



Perfil epidemiológico del cáncer cervicouterino en México.

El cáncer cervicouterino (CaCu) es uno de los principales problemas de salud pública en el mundo, pues se estima que produce alrededor de 250 mil muertes por año, 80% de las cuales ocurre en países en vías de desarrollo, presentándose como la primer causa de mortalidad por cáncer en mujeres, las tasas más altas de incidencia de cáncer cervical se originan en África, Centro y SurAmérica y Asia.¹

Estudios realizados en Estados Unidos han informado que 75% de la población que pre-

senta esta patología, comprendida entre las edades de 15 y 50 años, está infectada con el Virus de Papiloma Humano (VPH) genital, cifra de la cual 60% corresponde a infección transitoria, 10% a infección persistente, 4% a leves signos citológicos y 1% a lesiones clínicas.¹

El VPH ha llegado a ser la causa más común de enfermedad transmitida sexualmente en el mundo, existen aproximadamente 100 tipos de este virus que se encuentran clasificados por números según las lesiones que ocasionan y el sitio de infección. Los tipos

de VPH más comúnmente asociados con la aparición de cáncer cervicouterino son los HPV-16 (57% de los casos) y el HPV-18 (14% de los casos), el resto de los casos corresponden a los tipos HPV-31, -33, -35, -39, -45, -51, -66.²

En México, en el año 1974, se implementó el Programa Nacional de Detección Oportuna de Cáncer (PNDOC), a pesar de ello la tasa de mortalidad por CaCu durante los últimos 25 años no ha disminuido, debido a la baja cobertura y bajos estándares de calidad; durante el periodo 1990-2000 se reportó un total de

48,761 defunciones por CaCu, lo cual representó un promedio de 12 mujeres fallecidas cada 24 horas, con un crecimiento anual de 0.76%.³

La prueba citológica de papanicolaou sigue dando la pauta para el diagnóstico de lesiones cervicales precancerosas y/o la detección del carcinoma invasor, al igual que técnicas complementarias como colposcopia, biopsia, tipificación viral e inmunohistoquímica. En la actualidad, se han desarrollado novedosos métodos de prevención que se están adoptando en la práctica médica (uno de ellos es la aplicación de la vacuna contra el VPH), los cuales van dirigidos a lograr una reducción de esta neoplasia en todo el mundo.⁴

La tasa de morbilidad de displasias en el periodo 2002-2007 (Figura 1) se ha incrementado significativamente, debido a que en estos últimos años las mujeres se realizan la prueba de papanicolaou con mayor frecuencia, lo cual ha mejorado el sistema de información y la vigilancia epidemiológica de esta patología.

La tasa de mortalidad desde el año 1980 al 2006 (Figura 2) disminuyó significativamente y en los últimos cuatro años ha disminuido 6%.

Vacuna VPH

Recientemente, en varios países de ingresos altos y en algunos de ingresos medios, se introdujeron en los programas de inmunización dos vacunas para la profilaxis de las infecciones por VPH con los tipos 16 y 18.

- **Cervarix®.** Vacuna bivalente, con dos proteínas antigénicas no infecciosas, para VPH 16 y 18.
- **Gardasil®.** Vacuna tetravalente, con cuatro proteínas antigénicas para VPH 16, 18, 6 y 11, las dos últimas para la prevención de verrugas genitales y/o papilomatosis respiratoria recurrente.⁵

Existen diversos hallazgos claves respecto a la efectividad de las vacunas profilácticas contra VPH, entre ellos se encuentran:

1. Eficacia de 100% en la prevención de lesiones relacionadas con VPH 16-18, en mujeres antes del inicio de su vida sexual o que estén libres de la infección.
2. Buena persistencia de anticuerpos durante 7 años.
3. Aceptable perfil de seguridad.⁶

Figura 1. Tasa de morbilidad de displasia leve, moderada, severa y CaCu en México en el periodo 2002-2007.

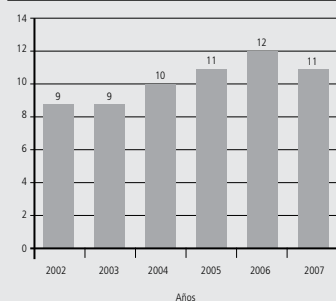
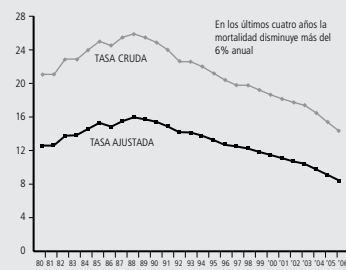


Figura 2. Tendencia de mortalidad por cáncer cervicouterino cruda ajustada en México 1980-2006.



En México, la vacuna contra VPH se introdujo en el año 2009, con un esquema de 0, 6 y 60 meses, las ventajas de la utilización de este esquema son las siguientes:

- Es más sencillo organizar una estrategia de vacunación inicial con las dosis a los 0 y 6 meses, en niñas de 9 años de edad.
- Cuando sea necesario aplicar la tercera dosis, la vacuna tendrá un costo más accesible, por lo que en términos económicos será más costo-efectiva y sustentable.
- La tercera dosis se aplicaría a los 14 años de edad, previa al inicio de relaciones sexuales en la mayoría de las adolescentes. El alza en los anticuerpos con la tercera dosis puede asegurar una mayor protección contra la infección persistente y sus consecuencias.⁷

Conclusión

El panorama del cáncer cervicouterino en nuestro país, es el reflejo de la detección y notificación oportuna de los casos, aunque se requieren más recursos económicos para mejorar las condiciones de accesibilidad a los servicios de salud; es importante mencionar que la prevención sigue siendo parte fundamental en los programas de salud y en este año, con la introducción de la vacuna de VPH se espera disminuir la morbimortalidad por esta causa. De acuerdo con las cifras de la Secretaría de Salud, a nivel nacional, se ha incrementado la detección oportuna de las displasias cervicouterinas, además la tasa de mortalidad ha disminuido a través de los años.

Dra. Janett Caro Lozano*

Dr. Iván Renato Zúñiga Carrasco**

*Jefa del Departamento de Epidemiología. Unidad de Medicina Familiar #13, Ciudad Campeche, Campeche.

**Jefe del Departamento de Epidemiología. Miembro del Comité de Infecciones Nosocomiales del H.G.Z. C/M.F. 4 IMSS Cd. del Carmen, Campeche. Director Médico de Capacitación. Cruz Roja Mexicana Delegación Naucalpan.

Referencias

1. http://www.who.int/vaccine_research/diseases/viral_cancers/en/inde_x3.html.
2. Tovar-Guzmán VJ, et al. Panorama epidemiológico de la mortalidad por cáncer cervicouterino en México (1980-2004).
3. Sankaranarayanan R, Madhukar Budukh A, Rajkumar R. Effective screening programmers for cervical cancer in low- and middle-income developing countries. *Bulletin of the World Health Organization* 2001;79:954-62.
4. Serman F. Cáncer cervicouterino: Epidemiología, historia natural y rol del virus del papiloma humano. Perspectivas en prevención y tratamiento. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2002;67(4):318-23.
5. McIntyre PB, Brotherton JM, Burgess MA, Kemp AS. More data from Australia on sensitivity to HPV vaccine. *BMJ* 2009;338:b26.
6. Reisinger KS, Block SL, Lazcano-Ponce E, Samakoses R, Esser MT, Erick J, et al. Safety and persistent immunogenicity of a quadrivalent human papillomavirus types 6, 11, 16, 18 L1 virus-like particle vaccine in preadolescents and adolescents: a randomized controlled trial. *Pediatr Infect Dis J* 2007;26(3):201-9.
7. Comité Nacional de Cáncer en la Mujer. (2007). Lineamientos para la aplicación de las vacunas contra la infección por virus del papiloma humano, en el sector privado. Secretaría de Salud México. Sistema Nacional de Información en Salud. Mortalidad. SSA.