



PIEL

FORMACION CONTINUADA EN DERMATOLOGIA

www.elsevier.es/piel



Técnicas de diagnóstico

Despistaje de neoplasia intraepitelial anal

Screening for anal intraepithelial neoplasia



Laura Padilla-España* y Juan Bosco Repiso-Jiménez

Servicio de Dermatología, Hospital Costa del Sol, Marbella, España

El cáncer epidermoide del canal anal es una neoplasia poco frecuente en la población general que hasta principios de siglo *XXI* tenía escasa incidencia, con predominio femenino, constituyendo el 5% de las neoplasias gastrointestinales¹. En las últimas 2 décadas el cáncer de ano ha experimentado un incremento considerable en su incidencia, a expensas fundamentalmente de grupos de riesgo como son los hombres que mantienen sexo con hombres (HSH), inmunodeprimidos de cualquier causa (en especial infectados por el VIH) y pacientes con antecedentes de carcinomas en la región anogenital en relación con el virus del papiloma humano (VPH)^{2,3}.

El cáncer anal se ha relacionado con la infección por el VPH y se cree precedido por las lesiones intraepiteliales de alto grado⁴. La infección por un genotipo oncogénico del VPH en el canal anal predispone al desarrollo de neoplasia intraepitelial anal (NIA), considerada precursora del carcinoma epidermoide anal⁴. La incidencia de cáncer anal asociado a infección por VPH ha aumentado considerablemente en la población general, habiéndose demostrado un incremento significativo de los genotipos oncogénicos 16 y 18^{4,5}.

En Europa se estima que cada año se pueden producir unos 100.000 casos nuevos de cáncer de ano. En España la incidencia anual en la población general se estima en 0,2 casos por 100.000 habitantes⁶ y en EE. UU. es de uno por cada 100.000 habitantes, siendo la incidencia en HSH 35 veces mayor y 70 veces mayor en aquellos que están infectados por el VIH⁷, lo que supone el triple de la incidencia del cáncer de cuello en las mujeres en la etapa previa a la instauración de la citología cervical como método de cribado⁸. De hecho, el cáncer anal se ha convertido en una de las primeras neoplasias no definitorias de sida⁹.

La terapia antirretroviral ha disminuido la incidencia de determinados cánceres, pero no la de las neoplasias relacionadas con infecciones persistentes por determinados virus, y entre ellos el VPH¹⁰. La introducción de este tratamiento ha permitido un aumento de la supervivencia de la población infectada por el VIH, pero parece no tener efectos sobre el aclaramiento de la infección por VPH, incrementando por tanto el riesgo de neoplasias asociadas⁹.

Se han realizado múltiples estudios de investigación para conocer la historia natural de esta neoplasia, pero todavía no está bien establecida y se dispone de poca información acerca de la progresión o regresión espontánea de la NIA. Por ello, actualmente los protocolos de cribado se centran en la detección de la NIA de alto grado, considerada como precursor directo de cáncer escamoso anal, en función de que su detección precoz y tratamiento podría disminuir la morbimortalidad del carcinoma escamoso del canal anal. Por otro lado, también se ha demostrado que la NIA de bajo grado puede progresar a NIA de alto grado^{6,11}, por lo que aquellas lesiones también son subsidiarias de seguimiento periódico.

De acuerdo con el concepto descrito por la OMS, cribado o despistaje consiste en la aplicación sistemática de una prueba de detección precoz de una anomalía médica en una población asintomática, con el objetivo de establecer su diagnóstico y tratamiento precoz para evitar las consecuencias de un retraso en el diagnóstico. No existen estudios que proporcionen datos fidedignos de prevalencia de NIA en la población general, pero sí son cada vez más frecuentes los estudios que demuestran un aumento de incidencia de NIA de alto grado en grupos de riesgo, lo que justificaría la introducción de un método de cribado sistemático, siendo un procedimiento cada vez más

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: laura.padilla.espana@gmail.com, laupadesp@gmail.com (L. Padilla España).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.piel.2014.04.010>

0213-9251/© 2014 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

habitual en el ámbito de la venereología y de otros especialistas a cargo de estos grupos de riesgo y sensibilizados con este problema de salud³.

En las poblaciones de riesgo se ha recomendado la citología anal, de forma similar al despistaje de las neoplasias intraepiteliales de cérvix en la población femenina¹². El cuello del útero y el canal anal comparten un origen embriológico común, presentando ambos una zona similar de epitelio transicional, diana anatómica de la infección persistente por genotipos oncogénicos del VPH y de sus neoplasias asociadas¹³. La citología anal, de acuerdo al método de Palefsky¹⁴, ha demostrado tener una sensibilidad y especificidad comparable con la citología de cérvix, siendo fácil de interpretar y analizar por el citólogo.

El objetivo de este primer paso en el despistaje es identificar aquellos pacientes con citología anal alterada, entre las que se incluyen la atipia escamosa de significado incierto (ASC-US), atipia escamosa sin poder excluir de lesión de alto grado (ASC-H), lesión intraepitelial de bajo grado (LSIL) y las lesiones intraepiteliales de alto grado (HSIL) de acuerdo a la clasificación de Bethesda¹⁵.

La toma de citología anal se realiza a ciegas¹², previa realización de enemas de limpieza para vaciar la ampolla rectal y evitar así la contaminación de la muestra. Aunque se ha postulado que debe evitarse el uso de enemas basándose en que permite una mayor celularidad de la extensión, bajo nuestra experiencia no se reduce la rentabilidad de la prueba diagnóstica. El procedimiento consiste en introducir el cepillo de citología 2-3 cm dentro del ano y extraerlo con un movimiento de rotación suave durante al menos 10 seg, fijando inmediatamente la muestra con una solución alcohólica en un porta de cristal (fig. 1)¹³. Aunque no existe consenso entre los grupos de trabajo, se recomienda una toma de citología anual en pacientes infectados por el VIH y bianualmente en pacientes con sexo anal receptivo no infectados por el VIH¹⁴.

La prueba de referencia para la confirmación de la displasia anal citológica es la biopsia¹⁵. Para mejorar la rentabilidad de la biopsia esta se realiza de forma dirigida mediante anoscopia de alta resolución, que consiste en la aplicación de ácido acético al 3% y visualización mediante colposcopio, lo que



Figura 1 – Material empleado en la toma de citología anal y en la anoscopia guiada por acetoscopia: gel lubricante, anoscopio, ácido acético al 3%, cepillo de citología, porta y spray fijador citológico.

permite identificar las lesiones de NIA que al contacto con la solución adquieren una tonalidad blanquecina y distintos patrones (fig. 2). Se han descrito una serie de criterios colposcópicos en la anoscopia anal, al igual que en el cérvix, que permiten identificar lesiones de alto grado basándose en las características de la superficie de la mucosa anal y en el patrón vascular. Las lesiones de superficie aterciopelada con vascularización puntiforme prominente son las que suelen correlacionarse con mayor frecuencia con lesiones de alto grado en la biopsia¹⁶.

En cuanto a la correlación entre la citología y la biopsia posterior dirigida por anoscopia se ha evidenciado discordancias en función del grado de displasia citológica. Se ha descrito un grado de concordancia entre la citología y la biopsia del 90% para las lesiones de alto grado y del 50% para las lesiones de bajo grado, lo que representaría una infraestimación en su diagnóstico definitivo en estas últimas¹⁷. Es por ello que se aconseja completar el estudio mediante anoscopia y biopsia de lesiones sospechosas también en pacientes con displasia citológica de bajo grado. De hecho, esta falta de concordancia se vería minimizada si la citología se informara solo de forma orientativa, como normal o alterada, independiente del grado de la displasia. Por tanto, estaría indicado hacer anoscopia de alta resolución y biopsia guiada por acetoscopia a todos los pacientes con citología anal alterada, independientemente del grado de displasia citológica¹⁷. Además no es descartable que los pacientes con una primera citología anal a ciegas dentro de la normalidad tengan una lesión intraepitelial preneoplásica. Por tanto cada vez más se postula una exploración más exhaustiva con anoscopia de alta resolución en pacientes con citología anal negativa con alta sospecha de desarrollar NIA.

Dada la lenta progresión de la displasia anal a cáncer invasivo, una vez diagnosticada la NIA es recomendable el seguimiento periódico mediante citología anal y/o anoscopia de alta resolución y biopsias periódicas, si se dispone del equipo necesario. Se han descrito diferentes modalidades terapéuticas con una respuesta muy variable; destacan los agentes tópicos en las lesiones difusas (cidofovir, imiquimod, ácido acético al 80%) y otros procedimientos más invasivos (electrocuretaje, terapia fotodinámica, coagulación infrarroja, láser de CO₂) en las lesiones de alto grado localizadas¹⁸.



Figura 2 – Material empleado en la biopsia anal: gel lubricante, anoscopio, ácido acético al 3%, pinzas de biopsia y ácido tricloroacético al 80% como hemostático tras la biopsia.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3221018>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3221018>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)