



Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica

www.elsevier.es/eimc



Revisión

Consideraciones prácticas de la anoscopia de alta resolución en pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana

Mauricio Iribarren-Díaz^{a,*}, Antonio Ocampo Hermida^b, Joaquín González-Carreró Fojón^c, María Alonso-Parada^b y Mar Rodríguez-Girondo^d

^a Servicio de Cirugía General y Digestiva, Hospital Xeral Cíes de Vigo (CHUVI), Vigo, Pontevedra, España

^b Unidad de Infecciosas-VIH, Servicio de Medicina Interna, Hospital Xeral Cíes de Vigo (CHUVI), Vigo, Pontevedra, España

^c Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Xeral Cíes de Vigo (CHUVI), Vigo, Pontevedra, España

^d Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales, Universidad de Vigo, Vigo, Pontevedra, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 19 de febrero de 2013

Aceptado el 16 de julio de 2013

On-line el 30 de octubre de 2013

Palabras clave:

Cáncer anal

Neoplasia intraepitelial anal

Virus del papiloma humano

Virus de la inmunodeficiencia humana

Anoscopia de alta resolución

Keywords:

Anal cancer

Anal intraepithelial neoplasia

Human papillomavirus

Human immunodeficiency virus

High resolution anoscopy

R E S U M E N

El cáncer de ano, una enfermedad infrecuente en la población general, presenta una incidencia elevada y progresiva en ciertos grupos de riesgo, fundamentalmente en hombres que tienen sexo con hombres, y particularmente en aquellos con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. La anoscopia de alta resolución se considera actualmente la técnica estándar en el diagnóstico de la neoplasia intraepitelial anal, pero su uso protocolizado aún está por consensuar en los sistemas sanitarios. Aunque no está exenta de dificultades, es una técnica asequible que puede llegar a ser fundamental en el cribado del cáncer de ano y sus lesiones precursoras.

Actualmente estamos estudiando la estrategia más efectiva para el manejo de las lesiones premalignas anales, y con esta publicación intentamos animar a otros grupos interesados en la reducción de una neoplasia epidemiológicamente en progresión.

© 2013 Elsevier España, S.L.U. y Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. Todos los derechos reservados.

Practical considerations for high resolution anoscopy in patients infected with human immunodeficiency virus

A B S T R A C T

Anal cancer is uncommon in the general population, however its incidence is increasing significantly in certain risk groups, mainly in men who have sex with men, and particularly those infected with human immunodeficiency virus. High resolution anoscopy technique is currently considered the standard in the diagnosis of anal intraepithelial neoplasia, but at present there is no agreed standard method between health areas. High resolution anoscopy is an affordable technique that can be critical in the screening of anal carcinoma and its precursor lesions, but is not without difficulties.

We are currently studying the most effective strategy for managing premalignant anal lesions, and with this article we attempt to encourage other groups interested in reducing the incidence of an increasing neoplasia.

© 2013 Elsevier España, S.L.U. and Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. All rights reserved.

Introducción

La anoscopia de alta resolución (AAR) es una variante técnica de la colposcopia utilizada en el cribado de las neoplasias intraepiteliales de ano (AIN), lesiones consideradas precursoras del cáncer anal. En la actualidad se considera el patrón estándar en el diagnóstico de

la neoplasia intraepitelial anal, pero su uso protocolizado aún está por consensuar en los sistemas sanitarios^{1,2}. En espera de un necesario consenso, todos los grupos multidisciplinares interesados en disminuir la incidencia del carcinoma anal en las poblaciones de mayor riesgo deberán incluir esta técnica en el manejo diagnóstico y terapéutico del cáncer de ano (CA). Es recomendable que su utilización sea parte de un abordaje integral de los pacientes de riesgo y que incluya una valoración estadística de los factores que podrían repercutir en el comportamiento de estas lesiones premalignas.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: iribarren.diaz@cmpont.es (M. Iribarren-Díaz).

El CA es muy infrecuente en la población general, su incidencia aumenta de forma alarmante en algunas poblaciones de riesgo y ya constituye una realidad sociosanitaria demostrada ampliamente en la bibliografía. En pacientes HSH infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) se refieren incidencias de 70-144/100.000 habitantes^{3,4} y su riesgo parece progresar en el tiempo. Cifras superiores pueden relacionarse genéricamente con la progresión del riesgo, poblaciones específicas y la normalización de la esperanza de vida de estos pacientes, siendo evidente que la recuperación inmunológica tras el tratamiento antirretroviral no trae consigo una disminución del riesgo de padecer CA^{5,6}.

Las similitudes existentes en la etiología, la morfología y la histología de las neoplasias intraepiteliales de ano y las neoplasias intraepiteliales de cérvix, así como el éxito conseguido con la aplicación de la colposcopia en el cribado de estas últimas, ha motivado su aplicación en el estudio de las lesiones anales por algunos grupos pioneros³. Las lesiones histológicas se clasifican en AIN y se gradúan siguiendo los criterios de la cervical intraepitelial neoplasia –CIN–: AIN-1, AIN-2, AIN-3. Desde hace algunos meses utilizamos la nomenclatura de Bethesda para las lesiones anogenitales revisada el año 2012, incluyendo la determinación de la p16 para la definición de alto grado. De ahí que utilizemos las abreviaturas LSIL (AIN-1), HSIL (AIN-2) y HSIL (AIN-3)⁷.

Tras el reconocimiento de una etiología común, el virus del papiloma humano (VPH) de alto riesgo para el cáncer de cérvix y el CA, uno de los primeros aspectos que ha llamado la atención es la similitud morfológica de las lesiones premalignas de ambos cánceres⁸. Pero si en el cáncer de cérvix se ha logrado conocer buena parte del comportamiento de las lesiones premalignas (CIN), en el CA aún no tenemos bien definida la evolución neoplásica de estas lesiones (AIN), y precisará de los resultados de estudios clínicos, anatomopatológicos, genéticos e inmunitarios. La utilidad de la AAR para estudios de cribado del CA ha sido propuesta por diversos autores, como Palefsky et al.⁹, Berry et al.¹⁰, Darragh⁸, Swedish et al.¹¹, Lam et al.¹. En nuestro país, Sirera et al. han realizado la electrocoagulación con infrarrojos en 65 AIN de alto grado diagnosticadas en un estudio de 1.518 pacientes infectados por el VIH, mostrando su probable utilidad en la prevención del CA¹².

En la AAR es nuestra preferencia realizar 2 impregnaciones sucesivas del epitelio escamoso anal, primero con ácido acético al 3% y luego con lugol. Con la primera se produce una coagulación reversible de las proteínas llamada «acetoblanqueamiento» del ano, con características específicas en las lesiones susceptibles de ser preneoplásicas (lesiones acetoblanqueadas). Las lesiones acetoblanqueadas pueden ser: punteadas, granuladas (granulado fino y grueso), en mosaico, vascularización atípica, ulceraciones, cerebriiformes y multipapilares (generalmente estas 2 últimas corresponden a condilomas). No todas las lesiones acetoblanqueadas son AIN, por lo que creemos que la utilización exclusiva de ácido acético para definir las lesiones subsidiarias de biopsia induce la realización de biopsia de todas las lesiones interpretadas como acetoblanqueadas y, por lo tanto, a un número importante de biopsias innecesarias en pacientes controlados con AAR periódicas. Aunque la aplicación del lugol (test de Schiller) prolonga algo el estudio AAR, es aceptablemente tolerada y nos permite seleccionar para biopsia aquellas lesiones acetoblanqueadas no captantes¹³, además de hacer evidentes algunas lesiones premalignas no observadas en el acetoblanqueamiento difuso de la mucosa anal. Ante un coloreado marrón, la mayor posibilidad es que se trate de células no neoplásicas cuyo contenido glucogénico permite la captación del yodo aportado por el lugol¹⁴. Algunas lesiones acetoblanqueadas son «lugol parcialmente negativas», y también son biopsiadas en el área correspondiente.

La AAR es una técnica asequible que puede llegar a ser fundamental en el cribado del CC y sus lesiones precursoras, pero su

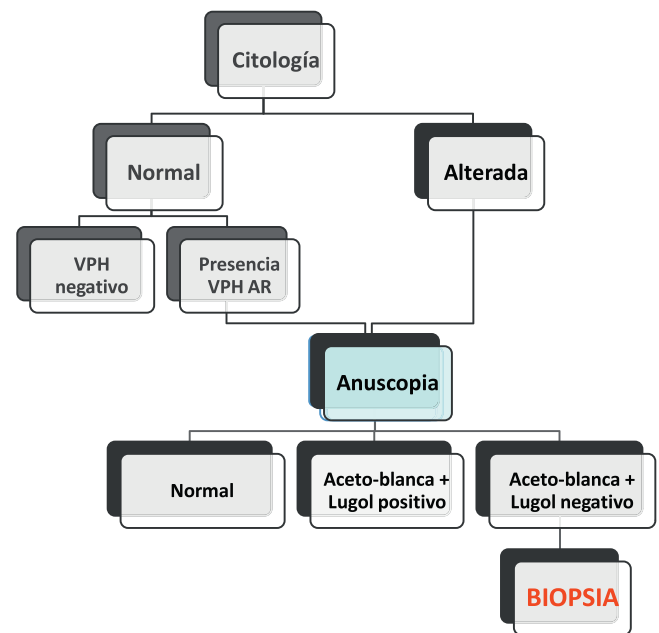


Figura 1. Algoritmo para la elección de la anoscopia y biopsia.

puesta a punto y realización no está exenta de dificultades. Un objetivo de nuestro estudio es el de determinar en nuestro medio la estrategia más efectiva de manejo del CA y sus lesiones premalignas, y otro, animar con nuestra experiencia reciente a otros grupos interesados en la reducción de una neoplasia epidemiológicamente en progresión.

Describimos la forma en que logramos la instauración de esta técnica y nuestra manera de realizarla. En nuestra experiencia utilizamos la AAR como método de diagnóstico y tratamiento de la AIN en una población de HSH infectados con el VIH. Hasta la fecha hemos realizado 302 AAR en 168 individuos, cuyos resultados se están analizando con la finalidad de evaluar el mejor procedimiento de cribado del CA y sus lesiones premalignas. Seleccionamos aquellos pacientes con estudio citológico previo alterado (LSIL, HSIL o ASCUS) según la clasificación de Bethesda y/o en los que el genotipado demuestra presencia de VPH de alto riesgo aplicando el algoritmo descrito en la figura 1. En la AAR diagnóstica se realiza estudio histológico de las lesiones compatibles con premalignidad, y en la AAR terapéutica se realiza generalmente tratamiento mediante coagulación por infrarrojos (IR). La AAR de control semestral o anual se realiza en todos los pacientes estudiados.

Para la AAR utilizamos básicamente un anoscopio plástico transparente y un colposcopio como fuente de luz y visión binocular de gran aumento. La exploración se realiza con visión secuencial tras impregnación con ácido acético al 3% y lugol. Las lesiones acetoblanqueadas-lugol negativas se biopsian con pinza Baby-Tischler. En las lesiones HSIL (AIN-2 y 3) realizamos coagulación con IR, un primer control a los 3 meses y luego un seguimiento semestral.

La planificación general de una estrategia de manejo del CA y sus lesiones precursoras implica el reconocimiento de algunas dificultades iniciales:

- El primer problema es el desinterés social y/o sanitario por determinados colectivos. El progresivo aumento de la incidencia del CA en poblaciones de riesgo solo está comenzando a llamar la atención de algunos profesionales y aún no es destacado como un problema sociosanitario.
- El segundo es la habitual falta de apoyo económico a estudios y proyectos, incluso con la relevancia clínica de la enfermedad que

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3401168>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3401168>

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