



11217 95  
3ej-

# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA  
División de Estudios de Postgrado  
Instituto Mexicano del Seguro Social  
Hospital de Ginecoobstetricia  
"Luis Castelazo Ayala"

UTILIDAD DEL TRATAMIENTO A LA PAREJA  
CON INFECCION POR CONDILOMA GENITAL

TESIS CON  
FOLIOS EN COPIA

## TESIS DE POSTGRADO

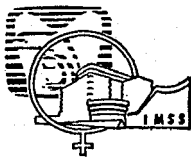
Que para obtener el Título de Especialista en  
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA  
p r e s e n t a

DR. RAMIRO PAULIN LARA

Tutor de Tesis:

Dr. José Luis González Sánchez

MEXICO, D. F. ABRIL DE 1992





Universidad Nacional  
Autónoma de México



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## INDICE

	Pág.
Introducción.....	1
Planteamiento General del Problema.....	4
Objetivos.....	5
Hipótesis.....	6
Material y Métodos.....	7
Resultados.....	9
Comentario.....	11
Resumen.....	13
Tablas y figuras.....	14
Bibliografía.....	26

## INTRODUCCION

La condilomatosis es una infección viral causada por el virus de la familia de los papovavirus, cada partícula viral tiene un diámetro de 55 nanómetros y es una estructura icosaédrica formada por 75 unidades básicas llamadas capsómeros, no hay membrana de envoltura de lípidos. Las estructuras virales tienen una proteína principal, la cápside con un peso molecular de 65 daltones. el cromosoma consta de una molécula de DNA circular de doble cadena cerrada de 5,2 millones de daltones (1).

A la fecha se conocen más de 70 subtipos de HPV, de los cuales solo 13 infectan la región genital. Con gran frecuencia las verrugas genitales son causadas por los tipos 6 y 11 y su prevalencia es del 2.1%. Los tipos 16 y 18 tienen una prevalencia del 3.5% y los tipos 31/33/35 tienen una prevalencia del 3.1%, estos últimos 5 subtipos de HPV suelen causar infección subclínica y también se les relaciona con cáncer cervical, vulvar, vaginal y displasia peniana (1,2,3).

La transmisión es de tipo sexual en un 60 a 66% de los casos con una tasa de contagiosidad del 65% (2).

La prevalencia en el varón es de un 40% sobre otras enfermedades de transmisión sexual (4). Se ha demostrado la presencia en orina, de HPV, por lo que puede estar presente en la eyaculación y por lo tanto puede ser transmitido durante la relación sexual (5). En mujeres compañeras sexuales de hombres con condilomatosis previa al inicio de las relaciones sexuales, se observó que estas desarrollaron la infección por HPV después de 12 meses de vida sexual monogama, el 36% presentó anomalías colposcópicas e histológicas compatibles con condiloma, y el 77% de estas mujeres tenía infección por HPV diagnosticada por hibridación siendo el subtipo más frecuentemente encontrado el 16 (6).

El comportamiento sexual se ha asociado como factor de riesgo para el desarrollo de cáncer cervical desde 1842, como son: el inicio de relaciones sexuales a edades tempranas y la vida sexual con múltiples parejas sexuales (6). Los tipos 16 y 18 se han encontrado en un 75% de los varones compañeros sexuales de mujeres con condiloma y el 87% de estos varones presentaron el mismo subtipo (7), los tipos 6 y 11 se asocian más comunmente con displasias leves y

condiloma laríngeo (2).

En otros estudios se ha reportado que los esposos de mujeres con HPV, el 66% tiene infección por condiloma y el 39% la desarrolla posteriormente (8). Otros reportan una tasa del 65, 88 y hasta el 100% de compañeros masculinos infectados (9,10,11,12).

En el hombre solo el 30% presentan lesiones de aspecto condilomatoso, la mayoría son lesiones subclínicas que se detectan solo con la aplicación de ácido acético. Recientemente se ha demostrado que las lesiones subclínicas en que se sospecha infección por condiloma con poca frecuencia contienen infección por condiloma, por métodos de hibridación (13).

La localización más común de las lesiones en el varón es de un 87% en el prepucio, cerca de la mitad en el frenillo o cerca de él, un 42% se localiza en el cuerpo del pene, el 20% en el glánde, el 11% en el meato, el 6% en la uretra y el 5% en el pubis (14).

En la mujer en 69% de las lesiones acóto blancas corresponden a infección por HPV. El diagnóstico se realiza principalmente en base a las características clínicas, colposcópicas y se confirma con la citología y la biopsia. La citología es superior a la biopsia debido a que las lesiones son multifocales y utilizando todos los criterios de diagnóstico alcanza una sensibilidad de hasta un 84%. Las características histológicas principales son la presencia de los collocitos y disqueratocitosis.

La técnica de hibridación permite identificar los subtipos de condilomas y la infección latente, que no es detectada por las lesiones histológicas (2).

En cuanto al tratamiento a la pareja existe poca información acerca de su utilidad (14). Los últimos estudios que se han realizado se ha demostrado que el tratamiento a la pareja con infección por condiloma genital disminuya la frecuencia de recidivas o persistencias, tanto para condiloma como para la displasia cervical (15, 16, 17).

Sin embargo, debido a que el varón es un importante reservorio para el HPV y por lo tanto este puede ser la causa de las persistencias, recidivas y reinfecciones en la mujer, por lo tanto es necesario que reciba algún tipo de tratamiento (18).

El varón alcanza una tasa de curación cuando se utilizan varios tratamientos, de hasta un 95% y los tratamientos que se utilizan más frecuencia son: Resección quirúrgica cuando son menos de 4 le---

siones menores de 10 mm., crioterapia en menos de 20 lesiones, podofilina en lesiones múltiples condilomatosas y se termina el tratamiento cuando hay regresión de las lesiones. En los casos en que hay lesiones múltiples queratinizadas es de gran utilidad el láser, en lesiones del meato se utiliza el 5 Fluoracilo y en lesiones condilomatosas el láser y como tratamiento complementario el preservativo (14). El 5 Fluoracilo en la condilomatosis recurrente se alcanza una respuesta de hasta un 70% en lesiones macroscópicas y en las lesiones subclínicas de hasta un 65% (19). Con el láser se erradicaban las lesiones hasta en un 82% y con la crioterapia hasta un 75% las lesiones del escroto son mejor tratadas con el 5 Fluoracilo (20)

En la mujer el 5 Fluoracilo aplicado en lesiones vaginales se obtiene una respuesta de hasta un 80% y en las lesiones vulvares de un 50 a 70% (2). Con la crioterapia y el Láser se ha reportado una curación de hasta un 64% (21). Con la podofilina se alcanza hasta un 87% a la semana de concluir el tratamiento y a los tres meses se observa una persistencia del 23% (22). Con la electrocoagulación se obtiene resultados de curación de hasta un 70% en comparación con un 82% del tratamiento con interferón (23).

PLANTEAMIENTO GENERAL DEL PROBLEMA

Debido a que existen pocos estudios que evalúan el tratamiento a la pareja sexual con infección por condiloma, aún es motivo de -- controversia si es de utilidad que reciba tratamiento el compañero sexual. Actualmente está demostrado que la infección por HPV es de -- transmisión sexual. ¿ El hombre es el causante de las fallas al --- tratamiento de la condilomatosis genital en la mujer ?.

( 5 )

**OBJETIVO**

**Conocer si es de utilidad tratar al compañero sexual, de mujeres con infección por condiloma genital, para disminuir las fallas al tratamiento de esta enfermedad.**



**HIPOTESIS ALTERNA**

Al recibir tratamiento el compañero sexual de mujeres con infección por condiloma se disminuyen las fallas al tratamiento de esta enfermedad.

**HIPOSTESIS NULA**

Al recibir tratamiento el compañero sexual de mujeres con infección por condiloma no disminuyen las fallas al tratamiento de esta enfermedad.

## MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio prospectivo, longitudinal, observacional y --- comparativo en la clinica de colposcopia del hospital de Gineco ---- Obstetricia "Luis Castelazo Ayala" IMSS. En el lapso comprendido del -- 22 de Agosto de 1985 al 3 de Abril de 1991, se captaron 328 mujeres --- con diagnóstico de condiloma con o sin neoplasia intraepitelial cer--- vical y 158 compañeros sexuales, que cumplieran los siguientes crite---- rios:

- 1.- Mujeres con diagnóstico histológico de condiloma genital.
- 2.- Compañeros sexuales de mujeres con condiloma genital.

Criterios de no inclusión:

- 1.- Embarazo.
- 2.- Mujeres bajo tratamiento inmunosupresor.
- 3.- Varones bajo tratamiento inmunosupresor.

Criterios de exclusión:

- 1.- Mujeres que no completaron su seguimiento citológico a un año.
- 2.- Mujeres que durante el transcurso del estudio recibieron trata --- miento fuera del hospital.

Se dividieron las pacientes en dos grupos de estudio, el primer -- grupo consistió en 158 mujeres diagnosticadas como condiloma con o sin neoplasia intraepitelial cervical mediante biopsia dirigida por ----- colposcopia recibiendo tratamiento a base de crioterapia 3'5'3' ácido tricloro acético al 85% una vez por semana en tres sesiones, en casos - de condiloma unicamente, cuando tenian patologia agregada ó condiloma - cervical mas NIC III se realizó histerectomía total abdominal y se es- cogieron al azar mujeres que solo tenian condiloma cervical para vige- lancia sin recibir ningún tratamiento. Los compañeros sexuales de estas 158 mujeres se realizó exploración de sus genitales tratando de loca- lizar lesiones sospechosas de condiloma mediante la aplicación de ---- ácido acético al 3% y se tomó biopsia de las lesiones así como cito--- logía intrauretral . Los que tenian menos de dos lesiones menores de 10 mm., se extirparon quirúrgicamente y se realizó hemostasia con elec- trofulguración, cuando tenian hasta 4 lesiones se extirparon con elec- trofulguración y crioterapia. En caso de lesiones condilomatosas en el cuerpo del pene se aplicó 5 Fluorouracilo (5-FU) durante 14 días por 7 dias de descanso y nuevamente aplicación por otra semana y a todos los varones con citología uretral positiva para condiloma se les indicó --

5-FU durante el mismo tiempo, que se suspendía si había intolerancia al medicamento.

En varones en que no se confirmó el diagnóstico ni presentarón --- lesiones aparentes se les indicó preservativo, el uso de preservativo - en forma combinada con otros tratamientos se le indicó a todos los --- pacientes.

El segundo grupo consistió en 170 mujeres con condiloma con o sin neoplasia intraepitelial cervical a las que se les indicó el mismo --- criterio de manejo que a las del primer grupo. El compañero sexual no - se cito ni recibió ningún tratamiento. Se realizaron controles citold- gicos colposcópicos cada 4 meses por un año a ambos grupos.

Se considero persistencia cuando el primer control citológico col- poscópico fue positivo para condiloma en los primeros 6 meses poste -- riores al tratamiento, recidiva cuando tenían el primer control nega-- tivo y el segundo control posterior a 6 meses fue positivo, y cuando - se encontró tres controles negativos a un año se consideró curación.

El método estadístico utilizando fue la prueba de  $X^2$  y la prueba - exacta de Fisher.

## RESULTADOS

El grupo de edad que predominó fue la cuarta década de la vida con 72(45.56%) de 158 mujeres del primer grupo de estudio y 61(38.88%) del segundo grupo de 170 mujeres (figura 1).

Se hizo diagnóstico únicamente de condiloma en 113(71.51%), NIC I y condiloma 4(2.53%), NIC II y condiloma 19(12.02%), NIC III y condiloma - 18(11.39%), microinvasor y condiloma 3(1.89%), Ca Cu y condiloma 1(0.66%) en el grupo de 158 mujeres en que recibió tratamiento el compañero sexual y para el segundo grupo de 170 mujeres en donde no fue tratado el compañero sexual el diagnóstico de condiloma se hizo en 101(59.41%), -- NIC I y condiloma 19(11.19%), NIC II y condiloma 25(14.70%), NIC III y - condiloma 25(14.70%), microinvasor, Ca Cu y condiloma ninguno. La diferencia entre los dos grupos fue significativa en condiloma, NIC I y - condiloma por la prueba de  $X^2$  y microinvasor y condiloma por la prueba exacta de Fisher ( $p < .05$ ). No fue significativa en NIC II, NIC III y - condiloma por la prueba de  $X^2$  y Ca Cu y condiloma por la prueba exacta de Fisher ( $p > .05$ ) (tabla I).

El tratamiento que más se utilizó fue: Crioterapia en 121(76.58%) - del primer grupo de estudio y 143(84.11%) del segundo grupo de mujeres la diferencia entre los dos grupos no fue significativa ( $p > .05$ , prueba de  $X^2$ ) (tabla II).

Los controles citológico-colposcópicos que fueron negativos a un año de seguimiento fueron, 88(55.56%) de 158 mujeres en que recibió --- tratamiento el varón y 84(49.42%) de 170 mujeres en que no recibió --- tratamiento el compañero sexual. La falla al tratamiento fue de 36(22.78%) de persistencias y de 34(21.66%) de recidivas para el primer grupo y 42(24.70%) de persistencias y 44(25.88%) de recidivas para el segundo grupo. No se observaron diferencias estadísticas entre los dos - grupos ( $p > .05$  por  $X^2$ ) (tabla III).

En los 158 compañeros sexuales que recibieron tratamiento la edad que predominó fue la cuarta década de la vida con 50(31.54%) (fig. 2).

El cuadro clínico consistió en prurito, exudado mal oliente y ardor en 51(32.27%), asintomáticos fueron 107(67.73%) (tabla IV).

De los 158 varones que recibieron tratamiento solo 134(84.81%) --- presentaron lesiones, de estos, a 69(51.49%) se les encontró solo una - lesión y a 41(30.59%) se les encontró varias lesiones en diferentes -- sitios(frenillo, surco, cuerpo del pene etc.). El total de las lesiones -

que se encontraron fueron 171 y de estas, 101 (60.82%) fueron subclínicas, que requirieron la aplicación de ácido acético y observación colposcópica para su detección y 67 (39.18%) fueron lesiones macroscópicas (tabla V ). La localización de las lesiones que se encontró con más frecuencia fue en el frenillo con 59 (34.50%) y en el surcobalanoprepucial con 48 (28.07%) (tabla VI). El color de las lesiones más comunmente encontrado fue el gris blanco con 94 (54.97%) (tabla VII).

A los 158 varones estudiados se les tomó biopsia a 107 (79.85%) y al cien por ciento de los varones se les tomó citología uretral (tabla VIII). Existió correlación entre la biopsia y la citología uretral en 31 (19.62%), para casos positivos para infección por condiloma y en 15 (9.49%), ambos estudios fueron negativos (tabla IX).

Solo 116 (73.41%) de los 158 varones presentaron lesiones asociadas a infección por condiloma, corroboradas por citología o biopsia.

El tratamiento indicado con mayor frecuencia a los 158 varones fue la extirpación quirúrgica, electrofulguración, 5-FU y preservativo a 41 (25.94%) (tabla X).

## COMENTARIO

En nuestros grupos de estudio se encontró que la edad promedio en esta entidad nosológica, en las mujeres fue la cuarta década de la vida en ambos grupos, que difiere de otros estudios en que se detecta generalmente en la tercera década de la vida(1).

En el diagnóstico de ambos grupos de estudio se encontraron diferencias significativas, donde se observó con más frecuencia condiloma cervical sin neoplasia intraepitelial en el grupo de parejas tratadas, en comparación con el otro grupo de estudio y cuando se asoció NIC I y condiloma, predominó más en el grupo de parejas no tratadas, esto probablemente a que en ocasiones es difícil diferenciar las lesiones histológicas causadas por el VPH y la neoplasia intraepitelial de bajo grado(2).

El tratamiento otorgado a ambos grupos de estudio fue homogéneo -- debido a que no existieron diferencias estadísticas significativas y -- el más utilizado fue la crioterapia y concuerda con el de otros estudios(15,17).

Algunos estudios sugieren que el diagnóstico y tratamiento del --- compañero sexual podría ser importante para disminuir la frecuencia de infección por condiloma y neoplasia intraepitelial cervical y así prevenir el cáncer cervical (4,24). Sin embargo en estudios previos no se ha encontrado diferencias estadísticas cuando recibe tratamiento el -- varón. En este estudio se encontró que no hay diferencia significativa en las fallas al tratamiento de la infección por condiloma, cuando recibe tratamiento el compañero sexual lo que concuerda con lo reportado por otros autores (15,16,17).

Las razones por las que no existan diferencias estadísticas en los resultados al tratamiento de la infección por condiloma cuando se trata a la pareja, tal vez se deba a que los tratamientos que se utilizaron no alcanzan más del 85% de curación de las lesiones(20). Por esta razón se han propuesto tratamientos con interferón IM o subcutáneo, con lo que se pretende erradicar todas las lesiones en su totalidad ya que con frecuencia las lesiones son multifocales(23).

Existen otros factores como la utilidad del diagnóstico mediante técnicas de hibridación que permite detectar los subtipos de HPV y con esta técnica se alcanza una sensibilidad de hasta un 92%, además detecta la infección por condiloma aún en su fase latente(25).

Otros factores que tal vez influyeron en la falla al tratamiento son; Inmunológicos, genéticos, y la virulencia del subtipo de HPV (17).

La edad que predominó en el varón fue la cuarta década de la vida que fue diferente a la encontrada en otros estudios que la sitúan en la tercera década de la vida (15,17).

La mayor frecuencia de pacientes asintomáticos concuerda con otros estudios (16). También se encontró mayor frecuencia de lesiones subclínicas que requirieron la aplicación de Ácido acético para su detección que concuerda con lo encontrado por otros autores que reportan del 53- al 75% de lesiones subclínicas (7,26). En cuanto a los resultados histológicos en que se encontró un 79.85% de biopsias positivas y un 61% de citologías positivas, semejante a lo encontrado por otros autores (7)

La frecuencia de varones infectados por condiloma fue del 73.41% -- también semejante a los reportado por otros estudios (10,12).

El tratamiento que se indicó fue extirpación quirúrgica, electrofulguración, 5-FU y preservativo igual a lo realizado por otros autores -- (11,20).

## RESUMEN

Se realizó un estudio prospectivo, longitudinal, observacional y comparativo en la clínica de colposcopia del hospital de Gineco--- Obstetricia "Luis Castelazo Ayala" IMSS. En el lapso comprendido del 22 de agosto de 1985 al 3 de abril de 1991, se capstaron 328 mujeres con diagnóstico de condiloma con o sin neoplasia intraepitelial --- cervical y 158 compañeros sexuales.

Se dividieron las pacientes en dos grupos de estudio, al primer grupo de 158 mujeres se les indicó tratamiento a base de crioterapia, ácido tricloro acético e hysterectomía total abdominal, a los -- 158 compañeros sexuales se les exploró y se les dio tratamiento a -- base de resección quirúrgica, electrofulguración, 5-FU y preservativo

Al segundo grupo de 170 mujeres con diagnóstico de condiloma -- con o sin neoplasia intraepitelial cervical, recibieron tratamiento, basandose en los mismos criterios que para las del primer grupo, sus compañeros sexuales no recibieron ningún tratamiento.

Los resultados a un año de seguimiento de las pacientes demostraron que no existieron diferencias significativas en los controles citológico-colposcópicos. A un año fueron negativos el 55.56%, -- persistencias fueron 22.78% y recidivas fueron 21.66% para el primer grupo de estudio. En el segundo grupo los controles negativos -- fueron 49.42%, persistencias 24.70% y recidivas 25.88%.

Se observó que no existió ninguna diferencia significativa por la prueba de  $X^2$  (p .05). Sugeriendo que el tratamiento al varón no mejora los resultados de las fallas al tratamiento de la infección por condiloma genital.



Figura 1. Comparación de los grupos de estudio de mujeres por edad

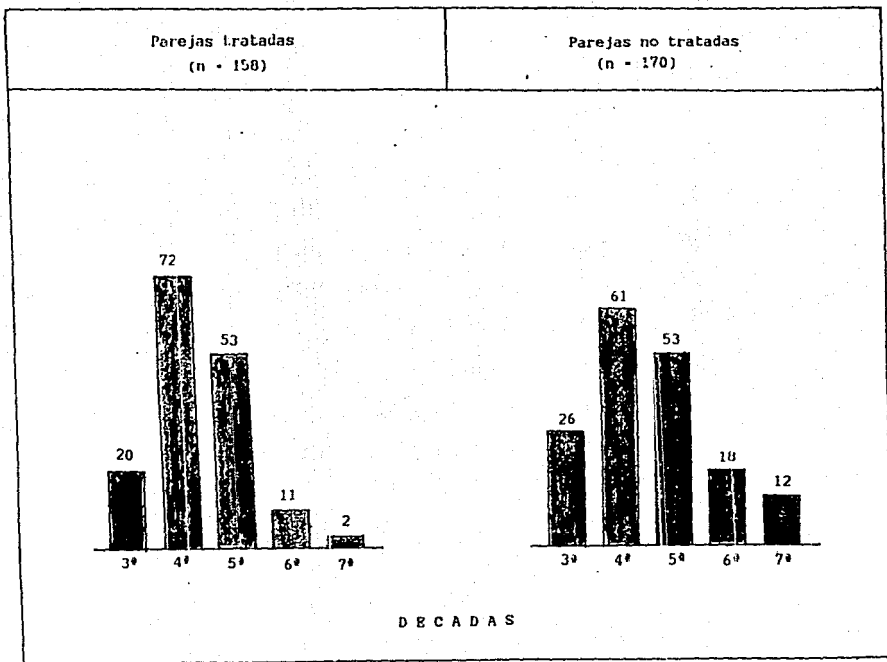


Tabla I. Comparación de los grupos de estudio de mujeres por diagnóstico

	Parejas tratadas (n = 158)		Parejas no tratadas (n = 170)		P
	Casos	%	Casos	%	
Condiloma	113	71.51	101	59.41	<.05*
Nic I y Condiloma	4	2.53	19	11.19	<.05*
Nic II y Condiloma	19	12.02	25	14.70	>.05 <sup>†</sup>
Nic III y Condiloma	16	11.39	25	14.70	>.05*
Microinvasor y Condiloma	3	1.89	0	0	<.05 <sup>†</sup>
Ca-Cu y Condiloma	1	0.66	0	0	>.05 <sup>†</sup>

\*Prueba de X<sup>2</sup>

†Prueba exacta de Fisher

Tabla II. Comparación de los grupos de estudio de mujeres por tratamiento.

	Parejas tratadas (n = 158)		Parejas no tratadas (n = 170)		P
	Casos	%	Casos	%	
Crioterapia	121	76.58	143	84.11	>.05*
Acido tricloro acético	13	8.22	9	5.29	>.05*
H.T.A.	21	13.29	13	7.64	>.05*
Vigilancia	3	1.91	5	2.96	>.05†

\* Prueba de  $\chi^2$   
† Prueba exacta de Fisher

Tabla III. Comparación de los resultados citológico- colposcópico de mujeres posteriores al tratamiento.

	Parejas tratadas (n = 158)		Parejas no tratadas (n = 170)		
	Casos	%	Casos	%	P
Curación	88	55.56	84	49.42	>.05*
Persistencias	36	22.78	42	24.70	>.05*
Recidivas	34	21.66	44	25.88	

\* Prueba de X<sup>2</sup>

Figura 2. Edad de 158 varones con infección por condiloma

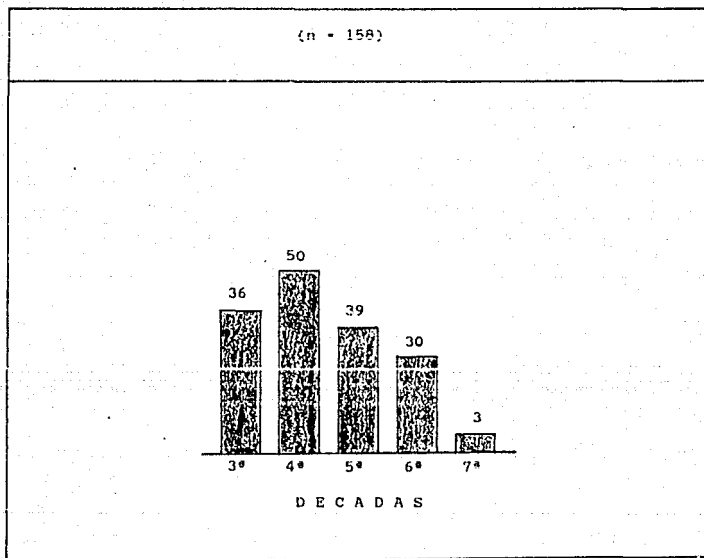


Tabla IV. Manifestaciones clínicas de los varones con infección por condiloma genital.

	Frecuencia	%
Asintomáticos	107	67.73
Sintomáticos*	51	32.27
Total	158	100.00

\*Prurito, exudado mal oliente, ardor.

Tabla V. Tipo de lesiones clínicas encontradas a 134 varones con lesión clínicamente aparente.

	Frecuencia	%
Lesión subclínica	101	60.82
Lesión macroscópica	67	39.18
Total	171	100

Tabla VI. Localización de las lesiones encontradas a varones con infección por condiloma genital.

Sitio	Frecuencia	%
Frenillo	59	34.50
Surco	48	28.07
Cuerpo	29	16.95
Escroto	26	15.20
Glánde	4	2.33
Meato	3	1.75
Perine	2	1.20
Total	171	100



Tabla VII. Color de las lesiones encontradas a los varones con infección por condiloma genital.

Color	Frecuencia	%
Gris blanco	94	54.97
Blanco brillante	59	34.50
Rosa	16	9.35
Gris	2	1.18
Total	171	100

Tabla VIII. Estudios realizados a 158 varones con infección por condiloma genital.

Estudio	Casos	%	(+)	%	(-)	%
Biopsia*	107	79.85	71	66.36	36	33.64
Citología de uretra	158	100	61	38.60	97	61.40

\* Numero de biopsias tomadas de 134 varones que presentaron lesiones

Tabla IX. Resultados citohistopatológicos a 158 varones con infección por condiloma genital.

Citología	Biopsia	Casos	%
(+)	(+)	31	19.62
(-)	(+)	44	27.84
(-)	(-)	15	9.49
(+)	(-)	17	10.75
(+)	*	24	15.18
(-)	*	27	17.12

\* No se tomó biopsia

Tabla X. Tratamiento a 158 varones con infección por condiloma genital

	Frecuencia	%
Extirpación, electrofulguración, 5-FU y preservativo	74	46.83
Extirpación, electrofulguración y preservativo	40	25.30
Preservativo	25	15.82
Preservativo y 5-FU	15	9.49
Crioterapia y preservativo	4	2.56
Total	158	100.00

## BIBLIOGRAFIA

1. - Komly CA, Breitburd F, Croissant O: The L2 open reading frame papillomavirus type 1a encodes a minor structural protein carrying type specific antigens. *J Virol* 1986; 60: 813.
2. - Krebs HB: Male genital lesions caused by human papillomavirus. *Clinical Obstetrics and Gynecology* 1989; 32: 1.
3. - Nieminen P, Soares VRX, Msc. Aho M, Vestraim F, Savia E, Vaheri A, Paavonen J: Cervical human papillomavirus deoxyribonucleic acid and evaluations in gynecologic outpatients. *Am J Obstet Gynecol* 1991; 164: 1265.
4. - Bistoletti P, Lindbrink P: Sexually transmitted diseases including genital papillomavirus in male sexual partners women treated for cervical intraepithelial neoplasia III by conization. *Br J Obstet Gynecol* 1988; 95: 611.
5. - Melchers WJ, Schiff R, Stlotz E, Lineman J, Quint WC: Human papillomavirus in urine samples from male patients by polymerase reaction. *J Clin Microbiol* 1989; 27: 1711.
6. - Campton MJ, Singer A, Clarkson PK, McCance DJ: Increased risk of cervical neoplasia in consorts of men with penile condylomata. *Lancet* 1985; 27: 943.
7. - Scheneider A, Krichmayr R, De Villers EM, Gissman L: Subclinical human papillomavirus infections in male sexual partners of female carriers. *J Urol* 1988; 140: 1431.
8. - Foulques H, Caubel P, Mendelbrat L, Blondon J, Lefrano JP: Male genital lesions caused by papillomavirus. Results and reflections apropos of 256 examinations. *Rev Fr Gynecol Obstet* 1990; 85: 56.
9. - Levine RV, Crum CP, Herman: Cervical papillomavirus infection and intraepithelial neoplasia: a study of male sexual partners. *Obstet Gynecol* 1984; 64: 16.
10. - Krebs HB, Scheneider V: Human papillomavirus-associated lesions of penis: colposcopy, and histology. *Obstet Gynecol* 1987; 70: 299.
11. - Boon ME, Scheneider A, Hogewoning CJA: Penile studies heterosexual partners. Peniscopy, cytology, histology and immunochemistry. *Cancer* 1988; 61: 1652.
12. - Sedlacek TV, Cunnano M, Carpieniello V: Colposcopy in the diagnosis of penile condylomata. *Am J Obstet Gynecol* 1986; 154: 494.

- 13.- Frenczy A, Ralph RM, Wriqth CT: Pearly papules: Absence of human papillomavirus DNA by polymerase Chain reaction. *Obstet Gynecol* 1991;78:118.
- 14.- Krebs HB: Management of papillomavirus asociated a genital lesions in men. *Obstet Gynecol* 1989;73:312.
- 15.- Krebs HB, Helmkamp F: Does treatment of genital condylomata in men decrease the treatment failure rate of cervical dysplasia in the female sexual partner? *Obstet Gynecol* 1990;76:660.
- 16.- González SJL, Villalobos RM, RODRIGEZ DSJ, Jimenez CA: Factor masculino en la incidencia y persistencia de condiloma de cérvix y neoplasia intraepitelial cervical. *Ginec Obstet Méx* 1991;59:335.
- 17.- Krebs HB, Helmkamp F: treatment failure of genital condylomata acuminata in women: Role of male sexual partner. *Am J Obstet Gynecol* 1991;165:337.
- 18.- Kennedy I, Bunthia DW, O'Connor D, Frazer IH: Human papillomavirus a study of male sexual partners. *Med J Aust* 1988;19:309.
- 19.- Roseberg SK: Sexual transmitted papillomavirus infections: V Prophylactic use of topical 5 Fluorouracil in refractory infection in the male. *Urology* 1989;34:86.
- 20.- Roseberg SK: Sexual transmitted papillomavirus infections: III -- Management of male partner. *Urology* 1988;31:375.
- 21.- Ylioskoski M, Saariokoski S, Syränen K: Cryotherapy and CO2 laser vaporization in the treatment of cervical and vaginal papillomavirus infections. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1989;68:618
- 22.- Matiti I, Haye KR: Self Treatment of condilomata with podophyllin resin. *Practitioner* 1985;229:37.
- 23.- Benedetti P, Scambia G, Baiocchi G, Perrone L, Pintus C, Mancuso S: Randomized Clinical trial comparing systemic interferon with diathermocoagulation in primary multiple and widespread anogenital condylomata. *Obstet Gynecol* 1989;74:393.
- 24.- Ostrow RS, Faras AJ: The molecular biology of human papillomavirus and the pathogenesis of genital papillomas and neoplasms. *Cancer Metastasis Rev*. 1987;6:383.
- 25.- Schoneider A, Sawada E, Gissman L, Shah K: Human papillomaviruses in women with a history of abnormal papanicolaou smears and their male partners. *Obstet Gynecol* 1987;64:554.
- 26.- Viladmos Fuster JM, Leira Juanos J: Human papillomavirus in the male. *Actas Urol Esp*. 1989;13:343.