

Condiloma acuminado gigante de la vulva. Reporte de un caso

Giant condyloma acuminatum of the vulva. A case report

Dra. Walkiria Bermejo Bencomo; Dr. Wilfredo García Novoa; Dra. Margarita Báez Pupo

Hospital Materno Provincial Ana Betancourt de Mora Camagüey, Cuba.

RESUMEN

Se reporta el caso de una paciente que acudió a la consulta de Ginecología del Kabwe General Hospital en Zambia, de 16 años de edad, soltera, negra, nulípara y con antecedentes de buena salud, por notar que en los últimos seis a 12 meses algo le crecía rápidamente en sus genitales externos que le dificultaba la marcha. Al examen físico se observó una gran tumoración en la vulva que la ocluía casi completamente, formada por estrías como si fueran crestas de gallo, de superficie muy irregular, con olor característico sugestivo de condiloma acuminado. El examen vaginal con espéculo fue totalmente imposible y los complementarios de serología reactiva y VIH fueron positivos. Después de tratar la serología y utilizar antivíricos locales, sin resultados algunos, se realizó vulvectomía simple en dos tiempos hasta terminar la exéresis completa de dicho tumor, sin encontrar en la vagina lesiones visibles con similares características. Los resultados histológicos coincidieron con la sospecha clínica de condiloma acuminado gigante de la vulva.

DeCS: CONDILOMA ACUMINADO/ etiología/ cirugía/ clasificación; NEOPLASMAS DE LA VULVA; ADOLESCENCIA; EXAMEN FÍSICO.

ABSTRACT

A 16 years, single, nullipara black lady, with a healthy past medical history sought care at the Gynecology Department of the Kabwe General Hospital, in Zambia. Her chief complaint was the genital warts that in the last 6-12 months had been growing rapidly thus making it difficult for her to walk. The physical examination revealed a huge fluted tumor resembling a cock' s crest which almost occluded the vulva and smelled like condyloma acuminatum. The rough surfaces made vaginal examination with speculum impossible. The patient tested reactive for the serologic test and positive for HIV. After treatment with serology and administration of local antiviral drugs without results, a simple two-time vulvectomy was performed, this ended in the full removal of the tumor without finding similar growths on the vagina. Hystologic tests confirmed the clinical suspicion of giant condyloma acuminatum of the vulva.

DeCS: CONDYLOMATA ACUMINATA/etiology/ surgery/ classification; VULVAR NEOPLASMS; ADOLESCENCE; PHYSICAL EXAMINATION.

INTRODUCCIÓN

Los papilomas virus del ser humano son transmitidos por fómites o contacto sexual y casi exclusivamente por este último ¹, pueden aparecer después de un período de incubación de tres semanas con límites de uno a veinticuatro meses y son generalmente adquiridos en la adolescencia tardía hasta el inicio de la tercera década. ²

Se han caracterizado más de 77 tipos diferentes de papiloma virus humano (PVH), 34 están asociados a infecciones del tracto genital humano y pueden provocar un espectro de lesiones que van desde el condiloma acuminado a lesiones premalignas e invasivas de los genitales. ^{3, 4}

La infección por el PVH puede ser francamente visible o invisible a simple vista. No se ha precisado el mecanismo exacto de la infección al nivel de la interacción virus – célula del huésped y se supone que el virus penetre en la capa celular de las

superficies epiteliales por abrasiones microscópicas que producen la transformación de una o más células basales.^{5,6}

La importancia de la infección por el PVH radica en tres aspectos fundamentales: la vía de transmisión, la relación con la génesis del cáncer genital y su elevada incidencia.⁷

El condiloma acuminado es una de las infecciones virales de transmisión sexual que con mayor frecuencia se diagnostica en el mundo y se ha demostrado que gran número de pacientes acuden con verrugas genitales por primera vez a consultas entre los 15 y 49 años, con cifra máxima en mujeres entre los 20 y 24 años. Se calcula que la incidencia oculta de esta infección del tracto genital en ambos sexos es alrededor del 10 %.⁸

REPORTE DEL CASO

Adolescente de 16 años, negra, soltera, nulípara con antecedentes de buena salud, fue atendida en el Kabwe General Hospital de Zambia por tumoración gigante de la vulva. La paciente refirió que inició sus relaciones sexuales a los 14 años y con esta pareja hace aproximadamente un año, pero en los últimos seis meses comenzó a observarse una verruguita en la vulva, que ha ido creciendo hasta impedirle sentarse y caminar correctamente e incluso dificulta la salida del flujo menstrual y el coito.

En el examen físico general no se encontraron alteraciones relevantes y en los complementarios se obtuvo una serología reactiva y VIH positivo. Al colocarla en posición ginecológica se observó gran tumoración de superficie muy irregular con aspecto típico de coliflor o crestas de gallo, además secreción y olor característicos, que ocluía totalmente la vulva por lo que el examen con espéculo fue totalmente imposible.

Se trató la serología después de notificar el caso y usar antivíricos locales, sin resultado alguno, hasta realizarle vulvectomía simple y en un primer tiempo fue imposible resecar totalmente la tumoración, a los 30 días se logró la total exéresis del tumor, lo que permitió examinar vagina y cuello uterino sin alteraciones aparentes. El resultado histológico coincidió plenamente con la sospecha clínica de condiloma acuminado gigante de la vulva (Fig. 1).



Fig. 1. Condiloma acuminado gigante de la vulva

Después del tratamiento la paciente evolucionó satisfactoriamente.

DISCUSIÓN

Cualquier punto de la vulva puede estar afectado por el PVH y de hecho, un pequeño porcentaje también se desarrolla a partir de la piel perineal que rodea al recto. Aparece en los repliegues entre el labio menor y mayor, puede alcanzar región perineal, vagina y el cuello y más raramente región perianal.⁹

Al comienzo éstas son masas pequeñas y múltiples, se hacen aparentes y crecen, mientras que sus bases, al reunirse, forman agrupaciones en coliflor. Posteriormente, la lesión se puede infectar, ulcerar y desprender olor desagradable.¹⁰

El diagnóstico citológico radica en el reconocimiento de los elementos celulares característicos que se dividen en tres grupos: los coilocitos (es sin dudas la célula específica de la lesión condilomatosa), las células condilomatosas y las pseudocondilomatosas.¹¹

Al microscopio, a diferencia de la verruga vulgar, tiende a la formación de grandes masas epiteliales y no existe hiperqueratosis. Las células son grandes, su núcleo es regular, uniforme, el citoplasma puede ser eosinófilo y habitualmente claro. Este condiloma puede también tomar un aspecto endofítico, rechazando los tejidos subyacentes.¹⁰

Los condilomas gigantes son más voluminosos, pero su morfología es idéntica a la de los pequeños., las células de las capas basales están constituidas por células epidermoides normales. La membrana basal comprimida no se halla nunca desprendida, lo que permite el diagnóstico diferencial con el carcinoma verrucoso. Sin embargo, han sido descritos casos con transformación maligna.^{10, 11}

La distinción con el carcinoma verrucoso es histológicamente difícil y el patólogo debe estudiar el tumor en su totalidad. Por otra parte es posible que las dos entidades, condilomas gigantes y carcinoma verrucoso, constituyan estados sucesivos de una misma entidad ligada a una infestación por papovirus.¹¹

El tratamiento ideal del condiloma anogenital es la erradicación total del virus, pero no es posible pues solo se tratan las lesiones exofíticas, quedan las subclínicas que pueden transmitirse y provocar recurrencias. Por tal motivo estudios publicados y comprobados en la práctica médica diaria sugieren el uso del preservativo para minimizar estas manifestaciones tan desagradables, molestas y preocupantes para toda la población.⁴

A pesar del conocimiento de múltiples formas terapéuticas en esta enfermedad, se considera actualmente que para prevenir la transformación maligna de estas lesiones intrapiteliales es importante realizar la cirugía extensa.¹⁰

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fleischer AB Jr, Parrish CA, Glenn R, Feldman SR. Condylomata acuminata (Genital Warts): patient demographics and treating physicians. *Sex transm Dis* 2001; 28 (11): 643 – 7.
2. Reid R. Lorinez AT. Should family physicians test for human papillomavirus infections an offirmate view. *Am J Fam Pract* 1991; 32.
3. Wilson J. Treatment of genital warts: what's the evidence? *Int J STD AIDS* 2002 13 (4): 216 – 20, 221–2.
4. Burk RD. Kadish AS, Calderins S. Human papillomavirus infection of the cervix detected by cervicovaginal lavage and molecular hibridation: correlation with biopsy results, and papanicolau Smear *Am Obst – Gynecol.* 1996;154: 982 – 989.
5. Savoca S, Nardo LG Rosano TF. CO2 laser vaporization as primary therapy for human papillomavirus lesions. A prospective observational study. *Acta Obstet Ginecol Scan* 2001; 80 (12):1121-4.

6. Beilby Jow, Ridley CM. Pathology of the vulva. En: Fox H, editor: Haines and Tailor Obstetrical an gynaecological pathology. Edinburgh: Churhill Livingstones; 1989. p. 64 – 145.
7. Trombetta LJ, Place RJ. Giant condyloma acuminatum of the anorectum: trends in epidemiology and management: report of case and review of the literature. Dis Colon Rectum 2001; 44 (12): 1878 – 86.
8. Bychkou V, Isaacs, JH. Pathology of the vulva. En: Pathology in the practice of Gynecology. Chapter Three: Mosby; 1995.p. 23 – 90.
9. Partridge EE, Murad T. Austin JM, HATCH K. D. Verrocous Lesions Female Genitalia J-Giant Condylomata II. Verrucous Carcinomata. Am J. Obst Gynecol 1980; 137(4): 412-8.
10. Boges VF, Keating UT, Nasser IA. Clinicopathologic characterization of squamous-cell carcinoma arising from pilonidal disease in association with condylomata acuminatum in HIV – infected patients: report of two cases. Dis Colom Rectum 2001; 44 (12): 1873 – 7.
11. Goldstone SE, Palefsky JM, Winnett MT, Neefe JR. Activity of Hsp E 7, a novel immunotherapy in patients with anogenital warts. Dis Colon Rectum 2002; 45(4): 502 – 7.

Recibido: 15 de diciembre de 2004.

Aceptado: 4 de febrero de 2005.

Dra. Walkiria Bermejo Bencomo. Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia. Profesor Instructor. Hospital Materno Provincial Ana Betancourt de Mora. Camagüey, Cuba.