



ACADEMIA
NACIONAL DE
MEDICINA

COMITÉ DE
EVALUACIÓN
CLÍNICA
TERAPÉUTICA

Coordinador:

Nahum Méndez Sánchez

Jesús Carlos Briones Garduño
Jorge Alberto Castañón González
Gerardo Heinze Martín
Enrique Hong Chong
Mario Antonio Mandujano Valdés
Armando Mansilla Olivares
Roberto Medina Santillán
Nahum Méndez Sánchez
Jorge Moreno Aranda
Adalberto Mosqueda Taylor
Ricardo Plancarte Sánchez
Francisco T. Rodríguez Covarrubias
Miguel Ángel Rodríguez Weber
Juan José Luis Sienna Monge
Juan Verdejo Paris

Boletín de Información Clínica Terapéutica

VOL. XXXIII, NÚMERO 5 SEPTIEMBRE - OCTUBRE 2024

Contenido

Embarazo en la adolescencia	1
Dolor testicular y escrotal agudo y subagudo	6
Lesiones bucales asociadas a Virus del Papiloma humano	7

Embarazo en la adolescencia

La adolescencia definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS), como el lapso de vida transcurrido entre los 10 y 19 años de edad. También se refieren a este como embarazo precoz, en atención a que se presenta antes de que la madre haya alcanzado la suficiente madurez emocional para asumir la compleja tarea de la maternidad. Aunque en diferentes latitudes del planeta persiste la idea de que la mujer debe iniciar tempranamente su vida reproductiva, la OMS y diferentes organismos internacionales de salud lo consideran como embarazo de riesgo, su incremento a nivel mundial se observa a edades más precoces, siendo la causa principal de mortalidad de las jóvenes que tienen entre 15 y 19 años de edad debido a complicaciones relacionadas con el parto, y los abortos practicados en condiciones de riesgo. En el mundo uno de cada diez alumbramientos corresponde a una madre adolescente y las tasas de fecundidad oscilan entre 05 y 200 nacimientos vivos por cada 1000 adolescentes, siendo las más altas las de África y América Latina.

Cómo se realiza el diagnóstico temprano?

La Organización Mundial de la Salud, refiere las siguientes cifras: 16 millones de adolescentes de 15 a 19 años y aproximadamente 1 millón de niñas menores de 15 años dan a luz cada año, la mayoría en países de ingresos bajos y medianos.

*Las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte entre las adolescentes de 15 a 19 años de edad en todo el mundo.

*Cada año, unos 3 millones de adolescentes de 15 a 19 años se someten a abortos peligrosos.

*Los bebés de madres adolescentes se enfrentan a un riesgo considerablemente superior de morir que los nacidos de mujeres de 20 a 24 años.

En México, 20% de los nacimientos que ocurren anualmente, son en mujeres menores de 20 años de edad. Los jóvenes con baja escolaridad, con menores expectativas académicas y laborales, con baja autoestima, tienden a iniciar a

temprana edad su vida sexual, a usar con menor frecuencia anticonceptivos, y en el caso de las jóvenes, a embarazarse, con el riesgo de llegar al aborto ante la falta de condiciones y conocimientos que faciliten una mejor decisión.

Cuál es el tratamiento inicial básico en el primer contacto?

De primera instancia es una tarea ardua esta actividad por el hecho de que un gran porcentaje de los casos las adolescentes no están conscientes de la decisión del embarazo y el estar en esta condición es por una situación fortuita, lo que conlleva que se trate de ocultar. De ahí la habilidad que debe de tener el personal de salud para esta actividad y como es referido por la Academia Americana de Medicina de Familia (2004), la Academia Americana de Pediatría (1999) y la Asociación Americana de Medicina (2004) informan y proveen a los adolescentes de primer instancia, información de guías sobre sexualidad y sobre toma de decisiones respecto a actividades sexuales, aconsejando a los médicos la necesidad de mantener discusiones abiertas con los y las adolescentes sobre sexualidad duran te las consultas regulares, y en el caso de la academia Americana de Pediatría, sugiere que cuando se tenga una adolescente que al interrogatorio se sospeche de actividad sexual se tamize para embarazo, o bien en los servicios de atención de urgencias sea rutinaria para su abordaje en tiempo y forma.

Recomendando medidas eficaces y simples como control prenatal, es decir una serie de entrevistas programadas de la embarazada que garantizan su inclusión y continuidad de atención, que incluye toma de decisiones sobre el futuro del hijo, capacidades personales, no sólo reproductivas, sino creativas y productivas, reinserción en el sistema educativo o laboral, prevención de futuros embarazos no deseados de la madre y su pareja.

Por lo que se recomienda en este proceso realizar las actividades siguientes.

1.-Elaborar historial clínico completo. En donde se identifique los antecedentes y factores de riesgo, así como la planificación de las actividades a realizar en el trayecto de la atención, y como recomendación identificar la búsqueda intencionada de ejercicio de violencia sexual, familiar o de género.

2.-Realizar una exploración física completa; que debe de incluir signos vitales, exploración bucodental y nutricional.

3.-Limitar la prescripción de los medicamentos en la medida de lo posible con énfasis en la organogénesis del producto.

4.-Realizar los estudios pertinentes en el momento adecuado, (Laboratorio: Biometría Hemática Completa, Grupo Sanguíneo y factor RH, y en pacientes con Rh negativo Coombs indirecto, glucosa en ayuno, y ante la sospecha de alteraciones de esta, una curva de tolerancia a la glucosa, Química Sanguínea y Examen General de Orina, tira de uro análisis, prueba para VIH y Sífilis congénita, y en cuanto a Radiología e imagen, tres ultrasonidos (uno en cada trimestre del embarazo) así como la protección específica al primer contacto con la adolescente (lo ideal es que se lleve a cabo antes de la semana 14).

5.-Prescribir ácido fólico para la prevención de defectos del tubo neural.

6.-Planificación de las consultas desde el momento de conocer la condición.

Calendario:

1ª consulta	6 - 8 semanas
2ª consulta	10 - 13.6 semanas
3ª consulta	16 - 18 semanas
4ª consulta	22 semanas
5ª consulta	28 semanas
6ª consulta	32 semanas
7ª consulta	36 semanas
8ª consulta	38 - 41semanas

La importancia de la atención prenatal con intervenciones integrales y preventivas permite detectar riesgos fetales y maternos pudiendo aplicar el tamizaje prenatal oportuno entre 11 y 13.6 semanas, y segundo trimestre de 16 a 22 semanas.

7.-Promover que se realice un ultrasonido obstétrico en cada trimestre del embarazo por personal capacitado, para determinar el bienestar materno y fetal de manera

intencionada. El primero entre las semanas 11 a 13.6, mediante el cual se establezca la vitalidad, edad gestacional y número de fetos que se están gestando; el segundo entre las 18 y 22 semanas y el tercero, entre las 29 y 30 semanas de gestación.

Momento de referencia oportuna?

Por el alto riesgo de la morbilidad y la mortalidad perinatales, toda mujer embarazada adolescente, debe ser referida a segundo nivel desde el primer contacto con los servicios para su valoración por el médico especialista en Ginecología y Obstetricia, y éste por la posibilidad de complicaciones, le otorgará un seguimiento hasta la culminación del periodo del embarazo y decidirá la mejor alternativa de culminación de éste.

Medidas de prevención, medidas de rehabilitación?

El embarazo en las y los adolescentes afecta negativamente la salud, la permanencia en la escuela, los ingresos presentes y futuros, el acceso a oportunidades recreativas, sociales y laborales especializadas y de calidad y el desarrollo humano. Además del embarazo, tener relaciones sexuales sin protección implica un riesgo permanente de adquirir una enfermedad de transmisión sexual (ETS).

Ante esta situación las autoridades federales han estructurado y llevado a cabo estrategias para la prevención como es el caso de la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA), producto del trabajo conjunto de 16 dependencias del Gobierno Federal y de la participación de organizaciones de la sociedad civil, de organismos internacionales y de personas expertas del ámbito académico; cuyo objetivo principal es reducir el número de embarazos en adolescentes en México con absoluto respeto a los derechos humanos, particularmente los derechos sexuales y reproductivos.

Cómo podemos mejorar la educación para la Salud?

Hasta este momento se calcula que entre el 80 y 90 por ciento de las adolescentes sexualmente activas no usan ningún tipo de anticonceptivo, cifra alarmante si consideramos la prevalencia de embarazos no deseados o el contagio de ETS.

Solo existen dos formas para evitar un embarazo no deseado, precipitado o sorpresivo: La abstinencia total o el uso de anticonceptivos.

Sin embargo, es importante tomar en cuenta las siguientes recomendaciones, ya que sabiendo la contextualización de la adolescencia es pertinente lo siguiente:

A.-Mantener relaciones sexuales hasta tener la madurez emocional y física para entender su significado y consecuencias.

B.-Proporcionar información adecuada y oportuna sobre el embarazo, forma de prevenirlo, así como advertir de los riesgos de las ETS, por las estancias competentes.

C.-En caso de tener relaciones sexuales, es imprescindible el uso del condón, tanto en relaciones coitales como en el sexo oral o cualquier actividad sexual.

D.-Se deben conocer todos los métodos anticonceptivos y elegir, con ayuda de algún especialista, el más adecuado.

E.-Evitar el consumo de alcohol y drogas para no perder el control cuando se esté con la pareja. De esta manera se tomarán decisiones adecuadas y responsables sobre el ejercicio de la sexualidad.

F.-Es fundamental desarrollar valores personales, como el respeto a nuestro cuerpo, a la vida y las decisiones de los demás.

G.-Anteponer proyectos de vida y sueños profesionales.

H.-Inicio temprano de programas preventivos.

I.-Vínculo intenso con la escuela.

J.-Planteamiento de metas con mayor oferta de opciones para futuro.

K.-Servicios múltiples e integrales para los jóvenes y sus familias.

L.-Generación de redes o lazos intra e interinstitucionales.

M.-Diseño de programas a largo plazo.

Es fundamental tener en cuenta las complicaciones psicológicas para la adolescente embarazada, en general, los estudios hablan de una serie de circunstancias por las que pasan las madres adolescentes:

-Miedo a ser rechazadas socialmente: una de las consecuencias de la adolescencia y el embarazo es que la joven se siente criticada por su entorno y tiende a aislarse del grupo.

-Rechazo al recién nacido: son niñas y no desean asumir la

responsabilidad, el tiempo y las obligaciones que supone ser madre. Sin embargo, esto también las hace sentirse culpables, tristes y su autoestima se reduce.

-Problemas con la familia: comunicar el embarazo en la familia muchas veces es fuente de conflicto e incluso rechazo por parte de su propio entorno.

-Los hijos de madres y padres adolescentes suelen sufrir mayor tasa de fracaso escolar, problemas de inserción social o de aprendizaje.

Cuáles son los principios éticos, de profesionalismo y sus competencias profesionales?

La OMS recomienda para evitar el embarazo en la adolescencia: limitar el matrimonio antes de los 18 años, aumentar el uso de anticonceptivos para los adolescentes, reducir las relaciones bajo coacción y apoyar los programas de prevención de embarazos en la adolescencia.

En cualquier caso, la mejor prevención es que los jóvenes tengan una buena educación sexual desde el mismo seno de la familia. Es importante informar sobre los riesgos y complicaciones del embarazo en la adolescencia y todos los cambios que se producirán desde el momento en que la adolescente quede embarazada.

La comunicación en la familia es esencial, por tanto, debe haber un diálogo abierto y transparente para que los jóvenes tengan toda la información a su alcance. Ante la sociedad el embarazo en la adolescente, está asociado directamente con una desventaja escolar importante, con empleos menos remunerados e insatisfactorios, y con jornadas muy amplias, o bien el otro lado de las circunstancias, no conseguir empleo y obligarlos a dedicarse a la informalidad o a delinquir.

Cuanto más joven sea la adolescente cuando nace el primer hijo, mayor será la probabilidad del número de hijos posteriores, por lo que las consecuencias socioeconómicas serán más drásticas.

A nivel psicosocial, también pueden existir consecuencias negativas, en la familia e insatisfacción personal. En el caso de la adolescente que se une con la pareja a raíz del embarazo, existe mayor riesgo de problemas maritales y de

divorcio que en parejas más maduras. Las múltiples formas de expresión de la cultura mexicana en diferentes estratos socioeconómicos matizan de manera especial las repercusiones que el embarazo y la maternidad conllevan para la adolescente.

Se describe una alta frecuencia de inestabilidad emocional en la adolescente embarazada. Se reporta que suelen poseer características psicosociales que las ponen en desventaja para enfrentarse a los retos implícitos de la maternidad y que probablemente determinarán en gran medida la forma en que ellas evolucionen después del parto; a pesar de las posibles diferencias culturales, cabe resaltar que, cuando la mujer inicia su maternidad en la adolescencia, esta etapa tendrá un impacto aún más determinante en su desarrollo psicosocial posterior.

Cómo puedo brindar atención universal y a bajo costo?

El embarazo en la adolescencia puede también tener repercusiones sociales y económicas negativas para las mujeres, sus familias y sus comunidades. Muchas adolescentes que quedan embarazadas se ven obligadas a dejar la escuela. Una adolescente con escasa o ninguna educación tienen menos aptitudes y oportunidades para encontrar un trabajo. La maternidad precoz a menudo está asociada con el aumento de la fecundidad durante la vida reproductiva de las mujeres. Esto conduce a un crecimiento de la población más rápido que obstaculiza el desarrollo socioeconómico. Por otro lado, la familia y la sociedad requieren encontrar formas para ayudar a las jóvenes a sostener a sus hijos, convirtiéndose en una carga social adicional.

Esto representa un costo económico para el país, puesto que se pierden los ingresos anuales que una mujer joven hubiera generado a lo largo de su vida de no haber tenido un embarazo precoz.

Es más probable que los adolescentes con mayor nivel cultural y educativo tomen medidas de control natal, por tener ambiciones de una carrera y la mayor posibilidad de acceso a grupos culturales, sociales y deportivos.

Para los progenitores, tener un hijo implica una responsabilidad, por lo que es necesario proporcionarles las condiciones de vida necesarias para que puedan desarrollarse y

aportarles medios de subsistencia, educación, atención, tiempo y un hogar estable y seguro. Si esto se consigue la sociedad podrá evolucionar y crecer de manera sana; en el caso contrario, se perpetúan y acrecientan los problemas que caracterizan una sociedad vulnerable como son la carencia de recursos, pobreza, adicciones, y falta de oportunidades tanto escolares como laborales.

La fecundación no se puede dejar en manos del azar, se requiere establecer medios de control natal. Actualmente, se cuenta con múltiples métodos anticonceptivos sencillos y eficientes que están al alcance de los adolescentes. La atención a los adolescentes debe enfocarse en dárselos a conocer y hacérselos llegar.

Qué me lleva a entrar a un proceso médico legal?

Es necesario educar a los/las jóvenes acerca de la responsabilidad que implica la madurez sexual y reproductiva, de forma tal que puedan vivir su sexualidad de manera segura y evitar situaciones que súbita e inesperadamente transforman su vida.

Un avance importante en ese sentido es la difusión, promoción y educación en materia de salud sexual y

reproductiva. No obstante, los programas requieren ser adecuados a la realidad de cada localidad, entidad municipal y estatal, ya que cada una tiene particularidades muy específicas.

La OMS refiere algunas recomendaciones para aumentar el uso de atención calificada antes, durante y después del parto están basadas en estudios, la experiencia colectiva y el buen juicio de un panel de expertos, en donde mencionan que en países como Chile y en la India, una intervención eficaz consistió en un programa de visitas domiciliarias destinado a madres adolescentes, así como proporcionar apoyos económicos, alimenticios y de orientación, los cuales en México se han llevado a cabo desde hace más de tres décadas y es obligatorio reforzarlos.

La atención especializada y profesional del personal de salud, es de suma importancia; actualmente en el país se ha enfatizado en el apego de los lineamientos de atención, como lo marcan las guías de práctica clínica, las normas oficiales, y las recomendaciones por las instancias, lo que estandariza para evitar riesgos a las embarazadas y evitar como servidor público caer en desviaciones que impliquen aspectos legales.



Conclusiones

Hoy día, el embarazo en adolescentes se ha convertido en un problema poblacional que amplía las brechas sociales y de género; se trata de un tema de proyecto de vida, de educación, de salud, pero sobre todo de respeto a sus derechos humanos, a su libertad y a su desarrollo como personas, que todos como sociedad, debemos buscar, primero evitar y si se llega a presentar, cuidar y procurar en todos sus aspectos, pero sobre todo buscar que su presencia misma no sea el detonante de un cambio drástico de vida para la adolescente que lo tiene y menos aún para su hijo, su familia y la sociedad misma.

Referencias.

- 1.-EL EMBARAZO ADOLESCENTE. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. EN:http://www.clap.opsoms.org/web_2005/estadisticas%20de%20la%20region/textos/e35%2068%20Embarazo%20Adolescente.htm
- 2.- Norma Oficial Mexicana nom-007-SSA2-2016. Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida.
- 3.- Embarazo en la Adolescencia. Gómez Bravo Topete Enrique, Rodríguez Roldán Martín, Hernández Vega Salvador, Briones Garduño Jesús Carlos. En: Declaratoria de Académicos 2018, Principales problemas de salud en México, manejo inicial preventivo. Editorial Alfil SA de CV pp 195-204.



Dolor testicular y escrotal agudo y subagudo

La evaluación del dolor testicular o escrotal por el médico de primer contacto debe incluir una historia concisa enfocada a las características del dolor, síntomas asociados, inicio (súbito), historia o no de traumatismo directo, antecedentes urológicos en general y sexuales en particular.

La exploración física se enfocará inicialmente al sistema genitourinario, ya que se deberá descartar primordialmente una torsión testicular. Aunque, ésta es más frecuente en varones menores de 35 años, puede suceder a cualquier edad.

La **torsión testicular** es propiamente la torsión de todas las estructuras del cordón espermático que llevan a isquemia y eventualmente a un infarto del testículo. Se caracteriza por inicio súbito de dolor testicular hiperagudo que progresa rápidamente de intensidad en minutos o pocas horas, frecuentemente acompañado de náusea y vómito.

La exploración física corroborará eritema del escroto con un testículo subyacente inflamado y extremadamente doloroso, aunado a pérdida del reflejo cremasteriano ipsilateral.

En estos casos **no** es necesario efectuar estudios de imagen, por lo que el paciente deberá ser inmediatamente referido para cirugía exploratoria y correctiva, para incrementar las

posibilidades de viabilidad testicular.

Epididimitis: Por lo general ésta es de etiología infecciosa y cuando la infección se disemina al testículo pasa a ser una orquiepididimitis. Estas dos condiciones causan dolor testicular ipsilateral que incrementa gradualmente por espacio de días.

Por lo general en pacientes menores de 35 años la etiología es con frecuencia Chlamydia Trachomatis o Neisseria gonorrhoeae. En varones mayores de 35 años y con bajo riesgo para infecciones de transmisión sexual, la etiología son bacterias procedentes del colon como Escherichia Coli.

La exploración física corroborará dolor y eritema escrotal así como inflamación y dolor a la palpación del epidídimo y el testículo ipsilateral. Un examen general de orina y un urocultivo se deberán efectuar en todos los pacientes, también se efectuarán estudios para enfermedades de transmisión sexual en aquellos pacientes de alto riesgo. En aquellos pacientes con orquitis SIN epididimitis se deberá sospechar parotiditis.

El tratamiento empírico será orientado al probable patógeno y posteriormente se ajustará con los resultados del urocultivo y sensibilidades. En general para pacientes menores de 35 años o de alto riesgo se empleará

Ceftriaxona intramuscular mas Doxiciclina oral; y para aquellos mayores de 35 años, Levofloxacin oral.

Otras causas de dolor testicular son el **Cáncer testicular** (aprox 15 % de los casos) que es el cáncer mas frecuente en hombres menores de 40 años; en estos casos se palpará una masa firme, dura y fija en la superficie del testículo. Estos pacientes deberán ser referidos al Especialista para estudio integral y tratamiento.

En el **Hidrocele** se acumula líquido entre las capas parietal y visceral de la tunica vaginalis por un imbalance entre la producción de líquido y su absorción. Los casos sintomáticos incluyen edema y dolor, el tratamiento es quirúrgico.

El **Varicocele** ocurre hasta en un 15 % de los adultos, es mas común en el lado izquierdo y la causa es debida a la dilatación de los plexos pampiniformes de las venas espermáticas que son palpables a la exploración escrotal, probablemente por alteraciones hemodinámicas por el drenaje de la vena espermática en la vena renal en el lado

izquierdo o en la vena cava en el derecho. El desarrollo de un varicocele agudo derecho deberá hacer sospechar al clínico una trombosis de la vena cava inferior. Los síntomas incluyen edema, dolor escrotal y se asocian a infertilidad en los hombres, sobre todo cuando producen atrofia testicular. Dependiendo del caso en particular el tratamiento puede ser conservador con analgésicos antiinflamatorios, uso de suspensorio escrotal, hasta cirugía.

Puntos a recordar:

- La torsión testicular es una emergencia quirúrgica.
- El tratamiento de la Epididimitis y orquiepididimitis es con antibioticoterapia empírica, dirigida a los patógenos mas frecuentes de acuerdo a las características clínicas del paciente.

Bibliografía:

- 1.Lorenzo L, Rogel R, Sanchez-Gonzalez JV, et al. Evaluation of adult acute scrotum in the emergency room: clinical characteristics, diagnosis, management and costs. Urology 2016;94:36-41.
- 2.Sanford Guide 2024, tratamiento de la orquiepididimitis.



Lesiones bucales asociadas a Virus del Papiloma humano

El virus del papiloma humano (VPH) es un agente infeccioso que afecta la piel y las mucosas, con al menos 205 genotipos que pueden infectar al epitelio y provocar una respuesta inmunológica. El VPH puede causar una variedad de lesiones, desde verrugas comunes hasta condiciones más graves como el cáncer, especialmente en áreas genitales y orofaríngeas, por lo que su diagnóstico preciso puede ser crucial para el manejo clínico adecuado.

Estos genotipos han sido clasificados de acuerdo con su tropismo (cutáneos o mucosos), su potencial de malignidad (bajo, intermedio y alto riesgo), o su origen filogenético (alfa, beta, gamma, mu y nu). Los números que identifican a cada tipo viral fueron designados secuencialmente, después de la confirmación de su secuencia genética como un virus único. El grupo más común es el de los α -papilomavirus,

que afectan las mucosas e incluyen 64 tipos diferentes. Entre estos, se encuentran los 15 genotipos asociados al desarrollo de cánceres en el cuello uterino, la vagina, el pene, el ano y la orofaringe, así como los relacionados con lesiones benignas. Aunque existen tipos virales casi exclusivos de ciertas ubicaciones anatómicas, como los tipos 13 y 32, que afectan particularmente a la mucosa bucal, la gran mayoría tienden a ser ubicuos.

La transmisión del VPH es efectiva a través del contacto piel-piel, piel-mucosa o mucosa-mucosa, particularmente en zonas expuestas a trauma, aprovechando pequeñas microabrasiones que le permiten alcanzar a las células basales, lo que ocurre con mayor facilidad en epitelios delgados como los del cuello uterino y la orofaringe. Después de ingresar a la célula, el genoma episomal pasa al

núcleo, donde se inicia la transcripción viral. La replicación viral se completa en paralelo con la de la célula basal, y los genomas virales unidos a los del huésped se propagan luego a las nuevas células hijas. A medida que las células infectadas ascienden en el epitelio y se diferencian a queratinocitos, las copias del genoma viral se amplifican y las partículas se ensamblan, y para cuando los queratinocitos se descaman de las capas superiores hacia la cavidad bucal, las células ya están repletas de virus, listos para infectar al siguiente huésped.

Lesiones bucales benignas asociadas al VPH

Se reconocen cuatro tipos de lesiones bucales asociadas al VPH: el papiloma escamoso (PE), la verruga vulgar (VV), la hiperplasia epitelial multifocal (HEM) y el condiloma acuminado (CA).

Papiloma escamoso

Es una lesión epitelial exofítica de morfología verrugosa, pediculada, en ocasiones similar a una coliflor y por lo general menor a 1 cm en su diámetro mayor. Debido a que con esta definición no siempre es posible excluir a la verruga vulgar, y a que ambas entidades tienen un

comportamiento clínico similar, algunos autores las agrupan en una misma entidad, particularmente en aquellos casos donde haya dificultad para asignar una de las dos denominaciones, o cuando no sea factible la tipificación viral para diferenciarlas. El PE suele ser asintomático y tener el mismo color que la mucosa adyacente o ser ligeramente blanquecino, dependiendo del grado de queratinización (**Figura 1**). Esta lesión se asocia principalmente a los genotipos 6 y 11 del VPH. La distribución por sexo es similar y muchos casos se inician en la infancia, aunque la mayoría se diagnostica en personas entre los 30 y 50 años de edad. El PE puede afectar cualquier región de la cavidad oral, pero tiene cierta predilección por la región posterior del paladar y la región anterior de la orofaringe.

Ante la detección de una lesión con estas características se recomienda derivar al paciente al especialista (estomatólogo o dermatólogo) para su manejo adecuado. El tratamiento consiste en la escisión quirúrgica conservadora, incluyendo la base de la lesión. Las recurrencias son poco frecuentes y, aunque la lesión persista sin tratamiento durante años, no existe evidencia de transformación maligna ni de diseminación a otras regiones de la cavidad oral.



Figura 1. Papiloma escamoso del dorso de la lengua.

Verruga vulgar

Es un crecimiento benigno, exofítico y firme, cuya superficie exhibe típicamente discretas proyecciones

queratinizadas de aspecto papilar. Las VV son lesiones asintomáticas que rara vez superan los 5 mm de diámetro, de crecimiento lento, únicas o múltiples y suelen presentar una base sésil. A pesar de ser la lesión cutánea más común

causada por el VPH, es poco frecuente en la mucosa oral. La VV puede diseminarse por autoinoculación, especialmente a partir de lesiones de las manos, principalmente en población pediátrica, pero también puede ocurrir en adultos. El crecimiento epitelial es inducido por diversos genotipos de VPH, principalmente los tipos 2, 4, 6 y 40.

Las localizaciones intraorales más frecuentes son la porción anterior de la lengua, el labio inferior y la encía; pueden tener un color similar al de la mucosa normal, aunque en general tienden a ser blanquecinas (**Figura 2**).



Figura 2. Verrugas vulgares en mucosa labial inferior.

Hiperplasia epitelial multifocal

La hiperplasia epitelial multifocal (HEMF) recibe esta denominación debido a su aspecto clínico, ya que se caracteriza por la presencia de múltiples crecimientos pápulo-nodulares sésiles, asintomáticos, que tienen un color similar a la mucosa adyacente o son ligeramente blanquecinos, las cuales afectan predominantemente a la población pediátrica y en raras ocasiones persisten o se presentan en la edad adulta. Las lesiones se localizan principalmente en la mucosa de los labios, carrillos y lengua, especialmente en zonas de fricción (**Figura 3**) y son sumamente raras en la mucosa adherida al hueso, como las encías o el paladar duro. Esta es una condición específica de la mucosa bucal, por lo que no debe confundirse con lesiones de transmisión sexual.

Se ha identificado mayor susceptibilidad a esta enfermedad en personas que expresan el antígeno leucocitario humano

El tratamiento suele realizarlo el estomatólogo especialista en medicina o patología bucal, y consiste en la escisión quirúrgica conservadora, aunque también se han reportado buenos resultados con criocirugía, agentes queratolíticos aplicados tópicamente, láser o electrocirugía. Las recurrencias suelen asociarse a remoción incompleta o a la persistencia de lesión residual en la base. Es importante destacar que casi la mitad de estas lesiones pueden desaparecer de forma espontánea, especialmente en la población pediátrica.

HLA-DR4 subtipo DRB1*0404, lo que pudiese explicar el aumento de la prevalencia en áreas endémicas en población mestiza latinoamericana, así como la tendencia a afectar a varios miembros de una misma familia. Estudios basados en hibridación in situ y reacción en cadena de polimerasa (PCR) han demostrado secuencias genéticas principalmente de VPH 13 y 32, genotipos de bajo riesgo, descritos exclusivamente en la mucosa oral.

El diagnóstico se basa en las características clínicas, pero suele confirmarse mediante biopsia de alguna de las lesiones, y por lo general no requiere tratamiento, ya que la gran mayoría de los casos se resuelven en forma espontánea hacia la adolescencia o poco tiempo después. Las lesiones residuales que pudiesen permanecer pueden ser eliminadas quirúrgicamente en caso de localizarse en sitios de traumatismo que estimule su crecimiento o por razones estéticas.



Figura 3. Hiperplasia epitelial multifocal en mucosa labial inferior

Condiloma acuminado

El condiloma acuminado (CA) es una neoformación epitelial transmitida principalmente por contacto sexual; por lo tanto, afecta principalmente los genitales y la región perianal, y está asociado a genotipos de bajo y alto riesgo de transformación maligna. Aunque la presencia de lesiones simultáneas en los genitales y la cavidad bucal sugiere transmisión sexual, también es posible la transmisión a través de autoinoculación, por objetos contaminados, o durante el parto de madre a hijo.

Las lesiones son exofíticas, formadas por proyecciones

papilares de superficie achatada, generalmente con una base sésil amplia. La mayoría de casos presentan lesiones múltiples, de rápida evolución y están distribuidas en racimos que coalescen y alcanzan un tamaño que supera 1 cm. Se localizan más comúnmente en la mucosa labial, el paladar duro y blando, el tercio anterior de lengua, y el frenillo lingual (**Figura 4**).

El manejo de estas lesiones por parte del estomatólogo, cirujano bucal o dermatólogo tiene por objeto reducir la transmisibilidad viral y eliminar lesiones que produzcan molestias. Como la biopsia es necesaria para un diagnóstico preciso, la escisión quirúrgica es ideal para confirmar el



Figura 4. Condiloma acuminado en mucosa comisural y labial.

diagnóstico a través del estudio histopatológico y, en caso necesario realizar la tipificación viral. Por su parte, el uso de crioterapia, láser CO2 y la electrofulguración tienen la desventaja de inducir artificios al tejido que pueden alterar el diagnóstico, por lo que solo se recomienda su uso después de una biopsia. Otras alternativas terapéuticas incluyen la terapia fotodinámica, la luz pulsada con láser y algunos medicamentos como cidofovir, podofilina, cimetidina, 5-fluoracilo y la inmunoterapia tópica. Estas alternativas tienen eficacia limitada y actúan localmente, lo que reduce su beneficio en pacientes con lesiones múltiples, o en individuos con inmunodeficiencia, como las personas que viven con VIH.

Vacunas

A través del desarrollo in vitro de partículas similares a virus que expresan la proteína L1 del VPH, se han creado dos vacunas de primera generación para inmunizar contra los tipos más comunes de VPH. Además, se ha desarrollado una vacuna de segunda generación nonavalente, altamente inmunogénica, que se dirige contra otros 5 tipos de alto riesgo. Es interesante señalar que en algunos estudios se ha observado la remisión de las lesiones bucales descritas en este artículo después de la vacunación, probablemente debido a la inducción de inmunoglobulinas anti-VPH, al incremento de linfocitos T citotóxicos, y a la protección cruzada que ofrecen las secuencias homólogas, aunque los mecanismos inmunológicos exactos aún no se han dilucidado por completo.

Conclusiones y recomendaciones

Debido a que el VPH se considera el principal agente causal de enfermedades de transmisión sexual y a su vinculación con algunos tipos de cáncer, es particularmente importante el proporcionar información tanto al personal de salud como a

los pacientes y sus familias sobre la naturaleza de las lesiones bucales aquí descritas, para evitar estigmatizar a quienes las presentan y evitar manejos inadecuados, especialmente cuando las lesiones afectan a niños. Es fundamental señalar cuáles casos se relacionan con conducta sexual y cuáles no, y mencionar que hasta la fecha no se ha documentado ningún caso de malignización.

En resumen, un enfoque integral que incluya un diagnóstico preciso y la derivación al estomatólogo especialista en medicina y patología bucal o al dermatólogo para realizar el manejo más apropiado en cada caso, así como una adecuada información al paciente y sus familiares y la capacitación del personal de salud son indispensables para el manejo óptimo de las lesiones bucales benignas asociadas al VPH.

Debido a que el tratamiento de la mayoría de estas lesiones suele ser similar, la tipificación viral podría considerarse un procedimiento costoso que no siempre aporta información adicional significativa para el diagnóstico, por lo que su valor práctico actualmente se encuentra limitado a casos controversiales.

Referencias

- Betz SJ. HPV-Related Papillary Lesions of the Oral Mucosa: A Review. *Head Neck Pathol.* 2019; 13:80–90.
- García-Corona CI, Vega-Memije ME, Mosqueda-Taylor A, Yamamoto-Furushko JK, Rodríguez-Carreón AA, Ruíz-Morales JA, Salgado N, Granados J. Association of HLA-DR4 (DRB1*0404) with human papillomavirus infection in patients with focal epithelial hyperplasia. *Arch Dermatol.* 2004;140:1227-31.



Mesa Directiva 2023 - 2024

Dr. Germán E. Fajardo Dolci
Presidente

Dr. Raúl Carrillo Esper
Vicepresidente

Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante
Secretaría General

Dra. Ana Carolina Sepúlveda Vildósola
Tesorera

Dr. Enrique Octavio Graue Hernández
Secretario Adjunto

Editor
Nahum Méndez Sánchez

Diseño y Formación
Luis Roberto Vidal Gómez

Impresión y Difusión
Germán Herrera Plata

R.04-2007-062510263000-106

Boletín
I.C.T.
2024
Vol. XXXIII
No. 5