

Pregunta: ¿Qué importancia tiene la condilomatosis y el embarazo?

CONDILOMATOSIS EN EL EMBARAZO

(Actualizado julio 2008)

INTRODUCCION

La papilomatosis virósica humana, conocida también como condiloma acumminado o verrucosis venérea es una de las enfermedades de transmisión sexual más frecuentes. Ella es producida por el papiloma virus humano (HPV) que se presenta en adultos jóvenes y con actividad sexual. Más de 100 tipos de HPV son conocidos e infectan las células epiteliales, siendo la localización más frecuente la genital. Sus lesiones pueden incrementar de tamaño durante la gestación. Su aparición se ve favorecida en pacientes con múltiples parejas sexuales, con historia de enfermedad de transmisión sexual, con el hábito de fumar, el uso de anticonceptivos orales y la alta paridad (1). El elevado nivel hormonal y la inmunodepresión pueden interferir a la resistencia al virus durante el embarazo y favorecer la infección (2). Eppel (3) encontró que el 24,6% de las mujeres asintomáticas tenían positivo el test de HPV en el cervix.

HPV Y EMBARAZO - Vía de Transmisión

Aunque investigaciones epidemiológicas sugieren la posibilidad de una transmisión no sexual, hay evidencia de transmisión vertical que ocurre durante el pasaje del feto por el canal de parto y ello puede ser causa de papilomatosis laríngea en el niño. El virus puede ser transmitido por vía ascendente sobretodo después de la ruptura de las membranas ovulares (3). El modo de transmisión perinatal y la contaminación al feto no es clara, pero hay evidencia de que la transmisión in útero o postnatal (antes o después del nacimiento) es posible. Incluso teóricamente el virus puede ser adquirido por vía hematógena (4). Wang (5) encuentra una tasa de transmisión materno fetal del 50%. Nowak (6) observó que HPV de bajo riesgo (no oncogénicos) es 1,1% en el 2do trimestre del embarazo y 0,9% en el 3er trimestre, diferencias no significativas. En cuanto a los HPV de alto riesgo oncogénico fue encontrado en el 4,4% en el 2do trimestre y en 4,5% en el tercero y tampoco hubo diferencias. En cambio, se encontró que el alto riesgo del HPV se asoció con la paridad, el hábito de fumar e historia familiar oncogénica.

TRATAMIENTO durante el embarazo

Se recomienda la destrucción de los condilomas mediante vaporización con lasser durante el embarazo para prevenir la recurrencia posterior al parto y prevenir la transmisión vertical (2,7). Los tópicos con ácido tricloroacético son un excelente tratamiento para condilomas pequeños y lesiones recurrentes (2).

COMPLICACIONES

Este documento es un instrumento de información, que no reemplaza al personal médico en el cuidado de la salud y no es responsable directa ni indirectamente dl posible daño causado a terceros.

El proceso de carcinogénesis es dependiente del tipo de HPV, por lo que toda mujer en edad reproductiva deberá chequearse para HPV DNA.

Ciertos tipos oncogénicos de HPV (tipos 16,18,31) están asociados con neoplasia cervical y carcinoma escamoso y adenocarcinoma de cervix, mientras que tipos no oncogénicos (tipos 6,11) son comunmente detectados en las verrugas genitales (8).

La infección puede mantenerse un tiempo latente, sin mayores cambios en el papanicolau. Karowicz (9) sugiere que esta latencia puede explicar la asociación en las gestantes con HPV con el retardo del crecimiento intrauterino.

Los niños infectados con HPV pueden adquirir enfermedad respiratoria papilomatosa, fundamentalmente a nivel de la laringe y en menos proporción localizarse en tráquea o bronquios (10). Esta puede ser recurrente y manifestarse a partir de los 3 años de edad, aunque también pueden ser diagnosticada durante la adolescencia o vida adulta. Entre el 55% y 65% de los niños con papilomatosis respiratoria, sus madres tenían condiloma acuminado (11). Gerein (12) encontró problemas en la historia ginecológica de la madre y la papilomatosis recurrente de los niños que fue hallada con mayor frecuencia en hijos de madres que tuvieron necesidad ulterior de histerectomía.

VIA de NACIMIENTO

En una revisión sistemática (13) se incluyeron 2.111 mujeres embarazadas y 2.113 niños y se observó que el riesgo de la transmisión de HPV en niños nacidos por vía vaginal fue casi el doble que los nacidos por cesárea (RR = 1,8 IC 95% 1,3-2,4). Wang (5) encontró una tasa de transmisión de HPV del 50% (7/14) en partos vaginales y 33,3% (4/12) en nacimientos por cesáreas. En un estudio realizado por Tseng (14) encontró en una población de 301 mujeres embarazadas que la frecuencia de HPV fue 22,6% (68/301). De las 68 mujeres infectadas el 37,8% (27/68) tuvieron niños infectados al nacer; de ellos el 51,4% (18/35) nacieron por vía vaginal y el 27,3% (9/33) nacieron por cesárea (p = 0,04).

Osborne (2) propone que la cesárea debe reservarse para casos de enfermedad sintomática, recurrente y/o con lesiones genitales activas, pero la evidencia es insuficiente para recomendar la generalización de la cesárea en madres HPV positivas. Por otro lado, el rol de la cesárea para prevenir la papilomatosis respiratoria recurrente en niños, es muy limitada (15).

CONCLUSION

Si bien hay controversias en cuanto a la vía de parto en mujeres con HPV, la cesárea parece ser de elección en caso de existir lesiones sintomáticas o enfermedad recurrente, pero no justifica su generalización en todas las madres HPV positivas (2).

Medeiros (13) concluye que la pregunta crítica no es la frecuencia de niños contaminados, sino la frecuencia de niños infectados por HPV. Para ello, es necesario realizar estudios con buena calidad metodológica y con un largo seguimiento.

Este documento es un instrumento de información, que no reemplaza al personal médico en el cuidado de la salud y no es responsable directa ni indirectamente del posible daño causado a terceros.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Koliopoulos G, Arbyn M, Martin-Hirsch P, Kyrgiou M, Prendiville W, Paraskevidis E. Diagnostic accuracy of human papillomavirus testing in primary cervical screening: a systematic review and meta-analysis of non-randomized studies. *Gynecol Oncol*. 2007 Jan;104(1):232-46. Epub 2006 Nov 3.
- 2) Osborne NG, Adelson MD. Herpes simplex and human papillomavirus genital infections: controversy over obstetric management. *Clin Obstet Gynecol*. 1990 Dec;33(4):801-11.
- 3) Eppel W, Worda C, Frigo P, Ulm M, Kucera E, Czerwenka K. Human papillomavirus in the cervix and placenta. *Obstet Gynecol*. 2000 Sep;96(3):337-41.
- 4) Syrjanen S, Puranen M. Human papillomavirus infections in children: the potential role of maternal transmission. *Crit Rev Oral Biol Med* 2000;11(2):259-74.
- 5) Wang X, Zhu Q, Rao H. Maternal-fetal transmission of human papillomavirus. *Clin Med J (engl)*. 1998 Aug;111(8):726-7.
- 6- Nowak Z, Karowicz-Bilinska A. Human papilloma virus infection in pregnant women with normal pap-smears, HPV oncogenity and risk factors. *Ginekol Pol*. 2007 Sep;78(9):678-84.
- 7) Frega A, Baiocco E, Pace S, Palazzo A, Iacovelli R, Biamontil A, Moscarini M, Stentella P. Regression rate of clinical HPV infection of the lower genital tract during pregnancy after laser CO2 surgery. *Clin Exp Obstet Gynecol* 2006;33(2):93-5.
- 8) Muñoz N. Value of human papillomavirus testing in the diagnosis and screening of cervical neoplasia. *Med Clin (Barc)* 2003 Oct 11;121(12):455-6.
- 9- Karowicz-Bilinska A. The latent infection of human papilloma virus in pregnant woman and colonization of placenta-preliminary report. *Ginekol Pol*. 2007 Dec;78(12):966-70.
- 10) Brodsky L, Siddiqui SY, Stanievich JF. Massive oropharyngeal papillomatosis causing obstructive sleep apnea in a child. *Arch Otolaringol Head Neck Surg*. 1987 Aug;113(8):882-4.
- 11) Schwartz DB, Greenberg MD, Daoud Y, Reid R. The management of genital condilomas in pregnant women. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1987;14:589-99.
- 12 Gerein V, Schmandt S, Babkina N, Barysik, Coerdt W, Pfister H. Human papilloma virus (HPV)-associated gynaecological alteration in mothers of children with recurrent respiratory papillomatosis during long-term observation. *Cancer Detect Prev*. 2007;31(4):276-81.

Este documento es un instrumento de información, que no reemplaza al personal médico en el cuidado de la salud y no es responsable directa ni indirectamente del posible daño causado a terceros.

13) Medeiro LR, Ethur AB, Hilgert JB, Zanini RR, Berwanger O, Bozzetti MG, Mylius LC. Vertical transmission of the human papillomavirus: a systematic quantitative review. Cad Saude Publica. 2005 Jul-Aug;21(4):1006-15. Epub 2005 Jul 11.

14) Tseng CJ, Liang CC, Soong YK, Pao CC. Perinatal transmission of human papillomavirus in infants: relationship between infection rate and mode of delivery. Obstet Gynecol. 1998 Jan;91(1):92-6.

15) Kosko JR, Derkay CS. Role of caesarean section in prevention of recurrent respiratory papillomatosis—is there one ?. Int J Pediatr Otorhinolaryngol 1996 Mar;35(1):31-8.