
Infección por el virus del papiloma humano (VPH)

4

Situaciones especiales en la infección genital

EMBARAZO

Debido a la depresión inmunológica existente y a la mayor concentración de hormonas esteroides, durante el embarazo existe un mayor riesgo de infección por el VPH y de difusión de la enfermedad, de manera que puede aceptarse que el 2,5% de todas las gestantes presentará condilomas genitales, de los cuales una buena parte disminuirá o regresará después del parto; en cambio, las lesiones subclínicas experimentan pocas modificaciones durante el embarazo.

La transmisión de la infección al recién nacido suele producirse durante su paso a través del canal del parto, aunque hay algún estudio que detecta ADN viral en líquido amniótico con membranas íntegras. La consecuencia más importante de la infección viral del recién nacido es la papilomatosis laríngea juvenil, si bien se cree que el riesgo de ésta oscila entre uno de cada 400 a 1.500 recién nacidos de madres infectadas con el virus. También pueden desarrollarse condilomas anogenitales, especialmente en los recién nacidos de partos de nalgas, y raramente lesiones conjuntivales.

Básicamente, deben distinguirse dos situaciones especiales: gestantes con condilomas acuminados y gestantes con una lesión preneoplásica.

Gestante con condilomas acuminados

El tratamiento puede realizarse con ácidos tri o bichloroacético, crioterapia, vaporización con láser de CO₂ o escisión con asa diatérmica. El resto de los

tratamientos están contraindicados, excepto el imiquimod.

Gestante con lesiones preneoplásicas

Tales lesiones no suelen progresar durante el embarazo, razón por la que la mejor conducta será una estrecha vigilancia citológica y colposcópica en cada trimestre, demorando el tratamiento para después del parto.

La vía del parto debe ser la vaginal salvo, en casos de condilomas floridos que impidan el paso a través del canal del parto o que conlleven un alto riesgo de hemorragia.

INMUNOSUPRESIÓN

Mujeres

Las mujeres inmunodeprimidas, bien sea por padecer una infección por el VIH, bien por estar sometidas a tratamientos inmunosupresores, tienen un riesgo más elevado de desarrollar una infección por el VPH, tanto en sus formas clínicas como subclínicas, así como de que la infección sea más extensa y evolucione más rápidamente. Los grandes condilomas suelen observarse con frecuencia en estas mujeres.

Las lesiones precursoras, especialmente en el cuello uterino, son más frecuentes y avanzadas y progresan más rápidamente, y los fracasos de tratamiento son más numerosos, existiendo un alto índice de recurrencias.

Las pacientes con riesgo más elevado son aquellas con los valores más bajos de linfocitos T CD4 (menos de 200 células/ μ l) y las que presentan una alta carga viral del VIH.

Desde que se realizan tratamientos antirretrovirales de alta eficacia (TARGA), parece detectarse una disminución o mejoría de las lesiones precursoras, aunque hasta la actualidad no se ha comprobado un descenso significativo en la incidencia de cáncer cervical.

Generalmente, es recomendable en estas mujeres al menos un control citológico anual aunque, dependiendo de las condiciones inmunológicas del caso y de las posibilidades diagnósticas, debe contemplarse la posibilidad de un seguimiento citocitoloscópico semestral.

Hombres

En caso de CA en hombres inmunodeprimidos se debe tener un especial cuidado en el diagnóstico y en pautar el tratamiento por las características que van a presentar los CA, en cuanto a su clínica, evolución y recidivas, dependiendo también del grado de inmunosupresión.

Los CA se manifiestan clínicamente en estos pacientes en gran número, evolucionan con cierta rapidez a masas informes, gigantes, y tienen más tendencia a presentar neoplasias (es reconocida su mayor prevalencia en pacientes con infección por el VIH que en pacientes inmunocompetentes), razón por la que será necesaria la biopsia en casi todos los casos con el fin de adoptar una pauta terapéutica adecuada. Respecto al tratamiento, por regla general se recurrirá a tratamientos quirúrgicos (electrocoagulación, láser CO₂, etc.), pero asociados a otros métodos, en ocasiones a crioterapia o interferones entre otros. Suelen ser tratamientos muy personalizados y se debe tener una gran experiencia, por lo que desde atención primaria debe derivarse al paciente a un centro hospitalario.

INFECCIONES EN PEDIATRÍA

Existen tres posibles vías de transmisión:

1. *En el momento del parto, de una madre infectada.* Aunque es infrecuente, hay que considerar esta posibilidad, sobre todo en los niños menores de 2 años. Las verrugas se localizarán, fundamental-

mente, en la región anogenital en los partos con presentación de nalgas y en la conjuntiva o la laringe en los partos con presentación cefálica.

2. *Autoinoculación a partir de otras zonas o heteroinoculación inocente.* Esta vía se da con más facilidad en niños mayores de 2 años, bien por verrugas de las manos del niño o por verrugas de las manos de cuidadores. El genotipo más prevalente es el VPH-2.

3. *Abuso sexual.* Se produce esta circunstancia en el 50% de todas las verrugas de localización anogenital, siendo la incidencia mayor a mayor edad del afectado. Es más frecuente en niñas. La localización habitual es la vulva (40%), seguida de la región perianal (34%). Los genotipos más comunes suelen ser los 6, 11, 16 y 18.

El diagnóstico clínico y diferencial es sencillo y común al de los adultos. Sin embargo, el problema puede plantearse a la hora de valorar la vía de transmisión. En ningún caso el médico debe actuar de forma indolente o pasiva, sino que debe comprender que es su obligación moral intentar aclarar si existe o no una situación de abusos sexuales a un menor. Por otra parte, debe actuar con suma prudencia y delicadeza, ya que el deseo del médico de proteger al niño no debe conducir a acusar a un adulto inocente.

En primer lugar, hay que descartar la existencia de verrugas en otras localizaciones en el mismo niño o en los convivientes. Si no fueran evidentes, se deben buscar lesiones subclínicas mediante la prueba del ácido acético.

En segundo lugar, se debe proceder a la tipificación del genotipo y subtipos de las verrugas del niño y del adulto que las tuviese. La información obtenida permitirá saber si es un genotipo de transmisión preferentemente sexual y si existe concordancia con el genotipo de las verrugas del adulto.

En tercer lugar, se investigará la posible existencia de otras enfermedades de transmisión sexual.

Si los datos analizados llevasen a la sospecha de abusos sexuales, y antes de hacer pública dicha sospecha, se debe recurrir a la opinión de otros especialistas (debe ser un estudio multidisciplinario entre dermatólogos, ginecólogos, pediatras, psicólogos). Una vez obtenido el consenso de la sospecha, se pondrá en conocimiento del juez. Hay que recordar que la denuncia judicial sólo transmite la sospecha, y será el juez, con los peritos que considere oportunos, el que dictaminará si ha habido o no abusos sexuales.