

Por qué debemos vacunar para evitar la infección de VPH

José Luis Doval Conde
Ginecólogo

Cad Aten Primaria
Año 2008
Volumen 15
Pág. 79-80

En los años 70 se comienza a relacionar el VPH con el cáncer de cuello de útero, ya se conocía desde una década antes su relación con verrugas genitales. En función de las secuencias de ADN se puede diferenciar tipos de riesgo alto de transformación celular que pueden llevar a un cáncer genital y tipos de bajo riesgo. De ellos los más comunes son el 16 y el 18 relacionados con el 70% de los cánceres de cuello y los 6-11 relacionados con las verrugas genitales.

Su mecanismo de transmisión es a través del contacto sexual y el preservativo puede reducir la transmisión pero no es totalmente protector.

Una vez adquirimos el virus el riesgo de desarrollar la lesión se relaciona con la persistencia del virus, que es de una media de 12-16 meses en las infecciones por virus de alto riesgo y de 5-8 meses para los de bajo riesgo, en esto influyen tanto en la adquisición como en la duración de la infección los siguientes cofactores.

Adquisición:

- Edad del primer coito
- Numero de compañeros sexuales.
- Relaciones con hombres con múltiples compañeras sexuales.

Persistencia:

- Tabaquismo
- Paridad
- Anticoncepción hormonal
- Infección por Clamydias
- Portadora de VIH

Toda estas situaciones de riesgo para la adquisición del virus del papiloma humano se da entre nuestros jóvenes que inician coitos cada vez en edades más tempranas, tienen una media de 4 parejas distintas por año y manifiestan que aunque habitualmente utilizan preservativo el 32% no lo usa en todos los coitos (1ª encuesta Daphe

de adolescente sobre el uso de anticonceptivos y sexualidad), el alto índice de tabaquismo entre los jóvenes y el aumento de ITS (no cuantificado en nuestro país) crean la situación ideal para que la incidencia de infección por HPV sea alta:

- 20-25% de prevalencia en la década de los 20 años.
- A los 35 años la prevalencia es de un 7%.
- En el mundo se calcula que unos 300 millones de mujeres afectadas por HPV que se traducen en 490.000. cánceres de cuello y unos 68.400 cánceres de vulva y vagina al año.
- La tasa de infección por HPV en Dinamarca tras inicio de coito es de un 35,4% y en EEUU de un 41% (de Sanjosé et al. Lancet oncology 2007).

Tenemos pues una primera indicación para vacunar: va a ser la única forma eficaz de reducir el riesgo de adquirir el agente causante del 70% de los cánceres y en el caso de la tetravalente de evitar la adquisición del virus relacionado con las verrugas genitales.

Se alega que el bajo índice de cáncer de cérvix en España (2100 casos año y 740 muertes) no hace coste efectiva la vacuna, yo no tengo datos para comprobar porque no se lo que se gasta con los programas de cribado (que se modificarían después de vacunar a todas las niñas) y desconozco el coste del seguimiento de las lesiones precancerosas y del tratamiento de las verrugas genitales pero quisiera aportar algunos datos para contrarrestar el mensaje de no vacunar por la baja incidencia de cáncer en nuestro país.

- La media de curación de verrugas genitales es de 6 meses.
- De cada 100 mujeres expuestas al VPH 6-11, 66 desarrollarán verrugas genitales (36%) en los 36 meses siguientes.
- Al coste económico de su tratamiento hay que añadir problemas psicosexuales y sociales importantes⁽¹⁾

El 1% de adultas sexualmente activas tiene lesiones clínicas de condilomas acuminados.

Para correspondencia
jose-luis.doval.conde@sergas.es

Con respecto al cáncer quisiera comentar:

- El 70% de los cánceres de cuello esta provocado por el virus 16-18, los protegidos por las vacunas.
- No debe olvidarse que estos virus son los causantes de otros cánceres (el 40% de pene, 75% de vulva, 90% de vagina, 90% de ano)
- El 25% de infección por HPV-AR evoluciona al CIN1 y de los CIN 1 un 10% evoluciona a CIN 2-3.

Por tanto con estos datos sí creo que es coste efectivo porque se reduciría con la vacunación el número de lesiones de CIN 1, CIN 2-3, y verrugas con el consiguiente ahorro de tratamientos y seguimientos y la reducción de los niveles de angustia y ansiedad en las mujeres cuando se les comunica estas lesiones⁽²⁾.

Otro dato que me hace estar a favor de la vacunación es que se reducirán costes al modificar el programa de cribado que debería de hacerse una vez instaurada la vacunación masiva en niñas: inicio más tardío, intervalos más largos, se observan menos citologías patológicas que reducirán el número de colposcopias y el número de revisiones.

Los motivos relacionados con eficacia, la seroconversión, la inocuidad ni los voy a tratar ya que cumple cualquier criterio de máxima exigencia de cualquier vacuna con tasas del 99-100%.

En un estudio realizado por Fleurence publicado en Am y Obstet. Gynecol 2007, 196:206-12, revisa varios estudios económicos y 24 trabajos sobre calidad de vida, una de sus conclusiones es que el gasto en EEUU en relación a la patología relacionada con el HPV es superado solo en el campo de las ITS por la asistencia a la patología relacionada con el VIH.

Por todo lo arriba indicado estoy a favor de vacunar:

- A todas las niñas antes del inicio de relaciones sexuales.
- A todas las mujeres después de iniciadas las relaciones sexuales porque solo un 5% de las mujeres con HPV tiene 2 o más tipos de virus HPV y aunque no influye en la evolución del virus adquirido, sí que protege contra los no adquiridos.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Winer et al. J. Infect Dis 2005; 191:731-738
- (2) Kotsky. L. Am J Med 1997; 102: 3-8