

112422

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES
HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO FEDERICO GOMEZ

CONDILOMA ACUMINADO EN NIÑOS
EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO
"FEDERICO GOMEZ" DE 1993-2000

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALIDAD EN DERMATOLOGIA PEDIATRICA
PRESENTA:

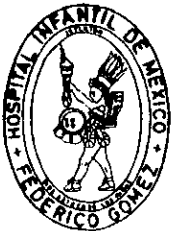
DRA. XOCHILT CASTRO VILLAGOMEZ

ASESOR: DR. CARLOS ALFREDO MENA CEDILLOS

64

MEXICO, D. F.

2000





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.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO

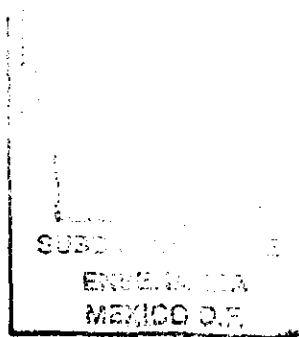
TITULO
CONDILOMA ACUMINADO EN NIÑOS
EXPERIENCIA DEL HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO
“FEDERICO GOMEZ” DE 1993 AL 2000

TESIS DE POSTGRADO
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
DERMATOLOGIA PEDIATRICA
PRESENTA
DRA. XOCHILT CASTRO VILLAGOMEZ

TUTOR
DR. CARLOS ALFREDO MENA CEDILLOS



NOVIEMBRE 2000



INDICE

INTRODUCCION	1-6
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	7
JUSTIFICACION.....	7
OBJETIVOS.....	7
MATERIAL Y METODOS.....	8-10
RESULTADOS.....	11-12
DISCUSION.....	17-18
CONCLUSIONES.....	19
BIBLIOGRAFIA.....	20-21
ANEXO I. HOJA DE CAPTURA DE DATOS.....	22

**Condiloma acuminado en niños.
Experiencia del Hospital Infantil de México
"Federico Gómez" de 1993 al 2000.**

Los condilomas acuminados o verrugas genitales son proliferaciones fibroepiteliales de origen viral causados por el papilomavirus humano (VPH), un DNA virus de la familia papovavirus. (1,2,3,4)

En los adultos el condiloma acuminado (CA) es una de las enfermedades de transmisión sexual más frecuentes. La prevalencia del CA se estima que es del 0.6 al 13% en la población adulta, pero estudios moleculares de diagnóstico han encontrado evidencia de infección por VPH en 11 a 80% de mujeres jóvenes con vida sexual activa, asintomáticas. Algunos estudios sugieren que la prevalencia del VPH en hombres es similar a la encontrada en mujeres (1,5) Antes de 1990 solo se habían reportado 74 casos de condilomas en niños en la literatura anglosajona, en los últimos años se ha observado un incremento en la incidencia en todos los grupos etarios, incluyendo la edad pediátrica, aunque en estos últimos se desconoce la incidencia exacta tanto de la enfermedad sintomática como de la infección subclínica (6,7,8,9).

Los papilomavirus infectan muchas especies de vertebrados y pueden causar papilomas tanto en piel como en mucosas. En la década de 1930 Shope identificó el primer papilomavirus, como el agente etiológico de la papilomatosis cutánea en el conejo de cola blanca (10). Posteriormente este virus fue utilizado para establecer un modelo animal de la inmunobiología de los VPH. Estos virus miden de 50 a 55 nm, tienen una sola molécula de DNA circular de doble filamento. El genoma, consta de 8000 pares de bases, se puede dividir en tres regiones: temprana (E1 a E7), tardía (L1 y L2) y una región de control; la primera se relaciona con el establecimiento de la infección y replicación del DNA, la segunda codifica para las proteínas de la cápside, cuya expresión ocurre después de que el DNA es amplificado, y la tercera región, que se localiza entre las regiones temprana y tardía, contiene los genes que codifican para elementos de control para transcripción y replicación. La cápside que rodea el genoma es icosaédrica y está constituida por 72 capsómeros. La cubierta externa consta de dos proteínas,

una principal y una secundaria. Se han reconocido más de 80 tipos diferentes, y este número continúa creciendo. (10,11).

Los mecanismos por los cuales algunos tipos de VPH (principalmente 16 y 18) pueden condicionar transformación maligna en las células no han sido bien definidos, pero los estudios realizados en la última década han logrado un gran avance en este campo. Ahora se sabe que todos los tipos de VPH se replican exclusivamente en los núcleos de las células huésped. En las lesiones cutáneas benignas asociadas al VPH el genoma viral está separado del DNA de la célula huésped, replicándose como un plásmido extracromosómico, a diferencia de lo que ocurre en las lesiones malignas asociadas al VPH 16 y 18, en que el DNA viral está integrado al cromosoma celular. Existen importantes interacciones entre los productos de los genes del VPH y los productos de los oncogenes celulares, que podrían resultar en transformación maligna (10).

Todos los tipos del VPH infectan el epitelio escamoso de la piel o mucosas, pero los diferentes tipos muestran un tropismo específico para los diversos tipos celulares. En general, los VPH se pueden dividir en tres categorías: tipos mucoso-genital, cutáneo no-genital y tipos específicos de la displasia verruciforme. Así, por ejemplo, los CA genitales son producidos comúnmente por los tipos 6 y 11, mientras que las verrugas vulgares son causadas por los VPH tipo 2 (8,12).

Se cree que el virión del VPH ingresa al cuerpo después de algún trauma menor del epitelio. La mayoría de las infecciones son asintomáticas, pero pueden aparecer lesiones después de 3 a 8 meses, o incluso años después de la infección (13).

En los adultos el CA es transmitido sexualmente, pero en niños el mecanismo de transmisión es controvertido. El CA puede ocurrir como resultado de contacto sexual, contacto familiar no sexual, adquisición a través del canal de parto durante el nacimiento o por autoinoculación o heteroinoculación de otra parte del cuerpo. La transmisión por abuso sexual es apoyado por muchos autores (4,13,14), pero la transmisión no sexual ha sido ampliamente aceptada basándose en estudios virológicos, revelando que los serotipos 1 y 2 del VPH que producen verrugas vulgares pueden producir también CA en niños (6,8,9,12,15).

Se han descrito varios tipos clínicos de condiloma acuminado:

a) Los clásicos condilomas acuminados son lesiones elevadas, suaves, color rosado o grisáceo, con superficie granular y múltiples proyecciones

digitiformes pequeñas, su aspecto típico es de "coliflor". Generalmente aparecen en superficies húmedas, tales como el introito vaginal, prepucio y/o región perianal. Comúnmente son lesiones múltiples y coalescentes. En los adultos se ha descrito esta forma de presentación en cavidad oral de manera inusual, así mismo, en los últimos años se ha reportado en la literatura mundial unos pocos casos de pacientes pediátricos con condiloma acuminado en cavidad oral, sin embargo, esto se considera extraordinario.(2,3).

b) Verrugas genitales queratósicas. Son neoformaciones hemiesféricas, bien limitadas, de superficie áspera y seca, del color de la piel o grisáceas, semejan verrugas vulgares y se encuentran con mayor frecuencia en piel seca, como pene o labios mayores.

c) Verrugas papulares genitales Son lesiones discretamente elevadas, circunscritas, semejan verrugas planas. Al igual que las verrugas queratósicas, se encuentran habitualmente en piel seca, como el cuerpo del pene en los hombres, en las zonas externas de los genitales femeninos, y en el periné

d) Condilomas planos Son lesiones subclínicas solo detectables con la ayuda de técnicas especiales, tales como la aplicación tópica de ácido tricloroacético al 5% en solución, que opacifica el epitelio engrosado, contrastándolo con el de la piel vecina. Pueden encontrarse en la mayoría de las áreas que exhiben lesiones exofíticas, pero son más comunes en el cérvix (1,2,3).

Durante muchos años únicamente se reconoció a las lesiones exofíticas como relacionadas a infección por el VPH. En la década de los 70, estudios colposcópicos del cérvix revelaron que la mayoría de las lesiones cervicales por el VPH son planas. La distinción entre verrugas planas e infección latente es en parte semántica. Más bien, existe continuidad entre la piel histológicamente normal o epitelio con DNA del VPH detectable (verdadera infección latente) y la evidencia histológica de verrugas que involucran piel o mucosas clínicamente normales. (1)

La fuerte asociación entre la infección por el VPH y cáncer cervical ha marcado en los últimos 20 años la necesidad de perfeccionar los métodos de diagnóstico. Aunque las manifestaciones clínicas y el examen de Papanicolau continúan teniendo un papel primordial en el diagnóstico de infección genital por VPH y sus consecuentes neoplasias, recientemente, las pruebas para detectar el DNA del virus en las células del tracto genital han sido una importante fuente de información con propósitos de asesoría, elección de

tratamiento y seguimiento.. Entre las que se han empleado se encuentran: el Southern Blot, Dot Blot, hibridación *in situ*, filtro hibridación *in situ*, reacción en cadena de la polimerasa, e hibridación en solución. Además de ser más sensible que otros métodos de diagnóstico, pueden identificar el tipo viral involucrado Sin embargo, ninguna de ellas se emplea de manera rutinaria debido a que resultan caras y laboriosas (10,16).

El tratamiento para el CA es difícil, ya que no existe ninguno que sea sencillo y todos ofrecen una baja efectividad en la prevención de recurrencia. Muchos de los tratamientos disponibles actualmente para los pacientes con CA se han empleado desde hace décadas. En la mayoría de los casos no se han realizado ensayos clínicos bien controlados que demuestren su seguridad y eficacia. Así mismo, los estudios de tratamiento comparativos también son escasos. A continuación expondremos brevemente los principales métodos de tratamiento empleados actualmente.(7,16,17,18).

Agentes citotóxicos:

Destruyen el tejido afectado por mecanismos quimiodestructivos o antiproliferativos. Se aplican tópicamente, no requieren anestesia. Provocan irritación local que puede ser grave. En este grupo se incluyen:

Acido tricloroacético (TCA) en solución al 80-90%. Causa coagulación química. Se aplica por el médico en el consultorio, una vez por semana. Es de mayor utilidad en zonas húmedas y no muy extensas. De acuerdo con algunos estudios se presentan recurrencias hasta del 36% 2 meses después del tratamiento. (17).

Podofilina. Derivado vegetal que causa necrosis tisular por detención de las células en mitosis. Se aplica en tintura al 10-25% debiendo removerla en 1 a 4 horas. Se aplica semanalmente durante aproximadamente 6 semanas. Puede absorberse y desencadenar toxicidad. Provoca reacciones locales incluyendo eritema, edema, prurito y dolor. Aproximadamente 50% de los pacientes responden, pero se presenta recurrencia en 40% de ellos. No es efectiva en zonas relativamente secas, como pene, escroto y labios mayores. (7).

Podofilotoxina. Disponible en solución q1 5% para autoaplicación en lesiones de genitales externos. Las recurrencias se producen en 30% de los pacientes durante el primer mes posterior al tratamiento.

5-Fluoracilo (5-FU) Es un antimetabolito, inhibe el crecimiento celular por interferencia con la síntesis de RNA y DNA. Se aplica 1-3 veces por semana durante varias semanas. De acuerdo con un estudio, se observa remisión de las lesiones en el 75% de los pacientes, con recurrencias menores al 10% (m). No se presenta toxicidad sistémica significativa, en cambio, provoca irritación local intensa.(7)

Ablación física:

Estos métodos son inicialmente muy exitosos, pero la tasa de recurrencia es alta, además son métodos dolorosos que generalmente requieren anestesia.

Crioterapia. Usualmente se emplea nitrógeno líquido. Debe emplearse en lesiones no muy extensas de genitales y región perianal. Provoca congelación de las lesiones y la piel circundante. Puede repetirse cada una dos semanas, generalmente sin requerirse más de tres aplicaciones. Se provoca remisión de las lesiones en un 75% de los casos, con una tasa de recurrencia cercana al 20% a las 6 semanas.(7, 19).

Láser de CO₂. Bien realizado da excelentes resultados, con una tasa de recurrencia que va desde el 6 al 49% de acuerdo a diversos estudios. Es una buena opción para lesiones extensas o aquellas que no han respondido a otros tratamientos. Requiere anestesia general. Su principal inconveniente es el costo.

Electrocirugía. Emplea alta frecuencia para destruir o fulgurar el tejido afectado. De acuerdo con algunos estudios, el porcentaje de curación es hasta del 94%, el porcentaje de recurrencia es el mismo que con crioterapia.

Excisión quirúrgica. Es exitosa hasta en el 90% de los casos, con recurrencia del 20%. Esta técnica se reserva para lesiones extensas o rebeldes a otros tratamientos.

Interferones:

Tienen actividad inmunomoduladora, antiproliferativa y antiviral, sin embargo, no logra la erradicación del virus. Hasta la fecha solo se ha aprobado el empleo del interferon- α para su uso intralesional en el tratamiento del CA. Se han empleado de manera intralesional, tópica y parenteral, con éxito hasta en el 36 al 62% con una tasa de recurrencia cercana al 25%, evidenciándose

la mejor respuesta cuando se emplea intralesional o parenteral, con efectos secundarios importantes en esta última, que obliga a suspender el tratamiento en un porcentaje alto de pacientes (30%).(20).

Nuevos tratamientos:

5-FU/epinefrina. Una nueva presentación en gel inyectable, en una acarreadora de proteínas en una matriz colágena purificada de bovino. En esta combinación la epinefrina actúa como constrictor reteniendo por más tiempo el 5-FU en la lesión. Aplicándose una vez a la semana por un período de 6 semanas logra remisión completa en 60% de los casos, y una recurrencia del 39% a los 3 meses. Como efectos adversos se describen edema, eritema, erosiones y ulceraciones locales leves a moderados. (21)

Imiquimod. Es un modificador de la respuesta inmune, no tiene actividad antiviral directa, pero es un potente inductor de interferon- α y aumenta la actividad citolítica mediada por células contra los virus. Se presenta comercialmente en crema al 5% para aplicación nocturna 2-3 veces por semana durante las semanas o hasta remisión de las lesiones, en un estudio controlado se observó curación en el 50% de los casos. Entre los efectos secundarios se presentaron eritema, erosión y excoriación. (22)-

Debido a que el CA es una enfermedad viral es candidato para su prevención mediante vacunación, con la intención de reducir potencialmente el número de casos procesos neoplásicos asociados al VPH, principalmente el cáncer cervical. Ya que no se ha logrado cultivar al VPH, la posibilidad de una vacuna se centra en el empleo de subunidades del virus. (13)

Como ya se mencionó, existe una fuerte evidencia de la relación causal entre alguno/s tipos específicos de HPV y cáncer cervical. La alta prevalencia de infección genital por VPH y su potencial malignización hacen necesaria la prevención y tratamiento de esta infección. (8).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

¿Qué características presentan los pacientes con condiloma acuminado que acuden al Hospital Infantil de México "Federico Gómez" (HIMFG)?

JUSTIFICACION:

La infección genital por Virus de Papiloma Humano representa un problema de salud pública debido a su relación con el desarrollo de cáncer cérvicouterino; por otro lado, en población pediátrica adquiere connotaciones sociales por su relación con abuso sexual.

La información disponible en la literatura sobre condiloma acuminado en niños, es en su mayoría procedente de experiencia extranjera; según lo reportado es una entidad rara en pacientes pediátricos, con curso clínico insidioso y tratamiento difícil, ya que se reporta baja efectividad y alta tasa de recidivas con los métodos convencionales propuestos. Este estudio pretende conocer la incidencia de este padecimiento en población pediátrica de un hospital mexicano de concentración, formas de presentación clínica observadas, evolución de la entidad, mecanismos de contagio detectados, tratamiento empleado y respuesta al mismo.

OBJETIVO GENERAL:

Conocer las características de los pacientes con condiloma acuminado que acuden a la consulta externa de Dermatología del Hospital Infantil de México Federico Gómez.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Conocer la incidencia de condiloma acuminado en niños, así como la distribución por edad y sexo, en la consulta de Dermatología del HIM FG
2. Describir los probables mecanismos de contagio detectados
3. Detectar la frecuencia de abuso sexual como probable mecanismo de contagio de los Condilomas acuminados.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

¿Qué características presentan los pacientes con condiloma acuminado que acuden al Hospital Infantil de México "Federico Gómez" (HIMFG)?

JUSTIFICACION:

La infección genital por Virus de Papiloma Humano representa un problema de salud pública debido a su relación con el desarrollo de cáncer cérvicouterino; por otro lado, en población pediátrica adquiere connotaciones sociales por su relación con abuso sexual.

La información disponible en la literatura sobre condiloma acuminado en niños, es en su mayoría procedente de experiencia extranjera; según lo reportado es una entidad rara en pacientes pediátricos, con curso clínico insidioso y tratamiento difícil, ya que se reporta baja efectividad y alta tasa de recidivas con los métodos convencionales propuestos. Este estudio pretende conocer la incidencia de este padecimiento en población pediátrica de un hospital mexicano de concentración, formas de presentación clínica observadas, evolución de la entidad, mecanismos de contagio detectados, tratamiento empleado y respuesta al mismo.

OBJETIVO GENERAL:

Conocer las características de los pacientes con condiloma acuminado que acuden a la consulta externa de Dermatología del Hospital Infantil de México Federico Gómez.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Conocer la incidencia de condiloma acuminado en niños, así como la distribución por edad y sexo, en la consulta de Dermatología del HIM FG
2. Describir los probables mecanismos de contagio detectados
3. Detectar la frecuencia de abuso sexual como probable mecanismo de contagio de los Condilomas acuminados.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

¿Qué características presentan los pacientes con condiloma acuminado que acuden al Hospital Infantil de México "Federico Gómez" (HIMFG)?

JUSTIFICACION:

La infección genital por Virus de Papiloma Humano representa un problema de salud pública debido a su relación con el desarrollo de cáncer cérvicouterino; por otro lado, en población pediátrica adquiere connotaciones sociales por su relación con abuso sexual.

La información disponible en la literatura sobre condiloma acuminado en niños, es en su mayoría procedente de experiencia extranjera; según lo reportado es una entidad rara en pacientes pediátricos, con curso clínico insidioso y tratamiento difícil, ya que se reporta baja efectividad y alta tasa de recidivas con los métodos convencionales propuestos. Este estudio pretende conocer la incidencia de este padecimiento en población pediátrica de un hospital mexicano de concentración, formas de presentación clínica observadas, evolución de la entidad, mecanismos de contagio detectados, tratamiento empleado y respuesta al mismo.

OBJETIVO GENERAL:

Conocer las características de los pacientes con condiloma acuminado que acuden a la consulta externa de Dermatología del Hospital Infantil de México Federico Gómez.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Conocer la incidencia de condiloma acuminado en niños, así como la distribución por edad y sexo, en la consulta de Dermatología del HIM FG
2. Describir los probables mecanismos de contagio detectados
3. Detectar la frecuencia de abuso sexual como probable mecanismo de contagio de los Condilomas acuminados.

4. Conocer los sitios de localización más frecuentes.
5. Identificar la frecuencia de presentación de enfermedades subyacentes.
6. Describir los tipos de tratamiento administrado.
7. Describir la respuesta al tratamiento.
8. Comparar los resultados obtenidos con lo reportado en la literatura mundial.

MATERIAL Y METODOS

Estudio retrospectivo, transversal, observacional, y descriptivo.

Variables.

- Sexo.
- Edad al inicio de la enfermedad.
- Edad al diagnóstico.
- Topografía de las lesiones.
- Tratamiento empleado.
- Evolución clínica.

Definiciones operacionales:

- Curación: desaparición total de las lesiones al examen clínico.
- Mejoría: disminución del tamaño y/o número de lesiones, posterior al tratamiento.
- Sin mejoría: las lesiones no sufren cambios en número ni en tamaño, a pesar del tratamiento
- Sospecha de abuso sexual: existen factores de riesgo tales como disfunción familiar, sin evidencia física o psicológica de abuso sexual.
- Confirmación de abuso sexual: en los casos en que hubo evidencia física o psicológica.

4. Conocer los sitios de localización más frecuentes.
5. Identificar la frecuencia de presentación de enfermedades subyacentes.
6. Describir los tipos de tratamiento administrado.
7. Describir la respuesta al tratamiento.
8. Comparar los resultados obtenidos con lo reportado en la literatura mundial.

MATERIAL Y METODOS

Estudio retrospectivo, transversal, observacional, y descriptivo.

Variables.

- Sexo.
- Edad al inicio de la enfermedad.
- Edad al diagnóstico.
- Topografía de las lesiones.
- Tratamiento empleado.
- Evolución clínica.

Definiciones operacionales:

- Curación: desaparición total de las lesiones al examen clínico.
- Mejoría: disminución del tamaño y/o número de lesiones, posterior al tratamiento.
- Sin mejoría: las lesiones no sufren cambios en número ni en tamaño, a pesar del tratamiento
- Sospecha de abuso sexual: existen factores de riesgo tales como disfunción familiar, sin evidencia física o psicológica de abuso sexual.
- Confirmación de abuso sexual: en los casos en que hubo evidencia física o psicológica.

Criterios de inclusión:

Pacientes de la consulta externa de Dermatología con diagnóstico de condiloma acuminado.

Criterios de no-inclusión:

Pacientes referidos con diagnóstico de condiloma acuminado, el cual se descartó en la evaluación dermatológica.

Criterios de eliminación:

Pacientes cuyos expedientes están incompletos y de los que no es posible obtener la información requerida en la hoja de captura de datos.

Procedimiento:

Se revisaron los expedientes clínicos existentes en el Archivo del HIMFG de los pacientes con diagnóstico de condiloma acuminado que acudieron a la consulta de Dermatología de Enero de 1993 a Julio del 2000

Recursos humanos:**Asesor de tesis:**

Dr. Carlos Alfredo Mena Cedillos. Jefe del Servicio de Dermatología del Hospital Infantil de México Federico Gómez.

Tesista:

Dra Xóchilt Castro Villagómez. Médico residente de segundo años de Dermatología Pediátrica.

Personal de la Institución

Personal que labora en el Archivo Clínico y Biblioteca

Recursos materiales:

Expedientes clínicos.

Acervos bibliográficos y documentos

Equipo y material de computación

Fotocopiado y papelería

Material de impresión y encuadernación

Recursos materiales y financieros:

Los gastos que se originen de la realización del presente estudio serán cubiertos en su totalidad por la tesista.

Población:

Se incluyeron todos los pacientes con el diagnóstico de condiloma acuminado que acudieron a consulta de Dermatología del Hospital Infantil de México Federico Gómez de Enero de 1993 a Julio del 2000 que cumplieron con los criterios de inclusión

RESULTADOS:

Analizamos un total de 49 casos, de los cuales 33 (67.34%) corresponden al sexo femenino y 16 (32.65%) al sexo masculino. La edad promedio de los sujetos estudiados fue de 5.4 años, con un rango de 1 a 15 años.

El tiempo de evolución de las lesiones al momento de acudir a consulta tuvo un promedio de 10 meses, con un rango de 1 a 72 meses; en 7 casos (14.2%) los familiares desconocían dicho dato.

En 6 pacientes (12.2%) se encontró una sola lesión, mientras que en 17 pacientes (34.6%) se encontraron de 2 a 5 lesiones, en 2 pacientes de 6 a 10 lesiones y 24 pacientes (48.9%) presentaron lesiones múltiples (más de 10).

En 23 pacientes (46.9%) se encontró afectación exclusivamente perianal, solamente genital en 17 (34.6%), y en ambas zonas en 9 pacientes (18.3%).

El número de consultas que requirieron estos pacientes en promedio fue de 10.8, con un rango de 3 a 37. El tiempo de seguimiento a cada paciente osciló entre 1 y 72 meses, con un promedio de 10.8 meses. Once pacientes (22.4%) habían solicitado tratamiento en otros centros, antes de acudir a nuestra consulta.

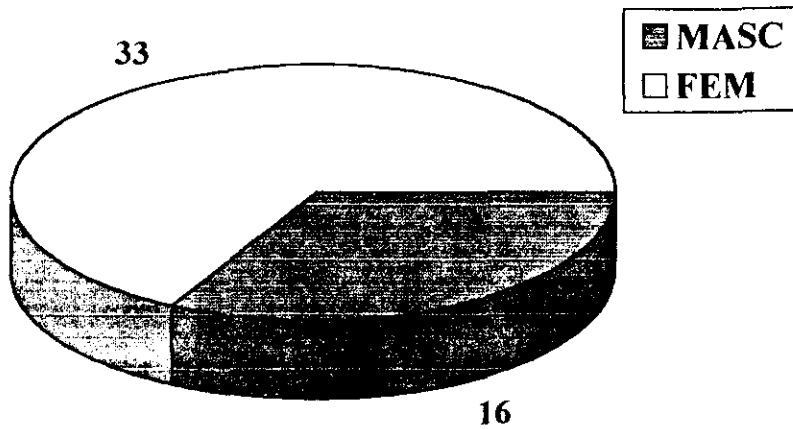
En 39 casos se investigó intencionadamente el probable abuso sexual como causa del contagio, corroborándose éste en 12 de ellos (24.4%), en el resto de los casos se desconoce el mecanismo de contagio.

De acuerdo a evolución se establecieron diversos planes terapéuticos que incluían de 1 a 4 medicamentos, a dosis e intervalos diversos, observándose curación de las lesiones en 38 pacientes (77.5%) de los casos, se obtuvo mejoría en 7 de los casos (14.2%) y 4 pacientes (8.2%) no mostraron mejoría alguna.

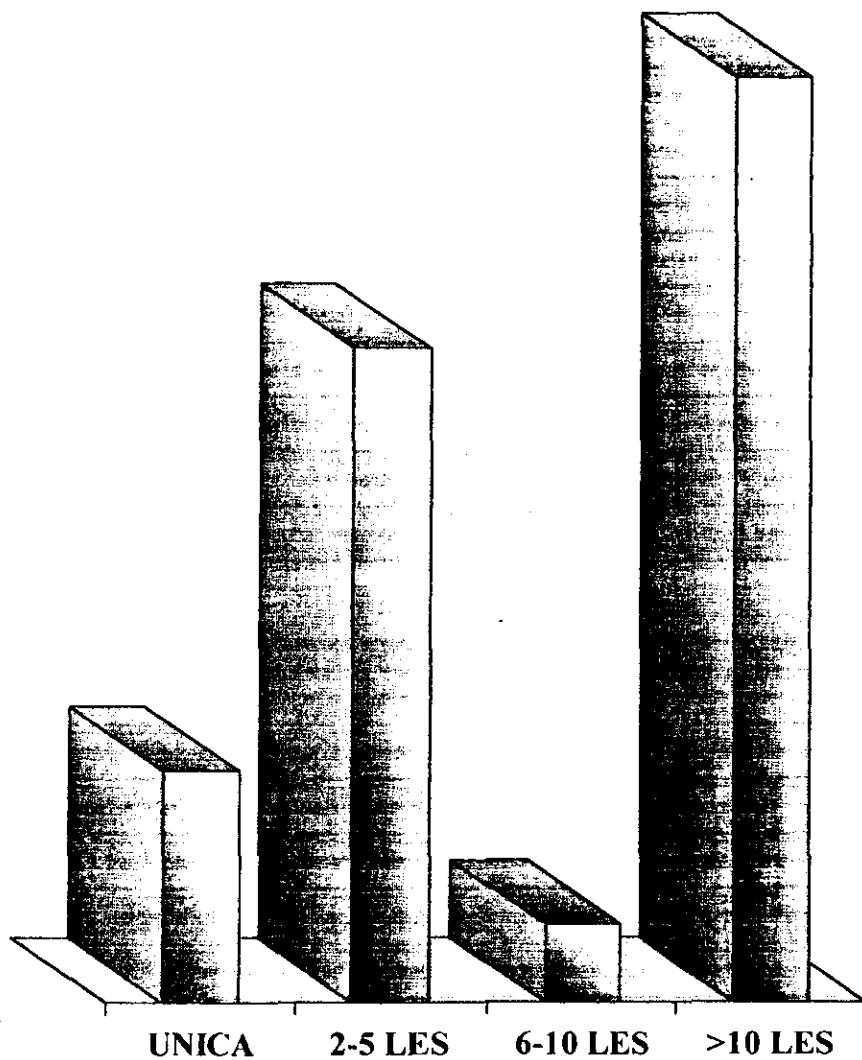
Las lesiones genitales respondieron con curación total en 15/18 (83.3%) de los casos, con mejoría en 2/18 (11.1%), no hubo respuesta en 1/18 (5.5%). De las lesiones localizadas en región perianal hubo curación en 17/22 (77.7%), mejoría en 3/22 (13.6%), no hubo respuesta en 2/22 (9%). Cuando las lesiones se presentaron en ambos sitios simultáneamente 6/9 (66.6%) pacientes respondieron completamente al tratamiento, con mejoría 2/9 (22.2%) y no hubo respuesta al tratamiento en 1/9 (11.1%). Durante el

tratamiento 10 pacientes (20.4%) mostraron reactivación de las lesiones, evolucionando posteriormente en forma satisfactoria.

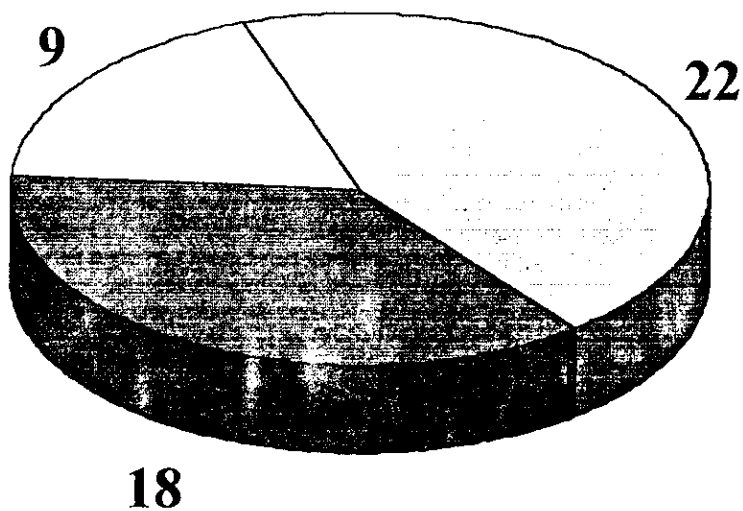
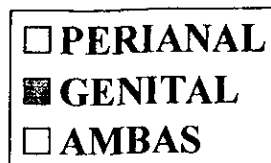
De los sujetos estudiados 10 (20.4%) padecían una enfermedad concomitante: SIDA y verrugas vulgares en 2 pacientes respectivamente, además un caso de cada uno de los siguientes: histiocitosis de células de Langerhans, cardiopatía congénita, duplicación uterina, asma bronquial, constipación intestinal crónica, pubertad precoz.



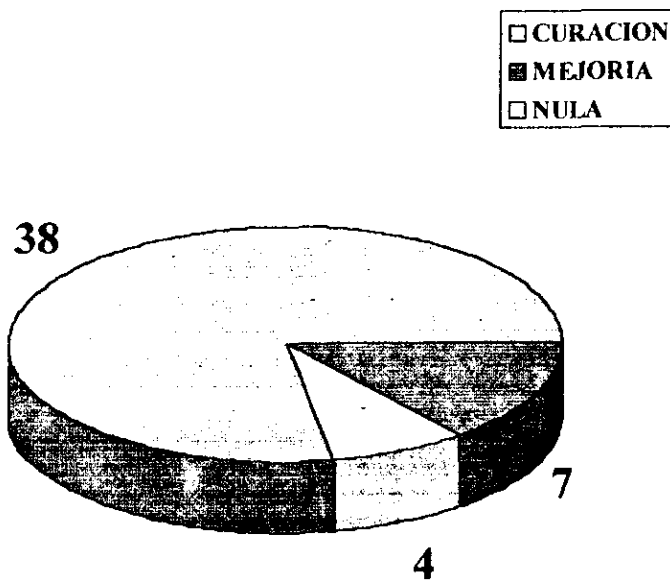
DISTRIBUCION DE ACUERDO AL SEXO.



**DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES POR
NUMERO DE LESIONES**



TOPOGRAFIA DE LAS LESIONES



RESPUESTA AL TRATAMIENTO

Discusión

Aún sin contar con estadísticas exactas, diversos autores coinciden en que el condiloma acuminado en niños ha incrementado su frecuencia en los últimos años (6,7), de manera paralela a lo que ocurre en la población adulta. En el servicio de Dermatología de nuestra Institución, el número de consultas por condiloma acuminado ocupó el 1.5% del total de consultas en el periodo comprendido por nuestro estudio.

La presentación por sexo fue mayor para el femenino en relación 2:1, acercándose a lo que se describe en la literatura internacional, que es de 3:2, lo cual evidencia una predisposición para la infección en las mujeres, aunque aún se desconoce la causa, se cree que puede estar relacionado a características locales de las mucosas, una respuesta inmune diferente, o mayor exposición a abuso sexual (7)

En nuestra revisión no encontramos ningún caso en pacientes menores de un año. Sin embargo, los condilomas acuminados pueden presentarse a cualquier edad, incluso en periodo neonatal, y la edad de inicio de la enfermedad puede ser un punto clave para establecer el mecanismo de transmisión. Es aceptado por múltiples autores que en niños menores a 2 años es probable la transmisión a través del canal del parto (7,24).

El tiempo de evolución promedio al acudir por primera vez a consulta fue de 10 meses, período relativamente prolongado, lo cual probablemente se debió a que la mayoría de las lesiones cursan asintomáticas, siendo el motivo de la consulta el incremento en el número y/o tamaño de las mismas.

Parece existir una tendencia para la localización perianal de los condilomas en pacientes masculinos, fenómeno que fué evidente en nuestro estudio, ya que 13 de los 16 incluidos tuvieron lesiones en dicha topografía, en 10 de ellos como única zona involucrada. Esto podría ser explicado en los casos en que sufrieron abuso sexual anal o rectal, sin embargo, éste sólo se comprobó en dos pacientes. Otro dato que apoya este tropismo del virus lo sustenta un paciente masculino que al nacimiento presentó condilomas acuminados perianales, asociados a lesiones similares en región genital de la madre durante el embarazo (24)

En la mayoría de nuestros pacientes se encontraron múltiples lesiones (más de 10), lo cual pudiera estar relacionado con tiempo prolongado de evolución.

Similar a lo reportado en la literatura, en 24.4% de nuestros pacientes se corroboró abuso sexual, considerándose éste el mecanismo de transmisión en dichos pacientes, en el 75.6% restantes se desconoce el mecanismo de transmisión, el cual, según diversos autores puede ser : de madre a hijo vía transplacentaria o en el canal del parto, por contacto personal no sexual o por auto o heteroinoculación a partir de otra lesión causada por el VPH (6,7,9,12,13,14). La edad al inicio de la enfermedad puede ser un punto clave para establecer el mecanismo de transmisión, Es probable que en niños menores de 2 años la transmisión haya ocurrido a través del canal del parto (7,24). En preescolares y escolares puede ocurrir autoinoculación a partir de verrugas vulgares o planas en otra parte del cuerpo (7,12,13); nosotros encontramos verrugas vulgares solamente en 2 pacientes en los cuales, además no hubo evidencia de abuso sexual.

El estado inmune de los individuos expuestos al VPH juega un importante papel en el desarrollo de condiloma acuminado y su resistencia al tratamiento (7).

La tasa mas alta de éxito terapéutico en niños reportado en una serie es del 85% (6,23), en nuestra experiencia, la respuesta al tratamiento fue exitosa con resolución total de las lesiones en el 77.5% de los casos. No existe un protocolo bien establecido para el tratamiento de estos pacientes, por lo que en nuestra Institución se valoró cada caso de manera individual y de acuerdo a ello se eligió el método terapéutico, que fue: podofilina, crioterapia, 5 fluoracilo tópico, y con menor frecuencia resección quirúrgica y/o electrofulguración; empleados de manera individual o combinada, de acuerdo a la respuesta obtenida. Probablemente otras opciones terapéuticas como el imiquimod e interferones no han sido empleadas debido a que su costo es más elevado, lo que los hace prácticamente inaccesibles al grueso de nuestros pacientes, que son de escasos recursos económicos.

Conclusiones

Considerado que la prevalencia del condiloma acuminado en adultos continúa en ascenso, la transmisión del virus a la población pediátrica se incrementa paralelamente.

Los niños con condiloma acuminado ameritan un adecuado examen físico y de sus condiciones familiares y sociales para descartar abuso sexual.

En un futuro cercano deberá existir un procedimiento que permita la tipificación del VPH de manera rutinaria en el consultorio, que potencialmente permita al médico distinguir entre los serotipos que se asocian a malignidad y los más benignos (7)

Es difícil hacer un análisis crítico de las diversas modalidades terapéuticas en niños, debido a que en la mayoría de los estudios no se ha logrado un seguimiento a largo plazo. El tratamiento debe ser seleccionado considerando la edad del paciente, la extensión de las lesiones, y la probable adherencia terapéutica. Se debe realizar un esfuerzo que permita la erradicación máxima posible de su enfermedad y es imperioso el seguimiento considerando el potencial oncogénico del virus.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Hansfield H. Clinical presentation and natural course of anogenital warts. *Am J Med* 1997; 102 (5 A):16-20
2. Paradisi M, Mostaccioli S, Celano G, Angelo C, Ruatti P, Onetti A, y col. Infantil condylomata in the oral cavity. *Pediatric Dermatology* 1992; 9(2): 107-111
3. Squires J, Persaud D, Simon P, Sinn D. Oral condylomata in children. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1999; 153:651-654
4. Neinstein L, Goldenring J, Carpenter S. Nonsexual transmission of sexually transmitted diseases: an infrequent occurrence. *Pediatrics* 1984; 74 (1):67- 76
5. Koutsky L. Epidemiology of genita human papillomavirus infection. *Am J Med* 1997; 102 (5 A):3-8
6. Allen A, Siegfried E. The natural history of condylomata in children. *J Am Acad Dermatol* 1998; 39:251-255
7. Boyd A. Condylomata acuminata in the pediatric population. *AJDC* 1990; 144:817-824
8. Gutman L, Herman-Giddens M, Phelps W. Transmission of human genital papillomavirus disease comparison of data from adults and children. *Pediatrics* 1993; 91(1):3138
9. Lowy G. Sexually transmitted diseases in children. *Pediatric Dermatology* 1992; 9(4):329-334
10. Beutner K, Tyring S. Human papillomavirus and human disease. *Am J Med* 1997; 102 (5 A):9-1511
11. Jandley J, Hanks E, Armstrong K, Bingham A, Dinsmore W, xann A, y col. Common association of HPV 2 xith anogenital warts in prepubertal children. *Pediatric Dermatology* 1997; 14(5):339-343
12. Stringel G, Mercer S, Corsini L. Condylomata acuminata in children. *Journal of pediatric Surgery* 1985; 20(5)_499-501
13. Gutman L, St Claire K, Eveett k, Ingram D, Soper J, Jhonston W y col. Cervical-vaginal and intraanal human papillomavirus infection of young Girls xith external genital warts. *The Journal of Infectious Diseases* 1994; 170:339-344
14. Yell J, Sinclar R, Mann S. Human papillomavirus type 6-induced condylomata : an unusual complication of intertrigo. *Br J Dermatol* 1993; 128:575-577
15. Kenneth F, Trofatter Jr. Diagnosis of human papillomavirus genital tract in infection. *Am J Med* 1997: 102 (5 A):21-2718.
16. Karl R. Therapeutic approaches to genital warts. *Am J Med* 1997; 102 (5 A)

17. Centers for disease control Guidelines. 1989; 38(S-8):1-4320. Condylomata International Collaborative Study Group. Recurrent condylomata acuminata treated with recombinant interferon Alfa 2-a. JAMA 1991; 265:2684-2687
18. Swinehart J, Sperling M, Phillips y col. Intralesional fluorouracil/epinephrine injectable gel for treatment of condylomata acuminata. Arch Dermatol 1997; 133:67-73.
19. Siegfried E. Warts and molluscum on children an approach to therapy. Dermatol ther 1997; 2: 51-67
20. Tang C, Shermeta D, Tutton E. Congenital condylomata . Am J Obstet Gynecol 1978; 131:912-913

HOJA DE CAPTURA DE DATOS:

1. No registro _____
2. Edad _____ años _____ meses
3. Sexo F _____ M _____
4. Fecha en que acudió a consulta por primera vez _____
5. Fecha de la última consulta _____
6. Número total de consultas a Dermatología _____
7. Tiempo de evolución _____ días _____ meses
8. Tratamiento previo sí _____ no _____
¿Cuál? _____
9. Enfermedad (es) concomitantes _____
10. ¿Recibe tratamiento médico? Cuál _____
11. sospecha de abuso sexual sí _____ no _____
12. confirmación del abuso sexual sí _____ no _____

Exploración física:

13. Número de lesiones _____
14. Tamaños _____
15. Localización:
genital _____
perianal _____
ambas _____
otras _____ especifique _____

TTO.	CURACION	SIN MEJORIA	MEJORIA	RECIDIVA