



José Antonio López Fernández: “Las pacientes que reciben resultados anormales tras las pruebas del Virus del Papiloma Humano no deben alarmarse”

■ Belén Pardos

El profesor de la UMH y jefe de sección de Ginecología del Hospital General Universitario de Alicante asegura que, en la mayoría de los casos, las defensas del propio organismo son capaces de eliminar el virus

El virus del papiloma humano (VPH), del que se han identificado más de 200 tipos diferentes, se transmite mediante el contacto de la piel o las mucosas. Algunos tipos de VPH son capaces de infectar la mucosa genital y anal de ambos sexos y se asocian con cáncer y verrugas genitales. La principal manera de

contagio es la vía sexual, por penetración y, aunque de forma menos frecuente, por el contacto piel con piel de la zona genital y al practicar sexo oral.

Aunque cualquier persona con una vida sexual activa en la que exista contacto genital, incluso sin penetración, puede contagiarse, el profesor de la Universidad Miguel Hernández (UMH) de Elche y jefe de sección de Ginecología del Hospital General Universitario de Alicante, José Antonio López Fernández, asegura que, en la mayoría de los casos, el virus no provoca ningún síntoma y las defensas del propio organismo son capaces de eliminarlo. “Sólo en unos pocos casos, la persistencia de la infección no resuelta puede provocar lesiones precancerosas y cancerosas, sobre todo en el cuello uterino o cérvix”, explica López Fernández.

Pregunta: Más del 80% de las infecciones por VPH son transitorias y se resuelven en los dos años posteriores a su adquisición, pero, ¿cuáles son las principales consecuencias de la infección por VPH?

Respuesta: La mayoría de las mujeres tienen una infección transitoria que no supone ningún riesgo. Un pequeño porcentaje de casos presenta una infección persistente sin que sus defensas consigan eliminarla. Ésta puede provocar alteraciones celulares que primero derivan en el desarrollo de una lesión premaligna, llamada lesión escamosa intraepitelial (SIL) o neoplasia intraepitelial cervical (CIN), que pueden también curarse espontáneamente pero que, con el tiempo, si no se detectan y no se curan, pueden evolucionar a un cáncer. El cérvix uterino es el área genital con mayor riesgo para que se produzcan infecciones persistentes por VPH. Otros epitelios como la vagina, la vulva, el ano y el pene son menos susceptibles, pero también pueden sufrir un proceso similar al del cérvix.

¿Cuáles son las particularidades que hacen al cérvix más sensible? En el cérvix uterino hay dos epitelios, cilíndrico y escamoso, que están en constante cambio y crecimiento celular. Se llama la Zona de Transformación (ZT) y, en esta ZT del cérvix, el VPH aprovecha el ciclo celular de estas células en constante recambio para introducirse dentro y reproducirse a su vez.

¿Cómo se detecta el cáncer de cérvix? ¿En qué consiste el procedimiento que los profesionales de la salud llaman “cribado”? Como la infección por el VPH es asintomática, la forma de detectarla se basa en analizar una muestra de la secreción del cuello uterino. A esto es a lo que se llama cribado, es decir, a las pruebas que se realizan a una población de pacientes sin síntomas para detectar aquellas con riesgo de padecer una determinada enfermedad. La prueba de cribado clásica es la citología, mediante la cual se estudian las células que se descaman del cuello uterino y de la vagina para detectar la presencia de lesiones precancerosas. En los últimos años, se ha incluido también la prueba del VPH, que nos informa de si hay infección o no por el VPH e incluso el tipo de VPH detectado. Ambas pruebas, citología y detección del VPH sirven como cribado del cáncer de cérvix y se utilizan en los distintos programas de prevención en todo el mundo.

Si la infección por VPH es asintomática ¿cuando aparecen verrugas es porque se trata de una infección por fenotipos del virus poco peligrosos? Existen dos tipos de virus VPH. Los de bajo riesgo (serotipos 6 y 11) no constituyen ningún peligro de producir lesiones neoplásicas o preneoplásicas, pero son el agente causal de las verrugas genitales. Su síntoma son esas verrugas que son un problema fundamentalmente estético y se tratan mediante tratamientos tópicos o incluso gestos quirúrgicos. Por su parte, los de alto riesgo (serotipos 16,18, 31, 35, 45, 51, etc.) cursan de manera asintomática, es decir, no provocan verrugas ni ningún síntoma. Por este motivo, es necesario establecer protocolos de detección precoz o cribado.



El uso del preservativo y la vacuna son las dos medidas fundamentales de prevención primaria

¿Cuándo es recomendable realizarse estas pruebas? En el protocolo actual, la edad para comenzar el cribado se sitúa en los 25 años y se recomienda mantenerlo, al menos, hasta los 65. Si a una paciente se le realiza el cribado, bien con citología, con detección del VPH o con ambas, y resulta negativo, no se debe hacer nada y, en todo caso, repetirlo con un intervalo variable entre 1 y 5 años. En otros protocolos, se recomienda iniciar el cribado 3 años después del inicio de las relaciones sexuales, o a la edad de 21 años, pero a estas edades tempranas el beneficio estaría reñido con un mayor riesgo de sobretratamiento de lesiones menores que, con el tiempo, regresarían espontáneamente.

“La edad para comenzar el cribado del VPH se sitúa en los 25 años y se recomienda mantenerlo, al menos, hasta los 65”

¿Desde cuándo se han introducido las pruebas de cribado y citología para detectar el VPH en programas de prevención? El cribado del cáncer de cérvix se conoce desde la segunda mitad del siglo XX, gracias a los estudios de George Papanicolaou, un investigador griego que demostró la posibilidad del diagnóstico precoz del cáncer de cérvix con la realización de la citología. En España, y en concreto en la Comunidad Valenciana, hay programas de detección del cáncer de cérvix desde hace más de 30 años. La prueba que se ha utilizado y se utiliza desde siempre es la citología. Desde 2014, se pue-

de realizar también la prueba del VPH, que es tan buena como la citología, e incluso un poco más sensible. Hay algunas mujeres que no se han hecho la prueba porque, en la Comunidad Valenciana, el cribado del cáncer de cérvix es oportunista. Esto quiere decir que somos los clínicos, médico de cabecera u otros especialistas, los que al ver a la paciente le preguntamos si hace tiempo que no se han hecho una citología. Si es así, se las remite para que se haga la citología o la prueba VPH en la matrona o en el ginecólogo. Hay otras pruebas de cribado del cáncer como, por ejemplo, el de mama o el de colon que son poblacionales, es decir, se contacta con todos los pacientes por carta y se les ofrece la realización de las pruebas.

Si el resultado es positivo, ¿qué pasos se deben seguir? Cuando una paciente presenta un cribado positivo, es decir, bien se detecta VPH de los serotipos más agresivos (16 y/o 18) o bien la citología está alterada, se debe someter a un estudio más detallado que permita confirmar o descartar la presencia de lesiones en el cérvix. Este estudio pasa por la remisión a unidades especializadas donde se visualiza completamente el tracto genital inferior (vulva, vagina y cérvix) mediante una prueba denominada colposcopia y se confirma o descarta la presencia de lesiones. La colposcopia, por tanto, se realiza a las pacientes que presentan cribado positivo.

Y, después de ser valorada en la unidad especializada y de realizarse una colposcopia y/o una biopsia, ¿qué opciones existen? Existen varias opciones. En caso de que no se detecte ninguna lesión, se debe repetir el cribado en un intervalo determinado, hasta comprobar la normalidad, alrededor de un año. Si se detecta una lesión de bajo grado o neoplasia intraepitelial cervical de grado 1 (CIN1), estas lesiones de bajo grado son la expresión de la infección por el VPH, generalmente son autolimitadas y tienen poco riesgo de progresar a cáncer de cérvix. En este caso, tampoco suele hacerse nada más que repetir las pruebas en 6-12 meses, hasta comprobar que se han eliminado. En casos de persistencia durante varios años



se puede plantear realizar un tratamiento. En la actualidad, se están ensayando distintos productos para uso por vía oral o por vía vaginal para ayudar a eliminar el virus. Por su parte, cuando se detecta una lesión de alto grado (CIN 2-3) el riesgo de progresar a lesión cancerosa es mayor y se suele recomendar un tratamiento para evitar su progresión. El más habitual se denomina conización y consiste en extirpar el fragmento del cuello del útero (cérvix) donde está la lesión.

¿Ha aumentado la prevalencia del virus? La mayor probabilidad de contagio se da en los primeros años de vida sexual. Según el estudio Cleopatre, sobre prevalencia y distribución del genotipo de la infección por el VPH del cuello uterino en España, la prevalencia es mayor en las primeras décadas de la vida (29% de las muestras positivas en menores de 25 años) y va disminuyendo a partir de los 35 años (25-35 años: 17%, 36-55 años: 9%). Este estudio, publicado en 2007, en el que colaboramos desde el Hospital General de Alicante y en el que se evaluó a más de 3.000 mujeres de toda España, describe la existencia de algunos factores relacionados con la mayor frecuencia del VPH. Se trata de un número elevado de parejas sexuales, el hábito tabáquico y el no uso sistemático de preservativo en las relaciones sexuales. Es posible que la transformación experimentada en los últimos años, con el consiguiente cambio en los hábitos sexuales, contribuya a este incremento de la prevalencia del VPH. También hay que tener en cuenta que la prueba de detección ahora es más accesible, por lo que puede aumentar la sensación de que en la actualidad hay mayor prevalencia del VPH.

Además de utilizar preservativo y evitar el tabaco, ¿existen más formas de prevención? En cuanto a prevención primaria, es decir, evitar la adquisición del VPH, el gesto más importante es la vacunación, que favorece el desarrollo de defensas en el organismo que evitan la infección por el virus en el caso de que haya contacto. Otras medidas de prevención primaria serían la abstinencia sexual, la limitación de parejas sexuales y el uso sistemático del preservativo.

¿Y para evitar las lesiones si ya se tiene el virus? Para evitar las lesiones provocadas por el HPV, es decir, en prevención secundaria, lo que se debe llevar a cabo es el cribado, bien en la visita ginecológica o en el centro de salud de la paciente. Las medidas para eliminar el virus en las pacientes con cribado positivo son fundamentalmente el uso de preservativo mientras se tienen las lesiones, no fumar, dejar de tomar anticonceptivos orales (que también suponen un incremento del riesgo en casos de toma durante varios años) y, en general, adoptar hábitos de vida saludable que favorezcan un buen estado inmunitario como, por ejemplo, una dieta adecuada o practicar ejercicio físico.

¿Por qué los anticonceptivos orales suponen riesgo? Se ha visto en distintos estudios observacionales, y en algún estudio prospectivo, que el uso de anticonceptivos orales y el tiempo de uso se relaciona con un mayor riesgo de lesiones VPH dependientes (CIN y cáncer). Tam-

bién, se sabe que protege frente a otros tipos de cáncer (colon, ovario, endometrio). La causa de este aumento de riesgo no se conoce con seguridad pero, probablemente, provoque algún efecto a nivel de la inmunidad local en el cervix y la vagina. El mensaje no debe ser "señora no use anticonceptivos orales", sino que debe ir encaminado a insistir en la conveniencia de que las mujeres que usan anticonceptivos se animen a ser vacunadas, si no lo están ya, y que acudan a los programas de cribado. En el polo opuesto, las pacientes que dan positivo en el cribado (VPH o citología) deben ser animadas a suspender, al menos temporalmente, el uso de anticonceptivos orales y usar preservativo como método anticonceptivo.

“La vacunación de los niños y las niñas podría contribuir a una menor carga de enfermedad, tanto para varones como para mujeres”

¿Cuáles son las ventajas de la vacuna contra el VPH? Las vacunas protegen de forma muy eficaz y segura frente a los principales tipos de VPH que causan enfermedades. Todas las comercializadas incluyen los tipos del VPH 16 y 18, que causan el 70% de los cánceres. Se han administrado más de 300 millones de dosis en todo el mundo, lo que deja fuera de toda duda las reservas en cuanto a la seguridad. En España, la vacuna está incluida en el calendario vacunal para las niñas y se administra a los 11-13 años, desde 2008. La vacuna también se recomienda hasta los 26 años en pacientes no vacunadas en la adolescencia, e incluso hasta los 45 años, aunque su eficacia es menor en

estas edades. Se recomienda la vacunación independientemente de la actividad sexual o la exposición previa al VPH. Aunque la vacuna puede ser menos efectiva en mujeres previamente infectadas, se espera que se experimente algún beneficio preventivo sobre otros serotipos distintos a los que han provocado su infección. Cuando se administra a adolescentes menores de 15 años, es suficiente con administrar dos dosis con intervalo de 6 meses entre ellas. En caso de administración en mayores de 15 años, el proceso de vacunación incluye tres dosis, en lugar de dos.

En otros países también se administra a los hombres. Los niños también se pueden ver beneficiados por la vacuna VPH, ya que podría prevenir frente a algunos cánceres de ano, recto, boca, garganta y pene, relacionados con el VPH, cuya frecuencia parece estar en aumento y que no se previenen mediante ninguna prueba de cribado. Además, la vacunación de los niños podría contribuir a una menor carga de enfermedad en general, tanto para varones como para mujeres. En la actualidad, la vacunación de los varones no se incluye en el calendario vacunal en España. En varios países de Europa y América su uso está autorizado. Los varones y las mujeres no vacunadas que deseen vacunarse deben adquirir la vacuna en la farmacia sin ninguna financiación. El precio de cada dosis oscila entre 120 y 150 euros.

¿Cómo afecta el VPH en cuanto a la maternidad? La infección por el VPH detectada en el cribado raramente interfiere con los deseos de maternidad de las mujeres. Ni el embarazo ni el parto vaginal están condicionados por la existencia de VPH o por la presencia de lesiones de bajo grado o por el antecedente de haberlas tenido. La conización dirigida por colposcopia, realizada en centros especializados, no se relaciona con dificultad para conseguir embarazo posterior. En algunos estudios se ha demostrado que en casos de pacientes que se han sometido a conizaciones muy extensas o a más de una conización, cuando se quedan embarazadas se puede incrementar el riesgo de parto prematuro. Por este motivo, en estas pacientes se suele hacer un seguimiento de la longitud del cervix durante el embarazo. La existencia de infección por VPH, lesiones por VPH o el antecedente de estas lesiones no condiciona la vía del parto (vía vaginal o cesárea), salvo casos excepcionales.



Imágenes: CCO Pxhere