

Tratamiento y seguimiento del condiloma acuminado

El tratamiento del CA debe establecerse en el contexto de la realidad de que se van a tener fracasos terapéuticos y una elevada o moderada tasa de recidivas (8-33%), por lo que el objetivo terapéutico será procurar períodos sin condilomas y no aplicar métodos muy agresivos. Sin embargo, los tratamientos a nuestro alcance no dejan de tener sus efectos adversos (escozor, dolor, ulceración etc.), que hay que indicar al paciente. Asimismo, no disponemos de un tratamiento específico para el CA y la desaparición de la lesión condilomatosa no significa la eliminación del VPH.

El método previo al tratamiento consistirá en descartar otra posible ETS asociada e incluirá exploración de la(s) pareja(s) y su tratamiento, en su caso. El plan de tratamiento en cada caso vendrá determinado por una serie de factores, que pueden condicionar la elección terapéutica, como son:

1. Número, tamaño y distribución anatómica de las lesiones, su extensión, grado de queratinización, tiempo de evolución y resistencia a otros tratamientos.
2. Estado inmunitario del paciente.
3. Eficacia, disponibilidad y facilidad de aplicación del método terapéutico.
4. Toxicidad.
5. Coste.
6. Edad.
7. Preferencia del paciente y experiencia previa del mismo.

8. Experiencia del especialista con el método que va a utilizar y el medio sanitario donde se realice el tratamiento.

Aunque puede existir la posibilidad de una regresión espontánea, la tendencia generalizada es tratar las lesiones clínicas con el fin de controlar la enfermedad, aliviar la ansiedad del paciente y mejorar su autoestima. La posibilidad de que contengan virus oncogénicos, aunque infrecuente, es otra razón que inducirá al tratamiento.

Los métodos de elección utilizados en la actualidad, siguiendo las últimas recomendaciones de los Centres for Disease Control and Prevention (CDC) de 1998 de los EE.UU., que se disponen también en España, son de dos tipos: métodos aplicados por el propio paciente, como la podofilotoxina al 0,5% en solución o gel o el imiquimod crema al 5%, y métodos administrados por el médico especialista, como la crioterapia con nitrógeno líquido, extirpación quirúrgica o la resina de podofilino al 10-25%.

MÉTODOS TERAPÉUTICOS ADMINISTRADOS POR EL PROPIO PACIENTE

La podofilotoxina al 0,5% se aplica localmente dos veces al día durante 3 días consecutivos, seguidos de 4 días sin tratamiento, y pueden repetirse hasta cuatro ciclos (4 semanas). Es eficaz en condilomas del pene y lesiones cutáneas vulvares.

El riesgo de toxicidad sistémica es bajo y puede provocar irritación local leve. Está contraindicada en lesiones mucosas y en el embarazo. La podofilotoxina al 0,15% en crema es eficaz en condilomas anales. En general, presenta recurrencias frecuentes.

El 5-fluorouracilo tópico es poco útil y muy irritante, aunque puede ser de utilidad en las lesiones mucosas, incluso asociadas a lesiones intraepiteliales, y este tratamiento debe hacerse bajo estricto control médico por el riesgo de ulceraciones de larga duración.

El imiquimod es la primera de una familia de moléculas (aminas heterocíclicas imidazolinicas) que, a diferencia de los tratamientos disponibles hasta la fecha, no actúa destruyendo las lesiones sino induciendo la síntesis local de citocinas, principalmente interferón alfa, modificando así la respuesta inmunitaria del organismo infectado por el VPH. Este mecanismo de acción conduce a la eliminación de las lesiones, como se demostró en un ensayo doble ciego, controlado con placebo, en el que se incluyó a 311 pacientes y en el que se alcanzaron tasas de eliminación completa de las verrugas genitales y perianales externas de un 56% en el grupo tratado con imiquimod crema al 5%. La eficacia observada fue mayor en mujeres (77%) que en hombres (40%), si bien estos porcentajes aumentaban de forma considerable (el 81% en total de pacientes; el 91% en mujeres y el 74% en hombres) cuando la variable medida de eliminación era igual o superior al 50% del área de verrugas. Los efectos terapéuticos del imiquimod se empezaron a percibir en las primeras 2-4 semanas, y la mediana hasta la completa desaparición de las lesiones se situó en 8 semanas en las mujeres y 12 semanas en los hombres.

Uno de los datos más interesantes encontrados en este estudio fue la baja tasa de recurrencias (un 13% a las 12 semanas), lo que podría estar en relación con la potenciación de la respuesta inmunitaria mediada por el imiquimod. El tratamiento fue bien tolerado por los pacientes, aunque apareció eritema en dos tercios de los pacientes y erosión o ulceración con menor frecuencia. Sólo un 6% de los pacientes experimentó dolor. En su mayoría, las reacciones fueron de intensidad leve o moderada, por lo que la tasa de abandonos del tratamiento estuvo por debajo del 2%.

MÉTODOS TERAPÉUTICOS ADMINISTRADOS POR EL PROFESIONAL SANITARIO

Los métodos terapéuticos recomendados por los CDC para ser administrados por el profesional sanitario, como la crioterapia con nitrógeno líquido, la resina de podofilino al 10-25% o la extirpación quirúrgica con bisturí frío o electrocoagulación, suelen realizarse en centros de especialidades u hospitalarios.

Otros tratamientos alternativos, como la cirugía con láser de CO₂ o los tratamientos de localizaciones infrecuentes, como los CA del meato uretral o los CA anales, que precisan en ocasiones anestesia general, deben orientarse siempre hacia un medio hospitalario, porque en ocasiones precisan de una colaboración multidisciplinaria.

De los tratamientos tópicos aplicados por el médico, la resina de podofilino al 10-25 % está en desuso, por sus efectos secundarios, su toxicidad y su dosificación impredecible. Los ácidos bi y tricloroacético también son de escasa utilización en nuestro medio, y pueden aplicarse en mucosas, lesiones poco extensas y durante el embarazo.

Entre los tratamientos quirúrgicos, puede incluirse la escisión quirúrgica mediante tijeras o bisturí frío y también la electrocoagulación que, aunque controla con dificultad la profundidad de destrucción, puede aconsejarse cuando haya un pequeño número de lesiones. La crioterapia con nitrógeno líquido es en la actualidad muy utilizada, controla mejor la profundidad de destrucción y es de gran eficacia. La utilización del láser de CO₂ permite el control más preciso de la profundidad de destrucción y consigue muy buenos resultados.

En general, en caso de lesiones iniciales, pequeñas y poco extensas se pautarán, de forma preferente, métodos terapéuticos tópicos aplicados por el propio paciente o por el médico, mientras que en lesiones antiguas, más extensas y recidivantes, se debe tender a emplear tratamientos quirúrgicos. En lesiones muy extensas y recalcitrantes puede contemplarse la posibilidad de un tratamiento mixto, quirúrgico y médico.

SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES TRATADOS Y SU(S) PAREJA(S)

Tratados y desaparecidos los CA, el paciente debe controlarse periódicamente, sobre todo en los primeros 3 meses, que es cuando más recidivas se produ-

0 cen. No obstante, su control debe ser más duradero, recomendando al paciente su propia vigilancia, educándolo y asesorándolo sobre cualquier duda respecto a su contagiosidad y recidivas más tardías, y ayudándolo en ocasiones en aspectos psicológicos.

La pareja sexual del individuo diagnosticado de infección por el VPH debe ser explorada por el especialista, tanto física (genitales externos, ano) como citológicamente (vagina, cérvix), no sólo para la de-

tección de CA sino de cualquier otra ETS asociada, así como para prevenir el cáncer cervical o genital de otra localización.

Tras el tratamiento de ambos y la desaparición de las lesiones visibles, se les debe informar de que el VPH probablemente no se ha eliminado y que la utilización de preservativos puede disminuir, pero no eliminar, el riesgo de transmisión a compañeros no infectados.