

11226

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES



TESIS

CONDILOMAS ACUMINADOS

PRESENTAN:

Dr. Angel Diosdado Vargas
Dr. Isaac G. Pico Magaña

**RESIDENTES DE SEGUNDO AÑO EN LA ESPECIALIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR**

GENERACION 78 - 80

SALTILLO, COAH., MEXICO 1979.





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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 esta 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.

I. - GENERALIDADES. -

Desde hace mucho tiempo se ha descrito en la literatura Médica la verruga genital. En la década de 1970 estamos observando una frecuencia creciente de condiloma acuminado, junto con otras infecciones transmitidas sexualmente como gonorrea, herpes tricomonas, hemophilus. En contraste con las verrugas comunes, los condilomas pueden volverse malignos (aunque es raro), y hay cierto número de observaciones clínicas sobre transición maligna del tumor.

Se acepta, en general, que el agente causal del condiloma acuminado es el papilomavirus humano, miembro del grupo de papovavirus. El papovavirus humano es el único virus conocido que produce tumores en el hombre. Rowson y Mahy revisaron ampliamente los conocimientos relacionados con este grupo de papovavirus en 1967. Papovavirus es el nombre de grupo adoptado para los pequeños virus oncógenos que contienen DNA, resistentes al éter de estructura similar según el microscopio electrónico. Inicialmente incluían el papilomavirus del hombre (virus de la verruga común), el papilomavirus del conejo (papilomavirus de Shope), el polimavirus del ratón, el virus vacuolante del mono (virus de simio 40 a SV 40). Hoy incluye unos cuantos virus más, como el virus K del ratón, el virus vacuolante del riñón de conejo, y los virus que provocan papilomas en bovinos, cerdos, perros, caballos, monos cabras y gamuza. Tienen diámetro variable entre 40 y 55 milimicras, los virus productores del papiloma son los que tienen mayor diámetro (52-55 milimicras) ya que contienen más DNA y un número mayor de capsómeros que se proyectan. Todos tienen volumen similar, con las capsómeros dispuestas en simetría cúbica, existen a veces en forma filamentosas, y se duplican en el núcleo de célula.

las infectadas.

El virus de la verruga humana provoca diferentes tipos clínicos o morfológicos de trastornos, pero todos tienen las mismas características patológicas básicas. Donde la piel es húmeda y blanda, como en los genitales externos y regiones perianales, las verrugas adoptan aspecto de masas fungosas con invasión bacteriana secundaria que causa ulceración. Las verrugas de este tipo exuberante, que no son córneas, se llaman condilomas acuminados, o verrugas venéreas.

No pueden demostrarse partículas virales ni cuerpos de inclusión en todas las verrugas; una diferencia entre la verruga vulgar (verruga común de la piel) y el condiloma acuminado, según el microscopio electrónico, es el mayor número de partículas de virus en la primera.

La transmisión de estos virus tiene lugar en diversas formas, incluyendo las experimentales; los datos acerca de transmisión venérea del condiloma acuminado han sido revisados por Powel. Ni experimental ni clínicamente todas las exposiciones o inoculaciones logran la producción de verrugas. No se han aclarado los factores del huésped a los cuales corresponde el fracaso, pero parecen guardar relación con la dosis de agente infectante, lo reciente de la lesión (las lesiones frescas son más infecciosas que las viejas), y factores inmunes del receptor.

Los intentos de hacer crecer o cultivar los virus han sido desalentadores. Sin embargo, diversos investigadores han comprobado que se necesitan de 10 a la 7 a 10 a la 8 partículas intactas de virus, para obtener el crecimiento de virus de verrugas, como de papilomavirus de Shope, en cultivo de tejido.

Cuando se mide el ritmo de reinclusión de PNA de papiloma marcado con I 125 en presencia de condiloma total, los preparados con

DNA no descubren DNA viral, aunque puede aislarse DNA circular de las mismas dimensiones que tiene en el papiloma a partir del tejido de condiloma. En forma similar, no se han podido descubrir secuencias de DNA de papilomavirus humano en el condiloma acuminado anal o genital.

Cada colonia de virus tiene su propio ciclo reproductor y de réplica. Se ha obtenido IGM específica del virus de verruga acuminada. También se ha descrito en las verrugas inmunidad de tipo celular. Utilizando las pruebas de inhibición de migración de leucocitos, se demostró la existencia de inmunidad de tipo celular. La frecuencia de verrugas aumenta en pacientes con inmunidad celular disminuida.

Nel y Fourie comprobaron que la histogénesis de las verrugas resulta de la transformación de células epiteliales en células neoplásicas, que proliferan para formar un solo clono celular. Por lo tanto, una verruga es producto de la multiplicación de una sola célula transformada. En la capa granulosa de las verrugas la maduración y la multiplicación sigue en los núcleos celulares, según puede comprobarse con el microscopio electrónico. El hecho de que no se produzca una autoinmunización eficaz para rechazo puede depender de que los antígenos virales están aislados por varias capas celulares que los separan de los "linfocitos con memoria" circulantes.

Sin embargo, Friedman y Fialkow, utilizando deshidrogenasa de 6-fosfato de glucosa en hembras heterocigóticas han comprobado que los condilomas acuminados tienen origen multicelular. El número inicial de células que después de la infección viral se desarrollaron formando un condiloma se calculó que era de aproximadamente 4,400. Murray y colaboradores señalaron fenotipos enzimáticos únicos en seis verrugas comunes. Si se admite que los papovavirus de la verruga común y de la verruga acuminada son-

iguales, el descubrimiento de que los tumores de la verruga común tienen un origen unicelular, mientras que los condilomas acuminados tienen un origen multicelular, sugiere que condiciones ambientales locales pueden afectar las facultades que tenga el virus para difundirse, o el volumen del inóculo inicial en relación con la tumorigénesis.

El Linfoma de Burkitt es una enfermedad viral producida por un solo clono de células malignas que se desarrollan después que muchas células están infectadas por el virus, pero sólo una de ellas da origen al clono maligno por virtud de uno o más acontecimientos adicionales.

Los carcinomas de célula plana a veces nacen de condilomas acuminados. Si estos crecimientos malignos también se observara que tuvieran origen unicelular, se confirmaría el modo diverso de la tumorigénesis en etapas múltiples.

Seski y colaboradores, en su estudio sobre inmunidad celular en 16 mujeres con condilomas acuminados recidivantes, comprobaron que las respuestas de transformación de linfocitos para estas mujeres eran mucho menores que para controles antefitohemaglutina P, con canavalina A y mitógeno de fitolaca. Esto parecería indicar que tanto los linfocitos T como B tienen *in vitro* respuestas de transformación subnormales. No se observaron diferencias importantes con antígenos de *Candida* y estreptocinasa-estreptodornasa. Enfermedades inmunosupresoras, infecciones recurrentes y neoplasias intrahepáticas de vías genitales eran más frecuentes, en el grupo de mujeres con condilomas acuminados. Esto parece confirmar clínicamente la depresión observada de su inmunidad celular observada *in vitro*. Los condilomas acuminados rebeldes pueden ser reflejo de un estado fundamental de inmunosupresión.

Biberstein señaló que el 75 por 100 de sus pacientes curaron, o por lo menos vieron desaparecer casi todas sus verrugas, después de utili-

zar una vacuna autógena preparada con verrugas comunes o condilomas acuminados. Unas pocas pacientes que no respondieron con su propia vacuna mejoraron con vacuna preparada de verrugascutáneas o condilomas de otra enferma. Sin embargo, la eficacia de la vacuna puede no depender del desarrollo de inmunidad específica para el papovavirus humano, ya que también se obtienen buenos resultados terapéuticos inyectando una vacuna preparada de verrugas bovinas, leche o solución salina isotónica. No se han publicado ensayos doble ciego con el uso de la vacuna, de manera que resulta difícil estimar el valor de este tratamiento. Sin embargo, la inyección de diversas sustancias, incluyendo vacuna de verruga, parece haber logrado una proporción de curaciones mayor de la que cabría esperar en ausencia completa de tratamiento. Rowson y Mahy han preguntado, igual que otros autores, si los resultados obtenidos con vacunoterapia dependían de psicoterapia o, en parte, de estimulación física inespecífica de la resistencia tisular. En muchos tumores de origen viral no puede demostrarse el antígeno viral, pero tales neoplasias suelen contener un nuevo antígeno tumoral específico para el virus correspondiente. El mecanismo inmunológico que interviene en el rechazo del tumor parece depender de anticuerpos humorales, sino estar mediado por células. Cabría pensar que las células de verrugas humanas contendrían un nuevo antígeno tumoral y desencadenarían una reacción inmunológica en su huésped.

El principal obstáculo para estudiar la formación y distribución de anticuerpos contra virus de verruga en el hombre ha resultado muy difícil por lo complicado de preparar un antígeno adecuado. Rowson y Mahy señalaron que Maderna descubrió anticuerpos fijadores del complemento para condiloma en la mitad de una serie de 45 pacientes, pero señaló reacción negativa en 32 pacientes con otras enfermedades de la piel. Los mismos hechos-

observaron Almeida y Maderna utilizando un extracto salino de tejido verrugoso; comprobaron que las dos terceras partes de las pacientes con condilomas acuminados tenían cutirreacciones positivas, y no se produjo reacción en 38- controles.

Se ha comprobado por fluorescencia que el antígeno del virus existe en la región nuclear de la célula, en la capa granulosa, y en la porción más baja de la capa cornificada. En cortes de tumores teñidos con anaranjado de acridina los núcleos de la capa superior y de la capa córnea muestran fluorescencia amarilla característica del DNA viral. El virus es filtrable y contiene DNA de doble tira, de peso molecular 5.3×10^6 . Los cuerpos de inclusión basófilos guardan estrecha relación con el desarrollo del virus de verrugas en el condiloma acuminado. El virus casi siempre está en el núcleo, si se observa en el citoplasma, es en presencia de rotura de la membrana nuclear. Estudios efectuados con microscopio electrónico han demostrado que el virus de la verruga humana tiene una cápside de superficie de 420 unidades estructurales, 72 capsómeros y un núcleo de proteína. El DNA probablemente esté acumulado en alguna forma entre el núcleo de proteína y la cubierta externa.

Como en la especie humana el papovavirus guarda relación con el desarrollo de tumores benignos, hay que pensar en su posible relación con el desarrollo de malignidad. Sabemos que el papilomavirus de Shope provoca papilomas benignos en conejos y con el paso del tiempo, generalmente más de seis meses, algunos de estos papilomas benignos se vuelven carcinomas de células escamosas francamente invasoras. Esto ocurre en el 25 %, aproximadamente, de los animales inyectados con el virus. Sin embargo, no pueden recuperarse virus de las lesiones cancerosas, mientras que sí puede obtenerse de

los papilomas benignos en el mismo animal. Es bien conocido que hasta el 16 % de los cánceres vulvares coinciden o van precedidos de condiloma de vulva.

En la epidermoplastia verrugosa de Lewandowsky y Lutz, distro fía familiar rara, tiene lugar la desaparición sin explicación conocida de defensas inmunológicas. Muchas pacientes con estas verrugas, que contienen virus, desarrollan cánceres cutáneos. Las queratosis solares, las lesiones de la enfermedad de Bowen, o los carcinomas de células escamosas, aparecen en zonas expuestas a la luz solar. Probablemente la lesión solar sea el factor principal que provoque cáncer maligno, pero el virus de verrugas puede ser factor contribuyente.

Se ha registrado la transformación maligna de verrugas genitales con frecuencia suficiente para que se considere una complicación posible. Se ha observado en varios casos de condiloma acuminado afectando región anal, clitoris, vulva, pene, escroto.

También se ha señalado en las verrugas anales carcinoma in situ. Boxer y Skinner, en 1977, publicaron una revisión de la literatura durante los últimos 50 años, y señalaron 53 casos de cáncer asociado con condiloma, y 12 casos de tumor de Buschke Lowenstein asociado con cáncer (uno de vulva, los demás de pene).

Los carcinomas que se han desarrollado en verrugas acuminados son básicamente diferentes de los condilomas gigantes de Buschke-Lowenstein. La duración de la verruga antes de la comprobación histológica de malignidad es relativamente breve. En una serie numerosa de lesiones de pene la duración media de los síntomas en pacientes con los llamados condilomas malignos fue de siete meses y medio, pero fue de 39 meses para pacientes con tumores de Buschke-Lowenstein. De todas maneras, se obtuvieron historia de -

condilomas de vieja fecha en los cánceres que se desarrollaban en el perineo, fuera del pene.

En casi todos los casos de cáncer en los cuales se buscó con microscopio electrónico el estado del borde de la lesión, no se descubrieron partículas virales como las descritas para el condiloma acuminado. Aunque no es concluyente, esta ausencia de partículas de tipo viral corresponde bien a los datos observados en el modelo animal, en el cual el desarrollo de proceso maligno se asocia con la desaparición del virus en los tejidos, sobre todo en casos de transformación carcinomatosa del papiloma de Shope del conejo. Aunque no se han demostrado relación de causa a efecto, puede llegarse a la conclusión de que existe relación entre condiloma acuminado y carcinoma de las vías genitales, sobre todo en las lesiones en pene.

No se han observado partículas virales en las lesiones malignas. La mayor parte de estudios histológicos no muestran zonas de transformación desde el condiloma acuminado benigno hacia el carcinoma. Es interesante el hecho de que otros virus del DNA, el tipo dos de herpes simple, se ha relacionado con otro cáncer genital, el del cuello. El papilomavirus que provoca cáncer humano no reúne los postulados de Koch. La teoría según la cual la irritación y la inflamación crónicas son causa de la transformación maligna, sería igualmente válida para la etiología del cáncer en pacientes con condilomas acuminados.

En 1925 Buschke y Lowenstein publicaron su primera descripción de un tumor raro, un condiloma acuminado con aspecto carcinomatoso, que se distinguía de los condilomas corrientes por su penetración profunda en tejidos vecinos y por la ausencia de verdaderas metástasis carcinomatosas. Este tumor, relativamente raro, era bastante similar al condiloma acuminado corrien

te, pero casi siempre de mayor volumen (de aquí el término "gigante") y no mejoraba con podofilino. De manera análoga, no respondía a la extirpación local, la fulguración, el 5-fluorouracilo, la bleomicina, las radiaciones y las autovacunas.

Microscópicamente hay en estos casos una proliferación ordenada de elementos epiteliales y conectivos, pero las papilas son más alargadas, y puede haber mucha proliferación de la capa de células espinosas, en la cual puede observarse mitosis. Se observan signos similares en la capa basal. En ocasiones hay formación de perlas, y el crecimiento en profundidad de la capa de células espinosas puede ser mayor que su crecimiento en superficie. De todas maneras, la disposición ordenada de la capa epitelial se conserva, la membrana basal está intacta y persiste la polaridad. No hay infiltración de tejido vecino, pero puede haber destrucción tisular a consecuencia de la expansión. De ordinario se observa junto a la lesión infiltración inflamatoria de células plasmáticas y linfocitos, lo cual puede ser causa de fibrosis.

La mayor parte de casos han sido observados en varones pero se han descrito unos cuantos en mujeres. En un caso, el condiloma gigante asociado con hipercalcemia sugiere que podía funcionar como tejido paraendocrino. La mayor parte de los casos publicados afectaban pene y zona anorrectal, pero también se ha observado la participación de uretra, vejiga, recto y vulva.

En contraste con la neoplasia de una verruga acuminada el condiloma gigante de Buschke y Lowenstein es maligno desde el primer momento. Manifiesta una progresión lenta, pero inexorable característica de una malignidad ligera. Se considera lesión maligna de grado baja por sí misma, por lo tanto, requiere rápida extirpación para lograr la curación.

Se han publicado varios casos de coincidencia de carcinoma

de célula escamosa. Se han observado metástasis a ganglios linfáticos. Nadie ha podido demostrar la etiología viral de este tipo especial de tumor. Sin embargo, Bruns y colaboradores han sugerido que el tumor de Buschke-Lowenstein podía representar una fase intermedia de la carcinogénesis viral, estableciendo la relación entre un condiloma totalmente benigno y un carcinoma epidermoide anaplásico. Schmauz y colaboradores comparten este punto de vista en su informe publicado de cuatro casos.

Muchos autores consideran que, si el nombre de la lesión se cambiara por el de carcinoma verrugoso, resultaría menos equívoco y más adecuado.

Esperar y proceder a una extirpación local inadecuada sólo aumenta la disección que resultara necesaria, de manera que, última instancia, esto incrementa la morbilidad. Hay que tener presente que la distinción terapéutica entre tumor de Buschke-Lowenstein y condiloma acuminado corriente es el fracaso total de los métodos usuales de tratamiento de este último.

En la mujer el condiloma comienza como un pequeño crecimiento verrugoso de vulva o genitales. Suele acompañarse de prurito y exudación vaginal si al mismo tiempo hay vaginitis. No siempre se obtiene el antecedente de un compañero sexual que tenga verrugas genitales, o las haya sufrido. Como el período de incubación es mucho (alrededor de 3 meses) el paciente quizá no pueda recordar estos datos, o no sepa si su compañero sexual sufrió tales trastornos. Pronto aparecen en la vecindad pequeñas siembras, que se desarrollan, crecen, y proliferan, afectando la zona vecina y empezando a establecer coalescencia. En zonas húmedas los crecimientos tienden a ser muy intensos. Exudación, infección secundaria y hemorragia son frecuentes. Si no se tratan las verrugas siguen creciendo durante semanas o meses.

Los condilomas raramente crecen fuera de las zonas genitales.

En ocasiones crecen en la región pubiana, pero es rara la afección en la piel de abdomen y muslos. Las verrugas periana les pueden ser extensas y difundirse penetrando en ano y recto en muchos casos, pero no aparecen sobre las zonas gláteas.

En la mujer es frecuente la difusión hacia la horquilla y parte baja de la vagina, inmediatamente por dentro del anillo del himen. La participación de la vagina alta y del cuello es menos frecuente. Los crecimientos pueden afectar la uretra en ambos sexos, y se han observado lesiones en la vejiga. Se han descrito lesiones en la boca. Se han observado papilomas laríngeos más frecuentemente en lactantes nacidos de madres con condilomas acuminados. También se han descrito lesiones de niños tan jóvenes como de 14 meses. Casi siempre hay el antecedente de condiloma acuminado en un adulto de la familia.

Los procesos que se sabe aumentan el crecimiento y la proliferación de los condilomas, y que interfieren con la respuesta al tratamiento, son vaginitis, presencia de prepucio poca higiene personal, embarazo, píldoras de control anticoncepcional y estados de inmunidad alterada (congénitos o adquiridos).

En el caso típico, el crecimiento verrugoso de papilas hiperplásicas suele hacer muy fácil el diagnóstico macroscópico. Ya hemos hecho referencia a la confusión que provoca la similitud del aspecto macroscópico del condiloma gigante de Buschke-Lowenstein con el carcinoma verrugoso.

Recientemente Lupulescu y colaboradores publicaron cinco casos de enfermedad de Bowen en pacientes jóvenes, confirmados por microscopio de luz y microscopio electrónico. Los cinco se diagnosticaron clínicamente de condiloma acuminado. En una comunicación posterior, Pinkus y colaboradores afirmaban que existe un brote de lesiones que clínicamente son condilomas -

acuminados pero histológicamente tienen todas las características del carcinoma disqueratótico *in situ*, generalmente identificado con el nombre de Bowen. Los cinco casos eran de gente joven, no los individuos de edad más avanzada que suelen presentar dermatosis de Bowen. Por lo tanto, la biopsia debiera efectuarse más frecuentemente en casos considerados de condiloma acuminado por examen macroscópico. La hipoplasia dérmica focal (síndrome de Boltz), carácter dominante heredado, raramente puede producir angiofibromas alrededor de ano y vulva y macroscópicamente parecerse mucho a los condilomas acuminados.

Las características diagnósticas son papilomatosis, alargamientos y engrosamiento de los clavos, acantosis, paraqueratosis, y vacuolización citoplásmica. Los cortes, estudiados con microscopio electrónico, pueden mostrar partículas virales en la mitad, aproximadamente, de los casos, aunque en número menor que el observado en las verrugas cutáneas comunes (verrugas vulgaris). La duración de la verruga parece ser importante para la demostración de partículas de virus, pues la concentración mayor se descubre en verrugas de seis a 12 meses de edad.

Los datos citológicos en pacientes con condiloma acuminado fueron descritos primeramente por Papanicolau en 1960, y detallados por Powell. Meisels y Fortin, en un amplio estudio de su material, han afirmado que pudieron identificar 50 casos de condiloma al mes por criterios citológicos (una frecuencia de aproximadamente 1 por 100). Comprobaron cierto número de lesiones que originalmente se clasificaron de displasia ligera pero resultaron ser lesiones condilomatosas. Citan dos cambios característicos: acúmulos aislados o pequeños de células que muestran cambios disqueratóticos con núcleos densos pequeños, y la célula esférica, célula intermedia -

grande muchas veces con dos ó más núcleos hipercromáticos y ligeramente irregulares. También hay un halo perinuclear con citoplasma denso periféricamente. Siempre que vieron tales células aparecieron lesiones condilomatosas en plazo de dos ó tres semanas después del diagnóstico citológico. Consideran que a estas lesiones les corresponderían las "displasias" que involucionan espontáneamente, o que no corresponden a nuestro concepto del desarrollo de carcinoma *in situ* o de la neoplasia invasora del cuello. Desde que apareció el primer artículo de Meisels y colaboradores, han señalado que observaron lesiones condilomatosas en el 2 por 100 de la población estudiada, y que estas lesiones existían en edades más jóvenes que la displasia o el carcinoma *in situ* del cuello. Su opinión es que el cuello inmaduro es más susceptible para el virus que el cuello más maduro, y puede ser la primera etapa de progresión a displasia y carcinoma.

Puroola y Savia han utilizado los mismos criterios y han comprobado que la mayor parte de pacientes con condilomas vulvares también tenían condilomas identificados citológicamente en células de vagina y cuello. Han llegado a la conclusión que el virus puede afectar el epitelio vaginal y cervical incluso en ausencia de lesiones condilomatosas papilares, que no se observan ni macroscópicamente ni colposcópicamente.

El podofilino puede aplicarse localmente (podofilino al 25 por 100 en tintura de benjuí). Los efectos bien conocidos del podofilino estriban en provocar actividad mitótica en la capa de células espinosas de la lesión y, al mismo tiempo, interrumpir las mitosis. Además, el podofilino provoca hinchazón celular y aumento de la picnosis nuclear que, al aumentarla actividad mitótica, puede hacer difícil la diferenciación entre lesiones condilomatosas tratadas con podofilino y carcinoma.

El ácido tricloroacético, tocando directamente la lesión con un pequeño aplicador, suele ser muy eficaz.

Es importante tratar las lesiones con intervalos semanales, hasta que ya no exista ninguno.

QUIMIOTERAPIA

Estos productos parecen ser particularmente eficaces para condilomas intrauretrales y de vejiga, donde no pueden emplearse agentes cáusticos. Se han empleado metotrexato, tiotepa, bleomicina y 5-fluorouracilo (5-FU) generalmente con buenos resultados. La mayor parte de informes recientes parecen favorecer la pomada de 5-FU.

Dretler y Klein han señalado 19 curaciones en 20 casos de condilomas intrauretrales empleando la crema de 5-FU. No tuvieron estenosis ni señal ninguna de absorción general que pudiera manifestarse por los recuentos sanguíneos. 5-FU bloquea la reacción de metilación del ácido desoxirribidílico al pasar a ser ácido timidílico. El efecto estriba en crear una deficiencia tímica y, por lo tanto, interfiere con el ácido desoxirribonucleico, y en menor grado, con la síntesis del ácido ribonucleico. Otros cinco investigadores sobre tratamiento de lesiones intrauretrales con crema 5-FU han comprobado 44 curaciones en 51 casos.

Las pequeñas lesiones suelen resolverse con fulguración para condilomas mayores o recurrentes al tratamiento de elección es la extirpación, la fulguración o la electrodesecación.

Se ha empleado la criocirugía, que resulta particularmente eficaz en las lesiones pequeñas porque puede utilizarse sin anestesia si las lesiones se elevan separándolas de la piel subyacente. Los rayos láser en unos pocos casos de pequeñas lesiones recurrentes, pero casi siempre

se ha necesitado anestesia. La ventaja del láser es que pueden tratarse lesiones pequeñas sin destruir tejido normal, "pues el haz del láser se puede controlar muy bien empleando un sistema de lentes de aumento.

Vuori y colaboradores indican una proporción de curaciones del 66 por 100 con electrocoagulación. Las recidivas después de transcurridos tres meses del primer tratamiento se consideraron fracaso de la terapéutica.

Se ha empleado con buen resultado la resección transuretral en lesiones uretrales y vesicales.

La vulvectomía debe reservarse para tratar pacientes con enfermedad vulvar concomitante, por ejemplo carcinoma in situ o cáncer in vador de la vulva, o para el condiloma gigante de Buschke y Lowenstein.

Desde la publicación de Powell y colaboradores sobre el empleo, con buenos resultados, de autovacuna en 24 casos resistentes, se ha renovado el interés por el tratamiento inmunológico. Ya señalamos anteriormente la labor de Biberstein con la vacunoterapia.

Abcarian y Sharon son los únicos autores que han señalado la existencia de un grupo de pacientes tratados primariamente con vacuna (45 casos). Estos eran casos de verrugas anorrectales, y la proporción de curaciones fue ligeramente menor que en las lesiones recurrentes. Quizá el motivo de que la vacuna parezca menos eficaz en casos recientes no tratados es que la concentración de partículas verrugosas es máxima cuando las verrugas tienen 6 a 12 meses de edad.

II. - JUSTIFICACION. -

Se elabora el presente estudio sobre Condilomas Acuminados, debido principalmente al incremento en la última década del padecimiento, el cual se ha detectado en la consulta externa del Servicio de Dermatología de la Clínica Hospital T I Número 2 del Instituto Mexicano del Seguro Social en la ciudad de Saltillo, Coahuila.

Padecimiento que está incluido dentro de las dermatosis de origen viral y ha llegado a ocupar el segundo lugar por grupos de dermatosis y ocupa el décimo lugar dentro de las diez primeras dermatosis del Servicio de Dermatología en la Clínica Hospital T I Número 2 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Por lo que consideramos conveniente estudiar adecuadamente este padecimiento dermatológico.

Dermatosis, la cual ha pesar del tiempo y su conocimiento clínico, continúa siendo frecuente en la consulta externa.

En nuestro medio no se han realizado trabajos al respecto, por lo que consideramos importante la elaboración del presente estudio con un fin práctico, para una mejor comprensión diagnóstica y terapéutica, así como también el poder reunir el mayor número de datos de interés médico que nos faciliten el estudio del padecimiento.

III. - OBJETIVOS.

1. - Conocer la prevalencia de Condilomas Acuminados en -
la Clínica Hospital T I Número 2, en Saltillo, Coah.
2. - Conocimiento del nivel socio económico más afectado.
3. - Identificación de la dermatosis por :
 - a) Edad
 - b) Sexo
 - c) Escolaridad
 - d) Ocupación
 - e) Estado Civil
 - f) Topografía
 - g) Padecimientos Concomitantes
 - h) Padecimientos Predisponentes
 - i) Recidivas
4. - Evaluar los resultados con los tratamientos insti -
tuidos.
5. - Especificar el papel del Médico Familiar, ante el -
padecimiento dermatológico.

IV. - MATERIAL Y METODOS.

Se tomó como base el diario médico, perteneciente al Dr. -
JAIIME MANCILLAS E., Dermatólogo de la unidad.

En el cual se encuentran recopilados los datos generales de los pacientes que son vistos por primera vez en el servicio de Dermatología, - así como también la Tesis elaborada por el Dr. FRANCISCO LOZANO, en el año de 1978, de la cual se tomaron los datos estadísticos de las diez principales - dermatosis, en el servicio de consulta externa de dermatología.

Se revisaron 1983 casos, comprendidos en el periodo de Ju -
nio de 1977 a Junio de 1979, encontrándose 56 casos con el DX de condilomas -
acuminados.

Se incluyeron 46 pacientes en el presente estudio de los -
cuales 29 son del sexo masculino y 17 del sexo femenino.

Se realizaron sesiones personales con cada uno de los pa -
cientes con el propósito de obtener la mayor cantidad de datos de interés -
médico.

El tratamiento médico se efectuó en el consultorio, al ser -
aplicada la podofilina en forma local, en las lesiones dérmicas (condilomas),
posteriormente se aplicó pasta inerte, dándose indicaciones al paciente de -
realizar lavado directo con agua y cubrir nuevamente con pasta inerte.

Se citó al paciente en un lapso de 6 a 8 días, para valorar
la evolución y en caso de ser necesario se aplicó la podofilina en la forma -
descrita anteriormente, siguiendo la evolución terapéutica hasta desaparecer -
las lesiones y dar de alta al paciente.

En ningún caso se dió receta al paciente, para que él -

hiciera la aplicación del medicamento, siendo este aplicado por el personal médico únicamente.

A continuación se describen los hallazgos de interés, encontrados en el presente trabajo.

GRAFICA NUMERO UNO.

Del presente estudio se obtuvieron los resultados siguientes:

La distribución de los pacientes que se estudiaron de acuerdo a su sexo es :

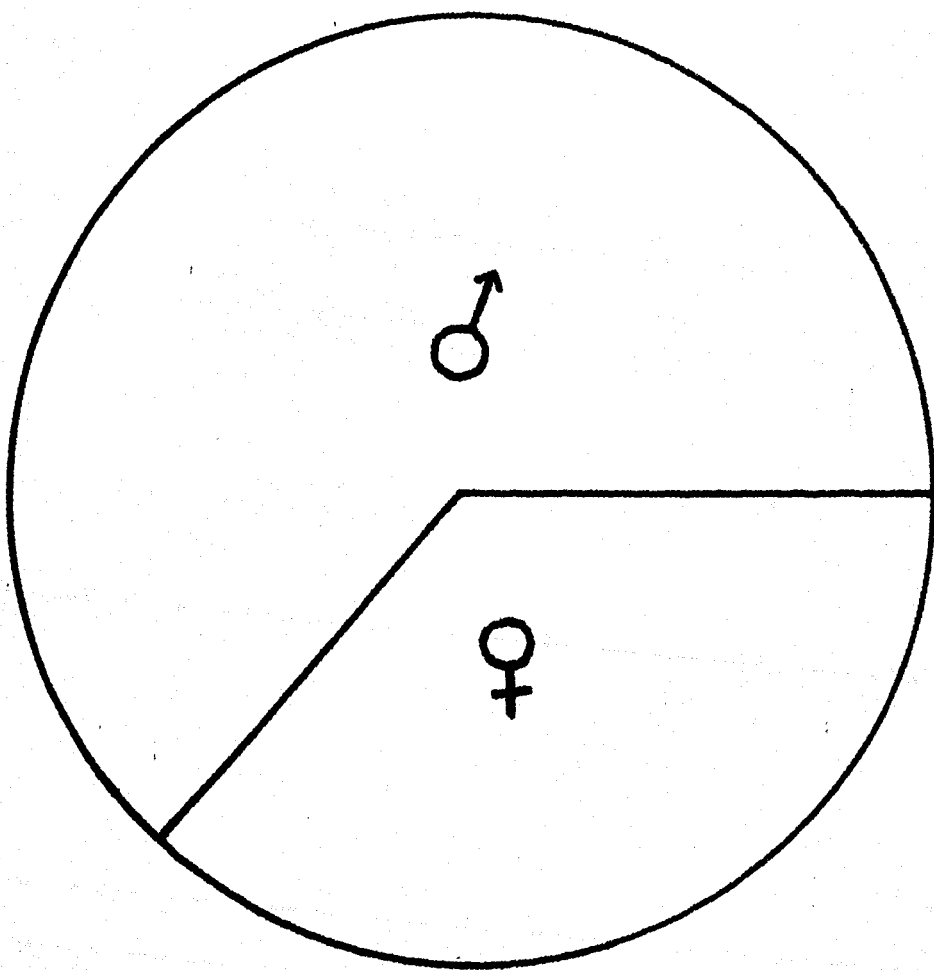
HOMBRES	63.04 %
MUJERES.....	37.96 %

Del total de los pacientes que fueron estudiados correspondieron al sexo femenino un total de 17 pacientes lo que estadísticamente representa a un porcentaje de 37.96 %.

Y para el sexo masculino fue un total de 29 pacientes lo que representa un porcentaje de 63.04 %.

El total de pacientes estudiados fueron un grupo formado por 46 pacientes para formar el 100 %.

GRAFICA NUMERO 1.
DISTRIBUCION POR SEXOS.



GRAFICA NUMERO DOSPOR GRUPOS DE EDADES

Para la elaboración de esta gráfica se tomó para fines prácticos un intervalo de clase de 10.

Así se obtuvieron un total de 7 grupos, enumerados en orden progresivo del grupo de edades más bajo al grupo de edades más altas.

<u>GRUPO</u>	<u>EDAD</u>	<u>PACIENTES</u>
I	0 a 9 años	2
II	10 a 19 años	11
III	20 a 29 años	24
IV	30 a 39 años	5
V	40 a 49 años	2
VI	50 a 59 años	1
VII	60 a 69 años	1
TOTAL		46

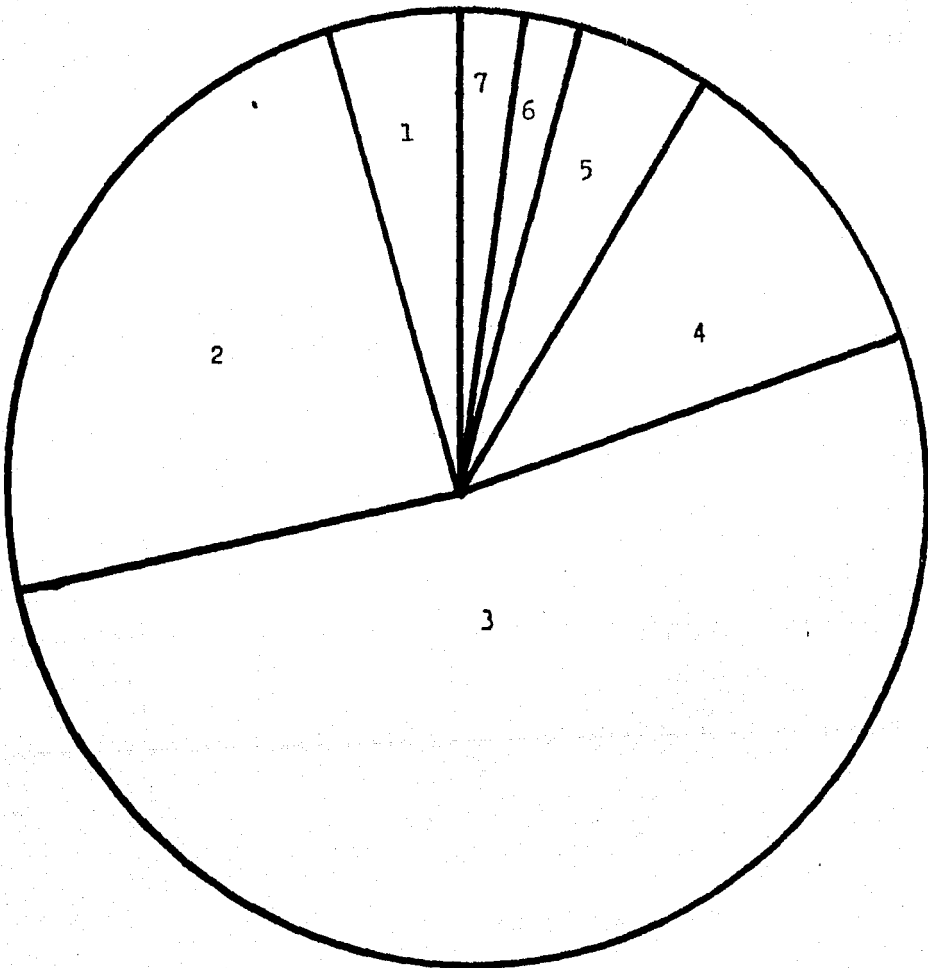
De acuerdo con la tabla anterior se observa claramente que el grupo más afectado es el que se encuentra formado por pacientes que se encuentran en la tercera década de la vida con un total de 24 casos los que estadísticamente representan un 52.17 %, seguidos por el grupo de pacientes que se encuentran en la segunda década de la vida con un porcentaje de 32.91 % con 11 pacientes.

El tercer lugar de pacientes afectados le correspondió a los pacientes de la cuarta década de la vida con un total de 5 casos, lo que representa un 16.86 %.

Con una casuística igual se encontraron los grupos formados por pacientes en la primera y quinta década de la vida con dos casos, que estadísticamente corresponden a un 4.3 %.

Finalmente, se encuentran los grupos de edades VI y VII que se encuentran integrados por pacientes de la sexta y séptima décadas de la vida con un caso reportado y una representación estadística de 2.17 % del total de pacientes estudiados.

GRAFICA NUMERO 2.
GRUPOS DE EDADES.



GRAFICA NUMERO TRES.GRADO DE ESCOLARIDAD. -

La población con estudios exclusivamente de educación primaria representó un 63.08 % con un total de 29 pacientes.

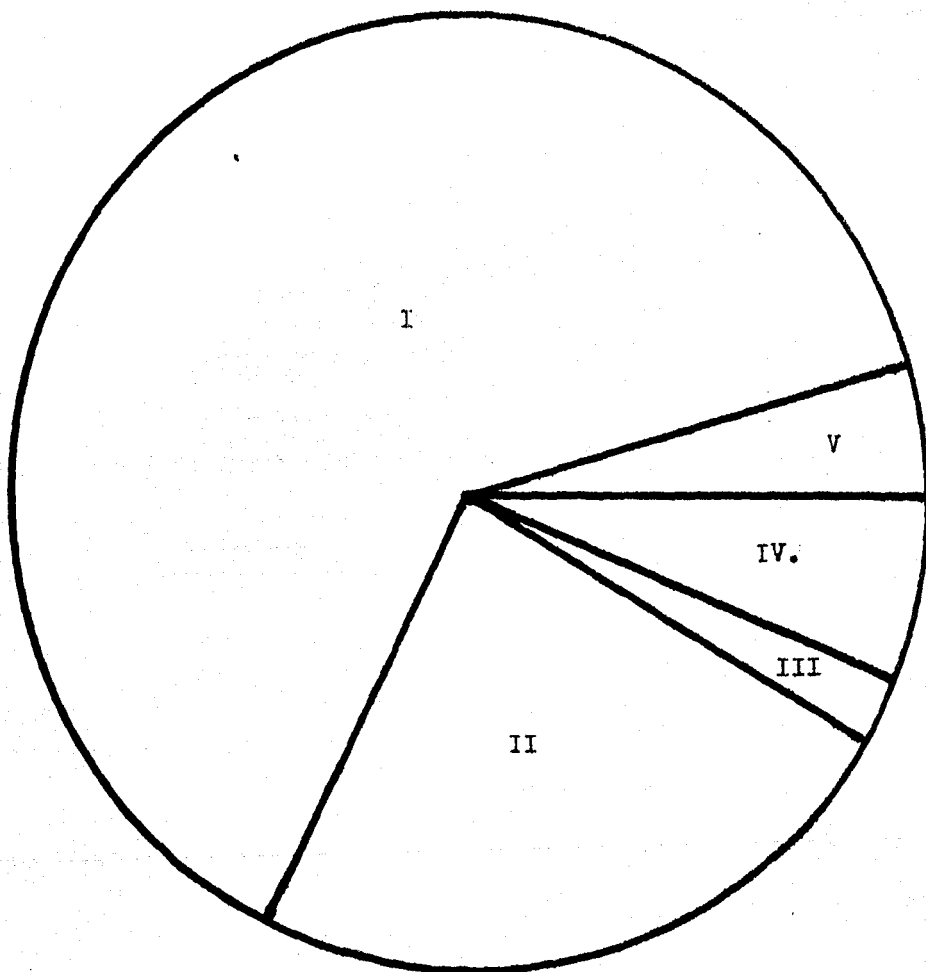
El segundo grupo formado con pacientes con estudios de secundaria estuvo integrado por 11 pacientes lo que representó en la gráfica un 23.91 %.

El tercer grupo afectado en frecuencia correspondió al integrado por profesionistas con un total de tres casos para tener una representación gráfica de un 6.52 %.

El grupo integrado por 2 pacientes los cuales no tenían escolaridad, estuvo integrado por dos pacientes en edad pre-escolar lo que tiene una representación estadística en la gráfica del 4.3 %.

Y en el último lugar en frecuencia se encontró un estudiante de bachillerato lo que estadísticamente se encuentra representado por el 2.17 %.

GRAFICA NUMERO 3
GRADO DE ESCOLARIDAD.



I..... PRIMARIA
III.. BACHILLERATO.
V.... SIN ESCOLARIDAD.

II... SECUNDARIA.
IV... PROFESIONAL.

GRAFICA NUMERO CUATRO.O C U P A C I O N

Del total de los derechohabientes estudiados fue dividido - en 5 grupos, siendo el mayormente afectado en frecuencia el formado por los obreros con una frecuencia de 20 casos para tener una representación estadística del 43.47 %.

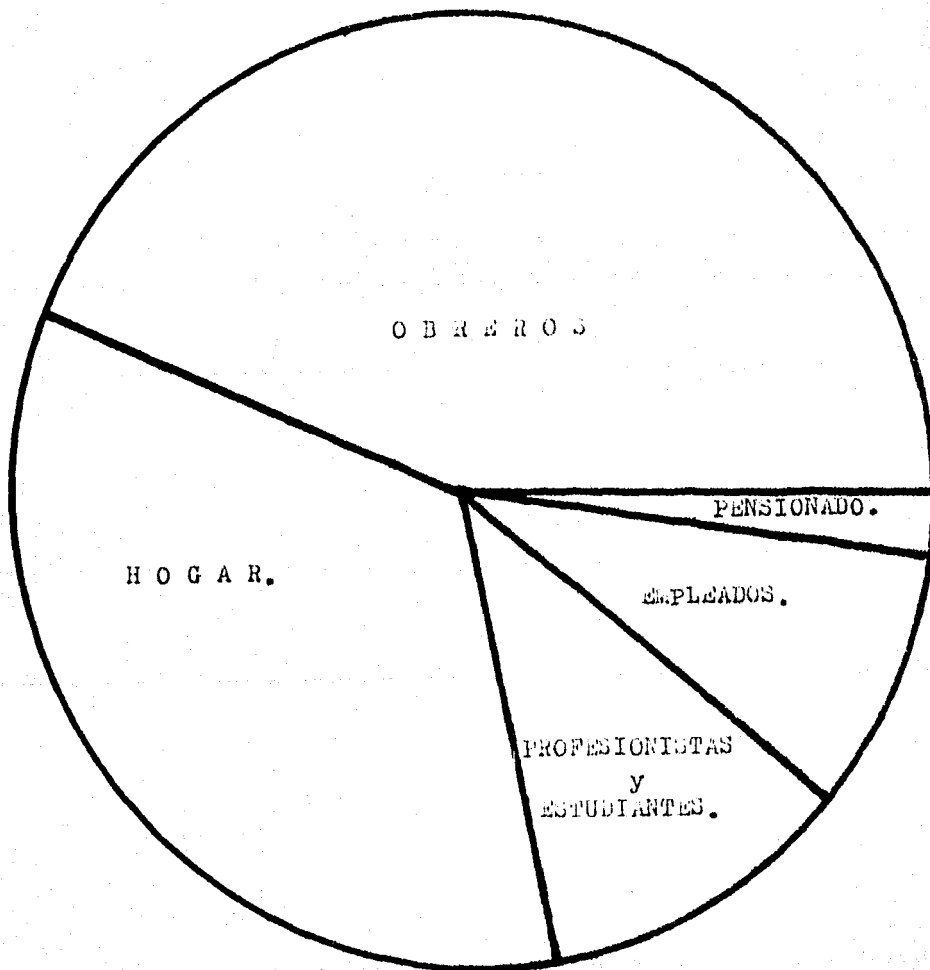
El segundo grupo de pacientes estudiados fue formado por pacientes dedicados a labores propias del hogar con 16 casos para representar - un 34.78 %.

El grupo de pacientes integrados por estudiantes se presento en dos casos los cuales sumados a la población integrada por profesionistas suman un total de 5 casos lo que tiene una representación estadística de 16.86 %.

El grupo de pacientes que se integró por empleados presentó una frecuencia de 4 casos, los que tienen una representación estadística de - 8.69 %.

El último grupo se encuentra formado por pacientes pensionados de los cuales solo uno fue captado, para tener una representación estadística de 2.17 %.

GRAFICA NUMERO 4
OCUPACION.



GRUPO NUMERO CINCOLOCALIZACION ANATOMICA

Se encontraron tres situaciones anatómicas diferentes en los 46 pacientes estudiados. Y en tres pacientes se encontró más de una localización anatómica afectada.

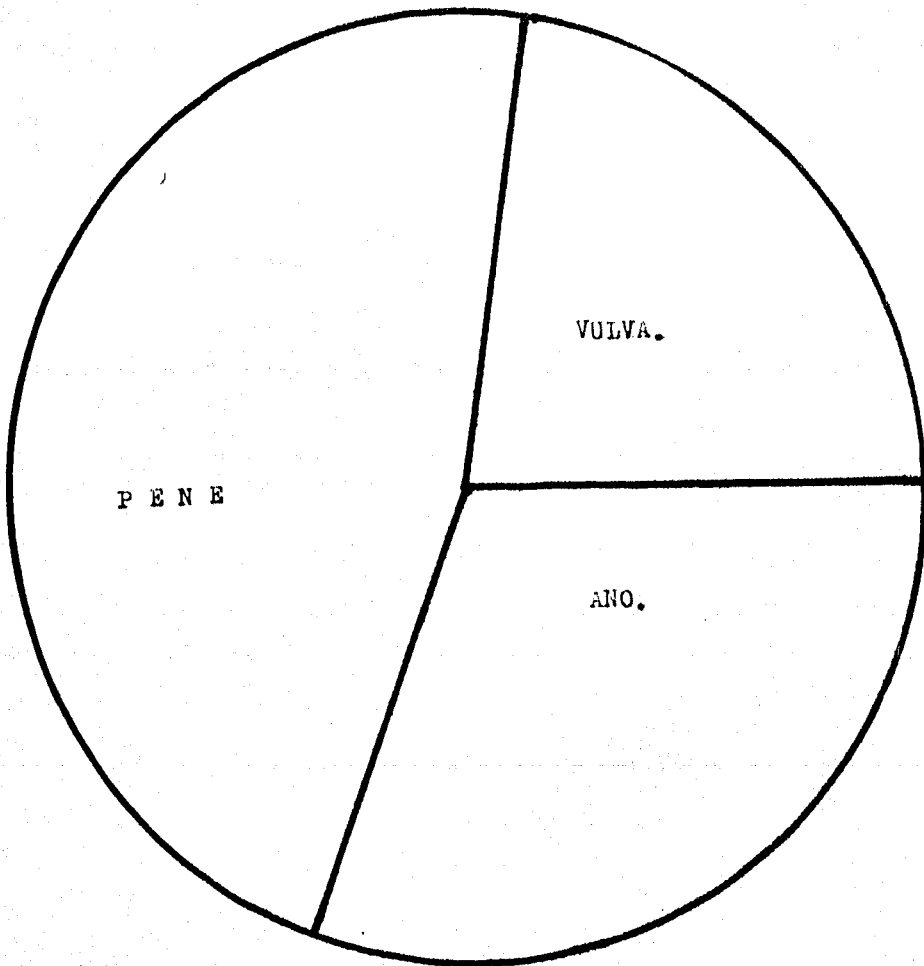
La región peneana fue la que se encontró con mayor afectación, pues se reportaron 23 casos lo que representa un porcentaje de 46.93%.

La segunda región mayormente afectada fue la perianal, la que representó un total de 15 casos para tener una representación estadística de 30.44%.

La región afectada con menor frecuencia fue la región vulvar con una frecuencia de 11 casos, lo que representa el 22.44%.

Esta última localización representa el 64.70% de la frecuencia en la mujer.

GRAFICA NUMERO 5.
LOCALIZACION ANATOMICA.



GRÁFICA NUMERO SEIS.

ESTADO CIVIL.

La frecuencia mayor se encontró entre la población formada por pacientes con estado civil de casados, con una frecuencia de 27 casos, lo que representa un porcentaje de 58.69 %.

Y la población soltera representada por 19 casos representa un porcentaje de 41.30%.

GRÁFICA NUMERO SIETE.

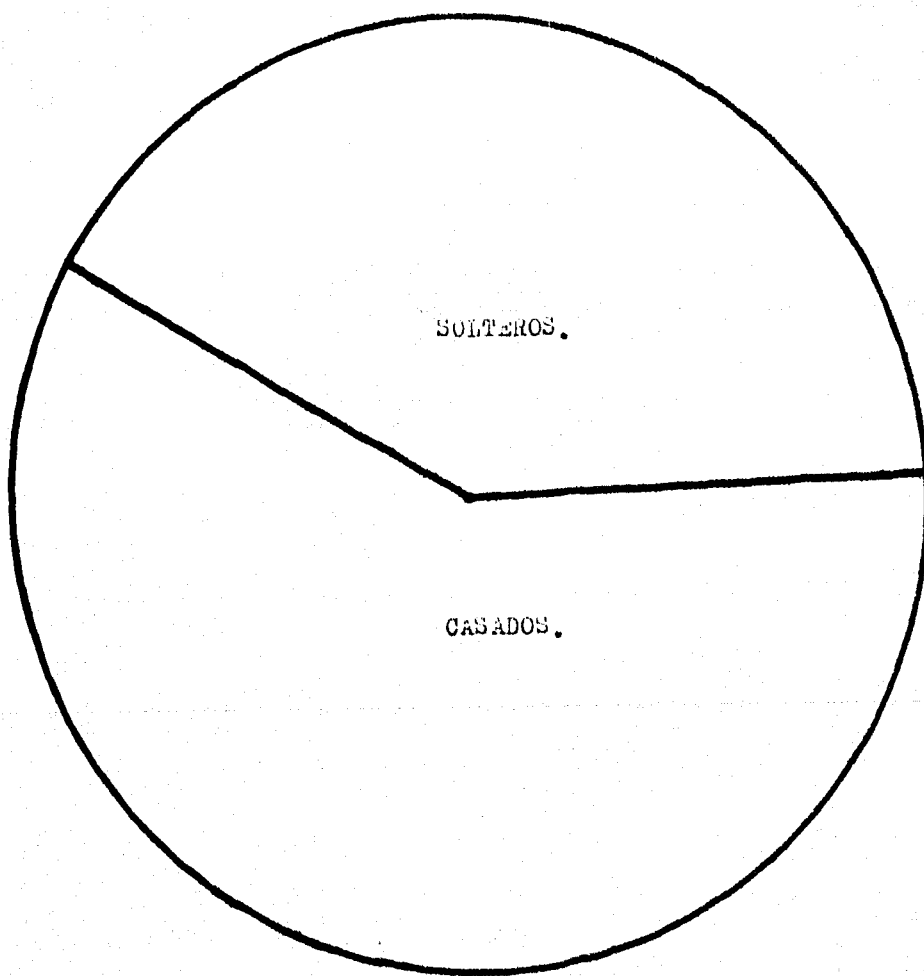
HABITOS HIGIENICOS. -

La población menos afectada fue la que presenta hábitos higiénicos buenos, formada por 5 casos para una representación estadística de 10.86 %.

Las poblaciones más afectadas son las que se encuentran con deficientes hábitos higiénicos con frecuencia de 27 casos para un 58.69% y con un 30.43% la población con malos hábitos higiénicos formada por 14 casos. -

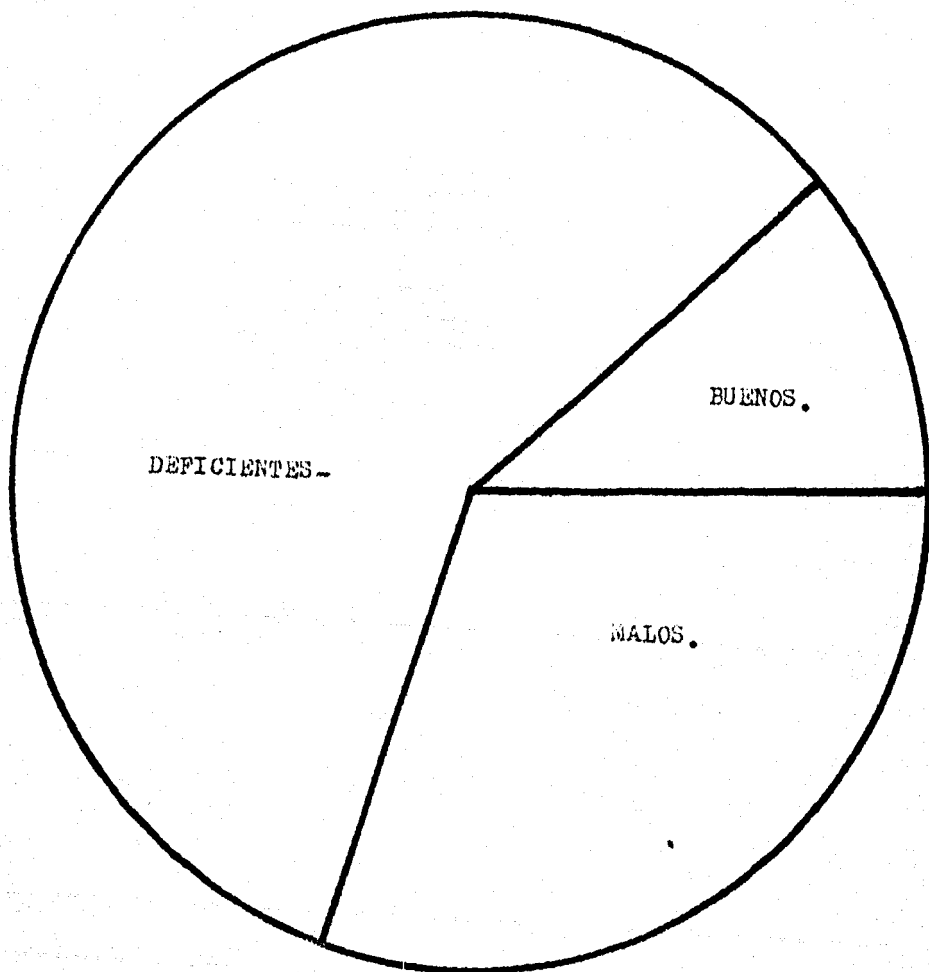
GRAFICA NUMERO 6.

ESTADO CIVIL.



GRAFICA NUMERO 7
HABITOS HIGIENICOS.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA



V. - CONCLUSIONES.

Se hace un breve análisis sobre el tema de condilomas acuminados, destacándose los datos de mayor interés general.

Se revisaron 46 pacientes de la consulta externa de dermatología con el DX de condilomas acuminados de los cuales 29 corresponden al sexo masculino y 17 al sexo femenino, apreciándose que la localización más frecuente es la peneana en 23 pacientes.

Los pacientes fueron tratados con podofilino en forma local apreciándose 95% de curación.

Únicamente se apreciaron 2 casos de recidivas y en tres pacientes del sexo femenino se observó que cursan con un Ca papilar de vejiga.

Creemos que el manejo íntegro del paciente con condilomas acuminados puede ser llevado por el Médico Familiar en el consultorio, donde además de poder valorar la evolución del tratamiento, podrá influir en la educación médica del paciente con un fin preventivo, así como también el poder elaborar un estudio integral del mismo ya que aún queda un largo camino por descubrir en lo que respecta a este padecimiento.

El tratamiento médico bien llevado en el consultorio nos ofrece un alto porcentaje de curación por lo que es responsabilidad del Médico Familiar, no sólo el DX del padecimiento sino también su control y tratamiento.

El condiloma acuminado es una enfermedad que ha creado grandes problemas a los médicos durante siglos. Como el número de casos aumenta y actualmente se le está dando una mayor relación con procesos malignos, se ha renovado el interés por comprender y estudiar a fondo el mecanismo bási

co de la tumorigénesis en las virosis.

Lo cual no debe mantenernos a la expectativa únicamente -
y si por el momento no disponemos de mejores técnicas y mecanismos especiales
de estudio, para sustentar bases científicas firmes, si contamos con una -
adecuada atención médica.

En los casos en que se vean condilomas de gran tamaño es -
conveniente practicar biopsia, para descartar carcinoma de Buschke y -
Lowenstein.

VI. - RESUMEN.

Las dermatosis virales ocuparon el segundo lugar de las dermatosis en general y los condilomas acuminados se encuentran en el segundo lugar del grupo de dermatosis virales y sólo son superados por las verrugas vulgares.

La importancia epidemiológica de la Condilomatosis radica en que este tipo de dermatosis se encuentra clasificado entre las primeras 10 causas de consulta dermatológica de la Clínica Hospital T I Número 2, del Instituto Mexicano del Seguro Social, en la ciudad de Saltillo, Coahuila, México.

Esta dermatosis predominó en los grupos de edades que se encuentran en la segunda y tercera décadas de la vida, lo que estadísticamente representa un 85.08 %.

El sexo mayormente afectado fue el masculino con un 63.04% y la localización anatómica para ambos sexos fue mayor en el área peneana, seguida respectivamente por la región anal y vulvar.

Los patrones culturales representados por el grado de instrucción escolar y los hábitos higiénicos juegan un papel muy importante en esta dermatosis viral, pues se observó que esta se presenta en pacientes con hábitos higiénicos deficientes y malos y con un grado de escolaridad bajo y sólo un 10.86% presentaban buenos hábitos higiénicos y un grado de escolaridad superior en el 8.69 %.

Desde el punto de vista ocupacional el grupo más afectado fue el de los obreros con una significación estadística de 43.47%, seguidos

por el grupo formado por pacientes que se dedican a las labores propias del hogar, con un porcentaje de 34.78 % en relación con el estado civil predominó la población de casados sobre los solteros.

VII. - BIBLIOGRAFIA.

- 1.- ABCARIAN H, SHARON : Immunotherapy in treatment of anal condyloma acuminata. *Dis Colon Rectum* 19:237, 1976.
- 2.- ABLIN RJ, CURTIS WW: Immunoterapeutic treatment of condyloma acuminata. *Gynecol Oncol* 2:446 1974.
- 3.- BALSON MJ. Anorectal Condyloma acuminata (letter). *Can. Med-Assoc.J.* 118 (9) 1032 May. 1978.
4. -Debenectis TJ, MARMA JL, PRAISS DE: Intraurethral condylomas acuminata: Management and review of the literature. *J. Urol.* 118: 767, 1977.
- 5.- DRETTLER SP, KLEIN LA : The eradication of intraurethral condyloma acuminata with per cent 5-fluoracil cream. *J. Urol.* 133: 195, 1975.
- 6.- GOLDMAN L, FELDMAN M, LEVITT S : Condyloma acuminata in infants and children. *Arch. Dermatol* 112: 1329, 1976.
- 7.- GULICK AW : Condiloma acuminata. *ARCH. DERMATOL* 114: 798 May. 1978.
- 8.- KOVI J, TILLMAN RL, LEE SM: Malignant transformation of condyloma acuminata a light microscopic and ultrastructural study. *Am J Clin Pathol* 61: 702 1974.
- 9.- KWUN CT, DENNIS WS: Congenital condyloma acuminata. *Am J Obstet-Gynecol* 131: 8 1978.
- 10.- LOCK MR, KATZ DR, SAMOORIAN S, PARKS AG: Giant condyloma or the rectum: Report of a case. *Dis Colon Rectum* 20 : 154, 1977.
- 11.- PETTERSSON S, HANSSONG, BLOHME I : Condyloma acuminata Of The Bladder. *J. Urol* 115: 355 1976.
- 12 - PINKUS H LUPULESCU A, MEHREGAN AH, RAHBARI H : Venereal disease vs BOWEN 'S disease. *JAMA* 238 : 2496 1977.
- 13,- POWELL LC JR. Condyloma acuminata: Recent advances about of development, Carcinogenetic and treatment. *Clin. Obstet-Gynecol* 21: 1109 1978.
- 14.- SESKI JC, REINHALTER ER, SILVA JR: Abnormalities of lymphocytes -

transformations in women with condyloma acuminata.
Obstet-Gynecol 51: 188 1978

15.- STURN JT, CKISTENSON CE, VACKER JN, FERRY JF: Squamous cell carcinoma of the anus arising in a Giant condylomata acuminata report of case.
Dis Colon Rectum 18: 147 1975

16.- WEIMAR GW, 5-fluoracil urethral suppositories for the eradication of condyloma acuminata.
J. Urol 120 : 174 1978

17.- WEIN AJ, BENSON GS, Treatment of urethral condyloma with 5-fluoracil cream. UROLOGY. 9:413 1977