

**Capacidades y entusiasmos**

345

*Capabilities and enthusiasms***CAPACIDADES**

Recientes informaciones vinculan de manera muy consistente la experiencia y la cualificación de los hospitales con los resultados en el tratamiento del cáncer de ovario. En Dinamarca, la centralización en hospitales con experiencia se ha convertido en la variable asociada de forma más significativa a la supervivencia por este tumor<sup>1</sup>, con un incremento medio de ésta de 15 meses desde que se ha tomado dicha medida. En la misma línea, un metaanálisis<sup>2</sup> de 18 estudios concluye que las pacientes con cáncer de ovario en cualquier momento evolutivo, precoz o avanzado, presentan recidivas más tarde y/o viven más si son operadas en centros de referencia por cirujanos expertos.

En España, los datos disponibles señalan que el cáncer de ovario se diagnostica a una media de 59,7 años, con una supervivencia para todas las edades (15-99 años) a 1 año del 69%, a 3 del 52% y a 5 del 46%<sup>3</sup>.

Las tasas actuales de incidencia poblacional ajustada de cáncer de ovario en Dinamarca son muy similares a las españolas, alrededor del 8/100.000. El cáncer de cérvix se sitúa en España, en la mayoría de los registros poblacionales de los que disponemos, en esta cifra o por debajo de ella. Y respecto al cáncer de vulva, con tasas entre 1 y 2/100.000<sup>3</sup>.

En Mallorca, no menos de 3 hospitales públicos y no menos de 3 clínicas privadas se declaran aptos para tratar estas enfermedades. ¿Cuánto tiempo puede pasar sin que en alguno de estos centros se diagnostique y trate un cáncer de ovario y/o cérvix? Respecto al cáncer de vulva, ¿se puede garantizar la calidad del procedimiento aplicado? ¿Puede desarrollarse, por ejemplo, un proceso adecuado de aprendizaje de las nuevas técnicas quirúrgicas?

Es imprescindible, en nuestra opinión, establecer circuitos para la remisión de este tipo de pacientes

a centros de referencia que centralicen los tratamientos, garanticen de este modo las mayores posibilidades de curación de las pacientes y, además, hagan posible la docencia en las condiciones adecuadas.

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Soegaard-Andersen E. The results of treatment of epithelial ovarian cancer after centralisation of primary surgery. Results from North Jutland, Denmark. *Gynecol Oncol.* 2005;99:552-6.
2. Giede KC. Who should operate on patients with ovarian cancer? An evidence-based review. *Gynecol Oncol.* 2005;99:447-61.
3. EUROCORE 3. [www.eurocare.it](http://www.eurocare.it)

**ENTUSIASMOS**

Hace 3 años, en su ponencia de una reunión científica, Ralph Richart<sup>1</sup>, que entonces era aún referencia para todos los que trabajamos sobre la patología de tracto genital inferior (PTGI), dijo, más o menos textualmente, que «la citología en medio líquido (CML) incrementaba muy significativamente (20-200%) la sensibilidad para la lesión de alto grado o superior de la citología convencional (CC)». Hubo un cierto revuelo y alguna reacción casi airada.

Desde hacía algún tiempo se había producido un alud de información en que se consideraba que «el que no adoptaba la CML perdía el tren de la buena práctica» y que «allá él». Algunos mantuvimos serias dudas al respecto y tuvimos, por ello, algún que otro problema. Pedíamos calma y tiempo para que los trabajos en curso aportaran buenas evidencias, alejadas de conclusiones apresuradas más o menos

**346** incomprensibles. Realmente, si uno se entretenía en valorar la calidad y la independencia de los trabajos publicados, podía detectar que los realizados con una metodología adecuada y carentes de «relación comercial» a pie de página no aportaban conclusiones semejantes, más bien lo contrario<sup>2</sup>.

En 2004, Marc Arbyn<sup>3</sup> presentó en el Congreso Internacional de Citología de Santiago de Chile un metaanálisis muy cuidadoso en el que, entre otras conclusiones —menor número de muestras insatisfactorias para la CML—, destacaba que el valor predictivo positivo para la neoplasia intraepitelial de cérvix (CIN) de grado II o superior no era significativamente mayor para la CML.

En 2005, se publicó un trabajo<sup>4</sup> de la Sociedad Francesa de Citología Clínica. Su conclusión era la siguiente: la CC tiene consistentemente una sensibilidad y una especificidad igual o superior a la CML para la CIN de grado I o superior.

También en 2005, el National Health Service del Reino Unido, uno de los organismos impulsores en su programa del cribado de la CML, indicó<sup>5</sup> que, en su experiencia, la única ventaja apreciable de la CML frente a la CC es una muy notable disminución de las extensiones insatisfactorias. Con todo respeto, la pregunta, por obvia, es ésta: ¿no será que las tomas para CC británicas son, en general, muy malas?

Recientemente, un nuevo metaanálisis<sup>6</sup> parece dilucidar la controversia: «En estudios de alta calidad, no encontramos evidencia de que la CML reduzca la proporción de muestras insatisfactorias o detecte más lesiones de alto grado que la CC. Esta revisión no da soporte a la idea de que la CML produce mejores resultados que la CC».

En el mismo número de *The Lancet*, este metaanálisis ha merecido el siguiente comentario editorial de Volker Schneider<sup>7</sup> como primer firmante, secretario de la International Academy of Cytology y de Jorg Obwegeser<sup>2</sup>: «El entusiasmo por las nuevas tecnologías no debe reemplazar el estudio científico apropiado y sus conclusiones».

Nosotros añadimos lo siguiente: si consentimos que los que ganan dinero con nuestro trabajo nos manipulen, perdemos la dignidad y abandonamos a nuestras pacientes.

Afortunadamente, la inmensa mayoría de la industria trabaja de forma transparente, dando un buen e imprescindible soporte a la investigación clínica. Es particularmente importante mantenerlo o, en su caso, reclamarlo, en un momento como el actual, de incorporación, otra vez, de nuevas tecnologías en el ámbito de la PTGI.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Richart R. Citología en capa fina, ¿el nuevo estándar? Ponencia al Simposio Cytyc. XV Reunión de la Asociación Española de Patología Cervical y Colposcopia. Las Palmas de Gran Canaria, 20 de noviembre de 2003.
2. Obwegeser JH. Does liquid-based technology really improve detection of cervical neoplasia? A prospective, randomised trial comparing the thin-prep Pap-test with the conventional Pap-test, including follow-up of HSIL cases. *Acta Cytol.* 2001;45:709-14.
3. Arbyn M. Meta-analysis of the test accuracy of liquid-based versus conventional cytology. Ponencia al 15th International Congress of Cytology, Santiago de Chile, 11-15 de abril de 2004.
4. Cochand-Priollet B. Cost-effectiveness of LBC with or without HC II HPV test compared with conventional Pap Smears: a study by the French Society of Clinical Cytology. *Diagn Cytopathol.* 2005;33:338-43.
5. Walker P. The English National Health Service Cervical Screening Programme. *JLGTD.* 2005;9:118-23.
6. Davey E. Effect of study design and quality on unsatisfactory rates, cytology classifications, and accuracy in liquid-based versus conventional cervical cytology: a systematic review. *Lancet.* 2006;376:122-32.
7. Schneider V. Obwegeser J. Editorial. *Lancet.* 2006;367:88-9.

**Javier Cortés<sup>a</sup> y Montserrat Cararach<sup>b</sup>**

<sup>a</sup>Ginecólogo. Palma de Mallorca. España.

<sup>b</sup>Institut Universitari Dexeus. Barcelona. España.