

## **DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO TOPICO Y EVOLUCION DEL HPV EN EL HOMBRE**

Dres. Montes de Oca, L.; Momesso, A.; Becher, F.; Borghi, M.

**RESUMEN:** Se evaluaron 401 consultas para diagnosticar o descartar la presencia de HPV en el hombre: 357 referían pareja con HPV y 57 consultaron por condilomas acuminados. Se efectuó biopsia a 25 y se confirmó el diagnóstico en 24 (96%). De 37 circuncidados sólo 4 presentaban HPV (10,8%). Del total del grupo se confirmó la presencia de CIN en la pareja en 20 casos; 232 pacientes presentaban una penoscopia normal (57%) en la evaluación inicial; 37 pacientes con condilomas acuminados fueron tratados con topicaciones de 3 tricloroacético al 50% (TCA) y recidivaron al año 23 (62%); 17 pacientes fueron topicados y seguidos con 5 Fluorouracilo (5FU) al 5% por 6 semanas recidivando 10 (58%); 20 a 45 pacientes con condilomas virales planos tratados con TCA al 50% seguidos por más de 6 meses recidivaron. A 39 pacientes con estas lesiones planas se les agregó 5FU y recidivaron 15 (38%). El tratamiento local durante 6 semanas es insuficiente o inefectivo, ya que la incidencia de recidiva es alta en cualquiera de los grupos tratados.

(Rev. Arg. de Urol., Vol. 59, Nº 4, Pág. 203, 1994)

### **INTRODUCCION**

El papiloma virus humano (HPV) constituye un problema que se presenta diariamente al urólogo. Actualmente se han identificado más de 60 tipos diferentes de HPV, siendo los tipos 6, 11, 16, 18, 31 y 35 los que producen la mayoría de las lesiones genitales tanto en el hombre como la mujer<sup>(1)</sup>. A pesar de las múltiples terapéuticas estas lesiones tienen alta incidencia de recurrencia. Se acepta que se contagia por vía sexual, aunque la forma precisa es desconocida<sup>(2)</sup>. Los motivos de consulta más frecuentes son dos: 1) la inquietud de conocer la probabilidad del hombre de ser portador del virus HPV; 2) la presencia de lesiones macroscópicamente visibles en la región genital.

Centro de Diagnóstico Urológico,  
Av. Santa Fe 1391, 3er. Piso,  
Buenos Aires - Argentina.

### **MATERIAL Y METODOS**

Durante el período 1989-1991 se recibieron 401 consultas para diagnosticar o descartar la presencia de HPV en el hombre. Del total de los pacientes, 357 referían pareja con HPV genital y 57 consultaron por lesiones macroscópicamente visibles en forma de condilomas acuminados.

Dentro de los antecedentes se evaluó la existencia o no de pareja con HPV. Además se tuvo en cuenta si el paciente había sido circuncidado.

El examen físico comenzó con un minucioso análisis de la superficie externa de los genitales y de la fosa navicular con lente de aumento (Colposcopio × 10). Luego de instilar los genitales con un algodón embebido con ácido acético al 5% durante 3 minutos se evaluó nuevamente con la lente de aumento. En aquellos casos donde existía reacción inflamatoria se indicó tratamiento local con jabón a base de ácido salicílico y un antimicótico ungüento y nueva evaluación a la semana.

Los criterios de diagnóstico de HPV fueron 4, considerándose cualquiera de ellos por separado para catalo-

gar al paciente como portador del virus: 1) lesiones típicas confirmadas por biopsia; 2) lesiones típicas sin reacción inflamatoria concomitante; 3) lesiones típicas de HPV luego del tratamiento tópico con antiinflamatorios y antimicóticos; 4) presencia de condilomas acuminados.

Las lesiones típicas producidas por el HPV son dos: a) lesiones subclínicas que se detectan luego de la instilación de ácido acético al 5%. Se caracterizan por ser redondas, de bordes netos con un puntillado vascular central que se blanquea al estar en contacto con el ácido acético destacándose el puntillado vascular. Estas lesiones se detectan principalmente en zonas húmedas genitales; b) lesiones sobreelevadas en forma de condilomas acuminados que pueden ser hiperplásicos, séssiles o verrucoides.

En aquellos casos donde existía reacción inflamatoria se indicó tratamiento local con jabón a base de ácido salicílico y un antimicótico ungüento y nueva evaluación a la semana. Si luego de este tratamiento persisten lesiones ácido acético positivas se considera al paciente portador de HPV.

---

## RESULTADOS

---

Se procedió a la biopsia de lesiones típicas ácido acético positivas en 25 pacientes certificando el diagnóstico en 24 casos (95%). Solamente en 1 caso la biopsia demostró hallazgos incharacterísticos de lesiones por HPV. Debido a la correlación clínico-patológica no se sometió al resto de los pacientes a biopsias, reservando la misma sólo para casos dudosos o sospecha de concomitancia con cáncer.

Uno de los antecedentes de importancia es la circuncisión de nacimiento, ya que de 37 pacientes circuncidados cuyas parejas tenían HPV solamente 4 presentaban lesiones (10,8%), 3 con lesiones en piel y 1 en glánde en forma de condiloma plano.

Se analizó la relación entre la presencia de lesiones en el hombre y la concomitancia de neoplasia intraepitelial (CIN) en la biopsia del cuello uterino. Del grupo global de pacientes se confirmó la presencia de CIN en 20 mujeres. De 9 mujeres que tenían CIN 1, 3 varones presentaron lesiones típicas de HPV. Tres mujeres tuvieron un CIN 2 y 2 varones presentaban lesiones. De 7 mujeres que presentaban CIN 3, 3 hombres tenían lesiones. Existió un caso de CIS en la biopsia de cuello uterino con su pareja con penoscopia normal.

Para la evaluación de los resultados se consideraron los siguientes grupos:

**Grupo 1:** Pacientes con pareja con HPV y penoscopia normal en la primer evaluación: 232 de 401 pacientes (57,9%). A todos se les inició un control por penoscopia al sexto mes. Solamente concurren 41 pacientes (17,6%). De este grupo de 41 pacientes, 39 permanecieron normales (95%).

**Grupo 2:** Pacientes con condilomas acuminados tratados con topicación con ácido tricloroacético al 50%: 37 pacientes. De este grupo recidivaron al año 23 (62%). De estas recidivas 15 tenían en la evaluación inicial lesiones únicas y 8 presentaban inicialmente lesiones múltiples.

**Grupo 3:** Pacientes con condilomas tratados con topicaciones con TCA al 50% y seguidos luego con 5FU 2 veces por semana durante 6 semanas: 17 pacientes. Recidivaron al año 10 (58%). De las recidivas 4 presentaban inicialmente lesiones únicas y 6 lesiones múltiples.

**Grupo 4:** Pacientes con condilomas virales planos tratados con topicaciones con TCA al 50%: 63 pacientes. De este grupo 19 sólo concurren al control del mes pos topicación, por lo que fueron descartados del estudio. De los 44 pacientes seguidos por más de 6 meses 20 presentaron recidivas (45%).

**Grupo 5:** Pacientes con condilomas virales planos tratados con topicaciones con TCA al 50% seguidos con 5FU al 5% 2 veces por semana durante 6 semanas: 39 pacientes. Recidivaron antes del primer año 15 (38%) ( $P < 0,005$ ).

**Grupo 6:** Pacientes que presentaron condilomas acuminados en el meato y fosa navicular: 9 pacientes. Cinco requirieron extirpación quirúrgica, 4 fueron controlados con varias topicaciones hasta la remisión completa. Luego de la remisión o extirpación quirúrgica se les realizó una uretroscopia y los resultados fueron normales. Cuatro pacientes presentaron condilomas acuminados en región perianal, de los cuales 2 eran inmunodeprimidos. Se manejaron con topicaciones locales.

---

## DISCUSION

---

Existen informes que demuestran hasta un 73% de concomitancia de lesiones genitales en el hombre cuyas parejas presentan HPV en la evaluación inicial y otro 4% las desarrollarán en el transcurso de los 6 meses<sup>(9)</sup>.

De nuestro estudio se puede observar que el 42% de los hombres cuyas parejas presentaron HPV también tenían lesiones virales en la región genital. Ochenta y nueve casos eran totalmente asintomáticos y se llegó al diagnóstico luego de la instilación con ácido acético al 5%. Trece se diagnosticaron luego de tratamiento previo con antiinflamatorios y antimicóticos y 57 presentaban lesiones macroscópicas en forma de condilomas acuminados. Debido a la correlación clínico-patológica no consideramos necesario realizar biopsias cuando existen lesiones típicas o presencia de condilomas acuminados. No hemos tenido ningún caso de concomitancia de HPV y cáncer de pene. Existen series que demuestran la presencia de PIN de alto grado asociado al HPV. No encontramos esta correlación, ya que no hemos realizado biopsias en forma sistemática. Además, la alta incidencia de infección por HPV no guarda relación con la baja frecuencia de cáncer de pene. La frecuencia de HPV en pacientes circuncidados de nacimiento es baja, presentándose en el 10% de nuestros pacientes circuncidados.

La explicación más razonable sería que se elimina el principal reservorio del HPV que es la mucosa prepucial. La concomitancia de CIN en cuello uterino y HPV en el hombre fue del 40%. Cuando la penoscopia inicial de un paciente con pareja con HPV es normal, la probabilidad de presentar una penoscopia positiva en el seguimiento es baja. Rosemberg informa que 8 sobre 60 pacientes que no presentaban anomalías en el examen inicial desarrollaron lesiones exofíticas o subclínicas en el seguimiento<sup>(3)</sup>. El tratamiento dependerá de la localización y extensión de las lesiones. Si éstas son localizadas pueden controlarse con tratamientos tópicos químicos o fulguración, mientras que lesiones extensas requerirán terapias con 5 Fluorouracilo al 5%. Se reportan buenos resultados con la aplicación de Láser CO<sub>2</sub><sup>(3,4)</sup>. El tratamiento tópico único es insuficiente ya que recidivan el 62% al año. La recidiva de los pacientes con condilomas acuminados a los cuales se les efectuó tratamiento tópico y luego 5FU al 5% durante 6 semanas fue del 58% al año y cuando las lesiones eran planas la recidiva fue del 38%.

Puede inferirse que el tratamiento local durante 6 semanas es insuficiente o inefectivo, ya que la incidencia de recidivas es alta en cualquiera de los grupos tratados.

---

### CONCLUSIONES

---

La infección viral por HPV en el hombre es una enfermedad recidivante en la mayoría de los casos y encierra hasta el momento varios interrogantes difíciles de

contestar. No hay duda de que el paciente sintomático o que presenta lesiones visibles debe ser controlado y tratado. No está demostrado que el hombre sea el reservorio responsable único de la persistencia de HPV en su pareja, ya que la mujer también puede presentar lesiones subclínicas en la vulva y vagina más difíciles de erradicar que las lesiones producidas en los genitales masculinos. En la mayoría de los casos el tratamiento efectuado refleja un pasaje a un período de latencia viral, sin poder afirmar la curación definitiva<sup>(3)</sup>. Esto conlleva a una tendencia actual de tratar solamente a los pacientes sintomáticos.

---

### BIBLIOGRAFIA

---

1. De Villiers, E. M.: Heterogeneity of the human papillomavirus group. *J. Virol.* 63:4898, 1989.
2. Barreth, T. J.; Silbar, J. D. y Mc Giintey, J. P.: Genital warts. A venereal disease. *JAMA* 154:333, 1954.
3. Rosemberg, S. K.: Sexually transmitted papillomaviral infection in men. An Update. *Dermatologic Clinics Human Papillomavirus infection*. Vol. 9, Nº 2, p. 317, abril 1991.
4. Rosemberg, S. K.; Jacobs, H. y Fuller, T.: Rapid superpulse carbon dioxide laser treatment of condylomata. *Urology* 17:149-151, 1981.
5. Reid, R.; Greenberg, M. y Jenson, A. B.: Sexually transmitted papillomaviral infection. The anatomic distribution and pathologic grade of neoplastic lesions associated with different viral types. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 156:212-222, 1987.