

Cribado ovárico: ¿una utopía?

5

Ovarian screening: a utopia?

S. Dexeus, M.A. Pascual. *Prog Obstet Ginecol* 2001;44:515-517.

Según una reciente definición del grupo de expertos de la European Society of Gynecological Oncology¹, la palabra cribado (*screening*) significa: "aplicación de una prueba a un grupo definido de personas con la finalidad de identificar un estadio temprano, preliminar, un factor o combinación de factores de riesgo de una enfermedad. En todos los casos se pretende detectar anomalías que puedan ser identificadas antes de la presentación clínica de la enfermedad". Como coletilla a todo lo anterior, la misma fuente puntualiza: "el objetivo del *screening* como prestación sanitaria estriba en identificar una determinada enfermedad o un factor de riesgo para una enfermedad, antes de que la persona afectada espontáneamente consulte en búsqueda de tratamiento, todo ello para conseguir curar la enfermedad, prevenirla o retrasar su progresión o aparición gracias a una pronta intervención del médico".

Si tenemos en cuenta las anteriores definiciones y afirmaciones, las pruebas de cribado serían aplicables a muchas más patologías que las que actualmente se aceptan. Prueba de criterio restrictivo la tenemos en las directrices que se exponen en la revista *Health Canada*² y que, cuando hacen referencia al cribado del cáncer de ovario, dicen textualmente que "no puede recomendarse porque existe una falta de datos sobre su efecto". La misma fuente considera que para el ovario no existen pruebas efectivas y rechaza la exploración bimanual, la ultrasonografía vaginal o abdominal y las determinaciones de CA 125 como pruebas válidas para fundamentar un cribado. Se llega a estas tan negativas conclusiones fundamentándose en 9 citas bibliográficas correspondientes a respetables instituciones como la Organización Mundial de la Salud, y no menos respetables autores.

Sin embargo, muchos investigadores y autores de trabajos científicos tienen una tendencia generalizada a repetir hasta la saciedad citas que tienen o han tenido impacto bibliográfico y, basándose en ellas, nada original aportan al pensamiento científico. Como dice el escritor Jorge Semprún³, "las citas son las muletas del pensamiento inseguro".

Si el autor o investigador no domina el inglés como si fuera su lengua vernácula, tiene muy pocas posibilidades de ser leído o escuchado; quizá por este motivo la exagerada tendencia a acumular citas de publicaciones en lengua inglesa, reflejo de un absurdo complejo de inferioridad científica, que a su vez favorece una globalización cultural de predominio anglosajón.

No vamos a cometer el error que acabamos de señalar pero, antes de presentar nuestras propias conclusiones, quisiéramos recordar que lo que vamos a defender no es inédito y que otros autores^{4,5} han mantenido posiciones semejantes a las nuestras.

Consideramos que el diagnóstico temprano del carcinoma de ovario es posible. En nuestra propia estadística y sobre 6.487 mujeres sometidas a eco-Doppler con aquella única finalidad, la tasa de detección fue del 1,4 por 1.000. En las pacientes que se sometieron a examen ultrasonográfico por algún tipo de patología, sobre 7.170 mujeres la tasa de detección fue, como era de suponer, superior, y alcanzó el 2,0 por 1.000. Las edades de nuestras pacientes sometidas al intento de diagnóstico temprano arrojaron la más alta proporción entre los 36 y 65 años (77,2%).

Somos conscientes de que estas cifras no son nada convincentes para quien deba distribuir los recursos sanitarios. Se alegará que no existe una población diana, exceptuando las mujeres con cáncer familiar y hereditario, que la inversión no se compensa con los pobres resultados, etc., argumentos que en la década de los sesenta ya se esgrimieron cuando los pioneros del cribado citológico para el cáncer de cuello intentábamos convencer a las instituciones implicadas en su posible desarrollo. Incluso tuvimos la oposición de los patólogos, quienes, con loables excepciones, consideraban la citología poco más que un pasatiempo de unos pocos ginecólogos.

Han pasado muchos años de aquellas inútiles discusiones, pero el tiempo nos ha dado sobradamente la razón. El cáncer invasor de cuello uterino ha pasado de 70 casos por 100.000 mujeres a 7-10 según los países... y sobre el medio millón de nuevos casos que se dan en el mundo, el 75% acontecen en los países en vías de desarrollo, en los que las campañas de cribado citológico son inexistentes o sólo oportunistas.

¿Tendremos que luchar tanto como lo hicimos para implantar el famoso "Pap test"? Probablemente sí, pero quisiéramos recordar algunos hechos que son incontrovertibles y que merecen tenerse en cuenta.

Es obvio que el número de ecografías que se realizan en España es de despilfarrar. Las jóvenes generaciones conceden escaso valor al tacto vaginal, y a un joven residente, apenas llegado a su hospital, le colocan en la mano un transductor que manejará con inconsciente soltura, en pocas semanas. En la medicina mutualizada, seguro libre y en la privada, no creo que exista una sola paciente a quien no se le efectúe una ecografía, al menos para asegurar la normalidad orgánica.

Tan sólo consiguiendo un control de calidad, que pasa por el reconocimiento de expertos en ultrasonografía ginecológica y por la utilización de aparatos de alta sensibilidad, la "eco", llamémosla de seguridad, podría convertirse en un examen de diagnóstico temprano.

En este escenario el experto ecografista también será capaz de reconocer las enfermedades endometriales, y por tanto nos acercaremos a un doble diagnóstico temprano, el ovárico y el endometrial.

Si todo lo anterior no les convence y consideran que estamos soñando utopías, como conclusión les presentamos nuestras últimas cifras (fig. 1), que demuestran al-

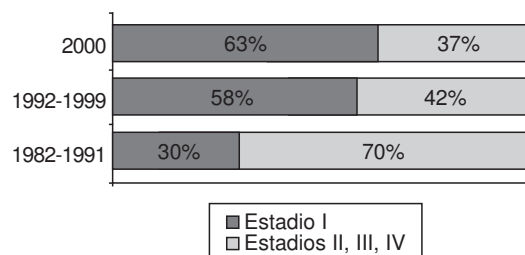


Figura 1. Evolución que han experimentado los estadios del cáncer de ovario desde el año 1982, en nuestro departamento.

go tan importante como el aumento creciente de los carcinomas de ovario en estadios tempranos y la disminución consiguiente de los avanzados, desde el momento en que nos tomamos muy en serio las posibilidades del diagnóstico temprano de la patología maligna del ovario... Y si aún se muestran ustedes escépticos, es porque tienen poca experiencia en lo que significa para una mujer el tratamiento radical quirúrgico y el quimioterápico del cáncer de ovario, y no valoran lo que significa haber alcanzado un diagnóstico temprano en 14 mujeres, aunque sea sobre 10.000. 5

S. Dexeus y M.A. Pascual

*Departamento de Obstetricia y Ginecología. Instituto Universitario Dexeus.
Universitat Autònoma de Barcelona.*

BIBLIOGRAFÍA

1. Patnick J, Monsonego J, De Wolf, Verbeek A, Bonte J, Agnantis M et al. ESGO consensus document on cervical cancer screening. *Eur J Gynaecol Oncol* 2001; 12: 99-101.
2. Lipskie T. A summary of cancer screening guidelines. *Health Canada* 1998; 19: 1-16.
3. Semprún J. Viviré con su nombre, morirá con el mío. Barcelona: Tusquets, 2001.
4. Bell R, Petticrew M, Sheldon T. The performance of screening test for ovarian cancer: results of a systematic review. *Br J Obstet Gynaecol* 1998; 105: 1136-1147.
5. Sato S, Yokoyama Y, Sakamoto T, Futagami M, Saito Y. Usefulness of mass screening for ovarian carcinoma using transvaginal ultrasonography. *Cancer* 2000; 582: 588.