



# ANDROSCOPIA

Dra. Beatriz Alejandra Sosa González

XVIII Congreso Nacional de Ginecología y Obstetricia 2017  
23 de Marzo 2017, Hotel Crowne Plaza San Salvador, El Salvador

# OBJETIVOS

1. Conocer la epidemiología y factores de riesgo de la enfermedad por VPH en el hombre.
2. Utilidad de las pruebas de ADN en el hombre
3. Técnica e indicaciones de la androscopia
4. Hallazgos normales y anormales
5. Utilidad y alcances de la androscopia
6. Vacunación contra VPH en el hombre

## El factor masculino

La importancia del “factor masculino” en la etiología de CaCu en mujeres fue sugerida años antes de la identificación de un virus sexualmente transmisible (VPH) como causa de este tumor.

Skegg and Doll, Lancet 1982.

# Premio Nobel de Medicina 2008



PRESS RELEASE 2008-10-06

The Nobel Assembly at Karolinska Institutet has today decided to award

**The Nobel Prize in Physiology or Medicine 2008**

with one half to

**Harald zur Hausen**

for his discovery of

*“human papilloma viruses causing cervical cancer”*

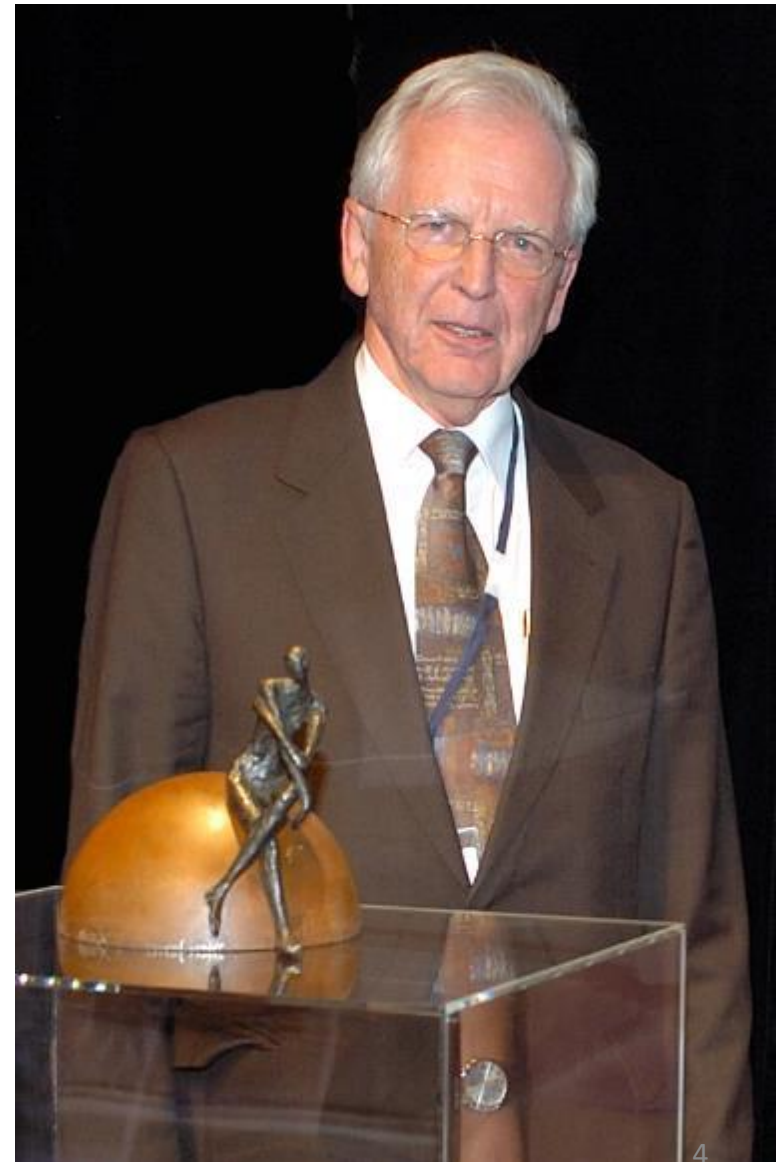
and the other half jointly to

**Françoise Barré-Sinoussi and Luc Montagnier**

for their discovery of

*“human immunodeficiency virus”*

**Harald zur Hausen**, born 1936 in Germany, German citizen, MD at University of Düsseldorf, Germany. Professor emeritus and former Chairman and Scientific Director, German Cancer Research Centre, Heidelberg, Germany.



Mas del 50% de las personas sexualmente activas se infectaran por lo menos en una ocasión a lo largo de su vida.

Centers for Disease Control and Prevention. 2010 STD treatment guidelines

Myers ER, McCrory DC, Nanda K, et al. Mathematical model for the natural history of human papillomavirus infection and cervical carcinogenesis. *Am J Epidemiol* 2000;151:1158–71.

# Mecanismos de Transmisión y Adquisición VPH

- Contacto sexual
  - Por coito
  - Genital–anal, manual–genital, oral–genital
  - Puede resultar de contacto sexual sin penetración.
- Rutas no sexuales
  - Madre a recién nacido (transmisión vertical)
  - Fomites (p.ej. Ropa interior, guantes quirúrgicos, pinzas de biopsia)
    - Hipotéticamente pero sin comprobar

Kjaer SK, Chackerian B, van den Brule AJ, et al. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2001.

Winer RL, Lee S-K, Hughes JP, Adam DE, Kiviat NB, Koutsky LA. *Am J Epidemiol.* 2003.

Herrero R, Castellsagué X, Pawlita M, et al. *J Natl Cancer Inst.* 2003.

Smith EM, Ritchie JM, Yankowitz J, et al. *Sex Transm Dis.* 2004

Roden RBS, Lowy DR, Schiller JT. *J Infect Dis.* 1997;

# PREVALENCIA VPH EN HOMBRES

- 20% (1.3%-72.9%) de hombres tienen ADN de VPH detectado en el área ano genital
  - Africa SS 49.4% en HIV (-) y 78.2% en HIV (+)
- 90% en VIH HSH
- Igual prevalencia en todas las edades

Moscicki A. Palefsky J Human Pappiloma Virus in Men: An update. J of Lower Genital tract disease 2011

Olesen et al. HPV prevalence among men in sub-saharan africa: a systematic review and meta-analysis. Sex Transm Infect. 2014

## Los factores de riesgo en el hombre incluyen:

- Múltiples parejas sexuales
- Conducta Bisexual u Homosexual
- Infección VIH
- No circuncidado
- Compañera sexual con NIC

Muñoz N. *Salud Publica Mex.* 2003

Svare EI, K. *Sex Transm Infect.* 2002

Insinga RP. *Clin Infect Dis.* 2003

Chin-Hong PV, et al. *J Infect Dis.* 2004

Bleeker MC, et al. *Int J Cancer.* 2005



**40 – 60% de los hombres cuyas parejas  
presentan VPH cervical tienen lesiones por  
VPH clínicas o subclínicas.**

**Wieland U. Epidemiology of HPV. Barrasso 1997**

- **50% de los hombres cuyas parejas femeninas presentan Condilomas Acuminados tienen lesiones visibles.**
- **25% adicional presenta lesiones subclínicas.**

**Wieland U. Epidemiology of HPV. Barrasso 1997**

# The Journal of Infectious Diseases

## External Genital Human Papillomavirus Prevalence and Associated Factors Among Heterosexual Men on 5 Continents

Eftyhia Vardas,<sup>1</sup> Anna R. Giuliano,<sup>2</sup> Stephen Goldstone,<sup>3</sup> Joel M. Palefsky,<sup>4</sup> Edson D. Moreira Jr.,<sup>5</sup> Mary E. Penny,<sup>6</sup> Carlos Aranda,<sup>7</sup> Heiko Jessen,<sup>8</sup> Harald Moi,<sup>9</sup> Daron G. Ferris,<sup>10</sup> Kai-Li Liaw,<sup>11</sup> J. Brooke Marshall,<sup>11</sup> Scott Vuocolo,<sup>11</sup> Eliav Barr,<sup>11</sup> Richard M. Haupt,<sup>11</sup> Elizabeth I.O. Garner,<sup>11</sup> and Dalya Guris<sup>11</sup>

**El principal factor de riesgo  
> 3 parejas sexuales OR 3.2**

Risk factor	Prevalent detection of HPV 6/11/16/18 DNA in external genital swabs		Prevalent detection of any tested HPV DNA in external genital swabs*	
	% (no. with infection/no. of subjects)	Odds Ratio* (95% CI)	% (no. with infection/no. of subjects)	Odds Ratio* (95% CI)
Region				
Asia-Pacific	2.3% (6/263)	1.0	8.4% (22/263)	1.0
Africa	13.5% (70/520)	5.2 (2.2-12.4)	29.2% (152/520)	3.7 (2.3-6.1)
Europe	6.8% (24/354)	2.4 (1.0-6.2)	17.8% (63/354)	1.6 (1.0-2.8)
Latin America	8.2% (108/1312)	3.1 (1.3-7.2)	21.3% (280/1312)	2.2 (1.4-3.5)
North America	9.5% (68/718)	3.4 (1.4-8.1)	20.5% (147/718)	2.2 (1.4-3.7)

# Sexually Transmitted Diseases

JOURNAL OF THE AMERICAN SEXUALLY TRANSMITTED DISEASES ASSOCIATION

## High Prevalence of Human Papillomavirus Infection in Mexican Males

Comparative Study of Penile-Urethral Swabs and Urine Samples

EDUARDO LAZCANO-PONCE, MD,\* ROLANDO HERRERO, MD,<sup>†</sup> NUBIA MUÑOZ, MD,<sup>†</sup>  
MAURICIO HERNANDEZ-AVILA, MD,\* JORGE SALMERÓN, MD,<sup>‡</sup> AHIDEE LEYVA, MS,<sup>‡</sup> CHRIS J. L. M. MEIJER, PhD,<sup>§</sup>  
AND JAN M. M. WALBOOMERS, PhD<sup>§</sup>

Prevalence of HPV Types Among a Sample of Sexually Active Men in Cuernavaca, Mexico

Prevalence	No.	% HPV Neg.		
Negative	55	57.3		
	No.	% HPV Pos.	% of HPV Positives	
Pos. for any HPV	41	42.7	100.0	
High risk*	19	19.8	46.3	
Low risk <sup>†</sup>	17	17.7	41.5	
Uncharacterized	5	5.2	12.2	
Total	96	100.0		

**Epidemiología de VPH en Hombres Mexicanos.**

**Una prevalencia 2-3 veces mayor a las mujeres**

# PREVALENCIA SEGUN LOCALIZACION

- 18.7% pene
- 13.1% escroto
- 7.9% region perineal/perianal
- **21.0%** cualquier sitio

# La baja utilidad de la determinación del ADN del VPH en la región distal de la uretra masculina

Ahideé G Leyva-López, M en C,<sup>(1)</sup> Carlos E Aranda-Flores, MC,<sup>(2)</sup>  
Carlos Conde-González, Dr en C,<sup>(3)</sup> Eduardo C Lazcano-Ponce, Dr en C,<sup>(1)</sup>

Leyva-López AG, Aranda-Flores CE, Conde-González C, Lazcano-Ponce EC. La baja utilidad de la determinación del ADN del VPH en la región distal de la uretra masculina. Salud Publica Mex 2003;45 suppl 5:5589-5593. El texto completo en inglés de este artículo está disponible en: <http://www.insp.mx/salud/index.html>

Leyva-López AG, Aranda-Flores CE, Conde-González C, Lazcano-Ponce EC. Low usefulness of HPV DNA determination in the distal region of the male urethra. Salud Publica Mex 2003;45 suppl 5:5589-5593. The English version of this paper is available at: <http://www.insp.mx/salud/index.html>

## EXAMEN FÍSICO (PENOSCOPIA). PREVALENCIA Y LOCALIZACIÓN DE LA LESIÓN ANOGENITAL EN HOMBRES, CIUDAD DE MÉXICO, 1997-1998

Localización	Casos		Condiloma					
			Plano		Papular		Acuminado	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Prepucio	18	20.9	13	15.1	5	5.8	0	0
Glande	8	9.3	5	5.8	3	3.5	0	0
Región distal								
de la uretra	4	4.7	4	4.7	0	0	0	0
Cuerpo del pene	50	58.1	35	40.7	15	17.4	0	0
Escroto	2	2.3	0	0	0	0	2	2.3
Frenillo	4	4.7	4	4.7	0	0	0	0
Total	86*	100	61	71.0	23	26.7	2	2.3

\* Incluye cinco casos con condiloma en más de un solo lugar

- En la mayoría de los casos, las infecciones genitales por el VPH son transitorias y asintomáticas.
- En hombres el 94% se tornan negativas en un año.
- La duración mediana de las infecciones nuevas típicamente es de 8 meses.

van Doornum GJ, P, et al. Regional distribution and incidence of human papillomavirus infections among heterosexual men and women with multiple sexual partners: a prospective study. Genitourin Med 1994  
Strand A, et al. Human papillomavirus subclinical and atypical manifestations. Dermatol Clin 1998



# Espectro Clínico de Infecciones por VPH en Hombres

- Infección Latente por VPH
- lesiones clínicamente no visibles <sup>1</sup>
- Verrugas Genitales<sup>1</sup>
- Neoplasia Intraepitelial de Pene<sup>1</sup> y anal<sup>2</sup> (NIP, NIA)
- Cáncer Anal<sup>3</sup>
- Cáncer de Pene<sup>1</sup>
- Cánceres de cabeza y cuello<sup>4</sup>
- Papilomatosis Respiratoria Recurrente (PRR)<sup>5</sup>

1. Gross G, Pfister H. *Med Microbiol Immunol (Berl)*. 2004;193:35–44. 2. Lillo FB. *New Microbiol*. 2005  
3. Frisch M, Glimelius B, van den Brule AJC, et al. *N Engl J Med*. 1997;337:1350–1358. 4. Gillison ML, Koch WM, Capone RB, et al. *J Natl Cancer Inst*. 2000;92:709–720. 5. Derkay CS. *Laryngoscope*. 2001

# NÚMERO ANUAL ESTIMADO DE NUEVOS CASOS DE CÁNCER VINCULADOS CON EL VPH EN HOMBRES EN ESTADOS UNIDOS

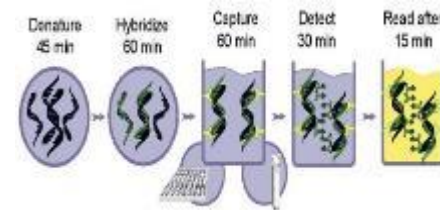
<b>Area anatómica</b>	<b>Nuevos Casos</b>	<b>% Detectable VPH</b>	<b>Nuevos Casos Relacionados a VPH</b>
Cavidad oral y orofaringe	25,310	25%	6,328
Laringe	9,680	24%	2,323
Ano y Recto	2,020	90%	1,818
<b>Pene</b>	<b>1,250</b>	<b>40%</b>	<b>500</b>
<b>Total</b>	<b>29,270</b>	<b>—</b>	<b>10,969</b>

*American Cancer Society. Cancer facts & figures 2008. Available at: <http://www.cancer.org/downloads/STT/CAFF2006PWSecured.pdf>. Accessed March 19, 2007.*

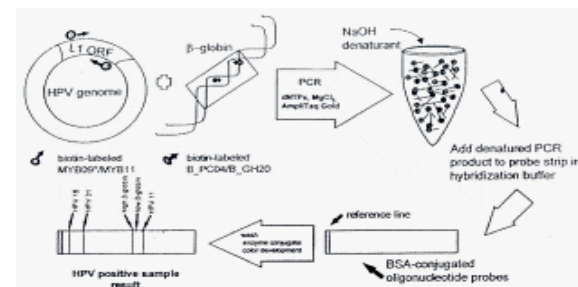
# **DIAGNÓSTICO DE VPH EN HOMBRES**

## PRUEBAS MOLECULARES

- Ninguna prueba aprobada para uso en hombres
- Dificultad para obtener una muestra adecuada de los genitales masculinos
- Alto Costo
- Pobre Concordancia



Captura de híbridos



PCR

# PREVALENCIA VPH EN PAREJAS SEXUALES MASCULINAS DE PACIENTES CON VPH/NIC PRUEBAS MOLECULARES

Autor	Año	País	n	Lesión en la Mujer	Prueba	Prevalencia (%)	Conc. +/- (%)	Conc. Tipo (%)
Bar-Am	2012	Israel	74	NIC 3	CH II pene	17.5		2.8 (16)
Martín-Ezquerro	2012	España	91	NIC 2-3	HCII Pene	12.9		
					HCII Ano	6.2		
					HCII Orina	28		
Tena-Suck, Alarcón H	2011	Mexico	50	VPH/NIC	PCR Uretra	100 (48AR,52BR)		
Benevolo	2008	Italia	77	VPH/NIC	PCR pene	35	45	43
Frega	2006	Italia	3210	NIC	PCR Biopsia	1.3(100BR)		
Carestiato	2006	Brasil	200	sanas	CHII pene	26(9 AR,9 BR, 8 M)		
Bleeker	2005	Holanda	118	sanas	PCR pene	25		
			238	NIC	PCR pene	59		
Rosenblatt	2004	Brasil	30	NIC	HC pene	23 (13BR, 10AR)	76.6	13
			60	Sanas	HC pene	11 (5BR, 8 AR)	26.6	6
Bleeker	2002	Holanda	175	NIC	PCR pene	59		
Hippelainen	1994	Finlandia	270	NIC	HIS/PCR	28	24.4	22.7
Tabrizi	1992	Australia	215	VPH/NIC	HIS/PCR biopsia	13/21.25 (BR)		

## ESTUDIOS REALIZADOS PARA DETECTAR VIRUS DE PAPILOMA HUMANO EN HOMBRES

<i>Estudio</i>	<i>Población de estudio</i>	<i>Tamaño muestral</i>	<i>Muestras de orina</i>	<i>Muestras de pene/uretra</i>	<i>Resultados VPH + en orina</i>	<i>VPH + Pene/uretra</i>
Holanda, Melchers y colaboradores <sup>10</sup> 1989	Hombres con condiloma en el meato uretral	31 17 casos/14 controles	17	0	Casos=15 (88%) Controles=0	No se obtuvo
Londres, Hillman y colaboradores <sup>15</sup> 1993	Hombres con dermatosis genital	100	59	100	6 (10%)	21/85 (25%)
Londres, Hillman y colaboradores <sup>16</sup> 1993	Hombres parejas de mujeres con neoplasia cervical	116	15	116	1 (6.3%)	22 (19%)
Malmö, Forslund y colaboradores <sup>17</sup> 1993	Militares	138	138	138	8 (5%)	12 (8%)
Udine, Astori y colaboradores <sup>18</sup> 1995	Hombres asintomáticos parejas de mujeres con VPH positivo	70	70	70	PCR: 18 (33%) Dot blot: 12 (27%)	62 (89%) de las muestras fueron inadecuadas
México Lazcano y colaboradores <sup>14</sup> 2001	Trabajadores /estudiantes Morelos, México	120	120	120	2 (11.8%)	41 (42.7%)

# ANDROSCOPIA

Visualización de los genitales masculinos con la aplicación de ácido acético. mediante un instrumento óptico para aumentar e iluminar.

## ANDROSCOPIA

- Quien debe realizarla?
- Equipo
- Técnica
  - Posición
  - Aplicación de Acido Acético
  - Palpar zonas vellosas
  - No se recomienda la uretro-cistoscopia ni anoscopia sistemática

• **EL PRONOSTICO DE LA HISTOLOGIA ES BAJO**





# Objetivo de la Androscopia

- Identificar lesiones (sin aumento 20% )
- Permitir una biopsia dirigida y tratamiento.
- Informar sobre la extensión de la infección.
- Informar e identificar los factores de riesgo de transmisión del VPH y los beneficios de eliminar conductas de alto riesgo.

Krebs. Management of HPV- associated genital lesions in men. Obstet Gynecol 1989

Epperson. Androscopy for genital HPV: J Fam Pract 1991

Rosemburg. Sexually transmitted HPV in men. Obstet Gynecol Clin North Am 1987

**NO ES UNA PRUEBA DE CRIBADO**

**NO HAY EVIDENCIA QUE LA  
ANDROSCOPIA DISMINUYA EL CANCER  
GENITAL**

# Indicaciones de la Androscopia

- Estudio de lesiones
- Tranquilizar a la pareja
- Enfermedad recurrente de la compañera
- Condilomas en la pareja
  - **50% de los hombres cuyas parejas femeninas presentan Condilomas tienen lesiones visibles**
- Prurito o irritación crónica

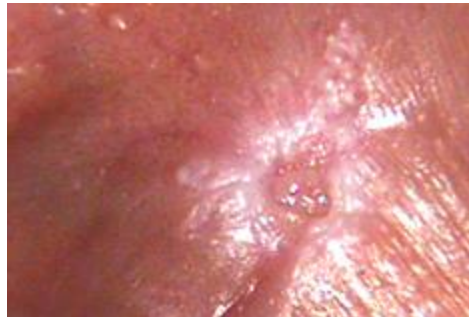
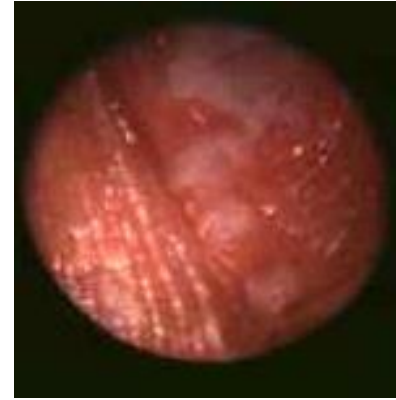
# PREVALENCIA VPH EN PAREJAS SEXUALES MASCULINAS DE PACIENTES CON VPH/NIC COLPOSCOPIA

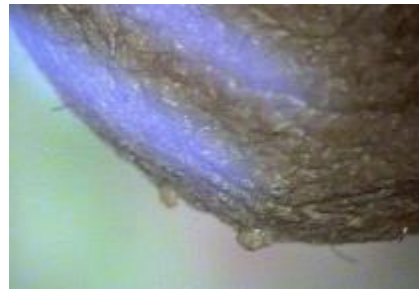
Autor	Año	País	n	Lesion Mujer	Prevalencia (%)	Tipo de lesion (%)
Bar-Am	2012	Israel	74	NIC 3	22.9	C*(14.8) SC†(8.1)
Martín Ezquerro	2012	España	91	NIC 2-3	5.4	
Frega	2006	Italia	3210	VPH/NIC	42.7	C* (39.12) SC† (3.64)
Bleeker	2005	Holanda	118	Sanas	14	SC†
			238	NIC	60	SC†
Rosenblatt	2004	Brasil	30	NIC	17	SC†
			60	Sanas	15	SC†
Bleeker	2002	Holanda	175	NIC	68	C*(33) SC†(83) M‡(15)
Frega	1997	Italia	210	NIC 1	53	C*(7) SC†(18)
				NIC 2	25	C*(10) SC† (28)
				NIC 3	22	C*(2) SC† (24)
Cardamakis	1997	Grecia	326	VPH/NIC	71.4(Bx + 87)	
Hippelainen	1994	Finlandia	270	NIC	50.3( Bx + 71.5)	C*(16.9) SC†(83)
Kokelj	1993	Italia	81	Condiloma	67	
				VPH	46	
				NIC	40	
Tabrizi	1992	Italia	215	VPH/NIC	38	

\* Clínicas, † Sub-clínicas, ‡ Mixtas

## Hallazgos clínicos

- Epitelio acetoblancos
- Condilomas
- Lesiones intraepiteliales
- Úlceras o eritroplasia
- Pápulas perladas del pene





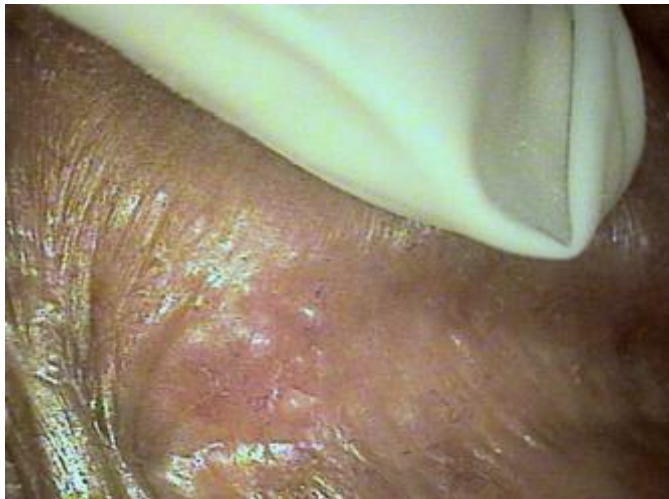




# NIP II + CONDILOMA







# The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

ESTABLISHED IN 1812

FEBRUARY 3, 2011

VOL. 364 NO. 5

## Efficacy of Quadrivalent HPV Vaccine against HPV Infection and Disease in Males

Anna R. Giuliano, Ph.D., Joel M. Palefsky, M.D., Stephen Goldstone, M.D., Edson D. Moreira, Jr., M.D.,  
Mary E. Penny, M.D., **Carlos Aranda**, M.D., Eftyhia Vardas, M.D., Harald Moi, M.D., Heiko Jessen, M.D.,  
Richard Hillman, M.D., Yen-Hwa Chang, M.D., Daron Ferris, M.D., Danielle Rouleau, M.D.,  
Janine Bryan, Ph.D., J. Brooke Marshall, Ph.D., Scott Vuocolo, Ph.D., Eliav Barr, M.D.,  
David Radley, M.S., Richard M. Haupt, M.D., and Dalya Guris, M.D.

- 4,065 hombres 16-26 años.
- 1,397 vacunados : 1,408 Placebo
- Esquema 0-2-6
- Seguimiento planeado 36 meses

- Eficacia 90.4% (IC 95%:69.2, 98.1) para lesiones genitales externas relacionadas en Px. seronegativos/PCR negativos
- Eficacia 89.4% (IC 95%:65.5, 97.9) para condiloma y 100% (IC 95%: 0, 100) para NIPPP.
- Eficacia 67% en la Cohorte completa
- Eficacia del 79% en reducir infección por VPH 16 y 96% por VPH 18

- **BENEFICIO MEDICO CLARO**

- La carga de enfermedades relacionadas al VPH en hombres es alta

- **COSTO EFECTIVIDAD CONTROVERSIAL**

- Para el cáncer Cervico-uterino,









- La vacunación masculina provee mayores beneficios en la prevención de Cáncer Cervicouterino si la cobertura en mujeres es  $< 50\%$ .
  - Si la cobertura en mujeres es baja ( $<1\%$ ), el beneficio de adicionar la vacunación masculina es alta ( $>90\%$ )
  - Tendencias similares son aparentes en terminos de costo efectividad.

- 16 Octubre 2009 FDA aprueba su aplicación en hombres para la prevención de verrugas genitales.
- 22 Diciembre 2010 FDA aprueba su aplicación para la prevención de cáncer anal y lesiones precursoras.
- ACIP(Advisory Committee on Immunization Practice) 25 Octubre 2011 recomienda su aplicación a los 11 ó 12 años.





# Impacto de la qVPH en los programas públicos de vacunación: reportes seleccionados hasta abril del 2013

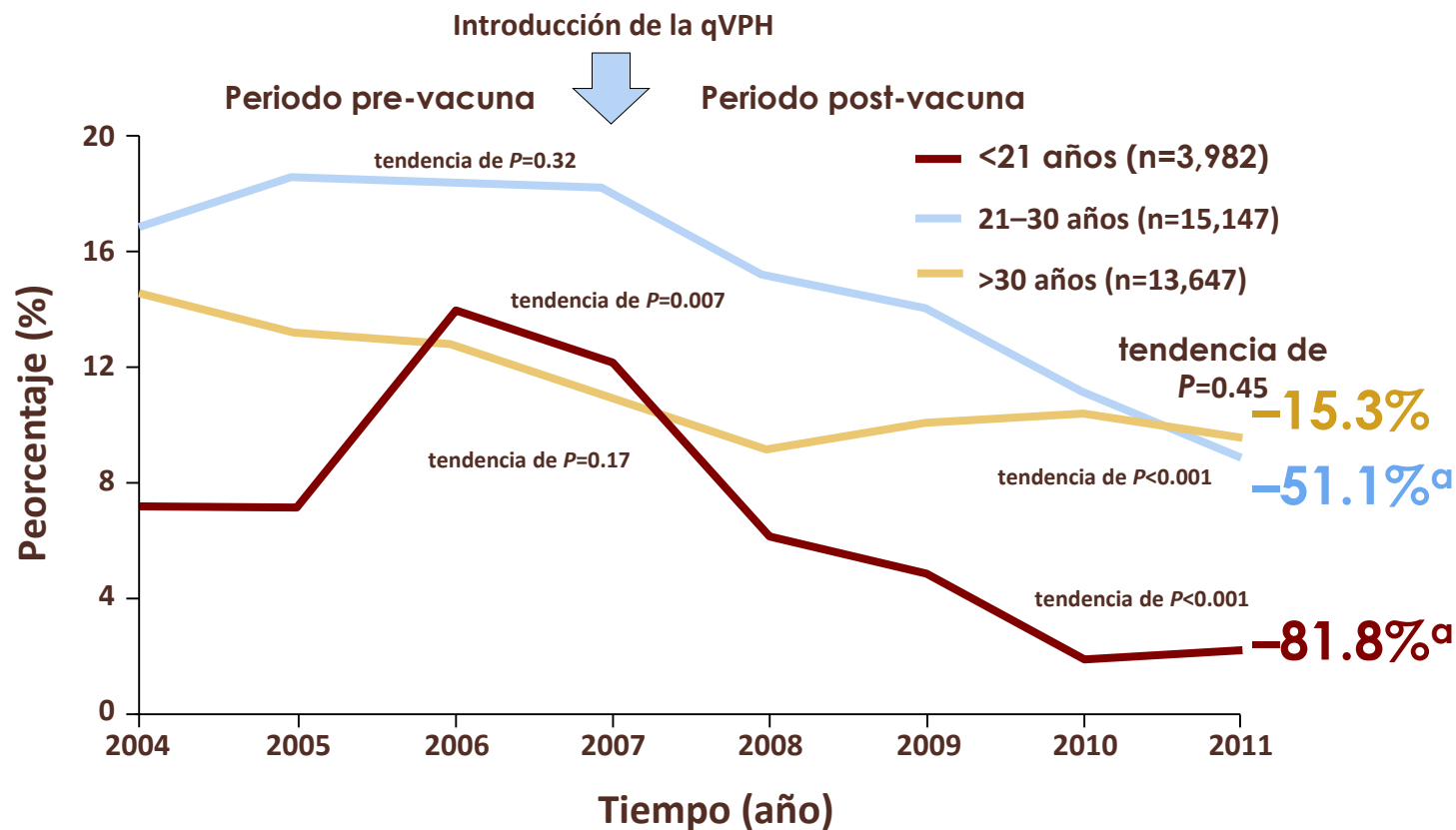
	 Australia	 Nueva Zelanda	 Dinamarca	 Suecia	 Estados Unidos	 Alemania	 Bélgica	 Canadá
<b>Inicio del programa</b>	2007 <sup>1</sup>	2008 <sup>3</sup>	2008–2009 <sup>4</sup>	2006–2007 <sup>5,6</sup>	2006 <sup>7</sup>	2007 <sup>11</sup>	2007 <sup>12</sup>	2007–2009 <sup>14</sup>
<b>Tipo de programa</b>	Escuelas y consultorios <sup>1</sup>	Escuelas y consultorios <sup>3</sup>	Consultorios <sup>4</sup>	Consultorios, escuelas <sup>d</sup>	Consultorios <sup>6</sup>	Consultorios <sup>11</sup>	Escuelas y consultorios <sup>12</sup>	Escuelas y consultorios <sup>14,15,c</sup>
<b>Cohorte primaria<sup>a</sup></b> (Edad, años)	H y M: 12–13 <sup>2</sup>	11–12 (solo en escuelas) <sup>3</sup>	12 <sup>4</sup>	13–17 <sup>5,e</sup> (en el 2012 inició el programa escolar en niñas de 11-12 años) <sup>6</sup>	H y M: 11–12 <sup>7</sup>	12–17 <sup>11</sup>	10–13 <sup>12</sup>	M: 9–13 <sup>14,c</sup> H: 9–26 <sup>14,h</sup>
<b>Cohorte complementaria</b> (Edad, años)	H: 14–15 hasta 2014 <sup>2</sup> (M: 14–18 terminó en 2008) <sup>1</sup>	13–20 (en escuelas y consultorios hasta 2010) <sup>3</sup>	13–17 (2008–2010) <sup>4</sup>	13–18 años (con el programa que inicio en el 2012) <sup>6</sup>	H: 13–21 <sup>7,f</sup> M: 13–26 <sup>8</sup>	ND	ND	M: 14–26 <sup>14,c,i</sup>
<b>Tasas de vacunación<sup>b</sup></b> (%)	M: 64–80% (edad: 15, 2009) <sup>1,c</sup> M: 66–72% (edades: 14–17, 2007–2009) <sup>1</sup>	73% (1a. dosis, edades: 11–18, 2009) <sup>3</sup>	76–82 % (edades: 14–16, 2012) <sup>4</sup> 78–83 % (edades: 17–19, 2012) <sup>4</sup>	24.7% (edades: 13–17, 2006-2010) <sup>5</sup> 31.9 % (edades: 18–19, 2006-2010) <sup>5</sup>	M: 32% (edades: 13–17, 2010) <sup>9,c</sup>	ND	79% (año escolar 2011–2012) <sup>13,g</sup>	M: 51–59% <sup>16,j</sup> (edades: ~13–14)
<b>Vacunación masculina</b>	Universal: 2013 <sup>2</sup>	No	No	No	Optativa: 2009 <sup>10</sup> Universal: 2011 <sup>7</sup>	No	No	Universal: 2012 <sup>14,k</sup>

<sup>a</sup>Cubierta al 100% por programas nacionales de salud, excepto Bélgica<sup>17</sup> y Estados Unidos.<sup>18</sup> <sup>b</sup>Esquema de 3 dosis completo, excepto Nueva Zelanda. <sup>c</sup>Varía según región/provincia. <sup>d</sup>La vacunación incidental en mujeres de 13 a 17 años empezó en octubre del 2006 y se ha subsidiado parcialmente desde mayo del 2007<sup>5</sup>; sin embargo, a partir del 2010, la vacunación es en las escuelas.<sup>17</sup> <sup>e</sup>A partir del 2010, el programa de vacunación de Suecia ahora se dirige a mujeres de 10 a 12 años.<sup>17</sup> <sup>f</sup>Puede vacunarse a los hombres de 22 a 27 años. <sup>g</sup>Tasa estimada de cobertura total en Flandes para mujeres nacidas entre 1998 y 2000. <sup>h</sup>No hay población complementaria, pero se recomienda para HRSH a partir de los 9 años. <sup>i</sup>También se puede vacunar a las mujeres de 27 a 45 años. <sup>j</sup>Tasa de cobertura en Ontario, Canadá, para los años escolares 2007–2008, 2008–2009 y 2009–2010; solo vacunación primaria, solo en escuelas. <sup>k</sup>Los fondos para vacunación masculina se determinarán a nivel provincial. H = hombres; HRSH = hombres que tienen relaciones sexuales con hombres; M = mujeres; ND = información no disponible.

Véanse las referencias en la página de notas de la diapositiva 5.



# Proporción de hombres heterosexuales nacidos en Australia con verrugas genitales, por grupos de edad (2004–2011)<sup>1</sup>



El estudio describe el efecto poblacional en curso de la qVPH sobre las verrugas genitales al cabo de 5 años de instituir la vacunación en Australia. Se recolectaron retrospectivamente los datos sobre características demográficas, conducta de los pacientes y diagnósticos clínicos de verrugas genitales entre 2004 y 2011. Se recolectaron datos sobre el estado respecto al VPH referido por los pacientes nuevos en dos de las clínicas mayores (Melbourne y Sydney) a partir del 2009. Los análisis incluyeron un total de 32,781 hombres heterosexuales.

<sup>a</sup> Reducción significativa (tendencia de  $P<0.001$ ) en la proporción de hombres con diagnóstico de verrugas genitales en la primera visita durante el periodo de administración de la qVPH entre julio del 2007 y diciembre del 2011.

qVPH = vacuna tetravalente contra el virus del papiloma humano.

Figura reproducida de *BMJ*, Ali H y cols., 346, f2032, 2013, con autorización de BMJ Publishing Group Ltd.

# Conclusiones

- Alta prevalencia de VPH en hombres
  - el 94% se tornan negativas en un año.
- No se recomienda realizar pruebas moleculares en hombres.
- La androscopia no es una prueba de cribado y su principal beneficio es para el hombre.
- Se debe incluir a los hombres a los programas de vacunación

# XXXI CONGRESO FECASOG

# PANAMÁ 2018

## ¡PANAMÁ TE ESPERA!

16 AL 20 DE ABRIL 2018



+507 229-7764



[spogpanama@gmail.com](mailto:spogpanama@gmail.com)



[www.spogpanama.org](http://www.spogpanama.org)

### CURSOS PRE CONGRESO

- Cirugía Avanzada de Laparoscopia
- Ultrasonido Obstétrico
- Emergencias Obstétricas
- Patologías benigna y maligna de mama

### ACTIVIDADES EXTRAS

- Desayuno con el profesor
- Simposio y mesas redondas
- Taller
- Magistrales