

CONDILOMA ACUMINADO Y CARCINOMA EPIDERMOIDE ANAL. A PROPÓSITO DE UN CASO.

MsC. Dra. María de Lourdes Menéndez Villa.¹

Especialista de 1er Grado en Medicina Interna. Master en Longevidad Satisfactoria.
Profesora Auxiliar. Hospital General Enrique Cabrera. Boyeros. Habana. Cuba.

Dra. Ivet Rubín Morales.²

Médico General. Hospital Enrique Cabrera. Boyeros. Habana. Cuba

MsC. Dra. Leonor Hernández Piñero³.

Especialista de 2do grado en MGI. Master en Longevidad Satisfactoria. Profesora
Auxiliar. Policlínico California. San Miguel del Padrón. Habana. Cuba

marylumv@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: Los conceptos actuales en cuanto a la etiología y patogenia del cáncer epidermoide anal han cambiado en los últimos años. Se ha demostrado la participación de los subtipos oncogénicos 16 y 18 del virus del papiloma humano (VPH) en la aparición del cáncer epidermoide anal, de tal manera que algunos autores consideran actualmente a esta neoplasia como una enfermedad de transmisión sexual. Objetivo: Revisar algunos aspectos relacionados con la etiopatogenia y epidemiología del VPH y el Cáncer Anal. Desarrollo: Se presenta el caso clínico de un paciente masculino de 48 años con antecedentes de ETS, drogadicción, y Condiloma Acuminado en región perineal al cual se le diagnostica un carcinoma epidermoide anal. Conclusiones. Resulta evidente la importancia de la prevención de las ETS (en particular por VPH) así como su diagnóstico temprano, por su papel determinante en la patogenia de este tipo de cáncer.

Palabras Clave:

VPH y Cáncer Anal, Cáncer epidermoide anal, ETS y Cáncer anal.

INTRODUCCIÓN

Durante muchos años el espectro de las ETS estaba limitado a las cinco enfermedades venéreas clásicas: gonococia, sífilis, chancro blando, linfogranuloma venéreo y granuloma inguinal, denominadas *ETS de primera generación*.¹

En la década de los setenta se describieron nuevos patógenos genitales, como herpes, *Chlamydia trachomatis* y *Ureaplasma urelyticum*, cuyas infecciones se denominaron *ETS de segunda generación*.¹

En la actualidad se considera que las infecciones víricas como las producidas por el HIV, el citomegalovirus y los papilomavirus, están reemplazando a las ETS bacterianas clásicas (sífilis, gonococia y chancro blando) en importancia y frecuencia. A estos nuevos agentes se los considera hoy productores de las *ETS de tercera generación*.¹

Estas infecciones son más difíciles de identificar, tratar y controlar y causan graves complicaciones que pueden conducir a infecciones crónicas, el cáncer, o incluso, a la muerte¹.

La infección por el virus de papiloma humano (VPH) es la infección de transmisión sexual (ITS) de mayor incidencia mundial² y se puede expresar de forma clínica, subclínica o latente.³

Actualmente se conocen más de 120 genotipos de VPH,⁴ y cada tipo muestra un tropismo particular por sitios anatómicos específicos, los más comunes, piel y mucosas del tracto oral, respiratorio y ano genital.⁵ De todos ellos más de 40 se han aislado en el tracto genital inferior.⁶ Los VPH se han subclasificado según su capacidad oncogénica, en bajo y alto riesgo.⁷

Una persistente infección con un subgrupo de cerca de 13 VPH sexualmente transmitidos, llamados «de alto riesgo», incluyendo a los tipos 16, 18, 31,33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68 —que son diferentes de los que causan verrugas— pueden favorecer el desarrollo de:

- CIN (neoplasia cervical intraepitelial),
- VIN (neoplasia vulvar intraepitelial),
- PIN (neoplasia peneana intraepitelial), o
- AIN (neoplasia anal intraepitelial).

Esas son lesiones precancerosas y pueden progresar a cáncer invasivo.^{8 9}

De acuerdo con el informe realizado por especialistas de la Universidad de Harvard, Estados Unidos, solo en este país, en 2009 se detectaron más de 2000 casos de tumores anales, donde 260 pacientes que tenían el tumor fallecieron.^{9 10}

El 80% de los decesos estaba asociado a los subtipos 16 y 18 del VPH, responsable también de un elevado porcentaje del cáncer cervicouterino en las mujeres.^{9 10}

Los hombres que tienen sexo con hombres tienen el mismo riesgo de padecer un cáncer anal que las féminas de contraer el cáncer cervicouterino.¹⁰

Con el objetivo de revisar algunos aspectos relacionados con la etiopatogenia y epidemiología del VPH y el Cáncer Anal presentamos a continuación el caso de un

enfermo en el cual coexistían ambas entidades; Condiloma acuminado y cáncer anal.

Caso Clínico:

Pte., masculino, de 48 años de edad, color de la piel negra, con escolaridad de 12 grado, desocupado, residente desde hacía 8 meses en el Centro de Atención a Personas con Conducta Deambulante (CAPCD) "La Colonia" del municipio Boyeros.

Acude a consulta en Diciembre del 2013 por presentar lesiones vegetantes de crecimiento progresivo de aproximadamente 20 años de evolución, localizadas en genitales, región inguinal y perianal; que nunca antes habían sido tratadas. Hace 7 meses empieza con molestias al defecar que se hacen más intensas, comenzando hace 3 meses con dolor intenso al defecar y en ocasiones siente que le corre un "líquido fétido" por las piernas. Hace 2 meses el dolor se vuelve insoportable al defecar, sentarse, dormir y que incluso lo despertaba, razón por la cual acude a consulta, donde se observa la infección de dichas lesiones en región perianal, y es ingresado en el servicio de Medicina Interna-Psiquiatría del Hospital Docente "Enrique Cabrera" de La Habana, donde lleva tratamiento con Metronidazol y Claforan; se le realiza biopsia de la lesión perianal y se le da el alta hospitalaria para esperar resultados en el área de salud. Ingresa nuevamente el 28 /01/14 en el mismo hospital para tratamiento quirúrgico definitivo.

A.P.P: Papilomas venéreos en genitales, región inguinal y perianal.

Gonorrea (5 veces)

Hábitos tóxicos: Adicción a diversas sustancias por 35 años

-Tabaco ("la mayor cantidad de cigarros que consiga al día")

- Alcohol, marihuana y cocaína hasta hace 8 meses.

-Promiscuidad sin uso de preservativos en sus relaciones sexuales. Refiere ser heterosexual

Se recoge el dato de Pérdida de peso de 18 kilos aproximadamente en el último año
Al Examen físico se constata:

IMC: 19,2(desnutrido)

SHLP: Adenopatías de 1 mm, suaves, movibles, no adheridas a planos profundos, no dolorosas, en número de 1 y 2 en cadena cervical derecha e izquierda r respectivamente. Adenopatías inguinales pétreas, no dolorosas, adheridas a planos profundos, no rubor ni calor en la piel que las circunda; 3 en región inguinal derecha que varían entre 1.5 a 3 cm; y en número de 4 en región inguinal izquierda de 1.5 a 3.5 cm.

Periné: Formaciones papilomatosas sésiles en glande, cuerpo del pene, y región inguinal. Formaciones papilomatosas con aspecto de coliflor en región perianal, con

ulceraciones y abundante secreción fétida y exudación, doloroso a la palpación. Ulceración en glúteo derecho en cuadrante inferior interno.

Hemograma:

Hb: 111g/l Leuco: **12.2x10⁹** poli: **82** linfo: 16 Eo:02. **VSG: 83mm**

Hto: 0,34 Plaquetas: 268 x 10⁹ /L. Coagulograma normal.

Glucosa: 6 mmol/L

Creatinina: 78 mmol/L

Ac. Úrico: 210

TGP: 36

TGO: 77

Amilasa: 155 mmol/L

FAL: 648

Albúmina: 37.3

Colesterol: 4.06

Triglicéridos: 0.73

VIH: Negativo (Test Rápido)

Serología: N/R

Rx de Tórax: Área Cardíaca normal. Signos de enfisema pulmonar.

EKG: Dentro de límites normales.

US Abdominal: Hígado homogéneo de tamaño normal con aumento difuso de su ecogenicidad, no lesión focal. Vesícula biliar con paredes finas, no cálculo, resto de vías sin alteraciones. Ambos riñones de posición normal, con buena Relación Cortico-Medular, no éctasia. RD: 106x39x14mm. RI: 102x47x16 mm. Bazo-páncreas de tamaño normal. Aorta abdominal de calibre normal. No se precisa T abdominal. No adenopatías.

Biopsia; Carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado infiltrante.

DISCUSIÓN

Los cánceres anales representan el 1% al 2% de todos los tumores malignos del aparato digestivo, y el 2% al 4% de los cánceres anorrectales.¹²

El cáncer anal aparece con mayor frecuencia durante la sexta década de la vida. Se dividen en dos grupos que difieren en su epidemiología, histología y pronóstico.¹²

Los del conducto o canal anal, tumores proximales al borde anal, constituyen el 67% de todos los cánceres anales. Este tipo de cáncer es de 3 a 4 veces más frecuente en mujeres que en hombres.¹²

El del margen anal (tumores distales al borde anal), por su parte, son más frecuentes en varones. Siendo significativamente más elevado en hombres que tienen sexo con hombres (H.S.H.), comparado con la población general.

Jennifer Blumetti, explica que el carcinoma epidermoide es el tipo más común de las malignidades del conducto anal encontradas en el 80 al 85% de todas las lesiones, estas incluyen carcinoma de células escamosas y sus variantes (cloacogénicos, basaloides y cacinomas transicionales).¹² _

Se plantea una etiología multifactorial. Identificándose entre los factores de riesgo:

Fuerte evidencia

Infección por el Virus del papiloma humano (V.P.H.). (Verrugas anogenitales).

Antecedentes de relaciones sexuales con penetración anal.

Antecedentes de enfermedades de transmisión sexual (E.T.S.)

Más de 10 parejas sexuales.

Antecedentes de cáncer cervical, vulvar o vaginal.

Inmunosupresión después de un trasplante de órgano sólido

Moderada evidencia

Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. (V.I.H.)

Uso prolongado de esteroides.

Hábito de fumar.

En nuestro caso se suman varios de los antecedentes epidemiológicos señalados tales como las adicciones, la promiscuidad, Gonorrea en varias ocasiones, así como la presencia de lesiones por VPH con años de evolución.

No fue hasta 1975 en que se relacionó el VPH con otros cánceres además del cáncer cérvico-uterino. Aparecieron en la literatura reportes de casos asociados al cáncer anorectal, de colon, bucal y esofágico. Las infecciones por VPH se clasifican desde entonces en genitales y no genitales. Existen más de 100 tipos de VPH bien identificados y otros no bien estudiados aún. Los tipos detectados en vías digestivas (segmento buco-orofaríngeo, esófago, colon y ano-recto) han sido: 6, 9, 11, 13, 16, 18, 20, 24, 25, 30, 33, 35, 45, 51 al 54, 57, DL231, DL416, DL428 y DL436^{11 12}

13 14 15 16

Los conceptos actuales en cuanto a la etiología y patogenia del cáncer epidermoide anal han cambiado en los últimos años. Se ha demostrado la participación de los subtipos oncogénicos 16 y 18 del virus del papiloma humano (VPH) en la aparición del cáncer epidermoide anal, de tal manera que algunos autores consideran actualmente a esta neoplasia como una enfermedad de transmisión sexual.^{10 17 18 19}

20

CONCLUSIONES

Resulta evidente la importancia de la prevención de las ETS (en particular por VPH) así como su diagnóstico temprano, por su papel determinante en la patogenia de este tipo de cáncer.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Farreras Roztman-Medicina Interna. 2009. Ediciones Harcourt, S. A. Velázquez, 24, 5.º Dcha. 28001 Madrid. España
- 2.- Foldvari M. HPV infections: can they be eradicated using nanotechnology? *Nanomedicine*. 2012 Feb;8(2):131-5.
3. Braillard Pocard PM, Braverman A, Cabrera MN, Chapier VV. Cáncer de cérvix: incidencia según edad y estadio tumoral. *Rev Postg Vía Cated Med [Internet]*. 2005 [citado 12 Jul 2012];(141):[aprox. 5 p.]. Disponible en: http://med.unne.edu.ar/revista/revista141/3_141.htm
4. Yanofsky VR, Patel RV, Goldenberg G. Genital warts: a comprehensive review. *J Clin Aesthet Dermatol*. 2012 Jun;5(6):25-36.
5. Sánchez-Vargas LO, Díaz Hernández C, Martínez Martínez A. Detection of Human Papilloma Virus (HPV) in oral mucosa of women with cervical lesions and their relation to oral sex practices. *Inf Agents Canc*. 2010;5:25.
6. Stanley M. HPV: immune response to infection and vaccination. *Infectious Agents and Cancer [Internet]*. 2010 [cited 2012 Jul12];5:[about 19 p.]. Available from: <http://www.infectagentscancer.com/content/5/1/>
7. Zhang D, Zhang Q, Zhou L, Huo L, Zhang Y, Shen Z, et al. Comparison of prevalence, viral load, physical status and expression of human papillomavirus-16, -18 and -58 in esophageal and cervical cancer: a case-control study. *BMC Cancer*. 2010;10:650.
8. Giraldi G, De Luca d'Alessandro E. The HPV infection in males: an update. *Ann Ig*. 2012 Nov-Dec;24(6):497-506.
- 9- Greenblatt R.J. 2005. Virus del papiloma humano: enfermedades, diagnosis, y posible vacuna. *Clinical Microbiology Newsletter*, 27(18), 139-145.
- 10- [http://www.sld.cu/Servicio de noticias en salud Al Día » Hombres homosexuales deben vacunarse contra el virus del papiloma humano.htm](http://www.sld.cu/Servicio%20de%20noticias%20en%20salud%20Al%20D%C3%ADa%20»%20Hombres%20homosexuales%20deben%20vacunarse%20contra%20el%20virus%20del%20papiloma%20humano.htm) (Washington, noviembre 5/2010 (PL))
- 11- Ojeda JM. Virus papiloma humano: de la biología a la clínica. *Medwave* 2010 Jul;10(7). doi: 10.5867/medwave.2010.07.4619 **Fecha de publicación:** 1/7/2010
- 12- Sociedad Cubana de Coloproctología, Consenso Nacional de Cáncer Anal (conducto anorectal y margen anal). Cuba, La Habana; 2011.
- 13- Kumar V, Fausto N, Abbas A. Molecular Basis of Cancer, Carcinogenic Agents and Their Cellular Interactions. En: Robbins and Cotran Pathologic basis of disease. 7th ed. Philadelphia: Saunders, 2008. [↑](#)
- 14 - Kumar V, Fausto N, Abbas A. Human Papillomaviruses. En: Robbins and Cotran Pathologic basis of disease. 7th ed. Philadelphia: Saunders, 2008. [↑](#)
- 15- Mandell GL, Bennett JE, Dollin R. Papillomaviruses. En: Principios y práctica de enfermedades infecciosas. 6 ed. Madrid, España: Elsevier, 2005:1841-1851. [↑](#)
- 16 - Reina JC, Muñoz N, Sánchez GI. El estado del arte en las infecciones producidas por El Virus del Papiloma Humano. *Colomb Méd*. 2008 Abr-Jun;39(2):189-195. [↑](#) | [Link](#) |

17- Serra MA, Fojo AW, González N, Cardoso M, García M, Aleaga YY. Human papillomavirus infection and esophageal cancer: a case report. *Medwave* 2012 Oct;12(9):e5531 doi: 10.5867/medwave.2012.09.5531

18- Vukasin P. Condiloma anal y enfermedad anal relacionada con el VIH. *Clin Quir North Am.* 2002; 6: 1157-1169

19-García-Espinosa et al. I.: Human papillomavirus genotypes in human immunodeficiency virus-positive patients with anal pathology in Madrid, Spain. *Diagnostic Pathology* 2013 8:204.

20-Kreuter A, Potthoff A, Brockmeyer NH, Gambichler T, Swoboda J, Stücker M, Schmitt M, Pfister H, Wieland U, German Competence Network HIV/AIDS: Anal carcinoma in human immunodeficiency virus-positive men: results of a prospective study from Germany. *Br J Dermatol* 2010, 162(6): 1269–1277.
Imágenes

Condiloma Acuminado perianal ulcerado.

ANEXOS

