

# Revacunación tras conización en mujer previamente vacunada

15/12/2019

**Respuesta del Experto a ...**

Revacunación tras conización en mujer previamente vacunada

## **Pregunta**

Paciente de 21 años con tres dosis de gardasyl, acude tras una conización y el ginecólogo sugiere revacunación. ¿Qué hacemos?

**Respuesta de José Antonio Navarro (15 de Diciembre de 2019)**

Con esos escasos datos que nos proporciona no es fácil adoptar un criterio acerca de qué intervención podría ser la más correcta. Lo que debe quedar claro es que aunque con carácter individual se puede proceder a revacunar <sup>(1)</sup>. Aún así, la bibliografía al respecto es muy escasa o nula.

Sería muy importante conocer, para la elección de tipo de vacuna, los siguientes puntos:

1. La edad a la que se vacunó (ello nos podrá decir si estaba infectada previamente por relaciones sexuales precoces o si se trata de un fallo de vacunación por tipos incluidos en la vacuna). Respecto al primero la vacuna no es terapéutica y no elimina, al menos teóricamente, la infección previa y en relación al segundo se trataría de una situación muy infrecuente debido al alto grado de protección que confiere la vacuna.
2. Si cumplió con la pauta y esquema de vacunación correctos.
3. Y lo esencial: el oncotipo de VPH responsable de la lesión cervical de alto grado. Si se trata del 16 o del 18 y de un fallo de vacunación, quizás la opción más lógica sería administrar la vacuna bivalente al ser más

inmunógena con lo que intentaríamos evitar reinfecciones/reactivaciones por alguno de los dos tipos. Si se hubiera tratado de una infección previa a la vacunación, se podría valorar cualquiera de las dos vacunas (bi o nonavalente).

Si el oncotipo causal no es ni el 16 ni el 18, la primera opción sería la vacuna nonavalente para buscar la protección frente al 31/33/45/52 (asumimos que está protegida frente a 16 y 18) y la segunda la vacuna bivalente por la mayor inmunogenicidad frente a los oncotipos más comúnmente asociados a las lesiones en las que está implicado el virus y por la protección cruzada, aunque de menor grado que la generada por la nonavalente<sup>(2)</sup>, frente a tipos no vacunales.

## Referencias

<sup>1</sup> Joura E et al. Human papillomavirus vaccination: The ESG0eEFC position paper of the European Society of Gynaecologic Oncology and the European Federation for Colposcopy. European Journal of Cancer 116 (2019) 21e26.

<sup>2</sup> Tota J. Efficacy of the AS04-adjuvanted HPV-16/18 vaccine: Pooled analysis of the Costa Rica Vaccine and PATRICIA randomized controlled trials. JNCI: Journal of the National Cancer Institute. Published November 7, 2019.  
<https://doi.org/10.1093/jnci/djz222>.