

**Presidenta**

M. Cararach

**Presidente electo**

J.C. Martínez-Escoriza

**Ex-Presidente**

L.M. Puig-Tintoré

**Secretario**

A. Alba

**Tesorero**

D. Dexeus

**Vocales**

O. Falcón

D. Andía

F. Dieguez

L. M. Torres

J. M. Ramón y Cajal

J. A. Vidart Aragón

L. González Torga

**Presidente Comité  
Acreditación**

X. Cortés

**Presidente Comité  
Científico**

A. Torné

**Dirección Secretaría:**

Institut Universitari Dexeus  
Departamento de Obstetricia  
y Ginecología

Calatrava, 83, sótano 1.  
08017 BARCELONA

Tel.: 93 227 47 18

Fax: 93 418 78 32

## EDITORIAL

### **LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN VERSIÓN VPH**

En julio de 2006, la Agencia Reguladora del Medicamento (*Federal Drug Administration - FDA*) de los Estados Unidos y el Comité Asesor para la Inmunización y Vacunación (*Advisory Committee on Immunization Practices - ACIP*) del Centro para el Control de Enfermedades (*Center for Disease Control and Prevention - CDC*) aprobaron y regularon la utilización de la primera vacuna contra el cáncer de cuello uterino, conteniendo antígenos de cuatro tipos del Virus del Papiloma Humano (VPH). La Agencia Europea de Regulación de Medicamentos (*European Agency for the Evaluation of Medicinal Products - EMEA*) ha expresado una opinión favorable sobre el producto y la autorización en los estados miembros parece inminente. La EMEA está también evaluando una segunda vacuna bivalente diseñada para la prevención del cáncer de cuello uterino.

La primera vacuna (Gardasil®, comercializada por Merck Sharp & Dohme / Sanofi Pasteur MSD) incluye antígenos frente a los VPHs 6, 11, 16 y 18. Los tipos del VPH 6 y 11 son los factores etiológicos en la práctica totalidad de las verrugas genitales y de una pequeña fracción de lesiones cervicales transitorias (Neoplasias Cervicales Intraepiteliales de grado 1 - CIN 1). Los tipos virales 16 y 18 son responsables del 70% de los cánceres cervicales y de cerca del 50% de las lesiones pre-neoplásicas (CIN 2/3). La segunda vacuna bivalente (Cervarix®, comercializada por GlaxoSmithKline), incluye antígenos frente a los VPHs 16 y 18 y un adyuvante concebido para incrementar la respuesta inmunitaria, ya experimentado con un preparado de vacuna de la Hepatitis B para situaciones de inmunocompromiso del receptor (pacientes en diálisis o inmunosuprimidos post-trasplante).

En los estudios de fase II y III - actualmente en su 4º / 5º año de seguimiento - ambas vacunas se han revelado seguras, bien toleradas y muy eficaces para la prevención de las infecciones por VPH específicas causadas por los tipos virales incluidos en las vacunas y de las lesiones pre-neoplásicas asociadas (CIN 2/3). La vacuna cuadrivalente ha demostrado también protección frente a las verrugas

(continúa en página siguiente)

---

(viene de página anterior)

genitales y a las lesiones pre-neoplásicas de genitales externos, vulva y vagina. La vacuna bivalente ha mostrado resultados preliminares sugiriendo la capacidad de proteger frente a las infecciones por los VPHs 45 y 33.

Este avance científico extraordinario se añade a la evidencia ya consolidada en la última década de la superioridad de las pruebas de detección del VPH para el cribado primario y para la selección de las pacientes con lesiones citológicas de naturaleza incierta (ASCUS).

Las sociedades científicas, las agencias de salud pública y las organizaciones filantrópicas y de financiación han iniciado ya el proceso de adaptación de las estrategias de prevención del cáncer de cuello uterino a esta realidad aportada por la identificación de los VPHs como agentes causales universales de esta patología tumoral. Los análisis de coste beneficio con los resultados actuales anticipan el futuro como una combinación (todavía con un cierto grado de incertidumbre) de los parámetros siguientes: 1) prioridad a la vacunación universal de niñas adolescentes y pre-adolescentes; 2) vacunación opcional de mujeres adultas jóvenes, con o sin cribado virológico previo; 3) vacunación opcional de varones adolescentes y pre-adolescentes; 4) cribado de las mujeres vacunadas mediante pruebas de detección del VPH como opción primaria, con estudio de las mujeres con resultados positivos para el VPH mediante la estrategia convencional citología / colposcopia / biopsia. En consonancia, los intervalos de cribado, las edades de inicio y de finalización y los patrones de referencia a exploraciones diagnósticas complementarias deberán adecuarse a la reducción global del riesgo para mantener la eficiencia del sistema y el equilibrio de coste y beneficio. Estas actividades incorporarán a la prevención del cáncer ginecológico a nuevas profesiones, especialmente a pediatras, vacunólogos, infectólogos y ciertamente a los profesionales sanitarios de salud pública.

En Agosto de 2006 un grupo de más de 100 expertos independientes ha editado una monografía sobre el nuevo escenario de la prevención del cáncer cérvico-uterino, sus nuevos protagonistas y las nuevas áreas de investigación para la prevención. La publicación debería ser una buena base para la discusión profesional de los meses que se avecinan.

#### **Referencia recomendada:**

Bosch FX (Guest editor), Cuzick J, Schiller J, Garnett G, Meheus A, Franco E & Wright TC (Co-editors). HPV Vaccines and Screening in the Prevention of Cervical Cancer. Vaccine, 2006 Volume 24, Supplement 3.

*F. Xavier Bosch, MD, PhD, MPH*

*Jefe del Servicio de Epidemiología y Registro del Cáncer  
Instituto Catalán de Oncología*

## **XV CURSO SOBRE COLPOSCOPIA Y PATOLOGÍA DEL TRACTO GENITAL INFERIOR. CURSO DE DOCTORADO**

**Directores:** *Prof. SANTIAGO DEXEUS. Dra. MONTSERRAT CARARACH*

**Fechas:** 5, 6 y 7 de MARZO 2007

**Lugar:** Institut Universitari Dexeus (Auditorio-Edificio Planetarium)  
c/ Escoles Pies, 103. 08017 Barcelona  
Secretaría del Curso (Sra. Isabel Rodríguez)  
Teléfono: 93 227 47 09. Correo electrónico: cursos@dexeus.com

## NUEVAS PUBLICACIONES

*Luis M. Puig-Tintoré, Daniel Andía Ortiz. (Editores)*

### **“PATOLOGIA DEL TRACTO GENITAL INFERIOR Y COLPOSCOPIA, EN ESPAÑA 2005”**

Editado por la AEPCC. Patrocinado por el Laboratorio GSK. (ISBN: 84-609-7825-7)

Incluye los resúmenes del 80% de las ponencias y las 59 comunicaciones científicas presentadas en la XVII Reunión de la Asociación Española de Patología Cervical y Colposcopia (Bilbao, noviembre 2005). En conjunto 225 autores colaboran en este libro que evidencian el creciente interés en nuestro país por esta área de la ginecología y son un fiel reflejo del estado actual de la colposcopia y la patología del tracto genital inferior de la mujer en España.

*Luis M. Puig-Tintoré, Xavier Cortés, Xavier Castellsagúe, Aureli Torné,  
Jaume Ordi, Silvia de Sanjosé, Inmaculada Alonso, Montserrat Cararach, José A. Vidart,  
Alfonso Alba, Juan C. Martínez-Escoriza, Carmen Coll, Eduardo Vilaplana,  
David Hardisson, Xavier Bosch.*

### **“PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO, ANTE LA VACUNACIÓN FRENTE AL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO”**

Progresos de Obstetricia y Ginecología, 2006; 49 Suplemento 2: 5-62

#### **Auspiciado por:**

Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), Asociación Española de Patología Cervical y Colposcopia (AEPCC), Sociedad Española de Citología (SEC), Sociedad Española de Anatomía Patológica (SEAP),

De la presentación del Dr. Albert Fortuny, Director ejecutivo de Progresos de Obstetricia y Ginecología:

Los autores del presente trabajo, profundos conocedores y militantes activos en la prevención secundaria de esta compleja y problemática patología no resuelta todavía de modo satisfactorio, hacen el esfuerzo de sintetizar el estado actual de conocimientos sobre historia natural, epidemiología, cribado, recursos diagnósticos, nuevos aspectos relacionados de biología molecular y recomendaciones actuales en las actitudes terapéuticas.

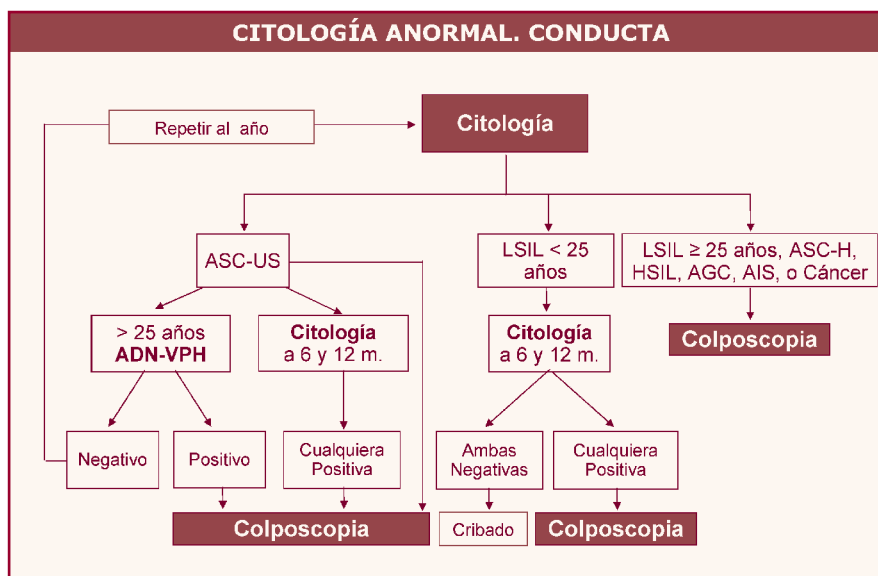
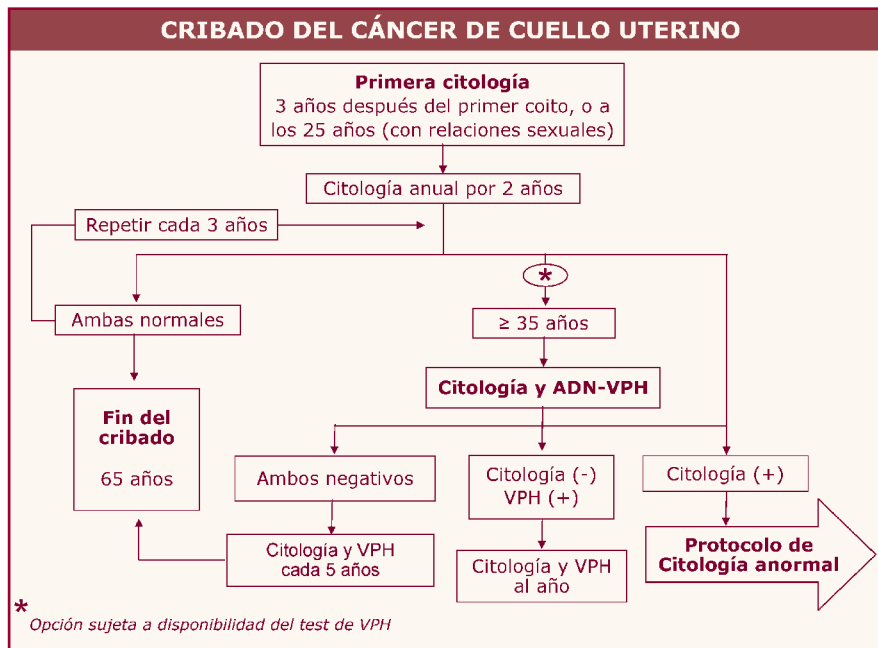
La introducción adecuada de distintos algoritmos es de extrema validez en la actuación del clínico, no solamente para proporcionar una pauta basada en evidencias actuales que puedan conducir a los mejores resultados en la prevención secundaria sino también, y no menos importante, en uniformizar conductas que permitan eventualmente un análisis válido de los resultados.

*(continúa en página siguiente)*

(viene de página anterior)

## ALGORITMOS DE PREVENCIÓN DEL CÁNCER CERVICAL

(Puig-Tintoré LM et al. Prog Obstet Ginecol 2006; 49 Supl 2:5-62)



| Cribado con Citología y Test del ADN de VPH (a partir de los 35 años) |                        |  |
|---|------------------------|--|
| Conducta según resultados   |                        |  |
| Citología   | ADN-VPH                | Conducta   |
| Negativa  | Negativo               | Cribado a los 5 años   |
|   | Positivo               | Citología y ADN-VPH a los 12 meses<br>Ambas negativas: Cribado<br>Alguna positiva: Colposcopia |
| ASC-US  | Negativo               | Citología al año<br>Si negativa: Cribado a 5 años  |
|   | Positivo               | Colposcopia  |
| LSIL*<br>HSIL, ASC-H<br>AGC-AIS                                       | Negativo<br>o Positivo | Colposcopia  |
| * Alternativa<br>LSIL   | Negativo               | Citología a los 6 y 12 meses<br>Ambas negativas: Cribado<br>Alguna ≥ ASC-US: Colposcopia       |

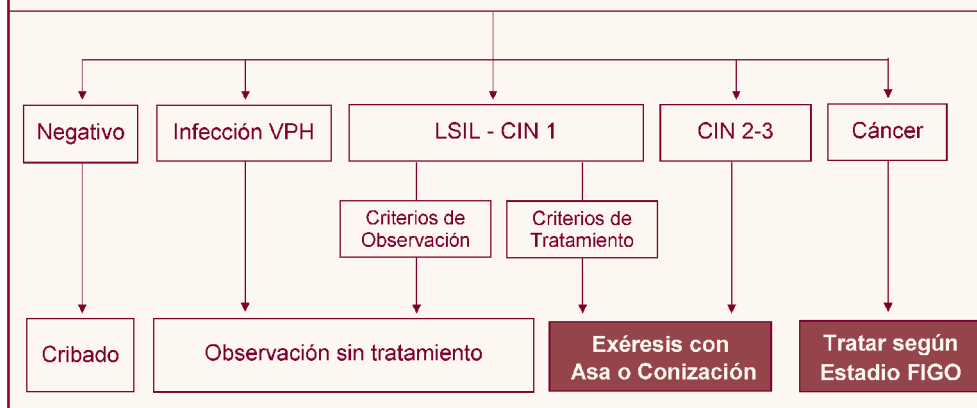
(continúa en página siguiente)

## Crterios para orientar la Conducta Teraputica en LSIL-CIN1

|                       | Observaci3n   | Tratamiento     |
|-----------------------|---------------|-----------------|
| Edad                  | < 35 aros     | ≥ 35 aros       |
| Citologfa – Biopsia   | Concordante   | Discordante     |
| Colposcopia           | Satisfactoria | Insatisfactoria |
| Cambios colposc3picos | Menores       | Mayores         |
| Extensi3n lesi3n      | Limitada      | Extensa         |
| Localizaci3n lesi3n   | Perif3rica    | Central         |
| Endoc3rvix            | Libre         | Afectado        |
| Seguimiento           | Posible       | Imposible       |
| Persistencia > 2 aros | No            | Si              |

### CONDUCTA TERAPUTICA SEGUN DIAGNOSTICO

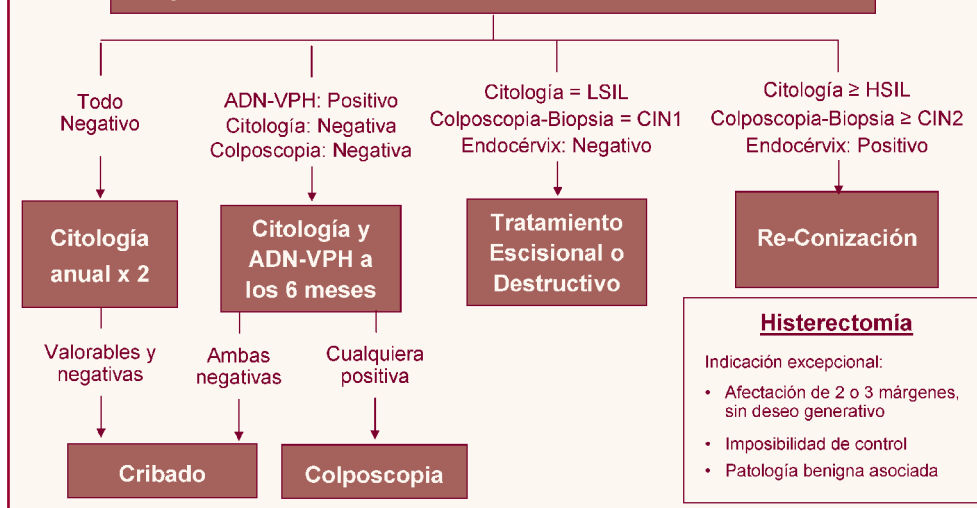
Integra datos clfcnicos, colposc3picos y de laboratorio: citologfa, biopsia, VPH, etc.



### CONTROL POST TRATAMIENTO DE LA CIN

Primer control, en la unidad especializada que realiz3 el tratamiento  
(A los 3 meses con m3rgenes del cono afectados y a los 6 meses con m3rgenes libres)

Citologfa, Colposcopia, ADN-VPH  
M3rgenes afectados o Colposcopia no valorable: Estudio Endoc3rvix



---

# ANTE EL XVIII CONGRESO DE LA AEPCC

Al igual que el tiempo hace madurar los frutos, así los proyectos y planes también se envuelven de matices y perspectivas inicialmente no contempladas. Cuando desde el Comité Organizador del **XVIII Congreso de la Asociación Española de Patología Cervical y Colposcopia** comenzamos a diseñar los ejes del Congreso convenimos que el hilo conductor habría de ser su interés pluridisciplinario. Nos movía el convencimiento de que la lucha contra el cáncer ginecológico no es patrimonio de la Ginecología sino fruto de una colaboración multidisciplinaria.

Es por ello que materias aparentemente tan distantes como **Investigación Básica, Medicina Preventiva, Epidemiología y Sanidad Pública, Medicina Familiar, Patología y Ginecología** debían tener expresión y coincidencia dentro de la prevención del cáncer de cuello de útero. Así, se desarrollarán ponencias específicas para cada tema, pero enriquecedoras para el conjunto de la comunidad científica. Desde las valoraciones de la incidencia de las lesiones precancerosas según la región o el país, hasta las actualizaciones en el quehacer médico-quirúrgico, pasando por las alternativas más recientes del cribado a partir de técnicas de tipaje viral, son todos aspectos de obligada consideración y necesarios para obtener la puesta al día que todo Congreso pretende.

La implicación normativa de las Sociedades Científicas en la Formación Continuada, se ha traducido en la puesta en marcha de un **Programa de Acreditación en Colposcopia**, que será de aplicación necesaria para el ejercicio legal de esta técnica en los años próximos. En este Congreso se podrá acceder al primer examen para Acreditación en Colposcopia. Criterios de acceso y baremos pueden consultarse en las web de la AEPCC y del propio Congreso.

Pero, si bien cualquiera de estos temas pudiera motivar el interés del profesional implicado, hay otro que está entrando con gran pujanza en el “ranking” sanitario: la **vacuna** frente al papilomavirus humano. La posibilidad de que el cáncer de cérvix sea prevenible con una vacuna, que lleva gestándose hace años, verá en este Congreso el primer debate español en una mesa de VACUNAS, donde los **intereses científicos, empresariales y ministeriales**, sentarán las bases para la próxima aplicación en la Salud Pública de la primera vacuna contra un cáncer. Todo apunta a que la vacuna, con las indicaciones y perspectivas que Ministerio de Sanidad y CCAA aprueben, esté pronto disponible en las farmacias españolas. Será trascendente conocer bajo qué indicaciones y a qué sector poblacional se aplicará. Querriamos que este Congreso fuese una reunión conciliar que marcara un antes y un después con la presentación en sociedad de esta primera vacuna contra el cáncer.

Detalles de Organización, Programa, Secretaría Técnica e interrelaciones científicas e institucionales pueden consultarse en la página web del congreso: [www.18patologiacervical.com](http://www.18patologiacervical.com)

Y por último, otro aspecto no menos interesante, apoyaría la participación en este Congreso: su ubicación en Granada; ciudad generosamente dotada de sin igual y sugerente atracción, abiertamente ofrecida para satisfacer a propios y extraños. ¡No se lo pierda! Del 23 al 25 de noviembre en el **Palacio de Congresos de Granada**.

*Dr. Luis Manuel Torres García*  
Presidente del Comité Organizador

# CARTA ABIERTA DE LOS REPRESENTANTES DE LOS RESIDENTES DE OBSTERICIA Y GINECOLOGIA SOBRE FORMACIÓN EN PATOLOGÍA DEL TRACTO GENITAL INFERIOR Y COLPOSCOPIA.

A la atención de la Asociación Española de Patología Cervical y Colposcopia

Nos ponemos en contacto con Ustedes, como representantes legales de los Residentes de la Especialidad de Obstetricia y Ginecología, en relación con el llamamiento de atención realizado por la AEPCC en su último Boletín (nº 19, primer semestre 2006) sobre la deficiente formación en Patología del Tracto Genital Inferior y Colposcopia que han constatado en los últimos años en los Especialistas al acabar su Residencia.

Estamos absolutamente de acuerdo que actualmente, en términos generales, existe una escasa formación en esta Rama de la Especialidad. Somos conscientes de esta deficiencia, y en parte, todos somos responsables de la situación creada.

Por supuesto, creemos en la importancia de la Patología del Tracto Genital Inferior en nuestra Especialidad, y necesitamos un nuevo rumbo en la enseñanza de la Colposcopia y demás procedimientos diagnóstico-terapéuticos.

La Comisión Nacional de la Especialidad tiene el enorme proyecto de elaborar el Nuevo Programa de Residencia de Obstetricia y Ginecología este mismo año. (Nosotros, los Representantes de los Residentes, vamos a intentar que sea lo más realista posible y se cumpla en todas las Unidades Docentes)

Este Proyecto tiene que estar consensuado por la S.E.G.O., todas sus Secciones y también por todas las Asociaciones y Sociedades ligadas a la Especialidad; dando así un respaldo científico a la labor de la Comisión Nacional en el Programa de la Residencia. Esta es una oportunidad única, como bien señalaron desde la AEPCC, de abrir una línea de estudio para buscar posibles soluciones y fijar los mínimos requeridos de aprendizaje de cada Residente en la Especialidad.

Una buena opción sería la realización periódica del Curso Básico de Patología del Tracto Genital Inferior y Colposcopia en las Unidades acreditadas y después otro Curso Avanzado, donde todos los Residentes tuvieran la opción de realizarlo. Más ambicioso sería conseguir la Acreditación y Capacitación de todos los Residentes y la Acreditación de todas las Unidades Docentes en Colposcopia. Le aseguramos que este es también nuestro objetivo.

Debido a la proximidad del Congreso de la AEPCC, creemos que sería una buena ocasión para formar un Grupo de Trabajo, que abordara esta problemática. Si Ustedes lo desean podemos tener un primer contacto en el Congreso. Nosotros como Representantes de los Residentes de la Especialidad, podríamos participar en el Curso Básico de Colposcopia, con la posibilidad de realizar el examen, y poder valorar la posible realización del Curso por parte de todos los Residentes.

Quedamos a su entera disposición para cualquier proyecto o iniciativa que este encaminada a la mejora continua de la Formación en nuestra Especialidad, que repercute favorablemente en el último y principal objetivo social: poder asistir de forma correcta a nuestras pacientes.

Atentamente,

**Fernando Miguel Aznar Mañas**

Residente de 3º año del H. U.  
Reina Sofía de Córdoba.  
Representante de los Residentes en la  
Comisión Nacional de la Especialidad.

**Pedro Royo Manero**

Residente de 3º año de la  
Clínica Universitaria de Navarra.  
Representante de los Residentes en la  
Comisión Nacional de la Especialidad.

**Inmaculada Orensanz Fernández**

Residente de 3º año en el H.U.  
Santa Cristina de Madrid.  
Vocal de la Sección de los Residentes  
en la S.E.G.O.

## 23 INTERNATIONAL PAPILLOMAVIRUS CONFERENCE & CLINICAL WORKSHOP

**Dr. Daniel Andía Ortiz, Dr. José Manuel Ramón y Cajal**

*Se celebró en Praga durante los días 1-7 de septiembre de 2006. Además de una importante presencia española también asistió la práctica totalidad de la Junta Directiva de la AEPCC.*

*A continuación se exponen los contenidos científicos más destacados de dicha reunión.*

Eduardo Franco de Canadá, habló de la epidemiología del VPH, informando que en USA afecta a 20 millones de personas, siendo su incidencia anual de 5.5 millones y estimando que el 75 % de la población sexualmente activa ha sido expuesto alguna vez al virus. La prevalencia aumenta rápidamente al inicio de la actividad sexual para declinar después e incrementar otra vez a los 45-55 años. Esta eventualidad puede explicarse por reactivación de VPH en estado latente o por nuevo contagio. Describió que se trata de una infección piel a piel o mucosa-mucosa a través de efracciones del epitelio producidas durante el coito. A diferencia de otras ETS el preservativo no ofrece protección total ya que se trata de una infección multifocal. Describió que se han identificado 150 genotipos de los cuales más de 40 infectan al área anogenital y de ellos 13-18 son de alto riesgo, siendo los tipos 16 y 18 los que ocasionan más del 75% de los cánceres de cérvix.

Margaret Stanley de Cambridge, en su ponencia sobre inmunología de la infección VPH explicó que la mayoría de casos resuelven dicha infección por una satisfactoria respuesta acompañada de producción de anticuerpos y seroconversión. El aclaramiento o resolución de la infección se debe a los CD4 dependientes de Th1. Una defectuosa respuesta inmune permite una persistencia viral, condición imprescindible para la futura aparición de la SIL. Las lesiones cervicales producidas por VPH que progresan parecen estar asociadas con un medio inmunocomprometido y una parcial tolerancia a los antígenos.

Douglas R. Lowy del NCI, habló sobre patogenia molecular del VPH describiendo que se necesita de una infección por virus de alto grado, que persista y no se aclare junto a una hiperproliferación, inestabilidad cromosómica y resistencia a la diferenciación. Las células infectadas acumulan una serie de cambios genéticos y epigenéticos que conducen a las lesiones precancerosas y al cáncer. Todos estos cambios dependen de la expresión de los genes virales E6 y E7.

Lukas Rob de la Republica Checa, habló sobre la monitorización intraoperatoria de la diseminación de cáncer de cérvix (ganglio centinela) y presentó su estadística de 195 casos. Comentó que se necesitan más estudios cooperativos para valorar el papel del ganglio centinela a fin de poder ser menos agresivos en la resección parametrial y reducir la radicalidad de la linfadenectomía, en los estadios IA-2 y IB-1 < 20 mm en los que la positividad del parametrio es prácticamente nula si el ganglio centinela es negativo.

El tema estrella de la reunión fue el estado actual de las vacunas, destacando la ponencia de John Schiller, del NCI USA. En primer lugar expuso la situación actual de los ensayos de la vacuna en fase III. El estudio del NCI en Costa Rica para VPH 16 y 18 con 7.500 mujeres. El de GSK multicéntrico para los mismos virus con 18.000 mujeres y el de Merck multicéntrico para VPH 16, 18, 6 y 11 con 25.000 mujeres. En todos los casos la vacunación se realiza con 3 dosis IM y se tienen datos a 4,5 años con una respuesta inmunitaria cercana al 100% y unos niveles de inmunidad 10-15 veces más altos que la infección natural.

Una de las discusiones se centró en la posible reacción cruzada de la vacuna frente a diferentes subtipos de VPH no incluidos. El Dr. Schiller explicó que las vacunas ensayadas confieren una excelente protección frente al VPH45 y moderada para el VPH31, pero baja frente a los tipos 33, 52 y 58. Esto se explica por la similitud filogenética que tienen los diferentes tipos virales (Harper et al. Lancet 2006).

Las expectativas que se tienen en USA sobre la aplicación de la vacuna hacen suponer que durante los primeros años se producirá una disminución de las lesiones de alto grado sin apenas observar disminución inicial en las tasas de cáncer de cérvix. Además no se espera una gran reducción de las lesiones de bajo grado causadas con frecuencia por otros tipos virales no incluidos en la vacuna.

Quedan todavía unas cuestiones sin resolver como:

- La duración de la protección y la necesidad de “boosters” (recuerdos)
- Protección frente al CIN por tipos no incluidos en la vacuna.

*(continúa en página siguiente)*

---

(viene de página anterior)

- El impacto en la prevalencia de la infección por VPH
- Grado de protección de la vacuna en varones
- Eficacia y seguridad de las vacunas en pacientes VIH o inmunodeprimidos
- Si los niveles de anticuerpos tienen una buena correlación con el grado de protección.

También se hizo una actualización de las vacunas. Gardasil (Merck), ha sido aprobada en USA, Australia, Canadá, México, Nueva Zelanda y Togo. Aprobada en Europa por la EMEA (“European medicine Agency Comité for medical products for human use”) ha dado su opinión positiva para Gardasil. Cervarix (GSK), también espera su aprobación en USA antes de acabar el año y la decisión de la EMEA se espera a primeros del 2007.

En junio del 2006, la FDA ha aprobado la vacuna para mujeres de 9 a 26 años (se recomienda a los 11-12 años), y la ACIP recomienda su inclusión en el programa infantil de vacunación. Sólo en Australia se ha aprobado también para varones de 9 a 15 años.

Hay una serie de factores que pueden limitar el acceso a las vacunas: el alto coste, 120 dólares por dosis, disponer del producto durante la fase de captación y problemas de distribución como el estricto mantenimiento de la cadena de frío, el que la población diana sea adolescentes o que se administre por vía IM y en 3 dosis. Otro tema clave es que los países en los que el cáncer de cérvix es más prevalente y la vacuna sería más eficiente, son los menos desarrollados. Para finalizar el Dr. Schiller habló de las nuevas estrategias para resolver estos problemas basadas en las vacunas de 2ª generación. Estas emplean L1 recombinante obtenido de Salmonella o Coli o bien polipéptido de L2. Tienen el inconveniente de que los nuevos ensayos supondrán inversiones importantes, pero tienen varias ventajas como son su aplicación directamente en mucosas, menos dosis y que su producción es más barata ya que se realiza en bacterias. En los próximos 2 años se producirá la aprobación definitiva de las vacunas frente al VPH y se asistirá a un amplio debate sobre la financiación y las indicaciones de las mismas.

La participación española en las ponencia corrió a cuenta de Xavier Bosch, del Institut Catalá d’Oncología de Barcelona, con dos conferencias sobre la oportunidad y desafío de la implementación de las vacunas en países desarrollados y en desarrollo, valorando los pasos que hay de dar para su implementación como la aprobación de las autoridades en base a los estudios fase II y III, el desarrollo de las recomendaciones de expertos para valorar desde la edad, sexo (se cree que el impacto vacunando hombres será pequeño y el coste muy elevado), número de dosis, vías de administración, necesidad de revacunación, y monitorización de los vacunados. Finalmente valoró la identificación de fondos públicos o privados y la infraestructura para el desarrollo de la vacunación. En su segunda ponencia sobre las cuestiones actuales acerca del Test VPH informó que este debe de ser empleado en el cribado, en el manejo de alteraciones citológicas (ASCUS), en el seguimiento postratamiento de la CIN y por último en una nueva aplicación como es el control de las personas vacunadas.

Sawaya (USA) en su ponencia sobre las guías de cribado en USA informó que tanto la ACS como la ACOG, en las mujeres de mas de 30 años consideran el test de VPH como una alternativa a la citología o usado en combinación con la misma repitiendo los test si ambos son negativos en un tiempo no inferior a tres años. En sus conferencias Joakim Dilner y Marc Arbyn expresaron ciertas reticencias a introducir el test de VPH en el cribado en Europa. Por último la ponencia de Anna-Barbara Moscicky USA llamó la atención que tomando como referencia la historia natural de la infección por VPH y el riesgo de parto prematuro en pacientes sometidas a conización, recomendó un manejo absolutamente conservador durante 2 años, en adolescentes tanto con LSIL como con HSIL, y sólo si persisten se deberían tratar. Así mismo informó de las posibilidades del test de VPH como prueba sensible para el manejo de mujeres posmenopáusicas con LSIL.

En relación a la prevalencia e historia natural de la presencia del VPH en el varón hubo tres comunicaciones interesantes. JM Patridge del equipo de Laura Koutsky, presentó los hallazgos de la determinación del tipo de VPH en 222 varones heterosexuales entre 18 y 20 años, y seguidos 2 años. La incidencia media acumulada fue del 65.4%, la mitad por tipos de alto riesgo. Los tipos mas incidentes, 16 y 84, tuvieron una duración media de 4,6 meses, la misma para alto y bajo riesgo. La multifocalidad hallada fue alta: glande, escroto y surco balano/prepucial. Esta última localización tendía a ser la más persistente. El grupo de Luisa Villa de Sao Paulo, presentó por medio de AR Giuliano una experiencia similar con 840 heterosexuales entre 18 y 44 años. La cifra de incidencia media acumulada era muy parecida (56.5%), aunque en esta serie se detectó solo un 26.2% de tipo de alto riesgo. Los más incidentes los tipos VPH16 y 51. L.Giovanelli del equipo italiano de Antonio Perino presentó sus hallazgos de persistencia de VPH en 40 varones heterosexuales entre 23 y 58 años. En este estudio, la localización en glande era la más frecuente (38%) y la mas persistente junto a la uretral, con la diferencia con la presencia en semen, la mas pasajera. La persistencia estaba vinculada a la multiinfección (63% frente a 23% por mono infección), pero no a la multilocalización

También hubo dos simposiums satélites de GSK y Merck sobre vacunación tremendamente interesantes.

# RESULTADOS CITOLÓGICOS ANORMALES. ENCUESTA ESPAÑOLA

Comunicación previa

*Vilaplana E., Puig-Tintoré L.M., Cortés X.*

El impacto valorable, a corto plazo, de la vacunación frente el VPH será la disminución de las tasas de resultados anormales citológicos en la población vacunada. Es a partir de este dato donde puede encontrarse el primer requisito de eficiencia de los programas de vacunación. El coste de la detección, diagnóstico, tratamiento en su caso, y seguimiento de este grupo de pacientes es alto.

En el seno del Grupo de Consenso sobre vacuna VPH creado por Sanofi-Pasteur MSD y coordinado por el Dr. J. Cortés se decidió realizar una encuesta entre laboratorios de citología españoles con el objetivo de conocer cuales eran los porcentajes que de los diferentes resultados anormales mantienen estos laboratorios. Los resultados de dicho estudio permiten tener por primera vez una referencia global española fiable al respecto que pueda servir como punto de partida para una futura evaluación del posible efecto de la vacuna.

## **Laboratorios Encuestados**

|                                  |  |
|----------------------------------|--|
| <i><b>Dra. Prieto</b></i>        | Hospital Universitario La Fe, Valencia           |
| <i><b>Dr. Martínez Parra</b></i> | Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz     |
| <i><b>Dr. López Marín</b></i>    | Institut Universitari Dexeus, Barcelona          |
| <i><b>Dr. De Agustín</b></i>     | Madrid   |
| <i><b>Dra. Santamaría</b></i>    | Hospital de Navarra, Pamplona                    |
| <i><b>Dr. Lacruz</b></i>         | Hospital Gregorio Marañón, Madrid                |
| <i><b>Dr. García Ureta</b></i>   | Hospital Juan Canalejo, A Coruña                 |
| <i><b>Dr. Cortés</b></i>         | Palma de Mallorca                                |
| <i><b>Dr. Sáenz de S.</b></i>    | Hospital Universitario Perpetuo Socorro, Badajoz |
| <i><b>Dr. Vilaplana</b></i>      | Alicante   |
| <i><b>Dra. Puig</b></i>          | Puertollano                                      |
| <i><b>Dr. Casanova</b></i>       | Badalona   |
| <i><b>Dr. Borrego</b></i>        | Hospital Reina Sofía, Córdoba                    |
| <i><b>Dr. Dallari</b></i>        | Barcelona  |

| <b>TOTAL CITOLOGÍAS: 409.443</b> |                |           |          | <b>Año 2005</b> |             |
|----------------------------------|----------------|-----------|----------|-----------------|-------------|
| <b>Rango %</b>                   |                |           |          |                 |             |
| <b>RESULTADO</b>                 | <b>Mujeres</b> | <b>n.</b> | <b>%</b> | <b>Máx.</b>     | <b>Mín.</b> |
| ASC-US                           | 274.148        | 4.394     | 1,60     | 2,84            | 0,03        |
| ASC-H                            | 204.331        | 274       | 0,13     | 0,16            | 0,01        |
| ASC-US / ASC-H *                 | 127.524        | 355       | 0,28     | 1,56            | 0,01        |
| AGUS **                          | 69.817         | 48        | 0,07     | 0,16            | 0,03        |
| LSIL ***                         | 409.443        | 4.911     | 1,20     | 1,90            | 0,26        |
| HSIL                             | 409.443        | 1.162     | 0,28     | 0,40            | 0,13        |

- \* 5 Laboratorios no diferencian ASC-US / ASC-H  
 \*\* 2 Laboratorios aportan datos de AGUS  
 \*\*\* 1 Laboratorio diferencia LSIL / VPH. A efectos estadísticos se ha contabilizado como LSIL



# 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: .....

Correo electrónico: .....

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 - 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 20.....

Precio cuota A.E.P.C.C. año 2007 40 €