

11212

24



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO O.D.
SERVICIO DE DERMATOLOGÍA

**CONDILOMAS ACUMINADOS EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA
FEMENINA**

Algunos aspectos epidemiológicos y clínicos de pacientes del
Hospital General de México

SECRETARÍA DE SALUD
HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO
ORGANISMO DESCONCENTRADO

TESIS DE POSGRADO

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

ESPECIALIZACIÓN EN DERMATOLOGÍA

PRESENTA:

DRA ALEJANDRINA AMALIA MARTINEZ BISTRAIN



DIRECCIÓN DE ENSEÑANZA

ASESORES: DRA CAROLINA PALACIOS LÓPEZ
DRA GLADYS LEÓN DORANTES



HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO O.D.

MÉXICO D F

FEBRERO 2002

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

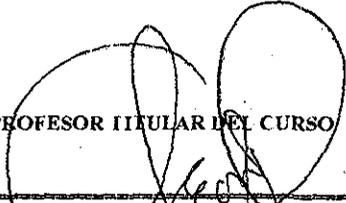
DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis 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.

DR EDUARDO DE ANDA BECERRIL
JEFE DE ENSEÑANZA
HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO. O.D.

PROFESOR TITULAR DEL CURSO


DRA GLADYS LEON DORANTES
JEFE DEL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA
HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO O.D.
PROFESOR TITULAR DEL CURSO UNIVERSITARIO DE DERMATOLOGÍA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

TUTOR


DRA CAROLINA PALACIOS LOPEZ
MEDICO ADSCRITO AL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA
DERMATÓLOGA PEDIATRA
HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO.


SUBDIVISION DE ESPECIALIZACION
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M.

Pedí a Dios fortaleza para poder triunfar
Me hizo débil para aprender humildemente a obedecer.

Pedí salud para hacer grandes cosas,
Me dió enfermedad para poder hacer cosas buenas

Pedí riquezas para poder ser feliz,
Me dió pobreza, para que pueda ser sabio

Pedí poder ser el orgullo de los hombres
Me dió debilidad ,para sentir necesidad de Dios .

Pedí todo para poder disfrutar de la vida
Me concedió vida para que pudiera disfrutar de todas las cosas .

No se me dió nada de lo que pedí,
Pero todo lo que deseaba y algo más incluso, a pesar de mí,
Las oraciones que exprese fueron respondidas.....

¡De entre todos los hombres ,son el mas afortunado!

ORACIÓN DE UN SOLDADO ANÓNIMO

A Dios ,que manifestándose siempre
como Padre y amigo ,ha caminado a lo largo de la vida ,haciéndome
sentir siempre su presencia y me ha regalado todo lo que necesito para
ser dichosa. GRACIAS

A mi amado esposo Antonio, quien le das el mas hermoso sentido a mi vida. Gracias a tu apoyo,ayuda,comprensión,paciencia y por no dejarme vencer en los momentos de adversidad. Gracias por estar, y ser mi vida.

A mis hijas Angélica Michiro y Paola Midori, por ser mi vida y mi razón de existir Para ustedes esto. Las amo.

A mis padres, por sus enseñanzas, apoyo y a las bases que me dieron de dedicación y amor Para ustedes GRACIAS.

A mi madre Amalia ,por su cariño y paciencia, que me ha dado y he visto plasmarse tiernamente en mis hijas, con un beso y una mirada. GRACIAS

A mis hermanos Germán ,Ricardo y Rocío que me han enseñado lo importante que es tener un apoyo en la vida y han compartido mis momentos de dicha.

A mi suegra Angélica quien me ha apoyado en todo momento con cariño y amor y siempre me ha alentado en los momentos difíciles. Gracias por se también mi mami.

A mi tío Raúl, que a pesar de estar tan lejos ha caminado junto conmigo, y me ha dado fortaleza y valor Gracias.

A Eloisa, que ha sabido ser una verdadera amiga, ha quien quiero mucho. Gracias.

Al Dr Bonifaz por sus enseñanzas y buen humor,quien ha sido y será siempre un pilar de ejemplo en mi vida. Gracias.

A la Dra Carolina Palacios que se mostró siempre a lo largo de mi formación dispuesto a ayudarme y a enseñarme sus experiencias y conocimientos en la Dermatología pediátrica y me ha apoyado para crecer en mi vida profesional.

A la Dra León, y a todos los médicos del servicio que me aportaron conocimiento importante para mi formación.

A mis compañeros ,que supieron apoyarme en los momentos que más lo necesitan y por comprender. Gracias

ÍNDICE

I. Resúmen	1
II Introducción.....	3
III. Marco teórico	
Definición.....	4
Aspectos epidemiológicos.....	4
Etiología.....	5
Mecanismo de transmisión.....	7
Cuadro clínico.....	10
Diagnóstico diferencial.....	12
Técnicas diagnósticas.....	14
Tratamiento.....	15
Pronóstico.....	19
IV. Trabajo de investigación	
Justificación.....	20
Objetivos.....	20
Diseño del estudio.....	21
Material y método.....	22
Análisis estadístico.....	23
V. Resultados.....	23
VI Conclusiones.....	36
VII Bibliografía.....	38

I. RESÚMEN .

Los condilomas acuminados , son neoformaciones vegetantes lócalizadas en la región anogenital (1), originadas por el virus del papiloma humano ,de doble cadena de DNA. La prevalencia de los condilomas acuminados en la población en general es desconocida, en Estados Unidos se estima una prevalencia del 38 al 46% de la población adolescente y jóvenes adultos y una incidencia anual del 1% (2,3) . De esta prevalencia reportada se estima que los niños corresponden al 0.6 y el 13% (4,5) . El sexo femenino y los niños en edad preescolar son los más afectados La topografía más frecuente es perianal ,morfológicamente están constituidas por neoformaciones tipo papular, y / o vegetantes que cursan asintomáticas

OBJETIVOS: Conocer algunos aspectos epidemiológicos y clínicos de los condilomas acuminados en la población pediátrica femenina que acude al Hospital General de México

ESTUDIO: Retrospectivo, observacional y descriptivo

MATERIAL Y MÉTODOS: Se revisaron los expedientes clínicos de los pacientes del servicio de Gineco-obstetricia (clínica de vulva) del Hospital General de México de Junio de 1998 a Julio del 2001,y se seleccionaron los expedientes con diagnóstico de condilomas acuminados en niñas de 0 a 18 años Los datos obtenidos se recolectaron en un formato diseñado previamente para tal efecto La información fue codificada para su análisis posterior

ANÁLISIS : Medidas de tendencia central y de dispersión.

RESULTADOS: Se analizaron 36 expedientes clínicos de condilomas acuminados en la población en estudio . La edad en promedio fue de 12 años, por grupo de edad correspondieron el 61% a adolescentes, preescolares en un 19.4%, escolares en un 13.8% y lactantes en un 5.5 % . La región perianal fue la más afectada con un

17.4% . En adolescentes la topografía fue en labios mayores, menores y periné en un 80% . En un 25% de los niños se confirmó abuso sexual . En los adolescentes el mecanismo involucrado es por contacto sexual en un 38.8%, con un promedio de inicio de vida sexual activa a la edad de 13 años . El tratamiento empleado en la mayoría de los casos fue con podofilina en un 33% .

CONCLUSIONES: Se aprecia en esta serie de casos , que la población pediátrica femenina, tiene un alto riesgo de contraer condilomas acuminados por ser el grupo más vulnerable y por las características anatómicas de la vulva que lo vuelven blanco fácil para su transmisión. El grupo de edad más afectado en esta serie correspondió al de los adolescentes quienes inician su vida sexual a una edad temprana . En los escolares y lactantes el abuso sexual fue el mayor condicionante ,siendo un familiar o persona cercana al círculo familiar el agresor principal. La región perianal fue la más afectada así como el introito, ya que el VPH tiene predilección por estos lugares, y la variedad clínica es de tipo papular y vegetante . Entre el tratamiento protocolizado de la Clínica de vulva la mayoría fué tratado con podofilina . Es necesario ampliar esta visión en este grupo en particular para realizar nuevas estrategias de prevención, y tratamiento en nuestra población infantil.

II. INTRODUCCIÓN

Dentro de las enfermedades de transmisión sexual, los condilomas acuminados son la manifestación clínica más frecuente, debido a que el epitelio que delimita el tracto anogenital es el blanco para la infección de este grupo especial de virus de doble cadena de DNA, los papiloma virus humano (HPV). La infección puede mantenerse en forma latente, ser subclínica, o presentarse como condilomas acuminados. Hay más de 70 tipos de virus definidos en base a la homología del ADN, y de estos casi 30 infectan el tracto anogenital.

En la población pediátrica se tienen escasos reportes acerca de su prevalencia. De la prevalencia reportada, corresponde aproximadamente al 13% para la población infantil. En nuestro medio, son pocos los trabajos y publicaciones a este respecto, situando al grupo de escolares y adolescentes como los grupos de mayor riesgo.

En este trabajo nos limitaremos a los rasgos principales de la epidemiología descriptiva de HPV-relacionado a condilomas acuminados en la población pediátrica femenina que acudieron a la Clínica de Vulva desde su creación por el servicio de Dermatología.

III. ANTECEDENTES.

DEFINICIÓN:

Los condilomas acuminados , son neoformaciones vegetantes localizados en la región anogenital(1), originados por el virus del papiloma humano ,de doble cadena de DNA.

El término condiloma acuminado deriva de 2 vocablos: del griego *Kondylos* que significa bulto , y del latín *acuminatus* que significa punta (1).

SINONIMIA:

Se les conoce también como verrugas venéreas o anogenitales.

EPIDEMIOLOGÍA:

1.-Prevalencia.

La prevalencia de los condilomas acuminados en la población en general es desconocida , en EUA se reporta una prevalencia del 38 al 46% de la población adolescente y jóvenes adultos , y una incidencia anual del 1%.(2,3) De esta prevalencia estimada, en niños corresponde de un 0.6 a un 13% .(4,5) En las últimas década se ha observado un incremento de un 12 a un 28% (6) en el número de casos reportados ,que en algunas series se triplica y quintuplica. Existen varias explicaciones al respecto: Stumpf postula que la epidemia en adultos es la responsable que se refleje en la población pediátrica, la cual se encuentra más expuesta. El inicio temprano de la actividad sexual que resulta de una mayor afección

en los adolescentes ,y finalmente el mayor grado de agresión o abuso sexual que se dá en niños prepúberes .(7)

2.-Género

En cuanto al género ,en México ,Ibarra y cols señalan en una serie de 64 casos pediátricos, al sexo femenino como el más afectado en 64%, a diferencia del sexo masculino de 35.9%,en una proporción de 3:1. Este dato nos indica una mayor susceptibilidad del sexo femenino a adquirir condilomas acuminados, la causa es desconocida. Sin embargo, se consideran que el sexo femenino es más vulnerable a sufrir abuso sexual y por las condiciones anatómicas propia de la vulva. (8)

3.-Edad

La edad más afectada en los niños varía desde el nacimiento hasta los 18 años con un promedio a los 5 años . En la población pediátrica encontramos a los preescolares en un 40.6%,escolares 39.1%,lactantes 14.1%, y adolescentes en un 6.2%. (9) En las publicaciones francesas se reporta el mismo grupo de edad afectado. (10)

ETIOLOGÍA.

El virus del papiloma humano ,pertenece a la familia de los papovavirus, que contiene una doble cadena de DNA . A continuación se describen algunas de las características del mismo:

1.-Biología estructural del virus.

Los virus del papiloma humano comprenden una familia de más de 70 virus. Dichos virus están compuestos de una cápside dispuesta como 72 capsómeros. El genoma existe dentro de la cápside como una estructura circular, de doble filamento, parecida a la cromatina, combinada con proteínas histonas derivadas del huésped. El genoma viral codifica para 8 productos divididos en genes tempranos y tardíos, que sirven para replicarse en los queratinocitos. Después de la infección, el genoma viral utiliza la maquinaria de transcripción del huésped para replicarse. De esta manera los genes tempranos, que se necesitan para la replicación del genoma viral y la disregulación del crecimiento del huésped se expresan en queratinocitos indiferenciados en proliferación. Los genes tardíos que se requieren para la formación de la cápside y el movimiento de las partículas virales utilizan factores de transcripción del huésped.

2.-Replicación.

Una partícula del virus llega a las células epiteliales basales a través de una solución de continuidad en la cubierta epitelial. Una vez ahí, el virus se une a la integrina en el polo basal de la célula basal. Esto permite la internalización de la partícula infecciosa. En este punto, la partícula pierde su cubierta por medios desconocidos y el genoma viral entra en el núcleo. Los genes tempranos se transcriben y favorecen la replicación del genoma viral, dando como resultado la liberación subsecuente del virus infeccioso de verrugas en la capa cornificada.

En caso de los tipos carcinogénicos del virus del papiloma humano (tipo 16 y 18), se produce un fenómeno de integración que permite que la célula alcance el fenotipo neoplásico.(11)

3.-Patogenia.

De los 70 tipos del virus del Papiloma Humano (VPH) cada uno se encuentra asociado con lesiones específicas en diferentes localizaciones ;por ejemplo las verrugas plantares o palmares son causados por VPH 1 , y es más frecuente en niños de 5 a 15 años de edad . El VPH –2 causa las verrugas vulgares, las cuales se encuentra generalmente en el dorso de las manos. Algunas variantes morfológicas comunes de verrugas son causadas por los tipos 4 y 7 Las verrugas planas que se encuentran en cara y extremidades son causadas por la infección del VPH –3 y ocasionalmente por los tipos 10 y 28. Finalmente la enfermedad de Heck o hiperplasia epitelial focal, que consiste en pápulas orales en niños y jóvenes adultos son causadas por el VPH tipo 13 y 32 En una raro desorden genético llamado epidermodisplasia verruciforme la variedad de VPH encontrada incluyen el tipo 5,8,9,12,14,15,17,19 al 25 (12 13)

En el caso de los condilomas acuminados, en el 90% de los casos, el VPH tipo 6 y 11 son los más frecuentemente hallados tanto en población adulta como en niños. Dentro de los VPH que se ha comprobado son de alto riesgo para producir cáncer tenemos al tipo 16 y 18 Estos últimos tipos son raros en niños y son indicadores para sospechar en abuso sexual (14,15)

Pueden encontrarse también los tipos 2,4 en aquellos casos en donde la transmisión es por autoinoculación de verrugas cutáneas.(16)

MECANISMO DE TRANSMISIÓN.

En contraste con los adultos, en donde el mecanismo de transmisión del virus del papiloma humano es por transmisión sexual, en niños existe aún controversia de cómo adquieren los condilomas acuminados. Los investigadores sugieren que las

lesiones son usualmente transmitidas al niño por una o más de los siguientes mecanismos: infección perinatal, inoculación digital o autoinoculación, fomites y abuso sexual.

1.-INFECCIÓN PERINATAL

Llamada también transmisión vertical, puede ser de 2 tipos :

Prenatal: Por contaminación del bebé con el líquido amniótico infectado

Perinatal: A través del canal del parto .

Se ha encontrado hasta en el 50 % de los casos el mismo tipo de virus del papiloma humano en las madres y en la mucosa faríngea de los infantes cuando se utilizan técnicas de hibridación de DNA, y en estudios prospectivos estos niños nunca desarrollan lesiones clínicas.

La transmisión perinatal puede originar papilomatosis laríngea ,sin embargo otros estudios sugieren que no es suficiente para desarrollarlo.

Las lesiones anogenitales que son reconocidas dentro de los primeros años o después del nacimiento pueden ser consideradas que se adquieren perinatalmente, en parte porque el periodo entre la exposición y el desarrollo de lesiones varía en adultos en un promedio de 3 semanas a 8 meses. El periodo definitivo en adultos es desconocida y en niños no existen datos al respecto En estos niños es difícil asegurar el mecanismo de abuso sexual por el lenguaje verbal limitado que poseen en esta etapa, sin embargo debe de tomarse en cuenta y buscar los hallazgos clínicos y /o de laboratorio que lo confirmen

2. INOCULACIÓN DIGITAL.

La inoculación o autoinoculación de verrugas vulgares de las manos a los niños en el tracto anogenital, es sospechado cuando se detecta el VPH tipo 2 positivo en los niños. La identificación de lesiones genitales con tipos de virus del papiloma humano que son característicos de las verrugas de manos o pies puede proveer evidencia de contacto sexual inocente, aunque no se puede eliminar la posibilidad de abuso sexual.

3.-TRANSMISIÓN POR FOMITES Y CONTACTO NO SEXUAL CASUAL.

Se propone este tercer mecanismo de transmisión por fomites o por contacto benigno social con adultos infectados. Se sugiere el mecanismo no sexual de transmisión que incluye el bañarse con un adulto infectado, pobre higiene y por fomites. Para establecer la infección es necesario el daño a la epidermis (17)

4.-TRANSMISIÓN POR ABUSO SEXUAL.

La transmisión sexual es un indicador de abuso en la mayoría de los estudios en donde los niños presentan condilomas acuminados. El abuso sexual se define como la agresión física, sexual, o emocional de los niños menores de 18 años de edad, ya sea por un miembro de la familia, tutor o cuidador que los dañen.

Los estudios epidemiológicos sugieren que aproximadamente 1 % de la población pediátrica son víctimas de lesiones no accidentales cada año. El porcentaje de abuso en niños clasificado por edad es :del nacimiento a los 5 años el 17%, de los 6 a 14 años el 57%, y de los 15 a los 17 años el 26%. Siendo más afectado el grupo de escolares (18)

La historia de abuso sexual en niños reporta como enfermedad más frecuente en ellos los condilomas acuminados en un 80% ,seguidos de infección por HIV en un 8%.

En nuestro medio existen pocos estudios(8). Ibarra y cols reportan en una serie de casos de 64 niños , un 90% de los casos con datos positivos de abuso sexual, siendo un familiar o una persona relacionada con la familia el responsable de dicha situación Siendo el grupo de edad más afectado de los 8 a 13 años similar a lo reportado por otros autores (19) .

DIAGNÓSTICO.

El diagnóstico de los condilomas acuminados se basa principalmente en la historia clínica . Puede realizarse biopsia con su correspondiente estudio histopatológico y tipificación del virus del papiloma humano.

A. CUADRO CLÍNICO.

La infección por VPH tiene 3 presentaciones:

- 1 -Clínica: Verrugas y ciertos cánceres detectables por la inspección
- 2 -Subclínica. Verrugas que biológicamente poseen un crecimiento de predominio endofítico poco marcado(en vez de exofítico, como las anteriores)y son reveladas por la aplicación del ácido acético y la histopatología
- 3 -Latente:Demostrada sólo por estudios moleculares genéticos en piel sin alteraciones visibles

Estas tres variedades pueden estar asociadas en un mismo paciente (20)

En su presentación clínica se describe lo siguiente:

Topografía

El cuadro clínico en los niños difiere del adulto siendo en su distribución anatómica más frecuente la localización perianal (34%) ,seguida de la vulvar (21.22) Para Stalder se reporta un 40% de involucro a vulva seguida de la región perianal y periuretral en un 34 y 17 % respectivamente (10) En el caso particular de las niñas, la vulva es el sitio de predilección por sus características anatómicas La vulva o pudendo femenino se denomina al espacio limitado por las formaciones labiales entre las cuales se abre la uretra y la vagina Se encuentra limitado por el periné que incluye la región perianal. La vulva está conformada por los labios mayores, los cuales se unen posteriormente para constituir la horquilla o comisura posterior ,situada delante de la fosa del vestíbulo;esta piel contiene numerosas glándulas sebáceas Los labios menores situados medialmente al labio mayor . El espacio intralabial ,el cual aparece cuando se separan los labios El clítoris y debajo de este el vestíbulo ,el meato urinario, el ostio vaginal bordeado por el himen, y el ostio vulvar rodeado por la mucosa Por último ,el periné ,que es el conjunto de partes blandas que cierra abajo la cavidad pelviana (23)

En los lactantes se encuentran aún bajo la acción hormonal de la madre, por lo cual son más susceptibles a la invasión por agentes infecciosos. En los adolescentes el involucro de los labios mayores y menores es similar a la encontrada en la mujeres En niños pequeños solo se reporta en un 16 % (24)

Variantes clínicas (morfología).

Las lesiones son generalmente múltiples y pequeñas, de color rosa, café grisáceas o pigmentadas. Pueden tener diferentes variedades, se describe las vegetantes que dan el aspecto de " coliflor" , la de tipo papular de tamaño pequeño, con una superficie total menor de 0.5 cm² , la pediculada o filiforme ,la de tipo macular o plana y se reporta la variante parecida al molusco contagioso. Son principalmente periorificiales y tienden a confluir (1.20).

Evolución .

El periodo de incubación varía de 2 a 3 meses en promedio, y se ha reportado hasta 20 meses antes de los síntomas clínicos. La mayoría cursan asintomáticos y en algunos casos puede presentarse leucorrea ,prurito ,defecación dolorosa ,o sangrado

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Los condilomas acuminados son fácilmente reconocidos, sin embargo en algunas ocasiones hay que realizar el diagnóstico diferencial con :

- 1 -Sífilis Secundaria Los condilomas son planos ,de base sésil ,de superficie lisa.
- 2.-Molusco contagioso. Son pápulas múltiples ,y umbilicadas en su porción central.
- 3 -Corona perlada del pene en los hombres adolescentes
- 4.-Con glándulas sebáceas pequeñas agrupadas a nivel de vulva que se considera una variante normal. (25)

ESTADO INMUNOLÓGICO.

El estado inmunológico del individuo juega un papel importante en la expresión clínica, encontrándose en niños con HIV una mayor persistencia de las lesiones (26)

HISTORIA NATURAL DE LOS CONDILOMAS

Dentro de la historia natural de los condilomas en los niños se reporta la regresión espontánea. En niños es de 2 a 5 años, siendo más frecuente en niñas, variando en un porcentaje de un 10 a un 30% (4). Sin embargo actualmente no existen datos concretos acerca de la transformación neoplásica a largo plazo en estos niños, por lo que algunos autores recomiendan su tratamiento y seguimiento sobre todo en aquellos niños que presentan VPH 16,18 (27)

INFECCIONES ASOCIADAS CON ABUSO SEXUAL.

En presencia de verrugas anogenitales en niños debe sospecharse abuso sexual, por lo cual debe realizarse un exámen pediátrico detallado que incluya desarrollo conductual y estado emocional, datos clínicos como himen cicatrizado, himen redundante, neovascularización, dilatación vaginal en ,y en varones relajación anal, fisuras, hiperpigmentación (28). Además debe de incluirse la búsqueda intencionada de otras infecciones de transmisión sexual tales como *N. gonorrea*, *C trachomatis*, y sífilis (29,30)

En un estudio prospectivo de 1538 niños de 1 a 12 años de edad se encontró de las enfermedades transmitidas sexualmente en 2.8% de los casos, seguido de condiloma acuminado en un 1.2%, *Clamidia trachomatis* en 1.2 %, *Treponema pallidum* 0.1% y

herpes simple 0.1%. Asociandolo a la historia clínica los indicadores más confiables de abuso sexual son encontrar clamidia trachomatis y N. gonorrhoeae (31) Otra serie de 47 niños se obtuvieron resultados similares(32)

TÉCNICAS DIAGNÓSTICAS

Los métodos diagnósticos para la HPV incluyen :

- 1 -El uso de ácido acético-genitoscopia se utiliza cuando se desea precisar el área total a tratar vecina a verrugas genitales clínicas , ó cuando existe sintomatología inexplicable en áreas sospechosas y en el control postratamiento.
- 2 -En la colposcopia se utiliza una lente amplifica mejor las lesiones .
- 3 -En la citología, se aprecian células gigantes multinucleadas que nos orientan hacia su origen viral,
- 4 -El estudio histopatológico se realiza en las siguientes situaciones: cuando se tiene duda en el diagnóstico ,en verrugas de más de 1cm, en ausencia de respuesta al tratamiento, empeoramiento durante la terapéutica, en lesiones pigmentadas y para descartar malignidad in situ. En la biopsia de piel se encuentra la hiperplasia de la epidermis con presencia de collocitos.
5. Técnicas para la tipificación del virus del papiloma humano. Entre los métodos de detección y tipificación del virus ,la hibridación del ácido nucleico es el más empleado e incluye Southern blot e hibridación in situ que en algunos estudios es más sensible que el PCR (32,33) .

IMPLICACIONES NEOPLÁSICAS

Aunque existe una clara relación entre el tipo del virus del papiloma humano y el potencial oncogénico. En los niños no existen estudios a largo plazo en donde se valore este riesgo. Sin embargo algunos autores reportan papulosis bowenoide en un niño de 2 años que presentaba condilomas acuminados desde lactante, y una niña de 14 años con carcinoma de cervix quien tenía el antecedente de condilomas durante su infancia. Motivo por lo cual debe de realizarse tipificación del virus para detectar los de alto riesgo (34 35)

TRATAMIENTO.

Actualmente existen varios tratamientos con resultados variables para los condilomas en los adultos, todos ellos tienen tasas importantes de fracaso y de recaída; por ende, la respuesta a cualquier modalidad debe revisarse a intervalos regulares para permitir cambios tempranos del tratamiento. Existen entre las modalidades terapéuticas las siguientes. Entre las aplicaciones tópicas a la podofilina, podofilotoxina y 5 fluoracilo, que actúan como antimitóticos. Los caústicos como el tricloroacético y ácido nítrico. Los inmunológicos como el imiquimod. Técnicas destructivas como la electrocoagulación, crioterapia, láser y cirugía. Infiltraciones intralesionales con alfa 2 interferón y 5 fluoracilo. Los efectos adversos de todos los métodos ablativos y tópicos incluyen molestias, dolor local, erosión y ulceración de la piel. (29). La elección del tipo del paciente dependerá del número, el tipo, la localización de las lesiones y la experiencia personal en el manejo de esta patología

ANTIMITÓTICOS:**A. PODOFILINA**

En los niños la podofilina ha sido la primera línea de tratamiento durante muchos años principalmente por su bajo costo , su fácil aplicación y su cura aceptable.

La podofilina usualmente se aplica en alcohol o benzoina a una concentración de 5 al 25%. Se aplican en el consultorio médico por especialista, debe de lavarse en 4 horas con un intervalo de una vez a la semana. Entre los efectos colaterales se reporta dolor, eritema ,exulceracion,sangrado. Efectividad del 68%

B. PODOFILOTOXINA

La podofilotoxina derivado de la podofilina tiene la ventaja de que se aplica intradomiciliariamente por la madre al cuidado del niño, dos veces al día,durante 3 días consecutivos a la semana,por 6 semanas, reportándose la misma tasa de curación que la anterior pero con menores efectos colaterales

5-FLUORACILO

Es un antimetabolito que se usa en forma tópica a concentración del 3 al 5 % en 1 a 2 aplicaciones por semana durante 3 a 8 semanas. La tasa de curación varía del 10 al 95%

CAUSTICOS:

- El ácido tricloroacético es un agente queratolítico que precipita proteínas, que se aplica en concentraciones entre el 50% cada 15 a 20 días. Las respuesta terapéutica oscila entre el 64 y el 81% y las recurrencias en el 36%

INMUNOESTIMULADORES:**-Imiquimod**

Actúa como amplificador de la respuesta inmune por estimular la producción local de alfa interferón y otras citocinas ,así como el factor de necrosis tumoral

Se utiliza en crema al 5%, 3 noches por semana durante 3 semanas hasta un lapso de 16 semanas. El índice de eliminación es de 56%

QUIRÚRGICOS.

La cirugía está indicada en las lesiones del canal anal, para evitar las secuelas estenóticas o en el caso de masas condilomatosas muy extensas. Tiene como desventaja la necesidad de anestesia y el postoperatorio Su efectividad se calcula entre el 89 y el 93%,con posibilidad de recaída del 19 al 22 %.

La electrocoagulación requiere anestesia local. La tasa de curación se calcula en 94% y las recurrencias en un 25%

La crioterapia es efectiva en cualquier localización, principalmente en lesiones pequeñas y en niños. Contraindicada en vagina por la posibilidad de perforación. Destruye las lesiones y estimula al sistema inmune. La efectividad es del 70 al 96% y la recaída del 25 al 39%.

TRATAMIENTOS SISTÉMICOS:

Entre los tratamientos sistémicos se han propuesto vacunas con material obtenido del mismo paciente. Se encuentra en experimentación la vacunación con segmentos L 1, L2 y otros epítopes del virus

Los interferones actúan reprimiendo la replicación viral. Se reservan en casos de condilomatosis difusas resistentes y en inmunosuprimidos o asociado a otros tratamiento. La dosis usada es de 3 a 5 millones de unidades, por vía subcutánea o intramuscular, 3 veces por semana durante 3 a 4 semanas. En inyecciones intralesiones se utiliza el alfa 2 interferón. La efectividad es del 36 al 53%.

La isotretinoína en dosis de 1mg/Kg/día durante 4 semanas, se utiliza en casos muy severos asociados a otros tratamientos

Otros tratamientos virales específicos son la técnica de la triple hélice que interfiere a nivel de la transcripción viral y la técnica de oligonucleótidos antisentido que actúa sobre la traducción viral. Se intenta su aplicación en inyecciones intralesionales o base de cremas liposomales.

SEGUIMIENTO.

Se realizará después de la curación clínica, con controles trimestralmente en los pacientes asintomáticos cada año. Entre los criterios de curación encontramos:

- 1.-Ausencia de evidencia clínica de condilomas acuminados
- 2.-Genitoscopia/colposcopia negativa en adolescentes negativa cada 3 meses el primer año y cada 6 meses el segundo año.

PRONÓSTICO.

Existen varias fallas al tratamiento. La opción terapéutica más eficaz en niños es desconocida y no está claro cuál es el significado pronóstico que conlleva la enfermedad recurrente en niños. Las recurrencias pueden ser secundarias por autoinoculación del VPH por un tratamiento inadecuado de las lesiones, ó a la aparición de focos subclínicos de infección. Adicionalmente nuevas lesiones pueden representar reinfección o abuso sexual recurrente en el niño. Por este motivo se debe recordar que la completa erradicación del virus puede ser imposible con cualquiera de las modalidades terapéuticas implementadas. El seguimiento a largo plazo es necesario en estos casos, más importante en los niños.

IV. TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

JUSTIFICACION

El interés sobre estas áreas surge a raíz de la creación de la Clínica de vulva por el servicio de Dermatología, en donde se aprecia un incremento en los casos de adultos con condilomas acuminados ,desconociéndose su prevalencia en la población pediátrica. Esto nos lleva a plantear y comparar de que forma se están comportando los condilomas acuminados en nuestra población pediátrica femenina, en relación a la literatura mundial ,con el fin de planear nuevas estrategias para su manejo , diagnóstico y prevención en este grupo en particular, conociendo algunos aspectos clínicos

OBJETIVOS:

GENERAL:

Conocer la prevalencia de los condilomas acuminados en la población pediátrica femenina de Julio de 1998 a Junio 2001 que acudieron a la Clínica de Vulva del Hospital General de México O D.

ESPECÍFICOS:

- 1.- Determinar el grupo de edad y sexo más afectado.
- 2.-Establecer cuáles son los tipos clínicos de los condilomas acuminados en nuestra área de estudio.
- 3.-Determinar los sitios más frecuentes de localización de los condilomas

IV. TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

JUSTIFICACION

El interés sobre estas áreas surge a raíz de la creación de la Clínica de vulva por el servicio de Dermatología, en donde se aprecia un incremento en los casos de adultos con condilomas acuminados ,desconociéndose su prevalencia en la población pediátrica. Esto nos lleva a plantear y comparar de que forma se están comportando los condilomas acuminados en nuestra población pediátrica femenina, en relación a la literatura mundial ,con el fin de planear nuevas estrategias para su manejo , diagnóstico y prevención en este grupo en particular, conociendo algunos aspectos clínicos

OBJETIVOS:

GENERAL:

Conocer la prevalencia de los condilomas acuminados en la población pediátrica femenina de Julio de 1998 a Junio 2001 que acudieron a la Clínica de Vulva del Hospital General de México O D.

ESPECÍFICOS:

- 1.- Determinar el grupo de edad y sexo más afectado.
- 2.-Establecer cuáles son los tipos clínicos de los condilomas acuminados en nuestra área de estudio.
- 3.-Determinar los sitios más frecuentes de localización de los condilomas

4 -Determinar el mecanismo de transmisión.

5 -Conocer los tratamientos más usados en nuestro medio y su eficacia .

DISEÑO Y DURACIÓN

Estudio retrospectivo, observacional y descriptivo.

MATERIAL Y MÉTODOS.

Se revisaron los expedientes clínicos de los pacientes del servicio de Ginecología (clínica de vulva) del Hospital General de México de Junio de 1998 a Julio del 2001, y se seleccionaron los expedientes con diagnóstico de condilomas acuminados en niñas de 0 a 18 años. Los datos obtenidos se recolectaron en un formato diseñado previamente para tal efecto. La información fue codificada para su análisis posterior.

VARIABLES:

Demográficas: Edad y Sexo

Características clínicas:

1.- Topografía:

- Perianal
- Introito
- Labios mayores
- Labios menores
- Periné
- Cérvix
- Vagina
- Clítoris

4 -Determinar el mecanismo de transmisión.

5 -Conocer los tratamientos más usados en nuestro medio y su eficacia .

DISEÑO Y DURACIÓN

Estudio retrospectivo, observacional y descriptivo.

MATERIAL Y MÉTODOS.

Se revisaron los expedientes clínicos de los pacientes del servicio de Ginecología (clínica de vulva) del Hospital General de México de Junio de 1998 a Julio del 2001, y se seleccionaron los expedientes con diagnóstico de condilomas acuminados en niñas de 0 a 18 años. Los datos obtenidos se recolectaron en un formato diseñado previamente para tal efecto. La información fue codificada para su análisis posterior.

VARIABLES:

Demográficas: Edad y Sexo

Características clínicas:

1.- Topografía:

- Perianal
- Introito
- Labios mayores
- Labios menores
- Periné
- Cérvix
- Vagina
- Clítoris

4 -Determinar el mecanismo de transmisión.

5 -Conocer los tratamientos más usados en nuestro medio y su eficacia .

DISEÑO Y DURACIÓN

Estudio retrospectivo, observacional y descriptivo.

MATERIAL Y MÉTODOS.

Se revisaron los expedientes clínicos de los pacientes del servicio de Ginecología (clínica de vulva) del Hospital General de México de Junio de 1998 a Julio del 2001, y se seleccionaron los expedientes con diagnóstico de condilomas acuminados en niñas de 0 a 18 años. Los datos obtenidos se recolectaron en un formato diseñado previamente para tal efecto. La información fue codificada para su análisis posterior.

VARIABLES:

Demográficas: Edad y Sexo

Características clínicas:

1.- Topografía:

- Perianal
- Introito
- Labios mayores
- Labios menores
- Periné
- Cérvix
- Vagina
- Clítoris

2 -Morfología .

-Tamaño de las lesiones en cm

-Color: café

color piel

rosadas

grisáceas

-Variantes clínicas

-Vegetante

-Papular

-Pediculado

-Macular o plana

3.-Evolución.

4.-Exámenes complementarios(cultivos,VDRL,HIV,colposcopia)

5.-Mecanismo de transmisión

-Transmisión perinatal

-Por autoinoculación de verrugas

-Por abuso sexual

-Por relaciones sexuales

6.-Vida sexual activa.

7.-Tratamiento empleado.

IV ANÁLISIS. Se utilizaron medidas de tendencia central y de dispersión, representándose los resultados en gráficas y tablas.

V.- RESULTADOS:

Se identificaron para su análisis 46 casos diagnosticados clínica y/o histológicamente como condilomas acuminados y se reportan los siguientes resultados:

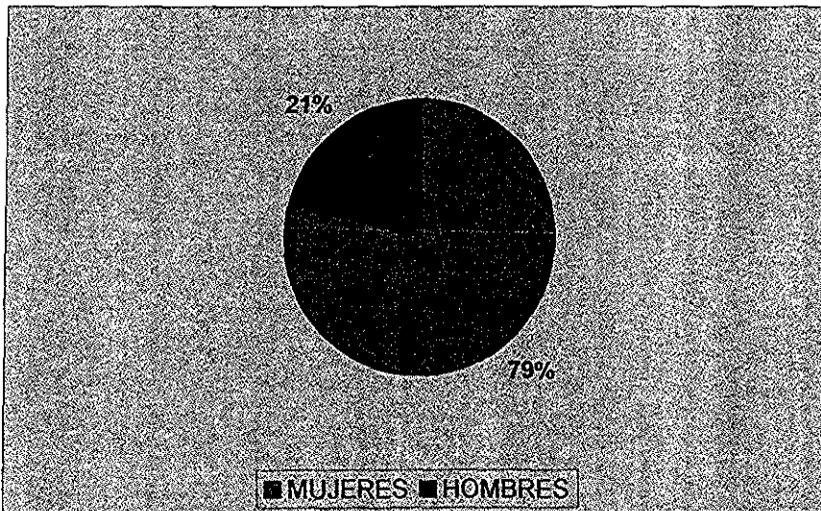
VARIABLES DEMOGRÁFICAS.

1. GÉNERO.

En todos los grupos fue más afectado el sexo femenino en un 78%, a diferencia del sexo masculino en un 21.7%. con una proporción de 4:1. En lo sucesivo solo se tomará la población femenina que correspondió a 36 casos. **GRAFICA 1.**

GRÁFICA 1.

Distribución por género, (n=46)



IV ANÁLISIS. Se utilizaron medidas de tendencia central y de dispersión, representándose los resultados en gráficas y tablas.

V.- RESULTADOS:

Se identificaron para su análisis 46 casos diagnosticados clínica y/o histológicamente como condilomas acuminados y se reportan los siguientes resultados:

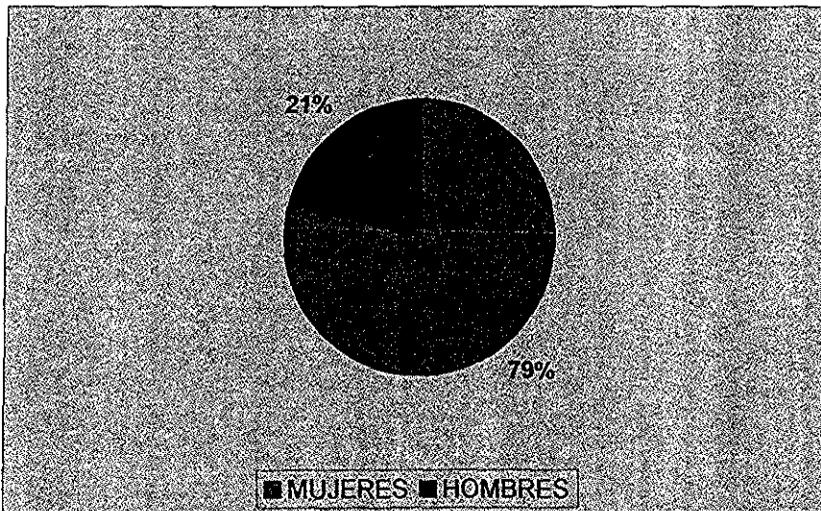
Variables demográficas.

1. GÉNERO.

En todos los grupos fue más afectado el sexo femenino en un 78%, a diferencia del sexo masculino en un 21.7%. con una proporción de 4:1. En lo sucesivo solo se tomará la población femenina que correspondió a 36 casos. **GRAFICA 1.**

GRÁFICA 1.

Distribución por género, (n=46)



EDAD.

La edad promedio fue de 14 años (DE de 5.3), predominando por grupo etáreo los adolescentes en 22 casos (61%), seguido del grupo de preescolares en 7 casos (19.4%), escolares 5 casos (13.8%) y lactantes en 2 casos (5.5%). **TABLA 1.**

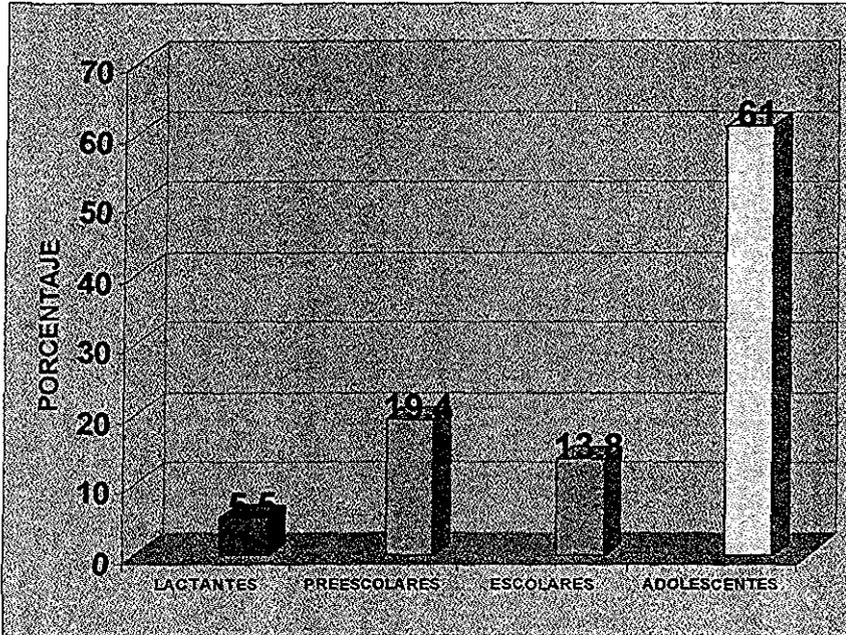
GRAFICA 2.

TABLA 1.
CONDILOMAS ACUMINADOS EN LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA FEMENINA
DISTRIBUCIÓN POR GRUPO DE EDAD (n=36)

	NUMERO	PORCENTAJE
LACTANTES	2	5.5%
PREESCOLAR	7	19.4%
ESCOLAR	5	13.8%
ADOLESCENTES	22	61%

GRÁFICA 2.

CONDILOMAS ACUMINADOS EN LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA FEMENINA
DISTRIBUCIÓN POR GRUPO DE EDAD



ASPECTOS CLÍNICOS:

TOPOGRAFÍA.

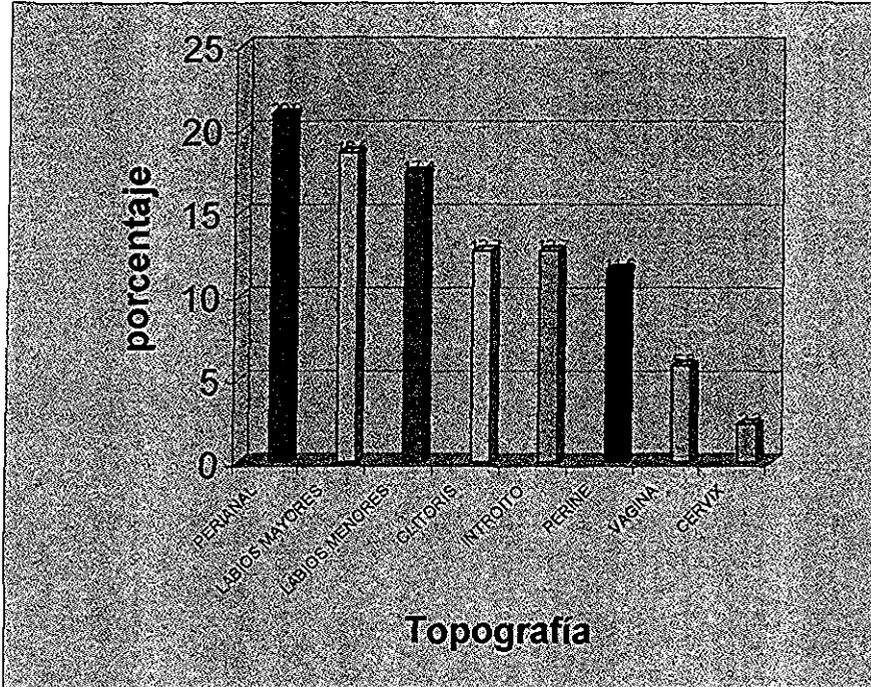
La topografía más frecuente fue la región perianal con 18 casos (20.9%) , a nivel de introito en 16 casos (18.6%), labios menores en 15 casos (17.4%),labios mayores 11(12.7%), cervix en 11(12.7%),periné 10 (11.6%) y vagina en 5 casos (5.8%) GRÁFICA 3

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRÁFICA 3.

CONDILOMAS ACUMINADOS EN LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA FEMENINA.

Distribución por área topográfica.



Por grupo de edad no hubo grandes diferencias significativas, encontrándose en lactantes y preescolares del sexo femenino, mayor afección en el introito en 6.2 y 31.2% respectivamente. En escolares y adolescentes, de ambos sexos, la región perianal en un 10.5% y 68.4%, siendo en este último grupo además labios mayores, menores y cervix. **TABLA 2.**

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

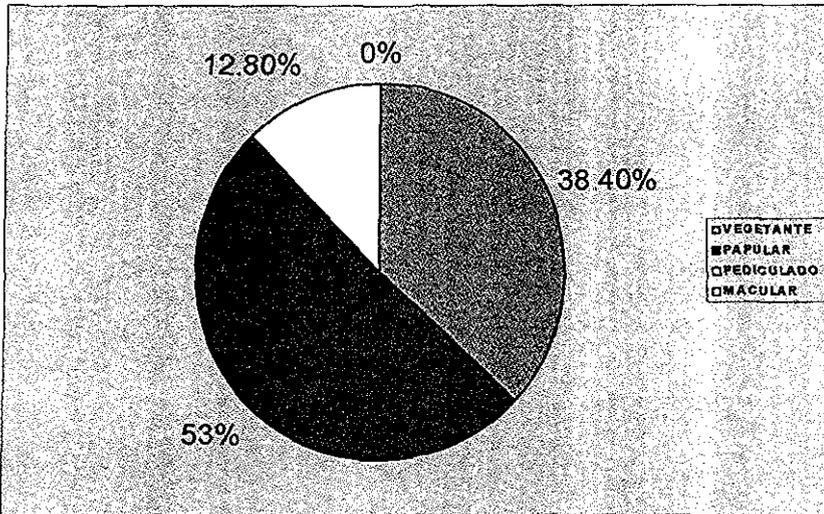
TABLA 2
 CONDILOMAS ACUMINADOS EN LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA
 TOPOGRAFÍA DE ACUERDO A GRUPO DE EDAD (n=96)

GRUPO DE EDAD	PERIANAL	INTROITO	LABIOS	LABIOS	PERINÉ	CERVIX	VAGINA	CLITORIS
			MENORES	MAYORES				
LACTANTES	1	1	0	0	0	0	0	0
PREESCOLARES	3	5	3	1	1	0	0	0
ESCOLARES	2	1	0	1	0	0	0	0
ADOLESCENTES	13	9	12	9	10	11	5	2

MORFOLOGÍA.

El tamaño promedio fue de 0.5cm con un rango de(0.2 a 3cm) ,la mayoría del color de la piel o rosa en un 68% La variedad clínica más frecuente es de tipo papular en 19 casos (48.7%), en segundo lugar la de tipo vegetante en 15 casos (38.4%), seguido de los tipos pediculados en 5 casos (12.8%), sin reportarse las demás variedades clínicas **GRÁFICA 2**

GRÁFICA 2.
VARIETADES CLÍNICAS.



Por grupo de edad prevaleció la misma proporción a excepción de los lactantes en donde la forma vegetante fue más frecuente en un 13.3%. TABLA 3.

TABLA 3.
CONDILOMAS ACUMINADOS EN LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA FEMENINA
MORFOLOGÍA DE ACUERDO A GRUPO DE EDAD

	PAPULAR	VEGETANTE	PEDICULADO	PLANO MACULAR	O
LACTANTE	0	2	0	0	
PREESCOLAR	4	5	0	0	
ESCOLAR	2	2	1	0	
ADOLESCENTE	13	6	4	0	

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

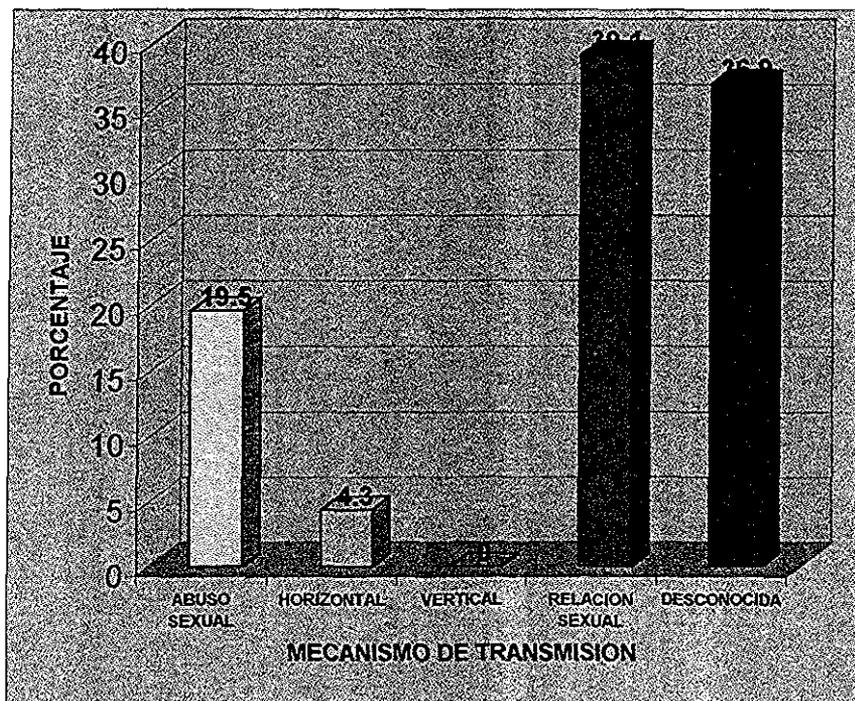
MECANISMO DE TRANSMISIÓN.

El mecanismo más frecuentemente encontrado fue por transmisión sexual en 14 casos (38.8%) que correspondió al grupo de los adolescentes en la misma proporción. En este mismo grupo se observó que los 14 casos habían iniciado su vida sexual activa en promedio a los 14 años.

En un porcentaje importante de los casos 11 (30.5%) no se obtuvo información adecuada sobre el mecanismo de transmisión. En los preescolares se documentó abuso sexual en 4 casos (50%) y en escolares 3 casos (50%), siendo un familiar los más frecuentemente involucrados. En 1 caso se encontró incontinencia fecal y dilatación anal y en otro himen perforado. Solo en 2 casos (incluyendo a un lactante), se reportó transmisión por inoculación de verrugas vulgares de la persona que lo cuida, en estos casos la madre

GRAFICA 3 Y TABLA 4.

GRÁFICA 3.
CONDILOMAS ACUMINADOS EN LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA FEMENINA.
DISTRIBUCIÓN POR MECANISMO DE TRANSMISIÓN.



El mecanismo horizontal se refiere a la transmisión por autoinoculación de las verrugas y la transmisión vertical la originada perinatalmente.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA 4
 CONDILOMAS ACUMINADOS EN LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA FEMENINA
 MECANISMO DE TRANSMISIÓN DE ACUERDO A GRUPO DE EDAD

	PERINATAL	AUTO- INOCULACION	ABUSO SEXUAL	DESCONOCE	RELACION SEXUAL
LACTANTES	0	1	0	1	0
PREESCOLAR	0	0	4	3	0
ESCOLARES	0	1	3	1	0
ADOLESCENTE	0	0	2	6	14
TOTAL	0	2	9	11	14
PORCENTAJE	0	5.5%	25%	30.5%	36%

EVOLUCIÓN.

En promedio el tiempo de evolución al momento de la primera consulta fue de 3.8 meses con un rango de (2 días a 1 año)

INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA

En promedio a los 14 años.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS.

En 19 casos (52.7%) se reportó por examen directo y /o cultivo la presencia de *Candida*. En 2 casos (5.5%) en el exudado cervico -vaginal *E. coli*, y en 1 caso (2.7%) *Trichomona vaginalis*. Solo en 5 casos se realizó VDRL y HIV reportándose negativos. Se practicó colposcopia a 13 pacientes (36.1%) del grupo de adolescentes con hallazgos de cervicitis crónica en 3 casos , en 11 condilomatosis cervical (85%) ,y en 5 casos con reporte histopatológico de NIC 1 que requirieron resección en asa.

En 2 casos cursaban en el tercer trimestre del embarazo cuando se realizó el diagnóstico de condilomatosis vulvar.

TRATAMIENTO.

El tratamiento más usado en todos los grupos de edad fue con podofilina en 12 casos (33.3%), con un porcentaje de curación del 33%, crioterapia en 3 casos (8.3%), cirugía en 3 casos bajo anestesia (8.3%), rasurado y electrocoagulación en 6 casos (16.6%) ,todos ellos con curación de las lesiones. Con podofilotoxina 3 casos (8.3%), y tratamiento combinado en 9 casos que corresponde al 25%. Los pacientes que requirieron cirugía fueron hospitalizados. **TABLA 5 .**

TABLA 5
CONDILOMAS ACUMINADOS EN LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA FEMENINA
TRATAMIENTOS EMPLEADOS (n=36)

TIPO DE TRATAMIENTO	NÚMERO	PORCENTAJE
PODOFILINA	12	33.3%
CRIOTERAPIA	3	8.3%
CIRUGÍA	3	8.3%
RASURADO Y ELECTROCOAGULACIÓN	6	16.6%
PODOFILOTOXINA	3	8.3%
COMBINADOS.*	9	25%

*Entre los tratamiento combinados, el uso de podofilina + crioterapia fue el más frecuente en 6 pacientes, en 2 imiquimod + crioterapia , y en un paciente requirió podofilina ,imiquimod y crioterapia. El promedio de aplicaciones de podofilina fue de 4 veces

DISCUSIÓN

En el presente trabajo se identificaron 46 casos diagnosticados como condilomas acuminados en la población pediátrica. De esta población se encontró que 36 casos correspondían al sexo femenino, de los cuales todos habían sido atendidos en la clínica de vulva del servicio de ginecología y a cargo del servicio de dermatología. No fue posible localizar expedientes de otros servicios, ya que se cuenta con mal control de las estadísticas de estos casos, y varios de los expedientes de niños con abuso sexual por su carácter legal, no se tiene acceso. El sexo femenino fue el más afectado en un 78 % que va acorde con lo reportado en la literatura. En los pocos estudios mexicanos a este respecto se consideran al grupo de los preescolares el principal en frecuencia. En nuestro trabajo fueron más adolescentes en un 61%, seguidos del grupo preescolar en segundo lugar. Esto puede explicarse por el subregistro de datos en la población de estas edades, siendo más frecuente la atención de este rubro de edad en la clínica de vulva.

Llama la atención, que los adolescentes inician tempranamente su actividad sexual, e inclusive se está detectando un gran porcentaje de ellas que presentan cambios neoplásicos a nivel de cervix, lo cual nos indica que es necesario protocolizar la tipificación del virus del papiloma humano para llevar un control y seguimiento estrecho a estos pacientes de alto riesgo. Por abuso sexual, el grupo de los preescolares y escolares son los más afectados, en los cuales el impacto psicológico es muy severo, al igual que el manejo.

Se lleva protocolizado el tipo de tratamiento a seguir sobre todo en el grupo de adolescentes, aplicándose inicialmente podofilina una vez por semana 3 veces, en caso de pobre respuesta se inicia criocirugía y finalmente imiquimod. En pacientes

embarazadas se inicia con criocirugía o tricloroacético dependiendo el caso. En los niños se individualiza su tratamiento acorde a su topografía y morfología de las lesiones. En el caso de la variedad pediculada, si el número es escaso se decide el rasurado y electrocoagulación con anestesia local, en los casos en donde las lesiones y el área a tratar son pequeñas, puede optarse por el uso de podofilotoxina intradomiciliariamente con control semanal por 6 semanas o el de imiquimod. En los casos vegetantes en los cuales es muy extenso el cuadro se utiliza incluso el uso de cirugía bajo sedación. En los niños se observó que hasta en un 25% de los casos requirieron de tratamiento combinado y algunos requirieron crioterapia bajo sedación e inclusive cirugía.

CONCLUSIONES.

- 1 -Se identificaron 46 casos diagnosticados como condilomas de la población de ambos sexos, siendo 36 casos la población pediátrica femenina motivo de estudio.
- 2- El grupo de edad más afectado fueron adolescentes en 61%,y en segundo lugar preescolares 19.4%.
- 3 - En todos los casos predominó el sexo femenino.
- 4 - La topografía más frecuente en todos los casos fue región perianal, a excepción de lactantes y preescolares que fue en introito.
- 5 - La mayoría de las lesiones midieron 0.5cm y la variedad clínica fue la papular, seguida de la vegetante
- 6 - El tiempo promedio de evolución fue de 3 meses.
- 7 -El mecanismo de transmisión en adolescentes fue por contacto sexual en un 38.8% y en preescolares y escolares por abuso sexual.
- 8 - Se encontró vulvovaginitis por candida en un 52.7%
- 9 El inicio de vida sexual activa empieza a una edad más temprana ,con un promedio a los 14 años, y un porcentaje alto de estos adolescentes (13.8%) presentan cambios en el epitelio transicional .
10. El tratamiento más empleado es la podofilina en un 33.3%,con una tasa de curación del 33%. Se observó que hasta un 25% de los casos requirió tratamiento combinado para su curación. Los métodos de destrucción local tales como la crioterapia tuvieron buenos resultados,al igual que los métodos quirúrgicos.
11. Se requieren mejores registros y la implementación de rutina del tipo de virus del papiloma humano para detectar casos subclínicos y llevar un seguimiento más

estrecho en los casos en que se identifique los subtipos de alto riesgo para transformación neoplásica.

REFERENCIAS:**Definición**

1 Alans Boyd. Condylomata acuminata in the pediatric population Am J Dis Child .1990;144:817-24.

Epidemiología

2 Mitchell Bender, Franklin Pass.MD Papillomavirus and cutaneous malignancy. Int J Dermatology 1981;20(7):468-74.

3 Norman Syres Condyloma acuminatum. Int J Dermatology. 1995;115:297-302.

4. Angel Allan ,MD, Elaine c. Siegfried. The natural history of condyloma in children. JAAD 1998;39:951-5.

5 - Moreno Jiménez . Human papillomaviruses:pediatric perspective on a family of multifaceted tumorigenic pathogens. Pediatric Infect Dis J 1990;9:836-44

6 Lowy gabriela. Sexually transmitted disease in children Pediatric Dermatology 1992;9(4):329-34.

7. Stumpf . Increasing occurrence of condylomata acuminata in premenarchal children.Obstet Gynecol. 1980;56:262-64.

8. G Ibarra Durán. L Pérez Garridos. Y C. Mena Cedillo. Condiloma acuminado en niños:forma de adquisición. Informe de 64 casos. Dermatología Rev Mex 1995;39(3):137-41.

9. Bender ME. New concepts of condiloma acuminata in children. Arch Dermatol 1986;122:1121-4

10 Stalder Heloury. Condylomas ano-genitiaux chez l'enfant et sévices sexuels. Ann Dermatol Venérol. 1989 116:265-68

11. Anna Barbara Mosciki. Human Papillomavirus infectious. Arch in Pediatric 1992.;39:257

12. Mark Cobb Human papillomavirus infection. JAAD 1990;22(2):547-66

13. Anders Strand Mb ,Eva Rylander Md. Virus del papiloma humano. Manifestaciones subclínicas y atípicas. Clínicas de Dermatología 1998.

14 Obalete Slavomir. Condylomata acuminata in children:Frecuent association with human papillomaviruse responsible for cutaneous warts. JAAD 1990;23:205-13

15. Rock B, Naghasfar Z, Barnett, Etal. Genital tract papilloma virus infection in children. Arch Dermatol 1986;122:1129-32

16 Jhandley, M.D E. Hanks. K. Armstrong. Common association of HPV 2 with anogenital warts in prepuberal children. Pediatric Dermatology. 1997;14(5):339-343.

Mecanismo de transmisión

17 -Laura T Gutman ,Marcia Herman ,Giddens, William. C. Transsmission of human genital papillomavirus disease: comparison of data from adults and children. Pediatrics 1993; 91(1):31-38

18. Sanford J Fenton, Jerry Bouquot, John Unkel. Orofacial emergencies. Emergency medicine clinics of north America. 2000;18(3)

19. Lee Coleman Medical Examination for sexual abuse: have we been misled? 1989 vol 1 . IPT.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

Cuadro clínico

20 Marini Mario, Oxilia Mano. Tratamiento de las verrugas genitales. Act Terap Dermatol 1999;22:10-16.

21 Teillac Hamel. P. Delanoe. Dermatoses vulvaires de L' Enfant. Ann Dermatol Venérol. 1992;119:991-98.

22 Herrera Saval. A. Rodríguez Pichardo García. Verrues ano-génitales chez les enfants, Ann Dermatol Venérol. 1990;117:523-26

23 Latarjet-Ruiz Liard. Anatomía humana. 1989, Volumen II. 2a edición pp 1757-1760.

24 -Terrier Williams Md Jeffrey P. Callen And Lafayette G. Owen MD. Vulvar disorders in the prepubertal female Pediatric Annals 1986; 15(8): 589-97

Diagnóstico diferencial

25 -Walter Rosenfeld ,Md. Sexually transmitted disease in adolescents:update 1991. Pediatric annals 1991 20(6):303-313.

Estado inmunológico.

26. Lutz Gissmann Phd. Inmunologic Responses to human papillomavirus infection. Obstetric and Gynecology clinics. 1996;23(3):625-30

Regresión espontánea.

27. Massing Am-Estonia. Natural history of warts:a two year study. Arch Dermatol 1963;87:306-10

28 American Academy Of Task Force Of Pediatric Dermatology. Genital warts anal sexual abuse in children. JAAD 1984;11:529-30.

29. Cohen B.A, Honing Op, Androphy Ep. Anogenital warts in children. Clinical and virologic evaluation for sexual abuse. Arch Dermatol 1990;126:1575-80.

30.Schachner J.Hankin Assesing child abuse in childhood condyloma acuminatum.
JAAD 1988;12:157-60

31.Heidi M Bayer,Yi Ting Ms, Catherine E Greer,Janet C Chambers Etal Genital Human papillomavirus infection in female university students as determined by a PCR. Based method. JAMA 1991;265(4) 472-77.

32 Franklyn N Judson Laboratory diagnosis of sexually transmitted infections .
Pediatric annals. 1994;23:361-8.

Implicaciones neoplásicas.

33. Timothy P. Cripe,Md,Pf. Human papillomaviruses:pediatric perspective on a family of multifaceted tumorigenic pathogens. Pediatric Infect Dis J 1990;9:836-44

34 -Reeves Wc Rawls We,Brinton La : Epidemiology of genital papillomavirus and cervical cancer. Rev Infect Dis 1989;11:426-39

Tratamiento.

35 Max Raymond. Tratamiento de verrugas genitales .Clinicas de Dermatología 1998