

# Condiloma acuminado

*Condyloma acuminatum*

**Leonardo Sánchez-Saldaña<sup>1</sup>**

Las infecciones por el virus del papiloma humano (VPH) están considerada como una de las causas de infecciones de transmisión sexual (ITS). Las verrugas genitales o condilomas acuminados (CA) son la manifestación clínica visible de la infección. Los CA son tumoraciones cutáneas virales que aparecen en superficies cutáneas húmedas anogenitales. Se trata de una ITS con alta prevalencia entre los 20 y 28 años de edad, tanto en varones como en mujeres. Además, las infecciones por el VPH tienen un rol importante en las lesiones preneoplásicas y neoplásicas genitales.

Los CA en 90 % de casos son debidos a los serotipos 6 y 11 del VPH, que, aunque son de bajo riesgo oncogénico, en algunos casos pueden dar lugar a lesiones precancerosas. Otros serotipos de VPH causantes de CA con menos frecuencia son 30, 42, 44, 45, 51, 54, 55 y 70. Entre este amplio grupo de serotipos, existen algunos como el 16 y 18 claramente relacionados con ciertos tipos de cánceres del cuello uterino, pene, ano y carcinoma escamoso orofaríngeo.

La infección por el VPH se transmite por vía sexual por contacto directo de piel y mucosas, vertical, en el canal del parto o a través de fómites. La infección por VPH es una de las infecciones de transmisión sexual más frecuente en todo el mundo. Aproximadamente 80 % de la población se infectarán alguna vez a lo largo de su vida; lo más frecuente es la adquisición en los meses siguientes tras la primera relación sexual. La infección por el VPH tiene un período de incubación de seis semanas a dos años. La mayoría de las infecciones son latentes o subclínicas que curan espontáneamente, pero un pequeño porcentaje puede perdurar y dar lugar a lesiones en la piel y mucosas.

La prevalencia de CA se sitúa en 1 % a 2 % de la población para los países desarrollados. La aparición de CA en niños, aunque puede ser debida a la transmisión por las manos, habrá que valorar la posibilidad de abusos sexuales. Los factores de riesgo son múltiples parejas sexuales, VIH positivos, varón no circuncidados, higiene personal y uso prolongado de anticonceptivos orales hormonales.

La manifestación clínica habitual se presenta en dos formas. En las zonas húmedas, como lesión hiperplásica pediculada de base ancha, de color rosado o blanco, carnosa, blanda, puede tener forma de cresta de gallo, puede macerarse e infectarse. En las zonas secas, el aspecto semeja a verruga vulgar, se presenta como lesiones secas e hiperqueratóticas o incluso como pápulas o lesiones aplanadas pigmentadas de color marrón, gris, azulado, conocidas como papulosis bowenoides. Pueden permanecer con las características

descritas, involucionar o extenderse de forma progresiva. En este último caso y en lesiones muy evolucionadas pueden formar grandes masas con aspecto de coliflor, que incluso pueden borrar las características anatómicas del área afectada. Otra forma de presentarse es como pequeñas pápulas múltiples de pocos milímetros, indurado al tacto, y que suelen localizarse en el límite de la mucosa con la piel, denominadas condilomas papulares. Ocasionalmente, pueden causar sangrado, prurito o secreción. Las localizaciones más frecuentes en las mujeres son el cuello, la vagina y la vulva; inicialmente, la horquilla vulvar, los labios menores y, posteriormente, el ano. En el embarazo pueden aumentar en tamaño y número. En los hombres aparece con frecuencia en varios lugares, en especial el ano y pene.

El diagnóstico es clínico. Se examinará meticulosamente los genitales externos, perineo y zona perineal. En las mujeres, la exploración debe ser minuciosa en los pliegues labiales, el introito y la uretra, y se realizará una citología. En los varones, retirar el prepucio, para valorar completamente el glande y examinar los testículos. Deberá realizarse biopsia en las lesiones pigmentadas, sangrantes, con ulceración y prurito persistente, en varones y en mujeres con VIH.

En los CA, de 90 % a 95 % de los pacientes presentan una desaparición completa de las lesiones en los dos primeros años, con o sin tratamiento; esto no significa que exista eliminación de la infección por VPH. La resolución espontánea ocurre en 10 % a 30 % de los casos, pero puede tardar meses, por lo que se recomienda dar tratamiento. Existen varios tipos de tratamiento, unos que destruyen la célula infectada y otros que modulan el sistema inmune para intentar que este destruya el virus.

En el tratamiento del CA se incluyen los siguientes: imiquimod al 5 %, en crema, de elección si existen lesiones en un área extensa o en mujeres con VIH; podoxifilina al 0,5 %, en solución; sincatequinas al 15 %, en pomada, indicado para lesiones genitales externas y perianales en pacientes mayores de 18 años; podofilina al 10 %-25 %, en solución; crioterapia con nitrógeno líquido, dióxido de carbono y óxido nítrico, se obtienen buenos resultados, útil en lesiones exofíticas; electrocirugía.

La prevención es importante en las infecciones por el VPH. El preservativo solo protege parcialmente tanto de la primoinfección como de la reexposición, ya que no protege el perineo, el pubis, los genitales externos femeninos y la base del pene.

Cuando la infección anogenital es producida por serotipos oncogénicos, la vacunación debe realizarse en mujeres de 12 a 25 años para la prevención del cáncer del cérvix.

1. Director de Dermatología Peruana.