

SECCIÓN 1: EVIDENCIA CIENTÍFICA ACERCA DEL TAMIZAJE BASADO EN LA PRUEBA DE VPH

MENSAJES CLAVES

- La causa principal del cáncer cervicouterino es la infección persistente por los tipos de alto riesgo del virus papiloma humano (VPH).
- La evidencia muestra que las pruebas de VPH tienen una mayor sensibilidad y son más efectivas para detectar las lesiones precancerosas.
- Como mínimo, se recomienda someter a tamizaje a toda mujer de 30 a 49 años de edad al menos una vez en la vida. El tamizaje puede extenderse tanto a mujeres más jóvenes como de más edad, según su riesgo inicial de presentar lesiones precancerosas.
- Independientemente de la prueba de tamizaje, se requiere un programa organizado que cumpla con los elementos críticos: cobertura alta en el grupo de mujeres de alto riesgo (30 – 49 años) y seguimiento para tratamiento a todas aquellas que presenten resultados anormales.

HISTORIA NATURAL DEL CÁNCER CERVICOUTERINO Y DEL VPH

La causa principal del cáncer cervicouterino es la infección persistente por los tipos de alto riesgo del virus papiloma humano (VPH-AR). Los tipos más frecuentes que causan cáncer son el VPH 16 y el 18, que se encuentran presentes en un 70% de todos los casos de cáncer cervicouterino (OMS, 2015). Los tipos de VPH de bajo riesgo 6 y 11 no se asocian con cáncer, pero causan verrugas genitales.

El VPH se transmite principalmente por vía sexual. Es una infección muy común y la mayoría de las personas se infectan poco después de iniciar su vida sexual. Sin embargo, el cáncer cervicouterino afecta solo a una pequeña fracción de las mujeres infectadas y puede tardar décadas en desarrollarse. Los determinantes principales de la infección por el VPH, tanto en los varones como en las mujeres, están relacionados con el comportamiento sexual e incluyen la iniciación sexual a edad temprana y el número elevado de parejas sexuales. No se han dilucidado por completo los cofactores que determinan que una infección por el VPH persista y progrese a cáncer, pero el uso del tabaco, la inmunosupresión, el número de embarazos y la presencia de otras infecciones genitales se consideran cofactores del VPH (OMS, 2015).

El curso natural de la progresión, de unos 10 a 20 años entre la infección persistente con el VPH hacia un cáncer invasor, hace que el cáncer cervicouterino sea una enfermedad relativamente fácil de prevenir. La vacunación contra el VPH en las niñas 9 a 13 años de edad, combinada con el tamizaje de lesiones precancerosas en las mujeres de más de 30 años y seguida de un tratamiento adecuado, son estrategias claves para prevenir el cáncer cervicouterino (OMS, 2015). Es importante destacar que la vacunación contra el VPH no sustituye las actividades de detección de la presencia de cáncer cervicouterino.

RESUMEN DE LAS RECOMENDACIONES DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD PARA EL TAMIZAJE CON LA PRUEBA DE VPH

Las recomendaciones de la OPS/OMS respecto al tamizaje del cáncer cervicouterino se refieren a lo siguiente (OPS/OMS, 2014):

- Se dispone de tres tipos diferentes de pruebas de tamizaje:
 - citología convencional (Papanicolaou) y en medio líquido (LBC);
 - inspección visual con ácido acético (IVAA);
 - prueba de detección del VPH.
- La evidencia muestra que las pruebas de VPH tienen una mayor sensibilidad y son más efectivas para detectar las lesiones precancerosas.
- Como mínimo, se recomienda someter a tamizaje a toda mujer de 30 a 49 años de edad al menos una vez en la vida. El tamizaje puede extenderse tanto a mujeres más jóvenes como de más edad, según su riesgo inicial de presentar lesiones precancerosas.
- La frecuencia entre las pruebas de tamizaje debe ser de 3 a 5 años. En las mujeres que obtienen un resultado negativo en una prueba de detección de VPH, el nuevo tamizaje debe hacerse después de un intervalo mínimo de 5 años.
- Independientemente de la prueba de tamizaje, se requiere un programa organizado que incluya los siguientes elementos: cobertura alta en el grupo de mujeres de alto riesgo (30 – 49 años) y seguimiento para tratamiento a todas aquellas mujeres que presenten resultados anormales.

La guía de la OMS sobre cáncer cervicouterino incluye también recomendaciones sobre estrategias de tamizaje y de tratamiento de precáncer. Estas fueron desarrolladas sobre la base de una extensa revisión de la evidencia por expertos en la materia, así como también sobre modelaje, cuando existían vacíos en la evidencia para comparar diversas estrategias de entrega de servicios. Los aspectos destacados de las recomendaciones de la OMS para las estrategias de tamizaje y tratamiento del precáncer son las siguientes (OMS, 2015):

1. Emplear una estrategia de tamizaje con una prueba de VPH y tratamiento, sobre una estrategia de tamizaje con IVAA y tratamiento. En entornos de recursos restringidos, donde el tamizaje con VPH no es factible, el panel sugiere una estrategia de IVAA y tratamiento de las lesiones precancerosas en la misma visita, si fuera posible.

2. Emplear una estrategia de tamizaje con una prueba de VPH y tratamiento, sobre una estrategia de tamizaje con citología seguida de colposcopia (con o sin biopsia) y tratamiento. Sin embargo, en países donde ya existe una estrategia de tamizaje apropiada y de alta calidad con citología seguida por colposcopia, una prueba con VPH o citología seguida por colposcopia, podría ser empleada.
3. Emplear una estrategia de tamizaje con IVAA y tratamiento, sobre una estrategia de citología seguida de colposcopia (con o sin biopsia) y tratamiento. La recomendación de IVAA sobre citología seguida por colposcopia puede ser aplicada en países que están actualmente considerando establecer un programa de tamizaje.
4. Emplear una estrategia de prueba con VPH seguida por IVAA y tratamiento, sobre una estrategia de IVAA y tratamiento.
5. Emplear una estrategia con prueba de VPH seguida por IVAA y tratamiento, sobre una estrategia de tamizaje con citología seguida por colposcopia (con o sin biopsia) y tratamiento.

Debido a razones prácticas y porque los expertos de la OMS en la materia priorizaron la estrategia de tamizaje y tratamiento, la opción de usar la prueba de VPH como la prueba de tamizaje primario, seguida por citología (PAP) como prueba de triaje, no fue incluida en la revisión de la evidencia ni en la comparación entre diferentes estrategias. Sin embargo, esta es una estrategia empleada en diversos países donde ya existen programas con PAP, y es una razón por la cual puede ser considerada como una opción:

- Prueba de VPH seguida por citología (PAP) y referir a aquellas mujeres con resultados anormales en ambas pruebas a colposcopia, biopsia y tratamiento, de acuerdo a los resultados de biopsia.

Opciones para el tamizaje con la prueba de VPH

ESTRATEGIA	VENTAJA	DESVENTAJA
VPH, y triaje con citología en las mujeres VPH+	<ul style="list-style-type: none"> • identifica a las mujeres que tienen un mayor riesgo de una lesión precancerosa. 	<ul style="list-style-type: none"> • se requieren más recursos para la citología; • mayor riesgo de no cumplir con el diagnóstico y tratamiento; • necesidad de seguimiento de las mujeres VPH + con citología negativa.
VPH, y triaje con IVAA en las mujeres VPH+	<ul style="list-style-type: none"> • identifica a las mujeres que tienen un mayor riesgo de una lesión precancerosa. 	<ul style="list-style-type: none"> • se requiere un control de calidad de la IVAA; • se podrían perder casos de lesiones de alto grado que no son visibles en la IVAA.
VPH y tratamiento (sin triaje)	<ul style="list-style-type: none"> • simplifica el proceso para completar el tratamiento; • reduce el número de visitas requerido por la mujer; • trata lesiones no detectables en el momento del examen. 	<ul style="list-style-type: none"> • puede haber sobre-tratamiento; • los costos del tratamiento pueden ser significativos.