

NOVEDADES DESDE LA VERSIÓN ANTERIOR

Protocolo de nueva creación.

ÍNDICE

1. Definiciones
2. Epidemiología
3. Prevención
4. Clínica
5. Diagnóstico
6. Criterios de derivación a UTGI
7. Tratamiento
8. Condilomas en localizaciones especiales
9. Condilomas en situaciones especiales
10. Seguimiento
11. Indicadores de evaluación
12. Bibliografía

1. DEFINICIONES

Distinguimos tres situaciones:

Caso nuevo: caso nunca diagnosticado o caso diagnosticado a partir de los 12 meses siguientes a la resolución de un episodio anterior.

Caso recurrente o recidivante: caso diagnosticado en los 12 meses que siguen a la eliminación completa de las lesiones.

Caso resistente: caso con presencia de lesiones iniciales o primarias a pesar del cumplimiento terapéutico adecuado.

2. EPIDEMIOLOGÍA

La infección genital por VPH es una de las infecciones de transmisión sexual más frecuentes. En España no hay un sistema de vigilancia establecido, pero se calcula que la prevalencia es de 182 casos por 100.00 habitantes entre los 14-64 años. La tasa de incidencia máxima está entre los 20 y 24 años en las mujeres y entre los 25 y 29 años en los hombres. Los tipos 6 y 11 del VPH se relacionan con el 90% de los casos de verrugas genitales o condilomas acuminados.

La vía más frecuente de transmisión es la sexual, principalmente mediante el coito vaginal o anal, pero también puede transmitirse por contacto sexual digital-genital u oral-genital. En algunos casos se pueden producir condilomas anales y perineales por extensión directa o bien por autoinoculación a través del contacto de las manos o por el flujo vaginal descendente.

Existen otras vías de transmisión no sexual como la transmisión por contacto dígito-genital, también hay estudios que han mostrado que en la consulta ginecológica los equipos diagnósticos y las superficies de trabajo pueden estar contaminados por el VPH, pero a día de hoy no hay evidencia de que estos VPH aislados en superficies presenten capacidad infectiva.

PROTOCOLOS ASISTENCIALES

CONDILOMAS ACUMINADOS

La transmisión vertical en el periodo perinatal es muy infrecuente. El mayor riesgo de transmisión para el recién nacido es el antecedente materno de condilomatosis genital durante el embarazo y no su paso a través del canal del parto, por lo que no se considera indicada la cesárea como vía de elección para finalizar la gestación en estos casos, salvo si el canal del parto esta obstruido por las lesiones.

3. PREVENCIÓN

La administración de vacunas que contienen los genotipos virales 6 y 11 (tetavalente y nonavalente) son, a día de hoy, el método más eficaz para la prevención primaria de los condilomas acuminados, obteniéndose la máxima efectividad si se administran antes del debut sexual. Las vacunas solo están indicadas para la prevención de la infección y carecen de efecto sobre las infecciones por VPH activas o sobre la enfermedad clínica asociada al virus ya existente en el momento de la vacunación.

El uso de preservativo correcto y consistente puede reducir la probabilidad de adquirir y transmitir la infección por VPH. Sin embargo, dado que el VPH puede infectar áreas que no cubre el preservativo, su uso no protege al 100% de la infección.

4. CLÍNICA

El tiempo medio entre la infección inicial y la aparición de condilomas es de 6-10 meses.

Lo más habitual es encontrar, en el área perineal o vulvar, de 5 a 15 lesiones aisladas o en placas de base amplia o pediculadas, con un tamaño de entre 1 y 10 mm cada una, más o menos sobreelevadas, con una superficie espiculada o plana. Generalmente con el tiempo de evolución, la superficie de las lesiones va perdiendo espiculaciones y tornándose más lisa y redondeada y la coloración pasa de un tono rosado inicial (debido a la hipervascularización) a uno más pigmentado, pudiendo llegar a hacerse marrones. Cuando predomina la queratinización el aspecto se torna blanco grisáceo.

Con frecuencia son lesiones multicéntricas por lo que, ante la presencia de condilomas acuminados en el área ano-vulvar hay que explorar la vagina y el cérvix. En las mucosas de cérvix y vagina, los condilomas acuminados suelen presentarse como lesiones sobreelevadas de superficie rugosa, pediculadas o sésiles y de un color rosado. En ocasiones se presentan como placas de color blanco a simple vista y con menos frecuencia como máculas o pápulas hiperpigmentadas. La afectación del meato uretral es poco frecuente (4% en mujeres vs. 8% en hombres).

La sintomatología asociada a los condilomas acuminados depende de su localización, número y tamaño. El síntoma más frecuente es el prurito, seguido por la leucorrea, la sensación de incomodidad, el sangrado y el dolor.

5. DIAGNÓSTICO

La exploración física con adecuada iluminación es suficiente para el diagnóstico. La biopsia se reservará para las siguientes situaciones:

- 1) Sospecha de patología preneoplásica (VIN, VaIN...) o neoplásica

PROTOCOLOS ASISTENCIALES

CONDILOMAS ACUMINADOS

2) Empeoramiento de las lesiones durante el tratamiento (mala respuesta a los tratamientos a pesar de un buen cumplimiento)

3) Pacientes postmenopáusicas e inmunosuprimidas que presenten lesiones de aspecto verrucoso, en estas pacientes se recomienda realizar una biopsia antes de iniciar el tratamiento por el mayor riesgo que presentan de patología preneoplásica o neoplasia subyacente.

La determinación de VPH NO está indicada en pacientes con condilomas acuminados ya que no añade información clínica ni modifica la conducta ante estas lesiones.

La presencia de condilomas acuminados NO es una indicación para realizar una citología cervical, aunque es importante comprobar que la paciente ha realizado correctamente sus controles de cribado cervical.

6. CRITERIOS DE DERIVACIÓN A UTGI

NO todas las pacientes con condilomas acuminados necesitan ser valoradas en la UTGI. Precisan valoración en la UTGI:

- Dudas diagnósticas y/o sospecha de malignidad.
- Pacientes que no responden al tratamiento tópico.
- Condilomas en cérvix, vagina, clítoris y región periclitóroidea.
- Pacientes postmenopáusicas.
- Gestantes.
- Condilomas de gran tamaño susceptibles de tratamiento escisional.

7. TRATAMIENTO

El objetivo del tratamiento de los condilomas es:

- 1- La eliminación de las lesiones.
- 2- Reducir el riesgo de recurrencia.

Para el tratamiento de los condilomas acuminados existen múltiples opciones terapéuticas sin que ninguna haya demostrado ser superior a las demás. Por ello, la elección del tratamiento debe ser individualizada según las características de la paciente y de la distribución de los condilomas.

Tratamientos autoadministrados por la paciente (tópicos): Sólo indicados en condilomas vulvares, perineales.

Citotóxicos: indicados en condilomas estables en el tiempo, sin cambios en los últimos tres meses y que se trate de condilomas externos NO ulcerados de pequeño tamaño/extensión.

- Podofilotoxina (Wartec[®]): aplicación únicamente sobre las lesiones, dos veces al día durante tres días consecutivos, seguido de un periodo de descanso de cuatro días. Existen dos preparados:
 - Crema al 0.15%: se autoaplica con los dedos.

PROTOCOLOS ASISTENCIALES

CONDILOMAS ACUMINADOS

- Solución cutánea al 5%: que también se autoaplica o se puede administrar de forma tutelada dado el mayor efecto lesivo que con la crema.

Ambos tratamientos se administran dos veces al día (por la mañana y por la noche) durante 3 días consecutivos seguidos de 4 días sin tratamiento. Se pueden repetir hasta un máximo de 4 ciclos.

Inmunomoduladores: indicado en condilomas externos nuevos o que haya aumentado en número y/o extensión.

- Imiquimod: aplicación por la noche y lavado de la zona 6-10 horas tras la aplicación con agua y jabón neutro. Lavarse las manos antes y después de la aplicación.
- Crema al 3,75% (Zyclara® - indicación no recogida en ficha técnica pero avalada por la AEPCC) una vez al día durante un máximo de 8 semanas (en pacientes que no toleren la crema al 5%).
- Crema al 5% (Aldara®) tres días por semana, no consecutivos, durante un máximo de 16 semanas.
- Sincatequinas (Veregen®): Pomada al 15% tres veces al día, distribuyendo con el pulpejo de los dedos, un máximo de 16 semanas. No hay que lavar la piel después de su uso.

Tratamientos administrados por un profesional en UTGI:

-Ácido tricloroacético (ATCA), en fórmula magistral en concentración al 80-90%. Se aplica semanalmente en consulta hasta un máximo de 12 semanas.

Tratamiento escisional: Escisión de la totalidad de la lesión con bisturí frío o procedimientos electroquirúrgicos (bisturí eléctrico o aguja de diatermia) bajo anestesia (local, regional o general). No se considera el tratamiento de elección en el área genital pero su uso estaría justificado ante: 1) Fallo de tratamientos previos; 2) No disponibilidad de otros tratamientos; 3) Condilomas de gran tamaño que requieran tratamientos combinados; 4) Sospecha de neoplasia intraepitelial o invasiva.

Tratamientos ablativos: Considerar ante lesiones de pequeño o mediano tamaño, de aspecto queratinizado y estables en el tiempo. Se aconseja utilizar mascarilla y aspirador de humo durante todos estos procedimientos.

- Crioterapia con nitrógeno líquido a baja temperatura (-196°C): aplicar una vez por semana, realizando 2-3 secuencias de congelación/reposo por sesión. El tratamiento se repite cada 2-3 semanas hasta un máximo de 3 meses.
- Electrocoagulación diatérmica (con punta de bisturí o bola diatérmica).

El láser CO2 también se considera una buena técnica de tratamiento, aunque actualmente no disponemos de él en nuestro centro. La técnica requiere de un aprendizaje específico y se debe de realizar bajo visión colposcópica. Implica ciertos riesgos como infección y/o hemorragia. Se profundiza hasta un máximo de 1 mm en áreas mucosas y de hasta 2mm en áreas pilosas.

8. CONDILOMAS EN LOCALIZACIONES ESPECIALES

PROTOCOLOS ASISTENCIALES

CONDILOMAS ACUMINADOS

Conditomas vaginales: está indicado tratarlos si producen clínica. En caso contrario se realizará expectación con seguimiento cada 6 meses. Se reservará la biopsia para los casos de diagnóstico dudoso. Los tratamientos más adecuados son la crioterapia, vaporización con láser CO₂, la electrocoagulación diatérmica y ATCA. No se debe de utilizar la podofilotoxina, imiquimod ni sinecatequinas por el riesgo mucositis grave y/o posible absorción sistémica de los mismos.

Conditomas en cérvix: se realizará siempre biopsia para confirmar diagnóstico. Aunque la expectación con seguimiento es una posibilidad para lesiones pequeñas, asintomáticas y con benignidad demostrada con biopsia, por lo general se prefiere el tratamiento. La escisión con asa de diatermia (LEEP ambulatoria) está especialmente indicada en casos de condilomas grandes y/o sangrantes.

Conditomas anales: se derivará a la paciente a Enfermedades infecciosas (si paciente VIH positivo) o a Proctología (si paciente VIH negativo).

9. CONDILOMAS EN SITUACIONES ESPECIALES

EMBARAZO: En general se prefiere el tratamiento activo a la actitud expectante ya que en algunos casos los condilomas durante el embarazo pueden crecer notablemente. Es especialmente importante tratar los condilomas en localizaciones que puede obstruir el canal del parto con el crecimiento (vagina y periné). El tratamiento no ha demostrado reducir el riesgo de transmisión vertical.

La podofilotoxina está contraindicada por su efecto teratogénico. La AEPCC no recomienda el uso de imiquimod ni de sinecatequinas por no disponer de datos suficientes y las fichas técnicas de ambos fármacos recomiendan evitar su uso por el mismo motivo.

Los tratamientos recomendados de primera línea son la crioterapia, la aplicación de ácido tricloroacético, electrocoagulación diatérmica, láser CO₂, tratamiento escisional.

PACIENTES INMUNOSUPRIMIDAS: se pueden utilizar los mismos tratamientos que en pacientes inmunocompetentes, pero teniendo en cuenta que las terapias que activan el sistema inmune podrían ser menos eficaces.

INFANCIA: debido a las altas tasas de regresión espontánea puede adoptarse una actitud en principio expectante. Si fuese necesario la mayoría de autores optan por procedimientos ablativos.

MUJER TRANSGÉNERO: se han descrito por el momento once casos de condilomas en las neovaginas de mujeres transexuales tras una cirugía de afirmación de género, en estos casos los tratamientos empleados fueron similares a los utilizados en el resto de mujeres.

10. SEGUIMIENTO

Las pacientes con condilomas vulvares susceptibles de tratamiento tópico serán dadas de alta tras pautar tratamiento para control por parte de su médico de atención primaria. Las pacientes a las que se les realice tratamiento destructivo tendrán una cita de revisión en 3-6 meses y si la evolución es favorable serán dadas de alta.

Las pacientes con condilomas vaginales y cervicales serán dadas de alta tras su desaparición. Hasta entonces se realizarán controles cada 3-6 meses.

PROTOCOLOS ASISTENCIALES

CONDILOMAS ACUMINADOS

11. INDICADORES DE EVALUACION

Indicador	Fórmula	Fuente	Estándar
Porcentaje de resolución de condilomas acuminados con tratamiento tópico en pacientes vulvares/perineales	$(\text{N}^\circ \text{ de pacientes con resolución completa tras tratamiento tópico} / \text{N}^\circ \text{ total de pacientes tratados con tópicos}) \times 100$	Audit	$\geq 80\%$ de resolución en controles a 3–6 meses

12. BIBLIOGRAFÍA

- AEPCC-Guía: Condilomas acuminados. Edición 2025.
- Sugai S, Nishijima K, Enomoto T. Management of condyloma acuminata in pregnancy: a review. Sex Transm Dis. 2021 Jun 1;48(6):403-409.
- Workowski KA, Bachmann LH, Chan PA, Johnston CM, Muzny CA, Park I, Reno H, Zenilman JM, Bolan GA. Sexually transmitted infections treatment guidelines, 2021. MMWR Recomm Rep. 2021 Jul 23;70(4):1-187.

Autores	Dra. Ramírez/Dra.Revelles/Dra. Calderón		
Fecha elaboración	01/04/2025	Vigencia	01/04/2028