

GOBIERNO FEDERAL



SALUD

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA **GPC**

SEDENA

SEMAR

Tratamiento DEL CONDILOMA ACUMINADO En mujeres en edad reproductiva En los tres niveles de atención

Guía de Referencia Rápida

Catálogo maestro de guías de práctica clínica: **ISSSTE-658-13**

CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL



Vivir Mejor

CIE-10: A63.0 VERRUGAS (VENÉREAS) ANOGENITALES
GPC: TRATAMIENTO DEL CONDILOMA ACUMINADO EN MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA EN LOS TRES NIVELES DE ATENCIÓN

DEFINICIONES

El agente causal del condiloma acuminado es el virus del papiloma humano. Este virus es muy pequeño, no tiene envoltura y es clasificado como un virus ADN. El ADN viral consiste en una doble cadena de ADN superenrollada. Esta molécula presenta aproximadamente 8,000 pares de bases, con un peso molecular de 5×10^6 DA, de forma icosaédrica y un diámetro de 55 nm.

Su periodo de incubación es de uno a seis meses. Su forma de transmisión en la región anal es por contacto directo externo o por autoinoculación.

El virus del papiloma humano pertenece a la familia Papillomaviridae, es un virus sin envoltura formado por un ADN de doble cadena circular y constituye un epiteliotropico que infecta la capa basal de los epitelios queratinizados y mucosos.

CARACTERISTICAS

La infección con un virus oncogénico (o de alto riesgo) usualmente es necesario pero no factor suficiente para el desarrollo de una neoplasia cervical escamosa.

La infección por HPV se adquiere por contacto piel con piel, por contacto anogenital, aunque no se requiere contacto sexual para la adquisición de los subtipos genitales.

Los condilomas genitales visibles se presentan aproximadamente en el 1% de los adultos sexualmente activos.-Datos obtenidos en Estados Unidos, sugieren que los condilomas son la forma más frecuente de enfermedades de transmisión sexual.

Los serotipos 6 y 11 causan del 80 al 90% de casos de condilomas acuminados, además los serotipos 42,43 y 44 contribuyen al resto de los casos adicionales.

El virus del papiloma humano variedad acuminada, es conocido como virus del condiloma, se presenta en un porcentaje mayor en las personas sexualmente activas

FACTORES PREDISPONENTES

- 1.- Inicio de vida sexual temprano
- 2.- Parejas sexuales múltiples
- 3.- Embarazo
- 4.- Anticonceptivos
- 5.- Tabaquismo
- 6.- Inmunosupresión
- 7.- Fómites
- 8.- Uso de condón

La transmisión puede ser por fomites. (toallas, sabanas, ropa interior) esto se demuestra por la presentación de la infección en pacientes vírgenes.

El uso de condón no previene la transmisión sexual de condiloma acuminado.

A pesar de no ser preventivo para transmisión sexual para condiloma acuminado es recomendable el uso de condón como barrera protectora.

La auto inoculación es rara.

RESPUESTA INMUNOLÓGICA

El papel inmunológico es importante ya que se demuestra que los pacientes con inmunosupresión incrementa el riesgo para el VPH así se ha demostrado en pacientes con VIH, con inmunosupresión de diferentes etiologías, así como pacientes receptores de trasplantes.

Los factores que influyen en la persistencia del virus están ligados al hospedero (estado inmunitario), al virus (genotipo, carga viral) y el medio ambiente.

La inmunosupresión inherente a la co-infección por VIH es un factor determinante de progresión neoplásica, el trasplante de órganos, diabetes, el uso de esteroides en forma crónica, enfermedades autoinmunes, etc.

El papel protector de los anticuerpos y los factores que controlan la regresión de la infección por el virus del papiloma humano, constituyen aspectos fundamentales a tener en cuenta para la obtención y uso de una vacuna preventiva.

En el 90% de los casos el sistema inmunitario combate normalmente la infección por este virus en un periodo de 2 años, esto ocurre tanto en los tipos de alto como bajo riesgo.

TRATAMIENTO

a) Tratamiento conservador

El tratamiento conservador puede ser realizado, el sistema inmunológico puede neutralizar el virus esto se demuestra al desaparecer las lesiones entre un 50% a un 80% de las pacientes, durante los dos primeros años.

b) Médico

Antes de iniciar el tratamiento para condiloma acuminado es necesaria una valoración minuciosa del tracto genital inferior, realizar citología vaginal obligatoria.

Si el condiloma presenta un aspecto atípico realizar biopsia de la lesión para descartar malignidad.

El tratamiento más comúnmente utilizado es la autoaplicación de podofilina el cual es un agente antimitótico, interfiriendo con la división celular y dañando los tejidos en los cuales las células se están reproduciendo imiquimod.

La podofilina es aplicada al 0.5% en las lesiones pero evitar la piel circundante, cada 12 horas, 3 días por semana, por un periodo mínimo de 6 semanas.

Se ha reportado que posterior al tratamiento con podofilina al 0.5% , remisión de las lesiones en un 45 a 88%, presentando una recurrencia del 60%.

Evitar el uso de podofilina internamente en cérvix, meato urinario, vagina y ano. De igual manera durante el embarazo.

c) Tratamiento Inmunológico

Los inmunomoduladores son efectivos al activar a los linfocitos CD3 y CD4 aumentando así la respuesta inmunológica.

El imiquimod es un inmunomodulador celular que actúa al inducir a las citocinas, suprimiendo la infección por VPH, de esta forma reduce la replicación en el sitio de aplicación.

Se recomienda usar imiquimod en crema al 5%, aplicación tópica en lesiones, tres veces por semana por 16 semanas.

El uso de imiquimod se ha asociado a una tasa de recurrencia baja.

d) Tratamiento quirúrgico

Exéresis quirúrgica de la lesión, con anestesia local o general.

Se recomienda para lesiones extensas, particularmente lesiones pediculadas.

La electrocirugía con asa diatérmica se recomienda para pacientes con condiloma acuminado genital, anal u oral, como aplicación única.

Vaporización con láser de lesiones, esta indicada en lesiones muy extensas tanto anales como genitales.

PRONÓSTICO

Los pacientes inmunocomprometidos pueden obtener una baja respuesta y una alta recurrencia.

El VPH es la causa primaria de lesiones displásicas en vulva, vagina y cérvix.

Las lesiones acuminadas se asocian a baja malignidad.

Después de un tratamiento exitoso, la recidiva de lesiones acuminadas pueden presentarse en uno de tres pacientes.

PROFILAXIS

Una vacuna eficaz que se dirige contra el VPH-6, -11, -16, y -18 podía reducir en gran medida la carga de las verrugas anogenitales y el cáncer anal en hombres.

La vacuna tetravalente, QHPV; (dirigida contra los PVH 6, 11, 16, 18) ha sido disponible para su uso en las mujeres (en los Estados Unidos) desde junio de 2006, la vacuna fue aprobada en noviembre de 2009 por los EE.UU. La FDA para su uso en varones de 16 a 26 años. La seroconversión es del 97,4% al mes después de aplicación de la vacuna. Después de 7 meses, una disminución gradual en HPV-6/11/16/18, y a los 36 meses, 88,9%. La vacuna fue casi del 100 por ciento de efectividad en la prevención de las lesiones precancerosas (CIN 2 y CIN 3).

La vacuna bivalente, contra los PVH 16 y 18. 97,9%. Está aprobada para niñas y mujeres de 10 a 25 años de edad, y se administra como una serie de tres vacunas (en los meses 0, 2, y 6).

DIAGRAMA DE FLUJO 1: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

