

Lesiones verrucosas (lesiones externas por VPH)

El virus del papiloma humano (VPH) es un virus conocido principalmente por las lesiones que puede producir a nivel del cérvix uterino (link a artículo de la unidad), pero existen más de 100 serotipos que pueden producir diferente patología (el 6 y el 11 son los que principalmente producirían lesiones externas benignas en nuestro medio). Es la ETS más frecuente teniendo un pico de prevalencia entre los 15 y los 25 años. TRANSMISIÓN Y LATENCIA Principalmente sexual. Es necesaria la existencia de una solución de continuidad en la piel para la transmisión. El preservativo no protege totalmente de la transmisión. Está descrita la transmisión vertical, siendo rara y no causada por el paso por el canal del parto. La aparición de lesiones se va a producir entre 3 semanas y 8 meses tras la infección siendo su aparición el primer marcador de infección subclínica. No obstante tienen elevada tasa de recurrencia a pesar de la aplicación de un tratamiento correcto. Existen múltiples formas de presentación y expresión. Se puede producir la resolución espontánea de las lesiones externas causadas por el VPH, esto va a depender de la inmunidad personal. PRESENTACIÓN CLÍNICA Y LOCALIZACIÓN La forma clásica de presentación son las verrugas genitales, estas pueden ser de mayor o menor tamaño y de número variable. Tienden a confluir. En general suelen ser asintomáticas pudiendo producir a veces prurito genital. En ocasiones existe la forma de presentación llamada de expresión mínima que se halla ante la exploración de síndromes de disconfort vestibular o vulvodinias. Puede producirse sangrado durante las relaciones sexuales en lesiones vaginales o cervicales. En pacientes inmunodeprimidas suelen presentarse las lesiones de forma más florida debido a la incapacidad del sistema inmune para mantener las lesiones controladas. La localización es variable siendo este el orden de frecuencia: cérvix, vagina, vulva y ano. Las localizaciones extragenitales son infrecuentes. DIAGNÓSTICO Va a ser clínico. La exploración es la que va a dar un diagnóstico siendo innecesaria la realización de biopsia para su confirmación salvo en aquellas ocasiones en las que se sospeche una lesión invasiva. No está indicada la determinación de VPH. Existe un amplio diagnóstico diferencial entre el que se encuentran variantes anatómicas normales como la papilomatosis vestibular o los gránulos de Fordyce. Los condilomas son LESIONES BENIGNAS sin capacidad de transformación maligna. No obstante parece existir cierta evidencia que los asociaría con lesiones premalignas. TRATAMIENTO Múltiples opciones de tratamiento, ninguna es claramente superior por lo que la elección de uno u otro va a ser dependiente de cada caso, de la individualización. La edad de la paciente, el número de lesiones y su localización, la preferencia de la paciente, la experiencia del ginecólogo, el precio, etc. son las variables que se tendrán en cuenta a la hora de utilizar un tratamiento u otro. Cada uno de los tratamientos tiene un mecanismo de acción diferente: agentes citotóxicos (podofilotoxina, ácido tricloroacético), agentes inmunomoduladores (imiquimod, sinecatequinas), tratamiento destructivo

(crioterapia, laser CO2, electrocoagulación diatérmica), tratamiento quirúrgico (bisturí frío o eléctrico). Existen dos tratamientos experimentales con resultados muy prometedores (terapia fotodinámica y cidofovir). SITUACIONES ESPECIALES Gestación: durante la gestación se produce una situación de inmunodepresión que puede hacer que las lesiones crezcan por lo que va a ser preferible el tratamiento. El tratamiento ideal va a ser el destructivo. Generalmente se produce una regresión tras el parto al recuperar la paciente su capacidad inmunológica. La vía del parto va a ser indicada por motivos obstétricos salvo que las lesiones condilomatosas obstruyan la vía del parto.

Inmunodepresión: de la misma forma que en las gestantes estas pacientes van a tener mayor número de lesiones y de mayor tamaño con mayor tendencia a la recidiva y a la resistencia a los tratamientos. Van a ser de elección los tratamientos destructivos puesto que los inmunomoduladores van a ser menos eficaces. Es seguro el tratamiento expectante puesto que la recuperación de la normalidad inmunológica suele ir seguido de la regresión espontánea de las lesiones. Infancia: la actitud será expectante puesto que la regresión de las lesiones es más frecuente. SEGUIMIENTO Es importante para verificar la curación y/o diagnosticar la recidiva. Se hará un control a los 3-6-12 meses tras la desaparición de las lesiones. El tratamiento de la recidiva será aquel que haya sido efectivo en el brote inicial. Existe un 20-30% de tasa de recurrencia global. RESUMEN •

Las lesiones externas causadas por VPH son BENIGNAS sin posibilidad de transformación maligna. Múltiples formas de presentación. Importante impacto psicológico y social. • Ante la aparición de lesiones SIEMPRE se debe consultar para la realización de una exploración completa y la INDIVIDUALIZACIÓN del tratamiento más adecuado. • Múltiples opciones de tratamiento. • No se requiere la determinación de VPH. • Necesario seguimiento dada la posibilidad de recidiva de las lesiones a pesar de un correcto tratamiento. • Lo más importante es la PREVENCIÓN por medio de la VACUNACIÓN. Artículo escrito por Dra. Miranda Calvo para Namunvida

Link to Original article: <https://www.namunvida.es/blog-1/lesiones-verrucosas-lesiones-externas-por-vph?elem=322632>