

Editorial

VACUNA CONTRA VIRUS PAPILOMA HUMANO: ¿SUEÑO O REALIDAD EN LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN CHILE?

En el año 2005, se estimó que ocurrieron alrededor de 500.000 nuevos casos de cáncer de cuello uterino, siendo cerca del 80% de esos casos diagnosticados en países en vías de desarrollo (OMS). Se estima que cada año aproximadamente 273.000 mujeres fallecen por esta causa (una muerte cada dos minutos). Lamentablemente, menos del 50% de las mujeres diagnosticadas con cáncer invasor en esos países, sobreviven más de 5 años y muchas de las víctimas de este flagelo son mujeres jóvenes en edad fértil y/o con hijos en edad escolar. En contraste, en los países desarrollados la sobrevivida alcanza cifras del 66% a 5 años. Estas diferencias se explican tanto por la ausencia o falencias de políticas de tamizaje (prevención secundaria) como por la carencia de normativas y recursos económicos suficientes que permitan un manejo estandarizado, oportuno y de calidad para el tratamiento de este cáncer.

En Chile, durante el año 2004, aproximadamente 1.200 nuevos casos de cáncer cérvico-uterino fueron diagnosticados, resultando en 676 muertes de acuerdo a los registros de estadísticas vitales publicados por el Instituto Nacional de Estadísticas (tasa 8,38/100.000 mujeres). Así el cáncer de cuello uterino constituye en nuestro país, la quinta causa de muerte por cáncer en la mujer. Cabe destacar que los esfuerzos en alcanzar una cobertura vigente adecuada en el tamizaje, y la aplicación de normativas tendientes a homogeneizar las conductas terapéuticas, han permitido una reducción sostenida en la mortalidad por cáncer de cuello uterino en los últimos 17 años.

En la actualidad, la evidencia médica señala a los subtipos de alto riesgo del virus papiloma humano como los responsables del desarrollo de las neoplasias intraepiteliales de alto grado y del cáncer cérvico-uterino. La lista actual de subtipos de

VPH que guardan relación con cáncer cérvico-uterino incluye 15 de alto riesgo (16, 18, 31, 33, 35, 45, 51, entre los más relevantes) 3 de posible alto riesgo (26, 53 y 66) y 12 de bajo riesgo (6, 11, etc.). Los subtipos 16 y 18 han sido identificados como los más prevalentes en el cáncer cérvico-uterino a nivel mundial, existiendo variaciones regionales, esta relación alcanza hasta un 66%. El DNA viral se ha identificado en el 99,7% de los casos de cánceres invasores. La inmensa mayoría de las mujeres expuestas al virus papiloma desarrollan una infección transitoria, y se hacen negativas al virus en un plazo variable de hasta 24 meses. En otros casos, el virus puede persistir por meses e incluso años, cuando se establece esta infección persistente, por un virus de alto riesgo, se genera el factor más importante para la carcinogénesis viral. De esta manera la historia natural de la enfermedad refleja una falla del sistema inmunológico para controlar el virus localmente, situación que es mucho más frecuente con los subtipos 16 y 18.

Frente a la clara evidencia de relación (causa-efecto) entre el virus y la enfermedad, se abre la posibilidad cierta de efectuar prevención primaria de la misma, mediante una vacuna, similar al caso de la vacuna contra hepatitis B que previene el cáncer hepático. Las vacunas de tipo profiláctico son las que más han avanzado en su desarrollo y pueden mostrar resultados más sólidos. En su composición, corresponden a extractos proteicos purificados desde la cápsula viral (proteína L1) que por condiciones físico-químicas tienden a agregarse en pequeñas partículas virales que semejan al virus papiloma, las VLPs (virus-like particles). Estas partículas virus-símil poseen la capacidad de inducir una respuesta inmune generando anticuerpos capaces de neutralizar la acción del

virus, sin generar la enfermedad. Los resultados comunicados hasta ahora son muy categóricos respecto de su seguridad, alta inmunogenicidad y eficacia en prevenir la infección tanto transitoria como persistente, así como el desarrollo de lesiones intraepiteliales asociadas a los subtipos virales para los cuales la vacuna ha sido diseñada.

Si un programa de prevención secundaria, mediante tamizaje citológico, con cobertura adecuada (sobre el 80%) y un tratamiento eficaz y oportuno, son capaces de prevenir el 70% de los casos de cáncer cérvico-uterino, la implementación de un programa de vacunación eficiente, integrado a las medidas actualmente vigentes, podría evitar hasta el 90% de las muertes.

Sin embargo, antes de implementar un programa de vacunación, muchas interrogantes se deben dilucidar, como a quién y a qué edad vacunar. La elección de un rango etario en la preadolescencia y adolescencia para optimizar los efectos de la vacunación, pareciera ser el más oportuno a fin de obtener protección antes del inicio de la actividad sexual y del eventual contacto con la infección viral. Esto hace necesario implementar políticas de educación sanitaria en colegios y grupos de padres con el objeto de difundir los beneficios que se persiguen y disipar dudas respecto del peligro de inducir conductas de iniciación sexual más precoz o de sexo libre sin protección, por el hecho de una vacunación ligada a una enfermedad de transmisión sexual.

También será necesario diseñar campañas educativas para evitar confusiones en relación a los conceptos de tamizaje y vacunación, malas interpretaciones que podrían llevar a descuidar efectivas medidas vigentes de prevención secundaria, tanto en la población femenina adulta como en los establecimientos y profesionales prestadores de salud. Se hace necesario también lograr un acuerdo respecto de los contenidos que deberían tener las campañas de vacunación para así lograr el máximo de aceptación. La vacunación masculina es otro punto de dudas. Se acepta, por ahora,

que su costo efectividad sería dudoso, pero es poco lo que se sabe en relación a los beneficios epidemiológicos o clínicos esperables. Más aún, no se sabe cuanto durará la protección efectiva de la vacuna y si ésta podrá generar inmunidades cruzadas estables. Con un seguimiento que a la fecha lleva casi 5 años, los niveles de anticuerpos son adecuados, no se sabe aún si serán necesarios refuerzos de vacuna a lo largo de la vida, así como tampoco el rol que podrían jugar las infecciones naturales.

Lo anterior hará necesario mantener aquellos programas de prevención mediante tamizaje citológico (en aquellos países que lo poseen como Chile), durante un largo período de tiempo, hasta alcanzar una cobertura de inmunización adecuada en la población femenina, así como también hasta lograr un seguimiento de largo plazo a la población inmunizada, que permita una respuesta a las interrogantes actuales. Lo anterior implicará un aumento de los costos a corto plazo en los Programas de Control de Cáncer de Cuello Uterino.

La disponibilidad a muy corto plazo de dos vacunas para aquellos subtipos de virus papiloma humano más frecuentemente relacionados con cáncer de cuello uterino debería generar una gran expectativa, debido a su rol esperado en la dramática disminución en la morbilidad y mortalidad por este cáncer, a largo plazo, así como un fuerte impacto económico y emocional al limitar el número de citologías alteradas.

En el presente número de la Revista de la Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología se publican tres trabajos relacionados con este tema, los cuales son un valioso aporte de la realidad nacional en este campo.

Dr. EUGENIO SUÁREZ P.
Dr. MAURICIO CUELLO F.
Dr. OMAR NAZZAL N.

Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología.