

República Dominicana
Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela de Medicina
Hospital Central de Las Fuerzas Armadas
Residencia de Medicina Familiar y Comunitaria

PREVALENCIA DE CONDILOMATOSIS EN EMBARAZADAS
ASISTIDAS EN LA CONSULTA OBSTETRICIA DEL HOSPITAL
CENTRAL DE LAS FUERZAS ARMADAS
ENERO, 2016 - AGOSTO, 2017

Tesis de pos-grado para optar por el título de especialista en:
MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA



Sustentante
Clara Isabel Sosa Astacio

Asesores
Dra. Jeannette Báez

Dr. Mariano Sosa Astacio

Los conceptos expuestos en la presente de tesis de posgrado son de la exclusiva responsabilidad de la sustentante

Distrito Nacional: 2018

I. INTRODUCCIÓN

La condilomatosis genital es una infección de transmisión sexual producida por el virus del papiloma humano (HPV), perteneciente a la familia Papovaviridae., son un grupo de 70 virus conocidos hasta ahora, de los cuales alrededor de 40 se han aislados en lesiones del tracto genital inferior. Parece ser que los tipos VPH 6 y VPH 11 tienen mayor relación con las patologías de tipo condilomatosis aunque también puede deberse a los grupos: 16, 18, 30, 40 y 50. Esta infección es un hallazgo probable en la mujer embarazada.¹

Los condilomas constituyen uno de los principales motivos de Infecciones de transmisión sexual (ETS). Los expertos calculan que alrededor de 24 millones de norteamericanos están infectados. Existen más de 60 serotipos del virus, de los cuales un tercio se contagian por vía sexual. Se ha demostrado que el embarazo favorece la aparición de condilomas en la región anogenital y la frecuencia recogida por distintos autores es muy variable, oscilando entre el 1,3 y el 30% en las gestantes.²

Estudios han reportado la detección de virus causante del condiloma por medio del ADN en un 2% de las mujeres embarazadas y en el 1.4% de las mujeres no embarazadas. En el embarazo los tipos oncogénicos de VPH 16 y 18 son los más comunes. En los últimos años se ha observado un aumento considerable de la frecuencia de la infección por papiloma virus.³

En República Dominicana, Las verrugas genitales son muy comunes. Por medio de datos de encuestas se calcula que aproximadamente 10% de los hombres y mujeres tendrán verrugas genitales en su vida. Las verrugas genitales pueden aparecer semanas o meses después del contacto sexual con una persona infectada.⁴

Este estudio pretende determinar y analizar los factores relaciones con la infección del condilomas acuminados en mujeres embarazadas, sus características; en una muestra obstétrica representativa del Hospital Central de Las Fuerzas Armadas del Distrito Nacional.

I.1.1. Antecedentes

Ramos F, llevó a cabo un estudio con el objetivo de determinar los factores relacionados con la presencia de condilomatosis en el aparato genital y cáncer cervical en mujeres embarazadas entre 15 y 45 años del Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor de la Ciudad de Guayaquil, Ecuador entre Enero-Junio, 2012. La prevalencia de Condiloma acuminado fue de 0.3 por ciento, un 28.9 por ciento tienen al menos una gesta, de acuerdo al método de obtención del producto de las gestas anteriores, el 32,1 por ciento no ha tenido partos vaginales y el 39 por ciento afirmó haber tenido al menos 2 parejas sexuales.⁵

Cedeño A, llevó a cabo un estudio sobre la incidencia de la condilomatosis genital en el embarazo y supronóstico sobre el partovaginal en pacientes atendidas en el Hospital Maternoinfantil Dra. Matilde Hidalgo de Procel, Guayaquil, Ecuador en el periodo de septiembre del 2012 a febrero 2013. La incidencia de condilomatosis fue de 12.6 por ciento, el 53.8 por ciento de los casos se presentaron en pacientes entre 17-19 años, un 36.5 por ciento inició las relaciones sexuales entre 16-17 años, en un 32 por ciento los condilomas se presentaron en la zona vaginal, el 64 por ciento no recibió tratamiento para la enfermedad, el 56 por ciento de las pacientes fueron sometidas a cesárea.⁶

Feliz O. información que tiene sobre el virus del papiloma humano las personas de 15-19 años de edad sector mata hambre octubre 2010. tesis para optar por el título de Doctor en medicina] Santo Domingo DN. 2011. El principal objetivo de la investigación fue determinar la localización de condilomatosis y vía de terminación del parto en gestantes. Lugar: distintos servicios obstétricos del hospital santa maría del socorro Ica. De los resultados estudiados se concluye que el mayor número de condilomatosis genital en el embarazo se presentó en grupos de edades comprendidos entre los 20-50 años con 71,9%, de los casos estudiados. La localización más frecuente de los condilomas se presentó en la zona vaginal con un porcentaje de 31,3%. En cuanto a la vía de terminación del embarazo el 78,1% fue por cesárea, y el 21,9% termino en parto vía vaginal.⁷

Castillo H, realizó un estudio descriptivo y retrospectivo con el objetivo de determinar la incidencia de condilomatosis en el Departamento de Infecciones de Transmisión Sexual del Hospital Juan Pablo Pina entre enero-febrero, 2008. Encontró que 13 pacientes, para un 1.4% se les diagnosticó condilomatosis, el grupo de edad más afectado fue el comprendido entre 25-29 años, para un 34.6 por ciento, la ubicación topográfica más común de las lesiones fue a nivel perineal, con un frecuente.⁸

Campusano J, *et al*, en un estudio realizado cuyo propósito fue determinar la frecuencia del Virus de Papiloma Humano en embarazadas asistidas en el Departamento de infecciones de Transmisión Sexual, Hospital Regional Juan Pablo Pina, San Cristóbal, marzo 2010-marzo 2011. Se reporta una frecuencia de 17.4 por ciento, dentro de los cuales los condilomas acuminados representaron el 2.9 por ciento, el 51.1 por ciento estaba por debajo de los 20 años de edad, un 77.4 por ciento procedía de la zona urbana, el 65.5 por ciento vivía en unión libre, un 67.7 por ciento tenía un nivel básico de escolaridad, un 54.5 por ciento tenía 1 gestación, el 80.7 por ciento tenía 1 parto, un 93.5 por ciento no había tenido aborto y el 96.8 por ciento no había sido sometida a cesárea, el 41.9 por ciento había tenido su primera relación sexual antes de los 16 años de edad.⁹

1.1.2. Justificación

La condilomatosis es muy sensible a la influencia hormonal, así en la mujer embarazada tiende a multiplicarse y hacerse profusa. Su desaparición después del parto no es constante, no parece tener acción teratogénica, pero expone a la madre y al niño a otros peligros. Al llegar al término del embarazo los condilomas vulvovaginales, posiblemente con infección sobreañadida, son causa de hemorragias difíciles de combatir o constituyen un obstáculo del parto. Además de su relación con la condilomatosis genitales en el niño y condilomatosis laríngea.

Actualmente es difícil de estimar la prevalencia de esta enfermedad durante el embarazo, pues los publicados no incluyen lesiones difíciles de observar, casi todos los estudios se han dedicado a lesiones suficientemente grande para impedir parto o aquellas que producen molestias considerables a la paciente.

Es por ello que se hace necesario llevar a cabo este estudio sobre la prevalencia de condilomatosis en este centro hospitalario, para conocer la magnitud del problema y así implementar medidas necesarias para su prevención y tratamiento.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los condilomas acuminados (CA) o verrugas genitales (VG) son la expresión clínica de la infección por determinados tipos de virus del papiloma humano (VPH) considerados de bajo riesgo oncogénico. Actualmente, los condilomas acuminados se consideran una de las enfermedades de transmisión sexual más frecuentes con una incidencia creciente en la mayoría de poblaciones.⁸

Aunque dicha patología se enmarca en los procesos no neoplásicos causados por el VPH, y por tanto en el espectro de los procesos benignos, diversos factores le confieren una gran importancia clínica. Concretamente, la naturaleza propia de esta enfermedad, y las connotaciones vinculadas a la transmisión sexual provocan un gran impacto físico, emocional y psico-sexual entre las pacientes afectas.⁹

El embarazo favorece la aparición de condilomas en la región anogenital, principalmente en la región vulvoperineal, ya que durante los dos primeros trimestres de la gestación, la inmunidad está disminuida contra el VPH, que explicaría una mayor frecuencia durante el embarazo, a su vez las verrugas genitales crecen y se extienden considerablemente debido al aumento de vascularización y las condiciones de humedad, así como la concentración de estrógenos. La relación entre infección por VPH, parto prematuro y bajo peso al nacer está ampliamente documentada.⁹

En el curso de la gestación el condiloma acuminado es la manifestación más común de infección por VPH. Durante este período la proliferación y el crecimiento de las verrugas se acelera y frecuentemente ocurre la regresión espontánea de las lesiones en el puerperio. El aumento fisiológico del estrógeno y glucógeno local en los genitales femeninos durante la gravidez, adicionado a las alteraciones inmunológicas propias del embarazo, favorecen la proliferación del condiloma.¹⁰

Partiendo de estas informaciones se hace la siguiente pregunta:

¿Cuál es la prevalencia de condilomatosis en embarazadas asistidas en la consulta de obstetricia del Hospital Central de Las Fuerzas Armadas entre enero, 2016-agosto, 2017?

III. OBJETIVOS

III.1. Objetivo general

Determinar la prevalencia de condilomatosis en embarazadas asistidas en la consulta de obstetricia del Hospital Central de Las Fuerzas Armadas entre enero, 2016-agosto, 2017.

III.2. Objetivos específicos

- Describir las características socio-demográficas de acuerdo a: edad, estado civil procedencia y escolaridad
- Determinar los antecedentes obstétricos
- Identificar la edad de inicio de las relaciones sexuales
- Conocer el número de parejas sexuales.
- Determinar la comorbilidad asociada.
- Determinar la localización del condilomas
- Verificar tratamiento recibido.

IV. MARCO TEÓRICO

IV.1. Condiloma acuminado

Es una enfermedad causada por el Virus Papiloma Humano. Se caracteriza por el crecimiento de verrugas blandas en los genitales o en la región anal, o sea que crece entre los muslos y la parte interna de las nalgas, en el pene o en la vagina. Es considerada una enfermedad de transmisión sexual, aunque en los niños puede darse con o sin contacto sexual. Las verrugas tienen forma de coliflor y pueden ser desde 2mm hasta varios centímetros.¹¹

Generalmente crecen en el área genital húmeda, ya que es un medio propicio para el crecimiento de las verrugas; hay que observar que se reproducen rápidamente en las zonas húmedas y no en las secas, cuando una persona está infectada, es difícil mantener seca el área infectada; en el pene, las verrugas suelen ser más pequeñas que en los genitales femeninos, por lo mismo de la humedad.

Los lugares en donde más suele aparecer es en: sitios húmedos, sitios cálidos, labios mayores y menores, ano, recto y boca. En las mujeres el condilomas puede infectar la vagina y el cuello uterino, estas verrugas son planas y no son fácilmente visibles.

Las lesiones suelen aparecer entre los dos y ocho meses después de haber tenido la relación. Esta enfermedad se presenta con más frecuencia en los adultos jóvenes de entre los quince y los treinta años de edad y es una enfermedad frecuentemente diseminada por el contacto sexual.¹²

A veces suele suceder que las verrugas desaparezcan sin ser tratadas, pero se corre el riesgo de que regresen, por lo que la forma más conveniente de tratarlas es con un buen medicamento siguiendo las indicaciones del médico.

IV.1.2. Epidemiología

La infección genital por VPH es una de las infecciones de transmisión sexual más frecuentes. Sin embargo, los condilomas acuminados no están incluidos en los sistemas de vigilancia de la mayoría de países, por lo que los datos de epidemiología a nivel mundial son limitados. Además, la carga de enfermedad estimada se basa en estudios que se realizan a partir de personas que consultan por condilomas acuminados por lo que posiblemente esta infraestimada.¹³

Una revisión sistemática muestra que la incidencia de nuevos casos (considerando hombres y mujeres) oscila entre 118 y 205 por 100.000 habitantes y la incidencia anual total (incluyendo nuevos casos y los recurrentes) entre 160 y 289 por 100.000 habitantes. La tasa de incidencia máxima en las mujeres se observa entre los 20 y 24 años y en los hombres entre los 25 y 29 años. La prevalencia de estas lesiones es del 0,15%-0,18% en estudios realizados a partir de bases de datos administrativas o de revisión de historias clínicas. Los datos disponibles de tendencias temporales muestran un aumento de condilomas acuminados, en diversos países (Canadá, Estados Unidos, Reino Unido, los Países Bajos y los Países Nórdicos), en el periodo previo a la implementación de los programas nacionales de vacunación frente al VPH.¹⁴

Después de esta fecha, los países que administraron la vacuna tetravalente (como Australia, Dinamarca, Suecia y Estados Unidos) han registrado una reducción significativa de la incidencia de condilomas acuminados.

Los condilomas acuminados no se incluyen como “Enfermedad de Declaración Obligatoria” (EDO) y no hay un sistema de vigilancia establecido a nivel nacional.

Un estudio retrospectivo realizado en el año 2013 en seis Comunidades Autónomas, España estimó una incidencia de nuevos casos de 118 por 100.000 habitantes entre 14-64 años de edad (137 por 100.000 en hombres y 100 por 100.000 en mujeres). La prevalencia estimada fue de 182 por 100.000 habitantes entre los 14-64 años de edad (203 por 100.000 en hombres y 162 por 100.000 en mujeres). Cataluña es la única comunidad que dispone de datos de tendencias temporales. Estos confirman que el número de condilomas declarados a través del sistema EDO ha aumentado en los años 2007-2014, aunque este aumento, sobre todo en los años 2007-2011, podría deberse a una consolidación del sistema de vigilancia.¹⁵

IV.1.3. Etiología

Los condilomas o verrugas genitales son causadas en el 100% de los casos por el Virus del Papiloma Humano (VPH), del que existen más de 100 serotipos y que tiene como célula diana el queratinocito. Dentro de este amplio grupo de serotipos existen algunos claramente relacionados con ciertos tipos de cáncer, como el 16 y 18 que están relacionados con el cáncer de cuello uterino, pene, ano y carcinoma escamoso orofaríngeo.¹⁶

El 90% de los condilomas son debidos a los serotipos 6 y 11 que, aunque son de bajo riesgo oncogénico, en algunos casos pueden dar lugar a lesiones precancerosas. Otros serotipos causantes de condilomas, aunque con mucha menos frecuencia son: 30,42-44, 45, 51, 54, 55 y 70.¹⁸

EL VPH se transmite por vía sexual por contacto directo de piel y mucosas, vertical, en el canal del parto o a través de fómites. La infección por VPH es una de las ETS más frecuentes en todo el mundo. Aunque el 80% de la población se infectará alguna vez a lo largo de su vida (lo más frecuente es la adquisición en los meses siguientes tras la primera relación sexual) la prevalencia de condilomas acuminados se sitúa entre el 1-2% para los países desarrollados.

La aparición de condilomas en niños, aunque puede ser debido a la transmisión por las manos, habría que valorar la posibilidad de abusos sexuales. La infección por VPH tiene un período de incubación de 6 semanas a 2 años.¹⁷

La mayoría de las infecciones son latentes o subclínicas que curan espontáneamente, pero un pequeño porcentaje puede perdurar y dar lugar a lesiones en la piel y mucosas. La manifestación clínica habitual es la verruga, con sus diferentes tipos morfológicos entre las que se encuentran las verrugas anogenitales o condilomas acuminados.

IV.1.4. Vías de transmisión

Sexual Los condilomas acuminados se transmiten mediante el contacto directo, de piel o mucosas, a partir de una pareja que presente condilomas acuminados visibles o subclínicos. La principal vía de transmisión es el coito vaginal o anal. El sexo anal receptivo ha mostrado estar estrechamente asociado al desarrollo de condilomas en el canal anal en varones homosexuales y bisexuales, y en menor medida en mujeres.¹⁸

Algunas lesiones anales y perineales pueden producirse por excreción viral a través del flujo vaginal y no por sexo anal. La infección VPH se considera una infección de campo, pudiendo afectar cualquier tramo del tracto genital inferior. Ante la aparición de condilomas acuminados en la infancia sería conveniente descartar la posibilidad de abusos sexuales.

Vertical El riesgo de transmisión vertical en el periodo perinatal o de infección persistente en el recién nacido es muy bajo. La vía de transmisión puede ser intraútero, a través del canal del parto e incluso postnatal.

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.¹⁹

Por ello, no se considera indicada la cesárea para finalizar la gestación en mujer con condilomatosis genital, salvo si el canal del parto está obstruido por las lesiones o si el parto por vía vaginal puede provocar un sangrado excesivo.

Otras vías de transmisión genital en ausencia de penetración son infrecuentes. Se acepta la infección oral y digital de tipos de VPH genitales pero el riesgo de transmisión por contacto digital-genital u oral-genital parece ser mínimo²². No existe evidencia firme de la transmisión de los condilomas acuminados a través de fómites

IV.1.5. Histología

El VPH desarrolla su ciclo vital en íntima dependencia con el proceso de maduración del epitelio escamoso. El cambio citológico característico en las células maduras es la atipia coilocítica o coilocitosis (atipia nuclear y vacuolización perinuclear) que se considera el efecto viral "citopático". Los condilomas acuminados pueden presentar distintas y variadas alteraciones cito-histológicas, muchas de las cuales coexisten en la misma lesión.²⁰

La forma clásica consiste en proliferaciones del epitelio escamoso con arquitectura papilar (papilomatosis) y presencia de acantosis, hiperqueratosis, paraqueratosis y más específicamente la atipia coilocítica. La segunda forma de presentación, y la más común, consiste en la existencia de los rasgos anteriormente descritos, sin cambios citopáticos.

Se considera que la presencia de papilomatosis y acantosis son suficientes para asegurar el diagnóstico de condiloma dado que estos hallazgos se asocian fuertemente a la infección VPH. La tercera forma de presentación histológica presenta proliferación de células de tipo basaloide, quistes córneos y coilocitosis poco prominente. Los hallazgos histológicos de esta forma de presentación, son semejantes a la queratosis seborreica (difiere de esta por su asociación al VPH).²¹

La cuarta categoría consiste en lesiones planas o con discreta acantosis con mínima atipia nuclear. Una variante rara de condiloma acuminado es la caracterizada por un incremento de apoptosis en las capas epiteliales superiores de manera que se hallen múltiples células en varios estadios de degeneración.

Estas lesiones recuerdan a la hiperplasia epitelial oral llamada “pseudopapulosisbowenoide” y se asocian frecuentemente a los genotipos VPH 13, y 32,37,39.²²

Histológicamente el diagnóstico diferencial de los condilomas se debe establecer con varias entidades: 1) pólipos fibroepiteliales, 2) pliegues de la mucosa vaginal distal o del introito, remanentes del anillo del himen, que presentan una acantosis mínima, y atipias de células del estroma, y no están asociados al VPH40 3) el xantoma verruciforme, 4) la disqueratosisacantolítica, 5) la atipia con células multinucleadas asociada a cambios inflamatorios no específicos, que se caracteriza por presentar núcleos de tamaño normal 6) la neoplasia vulvar intraepitelial (VIN) de tipo verrucoso, caracterizada por la papilomatosis y cambios coilocíticos.

Además debe excluirse la presencia de neoplasia valorando si, junto a los rasgos clásicos de condiloma acuminado, se asocian atipia citológica marcada, anomalías en la diferenciación escamosa e historia clínica en pacientes mayores con dermatosis inflamatoria.

IV.1.6. Manifestaciones clínicas

Los síntomas asociados a los condilomas acuminados, van a depender sobre todo de la localización, número y tamaño de las lesiones. En un estudio reciente multicéntrico español, en el que fueron encuestados 123 servicios de ginecología, sobre los condilomas acuminados en el tracto genital inferior y área perianal, el síntoma más frecuente fue el prurito, siguiendo por orden de frecuencia el aumento de leucorrea, la sensación de incomodidad, el sangrado y el dolor.²³

En las mucosas de cérvix y vagina, los condilomas acuminados suelen cursar de forma asintomática y raramente ocasionan dispareunia, leucorrea, dolor, sensación de ardor o coitorragia.

En el área vulvar, los condilomas acuminados pueden presentar prurito, hipersensibilidad de la zona, ardor, dolor o sangrado ocasional⁴⁵. En los casos excepcionales en que la paciente presenta numerosas lesiones y de gran tamaño (pacientes inmunodeprimidas) el disconfort puede ser muy importante.²⁴

En estas situaciones la paciente puede referir dificultad y molestia para la higiene personal y las relaciones sexuales. Si los condilomas acuminados se localizan en el meato uretral, localización menos frecuente en la mujer que en el hombre (4-8%), pueden llegar a causar obstrucción para la micción.

En el ano, la sintomatología es en general leve o ausente en la mayoría de casos. Sin embargo, los pacientes con una gran número de lesiones y de gran tamaño pueden presentar dificultades para la higiene o para la deposición. En áreas extragenitales, como la boca, así como en otras localizaciones excepcionales como conjuntiva o cavidad nasal, la sintomatología dependerá de nuevo del número o tamaño de las lesiones.

Durante la gestación, se origina un estado especial de tolerancia inmunológica, que unido a los efectos hormonales de la progesterona y los cambios vasculares, ocasiona una menor respuesta inmunológica frente al VPH. Por ello, en la gestación, el tamaño y número de los condilomas acuminados también puede ser mayor de lo habitual, y en raras ocasiones incluso llegar a impedir físicamente el parto vaginal.²⁵

Mención especial merece la afectación del estado psicológico de la mujer con condilomas acuminados. Son frecuentes la preocupación, vergüenza, afectación de la autoestima y de la esfera sexual.

Por tanto, esta entidad debe abordarse con la importancia que requiere y es básica una adecuada y tranquilizadora información a las pacientes.

IV.1.7. Historia natural

Tras la infección por VPH (introducción del ADN viral en las células basales del epitelio) y tras un período de latencia que se estima entre 3 semanas y 8 meses, las partículas de ADN viral que se encuentran en forma episomal sufren un proceso de expresión, y con ello una serie de acontecimientos que conducen al desarrollo de las lesiones.²⁶

Un estudio publicado en 2014 establece el riesgo anual de aparición de condilomas acuminados tras la infección inicial en un 28,5%. La persistencia de la infección viral requiere la evasión de la respuesta inmune inespecífica y específica. El VPH tratará de evitar la detección y la eliminación de las células virales por el sistema inmune.

Estos procesos de evasión pueden producirse por diferentes vías. En el caso de la evasión de la respuesta inmune inespecífica, se ha observado una disminución notable del número de células de Langerhans, con la consiguiente disminución de la capacidad de presentación antigénica. Además, se han constatado, una importante disminución en la actividad de las células Natural Killer (NK) con funciones de inmunidad inespecífica.

Una vez infectado el epitelio, el reconocimiento del VPH por el sistema inmune moviliza a la inmunidad específica frente al mismo. Ésta puede ser humoral (que generará anticuerpos para los subsiguientes contactos con ese mismo patógeno) y celular (utilizada para eliminar las células infectadas).

La resolución fisiológica de las lesiones condilomatosas depende del segundo tipo de inmunidad referido, la inmunidad celular.

Los condilomas acuminados en ausencia de tratamiento pueden resolverse de forma espontánea, permanecer sin cambios o aumentar en número y/o tamaño.²⁷

No existe acuerdo a la hora de equiparar las tasas de regresión de la infección por VPH, observadas en el contexto de las lesiones cervicales tipo SIL (SquamousIntraepithelialLesion), a los condilomas acuminados, debido a la escasez de estudios bien diseñados para ello.

En la literatura podemos encontrar cifras de regresión de hasta el 37,5% de los casos en un plazo de 20 semanas. Se ha observado que determinados estados de inmunodepresión fisiológica como los relacionados con el embarazo, favorecen la progresión de los condilomas, en muchas ocasiones de forma alarmante.

La existencia de inmunodepresión secundaria a otras patologías o infecciones, como el VIH, afecta también a la progresión de las lesiones condilomatosas.

En esta circunstancia de infección por VIH se ha evidenciado que uno de los mecanismos principales que condiciona la progresión de las lesiones es la baja producción de interferón por las células NK al verse afectada la proporción de linfocitos CD4.²⁸

Cualquier patología que afecte a estas vías biológicas, como la inmunodeficiencia T primaria, o la linfopenia CD4 idiopática, presenta manifestaciones clínicas similares.

Por el contrario, la estimulación de las vías de los linfocitos T helper-1, que estimula la producción de citoquinas, influye de manera significativa en la resolución fisiológica de la infección.

IV.1.8. Diagnóstico

Exploración clínica

El diagnóstico de los condilomas acuminados se basa fundamentalmente en la exploración física. Por ello es conveniente disponer de una adecuada iluminación, así como de una lupa o un colposcopio que permitan la detección de las lesiones de pequeño tamaño.²⁹

El uso del ácido acético en vulva, vagina y /o cérvix para poner de manifiesto condilomas acuminados de menor tamaño no es una práctica estandarizada puesto que puede conducir a diagnósticos falsamente positivos. En el área vulvar y perineal, los condilomas acuminados tienen una presentación muy variable.

Lo más habitual es encontrar entre 5 y 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 (formaciones similares a crestas) 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.³⁰

En las mucosas de cérvix y vagina, los condilomas acuminados suelen presentarse como una o múltiples 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.

Con frecuencia son lesiones multicéntricas por lo que, ante la presencia de condilomas acuminados en el área anovulvar hay que explorar la vagina y el cérvix.

Biopsia

Indicaciones 1) sospecha de patología preneoplásica (VIN, VaIN...) o neoplásica; 2) empeoramiento de las lesiones durante el tratamiento (mala respuesta a los tratamientos a pesar del buen cumplimiento de los mismos). Técnica Previamente se debe realizar una adecuada antisepsia de la lesión a biopsiar.³¹

A continuación se infiltra o se pulveriza el área donde se realizará la biopsia con algún agente anestésico local. La biopsia se puede obtener mediante una pinza sacabocados (similar a la empleada sobre cérvix y vagina), una cureta o un punch tipo Keyes.

Tras la biopsia se realizará hemostasia mediante presión sobre la zona durante tres minutos o aplicando agentes hemostáticos (nitrato de plata, percloruro de hierro o solución de Monsel).

Si lo anterior no es suficiente y persiste el sangrado, lo cual es excepcional, se puede recurrir a la sutura de la zona. En este caso aplicaremos los menores puntos posibles usando un hilo reabsorbible de pequeño calibre.

Diagnóstico molecular

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. Únicamente en la población pediátrica, puede estar indicada ya que con frecuencia es necesario descartar o confirmar la existencia del VPH debido a la posible asociación entre su detección y el maltrato sexual del menor.³²

Los biomarcadores p16inK4 y ki-67 pueden ayudar en el diagnóstico diferencial poniendo de manifiesto el origen de la lesión, sin embargo su realización sistemática no es necesaria en la práctica clínica.

Las lesiones clasificadas como condilomas acuminados exofíticos y sus variantes, frecuentemente asociados a los genotipos VPH 6 y 8, típicamente se tiñen débilmente o de forma parcheada para p16ink4, distinguiéndose así de la VIN de alto grado. La tinción con ki-67, en los estratos medio y superior del epitelio pone de manifiesto un incremento de la actividad proliferativa en estos estratos, patrón que no se observa en el epitelio normal

IV.19. Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial es muy extenso. En este apartado sólo se mencionan las entidades más frecuentes o más importantes en relación al mismo. Estructuras anatómicas normales Papilomatosis vestibular: proliferaciones digitiformes de mucosa centradas por un eje conectivovascular.

Se localizan en la cara interna de labios menores, extendiéndose a veces a todo el vestíbulo. No está relacionada con el VPH. Es una entidad benigna y sin correlación patológica alguna.³³

Gránulos de Fordyce: se trata de glándulas sebáceas heterotópicas. Se presentan en forma de pápulas blancoamarillentas de 1-3 mm de diámetro, aisladas o agrupadas en placas que asientan sobre todo en labios menores y cara interna de labios mayores. Lesiones secundarias a infecciones

Molluscum contagiosum: lesión de etiología vírica (poxvirus), concretamente Molluscipoxvirus. Se presenta como pápulas rosadas o del color de la piel, de superficie lisa y con una umbilicación central característica.

Tumores benignos: Acrocordón o fibroma blando: asienta principalmente en flexuras. Es un tumor de origen dérmico con una base de implantación pediculada o sésil y una superficie lisa. No suele presentar alteración en la pigmentación original de la piel.³⁴

Queratosis seborreica: es de aspecto verrucoso y coloración parda o grisácea. Por lo general son lesiones redondeadas u ovaladas con una superficie elevada y áspera.

Angioqueratomas: son tumores vasculares adquiridos. Se presentan como pápulas, aisladas o múltiples, no coalescentes, azuladas-rojizas, con un tamaño que oscila entre 1-5 mm aproximadamente.

Pliegues hemorroidales y hemorroides: Son dilataciones vasculares de las venas hemorroidales. Se presentan como tumoraciones anales de superficie lisa de color azulado o como repliegues de piel en la zona perianal del mismo color que la piel adyacente.³⁶

Tumores malignos Se deben sospechar ante la presencia de lesiones exofíticas, duras, ulcerativas, de bordes carnosos y superficie sangrante.
Formas especiales

Condilomatosis Gigante o Tumor de Buschke-Löwenstein: se presenta en forma de lesiones genitales exofíticas, vegetantes, carnosas, de crecimiento rápido. Es un tumor benigno, con gran capacidad de destrucción local, pero sin capacidad de malignización, ni de metastatizar.

PapulosisBowenoide: son lesiones papulosas semiesféricas de color marrón oscuro, pardo o negro, de superficie brillante, que pueden encontrarse aisladas o confluyendo generando placas de distinto tamaño. En la vulva se considera un carcinoma in situ y puede progresar a carcinoma invasor. Debe descartarse la existencia de un carcinoma invasor oculto, especialmente en lesiones extensas y en mujeres de edad avanzada.

IV.1.10. Condilomas como marcador de riesgo de lesiones premalignas del tracto genital

Existe una asociación entre los condilomas acuminados y el cáncer anogenital. Un amplio estudio publicado recientemente que incluyó 16.155 hombres y 32.933 mujeres, observó que los individuos diagnosticados de condilomas acuminados tenían un riesgo aumentado de padecer distintos tipos de cáncer anogenital así como de cabeza y cuello.³⁷

Dicho aumento de riesgo se mantenía durante más de 10 años tras el diagnóstico de condilomas acuminados. A pesar de que la evidencia publicada hasta la fecha sugiere que los condilomas acuminados son marcadores de lesiones premalignas del tracto genital

Hasta no disponer de más datos al respecto, las mujeres que presentan o han presentado en el pasado condilomas acuminados deben realizarse los controles de cribado del cáncer de cuello uterino de acuerdo a la guía de cribado del cáncer de cuello de útero en España publicada en el año 2014

IV.1.11. Estudio extragenital (orofaringe y ano)

Ano: la exploración del canal anal mediante proctoscopia debería realizarse en aquellas mujeres con condilomas acuminados en el margen anal o ante la presencia de síntomas tales como rectorragia, irritación o picor. Esta recomendación es independiente de que las pacientes refieran o no relaciones anales, puesto que el VPH puede infectar la mucosa anal desde la vulva, la vagina e incluso el cérvix.³⁸

Orofaringe: el examen de la cavidad oral es objeto de controversia en la actualidad. Algunos autores aconsejan explorar todas y cada una de las zonas expuestas durante las relaciones sexuales.

Sin embargo, revisando la literatura, no se ha encontrado una indicación clara en este sentido, así como tampoco, una sistemática exploratoria adecuada que permita revisar con seguridad tanto la cavidad oral como la orofaringe.

IV.1.11. Tratamiento

El condiloma tiene un alto por ciento de recidivas (30-70 %) independientemente del tratamiento; por otra parte la regresión espontánea se observa en aproximadamente un 20-30% de los casos.³⁹

El objetivo del tratamiento de las verrugas genitales es la erradicación de las lesiones clínicas y la estimulación del sistema inmune para el reconocimiento viral y supresión de su replicación.

Existe consenso en la opinión de expertos que la infección en embarazadas debe ser tratada antes del comienzo de los síntomas del parto y persigue eliminar la lesión clínicamente visible aunque no existen evidencias que esto reduzca la transmisión viral ni de transformación a malignidad.

Aunque en opinión del autor los factores favorecedores de la infección indican que a menor número de lesiones y recidivas menor riesgo de transmisibilidad, lo cual supondría un estado inmunológico materno capaz de contrarrestar el proceso infeccioso.

Los estudios prospectivos en los niños nacidos de madres afectadas por PVH durante el embarazo pudieran arrojar luz sobre la efectividad de la eliminación de las lesiones visibles.

El interferón a pesar de ser utilizado en otras infecciones virales o enfermedades auto inmunes en la gestación no tiene su eficacia comprobada en lo que respecta a las verrugas genitales.

Tratamientos químicos

Podofilino al 10%, al 30% y al 45% en solución alcohólica. Debe ser aplicada por profesional médico en lesiones de genitales externos y perianales. La aplicación debe repetirse semanalmente, de tres a cuatro semanas hasta la desaparición de las lesiones.³⁹

Si no mejora, se debe considerar otra posibilidad diagnóstica o la presencia de una cepa más agresiva 27, tiene efecto teratogénico 5 al igual que el 5-fluoracilo. La aplicación de grandes cantidades de podofilino puede provocar toxicidad sistémica. Está contraindicado en el embarazo y la lactancia

Podofilotoxina al 0,5%. Puede aplicarse directamente por el paciente dos veces al día por tres días. No requiere lavarse como la podofilina. Se descansa cuatro días y luego se repite por tres días más. Las respuestas se ven habitualmente a las seis semanas. Su eficacia es similar a la de la podofilina, pero tiene menos toxicidad sistémica.

Aproximadamente la mitad de los pacientes muestra algún grado de inflamación, quemaduras o erosiones. No debe usarse durante la gestación. Ácido tricloroacético al 80 y 90%. Aplicación local por el médico de dos a tres veces por semana por un máximo de tres semanas. Se forma una erosión que sana en unas tres semanas sin cicatriz.⁴¹

El ácido tricloroacético (80-90 %) constituye la primera línea de tratamiento en gestantes con lesiones pequeñas o en poca cantidad, por su efectividad y el hecho de no ser absorbido sistemicamente

Tratamientos físicos

Crioterapia (nitrógeno líquido). Las complicaciones son infrecuentes. Cura aproximadamente el 90 % de las lesiones, aunque a veces se requieren varias aplicaciones.

Electrocirugía. Eventualmente desaparecen todas las lesiones, aunque del 20 al 30% desarrollan nuevas lesiones en los bordes quirúrgicos o en sitios alejados.

Extirpación quirúrgica con bisturí y láser.

Inmunomoduladores

Imiquimod: Con la intención de mejorar el tratamiento de las distintas formas de expresión de la infección por VPH, se están investigando nuevas terapéuticas, como la terapia fotodinámica, las terapias génicas y el desarrollo de nuevos medicamentos inmunomoduladores derivados del imiquimod.⁴²

La activación del sistema inmunológico generada por el imiquimod se restringe a pocos reportes de casos por lo que su uso no es totalmente seguro en las embarazadas. Para las lesiones extensas deben elegirse las terapias quirúrgicas como la exéresis, electrocoagulación o crioterapia, modalidades con buen índice de curación (50-90 %), bajas tasas de recurrencia (25-35 % en seis meses).

La terapia con láser de CO₂ está exenta de riesgos para la gestación, pero debe restringirse a casos refractarios a tratamientos convencionales, pues presenta un alto costo y tasas semejantes de cura a los demás métodos quirúrgicos. El correcto manejo de los condilomas en etapas tempranas de la gestación posibilita una menor tasa de transmisión vertical, para lograr la ausencia de lesiones en el momento del parto. Las terapias para los condilomas se dividen en tres categorías: Destrucción química, o física de la lesión, terapia inmunológica o exéresis quirúrgica.⁴³

Las lesiones acuminadas no extensas con revestimiento queratinizado requieren ablación física o terapias inmunológicas reservando la extirpación quirúrgica para las lesiones de gran extensión. El tratamiento a las pacientes con condilomas acuminados debe ser complementado con la pesquisa de otras infecciones de transmisión sexual por su frecuente asociación.

Tratamiento obstétrico

La evaluación integral de la embarazada durante la etapa prenatal facilita el diagnóstico temprano de la condilomatosis genital por lo que el tratamiento debe comenzar de inmediato y evitar que en el momento del parto estas lesiones permanezcan activas, minimizando la transmisibilidad al feto que por diversas vías ocurre.⁴⁴

La cesárea no previene el PVH neonatal y debe reservarse para mujeres con indicaciones de orden obstétrico. La vacunación durante el embarazo no está recomendada en la actualidad.

Si alguna embarazada ha sido vacunada con alguna dosis la reactivación debe posponerse hasta la finalización del embarazo y la lactancia y entonces rescatarla tan pronto como sea posible, la segunda y tercera dosis debe ser separadas por al menos doce semanas de diferencia.

No existen sin embargo evidencias que hagan necesario interrumpir el embarazo por esta situación. La interrupción de la gestación no está justificada si ocurriera la administración de la vacuna desconociendo la existencia de embarazo,

IV.1.13. Prevención primaria de los condilomas.

Vacunas profilácticas frente al VPH

La medida preventiva más eficaz para evitar la aparición de los condilomas acuminados es la vacunación contra el VPH, especialmente si ésta se realiza antes de la exposición a los virus incluidos en la vacuna. En la actualidad existen tres vacunas profilácticas frente al VPH.⁴⁵

Las dos vacunas que incluyen los genotipos de VPH relacionadas con los condilomas acuminados y su indicación en la profilaxis de los mismos en ficha técnica son: Gardasil® (vacuna tetravalente) y Gardasil9® (vacuna nonavalente de reciente introducción).

La tercera, Cervarix ® (vacuna bivalente), no incluye en su formulación genotipos de VPH implicados en la génesis de condilomas acuminados. Sin embargo, recientemente se ha comunicado una discreta efectividad de dicha vacuna en la reducción de condilomas en mujeres del Reino unido entre los años 2008-2011.

Esta cuestión es en la actualidad objeto de investigación y debate. La mayoría de estudios que avalan la efectividad de la vacuna VPH en la prevención de los condilomas acuminados se han realizado en mujeres vacunadas con Gardasil®.⁴⁶

En un amplio estudio, que abarcaba a toda la población de Suecia, la efectividad vacunal en la prevención de condilomas fue del 93% en las cohortes más jóvenes (< 14 años). Esta efectividad disminuía al aumentar la edad, lo que sugiere que la máxima efectividad se obtiene en las niñas que no han sido expuestas previamente al VPH127.

Un estudio australiano demuestra un descenso del 92,6% en la incidencia de condilomas acuminados en la población femenina menor de 21 años, a los 4 años de iniciada la campaña de vacunación sistemática con Gardasil®. En dicho estudio, ninguna de las 235 mujeres menores de 21 años fue diagnosticada de condilomas. Este mismo estudio indica un descenso de condilomas acuminados en la población masculina heterosexual menor de 30 años, por efecto de inmunidad de grupo, mientras que no hubo impacto alguno en los mayores de 30 años entre la población homosexual.

Una revisión sistemática publicada en 2015 sobre un total de 354 artículos de los que fueron seleccionados y analizados 56 y entre los cuales 16 presentaron datos de impacto y efectividad de la vacuna tetravalente sobre condilomas en 6 países (Australia, Nueva Zelanda, USA, Dinamarca, Alemania y Suecia) evidenció que, a pesar de los diferentes diseños de los estudios, poblaciones estudiadas e implementación vacunal y coberturas.⁴⁷

Produciéndose una rápida reducción en la incidencia de condilomas después de la implementación de la vacuna tetravalente, al menos, en la población diana. Además, los casos de otras enfermedades de transmisión sexual aumentaron o permanecieron estables, lo cual sugiere que la reducción de la incidencia de condilomas acuminados no se debe a cambios en la educación o en los hábitos sexuales.

Otra revisión sistemática, también publicada en 2015, que incluye 20 estudios realizados en 9 países desarrollados, refleja que en los países con una cobertura vacunal femenina (vacuna tetravalente) de al menos el 50%, existe una reducción significativa de los condilomas anogenitales no sólo en las niñas de 16 a 19 años de edad.

También en los varones menores de 20 años (0.66 (95% CI 0.47-0.91)) y en mujeres de 20 a 39 años de edad (0.68 (95% CI 0.51-0.89)), lo cual sugiere un efecto de inmunidad de grupo.⁴⁸

Por el contrario, cuando la cobertura vacunal femenina es inferior al 50%, se reducen los casos de condilomas anogenitales (0.86 (95% CI 0.79-0.94)) en las mujeres menores de 20 años pero no se demuestra protección cruzada ni inmunidad de grupo.

A pesar de las limitaciones, los estudios realizados muestran que los programas de vacunación con vacuna tetravalente tienen el potencial de reducir significativamente la carga asociada a los condilomas acuminados.

Algunos modelos basados en los datos extraídos de los ensayos clínicos y estimados para la alta carga en costes que suponen los condilomas para los sistemas de salud, predicen que los costes de la vacunación pueden ser compensados por la reducción de los gastos asociados al tratamiento y seguimiento de los mismos.

Impacto socio-sanitario y económico

Los condilomas acuminados tienen un impacto psicosocial, sanitario y económico sustancial. Es frecuente que las pacientes, además de dolor, sangrado o prurito, presenten síntomas psicosociales y psicosexuales como vergüenza, ansiedad, disfunción sexual o autoestima baja.⁴⁹

Según un estudio reciente del Reino Unido, los condilomas acuminados afectan negativamente a la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes y tienen un impacto psicosocial que es incluso superior al impacto de las lesiones preneoplásicas cervicales o vulvares.

Además, a pesar del tratamiento las pacientes pueden presentar recurrencias. El diagnóstico, seguimiento y tratamiento de los condilomas acuminados conlleva un coste sanitario considerable. Castellsagué et al, estimaron en el año 2015 que en España el coste medio directo del tratamiento de los condilomas acuminados y sus complicaciones por paciente fue de 83.3% y el coste indirecto de 1.056€, siendo significativamente superior en las mujeres que en los hombres (1.040€ y 1.223€, respectivamente).

Los costes totales estimados fueron 47,0 millones € (costes directos) y 59,6 millones € (costes indirectos). Estudios procedentes de otros países han reportado costes de tratamiento inferiores, pero los resultados son difícilmente comparables por las diferencias en la población, la metodología del estudio, y el uso de costes específicos del país

IV.1.14. Verrugas genitales en el embarazo

Tener verrugas genitales durante el periodo de embarazo de una mujer puede ser una fuente importante de preocupación para estas mujeres, ya que se sabe que existe una pequeña posibilidad de que estas verrugas genitales se transfieran a los recién nacidos durante el parto.⁵⁰

Cuando se tienen verrugas genitales en el embarazo, el tratamiento de éstas se diferencia del tratamiento de mujeres que no están embarazadas con el mismo diagnóstico.

Cuando una mujer se queda embarazada y ya tenía verrugas genitales antes del embarazo, es frecuente que los síntomas que antes tenía se vean empeorados durante este período.

Esto se explica porque el sistema inmunológico de una mujer embarazada se ve afectado, y hace que las mujeres durante este período sean más vulnerables a contraer virus e infecciones. Por esto, se puede observar que las verrugas aumenten de tamaño.

Las verrugas genitales también están causadas por el virus del papiloma humano (VPH), haber tenido verrugas genitales con anterioridad al embarazo, no tiene ninguna consecuencia negativa, ni ningún riesgo que afecte ni al buen transcurso del embarazo, ni a la experiencia del parto.

Sin embargo, si una mujer tiene un caso activo de verrugas genitales durante el embarazo, esto tiene que estar controlado médicamente, ya que el virus del papiloma humano (VPH) puede ser transmitido al bebé en el momento del parto.

Tener verrugas genitales puede ser un obstáculo para poder tener un parto vaginal en algunos casos, siempre el equipo médico que lleve el embarazo de cada mujer estudiará cada caso en particular y serán los mejores consejeros para cada caso.⁵¹

En algunos casos, las mujeres embarazadas tienen verrugas genitales tan grandes que bloquean el canal del parto, en estos casos el parto vaginal sería imposible. Y es más probable que se practique una cesárea. Pero también según los casos se pueden recomendar eliminarlas con tiempo suficiente antes de la fecha prevista de parto, utilizando algún tratamiento químico, corriente eléctrica o mediante cirugía.

También en otros casos, puede existir el riesgo de que las verrugas comiencen a sangrar cuando el bebé pase por el canal del parto, y pueda existir el riesgo de una pérdida excesiva de sangre durante el parto, en estos casos es el equipo médico el que valorará el riesgo real y puede aconsejar un nacimiento por cesárea, o seguir adelante con un parto vaginal si no considera que el riesgo sea demasiado grande

V. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variables	Definición	Indicador	Escala
Condiloma genital en embarazada	Presencia de verrugas genitales que aparecen en el embarazo como consecuencia de infecciones por el virus VPH	Sí No	Nominal
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento del ingreso	Años cumplidos	Numérica
Procedencia	Sitio o lugar de donde procede el paciente	Urbana Rural	
Estado civil	Condición marital de la embarazada al momento de la entrevista	Soltera Casada Unión libre	Nominal
Escolaridad	Nivel educacional en que se encuentra la embarazada al momento de la encuesta	Ninguno Básico Medio Superior	Nominal
Antecedentes obstétricos	Datos pasados de la vida obstétrica de la paciente	Gesta: 0.1.2.3 Para:0,1,2,3	Numérica
Edad de inicio de relaciones sexuales	Años de inicio al sostener relación sexual	< 14 años 14-16 años 17-19 años ≥ 20 años	Intervalo
Pareja sexual	Persona con la que podemos tener un encuentro erótico, ya sean besos, faje, relación sexual, sin que haya un vínculo afectivo	1 2 3 4 ≥ 5	Numérica
Comorbilidad	Presencia sobreañadida de otras enfermedades de transmisión sexual	Tricomoniasis Vaginosis bacteriana Cándidas Otras _____	Nominal
Localización del condiloma	Área genital donde está localizado el Condiloma	Vulva Vulvoperianal Vulvovaginal Pperineal Vulvoperineal Anal Cérvix	Nominal
Tratamiento	Conjunto de medio de cualquier clase, cuya finalidad es la curación o el alivio de las enfermedades o síntomas	Electrocauterio Crioterapia Inmunomoduladores	Nominal

VI. MATERIAL Y MÉTODOS

VI.1. Tipo de estudio

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal con el objetivo de determinar la prevalencia de condilomatosis en embarazadas asistidas en la consulta de obstetricia del Hospital Central de Las Fuerzas Armadas enero, 2016-agosto, 2017.

VI.2. Demarcación geográfica

El estudio fue realizado en el Hospital Central de Las Fuerzas Armadas, ubicado en el Ensanche Naco, el cual corresponde a un tercer nivel de atención y delimitado, al Norte, por la calle Dr. Heriberto Pieter, al Sur, por la calle Prof. Aliro Paulino, al Este, por la calle Ortega y Gasset y al Oeste, por la calle del Carmen

VI.3. Universo

Estuvo constituido por el 26,281 pacientes atendidos en el Hospital Central de Las Fuerzas Armadas enero, 2016-agosto 2017.

VI.4. Muestra

Estuvo constituida por 6,281 embarazadas atendidas en el Hospital Central de Las Fuerzas Armadas enero, 2016-agosto.

VI.5. Criterios de inclusión

- . Embarazadas atendidas en el centro hospitalario atendida en el período de estudio
- . Embarazadas con presencia de condilomas.

VI.6. Criterios de exclusión

- . Pacientes no embarazadas
- . Pacientes embarazadas sin la presencia de condilomas.

VI.7. Instrumento de recolección de los datos

Para la recolección de los datos se diseñó un cuestionario que incluía entre sus variables, datos socio demográficos como: edad, escolaridad, estado civil, antecedentes obstétricos, edad de inicio de relación sexual, número de pareja sexual, comorbilidad, localización de la lección, tratamiento, resultados de la prueba y pronóstico, con preguntas abiertas y cerradas orientadas a las variables del estudio.

VI.7. Procedimiento

Luego de aceptado el tema en la Unidad de Residencias Médicas de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Pedro Henríquez Ureña, se procedió a llevar el perfil de la investigación a la Escuela de Medicina. Luego de aprobada, se revisaron los libros y los expedientes clínicos de las embarazadas del Departamento de Ginecología y Obstetricia del hospital, luego de identificados fueron organizados uno a uno y se escogieron los que presenten diagnóstico de condilomatosis

VI.8. Tabulación

La muestra fue procesada mediante el programa de computadora digital: Excel.

VI.9. Análisis

La información obtenida se presentó en cuadros y gráficos, ayudados por el medio electrónico, computados a través de los programas Excel 2007, se realizaron cálculos en porcentajes y se representa la información en distribución de frecuencia simple.

VI.10. Principios éticos

El presente estudio fue ejecutado con apego a las informativas éticas internacionales, incluyendo los aspectos relevantes de la Declaración de Helsinki y las pautas del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas.

El protocolo de estudio y los instrumentos diseñados para el mismo serán sometidos a la revisión del comité de la universidad a través de la Escuela de Medicina y de la Coordinación de la Unidad de Investigación de la Universidad, así como del Hospital Central de Las Fuerzas Armadas, cuya aprobación será el requisito para el inicio del proceso de recopilación y verificación de datos.

El estudio implicó el manejo de datos identificatorios ofrecidos por el personal que labora en el centro de salud, los mismos fueron manejados con suma cautela. Todos los datos recopilados en este estudio fueron manejados con el estricto apego a la confidencialidad, la identidad contenida en los expedientes clínicos será protegida en todo momento. Finalmente toda la información fue incluida en el texto del presente estudio, tomada en otros autores fue justificada por su llamada correspondiente.

VII. RESULTADOS

Cuadro 1. Prevalencia de condilomatosis en embarazadas asistidas en la consulta de obstetricia del Hospital Central de Las Fuerzas Armadas entre enero, 2016-agosto, 2017.

Pruebas realizadas	N	%
Positivas	10	0.2
Negativas	6271	99.8
Total	26281	100.0

Fuente: Expediente Clínico

Se evidenció que de las 6,281 embarazadas atendidas durante el período el 0.2% presentó condilomatosis.

En el cuadro 2, se muestran las características sociodemográficas de las pacientes estudiadas, siendo la edad más frecuente las de 20-24 años, con un 50% de los casos. El 70% vivía en unión libre, un 60% procedía de la zona urbana y 40% tenía un nivel básico de escolaridad

Cuadro 2. Características socio-demográficas de embarazadas con condilomatosis asistidas en la consulta de obstetricia del Hospital Central de Las Fuerzas Armadas entre enero, 2016-agosto, 2017.

Característica	N	%
Edad (años)		
20 – 24	5	50.0
25 – 29	2	20.0
30 – 34	2	20.0
35 – 39	1	10.0
Estado Civil		
Soltera	2	20.0
Casada	1	10.0
Unión Libre	7	70.0
Procedencia		
Zona urbana	6	60.0
Zona rural	4	40.0
Escolaridad		
Ninguna	3	30.0
Básica	4	40.0
Media	2	20.0
Superior	1	10.0
Total	10	100.0

Fuente: Expedientes Clínicos

Cuadro 3. Antecedentes obstétricos de las embarazadas positivas a condilomatosis asistidas en la consulta de obstetricia del Hospital Central de Las Fuerzas Armadas entre enero, 2016-agosto, 2017

De las 10 embarazadas, un 60% habían tenido 2 gestaciones, el 60% presentó un parto, un 100% no había tendido aborto y el 80% no había sido sometido a cesárea.

	Antecedentes obstétricos				Total
	0	1	2	3	
Gesta	0 (0.5%)	3 (30.0%)	6 (60%)	1 (10.0%)	10
Parto	3 (30.0%)	6 (60.%)	0 (0.0%)	1 (10.0%)	10
Aborto	10 (100.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	10
Cesárea	8 (80.0%)	2 (20.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	10

Fuente: Expedientes Clínicos

En el cuadro 4 se muestra la edad de inicio de las relaciones sexuales de las embarazadas, evidenciándose que un 60% de las pacientes sostuvieron su primera relación sexual cuando tenían entre 17-19 años.

Cuadro 4. Edad de inicio de relación sexual de las embarazadas positivas a condilomatosis asistidas en la consulta de obstetricia del Hospital Central de Las Fuerzas Armadas entre enero, 2016-agosto, 2017.

Edad	Frecuencia	%
14	1	10.0
14-16	3	30.0
17-19	6	60.0
Total	10	100.0

Fuente: Expedientes Clínicos

En relación al número de parejas sexuales de las embarazadas se presentan en el cuadro 5 donde el 60% de las pacientes habían tenido más de tres parejas sexuales.

Cuadro 5. Número de parejas sexuales en las embarazadas positivas a condilomatosis asistidas en la consulta de obstetricia del Hospital Central de Las Fuerzas Armadas entre enero, 2016-agosto, 2017.

Parejas sexuales	Frecuencia	%
1	1	10.0
2	3	30.0
3 y más	6	60.0
Total	10	100.0

Fuente: Expedientes Clínicos

En el cuadro 6 se muestra la comorbilidad en las pacientes positivas a condilomatosis en embarazadas, donde se evidenció que el 20% de las pacientes presentaron vaginitis bacteriana como comorbilidad.

Cuadro 6. Comorbilidad en las pacientes embarazadas positivas a condilomatosis asistidas en la consulta de obstetricia del Hospital Central de Las Fuerzas Armadas entre enero, 2016-agosto, 2017.

Comorbilidad	Frecuencia	%
Vaginitis Bacteriana	2	20.0
Negado	8	80.0
Total	10	100.0

Fuente: Expedientes Clínicos

En el cuadro 7 se muestra el tratamiento en las pacientes positivas a condilomatosis en embarazadas, donde se evidenció que al 100% de los casos fueron tratadas con electrocauterio. En el 20% de los casos se utilizó además del electrocauterio el ácido tricloroacético

Cuadro 7. Tratamiento en las pacientes embarazadas positivas a condilomatosis asistidas en la consulta de obstetricia del Hospital Central de Las Fuerzas Armadas entre enero, 2016-agosto, 2017.

Tratamiento	Frecuencia	%
Electrocauterio	10	100.0
Ácido tricloroacético	2	20.0
Podofilina	1	10.0

Fuente: Expedientes Clínicos

IX. DISCUSIÓN

Se ha postulado que los cambios fisiológicos e inmunológicos que ocurren en el epitelio cervical durante el embarazo predisponen a un incremento del riesgo de infección por Condiloma acuminado y su progresión. También se ha informado que mujeres infectadas con condilomatosis muestran mayor persistencia y progresión de la infección durante y después del embarazo; sin embargo, no se encuentran bien documentados los mecanismos por medio de los cuales el embarazo modifica el riesgo de la infección y la persistencia y progresión a lesiones clínicas.^{1,3}

En este estudio se encontró una prevalencia de infección de Condiloma acuminado de 0.2%, cifra similar a la informada por Ramos, en su estudio sobre los factores relacionados con la presencia de condilomatosis en el aparato genital y cáncer cervical en mujeres embarazadas entre 15 y 45 años del Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor de la Ciudad de Guayaquil, Ecuador entre Enero-Junio, 2012, quien encontró una incidencia de Condiloma acuminado de 0.3 por ciento, aunque se difiere de Campusano, *et al*, en su estudio sobre la frecuencia del Virus de Papiloma Humano en embarazadas asistidas en el Departamento de infecciones de Transmisión Sexual, Hospital Regional Juan Pablo Pina, San Cristóbal, marzo 2010-marzo 2011, reportaron una frecuencia de 17.4%; de Cedeño en su estudio acerca de la condilomatosis genital en el embarazo y supronóstico sobre el partovaginal en pacientes atendidas en el Hospital Materno infantil Dra. Matilde Hidalgo de Procel en el periodode septiembre del 2012 a febrero 2013, quien reportó una incidencia de condilomatosis de 12.6%.

. Dentro de los resultados que se obtuvieron del análisis estadístico se tiene que el promedio de edad de las mujeres embarazadas fue de 28 años, sin embargo el grupo etario con mayor frecuencia de condilomatosis estuvo entre los 20-24 años con un 50%. Este dato difiere de Gerardo *et al*, en su estudio sobre el tratamiento de las verrugas genitales: una actualización en el 2015 y con González *et al*, en su intervención educativa sobre el condiloma acuminado en mujeres en edad fértil en el 2012, quienes encontraron una mayor incidencia

en pacientes menores de 20 años, con un 34.5 y 42.2% respectivamente. Debido al factor promiscuidad, reportada por estos autores.

El estado civil de soltera y de unión libre fueron las de mayor incidencia, con un 90%, esto puede atribuirse a que las pacientes están comprendidas en las edades de mayor actividad sexual y por lo tanto no mantienen en ocasiones una pareja única o estable. León,²³ en su estudio sobre la infección por el virus del papiloma humano y factores relacionados con la actividad sexual en la génesis del cáncer de cuello uterino en el 2014, reportó que la soltería juega un papel importante en la incidencia del Virus del Papiloma Humano

Dentro de los antecedentes gineco-obstétricos de las mujeres estudiadas la mayoría afirma haber tenido al menos una gesta. Hallazgo que coincide con Campusano en su estudio sobre la frecuencia del virus del papiloma humano en embarazadas asistidas en el departamento de infección de transmisión sexual Hospital Regional Juan Pablo Pina en el 2011, donde reporta que el 94.3% había tenido por los menos un embarazo. Aunque no se ha explicado completamente el mecanismo por el cual esta condición aumenta el riesgo de infección y de progresión, se ha propuesto como un factor que influencia en el riesgo de progresión desde la infección por el Condiloma.

Al momento de hablar del número de parejas sexuales que las mujeres han tenido durante su vida, la mayoría coincide con 3 y más parejas sexuales con un 70%, y tan solo un 10% afirmó haber tenido 1 pareja sexual; factor que es importante para la infección del virus del papiloma humano, pero debido a que este es un estudio transversal las variables fueron estudiadas al mismo tiempo no se puede establecer una relación causa efecto entre estas dos variables, tampoco se puede establecer si las mujeres estudiadas pueden ser catalogadas como promiscuas, en las que deben de tener más de una pareja sexual cada 6 meses o 2 al año.

De acuerdo a la comorbilidad, se evidenció que un 20% presentaron vaginitis bacteriana, no pudiéndose realizar comparaciones entre esta variables y la presencia de Condiloma acuminado en embarazada, por no estar representada en ninguno de los antecedentes estudiados.

El objetivo terapéutico es eliminar las verrugas sintomáticas e inducir períodos libres de lesiones. No obstante, hasta el momento, no existen evidencias de que algún tratamiento logre erradicar el virus o modificar su historia natural. Además, eliminar las lesiones no reduce la infectividad. El tratamiento óptimo sería aquel capaz de inducir una respuesta inmunológica del huésped virus-específica a través de la producción de una reacción local inflamatoria con liberación de citoquinas. En lo que respecta al manejo de las verrugas genitales o anogenitales la modalidad seleccionada depende del caso en particular, tamaño, número, localización y morfología. En este estudio el 100% de las pacientes fueron manejadas con electrocirugía.

X. CONCLUSIONES

1. La frecuencia de condilomatosis en la embarazadas durante el período de estudio fue de 0.2%.
2. El 50% de las pacientes se encontraban entre 20-24 años de edad.
3. El 60% de las pacientes procedían de la zona urbana y un 40% de la zona rural.
4. Un 70% de las pacientes se encontraban viviendo en unión libre.
5. El 40% de las pacientes tenían un nivel básico de escolaridad y un 30% eran analfabetas.
6. Se observó que 6 pacientes eran secundigestas y 3 eran primigestas, 6habían tenido un parto y 3 eran nulípara.
7. Un 60% de las pacientes sostuvieron su primera relación sexual cuando tenían entre 17-19 años.
8. Un 60% de las pacientes habían tenido más de tres parejas sexuales.
9. El 20% de las pacientes presentaron vaginitis bacteriana como comorbilidad.
10. El 100% de los condilomas fueron localizados en el área vulvovaginal
11. El 100% de las pacientes fueron manejadas con electrocirugía.

XI. RECOMENDACIONES

1. Motivar al personal de Obstetricia realizar educación sanitaria con la finalidad de prevenir infecciones de transmisión sexual como el virus del Papiloma humano (VPH).
2. Realizar talleres de enseñanza para profesionales de la salud, para que a su vez impartan los conocimientos adquiridos a las usuarias (os) que asisten a las instituciones hospitalarias.
3. A nivel comunitario fortalecer y desarrollar programas educativos destinados a informar sobre la importancia de un Control Prenatal adecuado, que permita la identificación de pacientes con HPV y así realizar un diagnóstico precoz y tratamiento oportuno, con la finalidad de disminuir las complicaciones materno-fetales asociadas a enfermedad.

XII. BIBLIOGRAFÍA

1. Arredondo J. Temas actuales en infectología, Inter sistema S.A. de C.V., 2014:127-134.
2. Castellsagué X. Historia natural y epidemiología del HPV y cáncer cervical. *GynecolOncol*, 2015;110:S4-S7
3. Arias M, Pineda S. conocimientos que tienen los estudiantes de una universidad pública de Manizales, Colombia sobre el Papillomavirus Humano. *RevHacia la Prom Salud*, 2011;16(1):110 – 123.
4. Goyes M, Jaramillo A, Moreira J. Prevalencia del Virus Papiloma Humano de alto riesgo oncogénico (VPH-AR) en embarazadas entre el segundo o tercer trimestre que acudieron al Hospital Gineco-Obstétrico “Isidro Ayora” de la ciudad de Quito para atención por consulta externa en los meses de septiembre a diciembre del 2014. Tesis de post-grado, Quito, Ecuador, 2015:34-36.
5. Ramos F. “Estudio para determinar los factores relacionados con la presencia de condilomatosis en el aparato genital y cáncer cervical en mujeres embarazadas entre 15 y 45 años del Hospital Gíneco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor de la Ciudad de Guayaquil, Ecuador, 2012:23-25.
6. Cedeño A. Incidencia de la condilomatosis genital en el embarazo y su pronóstico sobre el parto vaginal en pacientes atendidas en el Hospital Materno infantil Dra. Matilde Hidalgo de Procel en el periodo de septiembre del 2012 a febrero 2013. Tesis de post-grado, Guayaquil, Ecuador, 2013:33-36.
7. Feliz O. información que tiene sobre el virus del papiloma humano las personas de 15-19 años de edad sector mata hambre octubre 2010.[tesis para optar por el título de Doctor en medicina] Santo Domingo DN. 2011.
8. Castillo H. Incidencia de condilomatosis en el Departamento de Infecciones de Transmisión Sexual del Hospital Juan Pablo Pina entre enero-febrero, 2008.
9. Campusano J, Pérez H, Rodríguez F. Frecuencia del Virus de Papiloma Humano en embarazadas asistidas en el Departamento de infecciones de Transmisión Sexual, Hospital Regional Juan Pablo Pina,

- San Cristóbal, marzo 2010-marzo 2011. Tesis de grado, UASD, 2012:23-25.
10. Balaguero L. Oncología ginecológica; Granfir SA Barcelona, España, 2012:148-151.
 11. Banister C. Blair Holladay E, Cribado del VPH. Pruebas de VPH. HPV Today, 2012;7:4-8
 12. Clemente S, Sención L, Cuevas W. Frecuencia del virus del papiloma humano en adolescentes consulta de ginecología y obstetricia del hospital DR. Marcelino Vélez santana. Tesis para optar por el título de Doctor en medicina. .Santo Domingo DN. 2010:23-25.
 13. Rivera L. Conocimiento del virus del papiloma humano en hombres que asisten a la consulta de urología del Hospital Dr.LuisEduardoAybar diciembre 2012- enero 2013.[tesis para optar por el titulo doctor en medicina] santo domingo DN. 2013.
 14. MejicaG, GerónimoM. nivel de conocimiento del virus del papiloma humano (VPH) en los adolescentes del centro educativo san JoséFe y Alegría del sector Pantoja enero marzo 2010.[tesis para optar por el título de doctor en medicina] Santo Domingo DN. 2010.
 15. Campusano J. Frecuencia del virus del papiloma humano en embarazadas asistidas en el departamento de infección de transmisión sexual hospital regional JuanPablo Pina Sc. Marzo 2010-2011. [tesis para optar por el título de Doctor en medicina] santo domingo DN. 2011
 16. Arias M, Pineda S. conocimientos que tienen los estudiantes de una universidad pública de Manizales, Colombia sobre el Papillomavirus Humano. Rev Hacia la Prom Salud, 2011;16(1):110 – 123.
 17. Jenkins D. Avances reciente del Diagnóstico del Virus del Papiloma Humano. Curropin in infect. Dis, 2010 14:53-62.
 18. Castellsagué X. Historia natural y epidemiología del HPV y cáncer cervical. GynecolOncol, 2015; 110:S4-S7
 19. Botero, J. Obstetricia y ginecología, 7a. ed., Madrid, Ediciones Carvajal, 2014:170-180.
 20. Bernard A. Microbiología 26 Edición, Editora MassonSalvart-Medicina, 2012:1476-1480.

21. Gross G. Virus Papiloma Humano en: Microbiología 8va ed., Edo. Berlín Buenos Aires, 2013:837-845
22. Brauwnuald E. Harrison: Principios de medicina interna. 17va ed., México, D.F., Interamericana Mcgraw-Hill, 2014:1223-1237.
23. Handsfield H. Enfermedades de Transmisión Sexual. 2ª. ed., México, D.F, Mcgraw-HILL Interamericana, 2011;25-28.
24. Gross G. Virus Papiloma Humano en: Microbiología 8va ed., Edo. Berlín Buenos Aires, 2008:837-845.
25. Ramírez M, Juárez R. Asociación de Medicina Interna de México."Temas de medicina interna. Infecciones por transmisión sexual". México, D.F McGraw-Hill interamericana 2012:190-200.
26. Organización Mundial de la Salud. Infecciones de transmisión sexual y otras infecciones del tracto reproductivo. Salud Reproductiva e investigaciones conexas. 2012:39-46.
27. Merck Shoppe y Damned Reseco Labotañes, el manual Merck de Diagnósticos y terapéutica, 10 edición, México Nueva Editorial Interamericana, Editorial Salvat 2013:456-460.
28. González MJ, González B, Biete SA. Ginecología oncológica. 6ª ed., Madrid: Menéndez Editores, 2006.:141-153.
29. Lizano M, Carrillo A, Contreras A. Infección por virus del Papiloma Humano: Epidemiología, Historia Natural y Carcinogénesis. Lizano et al, Cancerología 2012:205-216
30. Vásquez B, Coronel F, Iniesta A, Vásquez-López A. Hallazgos colposcópicos en embarazadas con sintomatología cervicovaginal. AnMed (Mex), 2009;54 (3):148-155.
31. Yugawa T, Kiyono T. Mecanismo molecular del cáncer cervical como factor de riesgo del Virus del Papiloma Humano. Rev Med Virol, 2009;19:97-113.
32. Balaguero L. Oncología ginecológica; Granfir SA Barcelona, España, 2012:148-151.
33. Arredondo J. Temas actuales en infectología, Inter sistema S.A. de C.V., 2014:127-134.

34. Concha RM. Diagnóstico y terapia del virus papiloma humano. *RevChilInfect* 2013;24:209-214.
35. Jenkins D. Avances reciente del Diagnóstico del Virus del Papiloma Humano. *Curropin in infect. Dis*, 2010 14:53-62.
36. Sanabria Negrín JG, Salgueiro M, Vólquez C. Incremento de la detección de lesiones del cuello uterino con inspección visual con ácido acético en Puerto Esperanza, Pinar del Río. 2008. Tesis de Especialidad de Primer Grado en MGI. 2012:23-26.
37. Banister C. Blair Holladay E, Cribado del VPH. Pruebas de VPH. *HPV Today*, 2015;7:4-8.
38. De Palo G, Dexeus S, Chañen W. Infección del cuello uterino por el papilomavirus humano. *Patología y tratamiento del tracto genital inferior*. 6a edición, España; Editora Masson 2012:50-55.
39. Tamayo-Lien T, Varona-Sánchez J. Infección por el virus del papiloma humano. *RevCubObstetGinecol*, 2014;32(2):1-4.
40. Leiro V, Bermejo A. HPV vacunas. *Dermatol Argent* 2008;14:308-311
41. Vacuna nonavalente contra VPH: la nueva generación. [Citado el 5/6/2017]. Disponible en: <file:///E:/Vacuna%20nonavalente%20contra%20VPH%20%20la%20nueva%20generaci%C3%B3n.%20%20%20Intervalolibre.html>
42. Concha P Ximena, Urrutia S Teresa, Riquelme H Giselle. Creencias y virus papiloma humano. *Rev. chil. obstet. ginecol.* [Internet]. 2012 [citado 2016 Ene 21]; 77(2): 87-92.
43. Urrutia M.Teresa, Concha Ximena, Riquelme Giselle, Padilla Orlando. Conocimiento y conductas preventivas sobre cáncer cervico-uterino y virus papiloma humano en un grupo de estudiantes chilenas. *Chil.infectol* 2012; 29(6):600-606.
44. Hernández Leticia. Factores de riesgo en los adolescentes de 15-19 años para contraer el VPH. *Buenas tareas (internet)* 2009 (28-03-2009); Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobs/mex/gom-20114g.pdf>

45. Antonia Herrera-Ortiz, Carlos Rodolfo Arriaga-Demeza, Carlos Jesús Conde-González y Miguel Ángel Sánchez-Alemán. Conocimiento sobre el virus herpes simple tipo 2 y virus del papiloma humano, y percepción de riesgo a adquirir las infecciones entre estudiantes universitarios. *Gaceta M. de Méx.* 2013;149(1-11):
46. Wiesner Carolina, Piñeras Marian, Trujillo M. Lina, Cortes Claudia, Ardila Jaime. Aceptabilidad de la vacuna contra el virus papiloma humano en padres adolescentes en Colombia. *Rev Salud Pública (internet)* 2010. Diciembre 2010; 12(6).1-5.
47. Roncha R. MA del Rincón, Juárez J. Maritza, Ruiz J. María, Ramírez B. Xochiti, Gaytan S. Maria, Contreras N. Paula. Identificación de factores de riesgo para contraer el virus del papiloma humano en sexoservidoras. *Rev. Cubana obstetginecol (internet)* 2012; abr-jun 2012; 38(2):1-5
48. Pachón del Amo I, Arteaga A. Virus del papiloma Humano, Situación actual, Vacunas y perspectivas De su utilización, 2013:1-6.
49. Rodríguez G. Dalgy, Pérez P. Julia, Sarduy N. Miguel. Identificación por el virus del papiloma humano en mujeres de edad mediana y factores asociados. *Rev. Cub ObstetGinecol.* 2014;40(2):1-4.
50. Anderson LA. Prophylactic human papillomavirus vaccines: Past, present and future. *Pathology* 2012;44:1- 6
51. Anderson LA. Prophylactic human papillomavirus vaccines: Past, present and future. *Pathology*, 2012;44:1- 6.
52. Gerardo González Martínez¹, José Núñez Troconis Tratamiento de las verrugas genitales: una actualización, 2015:12-14.
53. González Y, Alfonso Z, Hernández I. Intervención educativa sobre el condiloma acuminado en mujeres en edad fértil. *Rev Cubana Obstet Ginecol*, 2012;38(3):1.6.

XIII.4. Evaluación

Sustentante:

Dra. Clara Isabel Sosa Astacio

Asesores

Dr. Mariano Sosa
(Clínico)

Dra. Jeannette Báez
Metodológica

Jurado:

Autoridades:

Dr.
Director General Residencias Médicas

Dr.
Jefe de Enseñanza

Dr.
Coordinador Residencia

Dr. William Duke
Decano de la Facultad Ciencias de la Salud (UNPHU)

Fecha presentación _____

Calificación: _____