

EL AUMENTO DE LA INCIDENCIA DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO, LA VACUNACIÓN CONTRA EL VPH Y LOS PROGRAMAS DE DETECCIÓN PRECOZ CON CITOLOGÍA

En 2007, cuando el ministerio estaba valorando introducir esta vacuna, se produjo un movimiento científico y ciudadano sin precedentes que pedía una moratoria por diversas e importantes razones¹. En primer lugar por las epidemiológicas de la enfermedad: un cáncer con frecuencia y mortalidad muy bajas en nuestro país y en nuestro entorno, de evolución muy lenta y que dispone de una prueba de detección precoz eficiente, si se utiliza adecuadamente, sencilla, sin efectos adversos y barata.

Pero también había dudas respecto a la vacuna que todavía hoy siguen sin respuesta, sobre todo en relación con sus efectos adversos, que el Ministerio de Sanidad sigue registrando como “sospechas de reacciones adversas”² sin investigarlas, y respecto a la cuestión fundamental: su supuesta efectividad para evitar el cáncer de cuello uterino*.

11 años más tarde lo que nos convoca en torno a este tema es la observación del aumento de dicho cáncer, con un cambio en la tendencia descendente que venía dándose en las últimas décadas, coincidiendo con la introducción de la vacuna.

Suecia y el Reino Unido han dado la alerta en sus respectivas páginas web de sus departamentos de salud.

El aumento de cáncer de cérvix en países de nuestro entorno, algunos datos:

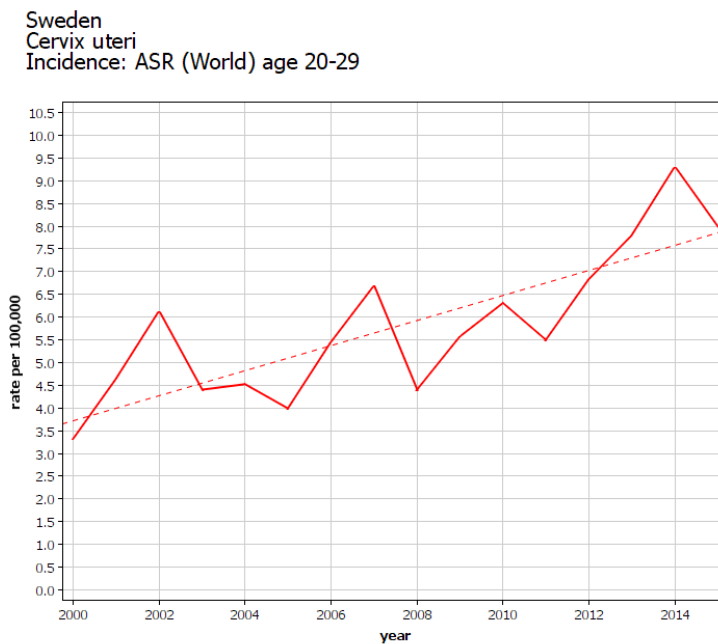
En un artículo científico publicado en el Indian Journal of Medical Ethics³ en abril de 2018 (artículo retirado posteriormente por razones y presiones ajenas a la calidad y rigor científico del mismo), se comunicaba el **aumento del cáncer de cuello uterino en Suecia** posterior a la introducción de la vacuna contra el VPH. Este artículo analizaba los datos del Centre for Cervical Cancer Prevention (NKCx) del Instituto Karolinska⁴. Estos datos mostraban un importante ascenso en las tasas de mujeres por debajo de los 50 años.

* La Red-CAPS, Red de Mujeres Profesionales de la Salud, hemos abordado en la revista MyS este tema en varias ocasiones (números 22, 23, 26, 27-28, 31, 33, 34-35, 38, 40, 44)

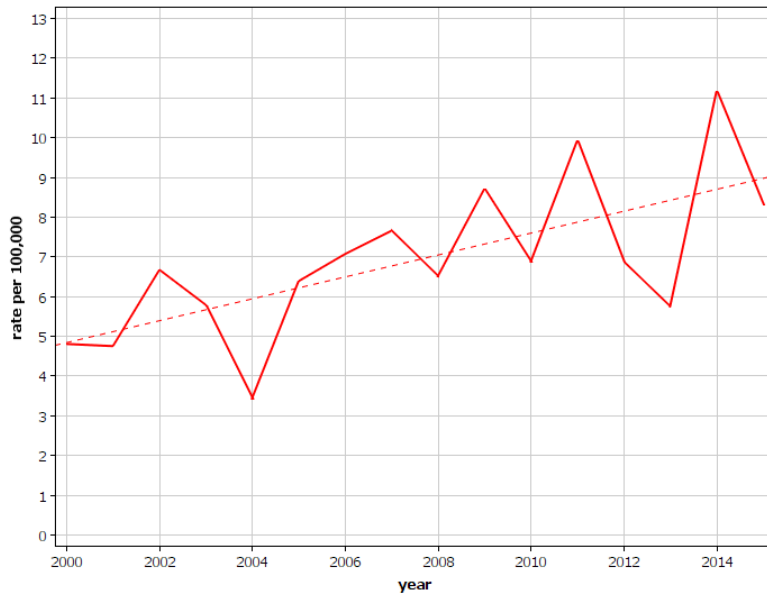
Preocupadas por esta noticia, revisamos las fuentes originales del Centre for Cervical Cancer Prevention (NKCx) del Instituto Karolinska de 2017 y de 2018⁵ cuyos informes confirman y tratan de buscar una explicación plausible a dicho aumento.

También en el registro de tumores NORDCAN⁶, que agrupa a los países nórdicos (Suecia, Noruega, Finlandia y Dinamarca ...), y que tienen disponibles públicamente los datos hasta el año 2015, encuentran estos aumentos en la incidencia de ca de Cx, cuyas tasas estandarizadas en su conjunto aumentaron un 2,5% en Suecia, un 1,6% en Noruega y un 2,2% en Finlandia en los últimos 10 años (ver las correspondientes Cancer stat fact sheets Cervix uteri). No se detectaron aumentos en Dinamarca.

En la misma base de datos pueden observarse que los aumentos más importantes se dan en el grupo de edad más joven 20-29 años (ver imágenes a continuación), aunque en los otros también se detectan aumentos más discretos; no así por encima de los 50 años.

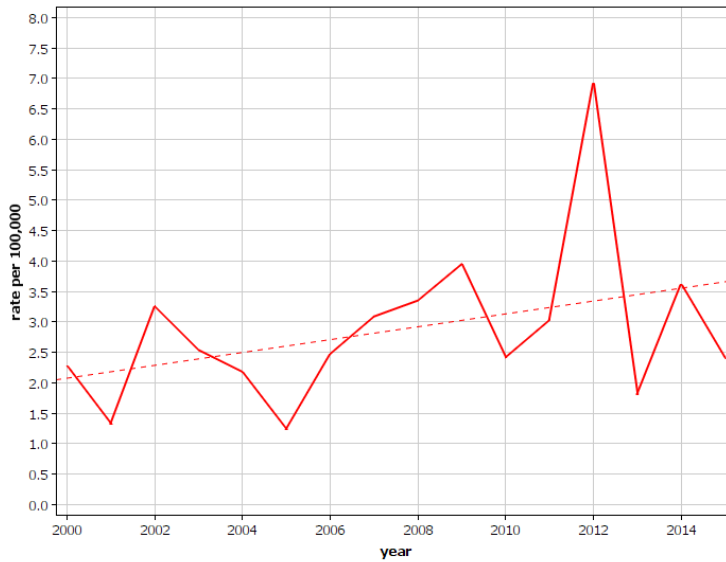


Norway
Cervix uteri
Incidence: ASR (World) age 20-29



NORDCAN © Association of the Nordic Cancer Registries (4.2.2019)

Finland
Cervix uteri
Incidence: ASR (World) age 20-29

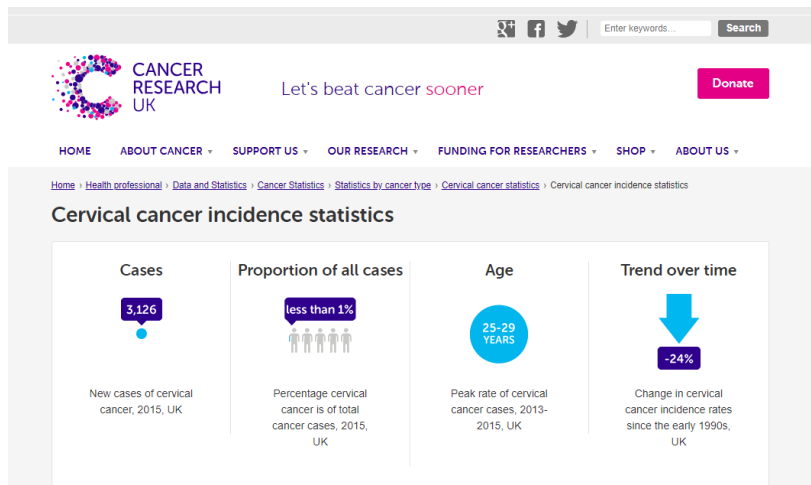


NORDCAN © Association of the Nordic Cancer Registries (4.2.2019)

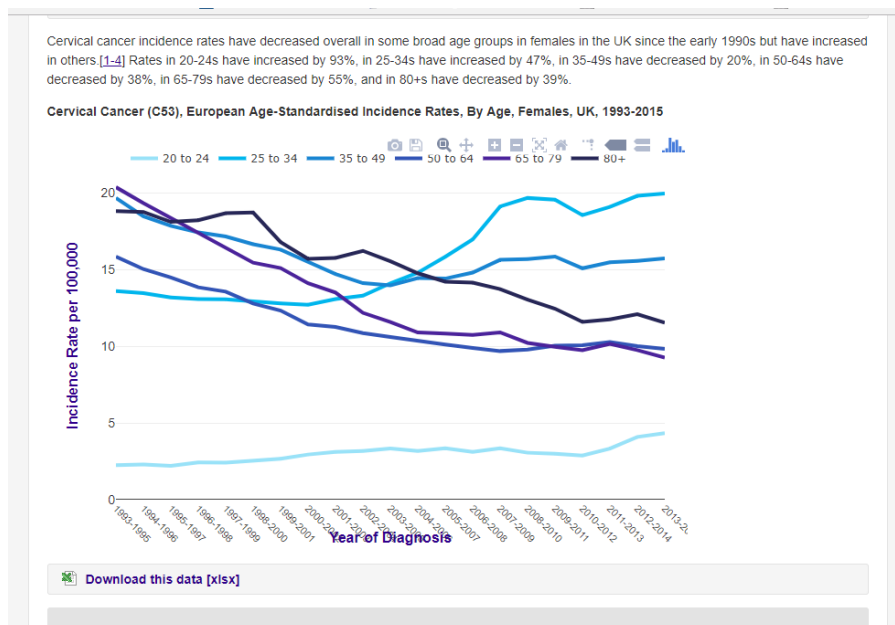
Aumento del cáncer de cuello uterino en UK

En los datos referidos a 2015, recogidos en la pg web del Cancer Research UK⁷, se encuentran hallazgos similares, una tendencia temporal descendente

en la tasa de incidencia en el conjunto de mujeres, pero se detecta una alerta por el aumento observado en el grupo de 25-29 años (ver imagen).



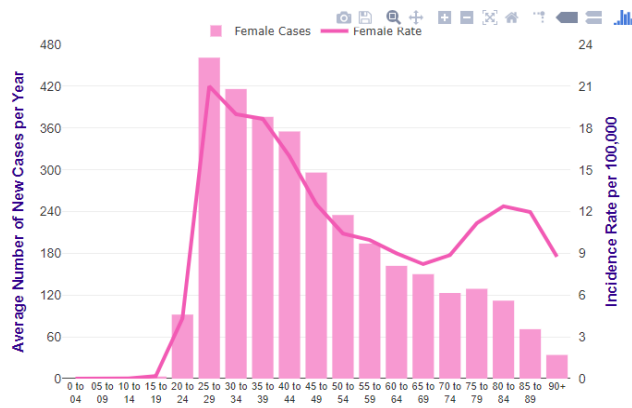
En el análisis por edad, se observa un aumento de las tasas específicas del 93% en el grupo de 20-24 años y un 47% en el de 25-34 años. En estos dos grupos es en los que se manifiesta el cambio en la tendencia temporal descendente anterior.



En la curva de las tasas específicas por edad (en la imagen) podemos ver el pico de incidencia en las mujeres de 25-29 años, que alcanza una tasa en torno a 21 casos por cien mil.

Age-specific incidence rates rise sharply from around age 15-19 and peak in the 25-29 age group, then drop gradually until age 60-64 before rising again. The highest rates are in the 25 to 29 age group.

Cervical Cancer (C53), Average Number of New Cases per Year and Age-Specific Incidence Rates per 100,000 Population, Females, UK, 2013-2015



También es cierto que el estudio de Gou et al., de la incidencia de cáncer de cérvix en mujeres jóvenes de EEUU, con datos de antes de la vacunación y después (de 2001 a 2014) refleja un descenso de la incidencia⁸. No obstante, hay que tener en cuenta que ese 29% de reducción de riesgo relativo supone una reducción de riesgo absoluto de 0,00024%. Es decir, hay que tratar a 416.700 mujeres para evitar 1 cáncer de cérvix (no una muerte por cáncer de cérvix). Un costo de 185 millones de dólares para prevenir un sólo cáncer. Sin embargo, el abstract y el texto del artículo sólo inciden en la reducción del riesgo relativo.

Aumento del cáncer de cuello uterino en Australia

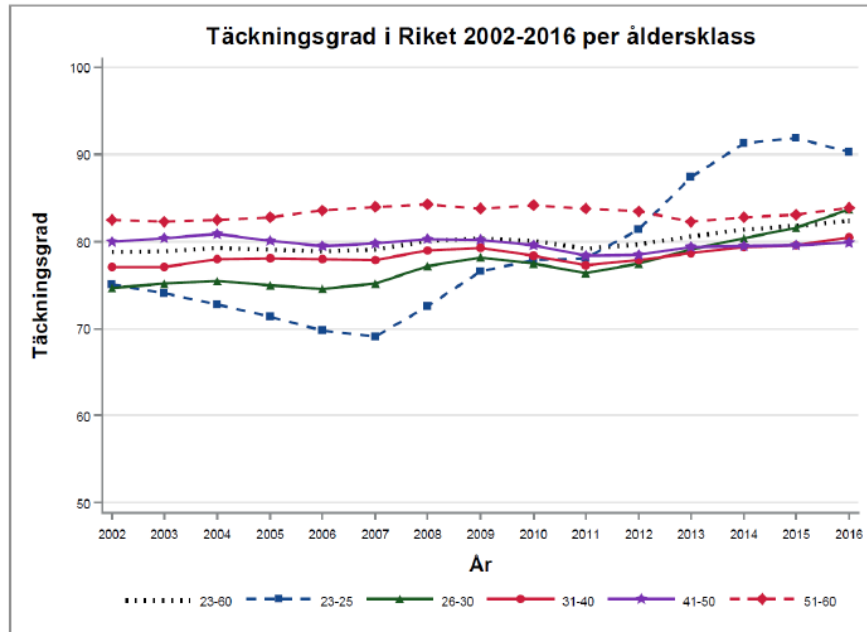
El incremento del cáncer de cuello de útero es un fenómeno también observado en Australia, donde en 2015 se diagnosticaron 857 nuevos casos y en 2019 se incrementó a 951. La tasa estandarizada subió de 6,9 casos a 7,2 casos por 100.000⁹. Esto en un país con las tasas estabilizadas desde 2002 (antes de la introducción de la vacuna del papiloma).

Coberturas vacunales muy altas, coberturas de cribado igualmente muy altas

En Suecia y UK, donde los datos están disponibles, las coberturas vacunales son muy altas, no sólo en las cohortes 12-13 años (80% y más) sino también con “catch up” en las de 14-18 años (60% en Suecia).

También las coberturas de los programas de cribado en ambos países son muy altas y comienzan a edades muy tempranas. La imagen a continuación muestra la evolución del cribado por grupos de edad en Suecia.

Figur 11: Täckningsgrad i riket per åldersklass 2002-2016.



Es llamativo (y preocupante) el alto porcentaje de mujeres más jóvenes que se realiza una citología, precisamente coincidiendo con la incorporación de la vacuna (¡!!!!) llegando a un 90% en los últimos años mostrados. Probablemente relacionado con las políticas del miedo desarrolladas para vender la vacuna.

En el caso de UK las coberturas de los cribados son más bajas (60% en 25-29 años aumentando al 80% en los 50-54 años) pero igualmente tempranas (hasta 2004 el cribado se realizaba desde los 20 años, en la actualidad desde los 24.5 años).

Sin duda, los programas de cribado juegan un papel importante en la detección de tumores en sus etapas iniciales, de los cuales una parte podrían revertir, dando lugar al sobrediagnóstico (y sobretreatment), hechos bien establecidos en el caso de los cribados de cáncer de mama.

Qué factores pudieran estar relacionados con este aumento

Esta preocupación que nos reclama hoy, después de la vacunación de millones de niñas (y de personas adultas dentro y fuera de recomendación)

y la amenaza de extender la vacuna a los niños, está presente en otros grupos de investigación.

Es necesario encontrar las causas, los factores que expliquen este alarmante aumento en los diagnósticos de cáncer de cuello uterino (y en las intervenciones posteriores), cuando lo que se esperaba, después de la polémica vacunación, era que este tumor descendiera.

Una hipótesis lo relaciona con la introducción de la vacuna, basándose en la posibilidad de que la misma, aplicada a chicas previamente expuestas al virus, reactivara la acción oncogénica del mismo. Esta hipótesis se asienta en ejemplos anteriores publicados de otros virus y en un documento de la FDA¹⁰ previo a la comercialización de la vacuna. Además está bien establecido desde el año 2007, que este virus no sigue los parámetros de respuesta inmunológica del resto de virus, queda acantonado en el cuello de cérvix i escapa a todos los mecanismos de defensa del organismo¹¹.

Por su parte, en una revisión de los datos de programas de cribado en Suecia¹² concluyen que “los indicadores clave de calidad, como la cobertura de la población y las tasas de seguimiento, se mantuvieron estables o mejoraron, pero sin embargo hubo un aumento inexplicable de cáncer cervical”, descartando sesgos en el proceso de diagnóstico y registro del cáncer que pudieran explicar los aumentos en ese país.

En UK, estudios investigan la posible relación de ese aumento con las políticas de cribado en el país, señalando la posibilidad de sobrediagnósticos, sobre todo en aquellas que incorporan edades más jóvenes¹³.

También está encima de la mesa la pregunta que ya nos planteábamos en 2007 sobre la efectividad de la vacuna, en cuanto a prevalencia de los serotipos, los nichos ecológicos y el comportamiento del resto de serotipos oncogénicos¹⁴. Además, analizando una amplia cohorte de mujeres con cáncer invasivo de cervix en Suecia, las mujeres que presentaban virus de alto riesgo, presentaron mejor pronóstico y un 39% menos de mortalidad que las mujeres con presencia negativa del virus, lo que plantea la urgente necesidad de investigar las razones por las que se forma el tumor¹⁵.

A todo ello, debería añadirse la necesidad de investigar sobre las consecuencias que la sensación de falsa protección, originada en las chicas por la vacuna, pudiera tener sobre las prácticas sexuales coitales entre jóvenes, y la evolución de la prevalencia de esta infección, así como el aumento de otras ITSs en la última década¹⁶.

PROPUESTA DE ACCIÓN URGENTE:

Por todo ello **proponemos llevar adelante acciones urgentes que nos permitan conocer el estado de situación en nuestro país** para tomar las medidas de precaución y de reducción de daños evitables, entre ellas:

1. Realizar un análisis riguroso de los datos recogidos en los registros de tumores de cáncer en nuestro país (REDECAN) relativos al cáncer de cuello uterino, estudiando las tendencias globales y las específicas por edad en los últimos 20 años.
2. Realizar un análisis de las coberturas de vacunación frente al VPH, tanto dentro de las cohortes incluidas en el calendario vacunal como en la población fuera de ellas, desde su comienzo hasta la actualidad; así como el análisis de los casos de Ca de Cx diagnosticados, tanto en las mujeres vacunadas como en las no vacunadas.
3. Efectuar un estudio de las coberturas de los programas de cribado de Ca de Cx en las poblaciones incluidas dentro de los mismos y fuera de ellos, con especial atención a la gente joven (por debajo de los 30 años) y relacionarlas con los tumores diagnosticados.
4. Llevar a cabo una investigación rigurosa e independiente de todas las “sospechas de reacciones adversas” a la vacuna del VPH registradas por la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios del Ministerio de Sanidad.
5. Poner en marcha una acción informativa dirigida a profesionales del sistema sanitario y las sociedades profesionales sobre las dudas actuales en relación con la seguridad y la supuesta eficacia de la vacuna (incluyendo el aumento de Ca de Cx detectado en países de nuestro entorno).
6. Poner a disposición de las familias una información que contemple los riesgos de la vacunación para que puedan tomar decisiones informadas y libres.
7. Como en 2007, pedimos que se paralice la vacunación hasta no responder a estas preguntas, fundamentalmente a la primera ¿estamos ante otra epidemia provocada?

AUTORIA

CARMEN MOSQUERA TENREIRO. Médica Especialista en Salud Pública y Epidemiología jubilada. Red-CAPS[†]. Oviedo.

CARME VALLS LLOBET. Médica Especialista en Endocrinología. Red-CAPS. Barcelona.

CARLOS ÁLVAREZ DARDET. Doctor en medicina. Catedrático de Salud Pública de la Universidad de Alicante.

MERCEDES PÉREZ-FERNÁNDEZ. Médica Especialista en Medicina Interna. Médica general rural jubilada. Equipo CESCA. Madrid.

JUAN GÉRVAS. Doctor en Medicina. Médico general rural jubilado. Equipo CESCA. Madrid.

ABEL NOVOA. Médico especialista en Medicina de Familia y Comunitaria. Doctor en Medicina. Plataforma NoGracias. Murcia.

ENRIQUETA BARRANCO. Doctora en Medicina. Especialista en ginecología. Profesora jubilada de la Universidad de Granada.

LEONOR TABOADA. Periodista de salud. Directora de la Revista MyS (Mujeres y Salud). Red-CAPS. Palma de Mallorca.

MARGARITA LÓPEZ CARRILLO. Documentalista de salud. Coordinadora de la Red-CAPS. Barcelona.

Barcelona, 12 de abril de 2019

REFERENCIAS

¹http://www.caps.cat/images/stories/RAZONES_PARA_UNA_MORATORIA_EN_LA_APLICACION_DE_LA_VACUNA_DEL_VIRUS_DEL_PAPILOMA_HUMANO_EN_ESPAÑA.pdf

² Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, sep 2018. Informe semestral de la vacuna del virus del papiloma humano. Primer semestre del 2018.

³ Increased incidence of cervical cancer in Sweden: Possible link with HPV vaccination. <https://doi.org/10.20529/IJME.2018.037>

[†] Red de Mujeres Profesionales de la Salud

-
- ⁴ http://www.nkcx.se/templates/_rsrapport_2017.pdf
- ⁵ http://www.nkcx.se/templates/_rsrapport_2018.pdf
- ⁶ <http://www-dep.iarc.fr/NORDCAN/english/frame.asp>
- ⁷ <http://www.cancerresearchuk.org/health-professional/cancer-statistics/statistics-by-cancer-type/cervical-cancer/incidence>
- ⁸ Guo F, Cofie LE, Berenson AB. Cervical Cancer Incidence in Young U.S. Females After Human Papillomavirus Vaccine Introduction. *Am J Prev Med.* 2018 Aug;55(2):197-204.
- ⁹ Australian Government. Cervical cancer statistics. <https://cervical-cancer.canceraustralia.gov.au/statistics>
- ¹⁰ FDA Gardasil Clinical Review 2006[cited 2018 Mar 22]. Available from; http://www.impfkritik.de/download/gardasil_fda_464_pages.pdf (pp.359-360)
- ¹¹ Kanodia S, Fahey LM, Kast WM. Mechanisms used by human papillomaviruses to escape the host immune response. *Curr Cancer Drug Targets.* 2007 Feb;7(1):79-89.Review.
- ¹² Hortlund M, Elfström KM, Sparén P, Almstedt P, Strander B, Dillner J (2018) Cervical cancer screening in Sweden 2014-2016. *PLoS ONE* 13(12): e0209003. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0209003>
- ¹³ Castanon A and Peter Sasieni P (2018) Is the recent increase in cervical cancer in women aged 20–24 years in England a cause for concern? *Prev Med.* 2018 Feb; 107: 21–28. doi: 10.1016/j.yjmed.2017.12.002
- ¹⁴ Fangjian Guo, Jacqueline M Hirth, and Abbey B Berenson (2015): Comparison of HPV prevalence between HPV-vaccinated and non-vaccinated young adult women (20–26 years). *Human Vaccines & Immunotherapeutics* 11(10), 2337–2344.
- ¹⁵ Lei J, Ploner A, Lagheden C, et al. (2018). High-risk human papillomavirus status and prognosis in invasive cervical cancer: A nationwide cohort study. *PLoS Med* 15 (10):e1002666. 1-15
- ¹⁶ Instituto de Salud Carlos III (2017). Vigilancia de las Enfermedades de Transmisión Sexual, 1995-2015