

## Actualización en el virus del papiloma humano

Javier Padilla Bernáldez

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. MIR Medicina Preventiva y Salud Pública. Unidad de Gestión Clínica de Salud Pública. Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla. España.  
Correo electrónico: javithink@gmail.com

### Puntos clave

- Existen más de 40 tipos distintos de virus del papiloma humano (VPH), clasificados según su potencial oncogénico.
- La mayoría de las mujeres infectadas eliminan la infección de forma espontánea en los primeros 24 meses tras su adquisición.
- Según datos de España, la prevalencia de infección en mujeres entre 18 y 65 años es del 14,3%, siendo mayor en el subgrupo de 18-25 años.
- La persistencia de la infección durante más de 6 meses se ha relacionado con mayor edad, presencia de tipos oncogénicos y coinfección múltiple.
- El bajo nivel socioeconómico y la dificultad de acceso a los programas sanitarios son 2 de los factores relacionados con la progresión de la infección por VPH hacia lesiones invasivas.
- Existen pruebas de detección del VPH que se están empezando a implantar en los programas de detección precoz del cáncer de cuello de útero. Han demostrado que aumentan los cribados positivos, sin haber probado que disminuyen la mortalidad por cáncer de cérvix.
- Aún no existen estudios que hayan podido evaluar la efectividad de la vacuna contra el VPH para disminuir la incidencia de enfermedad invasiva. Sí ha demostrado disminuir la aparición de lesiones premalignas.
- Los datos de seguridad publicados de acuerdo con los ensayos clínicos aleatorizados no han encontrado efectos adversos graves atribuibles a la vacuna. Los datos de registros de vigilancia muestran un número de episodios adversos superior al resto de vacunas comercializadas.
- La coste-efectividad de la vacunación contra el VPH es muy discutible, dependiendo de la necesidad de revacunación, su efectividad real y la disminución de los costes. Los datos para nuestro país la sitúan como una actividad de bajo coste-efectividad.
- Es necesario un abordaje basado en la salud sexual y reproductiva que tenga en cuenta los determinantes sociales e incluya estrategias de promoción de la salud.

**Palabras clave:** Virus del papiloma humano • Vacunas • Infecciones de transmisión sexual • Salud sexual y reproductiva.

### ¿Qué es el virus del papiloma humano?

El virus del papiloma humano (VPH) es un virus ADN con capacidad para infectar al ser humano gracias a su tropismo por la piel y las mucosas. Existen más de 40 tipos distintos de VPH que producen infecciones en el ser humano, clasificándose según su potencial oncogénico:

• *Virus del papiloma humano de bajo riesgo de malignidad:* principalmente los tipos 6, 11, 40, 42, 43, 44, 53, 54, 61, 72, 73 y 81. Los más importantes epidemiológicamente serían el 6 y el 11, implicados en la aparición de verrugas genitales.

• *Virus del papiloma humano de alto riesgo de malignidad:* los tipos más importantes son el 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 53, 56, 58, 59, 66 y 68. Implicados en el desarro-

llo de cáncer de cuello de útero, vagina, vulva, pene, ano y orofaringe.

## Mecanismo patogénico y lesiones causadas por el virus del papiloma humano

El genoma del VPH codifica para 6 proteínas precoces (E) asociadas con la regulación de los genes virales y la transformación celular, 2 proteínas tardías (L) que forman la cápsula del virus, y una región de secuencias reguladoras del ADN. Las proteínas más importantes en la malignización de las lesiones causadas por el VPH son E6 y E7, que se expresan de forma consistente en los tumores malignos anogenitales y actúan de forma cooperativa para conseguir la inmortalidad de las células epiteliales<sup>1</sup>.

Los eventos fundamentales que se consideran necesarios en la evolución maligna de una lesión causada por el VPH son:

1. Adquisición de la infección por el VPH.
2. Persistencia de la infección.
3. Progresión hacia lesión precancerosa: en la localización más frecuente, el cuello uterino, se trataría de la neoplasia intraepitelial cervical, grados 1, 2 y 3, considerándose este último un carcinoma in situ.
4. Invasión local.

Las entidades patológicas relacionadas con la infección por el VPH se pueden observar en la tabla 1, así como sus datos epidemiológicos fundamentales en nuestro entorno.

**TABLA 1. Enfermedades causadas por el virus del papiloma humano y epidemiología en nuestro entorno**

Verrugas extragenitales	Incidencia (España) en torno al 10% en población pediátrica; pico de incidencia entre 12-16 años
Verrugas genitales	Prevalencia 1-10% según región geográfica. Pico de incidencia entre 20-25 años
Cáncer de cuello de útero	Incidencia (España) 6,9/100.000 habitantes; (Europa) 10,9/100.000 habitantes <sup>2</sup>
Cáncer anal	Incidencia (España) 0,5-1/100.000 habitantes; 1-6% tumores anorrectales <sup>3</sup>
Cáncer de genitales externos	Pene: incidencia (Europa) 0,5-1,1/100.000 habitantes <sup>4</sup>
Cáncer orofaríngeo <sup>a</sup>	Incidencia (España) 6,7/100.000 habitantes <sup>4</sup>
Papilomatosis respiratoria recurrente	Incidencia (Europa) 25/100.000 <sup>4</sup>

<sup>a</sup>La relación de estos cánceres con el VPH está establecida, pero su porcentaje es variable según los estudios consultados.

En lo que se refiere a la historia natural de la malignización de las lesiones por VPH, el caso más estudiado es el de las lesiones de cuello de útero, de las cuales debemos destacar los siguientes aspectos<sup>5</sup>:

1. Más del 65% de las mujeres infectadas por el VPH eliminan la infección en los primeros 12 meses tras el contagio<sup>6</sup>, y más del 90% a los 24 meses<sup>7</sup>.
2. En mujeres adolescentes entre 13 y 24 años, el 38% de los CIN 2 se resuelven tras 1 año, el 63% tras 2 años y el 68% tras 3 años si no reciben tratamiento<sup>8</sup>.
3. La incidencia acumulada de cáncer de cuello de útero en mujeres con CIN 3, al cabo de 30 años de seguimiento, es del 31,3%<sup>9</sup>.
4. La incidencia acumulada de cáncer invasivo de cuello de útero entre las mujeres de la India (incidencia moderada-alta, en contraste con la incidencia baja de nuestro país) de 20-60 años con CIN 2 fue del 24,4% a los 108 meses; del 42% a los 36 meses para el caso de los CIN 3<sup>10</sup>.

## Factores de riesgo para la infección y el desarrollo de lesiones por virus del papiloma humano

En España, la prevalencia de infección, según datos recientes del estudio CLEOPATRE<sup>11</sup>, en mujeres entre 18 y 65 años en el momento de la citología fue del 14,3%, acercándose al 30% en el subgrupo de 18-25 años; mientras que el 84% de las infecciones corresponderían a tipos oncogénicos, solo en el 22% de las muestras positivas se detectó algún tipo de VPH de los cubiertos por la vacuna tetravalente (ver apartado sobre vacuna contra el VPH). Los genotipos de alto riesgo detectados con más frecuencia fueron el 16 (2,9%), el 52 (1,8%), el 51 (1,6%), el 31 (1,3%) y el 66 (1,2%), mientras que el tipo 18 solo se encontró en el 0,5% de las mujeres estudiadas. A pesar de este patrón epidemiológico en las muestras estudiadas, datos previos a escala europea<sup>12</sup> señalan que un 76% del total de los cánceres invasivos estarían producidos por los tipos 16 y 18 (ambos incluidos en las 2 vacunas comercializadas).

La persistencia de la infección más allá de 6 meses se ha relacionado con una mayor edad, la presencia de tipos oncogénicos y la existencia de coinfecciones múltiples<sup>13</sup>. El mecanismo de transmisión es mayoritariamente sexual (aunque el contacto de la piel con las verrugas cutáneas también se describe como mecanismo de transmisión) y está relacionado directamente con el número de parejas sexuales a lo largo de la vida.

En lo referente a la aparición de lesiones malignas en las personas infectadas por el VPH, el proceso más estudiado es

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3470431>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3470431>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)