



BOLETIN DE LA ASOCIACION ESPAÑOLA DE PATOLOGIA CERVICAL Y COLPOSCOPIA

N.º 15 - PRIMER SEMESTRE 2004

EDITORIAL

Invitación a la XVI Reunión de la AEPCC

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

La Asociación Española de Patología Cervical y Colposcopia (AEPCC) continúa, felizmente, dando señales de permanente progreso. Recientemente pudimos asistir a su XVª Reunión, en Las Palmas de Gran Canaria, y comprobar dónde se sitúan los retos más actuales: progresos en electrocirugía, citología en medio líquido, ..etc.

Las recientes modificaciones en la Clasificación de Bethesda, las actualizaciones en los protocolos diseñados por los colegas americanos publicadas en 2.002 y 2.003 y el magnífico Documento de Consenso sobre la infección por HPV editado por la S.E.G.O. y coordinado por nuestro Presidente, el Prof. Luis M. Puig-Tintoré, son la clara demostración de la vitalidad y dinamismo de esta parcela de la Ginecología.

En el XI Congreso Mundial de la Federación Internacional de Patología Cervical y Colposcopia, celebrado en Barcelona en junio de 2.002, se encomendó al grupo de trabajo de Alicante que organizase durante 2.004 la XVI Reunión de nuestra Asociación.

Así, el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital General Universitario de Alicante y especialmente los miembros de su Unidad de Patología del Tracto Genital Inferior, siguiendo los acuerdos de las varias reuniones realizadas con miembros de la Junta Directiva, valorados aquellos aspectos de más relevancia por su actualidad y emergente bibliografía, ha elaborado un Programa Científico para los próximos 11, 12 y 13 de noviembre que creemos de interés:

- Tendremos una sesión con los anatómo-patólogos inaugurando así la I Reunión Conjunta con el Club de Patología Ginecológica de la Sociedad Española de Anatomía Patológica. Es fundamental progresar conjuntamente con los compañeros patólogos, con los que continuamente debemos tener un diálogo en el manejo de la patología cérvico-vagino-vulvar.
- Abordaremos cuestiones de formación en Colposcopia, estandarización de la misma e inclusión de criterios de control de calidad en nuestra práctica clínica. Este tema se trató en el Congreso de la Federación Europea de Colposcopia celebrado el pasado mes de enero en París y pensamos que también tiene el máximo interés en nuestro entorno inmediato.
- La patología infecciosa no derivada del HPV, los marcadores del ciclo celular para el diagnóstico del HPV, las vacunas contra el HPV tanto terapéuticas como preventivas, etc. Son temas de interés que también tendrán su lugar en nuestra reunión.
- Además, como es habitual, tendremos un Curso Precongreso centrado única y exclusivamente en el Curso de Colposcopia Básica para residentes.

(continua en pag. 2)

(viene de pág. 1)

No obstante, a todos aquellos que decidáis venir a nuestra ciudad no sólo os esperan ponencias y mesas redondas. Aunque hemos elegido el mes de noviembre, estamos seguros de que el tiempo nos permitirá alguna merecida excursión, visita cultural o práctica deportiva durante ese fin de semana.

Con sinceridad, nuestra satisfacción sería contar con vuestra presencia en esos días, seguros de que, además del trabajo que hemos preparado, tendréis buenas oportunidades de descansar y disfrutar.

Dr. Juan Carlos Martínez Escoriza.
Presidente del Comité Organizador
de la XVI Reunión de la AEPCC

El Club de Patología Ginecológica de la Sociedad Española de Anatomía Patológica

El club de Patología Ginecológica de la Sociedad Española de Anatomía Patológica nació en 1978 con el objeto de establecer un foro de reunión de los patólogos con una dedicación especial a la Patología Ginecológica. Desde su creación el club ha recogido la larga tradición ginecológica de la anatomía patológica. No en vano algunos de los pioneros de la Anatomía Patológica Ginecológica en nuestro país, como el Dr. Francisco Nogales Ortiz o el Dr. Manuel Márquez (Miembro de Honor de la AEPCC), discípulo suyo y miembro fundador del club eran ginecólogos a los que su carrera profesional llevó hacia la patología. Los miembros actuales del club, muchos de ellos discípulos directos de estos ginecólogos-patólogos, recogen estas importantes raíces ginecológicas de la patología española integrándolas en su especialidad. En la actualidad el club está constituido por más de 30 patólogos que trabajan en diferentes hospitales de segundo o tercer nivel de todo el territorio español dedicados, de forma exclusiva o prioritaria, a la patología ginecológica.

El club de patología ginecológica se distingue por su elevadísimo nivel científico. Cada año son numerosas las publicaciones en revistas internacionales de alto factor de impacto, dirigidas o encabezadas por miembros del club. Como ejemplo, durante el pasado año 2003 fueron más de 50 las publicaciones realizadas con factor de impacto. El club ha actuado como dinamizador de este aspecto científico, facilitando el contacto entre especialistas e investigadores con intereses comunes. De este modo, son varias las publicaciones en las que diferentes miembros del club han participado de forma coordinada. Como consecuencia de todo ello, muchos de los patólogos del club son reconocidos tanto a nivel nacional como internacional y participan como conferenciantes invitados en numerosos congresos. Una de las áreas de mayor interés es la patología cervical y vulvar.

El objetivo principal del club de Patología Ginecológica es promover el máximo nivel de la patología ginecológica en nuestro país mediante la organización de reuniones y seminarios que permitan, tanto a sus miembros, como al resto de patólogos generales con tareas de diagnóstico de biopsias y piezas quirúrgicas ginecológicas, conseguir un adecuado nivel asistencial. En este aspecto siempre se ha tenido una especial dedicación a los especialistas en formación como la cantera que en el futuro debe continuar y mejorar nuestra labor actual. Son varios los patólogos de las últimas generaciones que forman ya parte del club.

Por último, el club asesora activamente a la Sociedad Española de Anatomía Patológica en la realización de protocolos diagnósticos y de manejo de piezas quirúrgicas ginecológicas. Estas funciones se han realizado muchas veces de forma coordinada con la SEGO. Fruto de esta relación fue la publicación a finales de los años 90 de los protocolos de diagnóstico y estudio anatomopatológico para los diferentes tumores ginecológicos.

Tanto por nuestros orígenes, como por el indiscutible contacto diario que nuestras labores asistenciales, científicas y docentes conllevan, son mayores a menudo los lazos que nos unen con los compañeros ginecólogos que con nuestros propios compañeros de especialidad, sentimiento compartido por gran parte de los ginecólogos, especialmente aquellos con interés en las áreas de oncología y patología cervical. Es por ello, que desde hace ya varios años nos hemos planteado toda la necesidad de establecer contactos periódicos entre ginecólogos y patólogos ginecológicos con el objeto de compartir experiencias y mejorar nuestra práctica asistencial y científica diaria.

Este año 2004 va a realizarse en el seno de la XVI Reunión Nacional de la AEPCC que se celebrará en Alicante la I Reunión Conjunta con el club de Patología Ginecológica de la Sociedad Española de Anatomía Patológica que esperamos tenga una buena acogida tanto entre los ginecólogos como entre los patólogos y que resulte en una relación continuada que nos aportará sin duda alguna, importantes beneficios científicos y prácticos a todos.

Dr. Jaume Ordi
Coordinador del Club de Patología Ginecológica

XVI Reunión Nacional de la AEPCC

ALICANTE 11-13 NOVIEMBRE 2004

I Reunión conjunta con el Club de Patología Ginecológica de la SEAP

Presidentes del Comité Organizador:

Dr. Francisco Diéguez de Benito y Dr. Juan Carlos Martínez Escoriza

SEDE: Palacio de Congresos del Ilustre Colegio de Médicos de Alicante

SECRETARÍA DE ORGANIZACIÓN	FECHAS IMPORTANTES A RECORDAR
Halcón Congresos Avenida de Denia, 47-A 03013 Alicante Tel.: 965 269 962 FAX: 965 263 797 congresosalc@halcon-viajes.es	Límite de envío de los resúmenes de Pósters: 20 de Septiembre de 2004 Aceptación de Pósters: 10 de Octubre de 2004 Tarifa reducida de inscripción: 30 de Octubre de 2004 XVI Reunión AEPCC: 11-13 de Noviembre 2004 Web: www.aepcc.org

TEMAS

CURSO de COLPOSCOPIA Iª REUNIÓN CONJUNTA con el CLUB de PATOLOGÍA GINECOLÓGICA p16INK4a en neoplasias vulvares Nomenclatura Bethesda o Europea Patología molecular del cáncer de cérvix: aplicación de las matrices de tejido Adenocarcinoma de endocervix Casos clínico-patológicos INFECCIONES del TGI no HPV Vaginosis. Herpes. Micosis. Chlamydias	AVANCES TÉCNICOS Citología líquida o convencional Experiencia española en citología líquida Caracterización molecular de la infección HPV Tipificación HPV en la práctica actual Estado actual de las vacunas HPV FORMACIÓN en COLPOSCOPIA Formación colposcópica en la especialidad Acreditación europea en colposcopia Colposcopia. Uso clínico y control de calidad Atlas de Enfermedades de la Vulva
--	--

RELACIÓN PROVISIONAL DE PONENTES

Dr. José Abad Olmos Dr. Pedro Acién Álvarez Dr. Francesc Alameda Dr. Alfonso Alba Dr. Ignacio Aranda Dr. Juan Ballesteros Dr. Gorka Barrenetxea Dra. Victoria Bartolomé Dra. Christine Bergeron Dr. F. Bonilla Musoles Dr. José Antonio Borrego Acuña Dra. Montserrat Cararach Tur	Dr. Ramón Carreras Collado Dr. Xavier Castellsagué Dr. F. Coloma Colomer Dr. J. A. Colombo Aragón Dr. Xavier Cortés Bordoy Dr. Francisco Diéguez de Benito Dr. José A. López Fernández Dra. María Lloret Dr. J. Carlos. Martínez Escoriza Dr. Chris Meijer Dr. Jaume Ordi	Dr. J. Carlos Morín Gamarra Dr. José Palacios Dr. J. M. Pérez Vázquez Dr. Jaime Prats Dr. Luis M. Puig-Tintoré Dr. José Manuel Ramón y Cajal Dr. Antonio Rodríguez Pichardo Dr. Javier Seguí Dr. Aureli Torné Bladé Dr. Santiago Dexeus Trias de Bes Dr. J.A. Vidart Aragón Dr. Eduardo Vilaplana Vilaplana
---	---	--

SE ADMITEN COMUNICACIONES EN FORMA DE PÓSTER

Enviar a la secretaría un resumen estructurado* con un máximo de 350 palabras (Fuente: Arial, Tamaño 11), antes del 20 de septiembre de 2004. Deberán ser aceptadas por el comité científico, que seleccionará las que se presentarán en forma oral. Se otorgará el **Premio Dr. Miguel de Arcos de la Plaza** a la mejor comunicación.

[*Título. Autor-es (Subrayar el que lo presentará, que deberá estar inscrito en la Reunión). Centro de trabajo. Ciudad. Objetivo. Material y Método. Resultados y Conclusiones].

XV Reunión de la Asociación Española de Patología Cervical y Colposcopia

Las Palmas de Gran Canaria, 20 al 22 de Noviembre de 2003

Drs. Luis M. Puig-Tintoré y Juan C. Morín Gamarra

En la XV Reunión de la AEPC se hizo una completa actualización de los conocimientos sobre las enfermedades del tracto genital inferior (TGI). El objetivo de la Reunión fue trasladar a la práctica médica los resultados consolidados de los avances recientes en patología del TGI, con la finalidad de conseguir niveles de excelencia en el cuidado de la salud de las mujeres. Sin duda, la calidad de los ponentes contribuyó a alcanzar este objetivo.

Con un total de 40 presentaciones, la Reunión se estructuró en dos Cursos, dos Ponencias, una Conferencia magistral y la IV Reunión conjunta bienal con la Sociedad Española de Citología. Además, se presentaron 33 comunicaciones-pósters, de las que se seleccionaron cuatro para exposición oral. El premio **Dr. Miguel de Arcos de la Plaza** a la mejor comunicación se otorgó al trabajo “*Valor del HPV-DNA como factor pronóstico de la recidiva tras conización cervical en pacientes con H-SIL*” de los **Drs. Coloma F, Diago JV, Terrádez J, Lloret A, Payá V, Costa S, Abad A, Rodenas JJ, y Gilabert J.**, del Hospital Arnau de Vilanova de Valencia.

El **primer curso**, dirigido por el **Dr. P. Jou**, trató sobre “**Electrocirugía en la patología del tracto genital inferior**”. Después de una exposición de los principios básicos, repasó sus aplicaciones con especial énfasis en el uso del asa diatérmica para el diagnóstico y tratamiento de las lesiones intraepiteliales. Se completó con videos y una sesión práctica “*hands-on*”.

El **segundo curso** fue el ya clásico de la AEPC sobre “**Colposcopia básica**”, impartido desde hace años en múltiples lugares de la geografía española y del que existe una versión en la web. Dirigido por el **Dr. J.C. Martínez-Escoriza**, se actualizaron los contenidos y se dio un enfoque dinámico, participando los cursillistas en la interpretación de las imágenes. De interés, en la citología anormal con colposcopia insatisfactoria se aconsejó descartar una lesión endocervical.

La **Primera Ponencia**, “**Conducta clínica en las lesiones intraepiteliales**” fue coordinada por el **Dr. L. Chiva**, que en su presentación hizo énfasis en los nuevos avances en este campo. La repercusión clínica de los actuales conocimientos sobre biología molecular en la patología del TGI la expuso el **Dr. A. Alba** que analizó las ventajas y limitaciones de las diversas técnicas para detectar el ADN del VPH, siendo el patrón de referencia la secuenciación del ADN viral, que parece podrá ser accesible al clínico en un próximo futuro. La conducta clínica, observación o tratamiento, en las lesiones de bajo grado fue presentada por el **Dr. L.M. Puig-Tintoré**. Del seguimiento de pacientes con infecciones transitorias por VPH mediante colposcopia digital concluye que, confirmado el diagnóstico de lesión de bajo grado, una conducta expectante durante 24 meses permite evitar muchos tratamientos innecesarios. La aplicación clínica del test de VPH fue expuesta por el **Dr. J. Ponce** que realizó un detallado análisis de la bibliografía mas relevante y presentó su propia experiencia, aconsejando el empleo de la captura híbrida en la selección de mujeres con atípica citológica (ASC-US) y en el control pos tratamiento.

El tratamiento del CIN fue abordado por el **Dr. J. Xercavins**. El asa diatérmica es el método de elección al permitir el estudio histológico con una mínima morbilidad. Sin embargo, en las CIN 3 endocervicales, 1 cm por encima del orificio externo, prefiere realizar la conización con bisturí. El **Dr. D. Andía** expuso en una comunicación seleccionada para presentación oral, sus “*Resultados del tratamiento de las lesiones intraepiteliales en 100 pacientes tratados mediante conización con asa*”. El tratamiento destructivo de las lesiones cervicales intraepiteliales de bajo grado requiere, según el **Dr. J.A. Vidart**, una estricta selección individual, considerándolo especialmente indicado en las lesiones vaginales primarias o que se extienden a la vagina.

Finalmente el **Dr. D.G. Ferris**, presidente electo de la *American Society for Colposcopy and Cervical Pathology*, presentó los protocolos actualizados de la *ASCCP*. Con referencia a la conducta clínica ante una citología anormal, destacó que en las mujeres con citología de ASC-US la opción preferida, es la determinación del VPH de alto riesgo oncogénico, aunque también pueden considerarse opciones válidas el estudio colposcópico o la repetición de la citología. Todas las mujeres con citología de ASC-H, L-SIL, H-SIL, o cáncer deben de estudiarse mediante colposcopia.

En segundo lugar el **Dr. D.G. Ferris** presentó el recién publicado protocolo de tratamiento de las lesiones intraepiteliales, una vez confirmadas por biopsia. Dado que un elevado porcentaje de lesiones de CIN 1 regresan espontáneamente sin tratamiento, si la colposcopia es satisfactoria se acepta un periodo de observación sin tratamiento. Los casos en los que la colposcopia no es satisfactoria deben tratarse, ya que puede haber una lesión de mayor grado oculta en el endocérvix. También deben tratarse todas las lesiones de CIN 2-3. Si la colposcopia es satisfactoria se pueden emplear tanto métodos destructivos como escisionales. Si la colposcopia no es satisfactoria o se trata de una recidiva deben usarse métodos

(continua en pag. 5)

(viene de pág. 4)

escisionales. La histerectomía no está indicada como tratamiento inicial en estas pacientes.

La **Conferencia magistral** fue dictada por el **Dr. X. Bosch**. Desde una visión epidemiológica trató de las evidencias y perspectivas futuras de la prevención de los diversos cánceres de la mujer. Expuso los cambios que se han experimentado en la prevención del cáncer en los últimos 50 años. En nuestro país y en ausencia de un programa de cribado, la introducción en la población del hábito de la visita de revisión ginecológica con citología, ha conseguido una importante reducción en la incidencia y mortalidad por cáncer cervical. La próxima disponibilidad de la vacuna para VPH hace previsible un cambio de protocolo. Sin embargo, la visita periódica sigue teniendo un gran valor, ya que representa una ocasión excelente para prevenir otros cánceres actualmente más prevalentes entre las mujeres (mama, pulmón, colo-rectal, endometrio y ovario).

La **Segunda Ponencia** sobre **Patología Vulvar** fue coordinada por el **Dr. J. Cortés**, quien resaltó su frecuencia, ya que un 10-20% de mujeres acuden al ginecólogo por síntomas vulvares, y sin embargo aún se diagnostica el cáncer en fases avanzadas. La patología infecciosa vulvo-vaginal fue revisada por el **Dr. J.C. Morín** mediante esquemas didácticos. A partir de los síntomas, exploración y pruebas de laboratorio llega al diagnóstico diferencial y aconseja el tratamiento. La **Dra. M. Cararach** hizo una revisión del dolor vulvar crónico o vulvodinia, un síndrome complejo, que a menudo ocasiona secuelas psico-sexuales. Aunque su resolución es lenta, el éxito del tratamiento requiere un diálogo en profundidad y dar soporte emocional a la paciente.

La utilidad y limitaciones de la biopsia de vulva fueron expuestas por el **Dr. J. Ordi**. Explicó la forma correcta de tomar la muestra, destacando que debe ser de tamaño suficiente e incluir la base de la lesión para poder orientar la pieza. A continuación revisó las características histológicas de las alteraciones del desarrollo, lesiones infecciosas, enfermedades dermatológicas y los diversos tipos de neoplasias. Las lesiones preinvasoras de la vulva fueron expuestas por el **Dr. S. Dexeus** y la **Dra. M. Cararach**. Destacaron el hecho de que la VIN presenta síntomas sólo en un 50% de los casos, el resto se detectan durante el examen clínico. Dada la posibilidad de progresión a cáncer invasor deben tratarse, intentando ser lo más conservadores posible. Se prefieren los métodos escisionales que permiten obtener material para estudio histológico y detectar un posible cáncer oculto. El tratamiento actual del cáncer inicial de vulva está evolucionando, según los **Drs. A. Torné** y **L.M. Puig-Tintoré**, hacia formas más conservadoras. En el estadio I la exéresis radical con un margen superior a un centímetro, junto con la técnica del ganglio centinela, en fase de validación clínica, permiten igualar las tasas de curación de los tratamientos más radicales.

Se presentaron, además, dos comunicaciones seleccionadas. Los **Drs. E.R. Pérez-López** y **G. Pérez** de la Universidad de Zaragoza y GineWeb. “*La información en Internet sobre virus del papiloma y patología intraepitelial del cuello uterino*”. En su trabajo analizaron la información presentada en una muestra de páginas web destacando que su calidad es muy heterogénea y a menudo no están actualizadas. Aconsejaron que las sociedades científicas proporcionen información básica y de calidad. La siguiente comunicación seleccionada fue un estudio multicéntrico sobre “*Utilidad y satisfacción de un programa educativo en la prevención de recidivas de condilomas ano-genitales*”, de los **Drs. M. Durán, M. Quílez, J.A. Colombo, B. Numancia, J.J. Vilata** y **X. Badía**. Las pacientes con condilomas que recibieron un programa educativo al indicarles el tratamiento, tuvieron la mitad de recidivas (15% frente a 33%).

En la IV Reunión conjunta con la Sociedad Española de Citología, se debatió el tema “citología convencional frente a citología tecnificada”, coordinado por el **Dr. E. Vilaplana**. La **Dra. M. Santamaría** presentó una exhaustiva revisión actualizada de las limitaciones y ventajas de la citología líquida en monocapa y de la citología de Papanicolaou. Concluyó que en lesiones cervicales la técnica líquida muestra un material más representativo, en especial de las células endocervicales y menor número de muestras insatisfactorias. Aumenta la sensibilidad sin perder especificidad, pero es controvertido si disminuye el número de ASC-US. El **Dr. L. López-Marín** revisó los aspectos novedosos que se han introducido en todos los pasos de la citología: técnica de toma, registro, procesado en el laboratorio, estudio microscópico y pruebas complementarias. El **Dr. J. Sáez de Santamaría** revisó las técnicas propuestas para mejorar la interpretación de los frotis, incluyendo los sistemas expertos de análisis de imágenes, concluyendo que de cara al futuro debe considerarse la posibilidad de automatizar parte de las tareas rutinarias.

En la segunda parte de la IV Reunión conjunta con la SEC, se presentaron casos clínicos coordinados por la **Dra. A. Morales**. La **Dra. M. Prieto** presentó un adenocarcinoma villoglandular bien diferenciado de cérvix. La **Dra. A. Puig** un útero doble con una displasia leve en el cuello derecho y un adenocarcinoma endocervical con áreas adenoescamosas y de células claras en el cuello izquierdo. Finalmente el **Dr. J. Rodríguez** presentó dos casos, un adenocarcinoma de endocervix y endometrio, el primero con patrón seroso y el segundo con patrón endometriode, y otro caso de un adenocarcinoma adenoescamoso.

En el curso de la IV Reunión conjunta con la SEC el **Dr. L.M. Puig-Tintoré** presentó el reciente Documento de Consenso de la SEGO, SEC y AEPCC sobre “La infección por Papilomavirus”.

Todo el contenido de la XV Reunión de la AEPCC se ha publicado y puede consultarse asimismo en la web (www.aepcc.org).

Simposio Cytoc Iberia

Moderador: Dr. Francesc Alameda, Hospital del Mar, Barcelona.

“Sistema ThinPrep®Pap Test™: La nueva generación en screening de cáncer de cérvix”

Resumen de las ponencias del Simposio celebrado en Las Palmas de Gran Canaria el 20 de Noviembre de 2003

LIQUID-BASED CYTOLOGY IN THE U.S.

Dr. Ralph M. Richart, Columbia University College of Physicians & Surgeons, New-York.

La prueba de Papanicolaou ha demostrado su utilidad en la reducción de la incidencia y mortalidad por cáncer de cérvix, así como en la detección de sus lesiones precursoras. Sin embargo, las muestras procesadas mediante citología ThinPrep® son más uniformes y representativas para su interpretación, incrementándose la detección de todos los grados de CIN y cáncer, escamoso o glandular. En los Estados Unidos ThinPrep® se ha convertido en la técnica estándar utilizada en un 65% de todas las citologías. Además, usando el líquido residual, ThinPrep® permite detectar otras enfermedades de transmisión sexual y hacer un cribado más eficaz en las mujeres con resultados indeterminados (ASC-US).

PROGRESS IN CYTOLOGY IN THE UK

Dra. Euphemia McGoogan MB ChB FRCPath MIAC. University of Edinburgh,
Lothian University Hospitals Trust Edinburgh, United Kingdom.

La Citología en fase líquida (CL) proporciona una gran mejora en la calidad de los programas de cribado cervical que ofrecemos a las mujeres. Después de los resultados favorables de los estudios piloto independientes llevados a cabo en Escocia e Inglaterra, el programa de *Screening* Cervical del NHS del Reino Unido ha decidido implementar la CL como test de rutina para el cribado. Los resultados muestran un aumento en la productividad del laboratorio, una reducción de la tasa de ASC-US, un incremento en la sensibilidad para lesiones de alto grado y una buena aceptación de la metodología por parte del personal de laboratorio y clínico.

IMPORTANCIA DE LA FIJACION CITOLOGICA EN MEDIO LIQUIDO.

Dr. Juan Carlos Morín. MIAC. Hospital Universitario Materno Infantil, Canarias.

El medio líquido permite una óptima fijación, pudiéndose homologar y unificar la calidad de los extendidos. El medio de Cytoc recoge directamente la muestra citológica y la mantiene en suspensión, lo que permite: 1) realizar extendidos en monocapa; 2) preservar material para biología molecular y PCR; 3) preservar material para realizar nuevos extendidos; y 4) eliminar el contexto hemático e inflamatorio, mejorando la selección celular.

PAP TEST VS THINPREP®

Dr. Manuel Quílez. Hospital de Sant Pau, Barcelona.

Comparación a doble ciego del sistema ThinPrep® respecto el Pap test convencional. Los resultados preliminares, que incluían además el examen colposcópico, mostraron que con ThinPrep® disminuía el número de ASC-US y se incrementaba la detección de L-SIL y H-SIL.

Caso clínico: "No todo es lo que parece ser"

Dra. Margarida Mendes Almeida. Lab. Anatomía Patológica, CITO, Portugal

Mujer de 79 años con prolapso urogenital. Se realizó citología ThinPrep® pre-operatoria, que reveló un ASC-H. La exploración colposcópica fue negativa y a la paciente se le practicó biopsia de la unión exo-endocervical que resultó negativa. Se realizó histerectomía vaginal. El estudio patológico de la pieza diagnosticó un H-SIL endocervical.

CRIBADO DE CANCER DE CERVIX : ALGUNAS NOTICIAS

Dr. Javier Cortés

1.- En Diciembre de 2003 el Consejo Sanitario Europeo ha dado a conocer una Directiva sobre cribado del cáncer en Europa. Entre otras recomendaciones, relacionadas con los cánceres de mama y colon, esta Directiva recomienda, para cáncer de cérvix, realizar una citología cada 3 – 5 años a las mujeres con relaciones sexuales, iniciando el proceso no antes de los 20 años ni mas tarde de los 30. Además, advierte de la necesidad de recordar a la comunidad científica que los cambios metodológicos deben estar fundamentados en evidencias de primer nivel disponibles y no en la presión derivada de intereses industriales.

A mi juicio se deriva que en el momento actual se reafirma el papel básico de la citología en el cribado de cáncer de cérvix frente a otras alternativas en evaluación. Por ejemplo y entre otros, los resultados alentadores del estudio HART (Lancet, 362, 1871, 2003) en el uso del test de HPV en cribado para mujeres mayores de 30 años, los resultados provisionales del ensayo randomizado que se esta llevando a cabo en Finlandia y comunicados durante el reciente Congreso Europeo de Patología Cervical de Paris por Nieminen, inducen a pensar que en un próximo futuro es probable que exista suficiente base de calidad para introducir el test de HPV en cribado de mujeres de más de 30 años, usando la citología en el “triage” de los casos positivos y espaciando mucho el control de las mujeres negativas.

2.- Esta misma Directiva sugiere que los tests de cribado deberían ser ofrecidos únicamente en programas de cribado poblacional para que se garanticen equidad, cobertura, eficacia y eficiencia. (Ver: Cribado de Cáncer de Cérvix, X. Cortes, Boletín de la AEPCC, nº 13, Febrero 2003).

Se ha puesto en marcha en España el primer programa de cribado poblacional de cáncer de cervix. La Junta de Extremadura ha tomado esta decisión. El corte poblacional diana se sitúa entre los 30 y los 65 años, mujeres con cervix y relaciones sexuales coitales. El programa amplía la cobertura a mujeres de menos de 30 años en las que concurren los siguientes factores de riesgo: inicio de las relaciones antes de los 20 años, promiscuidad, inmunosupresión, infección por HPV u otras ETS y tabaquismo. Usará el Sistema Bethesda para terminología e informe. Se tomaran tres citologías anuales y si son normales se repetirá cada 3 años. La infraestructura del Programa se basa en la Asistencia Primaria y el segundo escalón en Unidades de Patología Cervical.

3.- Los últimos datos disponibles en Globocan 2000 (www.dep.iarc) relacionados con la incidencia del cáncer de cérvix informada por 227 registros poblacionales de calidad que aportan sus datos, de los que 10 son españoles, merecen algún comentario. La tasa poblacional ajustada más alta la comunica el registro de Harare, en Zimbabwe, con 55.04 por cien mil mujeres. La tasa más baja del mundo la aporta el registro de Jiashan, en China, con 1.18. En Europa, la más alta es la de Cracovia, Polonia, con un 19.64. Nuestros vecinos latinos registran como tasas más altas de los diferentes registros nacionales, 13.63 (Vila Nova de Gaia, Portugal), 11.16 (Haut.-Rhin, Francia) y 9.15 (Romagna, Italia).

¿Qué ocurre en España?. Véase la tabla adjunta. A señalar el dato sumamente importante de que el registro de Cuenca anota la tasa más baja de Europa y una de las más bajas del mundo (lugar 223 de 227). Estas grandes diferencias probablemente reflejan las diferencias socioculturales de las diferentes comunidades estudiadas, en un tumor cuya génesis sabemos vinculada fuertemente a los hábitos sexuales. Además, en mi opinión, deberían provocar alguna reflexión a quien alguna vez ha defendido la idea de un Registro Nacional de Tumores. ¿Cuál es la incidencia en España del cáncer de cérvix? ¿La de Tarragona o la de Navarra? ¿Una pretendida “media”? Los datos aportados serian no validos y probablemente inducirían a error y confusión. Los Registros deben trabajar sobre poblaciones pequeñas, controlables, en las que las variables vinculadas al riesgo puedan ser estudiadas con rigor y los controles de calidad del Registro puedan ser ejecutados con precisión. Un Registro no es una instancia rígida y burocrática – un señor o una señora anotando cruces en un papel y sumando – si no un instrumento dinámico de estudio de causas, prevalencias e incidencias, análisis de las tendencias y comparación de hallazgos. No es sencillo ni barato tener un Registro Poblacional de Calidad. Pero es un instrumento de trabajo de primera necesidad para el control, la asistencia y la investigación del cáncer.

Cáncer de Cérvix en España 1991 - 1996			
Tasa Poblacional Ajustada			
1. Mallorca	12.05	6. Girona	7.38
2. Tarragona	9.03	7. Granada	6.13
3. Asturias	8.11	8. Albacete	5.36
4. Islas Canarias	7.94	9. Navarra	3.74
5. Murcia	7.39	10. Cuenca	3.36

V REUNION CONJUNTA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CITOLOGIA Y LA ASOCIACION ESPAÑOLA DE PATOLOGIA CERVICAL Y COLPOSCOPIA

Dr. Javier Cortés

Los días 12 y 13 de marzo de 2004 se celebró en Alange, Badajoz, perfectamente organizada por el **Dr. Sáenz de Santamaría**, la XXXII Reunión Anual de la SEC. La mañana del sábado día 13 se destinó casi en su totalidad a la V Reunión conjunta con la AEPCC. La Sesión fue presidida y moderada por los **Dres. Vilaplana y Cortés**. La idea era que los citopatólogos presentes conocieran la colposcopia, su uso e imágenes y los protocolos de actuación que sus diagnósticos generan.

Los **Dr. Torné**, del Hospital Clínico Universitario de Barcelona y la **Dra. Cararach**, del Instituto Universitario Dexeus de Barcelona, presentaron sendas ponencias sobre estas cuestiones, amén de un Seminario de Casos Clínicos de correlación cito-colpo-histológica. Se presentaron además casos/problema de diagnóstico citológico ginecológico.

La próxima VI Reunión Conjunta SEC-AEPCC se celebrará durante la Reunión Anual que la AEPCC va a celebrar el año 2005 en Bilbao, organizada por el **Dr. Andía** y su equipo, cumpliendo el acuerdo de alternancia.

EUROPEAN FEDERATION FOR COLPOSCOPY & PATHOLOGY OF THE LOWER GENITAL TRACT (EFC)

Tercer Congreso Europeo de Colposcopia y Patología Cervical

Dres. L.M. Puig-Tintoré y A. Torné

Se celebró los días 23 y 24 de enero de 2004 en el prestigioso marco del Instituto Pasteur de París. Presidido por el **Dr. J.L. Leroy**, fue organizado por la *Société Française de Colposcopie et de Pathologie Cervico-Vaginale*.

La EFC está integrada por las Sociedades Europeas de Colposcopia* (Boletín AEPCC nº 13, Feb. 2003). El **Dr. Joe Jordan**, del Reino Unido ha sido el presidente de la EFC hasta este Congreso, en que ha ocupado la presidencia el **Dr. Emmanuel Diakomanolis** de Grecia, que organizará el próximo Congreso del año 2007 en Belgrado. En París se eligió al próximo presidente, habiendo sido nominado por votación mayoritaria el miembro fundador de la AEPCC, nuestro buen amigo el **Dr. Santiago Dexeus**. Como sede del Congreso del año 2010 se eligió la ciudad de Berlín. La representación española contó con la presencia de los **Drs. J.M. Bosch, X. Bosch, M. Cararach, X. Cortés, S. Dexeus, J.C. Martínez-Escoriza, L.M. Puig-Tintoré, J.M. Ramón y Cajal, y A. Torné**.

El Congreso se organizó en diez Sesiones. El esquema general de todas las Sesiones fue semejante consistiendo en una primera parte con presentaciones a cargo de expertos invitados, que trataban diversos aspectos del tema, y una segunda con la exposición de comunicaciones relacionadas, previamente seleccionadas por el Comité Científico. En total hubo 18 conferencias invitadas, 17 comunicaciones seleccionadas y 57 pósters. Resumimos algunas de ellas.

En la sesión de apertura, **M. Arbyn** (Bélgica), coordinador del *European Network for Cervical Cancer Screening*, revisó el Protocolo Europeo actualizado de cribado del cáncer de cuello recién publicado en http://www.cancer-network.de/cervical/sp_index.htm. La citología de Papanicolaou es el único método de cribado que ha probado su eficacia en la reducción de la mortalidad por este cáncer. Su implementación requiere una cobertura poblacional con control centralizado que asegure la calidad del programa a todos los niveles. El cribado se iniciará entre los 20 y los 30 años y se repetirá cada 5 años, o mejor cada 3 años si los recursos lo permiten. Se ha planteado la introducción de nuevas tecnologías pero sólo después de establecer su eficiencia en estudios randomizados. Están pendientes de evaluar, la citología líquida (CL) y la detección de HPV. Según **V. Schneider** (Alemania) actualmente la CL no ha mostrado mejores resultados que la convencional. Sin embargo, **M. Fender y cols.** (Francia) hallaron una reducción del 40% de citologías insatisfactorias con la CL. La sensibilidad mejoró algo, pero la especificidad fue ligeramente menor. **C. Bergeron** (Francia) presentó sus resultados con una nueva técnica de CL confirmando la mejor calidad de las preparaciones. Comunicó un aumento en la detección de lesiones intraepiteliales, si bien sólo fue significativo en

el grupo de ASC-US.

La utilización del test de HPV en el cribado es controvertida. Para **T. Helmerhorst** (Holanda), su elevado valor predictivo negativo permite alargar el intervalo de cribado a cinco o más años, en mujeres de bajo riesgo, cuando la citología también es negativa. Su empleo en la selección de mujeres con citología de ASC-US o L-SIL, permite según **A.G. Bais y cols.** (Holanda) reducir un 50% las mujeres que precisan estudio colposcópico.

Se dedicó una especial atención a los temas relacionados con la formación y control de calidad en colposcopia. Los estándares mínimos en colposcopia fueron presentados por **Ch. Redman y J. Jordan** (Reino Unido). Siguiendo el trabajo previo, el objetivo actual es identificar como se trata la CIN en Europa, e introducir normas que permitan revisar su cumplimiento. La revisión de la propia práctica colposcópica, con objeto de asegurar su calidad, debe ayudar a identificar insuficiencias o errores para mejorar el rendimiento. Según **J.J. Baldauf** (Francia), algunos estándares de calidad deben aplicarse a nivel individual, como por ejemplo el número de casos nuevos, el número de lesiones identificadas, el tiempo requerido para llegar al diagnóstico y la tasa de pérdidas de seguimiento. La fiabilidad de la colposcopia se mide en relación con la histología, pero también por el número de cánceres no detectados y el número de piezas de exéresis sin ninguna lesión. Conocer los fracasos del tratamiento es difícil ya que requiere un seguimiento a largo plazo, pero es de gran interés si queremos mejorar su eficacia. **J. Heinrich** (Alemania) presentó la función de las consultas de displasia en el diagnóstico y tratamiento de las mujeres con hallazgos anormales en el cribado. Los criterios para remitir a las mujeres a la consulta son: 1) citología anormal; 2) colposcopia con cambios mayores, incluso con citología normal; 3) biopsia con lesiones de alto grado; 4) HPV de alto riesgo persistente en mujeres mayores de 35 años; y 5) seguimiento después del tratamiento de neoplasias intraepiteliales.

Las nuevas técnicas de imagen fueron objeto de otra sesión. **J.C. Boulanger** (Francia) presentó la telecolposcopia en tiempo real que posibilita a las mujeres que viven en áreas alejadas la consulta con el especialista. Sin embargo, parece ser más fácil en su realización la transmisión de imágenes digitalizadas, con excelentes resultados. La telecolposcopia permite crear, como presentaron **Z. Perisic y cols.** (Serbia), una excelente base de datos de imágenes colposcópicas con correlación clínica, citológica e histológica, aplicable a la docencia y la revisión. **L.M. Puig-Tintoré y cols.** (España), presentaron los resultados de la colposcopia digital en el seguimiento de una cohorte de 54 mujeres con lesiones de bajo grado, tiempo medio de seguimiento de 24 meses, precisando tratamiento sólo un 13%. Se concluyó que en pacientes con L-SIL una conducta expectante durante dos años permite evitar muchos tratamientos innecesarios, en especial en mujeres jóvenes.

Se dedicó una sesión al cáncer cervical. **X. Bosch** presentó la mortalidad en Europa (España), y resaltó el consistente aumento de la misma observada en los registros, en el grupo de mujeres mayores de 65 años. Lo atribuyó a su no inclusión en los programas de cribado y obliga a replantear la edad a la que debe de interrumpirse el mismo.

En la Sesión sobre el tratamiento del cáncer inicial destacaron dos técnicas novedosas, la traquelectomía y el ganglio centinela. **J.C. Pasquier** (Francia), presentó los resultados de la traquelectomía del grupo del Prof. Dargent de Lyon. El ganglio centinela en cáncer de cuello está en fase de estudio y no se puede aconsejar todavía su aplicación clínica, según **P. Van Dam** (Bélgica). Presentó una serie de 41 pacientes con una tasa de detección del 88% y una exactitud del 95%. La experiencia española en este tema fue presentada por **A. Torné y cols.** (España), en un grupo de 18 pacientes con estadificación laparoscópica, con una tasa de detección del 94% y una exactitud del 100%. Cabe señalar su utilidad para identificar la metástasis ganglionar por laparoscopia y, en su caso, aplicar a la paciente un tratamiento quimio-radioterápico.

La enfermedad intraepitelial multifocal afectando vulva y periné (VIN) y/o vagina (VaIN) se presenta en un 20-25% aproximadamente de las pacientes con CIN. Las lesiones de VIN son muy heterogéneas y en general el ginecólogo tiene escasa preparación para su diagnóstico y tratamiento. A menudo se traslada a la vulva la misma conducta seguida para la CIN, según **L. Micheletti y cols.** (Italia). Es necesario un enfoque multidisciplinario de las enfermedades vulvares que tenga en cuenta sus peculiaridades anatómicas e histológicas.

Según **E. Hooijberg** (Holanda) y **F. Breitburd** (Francia), el futuro está marcado por las estrategias inmunológicas y en especial la prevención primaria e incluso el tratamiento mediante el empleo de vacunas. Actualmente están en desarrollo las vacunas basadas en la tecnología del ADN recombinante para la expresión de la proteína mayor de la cápside (L1) que mediante su ensamblaje constituye las “virus-like particles” (VLP), con una marcada acción antigénica, pero sin riesgo biológico.

FEDERACION EUROPEA DE COLPOSCOPIA (EFC)

Sociedades Europeas de Colposcopia

Alemania, Austria, Bélgica, Croacia, Chequia, Dinamarca, España, Finlandia, Francia, Grecia, Hungría, Irlanda, Israel, Italia, Lituania, Malta, Países Bajos, Polonia, Portugal, Reino Unido, Rumania, Serbia, Suecia y Suiza.

Junta Directiva

Presidente:	Dr. Emmanuel Diakomanolis (Grecia)
Presidente electo:	Dr. Santiago Dexeus (España)
Secretario:	Dr. Thomas Löning (Alemania)
Tesorera:	Mrs. Liz Dollery (Reino Unido)

Proximos Congresos:

Belgrado 2007: 19-21 de Septiembre. Presidenta: Dra. Vesna Kesic

Siguiente Congreso: Berlín 2010



ASOCIACION ESPAÑOLA DE PATOLOGÍA CERVICAL Y COLPOSCOPIA

Información de la Web 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 abril de 2004 se han producido un total de 39.087 visitas en la web de la AEPCC. El promedio actual es de 41 visitas por día.

Los cinco países con mayor número de visitantes han sido: España 33,7%, México 16,8%, Argentina 6,4%, Estados Unidos 5,3% y Brasil 3,7%.

En la web de la AEPCC pueden consultarse:

- Los boletines de la AEPCC
- Manual de Colposcopia Básica
- Resumen de las últimas reuniones de la AEPCC
- El Documento de Consenso sobre "La Infección por Papilomavirus"
- Información de la próxima XVI Reunión Anual de la AEPCC, en Alicante

Otros sitios de interés en la web:

European Guidelines for Quality Assurance in Cervical Cancer Screening, (en Inglés):

http://www.cancer-network.de/cervical/guidelines/Guidelines_ver15_12_03.zip

HPV-Today, (en español): http://www.hpvtoday.com/_espa/index_espa.htm

Cáncer de cuello, (en español): www.meb.uni_bonn.de/Cancernet/spanish/100103.html

Historia de la colposcopia, (en español): <http://www.gineconet.com/articulos/634.htm>

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: FIRMA

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:

FIRMA

Barcelona, de de 2004

Precio cuota A.E.P.C.C. año 2004 35 €