



Comunica
VPH

PREVENCIÓN SECUNDARIA

RECOMENDACIONES FINALES

Autores: Mercedes Herrero Conde

Jesús de la Fuente Valero

Paula Buelga López

Laura López Prada

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN	2
II. PREVENCIÓN SECUNDARIA.....	4
https://www.saludsexualparatodos.es/prevencion-secundaria/	4
1. Definición.....	4
2. ¿Qué podemos hacer para disminuir la posibilidad de enfermedad si he contraído la infección?	4
3. ¿Cómo se detecta la enfermedad?	5
4. Cribado en mujeres. Citología/Test de VPH.....	5
5. Guías europeas de cribado 2015	6
6. ¿Es posible detectar VPH en el pene u otras zonas?	7
7. Si te tratan las verrugas o te hacen una conización, ¿desaparece el virus?	8
III. RECOMENDACIONES FINALES.....	9
https://www.saludsexualparatodos.es/recomendaciones-finales/	9
IV. CONFLICTO DE INTERESES:.....	12
V. BIBLIOGRAFÍA.....	13

I. INTRODUCCIÓN

La infección por VPH, virus del papiloma humano, es la infección de transmisión sexual (ITS) más frecuente que existe(1). Aún así hay mucho desconocimiento entre la población sobre ella, y en ocasiones, entre algunos sanitarios.

Las enfermedades asociadas a la infección VPH han salido del territorio genital, esto ha hecho que otros profesionales sanitarios tengan que manejarla, cada vez con mayor frecuencia.

Esta infección tiene una especial **complejidad**:

1. Entrar en contacto con el virus no significa que se traduzca en enfermedad.
2. El diagnóstico es difícil, en algunas situaciones.
3. No genera defensas duraderas tras la infección natural.
4. El largo lapso de tiempo que transcurre desde su adquisición hasta que aparece enfermedad.
5. La adquisición vía sexual y el hecho de que pueda producir cáncer.

Desde hace más de diez años existen **vacunas** para la infección. Las mal llamadas vacunas contra el **cáncer de cérvix**. Si bien este es el tumor más frecuente producido por el virus, este nombre acota su capacidad lesiva a un sexo, las mujeres, y a un órgano en concreto, el cuello del útero. Esto es más marcado en España donde aún no

está financiada la vacuna para varones. **Se desconoce que los cánceres VPH no tienen sexo ni género.**

A todo ello se añade el estigma por ser una **infección adquirida por vía sexual**, con las connotaciones sociales negativas y el estigma que ello supone. Además puede generar desconfianza y descrédito dentro de parejas estables, cuándo aparece una lesión tiempo después de la convivencia. Escuchamos en consulta frases cómo, “el virus lo sufren las mujeres y lo transmiten los hombres”, “la vacuna solo sirve para las niñas”, “si ya he tenido virus no necesito vacuna”, “si tengo pareja estable no puedo tener infección” y tantos mitos más que se asocian a esta infección.

Los **sanitarios**, sobre todos los no acostumbrados con el manejo de las ITS, no somos ajenos a este **desconocimiento sobre la infección**. Y lo que es más difícil, **cómo contarlo** y transmitirlo a nuestros pacientes. En ocasiones diversos especialistas, enfermeras y farmacéuticos, que han tenido contacto con un paciente portador de VPH o con enfermedad por el virus, ofrecen mensajes diferentes, e incluso contradictorios. Algunos colegas de otras especialidades me han reconocido su dificultad en el manejo de esta información.

II. PREVENCIÓN SECUNDARIA

<https://www.saludsexualparatodos.es/prevencion-secundaria/>

1. Definición

La **prevención secundaria** comprende todas las medidas que ayudan a retrasar o detener el progreso de la infección. Consisten en **detectar** a tiempo las **lesiones precursoras del cáncer**, e impedir que puedan producirse las formas más graves de los mismos.

2. ¿Qué podemos hacer para disminuir la posibilidad de enfermedad si he contraído la infección?

1. **Revisiones ginecológicas** periódicas. Esto nos permitirá detectar las lesiones premalignas(2).
2. **Reducir relaciones sexuales no seguras**. A mayor exposición, mayor riesgo(3).
3. **Uso del preservativo**. Sabemos que si lo usan el episodio activo durará menos. Es una recomendación más sobre la protección(4).
4. **Suspender tabaco**, el tabaco favorece la capacidad lesiva del virus(5).
5. **Dieta adecuada y el ejercicio**, porque mejoran la inmunidad. Incluir licopenos, tocoferol, carotenos, vitaminas B, C y E.

6. **Vacunación.** Es una estrategia fundamental en la prevención, aunque ya se hayan tenido relaciones sexuales, o incluso lesión por el virus(6-8).

3. ¿Cómo se detecta la enfermedad?

1. Mujeres:

- A. Revisiones ginecológicas: citología y prueba de VPH(2).
- B. Detección de lesiones: Sangrados o verrugas genitales(2).

2. Hombres:

- A. No existe cribado.
- B. Detección de lesiones, genitales u orales.

4. Cribado en mujeres. Citología/Test de VPH

El cribado de cáncer de cérvix se ha hecho desde el inicio con la citología cervical. Esta ha mejorado su técnica desde la recogida y valoración en cristal, hasta las mas recientes citologías en medio líquido “QuickPrep” más eficaces.

Se aboga por modificar el cribado poblacional hacia la determinación del VPH con un test validado para ello. Las ventajas que se aportan son:

1. Más objetivo que citología.
2. Posibilidad de auto-toma.

3. Más eficiente: Menos pruebas de cribado. Con disminución de precio.
4. Eficaz para detectar lesiones precursoras de adenocarcinoma.
5. Un resultado negativo para VPH aporta más seguridad que la citología sobre un riesgo menor de lesión.
6. Datos de superioridad sobre citología.

5. Guías europeas de cribado 2015

1. IDONEIDAD DEL VPH COMO PRUEBA PRIMARIA PARA SU USO EN PROGRAMAS DE DETECCIÓN DEL CÁNCER CERVICAL

La determinación del virus del papiloma humano (VPH) oncogénico puede utilizarse como prueba primaria en programas de cribados organizados y poblacionales, siempre y cuando se sigan las directrices para asegurar la calidad en cribados de cáncer cervical. IA

No se recomienda la determinación de VPH oncogénico como prueba primaria, fuera de un programa poblacional organizado. VIA

2. EVITAR COMBINAR PRUEBAS (VPH Y CITOLOGÍA) A CUALQUIER EDAD

Se debe utilizar una sola prueba primaria (citología o detección del VPH oncogénico) en función de la edad. II-A

3. EDAD DE COMIENZO DEL CRIBADO CON VPH COMO PRUEBA PRIMARIA

La determinación de VPH como prueba primaria puede usarse a partir de los 35 años. I-A

El cribado rutinario con VPH primario no debe comenzar antes de los 30 años. I-E

Cribado. Guías europeas 2015

RECOMENDACIONES	FUERZA DE RECOMENDACIÓN
IDONEIDAD DEL VPH COMO PRUEBA PRIMARIA PARA SU USO EN PROGRAMAS DE DETECCIÓN DEL CÁNCER CERVICAL	
La determinación del VPH oncogénico puede utilizarse como prueba primaria en programas de cribados organizados y poblacionales, si se siguen las directrices que aseguren calidad en el cribado.	IA
No se recomienda la determinación de VPH oncogénico como prueba primaria fuera de un programa poblacional organizado.	VI-A
EVITAR COMBINAR PRUEBAS (VPH Y CITOLOGÍA) A CUALQUIER EDAD	
Se debe utilizar una sola prueba primaria (citología o detección del VPH oncogénico) en función de la edad.	II-A
EDAD DE COMIENZO DEL CRIBADO CON VPH COMO PRUEBA PRIMARIA	
La determinación de VPH como prueba primaria puede usarse a partir de los 35 o más años.	I-A
El cribado rutinario con VPH primario no debe comenzar antes de los 30 años.	I-E

6. ¿Es posible detectar VPH en el pene u otras zonas?

No existe prueba validada para la detección del virus VPH en pene u otras zonas.

No existe un test de cribado validado para otros órganos, distintos al cuello del útero.

Esto significa que si encontramos una prueba positiva para VPH significa que hay presencia de virus. Pero si la prueba es negativa para VPH puede que haya o no virus.

No se recomienda cribado para cáncer anal en varones, aún así, es discutible hacer anoscopias y tomas de muestras en hombres que tienen sexo con hombres o son portadores del VIH, puesto que en estos grupos el cáncer anal es más frecuente.

No hay prueba para detectar verrugas genitales, se diagnostican por visión directa.
Tampoco para cáncer de pene.

Para el **hombre NO hay cribado validado**. Solo queda detectar las lesiones cuando se producen.

Por todo ello se recomienda consultar ante cualquier cambio en genitales externos, perianal, así como sospecha de verrugas, úlceras, manchas blanquecinas u otras anomalías. Todo ello aunque no produzcan molestias ni dolor.


Is there a test for HPV in men?

Currently, there is no HPV test recommended for men. The only approved HPV tests on the market are for screening women for cervical cancer. They are not useful for screening for HPV-related cancers or genital warts in men.

- Screening for anal cancer is not routinely recommended for men. This is because more research is needed to find out if it can actually prevent anal cancer. However, some experts do recommend yearly anal cancer screening (anal Pap tests) for gay, bisexual, and HIV-positive men – since anal cancer is more common in these men.
- There is no approved test to find genital warts for men or women. However, most of the time, you can see genital warts. If you think you may have genital warts, you should see a health care provider.
- There is no test for men to check one's overall "HPV status." But HPV usually goes away on its own, without causing health problems. So an HPV infection that is found today will most likely not be there a year or two from now.
- Screening tests are not available for penile cancer.

You can check for any abnormalities on your penis, scrotum, or around the anus. See your doctor if you find warts, blisters, sores, ulcers, white patches, or other abnormal areas on your penis—even if they do not hurt.

National Center for HIV/AIDS, Viral Hepatitis, STD, and TB Prevention
Division of STD Prevention



CS228547A

7. Si te tratan las verrugas o te hacen una conización,

¿desaparece el virus?

1. Un tratamiento efectivo elimina tanto la lesión pre-maligna como el VPH-AR causante. Aunque si pensamos en virus de campo podrán quedar zonas con presencia viral cercanas(9).
2. El principal factor de riesgo de recurrencia de SIL (CIN) después de conización es la persistencia del VPH(9-11).

3. La mayoría de mujeres aclaran la infección tras el tratamiento por su inmunidad natural(12, 13).
4. Las mujeres que han tenido una lesión cervical pre-maligna constituyen un subgrupo de especial riesgo de tener una nueva lesión o cáncer de cuello de útero(6, 14).
5. La escisión total de la lesión consigue la negativización del VPH en aproximadamente el 70% de las pacientes demostrada en la determinación inmediata post-conización o en el control de los 6-12 meses posteriores(14).

III. RECOMENDACIONES FINALES

<https://www.saludsexualparatodos.es/recomendaciones-finales/>

Esta infección tiene una especial complejidad:

1. Entrar en contacto con el virus no significa que se traduzca en enfermedad.
2. El diagnóstico es difícil, en algunas situaciones.
3. El largo lapso de tiempo que transcurre desde su adquisición hasta que aparece enfermedad.
4. La adquisición vía sexual.
5. El hecho de que pueda producir cáncer.

Las recomendaciones finales son el resumen de todo lo expuesto a lo largo del trabajo, se resumirían en:

1. Revisiones ginecológicas periódicas(2).
2. Reducir relaciones sexuales poco seguras(3).
3. Uso del preservativo(4).
4. Suspender tabaco(5).
5. Dieta adecuada, ejercicio para mejorar la inmunidad. Incluir licopenos, tocoferol, carotenos, vitaminas B, C y E(15).
6. Vacunación(6-8).



IV. CONFLICTO DE INTERESES:

Los autores y los demás sanitarios implicados en este proyecto, no han recibido remuneración alguna por el mismo, ni desde la Asociación SEDISATO, que gestiona el proyecto www.saludsexualparatodos, ni desde la industria farmacéutica u otras instituciones. Las aportaciones se han basado en su conocimiento sobre el tema y las necesidades planteadas por otros sanitarios y la población general.

Todas las colaboraciones que se han realizado no han supuesto remuneración alguna para los autores.

V. BIBLIOGRAFÍA

1. Lee Y-S. 2019 Asian American/Pacific Islander Nurses Association & Taiwan Nurses Association Joint International Conference: Changes in Nursing Research, Education, and Practice: From Local to Global. *Asian/Pacific Island Nursing Journal*. 2020;4(4):183.
2. Bansal AB, Pakhare AP, Kapoor N, Mehrotra R, Kokane AM. Knowledge, attitude, and practices related to cervical cancer among adult women: A hospital-based cross-sectional study. *Journal of natural science, biology, and medicine*. 2015;6(2):324.
3. Rodríguez-Álvarez MI, Gómez-Urquiza JL, Ahmed H-E, Albendín-García L, Gómez-Salgado J. Prevalence and risk factors of human papillomavirus in male patients: a systematic review and meta-analysis. *International journal of environmental research and public health*. 2018;15(10):2210.
4. Chih HJ, Lee AH, Colville L, Xu D, Binns CW. Condom and oral contraceptive use and risk of cervical intraepithelial neoplasia in Australian women. *Journal of gynecologic oncology*. 2014;25(3):183-7.
5. Gadducci A, Barsotti C, Cosio S, Domenici L, Riccardo Genazzani A. Smoking habit, immune suppression, oral contraceptive use, and hormone replacement therapy use and cervical carcinogenesis: a review of the literature. *Gynecological Endocrinology*. 2011;27(8):597-604.
6. Ghelardi A, Parazzini F, Martella F, Pieralli A, Bay P, Tonetti A, et al. SPERANZA project: HPV vaccination after treatment for CIN2. *Gynecologic oncology*. 2018;151(2):229.
7. Kang WD, Choi HS, Kim SM. Is vaccination with quadrivalent HPV vaccine after loop electrosurgical excision procedure effective in preventing recurrence in patients with high-grade cervical intraepithelial neoplasia (CIN2–3)? *Gynecologic oncology*. 2013;130(2):264-8.
8. Marty R, Roze S, Bresse X, Largeron N, Smith-Palmer J. Estimating the clinical benefits of vaccinating boys and girls against HPV-related diseases in Europe. *Bmc Cancer*. 2013;13(1):10.
9. Nam K, Chung S, Kim J, Jeon S, Bae D. Factors associated with HPV persistence after conization in patients with negative margins. *Journal of gynecologic oncology*. 2009;20(2):91-5.
10. Bae J, Kim C, Park T, Namkoong S, Park J. Persistence of human papillomavirus as a predictor for treatment failure after loop electrosurgical excision procedure. *International Journal of Gynecologic Cancer*. 2007;17(6):1271-7.

11. Nagai Y, Maehama T, Asato T, Kanazawa K. Persistence of human papillomavirus infection after therapeutic conization for CIN 3: is it an alarm for disease recurrence? *Gynecologic oncology*. 2000;79(2):294-9.
12. Rachel Skinner S, Wheeler CM, Romanowski B, Castellsagué X, Lazcano-Ponce E, Rowena Del Rosario-Raymundo M, et al. Progression of HPV infection to detectable cervical lesions or clearance in adult women: Analysis of the control arm of the VIVIANE study. *International journal of cancer*. 2016;138(10):2428-38.
13. Clifford G, Smith J, Aguado T, Franceschi S. Comparison of HPV type distribution in high-grade cervical lesions and cervical cancer: a meta-analysis. *British journal of cancer*. 2003;89(1):101-5.
14. Park J-Y, Lee KH, Dong SM, Kang S, Park S-Y, Seo S-S. The association of pre-conization high-risk HPV load and the persistence of HPV infection and persistence/recurrence of cervical intraepithelial neoplasia after conization. *Gynecologic oncology*. 2008;108(3):549-54.
15. Chih HJ, Lee AH, Colville L, Binns CW, Xu D. A review of dietary prevention of human papillomavirus-related infection of the cervix and cervical intraepithelial neoplasia. *Nutrition and cancer*. 2013;65(3):317-28.