

TRABAJOS CIENTÍFICOS

Tratamiento quirúrgico de condilomas perianales en pacientes VIH positivos*

Surgical treatment of anogenital warts in HIV positive patients

Drs. ALEJANDRO BARRERA E.¹, JUAN ANDRÉS MANSILLA E.¹, GUILLERMO BANNURA C.¹,
PAULINA PEÑALOZA M.², JEANNETTE DABANCH P.², CLAUDIO ZÚÑIGA T.²,
MARTÍN NICOLA S.², CAROLINA TAPIA Z.²

¹Servicio y Departamento de Cirugía. ²Anatomía Patológica. Facultad de Medicina, Campus Central, Universidad de Chile, Hospital Clínico San Borja Arriarán. Santiago. Chile

RESUMEN

Los condilomas acuminados corresponden a la patología ano rectal más frecuente en los pacientes portadores del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH+). Su tratamiento genera controversias por la posible progresión a carcinoma epidermoide y su alta recurrencia. Se presenta nuestra experiencia en el tratamiento de los condilomas acuminados en pacientes VIH+. La serie corresponde a veinte pacientes todos homosexuales de sexo masculino, con edad promedio de 32 años, once de ellos recibían terapia anti retroviral al momento de la cirugía. Los síntomas más frecuentes fueron el sangrado, el prurito y la sensación de masa anal. Quince pacientes presentaron condilomas en todo el margen anal con extensión al canal anal. En cuatro casos se realizó fulguración de las lesiones y los restantes fueron resecados. La anatomía patológica de estos casos mostró infección por virus papiloma en todos ellos, con displasia moderada en solo un caso. No se registraron casos de displasia intensa ni carcinoma invasor. El seguimiento alejado se logró en 16 pacientes, dos de ellos presentaron recidiva de las lesiones debiendo ser sometidos a un nuevo procedimiento quirúrgico sin nuevas recidivas y lográndose el control sintomático en todos ellos. Los cuatro pacientes restantes se encuentran fallecidos por su patología de base. En esta serie aunque la histología no muestra displasia intensa ni carcinoma, el control sintomático justifica el tratamiento quirúrgico de estas lesiones.

PALABRAS CLAVE: **Condilomas perianales, resección, displasia.**

SUMMARY

Background: Anogenital warts are the most common proctologic complaint in HIV positive patients. They may progress to epidermoid carcinoma and have a high recurrence rate. *Aim:* To report the experience with the treatment of anogenital warts. *Patients and methods:* Retrospective review of medical records of all HIV positive patients with treated anogenital warts. *Results:* Twenty HIV positive homosexual males aged 20 to 57 years, are reported. Eleven were on antiretroviral therapy at the moment of surgery. The most common symptoms of warts were bleeding, itching and the sensation of an anal lump. Fifteen patients had warts in all the anal margin, with extension to the anal channel. In four cases, the warts were fulgurated and

*Recibido el 20 de Marzo de 2006 y aceptado para publicación el 23 de mayo de 2006.

Correspondencia: Dr. Alejandro Barrera E.

Av. Apoquindo 8160. Depto. 31. Santiago, Chile.
e mail abarrera@med.uchile.cl

in the rest, they were excised. The pathological study showed papilloma virus infection in all and moderate dysplasia in one. Sixteen patients were followed and the lesions recurred in two. Four patient died due to AIDS. *Conclusions:* Although no patient had carcinoma or severe dysplasia, the surgical treatment of anogenital warts provides symptomatic relief.

KEY WORDS: **Anogenital warts, HIV, papilloma virus infection.**

INTRODUCCIÓN

El primer caso de Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) fue notificado en Chile el año 1984. Hasta diciembre del año 2001 se han notificado 4749 enfermos y 5276 portadores del virus, calculándose una incidencia de 34 por 100.000 habitantes¹. En estos pacientes la patología proctológica tiene especial relevancia, considerando que hasta un 34% de los pacientes homosexuales con SIDA presentan alguna enfermedad de la esfera anorrectal y que la mitad de estos requerirá cirugía como parte de su tratamiento².

La presencia de condilomas acuminados corresponde a la manifestación perianal más frecuente en los pacientes portadores del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH+). Su incidencia se estima en 1,7% en la población general y en los pacientes VIH+ se calcula entre el 15 y el 62%, principalmente en varones homosexuales²⁻⁵.

Sus manifestaciones clínicas son variadas, encontrándose desde pacientes asintomáticos, hasta aquellos que refieren grandes masas anales, ano húmedo, prurito, dolor de intensidad variable y excreción anal⁵. Los pacientes VIH+ presentan condilomas de crecimiento más rápido, más difíciles de erradicar, que en general tienden a ser refractarios a las terapias convencionales, requiriendo cirugía con una mayor frecuencia y presentan una mayor recurrencia⁶. Además pueden asociarse hasta en un 30% de los casos con altos grados de displasia epitelial describiéndose la progresión a un carcinoma in situ o invasivo, lo que ocurre en muchos casos en la zona de transición de los epitelios⁷⁻⁹. Algunos autores¹⁰ restaron importancia a esta progresión debido a la escasa expectativa de vida que presentaban estos pacientes, sin embargo, ante el éxito de la terapia anti retroviral, actualmente se pueden observar sobrevividas más prolongadas, con el consiguiente riesgo de desarrollo de neoplasias en los pacientes no tratados.

El objetivo de esta comunicación es presentar los resultados del tratamiento quirúrgico en los pacientes que nos correspondió tratar.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realiza una revisión retrospectiva de las fichas clínicas de todos los pacientes HIV+ tratados

en nuestro servicio por condilomas acuminados perianales en el periodo que comprende desde enero de 1996 a diciembre de 2004. En todos los pacientes el diagnóstico de VIH fue confirmado por el Instituto de Salud Pública. Todos los pacientes fueron referidos por la Fundación Arriarán, institución que desde 1991 controla los pacientes VIH+ de nuestra área de referencia.

Se confeccionó un protocolo en el que se incluyeron las variables sexo, edad, comportamiento sexual, etapa clínica de la enfermedad al momento del tratamiento, enfermedades generales, oportunistas y de transmisión sexual asociadas, ubicación de los condilomas con relación a los cuadrantes del ano y su extensión al canal anal, el tipo de tratamiento efectuado, el informe de anatomía patológica considerando el grado de displasia y la presencia de carcinoma epidermoide en la pieza, el seguimiento alejado, la aparición de nuevas lesiones y necesidad de realizar nuevos tratamientos.

Para la definición de la etapa clínica de la enfermedad se utilizó la clasificación revisada para adolescentes y adultos del Center for Disease Control (CDC) de 1993.

El seguimiento se realizó mediante controles en policlínico, entrevistas telefónicas y visitas a domicilio.

RESULTADOS

La serie consta de 20 pacientes, todos de sexo masculino, con un promedio de edad de 32,6 años y extremos de 20 y 57, todos ellos homosexuales. El periodo transcurrido entre el diagnóstico de HIV(+) y el tratamiento de los condilomas fue de 40 meses en promedio (4-120). Las patologías oportunistas se presentaron en 7 pacientes (Tabla 1). Cuatro pacientes presentaron más de una enfermedad oportunista. Dos pacientes presentaron una enfermedad de transmisión sexual asociada, un caso de molusco contagioso y otro de hepatitis B en que se reconoce el mecanismo de transmisión sexual como posible fuente de contagio. Once pacientes recibían terapia anti retroviral regular al momento del tratamiento, un paciente la recibía en forma irregular con algunos periodos de suspensión durante un año, y un paciente recibía solo azatioprina. Los recuentos de linfocitos CD4 fueron

Tabla 1
PATOLOGÍAS OPORTUNISTAS ASOCIADAS

Diagnóstico	n	%
<i>Neumocistis carinii</i>	3	15
Tuberculosis	2	10
Criptococo	2	10
Candidiasis	2	10
Citomegalovirus	2	10

normales en dos pacientes, y bajos en los 18 restantes.

El tiempo de evolución de la patología anorrectal fluctuó entre 1 y 36 meses con un promedio de 13,8 meses. Los síntomas más frecuentes fueron sensación de masa anal, prurito y sangrado anal (Tabla 2). Quince pacientes presentaron condilomas en los cuatro cuadrantes perianales (Figura 1) y cinco localizados en un solo cuadrante. Quince pacientes presentaron extensión de las lesiones al canal anal y recto bajo (Figura 2) y dos pacientes a la región genital (escroto y meato uretral). Siete pacientes recibieron tratamientos previos con podofilino y/o ácido tricloro acético sin éxito antes de ser sometidos a cirugía.

Todos los pacientes fueron operados en forma ambulatoria, bajo anestesia regional, realizándose resección de los condilomas en 16 pacientes y fulguración simple en cuatro de ellos. Estos últimos se trataron de lesiones pequeñas, menores a 3 mm. El estudio histopatológico fue compatible con infección por virus papiloma en los 16 pacientes en que se realizó. En todos los casos fue informado el grado de displasia, la que fue considerada leve en 15 casos y uno con displasia moderada. No se encontraron casos con neoplasia in situ ni invasora.

Durante el seguimiento 4 pacientes fallecen por su patología de base, ninguno de ellos recibió terapia antiretroviral. En los 16 pacientes restantes se logró su control completo, con un seguimiento promedio de 36 meses (extremos 4 y 105). Se

Tabla 2
SÍNTOMAS

Síntoma	n	%
Masa anal	12	60
Sangrado	9	45
Prurito	8	40
Dolor	8	40
Excreción	7	35
Ano húmedo	6	30



Figura 1. Condiloma gigante.

encontró recidiva en dos pacientes (10%), ambos en condilomas con extensión al canal anal que fueron fulgurados y en pacientes sin terapia antiretroviral. El periodo transcurrido entre el tratamiento y la aparición de nuevas lesiones fue de 4 y 7 meses respectivamente. Ambos pacientes fueron sometidos a una nueva intervención quirúrgica con buenos resultados y sin recidiva hasta el momento del corte. Todos los pacientes se encuentran asintomáticos.

DISCUSIÓN

Se calcula que un millón de personas presentan una nueva infección por virus papiloma en los Estados Unidos y que la cuarta parte de su población puede estar infectada¹¹. La región anal corresponde a la localización extra genital más frecuente en pacientes VIH+, encontrándose tasas de infección entre 15 y 62%⁶. Estas lesiones pueden aparecer a cualquier edad, pero se observa una mayor

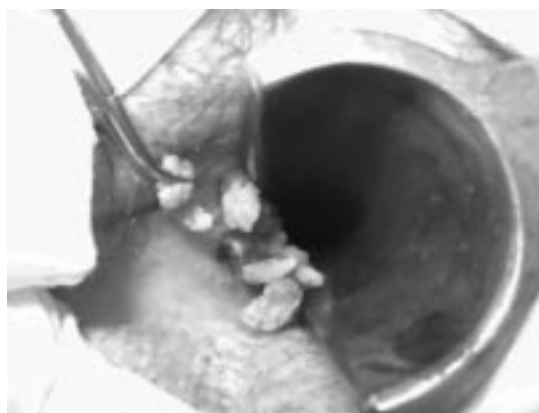


Figura 2. Condilomas del canal anal.

frecuencia en personas jóvenes, lo que es coincidente en esta serie, probablemente debido a una mayor actividad sexual en este grupo etario¹².

En esta serie el predominio del sexo masculino es concordante con lo señalado por Bannura⁴, sin embargo la condición de homosexual es predominante, lo que no ocurre en la serie global de pacientes VIH+ tratados por patología anorrectal en la institución donde el 20% de los pacientes se declaran heterosexuales. Sin embargo otras series referidas al tratamiento específico de los condilomas acuminados en pacientes VIH+ destacan una alta incidencia en pacientes varones homosexuales^{3,7}, hecho explicado probablemente por el factor traumático del coito anal, que determina un mayor riesgo de contraer patologías de transmisión sexual^{4,13}. Llama la atención la escasa incidencia de enfermedades de transmisión sexual asociadas, destacando la ausencia de antecedentes de gonorrea y sífilis que se presentan en el 36% de la serie global de pacientes VIH+ tratados por nosotros.

La alta incidencia de lesiones que comprometen todo el margen anal y su extensión al canal anal es concordante con las series publicadas^{6,14,15}. Nadal señala una incidencia de lesiones ubicadas exclusivamente en el margen anal de un 12%, situación que en nuestra serie alcanza al 25%. Además se destaca la asociación con lesiones genitales en el 20% de los casos, llegando al 10% en nuestros casos.

En cuanto a las manifestaciones clínicas estas no difieren de las reportadas por la literatura⁵. Cabe señalar que distintas series señalan que los condilomas en los pacientes VIH+ presentan un mayor tamaño, un crecimiento más rápido y presentan mayor grado de displasia^{3,6,7}. Son habitualmente refractarios a los tratamientos convencionales con podofilino y ácido tricloroacético¹⁶.

Se reconoce que el estado inmunológico determina la recurrencia de las lesiones después del tratamiento quirúrgico¹⁴. Pese a realizar una terapia adecuada que mantenga libre de síntomas a los pacientes, no existe evidencia que los tratamientos actualmente en uso erradiquen la infección de la región perianal, lo que explica en parte las altas tasas de recurrencia. Además se debe considerar la relación con la persistencia del contacto sexual, la localización del virus en los linfáticos y la aparición de lesiones no advertidas¹⁷. Cabe destacar que el 35% de nuestros pacientes se encontraban en etapa SIDA al realizar el tratamiento, y solo un 55% del total recibió terapia anti retroviral efectiva, pese a lo cual la recurrencia es de solo dos pacientes, lo que podría guardar relación con la infección por un serotipo menos agresivo.

Es llamativo en esta serie la baja incidencia de lesiones con alto o moderado grado de displasia. Distintos factores se han relacionado con el desarrollo de displasia epitelial en estos pacientes, entre ellos la etapa clínica de la enfermedad¹⁵, la presencia de lesiones proximales a la línea pectínea⁹, el recuento de linfocitos CD4 menor de 500 por mm³¹⁸ y el serotipo de virus papiloma que provoca la infección¹⁹. Se reconoce que de los más de 80 serotipos de virus papiloma humano cerca de 30 producen infección en el área anogenital. Los serotipos 16 y 18 se asocian con altos grados de displasia y mayor riesgo de cáncer, los serotipos 31, 33 y 35 con un riesgo moderado y los serotipos 6 y 11 se asocian con displasia leve y bajo riesgo de cáncer⁶. En los pacientes en que se presenta displasia intensa o carcinoma *in situ* se reconoce que quienes presentan un recuento de linfocitos CD4 mayor de 500 por mm³ y quienes reciben terapia anti retroviral activa tienen mejor supervivencia²⁰.

Con respecto a las alternativas de tratamiento quirúrgico se reconoce que las lesiones pequeñas hasta 3 mm pueden ser tratadas exitosamente con la fulguración simple de ellas, reservando la resección para las lesiones mayores⁶.

En esta serie pese a tratarse de un grupo pequeño, con una baja incidencia de lesiones con riesgo de neoplasia, se logró un control sintomático en todos los pacientes tratados, lo que a nuestro entender justifica realizar el tratamiento quirúrgico en estos pacientes.

REFERENCIAS

1. Boletín epidemiológico semestral SIDA Nº14 Diciembre 2001, CONASIDA, MINSAL.
2. Wexner S, Smithy W, Milson J, Dailey T. The surgical management of anorectal diseases in AIDS and pre-AIDS patients. *Dis Colon Rectum* 1986; 29: 719-723.
3. Savafi A, Gottesman L, Dailey T. Anorectal surgery in the HIV+ patients: update. *Dis Colon Rectum* 1991; 34: 299-304.
4. Bannura G, Torres J, Melo C, Uribe S, Contreras J. Patología proctológica en pacientes portadores VIH. *Rev Chil Cir* 1998; 50: 493-497.
5. Vukasin P. Anal condiloma and HIV-associated anal disease. *Surg Clin NA* 2002; 82: 1199-1211.
6. Manzione C, Nadal S, Calore E. Postoperative follow-up of anal condylomata acuminata in HIV-positive patients. *Dis Colon Rectum* 2003; 46: 1358-1365.
7. Miles AJ, Mellor CH, Gazzard B, Allen-Mersh TG, Wastell C. Surgical management of anorectal disease in HIV-positive homosexuals. *Br J Surg* 1990; 77: 869-871.
8. Modesto VI, Gottesman L. Sexually transmitted

- diseases and anal manifestations of AIDS. *Surg Clin NA* 1994; 74: 1433-1464.
9. Metcalf AM, Dean T. Risk of dysplasia in anal condyloma. *Surgery* 1995; 118: 724-726.
 10. Consten EC, Slors FJ, Noten H, Oosting H, Danner SA. Anorectal surgery in human immunodeficiency virus-infected patients: clinical outcome in relation to immune status. *Dis Colon Rectum* 1995; 38: 1169-1175.
 11. Wiltz OH, Torregrosa M, Witz O. Autogenous vaccine: is the best therapy for perianal condiloma acuminata? *Dis Colon Rectum* 1995; 38: 838-841.
 12. Koutsky L. Epidemiology of genital human papilloma virus infection *Am J Med* 1997; 102: 3-8.
 13. Modesto VL, Gottesman L. Sexually transmitted disease and anal manifestation of AIDS *Surg Clin North Am* 1994; 74: 1433-1462.
 14. De la Fuente S, Ludwig KA, Mantyh CR. Preoperative immune status determines anal condyloma recurrence after surgical escisión *Dis Colon Rectum* 2003; 46: 367-372.
 15. Nadal S, Manzione C, Galvao V, Salim V, Speranzini M. Perianal disease in HIV-positive patients compared with a seronegative population *Dis Colon Rectum* 1999; 42: 649-654.
 16. Orkin BA, Smith LE. Perianal manifestations of HIV infections *Dis Colon Rectum* 1992; 35: 310-314.
 17. Congilosi SM, Madoff RD. Current therapy for recurrent and extensive anal warts *Dis Colon Rectum* 1995; 38: 1101-1107.
 18. Critshlow CW, Surawicz CM, Holmes KK, Kuypers S, Daling JR. Prospective study of high grade anal squamous intraepithelial neoplasia in a cohort of homosexual men: influence of HIV infection, immunosuppression and human papilloma virus infection *AIDS* 1995; 9: 1255-1262.
 19. Xi LF, Critchlow CW, Wheeler CM, Koutsky LA., Gallaway DA. Risk of anal carcinoma *in situ* in relation to human papilloma virus type 16 variants *Cancer Res* 1998; 58: 3839-3844.
 20. Stadler RF, Gregorczyk SG, Euhus DM, Place RJ, Huber PJ. Outcome of HIV-infected patients with invasive squamous-cell carcinoma of the anal canal in the era of highly active antiretroviral therapy. *Dis Colon Rectum* 2004; 47: 1305-1309.