

Condilomas acuminados

Fecha de la última revisión: 16/06/2016

Índice de contenidos

1. [¿De qué hablamos?](#)
2. [¿Cómo se diagnostican?](#)
3. [¿Cómo se tratan?](#)
4. [¿Cómo actuar con los compañeros sexuales?](#)
5. [Bibliografía](#)
6. [Más en la red](#)
7. [Autora](#)

¿De qué hablamos?

Los condilomas acuminados, también llamados verrugas genitales o anogenitales, son lesiones proliferativas benignas, generalmente múltiples, de color rosado o blanco-grisáceo, a veces pigmentadas, en cuya superficie se aprecian proyecciones filiformes o papilomatosas. Por lo general son lesiones exofíticas, sésiles o pediculadas, pero pueden ser aplanadas. Habitualmente se localizan en la región anogenital, en zonas de mayor traumatismo durante el acto sexual. Pueden aparecer también en pubis, regiones inguinales, perineales y perianales e incluso en el canal anal, meato uretral, vagina y cérvix. Las lesiones perianales son frecuentes en ambos sexos y no se asocian necesariamente con la práctica de sexo anal. Suelen ser asintomáticos, aunque a veces cursan con dolor o prurito y pueden causar sangrado y exudación.

Su tamaño es muy variable. Pueden crecer rápidamente hasta llegar a adquirir dimensiones considerables y el típico “aspecto de coliflor”, pero en ocasiones se estabilizan o disminuyen de tamaño hasta desaparecer por completo (Sterling JC, 2010).

Están causados por el virus del papiloma humano (VPH), del que se conocen en la actualidad más de 100 genotipos, algunos con potencial oncogénico. Los genotipos que suelen producir los condilomas (90%) son el VPH 6 y el 11, que se consideran de bajo riesgo para el desarrollo de displasias epiteliales o neoplasias. Sin embargo, y sobre todo en pacientes inmunodeprimidos, puede existir coinfección con VPH 16, 18, 31, 33 y 35, tipos de alto riesgo asociados con el desarrollo de cáncer de cérvix, así como con otras neoplasias anogenitales y lesiones precancerosas intraepiteliales, o asociar focos de lesiones escamosas intraepiteliales de alto grado (CDC, 2015; Garland SM, 2009).

Las asociaciones más frecuentes se detallan en la siguiente tabla:

Tabla 1. Asociaciones más frecuentes según tipo de VPH. (modificada de CDC, 2015)		
Tipo de VPH	Presentación	Potencial oncogénico
Tipos 6 y 11	Condilomas acuminados y neoplasias intraepiteliales de bajo grado	Bajo
Tipos 16, 18, 31, 33, 35, 52 y 58	Neoplasias intraepiteliales de alto grado y carcinomas invasivos (cérvix, ano y, en menor medida, vagina, vulva y pene)	Alto

La transmisión por contacto sexual es la más común, aunque en ocasiones se puede producir de otro modo, como en el caso de los recién nacidos (contacto durante el parto de una madre infectada). Su presencia en niños puede estar en relación con abusos a menores, pero puede tratarse simplemente de contagio de verrugas de las manos. Plantean, por tanto, una importante disyuntiva y deben ser valorados cuidadosamente (Von Krogh G, 2000).

El período de incubación es variable, oscila entre 3 semanas y 8 meses, aunque puede ser de hasta 18 meses (BASHH, 2015; Breen E, 2016). El contagio puede producirse a partir de personas con infección subclínica, incluso después de haber sido tratadas. Por eso, a menudo es difícil determinar la fuente de infección. Ambos componentes de una pareja están generalmente infectados en el momento en el que a uno de ellos se le diagnostica una infección por VPH, aunque no haya lesiones visibles. La mayoría de las infecciones son subclínicas y transitorias y remiten en 1-2 años (CDC, 2015; BASHH, 2015; Breen E, 2016).

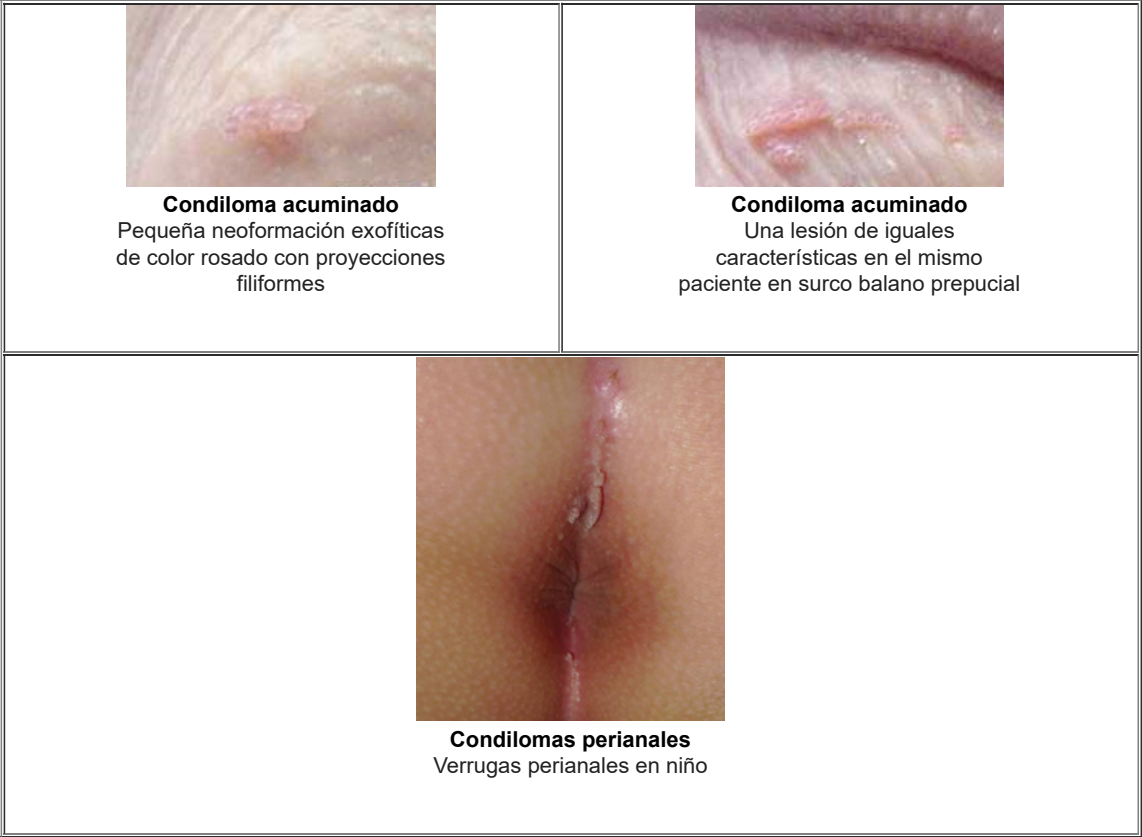
¿Cómo se diagnostican?

El diagnóstico de los condilomas acuminados es clínico, mediante inspección visual. Es importante realizar una exploración completa del área anogenital para determinar la extensión de la afectación, incluyendo examen vaginal con espéculo, anoscopia, colposcopia y/o proctoscopia, cuando se considere apropiado. Sólo se requiere la confirmación histológica, mediante biopsia, en determinadas situaciones: existencia de duda diagnóstica, lesiones que no responden al tratamiento habitual, lesiones que empeoran durante el tratamiento, lesiones atípicas, pacientes con compromiso inmunitario o lesiones pigmentadas, induradas, fijas o ulceradas en su superficie. No se recomienda realizar tipaje de VPH, ya que no aporta información clínica útil (CDC, 2015; BASHH, 2015; Lacey CJN, 2013).

Es necesario diferenciarlos de:

- Condilomas planos, que se presentan en la sífilis secundaria. Estas lesiones son de superficie plana y a veces erosiva y exudativa, en lugar de papilomatosa. Pueden coexistir con otras manifestaciones cutáneas de la sífilis secundaria. En caso de dudas, el examen en campo oscuro revelará múltiples treponemas en las lesiones de origen sífilítico.
- Pápulas perladas del pene, variante anatómica no patológica que se observa en 30-40% de los varones jóvenes generalmente en la corona del glande, o papilomatosis vestibular, en introito y labios menores de mujeres. Es la entidad que más problemas de diagnóstico diferencial causa con los condilomas.
- Papulosis bowenoide: neoplasia intraepitelial de la región anogenital (pene, vulva, perianal), asociada a VPH-16, que se manifiesta como pápulas pequeñas, generalmente múltiples y a veces pigmentadas, más frecuente en adultos jóvenes o de edad media. Clínicamente pueden confundirse con verrugas vulgares, queratosis seborreicas o nevus melanocíticos (Sterling JC, 2010; Lacey CJN, 2013).

- Carcinoma verrucoso (condiloma gigante o tumor de Buschke-Lowenstein), asociado a infección por VPH 6/11, que produce infiltración local agresiva de estructuras subyacentes (Lacey CJN, 2013).
- Queratosis seborreicas, fibromas, molluscum contagiosum.



¿Cómo se tratan?

El objetivo primordial del tratamiento es eliminar las lesiones. Los tratamientos que existen en la actualidad probablemente pueden reducir, pero no eliminar, la infectividad por VPH. No está claro si la reducción del ADN viral por el tratamiento reduce el riesgo de contagio posterior. Por esto, y por la posibilidad de resolución espontánea de las lesiones (ocurre en 20-30% de los casos en los 3-6 primeros meses), una opción puede ser la abstención terapéutica (CDC, 2015; BASHH, 2015).

No existe un antivírico específico para el tratamiento de estas lesiones. Todas las modalidades terapéuticas van destinadas a destruir las células infectadas por el virus o a estimular el sistema inmunológico para que sean eliminados por el propio individuo.

Existen diferentes opciones terapéuticas, sin que haya hasta el momento evidencias suficientes que demuestren que alguna de ellas es superior a las demás. Su elección dependerá de varios factores: morfología, número y localización de las lesiones, preferencias del paciente, recursos disponibles, experiencia del médico, coste del tratamiento y posibles efectos adversos (CDC, 2015; BASHH, 2015; Grillo-Ardila CF, 2014). En general, todos los tratamientos disponibles presentan fallos y tasas de recurrencias del 30% o más. Los tratamientos quirúrgicos son los únicos que alcanzan tasas de aclaramiento primario alrededor del 100% (BASHH, 2015; Lacey CJN, 2013).

Todos los tratamientos pueden provocar reacciones irritativas locales, que causen prurito, escozor, dolor y erosiones en la zona, por lo que se recomienda proporcionar al paciente una adecuada información sobre su manejo. También puede producirse hipopigmentación o hiperpigmentación en las zonas tratadas, así como cicatrices deprimidas o hipertróficas.

Se detallan a continuación las diferentes opciones terapéuticas:

1. La **podofilotoxina** al 0,5% en solución o al 0,15% en crema puede ser aplicada por el propio paciente. Se aplica dos veces al día durante 3 días seguido de 4 días de descanso. El ciclo puede ser repetido si es necesario, hasta un total de 4-5 veces. Este método no se recomienda cuando el área total de las verrugas excede los 10 cm², y el volumen total de podofilotoxina no debe exceder de 0,5 ml por día. Es frecuente la sensación de irritación o dolor local de leve a moderada intensidad, que no supone un motivo para interrumpir el tratamiento; debe interrumpirse si aparece reacción intensa (ulceraciones, erosiones). Está contraindicada durante el embarazo (CDC, 2015; BASHH, 2015; Lacey CJN, 2013; Von Krogh G, 2000; Lacey CJ, 2003).

La resina de podofilino al 10-25% es una fórmula no estandarizada, requiere aplicación por personal sanitario y es menos eficaz y presenta más incidencia de reacciones locales que la podofilotoxina, por lo que en la actualidad no se recomienda su uso (Lacey CJ, 2003; Von Krogh G, 2000; BASHH, 2015).

2. El **imiquimod** es un agente inmunoestimulante que también puede ser aplicado por el propio paciente. Está comercializada al 5% y al 3,75% en crema, en sobres de un único uso. Existen dos regímenes de tratamiento aprobados:

- Crema 5%: 3 veces a la semana, hasta 16 semanas.
- Crema al 3,75%: una vez al día, hasta 8 semanas.

Después de 6-10 horas de su aplicación debe lavarse la región con abundante agua y jabón. Son frecuentes las reacciones inflamatorias locales, aunque suelen ser leves o moderadas. Pueden manejarse con suspensión temporal del tratamiento durante unos días o reduciendo la frecuencia de aplicación. No se ha establecido su seguridad durante el embarazo (CDC, 2015; BASHH, 2015; Breen E, 2016; Arican O, 2004; Gotovtseva EP, 2008).

En una reciente revisión sistematizada no se ha encontrado evidencia suficiente de la mayor eficacia y mejor tolerancia del imiquimod respecto a otros tratamientos aplicados por el paciente (Grillo-Ardila CF, 2014).

3. **Sinecatequinas** en pomada al 10%. Consiste en un extracto de hojas de té verde, con propiedades antiproliferativas e inmunoestimuladoras. Se aplica 3 veces al día, dejando una capa fina, durante un máximo de 16 semanas. No debe aplicarse en mucosas. No se ha establecido su seguridad en la gestación y en inmunodeprimidos. Ha demostrado un buen perfil de seguridad y tolerabilidad y baja tasa de recurrencias, aunque no hay estudios comparativos con alguno de los otros tratamientos disponibles para verrugas anogenitales (Tzellos TG, 2011; CDC, 2015; Lacey CJN, 2013).

4. La crioterapia con **nitrógeno líquido** destruye las lesiones mediante un sistema de citolisis térmicamente inducida. El tratamiento se aplicará en la consulta durante unos 15-30 segundos hasta conseguir un halo de unos pocos milímetros alrededor de las lesiones, pudiéndolo repetir a intervalos de una o dos semanas. El médico debe estar entrenado en el uso de esta terapia ya que un tratamiento excesivo o escaso puede tener como consecuencia la aparición de complicaciones o una pobre respuesta, respectivamente. Es habitual el dolor después de la aplicación del nitrógeno líquido, seguido de necrosis y algunas veces formación de ampolla. Aunque generalmente se realiza sin anestesia, se puede utilizar anestesia local (tópica o inyectada) en caso de que las verrugas se localicen en múltiples áreas o si el área que ocupan es extensa. Es un procedimiento seguro en la gestación (CDC, 2015; BASHH, 2015; Lacey CJN, 2013).

5. Los **ácidos tricloroacético o bicloroacético al 80-90%** deben ser aplicados en la consulta, en una pequeña cantidad sólo sobre las verrugas y posteriormente dejarlo secar al aire hasta que la zona se torne de aspecto blanquecino (evitando que el paciente cambie de postura durante este período o aplicando vaselina alrededor de las lesiones, para impedir la extensión del producto debido a su escasa viscosidad). Si se aplica un exceso de ácido o se produce dolor intenso, el área tratada debe ser espolvoreada con talco o bicarbonato. Este tratamiento puede ser repetido a intervalos de una semana si se considera necesario. Es seguro en el embarazo y en la mayoría de localizaciones (CDC, 2015; BASHH, 2015; Lacey CJN, 2013). Aunque son utilizados a menudo, no hay estudios bien diseñados que demuestren su efectividad.

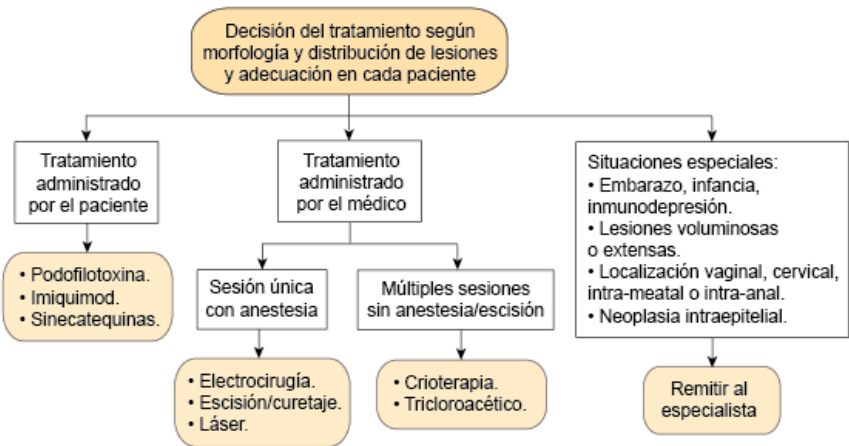
6. **Tratamiento quirúrgico** (CDC, 2015; Von Krogh G, 2000). Puede hacerse escisión tangencial, curetaje (con posterior hemostasia con electrocauterio o solución de cloruro de aluminio) o electrocirugía. Esta opción terapéutica tiene la ventaja de que usualmente elimina las verrugas en una única visita. Sin embargo, requiere entrenamiento clínico, equipo adicional y mayor tiempo de consulta. Es preciso controlar la profundidad de la electrocauterización para prevenir la aparición de cicatrices. El tratamiento quirúrgico se considera especialmente beneficioso para pacientes que tienen un gran número de lesiones y/o una extensa área afectada y en el caso de verrugas intrauretrales, especialmente en aquellos pacientes que no han respondido a otros tratamientos. El **láser de dióxido de carbono** es útil para tratar lesiones de gran tamaño o localizadas en zonas de difícil acceso, como el meato uretral y el canal anal (BASHH, 2015).

Tanto la electrocirugía como la laserterapia deben realizarse con mascarilla y con un aspirador de humos, ya que el humo que se desprende durante la intervención contiene ADN viral (Von Krogh G, 2000; BASHH, 2015).

7. El **interferón intralesional** resulta efectivo por sus efectos antivirales, antiproliferativos e inmunomoduladores. En administración intralesional es bastante bien tolerado y más efectivo que de forma sistémica (Yang J, 2009). Sin embargo, no se puede recomendar de forma rutinaria por el modo de administración, la frecuencia de efectos adversos sistémicos y el coste elevado (BASHH, 2015).

Aunque en ocasiones se utiliza un tratamiento combinado, como crioterapia y podofilotoxina, no hay evidencia de mayor eficacia (Gilson RJ, 2009).

Se propone un algoritmo para el manejo de verrugas anogenitales en atención primaria:



Algoritmo para el manejo de verrugas anogenitales
(modificado de Von Krogh G, 2000)

En general, las verrugas poco queratinizadas responden bien a podofilotoxina, imiquimod y ácido tricloroacético. Para tratar lesiones queratinizadas es preferible métodos ablativos, como crioterapia, escisión o electrocirugía, aunque también pueden responder a imiquimod. La cirugía es de elección para tratar las lesiones de gran tamaño (BASHH, 2015).

En las mujeres embarazadas que presentan verrugas anogenitales no está indicada la cesárea para evitar la transmisión vertical al recién nacido.

En los pacientes inmunodeprimidos (infección por VIH, pacientes trasplantados, etc.) el manejo no difiere del de los pacientes inmunocompetentes, pero hay que tener en cuenta que pueden tener lesiones de mayor tamaño y más numerosas, y que presentan menor tasa de respuestas y más recurrencias. Además, en estos pacientes es más frecuente la aparición de carcinomas espinocelulares asociados a condilomas, así como de carcinomas clínicamente semejantes a verrugas anogenitales, que requieren confirmación histológica mediante biopsia.

Los pacientes deben recibir una información adecuada, que incluya los siguientes puntos (CDC, 2015; BASHH, 2015):

- Es posible la recurrencia de lesiones, con más frecuencia en los tres primeros meses tras su eliminación.
- Se desconoce cuánto tiempo puede permanecer contagioso después del tratamiento.

- El uso correcto del preservativo puede disminuir la transmisión del VPH, aunque no es totalmente protector, ya que el virus puede infectar áreas no cubiertas por el mismo (Manhart LE, 2002). Es recomendable su uso, sobre todo con una nueva pareja, aunque parece que también puede ser beneficioso cuando los dos componentes de la pareja están infectados. El tratamiento con imiquimod y sinecatequinas puede debilitar el preservativo.
- No hay evidencia de que la presencia de verrugas genitales o su tratamiento se asocien al desarrollo de cáncer cervical, por lo que a las mujeres con verrugas anogenitales debe recomendárseles la realización de citología con la misma periodicidad que el resto de mujeres sexualmente activas. La presencia o el antecedente de condilomas no supone una indicación para cambiar la frecuencia de realización de citología ni colposcopia cervical.

Se dispone en la actualidad de una vacuna (Gardasil®) que protege frente a VPH tipos 6, 11, 16 y 18, aprobada para su uso en mujeres y hombres de entre 9-26 años. En un estudio realizado, su efectividad para prevenir lesiones precancerosas y verrugas genitales fue casi del 100%, cuando se administraba a mujeres no expuestas (Garland SM, 2007). En 2015 se ha aprobado una vacuna nonavalente, Gardasil 9®, que añade protección frente a 5 tipos más de VPH (31, 33, 45, 52 y 58).

Existe controversia sobre su uso generalizado debido a la incertidumbre sobre la duración de protección, su coste y la falsa sensación de seguridad que puede proporcionar a las personas vacunadas (Rothman SM, 2009). Sin embargo, estudios observacionales australianos y americanos han demostrado una reducción de verrugas genitales e infección por los tipos de VPH contenidos en la vacuna tras su implantación (Ali H, 2013; Markowitz LE, 2013).

¿Cómo actuar con los compañeros sexuales?

Aunque la presencia de condilomas en uno de los miembros de la pareja prácticamente es diagnóstico de infección en el compañero, el tratamiento de la pareja no es necesario en ausencia de lesiones. Sí está indicada la exploración para descartar la presencia de lesiones (CDC, 2015).

Tras el diagnóstico de verrugas anogenitales en un miembro de la pareja, es recomendable la realización a ambos de un estudio serológico para descartar otras enfermedades de transmisión sexual (sífilis, VIH, virus de la hepatitis B y C), así como explicar las recomendaciones generales y medios de protección para las relaciones sexuales a fin de evitar el contagio (Lacey CJN, 2013; CDC, 2015).

Bibliografía

- Ali H, Guy RJ, Wand H, Read TR, Regan DG, Grulich AE, et al. Decline in in-patient treatments of genital warts among young Australians following the national HPV vaccination program. BMC Infect Dis. 2013;13:140. PubMed **PMID: 23506489**. [Texto completo](#)
- Arican O, Guneri F, Bilgic K, Karaoglu A. Topical imiquimod 5% cream in external anogenital warts: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. J Dermatol. 2004;31(8):627-31. PubMed **PMID: 15492435**
- Breen E, Bleday R. Condylomata acuminata (anogenital warts) in adults. 2016 UpToDate. Disponible en: <http://www.uptodate.com/contents/condylomata-acuminata-anogenital-warts-in-adults>
- Clinical Effectiveness Group, British Association for Sexual Health and HIV (BASHH). United Kingdom National Guidelines on the management of Anogenital Warts 2015: British Association for Sexual Health and HIV (BASHH); 2015. 24 p. [Texto completo](#)
- Garland SM, Hernández-Avila M, Wheeler CM, Perez G, Harper DM, Leodolter S, et al; Females United to Unilaterally Reduce Endo/Ectocervical Disease (FUTURE) I Investigators. Quadrivalent vaccine against human papillomavirus to prevent anogenital diseases. N Engl J Med. 2007;356(19):1928-43. PubMed **PMID: 17494926**. [Texto completo](#)
- Garland SM, Steben M, Sings HL, James M, Lu S, Railkar R, et al. Natural history of genital warts: analysis of the placebo arm of 2 randomized phase III trials of a quadrivalent human papillomavirus (types 6, 11, 16 and 18) vaccines. J Infect Dis. 2009;199(6):805-14. PubMed **PMID: 19199546**. [Texto completo](#)
- Gilson RJ, Ross J, Maw R, Rowen D, Sonnex C, Lacey CJ. A multicentre, randomised, double-blind, placebo-controlled study of cryotherapy and podophyllotoxin cream as treatment for external anogenital warts. Sex Transm Inf. 2009;85(7):514-9. PubMed **PMID: 19700413**
- Gotovtseva EP, Kapadia AS, Smolensky MH, Lairson DR. Optimal frequency of imiquimod (aldara) 5% cream for the treatment of external genital warts in immunocompetent adults: a meta-analysis. Sex Transm Dis. 2008;35(4):346-51. PubMed **PMID: 18360317**
- Grillo-Ardila CF, Angel-Müller E, Salazar-Díaz LC, Gaitán HG, Ruiz-Parra AI, Lethaby A. Imiquimod for anogenital warts in non-immunocompromised adults. Cochrane Database Syst Rev 2014;(11):CD010389. PubMed **PMID: 25362229**. [Texto completo](#)
- Lacey CJ, Goodhall RL, Tennvall GR, Maw R, Kinghorn GR, Fisk PG, et al; Perstop Pharma Genital Warts Clinical Trial Group. Randomised controlled trial and economic evaluation of podophyllotoxin solution, podophyllotoxin cream and podophyllin in the treatment of genital warts. Sex Trans Infect. 2003;79(4):270-5. PubMed **PMID: 12902571**. [Texto completo](#)
- Lacey CJN, Woodhall SC, Wilkstrom A, Ross J. 2012 European guideline for the management of anogenital warts. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2013;27(3):e263-70. PubMed **PMID: 22409368**. [Texto completo](#)
- Manhart LE, Koutsky LA. Do condoms prevent genital HPV infection, external genital warts, or cervical neoplasia? A meta-analysis. Sex Transm Dis. 2002;29(11):725-35. PubMed **PMID: 12438912**
- Markowitz LE, Hariri S, Lin C, Dunne EF, Steinau M, McQuillan G, et al. Reduction in human papillomavirus (HPV) prevalence among young women following HPV vaccine introduction in the United States, National Health and Nutrition Examination Surveys, 2003-2010. J Infect Dis. 2013;208(3):385-93. PubMed **PMID: 23785124**. [Texto completo](#)
- Rothman SM, Rothman DJ. Marketing HPV vaccine: implications for adolescent health and medical professionalism. JAMA. 2009;302(7):781-6. PubMed **PMID: 19690311**
- Sterling JC. Virus Infections. En: Burns T, Breathnach S, Cox N, Griffiths C, editors. Rook's Textbook of Dermatology. 8th ed. Oxford: Wiley-Blackwell; 2010. p. 33.37-60.
- Tzellos TG, Sardeli C, Lallas A, Papazisis G, Chourdakis M, Kouvelas D. Efficacy, safety and tolerability of green tea catechins in the treatment of external anogenital warts: a systematic review and meta-analysis. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2011;25(3):345-53. PubMed **PMID: 21294779**
- Von Krogh G, Lacey CJN, Gross G, Barrasso R, Schneider A. European course on HPV associated pathology: guidelines for primary care physicians for the diagnosis and management of anogenital warts. Sex Transm Infect. 2000;76(3):162-8. PubMed **PMID: 10961190**. [Texto completo](#)
- Workowski KA, Bolan GA; Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. MMWR Recomm Rep. 2015 Jun 5;64(RR-03):1-137. Erratum in: MMWR Recomm Rep. 2015 Aug 28;64(33):924. PubMed **PMID: 26042815**. [Texto completo](#)
- Yang J, Pu Y, Zeng Z, Yu, Z, Huang N, Deng Q. Interferon for the treatment of genital warts: a systematic review. BMC Infect Dis. 2009;9:156. PubMed **PMID: 19772554**. [Texto completo](#)

Más en la red

- Clinical Effectiveness Group, British Association for Sexual Health and HIV (BASHH). United Kingdom National Guidelines on the management of Anogenital Warts 2015: British Association for Sexual Health and HIV (BASHH); 2015. 24 p. [Texto completo](#)
- Workowski KA, Bolan GA; Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. MMWR Recomm Rep. 2015 Jun 5;64(RR-03):1-137. Erratum in: MMWR Recomm Rep. 2015 Aug 28;64(33):924. PubMed **PMID: 26042815**. [Texto completo](#)

Autora

- Cristina de las Heras Sotos

Médico Especialista en Dermatología

Conflicto de intereses: No disponible.



Elsevier España S.L.U. © 2018. Todos los derechos reservados.

Esta web utiliza cookies. Para obtener mas información o denegar su uso, por favor visite la [Página de cookies](#).

[Términos y condiciones](#) - [Política de Privacidad](#) |

