
Infección por el virus del papiloma humano (VPH)

Tratamiento y seguimiento de las lesiones subclínicas

3

EN LA MUJER (CUELLO, VAGINA Y VULVA)

Lesión de alto grado

Existe un total acuerdo en que todas las lesiones de alto grado deben tratarse, especialmente las del cuello uterino por su mayor tendencia a progresar hacia una lesión invasora.

El tratamiento de elección en estas lesiones es el escisional (preferentemente con asa diatérmica), que permite el estudio histológico de toda la lesión y descartar una posible microinvasión. En algunas lesiones extensas y multifocales de vagina y vulva, localizaciones donde parece que la evolución hacia una lesión invasora es menos evidente, cabría la posibilidad de emplear tratamientos destructivos como el láser, que tiene la ventaja de ser menos agresivo y mutilante.

Estas pacientes deben ser sometidas a un seguimiento estricto, debido a la posibilidad de recidivas, especialmente en la localización vulvar.

Los controles serán cada 3 meses durante el primer año y semestrales el segundo año y, en caso de que no aparezcan recidivas, se pasará al control anual.

Lesión de bajo grado

Entre las lesiones de bajo grado no existe consenso sobre la conveniencia de tratar la totalidad de las lesiones de bajo grado. Existen diversas opciones:

1. *Conducta expectante*, tratando sólo aquellas lesiones que persistan o progresen. Esta opción tiene en cuenta la historia natural de las lesiones de bajo grado, entre las que existe un alto porcentaje de regresiones espontáneas. De esta forma se evitan tratamientos innecesarios en lesiones que regresarán de forma espontánea. Quienes defienden esta opción también se basan en que pocos casos progresarán hacia una lesión invasora.

2. *Tratar todas las lesiones*. Quienes defienden la conducta activa consideran que el tratamiento evitará la aparición del cáncer. La tasa de curación con los tratamientos actuales es muy alta. El tratamiento evita la pérdida de pacientes en el seguimiento y, probablemente, produce menos impacto psicológico que la conducta expectante, que obliga a seguir unos controles estrictos.

3. *Tratar según un segundo cribado*. En este caso se indicaría la determinación y tipificación del VPH y, en caso de que se tratase de un tipo de alto riesgo, sería razón suficiente para instaurar el tratamiento, ya que el riesgo de progresión es más alto.

En las lesiones de bajo grado de la vagina y la vulva se tiende más a la observación que al tratamiento, especialmente por su bajo potencial de malignidad, y se tratan únicamente aquellos casos que presenten sintomatología. El tratamiento de elección, en el caso de que se realice, es el escisional, al igual que en las lesiones de alto grado. Sin embargo, en

- 2 lesiones de bajo grado pequeñas, alejadas de la unión escamocilíndrica, así como en pacientes controladas puede realizarse un tratamiento destructivo local.

El seguimiento de estas pacientes será cada 6 meses el primer año, pasando luego a controles anuales.

EN EL HOMBRE

En la actualidad existe controversia sobre la actitud terapéutica que debemos mantener sobre las lesiones subclínicas. Esta situación se basa, fundamentalmente, en que desconocemos su grado de

capacidad infectiva y en la evidencia de que, en muchos casos, involucionan de forma espontánea. Probablemente, estas reticencias se obviarán en un futuro cuando tengamos disponible un tratamiento que solucione la infección.

Cuando hacemos un diagnóstico de infección subclínica, ponemos en evidencia una forma de expresión morfológica de la infección por el VPH, por lo que nuestro comportamiento debe obligar, cuando menos, a realizar un seguimiento y una vigilancia de la misma. La presencia de estas lesiones en genitales externos (pene, vulva y ano) resulta accesible a la aplicación de tratamientos médicos actuales, con resultados óptimos.