

Papiloma bucal en pacientes Pediátricos: Potencial transmisión materna

Jonathan Harris Ricardo^a, Martha Rebolledo Cobos^b, Natalia Fortich Mesa^c

^a Odontólogo Universidad del Sinú Cartagena, Colombia.

^b Odontóloga Fundación Universitaria San Martín Puerto, Colombia.

^c Odontóloga Universidad Javeriana, Colombia.

Correspondencia:
Jonathan Harris Ricardo,
Programa de Odontología
Corporación Universitaria
Rafael Núñez,
Centro Avenida Escallón,
Pasaje la Moneda Local 111,
Cartagena. D.T y C, Colombia.
Correo electrónico:
j.harris.r@hotmail.com.

Recibido el 29 de junio de 2011.

Aceptado para su publicación el
22 de agosto de 2011.

RESUMEN

La evidencia actual afirma que el virus del papiloma humano (VPH) se puede transmitir tanto por vía sexual como por otras vías. Cuando el método de contagio es no sexual la madre parece ser el principal transmisor del VPH al recién nacido. Diversos autores en sus estudios reportan que se detectó ADN del VPH en el líquido amniótico, cordón umbilical, placenta y membranas fetales, lo que sugiere que la madre puede infectar al infante en la etapa de gestación o durante el parto. Después de la transmisión de la madre al recién nacido, las manifestaciones clínicas pueden aparecer en cualquier etapa de la vida, afectando mucosas, piel o ambas. Cuando se presenta papiloma bucal en niños se piensa en contacto directo, autoinoculación, abuso o violencia sexual, ya que éstos son algunos de los modos de transmisión de la enfermedad, pero cuando no se presenta ninguno de estos métodos de transmisión se deben indagar los antecedentes familiares, específicamente si la madre presentó infección del virus durante su embarazo.

Se presentan dos casos de pacientes pediátricos con impresión diagnóstica de papiloma bucal sin causa evidente. Se confirmó el diagnóstico histopatológico y se estableció la relación de transmisión del virus de la madre al niño, ya que en los antecedentes familiares sus madres reportaron infección cervical por VPH en el embarazo y en los antecedentes personales no se encontraron resultados positivos para relacionarlo con otro tipo de transmisión.

Palabras Clave. Infecciones por Papilomavirus, Transmisión Vertical de Enfermedad Infecciosa, Niño.

ABSTRACT

Oral papilloma in pediatric patients: potential maternal transmission

Current evidence indicates that human papillomavirus (HPV) can be transmitted both sexually and nonsexually. When the route of contagion is nonsexual, the mother appears to be the main transmitter of HPV to the newborn. Several authors report detection of HPV DNA in amniotic fluid, umbilical cord, placenta and fetal membranes, suggesting that the mother can infect the infant during pregnancy or childbirth. After transmission of virus from mother to newborn, clinical manifestations may appear at any stage in life, affecting mucous membranes, skin or both. When children present with oral papilloma, possible etiologies are direct contact, self-innoculation, sexual abuse or violence. However, when none of these causes are evident, family history should be investigated, especially if the mother manifested HPV infection during pregnancy.

We present two cases of pediatric patients with clinical impression of oral papilloma without obvious cause. Histopathology confirmed the diagnosis of HPV and route of transmission was established as mother-to-child, since mothers reported cervical HPV infection during pregnancy. Furthermore, the children's medical histories did not indicate any other route of contagion for the virus.

Key words. Papillomavirus Infections, Infectious Disease Transmission, Vertical, Child.

INTRODUCCIÓN

El virus del papiloma humano (VPH) forma parte de la familia de los Papillomaviridae y puede originar lesiones papilomatosas, verrucosas e hiperplásicas que afectan a la piel y a las mucosas. Existen descritos más de 100 subtipos del virus, algunos de estos están altamente relacionados con patogénesis de tumores malignos en el ser humano^{1,2}.

La infección puede adquirirse en diferentes etapas de la vida, ya que se ha demostrado la presencia del VPH en la población infantil y adolescentes, siendo la población adulta la más afectada, específicamente quienes poseen

vida sexualmente activa. Se transmite por contacto directo, relaciones orogenitales y autoinoculación, pero también se detectó el ADN del VPH en el líquido amniótico, las membranas fetales, la sangre del cordón umbilical y la placenta, lo que indica que los recién nacidos pueden estar expuestos a infección cervical por VPH proveniente de la madre o intrauterinamente^{3,4}. Los modos de transmisión viral en los niños son controvertidos, siendo el método más evidente el contacto directo y la transmisión prenatal o en el parto, aunque no está claro con qué frecuencia progresan las lesiones clínicas, ya sea genitales, de laringe o bucales⁵.

Smith et al. en 2010 reportaron un estudio donde evaluaron la transmisión vertical del VPH de la madre al niño, detectando ADN del VPH en recién nacidos con madres VPH positivas, lo que refleja una transmisión de la infección que pudo ser durante el embarazo o el parto⁶. Fredericks et al. en 1993 analizaron las células epiteliales del cuello uterino de madres infectadas con el VPH después de seis semanas del parto y las células epiteliales de la mucosa bucal de sus bebés. La detección del VPH se realizó mediante reacción en cadena de polimerasa (PCR) y en los resultados once madres tenían VPH genital y ocho hijos de estas madres tuvieron un idéntico genotipo de VPH en las muestras de la mucosa bucal. Concluyeron que se puede transmitir el VPH del cuello uterino de la madre a la mucosa bucal del niño y que esta transmisión puede ser en el parto o durante el periodo prenatal⁷.

Cada tipo de VPH se encuentra asociado con el desarrollo de lesiones específicas que se localizan en sitios anatómicos definidos del epitelio escamoso cutáneo y mucoso. De las patologías producidas por el VPH, el papiloma bucal es la lesión epitelial más frecuente, no tiene predilección por sexo, puede presentarse a cualquier edad y clínicamente se manifiesta como una verruga con aspecto moriforme. Su color varía del rosado al blanquecino dependiendo del grado de queratinización de la mucosa, el tamaño no supera el centímetro de diámetro, la base puede ser sésil o pediculada y en cavidad oral afecta con mayor frecuencia a mucosa labial, lengua, encía, úvula y paladar blando⁸.

La detección del VPH en los diferentes tejidos puede realizarse con varias técnicas, tales como el microscopio electrónico, técnicas de hibridación y PCR⁹. Histológicamente el papiloma bucal se caracteriza por presentar crecimiento excesivo del epitelio escamoso y estroma vascularizado.

Se muestran con frecuencia núcleos pignóticos con una zona clara circundante formando las llamadas células coilocíticas y algunos muestran hiperqueratosis¹⁰.

Entre los diagnósticos diferenciales se deben incluir verruga vulgar bucal, condiloma, hiperplasia epitelial focal y carcinoma verrugoso, los cuales se pueden enfocar hacia algunas semejanzas clínicas como son el tipo de lesión, el color y la evolución¹¹. Existen varias alternativas de tratamiento para el papiloma bucal, como criocirugía, ablación con láser, escisión quirúrgica y aplicación de ácido tricloroacético¹².

Se presentan dos casos de pacientes pediátricos con impresión diagnóstica de papiloma bucal sin causa evidente, confirmándose el diagnóstico histopatológico y estableciéndose la posible relación de transmisión del virus de la madre al niño, ya que en los antecedentes familiares sus madres reportaron infección cervical por VPH en el embarazo.

OBSERVACIONES CLÍNICAS

Caso 1

Paciente femenina de 8 años de edad que es remitida por odontopediatra al servicio de Estomatología y Cirugía Oral de la Clínica Odontológica de la Corporación Universitaria Rafael Núñez por presentar dos lesiones verrugosas en mucosa labial, asintomáticas, de dos años de evolución. La madre reportó que aumentaban lenta y progresivamente de tamaño. En los antecedentes personales se indagó sobre vida sexual activa, abuso sexual, relaciones orogenitales y si las personas con las que convivía no presentan esas lesiones en piel o en la cavidad bucal, pero todas las respuestas fueron negativas. Se le preguntó a la madre sobre antecedentes de infección cervical por el VPH y afirmó que en los controles ginecológicos durante el embarazo le detectaron lesiones producidas por el VPH.

En el examen intrabucal se observaron dos verrugas, una ubicada en mucosa labial superior izquierda y otra en encía marginal y papilar entre los dientes 22 y 23, con un tamaño aproximado entre 0,8 y 1,5 cm de diámetro, aspecto moriforme, de color rosado pálido y base pediculada (figura 1). Se realizó diagnóstico clínico de papiloma bucal, los exámenes paraclínicos prequirúrgicos reportaron valores dentro de los parámetros normales y se programó escisión quirúrgica de las lesiones.

Se aplicó bloqueo anestésico del nervio infraorbitario izquierdo y bloqueo nasopalatino, se realizó escisión quirúrgica de las dos lesiones y, tras realizar hemostasia y sutura, se ordenó terapia analgésica y antibiótica durante siete días. Al cabo de 8 días se observó buena cicatrización de los tejidos blandos. El estudio histopatológico reportó proliferación epitelial digitiforme, con un centro de tejido conectivo, epitelio hiperqueratinizado y estrato córneo paraqueratinizado. Se encontraron células vacuoladas de núcleos hiper cromáticos, espécimen negativo para malignidad y compatible con papiloma bucal.

Caso 2

Paciente femenina de 7 años de edad que es remitida por odontopediatra al servicio de Estomatología y Cirugía Oral de la Clínica Odontológica de la Corporación Universitaria Rafael Núñez por presentar lesión verrugosa en lengua, asintomática, de un año de evolución. En

la anamnesis negó antecedentes sobre relaciones sexuales, abuso sexual y contacto directo con personas que presentasen esas lesiones en piel o en cavidad bucal. Se indagó a la madre sobre antecedentes de infección cervical por el VPH y aseveró que durante el embarazo presentó lesiones producidas por el VPH.

En el examen intrabucal se evidenció lesión verrugosa en borde lateral de lengua del lado izquierdo, de 1 cm de diámetro aproximadamente, aspecto moriforme, color rosado pálido y base pediculada (figura 2). Se realizó diagnóstico clínico de papiloma bucal, los exámenes paraclínicos prequirúrgicos reportaron valores normales y se programó escisión quirúrgica de la lesión.

Se aplicó bloqueo anestésico del nervio lingual izquierdo, se realizó escisión quirúrgica de la lesión y, tras realizar hemostasia y sutura, se ordenó terapia analgésica y antibiótica durante



Figura 1. Lesiones verrugosas en mucosa labial superior y en encía papilar entre los dientes 22 y 23.



Figura 2. Lesión verrugosa en borde lateral de lengua.

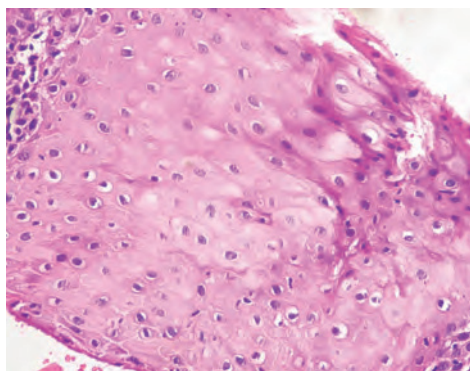


Figura 3. Vista a mayor de aumento de coilocitos.

siete días. Al cabo de 7 días del procedimiento se observó buen proceso de cicatrización de los tejidos blandos. El estudio histopatológico reportó lesión constituida por un epitelio con acantosis, papilomatosis, hiperqueratosis, coilocitosis, redes de cresta elongadas y células vacuoladas grandes. El espécimen fue negativo para malignidad y compatible con papiloma bucal (figura 3).

COMENTARIOS

Thone et al en 2000 afirmaron que el examen intrabucal es una herramienta muy importante para el diagnóstico de patologías, pero otra ayuda fundamental es el interrogatorio, donde se brinda información relevante del paciente o los familiares, que pueden encaminar al profesional en el área al diagnóstico de la patología¹³. En los dos casos presentados en la anamnesis se niegan antecedentes que indiquen transmisión del virus en las niñas por relaciones genitales, orogenitales, contacto directo, abuso sexual o autoinoculación, entre otros, pero en los antecedentes familiares sus madres reportaron infección cervical por VPH durante el embarazo, lo que alertó sobre la potencial relación de transmisión del virus de las madres a las niñas.

La transmisión sexual del VPH está ampliamente reconocida como una de las causas de verrugas genitales, anales y bucales, pero también se ha revelado que se puede adquirir el virus por vías no sexuales, como la transmisión vertical y en el periodo prenatal¹⁴.

Medeiros et al. en 2005 realizaron una revisión sistemática cuantitativa donde evaluaron el riesgo de transmisión vertical del VPH en mujeres embarazadas y según el tipo de parto. Cumplieron con los criterios de inclusión 2.111 mujeres embarazadas y 2.113 recién nacidos, reportando que existe un riesgo de transmisión vertical cuando la madre presenta una prueba positiva del VPH (RR: 4,8; IC 95%: 2,2-10,4). Además, la transmisión del virus es mayor después del parto vaginal en comparación con el parto por cesárea (RR: 1,8; IC 95%: 1,3-2,4)¹⁵. En esta revisión sistemática se corrobora que existe un riesgo mayor de transmisión vertical del virus en las mujeres VPH positivas, relación que se establece en los presentes casos donde las madres de las niñas manifestaron infección del VPH durante el embarazo. El tipo de parto que tuvieron las dos madres fue vaginal, lo que podría aumentar el riesgo de transmisión, ya

que el bebé se expone a la ingestión de secreciones infectadas de la madre o de la sangre durante el paso del feto a través del canal de parto.

Bandyopadhyay et al. en 2003 determinaron en un estudio la prevalencia de la infección por VPH en mujeres embarazadas y evaluaron el alcance de la transmisión perinatal del virus en los infantes. El estudio incluyó a 135 mujeres embarazadas y sus bebés y para detectar el ADN del VPH en las células cervicales de las mujeres y las células bucales de los niños se realizó prueba de PCR. En sus resultados reportan que identificaron 38 madres y 14 niños con el ADN del virus y la frecuencia de transmisión del VPH de las madres a sus bebés fue de 18,42%¹⁶. En estos dos casos las niñas presentaron lesiones bucales producidas por el VPH sin causa evidente y como información relevante las madres afirmaron que presentaron infección cervical del virus durante el embarazo, lo que potencia la transmisión del virus durante el periodo de gestación o en el parto, permitiendo establecer una posible relación de transmisión del virus de las madres a las niñas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cason J, Mant CA. High-risk mucosal human papillomavirus infections during infancy & childhood. *J Clin Virol.* 2005; 32(1):52-8.
2. Esquenazi D, Bussoloti Filho I, Carvalho Mda G, Barros FS. The frequency of human papillomavirus findings in normal oral mucosa of healthy people by PCR. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2010; 76(1):78-84.
3. Syrjänen S. Current concepts on human papillomavirus infections in children. *APMIS.* 2010; 118(6-7):494-509.
4. Gavillon N, Vervaeke H, Derniaux E, Terrosi P, Graesslin O, Quereux C. How did I contract human Papillomavirus (HPV)? *Gynecol Obstet Fertil.* 2010; 38(3):199-204.
5. Castellsagué X, Drudis T, Cañadas MP, Gonce A, Ros R, Pérez JM et al. Virus del Papiloma Humano (VPH) en mujeres embarazadas y la transmisión de madre a hijo del genotipo del VPH genital: un estudio prospectivo en España. *BMC Infect Dis.* 2009; 9:74.
6. Smith E, Parker M, Rubenstein L, Haugen T, Hamsikova E, Turek L. Evidence for vertical transmission of HPV from mothers to infants. *Infect Dis Obstet Gynecol.* 2010; 326369.
7. Fredericks BD, Balkin A, Daniel HW, Schonrock J, Ward B, Frazer IH. Transmission of human papillomaviruses from mother to child. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 1993; 33(1):30-2.
8. Medina M, Medina M, Merino L. Current considerations about the presence of the human papillomavirus in the oral cavity. *Av. Odontostomatol.* 2010; 26(2):71-80.
9. Castro TM, Bussoloti Filho I, Nascimento VX, Xavier SD. HPV detection in the oral and genital mucosa of women with positive histopathological exam for genital HPV, by means of the PCR. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2009; 75(2):167-71.
10. Carneiro T, Marinho S, Verli F, Mesquita A, Lima N, Miranda J. Oral squamous papilloma: clinical, histologic

- and immunohistochemical analyses. *J Oral Sci.* 2009; 51(3):367-72.
11. Pereira C, Guimarães L, Milazzo M, Souza C, Correa M. Oral HPV infection in a bone marrow transplantation patient: a case report with atypical clinical presentation and unexpected outcome. *Braz J Infect Dis.* 2010; 14(1):89-91.
 12. Squiquera I. Human papillomavirus. review of the different therapeutic modalities. *Rev Argent Dermatol.* 2006; 87(1):28-41.
 13. Thone M, Mahy P, Reyckler H. Semeiology, examination and diagnosis of lesions of the oral mucosa. *Rev Belge Med Dent.* 2000; 55(3):239-44.
 14. Rombaldi RL, Serafini EP, Mandelli J, Zimmermann E, Losquiavo KP. Perinatal transmission of human papillomavirus DNA. *Viol J.* 2009; 21(6):83.
 15. Medeiros LR, Ethur AB, Hilgert JB, Zanini RR, Berwanger O, Bozzetti MC, et al. Vertical transmission of the human papillomavirus: a systematic quantitative review. *Cad Saude Publica.* 2005; 21(4):1006-15.
 16. Bandyopadhyay S, Sen S, Majumdar L, Chatterjee R. Human papillomavirus infection among Indian mothers and their infants. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2003; 4(3):179-84.