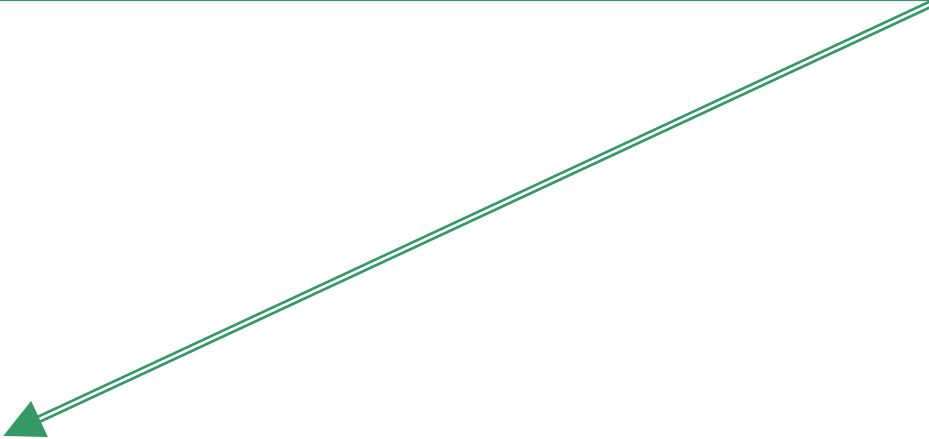


CANCER DE CUELLO UTERINO... VIRUS DEL PAPILOMA... VACUNA

VACUNA



OPCIÓN CIENTIFICA

Ó

UNA OPCIÓN IDEOLÓGICA
COMERCIALIZADA ?..

DRA. MÓNICA PUGA

1. CANCER DE CUELLO... VIRUS DEL PAPILOMA... VACUNA

1.1 CANCER DE CUELLO UTERINO

- CANCER DE CÉLULAS ESCAMOSAS
- ADENOCARCINOMA
- OTROS TUMORES EPITELIALES
- OTROS TUMORES

ANATOMOPATOLOGÍA

DIAGNÓSTICO

EXAMEN GINECOLÓGICO

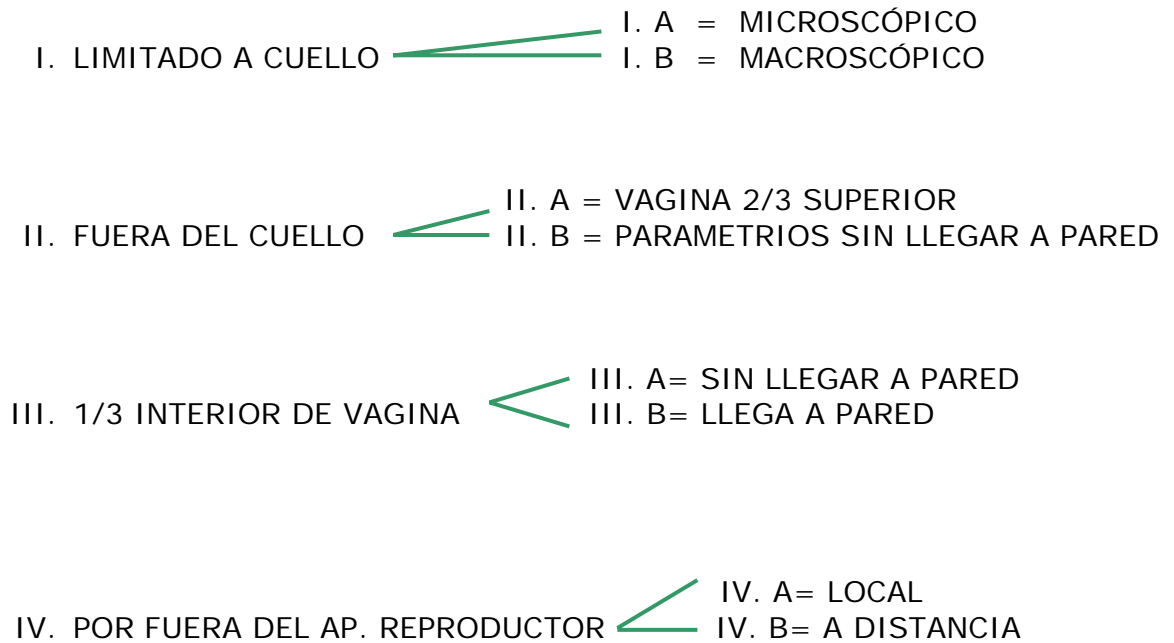
ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

UROGRAFÍA INTRAVAGINAL
CISTOSCOPIA
RECTOSIGMOIDOSCOPIA
TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA
RESONANCIA MAGNÉTICA
LAPAROSCOPIA

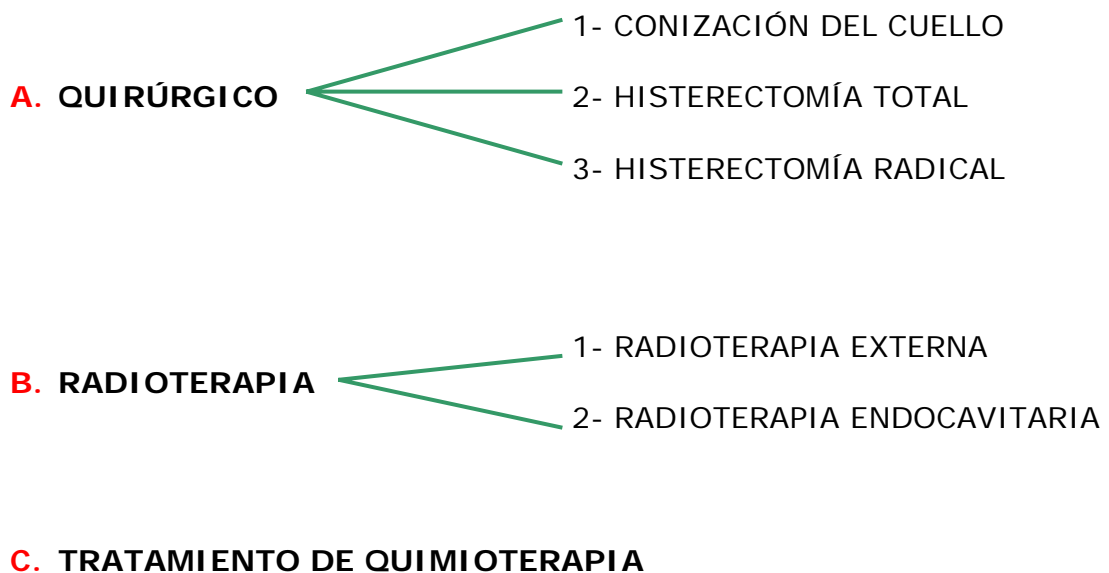
DISEMINACIÓN

LOCAL POR EXTENSIÓN
LINFÁTICA
VASCULAR

ESTADIOS



TRATAMIENTO



1.2 PAUTAS DE DETECCIÓN PRECOZ (NUEVAS)

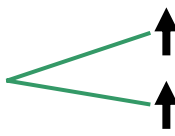
- a) Primera citología a partir de los 25 años y no tras la primera relación sexual como hasta ahora.
- b) Citología anual; tres pruebas, a la tercera normal, se pasa a citología cada tres años.
- c) Mujeres menores de 20 años, solo hacer citología frente a factores de riesgo.
- d) Si durante diez años más de dos citologías fueron normales se suspende citologías a los 65 años.
- e) Utilizar la clasificación anatomopatológica ya que en ello se evidencian lesiones que no pasaran a cáncer.
- f) Seguir haciendo citologías a mujeres con Histerectomía parcial por patología benigna.
- g) Seguir haciendo citologías a mujeres con Histerectomía total solo si hay riesgo de neoplasia intravaginal intraepitelial.
- h) Añadir el **TEST DEL PAPILOMA HUMANO** (HPV) en mujeres cada una ó más factores de Riesgo.
- i) Post-parto o cesárea... si la 1ª citología es normal seguir cada 3 años.

1.3 TEST DEL PAPIROMA (HPV)

Se practica para determinar las cepas oncogénicas del virus, en caso que fuera + la citología.

Por protocolo debe hacerse en mujeres con uno ó más factores de riesgo.

FACTORES DE RIESGO

- Mujeres sexualmente activas 
- Infecciones genitales repetidas.
- Verrugas genitales.
- Inmunodepresión = SIDA
CORTICOTERAPIA
- Multíparas.
- Anticoncepción Oral por mucho tiempo.
- Mujeres mayores sin citología anterior, o con citología ambigua.
- Mujeres sin controles regulares.
- Mujeres con parejas VIH (+).

1.4 CITOLOGIA PATOLÓGICA

a) Citología Normal y Metaplasia.

b) ASCUS = "Células de significación incierta".

c) CIN I = variación de lo Normal) SIL DE BAJO GRADO

d) CIN II

e) CIN III

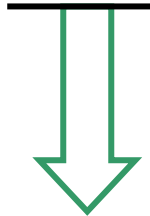
f) Carcinoma in Situ

) SIL DE ALTO GRADO

PROTOCOLO DE CITOLOGÍA

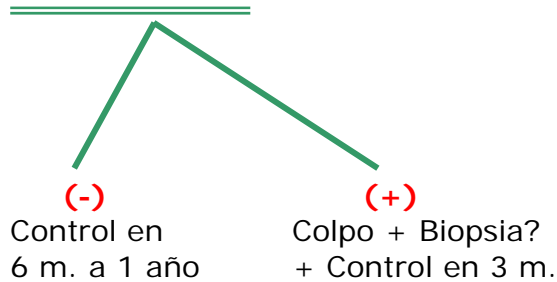
a) **CITOLOGIA NORMAL DESPUES DE 3** = Se hace citología cada 3 años

b) **ASCUS**

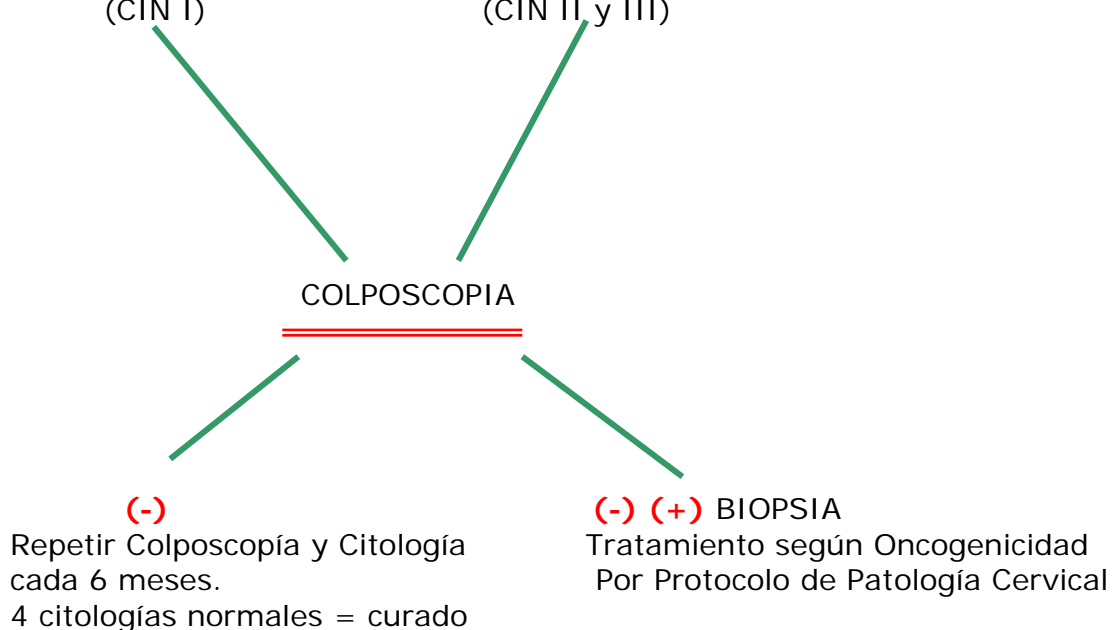


PARA TIPIFICACIÓN DEL VIRUS
recoger en tubo vacío... sin gel
muestra de endocervix
DÁ EL GRADO DE ONCOGENICIDAD
Cepas 16 - 18

TEST DEL HPV



c) **SIL DE BAJO GRADO (CIN I) + SIL DE ALTO GRADO (CIN II y III)**



2. VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO

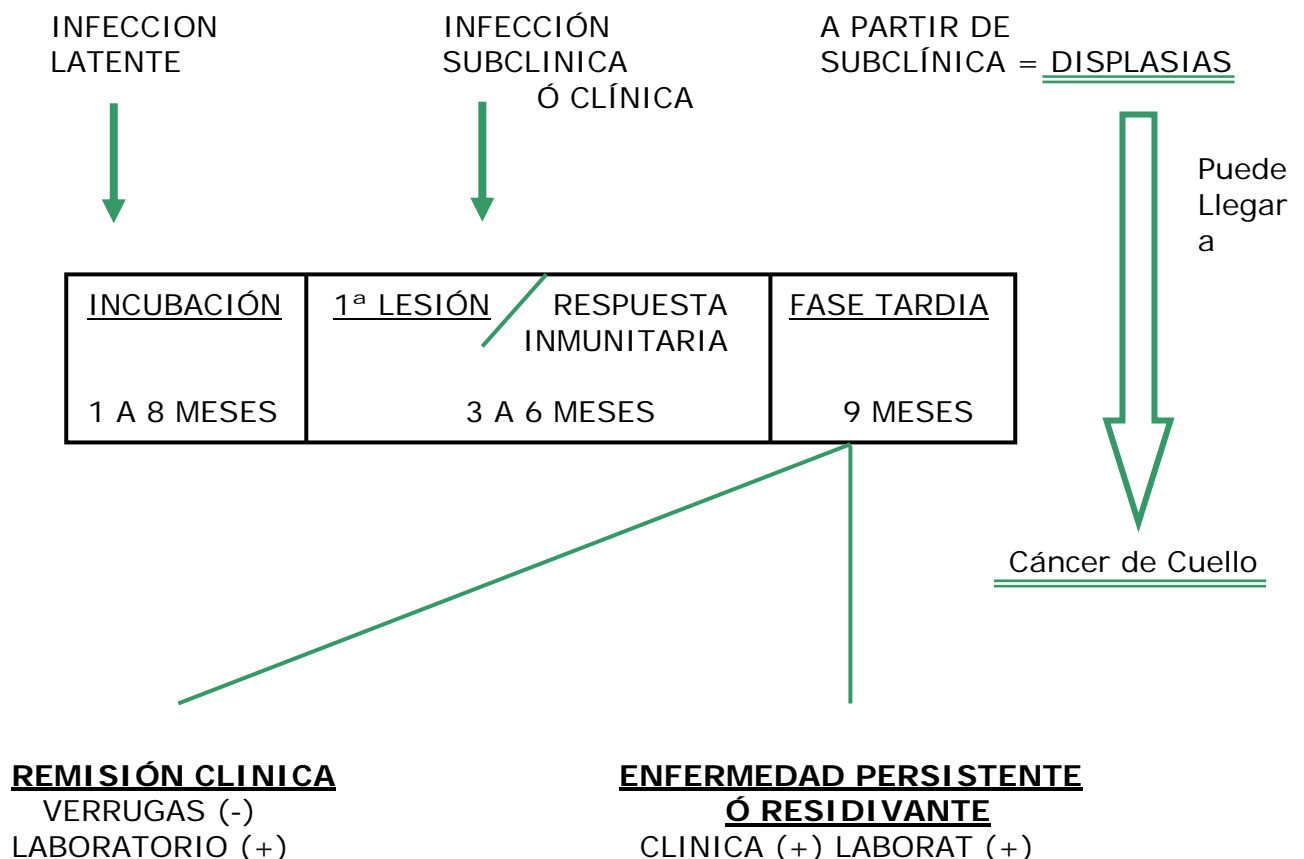
Las infecciones víricas más frecuentes del tracto genital inferior están causadas por el virus del papiloma humano, algunos herpesvirus y el virus del molusco contagioso.

La manifestación clínica son las verrugas genitales; las cuales sorprendentemente sabemos hoy que fueron diagnosticadas por primera vez por CELSO 25 años d. C. Posteriormente médicos griegos y romanos descubrieron su asociación con la transmisión sexual. Esto último fue confirmado a mediados del siglo pasado; así como también el origen vírico de las lesiones.

Se conocen más de 84 genotipos diferentes del virus; se relacionan el 6 y 11 o de "bajo riesgo" con los condilomas vaginales, y a los papilomavirus 16 y 18 o de "Alto Riesgo" con las lesiones pre-menoplásicas y el Cáncer anogenital.

2.1 CONTAGIO

Se produce a través de microtraumatismos durante el coito con una persona infectada. Hay un período de incubación de entre uno a ocho meses... promedio tres, en que la infección está LATENTE, y luego aparece la respuesta inmunológica (anticuerpos)



La infección del tracto genital por HPV suele adquirirse por transmisión sexual, Hetero u Homosexual (masculino ó femenina) por coito vaginal, anal, oral, o contacto digital.





2.2 FACTORES QUE FAVORECEN LA INFECCIÓN

- PROMISCUIDAD SEXUAL
- CONDILOMATOSIS CLINICA
- TTO. INMUNOSUPRESORES (VIH)
- TTO. QUIMIOTERAPIA
- TTO. CORTICOTERAPIA
- TABAQUISMO
- EMBARAZO

ZONAS + Frecuentes Afectadas

- ANO
- INTROITO VULVAR
- LABIOS MENORES
- CUELLO UTERINO
- ZONA TRANSICIÓN EPITELIAL DEL CUELLO UTERINO

2.3 DIAGNOSTICO H.P.V.

- CLINICO = Verrugas
- CITOLÓGICO = coilocito = Células con alteraciones típicas del virus del papiloma, que se informan en la citología.
- COLPOSCÓPICO = Infección 
 - Clínica. Con lesiones
 - Subclínica. Sin lesiones
- HISTOLÓGICO = Por biopsia
- VIROLÓGICO = TES DEL HPV.  Con clínica  y/o 

2.4 TRATAMIENTO HPV

El objetivo del tratamiento es eliminar las lesiones ya que no existe nada que elimine el virus del cuerpo. Aunque... se atenúa.

QUIRÚRGICO

- ESCISIÓN QUIRÚRGICA (Anestesia
 - Local
 - Gral.)
- LÁSER
- ELECTRODIATERMIA

NO QUIRÚRGICO

- AC. TRICLOROACÉTICO:
Desecante 30% - no Tóxico
- PODOFILINA: Contraindicado
 - Gestación
 - Lactancia
 - Herida abierta
70% Remisión
- 5 FLUORACILO
60% Remisión
- CRIOTERAPIA: Nitrato de Plata
- MEDICINAS COMPLEMENTARIAS
 - MEDICINA HOMEOPÁTICA
 - MEDICINA TRADICIONAL CHINA
 - MEDICINA NATURISTA

TRATAMIENTO MEDICO HOMEOPATICO DE LA INFECCION DEL HPV

El tratamiento homeopático ante las manifestaciones clínicas de la infección por HPV así como también en los casos sub-clínicos en que el hallazgo de la infección es por citología, en primera instancia siempre es con el medicamento de base o similimun.

Como en toda historia clínica homeopática se jerarquizaran los síntomas que se recogen en la anamnesis priorizando los mentales y posteriormente los generales y particulares.

Además del medicamento de base o similimun hay otros que tienen una cierta apetencia por las lesiones verrugosas o condilomatosas como son THUJA que también se puede usar en tintura madre para topicaciones.

Otro medicamento con apetencia por estas lesiones es el Nitritum Acidum en este caso se acompaña además de gran agotamiento y cansancio general.

Medorrinum es un nosode que se usa también en infecciones genitales inespecíficas... también gonorrea y condilomas suprimidos.

Es difícil que la lesión se borre totalmente con otros medicamentos sin el uso de este nosode.

También se puede hacer HPV



Autonosode

Se toma una muestra de secreción vaginal o raspado de verrugas o condiloma se coloca en un tubo con una parte de alcohol y tres de agua para el laboratorio y se solicita la preparación de un medicamento a partir de esta muestra en una dilución a la 200 K

3. VACUNA CONTRA EL PAPILOMA HUMANO

El virus del papiloma humano se transmite por contacto (no por los fluidos) durante las relaciones sexuales.

El uso del preservativo disminuye el contagio, pero no lo elimina.

Algunos tipos de virus del papiloma humano, tienen capacidad oncogénica, y provocan mitosis sin control, displasia, carcinoma in situ y cáncer de cuello uterino.

El virus es causa necesaria pero no suficiente para desarrollar un cáncer. La pobreza, el tabaquismo, y otros factores desconocidos son claves para el desarrollo de la enfermedad.

Las mujeres se contagian al comienzo de sus relaciones sexuales coitales.

Importa la infección que se mantiene por décadas. Muchas veces una mujer puede infectarse y eliminar las infecciones por medios naturales, medicinas complementarias, e incluso espontáneamente.

La infección permanente es lenta, pues lleva hasta 10 años para producir lesiones precancerosas, y otros 10 para producir un cáncer.

España es de los países de todo el mundo, con menos mortalidad por Cáncer de Cuello de Útero. Mueren al año 175.000 mujeres. De ellas 600 aproximadamente x Cáncer del Cuello y de las 600, el 30% no se ha hecho nunca citología.

Las citología suelen hacérselas las mujeres que menos las necesitan (sanas, jóvenes y cultas...).

No se ha organizado aún un programa de cribado "poblacional" que permita diagnósticos precoces en mujeres de mayor riesgo.

La vacuna tetravalente autorizada actualmente, ha probado su eficacia para prevenir el contagio (que no el Cáncer...) de las cepas tipo 16 y 18, a los que se atribuye un 70% de los Cáncer de cuello Uterino, y lo que es más importante para reducir las lesiones pre-cancerosas que la infección crónica persistente origina en muchas mujeres infectadas y que al cabo de 10 a 20 años desarrollarán un Cáncer.

Sería razonable esperar que se produzca este efecto positivo... pero no podemos olvidar lo breve que en este caso ha sido el tiempo de la investigación respecto del tiempo que tarda el desarrollo de la enfermedad.

El efecto probado de la vacuna dura 5 años y el Cáncer se desarrolla en décadas. Además sabemos que el virus es una condición necesaria pero no suficiente para desarrollar un cáncer de cuello.

Además la vacuna no es activa frente a todos los tipos virales que producen Cáncer, ni tampoco lo es en mujeres que padecen ya una infección persistente. Por lo que no es la vacuna contra el Cáncer de cuello como se publicita.

Teniendo en cuenta ésto, no debemos arrogar el Cáncer a toda lesión condilomatosa del cuello uterino.

Importa la infección que se mantiene por décadas. Muchas veces una mujer puede infectarse y eliminar las infecciones por medios naturales, medicinas complementarias, e incluso espontáneamente.

El 70% de las mujeres activas sexualmente habrá tenido infección x el virus del papiloma a lo largo de su vida y se dice que solo el 1% de ellas desarrollará un Cáncer in situ, lesión esta de muy precoz hallazgo por citología, y curación.

El 75% de las mujeres en España, se hacen una citología al menos cada 3 años. En una población de mujeres entre 30 y 65 años con tres citologías normales consecutivas, la incidencia de Cáncer de cuello de útero baja a cero.

Se propone la vacunación en niñas de 9 a 12 años, con un calendario algo flexible para 3 dosis.

La vacuna genera anticuerpos que eliminarán al virus; pero no está demostrada su eficacia en el grupo de población que se propone vacunar, en este caso solo se ha demostrado su capacidad inmunogénica.

La duración demostrada de su eficacia es de 5 años.

Dejemos en paz a nuestras niñas, y protejamos sus cuerpos de opciones e intervenciones poco claras como lo es esta vacunación.

Sabemos que las mujeres que padecen un cáncer de cuello, en la inmensa mayoría no han tenido una citología previa ni única ni periódica. Pues creo es precisamente ésto lo que deja traslucir el tema....la necesidad de hacer más esfuerzo con las citologías.

El cáncer de cuello era una de las principales causas de muerte en Estados Unidos, hasta la introducción de las citologías en la década de los cuarenta. Hoy esas muertes han disminuido a más del 80 %

En EE.UU. en que el Cáncer de cuello es aún mucho más frecuente... ya se ha iniciado la vacunación y demostrado complicaciones de la misma como ser la polineuritis de Guillan Barré, y otras polineuritis en proporciones muy bajas de vacunación.

Creo que estamos frente a la creación nuevamente de una "epidemia" para vender un producto de la industria farmacéutica.

Si realmente en España no hay ninguna epidemia de cáncer de cuello, si además no parece tan claro el beneficio que va a aportar la vacunación, al menos en el momento actual del conocimiento, si es posible que en unos años se tenga información mas contundente que nos ayude a decidir...por qué no demorar la decisión y aprovechar para mejorar los programas de cribado poblacional para detectar precozmente este cáncer en las mujeres de más alto riesgo como lo son las inmigrantes, prostitutas, marginales, etc.

Promover la práctica de las citologías cada año en esos grupos poblacionales en lugar de cada tres años como se ha determinado últimamente sin tener en cuenta las diferencias

de la población femenina, creo es la primera medida a tomar, en vez del desmesurado gasto, tanto económico como para las niñas que supone esta vacunación

Esta vacuna es la primera que se refiere a una conducta sexual personal.

No sabemos aún de que manera pero seguro afectará en las distintas formas de la sexualidad humana.

Y por último.... no dejemos de leer entre líneas el mensaje de que ni las mujeres vírgenes, ni las que tengan pareja monógama "perfecta" se infectarán nunca.

DRA. MÓNICA PUGA

BIBLIOGRAFIA

- "TRATADO DE GINECOLOGÍA-OBSTETRICIA Y MEDICINA DE LA REPRODUCCIÓN..." Dr. Luis Cabero Roura
- "LA VACUNA CONTRA EL VIRUS DEL PAPILOMA DESDE LA ATENCIÓN PRIMARIA..." Dr. Juan Gérvas
- "LA VACUNA CONTRA EL CANCER DE UTERO..." Margarita López Carrillo
- "LOS PROS Y CONTRAS DE UNA VACUNA..." Andreu Segura
- "INFORMACIÓN TERAPEUTICA" Del S. N. De Salud Vol 31 nº 2/07
- "ALGUNAS PREGUNTAS ANTE LA VACUNACIÓN CONTRA EL HPV"
Dra. Carmen Mosquera
- "VACUNACIÓN MASIVA DE LAS NIÑAS PARA UNA EPIDEMIA QUE NO EXISTE"
Leonor Tabeada
- "LA VACUNA CONTRA EL HPV RESALTA LA NECESIDAD DE MAS CITOLOGÍAS"
Judy Norsigian y Heather Stephenson del Colectivo de Boston