

## CONDILOMAS GENITALES

Actualizado Mayo 2013

**Laura María Quintás Vázquez.** Especialista en Medicina de Familia. Área Sanitaria de Lugo.  
**Patricia García Díaz.** Especialista en Ginecología. Hospital Universitario Lucus Augusti.

### ETIOLOGÍA

Los condilomas o verrugas genitales son causadas en el 100% de los casos por el Virus del Papiloma Humano (VPH), del que existen más de 100 serotipos, y que tiene como célula diana el queratinocito.

Dentro de este amplio grupo de serotipos existen algunos claramente relacionados con ciertos tipos de cáncer, como el 16 y 18 que están relacionados con el cáncer de cuello uterino, pene, ano y carcinoma escamoso orofaríngeo.

El 90% de los condilomas son debidos a los serotipos 6 y 11 que, aunque son de bajo riesgo oncogénico, en algunos casos pueden dar lugar a lesiones precancerosas. Otros serotipos causantes de condilomas, aunque con mucha menos frecuencia son: 30,42-44, 45, 51, 54, 55 y 70.

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 ETS más frecuentes en todo el mundo.

Aunque el 80% de la población se infectará alguna vez a lo largo de su vida (lo más frecuente es la adquisición en los meses siguientes tras la primera relación sexual) la prevalencia de condilomas acuminados se sitúa entre el 1-2% para los países desarrollados.

La aparición de condilomas en niños, aunque puede ser debido a la transmisión por las manos, habría que valorar la posibilidad de abusos sexuales.

La infección por VPH tiene un período de incubación de 6 semanas a 2 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 manifestación clínica habitual es la verruga, con sus diferentes tipos morfológicos entre las que se encuentran las verrugas anogenitales o condilomas acuminados.

### FACTORES DE RIESGO

- ✓ *Múltiples parejas sexuales*
- ✓ *VIH*
- ✓ *Varón no circuncidado*

### SÍGNOS Y SÍNTOMAS

Va a tener 2 presentaciones según donde se encuentre:

- ✓ **Zonas húmedas:** lesión hiperplásica pediculada de base ancha, de color rosado o blanco, carnosa, blanda, puede tener forma en cresta de gallo. Puede macerarse e infectarse.
- ✓ **Zona seca:** aspecto semejante a verruga vulgar. Puede presentarse como lesiones secas e hiperqueratósicas o incluso como papulomáculas pigmentadas (marrón, gris azulado, conocidas como papulosis bowenoide...)  
Pueden permanecer con las características anteriores, involucionar o extenderse de forma progresiva. En este último caso y en lesiones muy evolucionadas pueden formar grandes masa con aspecto de coliflor que puede llegar incluso a borrar las características anatómicas de la zona.  
Otra manera de presentarse es como pequeñas pápulas múltiples de pocos milímetros, induradas al tacto, y que suelen localizarse en el límite de la mucosa con la piel (condilomas papulares)

Ocasionalmente pueden causar sangrado, prurito o secreción.

## LOCALIZACIONES MÁS FRECUENTES

**En mujeres:** *Cuello, vagina, vulva* (inicialmente horquilla vulvar y labios menores, extendiéndose posteriormente) y *ano*. En el embarazo las lesiones pueden aumentar en tamaño y número.

**En hombres:** *Ano y pene*.

Con frecuencia aparece en varios lugares.

## DIAGNÓSTICO

*El diagnóstico es clínico.*

Ante una condiloma debe examinarse meticulosamente los genitales externos, periné y zona perianal. En mujeres la exploración debe ser minuciosa en los pliegues interlabiales y el introito, la uretra y realizarse una citología. En varones retirar el prepucio para valorar completamente el glande y examinar los testículos.

Debe interrogarse sobre uretrorragia, disuria o secreción hemática por la uretra para sospechar la infección de la misma (más frecuente en hombre que en mujeres).

Los que se localizan en el ano pueden deberse al coito anal o por la propagación de las secreciones vulvares (en el caso de las mujeres).

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

### 1- Variaciones de la normalidad:

- En ambos sexos: glándulas sebáceas
- En mujeres: papilosis vestibular
- En hombres: pápulas nacaradas en el surco coronal

### 2- Patologías:

- Infecciones:
  - sífilis secundaria con condiloma plano: a diferencia de los condilomas, su superficie suele ser lisa.
  - molluscum contagiosum
- Enfermedades de piel y mucosas: nevus intradérmico, queratosis seborreica
- Papulosis bowenoide: es un tipo de neoplasia anogenital, asociada al VPH 16. Son pequeñas pápulas, múltiples y pigmentadas.
- Cáncer

## ¿CÚANDO REALIZAR BIOPSIA?

La biopsia se realizará para descartar cáncer. Se realizará en aquellas lesiones:

- ✓ Lesiones pigmentadas
- ✓ Sangrado
- ✓ Prurito persistente
- ✓ Ulceración persistente
- ✓ El paciente es inmunodeprimido
- ✓ Ante el fracaso de tratamientos tópicos (para descartar VIN)
- ✓ Mujeres con VIH

## EVOLUCIÓN

Del 90% al 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 HPV.

## TRATAMIENTO

La resolución espontánea ocurre en un 10-30% de los casos, pero puede tardar hasta 6 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.

Se recomienda dejar de fumar, ya que las fumadoras responden peor al tratamiento.

## TIPOS DE TRATAMIENTOS

El tratamiento puede disminuir la infectividad pero no la elimina.

La mayoría de los tratamientos disponibles se asocian a reacciones dérmicas locales

Podemos distinguir 2 tipos:

a) *Aplicados por el paciente*

b) *Aplicados por el profesional sanitario*

### 1) *Aplicados por el paciente*

- **Imiquimod crema al 5% (Aldara®):**

Inmunomodulador

Se ha de aplicar por la noche y retirar a las 6-8 horas con agua y jabón. Esto se realiza 3 veces por semana hasta un máximo de 16 semanas.

Es de elección cuando existen lesiones en un área extensa o en mujeres con VIH.

Sus efectos inflamatorios sobre las mucosas limitan su uso en las mismas.

No se puede usar en el embarazo.

Tasa de resolución aproximadamente del 72%. En el 80% de las mujeres que no se resolvieron las lesiones, sí se observó una reducción de las mismas de más de un 50% de su tamaño.

La tasa de recurrencia es más baja que con otras terapias (12%)

El preservativo no es eficaz mientras se usa este producto, se altera su permeabilidad.

Un inconveniente es el alto coste.

- **Podoxifilina 0,5% (Wartec®)**

Se aplica cada 12 horas durante 3 días, seguido de un descanso de 4 días, durante un máximo de 4-6 semanas.

Es frecuente la sensación de escozor, pero este no tiene porque ser la razón para suspender el tratamiento.

No se debe usar para el tratamiento de lesiones cervicales, meatales, vaginales o anales ni aquellas de gran tamaño (> 10 cm<sup>2</sup>)

No se pueden usar durante el embarazo.

Alta tasa de recurrencias (60%).

- **Sinecatequinas 15% (Veregen pomada 15%®)**

Está indicado para lesiones genitales externas y perianales en pacientes ≥18 años

Aplicar 3 veces al día, máximo 16 semanas. No necesita ser aclarado.

Se deben evitar las relaciones sexuales mientras el producto permanezca en la piel

Preservativos y diafragma pueden perder efectividad.

No se recomienda en persona inmunodeprimidas, eficacia no establecida.

Seguridad durante el embarazo desconocida.

### 2) *Aplicados en consulta por el profesional sanitario*

- **Crioterapia**

Se puede realizar con: nitrógeno líquido, dióxido de carbono, óxido nítrico.

Se obtienen buenos resultados, desaparecen las lesiones entre un 70-80% pero la tasa de recurrencia es de 25-38%.

Los tratamientos agresivos pueden dejar cicatriz. No se recomienda en la vagina por riesgo de perforación. Útiles en lesiones exofíticas.

Es seguro en el embarazo

Coste moderado.

Se debe aplicar hasta la formación de un halo e congelación alrededor de la lesión de varios milímetros

- **Podofilo 10-25%**

Se aplica 1 o 2 veces a la semana. Se elimina el producto tras 1-4 horas.

Puede producir reacciones adversas locales con frecuencia: eritema, edema, dolor, escozor, hormigueo, hipersensibilidad o reacciones bullosas. También se han documentado reacciones sistémicas.

No se debe usar en embarazo ni tampoco en lesiones cervicales, meatales, vaginales o anales.

Sólo recomendado si no se pueden usar otras terapias.

- **Ácido bi o tricloroacético 80-90%**

Una aplicación semanal durante 6 semanas.

No es necesario retirar el producto, pero hay que dejar que se seque completamente antes de que entre en contacto con la ropa.

Es cáustico, pudiendo producir ampollas y ulceraciones. La piel sana se debe proteger con pomada de xilocaína al 2% ó mezcla de lidocaína y crema de prilocaína (EMLA) ó vaselina.

No es recomendada en lesiones voluminosas. Se debe disponer de un agente neutralizante, como el bicarbonato sódico, en caso de exceso de aplicación.

Es seguro en el embarazo.

- **Tratamiento quirúrgico: Electrocauterización, láser de CO<sub>2</sub>, excisión ...**

Si no se controla bien la profundidad puede causar excesivo daño y cicatrices.

Se puede usar en lesiones amplias o cuando existe gran número de lesiones genitales, perineales o anales.

- *Electrocauterización*: se debe evitar por el daño tisular.
- *Láser de CO<sub>2</sub>*: adecuado en lesiones voluminosas. Es caro y no está disponible en todas las clínicas.
- *Excisión*: útil en lesiones pediculadas y pequeño número de lesiones en lugares accesibles. La hemostasia se puede realizar con electrocoagulación, nitrato de plata o solución hemostática.
- *La circuncisión* podría estar indicada como tratamiento y para evitar las recidivas

En todos estos tratamientos se pueden usar anestésicos para reducir el dolor

- **Interferón intralesional**: Bien tolerado. Costoso, frecuentes efectos adversos.

### 3) **Consideraciones especiales**

- **Indicación según lugar anatómico:**

- *Intravaginal*: crioterapia, electrocirugía y tricloroacético. Si se usa podofilino se ha de aplicar con cuidado y un área no superior a 2 cm<sup>2</sup>.
- *Cervical*: crioterapia, electrocirugía, tricloroacético, láser o excisión
- *Meato uretral*: si es visible la base de la lesión, tratamiento con crioterapia, electrocirugía, podofilotoxina o imiquimod. Las lesiones más profundas pueden requerir derivar a urología.
- *Lesiones intraanales*: tricloroacético, crioterapia, electrocirugía y láser.

- **Embarazo:**

Las lesiones genitales pueden proliferar, reaparecer y convertirse en friables durante el embarazo.

Aproximadamente el 50% de los condilomas asociados al embarazo regresan espontáneamente en los tres primeros meses tras el parto.

Se recomienda la realización de cesárea cuando el canal del parto es obstruido por las lesiones ó si se prevé un sangrado de dichas lesiones durante el parto, dado su tamaño. La trasmisión vertical del VPH es baja y la papilomatosis respiratoria recurrente es rara.

Existe una pobre respuesta al tratamiento durante el embarazo. Los tratamientos recomendados son: ácido tri o bicloroacético, crioterapia o escisión.

• **Derivación al especialista oportuno en las siguientes circunstancias:**

- Embarazo o lactancia
- Niños
- Inmunosupresión
- Lesiones muy extensas
- Localización intravaginal, meatal o intraanal.
- Sospecha neoplasia

<b>CONDILOMAS ACUMINADOS. Fármacos aplicables por el paciente</b>					
<b>Fármaco</b>	<b>Administración</b>	<b>Máximo</b>	<b>Mucosas</b>	<b>Embarazo y lactancia</b>	<b>Otros</b>
<i>Imiquimod crema 5% Aldara®</i>	Por la noche. Retirar a las 6-8 horas. 3 veces a la semana.	16 semanas	Mal tolerado	Evitar, no existen datos suficientes	Afecta a la permeabilidad anticonceptivos de barrera
<i>Podoxifilina 0,5% Wartec®</i>	Aplicar cada 12 horas durante 3 días seguidos por semana.	4 - 6 semanas	No usar intraanal, intravaginal ni intrauretral	Evitar, no existen datos suficientes	Afecta a la permeabilidad anticonceptivos de barrera
<i>Sinecatequinas 15% Veregen®</i>	Aplicar 3 veces al día	16 semanas	No usar intraanal, intravaginal ni intrauretral	Evitar, no existen datos suficientes	Afecta a la permeabilidad anticonceptivos de barrera

<b>CONDILOMAS ACUMINADOS. Fármacos aplicables en la consulta</b>					
<b>Fármaco</b>	<b>Administración</b>	<b>Máximo</b>	<b>Mucosas</b>	<b>Embarazo y lactancia</b>	<b>Otros</b>
<i>Podofilo 10-25%</i>	1 ó 2 veces por semana. Retirar tras 1-4 horas	Curación clínica	Mal tolerado. No usar intraanal, intravaginal ni intrauretral	Evitar, no existen datos suficientes	Afecta a la permeabilidad anticonceptivos de barrera. Solo recomendado si no se puede usar otras terapias
<i>Ácido bi o tricloroacético 80-90%</i>	1 vez por semana.	6 semanas	Mal tolerado La piel sana se debe proteger con EMLA o vaselina	Seguro en el embarazo	Afecta a la permeabilidad anticonceptivos de barrera.

<b>CONDILOMAS GENITALES. Otros tratamiento</b>			
<b>Fármaco o técnica</b>	<b>Tipos</b>	<b>Mucosas</b>	<b>Embarazo y lactancia</b>
<b>Crioterapia</b>	Nitrógeno Líquido Óxido nítrico	No usar intraanal, intravaginal ni intrauretral	Seguro en el embarazo
<b>Tratamiento quirúrgico</b>	Electrocoagulación. Laser Co2 Escisión		El 50% regresan espontáneamente en los 3 primeros meses tras parto. Seguro, según selección técnica (Valorar beneficio y perjuicios de las técnicas de Laser y electroterapia)
<b>Interferón intralesional</b>	-	Bien tolerado	<b>Evitar</b>

## PREVENCIÓN

### Hábitos sexuales

El preservativo solo protege parcialmente tanto de la primoinfección como de la reexposición, ya que no protege el periné, pubis, genitales externos femeninos, ni la base del pene ni el escroto.

### Vacunación:

Existen 2 vacunas comercializadas contra el HPV compuestas por partículas "virus like". Una que cubre los serotipos 16 y 18. La otra cubre los serotipos 6, 11, 16, 18. (Gardasil® VPH 6, 11, 16,18 y Cervarix® 16 y 18)

Ambas vacunas han sido aprobadas para la prevención del cáncer de cuello uterino en las mujeres de 12-25 años, y aunque no hay estudios específicos, no hay nada que indique que no puedan ser eficaces en la prevención de condilomas genitales (y otras lesiones cutáneas producidas por esos serotipos) tanto en mujeres como en hombres.

## BIBLIOGRAFÍA

1. R Pedragosa-Jové, M Salleras\_Redonet et all. La vacuna frente al papilomavirus humano, ¿tiene interés en dermatología? Actas Dermosifiliogr 2012;103(2):92-93
2. E Peyrí Rey. El urólogo ante la infección por el virus del papiloma humano. Actas Urol Esp. 2010; 34(1): 10-11
3. JJ Vilata Corell. Infección por el virus del papiloma humano (VPH). Prog Obstet Ginecol 2001; 44:289-323
4. Servicio Galego de Saúde. Guía técnica do proceso de atención ás infeccións de transmisión sexual. Santiago de Compostela; 2009. Disponible en: <http://www.sergas.es/gal/Muller/docs/G09PMITS.pdf>
5. Panel de expertos del Grupo de Estudio de Sida (GESIDA) y del plan Nacional son el Sida (PNS). Documento de consenso de GESIDA/PNS sobre las infecciones de transmisión sexual en pacientes con infección por VIH. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2011; 29(4):286.e1-286.e19
6. MA Stanley. Genital human papillomavirus infections: current and prospective therapies. Journal of General Virology 2012; 93: 681-691
7. HPV Consensus Guidelines Committee. Canadian Consensus Guidelines on Human Papillomavirus. JOGC 2007: S1-S56

8. Public Health Agency of Canada. Genital Human Papillomavirus (HPV) Infections [Internet]. Ottawa; 2008. [Consultado 2012 Oct 01]. Disponible en: <http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/pdf/505hvp-vph-eng.pdf>
9. Public Health Agency of Canada. Pregnancy. Ottawa; 2010. [Consultado 2012 Oct 01]. Disponible en: <http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/pdf/604pregnancy-eng.pdf>
10. M Hayley, E Jordan, J Cruz et N Warren. What's New in Sexually Transmitted Infection Management: Changes in the 2012 Guidelines from de Centers for Disease Control and Prevention. *JMWH* 2012; 57 (3): 276-284
11. National Guideline Clearinghouse (NGC). United Kingdom national guidelines for the management of anogenital warts. En: National Guideline Clearinghouse (NGC) [sitio Web]. Rockville (MD): Agencia para la Investigación y Calidad (AHRQ), 2007 [citado 2012 Oct 01]. Disponible: <http://www.bashh.org/documents/86/86.pdf>
12. National Guideline Clearinghouse (NGC). Genital warts. In: Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2010. En: National Guideline Clearinghouse (NGC) [sitio Web]. Rockville (MD): Agencia para la Investigación y Calidad (AHRQ), [consultado 2012 Oct 01]. Disponible: <http://guideline.gov/content.aspx?id=25591&search=genital+warts>
13. EF Dunne, A Friedman, S Deblina Datta, LE Markowitz and KA Workowski. Updates on Human Papillomavirus and Genital Warts and Counseling Messages From the 2010 Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines. *CID* 2011.; 53(3): S143-S152
14. C de las Heras Sotos, A Ramírez Santos, D González Vilas. Condilomas acuminados. EN: *Fisterra* [sitio Web], 2011. [consultado 2012 Oct 01]. Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias-clinicas/condilomas-acuminados/>