

J.C. Níguez Carbonell\*, L.V. García-Marcos Alvarez\*\*, J.J. Guillén Pérez\*, A. Guillén Marco\*, P. Barbero Mari\*\*\*

*An Esp Pediatr* 1996;44:292-294.

### Introducción

Los condilomas acuminados, también conocidos como papiomas, verrugas o vegetaciones venéreas, aunque en los niños también se puede utilizar el término anglosajón de verrugas anogenitales (VAG), son raros en la edad pediátrica, aunque en los últimos años el virus responsable de los mismos se ha convertido en el más frecuente de transmisión por vía sexual en la adolescencia. Es una enfermedad transmisible y autoinoculable, que se manifiesta mediante protuberancias carnosas, que a veces alcanzan un gran tamaño con una superficie ligeramente mamelonada, en forma de coliflor, de coloración rosada unas veces y blanquecina-grisácea otras<sup>(1)</sup>. La epidemiología queda resumida en la **tabla I**<sup>(2)</sup>.

El propósito de la presente nota clínica es presentar un caso de comienzo precoz (a los 6 meses de vida), con una evolución crónica y nula respuesta al tratamiento convencional con numerosas recidivas. Así mismo, revisamos algunos conceptos de dicha infección apoyándonos en la casuística nacional y anglosajona, proponiendo, por último, un protocolo de actuación.

### Caso clínico

Se trata de un preescolar de tres años y medio de edad, que comienza a los 6 meses con una verruga en la región perianal que aumenta progresivamente de tamaño hasta llegar al actual (**Fig. 1**). Padres muy jóvenes con nivel sociocultural muy bajo. En la anamnesis y en el estudio epidemiológico familiar no se evidenció ningún tipo de lesión verrugosa, no pudiéndose evidenciar tampoco un posible mecanismo de transmisión, aunque se sospechó la vía vertical debido a la temprana edad de presentación. A los 19 meses es visto por primera vez, en nuestra consulta de Puericultura y ante las lesiones observadas, conjuntamente con una dermatitis amoniacal, es remitido al dermatólogo del Centro que confirma el diagnóstico de condilomas acuminados e inicia tratamiento con podofilino en aplicación tópica en cuatro sesiones, observando una diseminación de las lesiones, por lo que es enviado a un Centro Hospitalario para estudio y tratamiento, co-

## Condilomas acuminados en niños: presentación de un caso, estado actual y protocolo de actuación



**Figura 1.** Implantación anal/perianal de condilomas en nuestro caso clínico.

sa que no hacen los padres. Es visto por otro especialista que vuelve a tratar con podofilino, no obteniendo resultados.

Al cabo de un año y medio es visto nuevamente por nosotros y ante la persistencia y desarrollo aún mayor de las lesiones, es enviado, a través de los Servicios Sociales del Ayuntamiento, a nuestro hospital de referencia para control y tratamiento. En esta segunda visita, tanto a los padres como al niño se les realizan las siguientes pruebas analíticas y exámenes complementarios: hemograma, fórmula y recuento leucocitario, VSG, proteinograma e inmunoglobulinas, serología de lúes (VDRL), anticuerpos HIV, Mantoux y radiografía de tórax, siendo todas ellas normales. Así mismo, a los padres se le practican análisis bacteriológicos para gérmenes de transmisión sexual siendo también negativos.

En el hospital es tratado con aplicaciones de nitrógeno líquido en cuatro sesiones espaciadas ocho días, sin ningún resultado. Ante esta nula respuesta se plantea y trata con electrocoagulación con una buena respuesta inicial con recidiva posterior, por lo que se procede a la escisión en dos tiempos bajo anestesia general. En una primera intervención se hizo una extirpación en forma de trébol para respetar mucosa anal y evitar posterior estenosis anal, efectuando la segunda resección tras haber cicatrizado esta primera. La anatomía patológica no evidenció malignidad en las muestras remitidas. Actualmente, después de un año de la intervención, se encuentra asintomático.

\*Dirección de Salud Area II. Consejería de Sanidad y AASS. y Unidad de Investigación Clínico Epidemiológica de Cartagena. \*\*Dpto. Cirugía, Pediatría, Obstetricia y Ginecología. Facultad de Medicina. Universidad de Murcia y Unidad de Investigación Clínico Epidemiológica de Cartagena. \*\*\*Unidad de Investigación Clínico Epidemiológica de Cartagena.

Correspondencia: José Carlos Níguez Carbonell. Unidad de Investigación. Pza. San Agustín, 3, 30201 Cartagena  
Recibido: Septiembre 1994  
Aceptado: Mayo 1995

Tabla I Epidemiología de los condilomas acuminados

- \* *Agente*: papovirus humano (HPV-6,11).
- \* *Contagio*: directo, vertical, indirecto (?).
- \* *Susceptibilidad*: 60-70 % de los expuestos.
- \* *Transmisibilidad*: hasta 1 año.
- \* *Período de incubación*: 6 sem.- 20 meses (3 meses).
- \* *Edad*: adolescencia.
- \* *Estación*: sin predominio.
- \* *Inmunidad*: no deja.
- \* *Localización*: genitales y perianal.
- \* *Fact. predisponentes*: nivel social bajo, ETS.
- \* *Evolución*: crónica con recidivas

Tabla II Distribución por edad/sexo

|       | < 30 meses | 30 meses-11 años | > 11 años |
|-------|------------|------------------|-----------|
| Niños | 14         | 10               | 3         |
| Niñas | 16         | 27               | 6         |
| Total | 30         | 37               | 9         |

## Comentarios

### I. Estado actual de la condilomatosis en la infancia

Hemos analizado un total de 76 casos publicados en los cuales hemos podido individualizar la edad, sexo, mecanismo de contagio, localización y tratamiento. Esta casuística está representada por los 70 casos recopilados de la bibliografía anglosajona desde 1967 a 1989 por Boyd<sup>(3)</sup>, así como los descritos por López-Alvarez<sup>(4)</sup>, Herrera<sup>(1)</sup>, Muñoz Lagos<sup>(5)</sup>, Cerdan<sup>(6)</sup> y nuestro caso. No hemos incluido los publicados por Gibson<sup>(7)</sup>, Cohen<sup>(8)</sup>, Obalek<sup>(9)</sup> ni los 11 casos de Martinon<sup>(10)</sup> por no poder individualizar cada caso o faltar alguna de las características analizadas.

En la *edad* pediátrica de los 76 casos revisados 30 (39,47%) eran menores de 30 meses, 37 (48,68%) estaban comprendidos entre esta edad y los 11 años y tan sólo 9 (11,89%) superaban este margen de edad. En cuanto al *sexo*, hay un predominio en las niñas 49 casos (64,47%) frente a los 27 (35,52%) niños. En la **tabla II** queda resumida la distribución por edad y sexo.

La *localización* en la revisión efectuada, el 40,78% de los casos tuvieron una localización anal/perianal mientras que el 59,21% fue genital. Agrupando los niños revisados y planteándolos como un caso control en donde sea el sexo el factor de riesgo en estudio (exposición), y considerando caso a los que tienen lesiones genitales y control a los de lesiones en el resto de localizaciones, se obtiene un odds ratio de 13,65 (3,81<OR<51,94) lo que significa que la localización genital es 13,65 veces más frecuente en las niñas que en los niños.

En cuanto a los mecanismos de *contagio*, en 22 (28,94%) casos se identificaron familiares infectados, en otros 22 se establecieron la existencia de contacto/abuso sexual y en 32 (41,10%) casos no se pudo determinar el mecanismo de contagio. No he-

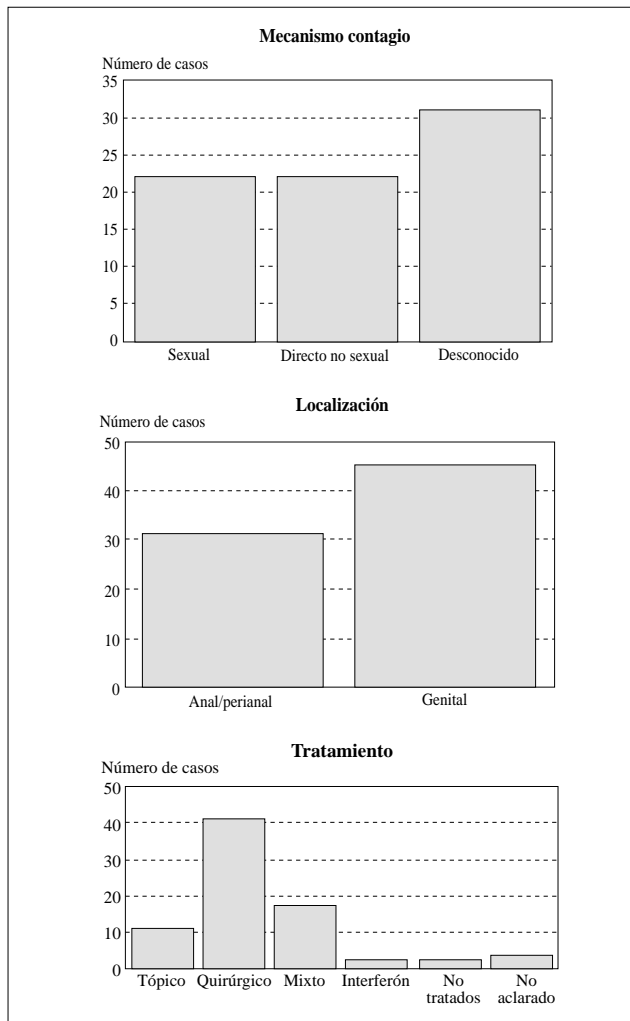


Figura 2. Mecanismo de contagio, localización y tratamiento de los 76 casos revisados

mos encontrado asociación estadísticamente significativas del mecanismo de contagio con el sexo ( $p=0,303$ ) ni con la localización ( $p=0,812$ ). Sin embargo, encontramos una asociación entre contagio por contacto sexual y edades mayores de 30 meses ( $p=0,001$ ). Estos hechos concuerdan, en general, con lo referido en la bibliografía<sup>(3,11,12)</sup>, actuando como mecanismos favorecedores todos aquellos que predisponen a la transmisión de las enfermedades de transmisión sexual<sup>(13,14)</sup>.

Respecto al *tratamiento* de estas infecciones existe una tendencia natural a evitar métodos dolorosos y agresivos en los niños, por lo que en la mayoría de los casos se aplican inicialmente sustancias tópicos. En la revisión de la casuística efectuada de un total de 74 casos en los que se pudo identificar el tratamiento efectuado, 41 niños (53,94%) fueron tratados quirúrgicamente (incluido crioterapia y láser), 11 niños (14,86%) recibieron únicamente tratamiento tópico, mientras que en 17 casos (22,97%) fue necesario la combinación de ambos. En los 5 niños (6,57%) restantes, 2 fueron tratados con interferón y en tres casos no se pu-

do aclarar el tratamiento recibido. No hemos encontrado asociación significativa del tipo de tratamiento recibido con el sexo ( $p=0,746$ ), edad de presentación de las lesiones ( $p=0,150$ ) ni con la localización de las mismas, anal/perianal vs. genital, ( $p=0,606$ ). De todas formas, sigue siendo el diagnóstico y el tratamiento precoz, las claves para una completa curación, sin recidivas. En la **figura 2**, quedan reflejados de forma gráfica los mecanismos de contagio, localización de las lesiones y tratamiento de los casos revisados.

La eficacia del podofilino varía enormemente según los diversos autores<sup>(15)</sup> teniendo varios inconvenientes entre los que cabe destacar su toxicidad (neuropatías, hipocalcemia) y posible oncogenicidad. Estos efectos adversos se ven minimizados cuando se utiliza la podofilotoxina<sup>(16)</sup>. En cuanto al tratamiento con interferón se ofrecen resultados diversos no constatados y sólo el interferón beta<sup>(17)</sup> e interferón alfa<sup>(18)</sup> por vía intralesional parecen eficaces en los condilomas extensos y resistentes, aunque la experiencia en niños es escasa<sup>(3)</sup>.

En los casos rebeldes a estas medidas tópicas se recurre a los *tratamientos quirúrgicos* donde la crioterapia con nitrógeno líquido se está imponiendo como tratamiento de primera elección por carecer de la toxicidad del podofilino y no precisar anestesia local o general. Solamente en los casos muy resistentes se procederá a la electrocoagulación o a la escisión y sutura en los casos muy extensos<sup>(19)</sup>. El láser carbono-dióxido se está utilizando con muy buenos resultados con las ventajas de preservar el tejido normal eliminando el virus<sup>(4,20)</sup>.

En cuanto a las *medidas complementarias*, es importante también el uso de antisépticos tópicos y/o antibióticos por vía sistémica para el tratamiento concomitante de las frecuentes infecciones bacterianas acompañantes. Las medidas higiénicas, manteniendo la zona lo más limpia y seca posible son también un buen coadyuvante para la curación.

## II. Protocolo de actuación

Ante un niño afecto de esta virosis cabría establecer dos vertientes: una familiar y otra con el propio afectado. En cuanto a la primera, es fundamental una *rigurosa anamnesis*, donde se establecerá el nivel socioeconómico familiar, y se descartarán los factores favorecedores más usuales como la falta de higiene, sociopatías, hacinamiento etc., típicos de los medios sociales deprimidos. Dentro de la cuidadosa historia familiar es de gran interés intentar establecer los posibles mecanismos de contagio buscando antecedentes y contactos con otras personas infectadas con ésta u otras viropatías dérmicas y ETS, sin olvidar la promiscuidad, comienzo precoz de relaciones sexuales en los adolescentes y los abusos sexuales.

En relación a la otra vertiente de actuación, se debe realizar una minuciosa exploración clínica general, y los siguientes exámenes complementarios:

1. Pruebas hematológicas y bioquímicas incluido proteínograma, inmunoglobulinas, VDRL, marcadores de hepatitis y anticuerpos HIV.
2. Pruebas microbiológicas para excluir otras enfermedades

de transmisión sexual tales como gonococia, sífilis, trichomoniasis, candidiasis, mycoplasma y clamidias.

3. Histopatología de las lesiones.
4. Endoscopia anal y vaginal (en caso de recidivas).
5. Estudio de inmunidad celular (sólo en aquellos casos de recidivas frecuentes y/o fracaso terapéutico).

Por último, es necesario realizar un seguimiento durante al menos un año, de forma mensual los seis primeros meses y trimestralmente el resto.

Como en toda patología donde la variante social juega un papel importante, se hace necesaria, aparte de la íntima colaboración entre el pediatra y dermatólogo, el concurso de los asistentes sociales.

## Bibliografía

- 1 Herrera A, Rodríguez A, García B, Camacho F. Verrues ano-génitales chez les enfants. *Ann Dermatol Venereol* 1990;**117**:523-526.
- 2 Beutner KR, Becker TM, Stone KM. Epidemiology of human papillomavirus infections. *Dermatol Clin* 1991;**9**:211-218.
- 3 Boyd A. Condylomata acuminata in the pediatric population. *AJDC* 1990;**144**:817-824.
- 4 Lopez Alvarez P, Torres C, Matia JC. Condiloma acuminado en niños: tratamiento con láser CO<sub>2</sub>. *An Esp Pediatr* 1990;**32**:271-272.
- 5 Muñoz C, Rubio LA, Pedreira F, González CM. Condiloma acuminado recidivante en el lactante. *An Esp Pediatr* 1992;**36**:409-410.
- 6 Cerdan FJ, Moreno G, Martínez S, Muguierza JM, Chicote J, Balibrea JL. Condilomas acuminados anales en niños. *An Esp Pediatr* 1993;**38**:123-126.
- 7 Gibson P, Gardner S, Best S. Human Papillomavirus types in anogenital warts of children. *J Med Virol* 1990;**30**:142-145.
- 8 Cohen B, Honig P, Androphy E. Anogenital warts in children. *Arch Dermatol* 1990;**126**:1575-1580.
- 9 Obalek S, Jablonska S, Favre M, et al. Condylomata acuminata in children: frequent association with human papillomaviruses responsible for cutaneous warts. *J Am Acad Dermatol* 1990;**23**:205-213.
- 10 Martinon F, Martinon ML, Fariña P, Michelena M, Mato J. Condiloma acuminado en niños. *An Esp Pediatr* 1988;**28**:15-18.
- 11 Gutman LT, Herman M, Prose NS. Diagnosis of child sexual abuse in children with genital warts. *AJDC* 1991;**145**:126-127.
- 12 Goldenring JM. Condylomata acuminata: still usually a sexually transmitted disease in children. *AJDC* 1991;**145**:600-601.
- 13 Ñíguez JC, García-Marcos L, Guillén JJ, García-Marcos V, Sebastián JM. Sífilis congénita: propuesta de una actuación. *An Esp Pediatr* 1988;**29**:470-474.
- 14 Gutman LT, Herman ME, Phelps WC. Transmission of human genital papillomavirus disease: comparison of data from adults and children. *Pediatrics* 1993;**91**:31-38.
- 15 Simmons PD. Podophyllin 10% and 25% in the treatment of anogenital warts: a comparative double-blind study. *Br J Vener Dis* 1981;**57**:208-209.
- 16 Lassus A. Comparison of podophyllotoxin and podophyllin in treatment of genital warts. *Lancet* 1978;**2**:512.
- 17 Schonfeld A, Schattner A, Crespi M, et al. Intramuscular human interferon-beta injections in treatment of condylomata acuminata. *Lancet* 1984;**1**:1038-1042.
- 18 Vance JC, Bart JB, Hansen RC et al. Intralesional recombinant alpha-2 interferon for the treatment of patients with condyloma acuminatum or verucca plantaris. *Arch Dermatol* 1986;**122**:272-277.
- 19 Greene I. Therapy for genital warts. *Dermatol Clin* 1992;**10**:253-267.
- 20 Garden JM, O'Banion MK, Shelnitz LS, et al. Papillomavirus in the va-

por of carbon dioxide laser treated verrucae. *JAMA* 1988;**259**:1199-1202.