

Enfermedad por HPV (virus del papiloma humano)

El virus del papiloma humano es el responsable por la infección de transmisión sexual más frecuente. 19 de ellos se consideran HPV de alto riesgo y se han vinculado a con la aparición de cambios celulares (displasias) y a cáncer (de cuello) en el útero.

En cáncer de cérvix se ve que el 95% de las muestras de los tejidos poseen material genético del HPV. También se pudo mostrar que genes del HPV son activos en células tumorales. Pero también existe el cáncer de cuello uterino son HPV y algunos expertos se hacen la pregunta de si la células anormales no producirían un ambiente favorable para la susceptibilidad al HPV y por ello contendrían estos virus.

El HPV también podría provocar verrugas benignas en los genitales externos y los cánceres más infrecuentes de vagina y pene.

Después de dos años del primer contacto sexual en una mujer de cada 3 se puede verificar HPV.

Con el número de parejas sexuales el riesgo de infección aumenta. El preservativo disminuye el riesgo claramente si se usa de manera consecuente el infectarse con HPV de alto riesgo.

La infección por HPV en los genitales femeninos transcurre en general sin molestias y en el 90% se resuelve de manera espontánea.

En EEUU se encontró HPV en

25% de mujeres de 14 a 19 años

45% de mujeres de 20 a 24 años

25% en mujeres de 25 a 49 años

Después la tendencia sigue disminuyendo.

Mientras más joven sea la mujer al infectarse, tanto más probable es su curación espontánea. Hay factores que favorecen que la infección se cronifique: los anticonceptivos orales y el fumar. En el transcurso de una infección crónica por HPV se pueden desarrollar alteraciones celulares de diferente grado de anormalidad sobre la mucosa: neoplasia intraepitelial (CIN). Grado I y grado II. El % de curación espontánea es alto por ej para la CIN II es de 40% (sin tratamiento). En un 10% de las infectadas crónicas los cambios se siguen desarrollando en un plazo de 8 años a displasias de alto grado (CIN III), que son vistas como un pre-estadio de cáncer. También estas modificaciones en un 33% van a la cura espontánea. En promedio hay otros 8 a 11 años entre una CIN III y un cáncer. Finalmente menos del 1% de las mujeres que se han contagiado con un HPV de alto grado, enferman de cáncer de cuello uterino.

El cáncer de cuello uterino está en el lugar 11 dentro de los cánceres de la mujer de todas las edades. Si se toman mujeres hasta los 45 años es la segunda causa más frecuente de tumor maligno. Sin embargo constituye sólo el 3,2% de todos los casos de cánceres y el 1,8% de las muertes por cáncer en mujeres. Es más frecuente entre los 35 y 55 años y después de los 60 años.

En personas que suelen hacerse los controles preventivos cada 3 años, el riesgo de padecer cáncer de cuello uterino disminuye en más del 90%.

SI TODAS LAS MUJERES FUERAN REGULARMENTE AL CONTROL PREVENTIVO CON EL GINECÓLOGO (PAPANICOLAU CADA 3 AÑOS) CASI NO HABRÍA CÁNCER DE CUELLO UTERINO.

En países en los que no está organizado un programa preventivo de cáncer, el cáncer de cuello uterino es un problema de salud pública grande y contribuye en gran medida a la mortalidad por cáncer.

La vacuna HPV

Las dos vacunas que existen están aprobadas para mujeres entre 9 y 26 años y para hombres entre 9 y 15 años

Gardasil: para HPV tipo 6, 11, 16 y 18. A los dos últimos se los hizo responsables por el 70% de casos de cáncer de cuello uterino. A los tipos 6 y 11 por el 90 % de todas las verrugas genitales. Las sustancias agregadas son el borato de sodio, el polisorbato 80 y el hidroxifosfato-sulfato de aluminio, que hasta ahora no ha sido empleado en ninguna otra vacuna.

Cervarix: para HPV 16 y 18. Tiene una sustancia AS04, que potenciaría y haría más largo el efecto en relación a Gardasil.

La indicación es colocar 3 dosis (mes 0 – 2 – 6), antes de la primera relación sexual

Preguntas aún abiertas

Existe un comportamiento diferente del HPV a lo largo del mundo. En un estudio realizado en EEUU se encontró el HPV tipo 16 en 1,5% de las mujeres y el tipo 18 en 0,8%. En otro estudio se demostró que ambos tipos se encontraban sólo en el 44% de las atipías celulares y no en el 70% como se había supuesto antes.

Sobre el tiempo en que la vacunación protege, debido al poco tiempo de evolución de los estudios, no se sabe nada. Un tiempo de efecto prolongado es importante ya que las mujeres jóvenes pueden superar en forma sustancialmente más fácil que mujeres mayores una infección por HPV. Si uno desplazara la infección, debido a un efecto corto, a una edad mayor, la posibilidad de una infección crónica y una atipía celular sería mayor. Por cálculos matemáticos el laboratorio Sanofi ha estimado que la duración promedio del efecto sería de 12 años. Otro problema es que la infección con los tipos 6 y 11 (considerados menos peligrosos), que es evitada por la vacuna Gardasil, probablemente proteja contra el cáncer por tipos de alto riesgo. Por lo tanto la vacuna Gardasil por un lado evitaría el cáncer, pero por otro lado también favorecerlo. La vacuna Cervarix, que sólo actúa contra los tipos 16 y 18, desde este aspecto sería más adecuada.

Un influjo negativo podría traer la vacuna HPV sobre el “safer sex”: las vacunas contra enfermedades de transmisión sexual, transmiten el sentimiento engañoso de seguridad y favorecen conductas sexuales de riesgo.

Por último, en mujeres vacunadas, podría ser que disminuyera el riesgo para exámenes de prevención de cáncer, ya que se sienten seguras.

Los efectos secundarios de la vacuna HPV

En un estudio se vio que en el 50% se producen reacciones locales, en el 10% síntomas generales (fiebre, molestias articulares). 1-2% tenía efectos colaterales autoinmunes como artritis o tiroiditis. Los efectos adversos reportados: de ellos 6% se catalogan como severos (por ejemplo: ceguera transitoria, alteraciones del lenguaje, colapso, alteraciones anímicas, parálisis nervios faciales. Síndrome de Guillain Barre y convulsiones). Si se coloca a embarazadas puede haber aborto o malformaciones del RN, reacciones anafilácticas riesgosas para la vida, alteraciones en coagulación de la sangre, parálisis, encefalitis y esclerosis múltiple.

Conclusiones

La vacuna para HPV es superflua. El cáncer de cuello uterino puede ser controlado de una manera adecuada por prácticas de “safe sex” y programas de prevención efectivos. Su incidencia hace años que va en descenso.

El que va regularmente a los controles preventivos, no necesita la vacuna HPV. El que se vacuna contra el HPV debe de todas maneras asistir de manera regular a los controles preventivos de cáncer.

La vacuna es inefectiva si se realiza después de la primera relación sexual o si ya hay una infección por alguno de los tipos de HPV contra los cuales está dirigida la vacuna.

La vacuna HPV conduce frecuentemente a efectos colaterales, en casos poco frecuentes también de carácter de riesgo vital. Además hay que descartar el embarazo antes de colocarse la vacuna. No se han investigado de manera sistemática efectos colaterales a largo plazo.

Dra. Carina Vaca Zeller

Bibliografía:

Hirte, Martin: Impfen Pro & Contra. Nueva edición 2011. Ediciones MensSana

Laporte, Jürgen: Alle Mädchen gegen Krbs impfen? 2008 GWSUBDHEITSPFLEGE initiativ