

Presidente

Ll. M. Puig-Tintoré

Presidenta electa

M. Cararach

Ex-Presidente

X. Cortés

Secretario

A. Torné

Secretario adjunto

J. C. Martínez-Escoriza

Tesorero

M. Quilez

Vocales

A. Alba

D. Andía

F. Dieguez

O. Falcón

J. M. Ramón y Cajal

L. M. Torres

Dirección Secretaría:

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

BUENAS NOTICIAS, NUEVOS RETOS

En su juventud Pablo Picasso ya mostraba los rasgos de genialidad que caracterizaron su creación artística. La contemplación, en su museo de Barcelona, del impresionante cuadro “Ciencia y Caridad”, que pintó en 1897 a los 16 años, me hizo reflexionar a fondo acerca del sentido de nuestra especialidad. En una humilde habitación una mujer de mediana edad está agonizando. A su derecha un médico, que reproduce los rasgos del padre del pintor, le toma el pulso, a su izquierda una religiosa sostiene en brazos a su hijo. Hace un siglo poco podía hacer la “Ciencia” y mucho debía esperarse de la “Caridad”.

Todos hemos colaborado en mayor o menor medida a los progresos de la “Ciencia” durante este último siglo, en el campo del cáncer cervical. Al trabajo pionero de Schauta y Wertheim sobre el tratamiento quirúrgico, siguieron las aportaciones de Hinselmann y Papanicolaou, que sentaron las bases de la prevención secundaria del cáncer mediante la detección, diagnóstico y eventual tratamiento de las lesiones pre-invasivas o micro-invasivas. Sin embargo, y a pesar de los programas de cribado, se siguen diagnosticando cánceres de cuello uterino en estadio avanzado. Véase la breve revisión bibliográfica de J. Cortés en la que destaca que desgraciadamente en nuestro país todavía tenemos mucho que mejorar.

El descubrimiento de la asociación de los papilomavirus humanos con la neoplasia cervical por zur Hausen y la posterior confirmación de su papel etiológico han cambiado el escenario. Las técnicas moleculares para el estudio de las lesiones precancerosas se están introduciendo con fuerza y nos plantean nuevos retos en la práctica asistencial. En este sentido los dos trabajos seleccionados y comentados por A. Torné son de indudable utilidad para el clínico. Asimismo, en el Resumen del Congreso de Papilomavirus de Vancouver se describen nuevas y prometedoras aportaciones de la biología molecular en este campo.

Otra buena noticia es la inminente introducción de la vacuna para el VPH. Ello nos va a situar en inmejorables condiciones para conseguir una prevención primaria y vencer de forma definitiva tan cruel enfermedad, aunque sea a muy largo plazo. La vacunación nos planteará nuevos interrogantes, algunos de los cuales se enumeran en el recuadro adjunto. En este ámbito seguro que será imprescindible un esfuerzo de actualización permanente para conseguir la máxima eficiencia en la aplicación de la vacuna.

Permitidme concluir con la reflexión que me produjo el cuadro de Picasso. Evitemos que el extraordinario progreso de la medicina (la “Ciencia”) en este último siglo nos deslumbre y nos impida tener la siempre necesaria comprensión, ayuda y solidaridad (la “Caridad”), hacia nuestras pacientes.

Dr. Luis M. Puig-Tintoré
Presidente AEPCC

Interrogantes que plantea la introducción de la vacuna para el VPH

La vacunación para la prevención primaria del cáncer del tracto genital inferior relacionado con la infección por VPH y en especial, por su frecuencia, del cáncer de cuello de útero, abre un interesante debate porque enfrenta al médico ante un escenario desconocido. Señalamos algunos aspectos a considerar.

- ¿Debe modificarse el cribado en la era de la vacuna? Teniendo en cuenta que las vacunas actuales cubren un 70% de los tipos de VPH de alto riesgo y pendientes de conocer el alcance real de la inmunización cruzada, se cree que el cribado citológico sin vacunación prevendría mas muertes por cáncer cervical que la vacunación con VPH 16/18 VLP sin citología. En países con cribado citológico establecido será necesaria la coexistencia de la vacunación con el cribado. Sin embargo se espera que la reducción de las infecciones por VPH disminuya el número de citologías anormales y la necesidad del diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las lesiones premalignas. La reducción en la incidencia del cáncer cervical se calcula que podrá evidenciarse después de unos 20 años que se inicie el programa de vacunación.
- ¿Vacunación sólo de las mujeres o de ambos sexos? La necesidad de inmunizar a los hombres es un tema en discusión. Parece que sería importante para conseguir una inmunización de toda la comunidad. Pero incluso si la cobertura no alcanzase al 100% de la población la disminución del número de individuos susceptibles conseguiría una importante reducción en la incidencia de la enfermedad. Se piensa que cuanto mas eficaz sea la vacuna en las mujeres menos necesario será vacunar a los hombres.
- ¿Se deben vacunar las mujeres ya infectadas por VPH? No hay evidencia de que la vacuna VLP sea menos segura en estas mujeres, pero todavía se desconoce su efecto sobre las infecciones prevalentes. Se cree que al prevenir sucesivas auto-inoculaciones la vacuna puede disminuir la duración de la persistencia viral y así evitar la progresión lesional.
- ¿Vacunación voluntaria o dentro de un programa de vacunación obligatoria? Sin duda un tema importante para alcanzar una inmunidad colectiva y disminuir la incidencia del cáncer, pero con evidente repercusión económica, que precisa la realización de minuciosos estudios para valorar la máxima eficiencia.

Otras buenas noticias relacionadas con la AEPCC

En el Congreso de Vancouver (Abril-Mayo 2005) mantuvimos conversaciones con el Dr. Daron Ferris, Presidente de la *American Society for Colposcopy and Cervical Pathology* (ASCCP) y las proseguimos en Cancún (Junio 2005) en el Congreso de la *International Federation of Cervical Pathology and Colposcopy* (IFCPC) con el Dr. Edward Wilkinson, Editor de la Revista *Journal of Lower Genital Tract Diseases* (JLGTD). Actualmente el JLGTD es la revista de referencia mundial en nuestra especialidad y está incluida, desde marzo de este año, en el *Index Medicus*. Además, esta revista es la publicación oficial de la ASCCP, la *Australian Society for Colposcopy and Cervical Pathology*, la *Society of Canadian Colposcopist* y la IFCPC.

Mediante el acuerdo alcanzado con la dirección del JLGTD, la AEPCC es espónsor oficial del *Journal*, que pasa a ser nuestra publicación oficial. Esto abre las páginas del JLGTD a la publicación de resúmenes seleccionados de ponencias y comunicaciones de nuestras reuniones científicas y demás noticias relacionadas con la AEPCC. Además, puede facilitarnos la publicación de artículos originales, siempre que reúnan las condiciones de calidad exigibles y sean aceptadas después de una minuciosa revisión. Estamos negociando, además, otras ventajas para nuestros asociados.

Finalmente, en este Boletín se publica la invitación de la Dra. Vesna Kesic para asistir al Congreso de la Federación Europea de Colposcopia (EFC) que se celebrará en Belgrado en septiembre del año 2007. En él, el Dr. Santiago Dexeus asumirá la Presidencia de la EFC. Os animo a que planeéis vuestra asistencia a Belgrado 2007. En diversos eventos internacionales, en los que he tenido ocasión de participar últimamente, he podido captar el reconocimiento que se tiene hacia nuestra Asociación. Belgrado 2007 puede ser una muy buena ocasión para mostrar a Europa todo nuestro potencial.

Dr. Luis M. Puig-Tintoré
Presidente AEPCC

INFORMACIÓN de la WEB

www.aepcc.org

A fines de agosto 2005 se ha alcanzado un total de 54.815 visitas a la página de la AEPCC. El promedio actual es de unas 40 visitas por día. Los países con mas visitantes han sido: España 36,5%, México 16,0%, Argentina 6,4%, Estados Unidos 5,3%, Colombia 3,3%, Brasil 3,3%, Venezuela 3,2%, Perú 2,6%, Chile 1,9% y Uruguay 1,7%.

En la web de la AEPCC pueden consultarse:

- Los Boletines de la AEPCC
- El Manual de Colposcopia Básica
- El Documento de Consenso sobre “La Infección por Papilomavirus”
- Las Presentaciones Científicas de las últimas Reuniones de la AEPCC
- Información de la XVII Reunión Anual de la AEPCC, en Bilbao.

Otros sitios de interés en la Web:

Internacional Federaron of Cervical Pathology and Colposcopy: <http://www.ifcpc.org/ifcpc/home.htm>

European Federation of Colposcopy: <http://www.e-f-c.org/>

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>

Conferencia de consenso de la ASCCP para determinar el manejo óptimo de la paciente con neoplasia cervical intraepitelial. (en español): http://www.asccp.org/pdfs/consensus/histo_spanish.pdf

REPLANTEANDO EL CRIBADO.

Comentarios a la bibliografía reciente.

Dr. Javier Cortés
(cortes@oceca.es)

Bray y un equipo multicéntrico (1), desde la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer en Lyon, Francia, describen la situación del cribado del cáncer de cérvix en trece países europeos, entre ellos España. Los cuatro países escandinavos y el Reino Unido cuentan con programas poblacionales nacionales así como tres regiones francesas y tres italianas; el resto, oportunistas. Los cortes de edad son muy similares y los intervalos también, con predominio de 20 – 64 años / trienal.

Al analizar las tendencias históricas de las incidencias, los datos recogidos expresan un descenso en todos los países excepto Eslovaquia, Eslovenia y España, que muestran incrementos del riesgo. Si el período analizado es el reciente, los datos empeoran en muchos de los países y aparecen dos que cambian el descenso por el incremento, Estonia y Finlandia. La cifra española empeora: si la tendencia global era de +0.7, la reciente es de +1.0. Los números finlandeses son particularmente llamativos, ya que el programa finlandés, pionero, ha sido tomado frecuentemente como modelo: una tendencia global negativa del 4.7 se ha invertido recientemente a una positiva (incremento) del 8.2.

Otro dato aportado por este estudio es que si se analiza la incidencia por cohortes de edad, puede observarse de forma general que los descensos de riesgo vistos en las generaciones nacidas en las primeras tres décadas del siglo pasado han sido sustituidos por sucesivos incrementos del riesgo en las mujeres nacidas después.

La ineficacia e ineficiencia de los programas oportunistas es invocada como causa mayor del fracaso en los países con esta estrategia. Las explicaciones para el muy relevante caso finlandés y para el “fenómeno de cohorte” descrito, incluirían mayor exposición al virus del papiloma humano (VPH) en las jóvenes generaciones, caída en la calidad interna de los Laboratorios de Citología, confiados en tecnologías de nueva generación no más eficaces y muy probablemente no eficientes, y descenso en los esfuerzos de cobertura, que en algunos países habría caído a niveles del 40% de la población, claramente insuficientes.

Brinkmann (2) refuerza la importancia de la cobertura, refrescando un dato no por conocido menos actual y relevante: la inmensa mayoría de las mujeres que desarrollan cáncer de cérvix no han sido atendidas por los programas preventivos y, además y esto es particularmente frustrante, esta proporción mayoritaria no ha variado en los últimos diez años.

Desde la prestigiosa Escuela de Salud Pública de Harvard, Kim (3) comunica sus hallazgos al aplicar un modelo matemático de valoración de costes comparando estrategias de cribado: dependiendo del intervalo aplicado y sin que la eficacia sea penalizada, el uso conjunto de citología convencional y test de VPH a partir de los 30 años es la más eficiente, con un ahorro por año de vida salvado que oscila entre 9.800 y 75.900 \$, datos corroborados desde Ginebra por Petignat (4).

Las cosas no van bien y seguir tal cual no es, obviamente, la mejor manera de solucionarlas. Sugerencias:

Las políticas oportunistas deben ser definitivamente canceladas por ineficaces e ineficientes. Lejos de esto determinada Comunidad Autónoma acaba de lanzar con gran ruido un programa de tal tipo.

El esfuerzo inversor, más que aplicarlo en innovaciones tecnológicas de escaparate, debe estar encaminado a:

1. Mantener y/o mejorar la calidad de la citología convencional en todas sus fases (toma, fijación, procesamiento, lectura, informe, comunicación al clínico, seguimiento), y
2. Alcanzar porcentajes altos de cobertura, siempre necesariamente superiores al 70%, llevando la protección preventiva a las mujeres en marginación sanitaria y social.

En el grupo de edad mayor de 30-35 años, la técnica de cribado a aplicar debe ser citología y test de VPH conjuntos. Claramente, esta es la opción.

Para nosotros nada de todo esto debería constituir novedad pero me temo que si vaya a serlo. Y no debería ser novedad porque punto a punto todo está recogido en el Documento de Consenso, coordinado por Luis M. Puig-Tintoré, que la AEPCC, la SEGO y la SEC han elaborado y publicado y quien firma esta nota tuvo el placer de presentar hace poco en A Coruña, en SEGO 2005. Si la información esta a disposición y los datos son elocuentes, ¿por qué no cambian las actitudes?

Referencias:

1. Bray, F. Trends In cervical squamous cell carcinoma incidence in 13 European countries: Changing risk and the effects of screening. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.*: 14, 677–686, 2005.
2. Brinkmann, D. Why do women still develop cancer of the cervix despite the existence of a national screening programme? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.*: 119, 123–124, 2005. Kim, J.J.
3. Cost-effectiveness of HPV DNA testing in the United Kingdom, the Netherlands, France and Italy. *JNCI*: 97, 888–895, 2005.
4. Petignat, P. Age-related performance of HPV testing used as adjunct to cytology for cervical carcinoma screening in a population with a low incidence of cervical carcinoma. *Cancer*, 105, 126–132, 2005.
5. Puig-Tintoré LM, Alba Menéndez A, Bosch FX, Castellsagué X, Coll Capdevila C, Cortes Bordoy X, Torné Bladé A, Vidart Aragón JA, Vilaplana Vilaplana E. La infección por papilomavirus. Documento de Consenso de la SEGO, SEC y AEPCC. Ed. Meditex-Sanex, (ISSN: 1138-6185). Madrid, 2003; (Marzo):41-104. Accesible en la web: www.aepcc.org.
6. Cortés J. Estrategias de cribado del Cáncer de Cuello Uterino. Ponencia Oficial al XXVIII Congreso Español de Obstetricia y Ginecología. A Coruña, 8 de Junio, 2005.

22nd International Papillomavirus Conference and Clinical Workshop 2005

Luis M. Puig-Tintoré

El 22 Congreso de la *International Papillomavirus Society* (IPV) se celebró del 30 de abril al 6 de mayo de 2005 en Vancouver, una moderna ciudad situada en un majestuoso entorno natural. El comité organizador estaba encabezado por los Drs. **Joel Palefsky** y **Anna-Barbara Moscicki**, de la Universidad de California en San Francisco (UCSF) que fue el principal espónsor. La *American Society for Colposcopy and Cervical Pathology* (ASCCP), presidida por el Dr. **Daron Ferris**, fue co-espónsor y organizó el *Clinical Workshop*, habitual en los días iniciales de los congresos de la IPV que incluyó, además, un curso paralelo de colposcopia y tratamiento de las lesiones del tracto genital inferior. El número de congresistas fue de unos 1.300, de los cuales 16 eran españoles.

En conjunto, el Congreso supuso una completa puesta al día de todos los aspectos básicos y clínicos relacionados con la infección por VPH. Se comprende que un programa tan amplio y minucioso no puede resumirse en estas breves notas, por lo que vamos a comentar someramente algunas de las presentaciones que nos parecieron más novedosas y con repercusión clínica.

Historia natural de la infección por VPH y CIN.

E. Franco (McGill University, Montreal) presentó los resultados de dos estudios de cohorte realizados en Montreal y São Paulo en jóvenes estudiantes. Al año del seguimiento de mujeres inicialmente negativas para VPH, la probabilidad de infección por cualquier tipo de VPH fue del 20% y ascendió al 60% a los 40 meses. Estos datos, ya conocidos (**Richardson** et al. CEBP 2003), los completaron con un largo seguimiento de estas mismas cohortes en las que estudiaron la evolución natural de la infección. De las pacientes inicialmente infectadas por cualquier tipo de VPH, sólo un tercio mantenían el mismo tipo de VPH al año. A los 36 meses se había negativizado algo más del 90% de las

mujeres. La duración media de la infección por virus de alto riesgo oncogénico (VPH-AR) fue de 16,3 y 11,8 meses en Montreal y Brasil respectivamente, y para los virus de bajo riesgo de 13,4 y 10,6 meses. La persistencia de la infección se asocia con VPH-AR y elevada carga viral y es imprescindible para la transformación neoplásica de las células.

Estos resultados son coherentes con la historia natural de las lesiones de bajo grado (LSIL). En adolescentes, **AB. Moscicki** (UCSF) encuentra que a los 37 meses de seguimiento la LSIL había regresado en el 95% de las jóvenes y sólo en el 3% había progresado a una lesión de alto grado (HSIL). El riesgo de progresión aumenta en relación con la duración de la infección, con aumentos del riesgo de 10,4, 33,4 y 107,8 a los 2, 3 y 4 años respectivamente. Por ello en las adolescentes con LSIL se aconseja observación y realizar determinación de VPH-AR al año. Si es positiva remite a colposcopia pero si es negativa mantiene la observación repitiendo la citología al año.

Test de VPH en el cribado primario.

W. Kinney y cols. (Kaiser Permanente, California, USA) presentaron los primeros resultados del cribado primario combinado, con citología convencional y test de captura híbrida para tipos de VPH-AR (*co-test*). En un extenso grupo de 123,909 mujeres mayores de 30 años, el 90,7% tuvieron ambos resultados negativos. En ellas el valor predictivo negativo para CIN 2/3 es del 100%. Sólo el 3,7% tuvieron una citología negativa con un VPH-AR positivo. Sin embargo, el estudio de estas mujeres permitió diagnosticar HSIL en 4%, lo que representó diagnosticar un 40% más al total de los HSILs detectados usando sólo citología.

En base a estos resultados y los de otros autores, el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología ha recomendado recientemente (abril 2005) que a las mujeres mayores de 30 años con citología negativa y VPH-AR positivo se les deben repetir ambos test a los 6-12 meses y si el VPH persiste positivo deben de ser estudiadas mediante colposcopia cualquiera que sea el resultado de la citología.

Nuevos marcadores moleculares

A pesar de la eficacia que está demostrando el empleo del test de DNA de VPH-AR en el estudio de la patología pre-maligna del tracto genital inferior, su principal limitación es que informa sólo de la presencia de un virus muy prevalente. En otras palabras, es una prueba muy sensible pero poco específica, que no discrimina los CIN que pueden progresar y conduce a un sobre-tratamiento de las LSIL. Por ello, diversos grupos están investigando marcadores más específicos. El conocimiento de los mecanismos bioquímicos implicados en la transformación celular por el VPH-AR ha abierto la posibilidad de encontrar nuevos marcadores moleculares que identifiquen las células neoplásicas. Los más prometedores para su aplicación clínica parecen ser la proteína p16^{INK4a} y el RNA mensajero de los genes E6 y E7 (mRNA E6/E7). En Vancouver se presentaron unos primeros resultados de su empleo, que apoyan la realización de más estudios para valorar su verdadera utilidad en la práctica clínica.

La proteína p16^{INK4a} se sobreexpresa en las células cervicales durante el proceso de transformación neoplásica. El grupo de **von Knebel Doeberitz y cols.** (Institut of Molecular Pathology, University of Heidelberg, Germany), estudió 74 mujeres. Treinta y tres de las 34 HSIL y una de las 2 ASC-H mostraron positividad a la p16^{INK4a}, mientras que sólo fueron positivas una de 20 LSIL y ninguna de las 18 mujeres con citología negativa. **F. Carozzi y cols.** (CSPO Florencia, Italia) presentaron resultados de una serie más amplia. De 1.097 mujeres VPH-AR positivo, 40,5% mostraron positividad a la p16^{INK4a}. En 992 se hizo estudio diagnóstico con colposcopia y biopsia. En las que fueron negativas la p16^{INK4a} fue positiva en el 34%, en las LSIL en el 47,6% y las HSIL en el 94,7%.

mRNA de los genes E6 y E7. Para iniciar el proceso de transformación neoplásica se requiere la expresión de los genes E6 y E7 de los VPH-AR, sin embargo en la infección transitoria por VPH no se expresan. Su presencia en las células epiteliales indica actividad transcripcional de los genes transformantes E6 y E7. Su detección permite identificar las células neoplásicas, en las que está siempre presente. **J. Moeckel y cols.** (University of Witten/Herdecke, Germany) evaluaron, en un estudio multicéntrico con 350 pacientes, la determinación de VPH-AR (Captura Híbrida II, Digene Corp.) y el test mRNA E6/E7 (PreTect VPH-Proof, NorChip AS, Norway). Los porcentajes de positividad según diagnóstico (Negativo, ASC-US, CIN I/II; CIN III y Carcinoma) fueron: con VPH-AR 19%, 56%, 83%, 79%, y 100%, y con mRNA E6/E7 3%, 38%, 37%, 62%, y 100% respectivamente.

Vacunas

J. Schiller (National Cancer Institute, USA) presentó el tema de la inmunización profiláctica y terapéutica frente al VPH. Mientras que las vacunas profilácticas han conseguido unos resultados muy buenos, que plantean la posibilidad de poder disponer de ellas en unos dos años, las terapéuticas todavía no han mostrado una evidente respuesta y no se vislumbra de momento su aplicación clínica.

Las vacunas profilácticas usan como antígeno la proteína L1 de la cápsula del VPH mediante la tecnología VLP (*virus-like particle*) que ha evidenciado una potente respuesta antigénica, pero sin riesgo de infecciosidad al carecer del DNA viral. Los estudios previos randomizados y controlados en fase II han mostrado su eficacia. Según **L. Koutsky** (Washington Univ., USA) tanto la vacuna VPH-16 VLP como la combinada VPH-16/18 VLP tienen una efectividad superior al 90% en la prevención de la infección persistente por los respectivos tipos virales así como en la prevención de las neoplasias intraepiteliales relacionadas. La protección parece ser específica de tipo.

L. Villa (Ludwig Institute for Cancer Research, Brazil) y cols. presentaron en primicia un trabajo multicéntrico fase II randomizado placebo-control de 552 mujeres con una vacuna cuatrivalente (Merck Research, USA) frente a tipos de VPH asociados con el 70% de los cánceres cervicales (tipos 16/18) y el 90% de las lesiones en genitales externos (tipos 6/11). Se valoró la eficacia, inmunogenicidad y tolerancia. El objetivo primario fue la incidencia combinada de infección VPH persistente, CIN, cáncer cervical o condilomas. Hubo 6 casos de CIN o condilomas en el grupo placebo y ninguno en el vacunado (reducción del 90% (95% CI 71%, 97%, $p < 0.001$). En el seguimiento a 36 meses se evidenció que el título de anticuerpos era muy superior al que se obtiene después de la infección natural.

G. Dubin y cols. (GSK Biologicals) estudian la inmunidad cruzada conseguida con las vacunas VPH, un tema poco conocido pero con gran repercusión clínica. En un análisis posterior a un estudio doble ciego, randomizado y controlado, con vacuna VPH-16/18 VLP y adyuvante AS04, que había conseguido una eficacia del 100% frente a la infección por VPH-16/18 (**Harper** et al. Lancet 2004), los autores valoran el potencial de inmunización cruzada frente a la persistencia de infección VPH y citología anormal asociada con VPH-16/18. Durante un seguimiento de 12 meses, observaron la eficacia de la vacuna frente a citología anormal (ASC-US o superior) asociada con tipos de VPH-AR distintos del tipo VPH-16/18, en las mujeres correctamente vacunadas. Esta sería una evidencia preliminar de la existencia de protección cruzada obtenida por la vacuna, que atribuyen a la intensa respuesta en anticuerpos e inmunidad celular generada por el adyuvante usado.

Con el objetivo de prevenir la infección persistente por VPH, la HSIL y el cáncer cervical, actualmente están en marcha tres estudios en fase III, uno patrocinado por el *National Cancer Institute* en Costa Rica, y otros dos multicéntricos patrocinados por GSK y Merck. Los dos primeros utilizan VPH tipos 16/18 y el tercero VPH tipos 6/11/16/18.

Resúmenes Bibliográficos Seleccionados

Dr. Aureli Torné

Human papillomavirus testing and screening.

Denny LA, Wright TC.

Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology, 2005; 19:501-15

Excelente revisión de la literatura sobre la utilidad clínica de los test de detección del DNA del virus del papiloma humano (VPH) para la prevención secundaria del cáncer cervical. La utilidad de dichos test se fundamenta en la evidencia de que las mujeres infectadas por alguno de los 15 tipos de VPH de alto riesgo oncogénico constituyen un grupo de riesgo de desarrollar lesiones precursoras o cáncer de cérvix uterino en comparación con el grupo de mujeres sin evidencia de infección por VPH. Entre los métodos de detección destacar la PCR y la captura de híbridos (*hybrid capture 2*, aprobada para su utilización clínica por la FDA).

El test del VPH en el cribado primario muestra respecto a la citología una muy elevada sensibilidad y valor predictivo negativo. Por otra parte la baja especificidad puede mejorar si se utiliza únicamente en mujeres mayores de 30 años, en las cuales un test positivo refleja con mayor probabilidad una infección persistente que una infección transitoria. El elevado valor predictivo negativo de dicho test posibilita incrementar el intervalo de cribado de manera segura entre 3 y 5 años para las mujeres VPH negativas.

(continúa en pág. siguiente)

La utilidad del test DNA-VPH en la selección de las pacientes con citologías de ASCUS es indiscutible y su indicación fue la primera formalmente aceptada por la FDA, puesto que se evidenció una reducción del número de colposcopias, devolviendo con seguridad al cribado rutinario a las mujeres VPH negativas. Aunque el estudio de la citología ASCUS se acepta que puede realizarse de manera adecuada con cualquiera de las 3 opciones siguientes (colposcopia inmediata, control citológico, o test DNA-VPH), la utilización de del test DNA-VPH especialmente si la citología se efectúa en medio líquido, permite utilizar la misma muestra sin repetir la visita, y constituye probablemente la opción más coste-efectiva.

Finalmente el test DNA-VPH es más sensible que la citología en la detección de la enfermedad residual o recurrente en mujeres tratadas por lesiones precursoras del cáncer cervical. Su utilización a los 6 meses del tratamiento permite una mayor tasa de detección y disminución de los controles innecesarios en las mujeres VPH negativas.

Human Papillomavirus. ACOG Practice Bulletin. Clinical Management Guidelines for Obstetrician – Gynecologists. N° 61, april 2005.

Tras una introducción sobre los aspectos más importantes de la infección por VPH (epidemiología, transmisión, historia natural, nomenclatura y taxonomía), se exponen las consideraciones clínicas sobre la utilización de los test de detección del virus en la práctica asistencial. En resumen:

Recomendaciones basadas en evidencias científicas consistentes (nivel A):

- 1 - Dado que los test de DNA-VPH son más sensibles que la citología en la detección de CIN 2/3, las mujeres con test negativos tienen un riesgo de CIN 2/3 no identificado o cáncer de cérvix de 1/1000.
- 2 - La combinación de citología y test VPH tienen un VPN para CIN 2/3 del 99-100%.
- 3 - Los test de VPH no se recomiendan en mujeres con LSIL, ASC-US y AGUS
- 4 - La selección de mujeres con citología ASC-US utilizando el test DNA-VPH sobre material de citología líquida tomada en la primera visita, evita nuevas visitas innecesarias siendo más sensible que la citología repetida y con menor porcentaje de mujeres remitidas a colposcopia.
- 5 - Las mujeres con citología ASC-US o LSIL y presencia de VPH de alto riesgo oncogénico con estudio colposcópico negativo para CIN 2/3 tienen un riesgo de presentar CIN 2/3 en dos años del 10%.

Recomendaciones basadas en evidencias científicas limitadas (nivel B):

- 1 - Aunque falta evidencia de que el preservativo ofrezca una completa protección sobre las infecciones por VPH, su utilización puede reducir el riesgo de enfermedades relacionadas con el VPH tales como condilomas o neoplasia cervical.
- 2 - Hay estudios que muestran que los preservativos pueden ser eficaces en el aclaramiento del VPH o de las lesiones asociadas a VPH.
- 3 - La combinación de citología y test DNA-VPH en el cribado es apropiada para mujeres mayores de 30 años. Las mujeres con ambos test negativos deberían ser cribadas con una frecuencia no inferior a 3 años.
- 4 - Dado el riesgo similar de recurrencia de las verrugas genitales ningún tratamiento debe recomendarse sobre cualquier otro.

(continua en pág. siguiente)

(viene de pág. anterior)

Recomendaciones basadas en opiniones de expertos o consensos (nivel C):

- 1 - Las mujeres mayores de 30 años con citología negativa y test de DNA-VPH de alto riesgo positivo deberían repetir ambos test en 6-12 meses. Las mujeres con persistencia de VPH de alto riesgo deben realizarse una colposcopia independientemente del resultado de la citología.
- 2 - El test del VPH puede utilizarse como test de curación en el seguimiento a los 6-12 meses de mujeres con CIN 2/3 tratadas con métodos escisionales o ablativos. Los casos positivos para VPH de alto riesgo deben realizarse colposcopia.
- 3 - El tratamiento de las verrugas genitales debería indicarse teniendo en cuenta las preferencias de la paciente y la experiencia del profesional.

XII CONGRESO MUNDIAL DE PATOLOGIA CERVICAL Y COLPOSCOPIA

Cancún (México) 2005

Dra. Montserrat Cararach

Los días 5 a 9 de Junio 2005, tuvo lugar en Cancún, el XII Congreso Mundial de Patología Cervical y Colposcopia. Organizado por la Asociación Mexicana de Colposcopia y Patología del Tracto Genital Inferior, presidido por el Dr. Héctor Hurtado y dirigido por la Federación Internacional de Colposcopia y Patología Cervical (IFCPC).

Destacar los problemas organizativos del Congreso, especialmente en el programa científico que prácticamente quedo finalizado al inicio del mismo. Sin embargo se consiguió una gran asistencia de público extremadamente interesado en el tema: 1.400 congresistas, siendo la mayoría de México y otros países de Latinoamérica. La escasez organizativa quedó diluida por la gran hospitalidad mexicana.

El programa científico se basó principalmente en la prevención y detección precoz del cáncer de cuello, ya que este sigue siendo un problema importante de salud publica en los países en vías de desarrollo. Participaron expertos en el tema de más de 30 países y de diferentes especialidades (ginecólogos, citopatólogos, patólogos, epidemiólogos y oncólogos).

El congreso contó con un curso pre-congreso, 4 cursos tras-congreso, 6 conferencias magistrales, sesiones de comunicaciones y 11 sesiones científicas, con la colaboración de asociaciones como la Sociedad Internacional para el Estudio de las Enfermedades Vulvovaginales, las Asociaciones Americana y Canadiense de Colposcopia y la Federación Latinoamericana de Colposcopia y Patología del Tracto Genital Inferior.

Fui la única representante, no solo de la AEPCC sino de toda la Sociedad Española, debido a la coincidencia exacta de fechas con el congreso nacional de la SEGO.

Ponencias Presentadas:

1) Vulvodinia; 2) Neoplasia Vulvar Intraepitelial; 3) Láser CO₂ en Tracto Genital Inferior y 4) Diagnóstico y Tratamiento de lesiones vulvares.

Reunión del Comité Ejecutivo de la IFCPC:

Acudí como Presidenta-electa y única delegada de la AEPCC. Destaco algunos puntos:

- Incorporación de nuevas sociedades a la IFCPC: Bolivia, Republica Dominicana y El Salvador.
- Elección de Salvador de Bahía (Brasil) como sede del Congreso Mundial del año 2011.
- Decisión de que los países con pocos recursos sean esponsorizados en su formación por los países más desarrollados.

Cargos Científicos:

Fui elegida Miembro del Comité Científico de la Federación Internacional de Patología Cervical y Colposcopia (IFCPC).

Invitación:

Del Dr. Ronald Jones Presidente de la Sociedad Internacional para el Estudio de las Enfermedades Vulvovaginales (ISSVD), animando a los ginecólogos españoles a que formen parte de la sociedad y participen en el próximo Congreso Mundial que tendrá lugar en Nueva Zelanda en Febrero del 2006.

Congreso de la Federación Europea de Colposcopia

Belgrado, 19 - 21 Septiembre 2007

Invitación de la Prof. Dra. Vesna Kesic

Presidenta del Comité Organizador

Estimados Colegas,

Es un motivo de gran satisfacción poder invitarles a participar en el Cuarto Congreso de la Federación Europea de Colposcopia (EFC), que tendrá lugar en Belgrado, en 2007. Nunca se ha celebrado un Congreso de Colposcopia en la Europa del Este, una región del mundo con una elevada incidencia y mortalidad por cáncer cervical. Por otra parte, el Este de Europa tiene problemas económicos, organizativos y educativos, que han motivado la falta de un cribado organizado, el retraso en el diagnóstico temprano y un tratamiento a menudo inadecuado de esta enfermedad. En nuestros intentos para mejorar el control del cáncer cervical en esta área, la ayuda y el respaldo de la EFC nos es muy necesario.

Belgrado es la capital cultural, educativa y económica de Serbia y una de las más antiguas ciudades europeas que, desde tiempos remotos, ha sido encrucijada de caminos entre el Este y el Oeste de Europa. La celebración en Belgrado del Congreso de Colposcopia de la Federación Europea, proporcionará a todos los ginecólogos de la región una excelente oportunidad para conocer las últimas novedades de nuestra especialidad, compartir ideas, discutir diversos aspectos controvertidos y trabajar conjuntamente en un estimulante foro.

El Comité Organizador local se ha comprometido a trabajar conjuntamente con la EFC y su Comité Científico. Vamos a dedicar todo nuestro esfuerzo en diseñar no solo un programa científico estimulante, sino también en preparar un programa social agradable, que permitirá a los participantes y sus acompañantes la oportunidad de conocer la cultura Serbia en su maravilloso escenario.

Deseamos mucho poderles dar la bienvenida en Belgrado

Prof. Dra. Vesna Kesic



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

Conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la ASOCIACION ESPAÑOLA DE PATOLOGIA CERVICAL Y COLPOSCOPIA informa que la finalidad de recogida de los datos que Vd. proporciona es la de gestionar y organizar las actividades propias de la Asociación. Para ello almacena y trata dichos datos en el ámbito de la propia Asociación. Vd. tiene la posibilidad de ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición previstos en la Ley mediante carta dirigida a ASOCIACION ESPAÑOLA DE PATOLOGIA CERVICAL Y COLPOSCOPIA, Srta. Cristina Pons, c/. Calatrava 83 sótano 2. DP 08017 - BARCELONA

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 2005

Precio cuota A.E.P.C.C. año 2005 35 €