



Comunica
VPH

RIESGO DE ENFERMEDAD POR VPH

Autores: Mercedes Herrero Conde

Jesús de la Fuente Valero

Paula Buelga López

Laura López Prada

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN	2
II. RIESGO DE ENFERMEDAD POR VPH	4
https://www.saludsexualparatodos.es/riesgo-de-enfermedad/	4
1. ¿El riesgo de enfermedad es el mismo para todos?	4
2. ¿Tener condilomas o lesiones cancerosas anales significa contagio por sexo anal?	5
3. Si tengo verrugas,-condilomas, ¿tengo más riesgo de cáncer de cuello de útero?	5
III. Conflicto de intereses:	6
IV. BIBLIOGRAFÍA	7

I. INTRODUCCIÓN

La infección por VPH, virus del papiloma humano, es la infección de transmisión sexual (ITS) más frecuente que existe(1). Aún así hay mucho desconocimiento entre la población sobre ella, y en ocasiones, entre algunos sanitarios.

Las enfermedades asociadas a la infección VPH han salido del territorio genital, esto ha hecho que otros profesionales sanitarios tengan que manejarla, cada vez con mayor frecuencia.

Esta infección tiene una especial **complejidad**:

1. Entrar en contacto con el virus no significa que se traduzca en enfermedad.
2. El diagnóstico es difícil, en algunas situaciones.
3. No genera defensas duraderas tras la infección natural.
4. El largo lapso de tiempo que transcurre desde su adquisición hasta que aparece enfermedad.
5. La adquisición vía sexual y el hecho de que pueda producir cáncer.

Desde hace más de diez años existen **vacunas** para la infección. Las mal llamadas vacunas contra el **cáncer de cérvix**. Si bien este es el tumor más frecuente producido por el virus, este nombre acota su capacidad lesiva a un sexo, las mujeres, y a un órgano en concreto, el cuello del útero. Esto es más marcado en España donde aún no

está financiada la vacuna para varones. **Se desconoce que los cánceres VPH no tienen sexo ni género.**

A todo ello se añade el estigma por ser una **infección adquirida por vía sexual**, con las connotaciones sociales negativas y el estigma que ello supone. Además puede generar desconfianza y descrédito dentro de parejas estables, cuándo aparece una lesión tiempo después de la convivencia. Escuchamos en consulta frases cómo, “el virus lo sufren las mujeres y lo transmiten los hombres”, “la vacuna solo sirve para las niñas”, “si ya he tenido virus no necesito vacuna”, “si tengo pareja estable no puedo tener infección” y tantos mitos más que se asocian a esta infección.

Los **sanitarios**, sobre todos los no acostumbrados con el manejo de las ITS, no somos ajenos a este **desconocimiento sobre la infección**. Y lo que es más difícil, **cómo contarlo** y transmitirlo a nuestros pacientes. En ocasiones diversos especialistas, enfermeras y farmacéuticos, que han tenido contacto con un paciente portador de VPH o con enfermedad por el virus, ofrecen mensajes diferentes, e incluso contradictorios. Algunos colegas de otras especialidades me han reconocido su dificultad en el manejo de esta información.

II. RIESGO DE ENFERMEDAD POR VPH

<https://www.saludsexualparatodos.es/riesgo-de-enfermedad/>

1. ¿El riesgo de enfermedad es el mismo para todos?

NO.

Hay factores individuales que aumentan el riesgo de lesiones:

Tabaco: Incrementa de 2-3 veces riesgo de cáncer escamoso. El riesgo es doble si fuma también la pareja(2).

Edad de la primera relación: 2-8 veces más riesgo si se comienzan las relaciones sexuales antes de los 18 años(3, 4).

Número de compañeros sexuales: Aumento de 3-6 veces con más de 6 compañeros/año(5).

Historia de *Chlamydia trachomatis* y otras ITS(5-8).

Inmunodepresión: 5 veces mayor riesgo en pacientes portadores del VIH(9, 10).

Polimorfismos genéticos, enfermedades genéticas asociadas a inmunodepresión (11-13).

No se ha demostrado que los anticonceptivos orales aumenten el riesgo de desarrollar cáncer en portadoras de VPH (14, 15).

2. ¿Tener condilomas o lesiones cancerosas anales significa contagio por sexo anal?

No.

Los virus del papiloma son virus de campo, infectan una zona. Lo más frecuente es que la lesión se produzca donde hay más contacto. Pero hay descritos casos de cáncer anal sin penetración conocida(16).

3. Si tengo verrugas,-condilomas, ¿tengo más riesgo de cáncer de cuello de útero?

Las verrugas y el cáncer los producen tipos diferentes del virus. Los que producen verrugas no producen cáncer, excepto el genotipo 6, que se relaciona con cáncer de pene(17, 18).

Casi siempre las infecciones son por varios tipos virales, puede ser que una mujer que tenga verrugas se haya infectado también de un tipo viral que produzca cáncer. Cada enfermedad se producirá por un tipo viral distinto.

Por esto mismo, una citología cervical normal no exime de tener condilomas.

III. CONFLICTO DE INTERESES:

Los autores y los demás sanitarios implicados en este proyecto, no han recibido remuneración alguna por el mismo, ni desde la Asociación SEDISATO, que gestiona el proyecto www.saludsexualparatodos, ni desde la industria farmacéutica u otras instituciones. Las aportaciones se han basado en su conocimiento sobre el tema y las necesidades planteadas por otros sanitarios y la población general.

Todas las colaboraciones que se han realizado no han supuesto remuneración alguna para los autores.

IV. BIBLIOGRAFÍA

1. Lee Y-S. 2019 Asian American/Pacific Islander Nurses Association & Taiwan Nurses Association Joint International Conference: Changes in Nursing Research, Education, and Practice: From Local to Global. *Asian/Pacific Island Nursing Journal*. 2020;4(4):183.
2. Gadducci A, Barsotti C, Cosio S, Domenici L, Riccardo Genazzani A. Smoking habit, immune suppression, oral contraceptive use, and hormone replacement therapy use and cervical carcinogenesis: a review of the literature. *Gynecological Endocrinology*. 2011;27(8):597-604.
3. Iversen L, Sivasubramaniam S, Lee AJ, Fielding S, Hannaford PC. Lifetime cancer risk and combined oral contraceptives: the Royal College of General Practitioners' Oral Contraception Study. *American journal of obstetrics and gynecology*. 2017;216(6):580.e1-. e9.
4. Louie K, De Sanjose S, Diaz M, Castellsague X, Herrero R, Meijer C, et al. Early age at first sexual intercourse and early pregnancy are risk factors for cervical cancer in developing countries. *British journal of cancer*. 2009;100(7):1191-7.
5. Svare EI, Kjaer SK, Worm AM, Østerlind A, Moi H, Christensen RB, et al. Risk factors for HPV infection in women from sexually transmitted disease clinics: comparison between two areas with different cervical cancer incidence. *International journal of cancer*. 1998;75(1):1-8.
6. Smith JS, Muñoz N, Herrero R, Eluf-Neto J, Ngelangel C, Franceschi S, et al. Evidence for Chlamydia trachomatis as a human papillomavirus cofactor in the etiology of invasive cervical cancer in Brazil and the Philippines. *The Journal of infectious diseases*. 2002;185(3):324-31.
7. Madeleine MM, Anttila T, Schwartz SM, Saikku P, Leinonen M, Carter JJ, et al. Risk of cervical cancer associated with Chlamydia trachomatis antibodies by histology, HPV type and HPV cofactors. *International journal of cancer*. 2007;120(3):650-5.
8. Smith JS, Bosetti C, Muñoz N, Herrero R, Bosch FX, Eluf-Neto J, et al. Chlamydia trachomatis and invasive cervical cancer: A pooled analysis of the IARC multicentric case-control study. *International journal of cancer*. 2004;111(3):431-9.
9. Laga M, Icenogle JP, Marsella R, Manoka AT, Nzila N, Ryder RW, et al. Genital papillomavirus infection and cervical dysplasia—opportunistic complications of HIV infection. *International journal of cancer*. 1992;50(1):45-8.
10. Chirenje Z. HIV and cancer of the cervix. *Best practice & research Clinical obstetrics & gynaecology*. 2005;19(2):269-76.

11. Zhuo W-L, Zhang L, Ling J-J, Zhu Y, Chen Z-T. MTHFR C677T and A1298C polymorphisms and cervical carcinoma susceptibility: meta-analyses based on 4421 individuals. *Molecular biology reports*. 2012;39(9):8723-32.
12. Mehta AM, Mooij M, Branković I, Ouburg S, Morré SA, Jordanova ES. Cervical carcinogenesis and immune response gene polymorphisms: a review. *Journal of immunology research*. 2017;2017.
13. Cheng L, Guo Y, Zhan S, Xia P. Association between HLA-DP gene polymorphisms and cervical cancer risk: A meta-analysis. *BioMed research international*. 2018;2018.
14. La Vecchia C, Boccia S. Oral contraceptives, human papillomavirus and cervical cancer. *European journal of cancer prevention*. 2014;23(2):110-2.
15. Green J, De Gonzalez AB, Smith Jaa, Franceschi S, Appleby P, Plummer M, et al. Human papillomavirus infection and use of oral contraceptives. *British journal of cancer*. 2003;88(11):1713-20.
16. Ouhoummane N, Steben M, Coutlee F, Vuong T, Forest P, Rodier C, et al. Squamous anal cancer: patient characteristics and HPV type distribution. *Cancer epidemiology*. 2013;37(6):807-12.
17. Backes DM, Kurman RJ, Pimenta JM, Smith JS. Systematic review of human papillomavirus prevalence in invasive penile cancer. *Cancer Causes & Control*. 2009;20(4):449-57.
18. Senba M, Kumatori A, Fujita S, Jutavijittum P, Yousukh A, Moriuchi T, et al. The prevalence of human papillomavirus genotypes in penile cancers from northern Thailand. *Journal of medical virology*. 2006;78(10):1341-6.