

INCIDENCIA DE CONDILOMATOSIS GENITAL EN HOMBRES QUE ASISTEN A LA CONSULTA DE ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LOS ANDES. MÉRIDA, VENEZUELA.

Pedro José Salinas y Lilia Rojas Guillén.

Postgrado de Medicina de Familia. Facultad de Medicina. Universidad de Los Andes.

Mérida. Venezuela. psalinas@ula.ve

Resumen

Las enfermedades de transmisión sexual tienen una carga social muy fuerte por considerarse en el común de la población como algo relacionado con lo inmoral, irreligioso, sucio, etc. Se revisaron las historias clínicas de 74 hombres con condilomatosis genital. Estas historias se encuentran en el Servicio de Enfermedades de Transmisión Sexual del Hospital Universitario de los Andes (IAHULA), Mérida, Venezuela, correspondientes a los periodos 1990-1991 y 2006-2007. La mayoría (87.8%) de los pacientes masculinos con condilomatosis genital estaban entre 15 y 29 años, 63.6% eran solteros, 31.0% eran casados, 54.0% tenía educación secundaria terminada, 37.8% eran estudiantes, comerciantes (24.5%) y obreros (16.2%). la mayoría (81.0%) era del área metropolitana de la ciudad de Mérida. En relación con drogas legales, 33.7% tenía solo hábito tabáquico, seguido por quienes tenía solo hábito alcohólico (20.2%). Un poco más de la quinta parte (21.6%) tenía una sola pareja, 35.2% tenía dos parejas. Más de las tres cuartas partes de los pacientes no tenían pareja estable, menos de la cuarta parte sí tenía pareja estable. En cuanto al conocimiento sobre la enfermedad que tenían los pacientes, solo 2 (2.7%) tenía conocimiento. La edad de inicio de las relaciones sexuales de la mayoría, 67 (90.5%) señaló 13 a 15 años. 78.3% refirió no tener antecedentes de enfermedades de transmisión sexual. El motivo de consulta de la mayoría (39.2%) fue por lesiones en el pene, seguidos por aquellos que consultaron porque sus parejas presentaban infección por virus de papiloma humano. La mayoría de los pacientes (64.9%) presentó lesiones exofíticas y 35.1% tenía lesiones subclínicas (acetoblanquecinas). El 37.6% presentó pápulas, 25.0% verrugas y 20.8% espículas. La localización de las lesiones fue muy variada, la mayoría de los pacientes (28.5%) las presentaba en el prepucio, 19 pacientes (25.6%) en el glande, el resto en otras partes. En relación con los resultados de los análisis histopatológicos de las biopsias, 75.6% reportó condiloma plano.

Palabras clave: Virus papiloma humano, condilomatosis genital en hombres, enfermedades de transmisión sexual, lesiones en pene,

Abstract

Incidence of genital condylomatosis in men attending the Sexually Transmitted Diseases Service, University Hospital of the Andes. Merida, Venezuela.

The sexually transmitted diseases carry a strong social load due to be considered by the common of the population as related with immorality, filth, anti-religious, etc. We review clinical records of 74 men with genital condylomatosis in the Sexually Transmitted Diseases Service of the University Hospital of the Andes, Merida, Venezuela, 1990-1991 and 2006-2007. 87% of the male patients with genital condilomatosis were between 15 and 29 years old, 63.6% were single, 31.0% married, 54.0% finished their secondary education, 37.8% were students, 81.0% lived in the city of Merida metropolitan area. 33.7% of the patients had only tobacco habits, followed by alcoholic habit (20.2%). 21.6% have only one sexual partner, 35.2% had two sexual partners. More than 75% of the patients had no permanent sexual partner. Only two patients had knowledge about the VPH. The age of first sexual relation in 90.5% of patients was between 13 and 15 years. Most of the men (78.3%) referred they had not previous sexually transmitted diseases. The motivation to visit the medical service in 39.2% of the men was penis lesions followed by the fact that their sexual partners were infected by VPH. Exophytic lesions were present in 64.9% of patients and subclinic lesions (aceto-withish) in 35.1%). Papulas were present in 37.6%, warts in 25.0% and spiculas in 20.8%. Most of the lesions were located in the prepuce, 25.6% in the glans. The results of the histopathological analysis of biopsy showed 75-6% with flat condyloma.

Key words: Human papilloma virus, genital condylomatosis in men, sexually transmitted diseases, penis lesions.

INTRODUCCIÓN.

Las enfermedades de transmisión sexual (ETS) tienen una carga social muy fuerte por considerarse en el común de la población como algo relacionado con lo inmoral, irreligioso, sucio, etc. Obviamente, las enfermedades de transmisión sexual son, por lo

general, como su nombre indica, enfermedades causadas por las relaciones sexuales entre seres humanos (en este trabajo excluirémos las zoofilias y otras relaciones sexuales extra-humanas) y como tales no tienen ni deben tener ninguna connotación de

calificación moral, religiosa o ética. Son, simplemente, enfermedades.

Dentro de las enfermedades de transmisión sexual más comunes, no solo en Venezuela sino en todo el mundo está la causada por el virus de papiloma humano o VPH.

Los virus, al igual que otros organismos vivos, tienen un orden de organización o taxonómico de acuerdo con sus características morfológicas, anatómicas, fisiológicas, etc. Esta organización incluye reinos, phylla, clases, órdenes, familias, géneros y especies, entre otras divisiones. En el caso del VPH, se la ha ubicado en la familia de los Papovaviridae, que son partículas icosaédricas sin envoltura, con un diámetro aproximado de 55 nm, con un genoma de ácido dextrorribonucleico (ADN) de 7500 pares de bases. A este grupo se les llama comúnmente virus de las verrugas y se les asocia con los contactos sexuales. Sin embargo, hay personas infectadas con el tipo de virus que causa verrugas y no desarrollan nunca ni una verruga. Algunos autores indican 216 tipos de estos virus, cifra que otros autores cuestionan. Clínicamente se les clasifica de acuerdo a donde se ubican en mucosales y cutáneos y de acuerdo a su riesgo oncogénico en de alto y de bajo riesgo. El cáncer es la segunda causa de muerte en Venezuela, según el anuario de estadística vital del Ministerio de Salud y Desarrollo Social para el año 2004. Entre los virus de riesgo oncogénico más comunes están los causantes de cáncer de colon (Mandado et al. 2004), los de cáncer de faringe, de cavidad oral, así como los causantes de cáncer cérvico-uterino, cáncer anal y perianal y cáncer de pene. El VPH está presente hasta en 88% de los hombres parejas de mujeres que tiene el virus, lo cual corrobora la importancia de los hombres como transmisores de la enfermedad. Se estima que en todo el mundo hay 9.2 millones de jóvenes entre 15 y 30 años de edad que sufren de esta enfermedad. Por otra parte, más del 90% de las mujeres con cáncer de cuello uterino invasivo o neoplasia intraepitelial cervical (NIC) están infectadas con el VPH (Anón 2007). Es conveniente indicar que los tipos de virus que causan verrugas no necesariamente son los causantes de cáncer de ano o pene (CDC 2008).

Las verrugas ano-genitales fueron descritas por los griegos quienes las llamaron “condilo mata”, lo que luego se tradujo en lenguaje médico como condiloma. Sin embargo, no se relacionaba su presencia con las relaciones sexuales, lo cual se determinó a comienzos de la década de los años 50. Pero el VPH también se transmite por contactos no sexuales, por vía de “infección vertical”, es decir, de madre al feto, por transfusión sanguínea y hasta por contacto con objetos usados por personas infectadas, tal como toallas, ropa interior, etc.

El virus del VPH vive y se mantiene siempre en la piel, pero debe indicarse que el VPH también se sitúa en otras áreas del cuerpo, especialmente donde hay mucosa, por ejemplo, la región oral, laringe, faringe, etc. Las lesiones encontradas en la cavidad oral incluyen papilomas, condilomas, leucoplasia verrugosa y carcinoma ((Mijares et al. 2007).

Los virus de VPH encontrados en carcinomas laríngeos incluyen los tipos 6 y 11 (bajo riesgo), 16 y 18 (alto riesgo), 30 y 33 (mediano riesgo) (Schelover et al. 2004). Los tipos 16 y 18 son transmitidos sexualmente y pueden asociarse con neoplasia intraepitelial cervical en el 70.0% (Gomousa et al. 1997). La infección por los tipos de VPH de potencial oncogénico en genitales femeninos se adquiere por contacto sexual (Cardamakis et al. 1997).

En todo caso, se considera que la sola presencia del virus VPH no es suficiente para desarrollarse la neoplasia y que para eso se necesita la ocurrencia de otros factores de riesgo también llamados co-factores tales como la condición genética de la persona y otros de tipo ambiental y de hábitos de la persona.

La citología uretral se considera como la forma más conveniente para diagnosticar el VPH en hombres. Este método se puede realizar fácilmente en el consultorio, es decir, no es necesario ir a un servicio especializado de un hospital, ya que es muy sencillo e indoloro (generalmente), no penetrante, puede ser repetido cuantas veces sea necesario y proporciona material celular suficiente para el diagnóstico. La muestra del meato uretral se toma con un Cytobrush o con un hisopo estéril humedecido en solución fisiológica, insertándolo hasta 2 cm de la uretra distal realizando una rotación de 180° a la izquierda y otra a la derecha, luego la muestra se extiende sobre una laminilla, se hace la tinción por el método Papanicolau, se lleva al departamento de citología para su análisis (Trejo et al. 2000).

Leyva-López et al. (2003) en México, al tratar de determinar el ADN del VPH en la región distal de la uretra masculina encontraron que solo en el 2% de los paciente infectados con el VPH se pudo detectar el ADN, por lo que concluyen que para estudios de ADN no deben tomarse muestras de esa región del pene, y sugieren que deben tomarse las muestras del surco balano-prepucial y del glande para obtener células exfoliadas del pene.

El virus del VPH es una cadena circular de ADN que infecta a las células basales del epitelio escamoso y que existe en forma de epitoma en el núcleo de la célula infectada. Este virus ataca solo a los seres humanos por lo que no se pueden usar animales para estudios de laboratorio; por otra parte, debido a que el virus solo se replica en células epiteliales diferenciadas no es posible diagnosticar la infección mediante el cultivo de tejidos. La infección se puede diagnosticar por la presencia del ADN viral usando

técnicas de hibridación como Southern blot, dot-blot, hibridación in situ y PCR (reacción de cadena de polimerasa) (Mijares et al. 2007).

SÍNTOMAS.

Los síntomas del VPH son de dos tipos: aquellos con lesiones visibles, tales como verrugas, generalmente pequeñas, en la región ano-genital (ano, pene, vulva, vagina, cuello del útero); y aquellos sin lesiones visibles, las cuales solo son detectadas por los especialistas mediante colposcopia, biopsia (células) y/o coloraciones especiales artificiales.

Las verrugas tienen diferentes formas: forma de coliflor, con relieve (arredondeadas, papularres o acuminadas) y planas (o chatas). Las verrugas son generalmente de color rosado claro. En el caso de los hombres se sitúan en el glande, prepucio, cuerpo del pene, escroto, área perianal, ingle y/o muslos. En el caso de las mujeres, las verrugas se encuentran en los labios mayores y en los menores de la vulva, en la vagina y áreas a su alrededor. Las verrugas pueden situarse en el área anal de hombres y mujeres, aunque no hayan tenido relaciones sexuales anales. En las mujeres el condiloma puede situarse en el cuello del útero y en los hombres en la uretra. Las verrugas pueden aparecer semanas o meses después del contacto sexual con la persona afectada.

Además, existen las manifestaciones en forma de pápulas y de espículas.

Los virus que no se manifiestan con lesiones visibles pueden alojarse en las células cutáneas, es decir, la piel, y mantenerse en reposo como forma oportunista, hasta el momento cuando algunos de los factores de riesgo, especialmente, baja respuesta inmunológica, les sean favorable para su desarrollo. Otros factores de riesgo comunes son: promiscuidad (múltiples parejas sexuales), parejas sexuales desconocidas, inicio y/o mantener relaciones sexuales a temprana edad, falta de higiene, no usar condón, laceraciones o traumatismos, especialmente de la piel, antecedentes de abuso sexual. Otros factores de riesgo que se han asociado con la aparición del VPH son las relacionadas con la disminución de la respuesta inmunológica, tal como SIDA, drogas, tabaquismo, stress fuerte, gripe fuerte, enfermedades crónicas, gravidez, uso de corticoides, transplantes, etc.

La mayoría de los hombres infectados con VPH no presentan síntoma alguno; sin embargo, cuando tienen relaciones sexuales transmiten el virus a su pareja, a menos que tomen todas las medidas de prevención indispensables.

En los hombres, a diferencia de lo que existe en las mujeres, hay pocos signos colposcópicos seguros que permitan diferenciar lesiones displásicas de lesiones simples por VPH (Damatar 1998).

Las lesiones en los hombres se sitúan en las siguientes áreas: prepucio 87%, cuerpo del pene 42%,

glande 20%, corona 11%, meato uretral 6%, uretra 6%, escroto 5%, ano 3%, pliegue crural 2%, sífilis pública 1% (Van der Spock 2003 y Kraas 1989, citados por Muñoz et al. 2006).

El estigma social que significa esta enfermedad de transmisión sexual es una de las principales causas de que quienes la padecen no la manifiesten a los profesionales de la salud o a los centros de salud y por lo tanto que no sea detectada y registrada apropiadamente. Por otra parte, la falta de evidencias clínicas y paraclínicas cuando el virus no presenta lesiones visibles, dificulta el registro estadístico adecuado, especialmente en el caso de los hombres. Según el CDC (2008) hasta el momento no hay pruebas reconocidas para detectar el VPH en hombres. Sin embargo, cuando se sospeche de la infección por VPH se debe recomendar al hombre la androscopia, el cual es un examen con aumento e iluminación de los genitales masculinos, periné y región anal, teñido con ácido acético al 5% para identificar las lesiones más graves (Pferringer 1999). Sin embargo, al examen visual, las verrugas son prueba irrefutable de la presencia del VPH. Comúnmente se utiliza el ácido acético al 5% o simplemente, el vinagre, para ayudar a identificar las verrugas planas o sin relieve, acuminadas o mixtas. Luego de la aplicación de ácido acético al 5%, las lesiones por VPH se vuelven blancas, pero esta prueba no es específica para verrugas de VPH y puede confundir la piel normal con VPH. Tampoco hay exámenes aprobados para detectar tempranamente evidencia de cáncer relacionado con VPH en hombres, tal como existe para su detección en mujeres como es la prueba de papaniculao. En los casos de hombres homosexuales, bisexuales o con VIH, se recomienda hacerles la prueba de papaniculao anal periódicamente, aunque el Center for Diseases Control (CDC 2008) no recomienda esa prueba de papaniculao anal.

TRATAMIENTO.

El VPH no tiene tratamiento ni cura, pero existen condiciones asociadas al VPH, tal como las verrugas, el cáncer de pene y el cáncer de ano, que sí pueden ser tratadas y eliminadas. Las verrugas visibles se tratan con medicamentos autoaplicados por el paciente. Entre los más comúnmente usados está el ácido tricloroacético que es un líquido que se aplica directamente sobre la lesión. Por otra parte está el 5-fluoracilo, crema que se aplica tópicamente y causa necrosis y desprendimiento rápido del tejido infectado y no se ha observado toxicidad sistémica (Iwasawa 1993, Rosales et al. 2007). El Imiquimod en crema al 5% es un inmunomodulador de la respuesta inmune, que se aplica tres veces por semana durante 16 semanas y ha dado éxito entre 50 y 62% con recurrencia de 5 a 19% (Badtdar 1998, Eswares

1998, Sadser 2000, Gollrick 2002, citados por Muñoz et al. 2006). Para los condilomas se recomienda la podofilina (Rosales et al. 2007), la podofilotoxina al 0.5% dos veces por día durante tres días seguidos, luego 4 a 7 días de descanso y luego se repite por varias veces este esquema. El éxito es de 63 a 78% con recurrencia de 24 a 47% y tiene efectos colaterales (Strara 1995, Peterson 1995, Gol 1998, Carcara 1990, Lasey 2000, citados por Muñoz 2006, Rosalews et al. 2007). También pueden ser extirpadas por medio de cirugía. La electrocirugía se indica para extirpación del condiloma acuminado (Parapazy 1995, Shallaper 2002, citados por Muñoz et al. 2006). Las vaporizaciones por medio de láser se indican en las infecciones por VPH, neoplasia intraepitelial y cáncer in situ, con éxito de 60 a 93% y recurrencia de 4% (Carrozza 2002, Parapazy 1995, Fraca 1992, Edffiadx 1990, Damariov 1993, citados por Muñoz et al. 2006). También se recomienda la crioterapia que es frío de alta intensidad, pero no disponemos de cifras sobre su éxito y recurrencia. Quesada et al. (2004) indican que el carcinoma verrugoso de la piel es de patogénesis desconocida pero que se relaciona con la infección por VPH y afirman que en estos casos (eliminación del tumor) no debe usarse la radioterapia porque esta favorece la transformación anaplásica rápida y agresiva. En todo caso, las verrugas pueden aparecer durante los tres primeros meses después del tratamiento. Por otra parte, si no se tratan, las verrugas pueden desaparecer por sí solas, o permanecer sin cambios o aumentar en tamaño y en número, pero no se convertirán en cáncer. Las lesiones planas y sintomáticas no requieren tratamiento.

Se espera que en un futuro cercano se desarrolle una vacuna que prevenga la infección por el virus del VPH. En la actualidad existe la vacuna Gardasil que previene los tipos 16 y 18 que son los de más alto riesgo oncogénico (Rosales et al. 2008).

El objetivo del presente trabajo es comparar la incidencia de la condilomatosis genital en hombres en el periodo de 1990-1991 con la incidencia en el periodo 2006-2007.

METODOLOGÍA.

Se revisaron las historias clínicas de 74 hombres con condilomatosis genital, historias que se encuentran en el Servicio de Enfermedades de Transmisión Sexual del Hospital Universitario de los Andes (IAHULA), Mérida, Venezuela, correspondientes a los periodos 1990-1991 y 2006-2007.

De la historia clínica de cada paciente masculino se seleccionaron los datos que interesaban para los fines del presente estudio, entre los cuales se destacan edad, estado civil, grado de escolaridad, ocupación, procedencia, hábitos tabáquicos, alcohólicos u otros, número de parejas sexuales, estabilidad de la pareja,

conocimiento acerca de la enfermedad, edad de inicio de las relaciones sexuales, antecedentes de enfermedades de transmisión sexual, motivo de consulta al Servicio de ETS, tipo de lesiones presentes en cada paciente, manifestaciones clínicas (exofíticas) y subclínicas, localización de la lesión, resultado de los análisis de la biopsia, localización de las lesiones y resultado histopatológico de los análisis de biopsias en hombres parejas de mujeres infectadas con VPH.

Por otra parte, se tomaron datos acerca de las principales enfermedades diagnosticadas en el Servicio de ETS: infecciones gonocócicas (31.5%), sífilis (25.5%), condiloma genital (23.0%), candidiasis (5.5%), escabiosis (5.5%), herpes genital (3.0%), otras ETS (6.0%).

Esta información se resumió en tablas y gráficos que se presentan más adelante.

Posteriormente se hizo el análisis estadístico de los datos de ambos periodos y la comparación entre ellos.

RESULTADOS.

En relación con la edad se pudo observar que la mayoría (87.8%) de los pacientes masculinos con condilomatosis genital estaban entre 15 y 29 años (tabla 1).

Edad (años)	Número	Porcentaje
15-19	15	20.3
20-24	33	44.6
25-29	17	22.9
30-34	4	5.5
35-40	3	4.0
40 y más	2	2.7
Total	74	100.0

En cuanto al estado civil, la mayoría de los pacientes (63.6%) eran solteros, aunque casi un tercio (31%) eran casados (tabla 2).

Estado civil	Número	Porcentaje
Soltero	47	63.6
Casado	23	31.0
Divorciado	2	2.7
Concubino	2	2.7
Separado	0	0.0
Total	74	100.0

El grado de escolaridad que afirmó la mayoría (54%) fue el de educación secundaria, seguido por más de un tercio (33.7%) de los pacientes que dijeron tener educación primaria (tabla 3).

Salinas, Rojas. 2014. Incidencia de condilomatosis genital en hombres que asisten a la consulta de enfermedades de transmisión sexual. MedULA 18-24.

La mayoría (37.8%) de los pacientes eran estudiantes seguidos por los comerciantes (24.5%) y los obreros (16.2%) (tabla 4).

Según la procedencia, la mayoría (81%) eran del área metropolitana de la ciudad de Mérida y el resto (19%) era de otras áreas (tabla 5).

Grado de escolaridad	Número	Porcentaje
Educación primaria	25	33.7
Educación secundaria	40	54.0
Educación superior	9	12.3
Total	74	100.0

Ocupación	Número	Porcentaje
Estudiante	28	37.8
Comerciante	18	24.5
Obrero	12	16.2
Empleado	7	9.4
Agricultor	5	6.7
Otros	4	5.4
Total	74	100.0

Procedencia	Número	Porcentaje
Área metropolitana	60	81.0
Fuera del área metropolitana	14	19.0
Total	74	100.0

En relación con las drogas legales, la mayoría (33.7%) tenía solo hábito tabáquico, seguido por quienes tenía solo hábito alcohólico (20.2%) y por aquellos que tenían tanto hábito tabáquico como alcohólico (16.2%) (tabla 6).

Hábitos	Número	Porcentaje
Cigarrillos	25	33.7
Alcohol	15	20.2
Alcohol + cigarrillos	12	16.2
Otros	1	1.4
Niega	21	28.5
Total	74	100.0

La tabla 7 muestra que un poco más de la quinta parte (21.6%) de los pacientes tenía una sola pareja,

mientras que más de la tercera parte (35.2%) tenía dos parejas.

Más de las tres cuartas partes de los pacientes no tenían pareja estable y menos de la cuarta parte sí tenía pareja estable (tabla 8).

Número parejas sexuales	Número	Porcentaje
1	16	21.6
2	26	35.2
3	6	8.2
4	25	33.7
Sin pareja	1	1.3
Total	74	100.0

Pareja estable	Número	Porcentaje
Sí	17	23.0
No	56	76.0
Sin pareja	1	1.0
Total	74	100.0

En cuanto al conocimiento sobre la enfermedad que tenían los pacientes, solo 2 (2.7%) tenía conocimiento, mientras que 72 (97.3%) la desconocían.

En relación con la edad de inicio de las relaciones sexuales, la mayoría, 67 (90.5%) de los pacientes señaló 13 a 15 años. El 8.2% indicó 16 a 18 años y un paciente (1.3%) no contestó.

La mayoría de los pacientes (78.3%) refirió no tener antecedentes de enfermedades de transmisión sexual seguidos por 8 (10.8%) que refieren haber sufrido infección gonocócica (tabla 9).

Antecedentes de E. T. S.	Número	Porcentaje
Infección gonocócica	8	10.8
Sífilis	2	2.7
Infección gonocócica + sífilis	2	2.7
Uretritis no gonocócica	2	2.7
Otros	2	2.7
Sin antecedentes	58	78.3
Total	74	100.0

El motivo de consulta de la mayoría, 29 (39.2%) fue por lesiones en el pene, seguidos por aquellos que

consultaron porque sus parejas presentaban infección por V. P. H. (tabla 10).

Se observó que la mayoría de los pacientes, 48 (64.9%) presentó lesiones exofíticas y el resto, 26 (35.1%) tenía lesiones subclínicas (acetoblanquecinas).

Motivo de consulta	Número	Porcentaje
Lesiones en el pene	29	39.2
Pareja con V. P. h.	22	29.7
Sintomáticos (prurito, disuria, secreción uretral)	17	22.9
Otros	6	8.2
Total	74	100.0

En cuanto a las manifestaciones clínicas (exofíticas) la mayoría, 188 (37.6%), presentaba pápulas, seguidos por 12 pacientes (25.0%) que presentaban verrugas y 10 (20.8%) que presentaban espículas (tabla 11).

La localización de las lesiones fue muy variada, la mayoría de los pacientes 21 (28.5%) las presentaba en el prepucio, 19 pacientes (25.6%) las presentaba en el glande, el 16.3% (12 pacientes) tenía lesiones en prepucio y en el surco prepucial, las lesiones de 11 pacientes (14.8%) estaban localizadas en el glande el frenillo y S. B. P., 5 pacientes (6.7%) tenían lesiones en el prepucio, el glande y S. B. P., 2 pacientes (2.7%) en el escroto y la región glútea, 2 pacientes (2.7%) las tenían el meato y en la fosita navicular, y 2 pacientes (2.7%) tenían las lesiones en el prepucio, el escroto y S. B. P.

En relación con los resultados de los análisis histopatológicos de las biopsias, en la mayoría de los pacientes 56 (75.6%) se reportó condiloma plano, con menor cantidad de pacientes se reportaron las siguientes lesiones: condiloma acuminado, papiloma, condiloma plano con atipia, verrugas, cáncer in situ con condiloma, y verruga vulgar más condiloma plano (tabla 12).

La localización de las lesiones fue muy variada, la mayoría de los pacientes 21 (28.5%) las presentaba en el prepucio, 19 pacientes (25.6%) las presentaba en el glande, el 16.3% (12 pacientes) tenía lesiones en prepucio y en el surco prepucial, las lesiones de 11 pacientes (14.8%) estaban localizadas en el glande el frenillo y S. B. P., 5 pacientes (6.7%) tenían lesiones en el prepucio, el glande y S. B. P., 2 pacientes (2.7%) en el escroto y la región glútea, 2 pacientes (2.7%) las tenían el meato y en la fosita navicular, y 2 pacientes (2.7%) tenían las lesiones en el prepucio, el escroto y S. B. P.

Manifestaciones clínicas	Número	Porcentaje
Verrugas	12	25.0
Espículas	10	20.8
Pápulas	18	37.6
Verrugas + espículas	4	8.3
Verrugas + pápulas planas	4	8.3
total	48	100.0

Resultado de la biopsia	Número	Porcentaje
Condiloma plano	56	75.6
Condiloma acuminado	5	6.7
Papiloma	5	6.7
Condiloma plano con atipias	4	5.5
Verrugas	2	2.7
Cáncer in situ con condiloma plano	1	1.4
Verruga vulgar + condiloma plano	1	1.4
Total	74	100.0

En relación con los resultados de los análisis histopatológicos de las biopsias, en la mayoría de los pacientes 56 (75.6%) se reportó condiloma plano, con menor cantidad de pacientes se reportaron las siguientes lesiones: condiloma acuminado, papiloma, condiloma plano con atipia, verrugas, cáncer in situ con condiloma, y verruga vulgar más condiloma plano (tabla 12).

En cuanto a las manifestaciones clínicas y subclínicas, los pacientes cuyas parejas sexuales eran mujeres infectadas con V. P. H., la mayoría, 19 (86.5%) presentó lesiones acetoblanquecinas, 8 subclínicas), 2 pacientes (9.0%) presentaron pápulas y un paciente presentó verrugas más espículas.

Los resultados histopatológicos de las biopsias de pacientes con parejas infectadas con V. P. H., señalaron que la mayoría (16 pacientes, 72.8%) presentó condiloma plano, el resto de las biopsias presentó alguno de los siguientes resultados: condiloma plano con atipia, condiloma especulado, condiloma plano con cáncer in situ y finalmente papiloma.

DISCUSIÓN.

El virus del papiloma humano (VPH) en hombres es una enfermedad de transmisión sexual (ETS) muy común pero que pasa desapercibida quizá por el estigma social que sobre ella pesa, ya que muchos

hombres no quieren aceptar o admitir que son portadores de dicha enfermedad. Esto es, quizá, una de las causas de la escasa información publicada al respecto. El Centro de Control de Enfermedades (CDC por sus siglas en inglés) de Estados Unidos resaltó la importancia en el ámbito mundial de esta patología (CDC 2008). Algunas personas indican que esta dolencia es muy difícil de detectar en hombres, sin embargo esto ha sido científicamente desmentido y por el contrario se sabe que es muy fácil su detección (Anón. 2007).

En relación con la frecuencia del VPH en hombres, Arévalo y Sardi (1984) señalan que en el Hospital de Caracas, la condilomatosis ocupa el cuarto lugar en las consultas en ese hospital, superada por la gonorrea, la sífilis y la uretritis, en ese orden, mientras que en el presente estudio, en el IAHULA, la enfermedad ocupó el tercer lugar siendo superada por la gonorrea y la sífilis, en el mismo orden, lo que indica que su incidencia es muy importante dentro de la morbilidad de la consulta.

La edad de la mayoría de los varones en nuestro estudio estuvo entre 20 y 24 años, lo que coincide con los datos de Syrjanen (1987) quien afirma que en países con alto índice de cáncer de pene, la mayor proporción de hombres con condilomatosis está en edades entre 20 y 25 años.

CONCLUSIONES.

El VPH es una enfermedad de transmisión sexual común en hombres y mujeres. Se le considera un estigma social en los portadores porque se considera algo sucio, inmoral, etc. Su incidencia se considera alta. Está asociada a promiscuidad, falta de medidas de prevención (condón, etc.), uso de drogas lícitas e ilícitas, entre otros factores de riesgo. En la población estudiada la mayoría de los pacientes era joven, eran estudiantes, que iniciaron su actividad sexual cuando adolescentes y que han tenido o tienen más de una pareja sexual, presentaron antecedentes de otras ETS. El VPH no tiene tratamiento ni cura, aunque hay medidas para eliminar algunas lesiones visibles.

MEDIDAS DE PRECAUCIÓN.

Aunque en muchos casos los síntomas no aparecen hasta meses o años después de adquirir la infección, se recomienda tomar todas las medidas preventivas necesarias tal como todo lo contrario a los factores de riesgo, por ejemplo, no promiscuidad, uso de condón, no fumar, moderación en el consumo de bebidas alcohólicas, no drogas ilícitas, etc. Pero, si se presentan algunos de los siguientes síntomas debe acudir de inmediato al médico y realizarse una androscopia: Prurito o irritación en el área anogenital, lesiones elevadas o abultadas de color de la carne en el ano y genitales (piel), aumento de humedad en el área de los crecimientos o elevaciones, aumento del flujo vaginal, úlceras en los genitales de

la mujer, sangrado vaginal anormal no relacionado con la menstruación, mal olor al tener relaciones sexuales, tumores de tipo verrugoso o de apariencia de "coliflor".

REFERENCIAS.

Anónimo. 2007. Papiloma en varones (sí es posible detectarlo). www.psicofxp.com. Accesado: 18 ago 2008.

CDC 2008. El virus del papiloma humano en hombres. www.cdc.gov. Accesado: 25 junio 2008.

Damatar LIV. 1998. Papillaa intraepitelialneoplasia: clinical observations and analysis of the physical state of human papillomavirus DNA. *J Infnat Dis* 189: 39-45.

Gomousa J, Deligeorgi MM et al. Human papillomavirus identification and typing both. *Acta Cytologica* 41: 244-250.

Iwasawa A, Kumamoto Y, Fujinaga K. 1993. Detection of human papillomavirus desoxyribonucleic acid in penis carcinoma by polimerassa Cain reaction and in situ hybridization. *J Urol* 149: 59-63.

Leyva-López AG, Aranda-flores CE, Conde-González C et al. 2003. *Salud Pública de México* 45 (supl 5): S589-S593.

Mijares Briñez A, Suárez CM, Castro R et al. 2007. Carcinoma de cavidad oral y su relación con el virus de papiloma humano. *Rev Soc Méd Quir Hosp. Emerg Pérez de León* 38: 24-33.

Muñoz R, Pérez E, Vielma A et al. 2006. Manejo del virus del papiloma humano en varones. *Ganza* 5: 131-132.

Pferringer JL. 1999. Androscopy: a test for examining men for condiloma. *J Fam Pract* 29: 296-298.

Quesada Jiménez E, Hidalgo b, Granados C et al. 2004. Carcinoma verrugoso. Caso Clínico. *Acta Médica Costarricense* 46: 145-148.

Rosales Sánchez a, Vergara L, Morado A et al. 2007. Algoritmo diagnóstico, terapéutico y preventivo en varones infectados por el virus del papiloma humano. *Episteme* N° 11, 6 p.

www.uvmnet.edu/investigacion/episteme/numero11-07/jovenez/a_algoritmo.asp Accesado: 30 abr 2008

Schelover ER, De Gorodner OL, Lucero HR et al. 2004. Detección del virus del papiloma humano (HPV) en carcinoma de laringe. Resumen M-076. Universidad nacional del Nordeste. Comunicaciones Científicas y Tecnológicas 2004. 3 p.

Trejo Solórzano Ó, Mendoza G, Díaz JC et al. 2000. Detección del virus de papiloma humano en el varón con cepillado virus de papiloma humano en el varón con cepillado uretral. *Rev Fac Med UNAM* 43: 77-79.

Recibido: 15 feb 2013 Aceptado: 20 jul 2013