



# BOLETIN DE LA ASOCIACION ESPAÑOLA DE PATOLOGIA CERVICAL Y COLPOSCOPIA

N.º 14 - SEGUNDO SEMESTRE 2003

## **Presidente**

Ll. M. Puig-Tintoré

## **Presidente electo**

M. Cararach

## **Ex-Presidente**

X. Cortés

## **Secretario**

A. Torné

## **Secretario adjunto**

J. Ponce

## **Tesorero**

M. Quilez

## **Vocales**

A. Alba

C. Centeno

Ll. Chiva

R. Comino

J. C. Martínez-Escoriza

P. Miranda

J.C. Morín

## **Dirección Secretaría:**

Srta. Cristina Pons

Institut Universitari Dexeus  
Departamento de Obstetricia  
y Ginecología

Calatrava, 83, sótano 1.

08017 BARCELONA

Tel.: 93 227 47 18

Fax: 93 418 78 32

## **Comité científico**

P. Miranda

Ll. Chiva

J.C. Martínez-Escoriza

J. Ponce

## EDITORIAL

### **Infección genital por Papilomavirus, ante todo no hacer daño.**

Siempre he recordado la primera clase de Licenciatura. Al darnos la bienvenida en la Facultad de Medicina, el Profesor Don Julio Sánchez Lucas resumió como sería ejercer de médico. Entre sus diversas consideraciones hubo una que me impactó y que he intentado tener presente a lo largo de mi actividad profesional: "Primum non nocere", ante todo no hacer daño. Razonaba el Profesor que en ocasiones ante una manifestación patológica, la naturaleza actuaba espontáneamente para devolver el organismo a la normalidad. El médico tenía de reconocer este proceso y no interferirlo con tratamientos, cuyas consecuencias podían ser peores que la misma enfermedad. Este es uno de los principales retos para el ejercicio de una buena praxis medica. Diversas actuaciones medicas tienen como consecuencia efectos indeseables. Esta yatrogenia se ha de admitir en ocasiones como inevitable, justificándose la actuación médica por la aplicación del principio del "mal menor". Los avances en el campo de la ginecología oncológica permiten reducir los efectos indeseables de los tratamientos gracias a los beneficios que se obtienen, en casos seleccionados, con una conducta conservadora.

El "Primum non nocere" se ha de tener especialmente en cuenta cuando una actuación preventiva permite identificar, cada vez mas pronto y con mayor seguridad, las fases pre-clínicas del proceso patológico. Los avances en este campo han permitido pasar del diagnostico de lesiones clínicas, al reconocimiento de lesiones microscópicas y actualmente, la biología molecular permite identificar los cambios moleculares que inician la cascada de los cambios patológicos. En esta fase pre-clínica es imprescindible un buen conocimiento de la historia natural de la enfermedad que ayude a seguir de cerca su proceso y actuar cuando sea necesario, pero sólo cuando lo sea.

Estas consideraciones son especialmente pertinentes en la prevención del cáncer de cuello de útero en la que, a partir del reconocimiento del papel causal del virus del papiloma humano (VPH), se han puesto a punto técnicas moleculares que permiten identificar a las personas portadoras de virus de alto riesgo oncogénico. Su utilización dentro del programa de prevención requiere un buen conocimiento de la historia natural de la infección genital por VPH. En un reciente documento, consensado por la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, la Sociedad Española de Citología y la Asociación Española de Patología Cervical y Colposcopia, se hace una revisión actualizada de la infección por VPH y se concluye que la duración media de la infección es de unos 8-10 meses. En conjunto, se considera que el 80-90% se resuelven espontáneamente y sólo un 10-20% persisten. Para desencadenar el proceso neoplásico es imprescindible la persistencia continuada de la infección. La resolución espontánea de la infección

(continua en pag. 2)

---

(viene de pág. 1)

parece ofrecer un cierto grado de protección ante reinfecciones por el mismo tipo viral. Tanto la citología como el análisis del VPH detectan un número excesivo de mujeres jóvenes con lesiones no progresivas, pero que originan una gran angustia al saberse infectadas por un virus que puede resultar oncogénico, lo que condiciona un gran número de tratamientos innecesarios. Actualmente se están investigando nuevos marcadores moleculares que permitan seleccionar las lesiones verdaderamente neoplásicas y descartar los numerosos casos sin riesgo oncogénico. Esta parece que podrá ser una buena alternativa hasta que no sea efectiva la esperada vacuna. Mientras, es imprescindible que tanto el médico como el personal sanitario conozcan bien la historia natural de la infección por VPH y transmitan adecuadamente esta información para tranquilizar a las mujeres portadores de cambios citológicos leves por VPH y evitar así muchos tratamientos innecesarios. Recordemos, ante todo no hacer daño.

**Dr. Luis M Puig-Tintoré**

Prof. Titular de Ginecología y Obstetricia.  
Universidad de Barcelona. Presidente de la AEPCC.

## In Memoriam **Renzo Barrasso (1957-2003)**

*La AEPCC expresa su pesar por el prematuro fallecimiento del Dr. Renzo Barrasso, ocurrida el pasado mes de mayo. Recordamos a Renzo como brillante colaborador de nuestra Asociación, de la que era miembro correspondiente extranjero. En su memoria publicamos, traducida, la necrológica publicada en Gynécologie, Obstétrique & Fertilité por la Dra. Christine Bergeron.*

Renzo nos ha dejado y ya notamos su ausencia, pues Renzo tenía una gran presencia en todos los sentidos del término. Escogió la patología cervical como campo de excelencia y en ella puso toda su tenacidad y perseverancia. Decidió aprender colposcopia y fue con el mejor, el Doctor Fernand Coupez. Decidió comprender la patogenia y correlacionar las imágenes colposcópicas con la microscopía y fue con el Pr. Jean de Brux. Quiso comprender la carcinogenesis vírica y pidió al Pr. Gérard Orth del Instituto Pasteur buscarse papilomavirus oncógeno en las máculas, las pápulas, y las variadas imágenes que observaba a colposcopia. Toda esta curiosidad dio lugar a numerosas publicaciones, la más innovadora de las cuales es la definición de las lesiones masculinas asociadas a papilomavirus oncógenos, publicada en el New England Journal of Medicine. Otras publicaciones sobre correlación colposcopia-histología-virología llegaron después y permitieron definir y clasificar mejor las imágenes colposcópicas que precisaban biopsia, tanto en el hombre como en cuello, vagina o vulva de la mujer.

El tiempo dedicado a profundizar en el estudio y escribir artículos no le impidió desarrollar una importante experiencia clínica y Renzo llegó a ser un referente en colposcopia con una clientela nacional. Además, se volcó en la sociedad francesa de colposcopia y de patología cervicovaginal, de la cual se convirtió en su secretario. Instauró la enseñanza de la colposcopia en París y promovió el desarrollo de las antenas de la sociedad de colposcopia a lo largo y ancho de toda Francia, siempre dispuesto a participar, a proponer nuevos temas, diapositivas, mesas redondas. Los miembros de la sociedad se multiplican y el congreso anual es un éxito. En el extranjero, dió a conocer la sociedad hablando de Francia en las lenguas nacionales ya que Renzo hablaba muy bien el italiano y el francés, pero también el inglés y el español. De forma particular, desarrolla la colaboración entre las sociedades latino-americanas de colposcopia y la sociedad francesa, haciendo participar en cada congreso anual a un nuevo país. También se vuelve hacia Europa y pone en marcha con el Dr. J. Jordan, profesor en Birmingham, la Federación de sociedades de colposcopia europeas de la cual será el primer secretario. El tercer congreso europeo de colposcopia tendrá lugar en el 2004 en París debido a su iniciativa.

Renzo era insaciable y la colposcopia fue su terreno. Su ambición, su energía y su inteligencia le permitieron ser lo que soñaba, un líder en colposcopia reconocido en Francia pero también, y mucho, en el extranjero. El número de ginecólogos franceses y extranjeros que han apreciado sus presentaciones son legión, por la claridad y la exactitud de su exposición pero también gracias a su entusiasmo, su carisma y su encanto ya que su público era a menudo femenino y Renzo sabía ser encantador. Naturalmente tenía necesidad de convencer, pero también necesitaba ser amado por su público y lo conseguía muy bien; a veces, echándose en falta matices en sus palabras, faltándole humildad, según algunos. Es cierto que su comportamiento a veces provocaba irritación o incluso rechazo, pero siempre se reconocía su obsesión por transmitir sus conocimientos.

Renzo era también muy púdico y su enfermedad nos lo ha mostrado de una forma ejemplar. Poca gente sabía lo mucho que había estado luchando en los últimos tres años. La mayor parte del tiempo, él continuaba cuidando de sus pacientes y dando a entender que todo iba bien. Sin embargo tenía una perfecta lucidez acerca de lo que le iba a llegar. Nosotros hemos amado a Renzo ya que fue un ser complejo, consagrado intensamente a sus proyectos, rebelde o testarudo pero también sincero, encantador y en ocasiones débil.

**Dra. Christine Bergeron**  
París, Francia

# XV Reunión Nacional de la AEPCC

LAS PALMAS DE GRAN CANARIA 20-22 NOVIEMBRE 2003

Información e inscripción: [elipse@elipse-eventos.com](mailto:elipse@elipse-eventos.com) <http://www.congresopatologiacervical2003.com>

## Día 20, Jueves

09:00 - 09:30 Entrega de documentación

17:00 - 17:30 Descanso

### CURSOS PRE-CONGRESO:

Presidente: Dr. Ruperto Morales Lugo  
Secretario: Dr. Francisco Cabrera Morales

Presidente: Dr. Orlando Falcón Vizcaino  
Secretario: Dra. Alejandra Torres

9:30 - 13:00 **Electrocirugía en la patología del tracto genital inferior.**  
*Director: Dr. Pere Jou*

17:30 - 20:00 **Curso de colposcopia básica.**  
*Director: Dr. Juan Carlos Martínez-Escoriza*

09:30 - 10:00 Principios básicos de electrocirugía  
10:00 - 11:00 Aplicaciones de la electrocirugía en patología del TGI  
11:00 - 11:30 Descanso Café  
11:30 - 12:00 Videos  
12:00 - 13:00 Sesión práctica

17:30 - 17:45 Fundamentos y bases histológicas.  
*Dr. Aureli Torné*

15:30 - 17:00 **Simposio Cytyc**  
ThinPrep® - Nueva Técnica de optimización y mejora del Pap Test convencional.

17:45 - 18:00 Terminología y clasificación.  
*Dr. José Antonio López Fernández*  
18:00 - 18:15 Actitud ante una colposcopia insatisfactoria.  
*Dr. José Manuel Ramón y Cajal*  
18:15 - 18:30 Discusión

*Dr. Ralph Richart (USA)*  
*Dra. Euphemia McGoogan (UK)*  
*Dr. Manuel Quilez (España)*

18:30 - 20:00 Valoración de imágenes colposcópicas.  
*Dras. y Drs. Montserrat Cararach, Cristina Centeno, Francisco Dieguez de Benito, Emilia de Dios, Luis M Puig-Tintoré.*

## Día 21, Viernes

**Sesión I CONDUCTA CLÍNICA EN LAS LESIONES INTRAEPITELIALES.**  
Coordinador: *Dr. Luis Chiva*

Presidente: Profesor Dr. Javier Parache Hernández  
Secretario: Dra. Nieves Luisa González González

09:40 - 10:00 Aplicación clínica del test de VPH  
*Dr. Jordi Ponce*

10:00 - 10:15 Comunicación seleccionada  
*(Ponente pendiente seleccionar)*

10:15 - 10:45 Conducta ante una citología anormal. Protocolo de la ASCCP.  
*Dr. Daron Ferris*

09:00 - 09:20 Biología molecular en la patología del TGI. Repercusión clínica.  
*Dr. Alfonso Alba*

**10:45 - 11:15 Descanso**

09:20 - 09:40 Lesión de bajo grado, ¿observación o tratamiento?. Seguimiento con colposcopia digital  
*Dr. Luis M Puig-Tintoré*

Presidente: Dr. José Angel Garcia  
Secretario: Dr. Vicente Guillén González

11:15 - 11:35	Tratamientos escisonales. <i>Dr. Jordi Xercavins</i>	16:00 - 17:30	Debate <b>Citología convencional frente a citología tecnificada</b> Moderador: <i>Dr. Eduardo Vilaplana</i>
11:35 - 11:55	Tratamientos destructivos. <i>Dr. José A. Vidart</i>		
11:55- 12:10	Comunicación seleccionada ( <i>Ponente pendiente seleccionar</i> )		<i>Dra. Mercedes Santamaría</i>
12:10- 12:30	Protocolo de tratamiento de la ASCPC <i>Dr. Daron Ferris</i>		<i>Dr. Javier Sáez de Santamaría</i> <i>Dr. Luciano López-Marín</i>
12:30 - 13:00	Discusión	17:30 - 18:00	Descanso
Presidente:	Dr. Santiago Santander Fernández	18:00 - 19:30	<b>Presentación de Casos Clínicos</b> Moderadora: <i>Dra. Adoración Morales Fernández</i>
13:00 - 13:30	<b>Conferencia:</b> La revisión ginecológica en tiempos del papiloma virus. <i>Dr. Xavier Bosch</i>		<i>Dr. Pedro de Agustín</i> <i>Dra. Mireya Prieto</i> <i>Dra. Ana M<sup>a</sup> Puig</i> <i>Dr. Julio Rodríguez Costa</i>
<b>Sesión II IV REUNION CONJUNTA CON LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CITOLOGÍA.</b>			
Presidente:	<i>Dr. Manuel Márquez Ramírez</i>	19:30 - 20:00	<b>Asamblea General AEPCC</b>

## Día 22, Sábado

Presidente:	Dr. Ruperto Morales Lugo	10:30 - 11:00	Descanso
Secretario:	Dr. Servando Seara		
<b>Sesión III PATOLOGÍA VULVAR</b> Coordinador: <i>Dr. Javier Cortés</i>			
09:00 - 09:20	Patología infecciosa vulvo-vaginal <i>Dr. Juan C. Morin</i>	11:00 - 11:15	Comunicación seleccionada ( <i>Ponente pendiente seleccionar</i> )
09:20 - 09:40	Vulvodinia <i>Dra. Montserrat Cararach</i>	11:15- 11:35	Lesiones precursoras del cáncer de vulva <i>Dr. Santiago Dexeus</i>
09:40 - 10:00	Visión dermatológica de las lesiones vulvares <i>Dr. Agustín Alomar</i>	11:35 - 11:55	Tratamiento actual del cáncer inicial de vulva <i>Dr. Aureli Torné</i>
10:00 - 10:20	Utilidad y limitaciones de la biopsia vulvar <i>Dr. Jaume Ordi</i>	11:55 - 12:15	Atlas interactivo de patología vulvar <i>Dr. Luis M. Puig-Tintoré</i>
10:20 - 10:30	Comunicación seleccionada ( <i>Ponente pendiente seleccionar</i> )	12:15 - 13:00	Discusión
		13:00	Acto de clausura

---

# TÉCNICAS DE DETECCIÓN DE VPH. EFICACIA DEL DIAGNÓSTICO MOLECULAR EN EL TRACTO GENITAL INFERIOR

*Alfonso Alba Menéndez*

La detección de ADN del VPH mediante técnicas de Biología Molecular, independientemente del método utilizado, se basa en la especificidad de la complementariedad entre los ácidos nucleicos. Una secuencia de ADN tiene la capacidad de hibridar específicamente con otros ADNs o ARNs de modo tan específico que a una determinada temperatura solamente se formarán híbridos si el 100% de las bases son complementarias. El modo de detección de estos híbridos, la composición de las sondas de ADN y la existencia o no de amplificación de la señal marcarán las diferencias entre las diferentes técnicas.

## **Hibridación en solución: Captura de Híbridos**

Este método utiliza sondas de ARN que tienen la capacidad de hibridar con el ADN viral en solución y ser detectados mediante métodos luminiscentes. Los modernos métodos comerciales como el Hybrid Capture II®, a diferencia de las versiones anteriores que estaban consideradas subóptimas, tienen una adecuada relación entre sensibilidad y especificidad si se establecen límites de señal lumínica. La utilización de un cocktail de sondas de alto riesgo, que en la última versión incluye 13 tipos y otro para el grupo de bajo riesgo que incluye 5 tipos, permite la detección de ADN de estos tipos virales. Tiene como ventaja la posibilidad de semi-cuantificar la carga viral, aunque esta cuantificación solamente indica número de copias virales y no puede ser corregida en función del número de células obtenidas en la toma. El inconveniente principal es que no permite distinguir entre los diferentes tipos virales ni la presencia de infecciones múltiples y varios estudios refieren inespecificidades debidas a reacción cruzada entre las sondas de alto riesgo y ciertos tipos virales de bajo riesgo.

## **Sistemas basados en la Reacción en Cadena de la Polimerasa (PCR)**

Al igual que la captura de híbridos, la PCR utiliza pequeñas sondas de ADN que localizarán específicamente secuencias de ADN viral y se denominan cebadores o “primers”. La diferencia fundamental con otras técnicas radica en la amplificación en cadena de la región de interés que luego puede ser visualizada por diferentes técnicas (ELISA, electroforesis, detección láser, etc) con gran eficacia. En este método se combinan, por una parte la especificidad de la unión de los dos “primers” y, por otra parte, la sensibilidad que resulta del proceso de amplificación. (Detección real de 10 copias de ADN viral entre 1 millón de células)

## **PCR consenso y PCR específica**

Existen dos alternativas fundamentales para detección de HPV basadas en la PCR convencional. En primer lugar, y como método más utilizado, disponemos de la PCR de regiones consenso, en la cuál se amplifica una región con secuencia muy similar entre todos los HPVs para, posteriormente, por métodos de hibridación específica, enzimáticos o de secuenciación de ADN, realizar el tipaje específico del virus. El método consenso más popular es el que usa la región común L1, utilizando los “primers” MY09 y MY11. El amplificado generado es de aproximadamente 450 pares de bases y tiene ciertos inconvenientes como no permitir la detección del tipo 35. Por este motivo, se sintetizaron nuevos “primers” como PGMY09/11 con un relativo aumento de sensibilidad y espectro de detección viral, y otros como los GP5/GP6 o su variante mejorada GP5+/GP6+.

La PCR específica está basada en el diseño de “primers” específicos para tipos, subtipos o variantes virales y permite ajustar las condiciones de la reacción a sensibilidades de femtogramo, con especificidades que rondan el 100%. Por otra parte permite la realización de análisis de integración viral, detección de variantes, cuantificación normalizada frente a genes constitucionales, etc. (carga viral relativa al número de células).

## **Secuenciación de ADN**

La secuenciación de ADN, es decir la obtención de la secuencia de nucleótidos que conforma una determinada región del ADN viral, constituye sin duda el patrón de referencia para cualquiera de las técnicas anteriores.

Mediante este método se puede amplificar o clonar cualquier fragmento del ADN viral y determinar su composición nucleotídica, de este modo enfrentándola a la base de datos que contiene todas las secuencias conocidas de HPVs determinar ante que tipo, subtipo o variante nos encontramos. Su principal inconveniente es el costo y la necesidad de contar con laboratorios de alto nivel que dispongan de esta metodología. La ventaja, aparte de suponer un tipaje directo e inequívoco, es que permite distinguir variantes y polimorfismos virales, que en este momento se consideran variables de riesgo de transformación neoplásica de gran importancia, además de reconocer la presencia de nuevos tipos virales.

### **Sensibilidad y especificidad. Eficacia de las distintas técnicas**

Numerosos estudios han establecido los límites de sensibilidad y especificidad de cada una de las técnicas y variantes descritas. Al igual que ocurre con la citología, la calidad del análisis de ADN está condicionado por una serie de factores técnicos y de conservación de la muestra que en ocasiones son determinantes para el resultado. Cada una de las técnicas descritas detecta un rango diferente de VPHs y para el grupo común de VPHs detectados por todas las técnicas, las diferencias en sensibilidad y especificidad son variables aunque equiparables a nivel clínico. La técnica de Captura de Híbridos requiere la utilización de una solución conservante específica y en aquellos casos en los que la muestra está degradada la reacción no tiene la especificidad adecuada. Del mismo modo la técnica de PCR consenso disminuye su sensibilidad en muestras con ADNs de baja calidad. La PCR específica es menos dependiente de la calidad del ADN y permite el análisis de muestras archivadas en parafina. La mejor relación entre sensibilidad y especificidad en captura de híbridos se obtiene aplicando un nivel de corte de 1pg de ADN, sin embargo para que la sensibilidad sea comparable a nivel clínico con la PCR, debe establecerse el nivel de corte de positividad en 0,2 pg de ADN, con la desventaja de que a este nivel de corte produce falsos positivos, especialmente en muestras con VPHs de bajo riesgo y carga viral elevada.

En lo que respecta a los métodos basados en PCR las técnicas consenso MY09/11 y GP5+/6+ consiguen una buena correlación en lo que respecta a los tipos detectados por ambas técnicas ( $Kappa=0,79$ ), sin embargo ciertos tipos virales solamente son detectados únicamente por una de las dos técnicas. Sin duda, la combinación de alguna de estas técnicas con la detección específica de los tipos más implicados en carcinogénesis como VPH16 y VPH18, genera unos niveles de sensibilidad y especificidad óptimos para uso clínico.

INSTITUTO DE ESTUDIOS CELULARES Y MOLECULARES. LUGO

Correo electrónico: [molcel@arrakis.es](mailto:molcel@arrakis.es)



## **ASOCIACION ESPAÑOLA DE PATOLOGÍA CERVICAL Y COLPOSCOPIA**

**Información de la Web [www.aepcc.org](http://www.aepcc.org)**

Es propósito de la junta directiva de la AEPCC potenciar su empleo como vehículo de comunicación habitual, poniéndola a disposición de todos los asociados para comunicar sus actividades relacionadas.

Desde abril de 1998 hasta julio de 2003 se han producido un total de 28.612 visitas en la web de la AEPCC. El promedio actual es de 25-30 visitas por día.

Los cinco países con mayor número de visitantes han sido: España 34,2%, México 15,9%, Argentina 6,2%, Estados Unidos 5,7% y Brasil 4,0%.

Novedades en la web:

- Manual de Colposcopia Básica de la AEPCC
- Boletín informativo, segundo semestre de 2003
- 1<sup>st</sup> EFC Newsletter, December 2002 (versión en español)
- Documento de Consenso de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), Sociedad Española de Citología (SEC) y Asociación Española de Patología Cervical y Colposcopia (AEPCC) sobre “La Infección por Papilomavirus”.

# THINPREP®

## LA NUEVA GENERACIÓN DEL PAP TEST

### Método Papanicolaou convencional

Desde su introducción hace más de 50 años, la extensión cervicovaginal Papanicolaou (Pap Test) ha sido una poderosa herramienta para la detección de lesiones cervicales cancerosas y precancerosas. Durante este tiempo, el Pap Test convencional ha sido reconocido por su contribución a la reducción de la mortalidad provocada por el cáncer de cérvix en los países que han implementado un programa de screening cervical. Mientras que el Pap Test convencional ha sido una herramienta muy eficaz en la reducción de las muertes relacionadas con el cáncer de cérvix, su metodología ha permanecido virtualmente inalterada desde su introducción. Actualmente está ampliamente reconocido que el Pap Test convencional ofrece unos resultados de limitada sensibilidad así como una proporción significativa de especímenes inadecuados. El estudio más extenso hasta la actualidad estima una sensibilidad para esta técnica de un 51%. Se estima también que hasta dos terceras partes de los falsos negativos en que incurre el Pap Test convencional, son debidos a limitaciones en la toma de muestra o en la preparación de la extensión. Los estudios han demostrado que únicamente una pequeña porción de la muestra tomada del paciente se transfiere al porta; la mayor parte de ella se desecha junto con el instrumento para la recogida de muestra. Además, la interpretación adecuada de las extensiones convencionales está a menudo comprometida por la presencia de sangre, moco, inflamación, escaso material celular o artefactos por desecación. Estos elementos enmascaradores son también una de las causas principales de la inadecuación de las muestras que resulta en una repetición de la prueba.

### ThinPrep® Pap Test™

Para solucionar estos problemas, Cytoc Corporation ha desarrollado el ThinPrep® Pap Test™, un método basado en citología en fase líquida (CFL). Las muestras se recogen inicialmente por el Ginecólogo mediante un instrumento de toma de muestra cervical; después en vez de extender las células en un porta, el instrumento de toma de muestra se lava en un vial ThinPrep® que contiene el medio conservante PreservCyt®. El vial se etiqueta a continuación y se envía al laboratorio para su procesamiento. El laboratorio puede usar uno de los dos instrumentos existentes, ThinPrep®2000 o ThinPrep®3000, que son unidades automatizadas de preparación de portas que producen unas extensiones en monocapa remarcablemente uniformes, y virtualmente libres de elementos enmascaradores como sangre, moco e inflamación.

Después de años de trabajo e investigación, en 1.996 la FDA aprobó el ThinPrep®, concluyendo que era significativamente más efectivo que la citología convencional para la detección de la presencia de células atípicas, cáncer cervical o lesiones precursoras (Lesiones Intraepiteliales Escamosas de bajo y alto grado- LSIL y HSIL) en el cérvix.

Los estudios clínicos que condujeron a la aprobación de la FDA fueron realizados en 6.747 mujeres y demostraron que el ThinPrep®, aumenta la detección de lesiones leves o severas en un 65% de las

---

personas que se someten a un Papanicolaou y en un 6% en la población de alto riesgo. Este estudio también ha demostrado que el test ThinPrep®, reduce en un 29% el número de muestras inadecuadas que en general llevan a la repetición del Papanicolaou.

## **Beneficios clínicos del sistema ThinPrep® Pap Test™**

Los beneficios clínicos del sistema ThinPrep® Pap Test™, han sido documentados en diversos artículos. Como mínimo, se han llevado a cabo 3 amplios ensayos clínicos que validan las mejoras que ThinPrep® aporta al rendimiento clínico. Además, se han publicado más de 70 estudios, con diversos enfoques clínicos. Estos estudios están diseñados bajo distintos protocolos y demuestran un amplio rango de beneficios de la tecnología ThinPrep®, incluyendo mejoras en la detección de lesiones precancerosas, reducción de diagnósticos equívocos, mejoras en la adecuación de las preparaciones, pruebas moleculares adicionales, mejor valoración de la morfología, y coste-efectividad.

Estos estudios demuestran una mejora consistente en la adecuación de las muestras y en la detección de las lesiones cervicales. Sobre la base de una substancial colección de evidencias clínicas, una estimación conservadora sugeriría una mejora de un 60% en la sensibilidad del sistema ThinPrep®Pap Test™ en comparación con la extensión de Papanicolaou convencional, para la detección de lesiones cervicales precancerosas.

## **Beneficios en coste de la tecnología ThinPrep®**

### **a) Mejora en la sensibilidad**

Mientras que la estructura económica que soporta el screening de cáncer cervical varía significativamente de país a país, los objetivos son los mismos: Reducir la mortalidad y morbilidad asociada al cáncer cervical. Esto se consigue mediante la prevención del desarrollo de un cáncer cervical invasor identificando lesiones pre-cancerosas a través de amplios programas de screening y tratando la lesión antes de su avance. El éxito del screening depende de: 1) el nivel de participación del público objetivo (todas las mujeres entre 24 y 64 años), y 2) la sensibilidad de la prueba utilizada. La sensibilidad se define como la capacidad de una prueba para identificar una lesión cuando esta está presente.

Para establecer los beneficios clínicos y de coste asociados a una nueva tecnología que ha demostrado una sensibilidad mejorada, es importante determinar con precisión el nivel de sensibilidad para el Pap Test convencional. La revisión más completa del rendimiento del Pap Test convencional hasta la fecha fue llevada a cabo por una de las divisiones del departamento norteamericano de Salud y Servicios Sociales (Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR)), con la intención de realizar un estudio sobre citología cervical basado en la evidencia. El informe “Evaluation of Cervical Cytology” fue revisado por líderes de opinión en práctica clínica, asociaciones profesionales y de investigación especializadas en obstetricia, ginecología y citopatología, y fue completado y archivado en febrero de 1999.

El equipo de investigación realizó una extensa revisión y análisis de los estudios publicados comparando el diagnóstico citológico con el diagnóstico clínico basado en colposcopia y biopsia. Los resultados de esta revisión fueron la base del meta-análisis. Empezando con más de 900 referencias bibliográficas, las

---

revisiones procedieron a través de un proceso de eliminación de 3 pasos. Finalmente, los autores utilizaron 84 estudios que cumplían sus estrictos criterios para la valoración del Pap Test convencional. De estos, 37 estudios eran realizados en Europa.

El modelo de coste efectividad desarrollado por el informe de la AHCPR, mostró que una prueba de screening que mejorase la sensibilidad en un 60% podría reducir la incidencia de cáncer cervical y muerte en un 51%. La detección precoz de las lesiones precursoras de cáncer resultaría en procedimientos de tratamiento menos costosos e invasivos. El informe de la AHCPR confirmó que una mejora en la sensibilidad de un 60% también reduciría el número de histerectomías e intervenciones con radiación en un 43% en U.S. y como consecuencia los costes sanitarios relacionados con estas intervenciones.

## b) Pruebas complementarias

En estudios recientes se ha observado que el sistema ThinPrep®Pap Test™ reduce los ASCUS (células escamosas atípicas de significado indeterminado) en un 20-45%. Además, el sistema ThinPrep®Pap Test™ ofrece la oportunidad de realizar distintas pruebas complementarias (prueba HPV, Clamidia, Gonorrea, IHQ, PCR, etc) sobre casos dudosos sin necesidad de repetir la toma de muestra y evitando al paciente molestias y ansiedad innecesarias.. De acuerdo a los estudios publicados, este procedimiento representa un método coste-efectivo para la identificación de casos dudosos que probablemente encubren lesiones precancerosas más severas.

## Conclusión

El sistema ThinPrep®Pap Test™ ofrece significativas ventajas clínicas y económicas sobre el Pap Test convencional para el screening de cáncer cervical. La mayor tasa de detección de la enfermedad demostrada por el sistema ThinPrep®Pap Test™ no sólo proporciona una ventaja para el paciente reduciendo la mortalidad, sino que puede conllevar beneficios en el coste asociados con una reducción en la incidencia y costes asociados con los tratamientos en estadios avanzados de la enfermedad. Al mismo tiempo, la significativa mejora en la calidad de la muestra y la posibilidad de realizar múltiples pruebas usando la misma muestra, reducirá substancialmente los costes directos e indirectos así como las ansiedad del paciente asociada con el screening y las pruebas adicionales innecesarias.

**Referencias Bibliográficas:** Consultar en la Página Web

### **Para mas información:**

Cytec Iberia S.L.

C/ Tarragona 161, Planta 18 – 08014 Barcelona

Telf. 932 287 877 – Fax. 932 287 899

e.mail: [spainportugal@cytec.com](mailto:spainportugal@cytec.com)

Página Web: [www.cytec.com](http://www.cytec.com)

# 3<sup>rd</sup> EUROPEAN CONGRESS for COLPOSCOPY and CERVICAL PATHOLOGY

**Paris, 23 –24 January, 2004**

Institut Pasteur – 28 rue du Dr. Roux – 75015 Paris

## **OPENING CEREMONY**

Health care systems in Europe in near future  
An overview of cervical cancer screening systems in Europe.

## **SCREENING**

Problems and new concepts  
Update and state of affairs in Europe  
Thin layer  
HPV testing

## **TERMINOLOGY**

How terminology affects the clinician  
Debate : European versus Bethesda systems

## **TRAINING**

Minimal standards of colposcopy  
How to audit your own practice  
The nurse colposcopist

## **CENTER OF EXCELLENCE**

What has a center to offer ?  
Telecolposcopy

## **HOW TO COMMUNICATE**

Meet the expert

## **EARLY INVASIVE CANCER**

Update European cancer mortality  
Changing concepts in treatment  
Trachelectomy  
Sentinel node

## **WORKSHOP**

Cytology, colposcopy and management  
Interactive images and discussion

## **BEST CASES PRESENTED**

## **MULTIFOCAL DISEASE**

Extracervical lesions

## **WHAT IS THE FUTURE ?**

Cell-cycle-markers  
Immunological challenges  
Vaccinations

## **CLOSING CEREMONY**

## **ORGANIZATION CONTACT**

### **Isabelle SIRVEN**

Tel: + 33 1 45 23 96 70

Fax: + 33 1 45 23 96 08

**e-mail:** [i.sirven@societeccc.fr](mailto:i.sirven@societeccc.fr)

**web:** <http://www.europeancolposcopy.com>

## BECAS DE FORMACIÓN CONTINUADA EN COLPOSCOPIA Y PATOLOGÍA DEL TRACTO GENITAL INFERIOR

Dentro de los objetivos de la AEPCC está la formación continuada de los especialistas de Obstetricia y Ginecología en el área de la Patología del Tracto Genital Inferior (TGI) y Colposcopia. Para cumplir este objetivo la AEPCC, con la colaboración de 3M Farmacéutica, convoca dos becas para ampliar la formación de médicos especialistas jóvenes.

### **SE OFRECE**

Estancia en una unidad de Patología del TGI y Colposcopia, en un hospital español con programa docente.

Duración: un mes

Incluye viaje, estancia y 900 € para gastos personales

### **CONDICIONES**

Tener menos de 35 años.

Estar en posesión del título de especialista español en Obstetricia y Ginecología, o convalidado.

Ser miembro de la AEPCC en el momento de cursar la solicitud.

Solicitud: Currículum Vitae y descripción resumida de los motivos para optar a la beca.

El plazo de entrega de la solicitud termina el 15 de Octubre 2003.

Enviar a la Secretaría de la AEPCC: Sra. Cristina Pons.

I.U. Dexeus, Calatrava, 83, sótano 2.

08017 Barcelona

La Junta Directiva de la AEPCC decidirá la concesión de las Becas y su fallo será inapelable.

La entrega de la Beca se realizará durante la XV Reunión de la AEPCC en Las Palmas de Gran Canaria.

Disfrute: 1 mes, durante el año 2004

# ASOCIACION ESPAÑOLA DE PATOLOGIA CERVICAL Y COLPOSCOPIA

## HOJA DE INSCRIPCION

Sr. Presidente de la Asociación Española de Patología Cervical y Colposcopia.

Por la Presente solicito mi ingreso en esa Asociación profesional y científica que Vd. preside.

Adjunto: • Domiciliación bancaria  
• Datos personales

### DATOS PERSONALES:

Apellidos: ..... Nombre: .....

Domicilio: ..... N.I.F.: .....

Población: ..... C. Postal: .....

Provincia: ..... País: .....

Teléfono: ..... Fax: .....

Titulación: ..... Especialidad: .....

CENTRO DE TRABAJO: .....

Departamento: ..... Dirección: .....

..... C. Postal: ..... Población: .....

Provincia: ..... Teléfono: .....

Fax: ..... FIRMA

E-mail: .....

Enviar a la Secretaria de la AEPCC: Srta. Cristina Pons - I.U.Dexeus. Calatrava, 83, sótano 1. 08017 Barcelona

### DOMICILIACION BANCARIA:

Banco / Caja: .....

Código cuenta corriente:

Dirección: .....

Titular de la Cuenta: .....

Población: ..... Provincia: .....

FIRMA

Barcelona, ..... de ..... de 2003

Precio cuota anual A.E.P.C.C. .... 30 €