ACTAS UROLÓGICAS ESPAÑOLAS

www.elsevier.es/actasuro

Editorial

El urólogo ante la infección del virus del papiloma humano

Human papillomavirus infections in urology

La enfermedad de transmisión sexual (ETS) que trata actualmente con más frecuencia el urólogo es la causada por el virus del papiloma humano (VPH). Representa actualmente un grave problema entre la población joven. La infección por el VPH es la más común asociada al cáncer. En la población de 14 a 49 años un 1% presenta lesiones genitales detectables clínicamente, un 2% lesiones subclínicas identificables por peniscopia o colposcopia con ácido acético y un 7% infecciones inaparentes, detectables utilizando test de ADN. Si se utiliza un test de ampliación con la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) las cifras se duplican^{1,2}. El contagio es exclusivamente por contacto sexual, llegando a una incidencia del 70%. Esta infección es más frecuente en los varones muy activos sexualmente y más en los promiscuos. Se considera que existe un 50% de probabilidades de que se transmita la enfermedad por un solo contacto sexual. El hecho de que el condiloma genital se localice en las zonas más habitualmente traumatizadas en el coito permite asegurar que el virus se contagia penetrando por pequeñas fisuras. La circuncisión protege contra las ETS; se produce una queratinización en el glande y elimina zonas húmedas como el surco balonoprepucial. El preservativo también protege contra la infección por el VPH, pero no en la localización escrotal, en la base del pene, en el periné y el pubis. La infección por el VPH tiene un periodo de incubación de 6 semanas a 8 meses. Tendremos que tener siempre en cuenta que un condiloma acuminado (genital) en niños entraña una sospecha de abusos sexuales. El aspecto del condiloma varía si se presenta en la mucosa (húmeda) como una lesión hiperplásica pediculada base ancha, rosado de color carne, blando, en cresta de gallo, exuberante, de sobreinfección frecuente, maceración y mal olor. En la piel (seca) prepucial, escrotal, púbica y perineal el condiloma tiene un aspecto más semejante a una verruga vulgar.

Un estudio en 463 varones heterosexuales infectados por el VPH localizó mediante análisis de ADN el VPH en el 49,9% en el prepucio, en el 35% en el glande surco coronario, en el 32% en el escroto, en el 10,1% en la uretra y por último en el semen en el 5%³. El agente más común que produce el condiloma genital es el VPH 6 y 11, que es de bajo riesgo. El VPH 16-18 es de alto riesgo y está asociado a las lesiones premalignas y

malignas de los genitales. En el pene se identifica el VPH en la neoplasia intraepitelial en el 70-100%, en el carcinoma verrucoso en el 80-100% y sólo en el 30-40% del cáncer invasivo⁴. El VPH se encuentra en alrededor del 70% de los cánceres de cérvix y sólo en el 30-40% de los cánceres de pene y vulva. En un trabajo de mayo de 2009, realizado en 30 estudios, Backes⁵ revisa 1.266 carcinomas de pene encontrando, mediante la biopsia de ADN, la detección del VPH 16-18 en casi la mitad de los tumores (47,9%).

El diagnóstico del condiloma genital es visual. Se debe interrogar al paciente sobre el tipo de actividad sexual en homosexuales y revisar la zona anal y perineal, así como realizar siempre un control estricto de la pareja sexual, con mayor motivo si uno está infectado. La peniscopia tras la aplicación durante 5 minutos de gasas con ácido acético al 3-5% ayuda al diagnóstico de las lesiones de VPH; estas se tiñen de blanco y se magnifican (útil en lesiones planas). Otro diagnóstico más costoso es el test de DNA del VPH mediante frotis, citología o biopsia de la mucosa genital. Puede realizarse en los pacientes de alto riesgo, como las parejas de las mujeres infectadas. Recientemente se ha publicado un test de ADN de VPH en 99 varones de mujeres infectadas¹, siendo positivo en 93 (93,9%). La biopsia de ADN para detectar el VPH se puede practicar en algún caso específico. En todos los varones afectados por el VPH debe realizarse la eversión del meato uretral, interrogar sobre uretrorragia, disuria o secreción hemática o amarilla post-coito. La uretra se infecta entre el 3-5% de los pacientes con VPH y el 80% se localiza en la fosa navicular⁶. En el diagnóstico y tratamiento de los condilomas intrauretrales está descrita la uretrocistoscopia fluoroscópica previa instilación del ácido 5- aminoceulínico⁷. El cistoscopia flexible facilita mucho el estudio de esta uretra posiblemente infectada por el VPH. La vacuna contra la infección del papiloma virus está indicada como prevención del VPH en las mujeres jóvenes de 9 a 26 años y reduce la incidencia de la enfermedad. La vacuna reduce el cáncer de cérvix entre el 70-80%. Esta vacuna en las mujeres tiene una buena relación coste-efectividad. No está indicada en el varón; sólo en algún caso específico. En un estudio realizado en una zona de Kenia encontraron que el 50% de los varones de 18-24 años padecía

la infección por el VPH, por lo que indicaron la vacuna para los jóvenes de esta región⁸.

Los tratamientos de la infección por el VPH no curan definitivamente esta infección vírica, siendo todos ellos largos, poco efectivos y con un alto índice de recidivas. El paciente, a pesar del cansancio y de las recidivas, debe seguir revisiones periódicas, aunque no visualice condilomas. El tratamiento del condiloma acuminado se puede clasificar en quirúrgico o terapia médica. Se tratan los condilomas genitales tradicionalmente con podofilino tópico, con electrocoagulación, crioterapia, láser Yag y cirugía. También depende en parte de los medios que se tenga en el centro de trabajo. El tratamiento con inmunomoduladores se considera actualmente la primera terapia, especialmente es muy efectivo imiquimod en aplicación tópica en la zona afectada tres veces por semana durante dos a tres meses. Según varias series de casos tratados con imiquimod la efectividad se sitúa sobre el 75% de curaciones (se entiende por la total eliminación de condilomas) y el resultado se suele visualizar entre la primera y cuarta semana. No tiene relevancia como factor pronóstico la respuesta, el tamaño ni la localización en el pene en este tratamiento con imiquimod⁹. En los pacientes a los que el prepucio les cubre el glande puede estar indicada la circuncisión como tratamiento y para evitar las recidivas. El tratamiento de los condilomas de la fosa navicular puede requerir la meatotomía. En estos casos el tratamiento con 5-fluoracilo con pomada de lidocaína intrauretral en varias sesiones presenta buenos resultados¹⁰; normalmente la recidiva en todos los tratamientos de condilomas intrauretrales oscila sobre el 35%. Está publicado un estudio en fase I/II como tratamiento de los condilomas intrauretrales en el hombre la vacuna contra el VPH, pues parece que genera regresión del condiloma en el varón, al estimular el sistema inmunitario contra el papilomavirus¹¹.

BIBLIOGRAFÍA

1. Partidge JM, Koutsky CA. Genital human papillomavirus infection in men. *Lancet Infect Dis*. 2006;6(1):21-31.
2. Palefsky JM. HPV infection in men. *Dis Markers*. 2007;23(4):261-72.
3. de Lima Rocha MG, Faria FL, Suoza Mdo C, Vago AR, Fernandes AP, Fernandes PA. Detection of human papillomavirus infection in penile samples through liquid-based cytology and polimerase chain reaction. *Cancer*. 2008;114(6):489-93.
4. Dillner J, Von Krough G, Horenblas S, Meijer CJ. Etiology of squamous cel carcinoma of the penis. *Scand J Urol Nephrol Suppl*. 2001;35(6):435.
5. Backes DM, Kurman RS, Pimenta JM, Smith S. Systematic review of human papillomavirus prevalence in invasive penile cancer. *Cancer Causes Control*. 2009;20(4):449-57.
6. Peyrí E. Manejo de los condilomas de fosa navicular. *La consulta de ETS. Meda*. 2009;7:31-7.
7. Scheede P, Munch P, Wagners J, Meyer T, Stockfleth E, Hofstetter A. Flourescence urethroscopy following instillation of 5-aminolevulinic acid: a new procedure for detecting clinical and subclinical HVP lesions of the urethra. *J Eur Acad Dermatol Venerol*. 2001;15(2):121-5.
8. Smith JS, Moses S, Hudgen S, Agot K, Franceschi S, Maclean IW, et al. Human papillomavirus detection by penile site in young men from Kenya. *Sex Trans Dis*. 2007;34(11):928-34.
9. Arratia JA, Cortes JA, Gomb S. Localización y tamaño como factores pronósticos de respuesta al tratamiento con imiquimod crema al 5% en hombres no circuncidados con condiloma acuminado peneano. *Arch Esp Urol*. 2008;61(6):711-15.
10. Gammon Dc, Reed KA, Patel M, Balaji KC. Intraurethral fluorouracil and lidocaine for intraurethral condyloma acuminata. *Am J Health Syst Pharm*. 2008;65(19):1830-3.
11. Albarran Y, Carvajal A, de la Garza A, Cruz Quiroz BJ, Vázquez Zea E, Díaz Estrada I, et al. MVA E2 recombinant vaccine in the treatment of human papillomavirus infection in men presenting intraurethral flat condyloma: a phase I/II study. *BioDrugs*. 2007;21(1):1011-5.

E. Peyrí Rey

Urología, Clínica Delfos, Barcelona, España

Correo electrónico: 7956epr@comb.cat