

**XIX**

**ASOCIACIÓN ESPAÑOLA  
DE PATOLOGÍA CERVICAL  
Y COLPOSCOPIA**

CONGRESO ANUAL OVIEDO 15, 16 Y 17 de Noviembre de 2007



# COMUNICACIONES

## Índice de Temas

### PRESENTACIÓN

- 1- EPIDEMIOLOGIA e HISTORIA NATURAL
- 2- CRIBADO y DIAGNOSTICO
- 3- VIRUS del PAPILOMA HUMANO
- 4- TRATAMIENTO y SEGUIMIENTO
- 5- VULVA y VAGINA
- 6- FORMACIÓN
- 7- Índice alfabético de autores

Editores

**Luis M. Puig-Tintoré  
Aureli Torné Blade  
Luis González Torga**



## PRESENTACIÓN

Los Congresos anuales de la Asociación Española de Patología Cervical y Colposcopia constituyen el principal foro para esta subespecialidad en nuestro país y una oportunidad para valorar el interés que dicho campo despierta entre los ginecólogos.

En los últimos años se ha evidenciado un creciente interés por la patología del tracto genital inferior, en buena parte debido al importante progreso en el conocimiento de la etiopatogénia, así como a las nuevas estrategias preventivas, diagnósticas y terapéuticas de dicha patología.. La rápida transferencia de estos avances a la práctica médica, favorecida por las modernas técnicas de la información, explica su adopción generalizada por los especialistas españoles cuyos resultados, en gran parte se presentan por primera vez en las comunicaciones de los Congresos de la AEPCC.

Sin lugar a dudas las Comunicaciones al Congreso suponen un valioso intercambio de resultados y experiencias que redundan en una mejor práctica clínica y permiten que, cada vez más, dispongamos de datos y estadísticas propias en las que basar nuestros protocolos asistenciales.

Animamos a los líderes de los diversos grupos a proseguir en esta línea de trabajo, con rigurosidad y constancia, para conseguir resultados contrastados que puedan publicarse en revistas internacionales acreditadas. En este sentido, el *Journal of Lower Genital Tract Disease*, la publicación oficial de la “*American Society for Colposcopy and Cervical Pathology*” y desde hace dos años también de la AEPCC, publica anualmente la selección de las mejores comunicaciones presentadas en nuestros Congresos, y facilitará la publicación de los trabajos originales españoles que cumplan los criterios establecidos.

Nuestro agradecimiento a los 298 autores y colaboradores que han contribuido con sus 49 trabajos a hacer posible estas Comunicaciones.

Luis M. Puig-Tintoré  
Aureli Torné Blade  
Luis González Torga

---

Las ponencias y comunicaciones presentadas en el XIX Congreso de la AEPCC están publicadas en la web: [www.aepcc.org](http://www.aepcc.org)

## **1- EPIDEMIOLOGIA e HISTORIA NATURAL**

(CO1-1; Pág. 8)

**Estudio histopatológico y de estadiaje del cáncer cervical invasor en la comunidad autónoma del País Vasco.** Estefanía Abanto, Patricia Cobos, Javier diez, Daniel Andia, Jose Cruz Quilez, Enrique Eizaguirre, Lorenzo Manzanera, Borja Rivero, Ainhoa Salegi, Carlos Perez.

(CO1-2; Pág. 9)

**Incidencia del carcinoma invasor de cérvix en la CAPV. Evolución en los últimos 5 años.** Quílez J.C, Andía D, Rivero B, Izaguirre E, Díez J, Pérez C, Aia N, Manzanera L, Navarro M.

(CO1-3; Pág. 10)

**Cáncer de cuello uterino en el hospital de Jarrio.** Rosa Núñez Gión, Covadonga Fernández Castro, Lucía Menéndez León, Ángel López Vázquez, Rafael Maroto Páez.

(CO1-4; Pág. 11)

**Análisis comparativo de la incidencia de carcinoma escamoso/ adenocarcinoma de cérvix en los últimos 5 años en el Hospital 12 de Octubre.** Blanca Sancho Pérez, Jose Miguel Seoane Gonzalez. Mª Victoria Bravo Violeta, Carmen Guillén Gámez,, Carmen Alvarez Conejo.

(CO1-5; Pág. 12)

**Estudio descriptivo comparativo de mujeres VIH (+) con mujeres VIH (-) con factores de riesgo asociados.** F Aznar, E Muñoz, JM Sánchez, JA Monserrat, JA Borrego.

(CO1-6; Pág. 13)

### **COMUNICACIÓN SELECCIONADA PARA PRESENTACION ORAL**

**Carga de enfermedad asociada a las lesiones precancerosas de cuello de útero en España.** Xavier Castellsague Piqué, Luis M Puig-Tintoré, Ricardo Sainz de la Cuesta, Vanessa Remy, Catherine Cohet, María San-Martín Rodríguez.

(CO1-7; Pág. 14)

**Lesiones intraepiteliales de bajo grado en el H.U.M.I.C (2000-2005): nuestra experiencia.** N Medina Ramos, O Arencibia Sánchez, R García Rodríguez, JM Falcón Santana, MA Nieto Naya, A Romero Requejo, A Lubrano Rosales, JC Morín Gamara, O Falcón Vizcaíno.

(CO1-8; Pág. 15)

**Lesiones intraepiteliales de bajo grado que progresan a una lesión de alto grado (2000-2005).** O Arencibia Sánchez, N Medina Ramos, R García Rodríguez, MA Nieto Naya, JM Falcón Santana, A Romero Requejo, A Lubrano Rosales, O Falcón Vizcaíno.

(CO1-9; Pág. 16)

**Progresión de ASCUS/LSIL: Factores de riesgo.** M Merced, M Gracia, G Soro, C Centeno, C Iglesias, N Tallada, JM Martinez i Palones, J Xercavins.

(CO1-10; Pág. 17)

**¿Es adecuado utilizar la mortalidad por cáncer de cuello uterino como indicador de calidad asistencial?** González-Torga A, Galicia-García MD, Sánchez-Payá J, García-Shimizu P, Mayor Amorós JA, González-Hernández M, Hernández de Antonio A, Martínez Escoriza JC.

## **2- CRIBADO y DIAGNOSTICO**

(CO2-1; Pág. 18)

**Automatización en citología ginecológica.** Francesc Alameda, Lara Pijuan, Eulalia Ginferrer, Imma Soler, Emilia Romero, Sara Albert y Sergi Serrano.

(CO2-2; Pág. 19)

**Citología líquida. Técnicas complementarias.** Francesc Alameda, Lara Pijuan, Eulalia Ginferrer, Imma Soler, Emilia Romero, Sara Albert, Jordina Santos, Pere Fusté, Gemma Mancebo, Ramon Carreras y Sergi Serrano.

(CO2-3; Pág. 20)

**Resultados del segundo año de implantación del Proceso Asistencial Integrado Cáncer de Cérvix en el área Sanitaria HH. UU. Virgen del Rocío.** Alicia Barranco Justicia, Lutgardo García Díaz, Belén López Soriano, Adolfo López Gómez, José Antonio Vargas Lazcano, Rafael Torrejón Cardoso.

(CO2-4; Pág. 21)

**Aplicación de la nomenclatura colposcópica revisada en consulta de patología del tracto genital inferior.** O Aedo O, P García A, F. Saiz-Pardo R, L Ortiz Q.

## **3 - VIRUS del PAPILOMA HUMANO**

(CO3-1; Pág. 22)

### **COMUNICACIÓN SELECCIONADA PARA PRESENTACION ORAL**

**Detección del ADN del virus del papiloma humano (VPH) dentro del cribado de cáncer de cuello uterino en atención primaria en Cataluña.** R. Ibañez, S. De Sanjosé, M. Peris en nombre del grupo Cat-Cérvix.

(CO3-2; Pág. 23)

### **COMUNICACIÓN SELECCIONADA PARA PRESENTACION ORAL**

**Prevalencia de los genotipos del VPH en lesiones intraepiteliales escamosas en el área sanitaria III de Asturias.** Cristina Pérez Menéndez, Julio Velasco Alonso, Adonina Tardón García, Concepción Solares Gonzalez.

(CO3-3; Pág. 24)

**Correlación entre genotipos de varones con infección genital por VPH y compañeras sexuales portadoras de neoplasia cervical intraepitelial.** J Deza Moldes, M Torrents Muns, ML Junquera Llaneza, E Menéndez Robledo, A Tamargo Suárez, M Oña Navarro, S Melón García, A Martín González.

(CO3-4; Pág. 25)

**Evolución clínica y virológica del VPH de alto riesgo.** Torres García LM; Presa Lorite JC; Gómez Sánchez; De la Torre Bulnes M; Aguilar Romero MT.

(CO3-5; Pág. 26)

**Repercusión de la infección VPH en el cribado de Papanicolaou.** E Hidalgo, ML Lamelas, L González, C Redondo.

(CO3-6; Pág. 27)

**Determinación del VPH en citologías ASC-US. Patología intraepitelial asociada.** M García Barrios, J Albareda, N Climent, M Herrera, A Rabanal, A López Salva.

## INDICE de TEMAS

(CO3-7; Pág. 28)

**Prevalencia de los distintos tipos del Virus de Papiloma Humano (VPH) en mujeres con resultados citológicos de células escamosas atípicas (ASCUS).** J García, O Alejos, C Vanrell, M Quílez, E Lerma, J Calaf.

(CO3-8; Pág. 29)

**Valor de la determinación del VPH a los 3 meses pos-conización.** Ainhoa Salegi Arregi

(CO3-9; Pág. 30)

**Papiloma escamoso con cambios de tipo viral en pezón.** B Rivero, A Salegi, M. Navarro, A Elvira y JR Cortaberría.

(CO3-10; Pág. 31)

**Distribución de los tipos de VPH. Estudio observacional en mujeres con y sin patología cervical en el Hospital San Jorge de Huesca.** Virginia Roy, M<sup>a</sup> Pilar Andrés, Jose Manuel Ramón y Cajal, Jesús Vera, Miguel Marigil, Juan Pablo Royo

(CO3-11; Pág. 53)

**Prevalencia de genotipos de VPH en mujeres con lesiones intraepiteliales de bajo grado.** Marta E Álvarez-Argüelles, Magda Torrents Muns, Jonathan Fernández Suárez, Maria de Oña Navarro, Jose A Boga, Primitiva Menéndez Rodríguez, Angel Tamargo Suarez, Santiago Melón García.

(CO3-12; Pág. 54)

**Detección genómica del VPH en lesiones intraepiteliales de alto grado diagnosticadas por citología.** Marta E Álvarez-Argüelles, Magda Torrents Muns, Ángeles Sampere, Jonathan Fernández Suarez, Ernesto Gómez de Oña, Florentino Fresno, Santiago Melón, Maria de Oña.

(CO3-13; Pág. 55)

**¿Beneficiaría la vacuna de VPH en una población femenina con prácticas de riesgo?** Marta E Alvarez-Argüelles, Ernesto Gómez de Oña, Ángeles Sampere Martínez, Ana Palacio Suarez, Marisa Junquera, Primitiva Menéndez Rodríguez, Maria de Oña Navarro, Santiago Melón García.

## 4- TRATAMIENTO y SEGUIMIENTO

(CO4-1; Pág. 32)

**Biopsia excisional con Aguja de Diatermia: evaluación de la precisión de la conización en las lesiones intraepiteliales de alto grado (SIL-AG).** Cristina Vanrell, Manuel Quílez, Alberto Gallardo, Miriam Cuatrecasas, Enrique Lerma, Joaquim Calaf.

(CO4-2; Pág. 33)

**Valoración del dolor en las conizaciones con asa diatérmica realizadas con anestesia intracervical.** M Navarro López, A Salegi Arregi, A Elvira Urdampilleta, L. Ibañez Garicano, B Rivero de Torrejón.

(CO4-3; Pág. 34)

**Análisis de las conizaciones realizadas en el área sanitaria Virgen del Rocío correspondiente al segundo año de implantación del proceso Asistencial Integrado Cáncer de Cérvix.** Alicia Barranco Justicia, Lutgardo García Díaz, Aranzazu Maraví San Martín, Margarita Blanco Campos, José Antonio Vargas Lazcano, Rafael Torrejón Cardoso.

(CO4-4; Pág. 35)

**Análisis de las conizaciones con bordes quirúrgicos afectos.** Alicia Barranco Justicia, Lutgardo García Díaz, Cristina López Beltrán, Margarita Blanco Campos, José Antonio Vargas Lazcano, Rafael Torrejón Cardoso.

(CO4-5; Pág. 36)

**Análisis de las histerectomías realizadas en el área sanitaria Virgen del Rocío correspondiente al segundo año de implantación del proceso Asistencial Inegrado Cáncer de Cérvix.** Alicia Barranco Justicia, Lutgardo García Díaz, Ana María Muñoz Barrera, Adolfo López Gómez, José Antonio Vargas Lazcano, Rafael Torrejón Cardoso.

(CO4-6; Pág. 37)

**Perfil cito-colpo-histológico de los conos “blancos”.** Torres García LM, Gómez Sánchez J, de la Torre Bulnes M, Presa Lorite J, Romero Guadix B.

(CO4-7; Pág. 38)

**Perfil epidemiológico de los conos “blancos”.** Torres García LM, González Paredes A, Gómez Sánchez J, de la Torre Bulnes M, Presa Lorite J.

(CO4-8; Pág. 39)

**Lesión residual en histerectomías realizadas por HSIL persistente.** Laura Benítez Toledo; Luz López Ortiz; Mónica Gómez Cortes; J.Claudio Marañon Di Leo.

(CO4-9; Pág. 40)

**Carcinoma microinvasor de cérvix: el manejo de una neoplasia de buen pronóstico.** A Lubrano, A Romero, Y Machado, O Arencibia, N Medina, JM Falcón Santana, O Falcón.

(CO4-10; Pág. 41)

**Once años de conizaciones con asa diatérmica en el Hospital Universitario Central de Asturias.** David Valdés Lafuente, Ana Bayón González, Luis González Torga.

(CO4-11; Pág. 42)

**Conizaciones: Láser vs Asa diatérmica.** M Bordés, S Baulies, C Colomé, M Cararach, S Dexeus.

(CO4-12; Pág. 56)

**Bordes afectos en conizaciones con asa y con bisturí.** A Salegi Arregi, M Navarro Lopez, A Elvira, Arrue Gabilondo, B Rivero Torrejón.

## 5- VULVA y VAGINA

(CO5-1; Pág. 43)

**Análisis descriptivo de la patología neoplásica vulvar diagnosticada en una unidad de tracto genital inferior.** F Aznar, JM Sánchez, J Guisado, JA Monserrat, JA Borrego.

(CO5-2; Pág. 44)

**Neoplasias vulvares intraepiteliales e invasoras durante los años 2002-2006 en el Hospital de Cruces.** Patricia Cobos, Naia Aia, Estefanía Abanto, Javier Diez, Julio Moreno, Txantón Martínez-Astorquiza.

(CO5-3; Pág. 45)

**Neoplasia Intraepitelial de Vagina. Nuestra experiencia.** A Lubrano, A Romero, L Beltrán, O Arencibia, N Medina, JM Falcón Santana, O Falcón.

(CO5-4; Pág. 46)

**Expresión de p16<sup>ink4a</sup> como marcador de actividad oncogénica del virus del papiloma humano (VPH) de alto riesgo en el cáncer de vagina.** Marta del Pino, Imma Alonso, Aureli Torné, Roser Nonell, Montserrat Cardona, Jaume Ordi, Jaume Pahisa, Luís M. Puig-Tintoré.

## INDICE de TEMAS

(CO5-5; Pág. 47)

**Metástasis en vagina de tumores extra-genitales.** A Elvira Urdampilleta, B Ribero Torrejón, F Garnateo Nicolás, M Navarro López, A Salegi Arregi, A Oyarzabal Urkiola.

(CO5-6; Pág. 48)

**Adenocarcinoma mucinoso primario de vagina (caso clínico).** J Albareda, M García Barrios, N Climent, Herrera, L García Vila, A López Salva A.

(CO5-7; Pág. 49)

**Condilomatosis multifocal y embarazo, tratamiento combinado con ácido tricloroacético y criocoagulación. Descripción icnográfica a propósito de dos casos.** Santiago Alonso, Gema Vaquero, Rocío Montejo, Susana Díaz, Marta Salvador, Pilar Miranda.

(CO5-8; Pág. 50)

**Atrapamiento del nervio pudendo.** Rocío Montejo Rodríguez, Gema Vaquero Argello, Susana Díaz de Eusebio, Marta Salvador Osuna, Santiago Alonso García.

(CO5-9; Pág. 51)

**Adenosis vaginal, (dos casos clínicos).** Belén Cochs Cosme, Laia Martí Malgosa, Laura Serra Azuara, María García Gallardo, Yolanda Canet Esteve, María Rosa Escoda Giralt.

## 6. FORMACION

(CO6-1; Pág. 52)

**COMUNICACIÓN SELECCIONADA PARA PRESENTACION ORAL**  
**Calidad de la formación especializada en patología del tracto genital inferior en las unidades docentes de España.** F Aznar, P Royo, D Rodríguez, R Martínez, I Orensanz, JM Bajo Arenas.

CO1-1

<b>Título:</b>	<b>ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO Y DE ESTADIAJE DEL CÁNCER CERVICAL INVASOR EN LA COMUNIDAD AUTONOMA DEL PAIS VASCO</b>
<b>Autor-es:</b>	<u>Estefanía Abanto</u> , Patricia Cobos, Javier diez, Daniel Andia, Jose Cruz Quilez, Enrique Eizaguirre, Lorenzo Manzanera, Borja Rivero, Ainhoa Salegui, Carlos Pérez.
<b>Centro de trabajo:</b>	1- Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital de Cruces. Barakaldo. Bizkaia, 2- Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital de Basurto. Bilbao. Bizkaia, 3- Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital de Txagorritxu. Vitoria. 4- Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital de Donostia. San Sebastian. 5- Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital de Galdakano. Bizkaia
<b>Ciudad:</b>	Baracaldo, Bilbao, Vitoria, San Sebastián, Galdakano.
<b>E-mail:</b>	<a href="mailto:pcobo@sego.es">pcobo@sego.es</a>
<b>Objetivo:</b>	Revisar la incidencia y tipos histológicos del cáncer cervical invasor en la Comunidad Autónoma Vasca, previo a la introducción de la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH).
<b>Material y Método:</b>	Estudio retrospectivo multicéntrico, basado en los archivos de los servicios de ginecología de los hospitales de esta comunidad.
<b>Resultados:</b>	Durante estos 5 años se han detectado un total de 251 casos nuevos, siendo la incidencia media anual de 50 casos. El tipo histológico más frecuente es el carcinoma epidermoide, que representa el 77,3% de los casos. El segundo tipo más frecuente es el adenocarcinoma con 47 casos (18-19% del total). También se han detectado 4 carcinomas adeno-escamosos, 1 adenoacantoma, 3 carcinomas indiferenciados, 2 sarcomas y 1 melanoma. En cuanto al estadiaje FIGO se han hallado aproximadamente un 12% de estadios IA, 36% de estadios IB, 5% de estadios IIA, 20% de estadios IIB, 1% de IIIA, 17% de IIIB, 7% de IVA y 2% de IVB .
<b>Conclusiones:</b>	Según los datos obtenidos de la mayoría de los hospitales del país vasco, el cáncer cervical es fundamentalmente de tipo epidermoide y en casi el 50% de los casos su diagnóstico se hace en un estadio I, y tan solo un 9 % en estadio IV.

CO1-2

<b>Título:</b>	<b>INCIDENCIA DEL CARCINOMA INVASOR DE CÉRVIX EN LA CAPV. EVOLUCIÓN EN LOS ULTIMOS 5 AÑOS</b>
<b>Autor-es:</b>	<u>JC Quílez</u> , D Andía, B Rivero, E Izaguirre, J Díez, C Pérez, N Aia, L Manzanera, M Navarro.
<b>Centro de trabajo:</b>	Hospitales de Cruces, Basurto, Donostia, Galdakano y Txagorritxu
<b>Ciudad:</b>	CAPV
<b>E-mail:</b>	<a href="mailto:dandia@hbas.osakidetza.net">dandia@hbas.osakidetza.net</a>
<b>Objetivo:</b>	Analizar la situación y tendencia actual, en la CAPV, del carcinoma microinvasor de cérvix, con el fin de conocer y valorar el impacto de las medidas diagnóstico-terapéuticas actuales.
<b>Material y Método:</b>	Estudio transversal, en los principales hospitales terciarios de las CAPV, del carcinoma invasor de cérvix, en un período de 5 años (2002 a 2006).
<b>Resultados:</b>	<p>Se han diagnosticado un total de 317 casos de carcinoma invasor de cérvix en distintos estadios de evolución, y diferentes tipos histológicos, media de 63.4 casos por año. La incidencia anual es bastante homogénea oscilando entre 57 casos el 2005 y 69 casos el 2004. Casi el 50% tienen entre 40 y 60 años (26,5% entre 40 y 50 y 21,4% entre 50 y 60); &lt;40 años: 18,9%; entre 60 y 70 años: 14,2%; &gt;70: 18,9%.</p> <p><b>Hospital de Cruces:</b> 109 casos (34,4% del total), media 21,8 casos/año. 29,3% en &lt;40 años, 21,1% entre 40 y 50 años, 26,6% entre 50 y 60, 8,2% entre 60 y 70 años y 14.6% en &gt;70 años</p> <p><b>Hospital de Basurto:</b> 81 casos (25,5% del total), media 16,2 casos/año. 12,3% en &lt; 40 años, 23,4% entre 40 y 50 años, 19,7% entre 50 y 60 años, 17,3% entre 60 y 70 años y 27,1% en &gt; 70 años. Histología: 59 escamosos (72,8%) y 22 adenocarcinomas (27,1%).</p> <p><b>Hospital de Donostia:</b> 64 casos (20,2% del total), media 12,8 casos/año. 10,9% en &lt; 40 años, 31,2% entre 40 y 50 años, 21,8% entre 50 y 60 años, 18,7% entre 60 y 70 años y 17,2% &gt; 70 años.</p> <p><b>Hospital de Galdakano:</b> 33 casos, media 6,6 casos/año. De ellos 9 casos en menores de 40 años (27,3%), 11 casos entre los 40 y 50 años (33,3%), 4 casos entre los 50 y 60 años (12,1%), 5 entre 60 y 70 años (15,1%) y 4 casos por encima de los 70 años (12,1%).</p> <p><b>Hospital de Txagorritxu:</b> 30 casos, media 6 casos/año. 2 en &lt;40 años (6,6%), 11 entre 40 y 50 años (36,6%), 5 entre 50 y 60 años (16.66%), 5 entre 60 y 70 años y 7 &gt;70 años (23.33%).</p>
<b>Conclusiones:</b>	<p>La tasa diagnóstica de carcinoma invasor de cérvix en los Hospitales más importantes de la CAPV, que agrupan a la mayoría de las pacientes, es de una media de 63,4 casos/año.</p> <p>La evolución de su frecuencia en los últimos 5 años no muestra una tendencia ascendente como cabría esperar, a la vista del incremento en la frecuencia de lesiones preinvasoras. Es necesario esperar la evolución en los próximos años dada la historia natural del cáncer de cérvix.</p>

CO1-3

<b>Título:</b>	<b>CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN EL HOSPITAL DE JARRIO</b>
<b>Autor-es:</b>	Rosa Núñez Gión <sup>1</sup> , Covadonga Fernández Castro <sup>1</sup> , Lucía Menéndez León <sup>2</sup> , Ángel López Vázquez <sup>1</sup> , Rafael Maroto Páez <sup>1</sup> .
<b>Centro de trabajo:</b>	(1) Servicio de Ginecología y Obstetricia. (2) Servicio de Anatomía Patológica. Hospital de Jarrío.
<b>Ciudad:</b>	Jarrío (Asturias)
<b>E-mail:</b>	<a href="mailto:angel.lopez@sespa.princast.es">angel.lopez@sespa.princast.es</a>
<b>Objetivo:</b>	Analizar los casos diagnosticados en el Hospital Comarcal de Jarrío, desde su apertura hasta la actualidad, relacionando la supervivencia con el estadio de presentación del tumor.
<b>Material y Método:</b>	En 18 años de funcionamiento se diagnosticaron un total de 28 cánceres invasivos de cuello uterino. El rango de edad está comprendido entre 31 y 94 años, con una media de 54,9, siendo similar el número de pacientes pos-menopáusicas (46,4%), que de pre-menopáusicas (53,6%). Realizamos un análisis de supervivencia según el estadio tumoral.
<b>Resultados:</b>	El tipo histológico más frecuente es el carcinoma escamoso con 19 casos (67,8%). Le sigue el adenocarcinoma con 5 casos (17,8%). Es de destacar que en esta pequeña serie están presentes tipos histológicos poco frecuentes, como el adeno-sarcoma, el linfoma primario y el tumor neuroendocrino. Casi la mitad de los casos (46,4%), se diagnosticaron en estadio I de la FIGO. La supervivencia bruta a los cinco años es del 89% para el estadio I, y sólo del 22% para el conjunto de los estadios II, III y IV.
<b>Conclusiones:</b>	El cáncer de cuello uterino, tiene una baja incidencia en nuestra Área, pero el diagnóstico precoz es la base para conseguir buenos resultados.

CO1-4

<b>Título:</b>	<b>ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA INCIDENCIA DE CARCINOMA ESCAMOSO/ ADENOCARCINOMA DE CÉRVIX EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS EN EL HOSPITAL 12 DE OCTUBRE</b>
<b>Autor-es:</b>	Blanca Sancho Pérez, Jose Miguel Seoane Gonzalez. <u>M<sup>a</sup> Victoria Bravo Violeta</u> , Carmen Guillén Gámez, Carmen Alvarez Conejo.
<b>Centro de trabajo:</b>	Unidad de Ginecología Oncológica. Hospital 12 de Octubre.
<b>Ciudad:</b>	Madrid
<b>E-mail:</b>	<a href="mailto:victbra@wanadoo.es">victbra@wanadoo.es</a>
<b>Objetivo:</b>	
<b>Material y Método:</b>	Estudiamos los carcinomas escamosos cervicales diagnosticados anualmente y los comparamos con los adenocarcinomas cervicales diagnosticados durante el mismo período.
<b>Resultados:</b>	Comprobamos como la incidencia de ambos aumenta cada año y como la relación escamoso / adenocarcinoma aumenta a favor del adenocarcinoma.
<b>Conclusiones:</b>	

CO1-5

<b>Título:</b>	<b>ESTUDIO DESCRIPTIVO COMPARATIVO DE MUJERES VIH (+) CON MUJERES VIH (-) CON FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS</b>				
<b>Autor-es:</b>	F Aznar, E Muñoz, JM Sánchez, JA Monserrat, JA Borrego.				
<b>Centro de trabajo:</b>	Unidad del Tracto Genital Inferior. *Unidad de Metodología de la Investigación. Hospital Universitario Reina Sofía.				
<b>Ciudad:</b>	Córdoba				
<b>E-mail:</b>	<a href="mailto:faznar@sego.es">faznar@sego.es</a>				
<b>Objetivo:</b>	Analizar las diferencias y semejanzas de dos grupos de alto riesgo para desarrollar patología neoplásica cervical.				
<b>Material y Método:</b>	Estudio retrospectivo comparativo de la patología neoplásica cervical de 2 Grupos de Alto Riesgo. Uno de 248 mujeres VIH positivas con otro de 249 mujeres VIH negativas, con factores de riesgo conocidos revisadas periódicamente.				
<b>Resultados:</b>	Total mujeres examinadas: 497				
		<b>HIV Negativo (n= 249)</b>	<b>HIV Positivo (n= 248)</b>	<b>OR (IC95%)</b>	<b>P*</b>
	<b>No biopsia</b>	72 (28.9%)	113 (49.6%)	0.4 (0.3 - 0.6)	<0.0001
	<b>Benigno</b>	19 (7.6%)	30 (12.1%)	0.6 (0.3 - 1.1)	0.09
	<b>Cambios VPH</b>	16 (6.4%)	14 (5.6%)	1.2 (0.5 - 2.6)	0.72
	<b>CIN 1</b>	38 (15.3%)	27 (10.9%)	1.5 (0.8 - 2.6)	0.15
	<b>Camb. VPH+CIN 2</b>	54 (21.7%)	41 (16.5%)	1.4 (0.9 - 2.2)	0.14
	<b>CIN 2</b>	52 (20.9%)	22 (8.9%)	2.7 (1.5 - 4.8)	< 0.0001
	<b>CIN 3</b>	46 (18.5%)	40 (16.1%)	1.2 (0.7 - 1.9)	0.49
	<b>CIN 2+3</b>	98 (39.4%)	62 (25.0%)	2.0 (1.3 - 2.9)	0.001
	<b>Carcinoma</b>	4 (1.6%)	4 (1.6%)	1.0 (0.2 - 4.8)	0.99
	OR (IC 95%)= Odds ratio (intervalo de confianza al 95% de seguridad)				
	* Significación obtenida mediante la prueba Ji-cuadrado.				
	En el grupo de alto riesgo VIH negativo se realizan más biopsias dirigidas al presentar más lesiones sospechosas bajo control colposcópico, presentando menos lesiones benignas.				
	Aunque la frecuencia de patología neoplásica cervical invasiva y lesiones de alto grado es similar, existe mayor número de casos presentando lesiones tipo CIN 2 en el grupo de alto riesgo VIH negativo.				
<b>Conclusiones:</b>	Ambos grupos son muy similares, existiendo una incidencia elevada de patología neoplásica cervical. Las revisiones periódicas y sistemáticas deben de establecerse rigurosamente en ambos grupos para intentar controlar la evolución de la patología neoplásica cervical.				

CO1-6

**COMUNICACIÓN SELECCIONADA PARA PRESENTACION ORAL**

<b>Título:</b>	<b>CARGA DE ENFERMEDAD ASOCIADA A LAS LESIONES PRECANCEROSAS DE CUELLO DE ÚTERO EN ESPAÑA.</b>
<b>Autor-es:</b>	Xavier Castellsague Piqué <sup>1</sup> , Luis M Puig-Tintoré <sup>2</sup> , <u>Ricardo Sainz de la Cuesta</u> <sup>3</sup> , Vanessa Remy <sup>4</sup> , Catherine Cohet <sup>4</sup> , María San-Martín Rodríguez <sup>5</sup> .
<b>Centro de trabajo:</b>	<sup>1</sup> Servicio de Epidemiología y Registro de Cáncer. Hospital Duran i Reynals, L'Hospitalet de Llobregat, España. <sup>2</sup> Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Clínic, Barcelona, España. <sup>3</sup> Servicio de Obstetricia y Ginecología, Fundación Jiménez Díaz, Madrid, España. <sup>4</sup> Sanofi Pasteur MSD, Lyon, Francia. <sup>5</sup> Sanofi Pasteur MSD, Madrid, España
<b>Ciudad:</b>	L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, Madrid, Lyon (Francia)
<b>E-mail:</b>	<a href="mailto:msanmartinrodriguez@spmsd.com">msanmartinrodriguez@spmsd.com</a>
<b>Objetivo:</b>	Estimar el número de lesiones precancerosas del cuello de útero (Neoplasias Cervicales Intraepiteliales – CIN) diagnosticadas anualmente en España, así como el consumo de recursos y costes asociados al cribado, diagnóstico y tratamiento de estas lesiones.
<b>Material y Método:</b>	Estudio retrospectivo en consultas de ginecología de centros sanitarios públicos en 6 Comunidades Autónomas (Andalucía, Cataluña, Comunidad de Madrid, Comunidad Valenciana, Galicia y País Vasco). Los investigadores documentaron el número total de citologías realizadas en un periodo de un año y los resultados de estas citologías. En paralelo, se recogió información sobre utilización de recursos sanitarios (visitas, pruebas diagnósticas, procedimientos terapéuticos, hospitalizaciones) asociados al manejo clínico de CIN. Los resultados epidemiológicos y de consumo de recursos se utilizaron para estimar el coste medio por paciente de CIN en España, el coste total del cribado y del manejo clínico de CIN desde la perspectiva del Sistema Nacional de Salud.
<b>Resultados:</b>	En el periodo octubre-2004/octubre-2005, la muestra de ginecólogos realizó un total de 201.265 citologías. Según esto, en España se realizarían 7,6 millones de citologías cada año con un coste asociado de 622.5 millones de euros. El 3,5% de éstas presentaron anomalías citológicas. Anualmente se diagnostican 40.530 casos de CIN1, 26.243 de CIN2 y 28.423 de CIN3. El coste medio individual estimado asociado al manejo clínico de estos casos fue de 1.115€ para CIN1, 1.626€ para CIN2 y 2.090€ para CIN3. El coste total de manejo de CIN en España sería de 147.3 millones de euros.
<b>Conclusiones:</b>	Un total de 95.196 casos de CIN se diagnostican anualmente en España, aproximadamente el 60% de estos casos serían lesiones precancerosas (CIN 2/3). El cribado y manejo clínico del CIN supone una significativa carga epidemiológica y económica para el sistema sanitario.

CO1-7

<b>Título:</b>	<b>LESIONES INTRAEPITELIALES DE BAJO GRADO EN EL H.U.M.I.C (2000-2005): NUESTRA EXPERIENCIA</b>
<b>Autor-es:</b>	<u>N Medina Ramos</u> , O Arencibia Sánchez, R García Rodríguez, JM Falcón Santana, MA Nieto Naya, A Romero Requejo, A Lubrano Rosales, JC Morín Gamara, O Falcón Vizcaíno.
<b>Centro de trabajo:</b>	Unidad de Patología del Tracto Genital Inferior. Hospital Universitario Materno-Infantil de Canarias
<b>Ciudad:</b>	Las Palmas
<b>E-mail:</b>	
<b>Objetivo:</b>	Conocer la evolución natural de las lesiones intraepiteliales de bajo grado (LSIL) seguidas mediante actitud expectante en nuestro medio.
<b>Material y Método:</b>	Estudio retrospectivo, desde Enero 2000 a Diciembre 2005, en el que se estudian 928 casos de LSIL que se extraen de la base de datos.
<b>Resultados:</b>	Las LSIL, suponen el 21,2% de todas las pacientes vistas en nuestra Unidad durante ese periodo de tiempo. De los 928 casos de citologías de LSIL, el 24% correspondieron a mujeres de edad menor o igual a 25 años. La detección del VPH mediante PCR-ADN fue negativa en el 27,8% de las pacientes, el 28,7% presentaron riesgo intermedio y el 43,5% positivo para virus de alto riesgo. Hubo un 29,4% (273 casos) de pérdida de seguimiento. Si atendemos a aquellos casos de LSIL que se normalizaron sin necesidad de tratamiento quirúrgico, obtenemos un tiempo medio de seguimiento de 15,5 meses, dándose el alta de la Unidad al 78,7% en los primeros 24 meses. El 20% de las pacientes fueron sometidas a tratamiento quirúrgico a lo largo del seguimiento. En 89 casos (14%) progresó a lesiones de alto grado entre ellos 5 casos de carcinoma invasor.
<b>Conclusiones:</b>	El 80% de nuestras pacientes presentan regresión espontánea, por lo que consideramos que el seguimiento mediante actitud expectante es la opción terapéutica inicial más adecuada.

CO1-8

<b>Título:</b>	<b>LESIONES INTRAEPITELIALES DE BAJO GRADO QUE PROGRESAN A UNA LESIÓN DE ALTO GRADO (2000-2005)</b>
<b>Autor-es:</b>	O Arencibia Sánchez, N Medina Ramos, R García Rodríguez, MA Nieto Naya, JM Falcón Santana, A Romero Requejo, A Lubrano Rosales, O Falcón Vizcaíno.
<b>Centro de trabajo:</b>	Unidad de Patología del Tracto Genital Inferior. Hospital Universitario Materno-Infantil de Canarias (H.U.M.I.C.)
<b>Ciudad:</b>	Las Palmas
<b>E-mail:</b>	
<b>Objetivo:</b>	Estudiar a las pacientes con lesiones de bajo grado que progresan a una lesión de alto grado en nuestro medio en 5 años.
<b>Material y Método:</b>	Estudio retrospectivo, desde Enero 2000 a Diciembre 2005, de 79 casos de LSIL que progresan a lesión de alto grado cuyos datos se extraen de la base de datos de la unidad. Tras excluir los casos con pérdida de seguimiento, quedan 703 pacientes estudiadas. En ellas analizamos las siguientes variables: progresión a lesión de alto grado, edad, PCR-ADN del VPH, tiempo en que las lesiones progresaron y evolución de las pacientes.
<b>Resultados:</b>	De todas la pacientes seguidas, 79 (11.23%) progresan a lesión de alto grado, 74 (10.52%) progresan a H-SIL y 5 (0.71%) a carcinoma invasor. La edad media de las pacientes fue de 35,5 años con un rango entre 21 y 63 años. El test de VPH fue positivo para virus de alto riesgo en el 64.5% de los casos que progresaron frente al 28.75% de las que no. En las pacientes menores de 30 años, progresaron el 7,3% frente al 13,1% en mayores de 30 años. El tiempo de progresión medio fue de 26 meses, siendo de 28,4 meses para las menores de 30 años y de 23,5 meses para las mayores de 30 años. A 54 casos (68%) se le dio el alta de la Unidad, 16 casos (20%) continúan control (pendiente de resultados o controles pos-cono patológicos), 5 casos, se remitieron a Oncología, y 4 se han perdido.
<b>Conclusiones:</b>	Durante el seguimiento de las pacientes diagnosticadas de LSIL, la presencia de virus de alto riesgo y la edad, son factores de riesgo para progresión de la enfermedad.

CO1-9

<b>Título:</b>	<b>PROGRESIÓN DE ASCUS/LSIL: FACTORES DE RIESGO</b>
<b>Autor-es:</b>	M Merced, <u>M Gracia</u> , G Soro, C Centeno, C Iglesias, N Tallada, JM Martínez i Palones, J Xercavins.
<b>Centro de trabajo:</b>	Unidad de Patología Cervical y Ginecología Oncológica. Hospitales Vall d'Hebron. Universidad Autónoma de Barcelona.
<b>Ciudad:</b>	Barcelona
<b>E-mail:</b>	<a href="mailto:mcarmemerced@hotmail.com">mcarmemerced@hotmail.com</a>
<b>Objetivo:</b>	Estudiar la progresión de ASCUS/LSIL según edad, tabaco, anticonceptivos, tipo de VPH e infecciones múltiples en nuestro ámbito.
<b>Material y Método:</b>	<p>Estudio prospectivo de cohortes, en el que se revisaron las historias clínicas de pacientes controladas en nuestra consulta por ASCUS/LSIL entre enero del 2005 y julio del 2007. Incluimos aquellas pacientes VIH negativo, en las que se descartó HSIL en la primera visita, con un mínimo de 2 visitas en nuestra consulta y test de VPH positivo al menos en una ocasión.</p> <p>Se realizó citología, colposcopia y determinación de VPH mediante <i>Clinical Arrays</i>® (Genómica) desde la 2ª visita, cada 6-12 meses.</p> <p>Consideramos progresión aquellos casos en los que se detecta CIN 2-3 por biopsia dirigida o estudio anatomopatológico de la pieza operatoria.</p> <p>El estudio estadístico se realiza mediante EPI.INFO.</p>
<b>Resultados:</b>	<p>Se controlaron durante este periodo 143 pacientes que cumplían los anteriores criterios.</p> <p>La edad media de las pacientes fue de 33 años (17-69).</p> <p>El tiempo medio de seguimiento de las pacientes fue de 22,8 meses, durante los cuales progresan 11 (7,7%), persisten 36 (25%) y regresan 96 (67%). Estratificando por edad se observa que las pacientes mayores de 50 años presentan un porcentaje de regresión menor respecto al resto (RR=0.43 (0.17-1.11)).</p> <p>El 33% de nuestras pacientes eran fumadoras y el 23% tomaban anticonceptivos. No observamos relación entre tabaco, anticonceptivos y progresión.</p> <p>Se pudo determinar el tipo de VPH en 112 pacientes, que presentaron 151 infecciones (en el 46% se trataba de infecciones múltiples). Sólo encontramos asociación estadísticamente significativa entre VPH 16 y progresión (RR=6'42 (2.05-20.12)).</p> <p>Las Infecciones múltiples se asociaron a menor probabilidad de regresión (RR=0.68 (0.51-0.91)).</p>
<b>Conclusiones:</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. La infección HPV 16 en la citología ASCUS/LSIL se asocia a un riesgo 6 veces mayor de progresión.</li> <li>2. La edad mayor de 50 años y la multiplicidad de infecciones se asocian a una menor tasa de regresión.</li> </ol>

CO1-10

<b>Título:</b>	<b>¿ES ADECUADO UTILIZAR LA MORTALIDAD POR CANCER DE CUELLO UTERINO COMO INDICADOR DE CALIDAD ASISTENCIAL?</b>
<b>Autor-es:</b>	González-Torga A, Galicia-García MD, Sánchez-Payá J, García-Shimizu P, Mayor Amorós JA, González-Hernández M, Hernández de Antonio A, Martínez Escoriza JC.
<b>Centro de trabajo:</b>	Servicio de Medicina Preventiva y Obstetricia y Ginecología. Hospital General Universitario de Alicante.
<b>Ciudad:</b>	Alicante
<b>E-mail:</b>	<a href="mailto:gonzalez_anttor@gva.es">gonzalez_anttor@gva.es</a>
<b>Objetivo:</b>	La mortalidad innecesariamente prematura y sanitariamente evitable (MIPSE) se considera un indicador sensible de la calidad de la atención sanitaria recibida y se ha utilizado para monitorizar la efectividad de los servicios sanitarios. La mortalidad por Cáncer de Cuello Uterino (CCU) en mujeres menores de 75 años está considerada como MIPSE. El objetivo es analizar la evolución de la MIPSE por CCU ocurrida en un hospital general de tercer nivel.
<b>Material y Método:</b>	Estudio observacional. A partir del conjunto mínimo básico de datos (CMBD) se obtuvieron los episodios de hospitalización en un periodo de 12 años, entre enero 1994 y diciembre 2005 (n=385.172), y dentro de estos, aquellos con el diagnóstico principal de CCU (código 180 de CIE9-MC). Estos episodios, se han agrupado en tres periodos de tiempo de cuatro años. Un éxitus por CCU es MIPSE cuando ocurre en <75 años. Se ha estudiado la evolución de las altas por CCU y la evolución de la mortalidad entre episodios de CCU con la prueba de la Ji cuadrado para tendencias.
<b>Resultados:</b>	El número de episodios con el diagnóstico principal de CCU ha sido de 221 (0,1% del total de episodios de hospitalización). La evolución de los episodios de CCU ha sido: 0,10% (106/99.785) de 1994-1997, 0,05% (53/116.881) de 1998-2001 y 0,05% (62/123.800) de 2002-2005, p<0,001. El número de éxitus por CCU ha sido de cuatro, un 0,04% (4/10.766) del total de episodios que han finalizado en éxitus y un 0,2% (4/1.672) del total de éxitus que son MIPSE. La evolución de la mortalidad en los episodios de CCU ha sido: 0,9%(1/106) en 1994-1997, 1,9% (1/53) en 1998-2001 y 3,2% (2/62) en 2002-2005, N.S.
<b>Conclusiones:</b>	El número de episodios por CCU atendidos ha disminuido de manera estadísticamente significativa. Tal como era previsible la mortalidad en episodios de CCU es baja y se ha mantenido estable a lo largo de los años. La mortalidad en CCU es un indicador que no se puede utilizar para evaluar mejoras en la atención sanitaria prestada a estas pacientes, pero no obstante recomendamos continuar con su monitorización, pues incrementos significativos en esta deberían conllevar una revisión del proceso asistencial realizado a las pacientes con esta patología.

CO2-1

<b>Título:</b>	<b>AUTOMATIZACION EN CITOLOGIA GINECOLOGICA</b>
<b>Autor-es:</b>	Francesc Alameda, Lara Pijuan, Eulalia Ginferrer, Imma Soler, Emilia Romero, Sara Albert y Sergi Serrano.
<b>Centro de trabajo:</b>	Servicios de Patología y Obstetricia y Ginecología. Hospital del Mar.
<b>Ciudad:</b>	Barcelona
<b>E-mail:</b>	<a href="mailto:86780@imas.imim.es">86780@imas.imim.es</a>
<b>Objetivo:</b>	Presentar el método y la experiencia acumulada en los 6 primeros meses de la utilización de la lectura automatizada de citologías ginecológicas, un reto que se ha intentado vencer en los últimos años.
<b>Material y Método:</b>	El advenimiento de la citología en monocapa ha permitido desarrollar instrumentos que permiten la lectura automatizada de éstas citologías Imagig System (Cytyc®). Nuestra experiencia se centra en la automatización de la lectura de las citologías ginecológicas en monocapa ThinPrep (Cytyc®). Brevemente el método consiste en señalar 22 campos de cada caso que deben ser revisados por los citotécnicos. Ellos a su vez deciden a partir de la valoración de estos 22 campos, si el caso puede darse como negativo o bien debe procederse al "screening" normal. Es decir, el método no diagnostica. Parte de la puesta a punto del método consiste en evaluar 100 casos previamente diagnosticados. Evaluamos además los resultados de un total de 2.877 casos leídos de forma automática.
<b>Resultados:</b>	En el estudio preliminar la concordancia con el diagnostico previo fue del 100%. En el estudio de los casos problema, el porcentaje de ASCUS y de HSIL ha disminuido y el porcentaje de LSIL ha aumentado, ambos ligeramente.
<b>Conclusiones:</b>	La ventaja del método consiste en su valor predictivo negativo. Optimiza además el trabajo de los citotécnicos.

CO2-2

<b>Título:</b>	<b>CITOLOGIA LIQUIDA. TECNICAS COMPLEMENTARIAS</b>
<b>Autor-es:</b>	<u>Francesc Alameda</u> , Lara Pijuan, Eulalia Ginferrer, Imma Soler, Emilia Romero, Sara Albert, Jordina Santos, Pere Fuste, Gemma Mancebo, Ramon Carreras y Sergi Serrano
<b>Centro de trabajo:</b>	Servicios de Patología y Obstetricia y Ginecología. Hospital del Mar.
<b>Ciudad:</b>	Barcelona
<b>E-mail:</b>	<a href="mailto:86780@imas.imim.es">86780@imas.imim.es</a>
<b>Objetivo:</b>	La citología líquida o en monocapa, permite, a la vez que efectuar un diagnóstico morfológico del caso, conservar células obtenidas en la misma toma, para proceder, en su caso a efectuar más pruebas con tal de complementar el diagnóstico, o efectuar un pronóstico. Presentamos en concreto nuestra experiencia en LSIL.
<b>Material y Método:</b>	A todas las pacientes con diagnóstico de LSIL se les ha practicado estudio de VPH mediante técnica de captura de híbridos (Hybrid Capture HC2, Digene®). Además, a un grupo de ellas también se ha estudiado la expresión génica mediante FISH de 3q y de C-MYC, y a otro pequeño grupo se ha practicado determinación de mRNA de E6 y E7 (Labec®). Por fin a otro grupo se practicó estudio de la presencia de VPH mediante técnicas de hibridación in situ (Ventana®). Todos los datos obtenidos se relacionaron con la persistencia de la lesión en un control posterior efectuado entre los 6 y 12 meses del diagnóstico.
<b>Resultados:</b>	La sensibilidad para persistencia de la lesión de las distintas pruebas efectuadas varía de un 100% (mRNA E6/7) a un 60% (HIS). La especificidad, varía de un 88% (HC2 RLU), a un 60% (mRNA E6/7). El VPN, varía de un 100% (mRNA E6/7) a un 50% (FISH para 3q2.6). El VPP, varía de un 88% (HC2 RLU), a un 50% (FISH para 3q2.6).
<b>Conclusiones:</b>	A pesar de la escasez de la muestra en algunos grupos, parece que la prueba con mayor valor sensibilidad y valor predictivo negativo es la determinación de mRNA de las oncoproteínas E6/E7.

CO2-3

<b>Título:</b>	<b>RESULTADOS DEL SEGUNDO AÑO DE IMPLANTACIÓN DEL PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO CÁNCER DE CÉRVIX EN EL ÁREA SANITARIA HH. UU. VIRGEN DEL ROCÍO</b>
<b>Autor-es:</b>	Alicia Barranco Justicia, <u>Lutgardo García Díaz</u> , Belén López Soriano, Adolfo López Gómez, José Antonio Vargas Lazcano, Rafael Torrejón Cardoso.
<b>Centro de trabajo:</b>	Hospital de la Mujer. HH.UU. Virgen del Rocío.
<b>Ciudad:</b>	Sevilla
<b>E-mail:</b>	<a href="mailto:alibarjus@yahoo.es">alibarjus@yahoo.es</a>
<b>Objetivo:</b>	Evaluar los datos del segundo año de implantación del Proceso Asistencial Integrado Cáncer de Cérvix en el área sanitaria Virgen del Rocío. basado en el modelo de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía
<b>Material y Método:</b>	Límite temporal: Abril 2006 a Marzo 2007. Análisis de nº de citologías, citologías positivas por diagnósticos; procedimientos quirúrgicos, conizaciones y resultado anatomopatológico; histerectomías, técnica, resultado anatomopatológico y complicaciones. Evaluación de los resultados en términos de demora y de calidad científico técnica establecidos en dicho proceso.
<b>Resultados:</b>	<p><b>Citologías:</b> nº 31.674, de las cuales 1.003 (3.2%) resultaron anormales, 435 ASCUS (43.4%), 84 AGUS (8.4%), 24 ASCUS +AGUS (2.4%), 324 LSIL (32.3%), 104 HSIL /10.2%), 20 carcinoma epidermoide (2%) y 6 éxodo endometrial (0.8%).</p> <p><b>Conizaciones:</b> nº 100, con asa de diatermia, edad media 37,4 años (17-72 años), 96 fueron indicadas tras citología y colposcopia/biopsia, 1 tras legrado biopsia y dos por conización previa con bordes afectos y control posterior positivo. Resultados patológicos: 46% CIN 3/Tis, 32% CIN2, 7% CIN 1, 6% carcinoma invasor, 2% adenocarcinoma y 6% negativas.</p> <p><b>Histerectomías:</b> nº 23 abdominales entre el 1-04-06 y el 31-03-07, edad media 49,9 años (35-74 años). Se realizaron 9 histerectomías con doble anexectomía, 8 radicales tipo Wertheim-Meigs, 4 histerectomías de rescate, 2 histerectomías simples. Resultados patológicos: 12 cáncer cervical, 3 adenocarcinoma in situ. Complicaciones postoperatorias: 2 (8,7%), una infección de un hematoma abdominal y otra dehiscencia de la herida.</p>
<b>Conclusiones:</b>	<p>Se ha producido un descenso en el número total de citologías con respecto al año anterior (de 41.029 a 32.674) con aumento de las anormales, del 2,2 al 3,2%.</p> <p>Será necesario mejorar la información disponible en términos de población de referencia y analizar esta tendencia en ejercicios posteriores para conocer con exactitud qué porcentaje de nuestra población diana está incluida en este.</p> <p>Mantenemos el % de informes de ASCUS/AGUS muy por debajo del estándar, fijado en el 10%, a pesar del aumento relativo con respecto al año anterior (del 0,9 al 1,7%). Ha aumentado la cuota de participación de los profesionales de Atención primaria en la toma de citologías respecto al año anterior, del 28,8 al 37,4%, tendencia que será necesario mantener y mejorar.</p>

CO2-4

<b>Título:</b>	<b>APLICACIÓN DE LA NOMENCLATURA COLPOSCOPICA REVISADA EN CONSULTA DE PATOLOGÍA DEL TRACTO GENITAL INFERIOR</b>
<b>Autor-es:</b>	<u>O Aedo O</u> , P García A, F. Saiz-Pardo R, L Ortiz Q.
<b>Centro de trabajo:</b>	Unidad de Patología del Tracto Genital Inferior. Maternidad del Hospital General Universitario Gregorio Marañón
<b>Ciudad:</b>	Madrid
<b>E-mail:</b>	<a href="mailto:oaedo.hgugm@salud.madrid.org">oaedo.hgugm@salud.madrid.org</a>
<b>Objetivo:</b>	Revisar la nomenclatura empleada en colposcopia y establecer la correlación colpo-histológica de las pacientes estudiadas.
<b>Material y Método:</b>	Se realiza un estudio transversal, analizando retrospectivamente las 2.701 colposcopias realizadas entre abril y septiembre del 2007 en nuestra consulta, centro hospitalario de referencia del Área 1 de Madrid que abarca una población de 700.00 habitantes, de las cuales 52 % son mujeres, según los datos suministrados por el censo continuo de Madrid del año 2005. A todas las colposcopias con hallazgos anormales, se les practicó biopsia, estableciendo la correlación colpo-histológica.
<b>Resultados:</b>	De las 2.701 colposcopias realizadas, 754 fueron etiquetadas de "HALLAZGOS COLPOSCOPICOS ANORMALES", pero sólo en 204 de ellas (27%) se comprobó la existencia de correlación con el estudio anatomopatológico, mientras que en las 550 restantes (73%) no pudo establecerse correspondencia con el resultado histológico.
<b>Conclusiones:</b>	La nomenclatura empleada hasta el momento no nos resulta de utilidad para un diagnóstico más exacto de la patología cervical, por lo que pretendemos adoptar la revisión Nomenclatura Colposcópica propuesta en Barcelona en el año 2002 y que fue aceptada en los Documentos de Consenso de la SEGO publicados en el año 2006, como herramienta que nos permita mejorar el abordaje y seguimiento de esta patología, nos sirva de base de denominación común y entendimiento entre los profesionales dedicados al tracto genital inferior y por último que nos ayude con un lenguaje universal en el desarrollo de nuestras actividades de investigación. A corto plazo pretendemos llevar a cabo un estudio comparativo de carácter prospectivo comparando la nueva nomenclatura y la correlación colpo-anatomopatológica en un grupo de mujeres de las mismas características.

CO3-1

**COMUNICACIÓN SELECCIONADA PARA PRESENTACION ORAL**

<b>Título:</b>	<b>DETECCIÓN DEL ADN DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH) DENTRO DEL CRIBADO DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN ATENCIÓN PRIMARIA EN CATALUÑA</b>
<b>Autor-es:</b>	R. Ibañez <sup>1</sup> , S. De Sanjosé <sup>1</sup> , M. Peris <sup>1</sup> en nombre del grupo Cat-Cérvix*.
<b>Centro de trabajo:</b>	<sup>1</sup> Institut Català d'Oncologia. Barcelona (España). * Todas las instituciones implicadas en la implantación del Protocolo de cribado de Cáncer Cervical en Cataluña.
<b>Ciudad:</b>	Barcelona
<b>E-mail:</b>	<a href="mailto:raquelip@iconcologia.net">raquelip@iconcologia.net</a>
<b>Objetivo:</b>	En junio del año 2006, el Departament de Salut de Catalunya aprobó el nuevo protocolo para la prevención de cáncer de cuello uterino en atención primaria, con objetivo de actualizar las actividades preventivas, mejorar el manejo de lesiones y aumentar la cobertura en Cataluña. Como prueba diagnóstica de cribado se mantiene la citología con una periodicidad trienal y se introduce la prueba de detección del ADN del VPH bajo determinadas circunstancias específicas. Uno de los objetivos específicos del protocolo es aportar la información generada sobre la prevalencia del VPH en situaciones de cribado inadecuado (CI), ASC-US, AGUS y control post-tratamiento quirúrgico de lesiones (CPT) durante los 12 primeros meses de implantación del nuevo protocolo de cribado.
<b>Material y Método:</b>	La población diana son todas las mujeres de 25-65 años. Los datos son analizados centralmente en el Instituto Catalán de Oncología, a partir de un registro individualizado donde se identifican los motivos por los que se realiza la prueba de VPH. La determinación del virus se lleva a cabo utilizando la Captura de Híbridos (HC2) con sonda de alto riesgo como método de detección. El protocolo fue explicado, mediante sesiones informativas, a todo el personal sanitario implicado.
<b>Resultados:</b>	Se han originado un total de 7.583 determinaciones, de las que un 57,3% seguían estrictamente las recomendaciones establecidas. De estas, un 5,7% de CI, 43,2% de ASC-US, 44,4% de AGUS y 19,5% de CPT resultaron VPH positivas.
<b>Conclusiones:</b>	La implantación del nuevo protocolo de cribado esta siendo satisfactoria y la monitorización mejora considerablemente su funcionamiento. No obstante, se detectan errores frecuentes en la aplicación de la determinación del VPH y actualmente se esta trabajando con las instituciones y profesionales implicados para mejorar estos resultados. La determinación de VPH debería facilitar un mejor seguimiento de lesiones y proveer, junto con la citología, un valor predictivo negativo cercano al 100%.

CO3-2

**COMUNICACIÓN SELECCIONADA PARA PRESENTACION ORAL**

<b>Título:</b>	<b>PREVALENCIA DE LOS GENOTIPOS DEL VPH EN LESIONES INTRAEPITELIALES ESCAMOSAS EN EL ÁREA SANITARIA III DE ASTURIAS</b>
<b>Autor-es:</b>	<u>Cristina Pérez Menéndez</u> <sup>1</sup> , Julio Velasco Alonso <sup>2</sup> , Adonina Tardón García <sup>3</sup> , Concepción Solares Gonzalez <sup>4</sup> .
<b>Centro de trabajo:</b>	1-Unidad de Epidemiología Molecular del Cáncer. Instituto Universitario de Oncología del Principado de Asturias (IUOPA)-Hospital San Agustín, Avilés. 2-Servicio de Anatomía Patológica, Hospital San Agustín, Avilés, 3- Unidad de Epidemiología Molecular del Cáncer. Instituto Universitario de Oncología del Principado de Asturias (IUOPA). 4-Servicio de Ginecología, Hospital San Agustín, Avilés.
<b>Ciudad:</b>	Avilés (Asturias)
<b>E-mail:</b>	<a href="mailto:crisperez81@hotmail.com">crisperez81@hotmail.com</a>
<b>Objetivo:</b>	Determinar la prevalencia de los genotipos de VPH en las lesiones intraepiteliales escamosas para poder así contribuir a elaborar una estrategia de vacunación a la población asturiana.
<b>Material y Método:</b>	Determinación de los genotipos de VPH en todas las muestras cérvico-vaginales con resultados anormales, durante el año 2006. En este año se han registrado 143 biopsias de tejido cervical, procedentes del Servicio de Ginecología. Las lesiones intraepiteliales se han clasificado con el sistema CIN. La detección y el tipado de VPH de todos los casos de CIN, se ha realizado por PCR con los métodos VPH clinical Arrays <sup>®</sup> de Genómica y Linear Array VPH Genotyping test <sup>®</sup> de Roche Diagnostics.
<b>Resultados:</b>	La frecuencia de detección de ADN de VPH en todas las categorías de CIN (CIN1, CIN2 y CIN3) ha sido de 94,7%, no encontrándose ADN de VPH en 2 (5.3%) casos de CIN (un CIN1 y otro CIN3). El tipo más prevalente en todas las categorías de CIN es el VPH 16 apareciendo en un 38,9% de los casos, seguido del VPH 73 (9,3%), VPH 56 y 58 (5,6% cada uno), los VPH 11, 33, 35, 42, 53, 61 y 66 (3,7% cada uno) y los VPH 6, 31, 39, 45, 51, 54, 59, CP6108 (1,8% cada uno). Se observa una mayor heterogeneidad en los genotipos aislados en CIN1-2, que en CIN3. Así el VPH 16 se aísla en un 19,2%, 46,1% y 66,7% de los casos de CIN1, CIN2 y CIN3 respectivamente.
<b>Conclusiones:</b>	El VPH 16 fue el tipo más común en todas las categorías CIN, por lo que la introducción de la vacuna en nuestra población prevendría un alto número de casos de CIN. Sin embargo, estas patologías son muy heterogéneas en cuanto a los tipos virales que los producen, especialmente los CIN 1-2. Estos datos refuerzan el papel de la prevención secundaria en la época de la vacuna anti-VPH. La frecuencia de detección de VPH 16 aumenta proporcionalmente al incremento del grado de CIN. La frecuencia de infecciones múltiples disminuye proporcionalmente al incremento del grado de CIN.

CO3-3

<b>Título:</b>	<b>CORRELACIÓN ENTRE GENOTIPOS DE VARONES CON INFECCIÓN GENITAL POR VPH Y COMPAÑERAS SEXUALES PORTADORAS DE NEOPLASIA CERVICAL INTRAEPITELIAL</b>
<b>Autor-es:</b>	J Deza Moldes <sup>a</sup> , M Torrents Muns <sup>b</sup> , ML Junquera Llana <sup>c</sup> , E Menéndez Robledo <sup>b</sup> , A Tamargo Suárez <sup>b</sup> , M Oña Navarro <sup>d</sup> , S Melón García <sup>d</sup> , A Martín González <sup>d</sup> .
<b>Centro de trabajo:</b>	<sup>a</sup> Hospital do Meixoeiro (Vigo). <sup>b</sup> Centro de Orientación y Planificación Familiar (Oviedo). <sup>c</sup> Hospital Monte Naranco (Oviedo). <sup>d</sup> Hospital Universitario Central de Asturias (Oviedo).
<b>Ciudad:</b>	Vigo y Oviedo
<b>E-mail:</b>	<a href="mailto:jaimedz@mixmail.com">jaimedz@mixmail.com</a>
<b>Objetivo:</b>	Estudiar el grado de correlación entre genotipos de VPH en parejas heterosexuales. Los varones heterosexuales presentan una escasa incidencia de neoplasias malignas por VPH, pero su papel como vector de transmisión a la población femenina plantea su inclusión dentro de las campañas de vacunación. Sin embargo, las recomendaciones de la mayoría de los programas de vacunación excluyen a los varones.
<b>Material y Método:</b>	Estudio retrospectivo a partir de una muestra de 55 parejas heterosexuales del área metropolitana de Oviedo. Los varones han sido sometidos a penescopia y sus parejas femeninas a colposcopia con toma de biopsias. En ambos casos se han tomado muestras de las zonas sospechosas de infección para detección y tipado de VPH. Se ha estudiado el porcentaje de infección por VPH en ambos sexos y la correlación de genotipos oncogénicos entre ambos miembros de la pareja.
<b>Resultados:</b>	De los 55 varones, 36 presentan penescopia positiva (65,4%) de los cuales, 19 (34,5%) son VPH+. En sus parejas femeninas, la biopsia de cérvix es positiva en 46 casos (83,6%), con test de VPH+ en 52 casos (94,5%). El estudio de concordancia entre los genotipos oncogénicos muestra que 8 parejas presentan el mismo tipo de VPH (14,5% del total). El 42% de los varones VPH+ presentan al menos un onco-tipo similar al de su pareja femenina pero solo el 15,4% de las 52 mujeres VPH+ comparten algún onco-tipo con su pareja. El número de parejas con genotipos discordantes es de 6 (10,9% del total). (31,5% de los varones y 11,5% de las mujeres VPH+). Se observa que no existen grandes diferencias entre el porcentaje de mujeres con onco-tipos concordantes y discordantes de los de su pareja.
<b>Conclusiones:</b>	Se observa una baja correlación entre onco-tipos de VPH en parejas heterosexuales, sin diferencias significativas respecto al número de parejas con genotipos discordantes. Se cuestiona la rentabilidad de hacer determinaciones de VPH en las parejas de mujeres afectas de lesiones pre-neoplásicas de cérvix. El notable incremento de coste en las campañas de vacunación frente VPH al incluir a la población masculina no justifica su aplicación.

CO3-4

<b>Título:</b>	<b>EVOLUCIÓN CLÍNICA Y VIROLÓGICA DEL VPH DE ALTO RIESGO</b>
<b>Autor-es:</b>	<u>Torres García LM</u> ; Presa Lorite JC; Gómez Sánchez; De la Torre Bulnes M; Aguilar Romero MT.
<b>Centro de trabajo:</b>	Hospital Universitario Virgen de las Nieves.
<b>Ciudad:</b>	Granada
<b>E-mail:</b>	<a href="mailto:Imtoresg5@hotmail.com">Imtoresg5@hotmail.com</a>
<b>Objetivo:</b>	Conocer la duración de la infección por VPH-AR y si esta varía en función del tratamiento o del grado de la lesión ocasionada. Dado que la persistencia del VPH es el factor de riesgo más importante para que se inicien en el epitelio los cambios implícitos en la transformación maligna.
<b>Material y Método:</b>	Se realizó un estudio sobre 47 casos, todos con tipaje VPH-AR. Se recogieron las variables de tratamiento, biopsias, fecha de negativización del VPH-AR y resultado de curación. Se realizaron dos sub-clasificaciones: una dividía los casos en función del tratamiento recibido (conización vs médico-expectante); la segunda distinguía el grado de lesión ocasionado HSIL vs LSIL. Se aplicó un análisis estadístico con Chi-cuadrado.
<b>Resultados:</b>	El análisis de la duración media del VPH-AR en función del tratamiento no mostró diferencias estadísticamente significativas ( $p > 0.05$ ) entre el grupo tratado con conización y el grupo con seguimiento médico expectante. Igualmente, tampoco se hallaron diferencias estadísticamente significativas ( $p > 0.05$ ) entre lesiones HSIL y lesiones LSIL.
<b>Conclusiones:</b>	En el grupo estudiado encontramos una duración media de la infección por VPH-AR entre 12-18 meses. No se han observado diferencias significativas en función del tratamiento aplicado o del grado de lesión ocasionado.

CO3-5

<b>Título:</b>	<b>REPERCUSIÓN DE LA INFECCIÓN VPH EN EL CRIBADO DE PAPANICOLAOU</b>
<b>Autor-es:</b>	*Elisa Hidalgo, **Maria Luz Lamelas, ***Luis Ovidio González.
<b>Centro de trabajo:</b>	*Microbiología ** Ginecología *** Anatomía Patológica Fundación Hospital de Jove.
<b>Ciudad:</b>	Gijón
<b>E-mail:</b>	<a href="mailto:ELHIPE@terra.es">ELHIPE@terra.es</a>
<b>Objetivo:</b>	Conocer la repercusión de la infección por VPH en la tasa de resultados citológicos anormales y valorar la posible carga de trabajo del cribado con test de VPH.
<b>Material y Método:</b>	Estudio descriptivo de 3 años (2004 a 2006) de cribado citológico en un Hospital de distrito que atiende una población de 100.000 habitantes. Existía disponibilidad de test de VPH desde 2002, aunque en el periodo descrito no estaba protocolizado, por lo que hay una gran variabilidad en su petición.
<b>Resultados:</b>	Se realizaron 16.621 citologías, de las que 663 (3,9%) fueron anormales: respecto al total, 387 ASCUS (2,3%), 257 CIN1 (1,5%), 12 CIN2-3 (1,8%) y 7 adenocarcinomas (0,04%). De las 7 pacientes con adenocarcinoma, 4 tenían edad superior a 70 años. Se solicitaron 98 VPH, de los que 62 fueron positivos: 15 de 33 ASCUS, 41 de 58 CIN1, y 6 de 6 CIN2-3. Los genotipos más frecuentes fueron 16, 58 y 31.
<b>Conclusiones:</b>	La repercusión de la infección por VPH en la tasa de anormalidad citológica en nuestro medio es baja, por lo que la carga de trabajo del cribado de Papanicolaou es muy elevada para detectar menos de un 4% de mujeres susceptibles de seguimiento más frecuente y/o intervención. Por otro lado, el cribado no sirve para detectar más de la mitad de las mujeres con adenocarcinoma, porque son mayores de 70 años y quedan fuera del programa. En nuestro hospital, los diagnósticos de ASCUS son superiores a los de otros laboratorios de citología españoles, y supondrían una importante carga de trabajo para el cribado con test VPH.

CO3-6

<b>Título:</b>	<b>DETERMINACION DEL VPH EN CITOLOGIAS ASC-US. PATOLOGIA INTRAEPITELIAL ASOCIADA</b>
<b>Autor-es:</b>	M García Barrios, J Albareda, N Climent, M Herrera, A Rabanal, A López Salva.
<b>Centro de trabajo:</b>	Servicio de Ginecología y Obstetricia. Fundación Hospital Alcorcón.
<b>Ciudad:</b>	Madrid
<b>E-mail:</b>	<a href="mailto:mogarcia@fhacorcon.es">mogarcia@fhacorcon.es</a>
<b>Objetivo:</b>	Determinar qué proporción de citologías ASC-US tienen VPH positivo y su correlación histopatológica. También estudiar los genotipos mas frecuentes en estas citologías.
<b>Material y Método:</b>	Estudio descriptivo retrospectivo de las 175 citologías ASC-US en las que se determino VPH en la Consulta de TGI de nuestro centro, periodo comprendido entre junio/04 y mayo 2007. Las técnicas utilizadas para esta determinación fueron inicialmente CH2 de Digene y posteriormente utilizamos la Línea Array VPH (Genotyping Test). Las variables estudiadas son histopatología asociada, resultados de colposcopia, genotipos más frecuentes, tiempo de aclaramiento viral y factores epidemiológicos.
<b>Resultados:</b>	El 55.7% de las pacientes con ASC-US presentaron VPH positivo correspondiendo en 47.7% a VPH de Alto Riesgo Oncogénico. Las infecciones mixtas (52.4%) predominaron ligeramente sobre las infecciones por un solo genotipo. El genotipo de alto riesgo oncogénico detectado con más frecuencia fue el 16 (50%), seguido respectivamente por orden de frecuencia por los genotipos 18, 33 y 58. En las colposcopias realizadas se visualizaron imágenes compatibles con lesiones menores en un 36% de los casos y un 6.9 % de lesiones colposcópicas mayores. Revisando la correlación histopatológica el 41% presentaba patología asociadas en la biopsia colposcópica destacando L-SIL en 21% y H-SIL 17.5%. Ninguna paciente con VPH negativo presento lesión histología asociada. El tratamiento mas frecuente realizado fue la conducta expectante con un tiempo medio de aclaramiento viral de 14 meses. La edad media de las pacientes fue de 31 años (16-67).Características sociológicas de la muestra: un 31.5% presentaron edad inicio de relaciones sexuales menor de 18 años. Media numero de parejas sexuales 3 (1-28). El 48.3 % de las pacientes tenían más de 1 gestación. El 47.8% eran fumadoras (21.1% mas de 20 cigarrillos/día).
<b>Conclusiones:</b>	El 47.8% de las citologías ASC-US son VHP alto riesgo oncogénico positivo (cifra muy similar a la mostrada en el estudio ALTS) En nuestro medio el VPH16 es el genotipo mas frecuente en mujeres con citologías ASC-US (50%). En pacientes con citologías ASC-US el 41% presenta patología en las biopsias colposcópicas destacando por frecuencia L-SIL (21%) y H-SIL (17%).

CO3-7

<b>Título:</b>	<b>PREVALENCIA DE LOS DISTINTOS TIPOS DEL VIRUS DE PAPILOMA HUMANO (VPH) EN MUJERES CON RESULTADO CITOLÓGICO DE CÉLULAS ESCAMOSAS ATÍPICAS (ASCUS)</b>
<b>Autor-es:</b>	<u>J García</u> , O Alejos, C Vanrell, M Quílez, E Lerma, J Calaf.
<b>Centro de trabajo:</b>	Hospital de la Santa Creu i Sant Pau
<b>Ciudad:</b>	Barcelona
<b>E-mail:</b>	<a href="mailto:cvanrell@santpau.es">cvanrell@santpau.es</a>
<b>Objetivo:</b>	Analizar la prevalencia de los distintos tipos de VPH en mujeres con citología de ASCUS, en la población de un ambulatorio de la ciudad de Barcelona.
<b>Material y Método:</b>	Se incluyeron todas aquellas pacientes controladas en un Centro de Atención Primaria de la ciudad de Barcelona (CAP Maragall) desde Julio 2005 hasta Junio 2007 en cuya citología de cribado se detectó un ASCUS. En todas ellas se realizó determinación de VPH, mediante técnica de PCR (Genomica®, Madrid), con la consiguiente determinación de los genotipos de alto y bajo riesgo.
<b>Resultados:</b>	Se detectaron un total de 208 casos de ASCUS, de los cuales 111 fueron positivos para VPH (53%) El VPH detectado con mayor frecuencia fue el tipo 16 (24% de los VPH positivos), seguidos del 53 y 51 con 22% y 11% respectivamente. Los genotipos 18, 33 y 31 se hallaron en un 7% de los casos. La distribución por grupos de edad no mostró diferencias en cuanto a la frecuencia de los diferentes tipos de VPH, siendo el 16 siempre el más frecuente. Se evidenció una mayor prevalencia de genotipos de bajo riesgo en el grupo de menor edad. En el 38,7% de las mujeres VPH positivas se detectó infección por varios genotipos. Tanto en los casos de infección por un único tipo de VPH como en las que presentaban varios tipos virales, el VPH 16 fue el mas frecuente, seguido del VPH 53.
<b>Conclusiones:</b>	La prevalencia de los distintos tipos de VPH fue similar a la mostrada en los estudios poblacionales publicados: con un predominio claro del VPH 16 en todos los rangos de edad e independientemente de que se tratase de una infección única o por varios tipos de VPH.

CO3-8

<b>Título:</b>	<b>VALOR DE LA DETERMINACIÓN DEL VPH A LOS 3 MESES POS-CONIZACIÓN</b>
<b>Autor-es:</b>	Ainhoa Salegi Arregi
<b>Centro de trabajo:</b>	Hospital Donostia
<b>Ciudad:</b>	San Sebastián
<b>E-mail:</b>	<a href="mailto:asalegia@sego.es">asalegia@sego.es</a>
<b>Objetivo:</b>	Valorar el valor predictivo negativo de la determinación del VPH a los 3 meses de la conización.
<b>Material y Método:</b>	Detección del VPH en 208 conizaciones realizadas entre Enero 2003 Diciembre 2006.
<b>Resultados:</b>	La determinación del VPH en el primer control muestra un valor predictivo negativo del 97,96% (IC 95% 95,33-100), mientras que el valor predictivo positivo de la prueba es del 47,92% (IC 95% = 32,74-63,09). La sensibilidad de la prueba es del 88,46% (IC 95% = 74,26-100) y la especificidad del 85,21% (IC 95% = 79,56-90,86)
<b>Conclusiones:</b>	La negativización del VPH a los 3 meses de la conización puede reducir el número de controles citológicos.

CO3-9

<b>Título:</b>	<b>PAPILOMA ESCAMOSO CON CAMBIOS DE INDUCCIÓN VIRAL EN PEZÓN</b>
<b>Autor-es:</b>	B Rivero, A Salegi, M. Navarro, A Elvira y JR Cortaberría
<b>Centro de trabajo:</b>	Departamento de Obstetricia y Ginecología. Hospital Donostia.
<b>Ciudad:</b>	San Sebastián.
<b>E-mail:</b>	<a href="mailto:brivero@chdo.osakidetza.net">brivero@chdo.osakidetza.net</a>
<b>Objetivo:</b>	Presentar un caso clínico.
<b>Material y Método:</b>	Mujer de 40 años HIV positiva con CIN3 en la conización y en la pieza de histerectomía, con condilomas vulvares y vaginales y una lesión con las características típicas de un condiloma acuminado en el pezón derecho.
<b>Resultados:</b>	El diagnóstico histológico tras su extirpación es de papiloma escamoso, con cambios de tipo viral, en pezón.
<b>Conclusiones:</b>	El papiloma vírico es infrecuente en esta localización.

CO3-10

<b>Título:</b>	<b>DISTRIBUCIÓN DE LOS TIPOS DE VPH. ESTUDIO OBSERVACIONAL EN MUJERES CON Y SIN PATOLOGÍA CERVICAL EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA</b>
<b>Autor-es:</b>	<u>Virginia Roy</u> , M <sup>a</sup> Pilar Andrés, Jose Manuel Ramón y Cajal, Jesús Vera, Miguel Marigil, Juan Pablo Royo.
<b>Centro de trabajo:</b>	Hospital San Jorge.
<b>Ciudad:</b>	Huesca.
<b>E-mail:</b>	<a href="mailto:pandres78@hotmail.com">pandres78@hotmail.com</a>
<b>Objetivo:</b>	Conocer los datos demográficos sobre distribución de los tipos de papiloma humano, esencial para la evaluación de los programas de cribado cervical
<b>Material y Método:</b>	Estudio retrospectivo descriptivo realizado en el Hospital San Jorge de Huesca. Revisamos las detecciones de VPH desde febrero de 2005 hasta junio de 2007 y su distribución en mujeres con y sin patología neoplásica cervical
<b>Resultados:</b>	Se han realizado 1.451 determinaciones de VPH, siendo positivas el 15,7% para virus de alto riesgo oncogénico (AR) y/o de bajo riesgo oncogénico (BR). Hasta diciembre de 2006 la detección de VPH se realizaba mediante Captura Híbrida, por lo que podemos indicar que de las 228 mujeres infectadas el 16,2% son portadoras de virus tanto de alto como de bajo riesgo, el 12,3% sólo de BR y el 71,5% de éstas lo son para AR. Se realiza la Reacción en Cadena de la Polimerasa (PCR) en 86 casos de donde podemos afirmar que el VHP 16 es el más frecuente (39,5%), seguido del 51 (27,9%), el 31 (23,3%) y los genotipos 53 y 58 con un 17,4%. Se realiza descripción de la incidencia de todos los genotipos investigados.
<b>Conclusiones:</b>	El genotipo 16 es el más prevalente en nuestra área sanitaria pero existen peculiaridades, según el área geográfica, que deben ser estudiadas.

CO4-1

<b>Título:</b>	<b>BIOPSIA ESCISIONAL CON AGUJA DE DIATERMIA: EVALUACIÓN DE LA PRECISIÓN DE LA CONIZACIÓN EN LAS LESIONES INTRAEPITELIALES DE ALTO GRADO (HSIL)</b>
<b>Autor-es:</b>	<u>Cristina Vanrell</u> , Manuel Quilez, Alberto Gallardo*, Miriam Cuatrecases*, Enrique Lerma*, Joaquim Calaf.
<b>Centro de trabajo:</b>	Hospital de la Santa Creu i Sant Pau..
<b>Ciudad:</b>	Barcelona
<b>E-mail:</b>	<a href="mailto:cvanrell@santpau.es">cvanrell@santpau.es</a>
<b>Objetivo:</b>	Analizar si el tamaño del cono obtenido mediante NETZ ( <i>needle excision of transformation zone</i> ) puede adaptarse en cada paciente para minimizar las posibles futuras complicaciones durante la gestación, sin aumentar el riesgo de recidivas.
<b>Material y Método:</b>	Se revisaron 31 conizaciones realizadas mediante NETZ que habían sido diagnosticadas de HSIL por citología y/o biopsia pre-tratamiento. Se repasaron los datos sobre su área y profundidad, así como la positividad de los márgenes tanto endo como ectocervical. Estos valores se relacionaron con la edad de las pacientes y el diagnóstico anatomopatológico pos-quirúrgico.
<b>Resultados:</b>	De las 31 conizaciones por HSIL, 12 pacientes no habían finalizado su deseo gestacional (edades comprendidas entre 20 y 33 años) y la altura media de los conos (13 mm) fue significativamente inferior al del resto de pacientes. En el grupo de mayor edad (entre 38 y 74 años) se detectaron un número superior de casos de márgenes positivos (26%), y de diagnósticos pos-quirúrgicos de CIN3 (58%).
<b>Conclusiones:</b>	Las pacientes de mayor edad presentan más displasias de alto grado que a su vez cursan con mayor número de márgenes positivos y por lo tanto de riesgo de recidivas. Por ello en estas pacientes la profundidad del cono debe ser superior. Las pacientes más jóvenes acostumbran a presentar lesiones de menor grado y menor número de márgenes positivos. Dado que en este grupo de pacientes la morbilidad que comporta la técnica de conización en posibles gestaciones posteriores no debe infravalorarse, los conos deben abarcar toda la Zona de Transformación pero ser menos profundos. La conización mediante NETZ es una técnica ambulatoria que permite moldear con mayor precisión el cono (área y profundidad) en función de la edad de la paciente, el grado de displasia pre-tratamiento y el tamaño de la zona de transformación. Esta actuación permitiría reducir al mínimo la posible morbilidad que la técnica conlleva en gestaciones posteriores, sin reducir la eficacia del tratamiento.

CO4-2

<b>Título:</b>	<b>VALORACIÓN DEL DOLOR EN LAS CONIZACIONES CON ASA DIATÉRMICA REALIZADAS CON ANESTESIA INTRACERVICAL</b>														
<b>Autor-es:</b>	M Navarro López, A Salegi Arregi, A Elvira Urdampilleta, L. Ibañez Garicano, B Rivero de Torrejón.														
<b>Centro de trabajo:</b>	Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Donostia.														
<b>Ciudad:</b>	San Sebastián														
<b>E-mail:</b>	<a href="mailto:asalarr@alumni.unav.es">asalarr@alumni.unav.es</a>														
<b>Objetivo:</b>	Valorar el dolor en las conizaciones con asa diatérmica realizadas con anestesia intracervical utilizando jeringa y aguja de dentista.														
<b>Material y Método:</b>	De Septiembre 2006 a Julio 2007 se han realizado 35 conizaciones con asa diatérmica usando anestesia intracervical. El asa diatérmica es de 1,5 – 2 cm de ancho y 1,5 - 2 cm de profundidad. Previa a la conización se inyecta anestesia intracervical en 4 puntos con jeringa y aguja de dentista (UNIJECT K, jeringa para ampollas cilíndricas con dispositivo de aspiración). Como anestésico utilizamos Articaína 40 mg asociado con Adrenalina 0,005 mg (ULTRACAIN). Posteriormente a la intervención la paciente valora el dolor con una escala analógica - visual.														
<b>Resultados:</b>	De las 35 conizaciones realizadas, 31 pacientes (88,7%) dieron una puntuación de 0 -3 en la escala analógico-visual y 4 (11,4%) una puntuación de 3 - 6. Ninguna mujer valoró el dolor por encima de 6.  <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Escala analógico-visual</th> <th colspan="2">Pacientes</th> </tr> <tr> <th>n.</th> <th>%</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0 - 3</td> <td>31</td> <td>88,7</td> </tr> <tr> <td>3 - 6</td> <td>4</td> <td>11,4</td> </tr> <tr> <td>&gt; 6</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>	Escala analógico-visual	Pacientes		n.	%	0 - 3	31	88,7	3 - 6	4	11,4	> 6	0	0
Escala analógico-visual	Pacientes														
	n.	%													
0 - 3	31	88,7													
3 - 6	4	11,4													
> 6	0	0													
<b>Conclusiones:</b>	La realización de las conizaciones con asa diatérmica utilizando anestesia intracervical es una opción muy bien tolerada por la paciente. Esto supone una importante disminución de la morbilidad, al evitar la anestesia general y una clara disminución de los costes.														

CO4-3

<b>Título:</b>	<b>ANÁLISIS DE LAS CONIZACIONES REALIZADAS EN EL ÁREA SANITARIA VIRGEN DEL ROCÍO CORRESPONDIENTE AL SEGUNDO AÑO DE IMPLANTACIÓN DEL PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO CÁNCER DE CÉRVIX</b>
<b>Autor-es:</b>	Alicia Barranco Justicia, <u>Lutgardo García Díaz</u> , Aranzazu Maraví San Martín, Margarita Blanco Campos, José Antonio Vargas Lazcano, Rafael Torrejón Cardoso.
<b>Centro de trabajo:</b>	Hospital de la Mujer. HH.UU. Virgen del Rocío.
<b>Ciudad:</b>	Sevilla
<b>E-mail:</b>	<a href="mailto:alibarjus@yahoo.es">alibarjus@yahoo.es</a>
<b>Objetivo:</b>	Evaluar los datos correspondientes a las conizaciones con asa de diatermia realizadas durante el segundo año de implantación del Proceso Asistencial Integrado Cáncer de Cérvix basado en el modelo desarrollado por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.
<b>Material y Método:</b>	Límite temporal: Abril 2006 a Marzo 2007. Tamaño muestral: 100 conizaciones con asa de diatermia. Análisis de la correlación entre los resultados citológicos e histológicos definitivos de las conizaciones realizadas. Análisis de la distribución por edades y comparación con los datos del año anterior.
<b>Resultados:</b>	Edad media 37,4 años, (17-72 años) con 12% < 25 años. No ha disminuido la edad media respecto al año anterior (37,1 años), pero se observa un incremento del % de pacientes más jóvenes (del 8% al 12 % actual). En 96% se indicó la conización por un especialista en ginecología oncológica y tras citología más colposcopia- biopsia. En 2 casos la indicación surge de los controles positivos por biopsia tras una conización previa y en los 2 restantes tras la realización de un legrado biopsia. En 72 casos el diagnóstico previo a la conización fue de displasia de alto grado, en un 27% de carcinoma in situ. En 1 caso fue de microinvasión y en otro displasia glandular endocervical. Resultados histológicos 46 carcinoma in situ, 6 carcinoma invasor, 2 adenocarcinoma endocervical, 32 CIN2, 7 CIN1. No se halló displasia en 6 y en 1 caso la muestra resultó inadecuada. En 14 casos no existe correlación entre los estudios previos (citología y colposcopia-biopsia) y el diagnóstico histológico definitivo del cono. En 9 ocasiones no se halló displasia o fue de bajo grado, en otras 5 los estudios previos subestimaron la lesión, hallando displasias de alto grado o carcinoma in situ donde los estudios previos no.
<b>Conclusiones:</b>	Se ha producido un descenso relativo de las conizaciones con asa de diatermia en nuestro área sanitaria en el periodo comprendido entre Abril 2006 a Marzo 2007 (del 14 al 10%) y de las segundas conizaciones del 6,4 al 1%. Será necesario evaluar esta tendencia en ejercicios posteriores. A pesar de un porcentaje de correlación anatomopatológica pre/post conización ligeramente inferior al estándar (86% frente al 90% previsto en proceso asistencial cáncer de cérvix) sólo en 5% se subestimó la lesión previo a la intervención.

CO4-4

<b>Título:</b>	<b>ANÁLISIS DE LAS CONIZACIONES CON BORDES QUIRÚRGICOS AFECTOS</b>
<b>Autor-es:</b>	Alicia Barranco Justicia, <u>Lutgardo García Díaz</u> , Cristina López Beltrán, Margarita Blanco Campos, José Antonio Vargas Lazcano, Rafael Torrejón Cardoso.
<b>Centro de trabajo:</b>	Hospital de la mujer. HH.UU. Virgen del Rocío.
<b>Ciudad:</b>	Sevilla
<b>E-mail:</b>	<a href="mailto:alibarjus@yahoo.es">alibarjus@yahoo.es</a>
<b>Objetivo:</b>	Analizar la evolución en el tiempo los casos de bordes afectos tras conización con asa de diatermia.
<b>Material y Método:</b>	Se analiza la evolución a un año de los casos de afectación del borde quirúrgico de las conizaciones realizadas durante el segundo año de implantación del Proceso Asistencial Integrado Cáncer de Cérvix. Desde Abril 2006 a Marzo 2007. Tamaño muestral: 31 casos de piezas con bordes afectos. Análisis de los procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos realizados tras el diagnóstico de afectación de bordes.
<b>Resultados:</b>	Se evidencia en el informe histopatológico de las piezas la afectación de los bordes en 34 casos. Se indicó histerectomía posterior en 9 de ellos (por carcinoma epidermoide invasor en 7, adenocarcinoma en 1, y por no aceptar la paciente una nueva conización en otro). Se optó por seguir controles en 25 casos (73,5%) En los controles posteriores efectuados a estas 25 pacientes en el año siguiente a la conización no se observaron signos de displasia grave residual en 22 ocasiones (88%). En dos ocasiones tras el control a los tres meses, con resultado de HSIL por biopsia-colposcopia, se indicó una nueva conización, realizándose en un caso, ya que en el otro la paciente solicitó una histerectomía total. Carecemos de datos de control en nuestra institución en el caso restante (2,9% de pérdidas).
<b>Conclusiones:</b>	A pesar del diagnóstico inicial de afectación de los bordes quirúrgicos tras conización con asa de diatermia en 34 casos, un análisis detallado objetiva que sólo se evidenció displasia grave residual en dos (12%) de los 25 casos no tributarios de histerectomía posterior a la conización.

CO4-5

<b>Título:</b>	<b>ANÁLISIS DE LAS HISTERECTOMÍAS REALIZADAS EN EL ÁREA SANITARIA VIRGEN DEL ROCÍO CORRESPONDIENTE AL SEGUNDO AÑO DE IMPLANTACIÓN DEL PROCESO ASISTENCIAL INEGRADO CÁNCER DE CÉRVIX</b>
<b>Autor-es:</b>	Alicia Barranco Justicia, <u>Lutgardo García Díaz</u> , Ana María Muñoz Barrera, Adolfo López Gómez, José Antonio Vargas Lazcano, Rafael Torrejón Cardoso.
<b>Centro de trabajo:</b>	Hospital de la Mujer. HH.UU. Virgen del Rocío.
<b>Ciudad:</b>	Sevilla
<b>E-mail:</b>	<a href="mailto:alibarjus@yahoo.es">alibarjus@yahoo.es</a>
<b>Objetivo:</b>	Evaluar los datos correspondientes a las histerectomías correspondientes al segundo año de implantación del Proceso Asistencial Integrado Cáncer de Cérvix en el área sanitaria HH.UU. Virgen del Rocío, basado en el modelo desarrollado por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.
<b>Material y Método:</b>	Límite temporal: Abril 2006 a Marzo 2007. Tamaño muestral : 23 histerectomías realizadas Diferenciación según la técnica. Análisis de la correlación pre y pos-quirúrgica. Análisis de la distribución por edades.
<b>Resultados:</b>	La edad media de las pacientes fue de 49,9 años (35-74años). La indicación fue en 17 casos por carcinoma epidermoide (73,4%), microinvasor en 4, e invasor en los 13 restantes. En otros 4 casos adenocarcinoma de cérvix y en los dos restantes tras citologías con diagnóstico de HSIL repetido, y tras biopsia que no descarta que la lesión alcance la membrana basal en un caso y en otro con el antecedente de VIN 3 y biopsia CIN2 en una paciente de 63 años. Se optó por histerectomía abdominal radical tipo Wertheim-Meigs en 8 casos (34,8%), en 2 conservando ovarios. Histerectomía con doble anexectomía en 13 casos, (en 4 se planteó como histerectomía de rescate ya que el diagnóstico de carcinoma epidermoide invasor no permitía un abordaje radical de inicio). Histerectomía total simple en 2 casos. Dos postoperatorios resultaron complicados. Uno por hematoma abdominal y fiebre, y otro por dehiscencia de la cicatriz laparotómica. El estudio anatomopatológico definitivo de las piezas quirúrgicas diagnosticó carcinoma epidermoide invasor en 12 (52,2%), y adenocarcinoma de cérvix in situ en 3 (13,1%). Hubo buena correlación pre-post histerectomía en 22 de los 23 casos (95,6%).
<b>Conclusiones:</b>	Se ha producido un descenso en el número total de histerectomías incluidas en el proceso asistencial Cáncer de Cérvix respecto al ejercicio anterior (de 37 a 23), tendencia que será necesario analizar en años sucesivos. La tasa de correlación pre-post quirúrgica ha mejorado notablemente, superando el estándar propuesto por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía (95,6% frente al 88,9% del primer año)

CO4-6

<b>Título:</b>	<b>PERFIL CITO-COLPO-HISTOLOGICO DE LOS CONOS “BLANCOS”</b>
<b>Autor-es:</b>	Torres García LM, Gómez Sánchez J, de la Torre Bulnes M, Presa Lorite J, Romero Guadix B.
<b>Centro de trabajo:</b>	Hospital Universitario Virgen de las Nieves.
<b>Ciudad:</b>	Granada
<b>E-mail:</b>	<a href="mailto:lmtoresq5@hotmail.com">lmtoresq5@hotmail.com</a>

**Objetivo:** Valorar los factores cito-colpo-histológicos que caracterizan los casos de SIL que después no se confirmarán en la pieza de conización.

**Material y Método:** Revisión del material de LEEP (conizaciones profundas con asa) y LLETZ (exéresis con asa de la zona de transformación) de los últimos 7 años. Se evalúan 461 piezas de conización (42 LLETZ y 419 LEEP), entre las cuales 66 fueron “conos blancos” (conos negativos) y 395 conos positivos para patología intraepitelial. Se comparan en las dos series las variables citología, colposcopia, biopsias exocervicales y legrado endocervical, analizándose las diferencias en tablas de contingencia estadística.

**Resultados:**

<b>Citología</b>	<b>CONOS Negativos</b>	<b>CONOS Positivos</b>	<b>p</b>
Negativa	21	58	
ASC-US; ASC-H, AGUS	7	39	
L-SIL	11	63	
H-SIL	17	105	
Cáncer	1	13	NS
<b>Colposcopia</b>			
Cambios <	36	244	
Cambios >	21	209	
Sospecha invasión	0	13	NS
ZT tipo I	8	24	
ZT tipo II	9	33	
ZT tipo III	14	80	NS
Insatisfactoria.	29	155	
Satisfactoria	37	240	NS
<b>Legrado endocervical</b>			
LSIL	18	136	
HSIL	9	125	
Normal	31	72	< 0.05
<b>Biopsias previas</b>			
exocervicales	73	557	
endocervicales	56	344	
tasa biopsias	1,95	2,28	p= NS

**Conclusiones:** No existe un factor cito-colposcópico claro que prediga la posibilidad de encontrar un cono “blanco” tras el tratamiento escisional de una lesión intraepitelial cervical. Solo la biopsia endocervical parece, en sus connotaciones de mayor benignidad, un factor predictivo de “cono blanco”.

CO4-7

<b>Título:</b>	<b>PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE LOS CONOS “BLANCOS”</b>																																																																								
<b>Autor-es:</b>	Torres García LM, González Paredes A, Gómez Sánchez J, de la Torre Bulnes M, Presa Lorite J.																																																																								
<b>Centro de trabajo:</b>	Hospital Universitario Virgen de las Nieves.																																																																								
<b>Ciudad:</b>	Granada																																																																								
<b>E-mail:</b>	<a href="mailto:lmtoresg5@hotmail.com">lmtoresg5@hotmail.com</a>																																																																								
<b>Objetivo:</b>	Valorar los factores epidemiológicos que pueden caracterizar los casos de SIL que no se confirman en la pieza de conización.																																																																								
<b>Material y Método:</b>	Revisión de los LEEP (conizaciones profundas con asa) y LLETZ (exéresis con asa de la zona de transformación) de los últimos 7 años. Se evalúan 461 piezas de conización (42 LLETZ y 419 LEEP), entre las cuales 66 fueron “conos blancos” (conos negativos) y 395 conos positivos para patología intraepitelial. Se comparan las dos series, en sus variables de Edad, Sexualidad, Estado Civil y Nivel Socio-económico, y se analizan las diferencias en tablas de contingencia estadística.																																																																								
<b>Resultados:</b>	El procedimiento utilizado no tuvo significación estadística para la obtención de un cono “blanco”. <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th><i>Edad</i></th> <th><b>CONOS Negativos</b></th> <th><b>CONOS Positivos</b></th> <th><b>p</b></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>&lt; 35 años</td> <td style="text-align: center;"><b>8</b></td> <td style="text-align: center;"><b>94</b></td> <td></td> </tr> <tr> <td>&gt; 35 años</td> <td style="text-align: center;"><b>58</b></td> <td style="text-align: center;"><b>303</b></td> <td style="text-align: center;"><b>&lt;0.05</b></td> </tr> <tr> <td colspan="4"><b><i>Estado civil</i></b></td> </tr> <tr> <td>Soltera</td> <td style="text-align: center;"><b>17</b></td> <td style="text-align: center;"><b>102</b></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Casada</td> <td style="text-align: center;"><b>39</b></td> <td style="text-align: center;"><b>229</b></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Viuda</td> <td style="text-align: center;"><b>2</b></td> <td style="text-align: center;"><b>13</b></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Separada</td> <td style="text-align: center;"><b>8</b></td> <td style="text-align: center;"><b>47</b></td> <td style="text-align: center;"><b>NS</b></td> </tr> <tr> <td colspan="4"><b><i>Sexualidad</i></b></td> </tr> <tr> <td>Sin relaciones</td> <td style="text-align: center;"><b>6</b></td> <td style="text-align: center;"><b>36</b></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Pareja estable</td> <td style="text-align: center;"><b>53</b></td> <td style="text-align: center;"><b>314</b></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Promiscua</td> <td style="text-align: center;"><b>5</b></td> <td style="text-align: center;"><b>33</b></td> <td style="text-align: center;"><b>NS</b></td> </tr> <tr> <td colspan="4"><b><i>Nivel socio-económico</i></b></td> </tr> <tr> <td>Bajo</td> <td style="text-align: center;"><b>10</b></td> <td style="text-align: center;"><b>129</b></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Medio bajo</td> <td style="text-align: center;"><b>24</b></td> <td style="text-align: center;"><b>82</b></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Medio</td> <td style="text-align: center;"><b>13</b></td> <td style="text-align: center;"><b>98</b></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Medio alto</td> <td style="text-align: center;"><b>12</b></td> <td style="text-align: center;"><b>41</b></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Alto</td> <td style="text-align: center;"><b>3</b></td> <td style="text-align: center;"><b>16</b></td> <td style="text-align: center;"><b>&lt; 0.05</b></td> </tr> </tbody> </table> <p>La edad aparece como factor predictivo importante de cono blanco cuando se asocia a mujeres menores de 35 años. Ni el estado civil, ni la sexualidad de las pacientes mostraron significación estadística. Sin embargo, el nivel socio-económico se mostró significativo en el sentido de mayor frecuencia de conos blancos en mujeres de nivel socioeconómico bajo o medio bajo.</p>	<i>Edad</i>	<b>CONOS Negativos</b>	<b>CONOS Positivos</b>	<b>p</b>	< 35 años	<b>8</b>	<b>94</b>		> 35 años	<b>58</b>	<b>303</b>	<b>&lt;0.05</b>	<b><i>Estado civil</i></b>				Soltera	<b>17</b>	<b>102</b>		Casada	<b>39</b>	<b>229</b>		Viuda	<b>2</b>	<b>13</b>		Separada	<b>8</b>	<b>47</b>	<b>NS</b>	<b><i>Sexualidad</i></b>				Sin relaciones	<b>6</b>	<b>36</b>		Pareja estable	<b>53</b>	<b>314</b>		Promiscua	<b>5</b>	<b>33</b>	<b>NS</b>	<b><i>Nivel socio-económico</i></b>				Bajo	<b>10</b>	<b>129</b>		Medio bajo	<b>24</b>	<b>82</b>		Medio	<b>13</b>	<b>98</b>		Medio alto	<b>12</b>	<b>41</b>		Alto	<b>3</b>	<b>16</b>	<b>&lt; 0.05</b>
<i>Edad</i>	<b>CONOS Negativos</b>	<b>CONOS Positivos</b>	<b>p</b>																																																																						
< 35 años	<b>8</b>	<b>94</b>																																																																							
> 35 años	<b>58</b>	<b>303</b>	<b>&lt;0.05</b>																																																																						
<b><i>Estado civil</i></b>																																																																									
Soltera	<b>17</b>	<b>102</b>																																																																							
Casada	<b>39</b>	<b>229</b>																																																																							
Viuda	<b>2</b>	<b>13</b>																																																																							
Separada	<b>8</b>	<b>47</b>	<b>NS</b>																																																																						
<b><i>Sexualidad</i></b>																																																																									
Sin relaciones	<b>6</b>	<b>36</b>																																																																							
Pareja estable	<b>53</b>	<b>314</b>																																																																							
Promiscua	<b>5</b>	<b>33</b>	<b>NS</b>																																																																						
<b><i>Nivel socio-económico</i></b>																																																																									
Bajo	<b>10</b>	<b>129</b>																																																																							
Medio bajo	<b>24</b>	<b>82</b>																																																																							
Medio	<b>13</b>	<b>98</b>																																																																							
Medio alto	<b>12</b>	<b>41</b>																																																																							
Alto	<b>3</b>	<b>16</b>	<b>&lt; 0.05</b>																																																																						
<b>Conclusiones:</b>	No existe un factor epidemiológico claro que prediga la posibilidad de encontrar un cono “blanco” tras el tratamiento escisional de una lesión cervical intraepitelial, si bien parece ser más proclive en mujeres menores de 35 años y de bajo nivel socioeconómico.																																																																								

CO4-8

<b>Título:</b>	<b>LESION RESIDUAL EN HISTERECTOMÍAS REALIZADAS POR HSIL PERSISTENTE</b>
<b>Autor-es:</b>	<u>Laura Benítez Toledo</u> ; Luz López Ortiz; Mónica Gómez Cortes; J.Claudio Maraño Di Leo.
<b>Centro de trabajo:</b>	Centro de trabajo: Hospital Costa del Sol.
<b>Ciudad:</b>	Marbella
<b>E-mail:</b>	<a href="mailto:ltoledo533@hotmail.com">ltoledo533@hotmail.com</a>
<b>Objetivo:</b>	Determinar la afectación cervical por lesión intraepitelial escamosa de alto grado en piezas de histerectomía en pacientes seguidas por enfermedad persistente.
<b>Material y Método:</b>	Desde enero 2004 hasta septiembre 2007 se han realizado 599 histerectomías, de las cuales 26 se hicieron por HSIL persistente, que corresponden a un 4,3%. 26 mujeres con edades comprendidas entre 31-77 años (media 55 años), con factores de riesgo en común como multiparidad (media 3 partos vaginales) y tabaco, seguidas por persistencia de HSIL en conización y biopsia a las que finalmente se les realiza una histerectomía (53,8% histerectomía vaginal simple). Tres de ellas presentaban infección por VIH. 14 s pacientes fueron sometidas al menos a 2 conizaciones con márgenes endocervicales afectos. Solo 3 presentaban márgenes negativos.
<b>Resultados:</b>	9 de las pacientes presentaban lesión intraepitelial escamosa de alto grado a nivel cervical en el estudio anatomopatológico. 3 de las 26 pacientes presentaban lesión intraepitelial de bajo grado. En 11 casos no existía enfermedad residual. Una paciente presentó un carcinoma infiltrante estadio IIb, con afectación de parametrios, y dos pacientes presentaron carcinoma in situ sin afectación de márgenes quirúrgicos
<b>Conclusiones:</b>	El estudio anatomopatológico de la histerectomía confirma que en el 42,3% no hay presencia HSIL a pesar de la afectación de márgenes de resección en la conización, frente al 34% en el que si existe enfermedad residual.

CO4-9

<b>Título:</b>	<b>CARCINOMA MICROINVASOR DE CÉRVIX: EL MANEJO DE UNA NEOPLASIA DE BUEN PRONÓSTICO</b>
<b>Autor-es:</b>	A Lubrano, <u>A Romero</u> , Y Machado, O Arencibia, N Medina, JM Falcón Santana, O Falcón.
<b>Centro de trabajo:</b>	Unidad de Ginecología Oncológica. Hospital Materno Infantil de Canarias HUMIC.
<b>Ciudad:</b>	Las Palmas de G.C.
<b>E-mail:</b>	<a href="mailto:azahar_canaria@hotmail.com">azahar_canaria@hotmail.com</a>
<b>Objetivo:</b>	Valorar los resultados obtenidos en el manejo del carcinoma microinvasor de cérvix uterino estadio IA1. Este cáncer tiene un comportamiento distintivo que permite una conducta terapéutica más conservadora.
<b>Material y Método:</b>	Se revisaron los carcinomas escamosos microinvasivos de cérvix uterino en estadio IA1, diagnosticados entre Enero 1996 y Diciembre 2005.
<b>Resultados:</b>	Se encontraron 56 casos. La edad media fue 45 años (25 a 67); 22 (39%) tenían una edad $\leq 35$ años. La edad media de inicio de la vida sexual fue 18 años (14 a 28). En 54 casos (96%) se realizó conización cervical. Un caso (2%), asociado a un carcinoma de endometrio, se realizó histerectomía total simple y otro (2%) era imposible de conizar y tras la biopsia se indicó una histerectomía radical. En 22 (39%) pacientes la conización fue el tratamiento definitivo, en 28 (50%) se realizó una histerectomía simple, en 2 (4%) una histerectomía radical tipo Wertheim Meigs y en 1 (2%) se realizó solo radioterapia pos-conización (por contraindicación anestésica). La indicación para la realización de cirugía radical correspondió a pacientes con invasión vascular en la pieza de conización o biopsia. En la linfadenectomía pélvica se obtuvo un promedio de 38 ganglios sin evidencia de neoplasia. Se analizaron factores pronósticos, encontrando 3 casos (5%) con permeación vascular. La afectación de márgenes del cono ocurrió en 27 (50%), en 6 (11%) no eran valorables y en 21 (39%) estaban libres de lesión. De los casos con márgenes positivos, en 4 se mantuvo actitud expectante y en 22 se realizó histerectomía, observando en 3 la persistencia de neoplasia, en 6 presencia de displasia y en 13 ausencia de enfermedad. Ninguna paciente con márgenes libres histerectomizada, tenía tumor residual en la pieza quirúrgica, incluidas las histerectomías radicales. El total de recurrencias fue de 2 (3%). Una, pos-histerectomía simple, desarrolló a los 6 años una recidiva en la cúpula vaginal, fue tratada con colpectomía y radioterapia. Otra, (asociado a un carcinoma de endometrio) tras histerectomía simple como único procedimiento, desarrolló al año una recidiva ganglionar para-aórtica, siendo tratada mediante linfadenectomía (hallando 1 ganglio para-aórtico afecto de 10 disecados) y quimioterapia adyuvante.
<b>Conclusiones:</b>	Los resultados muestran un bajo índice de recurrencia, la conización cervical es el tratamiento de elección en pacientes con cáncer cérvico-uterino microinvasor y deseos de fertilidad. Debemos identificar previamente aquellos grupos de pacientes que tienen menor riesgo de metástasis linfáticas y de recurrencia tumoral y que por lo tanto se beneficiaran de un tratamiento conservador.

CO4-10

<b>Título:</b>	<b>ONCE AÑOS DE CONIZACIONES CON ASA DIATÉRMICA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS</b>
<b>Autor-es:</b>	<u>David Valdés Lafuente</u> , Ana Bayón González, Luis González Torga.
<b>Centro de trabajo:</b>	Consulta de Diagnóstico Precoz del Cáncer de Cuello del Útero Hospital Universitario Central de Asturias
<b>Ciudad:</b>	Oviedo
<b>E-mail:</b>	<a href="mailto:valdeslafuente@gmail.com">valdeslafuente@gmail.com</a>
<b>Objetivo:</b>	Evaluar la calidad del diagnóstico en los casos de lesiones cervicales uterinas premalignas que se sometieron a tratamiento mediante conización entre los años 1995 y 2006, con la particularidad del empleo de la colposcopia y la biopsia dirigida ante el hallazgo, en algunos casos de alteraciones macroscópicamente sospechosas, sin citología cervicovaginal previa.
<b>Material y Método:</b>	Se recogieron datos de los casos de pacientes sometidas a conización en entre los años 1995 y 2006. Estas pacientes se sometieron a conización ante el hallazgo de lesiones premalignas en biopsias dirigidas por colposcopia. Algunas de estas pacientes habían sido remitidas a dicha consulta a causa de una lesión cervical macroscópicamente sospechosa en exámenes ginecológicos rutinarios, y en la mayoría de estos casos, no contaban aún con los resultados de la citología cervicovaginal en el momento de la realización de la colposcopia y la biopsia, o bien la citología fue realizada a la vez que éstas.
<b>Resultados:</b>	El número total de casos estudiados fue de 412. En la biopsia dirigida fueron diagnosticados: CIN de alto grado 382 (92,7%); carcinoma microinvasivo 1 (0,2%); CIN de bajo grado 6 (1,5%) y histología normal 23 (5,6%). Los diagnósticos de la pieza de conización fueron respectivamente, 290 (70,4%), 9 (2,2%), 25 (6,1%) y 88 (21,4%). De las 382 pacientes con un CIN de alto grado en la biopsia dirigida, llama la atención la existencia de 88 casos (23,03%) con una citología cervicovaginal informada como normal, que no habrían sido diagnosticadas de haber seguido el procedimiento habitual de realizar la colposcopia sólo tras un informe de alteración citológica. Este fenómeno se encuentra asimismo en 53 (18,27%) de los casos con CIN de alto grado en la pieza de conización.
<b>Conclusiones:</b>	Los resultados sugieren que en pacientes en las que macroscópicamente se sospeche alguna alteración del epitelio cervical, la realización únicamente de la citología cervicovaginal puede pasar por alto una importante proporción de casos que en realidad se hallen en fase de CIN de alto grado. La realización de una colposcopia y biopsias dirigidas a las zonas más sospechosas en pacientes con alteraciones cervicales macroscópicas puede ayudar a incrementar notablemente la sensibilidad en lesiones intraepiteliales de alto grado.

CO4-11

<b>Título:</b>	<b>CONIZACIONES: LÁSER VS ASA DIATÉRMICA.</b>
<b>Autor-es:</b>	<u>M Bordés</u> , S Baulies, C Colomé, M Cararach, S Dexeus.
<b>Centro de trabajo:</b>	Sección de Patología Cervical. Departamento de Ginecología, Obstetricia y Medicina de la Reproducción. Institut Universitari Dexeus.
<b>Ciudad:</b>	Barcelona
<b>E-mail:</b>	
<b>Objetivo:</b>	Presentar los resultados de un estudio comparativo entre conización con láser y asa diatérmica.
<b>Material y Método:</b>	Estudio descriptivo y retrospectivo realizado entre 1987 y 2003, de forma ambulatoria y con anestesia local. Las técnicas de conización realizadas fueron el láser y el asa diatérmica. Se han analizado las indicaciones, complicaciones intra y pos-operatorias (hemorragia y estenosis) y el tamaño del cono. Se realizó control pos-terapéutico estricto.
<b>Resultados:</b>	Se realizaron 1.332 conizaciones, 610 (45.8%) láser y 722 (54.2%) asa. La edad media fue de 35 años +/- 7,6. Desde 1992 hasta 2003 la proporción de conizaciones realizadas con láser o asa ha ido evolucionando hacia un aumento de la utilización de esta última técnica. En 1992 el 43% de conizaciones eran con láser y el 57% con asa; en 2003 sólo el 13,5% se realizaron con láser y el 86,5% con asa. Indicaciones de conización: el 66,9% de conizaciones con láser fue por un CIN3, el asa fue indicada como tratamiento de CIN3 en un 28,1%. En un 30,7% se realizó asa en las pacientes afectas de CIN2. El tamaño del cono láser fue 20,4mm +/- 5,1mm de diámetro, y 16,4 +/- 5mm de altura mientras que con asa fue 19,6mm (+/- 5,7) de diámetro y 11,9 (+/- 6,8) de altura, diferencias estadísticamente significativas entre ambas. En el estudio histológico de la pieza, los vértices y márgenes de resección con asa estaban libres de enfermedad en el 96% y 94.5%, y con láser, los valores eran menores, 93,8% y 89% respectivamente. Diferencias estadísticamente significativas para los márgenes pero no para el vértice. Tanto el global de complicaciones intra-operatorias (4,8% láser versus 0,7% asa) como las pos-operatorias (3% láser y 1,2% asa), fue mayor con el láser (p<0.05). La tasa de curación a los 6 meses fue 88,9% en las conizaciones láser, y 90,6% con asa. Al año la tasa de curación fue 91,5% con láser y 91,9% con asa. En ambos fue estadísticamente no significativo.
<b>Conclusiones:</b>	La conización con asa diatérmica es una técnica cuya eficacia ha sido ampliamente demostrada y se ha convertido en el tratamiento de elección. No existen diferencias significativas en relación a la tasa de curación pos-conización según el procedimiento utilizado. Sin embargo, la conización mediante asa diatérmica es una técnica ambulatoria, rápida y mínimamente invasiva que permite la realización de conos de menor tamaño y va asociada a un alto índice de efectividad y a una menor tasa de complicaciones tanto intra como pos-operatorias que la conización láser. En la actualidad el láser lo reservamos para las lesiones extensas, lo que justifica que el porcentaje de márgenes afectos sea mayor.

CO5-1

**Título:** ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA PATOLOGÍA NEOPLÁSICA VULVAR DIAGNOSTICADA EN UNA UNIDAD DE TRACTO GENITAL INFERIOR

**Autor-es:** F Aznar, JM Sánchez, J Guisado, JA Monserrat, JA Borrego.

**Centro de trabajo:** Unidad del Tracto Genital Inferior. Hospital Universitario Reina Sofía.

**Ciudad:** Córdoba

**E-mail:** [faznar@sego.es](mailto:faznar@sego.es)

**Objetivo:** Analizar los resultados anatómo-patológicos de las lesiones vulvares biopsiadas en una Unidad de Tracto Genital Inferior.

**Material y Método:** Estudio retrospectivo de 245 biopsias realizadas durante el periodo 2001-2006 en nuestra Unidad de Tracto Genital Inferior.

**Resultados:**

**Biopsias Vulvares 2001-2006**  
n = 245

Año	Procesos Benignos	VIN 1	VIN 2	VIN 3	CARCINOMA
2001	28	6	4	3	10
2002	21	1	0	0	10
2003	20	2	1	0	13
2004	22	2	1	1	5
2005	27	4	2	3	17
2006	29	2	4	3	14
<b>Total</b>	<b>147</b>	<b>17</b>	<b>12</b>	<b>10</b>	<b>59</b>

La prevalencia de lesiones neoplásicas intraepiteliales de la vulva (VIN) en mujeres derivadas a nuestra Unidad TGI es importante, (16,1%).

**Conclusiones:** La biopsia dirigida de toda lesión macroscópica en la vulva debe ser realizada de forma sistemática para descartar malignidad (úlceras vulvares, prurito vulvar, lesión pigmentada, área indurada, lesión blanquecina, formación exofítica...)  
La creación de Unidades de Tracto Genital Inferior de referencia con especialistas altamente cualificados en patología vulvar es necesaria para alcanzar y mantener la experiencia requerida en el manejo clínico de la patología vulvar.

CO5-2

<b>Título:</b>	<b>NEOPLASIAS VULVARES INTRAEPITELIALES E INVASORAS DURANTE LOS AÑOS 2002-2006 EN EL HOSPITAL DE CRUCES</b>
<b>Autor-es:</b>	<u>Patricia Cobos</u> , Naia Aia, Estefanía Abanto, Javier Diez, Julio Moreno, Txantón Martínez-Astorquiza.
<b>Centro de trabajo:</b>	Servicio de Ginecología Oncológica. Hospital de Cruces.
<b>Ciudad:</b>	Baracaldo (Bizkaia)
<b>E-mail:</b>	<a href="mailto:pcobo@sego.es">pcobo@sego.es</a>
<b>Objetivo:</b>	Revisar la incidencia de las neoplasias vulvares durante los últimos 5 años en el Hospital de Cruces
<b>Material y Método:</b>	Revisión retrospectiva de nuestros archivos.
<b>Resultados:</b>	Se detectaron 50 casos de neoplasias vulvares, de las cuales 14 eran intraepiteliales, 2 VIN de bajo grado y 12 VIN de alto grado. Se diagnosticaron cánceres invasivos en 36 pacientes, dentro de los cuales destacaron los carcinomas epidermoides representando el 77,7%. Hubo 4 carcinomas basocelulares, 2 carcinomas verrucosos y 2 melanomas. El 78,5% de los carcinomas epidermoides fueron bien diferenciados (G1), de los cuales 11 pacientes (39,3%) presentaron estadiaje T1 N0 M0 y 9 (32,1%) T2 N0 M0.
<b>Conclusiones:</b>	Llama la atención el escaso porcentaje de lesiones preinvasivas detectadas, así como el elevado porcentaje de carcinomas epidermoides en estadios avanzados (T2 o superior), lo cual puede deberse a que las mujeres consultan tardíamente al ginecólogo o bien a un inadecuado nivel de sospecha por parte de los mismos.

CO5-3

<b>Título:</b>	<b>NEOPLASIA INTRAEPITELIAL DE VAGINA. NUESTRA EXPERIENCIA</b>
<b>Autor-es:</b>	A Lubrano, <u>A Romero</u> , L Beltrán, O Arencibia, N Medina, JM Falcón Santana, O Falcón.
<b>Centro de trabajo:</b>	Unidad de Ginecología Oncológica. Hospital Materno Infantil de Canarias HUMIC.
<b>Ciudad:</b>	Las Palmas de G.C.
<b>E-mail:</b>	<a href="mailto:azahar_canaria@hotmail.com">azahar_canaria@hotmail.com</a>
<b>Objetivo:</b>	La neoplasia intraepitelial de vagina (VAIN) es la menos frecuente de todas las neoplasias intraepiteliales del tracto genital inferior (0,2 a 0,3 /100.000 mujeres). Su riesgo de progresión a carcinoma es semejante a la neoplasia intraepitelial cervical. Sin embargo, el método terapéutico de elección para prevenir su progresión es aún controvertido. El objetivo fue revisar los datos epidemiológicos de las pacientes con VAIN y evaluar la experiencia obtenida en su diagnóstico y tratamiento.
<b>Material y Método:</b>	Se revisaron los casos de VAIN diagnosticados y tratados desde Enero a Diciembre de 2006. Se hallaron 16 pacientes. Todos fueron evaluados por colposcopia y el diagnóstico se confirmó con biopsia.
<b>Resultados:</b>	De los 16 casos de VAIN, 7 (43.7%) fueron VAIN1, 4 (25%) VAIN2 y 5 VAIN3 (31.25%). La edad media fue de 48,2 años (28-74). La edad media del VAIN de bajo grado (VAIN1) fue de 44,1 años mientras que en los VAIN de alto grado fue de 59,6 años. 13 pacientes (81,2%) tenían antecedentes de patologías ginecológicas previas o concomitantes tratadas: 12 casos de CIN y 1 caso de carcinoma epidermoide de vulva. 9 pacientes fueron hysterectomizadas (56.25%) de las cuales 7 lo fueron previamente y 2 concomitante a la VAIN. El promedio global de diferencia en meses entre La VAIN y la patología ginecológica tratada previamente fue de 26 meses, (8-60 meses). Localización de la VAIN en la vagina, en 4 fue en la cúpula (25%), 11 en 1/3 superior de vagina (68,7%) y 1 en 1/3 inferior. La asociación de la VAIN con VPH fue del 81.25% (13 de 16). En cuanto al tratamiento de la VAIN1, en 6 pacientes (85.71%) se decidió observación después de la biopsia y en las evaluaciones posteriores no se evidenciaban imágenes colposcópicas anómalas y el test de Schiller se negativizó, y una fue tratada con 5-fluorouracilo (5-FU). Las pacientes con VAIN2 fueron tratadas 3 con escisión quirúrgica y 1 con aplicación de 5-FU. Las VAIN3 fueron tratadas con escisión amplia. No se registro ningún caso de carcinoma oculto. Hubo una recidiva (6,2%) en una VAIN1 que fue tratado con 5 FU y que actualmente está en observación. No hubo ninguna progresión a cáncer.
<b>Conclusiones:</b>	La vagina debe ser examinada minuciosamente en toda paciente con antecedente o diagnostico de neoplasia en cérvix o vulva. La VAIN constituye una entidad ginecológica poco frecuente con un riesgo potencial de malignizarse, por lo cual se recomienda el tratamiento quirúrgico en todos los casos de VAIN3.

CO5-4

<b>Título:</b>	<b>EXPRESIÓN DE P16<sup>ink4a</sup> COMO MARCADOR DE ACTIVIDAD ONCOGÉNICA DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH) DE ALTO RIESGO EN EL CÁNCER DE VAGINA</b>
<b>Autor-es:</b>	<u>Marta del Pino</u> , Imma Alonso, Aureli Torné, Roser Nonell, Montserrat Cardona, Jaume Ordi, Jaume Pahisa, Luís M. Puig-Tintoré.
<b>Centro de trabajo:</b>	Instituto Clínico Ginecología, Obstetricia i Neonatología (ICGON) Hospital Clínico. Universidad de Barcelona.
<b>Ciudad:</b>	Barcelona
<b>E-mail:</b>	<a href="mailto:tablut@gmail.com">tablut@gmail.com</a>
<b>Objetivo:</b>	Determinar la presencia de p16 <sup>INK4A</sup> (p16) como marcador de la expresión oncogénica de los VPH de alto riesgo (VPH-AR) en el cáncer de vagina. Un cáncer muy infrecuente y del que se conoce poco el posible papel etiopatogénico del VPH.
<b>Material y Método:</b>	Entre enero 1994 y julio 2007 se diagnosticaron 50 pacientes con carcinoma de vagina. Se incluyeron en el estudio 22 casos de carcinoma invasor primario de tipo escamoso en los que fue posible realizar la p16. La determinación de la p16 se llevó a cabo mediante inmunohistoquímica. El estadio clínico FIGO en 17 pacientes fue: estadio I: 5 casos, estadio II; 8 casos, estadio III: 4 casos.
<b>Resultados:</b>	La determinación de p16 fue positiva en el 77% (17/22) de los casos. La mediana de edad de las pacientes con carcinoma escamoso fue 65,05 años (60 en los casos p16 positivos y 81 en los p16 negativos). Referían el antecedente de carcinoma cervical el 45% (10/22) de las pacientes (65% (11/17) de las p16 positivas frente a 20% (1/5) de las p16 negativas). La neoplasia afectaba el tercio superior de la vagina en el 36% de las pacientes (8/22) (59% (10/17) de las p16 positivas frente al 20% (1/5) de las p16 negativas).
<b>Conclusiones:</b>	La mayoría de carcinomas escamosos de vagina expresan la p16 lo que sugiere la implicación etiopatogénica de los VPH-AR. Las neoplasias positivas para la p16 suelen afectar el tercio superior de vagina y se presentan en mujeres más jóvenes y con antecedente de neoplasia cervical.

CO5-5

<b>Título:</b>	<b>METASTASIS EN VAGINA DE TUMORES EXTRAGENITALES</b>
<b>Autor-es:</b>	<u>A Elvira Urdampilleta</u> , B Ribero Torrejón, F Garnateo Nicolás, M Navarro López, A Salegi Arregi, A Oyarzabal Urkiola.
<b>Centro de trabajo:</b>	Departamento de Ginecología y Obstetricia. Hospital Donostia.
<b>Ciudad:</b>	San Sebastián.
<b>E-mail:</b>	<a href="mailto:aitziberelvira@gmail.com">aitziberelvira@gmail.com</a>
<b>Objetivo:</b>	Describir 4 casos de metástasis vaginal de cáncer colo-rectal.
<b>Material y Método:</b>	<p><b>Caso 1:</b> 67 años. Adenocarcinoma moderadamente diferenciado de colon ascendente de 3,5 x 3 x 1,5 cm que alcanza el tejido adiposo para-cólico sin alcanzar la serosa y ganglios negativos. Tratada con quimioterapia. A los 19 meses se detectó mediante TAC un implante retro-peritoneal, y metástasis en vagina. La vaginoscopia observa lesión exofítica de cara lateral izquierda. Al año de evolución se observaron múltiples metástasis pulmonares y hepáticas, éxitus a los 9 meses.</p> <p><b>Caso 2:</b> 81 años. Adenocarcinoma bien diferenciado e infiltrante de recto con invasión del tejido fibroso perimuscular de 3 cm. Se realizó una amputación abdomino-perineal de Miles. A los 13 meses presentó metástasis vaginal por adenocarcinoma de recto cuyo primer síntoma fue sangrado vaginal. La vaginoscopia observa una lesión en cara posterior y lateral izquierda de vagina de unos 0,5 cm de diámetro. A los dos meses metástasis pulmonar múltiple y engrosamiento del colon descendente proximal a la colostomía.</p> <p><b>Caso 3:</b> 70 años. Adenocarcinoma de válvula ileocecal GI que infiltra tejido adiposo y otra tumoración sincrónica moderadamente diferenciada de colon ascendente que infiltra macro y microscópicamente el tejido adiposo. Metástasis tumoral en 18 de 23 ganglios aislados. El apéndice cecal fue normal. Tratada con quimioterapia. A los 15 meses presentó por RMN una tumoración que afectaba a útero, cérvix y vagina que se redujo considerablemente tras nueva quimioterapia. A la exploración el cuello era duro pero macroscópicamente conservado. La anatomía patológica evidenció adenocarcinoma de origen intestinal.</p> <p><b>Caso 4:</b> 60 años. Adenocarcinoma de recto T3N0M0 tratada con cirugía, radioterapia y quimioterapia. A los 5 años presenta metástasis hepáticas por lo que es intervenida y tratada con alcoholización de las metástasis por irreseccables. Al año presenta metástasis pulmonares y adrenal derecha, tratada con quimioterapia. A los 4 años metástasis ósea y en vagina y cérvix. La vaginoscopia observa una lesión en cara posterior cerca del labio posterior del cérvix. Falleció a los 2 meses.</p>
<b>Resultados:</b>	Las metástasis vaginales de tumores extra-genitales son raras. La infiltración de los órganos genitales por un cáncer colo-rectal suele producirse por infiltración directa en tumores localmente avanzados y no por metástasis a distancia, como en estos casos. Se discute cuál puede ser la ruta por la que las células metastásicas se implantan en la vagina. Podría ocurrir por la ruta tras-celómica mediante exfoliación de células tumorales e implantación en la superficie de la serosa vaginal. No existe un consenso sobre la actuación terapéutica quirúrgica, ni tampoco en cuanto a la utilidad de la radioterapia y la quimioterapia.
<b>Conclusiones:</b>	Dada su rareza, consideramos que no estaría indicada una vaginoscopia en el seguimiento de estas pacientes. Sin embargo, la revisión ginecológica debe ser rutinaria, y tener presente la posibilidad de una metástasis vaginal ante cualquier lesión en la vagina o sintomatología ginecológica.

CO5-6

<b>Título:</b>	<b>ADENOCARCINOMA MUCINOSO PRIMARIO DE VAGINA (CASO CLINICO)</b>
<b>Autor-es:</b>	<u>J Albareda</u> , M García Barrios, N Climent, Herrera, L García Vila, A López Salva A.
<b>Centro de trabajo:</b>	Servicio de Ginecología y Obstetricia. Fundación Hospital Alcorcón.
<b>Ciudad:</b>	Madrid
<b>E-mail:</b>	<a href="mailto:jalbareda@fhacorcon.es">jalbareda@fhacorcon.es</a>
<b>Objetivo:</b>	<p>El carcinoma invasivo primario de vagina representa el 1-2% de todos los cánceres ginecológicos. En el 80% son escamosos y sólo en un 5-13% son adenocarcinomas.</p> <p>Con mayor frecuencia son de origen metastático, el más frecuente el de útero, tracto gastrointestinal, mama y otras localizaciones. Es conocida la exposición al DES (dietilestilbestrol) en mujeres jóvenes que desarrollan un adenocarcinoma de células claras aunque actualmente es infrecuente.</p>
<b>Material y Método:</b>	<p>Paciente de 56, con antecedente de histerectomía vaginal por prolapso uterino en el 2004, consultó, en mayo de 2007, por sangrado vaginal posmenopáusico desde hacia unos 4 meses.</p> <p>En la exploración se observó la presencia de una masa exofítica sobreelevada sangrante de unos 3cm en cara posterior 1/3 inferior de vagina.</p>
<b>Resultados:</b>	<p>El estudio histológico de la biopsia fue de adenocarcinoma mucinoso de vagina con presencia de células en anillo de sello. Se realizó un estudio para descartar origen metastático mediante esófago-gastro-duodenoscopia y colonoscopia que fue negativo. Mamografía y TAC tóraco-abdomino-pélvico con ausencia de adenopatías loco-regionales y metástasis a distancia.</p> <p>Se realizó exéresis quirúrgica de la lesión con linfadenectomía inguinal bilateral y recibió tratamiento adyuvante con radioterapia. Actualmente se encuentra libre de enfermedad</p>
<b>Conclusiones:</b>	<p>El adenocarcinoma primario de vagina es una entidad poco frecuente. Esto conlleva dificultades diagnósticas y terapéuticas.</p> <p>Siempre debemos descartar la presencia de otro tumor primario mediante pruebas diagnósticas. Aunque el tratamiento no está establecido, la mayoría de los autores coinciden en que en los estadios I, está indicada la resección quirúrgica amplia de la lesión junto con linfadenectomía pélvica en el caso de lesiones en 1/3 superior de vagina o linfadenectomía inguinal si su localización se encuentra en el 1/3 inferior, aunque también puede realizarse tratamiento con radioterapia sin cirugía.</p> <p>El tratamiento quirúrgico puede completarse con radioterapia, ya que la quimioterapia no parece ofrecer ninguna ventaja y se reserva a casos de enfermedad avanzada.</p> <p>Estos tumores, tienden a mostrar un curso agresivo, con recurrencias precoces y metástasis a distancia.</p>

CO5-7

<b>Título:</b>	<b>CONDILOMATOSIS MULTIFOCAL Y EMBARAZO, TRATAMIENTO COMBINADO CON ACIDO TRICLOROACETICO Y CRIOCOAGULACIÓN. DESCRIPCION ICONOGRAFICA A PROPOSITO DE DOS CASOS.</b>
<b>Autor-es:</b>	<u>Santiago Alonso</u> , Gema Vaquero, Rocío Montejo, Susana Diaz, Marta Salvador, Pilar Miranda.
<b>Centro de trabajo:</b>	Unidad de Patología Cervical del Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital de Fuenlabrada,
<b>Ciudad:</b>	Fuenlabrada (Madrid).
<b>E-mail:</b>	<a href="mailto:salonso.hflr@salud.madrid.org">salonso.hflr@salud.madrid.org</a>
<b>Objetivo:</b>	Describir el tratamiento combinado con ácido TCA y criocoagulación en dos casos de embarazadas con condilomatosis multifocal, con el fin de obtener un parto eutócico y, en la medida de lo posible, disminuir la probabilidad de transmisión vertical de VPH.
<b>Material y Método:</b>	Se analizan dos casos clínicos de condilomatosis multifocal y embarazo en sus aspectos de diagnóstico y tratamiento, aportando amplia iconografía de las colposcopias, vaginoscopias y vulvoscopias realizadas antes y después de las sesiones de tratamiento. La terapéutica utilizada incluye la combinación de ácido tricloroacético en cérvix y vagina y criocoagulación en periné y zona perianal. Se apunta la hipótesis de que un correcto manejo de los condilomas clínicos en el embarazo (lesiones de alta concentración vírica) pueda disminuir la tasa de transmisión vertical de VPH, cifrada en la literatura alrededor de 7 por mil en hijos de pacientes con historia de verrugas genitales (RR 231,4 en relación a hijos de madres sanas) y de sus complicaciones posteriores más importantes como la papilomatosis laríngea juvenil, un 50% de cuyos casos presenta historia de condilomatosis materna.
<b>Resultados:</b>	El tratamiento de las dos pacientes mediante ácido tricloroacético y crioterapia ha resultado totalmente satisfactorio, con desaparición completa de las lesiones visibles, y sin manifestaciones clínicas en los neonatos hasta el momento.
<b>Conclusiones:</b>	En ausencia de laserterapia, el tratamiento de la condilomatosis multifocal en gestante con crioterapia y ácido TCA proporciona resultados óptimos, con desaparición completa de las lesiones macroscópicas, permitiendo el parto por vía vaginal.

CO5-8

<b>Título:</b>	<b>ATRAPAMIENTO DEL NERVIU PUDEUDO</b>
<b>Autor-es:</b>	<u>Rocío Montejo Rodríguez</u> , Gema Vaquero Argello, Susana Díaz de Eusebio, Marta Salvador Osuna, Santiago Alonso García.
<b>Centro de trabajo:</b>	Hospital de Fuenlabrada
<b>Ciudad:</b>	Fuenlabrada (Madrid)
<b>E-mail:</b>	<a href="mailto:rmontejo.hflr@salud.madrid.org">rmontejo.hflr@salud.madrid.org</a>
<b>Objetivo:</b>	Dar a conocer el síndrome del atrapamiento del nervio pudendo. Un caso clínico nos guiará por su etiología, patología, clínica y tratamiento.
<b>Material y Método:</b>	<p>Paciente de 32 años que desde hace dos años y medio ha consultado en 4 ocasiones en ginecología por un dolor genital incapacitante que no mejora con el tiempo. Previamente a su derivación había sido tratado con numerosos tratamientos locales anti-fúngicos y antibióticos.</p> <p>La paciente carece de antecedentes de interés y es nulípara, desea fertilidad pero desde hace 2 años no puede mantener ningún tipo de relación sexual con penetración. La paciente presenta un dolor genital de predominio derecho, que describe como quemazón, dolor de tipo neuropático, que empeora al sentarse y mejora algo cuando se tumba. A la exploración presenta alodinia con hiperestesia importante a cualquier tipo de estímulo en la zona de vestíbulo, tercio inferior de la vagina, y labios menores y mayores asociado a importante vaginismo. Toda la zona genital aparece con cierto grado de enrojecimiento e inflamación inespecífica. Se realiza citología y cultivos vaginales y endocervicales con resultado de negatividad.</p> <p>La paciente presenta criterios diagnósticos del síndrome. Se utiliza la certificación de 2 criterios mayores o 1 criterio mayor asociado a 2 criterios menores para hacer el diagnóstico.</p> <p>A. Criterio mayor</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Área dolorosa en el trayecto del nervio o sus ramas:</li> <li>– El dolor se reproduce al comprimir el tronco pudendo (signo de Tinel) en la localización anatómica del área afectada.</li> <li>– Infiltración exitosa en el sitio anatómico.</li> </ul> <p>B. Criterio menor</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Sensación de dolor neuropático.</li> <li>– Existencia de una posición dolorosa y/o antiálgica.</li> <li>– Existencia de un factor etiológico o un evento desencadenante.</li> <li>– Ausencia de otra causa que explique el dolor en el área pélvica.</li> </ul>
<b>Resultados:</b>	Se realiza una primera infiltración con lidocaína al 2 % y corticoide en depósito en área horquilla experimentando mejoría casi de forma inmediata. Semanalmente se realizan otras 3 infiltraciones, cada vez más limitando la zona dolorosa hasta llegar a la última en la pared vaginal lateral. Tras la segunda infiltración la paciente puede tener relaciones sexuales con penetración.
<b>Conclusiones:</b>	El conocimiento de este síndrome puede aportar respuestas y a menudo alivio de gran parte de los síntomas de un grupo de mujeres que en algún momento todos veremos en la consulta porque vagan de consulta en consulta.

CO5-9

<b>Título:</b>	<b>ADENOSIS VAGINAL, (DOS CASOS CLÍNICOS)</b>
<b>Autor-es:</b>	<u>Belén Cochs Cosme</u> , Laia Martí Malgosa, Laura Serra Azuara, María García Gallardo, Yolanda Canet Esteve.
<b>Centro de trabajo:</b>	Consorci Sanitari Parc Taulí
<b>Ciudad:</b>	Sabadell
<b>E-mail:</b>	<a href="mailto:bcochs@tauli.cat">bcochs@tauli.cat</a>
<b>Objetivo:</b>	La adenosis vaginal se caracteriza por la presencia de tejido glandular (endocervical, endometrial o tubárico) en la pared vaginal; ocasionalmente puede extenderse a la vulva originando adenosis vulvar. Presentación de dos casos de adenosis vaginal en mujeres no expuestas prenatalmente al dietilestilbestrol (DES).
<b>Material y Método:</b>	Se trata de dos mujeres de 30 y 50 años respectivamente, sin antecedentes ginecológicos de interés. En ambos casos se detectó una lesión vaginal asintomática, que fue biopsiada.
<b>Resultados:</b>	El examen anatomopatológico observó células cilíndricas glandulares sin células escamosas, diagnosticándose adenosis vaginal.
<b>Conclusiones:</b>	En mujeres expuestas prenatalmente al DES la presencia de adenosis vaginal supera el 90%. La adenosis vaginal espontánea aparece en un 10% de las mujeres adultas como un hallazgo casual. En ambos casos, congénita y adquirida, la adenosis vaginal se asocia con un riesgo aumentado de desarrollar adenocarcinoma vaginal. Es importante un diagnóstico correcto y un seguimiento colposcópico regular. En la mayoría de casos es asintomática pero en ocasiones se asocia con un aumento de la secreción vaginal, dispareunia y/o sangrado pos-coital. El tratamiento consiste en la electrocoagulación, su objetivo se basa en la destrucción del epitelio columnar superficial y su sustitución por epitelio escamoso. El tratamiento se aplica solamente a las pacientes sintomáticas.

CO6-1

COMUNICACIÓN SELECCIONADA PARA PRESENTACION ORAL

<b>Título:</b>	<b>CALIDAD DE LA FORMACIÓN ESPECIALIZADA EN PATOLOGÍA DEL TRACTO GENITAL INFERIOR EN LAS UNIDADES DOCENTES DE ESPAÑA</b>
<b>Autor-es:</b>	<u>F Aznar*</u> , P Royo*, D Rodríguez, R Martínez, I Orensanz, JM Bajo Arenas*.
<b>Centro de trabajo:</b>	MIRSEGO – Sección de Residentes de la SEGO
<b>Ciudad:</b>	* Comisión Nacional de la Especialidad de Ginecología y Obstetricia
<b>E-mail:</b>	<a href="mailto:faznar@sego.es">faznar@sego.es</a>
<b>Objetivo:</b>	Analizar la calidad de la Formación Especializada en patología del tracto genital inferior en residentes de Ginecología y Obstetricia en España.
<b>Material y Método:</b>	En septiembre 2007 se pasó una encuesta a nuevos especialistas, a los 3 meses de finalizar su periodo de formación. Por teléfono o e-mail, de un total de 192 nuevos especialistas se han realizado de forma aleatoria, 42 encuestas que representan el 21,9% de los mismos. Están representadas todas las comunidades, y 42 Unidades Docentes de un total de 85 (49.4%).
<b>Resultados:</b>	<b>Unidad de TGI especializada en su Servicio:</b> 22%. <b>Staff especializado exclusivo en su Servicio:</b> 41%. <b>Interés individual específico:</b> Colposcopia: 23%; Integrada en subespecialidad de Oncología Ginecológica: 76 %. <b>Rotación específica:</b> por Colposcopia – TGI, superior a 1 mes: 68%; por Laboratorio de Citología: 2%. <b>Valoración Global de su Formación en Tracto Genital Inferior</b> (de 0 a 10): conocimientos mínimos (0-4) 25%; conocimientos medios (5 -7) 54%; conocimientos altos (8-10) 21%; Media total 6,6; <b>Motivo principal, si valoración menor de 7:</b> Interés personal 35%; Unidad Docente 39%; Responsable Unidad 26%. <b>Conocimientos prácticos:</b> (Realizar los procedimientos de forma segura): Citología: 2% si, 98% no; Colposcopia: 14% si, 31% si (no del todo seguro), 55% no; Conización, Lletz y otros procedimientos diagnóstico-terapéuticos: 28% ningún procedimiento, 45% entre 1 y 5, 18% entre 5 y10, 9% más de 10. <b>Patología Vulvar Dérmica:</b> 56% conocimientos mínimos, 28% medios, 16% altos. <b>Vulvodinia:</b> 0 % si, 100% no; <b>Asistencia a Cursos:</b> Congresos específicos del TGI: 17% ninguno; 63% de 1 a 2; 20% más de 2. <b>Cree necesaria la acreditación:</b> en Colposcopia: 93% si, 7% no; en Citología: 100% si (Especialistas en Anatomía Patológica).
<b>Conclusiones:</b>	Es necesario un análisis detallado de la actual formación especializada de los residentes en España si deseamos mantener la calidad en la asistencia sanitaria en patología del tracto genital inferior. Una gran mayoría de los nuevos especialistas se encuentran inseguros o carentes totalmente de auto-confianza para realizar por si mismos colposcopias y tratamientos de las lesiones neoplásicas de cérvix. La patología vulvar y patología asociada tipo vulvodinia es prácticamente desconocida. Aparte de la acreditación y organización de cursos prácticos específicos, por las Unidades del TGI más importantes, se deberían ofertar una serie de <i>Fellowships</i> becados cada año en TGI (al menos 5 plazas), a semejanza de otros países, para formar un grupo de especialistas en TGI, que mantenga el alto nivel alcanzado por los especialistas españoles.

CO3-11

<b>Título:</b>	<b>PREVALENCIA DE GENOTIPOS DE VPH EN MUJERES CON LESIONES INTRAEPITELIALES DE BAJO GRADO</b>
<b>Autor-es:</b>	Marta E Álvarez-Argüelles <sup>(1)</sup> , Magda Torrents Muns <sup>(2)</sup> , Jonathan Fernández Suárez <sup>(1)</sup> , María de Oña Navarro <sup>(1)</sup> , Jose A Boga <sup>(1)</sup> , Primitiva Menéndez Rodríguez <sup>(3)</sup> , Angel Tamargo Suarez <sup>(2)</sup> , Santiago Melón García <sup>(1)</sup>
<b>Centro de trabajo:</b>	Servicios de Microbiología <sup>(1)</sup> , Ginecología <sup>(2)</sup> y Anatomía Patológica <sup>(3)</sup> (HUCA).
<b>Ciudad:</b>	Oviedo
<b>E-mail:</b>	<a href="mailto:martaalvarez@gmail.com">martaalvarez@gmail.com</a>
<b>Objetivo:</b>	Realizar una aproximación del impacto de la vacuna anti-VPH en las mujeres con ASCUS y LSIL estudiadas en nuestra área.
<b>Material y Método:</b>	Entre enero 2005 y junio 2007 se realizaron 493 citologías cervicales con Papanicolaou patológico, pertenecientes a 408 mujeres con edades entre 16 y 81 años ( $35,4 \pm 11,2$ ) de las que 78 presentaban ASCUS y 330 LSIL. Sólo 89 (18%) exudados endocervicales pertenecientes a 80 mujeres fueron enviados para detección de genoma de VPH: 10 mujeres con ASCUS (12 muestras) y 70 con LSIL (77 muestras). Se amplificaron mediante PCR los fragmentos L1 y E6/E7 oncogénicos; las muestras que fueron positivas se tiparon mediante hibridación con sondas marcadas con <sup>32</sup> P para genotipos 6/11/16/18/31/33/45 y 58, o mediante el sistema Open Gene de Siemens, utilizando el cebador MY11-VIROV
<b>Resultados:</b>	El genoma del VPH se detectó en 37 (46,2%) mujeres. Los genotipos 16/18 se encontraron en 14 (43,7%) mientras que 19 (57,5%) presentaron genotipos de alto riesgo distintos al 16/18. Además, se diagnosticaron 1 VPH 6, 1 VPH11 y 2 NT (E6/E7 negativo) De las 80 mujeres estudiadas virologicamente, 16 (20%) estaban infectadas por VPH incluidos en la vacuna.
<b>Conclusiones:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aproximadamente en la mitad de las mujeres con atípicas se detectó genoma del VPH, mayoritariamente de genotipos de alto riesgo.</li> <li>- Aunque individualmente el genotipo 16 fue el mas frecuente, en el 57% de las mujeres positivas se encontraron VPH diferentes a los genotipos de alto riesgo incluidos en la vacuna, por lo que estas mujeres no se beneficiarían de la vacunación y por tanto podrían ser susceptibles de llegar a desarrollar cáncer de cérvix.</li> <li>- Hay que seguir controlando a estas mujeres incluyendo cribado del VPH para valorar los genotipos prevalentes en un futuro.</li> <li>- Es necesario utilizar técnicas que genotipen virus considerados como poco habituales.</li> </ul>

CO3-12

**Título:** DETECCIÓN GENÓMICA DEL VPH EN LESIONES INTRAEPITELIALES DE ALTO GRADO DIAGNOSTICADAS POR CITOLOGÍA

**Autor-es:** Marta E Álvarez-Argüelles<sup>(1)</sup>, Magda Torrents Muns<sup>(2)</sup>, Ángeles Sampere<sup>(1)</sup>, Jonathan Fernández Suarez<sup>(1)</sup>, Ernesto Gómez de Oña<sup>(1)</sup>, Florentino Fresno<sup>(3)</sup>, Santiago Melón<sup>(1)</sup>, Maria de Oña<sup>(1)</sup>

**Centro de trabajo:** Servicios de Microbiología<sup>(1)</sup>, Ginecología<sup>(2)</sup> y Anatomía Patológica<sup>(3)</sup> (HUCA).

**Ciudad:** Oviedo

**E-mail:** [martaealvarez@gmail.com](mailto:martaealvarez@gmail.com)

**Objetivo:** Analizar virológicamente las lesiones intraepiteliales de alto grado estudiadas citológicamente en los 2 últimos años.

**Material y Método:** 116 muestras cervicales de 96 pacientes, entre enero 2005 - junio 2007, con resultado citológico de HSIL (9 con Ca "in situ"). Se dividieron en 3 grupos: 28 (29,1%) pacientes (40,3±9.42 años) con VPH y citología simultánea (grupo I), 37 (38,6%) con virología previa no simultánea al Pap (grupo II), y 31 (32,3%) sin estudio virológico (grupo III). Amplificación de genes L1 y E6-E7. Hibridación del L1 con sondas marcadas <sup>32</sup>P específicas frente genotipos de alto (VPH16,18,31,33,45,58) y bajo riesgo (VPH 6,11)

**Resultados:** En el grupo I, se detectó genoma viral en 23 (82.1%), de ellos 22 (95.6%) fueron genotipos de alto riesgo (18 VPH 16, 3 VPH 33 y 1 VPH 58). En el grupo II se detectó VPH en 20 (54%), de ellos 14 (70%) presentaban genotipos de alto riesgo, siendo 7 VPH vacunales. En el grupo III, 4 (13 %) mujeres (72.7 ± 12.7 años) tenían citología de CIS. La edad media de las mujeres con y sin citología de CIS fue de 55±20 y 40,5±20 años, respectivamente (p= 0.05)

	<b>Grupo I (Citol. + Virología) n:28</b>	<b>Grupo II (Citol. + Virol. previa) n:37</b>	<b>p</b>
Edad	40.3±9.42	41±13	ns
<b>Positivos</b>	<b>23(82%)</b>	<b>20(54%)</b>	0.03
<b>VPH AR</b>	<b>22(78.5%)</b>	<b>14(37.8%)</b>	0.001
Vacunales 16/18	18(64.3%)	7(19%)	0.0003
No vacunales	4 (3 VPH 33) (14.3%)	5 (2 VPH33) (13.5%)	
<b>VPH BR</b>	<b>1(3.57%)</b>	<b>7(19%)</b>	
Vacunales	-	2	

**Conclusiones:**

- La detección de VPH fue mayor en pacientes con estudios anátomo-patológicos y virológicos concomitantes.
- El genotipo más implicado en los HSIL es VPH 16, siendo el VPH 33, el segundo mas frecuente. - En un 30% de los HSIL se detectaron genotipos no incluidos en la vacuna
- La edad de las pacientes con Ca "in situ" fue significativamente mayor.
- Un porcentaje elevado de pacientes no tuvieron estudios virológicos cuando actualmente se recomienda incluirlo en el cribado del cáncer cervical.

CO3-13

<b>Título:</b>	¿BENEFICIARÍA LA VACUNA DE VPH EN UNA POBLACIÓN FEMENINA CON PRÁCTICAS DE RIESGO?																																								
<b>Autor-es:</b>	Marta E Alvarez-Argüelles <sup>(1)</sup> , Ernesto Gómez de Oña <sup>(1)</sup> , Ángeles Sampere Martínez <sup>(1)</sup> , Ana Palacio Suarez <sup>(1)</sup> , Marisa Junquera <sup>(3)</sup> , Primitiva Menendez Rodríguez <sup>(2)</sup> , Maria de Oña Navarro <sup>(1)</sup> , Santiago Melón García <sup>(1)</sup> ,																																								
<b>Centro de trabajo:</b>	Servicios de Microbiología <sup>(1)</sup> , Anatomía Patológica <sup>(2)</sup> (HUCA) y Unidad de ITS <sup>(3)</sup> (H. Naranco)																																								
<b>Ciudad:</b>	Oviedo																																								
<b>E-mail:</b>	<a href="mailto:martaealvarez@gmail.com">martaealvarez@gmail.com</a>																																								
<b>Objetivo:</b>	Conocer la incidencia de los VPH y sus genotipos en distintos grupos de edad, dentro de un colectivo de mujeres que ejerce la prostitución.																																								
<b>Material y Método:</b>	Se estudiaron 2.408 exudados endocervicales mujeres pertenecientes a una población de riesgo, de la consulta de ITS, con edades comprendidas entre 12 y 75 años (29±11.29) recogidos en su primer cribado para la determinación del VPH.																																								
<b>Resultados:</b>	<p>Las muestras fueron enviadas de inmediato al servicio de Virología, tratándose con proteinasa K para liberar el ADN y posteriormente se amplificaron los fragmentos de los genes L1 y E6-E7, los cuales se pusieron de manifiesto mediante un gel de agarosa. Las muestras positivas se genotiparon mediante hibridación con sondas específicas para los genotipos de alto riesgo (VPH 16, 18,31, 33, 45, 58) y de bajo riesgo (VPH 6 y 11) marcadas con <sup>32</sup>P.</p> <p>Se encontró genoma del VPH en 580 (24,1%) de las mujeres estudiadas, la distribución de genotipos por edades puede verse en la siguiente tabla</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>&lt;25 n:744</th> <th>25-35 n:1079</th> <th>&gt;35 n:586</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><b>Positivos</b></td> <td><b>247(33.3%)</b></td> <td><b>234(21.7%)</b></td> <td><b>98(16.9%)</b></td> </tr> <tr> <td><b>Vacunales</b></td> <td><b>93(12.5%)</b></td> <td><b>80(7.4%)</b></td> <td><b>39(6.6%)</b></td> </tr> <tr> <td>16/18</td> <td>45(6%)</td> <td>42(3.9%)</td> <td>21(3.6%)</td> </tr> <tr> <td>6/11</td> <td>38(5.1%)</td> <td>34(3.1%)</td> <td>15(2.5%)</td> </tr> <tr> <td>Mixtas</td> <td>10(1.3%)</td> <td>4(0.3%)</td> <td>3(0.5%)</td> </tr> <tr> <td><b>No vacunales</b></td> <td><b>154(20.7%)*</b></td> <td><b>154(14.3%)*</b></td> <td><b>50(9.8%)</b></td> </tr> <tr> <td>AR</td> <td>73(9.8%)</td> <td>61(5.6%)</td> <td>20(3.4%)</td> </tr> <tr> <td>BR</td> <td>56(7.5%)</td> <td>79(7.3%)</td> <td>35(5.9%)</td> </tr> <tr> <td>Mixtas</td> <td>25(3.3%)</td> <td>14(1.3%)</td> <td>4(0.7%)</td> </tr> </tbody> </table> <p>*p&lt; 0.0001</p>		<25 n:744	25-35 n:1079	>35 n:586	<b>Positivos</b>	<b>247(33.3%)</b>	<b>234(21.7%)</b>	<b>98(16.9%)</b>	<b>Vacunales</b>	<b>93(12.5%)</b>	<b>80(7.4%)</b>	<b>39(6.6%)</b>	16/18	45(6%)	42(3.9%)	21(3.6%)	6/11	38(5.1%)	34(3.1%)	15(2.5%)	Mixtas	10(1.3%)	4(0.3%)	3(0.5%)	<b>No vacunales</b>	<b>154(20.7%)*</b>	<b>154(14.3%)*</b>	<b>50(9.8%)</b>	AR	73(9.8%)	61(5.6%)	20(3.4%)	BR	56(7.5%)	79(7.3%)	35(5.9%)	Mixtas	25(3.3%)	14(1.3%)	4(0.7%)
	<25 n:744	25-35 n:1079	>35 n:586																																						
<b>Positivos</b>	<b>247(33.3%)</b>	<b>234(21.7%)</b>	<b>98(16.9%)</b>																																						
<b>Vacunales</b>	<b>93(12.5%)</b>	<b>80(7.4%)</b>	<b>39(6.6%)</b>																																						
16/18	45(6%)	42(3.9%)	21(3.6%)																																						
6/11	38(5.1%)	34(3.1%)	15(2.5%)																																						
Mixtas	10(1.3%)	4(0.3%)	3(0.5%)																																						
<b>No vacunales</b>	<b>154(20.7%)*</b>	<b>154(14.3%)*</b>	<b>50(9.8%)</b>																																						
AR	73(9.8%)	61(5.6%)	20(3.4%)																																						
BR	56(7.5%)	79(7.3%)	35(5.9%)																																						
Mixtas	25(3.3%)	14(1.3%)	4(0.7%)																																						
<b>Conclusiones:</b>	<p>-En las mujeres menores de 35 años se detectaron mayoritariamente genotipos no vacunales.</p> <p>-Las mujeres más jóvenes tienen una mayor tasa de infección por el VPH, además de una mayor incidencia para los genotipos de alto riesgo e infecciones mixtas.</p> <p>-El porcentaje de incidencia de infección de VPH de bajo riesgo es similar en todos los grupos de edad.</p> <p>-Aunque individualmente los genotipos 16/18 fueron los más frecuentes, hay un elevado porcentaje de mujeres infectadas con genotipos de alto riesgo distintos a los incluidos en la vacuna.</p>																																								

CO4-12

<b>Título:</b>	<b>BORDES AFECTOS EN CONIZACIONES CON ASA Y CON BISTURÍ</b>
<b>Autor-es:</b>	<u>A Salegi Arregi</u> , M Navarro Lopez, A Elvira, Arrue Gabilondo, B Rivero Torrejón.
<b>Centro de trabajo:</b>	Hospital Donostia
<b>Ciudad:</b>	San Sebastián
<b>E-mail:</b>	<a href="mailto:asalegia@sego.es">asalegia@sego.es</a>
<b>Objetivo:</b>	Comparar la tasa de bordes afectados en las conizaciones realizadas con asa y con bisturí.
<b>Material y Método:</b>	Se analizan las conizaciones realizadas con asa y con bisturí desde Septiembre 2006 a Julio 2007.
<b>Resultados:</b>	Se realizan 52 conizaciones, de las cuales 16 (30,7%) se realizan en quirófano y 36 (69,2%) en consulta ambulatoria con anestesia local pericervical. De las conizaciones realizadas en quirófano, la mitad se realizan con bisturí y la otra mitad con asa de diatermia. El 62,5% de las realizadas con bisturí se trata de lesiones de CIN 2-3 en los que se obtienen bordes libres en el 40% de los casos y bordes afectados en un 60%. El 100% de las conizaciones realizadas con asa en quirófano se trataban de CIN 3 con bordes afectados en un 62,5%. Las conizaciones en la consulta se realizan con asa de diatermia. De estas 36, 30 (83,33%) eran CIN 2-3 en los que teníamos bordes afectados en 43,4%. En lesiones de bajo grado, en todos los casos se obtienen bordes libres.
<b>Conclusiones:</b>	Porcentaje importante de bordes afectados (43,4%) en los CIN 2-3 realizados en la consulta con asa de diatermia.

## INDICE ALFABETICO DE AUTORES

<u>Apellido, Nombre</u>	<u>Ref.</u>	<u>Página</u>	<u>Apellido, Nombre</u>	<u>Ref.</u>	<u>Página</u>
Abanto, Estefanía	CO1-1	8	Cardona, Montserrat	CO5-4	46
Abanto, Estefanía	CO5-2	44	Carreras, Ramon	CO2-2	19
Aedo O, O	CO2-4	21	Castellsague Piqué, Xavier	CO1-6	13
Aguilar Romero, MT	CO3-4	25	Cat-Cérvix	CO3-1	22
Aia, N	CO1-2	9	Centeno, C	CO1-9	16
Aia, Naia	CO5-2	44	Claudio Marañon Di Leo, J	CO4-8	39
Alameda, Francesc	CO2-1	18	Climent, N	CO3-6	27
Alameda, Francesc	CO2-2	19	Climent, N	CO5-6	48
Albareda, J	CO5-6	48	Cobos, Patricia	CO5-2	44
Albareda, J	CO3-6	27	Cobos, Patricia	CO1-1	8
Albert, Sara	CO2-1	18	Cochs Cosme, Belén	CO5-9	51
Albert, Sara	CO2-2	19	Cohet, Catherine	CO1-6	13
Alejos, O	CO3-7	28	Colomé, C	CO4-11	42
Alonso García, Santiago	CO5-8	50	Cortaberría, JR	CO3-9	30
Alonso, Imma	CO5-4	46	Cuatrecases, Miriam	CO4-1	32
Alonso, Santiago	CO5-7	49	De la Torre Bulnes, M	CO4-6	37
Alvarez Conejo, Carmen	CO1-4	11	De la Torre Bulnes, M	CO4-7	38
Álvarez-Argüelles, Marta E	CO3-11	53	De la Torre Bulnes, M	CO3-4	25
Álvarez-Argüelles, Marta E	CO3-12	54	De Oña Navarro, Maria	CO3-11	53
Álvarez-Argüelles, Marta E	CO3-14	55	De Oña Navarro, Maria	CO3-14	55
Andía, D	CO1-2	9	De Oña Navarro, Maria	CO3-12	54
Andia, Daniel	CO1-1	8	De Sanjosé, S	CO3-1	22
Andrés, M <sup>a</sup> Pilar	CO3-10	31	Del Pino, Marta	CO5-4	46
Arencibia Sánchez, O	CO1-8	15	Dexeus, S	CO4-11	42
Arencibia Sánchez, O	CO1-7	14	Deza Moldes, J	CO3-3	24
Arencibia, O	CO4-9	40	Díaz de Eusebio, Susana	CO5-8	50
Arencibia, O	CO5-3	45	Diaz, Susana	CO5-7	49
Arrue Gabilondo	CO4-12	56	Díez, J	CO1-2	9
Aznar, F	CO5-1	43	Diez, Javier	CO5-2	44
Aznar, F	CO1-5	12	Diez, Javier	CO1-1	8
Aznar, Fernando	CO6-1	52	Eizaguirre, Enrique	CO1-1	8
Bajo Arenas, Jose M	CO6-1	52	Elvira Urdampilleta, a	CO5-5	47
Barranco Justicia, Alicia	CO2-3	20	Elvira Urdampilleta, A	CO4-2	33
Barranco Justicia, Alicia	CO4-3	34	Elvira, A	CO4-12	56
Barranco Justicia, Alicia	CO4-4	35	Elvira, A	CO3-9	30
Barranco Justicia, Alicia	CO4-5	36	Escoda Giralt, Maria Rosa	CO5-9	51
Baulies, S	CO4-11	42	Falcón Santana, JM	CO1-8	15
Bayón González, Ana	CO4-10	41	Falcón Santana, JM	CO4-9	40
Beltrán, L	CO5-3	45	Falcón Santana, JM	CO1-7	14
Benítez Toledo, Laura	CO4-8	39	Falcón Santana, JM	CO5-3	45
Blanco Campos, Margarita	CO4-3	34	Falcón Vizcaíno, O	CO1-8	15
Blanco Campos, Margarita	CO4-4	35	Falcón Vizcaíno, O	CO1-7	14
Boga, Jose A	CO3-11	53	Falcón, O	CO4-9	40
Bordés, M	CO4-11	42	Falcón, O	CO5-3	45
Borrego JA	CO1-5	12	Fernández Castro, Covadonga	CO1-3	10
Borrego, JA	CO5-1	43	Fernández Suarez, Jonathan	CO3-11	53
Bravo Violeta, M <sup>a</sup> Victoria	CO1-4	11	Fernández Suarez, Jonathan	CO3-12	54
Calaf, J	CO3-7	28	Fresno, Florentino	CO3-12	54
Calaf, Joaquim	CO4-1	32	Fusté, Pere	CO2-2	19
Canet Esteve, Yolanda	CO5-9	51	Galicia-García, MD	CO1-10	17
Cararach, M	CO4-11	42	Gallardo, Alberto	CO4-1	32

## INDICE ALFABETICO DE AUTORES

<u>Apellido, Nombre</u>	<u>Ref.</u>	<u>Página</u>	<u>Apellido, Nombre</u>	<u>Ref.</u>	<u>Página</u>
García A, P	CO2-4	21	López Salva, A	CO5-6	48
García Barrios, M	CO3-6	27	López Soriano, Belén	CO2-3	20
García Barrios, M	CO5-6	48	López Vázquez, Ángel	CO1-3	10
García Díaz, Lutgardo	CO2-3	20	Lubrano Rosales, A	CO1-8	15
García Díaz, Lutgardo	CO4-3	34	Lubrano Rosales, A	CO1-7	14
García Díaz, Lutgardo	CO4-4	35	Lubrano, A	CO4-9	40
García Díaz, Lutgardo	CO4-5	36	Lubrano, A	CO5-3	45
García Gallardo, María	CO5-9	51	Machado, Y	CO4-9	40
García Rodríguez, R	CO1-7	14	Mancebo, Gemma	CO2-2	19
García Rodríguez, R	CO1-8	15	Manzanera, L	CO1-2	9
García Vila, L	CO5-6	48	Manzanera, Lorenzo	CO1-1	8
García, J	CO3-7	28	Maraví San Martín, Aranzazu	CO4-3	34
García-Shimizu, P	CO1-10	17	Marigil, Miguel	CO3-10	31
Garnateo Nicolás, F	CO5-5	47	Maroto Páez, Rafael	CO1-3	10
Ginferrer, Eulalia	CO2-1	18	Martí Malgosa, Laia	CO5-9	51
Ginferrer, Eulalia	CO2-2	19	Martín González, A	CO3-3	24
Gómez Cortes, Mónica	CO4-8	39	Martínez Escoriza, JC	CO1-10	17
Gómez de Oña, Ernesto	CO3-14	55	Martínez i Palones, J	CO1-9	16
Gómez de Oña, Ernesto	CO3-12	54	Martínez, Rosa M	CO6-1	52
Gómez Sánchez, J	CO4-6	37	Martínez-Astorquiza, Txantón	CO5-2	44
Gómez Sánchez, J	CO3-4	25	Mayor Amorós, JA	CO1-10	17
Gómez Sánchez, J	CO4-7	38	Medina Ramos, N	CO1-7	14
González Paredes, A	CO4-7	38	Medina Ramos, N	CO1-8	15
González Torga, Luis	CO4-10	41	Medina, N	CO5-3	45
González Torga, Luis	CO1-9	16	Medina, N	CO4-9	40
González, L	CO3-5	26	Melón García, S	CO3-3	24
González, L	CO5-7	49	Melón García, Santiago	CO3-11	53
González-Hernández, M	CO1-10	17	Melón García, Santiago	CO3-14	55
González-Hernández, M	CO1-5	12	Melón, Santiago	CO3-12	54
González-Torga, A	CO1-10	17	Menéndez León, Lucia	CO1-3	10
Gracia, M	CO1-9	16	Menéndez Robledo, E	CO3-3	24
Guillén Gámez, Carmen	CO1-4	11	Menéndez Rodríguez, Primitiva	CO3-11	53
Guisado, J	CO5-1	43	Menéndez Rodríguez, Primitiva	CO3-14	55
Hernández de Antonio, A	CO1-10	17	Monserrat, JA	CO5-1	43
Herrera, L	CO5-6	48	Montejo Rodríguez, Rocío	CO5-8	50
Herrera, M .	CO3-6	27	Montejo, Rocío	CO5-7	49
Hidalgo, E	CO3-5	26	Moreno, Julio	CO5-2	44
Ibañez Garicano, L	CO4-2	33	Morín Gamara, JC	CO1-7	14
Ibañez, R	CO3-1	22	Muñoz Barrera, Ana María	CO4-5	36
Iglesias, C	CO1-9	16	Muñoz, E	CO1-5	12
Izaguirre, E	CO1-2	9	Navarro Lopez, M	CO4-12	56
Junquera Llana, ML	CO3-3	24	Navarro López, M	CO5-5	47
Junquera, Marisa	CO3-14	55	Navarro López, M	CO4-2	33
Lamelas, ML	CO3-5	26	Navarro, M	CO3-9	30
Lerma, E	CO3-7	28	Navarro, M	CO1-2	9
Lerma, Enrique	CO4-1	32	Nieto Naya, MA	CO1-8	15
López Beltrán, Cristina	CO4-4	35	Nieto Naya, MA	CO1-7	14
López Gómez, Adolfo	CO2-3	20	Nonell, Roser	CO5-4	46
López Gómez, Adolfo	CO4-5	36	Nuñez Gión, Rosa	CO1-3	10
López Ortiz, Luz	CO4-8	39	Oña Navarro, M	CO3-3	24
López Salva, A	CO3-6	27	Ordi, Jaume	CO5-4	46

## INDICE ALFABETICO DE AUTORES

<u>Apellido, Nombre</u>	<u>Ref.</u>	<u>Página</u>	<u>Apellido, Nombre</u>	<u>Ref.</u>	<u>Página</u>
Orensanz, Inmaculada	CO6-1	52	Salegi, A	CO3-9	30
Ortiz Q, L	CO2-4	21	Salegi, Ainhoa	CO1-1	8
Oyarzabal Urkiola, A	CO5-5	47	Salvador Osuna, Marta	CO5-8	50
Pahisa, Jaume	CO5-4	46	Salvador, Marta	CO5-7	49
Palacio Suarez, Ana	CO3-14	55	Sampere Martinez, Angeles	CO3-12	54
Pérez Menéndez, Cristina	CO3-2	23	Sampere Martinez, Angeles	CO3-14	55
Pérez, C	CO1-2	9	Sánchez, JM	CO5-1	43
Pérez, Carlos	CO1-1	8	Sánchez, JM	CO1-5	12
Peris, M	CO3-1	22	Sánchez-Payá, J	CO1-10	17
Pijuan, Lara	CO2-1	18	Sancho Pérez, Blanca	CO1-4	11
Pijuan, Lara	CO2-2	19	San-Martín Rodríguez, María	CO1-6	13
Presa Lorite, J	CO4-6	37	Santos, Jordina	CO2-2	19
Presa Lorite, J	CO4-7	38	Seoane Gonzalea, Jose Miguel	CO1-4	11
Presa Lorite, JC	CO3-4	25	Serra Azuara, Laura	CO5-9	51
Puig-Tintoré, Lluís M	CO5-4	46	Serrano, Sergi	CO2-1	18
Puig-Tintoré, Luis	CO1-6	13	Serrano, Sergi	CO2-2	19
Quílez, JC	CO1-2	9	Solares Gonzalez, Concepción	CO3-2	23
Quílez, Jose Cruz	CO1-1	8	Soler, Imma	CO2-1	18
Quílez, M	CO3-7	28	Soler, Imma	CO2-2	19
Quílez, Manuel	CO4-1	32	Soro, G	CO1-9	16
Rabanal, A	CO3-6	27	Tallada, N	CO1-9	16
Ramón y Cajal, Jose Manuel	CO3-10	31	Tamargo Suárez, A	CO3-3	24
Redondo, C	CO3-5	26	Tamargo Suarez, Angel	CO3-11	53
Remy, Vanessa	CO1-6	13	Tardón García, Adonina	CO3-2	23
Ribero Torrejón, B	CO5-5	47	Torné, Aureli	CO5-4	46
Rivero de Torrejón, B	CO4-2	33	Torrejón Cardoso, Rafael	CO2-3	20
Rivero Torrejón, B	CO4-12	56	Torrejón Cardoso, Rafael	CO4-3	34
Rivero, B	CO3-9	30	Torrejón Cardoso, Rafael	CO4-4	35
Rivero, B	CO1-2	9	Torrejón Cardoso, Rafael	CO4-5	36
Rivero, Borja	CO1-1	8	Torrents Muns, M	CO3-3	24
Rodríguez, David	CO6-1	52	Torrents Muns, Magda	CO3-11	53
Romero Guadix, B	CO4-6	37	Torrents Muns, Magda	CO3-12	54
Romero Requejo, A	CO1-7	14	Torres García, LM	CO3-4	25
Romero Requejo, A	CO1-8	15	Torres García, LM	CO4-6	37
Romero, A	CO4-9	40	Torres García, LM	CO4-7	38
Romero, A	CO5-3	45	Valdés Lafuente, David	CO4-10	41
Romero, Emilia	CO2-1	18	Vanrell, C	CO3-7	28
Romero, Emilia	CO2-2	19	Vanrell, Cristina	CO4-1	32
Roy, Virginia	CO3-10	31	Vaquero Argello, Gema	CO5-8	50
Royo, Juan Pablo	CO3-10	31	Vaquero, Gema	CO5-7	49
Royo, Pedro	CO6-1	52	Vargas Lazcano, José Antonio	CO2-3	20
Sainz de la Cuesta, Ricardo	CO1-6	13	Vargas Lazcano, José Antonio	CO4-3	34
Saiz-Pardo R, F	CO2-4	21	Vargas Lazcano, José Antonio	CO4-4	35
Salegi Arregi, A	CO4-2	33	Vargas Lazcano, José Antonio	CO4-5	36
Salegi Arregi, A	CO4-12	56	Velasco Alonso, Julio	CO3-2	23
Salegi Arregi, A	CO5-5	47	Vera, Jesús	CO3-10	31
Salegi Arregi, Ainhoa	CO3-8	29	Xercavins, J	CO1-9	16