

Pequeños detalles en relación con la citología ginecológica en el embarazo

Torres Gómez FJ

Agencia Empresarial Pública Sanitaria Bajo Guadalquivir

Procedo a la exposición de una serie de detalles que llevamos observando compañeros de distintos centros en relación con el tema planteado.

El objetivo principal del cribado citológico del cáncer de cuello uterino es precisamente el que figura en el enunciado, es decir, identificar lesiones precursoras del cáncer cervical, lo que permite una pronta y eficaz intervención que impida el desarrollo del cáncer. En algunos casos se identificará la neoplasia: la citología será el vehículo que establezca el diagnóstico previo a una intervención de mayor envergadura. La citología, a su vez, proporciona importante información acerca de infecciones, estado hormonal... Pero es importante reseñar que no es esta su principal función a la hora de establecer un programa de cribado poblacional.

Teniendo en cuenta estas afirmaciones, sorprende el hecho de que muchas de las citologías procedentes de ciertas Áreas de Atención Primaria, obtenidas de pacientes embarazadas, sean tomas vaginales-exocervicales (mal referidas como dobles tomas en los informes de petición). Vayamos por partes.

Está más que demostrado que la mayoría de las lesiones intraepiteliales cervicales se originan en el área de transformación coincidente con la unión escamo-columnar del epitelio, sita por lo general en la unión del exocérvix con el endocérvix. Es, pues, esta la zona que debe estar obligatoriamente representada en las tomas (se recomienda el uso de cepillos cervicales para este fin) y curiosamente es la única que no se muestrea en mujeres embarazadas, probablemente por miedo a introducir un elemento extraño (el cepillo) en el endocérvix. La ausencia de toma endocervical/unión escamo-columnar impide que la "doble toma" sea representativa e imposibilita al citólogo evaluar la presencia o ausencia de cambios preneoplásicos o neoplásicos, razón última de la realización del estudio. Tras estos argumentos, es importante modificar la práctica y realizar en pacientes embarazadas triples

tomas representativas de la zona de transformación. Cuando se pregunta a algunas matronas y facultativos de atención primaria sobre el particular, argumentan que se trata simplemente de una forma de captación de pacientes para el programa de cribado; aun así, creo que es una oportunidad para hacer las cosas bien y sacar todo el partido posible al acto médico.

En segundo lugar, quiero hacer referencia al término "doble toma", que se aplica con frecuencia en atención primaria para referirse a tomas vaginales exocervicales sin tener en cuenta que en la práctica ginecológica el término está reservado para tomas exocervicales-endocervicales que, al contrario que las primeras, sí son representativas de la unión escamo-columnar y por tanto adecuadas para certificar la presencia o ausencia de células sospechosas de lesión preneoplásica o neoplásica. No es esta una simple discusión terminológica: la inclusión de tal terminología en los informes de petición de estudio citológico pueden inducir a error al citólogo, que por lo general se enfrenta a una ingente cantidad de muestras citológicas en las que un cambio en la terminología puede constituir un elemento de incertidumbre no deseable.

La paciente embarazada sometida a programas de cribado citológico de cáncer de cérvix no deja de ser una paciente normal que en este sentido debería ser abordada del mismo modo que la no embarazada.

Espero con estas pequeñas apreciaciones inducir a los lectores a tratar de optimizar no sólo la prueba en sí, sino el ulterior trabajo del citólogo, siempre en beneficio de la salud de la paciente, nuestro objetivo común final.