



VALOR DE LA VACUNA CONTRA EL CÁNCER DE CERVIX

Considero importante que la población general y el médico en particular reciban información veraz, formulada sencillamente, para que puedan elaborar su propio juicio. En el caso de la salud, ello se vuelve fundamental.

Recientemente se han mencionado opiniones respecto a la vacuna preventiva contra algunas cepas de HPV que a mi juicio podrían dar lugar a interpretaciones equivocadas, por lo que me siento en la obligación de brindar un resumen del conocimiento sobre este tema que pueda interesar al ciudadano general, enfrentando el **dilema de hacer aplicar o no** esta vacuna a sus hijas para evitar el cáncer de cuello uterino que, junto a sus formas iniciales o precursoras, muestra una incidencia anual del 0.4 al 0.6 % en nuestra población luego del comienzo de las relaciones sexuales. Se disponen de dos vacunas preventivas (existen otras con potencial curativo que aún se encuentran en fase de investigación). Una tetravalente que inmuniza contra 4 cepas de HPV: 6-11-16 y 18 y con cierta efectividad cruzada contra los subtipos 31 y 45 y que fuera aprobada por la FDA en Junio de 2006, y la segunda, bivalente, que inmuniza contra los HPV 16 y 18 y también con cierto control sobre el 31 y 45.

El cáncer de cuello de útero está vinculado al HPV en casi el 100% de los casos. Sin infección por HPV de alto riesgo (16, 18, 31, 45 y otros genotipos menos frecuentes, 33, 35, 39, 51, 52, 56, 58, 59 y 60, 13 en total), prácticamente no se produce el cáncer. A la inversa, existen muchos casos de infección por HPV **que nunca desarrollan cáncer**. Además se asocia con el cáncer de ano en el 90% y con el de vulva y vagina en el 40% (WHO, 2002).

¿Es confiable la vacuna?. Sí lo es y al desarrollar inmunidad contra las cepas 16 y 18, que son las más frecuentes (entre el 65 y 70% del total de HPV de alto riesgo), **elimina a la mayoría de los cánceres que podrían formarse**. Además, la inmunidad cruzada con los **sub tipos 31 y 45 eleva en un 10 al 20%** como mínimo la prevención de la enfermedad. Por ello es

recomendable que toda niña o adolescente a partir de los 10 a 12 años se vacune, si puede hacerlo, antes de iniciar las relaciones sexuales, pues con ello disminuiría grandemente el riesgo de contraer la enfermedad en el futuro. Los tipos 6 y 11 producen las verrugas géinito-anales, causa de molestias y síntomas desagradables que también pueden evitarse con la vacuna tetravalente.

¿Se trata de una vacuna en su faz experimental? De ninguna manera. Ha cumplido con todas las etapas previstas de investigación y como ya se señaló, fue aprobada por la FDA para su empleo en la población indicada y por el ANMAT en nuestro país.

¿La vacuna elimina la necesidad del Papanicolaou? **NO**, porque gran parte de la población aún no se ha vacunado e incluso con la vacuna queda un pequeño margen de riesgo (genotipos no cubiertos). Los estudios citológicos serán necesarios aún por mucho tiempo.

¿Se debe plantear entonces campañas masivas de vacunación? Por el momento la vacuna es cara y no podría soportarlo el sistema de salud si se extendiese a toda la población. Hay que esperar, como ocurrió con la vacuna de la hepatitis, que su valor descienda sustancialmente y que los Organismos Internacionales la distribuyan al costo. En ese momento será incorporada como vacunación para la población en general, haciendo énfasis en niñas/os adolescentes libres de infección activa. En la actualidad cabe recomendarla para quien disponga de un sistema de salud que la reconozca o que estén dispuestos a sufragar su costo. La edad sugerida para su aplicación (Gardasil) es por el momento de los 12 a los 26 años y para la bivalente (Cervarix) de 10 a 54 años. Estas fueron en su momento, las edades de la población sujeta a estudio.

La vacuna es un tremendo paso adelante en la lucha contra el cáncer y esperamos que en muy pocos años, todas las mujeres puedan emplearla. Incluso los varones podrán inmunizarse.