

Se trata, por tanto, de una forma atípica de liquen mixedematoso, de la cual hasta la fecha solo hay 4 casos publicados⁴⁻⁷ y de la que se desconoce la patogenia de la asociación. En uno de los casos las lesiones cutáneas desaparecieron 8 años después de su aparición y la paraproteinemia años después, sin repercusión clínica sistémica⁴. Otro caso fue el de un varón de 60 años con lesiones cutáneas compatibles clínica e histológicamente con una mucinosis papular que, tras 3 meses de tratamiento sin éxito con corticoides orales, presentó desorientación y un deterioro del estado general que llevaron al diagnóstico de mieloma múltiple de tipo IgM. Recibió en ese momento terapia estándar con bortezomib y dexametasona y las lesiones cutáneas desaparecieron tras 4 ciclos de tratamiento⁶. Por último, destaca el caso de una mujer de 38 años con lesiones de mucinosis papular que, además, presentaba fenómeno de Köebner, algo no mencionado previamente en la literatura, que asoció una gammapatía monoclonal de significado incierto⁷.

Cabe mencionar que, como ya se ha señalado previamente por otros autores¹, los términos liquen mixedematoso, escleromixedema y mucinosis papular se han solapado en la literatura y en la práctica clínica habitual y, pese a la reclasificación de 2001¹, sigue existiendo confusión entre los términos, sobre todo en las formas atípicas como la nuestra.

En el caso de nuestra paciente, gracias a la clínica cutánea procederemos a una vigilancia más estrecha y, en el caso de evolución a mieloma múltiple de cadenas ligeras, cuya tasa de incidencia se estima en un 0,3% al año³ o a amiloidosis primaria, se podrá realizar un diagnóstico y tratamiento precoz, lo cual es fundamental en el pronóstico de esta enfermedad.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Rongioletti F, Rebora A. Updated classification of papular mucinosis, lichen myxedematosus, and scleromyxedema. *J Am Acad Dermatol.* 2001;44:273-81.
- Dinneen AM, Dicken CH. Scleromyxedema. *Am Acad Dermatol.* 1995;33:37-43.
- Rajkumar SV, Dimopoulos MA, Palumbo A, Blade J, Merlini G, Mateos MV, et al. International Myeloma Working Group updated criteria for the diagnosis of multiple myeloma. *Lancet Oncol.* 2014;15:e538-48.
- Hardie RA, Hunter JAA, Urbaniak S, Habeshaw J. Spontaneous resolution of lichen myxoedematosus. *Br J Dermatol.* 1979;100:727-30.
- Borradori L, Aractingi S, Blanc F, Verola O, Dubertret L. Acral persistent papular mucinosis and IgA monoclonal gammopathy: Report of a case. *Dermatology.* 1992;185:134-6.
- Rather PA, Hussain M, Bagdadi F. Localized cutaneous mucinosis associated with multiple myeloma: A rare presentation. *Indian J Dermatol.* 2014;59:422.
- Thatte S, Dongre A, Chikhalkar S, Khopkar U. Papular mucinosis associated with monoclonal gammopathy of unknown significance. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2015;81:213.

P. Rodríguez-Jiménez^{a,*}, P. Chicharro^a, A. Ascensión^b, D. de Argila^a y E. Daudén^a

^a Servicios de Dermatología, Hospital Universitario de La Princesa, Madrid, España

^b Servicios de Anatomía Patológica, Hospital Universitario de La Princesa, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: pedro.rodriguez.jimenez90@gmail.com (P. Rodríguez-Jiménez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2016.09.015>

0001-7310/

© 2016 AEDV. Publicado por Elsevier España, S.L.U.

Todos los derechos reservados.

Valoración inicial del paciente adulto con condilomas acuminados



Initial Evaluation of the Adult Patient with Condylomata Acuminata

Sra. Directora:

Los condilomas acuminados (CA) constituyen el motivo de consulta más frecuente entre las infecciones de transmisión sexual (ITS)¹⁻³. En España se estima la incidencia anual de nuevos casos de CA en 160,4/100.000 habitantes³.

El diagnóstico de los CA es principalmente clínico por inspección visual. Con respecto a la evaluación clínica inicial de un paciente que acude a consulta por CA, se debería

realizar una exhaustiva historia clínica y una exploración física completa¹⁻¹⁰.

Existen diversas guías clínicas internacionales, bien estandarizadas, sobre el manejo del CA⁴⁻¹⁰. No disponemos a día de hoy de un protocolo de cómo realizar una anamnesis y exploración física adecuadas. A continuación exponemos el abordaje habitual que se realiza en la primera consulta en la unidad de ITS del centro Sandoval de Madrid:

- Datos demográficos: edad, sexo.
- Estado de gestación o lactancia.
- Estado laboral y social: profesión previa y actual, estatus socioeconómico, nivel sociocultural. Estos datos proporcionan información acerca del grado de cumplimiento terapéutico.
- Hábitos tóxicos: consumo de tabaco, alcohol y otras drogas recreativas en los últimos 12 meses (tabla 1).

Tabla 1 Consumo de drogas recreativas en los 12 últimos meses

	Número veces Semana	Número veces Mes	Número veces Año	Vía de administración Fumada, inhalada, inyectada, oral, anal, genital, otras	Relación con fines sexuales Nunca, a veces (< 50%), habitualmente (> 50%), siempre
<i>Éxtasis (MDMA)</i> Eme, MD, pastis					
<i>Metanfetamina</i> Cristal, anfetás, meta, tiza					
<i>GHB</i> Éxtasis líquido					
<i>Cocaína</i> Coca, nieve, farla, farlopa, perico					
<i>Ketamina</i> Kitkat, especial K					
<i>Mefedrona</i> Mefe, miao					
<i>Poppers</i>					

- Historia personal médica: alergias medicamentosas, enfermedades conocidas, abortos, intervenciones quirúrgicas previas, tratamiento médico habitual, inmunodeficiencia celular (VIH, trasplante de órgano sólido, neoplasias hematológicas, insuficiencia renal crónica, hemodiálisis, tratamiento con inmunosupresores), vacunación frente al virus del papiloma humano (VPH) y genotipos cubiertos, VHB y VHA.
 - Antecedentes ginecológicos: ayuda a la detección de mujeres que no realizan un cribado adecuado.
 - Historia oncológica: antecedentes personales y/o familiares de neoplasias malignas de cérvix, vagina, vulva, pene, recto, ano, y de cabeza y cuello (especialmente orofaríngea).
 - Antecedentes dermatológicos: dermatosis conocidas, neoplasias cutáneas y mucosas, ITS.
 - Historia sexual: edad de inicio, número de parejas sexuales al año (< 5, 5-10, 10-20, > 20), prácticas sexuales (oral, anal, vaginal, otras), tipo de pareja (estable, esporádica), frecuencia (intermitente, esporádica, habitual). Anticonceptivos de barrera y forma de uso: con pareja estable, con contacto esporádico, en penetraciones vaginales, orales y/o anales, nunca, ocasionalmente (< 50%), habitualmente (> 50%), siempre, accidentes durante su uso. Uso de otro tipo de anticonceptivo. Las mujeres con anticonceptivos hormonales pero no de barrera están más expuestas a ITS. El uso de anticonceptivo de barrera no protege de la infección por VPH pero sí disminuye el riesgo.
 - Historia detallada de CA^{2,10}: localización, tiempo de evolución, extensión, áreas de exposición sexual, síntoma o signo que motivó la consulta (prurito, dolor, escozor, sangrado, erosión, ulceración, supuración, ansiedad), crecimiento rápido o continuo, aparición reciente de nuevas lesiones, cambio en la piel circundante, y existencia de episodios y tratamientos previos.
- A continuación exponemos el procedimiento habitual con respecto a la exploración física completa:
- Examen cuidadoso del área genital, paragenital, anal, perianal, y oral. Se recomienda una habitación con luz adecuada con suficiente potencia y seguir un orden de inspección sistemático y concreto. Los CA en las mujeres aparecen con más frecuencia en labios mayores y menores, horquilla vulvar, vestíbulo y periné. Mientras que en los varones suelen aparecer en cara interna o externa del prepucio, corona del glande y frenillo. También explorar pubis, cara interna de los muslos, glúteos, mentón, zonas perioral y periocular, dedos de las manos y áreas de los pliegues. Según la historia sexual del paciente, vigilar el resto de localizaciones anatómicas relacionadas y derivar si existe clínica vaginal a Ginecología o anal a Cirugía General.
 - Descripción de los CA: número de lesiones, volumen, tamaño, localización, área de extensión, distribución, morfología (plana, excrecente, vegetante, exofítica), color (piel, blanco, rosado, rojo, pardo, grisáceo), pigmentación (marrón, negro), textura, palpación, grado de queratosis, vascularización, ulceración, superficie (lisa o verrugosa, digitaciones), bordes (redondeados, irregulares), base (plana, sésil, pediculada). El color puede orientar el tiempo de evolución, siendo los CA de color blanco nacarado característicos de aparición reciente, y tardíos los CA marrón-grisáceo o parduzcos. La superficie papilomatosa suele indicar un tiempo de evolución corto, y la superficie plana un tiempo de evolución largo.
 - Descartar la presencia de hallazgos clínicos de otras ITS, incluyendo sífilis, VIH, VHB, VHC, gonococo, clamidia, herpes simple y linfogranuloma venéreo.
 - Exploración de los ganglios linfáticos regionales si se sospecha la presencia de otra ITS, como herpes genital o linfogranuloma venéreo.

Tabla 2 Situaciones clínicas recomendadas en pacientes con condilomas acuminados para biopsia cutánea

Duda diagnóstica
 Ausencia de mejoría o empeoramiento con el tratamiento
 Recurrencias múltiples o rápidas al finalizar el tratamiento
 Situaciones de inmunodeficiencia celular asociado a signos clínicos de alarma
 VIH con menos de 200 células CD4
 Lesiones atípicas: rápido crecimiento, tamaño mayor de 1 cm, ulceradas, sangrantes, infiltradas, pigmentadas

Tabla 3 Diagnóstico diferencial de lesiones sugestivas de condilomas acuminados

Pápulas hirsutoides del pene
 Papilomatosis vulvar
 Fibromas blandos
 Queratosis seborreicas
 Gránulos de Fordyce
 Molluscum contagiosum
 Angioqueratomas
 Papulosis bowenoide
 Tumor de Buschke-Lowenstein
 Condilomas planos
 Pliegues hemorroidales

En estos pacientes se recomienda biopsia cutánea solamente en casos seleccionados (tabla 2). Ante la sospecha de CA, se requiere realizar diversos diagnósticos diferenciales (tabla 3).

Es fundamental tranquilizar al paciente y explicar la naturaleza benigna y evolución autorresolutiva en la mayoría de casos. Es innecesario establecer estrategias de prevención más allá de la vacunación. En las personas fumadoras existe una mayor tasa de infección por VPH y una peor evolución de las displasias relacionadas. Consideramos que todas las personas que han iniciado relaciones sexuales están en riesgo de contraer la infección por VPH. Por este motivo se realiza cribado poblacional periódico para la prevención de neoplasias asociadas (cervix y ano) y el tratamiento de las lesiones visibles (CA), por lo que las parejas deben acudir a consulta si están dentro de estos 2 supuestos. Por último, se requiere una buena relación médico-paciente para modificar las conductas sexuales de alto riesgo y conseguir un adecuado cumplimiento terapéutico y seguimiento.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Winer RL, Lee SK, Hughes JP, Adam DE, Kiviat NB, Koutsky LA. Genital human papillomavirus infection: Incidence and risk factors in a cohort of female university students. *Am J Epidemiol.* 2003;157:218–26.
2. Blomberg M, Friis S, Munk C, Bautz A, Kjaer SK. Genital warts and risk of cancer: a Danish study of nearly 50 000 patients with genital warts. *J Infect Dis.* 2012;205:1544–53.
3. Castellsagué X, Cohet C, Puig-Tintoré LM, Acebes LO, Salinas J, San Martín M, et al. Epidemiology and cost of treatment of genital warts in Spain. *Eur J Public Health.* 2009;19:106–10.
4. New Zealand HPV Project. Guidelines for the management of genital, anal and throat HPV infection in New Zealand. 8.ª ed. Produced by the Professional Advisory Board (PAB) of the New Zealand HPV Project; 2015. ISSN 1177-6099. Sexually Transmitted Infection Education Foundation. Disponible en: <http://www.hpv.org.nz/images/pdf/generic/HPV-Guidelines.pdf>
5. CDC. Sexually transmitted diseases treatment guidelines. *MMWR Recomm Rep.* 2015;64:86–90.
6. AEPCC-Guía. Condilomas acuminados. Publicaciones AEPCC. 1.ª ed. Noviembre 2015. ISBN 978-84-608-4146-3. Disponible en: http://www.aepcc.org/wp-content/uploads/2016/03/AEPCC_revista04-ISBN.pdf
7. Workowski KA, Bolan GA, Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines. *MMWR Recomm Rep.* 2015;64:1–137.
8. Park IU, Introcaso C, Dunne EF. Human papillomavirus and genital warts: A review of the evidence for the 2015 Centers for Disease Control and Prevention Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines. *Clin Infect Dis.* 2015;61 Suppl 8: S849–55.
9. Lacey CJ, Woodhall SC, Wikstrom A, Ross J. 2012 European guideline for the management of anogenital warts. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2013;27:263–70.
10. Steben M, Garland SM. Genital warts. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2014;28:1063–73.

A. Imbernón-Moya^{a,*}
 y J. Ballesteros^b

^a Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Severo Ochoa, Leganés, Madrid, España

^b Centro Sanitario Sandoval, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: adrian.imber88@hotmail.com
 (A. Imbernón-Moya).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2016.09.013>
 0001-7310/

© 2016 AEDV. Publicado por Elsevier España, S.L.U.
 Todos los derechos reservados.