

CONDILOMA ACUMINADO EN EL NIÑO

HOSPITAL PEDIATRICO PROVINCIAL DOCENTE
"Dr. EDUARDO AGRAMONTE PIÑA"
CAMAGUEY

*Dr. Luis Bastián Manso**, *Dr. David Páez Campoy***,
*Dra. Elizabeth Wright Goicochea**** y *Dr. Luis Cañabate Reyes*****

Se presentan 6 casos de condiloma acuminado en niños con localización anogenital, los cuales fueron tratados con electrofulguración y cirugía. Solamente ocurrió recidiva en 1 paciente. La vía de transmisión resultó incierta al no descartarse adecuadamente la posibilidad de la transmisión genital a través de un abuso sexual.

INTRODUCCION

En condiloma acuminado o verruga venérica producida por el papiloma-virus¹ no es frecuente en los niños, sin embargo, en la actualidad se informa un incremento de los casos al igual que en los adultos.² Este hecho parece reflejar un aumento real de su frecuencia opuesto a un cambio en las tasas de información.³ Alrededor de 55 casos habían sido notificados hasta 1985,⁴ a los cuales añadimos 6 casos diagnosticados clínicamente y por biopsia en nuestro centro durante un período de 5 años.

MATERIAL Y METODO

Se revisan retrospectivamente las historias clínicas de estos pacientes atendidos en nuestro hospital durante los años 1976 a 1980. En este análisis se tuvo en cuenta la edad, el sexo, el motivo de ingreso, las características macroscópicas de la lesión, los exámenes complementarios para descartar sífilis y gonorrea, el tratamiento y la evolución posterior.

PRESENTACION DE LOS CASOS

Caso 1

Historia clínica No. 219293. Paciente de 10 años, del sexo masculino, que acude al hospital porque la madre notó una verruguita en sus genitales

* Especialista de I Grado en Anatomía Patológica. Profesor Asistente.

** Especialista de I Grado en Cirugía Pediátrica. Jefe del Servicio de Cirugía.

*** Especialista de I Grado en Dermatología. Instructor.

**** Interno Rotatorio de Medicina General.

hace más o menos 4 meses. Es visto en el Servicio de Urología y se describe al examen físico una lesión verrugosa de base ancha en el meato uretral, de un tamaño de 0,5 cm y otra en el glándulo de tamaño no precisado. Ambas se seccionaron y se electrocoagula su base. No se realizó serología, exudado uretral ni rectal.

Caso 2

Historia clínica No. 201244. Paciente de 9 años, del sexo masculino, que ingresa en el Servicio de Urología porque los padres le notaron una «tética de carne en sus partes». Al examen físico se describe una tumoración de aspecto arborescente que rodea el meato uretral, la cual es reseca. A los 3 meses reingresa por otra lesión similar, la cual se electrofulgura. No se realiza prueba serológica ni exudado.

Caso 3

Historia clínica No. 245346. Paciente de 1 año, del sexo femenino, que es atendida en el Servicio de Cirugía por lesiones perianales indoloras que comenzaron en forma de un «granito» hace 3 meses. Al examen físico se describen como verrucosas: son resacas y electrofulguradas. La serología indicada fue negativa. No se hicieron exudados.

Caso 4

Historia clínica No. 237801. Paciente de 10 años, del sexo masculino, que ingresa porque sus padres le notaron «mamelones» en la región perianal; es atendido por el Servicio de Cirugía donde se encuentra al examen físico tumoraciones múltiples de 0,5 cm y otras de 2 a 3 cm de localización perianal, las cuales son resacas y electrofulguradas. No se indica serología ni exudado.

Caso 5

Historia clínica No. 190790. Paciente de 8 años, del sexo masculino, que ingresa en el Servicio de Urología porque la mamá le notó hace 2 meses una verruga en los genitales. Se describe al examen físico que la verruga está en el meato uretral y sangra; esta lesión se electrofulgura, pero recidiva a los 3 meses. Es tratada entonces por exéresis y electrofulguración. No se indica serología ni exudado.

Caso 6

Historia clínica No. 284700. Paciente de 5 años, del sexo femenino, que ingresa porque sus padres le notaron sangramiento vaginal. En el Servicio de Cirugía se detecta al examen físico: lesiones verrugosas en horquilla vulvar que rodeaban al meato uretral, las cuales se resacan y electrofulgulan. No se indica serología; en el exudado vaginal se detectan monilias.

COMENTARIOS

Los condilomas encontrados en estos pacientes corroboran la localización preferencial de estas lesiones: la región anogenital,^{3, 5-7} si bien en la literatura se señalan otras localizaciones como la boca, axilas, conjuntivas, ombligo y pliegues interdigitales de los pies.³

La diferenciación con el condiloma acuminado de la sífilis⁸ es de gran importancia y con ayuda del examen con campo oscuro, las pruebas serológicas y la biopsia puede llegarse al diagnóstico definitivo.⁹ Las lesiones de gran tamaño deben diferenciarse del condiloma gigante de Buschke-Lowenstein, el cual presenta atipia celular en el estudio histico.⁸

El niño de menor edad en nuestra casuística tenía 1 año, sin embargo, la verruga venérea se informa a cualquier edad, incluso en recién nacidos. El mecanismo de transmisión en este periodo de la vida es durante el parto, por infección materna.⁹ En la niñez y en la preadolescencia es mandatorio descartar la transmisión por un abuso sexual⁷ antes de aceptar un mecanismo de transmisión no precisado, lo cual ha sido evidente en más de la mitad de los casos notificados en los niños,³ probablemente a causa del largo periodo de incubación que fluctúa entre 1 y 20 meses.¹ En nuestros pacientes no puede afirmarse que el mecanismo de transmisión sea incierto, porque la posibilidad de la transmisión sexual no fue investigada exhaustivamente.

El tratamiento del condiloma es obligatorio para prevenir sus posibles complicaciones como son la infección, hemorragia y oncogenicidad.^{1, 10} En las lesiones grandes el tratamiento es quirúrgico, siempre que su localización lo permita. En lesiones de menor tamaño se han utilizado soluciones de podofilina al 10 ó 25 %, nitrógeno líquido, crema de fluorouracilo al 5 %, rayos láser, inmunoterapia y electrofulguración.^{1, 11-13}

Se acepta la regresión espontánea del condiloma, pero la frecuencia de este hecho se desconoce.³

SUMMARY

Six cases of children with condyloma acuminatum, anogenital located, are presented. They were treated by electroscintillation and surgery. Recurrence occurred in only one patient. Transmission via was uncertain since possibility of genital transmission by sexual abuse was not put aside, adequately.

RESUME

Les auteurs présentent 6 cas de condylome acuminé à localisation ano-génitale chez des enfants. Le traitement a consisté en électrofulguration et chirurgie. Il n'y a eu qu'un cas de récurrence. La voie de transmission n'a pas pu être bien élucidée, car on n'a pas pu écarter adéquatement la possibilité de transmission génitale à partir d'un abus sexuel.

BIBLIOGRAFIA

1. Powell, L. C.: Condyloma acuminata. Recent advances in development, carcinogenesis and treatment. Gynecol 21: 1061, 1978.

2. Moore, G. E. et al.: Condyloma: A new epidermic. 113: 630, 1978.
3. De Jong, A. R.; J. C. Weis; R. C. Zrent: Condyloma acuminata in children. Am J Dis Child 126: 704, 1982.
4. Stringel, G. A.; S. Mercer; L. Corsini: Condyloma acuminata in children. J. Pediatr Surg 20: 499, 1985.
5. Mininberg, D. T.; D. H. Rudik: Urethral condyloma acuminata in male children. Pediatrics 57: 571, 1976.
6. Lidman, J. P. et al.: Condiloma acuminata of the uretral meathus in children. J Pediatr Surg 8: 939, 1973.
7. Seidel, J.; J. Zonana; E. Totten: Condylomata acuminata as a sing of sexual abuse in children. J. Pediatr 95: 553, 1979.
8. Ackerman, A. B. et al.: Acquired Syphilis in early childhood. Arch Dermatol 106: 92, 1972.
9. Eftaiha, M. S. et al.: Condyloma acuminata in an infant and mother: Report of a case. Dis Colon Rectum 21: 369, 1978.
10. Prosad, M. L.; H. Abcarian: Malignant potential of perianal condyloma acuminatum. Dis Colon Rectum 23: 191, 1980.
11. Wein, A. J.; G. S. Zenson: Treatment of urethral condyloma acuminatum with 5-Fluorouracil cream. Urology 9: 413, 1977.
12. Zaggish, M. S.: Carbon dioxide laser treatment for condyloma acuminata venereal infection. Obstet Gynecol 55: 711, 1980.
13. Abcarian, M.; N. Sharon: Immunotherapy in treatment of anal condyloma acuminatum. Surg Forum 27: 127, 1976.

Recibido: 26 de septiembre de 1986. Aprobado: 14 de diciembre de 1986.

Dr. Luis Bastián Manso. Cristo No. 10, Camagüey, Cuba.