CAJA DE HERRAMIENTAS DE PVH

UN RECURSO PARA PROVEEDORES DE SALUD

asha
American Sexual Health Association

INTRODUCCIÓN

Las infecciones ano-genitales de papiloma virus humano (PVH) están casi de forma omnipresente entre la población sexualmente activa: los datos indican que hasta el 80% de las personas sexualmente activas sufren 1 o más infecciones ano-genitales.[1] La incidencia de infección de PVH ano-genital en los Estados Unidos se estima que excede 6 millones de casos al año.[2]

La infección persistente de los tipos de PVH onocgénicos es la causa de células escamosas cancerígenas en le cérvix, pene, vagina, vulva y ano, así como otras lesiones intraepiteliales escamosas que a menudo son precursores al cáncer.[3] Cada vez más, los datos confirman que hay una conexión entre un tipo de PVH oncogénico, PVH16, y un subconjunto de carcinomas de células escamosas del orofaringe.[4]

Los tipos no-oncogénicos (de "bajo-riesgo") rara vez causan cancer, pero hay dos tipos de bajo-riesgo —PVH 6 and 11—causan aproximadamente el 90% de las verrugas genitales.[5] Ocasionalmente, los mismo tipos causan verrugas en la boca y el laringe y, rara vez, papilomatosis respiratorio recurrente.

En los últimos 15 años hemos visto nuevas tecnologías de exploración, vacunas, opciones de tratamiento y directrices actualizadas que han revolucionado el diagnóstico y gestión de pacientes con PVH transmitido sexualmente y enfermedades relacionadas, especialmente en cuestión de la prueba del cáncer cervical y vacunas contra el PVH.

LA PRUEBA DEL CÁNCER CERVICAL

La gran disponibilidad de la prueba del Papanicoalou en los Estados Unidos nos ha llevado a tremendas reducciones en la incidencia y mortalidad del cáncer cervical. En su momento, la mayor causa de muerte por cáncer entre mujeres en los Estados Unidos, la mortalidad anual por cada 100,000 mujeres se ha reducido de 5.55 en 1975 a 2.42 en el 2007. 6 Durante el mismo intervalo, la incidencia ha caído de 14.79 casos por cada 100,000 mujeres a 6.58.[7]

LA PRUEBA DE PVH

En los años 1990, se dieron cambios tecnológicos significativos en la prueba del cáncer cervical al obtenerse la licencia de la primera prueba de ADN de PVH para detectar tipos oncogénicos del virus en el ambiente clínico. La prueba de alto-riesgo de PVH es una herramienta útil para efectuar un triage de pacientes con alto-riesgo de precánceres/cáncer cervical que tienden a beneficiarse de la colposcopia.[8] Varias de estas pruebas se encuentran en el mercado en los Estados Unidos y, en conjunción con la citología cervical, han sido aprobados como uso de prueba en situaciones específicas:

1. Como prueba de seguimiento si el resultado del Papanicolaou no es claro o está al límite de ser considerado anormal, como cuando se observan células escamosas atípicas de significancia indeterminada (ASC-US son las siglas en inglés).[8]

2. Como prueba de cáncer cervical rutinaria en combinación con el Papanicolaou en mujeres mayores de 30 años (en vez de simplemente hacerse el Papanicolaou). La mayoría de las infecciones de PHV ano-genital se contraen entre las edades de la adolescencia y los 26; la mayoría de las infecciones se resuelven espontáneamente y la mayoría de los cánceres son resultados de largas in persistentes infecciones de PVH de alto-riesgo. 9,10 Por lo consiguiente, las infeccione de PVH en mujeres de

más de 30 años de edad, por lo general, son infecciones persistentes y, lo más seguro, asociadas con neoplasia pre-maligna o cáncer, mientras que la mayoría de las infecciones en mujeres mas jóvenes son pasajeras con menos posibilidades de progreso. 11 Por lo tanto, la combinación de pruebas (Papanicolaou y la prueba de PVH) puede aumentar la efectividad de detección de posibles problemas tempranamente, especialmente en mujeres de 30 años y mayores.[8]

Adicionalmente, las pruebas de genotipo de PVH16/18 han estado disponibles desde 2009. Estas pruebas buscan directamente los tipos 16 y 18 de PVH, los que, en conjunto, son responsables de aproximadamente 70% de los cánceres cervicales.[12] La posible ventaja de la prueba de genotipo puede ser que permite a mujeres que positivas con PVH de alto-riesgo, pero negativas de los tipos más agresivos PVH 16-18, a evitar ser inmediatamente referidas a una colposcopia y a favor de que se les repita el Papanicolaou y la prueba de PVH en 12 meses.[13]

GUÍAS DE LA PRUEBA DEL CÁNCER CERVICAL

En el 2012 se hicieron públicas las guías actuales de la prueba del cáncer cervical por el USPSTF y el Comité de Guías del Cáncer Cervical de la ACS-ASCCP-ASCP. Las dos guías se desarrollaron de forma separada pero coinciden en la mayoría de puntos. Los cambios más significativos incluyen la demora hasta los 21 años para hacerse pruebas del cáncer cervical sin importancia del historial sexual de la persona y la prolongación del periodo entre intervalos de la prueba a 3-5 años. A continuación le mostramos un sum5ario de ambas guías:[14,15]

- **Las pruebas del cáncer cervical deberían de comenzar a las 21 años**
  La mayoría de infecciones adquiridas entre adolescentes y jóvenes adultos se aclaran espontáneamente, incluyendo aquellas causadas por tipos de alto-riesgo. Hoy día se reconoce que hacer pruebas a mujeres jóvenes tan pronto como comienzan a ser sexualmente activas resulta en gran cantidad de resultados anormales de al prueba de PVH y Papanicolaou que pueden ser ignorados con tranquilidad, pero que históricamente han resultado en tratamientos innecesarios acompañados de ansiedad y estrés prevenibles..
- **Para mujeres entre 20-29 años, hacerse las pruebas con citología solamente cada tres años**
- **Para mujeres de 30 y de más:**
  - Hacerse las pruebas cada cinco años con citología/prueba de PVH (las guías de ACS estipulan que "co-prueba" o haciéndose ambas pruebas es el enfoque preferente)
    O
  - Hacerse las pruebas cada tres años con citología solamente
  - Cierta consternación con la duración de los intervalos, especialmente los cinco años. No obstante, la sensibilidad superior de la co-prueba al detectar enfermedades de alto-grado permite la extensión significativa del periodo de intervalo de la prueba del cáncer cervical en mujeres de 30 y mayores.[14]
- **Mujeres de 65 y mayores:**
  Las pruebas del cáncer cervical pueden cesar para la mayoría de las mujeres a la edad de 65, suponiendo que tienen un historial de pruebas adecuado con resultados normales.

- **Post-histerectomía:**
  La prueba no es recomendada par mujeres de cualquier edad después de la extracción del cérvix a no ser de que exista un historial de pre-cáncer cervical significativo (CIN2 o más alto).

Nota: algunas mujeres y proveedores de la salud han mostrado consternación sobre los extendidos intervalos de las pruebas, lo que no sorprende debido a la mentalidad de la tradición del "Papanicolaou anual". Los datos demuestran que en realidad los intervalos pueden ser extendidos con seguridad y que ello resulta en una reducción de morbidad asociada con hacerse demasiadas pruebas (como los referidos innecesarios para hacerse una colposcopia).[16]

LA VACUNA DE PVH

INFORMACIÓN DE FONDO

La pasada década ha visto el desarrollo de 2 vacunas para la prevención de infección por PVH.

- En el 2006, una vacuna cuadrivalente de PVH (Gardasil®) fue aprobada por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA en inglés) para su uso en los Estados Unidos, seguida en el 2009 con la aprobación de una vacuna bivalente (Cervarix®).[17]
- Ambas vacunas protegen casi hasta un 100% en contra del PVH 16 y 18, los que causan aproximadamente el 70% de los cánceres cervicales.[17]
- La vacuna cuadrivalente también es aproximadamente 100% efectiva en prevenir la infección por PVH 6 y 11, los que en conjunto son responsables por casi todos los casos de verrugas genitales.

INDICACIONES DE LA VACUNA DE PVH

La vacuna cuadrivalente ha sido aprobada por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) para su uso en los Estados Unidos entre:

- Niñas y mujeres jóvenes entre las edades de 9 y 26 para la prevención del cáncer cervical, cáncer de la vulva y cáncer vaginal así como pre-canceres causados por PVH16 y 18.[2]
- Hombres y mujeres entre 9 y 26 años para la prevención de verrugas genitales (condiloma acuminata) asociada con los tipos PVH 6 y 11.[18]
- Hombres y mujeres entre 9 y 26 años para la prevención de cánceres anales, pre-cánceres y displacía causada por los tipos PVH6, 11, 16 y 18.[19]

La vacuna bivalente ha sido aprobada por los FDA para su uso en los Estados Unidos entre:

- Mujeres entre 10 y 25 años para la prevención de cánceres cervicales y precanceres asociados con los tipos PVH16 y 18.[17]

El énfasis entre los grupos pre-adolescentes y adolescentes es con intención de maximizar la protección, porque muchas de las infecciones por PVH son adquiridas pronto una vez que la persona es sexualmente activa.[9]

RECOMENDACIONES PARA LA VACUNA DE PVH

Las recomendaciones del Comité Asesor de Prácticas de Inmunización (ACIP en inglés) para el uso de las vacunas de PVH en hombres y mujeres:[2,17,18]

- Vacunación rutinaria con la vacuna cuadrivalente o bivalente para chicas entre los 11 y 12 años de edad. ACIP también recomienda la vacunación de chicas y mujeres jóvenes entre los 13 y 26 años que no hayan sido vacunadas previamente.
- Vacunación rutinaria con la vacuna cuadrivalente para todos los chicos entre los 11 y 12 años de edad. ACIP también recomienda la vacunación de chicos y hombres jóvenes entre 13 y 21 años que no hayan sido vacunados previamente.

El calendario para las tres dosis de las vacunas es de 0, 1 a 2 meses y 6 meses. El intervalo mínimo entre la primera y segunda dosis es de 4 semanas, 12 semanas entre la segunda y tercera dosis y 24 semanas entre la primera y tercera dosis. Es posible que las variaciones en las fechas de dosis no vaya a perjudicar seriamente la efectividad de las vacunas; por lo tanto, la serie de vacunas no debería de volver a comenzar si el calendario fuera interrumpido.

SEGURIDAD Y EFECTOS SECUNDARIOS

Estudios mundiales que han involucrado miles de hombres y mujeres han mostrado que las vacunas de PVH son efectivas, seguras y bien toleradas. Los Eventos Adversos (Adverse Events or AEs en inglés) de las personas recibiendo la vacuna de PVH no son mayores que los índices encontrados con otras vacunas entre personas de las mismas edades. No hay diferencias entre los grupos vacunados y grupos de control en cuestión de AEs serios, comienzo de enfermedades crónicas y de autoinmunidad, o muertes.[20]

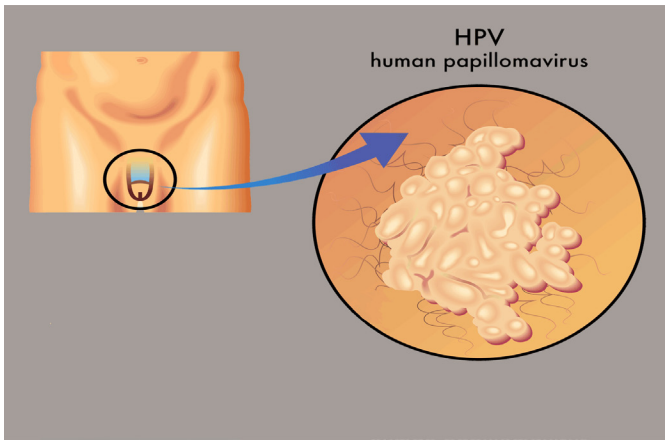
Los síntomas locales más comunes que se han reportado son dolor, hinchazón y enrojecimiento en el lugar de la inyección. Los síntomas generales más comunes incluyen dolor de cabeza, nausea y fiebre.[17] Para evitar un síncope (desmayo), los pacientes debería de sentarse y tumbarse por 15 minutos después de que la vacuna haya sido administrada y antes de desalojar la oficina o clínica.[17]

Las contraindicaciones incluyen:[17,20]

- Embarazo
- Aquellos que sufren de reacciones alérgicas severas (por ejemplo, anafilaxia) después de la dosis previa
- Con la vacuna cuadrivalente, historial de hipersensibilidad inmediata a levadura
- Las jeringas precargadas con la vacuna bivalente son contraindicadas para aquellos con alergias anafilácticas al látex (las ampollas de dosis-única de la vacuna bivalente no contienen látex)

VERRUGAS GENITALES

En cualquier momento dado, se estima que el 1% de la población de los EEUU tiene verrugas ano-genitales.[21] En general, se estima que un 6% de residentes en los EEUU reportan un historial de verrugas genitales.[1] Las verrugas varían en apariencia: la mayoría de las lesiones son externas y pueden ser elevadas (formando una "coliflor") o aplastadas, una sola o múltiples, pequeñas o grandes. Típicamente las verrugas son asintomáticas pero a veces pican, sangran o causan irritación.[1] Se pueden encontrar en varias zonas ano-genitales incluyendo la vulva, vagina, cérvix (menos común), pene (incluyendo debajo del prepucio), escroto, uretra, ano y perineo.[22] La ingle y parte baja del abdomen también pueden estar envueltos, pero esto no es común.



Por lo general, una inspección visual de un clínico con experiencia es suficiente para obtener un diagnóstico certero. No obstante, a veces una biopsia es requerida cuando el diagnóstico visual no es certero o cuando las apariencias de las lesiones no son comunes (ejemplo: pigmentados o ulcerados).[22] Las pruebas disponibles hoy día no han sido aprobadas o recomendadas para el diagnóstico de verrugas. La aplicación de ácido acético, lo que ha sido fomentado como asistencia para el diagnóstico de verrugas haciéndolas destacar, no es una prueba sensible ni específica y no es recomendada.[21]

EL TRATAMIENTO DE LAS VERRUGAS GENITALES

La meta del tratamiento es eliminar las verrugas. Aunque es posible prevenir la transmisión reduciendo la carga viral de PVH, esto es especulativo. No existe ninguna terapia que haya demostrado curar la infección por PVH o reducir el riesgo de transmisión, en parte porque el virus típicamente también se encuentra presente en la piel o mucosa que parece normal, sin que haya verrugas visibles.

Existen múltiples opciones terapéuticas para las verrugas genitales, incluyendo tratamientos a través de proveedores o el paciente mismo. No hay un tratamiento en particular que sea superior. La selección de tratamiento es influenciado por factores que incluyen el tamaño de la verruga, localización anatómica, número y distribución de lesiones así como preferencias del proveedor y el paciente. 22 Las verrugas eventualmente experimentan una regresión naturalmente, a veces en meses, por lo tanto ocasionalmente es apropiado simplemente esperar y prestar atención a la localización. Es común sufrir recurrencias, especialmente en los 3 primeros meses después del tratamiento. Con la excepción de la cirugía u otras formas de destrucción directa o extirpación, todos los tratamientos recomendados sólo tienen de 60% a 80% de efectividad en destruir las verrugas y no hay ninguna que sea más efectiva que las otras en prevenir una recurrencia. 1 Cuando un tratamiento en particular no es efectivo o si las verrugas vuelven a crecer dentro de los 3 meses, se debería de utilizar una diferente modalidad de tratamiento. Algunos expertos utilizan diferentes combinaciones de terapias rutinariamente, como crioterapia inicial seguida de tratamientos de aplicación por el paciente.

Debajo encontrará un resumen de tratamientos de verrugas. Esta información ha sido resumida de las guías de tratamiento de ETS del 2010 de los Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC en inglés), excepto donde ha sido así notado.[22]

TRATAMIENTOS DE PRESCRIPCIÓN APLICADOS POR EL PACIENTE

- **Podofilox (Condylox®)**: Podofilox es un derivativo purificado de la resina podophyllin y está disponible como solución tópica o gel.[23] Podofilox se aplica en las verrugas genitales dos veces al día durante 3 días, seguido de 4 días sin tratamiento. Este ciclo puede ser repetido hasta 4 veces. El uso de Podofilox está contraindicado durante el embarazo.
- **Imiquimod (Zyclara® 3.75% cream or Aldara® 5% cream)**: Imiquimod es un tópico modificador de respuesta inmunológica. Zyclara se aplica una vez al día por hasta 8 semanas.[24] Aldara puede ser utilizada 3 veces por semana (es decir, cada otra noche antes de ir a la cama) por hasta 16 semanas. Los pacientes deberían de limpiarse las manos después de aplicarse imiquimod y la loción debería de lavada aproximadamente 8 horas después de ser aplicada.[24] Imiquimod es substancialmente menos efectiva contra las verrugas en superficies secas que en aquellas superficies húmedas (ejemplo: la vulva o debajo del prepucio). Imiquimod no ha sido estudiado en mujeres embarazadas.[24]
- **Sinecatechins (Veregen®)**: Este extracto de té verde es un tratamiento para las verrugas genitales recientemente aprobado. Disponible como ungüento, sinecatechins es aplicado en verrugas 3 veces al día por hasta 16 semanas. Los efectos secundarios incluyen irritación local incluyendo sarpullidos, picazón, quemazón y ulceración. Sinecatechins es contraindicado durante el embarazo.

TRATAMIENTOS APLICADOS POR EL PROVEEDOR

- **Acido tricloroacético (TCA en inglés) y ácido bicloroacético (BCA en inglés)**: Compuestos ácidos altamente cáusticos que son bastante efectivos en destruir las verrugas rápidamente, pero en ocasión producen dolores de corta duración pero intensos.[1] Hay que tener cuidado de prevenir el contacto directo con piel normal y algunos proveedores protegen el área alrededor de las verrugas con gel de petróleo.[25] Este tratamiento puede ser repetido semanalmente, si fuera necesario. Este tratamiento es seguro durante el embarazo.[23]
- **Crioterapia**: Congelamiento de tejidos (usualmente con nitrógeno líquido), lo que destruye directamente el tejido de la verruga a través de lesión termal. Después del tratamiento, la capa de tejido exterior forma una ampolla se separa de las capas más profundas. La crioterapia es apropiada para ambas verrugas exteriores e interiores y para las lesiones en el cérvix. Aunque el dolor en la lugar donde se aplica es común (y, ocasionalmente, se forma una cicatriz donde el tratamiento ha sido aplicado en la verruga), la crioterapia en general es bien tolerada.[25]
- **Resina de Podophyllin**: ELa eficacia del podophyllin puede variar en parte por pobre y variable concentración de los compuestos activos.[1] Podophyllin se aplica directamente a las verrugas, se deja secar y se le instruye al paciente que lave el compuesto al cabo de 1 a 4 horas; el tratamiento se aplica semanalmente en lo típico. Podophyllin es limitado a uso externo y es contraindicado durante el embarazo..
- **Cirugía y métodos relacionados**: Para médicos apropiadamente entrenados, la extirpación directa puede ser adecuada, especialmente en ciertas ubicaciones anatómicas (ejemplo: verrugas intrauretrales) o verrugas particularmente grandes. Otros métodos relacionados que también requieren entrenamiento sofisticado incluyen la terapia láser y la eletrocauterización.

CÁNCERES ASOCIADOS AL PVH

CÁNCER ANAL

La mayoría de los cánceres anales son carcinomas de células escamosas que ocurren en el empalme ano-rectal (un área escamo-columnar de transición similar al del cérvix).[26,27]

Se estima que la incidencia y mortalidad en los EEUU es de 6,200 y 800, respectivamente. Las poblaciones con mayor incidencia y mortalidad incluyen hombres que tienen sexo con otros hombres (MSM en inglés)—que tienen índices de cáncer anal 17 veces más altas que hombres heterosexuales y individuos heterosexuales VIH-positivos.

Señales y Síntomas:[29,30]

- No todos los casos son sintomáticos
- Sangrado, picazón, descarga o dolor en el ano o recto (los síntomas pueden parecerse a aquellos encontrados en casos de hemorroides)
- Masas o bultos en el ano
- Glándulas hinchadas en la ingle o ano
- Cambios en las heces o movimientos gástricos

Aunque no existe un consenso en las guías de la prueba, algunos expertos recomiendan hacerse la prueba de citología anal a las

poblaciones en riesgo –incluyendo MSM y todos los individuos VIH-positivos.[27] Los pacientes en los que se detectar anomalías son referidos a una ano-escopía de alta resolución (HRA en inglés), un procedimiento de diagnóstico análogo a la colposcopia cervical.[26,30]

CÁNCER DE VULVA

La mayoría de los cánceres de vulva (aproximadamente el 90%) son carcinomas de células escamosas. Otros cánceres de vulva incluyen adenocarcinomas (que se desarrollan en las glándulas de Bartolin) y melanomas (la mayoría de las veces en la labia minora o clítoris). [31]

Se estima que la incidencia y mortalidad por cáncer de vulva en los EEUU es de 4,500 y 950, respectivamente.[31] Más o menos la mitad de los cánceres de vulva están asociados con el PVH oncogénico.[33]

Factores de Riesgo:[31]

- La edad. El riesgo de cáncer de vulva incrementa con la edad, aunque puede ocurrir a cualquier edad. La edad media para el diagnóstico es de 65 años.
- Infección por PVH oncogénico
- El fumar
- La infección por VIH
- El tener historial de condiciones precancerosas de vulva
- El tener una condición de la piel involucrando la vulva

Los precánceres de vulva (neoplasia intra-epitelial de la vulva o VIN en inglés) son asintomáticos a menudo, aunque algunos pacientes experimentan picazón persistente y lesiones multifocales que pueden ser más claras u oscuras que la piel que les rodea.[34] Los síntomas del cáncer de vulva invasivo pueden ser similares a las lesiones precursoras: picazón persistente, áreas rojizas/rosadas o más oscuras de la piel, lesiones parecidos a un condiloma, disuria y sensibilidad o dolor en la vulva.[32]

CÁNCER VAGINAL

El 80%-90% de los cánceres vaginales son carcinomas de células escamosas y la vasta mayoría de ellas están relacionadas con el PVH oncogénico. Se estima que la incidencia y mortalidad en los EEUU es de 2,700 y 840, respectivamente.[35]

Los factores de riesgo del cáncer vaginal incluyen:[31]

- La edad (el cáncer vaginal ocurre sobretodo en mujeres de 60 años y mayores)
- La infección por PVH oncogénico
- Un historial de cánceres y pre-cánceres cervicales
- El uso de tabaco y alcohol
- La inmunosupresión

Los pre-cánceres vaginales (neoplasia intraepitalial vaginal o VaIN en inglés) son usualmente asintomáticos, aunque algunos pacientes sufren descargas vaginales anormales o pronunciadas. Los síntomas de cáncer vaginal incluyen una masa vaginal, sangrado/descarga vaginal anormal, dolor durante el acto sexual y disuria.[35,36]

CÁNCER DE LA CABEZA Y EL CUELLO

La mayoría de cánceres relacionados al PVH son carcinomas de células escamosas de la orofaringe. Se estima que la incidencia y mortalidad del cáncer orofaringeal en los EEUU es de 34,000 y 6,800, respectivamente.[37] Entre 1998 y 2004 los cánceres orofaringeales relacionado con el PVH incrementaron por 255% en los EEUU, en comparación al 50% de reducción de cánceres orofaringeales no relacionados con el PVH.[38]

Factores de riesgo de los cánceres oropfaringeales:[37]

- La infección por PVH. Se cree que de 60%-70% de los cánceres orofaringeales están asociados con el PVH (primordialmente involucrando un genotipo de "alto-riesgo", el PVH16).[33,38]
- Sexo del paciente (los cánceres orofaringeales han sido diagnosticados más comúnmente entre los varones)
- La edad (50 años y mayores)
- El uso de tabaco y alcohol
- La inmunosupresión

Los síntomas de los cánceres orofaringeales incluyen el dolor persistente en la cavidad oral, bultos o masas en las mejillas o cuello, disfagia, faringitis y la halitosis crónica.[37]

CÁNCER DEL PENE

Virtualmente todos los cánceres de pene (> 95%) son carcinomas de células escamosas. Otros sub-tipos incluyen carcinomas verrugosas, adenocarcinomas, melanomas y cánceres de células basales.[39,40]

Los cánceres de pene son raros en la mayoría de países desarrollados. Se estima que la incidencia y mortalidad en los EEUU son 1,570 y 310, respectivamente.[39]

Aproximadamente la mitad de los cánceres de pene están asociados con la infección oncogénica de PVH, en particular el tipo PVH-16.[41] Otros factores etilógicos fuertemente asociados con el cáncer de pene incluyen la fimosis y balanitis (lo que muchos expertos asocian con mayor incidencia de cáncer de pene en varones no circuncidados en la niñez).[42] El cáncer de pene también es más común en personas con inmunosupresión.

El cáncer de pene a menudo se presenta en forma de lesiones o masas en las glándulas del pene o prepucio. Las lesiones, las que pueden ser aplastadas o elevadas, a menudo son rojizas, a veces irritables o dolorosas y varían en tamaño y distribución.[39,43]

CONSEJERÍA PARA EL PACIENTE

PSYCHOSOCIAL ASPECTS OF HPV

El diagnóstico de PVH y/o una enfermedad relacionada a menudo viene con una gran carga psicológica. Hay estudios que indican que el tener verrugas genitales, por ejemplo, está asociado con logros más bajos en la vida. Se ha demostrado que la ansiedad, la depresión, el dolor y la incomodidad son mayores para los pacientes con verrugas.[39] Las quejas específicas incluyen la frustración con los tratamientos, los sentimientos de vergüenza y las preocupaciones con relacioness.[40]

Los médicos deberían de tener en mente que un diagnóstico de PVH viene con

vergüenza y estigma. En los guías de tratamientos de ETS del 2010, los CDC recomiendan compartir la siguiente información en la consejería del paciente, cuando sea apropiado:[22]

- La infección ano-genital de PVH es ubicuo entre aquellos que son sexualmente activos, con una mayoría de hombres y mujeres con grandes posibilidades de tener una infección por PVH en algún momento; el tener PVH genital es una consecuencia normal y esperada de la sexualidad humana
- El riesgo de infección por PVH es similar con toda la gente, no importe la cantidad de parejas sexuales e historial de otras ETSs; por esta razón, el Papanicolaou es igualmente importante para todas las mujeres, no importe su historial sexual.
- El virus usualmente no es dañino, no causa verrugas, Papanicolaous anormales o ninguna otra anormalidad aparente y en la mayoría de los casos se aclarará de forma natural en pocos meses; no obstante, es difícil de determinar durante cuanto tiempo podría un individuo transmitir el virus a nuevas parejas.
- El cáncer es una consecuencia poco común de esta infección, incluso con los genotipos de PVH oncogénicos.
- El diagnóstico de PVH en una relación no debería de asumirse come una falta de fidelidad dentro de la pareja.
- En rara ocasión se puede deducir cuando y de quién se adquirió la infección por PVH; en general, no es importante identificar la raíz de la infección.
- El PVH no afecta la fertilidad y es improbable el prevenir a una mujer embarazada a que tenga un parto vaginal normal.
- Los condones de látex son moderadamente efectivos a la hora de reducir el riesgo de transmisión del PVH en una exposición singular; no obstante, puesto que el condón no cubre todas las áreas vulnerables, no eliminan el riesgo al completo.
- Las parejas sexuales de personas diagnosticadas con PVH no necesitan ser profesionalmente examinados y no necesitan recibir cuidados médicos a no ser de que noten o hasta que tengan alguna anormalidad, como las verrugas genitales.
- La inmunización debería de ser rutinaria para todos los jóvenes sexualmente activos para prevenir la infección con los tipos de PVH más preocupantes.

ENLACES A RECURSOS PROFESIONALES (EN INGLES)

THE AMERICAN SOCIAL HEALTH ASSOCIATION
(La Asociación Americana de la Salud Social)

Counseling Patients on HPV (Consejería de Pacientes con PVH)
http://www.ashastd.org/healthcare-providers/videos.html

FAQs on HPV for Clinicians with Dr. Hunter Handsfield (Preguntas Más Comunes de PVH para Médicos con Dr. Hunter Handsfield)
http://www.ashastd.org/healthcare-providers/videos.html#hhh

THE AMERICAN CONGRESS OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS
(El Congreso Americano de Obstretas y Ginecólogos)
http://www.acog.org/

AMERICAN SOCIETY FOR CERVICAL PATHOLOGY AND COLPOSCOPY
(La Sociedad Americana para la Patología y Colposcopia Cervical)

2006 Consensus Guidelines for the Management of Women with Abnormal Cervical Screening Tests (Guías de Consenso para la Gestión de Pruebas Anormales Cervicales en Mujeres)
http://www.asccp.org/ConsensusGuidelines/tabid/7436/Default.aspx

HPV Infections and Vulvar Intraepithelial Neoplasia (Infecciones por PVH y Neoplasia Intraepitelial de la Vulva)
http://www.asccp.org/PracticeManagement/VulvaTemp/HPVInfectionsVIN/VINDiagnosis/tabid/7462/Default.aspx

Vaginal Neoplasia (Neoplasia Vaginal)
http://www.asccp.org/PracticeManagement/Vagina/VaginalNeoplasia/tabid/7489/Default.aspx

Natural History of HPV (Historia Natural del PVH)
http://www.asccp.org/PracticeManagement/HPV/NaturalHistoryofHPV/tabid/5962/Default.aspx

ADVISORY COMMITTEE ON IMMUNIZATION PRACTICES RECOMMENDATIONS
(Comité Asesor de Recomendaciones de Prácticas de Inmunización)

Quadrivalent HPV Vaccine (La Vacuna Cuadrivalente del PVH)
http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5602a1.htm?s_cid=rr5602a1_e

Quadrivalent HPV Vaccine in Males (La Vacuna Cuadrivalente del PVH en Varones)
http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6050a3.htm

Bivalent HPV Vaccine in Females (La Vacuna Bivalente del PVH en Mujeres)
http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5920a4.htm?s_cid=mm5920a4_e

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION
(Centros de Control y Prevención de Enfermedades)

Infección genital por VPH (en español)
http://www.cdc.gov/std/spanish/vph/default.htm

Genital Warts (Verrugas genitales)
http://www.cdc.gov/std/treatment/2010/genital-warts.htm

Cervical Cancer Screening for Women Who Attend STD Clinics or Have a History of STDs
http://www.cdc.gov/std/treatment/2010/cc-screening.htm

2010 STD Treatment Guidelines
http://www.cdc.gov/std/treatment/2010/default.htm

Cervical Cancer Screening with the HPV Test and the Pap Test in Women Ages 30 and Older
http://www.cdc.gov/cancer/hpv/pdf/hpv_brochure_ENG_2010.pdf

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES: HEALTH RESOURCES AND SERVICES HIV/AIDS PROGRAMS

(Departamento de Salud y Servicios Humans de los EEUU: Programas de Recursos de la Salud y Servicios de VIH/SIDA)

Administration Guide for HIV/AIDS Clinical Care: Anal Dysplasia
http://hab.hrsa.gov/deliverhivaidscare/clinicalguide11/cg-607_anal_dysplasia.html#S4X

REFERENCIAS

1. Handsfield HH. *Color Atlas and Synopsis of Sexually Transmitted Diseases. 3rd ed.* New York, NY: McGraw-Hill; 2011:133-148.
2. Markowitz LE, Dunne EF, Saraiya M, et al. Quadrivalent human papillomavirus vaccine: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2007;56(RR-2):1-24.
3. Parkin DM. The global health burden of infection-associated cancers in the year 2002. *Int J Cancer.* 2006;118: 3030-3044.
4. Ryerson AB, Peters ES, Coughlin SS, Chen VW, Gillison ML, Reichman ME, Wu X, Chaturvedi AK, Kawaoka K. Burden of potentially human papillomavirus-associated cancer of the oropharynx and oral cavity in the US, 1998-2003. *Cancer*. 2008;113:2901-2909.
5. American Society for Colposcopy and Cervical Pathology. Natural history of HPV. Available at http://www.asccp.org/PracticeManagement/HPV/NaturalHistoryofHPV/tabid/5962/Default.aspx. Accessed July 9, 2011.
6. National Cancer Institute. Surveillance Epidemiology and End Results (SEER). Cancer of the cervix uteri: age-adjusted US death rates by year, race, and age. Available at http://seer.cancer.gov/csr/1975_2007/results_merged/sect_05_cervix_uteri.pdf. Accessed May 21, 2012.
7. National Cancer Institute. Surveillance Epidemiology and End Results (SEER). Cancer of the cervix uteri: Age-adjusted SEER incidence rates by year, race and age. Available at http://seer.cancer.gov/csr/1975_2008/browse_csr.php?section=5&page=sect_05_table.05.html. Accessed May 21, 2012.
8. Wright TC, Massad LS, Dunton CJ, Spitzer M, Wilkinson EJ, Solomon D for the 2006 American Society for Colposcopy and Cervical Pathology-sponsored Consensus Conference. 2006 consensus guidelines for the management of women with abnormal cervical cancer screening tests. *AJOG*. 2007;197:346-355.
9. Bosch FX, Lorincz A, Munoz N, Meijer CJ, Shah KV. The causal relation between human papillomavirus and cervical cancer. *J Clin Pathol*. 2002;55:244-265.
10. Dunne EF, Unger ER, Sternberg M, McQuillan G, Swan DC, Patel SS, et al. Prevalence of HPV infection among females in the US. *JAMA*. 2007;297:813-819.
11. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Cervical cytology screening: ACOG practice bulletin 109. *Obstet Gynecol.* 2009;114:1409-1420.
12. Smith JS, Lindsay L, Hoots B, Keys J, Franceschi S, Winer R, et al. Human papillomavirus type distribution in invasive cervical cancer and high-grade cervical lesions: A meta-analysis update. *Int J Cancer*. 2007;121:621-632.
13. American Society for Colposcopy and Cervical Pathology. HPV genotyping clinical update. Available at http://www.asccp.org/Portals/9/docs/pdfs/Consensus%20Guidelines/clinical_update_20090408.pdf. Accessed May 21, 2012.
14. Saslow, D., Solomon, D., Lawson, H. W., et al. American Cancer Society, American Society for Colposcopy

and Cervical Pathology, and American Society for Clinical Pathology screening guidelines for the prevention and early detection of cervical cancer. *CA: A Cancer Journal for Clinicians,* 62: 147–172.
15. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for Cervical Cancer: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. AHRQ Publication No. 11-05156-EF-2, March 2012.
16. American Congress of Obstetricians and Gynecologists. New Cervical Cancer Screening Recommendations from the U.S. Preventive Services Task Force and the American Cancer Society/American Society for Colposcopy and Cervical Pathology/American Society for Clinical Pathology. Accessed May 21, 2012 at http://www.acog.org/About_ACOG/Announcements/New_Cervical_Cancer_Screening_Recommendations.
17. Centers for Disease Control and Prevention. FDA licensure of bivalent human papillomavirus vaccine (Cervarix) for use in females and updated HPV vaccination recommendations from the Advisory Committee on Immunization Practices. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2010;59:626-631.
18. Centers for Disease Control and Prevention. FDA licensure of quadrivalent human papillomavirus vaccine (HPV4, Gardasil) for use in males and guidance from the Advisory Committee on Immunization Practices. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2010;59:630-632.
19. Palefsky, J, Male Quadrivalent HPV Vaccine Efficacy Trial Team. Quadrivalent HPV vaccine efficacy against anal intraepithelial neoplasia in men having sex with men [Abstract]. Eurogin 9th International Multidisciplinary Congress, Monte Carlo, Monaco. February 17-20, 2010.
20. Cervarix. [US prescribing information]. GlaxoSmithKline: 2009.
21. Centers for Disease Control and Prevention. Fact Sheet: Genital HPV. Available at http://www.cdc.gov/std/hpv/hpv-fact-sheet.pdf.
22. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2010. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2010;59(RR-12):70-74.
23. Kodner CM, Nasraty S. Management of genital warts. *Am Fam Physician*. 2004;70:2335-2342.
24. Imiquimod. [US prescribing information]. Graceway Pharmaceuticals, LLC.;2011.
25. Smith-McCune K. Therapeutic options for genital warts. Available at http://www.medscape.org/viewarticle/466158.
26. U.S. Health Resources and Services Administration, HIV/AIDS Bureau. Guide for HIV/AIDS Clinical Care. January 2011. Accessed online May 18, 2012 at http://hab.hrsa.gov/deliverhivaidscare/clinicalguide11/cg-607_anal_dysplasia.html#S4X.
27. University of California, San Francisco AIDS Research Institute. Anal cancer: In gay and bisexual men. Accessed online May 21, 2012 at http://ari.ucsf.edu/science/s2c/anal.pdf.
28. Centers for Disease Control and Prevention. HPV and Men Fact Sheet. Accessed online May 18, 2012 at http://www.cdc.gov/std/HPV/STDFact-HPV-and-men.htm.
29. American Society of Colon & Rectal Surgeons. Anal Cancer. Accessed online May 18, 2012 at http://www.fascrs.org/patients/conditions/anal_cancer/.
30. American Cancer Society. Detailed guide to cervical cancer. http://www.cancer.org/Cancer/CervicalCancer/DetailedGuide/index. Accessed May 18, 2012.
31. Hartmann L, Loprinzi C, eds. *Mayo Clinic Guide to Women's Cancers. 1st ed.* New York,NY: Mayo Clinic Health Information; 2005.
32. American Cancer Society. Detailed Guide to Vulvar Cancer. Accessed online May 21, 2012 at http://www.cancer.org/Cancer/VulvarCancer/DetailedGuide/index.
33. Wu X, Watson M, Wilson R, et al. Human Papillomavirus–Associated Cancers — United States, 2004–2008. *MMWR*, April 2012. 61(15):258-261.
34. American Society for Colposcopy and Cervical Pathology. Human Papillomvirus Infections & Vulvar Intraepithelial Neoplasia. Accessed May 18, 2012 at http://www.asccp.org/PracticeManagement/VulvaTemp/HPVInfectionsVIN/VINDiagnosis/tabid/7462/Default.aspx.
35. American Cancer Society. Detailed Guide to Vaginal Cancer. Accessed online May 21, 2012 at http://www.cancer.org/Cancer/VaginalCancer/DetailedGuide/index.

36. American Society for Colposcopy and Cervical Pathology. Vaginal Neoplasia. Accessed May 18, 2012 at http://www.asccp.org/PracticeManagement/Vagina/VaginalNeoplasia/tabid/7489/Default.aspx.
37. American Cancer Society. Oral cavity and oropharyngeal cancers detailed guide. Accessed online May 21, 2012 at http://www.cancer.org/Cancer/OralCavityandOropharyngealCancer/DetailedGuide/index.
38. Chaturvedi A,Engels E, Pfeiffer R, et al. Human papillomavirus and rising oropharyngeal cancer incidence in the United States. *J Clin Oncol*. 2011; 29:4294–4301.
39. American Cancer Society. Detailed Guide to Penile Cancer. Accessed online May 21, 2012 at http://www.cancer.org/Cancer/PenileCancer/DetailedGuide/index.
40. Stanford Medicine Cancer Institute. Diagnosis and Treatment of Penile Cancer. Accessed online May 21, 2012 at http://cancer.stanford.edu/male/penile.html.
41. Chaux A, Cubilla AL. The role of human papillomavirus infection in the pathogenesis of penile squamous cell carcinomas. *Semin Diagn Pathol*. 2012 May;29(2):67-71.
42. Morris B, Gray R, Castellsague Z, Bosch FX, Halperin D, Waskett J, and Hankins C. The Strong Protective Effect of Circumcision against Cancer of the Penis. *Adv Urol*. 2011; doi: 10.1155/2011/812368l.
43. Wood C, Whaley J. Penile Cancer: The Basics. Accessed online May 21, 2012 at http://www.oncolink.org/types/article.cfm?c=15&s=56&ss=822&id=9543&CFID=54581466&CFTOKEN=50536857.
44. Senecal M, Brisson M, Maunsell E, Ferenczy A, Franco EL, Ratnam S, Coutlee F, et al. Loss of quality of life associated with genital warts:baseline analyses from a prospective study. *Sex Transm Infect.* 2011;87:209-215.
45. Mortensen GL and Larsen HK.The quality of life of patients with genital warts:a qualitative study. *BMC Public Health*. 2010;10:1-8.

Support for the HPV Toolkit is provided by Merck Sharp & Dohme Corp.,
a subsidiary of Merck and Co., Inc.

© 2012 American Sexual Health Association

asha
American Sexual Health Association