

Algunos aspectos epidemiológicos de los condilomas acuminados. Estudio de 307 casos

Some epidemiological aspects of the condylomata acuminatum: study of 307 cases

Dra. Telma M. Ferrá Torres ^I; Dra. Martha E. Amador Díaz ^{II}

^I Hospital Provincial Universitario Manuel Ascunce Domenech, Camagüey. Cuba.

^{II} Policlínico Docente Universitario Rosa La Bayamesa, Municipio Najasa.

RESUMEN

Fundamento: los condilomas anogenitales están entre las infecciones de transmisión sexual (ITS) más frecuentes y afectan hasta el 1, 7 % de la población general y hasta el 25 % de los pacientes VIH positivos. Su control es decisivo para mejorar la salud reproductiva de toda la población y representa uno de los grandes desafíos de la salud contemporánea.

Objetivo: determinar algunos aspectos epidemiológicos de las verrugas anogenitales, expresión clínica de la infección por este virus.

Método: se realizó un estudio multicéntrico, descriptivo y retrospectivo de 307 pacientes portadores de verrugas ano-genitales que acudieron a consulta externa de los policlínicos docentes universitarios de los municipios Najasa, Jimaguayú y del Hospital Universitario Manuel Ascunce Domenech desde el 1ro. de febrero de 2004 hasta el 31 de noviembre de 2007. Entre los aspectos epidemiológicos analizados, se consideraron los grupos de edades, el sexo, el estado civil, los hábitos sexuales según orientación y la conducta sexual, el examen de la pareja sexual y la asociación con otras enfermedades.

Resultados: el grupo de edad más afectado fue el de 20 a 24 años, así como el sexo masculino. Predominó el estado civil soltero, el grupo heterosexual y la

conducta sexual sin riesgo. Las dos terceras partes de los pacientes no presentaron ITS asociadas.

Conclusiones: la candidosis y la gaderellosis prevalecieron en las infecciones de transmisión sexual asociadas y representaron la mitad de los pacientes.

DeCS: Condiloma acuminado/epidemiología; infecciones por papiloma virus; heterosexualidad; conducta sexual; adulto; estudio multicéntrico

ABSTRACT

Background: The anogenital condylomata are among the most frequent sexually transmitted infections (STI) and they affect the 1, 7 % of the general population and even the 25% of the positive HIV patients. Its control is decisive to improve the reproductive health of the whole population and represents one of the great challenges of the contemporary health.

Objective: to determine some epidemiological aspects of the anogenital warts, clinical expression of the infection by this virus.

Method: a multicentric, descriptive and retrospective study was conducted to 307 patients carriers of anogenital warts that were presented to the external consultation at the university educational polyclinics from Najasa and Jimaguayú municipalities and at Manuel Ascunce Domenech University Hospital from February the 1st, 2004 to November 31st, 2007. Among the epidemiological aspects analyzed, age groups, sex, marital status, sexual habits according to orientation and sexual behavior, the sexual couple test and the association with other diseases were considered.

Results: the most affected age group was the one of 20 to 24 years, as well as the male sex. Single marital status, heterosexual group and sexual behavior without risk, predominated. The two thirds of the patients did not present associated STI.

Conclusions: The candidosis and the gaderellosis prevailed in the associated sexually transmitted infections and represented the half of patients.

DeCS: Condylomata acuminata/epidemiology; papilloma virus infections; heterosexuality; sexual behavior; adult; multicenter study

INTRODUCCIÓN

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) representan mundialmente un serio problema tanto en términos de salud como económicos y sociales. Su control es decisivo para mejorar la salud reproductiva de toda la población y representa uno de los grandes desafíos de la salud contemporánea.¹

Las ITS son un conjunto heterogéneo de enfermedades transmisibles cuyo elemento fundamental en común es el compartir la vida sexual como mecanismo de transmisión. La OMS calcula que anualmente aparecen más de 340 millones de nuevos pacientes con ITS curables.²

La infección genital por el papiloma virus humano (PVH) es la ITS más frecuente, se puede manifestar en forma clínica, subclínica y latente. La manifestación clínica habitual son los condilomas acuminados, las verrugas genitales, los papilomas venéreos, las verrugas venéreas o crestas de gallo. La infección subclínica es muy importante, porque al no ser aparentes las lesiones facilita el contagio y las lesiones sólo son visibles por colposcopia. Las infecciones latentes, sin evidencia clínica ni histológica, sólo es posible descubrirlas por métodos de detección del ADN.^{3, 4}

Los condilomas anogenitales están entre las ITS más frecuentes y afectan hasta el 1,7 % de la población general y hasta el 25 % de los pacientes VIH positivos. Los PVH son epiteliotróficos y tienen predilección por la piel y mucosas.⁵

Actualmente se conocen más de 100 tipos de PVH, cada uno muestra un tropismo particular por sitios anatómicos específicos, las infecciones en la piel, en las mucosas del tracto oral, respiratorio y ano-genital son los más comunes, se subclasifican según el material oncogénico en PVH de bajo y alto riesgo, otros autores añaden un riesgo intermedio.^{6, 7}

La International Agency for Research Cancer (IARC) de la Organización Mundial de Salud (OMS) clasifica a los PVH en «carcinogénicos» (tipo 16 y 18) «probablemente carcinogénicos» (otros excepto el 6 y 11). Los PVH 6 y 11 son los considerados de bajo riesgo y sus lesiones son casi siempre benignas o se asocian a grados discretos de displasia cervical, mientras que los PVH 16 y 18 y menos frecuente el 33, 35, 39, 45, 51, 52 y 56 son considerados de alto riesgo.⁴

Las formas clínicas son generalmente causadas por tipos de PVH de bajo riesgo oncogénico (PVH 6 y 11), los que provocan en el 90 % de los pacientes proliferaciones benignas, pero son un importante marcador para las infecciones por virus de alto riesgo. Se plantea que es alta la frecuencia de coinfección de infección clínica por PVH con formas asintomáticas o subclínicas.¹

Los condilomas acuminados pueden asociarse a PVH de alto riesgo oncogénico (multi-infección) y están asociadas en un 20 a un 30 % de los pacientes a lesiones cervicales o anales.^{8,9}

Las verrugas genitales se conocen desde tiempos remotos y su primera descripción se encuentra en los escritos de Celso. En 1800 fue usado por primera vez el término de condiloma (redondeado) acuminado (puntiagudo). Su causa se sugirió hace 80 años y fue confirmada en 1969.¹⁰

Los condilomas son propios de superficies como periné, región inguinal, prepucio, meato urinario, uretra, vulva, vagina y cuello uterino. Comienzan como una pápula rosácea o roja de pequeño tamaño que crece con una disposición filiforme que le da aspecto de coliflor. Cuando afectan la piel se manifiestan como masas exofíticas de diversos tamaños, hiperqueratósicas, blandas, papilares, pediculadas, blancas, sonrojadas o grisáceas. Cuando afectan las mucosas suelen ser lesiones hiperplásicas y carnosas de color rosa o blanco. En ocasiones pueden ser sésiles con múltiples proliferaciones finas y digitiformes y también se manifiestan por hemorragias, prurito, mal olor, exudación y malestar local.⁵

Histológicamente presentan coilocitosis en las capas superficiales. Hay acantosis circunscrita con proyecciones interpapilares, alongadas y mitosis cerca de la capa de células basales. Existen cuerpos acidófilos en el citoplasma y basófilos en el núcleo de las células epiteliales afectadas que son de inclusión del virus.⁴

El período de incubación varía entre uno y seis meses. La autocontaminación o la aloinoculación de verrugas digitales son posibles, aunque se sugieren otros como fómites iatrogénicos durante la exploración ginecológica y anal con instrumental mal esterilizado o artículos de aseo personal, como toallas húmedas usadas previamente por personas infectadas, baños compartidos, sauna, jacuzzys. En caso de toma del conducto vaginal, zona alta, es siempre sexual.⁹

Los PVH son muy resistentes a las condiciones ambientales (temperatura, nitrógeno líquido, agentes clorados, como el de las piscinas) y la contaminación se puede hacer por contacto por medio del agua, lencería. La transmisión del PVH por medio de la sangre, lactancia y saliva no está probada.¹¹

La transmisión madre-hijo de una madre portadora de PVH genital puede ocurrir ya sea en el útero, a través de la placenta o en el parto y también puede aparecer tarde en la infancia. En el lactante la infección oral a PVH del tipo 6 u 11 es responsable de la papilomatosis laríngea juvenil que puede comprometer la vida del paciente.^{9,11}

Múltiples modalidades terapéuticas para el condiloma acuminado reflejan que el principal problema de esta enfermedad es la incapacidad para curar la infección viral por ella misma. Un tratamiento eficaz permitirá reducir el tamaño de las

lesiones visibles pero nada prueba que pueda reducir el riesgo de transmisión. Todos los tratamientos tienen una tasa de fracaso de al menos un 30 % y tasas elevadas de recidivas.⁹

El condiloma acuminado es una ITS que puede ocasionar distress emocional al paciente por su tendencia a recidivar después del tratamiento, causar malignidad, ser transmitida a la pareja sexual y de la madre al niño. La infección por PVH se incrementa de una manera alarmante. La habilidad del virus para establecer una infección sub-clínica y su asociación con malignidad del tracto femenino inferior hace las estadísticas aún más preocupantes, esto nos motivó a realizar el presente estudio con el objetivo de determinar algunos aspectos epidemiológicos de las verrugas ano-genitales, expresión clínica de la infección por este virus.

MÉTODO

Se realizó un estudio multicéntrico descriptivo y retrospectivo constituido por 307 pacientes con el diagnóstico de verrugas anogenitales procedentes de las consultas externas de los policlínicos docentes universitarios de los municipios Najasa y Jimaguayú y del Hospital Universitario Manuel Ascunce Domenech, desde el 1ro. de febrero de 2004 hasta el 31 de noviembre de 2007. Se confeccionó una encuesta para la recolección de la información cuyas variables fueron: grupo de edades, sexo, estado civil, hábitos sexuales, según orientación y conducta sexual, examen de la pareja sexual y asociación con otras infecciones de transmisión sexual. La información obtenida fue procesada en una microcomputadora IBM compatible mediante el programa estadístico SPSS-10. Los resultados del estudio se expusieron en tablas.

RESULTADOS

Al analizar la muestra de estudio con relación a la distribución por sexo y grupos de edades se observó un franco predominio del sexo masculino (69, 7 %) con respecto al femenino (30, 3 %).

El grupo de edad de mayor incidencia fue el de 20 a 24 años con 119 pacientes (38, 7 %); 90 (29, 3 %) en el sexo masculino y 29 (9, 4 %) en el femenino, seguido por el grupo de 25 a 29 años con 39 pacientes (12, 7 %); con predominio del sexo masculino, mientras que en la mujer fue el de 15 a 19 años con 21 (9, 8 %). Tabla 1.

Tabla 1. Distribución de pacientes según grupos de edades y sexo

Grupo por Edades	Masculino	%	Femenino	%	Total	%
15 – 19	30	9,8	21	6,8	51	16,6
20 – 24	90	29,3	29	9,4	119	38,7
25 – 29	39	12,7	13	4,3	52	17,0
30 – 34	22	7,2	10	3,2	32	10,4
35 – 39	13	4,2	9	2,9	22	7,1
40 – 44	13	4,2	5	1,8	18	6,0
45 - +	7	2,2	6	2,0	13	4,2
Total	214	69,7	93	30,3	307	100,0

Fuente: Encuesta

El estado civil soltero fue el más afectado con 159 pacientes (51, 8 %). Tabla 2.

Tabla 2. Distribución de pacientes según estado civil

Estado Civil	No.	%
Soltero	159	51,8
Casado	104	33,9
Unión Consensual	44	14,3
Total	307	100

Fuente: Encuesta

De acuerdo con la orientación sexual se constató que predominó el grupo heterosexual, 267 pacientes (87, 0 %) y la conducta sexual sin riesgo con 203 (66, 1 %). Tabla 3.

Tabla 3. Distribución de pacientes según orientación y conducta sexual

Orientación Sexual	Conducta Sexual					
	Sin Riesgo		Con Riesgo		Total	
	N.	%	N.	%	N.	%
Heterosexual	198		69	22,5	267	87,0
H s H	5	64,51,6	22	7,2	27	8,8
MSM	-	-	1	0,3	1	0,3
Bisexuales	-	-	12	3,9	12	3,9
Total	203	66,1	104	33,9	307	100,0

Fuente: Encuesta

De las parejas sexuales fueron examinadas 261 (85 %) de las cuales 144 (55,1 %) no presentaron lesiones de condilomas acuminados. Tabla 4.

Tabla 4. Distribución de pacientes según examen de la pareja sexual

Examen de la pareja sexual	No.	%
Examinados	117	44,9
Positivo		
Negativo	144	55,1
Subtotal	261	85,1
No examinados	46	14,9
Total	307	100

Fuente: Encuesta

Del total de pacientes estudiados, 203 (66,1%) no tenían ITS asociadas. Se constató un predominio de la candididosis, 30 pacientes (9,7%), seguido por la infección por gardenella en 23 enfermos (7,5%) y por clamidia trachomatis en 21 (6,8%). Tabla 5

Tabla 5. Distribución de pacientes según infecciones de transmisión sexual

ITS	No.	%
Asociación	104	33,9
Candidiasis	30	9,8
Gardenellosis	23	7,5
Clamidiasis	21	6,8
Trichomoniasis	13	4,3
Herpe simple	11	3,6

Tabla 5a.

Tabla 5-a

Blenorragia	3	1,0
Hepatitis – B	2	0,6
Sífilis	1	0,3
VIH - SIDA	-	-
No asociación	203	66,1
Total	307	100

Fuente: Encuesta

DISCUSIÓN

Al analizar los grupos de edades se comprobó que el de mayor incidencia fue el de 20 a 24 años con 119 pacientes (38, 7 %) en ambos sexos, lo que coincide con lo señalado por Carvajal Balaguera, ⁵ seguido por el grupo de 25 a 29 años, 39 casos (12, 7 %) en el sexo masculino, mientras que en el femenino prevaleció en las edades de 15 a 19 años con 21 pacientes (6, 8 %).

En una investigación realizada en pacientes femeninas portadoras de verrugas ano-genitales encuentran que sólo un 2 % de éstas pertenecían al grupo de 20 a 24 años y constatan un predominio del grupo de 16 a 19 años con 57 %, seguido del de 12 a 15 años (41 %). Esto puede explicarse porque la constitución de la mucosa vaginal del tejido cervical de la mujer joven la hace más susceptible a las ITS. El riesgo de las jóvenes aumenta cuando tienen relaciones en la pubertad temprana.¹

En el municipio Camagüey se realizó un estudio de 500 adolescentes y se apreció que el 91,8 % iniciaron las relaciones sexuales entre los 12 y 16 años de edad con predominio en el sexo femenino (81 %) con una edad media de 13,5 años lo que pudiera explicar el mayor número de mujeres entre 15 y 19 años.

Los condilomas acuminados se observan en la tercera parte de las parejas de mujeres que presentan esta afección, sin embargo, en este trabajo se encontró que cerca de la mitad de éstas (44, 9 %) tenían manifestaciones clínicas de infección por PVH. Otros autores plantean que las 2/3 partes de las parejas sexuales de estos enfermos presentan verrugas ano-genitales al examen físico.^{4, 11}

El riesgo de infección después de un contacto sexual infectante es de 60 a 70 %, mayor en la mujer en relación con el hombre.¹¹

El estado civil soltero fue el de mayor incidencia esto puede atribuirse a que los enfermos están comprendidos en las edades de mayor actividad sexual y por lo tanto no mantienen en ocasiones una pareja única o estable.

Se comprobó que del total de pacientes analizados 203 (66, 1 %) presentaron una conducta sexual sin riesgo y con riesgo un 33, 9 %. En un estudio del polo turístico de Jibacoa sobre la aceptación del preservativo, se constató que el 78, 8 % de los pacientes no lo utilizaban como prevención de infecciones de transmisión sexual.

El sexo no protegido es un factor de riesgo en este estudio, la tercera parte de los pacientes tenían una conducta sexual con riesgo lo que no coincide con el antes mencionado.¹²

El mayor riesgo de infección por PVH se relaciona con el inicio temprano de las relaciones sexuales a lo largo de la vida, el cambio frecuente de compañero sexual o el contacto sexual con un varón de alto riesgo con historia sexual promiscua o frecuentes contactos con mujeres que ejercen la prostitución.⁴

En una investigación realizada en España se señala que el incremento de nuevos casos de ITS se constata sobre todo en el colectivo de homosexuales, así como en el de inmigrantes y de prostitutas.⁵

Con respecto a la asociación de los condilomas acuminados con las ITS se apreció que la tercera parte de los pacientes presentaban enfermedades asociadas, con predominio de la infección por *Candida Albicans* (9, 7 %) seguido de la *Gadnerella* (7, 5 %) y la infección por *Clamidia* (6, 8 %); éstas en su mayoría en el sexo

femenino. El pasado siglo es testigo de cambios importantes en el comportamiento sexual de los jóvenes, lo que favorece la asociación de varias ITS.

La asociación con la *Clamidia* fue de un 6,8 %, lo que no se corresponde con lo reportado por Del Río Ysla ¹², la que encontró una mayor incidencia de *Clamidia Tracomatis* (25,9 %) y *Gadnerella* (22,2 %). ²

En los Estados Unidos son diagnosticados entre cuatro y ocho millones de pacientes nuevos. Por otra parte otros autores plantean además que la clamidiosis puede producir endometritis mucopurulenta e infertilidad, debido a patología tubaria y por supuesto potencializar el efecto oncogénico del virus.

El impacto creciente que tienen las ITS en la salud de las mujeres y los niños y la conexión que existe entre este grupo de enfermedades y la prevención de la infección por el VIH, son dos elementos de gran importancia para que sean considerados un problema prioritario en nuestros tiempos. ¹

Las ITS facilitan la transmisión de una persona a otra del VIH. A la inversa, la infección por VIH puede favorecer la expresión de ciertas ITS (verrugas genitales y el herpes en particular). ⁹

En Estados Unidos las ITS se han convertido en una epidemia de notable magnitud, de hecho la clamidiosis y la gonorrea, dos ITS, son respectivamente la primera y segunda enfermedad de notificación obligatoria reportadas en este país. En los países en vías de desarrollo se producen alrededor del 90 % del total de todas las ITS que se reportan anualmente, dado que factores como el sobrecrecimiento de la población, con un predominio en la composición etárea de los individuos jóvenes, las migraciones de las áreas rurales a las urbanas, las guerras y la pobreza, conllevan a que exista una vulnerabilidad excepcional de los individuos a las enfermedades asociadas con las conductas sexuales de riesgo. ¹³

CONCLUSIONES

La proporción de pacientes del sexo masculino fue de más de las dos terceras partes en relación con el femenino.

El grupo de edad más afectado fue el de 20 a 24 años en ambos sexos.

El estado civil soltero, el grupo heterosexual y la conducta sexual sin riesgo fueron las de mayor incidencia.

Las dos terceras partes de los pacientes no presentaron ITS asociadas.

Prevaleció la candidosis y la gadnerellosis, las cuales representaron la mitad de los pacientes en las infecciones de transmisión sexual asociadas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Colectivo de autores. Infecciones de transmisión sexual. Pautas para su tratamiento. La Habana: MINSAP; 2004.
2. Cruz Hernández J, Yanes Quesada M, Isla Valdés A, Hernández García P, Turcios Tristipan SE. Anticoncepción en enfermedades de transmisión sexual. Rev Cubana Med Gen Integr 2007; 23 (2).
3. Baseman JG, Koutsky LA. The epidemiology of human papillomavirus Infections. J Clin Virol 2005; 32 Suppl 1: 16 -24.
4. Sociedad Española de Ginecología. La infección por papilomavirus España: SEGO [2003].
5. Carvajal Balaguera J, Martín García-Almenta M, Oliart Delgado de Torres S, Camuñas Segovia J, Peña Gamorra L, Gómez Maestro P, et al. Condiloma Acuminado gigante inguinal y perianal: cuadro clínico, diagnóstico y tratamiento. MAPFRE Med 2006; 17 (2): 144: 50.
6. Kresge KJ. Cervical Cancer Vaccines: Introduction of Vaccines that prevent cervical cancer and genital warts may fore-shadow implementation and acceptability issues for a future AIDS vaccine. /AV/ Rep [Serie en Internet]. 2005 [citado 12 de Julio del 2006]; 9 (5): [aprox. 9 p.] Disponible en <http://www.aegis.org/pubs/IAVI/2005/IAVI0511-01-EN.htm/>.
7. Cutié E. Infecciones de transmisión sexual. En: Rigol Ricardo O, y otros. Obstetricia y Ginecología. La Habana: Edit Ciencias Médicas; 2004.p.391-9.
8. Tirado Gómez LL, Moher Betancourt A, López Cervantes M, García Carrasé A, Franco Marina F, Borges G. Factores de riesgo de cáncer cérvico uterino invasor en mujeres mexicanas. Salud Pública Mex. [serie en Internet]. 2005 [citado 12 jul 2006]; 47 (5): [aprox. 21 p.]. Disponible en: http://www.insp.mx/salud/47/475_3.pdf.
9. Bouscarat F, Dupin N, Javier M, Drobacheff C, Milpied B, Vexiau-Robert D. Verrues genitales (condylomes) externas. Ann Dermatol Venereol 2006; 133 (8/9): 2536-8.
10. López Saavedra A, Lizano Soberón M. Cáncer cérvico uterino y el virus del papiloma humano: la historia que no termina [en Internet]. 2004 [citado 12 jul 2006]: [aprox. 9 p.] Disponible en: <http://www.cuantitlan.unam.mx/comunidad/uc2005/pdf-s/com> 25 feb.pdf.
11. Aubin F, Preted J, Mousin C, Rietmuller D. Infection a papillomavirus humains. Ann Dermatol Venereol 2007; 134: 94-9.
12. Bravo Hernández A, Marrero López A, Ruiz Varela L, Fundora Santana A. Aceptación del preservativo como prevención de infecciones de transmisión sexual

en el Polo Turístico de Jibacoa. Rev Ciencias Med de La Habana 2003; 9 (2) [citado 19 nov 2007]; [aprox. 5 p.]. Disponible en <http://www>

13. Ickowicz D, Roche N. Enfermedades de transmisión sexual. En: Ickowicz D, Roche N. Enfermedades de Transmisión Sexual. Costa Rica: Ed. CIMED; 2004. 1-3.

Recibido: 22 de enero de 2008

Aceptado: 28 de abril de 2008

Dra. Telma M. Ferrá Torres. Especialista de Segundo Grado en Dermatología. Profesora Consultante I.S.C.M-C. Hospital Provincial Universitario Manuel Ascunce Domenech, Camagüey. Cuba.