

GOBIERNO FEDERAL



SALUD

SEDENA

SEMAR

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA **GPC**

Diagnóstico y Tratamiento **DE LA CONDILOMATOSIS ANAL** en pacientes pediátricos y adultos En los tres niveles de atención

Evidencias y Recomendaciones

Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: **ISSSTE-660-13**

CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL



Vivir Mejor

Avenida Paseo de La Reforma #450, piso 13,
Colonia Juárez, Delegación Cuauhtémoc, CP 06600, México, D. F.
www.cenetec.salud.gob.mx

Publicado por CENETEC
© Copyright CENETEC

Editor General
Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

Esta guía de práctica clínica fue elaborada con la participación de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, bajo la coordinación del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Los autores han hecho un esfuerzo por asegurarse de que la información aquí contenida sea completa y actual; por lo que asumen la responsabilidad editorial por el contenido de esta guía, declaran que no tienen conflicto de intereses y en caso de haberlo lo han manifestado puntualmente, de tal manera que no se afecte su participación y la confiabilidad de las evidencias y recomendaciones.

Las recomendaciones son de carácter general, por lo que no definen un curso único de conducta en un procedimiento o tratamiento. Las recomendaciones aquí establecidas, al ser aplicadas en la práctica, podrían tener variaciones justificadas con fundamento en el juicio clínico de quien las emplea como referencia, así como en las necesidades específicas y preferencias de cada paciente en particular, los recursos disponibles al momento de la atención y la normatividad establecida por cada Institución o área de práctica.

En cumplimiento de los artículos 28 y 29 de la Ley General de Salud; 50 del Reglamento Interior de la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico y Catálogo de Insumos del Sector Salud y Primero del Acuerdo por el que se establece que las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal que presten servicios de salud aplicarán, para el primer nivel de atención médica el cuadro básico y, en el segundo y tercer nivel, el catálogo de insumos, las recomendaciones contenidas en las GPC con relación a la prescripción de fármacos y biotecnológicos, deberán aplicarse con apego a los cuadros básicos de cada Institución.

Este documento puede reproducirse libremente sin autorización escrita, con fines de enseñanza y actividades no lucrativas, dentro del Sistema Nacional de Salud. Queda Prohibido todo acto por virtud del cual el Usuario pueda explotar o servirse comercialmente, directa o indirectamente, en su totalidad o parcialmente, o beneficiarse, directa o indirectamente, con lucro, de cualquiera de los contenidos, imágenes, formas y demás expresiones formales que formen parte del mismo, incluyendo la codificación o inserción de textos o logotipos.

Debe ser citado como: **Diagnóstico y Tratamiento de la condilomatosis anal en pacientes pediátricos y adultos en los tres niveles de atención**. México: Secretaría de Salud; 27 de junio del 2013.

Esta guía puede ser descargada de Internet en: www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html

CIE- 10: A63.0 Verrugas (venéreas) anogenitales

GPC: Diagnóstico y Tratamiento de la Condilomatosis Anal en pacientes pediátricos y adultos en los tres niveles de atención.

AUTORES Y COLABORADORES

Coordinador:

Dr. Oscar Coyoli Garcia	Cirujano Coloproctólogo	ISSSTE	Cirujano Coloproctólogo Jefe de servicio y Titular del curso de subespecialidad Hospital "Lic. Adolfo López Mateos"	Consejo Mexicano de especialistas en enfermedades de colon y recto Colegio de especialistas en coloproctología
-------------------------	----------------------------	--------	---	---

Autores :

Dr. José Andrés González Cabrera	Cirujano Coloproctólogo	ISSSTE	Cirujano Adscrito al Hospital "Dr. Darío Fernández Fierro"	Consejo Mexicano de especialistas en enfermedades de colon y recto
----------------------------------	----------------------------	--------	--	--

Dr. Miguel Ángel Rosado Martínez	Residente de 4° año de Cirugía General	ISSSTE	Residente de 4° año de cirugía General, Hospital "Dr. Darío Fernández Fierro"	
----------------------------------	---	--------	---	--

Dr. José Antonio de la Rosa Jiménez	Residente de 3° año de Cirugía General	ISSSTE	Residente de 3° año de cirugía General, Hospital "Dr. Darío Fernández Fierro"	
-------------------------------------	---	--------	---	--

Validación interna:

Dr. Héctor Norman Solares Sánchez	Cirujano Coloproctólogo	ISSSTE	Cirujano Coloproctólogo Médico adscrito al Hospital "Lic. Adolfo López Mateos"	Consejo Mexicano de especialistas en enfermedades de colon y recto Colegio de especialistas en coloproctología
-----------------------------------	----------------------------	--------	--	---

Validación externa:

ÍNDICE

1. CLASIFICACIÓN	5
2. PREGUNTAS A RESPONDER	6
3. ASPECTOS GENERALES	
3.1 JUSTIFICACIÓN	7
3.2 OBJETIVO.....	8
3.3 DEFINICIÓN	9
4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES.....	10
4.1 FACTORES DE RIESGO.....	11
4.2 CUADRO CLÍNICO.....	12
4.3 MÉTODOS DIAGNÓSTICOS	14
4.4 ESTUDIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO.....	15
4.5 TRATAMIENTO.....	16
4.5.1 MANEJO MÉDICO.....	16
4.5.2 MANEJO QUIRÚRGICO	21
4.5.3 SEGUIMIENTO POSTQUIRÚRGICO.....	23
4.6 MANEJO CONDILOMA ANAL EN PACIENTES PEDIÁTRICOS.....	24
4.7 RELACIÓN VPH Y CÁNCER.....	25
4.8 TUMOR DE BUSCHKE-LÖWENSTEIN.....	27
5. ANEXOS	
5.1 PROTOCOLO DE BÚSQUEDA	29
5.2 ESCALAS DE GRADACIÓN	32
5.3 DIAGRAMAS DE FLUJO	34
5.4 TABLA DE MEDICAMENTOS.....	35
6. GLOSARIO.....	36
7. BIBLIOGRAFÍA	37
8. AGRADECIMIENTOS.....	38
9. COMITÉ ACADÉMICO.....	39
10. DIRECTORIO SECTORIAL Y DEL CENTRO DESARROLLADOR.....	40
11. COMITÉ NACIONAL DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA.....	41

1. CLASIFICACIÓN

Catálogo Maestro: ISSSTE-66013	
Profesionales de la salud	1.5 Médicos Generales, Cirujanos Generales 1.8 Cirugía Colo rectal
Clasificación de la enfermedad	CIE-10: A63.0 Verrugas (venéreas) anogenitales
Categoría de GPC	3.1.1 primer 3.1.2 segundo , 3.1.3 tercer nivel de atención
Usuarios potenciales	4.5 Enfermeras generales, 4.6 Enfermeras especializadas, 4.7 Estudiantes, 4.12 Médicos Especialistas, 4.13 Médicos Generales, 4.14 Médicos Familiares
Tipo de organización desarrolladora	6.8 Dependencia del ISSSTE/Hospital General "Dr. Lic. Adolfo López Mateos" / Hospital General "Dr. Darío Fernández Fierro".
Población blanco	7.2 niño de 1 a 23 meses 7.5 de 19 a 44 años 7.6 mediana edad de 45 a 64 años.
Fuente de financiamiento / Patrocinador	8.1 Gobierno Federal.
Intervenciones y actividades consideradas	3.6 Tratamiento 3.8 Tratamiento Farmacológico 3.10 Tratamiento Quirúrgico.
Impacto esperado en salud	Contribuir a disminuir la morbi-mortalidad en pacientes con absceso anal.
Metodología ¹	Adopción o elaboración de la Guía de Práctica Clínica: de las preguntas a responder y conversión a preguntas clínicas estructuradas, búsqueda y revisión sistemática de la literatura: recuperación de guías internacionales o meta análisis, o ensayos clínicos aleatorizados y/o estudios de cohorte publicados que den respuesta a las preguntas planteadas, de los cuales se seleccionaran las fuentes con mayor puntaje obtenido, en la evaluación de su metodología, las de mayor nivel en cuanto a gradación de evidencias y recomendaciones de acuerdo con la escala.
Método de integración	Métodos empleados para coleccionar y seleccionar evidencia Protocolo sistematizado de búsqueda: Algoritmo de búsqueda reproducible en bases de datos electrónicas, en centros elaboradores o compiladores de guías, de revisiones sistemáticas, meta análisis, en sitios Web especializados. Búsqueda manual de la literatura. Número de fuentes documentales utilizadas: 18 Guías seleccionadas: 1 Revisiones sistemáticas: 1 Ensayos controlados aleatorizados: 8 Reporte de casos: 1 Otras fuentes seleccionadas: 7
Método de validación:	Validación por pares clínicos Validación del protocolo de búsqueda: UNAM Validación de la guía: ISSSTE
Conflicto de interés	Todos los miembros del grupo de trabajo han declarado la ausencia de conflictos de interés
Registro	ISSSTE-66013
Actualización	Fecha de publicación: 27 de junio del 2013. Esta guía será actualizada cuando exista evidencia que así lo determine o de manera programada, a los 3 a 5 años posteriores a la publicación.

¹ PARA MAYOR información sobre los aspectos metodológicos empleados en la construcción de esta guía se puede contactar al CENETEC a través del portal: <http://cenetec.salud.gob.mx/>

2. PREGUNTAS A RESPONDER

- 1.- ¿Cuáles son los factores de riesgo para la infección por VPH?
- 2.- ¿Cuáles son las manifestaciones clínicas?
- 3.- ¿Cuáles son los métodos diagnósticos que se pueden utilizar para detectar esta enfermedad?
- 4.- ¿Cuáles son los estudios auxiliares para detección?
- 5.- ¿Cuál es el tratamiento de esta enfermedad?
- 6.- ¿Cuál es el manejo del VPH (condiloma anal en niños)
- 7.- ¿cual es la relación del VPH con procesos malignos?
- 8.- ¿Qué es el tumor de Buschke-Löwenstein?

3. ASPECTOS GENERALES

3.1 JUSTIFICACIÓN

Esta patología afecta principalmente a hombres homosexuales pasivos (72%) pero también puede afectar a hombres y mujeres heterosexuales además de niños. Los condilomas y las verrugas anales son muchas veces más comunes que las verrugas o condilomas en el pene, esto secundario a la mayor humedad en la región anal y al traumatismo de la mucosa anal asociado a la práctica anal. Hasta el 40% de los pacientes con lesiones perianales tendrán lesiones dentro del conducto anal. (Handley, 1992)

El condiloma acuminado ocurre más frecuentemente en pacientes inmunocomprometidos que en pacientes sanos. 2.4 a 4% en posoperados de trasplante renal y hasta 86% en pacientes VIH positivos con cuentas de CD4 menores a 200. (Greene, 1992)

En Estados Unidos se reportan 1 millón de casos nuevos anualmente siendo la infección viral de transmisión sexual más diagnosticada. (Corman, 2011)

La mayor frecuencia de verrugas anales se observa en adultos jóvenes entre los 18 y los 30 años de edad. (Corman, 2011)

El condiloma acuminado también puede presentarse en niños. La frecuencia de aparición ha ido en aumento y se debe sospechar en estos casos el abuso sexual como causa potencial. (Corman, 2011)

El virus tiene especial afinidad por las células totipotenciales de la membrana basal, donde lleva a cabo su replicación la cual es lenta y favorece la acción de la vacuna. Dentro del genoma del virus, expresa genes tempranos (E1-E8) que se encargan de la expresión de la enfermedad y genes tardíos (L1 y L2) que son los encargados de infectar las células de la membrana basal. (Sheperd, 2007)

3.2 OBJETIVO

La Guía de Práctica Clínica **Diagnóstico y Tratamiento de la Condilomatosis anal en pacientes pediátricos y adultos en los tres niveles de atención**, forma parte de las guías que integrarán el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica, el cual se instrumentará a través del Programa de Acción Específico: Desarrollo de Guías de Práctica Clínica, de acuerdo con las estrategias y líneas de acción que considera el Programa Nacional de Salud 2007-2012.

La finalidad de este catálogo es establecer un referente nacional para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible.

Esta guía pone a disposición del personal del primer nivel de atención las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales sobre:

- Con sustento en la evidencia clínica, establecer criterios para diagnóstico y tratamiento de la condilomatosis anal en pacientes pediátricos y adultos en los tres niveles de atención.
- Realizar una guía que brinde las posibilidades diagnósticas y de tratamiento de la condilomatosis anal y que sirva de evidencia como sustento médico legal.
- Unificar criterios en el diagnóstico y tratamiento de la condilomatosis anal.
- Disminuir la morbi-mortalidad del paciente con enfermedad condilomatosa anal.

Lo anterior favorecerá la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica, contribuyendo de esta manera al bienestar de las personas y de las comunidades, que constituye el objetivo central y la razón de ser de los servicios de salud.

3.3 DEFINICIÓN

La condilomatosis es la enfermedad de transmisión sexual más común vista en la práctica quirúrgica y es una de las más problemáticas para eliminar (Gordon, 2010).

El agente causal es un papilomavirus DNA. (Gordon, 2010).

Se han descrito más de 100 tipos del virus del papiloma humano (VPH) siendo el tipo 6, 11, 42, 43 y 44 los más asociados a las verrugas anales y los tipos 16 y 18 (50%) los más asociados a displasia y transformación maligna junto con los tipos 31, 35 y 58. El tiempo de incubación de este virus es de uno a 6 meses en promedio (Prasad, 1980)

4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

Las evidencias y recomendaciones provenientes de las GPC utilizadas a partir de otro tipo de estudios, los autores utilizaron la escala: OXFORD.

Símbolos empleados en las tablas de Evidencias y Recomendaciones de esta guía:

EVIDENCIA 

RECOMENDACIÓN 

PUNTO DE BUENA PRÁCTICA 

En la columna correspondiente al nivel de evidencia y recomendación, el número y/o letra representan la calidad de la evidencia y/o fuerza de la recomendación, especificando debajo la escala de gradación empleada; las siglas que identifican el nombre del primer autor y el año de publicación se refiere a la cita bibliográfica de donde se obtuvo la información, como se observa en el ejemplo siguiente:

EVIDENCIA/RECOMENDACIÓN

E. La valoración del riesgo para el desarrollo de UPP a través de la escala de "BRADEN" tiene una capacidad predictiva superior al juicio clínico del personal de salud

NIVEL/GRADO

la
Shekelle
Matheson, 2007

4.1 FACTORES DE RIESGO

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	<p>Factores de riesgo para la infección por VPH son:</p> <ul style="list-style-type: none">• Mujeres con historia de enfermedad cervical o neoplasia• Hombres y mujeres con más de 10 parejas sexuales• Pacientes con antecedentes de verrugas genitales o Enfermedades de transmisión sexual• Tabaquismo• Radioterapia	<p>2c OXFORD <i>Schlappner 1978</i></p>
	<p>Otros factores están en relación a la interacción huésped-virus y el estado de inmunidad.</p>	<p>2c OXFORD <i>Schlappner 1978</i></p>
	<p>La recurrencia se presenta hasta en el 66% de los pacientes inmunocomprometidos y en el 27% de los pacientes sanos.</p>	<p>2c OXFORD <i>Schlappner 1978</i></p>
	<p>Una causa de condilomatosis anal, es el sexo anal sin protección y la promiscuidad sexual.</p>	<p>Punto de buena práctica</p>

4.2 CUADRO CLÍNICO

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E	Las lesiones se encuentran principalmente en región perianal y conducto anal, también se pueden ver en periné, vulva, vagina y pene.	2c OXFORD <i>Schlappner 1978</i>
E	Hasta tres cuartas partes de los pacientes con lesiones perianales tienen de forma concomitante lesiones dentro del conducto anal.	5 OXFORD <i>Gordon 2010</i>
E	En hombres, el condiloma acuminado se asocia comúnmente a lesiones en el pene. En la mujer se asocia a lesiones de vagina, vulva, uretra y cérvix.	5 OXFORD <i>Gordon 2010</i>
E	Macroscópicamente, los condilomas pueden tener desde el tamaño de una cabeza de alfiler hasta ser lesiones gigantes en forma de “coliflor” (tumor de Buschke-Löwenstein). Se observan como formaciones ligeramente elevadas del resto de la piel (papilas) de color rosado o blanquecino y bordes finos.	5 OXFORD <i>Gordon 2010</i>
E	Las lesiones suelen crecer en forma radial al ano y tienden a ser confluentes formando placas y extendiéndose dentro del conducto anal respetando generalmente el recto.	5 OXFORD <i>Corman 2011</i>
E	Debido a la humedad y la temperatura de la región anal, los condilomas suelen verse de color blanquecino-grisáceo y produciendo un olor muy desagradable. Suelen ser friables al tacto o rozadura produciendo sangrado fácilmente. Ocasionalmente se pueden observar lesiones planas	5 OXFORD <i>Corman 2011</i>

	Microscópicamente se puede observar acantosis, paraqueratosis e infiltrado inflamatorio crónico	5 OXFORD <i>Gordon 2010</i>
	La molestia principal es la aparición de verrugas o “bolitas” notadas durante el baño.	5 OXFORD <i>Gordon 2010</i>
	Dos terceras partes presentan prurito secundario a la humedad que producen las lesiones o a la dificultad para realizar un aseo adecuado posterior a la defecación.	5 OXFORD <i>Gordon 2010</i>
	EL contagio es por el contacto con las lesiones, produciendo lesiones en espejo y estas se pueden extender al periano.	Punto de buena práctica
	Rara vez se encuentran más allá de la línea dentada.	Punto de buena práctica
	Si hay lesiones dentro del conducto anal, el origen es el coito anal sin protección.	Punto de buena práctica
	Los pacientes pueden referir sangrado al aseo posterior a la evacuación.	Punto de buena práctica

4.3 MÉTODOS PARA DIAGNÓSTICO

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E	El diagnóstico se realiza mediante la exploración física y las características clínicas de las lesiones.	2b OXFORD <i>Petherson 1991</i>
E	La aplicación de ácido acético al 5% puede revelar y/o confirmar lesiones mediante la demostración de epitelio acetoblanco.	2b OXFORD <i>Petherson 1991</i>
E	Siempre es recomendable toma de biopsia en casos de lesiones en placas o múltiples.	2b OXFORD <i>Petherson 1991</i>
E	En todos los casos se deben realizar una anoscopía para detectar y/o descartar lesiones dentro del conducto anal con la aplicación de ácido acético.	2b OXFORD <i>Petherson 1991</i>
E	La aplicación de ácido acético tiene una sensibilidad del 90% y una especificidad del 87% Con estos estudios se puede determinar si existe displasia y se clasifica en bajo y alto grado.	2b OXFORD <i>Petherson 1991</i>
E	La citología se realiza colocando un cepillo directamente en la zona transicional y haciendo movimiento circular; se coloca el cepillo en una solución "delgada" y se envía para estudio citológico. sensibilidad del 47 al 90% y una especificidad del 16 al 92%	2b OXFORD <i>Petherson 1991</i>
R	Es importante definir 4 regiones principales de afección: Piel: Más de 5 cm de distancia desde la apertura anal en una revisión simple. Perianal: Dentro de los 5 cm desde la apertura anal.	B OXFORD <i>Petherson 1991</i>

Conducto anal (intra anal): No es visible, requiere de anoscopía.
 Zona de transición: Por arriba de la línea dentada, requiere de anoscopía.



Durante el diagnóstico, deben descartarse otras enfermedades de transmisión sexual y debe de realizar una rectosigmoidoscopia, toma de biopsias coprocultivos, coproparasitoscópicos y muestras de exudados.

D
OXFORD
Gordon 2010



Durante la exploración Debe descartarse carcinoma de células escamosas siendo necesaria la toma de biopsias.

D
OXFORD
Gordon 2010



A todo paciente que presente lesiones siempre se le debe de pedir prueba para detección de VIH.

Punto de buena práctica

4. 4 ESTUDIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	La prueba de ADN con PAP detecta 13 de los tipos de alto riesgo de VPH y 5 de los de bajo grado.	Za OXFORD <i>Dona 2012</i>
	Realizar citologías y anoscopía de alta resolución.	A OXFORD <i>Dona 2012</i>
	La anoscopia con magnificación mejora el diagnóstico.	Punto de buena práctica



La anoscopia con magnificación nos brinda la posibilidad de tipificar el virus y descartar serotipos predisponentes para cáncer.

Punto de buena práctica

4.5 TRATAMIENTO 4.5.1 MANEJO MÉDICO

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E	Existen múltiples tratamientos reportados se pueden dividir en: Grado de displasia reportada Condiciones previas asociadas	2b OXFORD <i>Sheperd 2007</i>
E	El manejo médico esta indicado para pacientes con pocas lesiones no formadoras de placas o con inmunosupresión que contraindique parcialmente algún procedimiento invasivo.	2b OXFORD <i>Sheperd 2007</i>
E	Agentes tópicos: Podofilina Acido bicloroacético o tricloroacético Inmunomodulación (imiquimod)	2c OXFORD <i>Coremans 2009</i>
E	Inmunomoduladores: Interferón alfa Inmunoterapia (vacunas)	5 OXFORD <i>Gordon 2010</i>
E	Técnicas de ablación: Electrofugluración Crioterapia Terapia con láser de CO2 Escisión quirúrgica	2c OXFORD <i>Coremans 2009</i>

E	La escisión quirúrgica tiene la ventaja de realizar una exploración completa bajo anestesia del conducto anal y el riesgo de estenosis es muy bajo	5 OXFORD <i>Gordon 2010</i>
E	La podofilina al 25% agente químico con acción citotóxica para las verrugas. Se pueden tratar grandes áreas sin las complicaciones de un procedimiento quirúrgico. La desventaja es muy irritante para la piel sana.	5 OXFORD <i>Gordon 2010</i>
E	La podofilina tiene utilidad exclusivamente para lesiones perianales y de la piel adyacente.	5 OXFORD <i>Gordon 2010</i>
E	Con el uso prolongado de podofilina se han reportados casos de displasia sin poder determinar si está en relación al tipo del virus.	5 OXFORD <i>Gordon 2010</i>
E	Existe una variante de la podofilina que es el podofilox tópico en gel o solución al 0.5%. Se aplica 2 veces al día por tres días seguidos cada semana. Tiene menos efectos tóxicos que la podofilina.	5 OXFORD <i>Gordon 2010</i>
E	Acido bicloro y tricloro acético Son agentes cauterizantes cáusticos y potentes queratolíticos que se han usado para el manejo de esta enfermedad. Después de su aplicación, penetran rápidamente y cauterizan la piel, queratina y otros tejidos.	5 OXFORD <i>Gordon 2010</i>
E	La aplicación de ácido bicloro y tricloro acético es sencilla y económica con la ventaja de poder aplicarse en el conducto anal pero puede producir quemaduras intensas en piel sana.	5 OXFORD <i>Gordon 2010</i>

E	La vacuna cuadrivalente para VPH se desarrollo contra los serotipos 6, 11, 16 y 18. Se realiza a partir de la proteína L1 que tiene la mayor capacidad antigénica en el virus.	5 OXFORD <i>Gordon 2010</i>
E	La vacuna preventiva se aplica a mujeres de 9 a 26 años antes de iniciar la vida sexual activa o ya con vida sexual activa, mujeres con alteraciones en la citología vaginal, mujeres inmunocomprometidas, mujeres en periodo de lactancia menores de 15 años y personas con riesgo de infección.	5 OXFORD <i>Gordon 2010</i>
E	La vacuna tiene efectividad del 95 al 100%, comparada con otras terapias, tiene una efectividad de hasta 94%, erradicando las lesiones, teniendo aún mejor resultados asociada la lesión a su aplicación posterior a tratamiento quirúrgico de erradicación con una media de aparición de 4.6% en el primer año	5 OXFORD <i>Gordon 2010</i>
E	El imiquimod tópico al 5% no tiene ninguna acción antiviral ni tiene acción citolítica directa.	2b OXFORD <i>Tripoli 2012</i>
E	El cidofovir es un antiviral de aplicación tópica que ha demostrado es efectivo en infecciones asociadas a VIH. Su principal uso es en recidiva posterior a electrofulguración.	2c OXFORD <i>Coremans 2009</i>
E	Otros agentes se han desarrollado como el 5-fluoruracilo, tiotepa y la bleomicina intralesional con intervalos de 2 a 3 semanas con un éxito del 70% en la primera aplicación	2c OXFORD <i>Coremans 2009</i>
E	El interferón alfa tiene propiedades antiproliferativas y antivirales con efectividad para el tratamiento de la condilomatosis anal.	2c OXFORD <i>Fleshner 1994</i>

E	El uso del interferón alfa se asocia a una efectividad de hasta el 62% posterior a una aplicación de 500,000 UI (0.1ml) con un 39% de recurrencia.	2c OXFORD <i>Fleshner 1994</i>
E	Las reacciones adversas del interferón más comunes son síntomas parecidos al resfriado común.	2c OXFORD <i>Fleshner 1994</i>
R	El imiquimod tópico El medicamento se aplica tres veces por semana antes de dormir y se lava durante el baño.	B OXFORD <i>Tripoli 2012</i>
R	El tratamiento con imiquimod se continúa hasta la erradicación de las lesiones ó por 12 semanas teniendo un promedio para desaparecer las lesiones de 10 semanas.	B OXFORD <i>Tripoli 2012</i>
R	Los pacientes con intolerancia al imiquimod o que son incapaces de seguir el tratamiento, deben ser sometidos a escisión quirúrgica y electrofulguración de las lesiones.	B OXFORD <i>Tripoli 2012</i>
R	La aplicación de la podofilina es una vez por semana siendo necesario lavar el sitio de aplicación 8 hrs después de la misma.	D OXFORD <i>Gordon 2010</i>
R	La podofilina requiere de múltiples visitas para su aplicación cada 7 a 10 días.	D OXFORD <i>Gordon 2010</i>
R	La vacuna preventiva debe de aplicarse en tres fases, la primera en la región deltoidea, un refuerzo 2 meses después de la primera y la tercera 6 meses después de la primera inyección. Se han sugerido dosis de refuerzo cada 2 años.	D OXFORD <i>Gordon 2010</i>

R	El interferón alfa se recomienda la aplicación de 0.05ml dos veces a la semana por 8 semanas.	B OXFORD <i>Fleshner 1994</i>
✓	La podofilina no debe de utilizarse dentro del conducto anal.	Punto de Buena práctica.
✓	En el conducto anal se debe de aplicar acido bicloro o tricloacético 1 vez por semana, y exclusivamente por el medico especialista.	Punto de Buena práctica.
✓	Cuando se aplica terapia tópica se debe de proteger la piel sana.	Punto de Buena práctica.
✓	Imiquimod puede utilizarse como adyuvante con otras terapias.	Punto de Buena práctica.

4.5 TRATAMIENTO
4.5.2 MANEJO QUIRÚRGICO

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E	La aplicación de crioterapia es sencilla y no requiere de equipos especiales.	2b OXFORD <i>Tripoli 2012</i>
E	Tiene respuesta muy limitada para las lesiones perianales. Su aplicación genera mucha molestia y dolor siendo necesaria la aplicación de anestesia local.	2b OXFORD <i>Tripoli 2012</i>

E	La terapia con láser CO2 se relaciona con una efectividad que va del 88% al 95%. Se puede tener más control de la superficie y profundidad de la quemadura.	2c OXFORD Coremans 2009
E	La vaporización de las partículas viral el cirujano tiene el riesgo de inhalación de las mismas Es una terapia muy cara y requiere de equipo especializado.	5 OXFORD Gordon 2010
E	La electrofulguración y excisión quirúrgica es el estándar de oro en el tratamiento de las lesiones. Se puede realizar en consultorio cuando son pocas lesiones con una aplicación mínima local de anestésicos o en la sala de operaciones cuando se encuentran asociadas lesiones intra-anales.	5 OXFORD Gordon 2010
E	Las displasias de bajo grado pueden recibir tratamiento médico y/o quirúrgico.	5 OXFORD Gordon 2010
E	El tratamiento quirúrgico para la displasia de alto grado es el ideal.	2b OXFORD Tripoli 2012
E	Se ha descrito para pacientes VIH o riesgo quirúrgico el uso de imiquimod con resolución del 72% de las lesiones a las 16 semanas y recidivas de 33% antes de los primeros 6 meses del tratamiento	5 OXFORD Gordon 2010
E	El estado inmunológico del paciente es un factor determinante en la aparición de nuevas lesiones posterior a la electrofulguración.	5 OXFORD Gordon 2010
R	La técnica de electrofulguración requiere realizar una quemadura de segundo grado. Después de la aplicación de la corriente con el electrodo, el tejido residual (blanquecino) se remueve con una gasa y posteriormente se realiza una nueva electrofulguración en el lecho de la lesión.	D OXFORD Gordon 2010

	Es conveniente tomar una muestra para su estudio histopatológico.	D OXFORD <i>Gordon 2010</i>
	La quemadura nunca debe llegar a la dermis o a la grasa subcutánea	D OXFORD <i>Gordon 2010</i>
	Tampoco deben realizarse quemaduras de gran extensión por el riesgo de desarrollar estenosis anal.	D OXFORD <i>Gordon 2010</i>
	Se recomienda realizar los procedimientos con mascarillas faciales y con adecuada ventilación del área, debido a que el virus del VPH se encontró en el 32% de los especímenes colectados de pliegues nasales y labiales y en 16% de los especímenes de citología nasal.	D OXFORD <i>Gordon 2010</i>
	Como cuidado postquirúrgico, los AINEs son de primera elección para el control del dolor, además de recomendar baños de asiento y revisión cada 2 semanas para el control de lesiones residuales.	D OXFORD <i>Gordon 2010</i>
	Generalmente, después de la cicatrización de las heridas, difícilmente vuelven a aparecer lesiones.	D OXFORD <i>Gordon 2010</i>
	Se debe de aplicar ácido acético previo al tratamiento quirúrgico para definir mejor las lesiones.	Punto de buena práctica.
	Es necesario dejar puentes de piel sana entre las zonas de electrofulguración.	Punto de buena práctica.



En el paciente con inmunocompromiso se recomienda utilizar imiquimod en el tratamiento postquirurgico una vez que han cicatrizado las lesiones.

Punto de buena práctica.

4.6 SEGUIMIENTO POST QUIRÚRGICO



La actividad sexual puede retomarse en cuanto el paciente así lo desee utilizando condones. Si no se desea utilizar condones, las recomendaciones generales son reiniciar la actividad sexual después de tener por lo menos 3 meses libres de enfermedad

5
OXFORD
Gordon 2010



Si no se desea utilizar preservativo, se debe de iniciar la actividad sexual después de tener por lo menos 3 meses libres de enfermedad

D
OXFORD
Gordon 2010



Dada la alta recurrencia, es recomendable la revisión cada tres meses en pacientes no inmunocomprometidos y hasta 6 meses en pacientes inmunocomprometidos.

D
OXFORD
Gordon 2010



Las lesiones pequeñas y aisladas pueden tratarse fácilmente en el consultorio.

D
OXFORD
Gordon 2010



Es necesario vigilancia postquirurgica hasta conseguir 6 meses sin lesión para considerar erradicado el virus.

Punto de buena práctica.



Todo paciente debe de practicar el sexo seguro por lo que en todo nivel de atención se debe de orientar a los pacientes.

Punto de buena práctica.

4.7 MANEJO DEL CONDILOMA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS

	Generalmente se encuentra asociado a abuso sexual y se debe dar aviso a trabajo social.	2c OXFORD <i>Derksen 1992</i>
	Los tipos de virus suelen ser los mismos que afectan a adultos sin embargo la forma de inoculación suele ser por vía directa o por inoculación mano-genital.	2c OXFORD <i>Derksen 1992</i>
	Las opciones para el tratamiento son las mismas.	2c OXFORD <i>Derksen 1992</i>
	Los procedimientos invasivos siempre se deben realizar en sala de quirófano bajo anestesia.	B OXFORD <i>Derksen 1992</i>
	Las lesiones dentro del conducto anal, nos indican abuso sexual.	Punto de buena práctica.
	El manejo de la condilomatosis anal en niños es igual que en el paciente adulto.	Punto de buena práctica.
	Las lesiones en el periné, no indican abuso sexual en el 100% de los casos.	Punto de buena práctica.

4.8 RELACIÓN DE VPH Y CÁNCER.

E	Existe una relación bien establecida entre la infección por VPH y el desarrollo de una displasia anal de alto grado, carcinoma in situ o neoplasia intraepitelial anal (NIA).	Za OXFORD <i>Walton 2004</i>
E	El carcinoma es común en hombres homosexuales con una incidencia de 37 por cada 100,000 casos.	Za OXFORD <i>Walton 2004</i>
E	El riesgo de carcinoma anal en pacientes con VIH es 84 veces mayor que el de la población general.	Za OXFORD <i>Walton 2004</i>
E	Los factores de riesgo en los pacientes con VIH para desarrollar carcinoma son una cuenta baja de CD4, infección prolongada del VPH, múltiples tipos de VPH concomitantes y altos niveles de tipos oncogénicos de VPH.	Za OXFORD <i>Walton 2004</i>
E	El virus tiene 2 oncogenes (E6 y E7) que afectan a la proteína p53 impidiendo la apoptosis y a la proteína supresora de tumor de retinoblastoma estimulando la proliferación celular.	Za OXFORD <i>Walton 2004</i>
E	Cuando estas lesiones presentan síntomas, generalmente se refieren como irritación anal o perianal y a la exploración se pueden observar placas eritematosas, pueden presentar ulceración o áreas de liquenificación. Suelen presentar prurito intenso que no responde a tratamientos convencionales requiriendo biopsias.	Zb OXFORD <i>Nahas 2006</i>
E	Se han utilizado múltiples formas para graduar las lesiones y determinar el tratamiento, actualmente se reconoce como clasificación de la NIA la siguiente: <ul style="list-style-type: none">- Neoplasia Escamosa Intraepitelial de Bajo Grado- Neoplasia Escamosa Intraepitelial de Alto Grado o Carcinoma In situ.	Zc OXFORD <i>Margenthaler2004</i>



Tradicionalmente, el tratamiento quirúrgico ha sido la mejor forma de tratamiento. Pero aún después de un tratamiento agresivo, la recurrencia local o a distancia tiene una morbilidad y mortalidad altas.

2c
OXFORD
Margenthaler2004



En casos de displasia de alto grado, la resección local amplia es efectiva aunque puede dejar grandes defectos que pueden requerir de terapias adicionales como la rotación de colgajos o incluso la derivación intestinal

2c
OXFORD
Margenthaler2004



Actualmente el imiquimod a resultado ser una terapia efectiva para los casos de displasia leve/moderada y de displasia de alto grado, con regresión de hasta el 72% de las lesiones en los pacientes que pudieron terminar el tratamiento, sin embargo, igual que en el tratamiento de los condilomas, la aplicación intra anal es difícil.

2b
OXFORD
Scholfield 2005



Una vez que se tengan los resultados de la citología, se recomienda realizar una anoscopia de alta resolución mediante un anoscopio y un colposcopio. Se puede aplicar ácido acético al 3% y las lesiones acetoblanco se pueden revisar de forma directa en busca de alteraciones en los patrones vasculares

B
OXFORD
Nahas 2006



También se puede utilizar lugol el cual tiñe de color café oscuro las áreas sanas y de amarillo las afectadas.

B
OXFORD
Nahas 2006



Se debe realiza un mapeo anal en cuadrantes y de las lesiones sospechosas tomando como mínimo 24 muestras

B
OXFORD
Margenthaler2004



En los casos de carcinoma de células escamosas, terapias quirúrgicas más agresivas y/o esquemas de radio quimioterapia deben ser utilizados en base a estadificación clínica, ultrasonográfica y patológica.

B
OXFORD
Scholfield 2005



Paciente con displasia de cualquier grado se le debe de dar seguimiento de un año independientemente del tratamiento establecido.

Punto de buena práctica.

4.9 TUMOR DE BUSCHKE-LÖWENSTEIN

E	El tumor de Buschke-Löwenstein, condilomatosis gigante es una variante de la condilomatosis anal que tiende a tener una actividad agresiva local con invasión a las estructuras adyacentes y puede tener degeneración maligna con una mortalidad de hasta el 30%.	Zb OXFORD <i>Tripoli 2012</i>
E	Aunque no es una presentación común se ha logrado hacer una correlación con el desarrollo del carcinoma de células escamosas en un 30 a 50%. Tiene una recurrencia de 66%.	Zb OXFORD <i>Tripoli 2012</i>
E	Suele ser más común en hombres menores de 50 años. La edad media de presentación es 42 -46 años para hombres y mujeres.	Zb OXFORD <i>Tripoli 2012</i>
E	Existe invasión de estructuras vecinas hasta en el 50% e los casos sin que esto este directamente relacionado a malignidad.	Zb OXFORD <i>Tripoli 2012</i>
E	La forma de presentación más común es una tumoración perianal (47%), dolor (32%), abscesos o fistulas (32%) y sangrado (18%).	Zb OXFORD <i>Tripoli 2012</i>
E	Macroscópicamente, la lesión es exofítica, blanco-grisácea, ligeramente suave y de tamaño de 1 hasta 10 cm. La lesión en forma de coliflor puede originarse en conducto anal, en piel perianal o en la parte distal del recto.	Zb OXFORD <i>Tripoli 2012</i>
E	El crecimiento suele ser lento y se extiende por erosión y necrosis de tejidos adyacentes con invasión a la fosa isquioanal, tejidos peri rectales o incluso dentro de la cavidad pélvica. Esta infiltración de tejidos puede generar senos y trayectos fistulosos.	Zb OXFORD <i>Tripoli 2012</i>

	La escisión local ampliada es el tratamiento de elección.	C OXFORD <i>Tronbetta 2001</i>
	Se debe realizar una resección abdominoperineal con énfasis en resección perianal amplia si se tiene evidencia de invasión a los esfínteres.	C OXFORD <i>Tronbetta 2001</i>
	Si los márgenes esta libres de lesión, no se recomienda mayor tratamiento pero en caso de recidiva, se recomienda la resección abdominoperineal	C OXFORD <i>Tronbetta 2001</i>
	Aunque en la literatura no hay consenso del Buschke-Löwenstein y el condiloma acuminado, son tumoraciones diferentes	Punto de buena práctica.
	El tumor de Buschke-Löwenstein tiene crecimiento endofítico y tiene un componente maligno.	Punto de buena práctica.
	El condiloma acuminado es de componente generalmente benigno y de crecimiento exofítico.	Punto de buena práctica.

5. ANEXOS

5.1 PROTOCOLO DE BÚSQUEDA

La búsqueda sistemática de información se enfocó a documentos obtenidos acerca de la temática Condylomata Acuminata. La búsqueda se realizó en PubMed y en el listado de sitios Web para la búsqueda de Guías de Práctica Clínica.

Criterios de inclusión:

- Documentos escritos en español e inglés.
- Documentos publicados los últimos 5 años o, en caso de encontrarse escasa o nula información, documentos publicados los últimos 10 años
- Documentos enfocados en el tratamiento de *condylomata Acuminata*.

Criterios de exclusión:

- Documentos escritos en otro idioma que no sea español o inglés.

Estrategia de búsqueda

Primera Etapa

Esta primera etapa consistió en buscar documentos relacionados al tema Condilomatosis Anal en PubMed. Las búsquedas se limitaron a humanos, documentos publicados durante los últimos 5 años, en idioma inglés o español, del tipo de documento de Guías de Práctica Clínica y se utilizaron términos validados del MeSh. Se utilizó el término **Condilomatosis** Esta etapa de la estrategia de búsqueda dio **1** resultados

Búsqueda	Resultado
("Condylomata Acuminata/classification"[Mesh] OR "Condylomata Acuminata/cytology"[Mesh] OR "Condylomata Acuminata/diagnosis"[Mesh] OR "Condylomata Acuminata/drug therapy"[Mesh] OR "Condylomata Acuminata/epidemiology"[Mesh] OR "Condylomata Acuminata/etiology"[Mesh] OR "Condylomata Acuminata/prevention and control"[Mesh] OR "Condylomata Acuminata/surgery"[Mesh] OR "Condylomata Acuminata/therapy"[Mesh]) AND ((Guideline[ptyp] OR Practice Guideline[ptyp]) AND "2008/05/17"[PDat] : "2013/05/15"[PDat] AND "humans"[MeSH Terms] AND English[lang] AND "adult"[MeSH Terms])	1

Algoritmo de búsqueda:

- 1.- Condyloma Acuminata
- 2.- Clasification
- 3.- Cytology
- 4.- Diagnosis
- 5.- Drug therapy
- 6.- Epidemiology
- 7.- Etiology
- 8.- Prevention and control
- 9.- Surgery
- 10.- Therapy
- 11.- #2 or #3 or #4 or #5 or #6 or #7 or #8 or #9 or #10
- 12.- #1 and #11
- 13.- 2003/05/19"[PDat] : "2013/05/15"[PDat]
- 14.- 12 and #13
- 15.- humans"[MeSH Terms]
- 16.- #14 and #15
- 17.- English[lang]]
- 18.- #16 and #17
- 19.- Guideline[ptyp]
- 20.- Practice Guideline[ptyp]
- 21.- #19 or #20
- 22.- #18 and #21
- 23.- adult[MeSH:noexp]]
- 24.- #1 and (#2 or #3 or #4 or #5 or #6 or #7 or #8 or #9 or #10) and #13 and #15 and (#17) and (#19 or #20) and (#23)

Se argumenta extender la búsqueda a 10 años en caso de no encontrarse información o de ser ésta muy escasa y se indica cuántos resultados se obtuvieron y, de éstos, cuántos se utilizaron.

Búsqueda	Resultado
("Condylomata Acuminata/classification"[Mesh] OR "Condylomata Acuminata/cytology"[Mesh] OR "Condylomata Acuminata/diagnosis"[Mesh] OR "Condylomata Acuminata/drug therapy"[Mesh] OR "Condylomata Acuminata/epidemiology"[Mesh] OR "Condylomata Acuminata/etiology"[Mesh] OR "Condylomata Acuminata/prevention and control"[Mesh] OR "Condylomata Acuminata/surgery"[Mesh] OR "Condylomata Acuminata/therapy"[Mesh]) AND ((Guideline[ptyp] OR Practice Guideline[ptyp]) AND "2003/05/19"[PDat] : "2013/05/15"[PDat] AND "humans"[MeSH Terms] AND English[lang] AND "adult"[MeSH Terms])	1

Segunda Etapa no aplica

Tercera Etapa (en caso de no tener acceso a base de datos, aplica la Segunda Etapa)

En esta etapa se realizó la búsqueda en sitios Web en los que se buscaron Guías de Práctica Clínica con el término **Condilomata Acuminata**. A continuación se presenta una tabla que muestra los sitios Web de los que se obtuvieron los documentos que se utilizaron en la elaboración de la guía.

Sitios Web	# de resultados obtenidos	# de documentos utilizados
www.ncbi.nlm.nih.gov	259	15
Total	259	15

5.2 ESCALAS DE GRADACIÓN

CENTRE FOR EVIDENCE BASED MEDICINE, OXFORD

Centre for Evidence-Based Medicine, Oxford

Estudios sobre tratamiento, prevención, etiología y complicaciones		
Grado de recomendación	Nivel de evidencia	Fuente
A	1 a	Revisión sistemática de ECA, con homogeneidad, o sea que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección.
	1 b	ECA individual (con intervalos de confianza estrechos)
	1 c	Eficacia demostrada por la práctica clínica y no por la experimentación
B	2 a	Revisión sistemática de estudios de cohortes, con homogeneidad, o sea que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección.
	2 b	Estudio de cohortes individual y ensayos clínicos aleatorios de baja calidad (< 80% de seguimiento)
	2 c	Investigación de resultados en salud
	3 a	Revisión sistemática de estudios de casos y controles, con homogeneidad, o sea que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección.
	3 b	Estudios de casos y controles individuales
C	4	Serie de casos y estudios de cohortes y casos y controles de baja calidad.

*Si tenemos un único estudio con IC amplios o una revisión sistemática con heterogeneidad estadísticamente significativa, se indica añadiendo el signo (-) al nivel de evidencia que corresponda y la recomendación que se deriva es una D

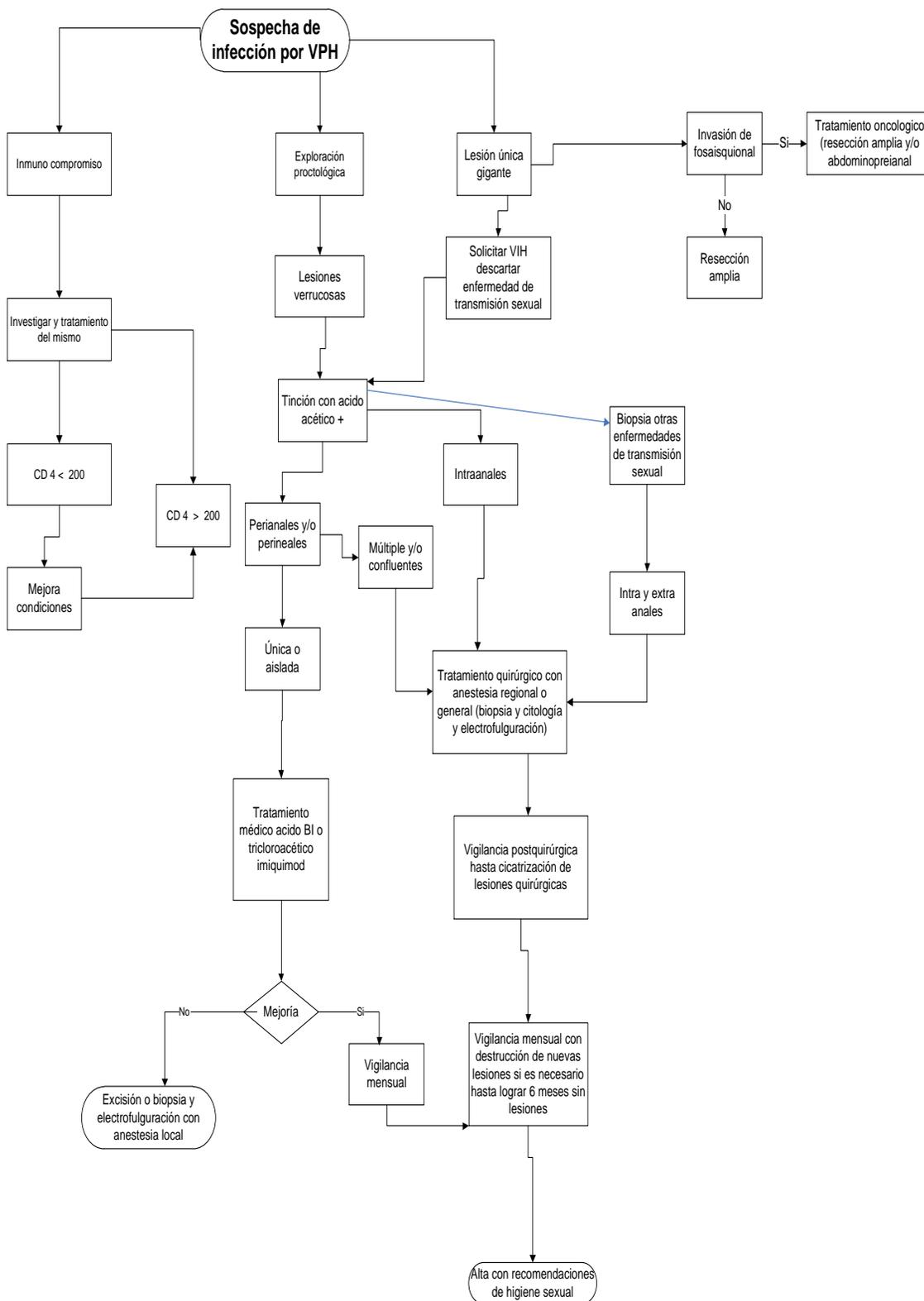
Estudios de diagnóstico		
Grado de recomendación	Nivel de evidencia	Fuente
A	1 a	Revisión sistemática de estudios diagnósticos de nivel 1 (alta calidad), con homogeneidad, o sea que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección y GPC validadas
	1 b	Estudios de cohortes que validen la calidad de una prueba específica, con unos buenos estándares de referencia (independientes de la prueba) o a partir de algoritmos de estimación del pronóstico o de categorización del diagnóstico
	1 c	Pruebas diagnósticas con especificidad tan alta que un resultado positivo confirma el diagnóstico y con sensibilidad tan alta que un resultado negativo descarta el diagnóstico.
B	2 a	Revisión sistemática de estudios diagnósticos de nivel 2 (mediana calidad) con homogeneidad, o sea que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección
	2 b	Estudios exploratorios que, a través de p. e. una regresión logística, determinan qué factores son significativos, y que sean validados con unos buenos estándares de referencia (independientes de la prueba), o a partir de algoritmos de estimación del pronóstico o de categorización del diagnóstico, o de validación de muestras separadas
	3 b	Comparación cegada u objetiva de un espectro una cohorte de pacientes que podría normalmente ser examinado para un determinado trastorno, pero el estándar de referencia no se aplica a todos los pacientes del estudio
C	4	<ul style="list-style-type: none"> • Los estándares de referencia no son objetivables, cegados o independientes. • Las pruebas positivas y negativas son verificadas usando estándares de referencia diferentes • El estudio compara pacientes con un trastorno determinado conocido con pacientes diagnosticados de otra condición.
D	5	Opinión de expertos sin valoración crítica explícita, ni basada en fisiología, ni en investigación juiciosa ni en los principios fundamentales

Estudios de historia natural y pronóstico		
Grado de recomendación	Nivel de evidencia	Fuente
A	1 a	Revisión sistemática de estudios de cohortes, con homogeneidad, o sea que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección y GPC validadas.
	1 b	Estudios de cohortes individuales con > 80% de seguimiento
	1 c	Resultados a partir de la efectividad y no de su eficacia demostrada a través de un estudio de cohortes
B	2 a	Revisión sistemática de estudios de cohorte retrospectiva o de grupos controles no tratados en un ECA, con homogeneidad, o sea que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección.
	2 b	Estudio de cohorte retrospectiva o seguimiento de controles no tratados en un ECA, o GPC no validadas.
	2 c	Investigación de resultados en salud
C	4	Serie de casos y estudios de cohortes de pronóstico de poca calidad

*Si tenemos un único estudio con IC amplios o una revisión sistemática con heterogeneidad estadísticamente significativa, se indica añadiendo el signo (-) al nivel de evidencia que corresponda y la recomendación que se deriva es una D

Análisis económico y análisis de decisiones		
Grado de recomendación	Nivel de evidencia	Fuente
A	1 a	Revisión sistemática de estudios económicos de nivel 1 (alta calidad), con homogeneidad, o sea que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección
	1 b	Análisis basados en los costes clínicos o en sus alternativas; revisiones sistemáticas de la evidencia; e inclusión de análisis de sensibilidad
	1 c	Análisis en términos absolutos de riesgos y beneficios clínicos: claramente tan buenas o mejores, pero más baratas, claramente tan malas o peores pero más caras
B	2 a	Revisión sistemática de estudios económicos de nivel 2 (mediana calidad) con homogeneidad, o sea que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección.
	2 b	Análisis basados en los costes clínicos o en sus alternativas; revisiones sistemáticas con evidencia limitada; estudios individuales; e inclusión de análisis de sensibilidad
	2 c	Investigación de resultados en salud
	3 b	Análisis sin medidas de coste precisas pero incluyendo un análisis de sensibilidad que incorpora variaciones clínicamente sensibles en las variables importantes
C	4	Análisis que no incluye análisis de la sensibilidad
D	5	Opinión de expertos sin valoración crítica explícita, ni basada en teorías económicas

5.3 DIAGRAMAS DE FLUJO



5.4 TABLA DE MEDICAMENTOS

Medicamentos mencionados indicados en el tratamiento de Condiloma anal Cuadro Básico Sectorial:

Clave	Principio activo	Dosis recomendada	Presentación	Tiempo	Efectos adversos	Interacciones	Contraindicaciones
4140	Imiquimod	<p>Queratosis actínica: Aplicar una capa delgada de crema, dos veces por semana, antes de acostarse.</p> <p>Verrugas genitales: Aplicar una capa delgada superficial, tres veces por semana, antes de acostarse.</p> <p>Aplicar una capa delgada de crema, cinco veces por semana, antes de acostarse, durante 6 semanas consecutivas.</p>	CREMA AL 5% Envase con 12 sobres, que contienen 250 mg de crema.	<p>Duración máxima de tratamiento 16 semanas.</p> <p>Duración máxima de tratamiento 16 semanas.</p> <p>Carcinoma de células basales superficial:</p>	Prurito, ardor y dolor local.	Ninguna de importancia clínica.	Hipersensibilidad al fármaco. Precauciones: Evitar el contacto con los ojos y no cubrir el área tratada.
0901	Podofilina	<p>Adultos y niños: Antes de aplicar el medicamento cubrir con pasta de Lassar (Oxido de zinc) la piel circunvecina. Aplicar el medicamento con hisopo sobre la lesión y dejarlo por 4 a 5 horas. Posteriormente lavar con agua y jabón para removerlo. Repetir el procedimiento a juicio del médico</p>	SOLUCIÓN DÉRMICA Cada ml contiene: Resina de podofilina 250 mg	Aplicar el medicamento con hisopo sobre la lesión y dejarlo 4 a 5 horas	Irritación y quemadura de la piel adyacente.	Ninguna de importancia clínica.	Hipersensibilidad al fármaco. Precauciones: No aplicar en mucosas ni cerca de los ojos.

6. GLOSARIO

Anoscopia: Procedimiento de consultorio mediante el cual se pueden observar las estructuras ubicadas dentro del conducto anal mediante un instrumento llamado anoscopio.

Acantosis: Lesión epidérmica debida a un aumento de la multiplicación o hipertrofia de las células del cuerpo de Malpighi.

Condiloma: Enfermedad vírica de la piel que consiste en el crecimiento de una verruga.

Condiloma Acuminado: Denominación al conjunto de verrugas localizadas en región ano-genital.

Conducto Anal: Estructura anatómica que val del margen anal hasta el borde superior del músculo elevador del ano.

Epitelio Acetoblanco: Coloración blanquecina que adquieren los condilomas posterior a la aplicación de ácido acético.

Paraqueratosis: Alteración en la capa córnea de la piel que se caracteriza por un trastorno de la queratinización de las células epidérmicas.

Piel: Más de 5 cm de distancia desde la apertura anal en una revisión simple.

Región Perianal: Área circunferencial al ano que abarca hasta 5 cm desde el margen anal.

Tumor de Buschke-Löwenstein: Tumor epitelial benigno variante de la condilomatosis anal sexualmente transmisible que puede tener comportamiento maligno.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Coremans Georges & Snoeck Robert Cidofovir: clinical experience and future perspectives on an acyclic nucleoside phosphonate analog of cytosine in the treatment of refractory and premalignant HPV-associated anal lesions. June 2009, Vol. 10, No. 8 , Pages 1343-1352
2. Corman, M. Colon & Rectal Surgery. LWW, Fifth edition, pg 300-350.2011
3. Derksen DJ. Children with condylomata acuminata. J Fam Prac 1992; 34:419-423.
4. Dona MG, Benevolo M, Vocaturo A, Palamara G, Latini A, Giglio A, Moretto D, Rollo F, Impara G, Ensoli F, Pimpinelli F, Di Carlo A, Giuliani M. Anal cytological abnormalities and epidemiological correlates among men who have sex with men at risk for HIV-1 infection. BMC Cancer. 2012 Oct 16;12:476. doi: 10.1186/1471-2407-12-476.
5. Fleshner PR, Freilich MI. Adjuvant interferon for anal condyloma. A prospective, randomized trial. Dis Colon Rectum. 1994 Dec;37(12):1255-9.
6. Gordon, Ph. Principles and practice of surgery of Colon, Rectum and Anus. Third edition, Informa, 261-300, 2010
7. Greene I. Therapy for genital warts. Dermatol Clin 1992; 10:253-267.
8. Handley JM, Maw RD, Lawther H, Homer T, Bharucha H, Dinsmore WW. Human papillomavirus DNA detection in primary anogenital warts and cervical low-grade intraepithelial neoplasias in adults by in-situ hybridization. Sex Transm Dis 1992; 19:225-229.
9. Margenthaler JA, Dietz DW, Mutch MG, et al. Outcomes, risk of other malignancies, and need for formal apping procedures in patients with perianal Bowen's disease. Dis Colon Rectum 2004;47:1655-60.
10. Nahas CS, Lin O, Weiser MR, et al. Prevalence of perianal intraepithelial neoplasia in HIV-infected patients referred for high-resolution anoscopy. Dis Colon Rectum 2006;49:1581-6.
11. Petherson CS, Albrechtsen J, Larsen J, et al. Subclinical human papilloma virus infection in condylomata acuminata patients attending a VD clinic. Acta Derm Venereol (Stockh) 1991; 71:252-255.
12. Prasad MI, Abcarian H. Malignant potential of perianal condyloma acuminatum. Dis Colon Rectum 1980; 23: 191-197.
13. Schlappner OLA, Shaffer EZ Anorectal condylomata acuminata , a missed part of the condylomata spectrum. Can Med Assoc J. 1978; 118:172-173
14. Scholefield JH, Castle MT, Watson NF. Malignant transformation of high-grade anal intraepithelial neoplasia. Br J Surg 2005;92:1133-6.
15. Shepherd N. Anal intraepithelial neoplasia and other neoplastic precursor lesions of the anal canal and perianal region. Gastroenterol Clin North Am 2007;36: 969-87.
16. Tripoli M, Cordova A, Maggi F, Moschella F. Giant condylomata (Buschke-Löwenstein tumours): our case load in surgical treatment and review of the current therapies. Eur Rev Med Pharmacol Sci. 2012 Jun;16(6):747-51.
17. Trombetta LJ, Place RJ. Giant condyloma acuminatum of the anorectum:trends in epidemiology and management: report of a case and review of the literature. Dis Colon Rectum 2001; 44:1878-1886.
18. Welton ML, Sharkey FE, Kahlenberg MS. The etiology and epidemiology of anal cancer. Surg Oncol Clin N Am 2004;13:263-75.

8. AGRADECIMIENTOS

Se agradece a las autoridades de HR Lic. **Adolfo López Mateos** y HG Dr. **Darío Fernández Fierro** las gestiones realizadas para que el personal adscrito al centro o grupo de trabajo que desarrolló la presente guía asistiera a los eventos de capacitación en Medicina Basada en la Evidencia y temas afines, coordinados por ISSSTE y el apoyo, en general, al trabajo de los autores.

Asimismo, se agradece a las autoridades de HR Lic. **Adolfo López Mateos** que participó en los procesos de validación interna, CENETEC en revisión, y Departamento de Programas sectoriales en verificación, su valiosa colaboración en esta guía.

9. COMITÉ ACADÉMICO

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Dr. Rafael Castillo Arriaga

Director Médico

Dr. Sergio B. Barragán Padilla

Subdirector de Regulación y Atención Hospitalaria

Dr. E. Leobardo Gómez Torres

Jefe de Servicios

Dra. Amanda Beatriz Núñez Pichardo

Jefe de Departamento de Desarrollo de GPC e Implementación de Programas Sectoriales

Dra. Ana Araceli Ayala Montes de Oca

Asesor Metodológico de Guías de Práctica Clínica

Lic. Yoseli Guzmán Pina

Revisión Editorial

10. DIRECTORIO SECTORIAL Y DEL CENTRO DESARROLLADOR

Directorio sectorial	Directorio del centro desarrollador
Secretaría de Salud Dra. Mercedes Juan López Secretario de Salud	ISSSTE Dr. Rafael Castillo Arriaga Director Médico
Instituto Mexicano del Seguro Social Dr. José Antonio González Anaya Director General	Dr. Sergio B. Barragán Padilla Subdirector de Regulación y Atención Hospitalaria
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado Lic. Sebastian Lerdo de Tejada Covarrubias Director General	Dr. E. Leobardo Gómez Torres Jefe de Servicios
Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia Lic. Laura Vargas Carrillo Titular del organismo SNDIF	Dr. Eduardo B. Barragán Padilla Director del H.R Lic. Adolfo López Mateos
Petróleos Mexicanos Dr. Emilio Ricardo Lozoya Austin Director General	Dr. Pablo Valle Moctezuma Director del H.G Dr. Darío Fernández Fierro
Secretaría de Marina Armada de México Almirante Vidal Francisco Soberón Sanz Secretario de Marina	
Secretaría de la Defensa Nacional General Salvador Cienfuegos Zepeda Secretario de la Defensa Nacional	
Consejo de Salubridad General Dr. Leobardo Ruíz Pérez Secretario del Consejo de Salubridad General	

11. COMITÉ NACIONAL DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Dr. Luis Rubén Durán Fontes	<i>Presidente</i>
Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud	
Dr. Pablo Kuri Morales	<i>Titular</i>
Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud	
Dr. Guillermo Miguel Ruíz-Palacios y Santos	<i>Titular</i>
Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad	
Dr. Gabriel O'shea Cuevas	<i>Titular</i>
Comisionado Nacional de Protección Social en Salud	
Dr. Alfonso Petersen Farah	<i>Titular</i>
Secretario Técnico del Consejo Nacional de Salud	
Dr. Leobardo Carlos Ruíz Pérez	<i>Titular</i>
Secretario del Consejo de Salubridad General	
Dr. Pedro Rizo Ríos	<i>Titular</i>
Director General Adjunto de Priorización del Consejo de Salubridad General	
General de Brigada M. C. Ángel Sergio Olivares Morales	<i>Titular</i>
Director General de Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional	
Contraalmirante. SSN, M.C. Pediatra. Rafael Ortega Sánchez	<i>Titular</i>
Director General Adjunto de Sanidad Naval de la Secretaría de Marina Armada de México	
Dr. Javier Dávila Torres	<i>Titular</i>
Director de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social	
Dr. José Rafael Castillo Arriaga	<i>Titular</i>
Director Médico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	
Dr. Rodolfo Rojas Rubí	<i>Titular</i>
Subdirector de Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos	
Lic. Mariela Amalia Padilla Hernández	<i>Titular</i>
Directora General de Integración Social del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia	
Dr. Ricardo Camacho Sanciprian	
Director General de Rehabilitación del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia	
Dr. José Meljem Moctezuma	<i>Titular</i>
Comisionado Nacional de Arbitraje Médico	
Dr. José Ignacio Santos Preciado	<i>Titular</i>
Director General de Calidad y Educación en Salud	
Dr. Francisco Garrido Latorre	<i>Titular</i>
Director General de Evaluación del Desempeño	
Lic. Juan Carlos Reyes Oropeza	<i>Titular</i>
Director General de Información en Salud	
M. en A. María Luisa González Rétiz	<i>Titular y Suplente del presidente del CNGPC</i>
Directora General del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud	
Dr. Agustín Lara Esqueda	<i>Titular 2013-2014</i>
Secretario de Salud y Bienestar Social y Presidente Ejecutivo de los Servicios de Salud en el Estado de Colima	
M.C., M.F. y M.A. Rafael Humberto Alpuche Delgado	<i>Titular 2013-2014</i>
Secretario de Salud y Director General de los Servicios Estatales de Salud en Quintana Roo	
Dr. Ernesto Echeverría Aispuro	<i>Titular 2013-2014</i>
Secretario de Salud y Director General de los Servicios de Salud de Sinaloa	
Dr. Enrique Ruelas Barajas	<i>Titular</i>
Presidente de la Academia Nacional de Medicina	
Dr. Alejandro Reyes Fuentes	<i>Titular</i>
Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía	
Dr. Eduardo González Pier	<i>Asesor Permanente</i>
Presidente Ejecutivo de la Fundación Mexicana para la Salud	
Dr. Víctor Manuel García Acosta	<i>Asesor Permanente</i>
Presidenta de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina	
Dr. Francisco Pascual Navarro Reynoso	<i>Asesor Permanente</i>
Presidente de la Asociación Mexicana de Hospitales	
Ing. Ernesto Dieck Assad	<i>Asesor Permanente</i>
Presidente de la Asociación Nacional de Hospitales Privados	
Dr. Sigfrido Rangel Frausto	<i>Asesor Permanente</i>
Presidente de la Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud	
Dra. Mercedes Macías Parra	<i>Invitada</i>
Presidenta de la Academia Mexicana de Pediatría	
Dr. Esteban Hernández San Román	<i>Secretario Técnico</i>
Director de Evaluación de Tecnologías en Salud, CENETEC	