

Condilomas acuminados

Fernández-Obanza Windscheid, E.⁽¹⁾; Louro González, A.⁽²⁾

(1) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria.

(2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Servicio de Atención Primaria de Cambre. A Coruña- España

CAD. ATEN. PRIMARIA 2004; 11: 83-86

¿DE QUÉ HABLAMOS?

Los condilomas acuminados, también llamados verrugas genitales, son neoformaciones exofíticas, generalmente múltiples, de color rosado o blanco-grisáceo, en cuya superficie se aprecian proyecciones filiformes o papilomas. Habitualmente se localizan en la región anogenital y

ma de cérvix. Se han detectado en la actualidad más de 130 subtipos de VPH, existe una asociación preferencial entre ciertos genotipos, su aspecto morfológico y su localización anatómica particular. Algunos de estos subtipos VPH poseen potencial oncogénico. Las asociaciones más frecuentes se refieren en la siguiente tabla:

TABLA 1

Tipos de VPH y potencial oncogénico

Tipo de VPH	Presentación	Potencial oncogénico	Relación con el tipo de lesión
Tipos 6 y 11	Condilomas acuminados	Bajo	Bajo riesgo (condilomas, lesiones precancerosas)
Tipos 31,33,35,42,52 y 58	Lesiones de tránsito rápido	Intermedio	Alto riesgo (lesiones de tránsito rápido)
Tipos 16 y 18	Lesiones precancerosas e invasoras	Alto	Alto riesgo (lesiones precancerosas e invasoras)

suelen ser asintomáticos, aunque a veces cursan con dolor o prurito.

Su tamaño es muy variable. Generalmente crecen rápidamente hasta llegar a adquirir dimensiones considerables y el típico "aspecto de coliflor", aunque en ocasiones el tamaño de la lesión se estabiliza o decrece hasta desaparecer por completo.

La transmisión por contacto sexual es la más común, aunque en ocasiones se puede producir de otro modo, como en el caso de los recién nacidos (contacto durante el parto de una madre infectada). Su presencia en niños puede estar en relación con abusos a menores, pero puede tratarse simplemente de contagio de verrugas de las manos. Plantean por tanto una importante disyuntiva y deben ser valorados cuidadosamente.

El período de incubación es variable, y a menudo difícil determinar la fuente de infección; lo que sí es prácticamente seguro es que el diagnóstico de un condiloma en un paciente indica infección del compañero sexual, aunque esté asintomático.

Están causados por el papiloma virus humano (VPH). Los agentes etiológicos más frecuentes son los tipos 6 y 11 del VPH, los cuales se asocian con lesiones benignas. Los tipos 16, 18, 31, y 33 se asocian con el desarrollo de carcino-

FIGURA 1

Pequeñas neoformaciones exofíticas de color rosado en surco balano prepucial y en cuya superficie se aprecian proyecciones filiformes.



Imagen cedida por el Dr. Daniel Freire. Cirujano del C.H.U. "Juan Canalejo" A Coruña

¿CÓMO SE DIAGNOSTICAN?

El diagnóstico de los condilomas acuminados es clínico. Sólo se requiere la confirmación histológica (biopsia) en determinadas situaciones: existencia de duda diagnóstica, lesiones que no responden al tratamiento habitual, lesiones que empeoran durante el tratamiento, pacientes con compromiso inmunitario, lesiones pigmentadas, induradas, fijadas o ulceradas en su superficie.

Es necesario diferenciarlos de:

- **Condilomas planos o sífilides**, que se presentan en la sífilis secundaria. Estas lesiones aunque morfológicamente pueden tener un aspecto similar, son de superficie plana y a veces erosiva y exudativa, en lugar de papilomatosa. Pueden coexistir con otras manifestaciones cutáneas de la sífilis secundaria. En caso de dudas, el examen en campo oscuro revelará múltiples treponemas en las lesiones de origen sífilítico.
- **Papulosis benigna**, también llamada pápulas perladas del pene o pápulas vestibulares, que se observa en 30 – 40% de los varones jóvenes generalmente en la corona del glande y no está asociada al VPH. Es la entidad que más problemas de diagnóstico diferencial causa con los condilomas.
- **Pénfigo vegetante**, las lesiones son de superficie de implantación más extensa y presenta lesiones ampollasas en algún momento de la evolución.

¿CÓMO SE TRATAN?

El objetivo primordial del tratamiento es eliminar las lesiones papilomatosas. Los resultados indican que los tratamientos que existen en la actualidad pueden reducir, pero probablemente no puedan impedir la infectividad ni reducir el riesgo de contagio posterior.

No existe un antivirico específico para el tratamiento de estas lesiones. Todas las modalidades terapéuticas van a ir destinadas a destruir las células infectadas por el virus o a estimular el sistema inmunológico para que sean eliminados por el propio individuo.

Existen diferentes opciones terapéuticas, sin que existan en la actualidad evidencias suficientes que demuestren que alguna de ellas es superior a las demás, por lo que su elección dependerá de: morfología, número y localización de las lesiones, preferencias del paciente, coste del tratamiento y posibles efectos adversos.

- 1- El **podofilox 0,5%** en solución o gel puede ser aplicado por el propio paciente con un algodón o, en el caso del gel, con el dedo sobre la lesión. Se aplicará dos veces al día durante 3 días seguido de 4 días de descanso. El ciclo puede ser repetido si es necesario, hasta un total de cuatro veces. Este método no se recomienda cuando el área total de las verrugas excede los 10 cm², y el volumen total de podofilox no debe exceder de 0,5 ml. por día.

Con la aplicación de podofilox, la mayoría de los pacientes experimentan sensación de irritación o dolor local de leve a moderada intensidad, que no supone un motivo para interrumpir el tratamiento. No se ha demostrado la seguridad de la podofilox durante el embarazo.

- 2- El **imiquimod al 5%** en crema es un agente inmuno-estimulante que también puede ser aplicado por el propio paciente. Lo aplicará una vez al día antes de acostarse, tres veces a la semana durante 16 semanas. Después de 6 – 10 horas de su aplicación debe lavarse la región con abundante agua y jabón. La seguridad del imiquimod durante el embarazo no ha

TABLA 1

Opciones terapéuticas

Localización / Tipos de tratamiento recomendado	Genitales externos	Vaginales (1)	Meato uretral	Anales (3)	Orales
Podofilox 0,5%	Si	No	No estudios	Si	No
Imiquimod 5% crema	Si	No	No estudios	Si	No
Crioterapia	Si	Si (2)	Si	Si	Si
Resina de podofilotoxina al 10 – 25%	Si	No	Si	Si	No
Ácido bi o tricloroacético al 80 – 90%	Si	Si	No	Si	No
Tratamiento quirúrgico: electrocoagulación	Si	Si	Si (4)	Si	Si
Interferón intralesional	Alternativo	No	No	No	No
Cirugía láser CO2	Alternativo	Si	Si (4)	Si	Si

(1) En las pacientes con condilomas exofíticos en cuello uterino debe ser descartada la presencia de lesiones compatibles con neoplasia cervical ante de iniciar el tratamiento, por tanto su manejo supera las responsabilidades del médico de atención primaria, debiendo ser remitida la paciente al ginecólogo.

(2) La utilización de crioterapia en la vagina no es recomendable por el riesgo de perforación y formación posterior de una fístula. En todo caso nunca se debe hacer en atención primaria.

(3) Las lesiones en la mucosa rectal deben ser manejadas por el cirujano proctólogo.

(4) Las lesiones en el meato uretral deben tratarse cuidadosamente por el peligro de formar sinequias, pero con los adecuados cuidados pueden ser tratadas con sistemas tanto de electrocoagulación como con láser de CO2.

sido establecida. Las reacciones inflamatorias locales son comunes aunque suelen ser leves o moderadas.

- 3- La **crioterapia con nitrógeno líquido** destruye las lesiones mediante un sistema de citolisis térmicamente inducida. El tratamiento se aplicará en la consulta, pudiendo repetirse con intervalos entre una y dos semanas entre cada sesión. El médico debe estar entrenado en el uso de esta terapia ya que un tratamiento excesivo o escaso, puede dar como consecuencia una pobre respuesta o incrementar la aparición de complicaciones. El dolor después de la aplicación del nitrógeno líquido, seguido de necrosis y algunas veces formación de ampolla es común. La anestesia local (tópica o inyectada) puede facilitar la terapia si las verrugas están presentes en muchas áreas o si el área que ocupan las verrugas es extensa.
- 4- La **resina de podofilotoxina** al 10 – 25% se aplica en una delgada capa sobre las verrugas, dejando posteriormente secar el compuesto al aire antes de que el área tratada entre en contacto con la ropa. Si se aplica en exceso o no se deja secar adecuadamente puede producir irritación local por la extensión de la resina a áreas adyacentes. El tratamiento puede ser repetido semanalmente si es necesario. Para evitar la posibilidad de complicaciones asociadas con la absorción sistémica y toxicidad, se recomienda que la aplicación sea limitada como máximo a 0,5 ml. de podofilotoxina o un área menor de 10 cm. cuadrados por sesión. La seguridad de la podofilotoxina durante el embarazo no ha sido demostrada.
- 5- Los **ácidos tricloroacético o bicloroacético** al 80 – 90% deben ser aplicados en una pequeña cantidad sólo sobre las verrugas y posteriormente dejarla secar al aire hasta que la zona se torne de aspecto blanquecino (evitando que el paciente cambie de postura durante este período para impedir la extensión del producto debido a su escasa viscosidad). Si se aplica un exceso de ácido o producen dolor intenso, el área tratada debe ser espolvoreada con talco o bicarbonato. Este tratamiento puede ser repetido a intervalos de una semana si se considera necesario.
Aunque estos preparados son utilizados a menudo, no han sido estudiados en profundidad.
- 6- **Tratamiento quirúrgico.** Puede hacerse con escisión tangencial, curetaje o electro cirugía. Esta opción terapéutica tiene la ventaja de que usualmente elimina las verrugas en una única visita. Sin embargo requiere

entrenamiento clínico, equipo adicional y un mayor tiempo de consulta. Es preciso controlar la profundidad de la electro-cauterización para prevenir la aparición de cicatrices. El tratamiento quirúrgico se considera especialmente beneficioso para pacientes que tienen un gran número de lesiones y/o una extensa área afecta, también en el caso de verrugas intrauretrales, particularmente para aquellos pacientes que no han respondido a otros tratamientos. Otra posibilidad quirúrgica que ha demostrado ser tan efectiva como la resección de las lesiones es el láser con dióxido de carbono.

- 7- El **interferón intralesional** resulta efectivo por sus efectos antivirales y/o efectos inmuno estimulantes. Sin embargo, aunque la eficacia y la recurrencia de las lesiones tras este tratamiento son comparables con otras modalidades terapéuticas, no se puede recomendar de forma rutinaria por el modo inconveniente de administración y por la asociación entre su uso y una elevada frecuencia de efectos adversos sistémicos.

Los pacientes deben ser alertados sobre la posibilidad de recurrencia de las lesiones, más frecuente en los tres primeros meses tras la eliminación de los lesiones. A las mujeres tratadas de condiloma acuminado debe insistirse en la necesidad de realización de la citología con la misma periodicidad que las demás mujeres sexualmente activas. La presencia o el antecedente de condilomas no supone una indicación para cambiar la frecuencia de realización de la prueba citológica ni de la colposcopia cervical.

¿CÓMO ACTUAR CON LOS COMPAÑEROS SEXUALES?

Aunque la presencia de condilomas en uno de los miembros de la pareja, prácticamente es diagnóstico de infección en el compañero, el tratamiento en la pareja no es necesario en ausencia de condilomas, aunque puede estar indicado examinarles para descartar la presencia de lesiones.

Tras diagnosticar lesiones condilomatosas en un miembro de la pareja, es de interés la realización a ambos de un estudio encaminado a descartar la presencia de otras enfermedades de transmisión sexual (sífilis y VIH fundamentalmente), así como explicar las recomendaciones generales y medios de protección para las relaciones sexuales a fin de evitar el contagio.

(Agradecimiento a: Jesús del Pozo Losada, especialista en Dermatología del C.H.U. "Juan Canalejo"- Coruña- España, por su revisión y aportaciones.)

BIBLIOGRAFÍA

- Kirby P, Dunne A, King DH, Corey L. Double-blind randomized clinical trial of self-administered podofilox solution versus vehicle in the treatment of genital warts. *Am J Med* 1990;88:465-469. [PubMed]
- Lowy DR, Androphy EJ. Warts. En: Fitzpatrick's dermatology in general medicine. 5ª ed. New York: McHraw Hill; 1999. p.2484-2497
- Syed TA, Hadi SM, Qureshi ZA, et al. Treatment of external genital warts in men with imiquimod 2% in cream. A placebo-controlled, double-blind study. *J Infect* 2000;41:148-51 [PubMed]
- Wiley DJ. Genital warts. *Clin Evid* 2002;(8):1620-1630 [PubMed]
- Workowski KA, Levine WC. Sexually transmitted diseases treatment guidelines 2002. *MMWR* 2002 May 3;51(RR06);1-80. [Texto completo]