

**III JORNADAS DE
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**
para atención primaria a través de
casos clínicos

Lunes 24 de noviembre de 2014



Hospital Universitario Infanta Elena

Comunidad de Madrid



**VACUNACIÓN Y CRIBADO DE
CÁNCER DE CÉRVIX**

Caso clínico:

Mujer de 19 años remitida por su médico para valoración ginecológica por presentar su pareja condilomas. Le han recomendado que se tiene que vacunar

Antecedentes familiares: madre cáncer de cervix

Antecedentes personales sin interés, nuligesta. ACO

Vacunada con Gardasil (6,11,16,18) a los 14 años (previo al inicio de relaciones sexuales, que se iniciaron a los 15 años)

Citología en 2013 normal

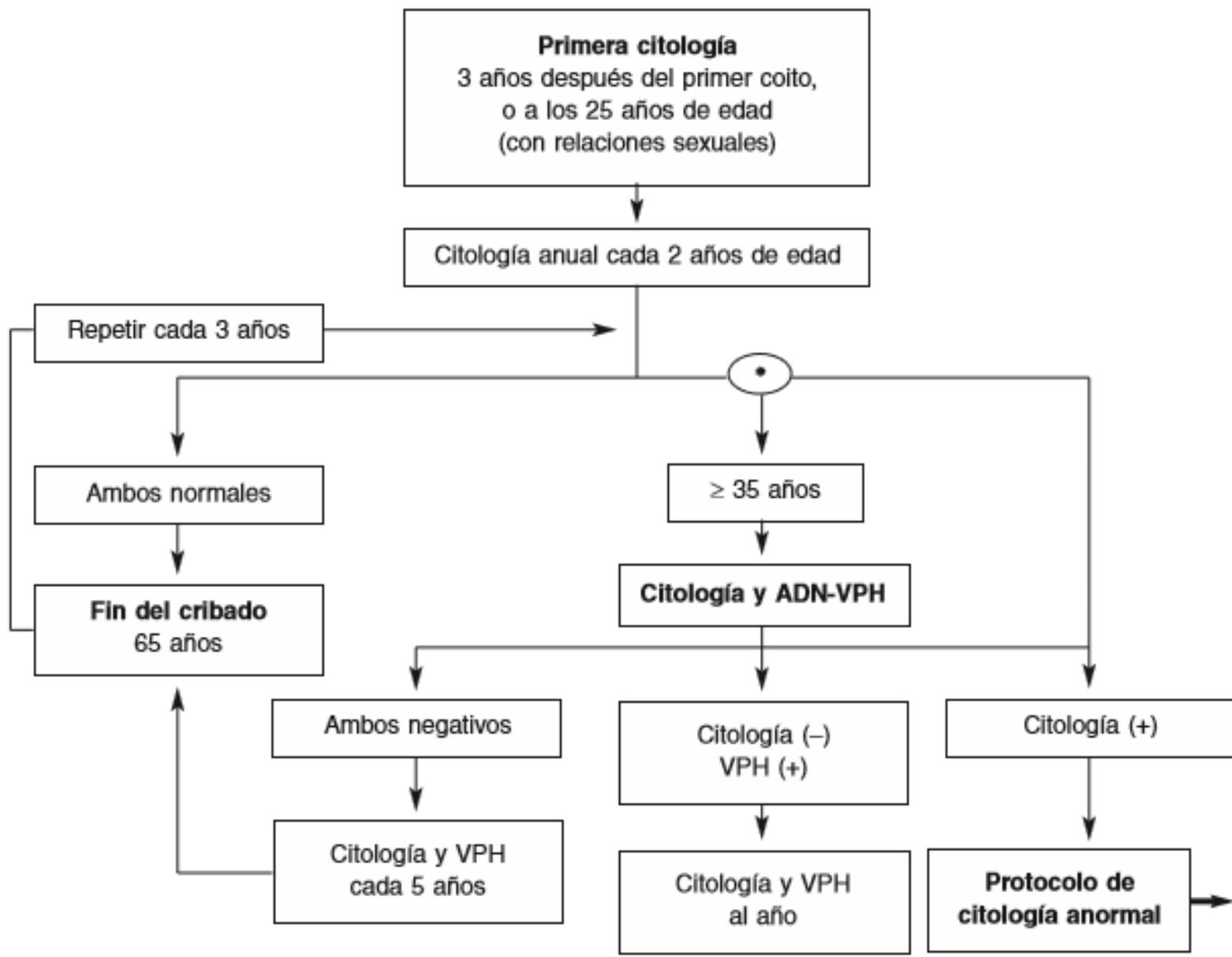
Exploración ginecológica normal, no se visualizan condilomas en vulva, cérvix ni vagina.

Esta adolescente, vacunada ¿Cuándo debería haber empezado el cribado de cáncer de cérvix?

- A) Al año de inicio de relaciones sexuales
- B) A los 3 años de inicio de relaciones sexuales
- C) A los 30 años.
- D) No precisa revisiones.

¿Cuál es el objetivo del cribado?

- a) Detección de lesiones CIN 2+
- b) Detección de VPH
- c) Detección de ASCUS, LSIL, HSIL
- d) Detección de cáncer cervical



*Opción sujeta a disponibilidad del test de VPH.

NO REALIZAR EN MENORES DE 21 AÑOS

Recomendaciones de distintas sociedades: USPSTF, PAPPS, ACP, ASCCP,
ASCP, ACOG,

Oncoguía
Prevencción
del Cáncer
de Cuello
de Útero
2014

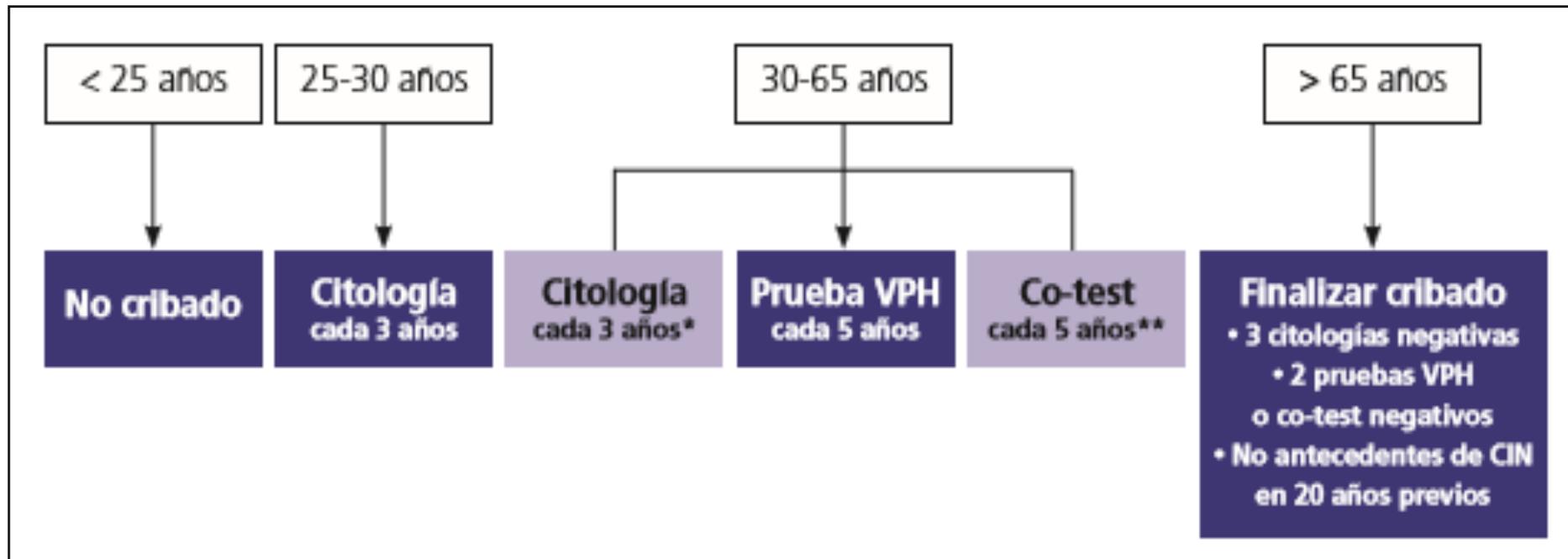
• **Guías
de práctica
clínica
en cáncer
ginecológico
y mamario**



Documento de consenso



SeAP-IAP
Sociedad Española de Anatomía Patológica
International Academy of Pathologists



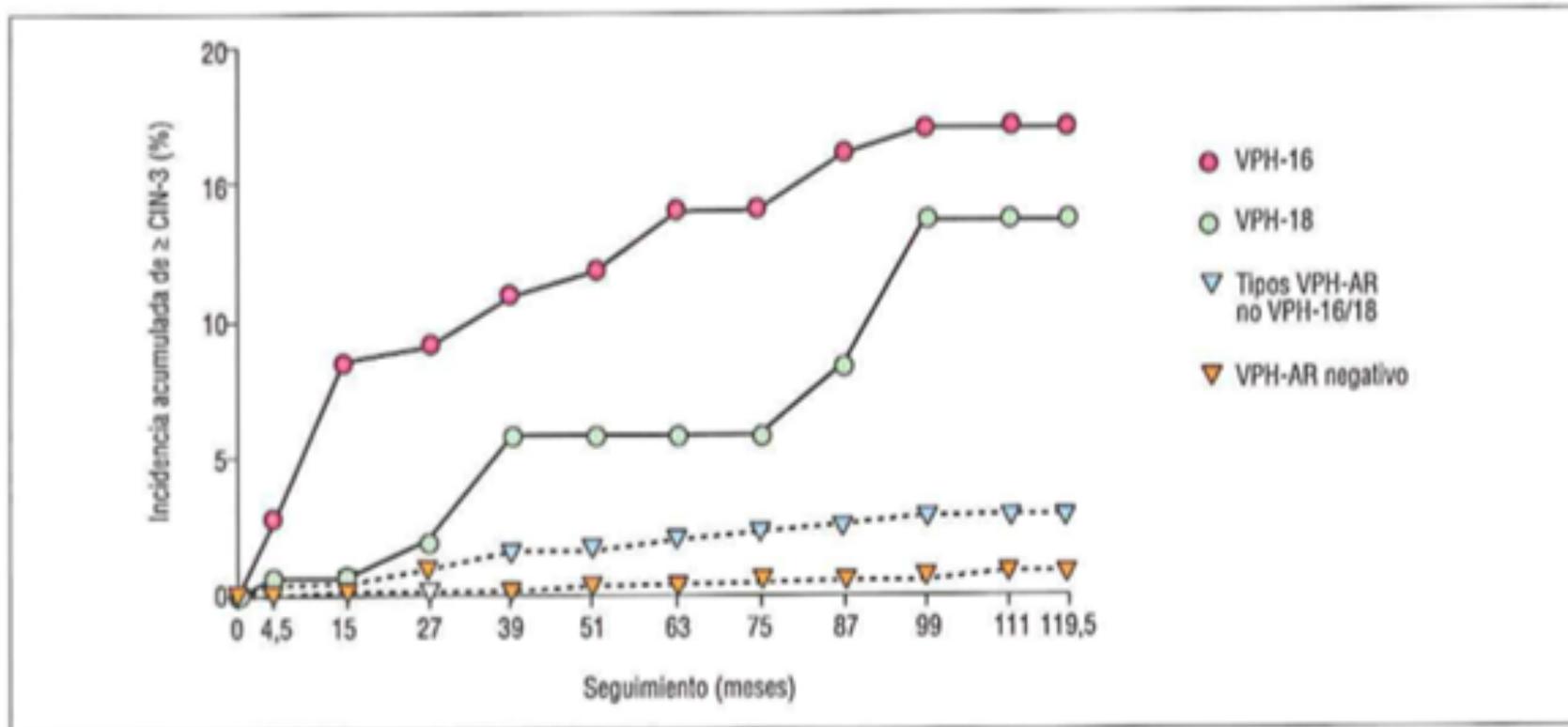
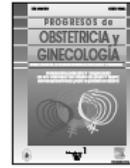


Figura 4 Incidencia acumulada de CIN-3+ en una cohorte de 20.514 mujeres según el genotipo de virus del papiloma humano (VPH)

- La infección por VPH es la infección de transmisión sexual más frecuente.
- LSIL-CIN 1 es la expresión de una infección aguda por el VPH, que suele ser transitoria y asintomática. 90 % se aclararán en 2 años, sobre todo en gente joven
- Tasa de regresión CIN 2
 - < 24 años 70 % (si HPV 16: 50 %)
 - > 24 años 30-50 % (2 años)
- Tasa de regresión CIN 3 20-30%

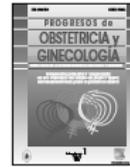


Prevención primaria y secundaria de los cánceres de cuello de útero y vulva: recomendaciones para la práctica clínica

Javier Cortés^a, Federico Martín-Torres^b, José Manuel Ramón y Cajal^c,
Ángel Gil^d, Julio Velasco^e, Mercè Abizanda^f, Pilar Miranda^g y Rogelio Garrido^h

¿A qué edad debe iniciarse el cribado en las mujeres vacunadas y qué intervalo entre controles debería recomendarse?

La incidencia del cáncer infiltrante en mujeres jóvenes vacunadas, por debajo de 30 años, es baja, 1,5/100.000 mujeres/año de entre 20 y 24 años, a pesar de la elevada actividad sexual y de la alta adquisición de VPH¹⁴⁰. El beneficio de iniciar el cribado a esta cohorte de pacientes vacunadas por debajo de 30 años no estaría justificado, básicamente por la morbilidad asociada al sobrediagnóstico y sobretratamiento, por la ansiedad que se genera a estas pacientes y por los elevados costes por año salvado¹³¹. En consecuencia, la edad de inicio de cribado se establecería en 30 años, criterio igualmente adoptado por el American College of Obstetrician and Gynecologist en su última actualización de recomendaciones¹⁴¹.



Prevención primaria y secundaria de los cánceres de cuello de útero y vulva: recomendaciones para la práctica clínica

Javier Cortés^a, Federico Martín-Torres^b, José Manuel Ramón y Cajal^c,
Ángel Gil^d, Julio Velasco^e, Mercè Abizanda^f, Pilar Miranda^g y Rogelio Garrido^h

El cribado *debe modificarse* porque en poblaciones vacunadas la lesión en búsqueda, neoplasia intraepitelial de cuello de útero (CIN) grado 2 o superior va a ser menos prevalente, dada la gran eficacia vacunal frente a ella. En un escenario de baja prevalencia, las pruebas con problemas de sensibilidad estarán penalizadas. La citología, altamente específica pero con sensibilidad media bien establecida para CIN 2+ no superior al 55%, es previsible que no trabaje eficazmente en un espacio diagnóstico como el descrito¹³⁸.

Ambas vacunas han actualizado recientemente su potencial preventivo de resultados citológicos anómalos y conductas derivadas de su evaluación. Esta marcada disminución de la tasa de resultados citológicos anómalos puede derivar en una sobrevaloración de anomalías benignas, con un falso incremento de atipias inciertas y lesiones de bajo grado y el consiguiente riesgo de sobre-control/tratamiento. La citología puede así ver penalizada también su especificidad¹³⁸.



PROGRESOS de
**OBSTETRICIA Y
GINECOLOGÍA**

www.elsevier.es/pog



Prevención primaria y secundaria de los cánceres de cuello de útero y vulva: recomendaciones para la práctica clínica

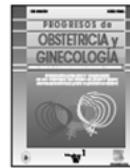
Javier Cortés^a, Federico Martínón-Torres^b, José Manuel Ramón y Cajal^c,
Ángel Gil^d, Julio Velasco^e, Mercè Abizanda^f, Pilar Miranda^g y Rogelio Garrido^h

Protocolo de cribado del cáncer de cuello de útero en mujeres vacunadas

- 30 años: prueba de VPH**
- **Negativo:** repetir en 5 años (Evidencia 1A, Consenso interno E)
 - **Positivo:**
 - **Citología** (Evidencia 1A, Consenso interno E):
 - ▷ **HSIL*:** colposcopia (Evidencia 1A, Consenso interno E)
 - ▷ **Otros resultados, incluido el negativo: tipado VPH**
 - **Tipos 16-18:** colposcopia (Evidencia 2A, Consenso interno E)
 - **Otros tipos:** control doble test al año (Evidencia 1B, Consenso interno E)

65 años: fin de cribado

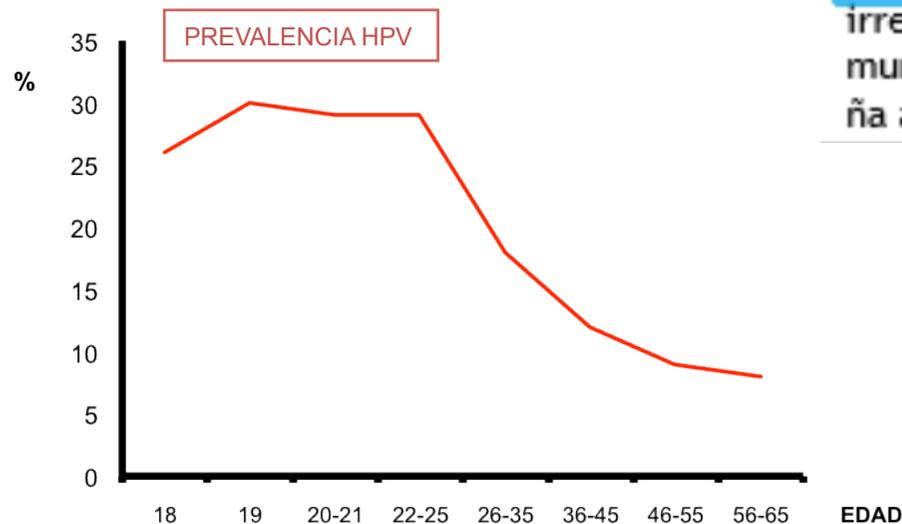
*Lesión intraepitelial de alto grado.



Prevención primaria y secundaria de los cánceres de cuello de útero y vulva: recomendaciones para la práctica clínica

Javier Cortés^a, Federico Martín-Torres^b, José Manuel Ramón y Cajal^c,
Ángel Gil^d, Julio Velasco^e, Mercè Abizanda^f, Pilar Miranda^g y Rogelio Garrido^h

La prueba de VPH es más sensible que la citología para CIN 2+, aunque menos específica, pero estos problemas de especificidad se corrigen cuando se aplica en el corte de edad adecuado, cuando la mayoría de las presencias de VPH irrelevantes han desaparecido. Los datos provisionales comunicados del estudio CLEOPATRE sitúan esta edad en España a partir de los 30 años¹³⁹.





Prevención primaria y secundaria de los cánceres de cuello de útero y vulva: recomendaciones para la práctica clínica

Javier Cortés^a, Federico Martín-Torres^b, José Manuel Ramón y Cajal^c, Ángel Gil^d, Julio Velasco^e, Mercè Abizanda^f, Pilar Miranda^g y Rogelio Garrido^h

Las razones por las que el cribado *no debe interrumpirse* son¹³⁶:

1. La vacuna protege directamente frente a dos de los 14 tipos de VPH oncogénicos, aunque es posible un cierto grado de protección cruzada frente a tipos no vacunales ya documentada por ambas vacunas.
2. La cobertura de la vacunación no es previsible que alcance al 100% de la población.
3. Desconocemos la duración de la protección, aunque los datos disponibles la sitúan por encima de los 10 años.
4. Además, aunque es poco probable, existe la posibilidad de que se incremente la prevalencia de otros tipos de VPH en las poblaciones vacunadas¹³⁷.

MUCHAS GRACIAS!!



Para cualquier duda:

Tfno: 91 894 8410 Extensión 2472, 2473, 2229

Email: ginecología.hie@idcsalud.es