



Condiloma acuminado gigante de pene. Dilema terapéutico

Gabriel F. Brau, Cecilia Navarro Tuculet, Paula A. Enz, Freddy Cabarcas Ávila y Ricardo L. Galimberti

CASO CLÍNICO

D.P., paciente de sexo masculino, 52 años, con infección por VIH diagnosticada hace tres años, en tratamiento antirretroviral con zidovudina (AZT), abacavir (ABC) y lamivudina (3TC), concurre a la consulta por presentar múltiples lesiones vegetantes, “en cresta de gallo”, localizadas en cuerpo de pene, glande, prepucio, región perianal e ingle, de color blanco grisáceo, de seis meses de evolución, que no remitieron luego de aproximadamente 20 sesiones de criocirugía efectuadas en otra institución. Asimismo el paciente refiere en la consulta cierto temor con respecto al tratamiento pues le habrían propuesto la amputación del pene.

Exámenes complementarios:

Biopsia de piel (6-6442): acantosis y papilomatosis con bifurcación de papilas en forma de “Y”, presencia de coilocitos y algunos núcleos paraqueratósicos. Diagnóstico: condiloma acuminado. (Dra. Alicia Kowalczyk).

PCR (6-6443): HPV subtipo 11. (Dr. Esteban Mocetti).

En el laboratorio, como datos significativos presentaba: recuento de CD4 de 454 (30.5%) con carga viral indetectable; serologías para hepatitis A, B y C, toxoplasmosis y Chagas negativos, VDRL no reactiva.

TRATAMIENTO

Previo aplicación de crema con lidocaína 1% en las regiones por tratar, se efectúa tratamiento con Dye láser de 585 nm de longitud de onda (DEKA, Italia) con protección ocular y medidas de bioseguridad (barbijos y aspirador de humo con filtro viral), pulsos de 8.5 j/cm² de intensidad, hasta cubrir toda la zona afectada, finalizando con aplicación de podofilino 10% en tintura de benjuí. A las 24 horas presentó edema del pene y necrosis de las lesiones tratadas, que requirieron la administración de betametasona 0.6 mg por vía intramuscular.

Dos semanas después de la primera sesión, se objetivó remisión casi total de las lesiones por lo que se efectúa una nueva sesión de tratamiento con Dye láser (iguales parámetros que la previa) y posterior criocirugía con nitrógeno líquido (Cry AC, EE.UU.), dos ciclos de 10 segundos de congelación en lesiones residuales.

Evolucionó favorablemente, con excelente tolerancia, sin

ciatrices y sin recidivas, quedando con crema de imiquimod 5% profilácticamente, tres aplicaciones por semana por 12 semanas.

COMENTARIO

Se han descrito más de 120 tipos de papilomavirus, de los cuales más de 30 pueden infectar el epitelio escamoso del tracto genital. La mayor parte de estas infecciones son asintomáticas, no reconocidas o subclínicas.

Las verrugas genitales visibles son usualmente causadas por los tipos 6 u 11, considerados “de bajo riesgo”. Los tipos 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68, 73 y 82 se asocian a carcinomas y se consideran “de alto riesgo”.

Existen diversas posibilidades de tratamiento, que pueden clasificarse según sean aplicadas por el paciente, aplicadas por el médico y las quirúrgicas.¹

Las personas inmunosuprimidas por el VIH no tienen buena respuesta a la terapéutica habitual, presentan recurrencias frecuentes y tienen mayor riesgo de desarrollar carcinomas escamosos.²

El uso del láser, tanto el de CO₂ (10 200 nm) y el Dye láser (585 nm) son herramientas que brindan excelentes resultados clínicos y cosméticos con muy baja morbilidad y alta aceptabilidad por los pacientes.

La infección genital por HPV es una de las infecciones transmitidas sexualmente (ITS) más frecuentes. La incidencia varía según distintos estudios y métodos para su detección, del 3.5% al 45% en sujetos de entre 20 y 45 años.³

Los factores de riesgo para esta infección de transmisión sexual (ITS) son: la edad temprana de inicio de las relaciones sexuales, el aumento del número de parejas sexuales, el tabaquismo, la higiene genital deficiente, el bajo nivel socioeconómico, así como la coexistencia de otras ITS.¹ Se cree que la circuncisión, en ambos sexos, disminuiría el riesgo de transmisión del HPV.³

Aunque se desconoce el efecto de los condones en la prevención de la infección por HPV, se ha demostrado que su utilización se asocia a una tasa más baja de cáncer cervical por HPV.¹

En los pacientes con VIH las lesiones son más grandes y extendidas, múltiples, recurrentes, persistentes, sintomá-

ticas y desfigurantes, sobre todo cuando el recuento de CD4 es menor de 50 cel/ μ l.⁴ Existe evidencia de una incidencia dos veces mayor de cáncer anal en pacientes homosexuales VIH positivos comparados con pacientes no infectados,⁴ aunque el potencial metastatizante es bajo.

Las opciones terapéuticas son múltiples. El manejo de las lesiones depende de la extensión del cuadro, del tiempo de evolución, de la forma clínica, de la localización, del estado inmunológico y del deseo del paciente de someterse a tratamiento. El objetivo de éste es remover las lesiones clínicas presentes.^{1,5}

La remoción se puede realizar con agentes químicos (ácido tricloroacético, podofilino, podofilotoxina, 5 fluorouracilo), físicos (criocirugía, electrocoagulación, radiofrecuencia, láser, cirugía) o con el uso de inmunomoduladores (imiquimod, resiquimod-R-848, interferón).^{1,3,5-7}

Por último, el cidofovir 1% en crema, aplicado una vez al día, cinco días a la semana por dos semanas ha demostrado ser eficaz en un estudio que involucró a pacientes inmunocompetentes con infección por HPV.⁷

Con respecto al mecanismo de acción de las diferentes terapéuticas, el blanco del Dye láser (585 nm) es la oxihemoglobina intravascular y actúa produciendo un bloqueo en la vasculatura de las lesiones, con la necrosis del epitelio suprayacente; el efecto del podofilino radica en su poder citotóxico;⁶ la criocirugía con nitrógeno líquido (-196 °C) produce bloqueo vascular y cristalización del agua intracelular con el consiguiente estallido celular y la desnaturalización de las proteínas tisulares,⁶ y por último el imiquimod al 5% en crema es un inmunomodulador con efecto antiviral y antitumoral.^{1,5-7}

La indicación de amputación se realiza en caso de determinar malignización de las lesiones y cuando el tumor es infiltrativo o se constatan adenopatías.

Figura 1. Al momento de la consulta.



En junio de 2006 la Food and Drug Administration (FDA) aprobó la primera vacuna recombinante cuativalente (HPV 6, 11, 18 y 31) para prevenir el cáncer de cuello uterino y las verrugas genitales en jóvenes de 9 a 26 años, preferentemente antes del inicio de las relaciones sexuales, en tres dosis (0, 2 y 6 meses, intramuscular), con una eficacia del 100% a cinco años.¹

CONCLUSIONES

La infección por HPV en los pacientes inmunosuprimidos con VIH puede manifestarse tanto con lesiones pequeñas como con algunas que llegan a ser monstruosas o desfigurantes.

Los tratamientos deben adecuarse a cada paciente y el objetivo es eliminar las lesiones objetivables clínicamente.

Se debe efectuar el seguimiento del paciente con exámenes periódicos de la región anogenital, ya sea para detectar recidivas y/o transformación neoplásica de las lesiones.

La utilización de dos o más recursos de modo alternado o combinado permitiría obtener mejores resultados, dado que la dificultad terapéutica y las recidivas son frecuentes.

Figura 2. Luego de segunda sesión de tratamiento.



REFERENCIAS

1. Centers for Disease Control and Prevention, Workowski KA, Berman SM. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2006. *MMWR Recomm Rep* 2006; 55(RR-11):1-94. Errata en: *MMWR Recomm Rep* 2006; 55(36):997.
2. Hagensee ME, Cameron JE, Leigh JE, et al. Human papillomavirus infection and disease in HIV-infected individuals. *Am J Med Sci* 2004; 328(1):57-63.
3. Partridge JM, Koutsky LA. Genital human papillomavirus infection in men. *Lancet Infect Dis* 2006; 6(1):21-31.
4. Palefsky JM, Holly EA. Chapter 6: Immunosuppression and co-infection with HIV. *J Natl Cancer Inst Monogr* 2003; (31):41-6.
5. Sociedad Argentina de Dermatología. Consenso de papiloma virus humano (HPV) y herpes simplex virus (HSV) genital [en línea]. [Buenos Aires]: la Sociedad, 2004. Disponible en: URL: <http://www.sad.org.ar/docs/hpvHSV.pdf> [Consulta: 25/09/07].
6. Vázquez F, Otero L, Ordas J, et al. Actualización en infecciones de transmisión sexual: epidemiología, diagnóstico y tratamiento. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2004; 22(7):392-411.
7. Wu JJ, Pang KR, Huang DB, et al. Advances in antiviral therapy. *Dermatol Clin* 2005; 23(2):313-22.