ácido Acético) y VILI (Inspección Visual con Iodo Lugol) (6-7). En estos países, el Papanicolaou ha sido poco práctico por su escasa cobertura y mayor complejidad de interacción entre los integrantes del equipo de salud, el alto índice de deserción de las pacientes con patología que no retornan en busca del resultado de su Pap y por lo tanto, no son tratadas.

IVAA y VILI son métodos de pesquisa de alta sensibilidad y poca conocida especificidad, mientras que la citología exfoliativa es de alta especificidad y sensibilidad variable. Por lo tanto, si al Pap se asociara otro método, se aumentaría la sensibilidad sin mayor aumento de costos.

En la ciudad de Córdoba, sobre una población de 2.230 pacientes tomadas al azar, realizamos Papanicolaou, IVAA, VILI y Colposcopia, el mismo día, con 2 operadores simultáneamente, con muestras enmascaradas para evitar el sesgo de verificación y de derivación, previa capacitación y adiestramiento. Excluimos de este estudio mujeres con tratamiento previo de cuello por lesión preneoplásica o neoplásica, embarazo y alteración grave de la anatomía cervicouterina. Se tomó de Patrón de Oro: Colposcopia y Biopsia.

IVAA: Consiste en pincelar el cuello con una torunda de algodón embebida en solución de Ácido Acético al 3% o 5% y después de 1 minuto (si usamos al 5%) o de 2 minutos (si lo usamos al 3%), examinar el cuello a ojo desnudo, con iluminación de lámpara de 100 watts. El ácido acético desnaturaliza las proteínas nucleares y deshidrata el citoplasma celular de manera reversible, por lo cual, tejidos con relación núcleo/citoplasma más alta (como sucede en las lesiones precursoras y neoplásicas) reflejan la luz blanca proyectada y aparecen blancos. Lesiones cervicales acetoblancas bien delimitadas, pueden corresponder a neoplasia o sus precursores.

VILI: es la observación del cuello de útero con ojo desnudo, luego de la aplicación de solución de Iodo Lugol al 25%, que tiñe de color

caoba oscuro el epitelio escamoso normal. La falta de tinción significa un estado no glucogenado, presuntamente patológico.

La capacitación del personal médico y/o paramédico es importante para mejorar la especificidad del método. En la siguiente tabla se resumen los resultados obtenidos sobre las 2.230 pacientes examinadas.

Significación estadística de los diferentes métodos de tamizaje vs patrón de oro (n=2.230 pacientes)

Método de Tamizaje	Sensibilidad	Especificidad	VPP	VPN	P
IVAA	75,7	91,3	36,7	98,3	<0,05
VILI	83,7	89	33,6	98,8	<0.05
Papanicolaou	57,5	98,4	71,3	97,1	<0,05
IVAA más Pap	91,2	90,2	38,3	99,4	<0,05
IVAA más VILI	86,6	86,1	29,2	98,9	<0,05
IVAA más VILI más Pap	98,5	85,1	30,6	99,9	<0,05

Observamos mayor sensibilidad en VILI e IVAA, pero mayor especificidad en Pap. A medida que se suman los métodos, la sensibilidad aumenta. Así, cuando se asociaron los métodos, la sensibilidad aumenta al 98,5%. La mayor especificidad fue la asociación de IVAA más Papanicolaou.

En total se detectaron 24 casos de lesiones de alto grado o más intensa, como observamos en las figuras 1 y 2.

Figura 1 – Detección de H-SIL y lesión mayor por los diferentes métodos de tamizaje en 2.230 mujeres. N= 24 pacientes detectadas

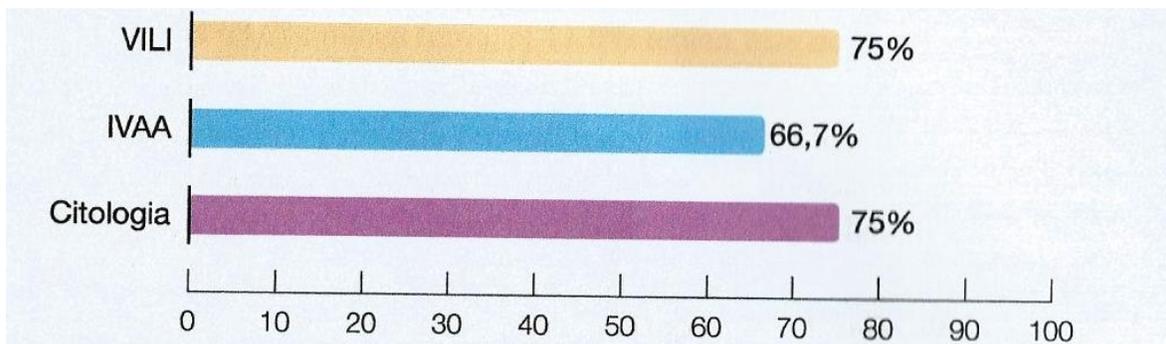
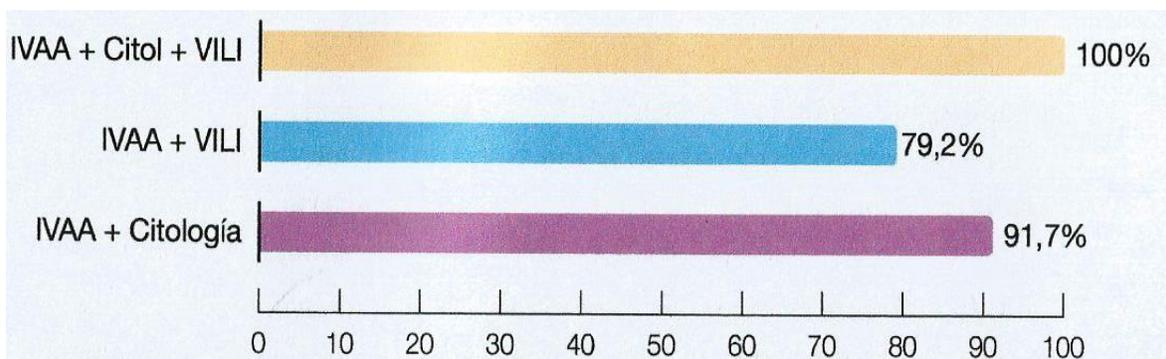


Figura 2 – Detección de H-SIL y lesión mayor por los diferentes métodos de tamizaje combinados en 2.230 mujeres. N= 24 pacientes detectadas



En este estudio, la **sensibilidad** y **especificidad** de IVAA para detectar Lesión de Alto Grado o mayor fue del **66,6%** y **86,6%**

respectivamente, cifras similares a las de la Universidad de Zimbabwe (20) y a los de Denny (19-30) en Ciudad del Cabo.

El alto Valor Predictivo Negativo (VPN) de IVAA (98,3%) y de VILI (98,8%), merece una mención especial, ya que su uso como prueba de detección, implica que las mujeres con resultados negativos pueden estar tranquilas sabiendo que la posibilidad de tener una enfermedad preneoplásica o neoplásica de cuello es muy baja.

Conclusiones

1-La IVAA es un procedimiento no invasivo, sencillo, económico, fácil y de resultados inmediatos, lo cual evita la deserción de las pacientes.

2-La sensibilidad de la IVAA es ligeramente menor a la del Papanicolaou para la detección de lesiones de alto grado, pero con un costo 50% más barato que cada caso positivo detectado por Papanicolaou.

3-Combinando los tres métodos de screening, la sensibilidad de detección es mayor del 90%, mejorando así la tasa de falsos negativos del Papanicolaou.

4-IVAA es una prueba fácilmente reproducible con capacitación adecuada al personal médico no especializado y/o paramédico.

Por todo lo anterior, **IVAA puede utilizarse en:**

Zonas de escasos recursos: con dificultades para realizar Papanicolaou.

Zonas de medianos recursos: como complemento del PAP, donde, además de aumentar sensibilidad en la pesquisa y debido a sus resultados inmediatos, evitarían el abandono de seguimiento de las mujeres con sospecha de patología.

Bibliografía

1-Nazzal O, Suárez E, Larraguibel R y col. Lesiones preinvasoras de Cuello Uterino: Una visión actual. Rev. Chil. Obstet. Ginecol. 2006; 71(5).

2-ONU: Alta Cifra de muertes por Cáncer de Cuello Uterino en América Latina. Centro de noticias ONU. Servicio de noticias de las Naciones Unidas. Disponible en la URL: <http://www.un.org/spanish>.

3-Lazcano Ponce EC y col. Cervical Cancer Screening in Developing Countries: Why is it Ineffective? The case of Mexico. Archives of Medical Research 1999; 30(3): 240-35.

4-Amaya J, Restrepo S. Tamizaje para cáncer de cuello uterino: cómo, desde y hasta cuándo. Rev. Colombiana Obstet Ginecol 2005; 56(1): 59-57.

5-Fleider L, Tatti S. Epidemiología e historia natural de la infección por HPV. Nuevos Paradigmas en la Prevención primaria del cáncer ginecológico, Buenos Aires, N° 1. 2006.

6-ACCP Pap smears: An important but imperfect method Cervical Cancer Prevention Fact Sheet. [en línea]. (October 2002). Disponible en la URL www.path.org/files/RH_pap_test_sp.pdf.

7-Kavita Nanda y cols. Accuracy of the Papanicolaou Test in screening for and follow-up of Cervical Cytologic Abnormalities: A

Systematic Review. Annals of Internal Medicine 2000; 132(10): 810-19.

Curriculum Vitae de la Dra. Foresi

Médica Cirujana, Título de Grado de la U.N.C.

Médica Especialista en Ginecología de la U.N.C.

Médica Especialista en Citología de la U.N.C.

Docente Universitaria en Medicina.

Dra. En Medicina y Cirugía – Universidad Nacional de Córdoba.

Ex Directora de la Dirección de Medicina Preventiva de la Municipalidad de Córdoba.