

GOBIERNO FEDERAL



SALUD

SEDENA

SEMAR

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA **GPC**

Diagnostico y Tratamiento DE LA CONDILOMATOSIS ANAL

En pacientes pediátricos y adultos
En los tres niveles de atención

Guía de Referencia Rápida

Catálogo maestro de guías de práctica clínica: **ISSSTE-660-13**

CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL



DIF
SISTEMA NACIONAL
PARA EL DESARROLLO
INTEGRAL DE LA FAMILIA



Vivir Mejor

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.

DEFINICIÓN

Los condilomas son la enfermedad de transmisión sexual más común vista en la práctica quirúrgica y es una de las más problemáticas para eliminar.

El agente causal es un papilomavirus DNA.

Se han descrito más de 80 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 los más comunes (50%) y 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.

CONDILOMATOSIS ANAL

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.

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.

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

La mayor frecuencia de verrugas anales se observa en adultos jóvenes entre los 18 y los 30 años de edad.

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.

El virus tiene especial afinidad por las células totipotenciales de la membrana basal y 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.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Las lesiones se encuentran principalmente en región perianal y conducto anal aunque también se pueden ver en periné, vulva, vagina y pene.

Hasta tres cuartas partes de los pacientes con lesiones perianales tienen de forma concomitante lesiones dentro del conducto anal. 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.

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. Las lesiones suelen crecer en forma radial al ano y tienden a ser confluyentes formando palcas y extendiéndose dentro del conducto anal respetando generalmente el recto. 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

Microscópicamente se puede observar acantosis de la epidermis, paraqueratosis y un infiltrado inflamatorio crónico.

Las molestias suelen ser mínimas. La molestia principal es la aparición de verrugas o “bolitas” notadas durante el baño. Hasta dos terceras partes tienen prurito secundario a la humedad que producen las lesiones o a la dificultad para realizar un aseo adecuado posterior a la defecación.

Hasta la mitad de los pacientes tienen cuadros de sangrado escaso durante el aseo posterior a la evacuación que suelen ser confundidas o asociadas con enfermedad hemorroidal. Otros síntomas son humedad anal, dolor y olor desagradable.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico se puede realizar en la mayoría de los casos mediante la exploración física y las características clínicas de las lesiones. La aplicación de ácido acético al 5% puede revelar y/o confirmar lesiones mediante la demostración de epitelio acetoblanco. Siempre es recomendable toma de biopsia en casos de lesiones en placas o múltiples.

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.

Conducto anal (intra anal): No es visible, requiere de anoscopía.

Zona de transición: Por arriba de la línea dentada, requiere de anoscopía.

En todos los casos se deben realizar una anoscopía para detectar y/o descartar lesiones dentro del conducto anal.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico diferencial debe de hacerse con tumoraciones, fístulas complejas.
Para realizar el diagnóstico diferencial debe de enviarse a realización de tomografía o resonancia magnética.

TRATAMIENTO

Existen múltiples tratamientos reportados para esta patología y se pueden dividir en base grado de displasia reportada y condiciones previas asociadas

Para pacientes con pocas lesiones no formadoras de placas o con inmunosupresión que contraindique parcialmente algún procedimiento invasivo se puede iniciar tratamiento médico.

TRATAMIENTO MÉDICO

Podofilina

Acido bicloroacético o tricloroacético

Inmunoterapia (vacunas)

Inmunomodulación (imiquimod)

Interferón alfa

Crioterapia

Electrofugluración

Coagulación con Laser de CO2

Escisión quirúrgica.

La escisión quirúrgica tiene la ventaja de poder realizar una exploración completa bajo anestesia del conducto anal y el riesgo de estenosis es muy bajo.

NEOPLASIA INTRAEPITELIAL ANAL

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). El carcinoma es común en hombres homosexuales con una incidencia de 37 por cada 100,000 casos.

El riesgo de carcinoma anal en pacientes con VIH es 84 veces mayor que el de la población general. 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.

actualmente se reconoce como clasificación de la NIA la siguiente:

Neoplasia Escamosa Intraepitelial de Bajo Grado (LSIL por sus siglas en inglés)

Neoplasia Escamosa Intraepitelial de Alto Grado (HSIL por sus siglas en inglés) o Carcinoma In situ.

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.

Para los casos de displasia, tradicionalmente se realiza un mapeo anal en cuadrantes y de las lesiones sospechosas tomando como mínimo 24 muestras.

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.

CARCINOMA GIGANTE O TUMOR DE BUSCHKE-LÖWENSTEIN

El tumor de Buschke-Löwenstein, 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%. 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%.

Suele ser más común en hombres menores de 50 años. La edad media de presentación es 42 -46 años para hombres y mujeres.

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.

El crecimiento suele ser lento y se va extendiendo 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.

Microscópicamente tiene las mismas características que el condiloma acuminado con una proliferación importante de epitelio escamoso bien diferenciado altamente queratinizado.

No suele tener invasión a linfáticos o vasos sanguíneos (criterios de malignidad).

La escisión local ampliada es el tratamiento de elección. Si se tiene evidencia de invasión a los esfínteres, se debe realizar una resección abdominoperineal con énfasis en resección perianal amplia. Si los márgenes están libres de lesión, no se recomienda mayor tratamiento pero en caso de recidiva, la mayoría de los autores recomiendan la resección abdominoperineal.

DIAGRAMA DE FLUJO 1.

