



1
112382
12

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO, O.D.

RECURRENCIA TEMPRANA DEL CONDILOMA ANAL
ACUMINADO POSTERIOR A CONDILOMECTOMÍA Y
CONDILECTOMÍA: DOS AÑOS DE REVISIÓN EN LA
UNIDAD DE COLOPROCTOLOGÍA DEL HOSPITAL
GENERAL DE MÉXICO O.D.

SECRETARÍA DE SALUD
HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO
ORGANISMO DECENTRALIZADO



DIRECCIÓN DE EGRESANZA

T E S I S
PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
COLOPROCTÓLOGO
P R E S E N T A:
DR. MAURICIO ALFREDO TRABANINO PACAS

ASESOR Y DIRECTOR:
DR. LUIS CHARÚA GUINDIC

MÉXICO, D.F.

AGOSTO, 2008

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

SECRETARÍA DE SALUD
UNAM



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**RECURRENCIA TEMPRANA DEL CONDILOMA ANAL
ACUMINADO POSTERIOR A CONDILOMECTOMÍA Y
CONDILECTOMÍA: DOS AÑOS DE REVISIÓN EN LA
UNIDAD DE COLOPROCTOLOGÍA DEL HOSPITAL
GENERAL DE MEXICO O. D.**

DR. LUIS CHARUA GUINDIC.

Jefe de la Unidad de Coloproctología.
Profesor Adjunto del Curso en
Especialización en Coloproctología.
Asesor y Director de tesis.
Tel. 55451863.
BIP. 56299800 Clave 4331.



Dr. MAURICIO ALFREDO TRABANINO PACAS

Médico Residente de 2º año del Curso de
Especialización en Coloproctología.
Tel. 5999 6133 Ext. 1045



DR. OCTAVIO AVENDAÑO ESPINOSA.

Consultor de la Unidad de Coloproctología.
Profesor Titular del Curso en
Especialización en Coloproctología.
Tel. 5999 6133 Ext. 1045



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

I. AGRADECIMIENTOS:

A Dios: por haberme prestado todo lo espiritual y material que le debo.

A María Alicia Angulo de Trabanino: en agradecimiento por su amor, perdón, apoyo, comprensión y paciencia en todos estos años.

A Mauri y Robert: por ser lindos y cariñosos con su mamá y papá.

A mi mamá y papá: gracias, sin ustedes mi vida tan alegre no fuera posible.

A Carlos Parellada: por ser un ejemplo de un médico ético, académicamente ejemplar, mi amigo y maestro.

Y a todos los que en alguna forma colaboraron para que ahora sea médico, cirujano general y coloproctólogo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

II. INDICE:

I. AGRADECIMIENTOS:.....	3
II. INDICE:.....	4
III. RESUMEN:	5
IV. ANTECEDENTES:	7
V. OBJETIVO GENERAL:	18
VI. OBJETIVOS ESPECIFICOS:.....	19
VII. DISEÑO Y DURACION:.....	20
VIII. DISEÑO ESTADÍSTICO:.....	21
IX. ASPECTOS ÉTICOS Y DE BIOSEGURIDAD:.....	22
X. MATERIAL Y MÉTODOS:.....	23
XI. RESULTADOS:.....	25
XII. DISCUSIÓN:.....	27
XIII. CONCLUSIONES	29
XIV. ANEXO:.....	30
XV. GRÁFICOS:.....	31
XVI. BIBLIOGRAFIA:.....	39

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

III. RESUMEN:

Justificación: No existe un registro sobre la recurrencia temprana del condiloma anal acuminado en los pacientes tratados con condilomectomía y condilectomía en la Unidad de Coloproctología del Servicio de Gastroenterología del Hospital General de México O. D., por lo que es necesario un estudio retrospectivo y descriptivo para conocer el porcentaje y compararlo con la experiencia que se reporta en la literatura mundial.

Hipótesis: Conocer el porcentaje de recurrencia temprana del condiloma anal acuminado en los pacientes tratados con condilomectomía y condilectomía en la Unidad de Coloproctología del Servicio de Gastroenterología del Hospital General de México O. D.

Objetivo: Conocer la recurrencia temprana del condiloma anal acuminado posterior al tratamiento con condilomectomía y condilectomía, de enero de 2001 a diciembre de 2002, en la Unidad de Coloproctología del Servicio de Gastroenterología del Hospital General de México O. D.

Diseño y duración: Estudio retrospectivo, observacional y longitudinal para evaluar a los pacientes operados de condilectomía y condilomectomía de enero de 2001 a diciembre de 2002.

Materiales y método: Se revisarán los expedientes clínicos de los pacientes que acudieron por primera vez a la Unidad de

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Coloproctología del Servicio de Gastroenterología del Hospital General de México, O. D., de enero de 2001 a diciembre de 2002 con el diagnóstico de condiloma anal acuminado. Se captarán en la hoja de recolección de datos las siguientes variables: edad, sexo, estado civil, ocupación, estado inmunológico, tendencia sexual, tiempo de evolución de la enfermedad, hallazgo en la inspección de la región anoperineal y por anoscopía, recurrencia, tiempo y tratamiento de la recurrencia.

Análisis de resultados: Se utilizarán tablas de frecuencia y de porcentajes de acuerdo a cada variable y gráficas para representar los resultados y se cruzaran las variables en los casos necesarios.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

IV. ANTECEDENTES:

Las enfermedades anorrectales de transmisión sexual son muy frecuentes en la práctica clínica del coloproctólogo. El condiloma anal acuminado se considera la infección más frecuente por contagio sexual de la región anorrectal en nuestro país. Estas lesiones son causa de frustración para el médico y paciente por su alta recurrencia, que en pacientes inmunocompetentes puede ser hasta un 29%, mientras que en la población inmunocomprometida es mayor de 50%⁽¹⁾.

Etiología:

El agente causal del condiloma anal acuminado es el virus del papiloma humano. Este virus es muy pequeño, no tiene envoltura y es clasificado como un virus ADN. El ADN viral consiste en una doble cadena de ADN súper enrollada. Esta molécula presenta aproximadamente 8,000 pares de bases, con un peso molecular de 5×10^6 DA, de forma icosaédrica y un diámetro de 55 nm⁽²⁾.

Su período de incubación es de uno a seis meses. Su forma de transmisión en la región anal es por contacto directo externo o por autoinoculación.

Se han identificado más de 70 serotipos del virus del papiloma humano. Estos virus son especie-específico y tejido-específico por lo que algunos serotipos afectan la piel del ano y otros la mucosa del

recto. Los dos serotipos que más afectan la piel del ano son el 6 y 11. Mucha menor importancia tiene los serotipos 13, 43, 44 y 45. La mucosa rectal la afectan con mayor frecuencia los serotipos 16 y 18; éstos, son los dos serotipos que más se relacionan con displasias y transformación maligna⁽³⁾.

Prevalencia:

En la Unidad de Coloproctología del Servicio de Gastroenterología del Hospital General de México O. D., es la enfermedad de transmisión sexual más frecuente de la región anorrectal, seguida por la gonorrea. Lamentablemente en nuestro medio no contamos con estadísticas confiables, pero en los Estados Unidos de América hay entre 10 y 15 millones de individuos infectados por esta enfermedad y se reportan anualmente entre 2 y 3 millones de nuevos casos.

El condiloma anal acuminado se presentan con mayor frecuencia en la población masculina homosexual. Brown y col. han reportado que el 83-90% de los pacientes estudiados son homosexuales. Esta enfermedad no es específica de esta población ya que hay estudios donde se involucran heterosexuales, mujeres y niños. La forma de infección en esta población es por contacto directo y cercano con portadores. En los bebés recién nacidos, se adquiere la enfermedad por el contacto con el virus al paso del conducto vaginal al momento del parto. En los niños, la gran mayoría es por abuso sexual⁽⁴⁾.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En los pacientes inmunocomprometidos la prevalencia aumenta cuando la cantidad de linfocitos CD4 disminuye y la carga viral aumenta. Los pacientes infectados con el virus del VIH y con CD4 > 750, padecen de condiloma anal acuminado en 33%, en cambio los pacientes infectados con el virus del VIH y con CD4 < 200, padecen de condiloma anal acuminado en 84%.

Localización:

Las lesiones vegetantes de la región anogenital reciben el nombre de condiloma anal acuminado. Estas lesiones, dependiendo del sexo del paciente, tendrán su predilección anatómica para manifestarse clínicamente. En la región anogenital es frecuente encontrar las lesiones en el periné, ano, conducto anal, vulva, vagina y pene. Por lo regular se presentan clínicamente en sitios húmedos y con calor continuo.

En el varón se infectan tres áreas con mayor frecuencia: el pene (corona, prepucio y piel), el ano y la región inguinal. Cuando las lesiones se localizan en la piel del pene, es posible detectar el virus del papiloma humano en otros lugares como el escroto. Un 8% de los pacientes con lesiones en el meato urinario externo presenta condiloma uretral. La presentación proctológica es muy variada; ésta incluye tumoraciones epiteliales que pueden aparecer en la mucosa rectal, conducto anal y en el ano. Vukasin reporta que el 78% de los pacientes con condiloma anal acuminado pueden tener concomitantemente en el conducto anal⁽⁵⁾.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En la mujer, el virus del papiloma humano infecta con mayor predilección la vagina, el cérvix y la vulva. Este virus localizado en el aparato reproductor femenino puede ser causa de cáncer. La gran mayoría de mujeres que se presentan con condiloma anal acuminado son infectadas por sodomía⁽⁶⁾.

Patología:

Macroscópicamente se pueden identificar lesiones de tamaño muy variable, que puede ser tan pequeñas como de 1 mm y en otros pacientes pueden crecer varios centímetros tomando la forma de una coliflor. Son de superficie irregular, de aspecto verrugoso, de color rosado o blanco. Morfológicamente pueden ser pediculados o sésiles. Su crecimiento es relativamente rápido y al aumentar de tamaño y número se unen para formar una sola capa que puede llegar a ocultar el ano.

Microscópicamente se representa con una acantosis intensa de la epidermis, con hiperplasia de células espinosas, paraqueratosis e infiltración crónica. Hay también predominantemente vacualización de las células de la capa superior espinosa⁽⁷⁾.

Síntomas:

Los pacientes presentan diferentes síntomas, los más frecuentes son: prurito anal, tumoraciones anales, sangrado rutilante y ano húmedo. El 66% de los pacientes presentaran prurito anal. Aunque el prurito no

es intenso, este síntoma se presenta ya que el paciente no puede mantener una higiene adecuada⁽⁶⁾.

La mitad de los pacientes manifiestan sangrado rutilante. El sangrado es intermitente, manchando solo el papel de higiénico y en ocasiones en gotas. Por lo regular se presenta por el traumatismo por el mecanismo de limpieza o por el coito en pacientes homosexuales que son los receptores.

Las lesiones fuera del ano son frecuentes. El paciente refiere que palpa "pequeñas bolitas" alrededor del ano, de diferentes tamaños, ásperas, rugosas y que en ocasiones son móviles. Este síntoma es una causa frecuente de consulta ya que preocupa al paciente por sentir algo extraño alrededor del ano.

El ano húmedo también es un síntoma frecuente, y se debe por la secreción que producen las lesiones. En ocasiones cuando las lesiones están localizadas en el conducto anal, pueden producir una incontinencia fecal parcial y esto favorecer el ano húmedo.

Diagnóstico:

El diagnóstico siempre debe iniciarse con una historia clínica completa. El paciente refiere la presencia de tumoraciones perianales, de diferentes tamaños, múltiples y que provocan prurito anal y ano húmedo. La conducta sexual del paciente será de importancia ya que

los pacientes homosexuales o bisexuales son los que forman la población de mayor riesgo para padecer esta patología.

El examen proctológico deberá incluir la inspección de la región anoperineal, tacto rectal y la anuscopia para identificar estas lesiones en ano, conducto anal y en los últimos centímetros de la mucosa rectal. El examinador debe descartar alguna otra patología concomitante ya que los pacientes con condiloma anal acuminado pueden padecer de otra(s) enfermedad(es) venera(s) anorrectal(es). Se recomienda realizar coproparasitoscópico seriado, coprocultivo, serología para sífilis y cultivos de cualquier secreción ya sea faríngea, rectal y uretral.

El diagnóstico diferencial más importante es con el cáncer de ano. En caso de duda se debe de resear todas las lesiones y enviarlas para su estudio histológico⁽⁹⁾.

Tratamiento:

Es una enfermedad que siempre debe de ser tratada por cualquiera de sus modalidades terapéuticas. De no ser así tiene varias implicaciones, como una diseminación no controlada entre los contactos sexuales del enfermo, además de poder evolucionar a una neoplasia intraepitelial y luego a un carcinoma escamoso invasor. En las mujeres en edad fértil, es causa de una transmisión vertical hacia el neonato.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Las modalidades terapéuticas para combatir al virus del papiloma humano son: los agentes cáusticos, la crioterapia, medicamentos antineoplásicos, la inmunoterapia, autovacunas, el interferón, la fulguración y la resección quirúrgica. Todos los tratamientos tienen indicación y contraindicaciones. Se seleccionaran para el tratamiento dependiendo de su número, tamaño y localización, además de la disponibilidad en el mercado y preferencia del cirujano.

La podofilina es una resina que se extrae de las plantas *Podophyllum peltatum* y *Podophyllum emodi*. Se utilizó por primera vez en 1942. A baja concentración se une al aparato microtubular celular, frena la mitosis y a altas concentraciones inhibe el transporte de nucleósidos. Actúa mejor en los condilomas no queratinizados que los ya queratinizados. Por esto no se recomienda su uso en condilomas de evolución prolongada. La concentración debe ser al 25% para mayor efectividad. Habitualmente se aplica una o dos veces por semana y se retira dos horas después de su aplicación. En el 15% de los pacientes puede afectarse localmente la piel y provocar irritaciones y dermatitis de contacto. Los efectos sistémicos son raros y sólo aparecen si la exposición al medicamento es prolongada o con volúmenes excesivos. Se ha reportado toxicidad a nivel hepático, hematológico, renal, gastrointestinal y de sistema nervioso central. La podofilina esta contraindicada en el embarazo ya que tiene efectos teratógenos⁽¹⁰⁾.

La podofilina tiene la desventaja que sólo puede ser utilizada para los condilomas externos. Además el utilizar podofilina como tratamiento

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

puede provocar cambios displásicos en las piezas patológicas que se extirpan y confundir al clínico al realizar una decisión de seguimiento.

El ácido bicloroacético es otro agente cáustico utilizado para el tratamiento tópico del condiloma anal. Se recomienda aplicarlo con un hisopo y en una cantidad controlada, al igual que la podofilina provoca irritación perianal y dermatitis. Su ventaja sobre la podofilina es que puede ser utilizado en el conducto anal. Debe aplicarse a las lesiones en intervalos de siete a diez días. Cuando se aplica una cantidad exagerada que pueda causar complicaciones en la piel perianal y conducto se recomienda el lavado del área con agua y bicarbonato.

La crioterapia con nitrógeno líquido, óxido nitroso o dióxido de carbono administrada con criosondas o hisopo, es un método seguro y eficaz para eliminar las lesiones en la mayoría de lugares. Actúa por un congelamiento rápido del fluido intra y extracelular que conduce a la lisis y muerte celular. Por lo general no requiere anestesia local para su aplicación. Se forma una ampolla al cabo de uno o tres días del tratamiento, con una subsiguiente ulceración que se resuelve en una o dos semanas⁽¹¹⁾.

El 5-fluorouracilo es el antineoplásico que con más frecuencia se utiliza para el tratamiento del condiloma anal. Es una pirimidina citotóxica antagonista que interfiere en la síntesis del ADN celular y viral, se utiliza en forma de crema al 5%. Al aplicarla en las lesiones, ocasiona una severa reacción de contacto irritativa, que limita su uso en la superficie de la piel. Se recomienda utilizarla una vez al día, de

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

preferencia por la noche, durante una semana, otro esquema utilizado en una vez por semana por diez semanas. La indicación de este medicamento es con el fin de evitar la recurrencia postoperatoria.

Otro tratamiento descrito para erradicar esta enfermedad es la inmunoterapia. Este tratamiento requiere de la elaboración de una vacuna autóloga. Se prepara con 5 g de tejido infectado del mismo paciente. La técnica de la vacuna autóloga fue publicada por primera vez por Biberstein en 1944 y popularizada por Abcarian años después. Luego de la preparación 0.5 ml de la vacuna, se inyecta en el músculo deltoide del paciente una vez por semana por seis semanas. Se a llegado a reportar una erradicación de los condilomas hasta de un 84%.

Los diferentes interferones también se han utilizado para el tratamiento del condiloma anal acuminado; de ellos, se pueden utilizar las citoquinas endógenas que poseen acción antiviral, antiproliferativa e inmunomoduladora tanto in vitro como in vivo. El interferón que más se a utilizado en el tratamiento del condiloma anal acuminado es el interferón alfa 2^a. Se aplica intralesional, de no ser así, no es efectiva. Tiene la desventaja que puede producir taquiflaxia. En la actualidad su mayor indicación es en pacientes con recurrencias tempranas, en pacientes seropositivos o con SIDA⁽¹²⁾.

La fulguración es un método en el cual se emplea energía eléctrica par provocar una quemadura de segundo grado en la lesión condilomatosa. Esta quemadura controlada provoca una regeneración

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

de tejido sin la formación de una escara significativa. Se debe utilizar cuando las lesiones son pequeñas y aisladas y se puede combinar con la resección quirúrgica. Su ventaja es que puede utilizarse en el ano como en el conducto anal. Su desventaja es que debe aplicarse con algún tipo de anestesia y si el médico no es experimentado, puede causar quemaduras de tercer grado, las cuales provocarán escaras y posteriormente estenosis anal o del conducto anal.

Cuando las lesiones son grandes o abundantes, el tratamiento de elección es la resección quirúrgica. Se utiliza la tijera y el electrobisturí para la resección de las lesiones y se trata de preservar la mayor cantidad de anodermo posible. Varios autores han recomendado la infiltración previa a la resección quirúrgica de una solución con adrenalina. Esta solución es infiltrada debajo de las lesiones para elevarlas y así resecar la menor cantidad de anodermo. Se utiliza para lesiones localizadas en el ano y conducto anal. Su desventaja es que puede provocar sangrado, hematomas y estenosis⁽¹³⁾.

Recurrencia:

Es una complicación frecuente, no obstante de ser atendida por gente con gran experiencia. Se han descrito recurrencias del 25 al 70%, esto depende del tratamiento empleado y de la colaboración del paciente en su seguimiento. Un buen número de pacientes reinicia su vida sexual antes de lo indicado. La recurrencia posterior a la extirpación quirúrgica es del 42%⁽¹⁴⁾.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La recurrencia local también se han relacionado con la cantidad de anodermo afectado. Vukasin reporta que cuando el anodermo esta involucrado en menos del 25% de su circunferencia, la recurrencia es del 38%⁽⁹⁾. Cuando el anodermo esta involucrado en más del 25% de su circunferencia, la recurrencia puede ser hasta del 62%. Si ha ésto se agrega que el paciente se encuentra inmunocomprometido, el porcentaje de recidiva todavía es mayor.

Seguimiento:

El seguimiento del paciente en el período postoperatorio debe ser muy estrecho. Se recomienda el control semanal el primer mes, de no observar lesiones se cita al paciente cada mes los primeros tres meses. Luego se debe examinar al paciente cada tres meses hasta completar un año de seguimiento. El segunda año de seguimiento puede ser cada 6 meses. En la visita se debe incluir un buen interrogatorio haciendo énfasis en la presencia de masas. Se debe de explorar con detenimiento el ano y la región anoperineal, además de practicar un tacto rectal y anoscopía para evaluar la presencia de recurrencias.

La actividad sexual puede ser reiniciada cuando el paciente lo requiera, pero siempre con protección para disminuir la posibilidad de reinfección. Si el paciente se rehusa al uso de protección, se le debe recomendar abstinencia sexual durante los primeros tres mes después de la cirugía^(4,14-15).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

V. OBJETIVO GENERAL:

Conocer la recurrencia temprana del condiloma anal acuminado posterior a condilomectomía y condilectomía en la Unidad de Coloproctología del Hospital General de México O.D. en el período de enero de 2001 a diciembre de 2002.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

VI. OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- 1) Determinar el porcentaje de recurrencia temprana del condiloma anal acuminado posterior a condilomectomía y condilectomía en la Unidad de Coloproctología del Servicio de Gastroenterología del Hospital General de México O. D.

- 2) Describir los principales factores de riesgo que pueden provocar la recurrencia temprana del condiloma anal acuminado posterior a condilomectomía y condilectomía en la Unidad de Coloproctología del Servicio de Gastroenterología del Hospital General de México O. D.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

VII. DISEÑO Y DURACION:

Se realizó un estudio retrospectivo, observacional y longitudinal en pacientes que consultaron por primera vez a la Unidad de Coloproctología del Servicio de Gastroenterología del Hospital General de México O. D., por ser portadores de condiloma anal acuminado de enero de 2001 a diciembre de 2002.

VIII. DISEÑO ESTADÍSTICO:

Los resultados se presentarán en tablas de frecuencia y porcentaje de acuerdo a cada variable estudiada.

Se presentarán gráficos mostrando los resultados más representativos del estudio y se cruzaron variables en los casos que sea necesario.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

IX. ASPECTOS ÉTICOS Y DE BIOSEGURIDAD:

Estudio apegado a los acuerdos de Helsinki de 1964 y sus revisiones por varias asambleas. Por ser de tipo observacional y donde no se compromete la integridad física ni psicológica del paciente, no se requiere de hoja de consentimiento informado para la realización de éste estudio.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

X. MATERIAL Y MÉTODOS:

Se revisaron 5,022 expedientes clínicos de pacientes que consultaron por primera vez en la Unidad de Coloproctología del Servicio de Gastroenterología del Hospital General de México O. D., de enero de 2001 a diciembre de 2002; de ellos, 142 pacientes eran portadores de condiloma anal acuminado.

Los pacientes que se incluyeron en el estudio fueron todos aquellos diagnosticados y tratados quirúrgicamente en la Unidad de Coloproctología del Servicio de Gastroenterología del Hospital General de México O. D por ser portadores de condiloma anal acuminado y con seguimiento postoperatorio de 6 meses o más. Se define a la recurrencia temprana como la detección en la exploración proctológica de un o más condilomas en el ano, conducto anal o en la mucosa rectal antes de los 6 meses posteriores a la cirugía. Se excluyeron a los pacientes tratados en otros hospitales, pacientes atendidos en otra Unidad de nuestro Hospital, pacientes con patología anorrectal agregada, en pacientes con seguimiento menor de seis meses y con expediente clínico incompleto.

Se captaron las variables en hojas de recolección de datos en donde se incluyó: nombre del paciente, número de historia, edad, sexo, estado civil, ocupación, tendencia sexual del paciente, VIH, tiempo de evolución de la enfermedad, inspección y anuscopia, región anatómica de la recurrencia, intervalo de tiempo de recurrencia y tratamiento de la recurrencia (Anexo 1).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Además se recolectaron los datos y se analizaron para conocer la recurrencia temprana del condiloma anal acuminado posterior a la condilomectomía y condilectomía.

Como objetivo secundario se analizó los factores de riesgo para la recurrencia temprana del condiloma anal acuminado.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

XI. RESULTADOS:

Se revisaron 5,022 expedientes de los archivos de la Unidad de Coloproctología del Servicio de Gastroenterología del Hospital General de México, O. D., durante el período de enero de 2001 a diciembre de 2002, se encontraron 142 pacientes con el diagnóstico de condiloma anal acuminado; de ellos, 85 pacientes se excluyeron por no cumplir con los criterios de inclusión como fueron: no haber acudido a sus citas de revisión, haber sido tratados por otro hospital o servicio, expedientes incompletos y pacientes que no fueron sometidos a tratamiento quirúrgico, entre otros.

De los 142 pacientes con el diagnóstico de condiloma anal acuminado, sólo 57 pacientes cumplieron con los criterios de inclusión; de ellos, 43 pacientes (75.4%) fueron del sexo masculino y 14 pacientes (24.6%) del sexo femenino (Gráfica 1). El rango de edad fue entre los 15 y 48 años, con una media de 25 años (Gráfica 2).

24 de los 57 pacientes presentaron recurrencias tempranas (Gráfica 3); de ellos, 17 pacientes (70.8%) corresponden al sexo masculino, y 7 pacientes (29.2%) al sexo femenino. El sitio anatómico de recurrencia fue: en el ano con 14 pacientes (58.3%), el conducto anal en 8 pacientes (33.3%), y en ambas en 2 pacientes (8.3%) (Gráfica 4).

De los 17 pacientes del sexo masculino que recurrieron, 7 pacientes (41.2%) fueron seropositivos para el virus del VIH (Gráfica 5); de las 7

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

pacientes del sexo femenino que recurrieron, sólo en 2 pacientes (14.3%) fueros seropositivas al virus del VIH (Gráfica 6).

El tiempo postoperatorio que se presentó la recurrencia fue antes de los 2 meses en 19 pacientes (79.2%); a los 3 meses, en 3 pacientes (12.5%); a los 4 meses, a 1 paciente (4.2%); a los 5 meses, ninguno y a los 6 meses a 1 paciente (4.2%) (Gráfica 7).

Los tratamientos empleados para erradicar la recurrencia temprana fue: podofilina en 11 pacientes (45.8%); electrofulguración en 9 pacientes (37.5%); Imiquimod en 3 pacientes (12.8%) y 5-flurouracilo en 1 paciente (4.17%) (Gráfica 8).

El perfil del paciente portador de condiloma anal acuminado que consulta a la Unidad de Coloproctología del Hospital de México, O. D. es: hombre, soltero, estudiante o empleado, entre 21 y 30 años de edad y homosexual.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

XII. DISCUSIÓN:

La recurrencia temprana del condiloma anal acuminado es muy frecuente. Esto se debe a que el virus del papiloma humano no se erradica completamente con los tratamientos que se utilizan en la actualidad. Pareciera que la evolución natural de la enfermedad luego de un tratamiento específico es un período corto sin manifestaciones clínicas para luego ser evidente macroscópicamente⁽⁵⁾.

Recurrencia temprana se definió como la presencia de una o varias lesiones condilomatosas en el ano, conducto anal o en la mucosa rectal, posterior a tratamiento quirúrgico en un intervalo menor de 6 meses.

La recurrencia depende de varios factores como es el comportamiento biológicos del virus del papiloma humano, además de factores inmunológicos del tejido donde se desarrolla. El virus del papiloma humano tiene un período de incubación muy prolongado, que puede variar de 1 mes a 6 meses, además de la capacidad de destrucción de las células de Langerhans, lo que facilita la disminución de las defensas tisulares locales⁽³⁻⁴⁾. Estos dos factores pueden hacer pensar al clínico que el paciente tiene una reinfección, pero no es así, ya que puede estar en fase de incubación de la enfermedad y más tarde hacerse evidente.

La literatura reporta que la recurrencia luego de la condilomectomía y la condilectomía en general es de 42%⁽¹⁴⁾. Los pacientes

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

inmunocomprometidos como son los pacientes seropositivos al VIH se han reportado tasas de recurrencia temprana hasta de un 66%. En la Unidad de Coloproctología del Servicio de Gastroenterología del Hospital General de México, O. D. la recurrencia temprana del condiloma anal acuminado es de 42.1%, que coincide con otros reportes.

Se identificaron 14 pacientes (58.3%) con recurrencia antes de los dos meses de seguimiento. De la Fuente y col. reportan que la mayoría de recurrencias ocurren antes de los 6 meses⁽¹⁾. La explicación de que la mayoría de los pacientes que le recurrió la enfermedad antes de los 2 meses, seguramente obedece a que los pacientes tratado en la Unidad de Coloproctología presentan una inmunosupresión más profunda y para los pacientes seropositivos al VIH, la mayoría no están recibiendo los tratamientos retrovirales adecuados. El 45.8% de los pacientes (9 hombres y 2 mujeres) con recurrencia temprana son seropositivos al VIH.

El tratamiento adecuado de la lesión verrucosa recurrente aun no esta bien establecido. En la Unidad de Coloproctología se utiliza la podofilina y la condilectomía. Las lesiones únicas o localizadas en la región anoperineal son tratadas con podofilina, 1 ó 2 veces por semana. Las lesiones múltiples localizadas en el ano, conducto anal o en la mucosa rectal son tratadas con condilectomía⁽¹⁴⁻¹⁵⁾.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

XIII. CONCLUSIONES:

- 1) La recurrencia temprana de condiloma anal acuminado posterior a condilomectomía y condilectomía en la Unidad de Coloproctología del Servicio de Gastroenterología del Hospital General de México O. D., es de 42.1%.
- 2) La recurrencia temprana del condiloma anal acuminado es más frecuente en el paciente masculino, soltero, entre los 21 y 30 años de edad y homosexual.
- 3) La región anatómica que se presentó la recurrencia temprana del condiloma anal acuminado fue en 58.3% en el ano; 33.3% en conducto anal y en ambas en 8.3%. No se reportó ningún caso de recurrencia en la mucosa rectal.
- 4) El 58.3% de las recurrencias tempranas se presentaron antes de los dos meses posteriores al tratamiento quirúrgico.
- 5) Los tratamientos más utilizados para erradicar la recurrencia del condiloma anal acuminado en la Unidad de Coloproctología del Hospital General de México, O. D. son: la podofilina y la condilectomía.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

XIV. ANEXO:

**RECURRENCIA TEMPRANA DEL CONDILOMA ANAL
ACUMINADO POSTERIOR A CONDILOMECTOMÍA Y
CONDILECTOMÍA: DOS AÑOS DE REVISIÓN EN LA
UNIDAD DE COLOPROCTOLOGIA DEL HOSPITAL
GENERAL DE MEXICO O. D.**

No.

Nombre:

Historia:

Edad:

Sexo: M F

Ocupación:

Tendencia sexual heterosexual bisexual homosexual

HIV positivo negativo

Tiempo de evolución de la enfermedad:

Inspección:

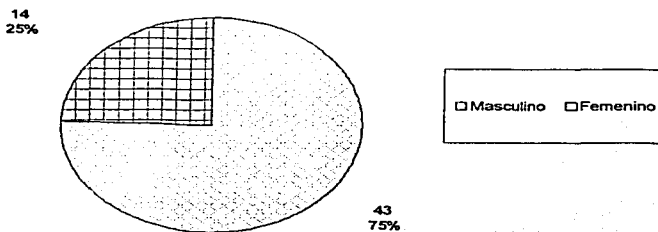
Anuscopia:

Región anatómica de recurrencia: ano conducto anal

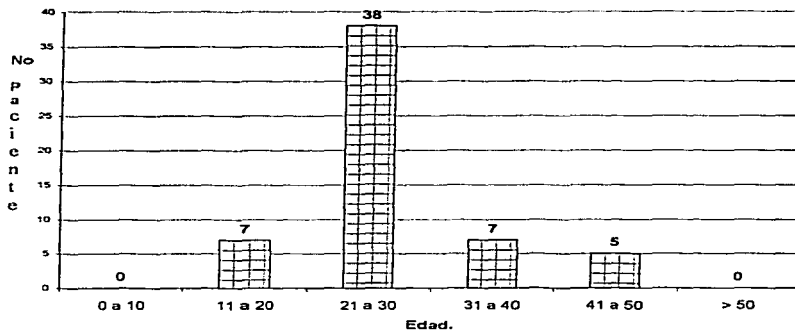
Intervalo de recurrencia:

Tratamiento de recurrencia:

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

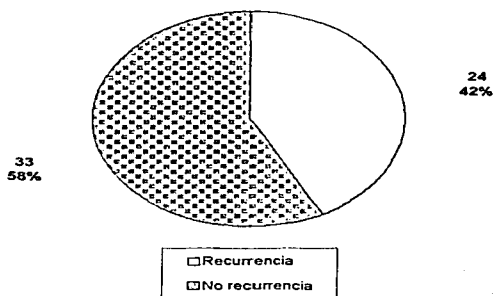
XV. GRÁFICOS:**Gráfica 1: Número de pacientes por sexo.**

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

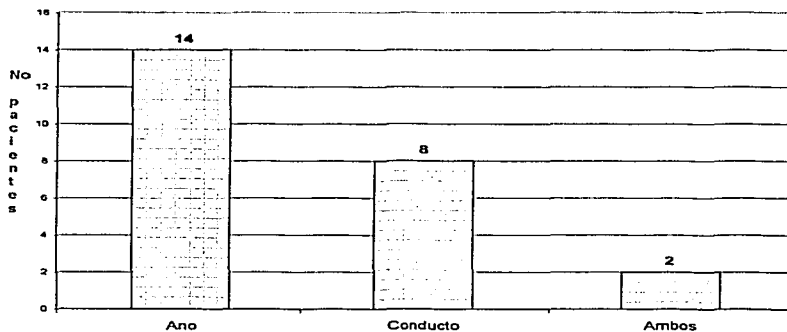
Gráfica 2: Distribución por edades.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Gráfica 3: Número de pacientes con recurrencia

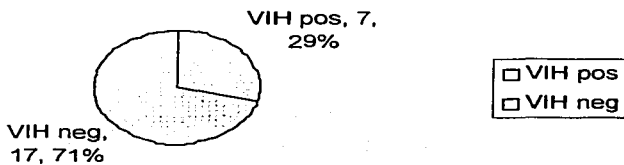


TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Gráfica 4: Sitio anatómico de las recurrencias

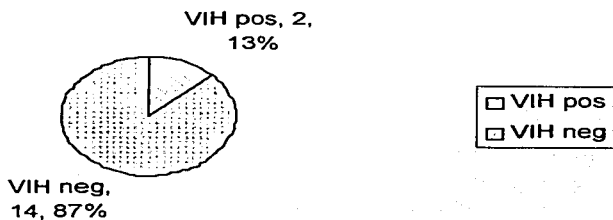
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Gráfica 5: Recurrencia en pacientes masculinos VIH +

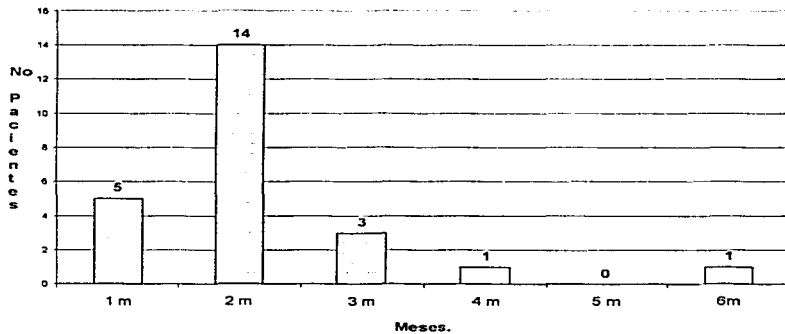


TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Gráfica 6: Recurrencia en pacientes femeninas VIH +

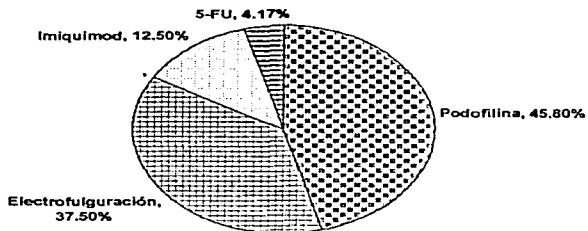


TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Gráfica 7: Tiempo de recurrencias temprana en meses.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Gráfica 8: Tratamiento indicado para eliminar las recurrencias tempranas.



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

XVI. BIBLIOGRAFIA:

- 1) De la Fuente SG, Ludwig KA, Mantyh CR. Preoperative immune status determines anal condyloma recurrence after surgical excisión. *Dis Colon Rectum* 2003;46:367-372.
- 2) De Villiers EM. Heterogeneity of the human papillomavirus group. *J Virol* 1989;63:4898-4903.
- 3) Puy-Montbrun T, Denis J, Ganansia R. Anorectal lesions in human immunodeficiency virus-infected patients. *Int J Colorect Dis* 1992;7:26-30.
- 4) Brown R. Condyloma acuminata. In: Mazier WP, Levien DH, editors. *Surgery of the colon, rectum, and anus*. Philadelphia: WB Saunders Company; 1995. 315.
- 5) Vukasin P. Anal condyloma and HIV-associated anal disease. *Surg Clin North Am* 2002;82:124-130.
- 6) Contreras F, Robledo MC, Vazquez J. Papilomavirus y manifestaciones cutáneas. *Piel* 1993;8:24-30.
- 7) Morson BD, Dawson IMP. *Gastrointestinal Pathology*. Cambridge, Mass: Blackwell Scientific Publications, 1972, 623.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO
DE LA BIBLIOTECA DE LA FACULTAD DE MEDICINA
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- 8) Breese P, Judson FN, Penley KA, Douglas JM. Anal human papillomavirus infection among homosexual and bisexual men: Prevalence of type-specific infection an association with human immunodeficiency virus. *Sex Transm Dis* 1995;22:7-14.
- 9) Yuhan R, Orsay C, DeIPino A. Anorectal disease in HIV-infected patients. *Dis Colon Rectum* 1998;41:1367-70.
- 10) Jensen SL. Comparison of podophyllin application with simple surgical excision in clearance and recurrence of perianal condylomata acuminata. *Lancet* 1985;2:1146-48.
- 11) Handley J, Dinsmore W. Treatment of anogenital warts. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology* 1994;3:251-265.
- 12) Eron LJ, Judson F, Tucker S, Prawer S. Interferon therapy for condylomata acuminata. *N Engl J Med* 1986;315:1059-1064.
- 13) Beck DE, Jaso RG, Zajac RA. Surgical management of anal condylomata in the HIV-positive patient. *Dis Colon Rectum* 1990;5:61-72.
- 14) Goldberg SM, Gordon PH, Finch ME. *Fundamentos de Cirugía Anorrectal*. México: Grupo Noriega Editores, p. 199-106.

TRABAJADO CON
FALLA DE ORIGEN

- 15) Avendaño O. Proctología. México: Impresiones Modernas;
1968:179-185.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN