

Verrugas genitales en el embarazo: A propósito de un caso.

ROCIO SALGUERO-CABALGANTE. CARMEN GALLARDO TRUJILLO.
MATRONAS. HOSPITAL VIRGEN DEL ROCIO. SEVILLA.

RESUMEN

Actualmente, las verrugas genitales son uno de los diagnósticos más frecuentes de patología genital en población femenina joven. La transmisión del virus es principalmente sexual, aunque también se ha descrito transmisión vía vertical. El embarazo supone un periodo de mayor susceptibilidad para la aparición y aumento de las verrugas genitales, pudiendo producir obstrucción del canal del parto, por lo que el tratamiento irá orientado a disminuir el tamaño de éstas. Los fetos nacidos de madres con verrugas genitales tienen mayor riesgo de desarrollar papilomas laríngeos por transmisión vertical. Aunque existe controversia sobre la vía de finalización del parto, la mayor parte de los autores precocizan la vía vaginal versus cesárea, ya que esta última no ha demostrado menores tasa de transmisión vertical del virus. En el caso presentado, las lesiones aparecieron previamente a la gestación y reaparecieron en este periodo, siendo necesario tratamiento quirúrgico. El parto fue vía vaginal con nacimiento de mujer sana.

PALABRAS CLAVES: VPH, verrugas genitales, condilomas, embarazo.

TITLE: GENITAL WARTS IN PREGNANCY: A CLINICAL CASE

ABSTRACT

Genital warts are one of the most common diagnoses of genital disease in young female population. Transmission is mainly sexual, although it has been described vertical transmission in isolated cases. Pregnancy is a period of increased susceptibility to the development of genital warts, what can cause obstruction of the birth canal. The aim of treatment will be to reduce the size of these. Newborns from mothers with genital warts, have an increased risk of developing laryngeal papillomas by vertical transmission. Some authors defend cesarean versus vaginal delivery. We describe the case of a pregnant woman, who was admitted to our Unit in labour. In our case, the lesions began previously gestation and reappeared during pregnancy. Surgical treatment was required. The vaginal delivery was successful, with birth of a healthy woman.

KEY WORDS: HPV, genital warts, condyloma acuminata, pregnancy.

INTRODUCCIÓN

Los condilomas acuminados o verrugas genitales son lesiones benignas causadas por el virus del papiloma humano (en adelante, VPH). Aproximadamente el 90% de los condilomas se relacionan con serotipos

del virus de bajo riesgo que infectan el tracto genital, en concreto VPH 6 y 11.¹

Las verrugas genitales constituyen en los últimos años, uno de los diagnósticos más frecuentemente realizados por los servicios de ginecología de nuestro país dentro de la

patología del tracto genital inferior asociada a VPH. La mayoría de los condilomas se diagnostican en población joven, en edad fértil, antes de los 30 años.²

El virus se transmite predominantemente por vía sexual, probablemente a través de erosiones mínimas o imperceptibles de la piel o las mucosas. Por tanto, las lesiones suelen aparecer en la mucosa o piel donde se ha producido el contagio, generalmente en las zonas de mayor fricción durante el coito: horquilla vulvar, vestíbulo y labios mayores y menores, aunque pueden extenderse al resto de la vulva, periné y área perianal. También pueden localizarse en el cervix, vagina, uretra, ano y boca. Está descrita la transmisión vertical del virus en numerosos estudios.³

El tamaño de presentación de los condilomas es muy variable. Se presentan como neoformaciones exofíticas, generalmente múltiples, de color rosado o blanco-grisáceo, en cuya superficie se aprecian proyecciones filiformes o papilomatosas. Generalmente crecen 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.⁴

El diagnóstico de los condilomas acuminados es clínico, mediante inspección visual. El objetivo del tratamiento consiste en la eliminación de las lesiones. Si no se tratan pueden desaparecer solas, permanecer sin cambios o aumentar su número y tamaño. No se dispone de suficientes estudios acerca de si los tratamientos reducen o eliminan la infectividad por VPH y por tanto la posibilidad de contagio posterior.⁵ Por esto, y por la posibilidad de resolución espontánea de las lesiones, una opción puede ser la abstención terapéutica.⁶ En caso de decidirse por tratamiento, existen tratamientos médicos y quirúrgicos. La elección de un tratamiento u otro depende de varios fac-

tores: número y localización de las lesiones, preferencias del paciente, recursos disponibles, experiencia del médico, coste del tratamiento y posibles efectos adversos, etc.

Después de eliminar las verrugas, los pacientes deben ser instruidos sobre la vigilancia por la aparición de nuevas lesiones, siendo deseable mantener una consulta de seguimiento para valorar la respuesta al tratamiento y necesidades de cambio del mismo.⁶

La frecuencia de aparición de condilomas recogida en mujeres embarazadas oscila entre el 1,3 y el 30% de las gestaciones según los distintos autores. Frecuentemente observamos que las verrugas genitales a menudo aumentan en número y tamaño durante el embarazo. A propósito de una gestante con verrugas genitales que ingresa en nuestra Unidad, se realiza revisión de la literatura para identificar las pautas de actuación por parte de la matrona ante gestantes con estas lesiones y las implicaciones que las mismas pudieran tener sobre el recién nacido.

EVOLUCIÓN

Mujer de 29 años, tercigesta, dos embarazos anteriores normales que finalizaron ambos en partos vaginales, el último en 2006. Alergia al metamizol. No presenta antecedentes familiares de interés. Es fumadora habitual de 30 cigarrillos/día, que ha reducida a 10 cigarrillos/día en el presente embarazo.

Como antecedentes personales destaca la realización de 2 conizaciones en 2009 y 2010 por displasias cervicales que son seguidas por Servicio de Ginecología del Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. En una revisión rutinaria postconización realizada por dicha Unidad en agosto 2010, se objetivan condilomas cervicales localizados en tercio medio y superior de cara lateral iz-

quierda de vagina (a las 8 y 11h), y otros en introito vaginal. Se programa intervención quirúrgica por condilomatosis genital, extirpando satisfactoriamente los condilomas cervicales, vaginales, vulvares y perianales y obteniéndose en la anatomía patológica: condiloma acuminado + L-SIL/VPH positivo, por lo que se retoma el seguimiento de colposcopia.

En la siguiente colposcopia se visualizan nuevamente condilomas perianales y en el monte de Venus. Se indica tratamiento con Imiquimod 1 aplicación 3 veces en semana hasta que desaparezcan las verrugas o un máximo de 16 semanas. La paciente no llegó a iniciar este tratamiento porque se quedó embarazada. (FUR: 18/07/2011). En Noviembre de 2011, se objetiva persistencia de verrugas vulvares, que se observan en su visita a Ginecología de consultas externas, estando de 19 semanas. Se le cita para extirpación de condilomas un mes después, encontrándose de 23 semanas de gestación. Se produce extirpación de condilomas en cara anterior de vagina, introito y periné, bajo anestesia local. La anatomía patológica confirma el diagnóstico de condilomas acuminados. Se aconseja nueva consulta en caso de nueva aparición de lesiones, dándose de alta a la paciente.

La paciente ingresa en nuestra Unidad el día 01/05/2012 para inducción programada por embarazo en vías de prolongación. A la exploración se objetivan condilomas acuminados en labios menores de pequeño tamaño. No se visualizan condilomas en vagina ni en cérvix uterino. El periodo de dilatación transcurre sin incidencias. Se administra analgesia epidural a petición de la mujer. A las 17h del mismo día se produce el nacimiento de una mujer viva de 3440 grs mediante parto espontáneo con Apgar 9/10. No se realiza episiotomía presentando desgarro de primer grado, realizándose sutura con material absorbible de poligalactina. El postparto transcurre sin incidencias,

recibiendo el alta el día 03/05/2012 tanto la mujer como el recién nacido.

DISCUSIÓN

Las verrugas genitales a menudo aumentan en número y tamaño durante el embarazo. Los propios cambios fisiológicos de la gestación generan una replicación vírica acelerada que pueden explicar el avance de las lesiones genitales.⁷ Otra explicación podría ser el hecho de que el riesgo es generalmente mayor en las personas jóvenes, en edad fértil ya que la ectopia cervical fisiológica podría acrecentar la receptividad para determinadas infecciones como el VPH. Además, también se cree que tiene un cierto grado de hormonodependencia.⁸ Se considera por tanto el embarazo como un periodo de susceptibilidad para la aparición de nuevas lesiones y aumento de tamaño de las lesiones ya existentes, hecho importante a conocer por las matronas al ser las profesionales referentes en el seguimiento del embarazo.

Múltiples estudios han puesto de manifiesto la transmisión materno-fetal³, aunque no está claro que la transmisión ocurre durante el paso del feto a través del canal del nacimiento, ya que otros estudios han demostrado que el virus también puede ser transmitido por infección ascendente, principalmente después de la ruptura prematura de membranas.⁹ Un estudio realizado por Silverberg et al.⁷ sobre gestantes danesas en el año 2003, demostró la vinculación de la rotura prolongada de membranas con una duplicación del riesgo de transmisión del virus, hecho de apoyan varios estudios más, por lo que parece haber consenso entre los autores en que la rotura de membrana de al menos 2 h previas al parto, aumentaría significativamente la transmisión del virus. Parece por tanto, que la enfermedad puede adquirirse durante la fase intrauterina, posiblemente por infección ascendente a partir del tracto genital de la madre. Podríamos concluir por tanto que, en

mujeres con condilomas genitales durante la fase de dilatación del parto, estaría indicada otras formas de aceleración más que una amniotomía temprana.

Las lesiones pueden crecer hasta llegar a la vagina o cubrir el periné, lo que dificultaría el parto vaginal o la episiotomía. El objetivo del tratamiento durante el embarazo irá encaminado a disminuir el número de lesiones presentes, evitando la obstrucción del canal del parto, ya que el tratamiento no erradica el VPH genital ni previene su transmisión vertical.¹⁰

Durante el embarazo, debido a los posibles efectos teratogénicos las verrugas no deben tratarse con imiquimod ni podofilina ni podofilotoxina. Los tratamientos de elección consistirían en crioterapia con nitrógeno líquido para destrucción de las verrugas por termólisis, electrocoagulación o tratamientos quirúrgicos.⁶ Dentro de los tratamientos quirúrgicos se podría realizar escisión tangencial, que permite la eliminación de verrugas bajo inyección de anestésico local y es particularmente útil para las verrugas pedunculadas en los sitios anatómicamente accesibles ó electrocirugía. 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.⁶ Un estudio reciente evalúa la eficacia de inyección intradérmica de PPD (purified protein derivative) en el tratamiento de verrugas anogenitales en 40 mujeres embarazadas como opción terapéutica segura y eficaz.¹¹

Está comprobada la relación de los tipos de 6 y 11 del VPH en la mujer embarazada con la presencia de papilomatosis respiratorias en el recién nacido. Se trata de una neoplasia benigna de laringe, que puede causar ronquera, llanto alterado e insuficiencia respiratoria en el niño. Se desconoce con exactitud la vía de transmisión (transplacentaria, perinatal o postnatal) de dicha enfermedad. Los estudios difieren en

sus hallazgos sobre las tasas de transmisión neonatal por vía vertical, encontrándose en algunos de ellos tasas de transmisión más alta después del parto vaginal frente a cesáreas, aunque esta afirmación no está clara.¹² Un estudio realizado sobre la población danesa en 2003 (Silverberg et al.)⁷ demostró una tasa de transmisión de 7/1000, no encontrándose diferencias significativas entre partos vaginales y cesáreas. Una revisión sistemática donde se analizó la calidad metodológica de un total de 9 estudios que estudiaron la transmisión del virus según vía de parto, concluye que al tratarse de estudios descriptivos y no estudios controlados, no puede concluirse que el nacimiento por cesárea disminuya el riesgo de transmisión.⁹

En definitiva, ningún estudio controlado ha demostrado que el parto por cesárea pueda prevenir la transmisión de los subtipos 6 y 11 de VPH; por tanto no está indicado un parto por cesárea solamente para prevenir la transmisión de la infección del HPV. La cesárea quedaría relegada a los casos de condilomatosis florida que obstruya el canal del parto.¹⁰ Además, tampoco la realización de la cesárea estaría indicada para la prevención de papilomatosis laríngea en el neonato, ya que esta patología es muy infrecuente.³

En conclusión, dado que la matrona es uno de los profesionales encargados del seguimiento del embarazo, debería estar alerta a la aparición de lesiones genitales por VPH contribuyendo a un diagnóstico precoz y derivación para tratamiento, lo cual evitaría complicaciones posteriormente.

Durante el inicio de trabajo de parto de gestantes con verrugas genitales, la matrona debe valorar una posible obstrucción del canal de cara a la planificación con el resto del equipo de la vía idónea de finalización del parto.

Tras el nacimiento del recién nacido, debemos estar alertas a la aparición de complicaciones respiratorias en el recién nacido relacionadas con la mayor susceptibilidad

para la adquisición de papilomatosis respiratorias en los recién nacidos de madres con verrugas genitales.

BIBLIOGRAFIA

1. Ahmed AM, Madkan V, Tying SK. Human papillomaviruses and genital disease. *Dermatol Clin.* 2006;24 (2):157-65.
2. Cortés J, Castellsague X, Torne A, Gil A, San-Martín M. Patología del tracto genital inferior asociada al virus del papiloma humano en mujeres españolas. *Prog Obstet Ginecol.* 2011;54 (7):351-357.
3. Smith E M., Parker, MA, Rubenstein LM, Haugen TH, Hamsikova E,4 and Turek. Evidence for Vertical Transmission of HPV from Mothers to Infants. *Infectious Diseases in Obstetrics and Gynecology.*
4. Sterling JC. Virus infections. En: *Rook's Textbook of Dermatology.* 8ª ed. Oxford: Wiley-Blackwell; vol 2010, article ID 326369, 7 pages, 2010.
5. Workowski KA, Berman S; Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2010. *MMWR Recomm Rep.* 2010;59(RR-12):1-110.
6. Clinical Effectiveness Group, British Association for Sexual Health and HIV (BASHH). United Kingdom national guideline on the management of anogenital warts. London (UK): British Association for Sexual Health and HIV (BASHH); 2007. 18 p.
7. Gary Cunningham F et al. *Obstetricia de Williams.* 22ªed. México DF: Mc Graw Hill Interamericana; 2006.
8. Martínez Montero I, García Mutiloa MA, Ezcurra R, Campo G, Arpa E, Obregozo R. Condilomatosis genital y embarazo asociada a corioamnionitis y parto prematuro *An. Sist. Sanit. Navar.* 2004; 27(3): 381-385
9. Rosi Medeiros L, Bragança de Moraes A, Balbinot Hilgert A, Ruviaro Zanini R, Berwanger O, Bozzetti MC, Calil Mylius L. Vertical transmission of the human papillomavirus: a systematic quantitative review. *Cad. Saúde Pública* 2005; 21(4):1006-1015.
10. Bajo Arenas JM, Melchor Marcos JC, Mercé LT. *Fundamentos de Obstetricia (SEGO).* Madrid: 2007.
11. Eassa BI, Amany A. Abou-Bakr†and El-Khalawany MA. Intra dermal injection of PPD as a novel approach of immunotherapy in anogenital warts in pregnant women. *Dermatologic Therapy,* 2011; 24: 137-143.
12. Tseng Chin-Jen, Lian Ching-Chung, Soong Yung-Kuei, Pao Chia-C. Perinatal Transmission of Human Papillomavirus in Infants: relationship between infection rate and mode of delivery. *Obstetrics & Gynecology* 1998; 91: 119–124.