

Lesiones cupuliformes en la mucosa oral

M.^aM. Montejo Vicente^a, J. Santos-Juanes^b, M. Costa Romero^a,
S. Suárez Saavedra^a y J. Rodríguez Suárez^a

Servicios de ^aPediatría y ^bDermatología.
Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. España.

CASO CLÍNICO

Paciente mujer de 7 años de edad que consulta por presentar unas tumoraciones de color sonrosado situa-



Figura 1. Lesiones en la mucosa labial inferior.

das en el borde de la lengua y en la mucosa labial inferior. Desde hace año y medio aproximadamente presenta múltiples lesiones verruciformes en la cavidad oral que progresivamente han ido aumentando en tamaño y número. En la exploración física destaca la presencia de pápulas blancas sobreelevadas, friables al tacto de aspecto colifloriforme (fig. 1) y lesiones cicatriciales en región anal resultado del tratamiento con electrobisturí en su país de origen. La serología practicada para virus hepatotropos, lúes y virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) resultaron negativas.

Como antecedentes personales cabe destacar que la paciente es natural de Ecuador y lleva residiendo en España desde hace 8 meses. Tras anamnesis dirigida, la madre refiere que la niña sufría malos tratos en su país de origen por parte de su compañero sentimental con el que convivían.

PREGUNTA

¿Cuál es su diagnóstico?

Correspondencia: Dr. J. Rodríguez Suárez.
Departamento de Pediatría.
Celestino Villamil, s/n. 33006 Oviedo. España.
Correo electrónico: julian.rodriguez@sespa.princast.es

Recibido en diciembre de 2005.
Aceptado para su publicación en abril de 2006.

CONDILOMAS ACUMINADOS ORALES

Una biopsia de una lesión confirmó el diagnóstico de condilomas acuminados. La hibridación *in situ* fue positiva para el serotipo 16-18. Los condilomas acuminados son lesiones cutáneas benignas producidas por el virus del papiloma humano (VPH). Esta infección es una de las enfermedades de transmisión sexual más comunes del tracto ano-genital. La mayoría de los condilomas orales en los niños están originados por los serotipos 16 y 18. Estos serotipos también están altamente correlacionados con el carcinoma de mucosas en edad adulta¹.

La frecuencia de condilomas en la infancia está en aumento, correspondiendo probablemente con el incremento de los mismos observado en adultos. Algunos autores opinan que el hallazgo de estas lesiones en un niño es motivo suficiente para investigar los hechos como un caso de abuso sexual¹⁻³. Sin embargo, también hay que reseñar que es posible su transmisión por vía no sexual como puede ser por el contacto directo del recién nacido durante un parto vaginal, la autoinoculación o por fómites. La mayoría de los autores señalan que las lesiones por VPH encontradas en cualquier parte del cuerpo en un niño inferior al año de vida pueden ser el resultado de la transmisión vertical de una madre infectada³. Precisamente en estos niños se debe descartar la posibilidad de condilomas en otras zonas que pueden no ser objetivables en un principio, como la boca o la laringe. Al tratar de establecer el tiempo de infección y la vía de transmisión, es importante tener en cuenta que el tiempo de incubación oscila entre 1 y 20 meses⁴.

La localización oral de los condilomas acuminados en niños es excepcional⁵. La zona más frecuente de en los niños es el paladar, a diferencia de los adultos en los cuales las áreas más frecuentes son el labio inferior y la lengua³. Su hallazgo obliga a excluir otras enfermedades de transmisión sexual como pueden ser la gonorrea, la sífilis o la tricomoniasis.

Todos los condilomas acuminados deben de ser tratados debido a la posibilidad de complicaciones como la oncogenicidad, hemorragia o infección secundaria. Dentro de las posibilidades terapéuticas no quirúrgicas disponemos de la crema de 5-fluoracilo al 5%, el podofilino, el imiquimod al 5%, y el nitrógeno líquido. Como método quirúrgico se usa la electrocauterización de las lesiones⁴. Sin embargo, tiene que ser aplicada bajo anestesia general y deja cicatriz, al igual que ocurre con la escisión quirúrgica y sutura. El láser carbono-dióxido ha sido empleado con muy buenos resultados y tiene la ventaja de preservar el tejido normal, de conseguir la probable eliminación del virus y la ausencia de formación de cicatriz. En nuestro caso, se le pautó tratamiento con imiquimod crema (1 aplicación cada 48 h) con respuesta parcial y se realizó una exéresis de las lesiones con láser de CO₂ por parte del Servicio de Cirugía Maxilo-Facial, con buenos resultados. También se ha ensayado la vacuna autóloga del tejido de verruga del propio paciente en aquellos pacientes que no respondían al tratamiento convencional, dada la imposibilidad de obtención hasta el momento de vacunas estándar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Obalek S, Misiewicz J, Jablonska S, Favre M, Orth G. Childhood condyloma acuminatum: Association with genital and cutaneous human papillomaviruses. *Pediatr Dermatol.* 1993;10:101-6.
2. Sinclair R, Yell J. Childhood condyloma acuminatum: Association with genital and cutaneous human papillomavirus. *Pediatr Dermatol.* 1994;11:85.
3. Siegfried E, Rasnick-Conley J, Cook S, Leonardi C, Monteleone J. Human papillomavirus screening in pediatric victims of sexual abuse. *Pediatrics.* 1998;101:43-7.
4. Martín Sánchez F, Martín Sánchez ML, Fariña Guerrero P, Michelena del Riego M, Mato Prada. Condiloma acuminado en niños. *An Esp Pediatr.* 1988;28:15-8.
5. Kui LL, Xiu HZ, Ning LY. Condyloma acuminatum and human papilloma virus infection in the oral mucosa of children. *Pediatr Dermatol.* 2003;25:149-53.