



Abordaje de los condilomas acuminados en la consulta de enfermería obstétrico-ginecológica (matrona)

Introducción y justificación

La infección por el virus del papiloma humano (VPH) es la enfermedad de transmisión sexual más habitual en el mundo. Se transmite por el contacto con la piel o mucosas infectadas. En el 90 % de los casos, las verrugas anogenitales están causadas por los VPH 6 y 11.¹ Las verrugas no son necesarias para transmitir el VPH, pero son muy infecciosas a causa de su alta carga viral. Una vez adquirida la infección, puede entrar en una fase latente, sin signos ni síntomas durante largos periodos de tiempo. Después de la infección inicial, las verrugas pueden aumentar de tamaño y de número o pueden remitir de manera espontánea (sucede en el 40 % de los casos), pero eso no garantiza que se haya erradicado el VPH.² Por otro lado, son raros los casos de transformación maligna de las verrugas anogenitales; si acaso, es más frecuente en pacientes inmunodeprimidos.³

Dada la posibilidad de tratamiento y la facilidad de acceder a él en la consulta de enfermería obstétrico-ginecológica de la atención primaria, hemos elaborado este documento para establecer los criterios de diagnóstico, derivación y tratamiento.

Anamnesis

- Antecedentes personales y familiares:
 - Edad.
 - Fórmula obstétrica.
 - Enfermedades previas.
 - Método anticonceptivo habitual, uso de anticoncepción de barrera.
- Características de la lesión:
 - Localización.
 - Tiempo de evolución.
- Signos y síntomas acompañantes: dolor, edema, sangrado, signos de infección.

Valoración

- Exploración física:
 - Examen de todas las áreas por las que los condilomas acuminados tienen predilección: parte inferior del abdomen, vulva, periné y monte de Venus.
 - Especuloscopia para observar si hay condilomas acuminados en la vagina o en el cérvix.
- Características de la lesión: localización, tamaño, extensión, dolor, edema y eritema local, calor y sensibilidad al tacto, induración, fluctuación, número de lesiones, drenaje espontáneo, necrosis...
- Hay que descartar otros signos clínicos que pueden sugerir enfermedades de transmisión genital coexistentes. Solo deben descartarse otras enfermedades de transmisión genital en las mujeres de riesgo (que tienen nueva pareja o que mantienen relaciones no monógamas, y también de 25 años o menos).

Diagnóstico

Diagnóstico de la CIE-9: 078.11 Condiloma acuminado.

Criterios de derivación a la consulta de ginecología

- Lesión con características sospechosas, como fijación (infiltración de la dermis), pigmentación irregular e inusual (rojo, azul, negro, marrón), induración, sangrado, ulceración, o crecimiento repentino y reciente.
- Lesión que, dadas sus características, no puede tratarse con terapia médica. Por ejemplo, área muy extensa (más de 20 cm²) y/o voluminosa.
- Lesión refractaria al tratamiento médico.
- Mujer en la postmenopausia o inmunodeprimida.

Tratamiento

Si la paciente está asintomática y no cumple criterios de derivación a la consulta de ginecología, el tratamiento no está indicado. Hay que darle la información pertinente (véase la sección «Información a la paciente»).

Si la paciente está sintomática pero no cumple criterios de derivación a la consulta de ginecología, hay que darle información sobre las opciones de tratamiento (véase el apartado de la página siguiente), dado que hay diversidad de productos, algunos de ellos disponibles en el centro de salud y otros financiados por el Sistema Nacional de Salud.

Según el tratamiento que la paciente elija, hay que derivarla a la consulta de medicina de familia para que se lo prescriban o bien hay que aplicárselo directamente en la consulta de la matrona; en este caso hay que seguir estrictamente las directrices establecidas para ese producto.

Si después de tres semanas de tratamiento la paciente no ha respondido a la terapia o no ha remitido completamente a las 6-12 semanas, hay que cambiar de tratamiento.

Si, a pesar de todo, no mejora, hay que derivarla a la consulta de ginecología para valorar la terapia quirúrgica (ablación/escisión).

Tratamientos médicos disponibles

Podofiloxina (Wartec®) Autoadministrada. Financiada

- Con un hisopo de algodón, la paciente se aplica un gel o una solución al 0,5 % en las verrugas genitales externas 2 veces al día durante 3 días consecutivos (también se puede aplicar en la mucosa).
- Luego suspende el tratamiento durante 4 días y repite este ciclo semanalmente hasta 4 veces.
- Las áreas grandes (más de 10 cm²) no deben tratarse en una sola aplicación, porque es probable que cause dolor cuando el área se vuelva necrótica.
- Este tratamiento NO es apto durante el embarazo.

Ácido tricloroacético 80-90% (TCA) Administración en la consulta. Financiado

- Debe aplicarse con moderación con un hisopo de algodón sobre la verruga (se puede usar en la mucosa), que se vuelve blanca a medida que la solución se seca. Se recomienda aplicar vaselina en el tejido normal que rodea la verruga para no dañar las áreas no afectadas.
- Si se aplica demasiado puede causar quemaduras químicas extensas en la vagina, la vulva y el tejido sano adyacente. En este caso se puede neutralizar lavando dichas zonas con jabón o una solución de bicarbonato de sodio.
- La paciente no debe sentarse, levantarse o vestirse hasta que el área tratada se haya secado.
- Debe aplicarse una vez a la semana y repetirse durante 4-6 semanas o hasta que las lesiones hayan desaparecido.
- Las lesiones grandes y gruesas pueden no responder al tratamiento porque es posible que el ácido no penetre en toda la lesión.
- Este producto debe solicitarse en el pedido de farmacia por medio de un correo electrónico especificando «Tricloroacético al 80 % en botes de 30 mL».
- Este tratamiento es apto durante el embarazo.

Imiquimod

Autoadministrado. No financiado

- La paciente debe aplicárselo antes de acostarse directamente en las verrugas (limpias y secas) y frotarlo hasta que la crema no sea visible (está contraindicado aplicarlo en las mucosas).
- Entre 6 y 10 horas después de la aplicación debe lavarse el área tratada con agua y jabón suave.
- Debe evitar el contacto sexual mientras la crema esté en la piel, pues puede debilitar los condones y los diafragmas.
- Después de aplicar la crema se producirá una inflamación local leve, que es señal de que el medicamento está funcionando. En general no impide un tratamiento posterior. Si la inflamación es grave hay que suspender el tratamiento hasta que desaparezca y retomararlo con un frecuencia más baja.
- Marcas comerciales:
 - Aldara®: 3 veces a la semana durante un máximo de 16 semanas.
 - Zyclara®: a diario durante un máximo de 8 semanas.
- Este tratamiento NO ES APTO durante el embarazo.

Sinecatequinas

Autoadministradas. Financiadas

- La paciente debe ponerse una porción de pomada de medio centímetro en cada verruga y extenderla con un dedo formando una capa delgada. La frecuencia ha de ser de 3 veces al día durante un periodo de hasta 16 semanas. Está contraindicado ponérsela en las mucosas.
- La paciente debe lavarse la piel antes del contacto sexual o de ponerse un tampón en la vagina, pues puede debilitar el látex de los condones y los diafragmas.
- Este tratamiento NO ES APTO durante el embarazo.

Verrutop®

Administración en la consulta. No financiado

- Hay que romper la ampolla, introducir el capilar que se administra con el producto para extraerlo y aplicarlo directamente en la verruga. En la mayoría de los casos se observa que se vuelve blanca.
- Puede volverse a aplicar 1 o 2 veces más en la misma sesión, si es necesario.
- Hay que informar a la paciente de que aparecerá una herida en el lugar donde se ha aplicado.
- Hay que volver a citar a la paciente un mes después para comprobar si el tratamiento ha funcionado, pero una aplicación suele ser suficiente.
- Este tratamiento NO ES APTO durante el embarazo.

Cuidados tras el tratamiento

Los baños de asiento, la ropa holgada y tomar analgésicos (paracetamol) puede aliviar el malestar y ayudar a la curación.

La actividad sexual puede reanudarse cuando la paciente se sienta cómoda y después de que las lesiones tratadas se hayan curado, lo cual puede tardar varias semanas. Se recomienda usar preservativo, porque puede acelerar la resolución de la enfermedad cuando ambos miembros de la pareja tienen infección por el VPH concordante con el tipo.

Seguimiento

Las citas de seguimiento se basan en los síntomas de la paciente y la satisfacción con los resultados del tratamiento.

Se recomienda hacer un seguimiento o autocontrol más frecuente en las pacientes inmunodeprimidas, para permitir una intervención temprana.

Para las pacientes con enfermedad recurrente, se repite el mismo tratamiento que ha tenido éxito inicialmente.

Información a la paciente

- Si se trata de un hallazgo casual en la consulta y la paciente está asintomática —es decir, no presenta prurito, sangrado, ardor, sensibilidad, flujo vaginal, dolor, obstrucción de la vagina, dispareunia ni malestar psicológico—, el tratamiento no está indicado, pero la paciente debe ser consciente de la presencia de estas lesiones. Por lo tanto, hay que informarla de lo siguiente:
 - Erradicar las lesiones no elimina necesariamente el VPH; además, pueden ocurrir recidivas.
 - La mayoría de las infecciones por el VPH asociadas a verrugas genitales en pacientes inmunocompetentes desaparecen en dos años.
- La mayoría de las verrugas genitales se eliminan con un tratamiento médico. No obstante, ningún tratamiento es significativamente superior a otro o apropiado para todas las pacientes (gestantes, inmunodeprimidas, con capacidad de autoadministrar el tratamiento) ni para todos los tipos de verruga según el tamaño, la localización y la extensión.
- Si la paciente no ha respondido a la terapia inicial después de 3 semanas o no se ha producido un aclaramiento completo a las 6-12 semanas, es apropiado cambiar de método.
- La terapia quirúrgica (ablación/escisión) se reserva para los casos con lesiones extensas y/o voluminosas y para los que no hayan respondido adecuadamente a la terapia médica (mejor el aclaramiento, pero las tasas de recidiva son similares).

- Todas las terapias se asocian a molestias localizadas, que incluyen prurito, ardor, erosiones y dolor, pues el epitelio está alterado. Las complicaciones resultantes del tratamiento incluyen hipopigmentación o hiperpigmentación, cicatrización y, en raras ocasiones, dolor vulvar crónico.
- Debe aconsejarse la vacunación contra el VPH.
- Si la pareja de la paciente es sintomática, hay que aconsejar que acuda a su médico de familia.

Referencias bibliográficas

1. Carvassan de Camargo C, Tasca KI, Banawart Mendes M, Miot HA, De Souza LR. Prevalence of Anogenital Warts in Men with HIV/AIDS and Associated Factors. *Open AIDS J.* 2014;8:25-30. www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4195172 [consulta: 28/12/2023].
2. Winer RL, Kiviat NB, Hughes JP, Adam DE, Lee S-K, Kuypers JM, et al. Development and duration of human papilloma virus lesions, after initial infection. *J Infect Dis.* 2005 Mar 1;191(5):731-8. academic.oup.com/jid/article/191/5/731/1237835 [consulta: 28/12/2023].
3. Gormley RH, Kovarik CL. Human papillomavirus-related genital disease in the immunocompromised host: Part I. *J Am Acad Dermatol.* 2012 Jun;66(6):867.e1-14. www.clinicalkey.es/#!/content/playContent/1-s2.0-S0190962211008140 [consulta: 28/12/2023].