

1

Condilomas acuminados

C. Centeno Mediavilla



CONTENIDOS

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

INTRODUCCIÓN

EPIDEMIOLOGÍA

HISTORIA NATURAL

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

- Síntomas
- Signos
- Complicaciones

DIAGNÓSTICO

TRATAMIENTO

- Tratamientos aplicados por el paciente
 - Podofilotoxina (evidencia Ib, recomendación A)
 - Imiquimod (evidencia Ib, recomendación A)
 - Sinecatequinas (evidencia Ib, recomendación A)
- Tratamientos aplicados en la clínica
 - Crioterapia (evidencia Ib, recomendación A)
 - Ácido tricloroacético en solución al 80-90% (evidencia Ib, recomendación A)
 - Tratamiento quirúrgico
 - Electrocirugía (Ib, A), escisión con tijeras (Ib, A), legrado y cirugía láser (IIa, B)
 - Cirugía convencional (IVc)
- Terapias no recomendadas habitualmente
- Combinación de varias terapias

ALGORITMO DE TRATAMIENTO

TRATAMIENTO DE CONDILOMAS EN CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES

- Condilomas anogenitales de mucosas, cérvix, vagina, intraanales y uretrales (meato)
- Tratamiento durante la gestación
- Tratamiento del paciente inmunodeprimido

NOTIFICACIÓN A LA PAREJA

SEGUIMIENTO

PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

- Prevención primaria: la vacuna del virus del papiloma humano

PUNTOS CLAVE

BIBLIOGRAFÍA



OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

- Aprender a diagnosticar los condilomas anogenitales, distinguirlos de la papilomatosis fisiológica que no requiere tratamiento y saber cuándo debe realizarse diagnóstico diferencial con lesiones intraepiteliales de alto grado e invasoras del tracto genital.
- Adquirir conocimiento sobre los diferentes tipos de tratamiento, sus efectos secundarios y cómo manejarlos.
- Ser capaces de elaborar un algoritmo de tratamiento adecuado a su entorno que permita tratar la mayoría de los casos de condilomas anogenitales que diagnostique.
- Saber cuándo derivar los pacientes a un especialista.
- Ser proactivos en la prevención de los condilomas anogenitales y el cáncer de cérvix.

INTRODUCCIÓN

Los condilomas acuminados (condilomas anogenitales) o verrugas genitales son unas proliferaciones benignas epiteliales que afectan a mucosas y áreas cutáneas, producidos por los tipos de virus del papiloma humano (VPH) denominados de bajo riesgo oncogénico (Fig. 2.1-1).

Los VPH forman un grupo de más de 100 virus, y son la infección de transmisión sexual más frecuente. Se calcula que entre un 50 y 80% de las personas sexualmente activas padecerán una infección VPH en algún momento de su vida. Los VPH que infectan los genitales pertenecen al género alfa-papilomavirus. Se clasifican en VPH de alto riesgo y bajo riesgo oncogénico. A este último grupo pertenecen los VPH que producen las verrugas genitales. Los tipos de VPH de bajo riesgo 6 y 11 son los causantes del 95% de los condilomas. Poseen una gran capacidad infecciosa, son muy contagiosos y prevalentes.

EPIDEMIOLOGÍA

Los estudios de incidencia y prevalencia de los condilomas anogenitales son escasos porque existen muy pocos registros nacionales y no se conoce el porcentaje de pacientes con condilomas anogenitales que soli-

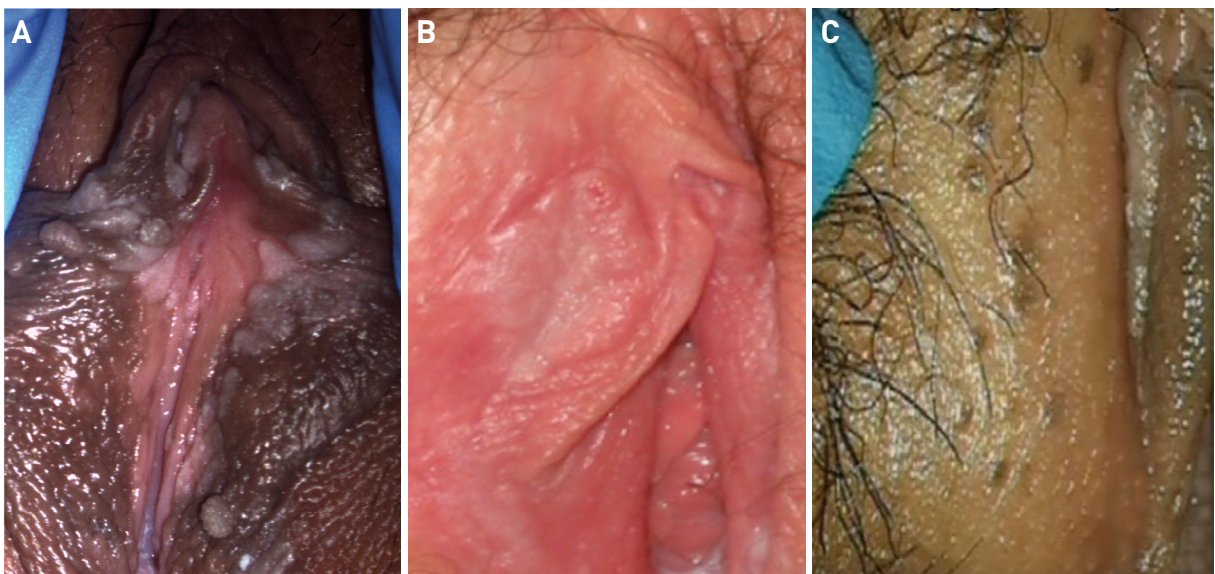


Figura 2.1-1. A) Imagen de condiloma acuminado y condilomas planos. B y C) HSIL vulvar.

citan atención médica. En una revisión sistemática, la incidencia de nuevos casos en la población general oscila entre 108 casos por 100.000 descrita en España y 205 por 100.000 en Estados Unidos.

La prevalencia de condilomas genitales en diferentes países de Europa y América es del 0,1-0,2%, algo mayor entre los hombres. El pico de máxima incidencia en las mujeres tiene lugar entre los 19 y 25 años de edad, y en los hombres, entre los 25 y los 29 años.

El Reino Unido, que posee un registro nacional de condilomas anogenitales desde 1971, ha observado un aumento de la prevalencia de condilomas anogenitales de 8 veces en el período 1971-2001. En Estados Unidos, Canadá y Holanda también se ha observado un aumento de la prevalencia hasta los años 2006-2007. El motivo hay que buscarlo en el cambio de los hábitos sexuales, incluida la menor edad del debut sexual.

HISTORIA NATURAL

Los condilomas anogenitales son altamente infecciosos, con una tasa de transmisión cercana al 65% desde una persona infectada a una pareja sexual susceptible. El tiempo medio de desarrollo de los condilomas anogenitales tras una infección incidente por los tipos 6 y 11 es de 6 a 10 meses, tiempo mayor que el inicialmente reportado por Winer, de 2,9 meses. La tasa de regresión espontánea no se conoce con exactitud. Ocasionalmente los condilomas anogenitales persisten durante períodos prolongados y raramente pueden malignizarse. Los ensayos controlados de tratamiento de condilomas anogenitales observan tasas bajas de regresión espontánea a corto plazo en el grupo placebo, del 10%, con un máximo de 37,3% en 16 semanas. Sin embargo, Massad obtiene una tasa de regresión del 80% en el primer año, que alcanza el 95% a los 36 meses.

La infección por tipos de VPH de bajo riesgo se asocia en un 20-50% de casos a la infección por tipos de VPH de alto riesgo, lo que conlleva que los individuos con condilomas acuminados presenten un mayor riesgo de padecer cáncer anogenital y de cabeza y cuello. En el estudio Cleopatra, en población española, el antecedente de condilomas anogenitales se asoció a un riesgo 5 veces mayor de presentar una infección VPH de cualquier tipo.

Los condilomas anogenitales están intensamente ligados a la actividad sexual, y se asocian a un mayor número de parejas, el contacto con una nueva pareja, la edad joven, el tabaco y a la inmunosupresión, como la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), la inmunosupresión yatrogénica, la diabetes y el embarazo. El uso regular de preservativo disminuye el riesgo de condilomas anogenitales en un 67%.

Los pacientes infectados por VIH presentan una prevalencia de condilomas anogenitales de 5,3%. En este grupo de pacientes, en el que se asocia inmunosupresión y elevada prevalencia de infección VPH, los condilomas anogenitales constituyen un problema importante de salud.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Síntomas

La mayoría de los pacientes sólo se quejan de la presencia de lesiones, que son asintomáticas. Sin embargo, según su localización y tamaño, los condilomas anogenitales pueden producir síntomas como prurito, sangrado, fisuras o dispareunia.

Signos

Los condilomas anogenitales son proliferaciones, verrugas, de pocos milímetros de diámetro de coloración variable desde blanco grisácea y rosada en áreas mucosas a amarronada en áreas cutáneas. Suelen situarse en las áreas que sufren mayor traumatismo durante el coito.

La infección por los tipos de bajo riesgo también puede presentarse como pápulas de color blanco y superficie lisa, micropapilar o rugosa, de apariencia similar a la HSIL vulvar.

En la mayoría de casos se presentan en número de 5 a 15 lesiones y con un diámetro de 1 a 10 mm, pero pueden confluir en grandes placas o masas.

En las mujeres, las lesiones se localizan preferentemente en horquilla, periné, introito, labios menores, mayores y región perianal, pero también en clítoris, pubis, meato uretral, vagina, cérvix y canal anal (Fig. 2.1-2). Los condilomas anogenitales anales son más comunes en caso de sexo anal receptivo, aunque también pueden aparecer sin ellos.

Cuando los condilomas anogenitales coexisten con otra afección que comporte una solución de continuidad de la piel vulvar, como las fisuras en la vulvitis candidiásica y en el liquen escleroso, los condilomas anogenitales pueden crecer alineados siguiendo las fisuras. En estos casos, es importante tratar la afección acompañante.

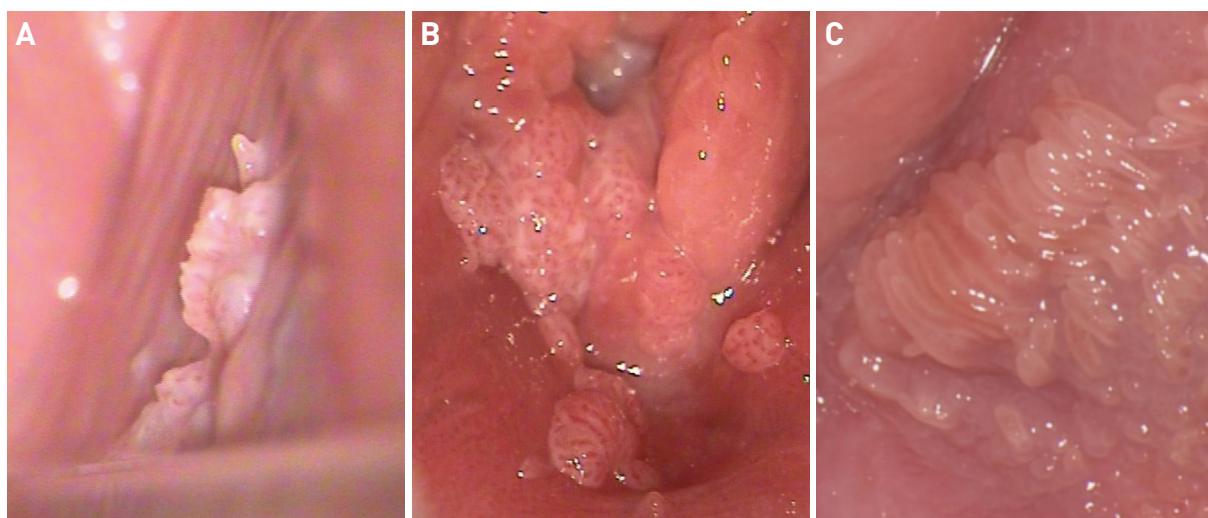


Figura 2.1-2. A) Condiloma acuminado vaginal. B) Condiloma acuminado en horquilla vulvar. C) Papilomatosis vulvar.

Complicaciones

Los condilomas anogenitales producen alteraciones físicas y psicosexuales: son percibidos como deformantes, y pueden afectar a la vida sexual, causar sentimientos de ansiedad, culpa, ira y pérdida de la autoestima.

Los condilomas anogenitales pueden coexistir con lesiones preinvasoras anogenitales HSIL vulvar, anal, perianal, peneana y sus correspondientes lesiones invasoras. Éstas pueden aparecer sobre condilomas anogenitales preexistentes o confundirse con ellas. Las lesiones precursoras se presentan como pápulas de superficie rugosa o micropapilar de coloración blanca, rosada y pigmentada; pueden coexistir diferentes tonalidades en la misma lesión. Los signos de sospecha de malignidad son el sangrado, la ulceración, la pigmentación irregular y la palpación de infiltración dérmica.

Una forma poco frecuente de enfermedad VPH 6/11 es el condiloma gigante o tumor de Buschke-Löwenstein. Aparece siempre sobre un condiloma de larga evolución y se caracteriza por la capacidad de infiltración local y la recidiva local. Pueden presentar focos de invasión, y su tratamiento consiste en la resección quirúrgica con márgenes libres de lesión.

DIAGNÓSTICO

Es fundamentalmente clínico y basta con examinar la lesión a simple vista con una buena fuente de luz. El colposcopio puede ser útil para la exploración de pequeñas lesiones.

En la mujer, se debe explorar siempre el área perianal y colocar un espéculo para explorar la vagina y cérvix. Se valorará de forma individual la realización de anoscopia.

No es necesaria la biopsia para el diagnóstico de los condilomas anogenitales típicos. Sí es precisa para descartar las lesiones preinvasoras e invasoras y puede ser útil en el diagnóstico diferencial.

El diagnóstico diferencial debe realizarse además con la papilomatosis vulvar, hallazgo fisiológico que se caracteriza por la presencia de papilas y que no requiere tratamiento. Se diferencian de los condilomas porque sus papilas tienen una base independiente y no reaccionan con el ácido acético. Otras pápulas son el *molluscum contagiosum* y la queratosis seborreica.

No está indicada la determinación de VPH. Únicamente en niños puede ser necesaria para el diagnóstico de maltrato al menor.

No se recomienda la colposcopia de la vulva como examen de rutina, pero puede ser útil cuando se sospecha HSIL vulvar o cáncer inicialmente invasor. Ayuda a delimitar la lesión y a elegir el lugar de la biopsia. Sin embargo, hay que tener en cuenta que el hallazgo de epitelio acetoblanco en la vulva es inespecífico.

TRATAMIENTO

Se han revisado la guía clínica estadounidense del Centro de Control de Enfermedades, la europea y la Guía AEPCC, y éstas, a su vez, han realizado una revisión sistemática de los ensayos clínicos publicados sobre el tratamiento de los condilomas anogenitales y genitales.

Para la calificación de la evidencia científica y la fuerza de la recomendación se ha seguido el sistema desarrollado por la *Agency for Health Care Policy and Research* estadounidense (Tabla 2.1-1).

No existe evidencia de que una modalidad de tratamiento sea superior a las demás, ni existe el tratamiento ideal para todos los casos y localizaciones. Los datos muestran que sólo los tratamientos quirúrgicos bajo anestesia poseen una eficacia cercana al 100%. Pero todos ellos presentan un elevado número de recurrencias, en torno a un 20-30%. Todos los tratamientos se asocian a la aparición de efectos secundarios locales como eritema, picor, quemazón, erosiones y dolor en mayor o menor grado, aunque son pocos los casos que motivan una suspensión del tratamiento. Los ensayos clínicos de eficacia de los tratamientos médicos comparan un fármaco con placebo, pero no entre ellos. La tasa de recurrencias en los ensayos clínicos incluye tanto la reaparición de condilomas anogenitales en la misma localización como la aparición de nuevas lesiones.

TABLA 2.1-1. Niveles de evidencia y grados de recomendación

Nivel	Tipo de evidencia
Ia	Evidencia obtenida de metaanálisis de ensayos clínicos controlados
Ib	Evidencia obtenida de al menos un ensayo clínico controlado
IIa	Evidencia obtenida de al menos un estudio controlado bien diseñado, sin aleatorización
IIb	Evidencia obtenida de al menos un otro estudio cuasiexperimental
III	Evidencia obtenida de estudios descriptivos no experimentales
IV	Evidencia obtenida de comité, opinión de o experiencia clínica de expertos
Grado	Recomendación
A	Evidencia de nivel Ia y Ib
B	Evidencia de niveles IIa, IIb, III
C	Evidencia de nivel IV

La elección de una u otra modalidad terapéutica dependerá de la lesión y sus características de localización, extensión y tamaño, de las preferencias de la paciente, de las técnicas disponibles en el medio en el que nos encontremos y de la experiencia del médico que trata a la paciente.

Las diferentes modalidades terapéuticas se pueden clasificar en tratamientos administrados por el propio paciente y los administrados por el médico en la clínica:

- **Aplicados por el propio paciente:**
 - Podofilotoxina, solución o crema.
 - Imiquimod, crema.
 - Sinecatequinas, ungüento.
- **Aplicados por el médico proveedor:**
 - Crioterapia.
 - Ácido tricloroacético (TCA).
 - Cirugía en sus diferentes tipos.

Tratamientos aplicados por el paciente

Podofilotoxina (evidencia Ib, recomendación A)

La podofilotoxina es un fármaco antimitótico, que produce necrosis de la verruga a los 3-5 días de la aplicación. En forma de solución al 0,5% o en crema al 0,15%, se aplica en tandas de 3 días sucesivos cada 12 horas seguidos de un descanso de 4 días. Este esquema se repite hasta que desaparezcan las lesiones, con un máximo de 4 semanas. No debe utilizarse en superficies de más de 10 cm².

La eficacia de la crema en mujeres es del 60-80% (Tabla 2.1-2) y algo menor con la solución. La tasa de recurrencias es del 7-38%, y los efectos secundarios son frecuentes. Hasta un 65% de pacientes los presentan, pero son de intensidad leve y habitualmente remiten tras la primera secuencia de tratamiento. Está contraindicada durante el embarazo y la lactancia, y debe indicarse anticoncepción o evitar el coito durante el tratamiento.

Imiquimod (evidencia Ib, recomendación A)

Es un fármaco inmunomodulador. En la forma de crema al 5% se administra a días alternos, 3 días a la semana hasta un máximo de 16 semanas, y al 3,5%, diariamente hasta 8 semanas. Se aplica al acostarse

TABLA 2.1-2. Tratamiento de condilomas anogenitales*

Tipo de tratamiento	Tasa de curación (rango) ITT	Tasa de curación (rango) PP	Tiempo de curación reportado	Tasa de recurrencia (rango)	Recurrencias reportadas a las:
Podofilotoxina solución al 0,5%	45-83%	55-83%	3-6 semanas	13-100%	8-21 semanas
Podofilotoxina crema al 0,15%	43-70%	43-70%	4 semanas	6-55%	8-12 semanas
Imiquimod crema al 5%	35-68%	55-81%	16 semanas	6-26%	8 semanas a 10 meses
Sinacatequinas ungüento al 10%	47-59%	50-58%	12-16 semanas	7-11%	12 semanas
Crioterapia	44-75%	67-92%	6-10 semanas	21-42%	1 a 3 meses
Ácido tricloroacético	56-81%	81-84%	8-10 semanas	36%	2 meses
Electrocirugía	94-100%	94-100%	1-6 semanas	22%	3 meses
Exéresis con tijeras	89-100%	89-100%	6 semanas	19-29%	10-12 meses

* Modificada de Lacey.

y debe retirarse 8 horas después. La eficacia es del 65-81 %, algo mayor en mujeres, y el tiempo medio de curación es algo menor en mujeres. Las recurrencias son relativamente menos frecuentes, del 6-26 %.

En una serie de 124 casos del Hospital Vall d'Hebron de condilomas anogenitales tratados con imiquimod, la eficacia por protocolo fue del 78 %, y el tiempo de curación medio, de 4 semanas. La tasa de recurrencias en un tiempo medio de 10 semanas fue del 10 %, y el 60 % presentaron efectos secundarios, con un 5 % de abandonos del tratamiento.

Los efectos secundarios son muy frecuentes y a veces requieren de un descanso en la aplicación. El paciente debe ser informado de la aparición casi constante de una reacción inflamatoria leve. Pueden aparecer efectos secundarios sistémicos en forma de síndrome gripal. En tal caso deberá suspender el tratamiento. Una vez desaparecidos los síntomas, si persisten lesiones, puede reiniciarse el imiquimod con una frecuencia de aplicación menor. Se ha asociado el uso de imiquimod con el agravamiento de enfermedades inflamatorias y autoinmunitarias como vitíligo, lupus y reacciones a distancia con el eritema multiforme y síndrome de Steven-Johnson.

El imiquimod puede utilizarse en lesiones extensas, y su eficacia se mantiene. En lesiones muy extensas puede utilizarse de forma previa a la cirugía para reducir la superficie que se va a tratar. Es menos eficaz en pacientes inmunodeprimidos, especialmente las mujeres infectadas VIH con inmunosupresión. No está indicado en vagina y cérvix.

Existen series de casos en mujeres embarazadas y ensayos clínicos en animales que no han demostrado efecto teratogénico del imiquimod, pero no existen datos suficientes para indicar su uso en el embarazo. Según la clasificación de la *Food and Drug Administration*, el imiquimod es un medicamento de la categoría B.

Sinecatequinas (evidencia Ib, recomendación A)

El polifenol es una preparación a partir de sinecatequinas extraídas de hojas de té verde cuyo principal componente es el galato de epigalocatequina. No se conoce su mecanismo de acción, pero la evidencia sugiere que posee un efecto antiproliferativo y antioxidante.

Se aplica de forma continua, 3 veces al día hasta la desaparición de las lesiones o hasta las 16 semanas de tratamiento. Debe advertirse de su color marrón oscuro, que mancha la ropa interior. No puede utilizarse internamente ni durante el embarazo. Hasta la fecha se han publicado tres ensayos clínicos en los que las tasas de eliminación fueron del 47-59 % tras un tiempo de aplicación de 12 a 16 semanas. El tiempo medio de eliminación fue de 16 semanas. Las tasas de recurrencias fueron bajas, en torno al 7-11 %.

Los efectos secundarios, frecuentes y muy poco intensos, aparecen preferentemente entre las 2 y 4 semanas del inicio del tratamiento y sólo el 1 % lo abandonan por su intensidad.

Tratamientos aplicados en la clínica

Crioterapia (evidencia Ib, recomendación A)

Se aplica habitualmente mediante pulverizador de nitrógeno líquido directamente sobre las lesiones, congelándolas con margen de seguridad durante 20 segundos. Puede aplicarse también con dispositivos cerrados, crioprobos, que deben contactar con las verrugas a través de un gel conductor. Este procedimiento no está estandarizado.

Se aplica en sesiones semanales hasta su resolución. No se han publicado estudios que evalúen diferentes intervalos de tratamiento. El porcentaje de eliminación reportado se sitúa entre el 44-75 %, y el porcentaje de recurrencias tras 1 a 3 meses de tratamiento, en torno al 21-42 %. Sus ventajas son la sencillez de su aplicación, su bajo coste, raramente deja cicatriz o despigmentación y no está contraindicada durante el embarazo. En vagina se aplica sólo con pulverizador. Puede utilizarse en toda el área genital.

Ácido tricloroacético en solución al 80-90 % (evidencia Ib, recomendación A)

Es un agente cáustico. Se aplica directamente sobre el condiloma anogenital una pequeña cantidad con la punta de madera o algodón de un hisopo, de forma semanal. Adecuado para pequeñas lesiones y en pequeño número.

El TCA es muy corrosivo, y el uso excesivo puede causar cicatrices. Se aconseja recubrir el área circundante con vaselina y disponer de un agente neutralizante (por ejemplo, bicarbonato de sodio) para los casos de exceso de aplicación o derrames. Cuando se utiliza de manera adecuada aparece una úlcera superficial que sana sin dejar cicatrices. Las tasas de respuesta reportadas se sitúan en el rango del 56-81 %, con tasas de recurrencia del 36 %. Se puede utilizar con seguridad durante el embarazo.

Tratamiento quirúrgico

Existen varias de técnicas quirúrgicas, incluyendo la electrocirugía, el legrado, la escisión con tijeras y la terapia con láser. La cirugía puede ser utilizada como terapia primaria, y en la mayoría de casos bajo anestesia local. Se recomienda el uso de crema anestésica antes de la infiltración de anestesia local, para reducir las molestias de la infiltración. El uso de hasta 100 mg de lidocaína, 5 mL al 2 % o 10 mL al 1 %, para la infiltración produce una anestesia rápida del epitelio. La adrenalina, como adyuvante, reduce el sangrado, pero está contraindicado en el pene y en la región del clítoris. Las técnicas quirúrgicas simples, realizadas correctamente, obtienen resultados cosméticos muy satisfactorios.

Electrocirugía (Ib, A), escisión con tijeras (Ib, A), legrado y cirugía láser (IIa, B)

Las unidades electroquirúrgicas modernas utilizan corriente de alta frecuencia y producen diferentes tipos de formas de onda en mezclas de corte y coagulación alterna. La exéresis con tijeras es útil en caso de escasas lesiones o lesiones pediculadas y puede acompañarse de diatermia para controlar el sangrado después de la escisión. Se han reportado tasas de eliminación del 94-100 % y del 89-100 % para la electrocirugía y la escisión con tijeras, respectivamente, y tasas de recurrencia del 19-29 %. El legrado y la cirugía láser están descritos para el tratamiento de condilomas anogenitales, pero no existen ensayos clínicos que los evalúen.

Cirugía convencional (IVc)

En caso de grandes verrugas, verrugas anales y lesiones significativas en niños se recomienda la cirugía bajo anestesia general por un especialista apropiado.

Terapias no recomendadas habitualmente

El podofilino, el 5-fluorouracilo y el interferón no se utilizan habitualmente, los dos primeros por su acción mutagénica y tóxica, y el interferón por los efectos secundarios sistémicos. Existe muy escasa evidencia de su eficacia.

El cidofovir, análogo nucleósido inductor de apoptosis, se ha utilizado para tratar las recurrencias de lesiones cervicales y el tratamiento de HSIL anal en pacientes inmunodeprimidos, especialmente infectados VIH. Se utiliza en forma de gel al 1 o 3 % diariamente 5 días, en semanas alternas durante 10 semanas. Su eficacia en dos ensayos clínicos fue del 47 %. Su uso en forma tópica sobre piel y mucosas no ulceradas es seguro. Puede utilizarse como tratamiento de segunda línea en caso de no respuesta, especialmente en pacientes inmunodeprimidos.

Combinación de varias terapias

En la práctica clínica se utilizan asociaciones de varios tratamientos, pero se necesitan ensayos clínicos que las refrenden.

La terapia secuencial proactiva combina un tratamiento inicial aplicado por el médico seguido de un tratamiento aplicado por el propio paciente, sinecatequinas o imiquimod. El objetivo es eliminar los condilomas anogenitales de una forma *rápida*, con el primer tratamiento, y *sostenida*, gracias teóricamente a la acción preventiva del segundo tratamiento. Se recomienda para casos denominados graves, ya sea por el número, la extensión de las lesiones o la repercusión psíquica sobre el paciente.

No se dispone de evidencia científica que apoye este tratamiento secuencial. Su recomendación se basa en la opinión de un grupo de expertos y algunas series pequeñas y retrospectivas.

ALGORITMO DE TRATAMIENTO

Es una buena práctica que las unidades que tratan pacientes con condilomas anogenitales desarrollen sus propios algoritmos de tratamiento teniendo en cuenta la práctica local e incorporen recomendaciones para la paciente. Los médicos que tratan a pacientes con verrugas genitales deben tener acceso y experiencia con al menos una terapia administrada por la propia paciente y una por el médico en la clínica. La elección de una u otra terapia dependerá de la morfología y la localización de las verrugas y la preferencia de la paciente. Debe hacerse de común acuerdo entre el médico y la paciente. Como la regresión espontánea está descrita en algunos pacientes (hasta un 38% en los ensayos clínicos), no dar ningún tratamiento es una opción más.

En general, los tratamientos aplicados por el médico tienen la ventaja de la eliminación rápida de todas las lesiones, pero se asocian a un elevado porcentaje de recurrencias. Los tratamientos aplicados por el propio paciente, a diferencia de los anteriores, no siempre consiguen la curación completa de los condilomas anogenitales, pero cuando se consigue, la tasa de recurrencia es menor. Los pacientes con pocas lesiones (de una a cinco verrugas) a menudo optan por la terapia inmediata en la clínica. Un algoritmo de tratamiento simple se ilustra en la [figura 2.1-3](#).

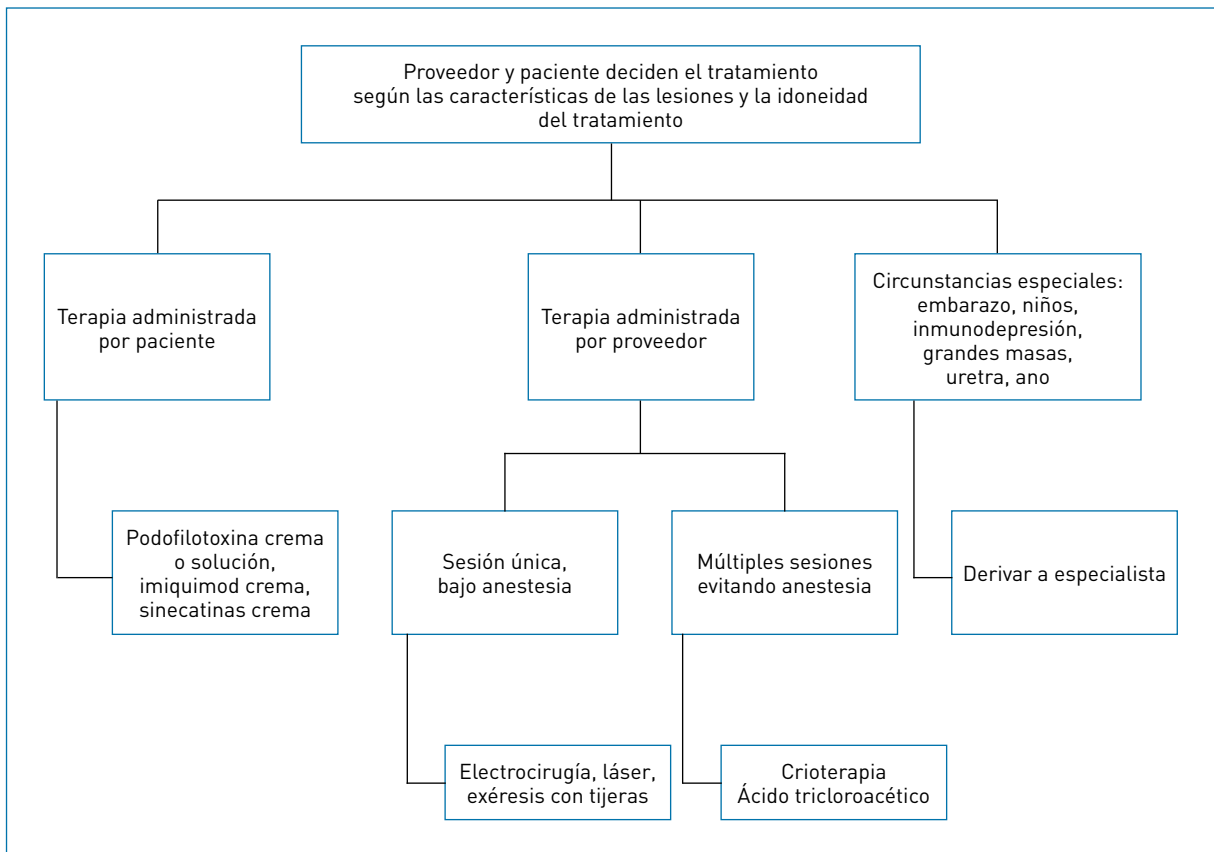


Figura 2.1-3. Algoritmo de tratamiento de condilomas anogenitales en asistencia primaria. Modificada de Lacey.

TRATAMIENTO DE CONDILOMAS EN CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES

Condilomas anogenitales de mucosas, cérvix, vagina, intraanales y uretrales (meato)

Los condilomas anogenitales vaginales pueden tratarse mediante nitrógeno líquido o TCA. Los condilomas anogenitales cervicales se derivan a especialista en patología cervical. Se seguirá el protocolo del manejo de las lesiones escamosas intraepiteliales. Los condilomas anogenitales intraanales se derivan a un especialista adecuado. Los condilomas anogenitales del meato urinario se pueden tratar con TCA u otro tipo de cirugía, pero sin son más internos, también se derivan a especialista (urólogo).

Tratamiento durante la gestación

Durante el embarazo es característico el aumento del tamaño de las lesiones y de las recurrencias. Los condilomas anogenitales en el momento del parto se asocian a un riesgo muy pequeño de transmisión de papilomatosis respiratoria recurrente juvenil (PRRJ), en torno a 1/400 partos. Dada la baja prevalencia de la enfermedad, no está indicada la cesárea a excepción de que exista obstrucción mecánica del parto. No ha sido demostrada la disminución del riesgo de PRRJ mediante la cesárea, y el riesgo de transmisión vertical del VPH es muy pequeño. En el puerperio es muy frecuente la regresión espontánea de las lesiones. No están indicados la podofilotoxina, el imiquimod y las sinecatequinas. Sí lo están la crioterapia, el TCA y la cirugía (Tabla 2.1-3).

TABLA 2.1-3. Tratamiento de condilomas anogenitales durante el embarazo

Método de tratamiento	Autorizado	Motivo
Podofilotoxina	No	Teratogénico
Sinecatequinas	No	Pocos datos
Imiquimod	No	Pocos datos
LÁSER CO ₂	Sí	Seguro
Crioterapia	Sí	Seguro
Tricloroacético	Sí	Seguro
Exéresis	Sí	Seguro
Electrocoagulación	Sí	Seguro

Tratamiento del paciente inmunodeprimido

Tanto la infección por VIH como la inmunosupresión iatrogénica se asocian a un aumento de la prevalencia de las verrugas anogenitales. Por otra parte, la respuesta al tratamiento es peor, y las recurrencias son más frecuentes. Las pautas de tratamiento no difieren de las del resto de pacientes. Si las lesiones son muy extensas y no responden a tratamiento médico, se puede indicar la eliminación mediante cirugía en varias sesiones, dejando puentes de epitelio sin tratar entre áreas vaporizadas que faciliten la cicatrización. Estudios recientes sobre el uso de imiquimod en pacientes VIH con antirretrovirales mostraron tasas de aclaramiento total del 31-32%, mientras que un estudio que combinó cirugía con imiquimod presentó una tasa de aclaramiento del 100%.

NOTIFICACIÓN A LA PAREJA

Las parejas sexuales actuales y, si es posible, las de los últimos 6 meses, deben ser evaluadas para determinar la presencia de lesiones, la educación sexual y para asesoramiento sobre enfermedades de transmisión sexual y su prevención.

Los preservativos protegen de la adquisición de condilomas anogenitales. Existen datos recientes que sugieren que el uso del condón masculino protege de la adquisición de la infección VPH en un 60% y acelera la resolución de la enfermedad, cuando la pareja tiene infección VPH del mismo tipo. Por todo ello, se recomienda el uso del condón o abstinencia sexual hasta la resolución de las lesiones (Ib, a).

SEGUIMIENTO

Es aconsejable incluir en el protocolo del manejo de condilomas anogenitales la revisión de los pacientes cada 4-6 semanas, para valorar su respuesta, monitorizar los efectos secundarios y proponer un cambio de modalidad terapéutica si no se obtiene una respuesta adecuada. Se ha demostrado que la aplicación de un algoritmo de tratamiento mejora los resultados de tasa de curación y de tiempo de curación.

PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

Es importante:

- Ofrecer la detección de enfermedades de transmisión sexual de acuerdo con las normas locales a los pacientes con primer episodio de verrugas genitales y sus parejas sexuales (III, IV, C).
- Informar a la paciente sobre la citología cervical e invitarla a participar en el cribado de cáncer cervical según las directrices locales/nacionales. El hecho de presentar condilomas anogenitales no obliga a una disminución del intervalo entre citologías.
- Informar sobre la vacuna del VPH para la prevención del cáncer de cérvix y de los condilomas y aconsejar la vacunación, sobre todo si se trata de una mujer joven.

Prevención primaria: la vacuna del virus del papiloma humano

El uso de preservativo de forma constante previene de forma parcial la transmisión de la infección VPH y, por ende, los condilomas anogenitales.

Las vacunas frente al virus del papiloma que incluyen los tipos 6 y 11, la tetravalente y la nonavalente constituyen el único método eficaz para la prevención de los condilomas anogenitales.

Tras la implementación de programas nacionales de vacunación VPH, se ha observado una rápida reducción de los condilomas anogenitales en las cohortes vacunadas, lo que demuestra una protección eficaz de las personas vacunadas y protección de campo.



PUNTOS CLAVE

Recomendaciones para el paciente:

- Informar de forma clara y preferiblemente por escrito de la causa, el tratamiento y las complicaciones de los condilomas acuminados.
- Tranquilizar a la paciente, porque, aunque pueden aparecer recurrencias, la gran mayoría de los casos se solucionarán en 1-6 meses de tratamiento.
- Aconsejar el cribado del cáncer a pesar de que el riesgo de cáncer es mínimo.
- Promover el uso del preservativo hasta la resolución de las lesiones.
- Debido al largo período de latencia después de la transmisión, la aparición de condilomas acuminados en un miembro de una relación estable no significa necesariamente contacto sexual reciente fuera de la relación.
- Las parejas actuales deben ser evaluadas y educadas para descartar y evitar otra infección de transmisión sexual.



BIBLIOGRAFÍA

- Asociación Española de Patología Cervical y Colposcopia. Guía: condilomas acuminados. Valencia: AEPCC, 2015.
- Bleeker MCG, Berkhof J, Hogewoning CJA et al. HPV type concordance in sexual couples determines the effect of condoms on regression of flat penile lesions. *Br J Cancer* 2005 Apr 25;92(8):1388-92.
- Blomberg M, Friis S, Munk C, Bautz A, Kjaer SK. Genital warts and risk of cancer: a Danish study of nearly 50 000 patients with genital warts. *J Infect Dis* 2012 May 15;205(10):1544-53.
- Castellsagué X, Cohet C, Puig-Tintoré LM et al. Epidemiology and cost of treatment of genital warts in Spain. *Eur J Public Health* 2009 Jan;19(1):106-10.
- Castellsagué X, Drudis T, Cañadas MP et al. Human papillomavirus (HPV) infection in pregnant women and mother-to-child transmission of genital HPV genotypes: a prospective study in Spain. *BMC Infect Dis* 2009;9:74.
- Centeno-Mediavilla C, Mañalich L, Calero I, Abal-Soaje JV, Martínez-Palones JM, Xercavins J. Tratamiento de los condilomas. Póster presentado en XVII Congreso de la AEPCC, Bilbao, 2005.
- Chiasson MA, Ellerbrock TV, Bush TJ, Sun XW, Wright TC Jr. Increased prevalence of vulvovaginal condyloma and vulvar intraepithelial neoplasia in women infected with the human immunodeficiency virus. *Obstet Gynecol* 1997 May;89(5 Pt 1):690-4.
- Forman D, de Martel C, Lacey CJ et al. Global burden of human papillomavirus and related diseases. *Vaccine* 2012 Nov 20;30 Suppl 5:F12-23.
- Kashima HK, Shah K. Recurrent respiratory papillomatosis. Clinical overview and management principles. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1987 Jun;14(2):581-8.
- Lacey CJN, Lowndes CM, Shah KV. Burden and management of non-cancerous HPV-related conditions: HPV-6/11 disease. *Vaccine*. 2006 Aug 31;24 Suppl 3:S3/35-41.
- Lacey CJN, Woodhall SC, Wikstrom A, Ross J. 2012 European guideline for the management of anogenital warts. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2012 Mar 12;27(3):e263-70.
- Mariani L, Vici P, Suligoi B, Checcucci-Lisi G, Drury R. Early direct and indirect impact of quadrivalent HPV (4HPV) vaccine on genital warts: a systematic review. *Adv Ther* 2015 Jan;32(1):10-30.
- Massad LS, Xie X, Darragh T et al. Genital warts and vulvar intraepithelial neoplasia: natural history and effects of treatment and human immunodeficiency virus infection. *Obstet Gynecol* 2011 Oct;118(4):831-9.
- Papiu HS, Dumnici A, Olariu T et al. Perianal giant condyloma acuminatum (Buschke-Löwenstein tumor). Case report and review of the literature. *Chir Buchar Rom* 2011 Aug;106(4):535-9.
- Park IU, Introcaso C, Dunne EF. Human papillomavirus and genital warts: a review of the evidence for the 2015 Centers for Disease Control and Prevention sexually transmitted diseases treatment guidelines. *Clin Infect Dis Off Publ Infect Dis Soc Am* 2015 Dec 15;61 Suppl 8:S849-55.
- Patel H, Wagner M, Singhal P, Kothari S. Systematic review of the incidence and prevalence of genital warts. *BMC Infect Dis* 2013 Jan 25;13:39.
- Reynolds M, Fraser PA, Lacey CJ. Audits of the treatment of genital warts: closing the feedback loop. *Int J STD AIDS* 1996 Sep;7(5):347-52.
- Roura E, Iftner T, Vidart J et al. Predictors of human papillomavirus infection in women undergoing routine cervical cancer screening in Spain: the CLEOPATRE study. *BMC Infect Dis* 2012;12(1):145.
- Schöfer H, Tatti S, Lynde CW et al. Sinecatechins and imiquimod as proactive sequential therapy of external genital and perianal warts in adults. *Int J STD AIDS* 2017 Jan 1;956462417711622.
- Sendagorta E, Bernardino JI, Álvarez-Gallego M et al. Topical cidofovir to treat high-grade anal intraepithelial neoplasia in HIV-infected patients: a pilot clinical trial. *AIDS Lond Engl* 2016 Jan 2;30(1):75-82.
- Sonnex C, Scholefield JH, Kocjan G et al. Anal human papillomavirus infection in heterosexuals with genital warts: prevalence and relation with sexual behaviour. *BMJ* 1991 Nov 16;303(6812):1243.
- Stockfleth E, Beti H, Orasan R et al. Topical Polyphenon E in the treatment of external genital and perianal warts: a randomized controlled trial. *Br J Dermatol* 2008 Jun;158(6):1329-38.
- US Department of Health and Human Services, Agency for Health Care Policy and Research. Acute pain management: operative or medical procedures and trauma. Clinical Practice Guidelines No1. Rockville: AHCPR, 1993.
- Von Krogh G, Lacey CJ, Gross G, Barrasso R, Schneider A. European guideline for the management of anogenital warts. *Int J STD AIDS* 2001 Oct;12 Suppl 3:40-7.
- Winer RL, Kiviat NB, Hughes JP et al. Development and duration of human papillomavirus lesions, after initial infection. *J Infect Dis* 2005 Mar 1;191(5):731-8.