

# Condilomatosis Anal Extensa ¿Electrofulguración o Colgajos?

## A Propósito de Dos Casos y Revisión de Antecedentes

Silvana V. Piussi, Luciana La Rosa, Mariano Vaingurt, Juan Pablo Muñoz, Omar R. Miravalle, Carlos Miguel Lumi, Alejandro Gutierrez

Centro Privado de Cirugía y Coloproctología

### RESUMEN

**Introducción:** La condilomatosis anal que compromete grandes extensiones del anodermo es poco frecuente pero con potenciales complicaciones luego del tratamiento. La recuperación postoperatoria está en relación directa con la cantidad de anodermo reseca ya que resecciones amplias pueden determinar la formación de una estenosis anal.

**Objetivo:** informar sobre nuestra experiencia en pacientes tratados con resección superficial y electrofulguración por condilomatosis anal extensa, sin la utilización de colgajos.

**Material y métodos:** El presente trabajo es una serie de casos retrospectiva y descriptiva de dos pacientes que presentaron condilomatosis anal extensa tratados con resección y electrofulguración entre agosto y octubre de 2012 en el Centro Privado de Cirugía y Coloproctología. Además, se realiza una revisión bibliográfica acerca de este tipo de intervenciones.

**Resultados:** Se trataron dos pacientes de sexo masculino de 19 y 25 años de edad con lesiones elevadas de aspecto verrugoso que afectaban la región perianal y endoanal de manera circunferencial, y cuya extensión alcanzaba una longitud promedio de 15 cm en su eje mayor. Se realizó el tratamiento quirúrgico de la totalidad de las lesiones; las verrugas más superficiales fueron electrofulguradas y las pediculadas más grandes fueron resecaadas en su base. El seguimiento postoperatorio promedio fue de 18 meses. Se observó la cicatrización completa de las heridas a los 30 días del postoperatorio sin cicatrices retráctiles ni síntomas y/o signos de estenosis anal, alteraciones de la continencia o de la defecación. Al sexto mes se observó recidiva de condilomas pequeños y aislados perianales y endoanales en los dos pacientes que fueron tratados localmente en forma ambulatoria. No se observó el desarrollo de neoplasia intraepitelial anal de alto grado ni lesiones invasivas durante el período de seguimiento.

**Conclusiones:** El tratamiento quirúrgico de la condilomatosis anal extensa mediante resección y electrofulguración sin la utilización de colgajos es eficaz y tiene baja morbilidad.

**Palabras clave:** Condilomatosis Anal; Resección; Electrofulguración

### ABSTRACT

**Introduction:** extensive anal condyloma is rare condition with serious potential complications after treatment. Postoperative recovery is directly related to the amount of resected anoderm; wide resections can result in anal stenosis.

**Objective:** To report our experience treating extensive anal condyloma with resection and fulguration without the use of flaps.

**Material and Methods:** analysis of two patients with confluent anal condyloma treated with resection and fulguration between August and October 2012 in the Centro Privado de Cirugía y Coloproctología. A literature review is done.

**Results:** Two male patients 19 to 25 years old with multiple warty lesions affecting the perianal and anal region circumferentially with an extension of 15 cm in its long axis were treated. Surgical treatment of all lesions was performed; the most superficial warts were fulgurated and larger pedunculated ones were excised at its base. The average postoperative follow-up was 18 months. Complete wound healing occurred at 30 days postoperatively without retractile scars or symptoms and / or signs of anal stenosis, impaired continence or defecation. Recurrent perianal and endoanal small warts developed at sixth month postoperatively and were treated locally on an outpatient basis. Non high grade anal intraepithelial lesions or invasive carcinoma was observed during the follow-up period.

**Conclusions:** Surgical treatment of extensive anal condyloma with fulguration and superficial resection without the use of flaps is effective and has low morbidity.

**Key Words:** Anal Condilomatosis; Resection; Electrofulguration

## INTRODUCCIÓN

Las lesiones provocadas por el Virus del Papiloma

Leído en Sesión SACP 13 de junio de 2014

Recibido 11 de junio de 2014

Corregido y aceptado para su publicación el 8 de agosto de 2014

Correspondencia:

vpussi@hotmail.com

Humano (VPH) constituyen la infección de transmisión sexual (ITS) más frecuente en la consulta proctológica. La incidencia y prevalencia de las ITS en los Estados Unidos para el año 2008 era de 20 millones y 110 millones respectivamente, correspondiendo al VPH el 70% del total.<sup>1</sup> En nuestro país no hay registros uniformes. El primer informe en Argentina sobre ITS en una población de trabajadores sexuales masculinos estimó una prevalencia del VPH

de 97,4%.<sup>2</sup>

Las opciones de tratamiento de la condilomatosis anal incluyen la ablación con distintas técnicas y una amplia gama de agentes tópicos. Las verrugas más pequeñas pueden ser susceptibles de medidas conservadoras mientras que las verrugas extensas y confluentes son generalmente refractarias a los tratamientos tópicos y en algunos casos plantean interrogantes sobre su tratamiento y el desarrollo de cáncer.<sup>3</sup>

La condilomatosis anal que compromete grandes extensiones del anodermo es poco frecuente pero con potenciales complicaciones luego del tratamiento.<sup>4</sup> La recuperación postoperatoria está en relación directa con la cantidad de anodermo reseca ya que resecciones amplias pueden determinar la formación de una estenosis anal. Con la intención de prevenir esta complicación se ha sugerido la reconstrucción inmediata con colgajos,<sup>5-9</sup> procedimiento que también se asocia a importantes complicaciones.

Independientemente del tratamiento utilizado la recidiva de condilomas es frecuente.<sup>10</sup>

El objetivo de esta comunicación es informar sobre nuestra experiencia en pacientes tratados con resección superficial y electrofulguración por condilomatosis anal extensa.

## MATERIALES Y MÉTODOS

El presente trabajo es una serie de casos retrospectiva y descriptiva de dos pacientes que presentaron condilomatosis anal extensa tratados con resección y electrofulguración, entre agosto y octubre de 2012 en el Centro Privado de Cirugía y Coloproctología. Además, se realiza una revisión bibliográfica acerca de este tipo de intervenciones.

No existiendo una propuesta universal sobre el significado de condilomatosis anal extensa, se definió como tal a condilomas confluentes con una extensión radial mayor a 5 cm y que comprometan más del 50% de la circunferencia.

Se incluyeron sólo los pacientes con condilomatosis extensa, excluyéndose aquellos con un grado menor de verrugas.

Se registraron datos sociodemográficos y sobre ITS (sexo, síntomas, sexualidad anal receptiva, serologías para Virus de Inmunodeficiencia Humana -VIH- y otras ITS y tratamientos previos) y acerca de la evolución local del área quirúrgica, recidiva, trastornos de la continencia y de la defecación, reinicio de la actividad sexual y desarrollo de estenosis.

## RESULTADOS

Se trataron dos pacientes de sexo masculino de 19 y 25 años de edad. Uno de ellos, portador de VIH bajo tratamiento antirretroviral y cuyo último recuento de CD4 era de 387 células/ml y carga viral de 279 copias/ml, refería coito anal receptivo y el motivo de consulta fue secreción anal fétida, dolor evacuatorio y prurito anal. En el otro, la sola presencia de las verrugas. Ambos habían sido tratados previamente: el primero con topicaciones locales con ácido tricloroacético al 80% y el otro mediante criocirugía. Ninguno presentaba alteraciones de su continencia al momento de la consulta inicial.

En ambos se observaban múltiples lesiones elevadas de aspecto verrugoso, pediculadas y confluentes de 5 mm a 20 mm cada una, que afectaban la región perianal y endoanal de manera circunferencial, cuya extensión alcanzaba una longitud promedio de 15 cm en su eje mayor (Fig. 1).

Bajo anestesia general, con profilaxis antibiótica y en posición de Lloyd-Davies, se realizó el tratamiento quirúrgico de todas las lesiones en los dos enfermos. Las verrugas más superficiales fueron electrofulguradas hasta su desaparición, cuidando de no alcanzar la dermis profunda o la grasa subcutánea, mientras que las pediculadas más grandes fueron resecaadas en su base. Las lesiones resecaadas fueron enviadas para su estudio histopatológico, confirmándose el diagnóstico de condilomas acuminados sin evidencia de displasia de alto grado en los dos casos. El alta hospitalaria fue otorgada dentro de las 24 horas del postoperatorio, indicándose curaciones diarias con crema de sulfadiazina de plata, vitamina A, lidocaína y antiinflamatorios no esteroideos orales.

El seguimiento postoperatorio promedio fue de 18 meses (19 y 17). Se observó la cicatrización completa de las heridas a los 30 días del postoperatorio sin cicatrices retráctiles ni síntomas y/o signos de estenosis anal, alteraciones de la continencia o de la defecación. El paciente que practicaba coito anal receptivo reinició su actividad sexual sin dificultad a los 60 días del postoperatorio.

Los controles se realizaron a los 3, 6 y 12 meses mediante citología anal y anoscopía de alta resolución (AAR). Al sexto mes se observó recidiva de condilomas pequeños y aislados perianales y endoanales en los dos pacientes. Fueron topicados localmente en forma ambulatoria con ácido tricloroacético al 80% desapareciendo las lesiones y sin recidivas hasta febrero de 2014.

No se observó el desarrollo de neoplasia intraepite-



Figura 1: Se observaban múltiples lesiones elevadas de aspecto verrugoso.



Figura 2: 3 meses posoperatorio.

lial anal de alto grado ni lesiones invasivas durante el período de seguimiento.

## DISCUSIÓN

El virus del papiloma humano, agente causal de esta patología benigna, compromete sólo la epidermis por lo que tratamientos que involucren la sección o resección de capas más profundas de la piel no aportarán beneficio y generarán mayor morbilidad. La extirpación quirúrgica extensa del anodermo se asocia con el desarrollo de estenosis anal.<sup>11-13</sup> Para evitar esta posible complicación luego de la escisión de grandes y confluentes verrugas anales, se sugiere la reconstrucción con colgajos.<sup>14,15</sup> Sin embargo, estas técnicas pueden presentar complicaciones como dehiscencia, formación de seromas, hematomas e infección

postoperatoria que también conllevan un riesgo de desarrollar cicatrices extensas y estenosis pudiendo comprometer la continencia, la defecación y la sexualidad anal. Klaristenfeld y col.<sup>16</sup> trataron 41 pacientes con verrugas confluentes perianales y endoanales que comprometían más del 50% de la circunferencia pero sin considerar, como aquí fue hecho, la extensión radial de la enfermedad. Al igual que en los casos aquí presentados, realizaron resección y electrofulguración superficial de la totalidad de las lesiones. Con esta técnica se evitó la formación de cicatrices extensas lográndose mejores resultados estéticos, sin estenosis anal (Fig. 2). Por lo tanto, estos resultados llevarían a concluir que el uso preventivo de colgajos es innecesario.

La indicación de grandes resecciones con el objetivo de contar con la pieza completa para identificar posibles neoplasias intraepiteliales de alto grado no se justificaría ya que su tratamiento no difiere del indicado para los condilomas.<sup>17,18</sup>

Es posible confundir la condilomatosis extensa con el tumor gigante de Buschke Lowentein por sus características macroscópicas.<sup>19</sup> Éste es un carcinoma escamoso bien diferenciado que se localiza en la piel y mucosas de la región anogenital y el diagnóstico diferencial es histopatológico.<sup>20-22</sup> Esta diferencia cobra importancia porque cambia la terapéutica. Si existiesen sospechas de malignidad, la misma debe ser descartada mediante una biopsia, ya que el tratamiento de los carcinomas escamosos de una extensión mayor al centímetro es mediante quimio y radioterapia.<sup>23</sup>

## CONCLUSIÓN

Los casos presentados y la bibliografía consultada muestran que el tratamiento quirúrgico de la condilomatosis anal extensa mediante resección y electrofulguración sin la utilización de colgajos es eficaz y tiene baja morbilidad. De todos modos se requieren series más importantes para obtener mayores evidencias que apoyen estos resultados.

Creemos indispensable el seguimiento con citología anal y anoscopía de alta resolución, ya que nos permitió realizar el diagnóstico precoz de lesiones recidivantes, controlar la enfermedad con tratamientos tópicos y descartar y prevenir el desarrollo de lesiones anales invasivas.

## BIBLIOGRAFÍA

- Satterwhite CL, et al. Sexually transmitted infections among U.S. women and men: prevalence and incidence estimates, 2008. *Sex Transm Dis* 2013; 40 (3): 187-93.
- Dos Ramos Farías MS, García MN, Reynaga E, et al. Primer reporte sobre ETS en población trans y trabajadores sexuales masculinos en Argentina. Comisión de SIDA y ETS. Sociedad Argentina de Infectología. Diciembre 2011.
- Congilosi SM, Madoff RD. Current therapy for recurrent and extensive anal warts *Dis Colon Rectum* 1995; 38: 1101-1107.
- Uribe N, Rueda C, López M, et al. Management of giant anal condyloma by wide local excision and anoplasty. *Colorectal Disease* 2012; 14: 1394-1397.
- Uribe N, Millán M, Flores J, Asencio F, Díaz F, Ruiz J. Excision and V-Y plasty reconstruction for gyant condiloma acuminatum. *Tech Coloproctol* 2004; 8: 107-9.
- Chaidemenos G, Kogia M, Souparis A, et al. Radical excision and mesh-skin garfting for giant anorectal condyloma acuminatum. *Dermatol Surg* 2006; 32: 324-328.
- Oh C, Albanese C. S-plasty for various anal lesions. *Am J Surg* 1992; 10: 606-608.
- Mestrovic T, Cavcic J, Martinac P et al. Reconstruction of skin defects after radical excision of anorectal giant condiloma acuminatum: 6 cases. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2003; 17: 541-545.
- Liberman H, Thorson AG. How I do it. Anal stenosis. *Am J Surg* 2000; 179: 325-329.
- De la Fuente SG, Ludwig KA, Mantyh CR. Preoperative immune status determines anal condyloma recurrence after surgical excision. *Dis Colon Rectum* 2003; 46: 367-373.
- Habr-Gama A, Sobrado CW, de Araujo SE et al. Surgical treatment of anal stenosis: assessment of 77 anoplasties. *Clinics (Sao Paulo, Brazil)* 2005; 60:17-20.
- Eu KW, Teoh TA, Seow-Choen F, Goh HS. Anal stricture following haemorrhoidectomy: early diagnosis and treatment. *ANZ J Surg* 2006; 65:101-103.
- Burt CV. Thick split-skin graft for anal stenosis, Paget's disease, condyloma acuminata, pruritus ani and other anorectal conditions: report of four cases. *Dis Colon Rectum* 1961; 4: 319-326.
- Ulas M, Bostanci EB, Teke Z. et al. Giant Anorectal Condyloma Acuminatum of Buscke-Lowenstein: Successful Plastic Reconstruction with Bilateral Gluteal Musculocutaneous V-Y Advancement Flat. *Indian J Surg* 2013; 75(suppl 1): 168-170.
- Uribe N, Rueda C, López M, Balciscueta Z., Martín MC, Terrádez JJ, Flores J. Management of giant anal condyloma by wide local excision and anoplasty. *Colorectal Dis* 2012, 14: 1394-97.
- Klaristenfeld D, Israelit S, Beart R, et al. Surgical excision of extensive anal condylomata not associated with risk of anal stenosis. *Int J Colorectal Dis* 2008; 23: 853-856.
- Goldstone SE, Johnstone AA, Moshier EL. Long term outcome of ablation of anal high-grade squamous intraepithelial lesions: recurrence and incidence of cancer. *Dis Colon Rectum* 2014; 57: 316-323.
- Pineda CE, Berry JM, Jay N. et al. High-Resolution Anoscopy Targeted Surgical Destruction of Anal High-Grade Squamous Intraepithelial Lesions: A Ten-Year Experience. *Dis Colon Rectum* 2008; 51: 829-837.
- Battaglia L, Vannelli A, Belli F, et al. Giant condyloma acuminatum of the anorectum: successful radical surgery with anal reconstruction. *Tumori* 2011; 97: 805-807.
- Martin JM, Molina I, Monteagudo C, et al. Buscke-Lowenstein Tumor. *J Dermatol Case Rep* 2008; 4: 60-62.
- Lnhacre TA, Kong CS, Welton ML. Diagnostic Problems in Anal pathology. *Adv Anat Pathol* 2008; 15: 263-278.
- Levy A, Lebbe C. Tumor: Diagnosis and Treatment. *An Urol (Paris)* 2006; 40: 175-178.
- Steele S, Varma MG, Melton GB. Practice Parameters for Anal Squamous Neoplasms. *Dis Colon Rectum* 2012; 55 (7): 735-749.

## COMENTARIOS SESIÓN SACP – SESIÓN 13 DE JUNIO DE 2014

## DISCUSIÓN

**Dr. Jorge Rodríguez Martín:** Mi comentario es muy breve porque los dos casos presentados son un gran desafío para su solución quirúrgica, para tratar de evitar justamente lo que la doctora remarcó, que son las secuelas; por lo tanto los resultados han sido buenos. Pero yo quería hacer una pregunta, ¿qué criterios usaron para decir que era una recidiva y que no era una reinfección? Dado que uno de los pacientes al poco tiempo empezó otra vez con sus prácticas sexuales.

**Dra. Laura Svidler Lopez:** Deseo resaltar lo interesante del tema. Quería hacer una pregunta en relación a si para prevenir la recidiva suelen hacer algún tratamiento (como imiquimod). Y después comentar que en un caso como el que vos presentaste uno puede hacer fulguración con mejor resultado que colgajo. Nosotros en el hospital, junto a Dr. Bun, entre 1991 y 2012 hemos tenido 15 casos HIV positivos con condilomatosis extensas (considerando como tal aquellas con más de 4 centímetros y con compromiso del conducto). Y son lesiones que a diferencia de las que vos mostraste son como una placa en las que es muy difícil electrofulgurar y lo más complicado es tratar el conducto. En esa situación no hemos encontrado otra alternativa que los colgajos aún con los resultados complicados. Por otro lado, como antecedentes en los pacientes uno había recibido ácido tricloroacético y el otro criocirugía. Quería saber si esos los habían tratado ustedes, si esos tratamientos los habían recibido en otro lado; y si los recibieron en otro lado, si ustedes no utilizan por ejemplo ácido tricloroacético o algún otro procedimiento para disminuir el tamaño de la lesión, aunque sea poca para disminuir después el tamaño de la resección. Y otra pregunta, ¿cuál fue el resultado de la anoscopia de alta resolución? Si encontraron en el conducto algún tipo de displasia o simplemente por la anoscopia diagnosticaron la recidiva de los condilomas. Nada más.

**Dr. Jorge Cheli:** Simplemente felicitarlos y decirles que nosotros hemos tenido en el Hospital San Martín de La Plata 12 casos de los cuales 2 fueron tumores de Löwenstein. Recuerdo que una de las pacientes fue sometida a tres colgajos deslizados, de los cuales uno solo se había despegado y los restantes dos habían andado

muy bien. Por otro lado, recuerdo ese caso porque la mujer estaba embarazada y creo que la impresión hormonal que tenía en ese momento había hecho que el tumor fuera uno de los más grandes que me tocó ver. Y a similitud de lo que decía recién la colega, el anodermo también estaba tomado y tuve que hacerle colgajo deslizado porque no me quedó otra alternativa porque la estenosis hubiera sido la regla. Porque si uno busca estas lesiones cuando las levanta, puede encontrar que las bases de implantación son pequeñas, pero hay ciertos casos en quienes las bases de implantación son mucho más grandes y el único que le queda como alternativa es hacer un colgajo. Mi pregunta es si les ha tocado paciente embarazada y si han notado alguna diferencia con respecto a la impresión hormonal en relación a otros casos que no tenían esa impresión hormonal, durante el embarazo. Gracias.

## CIERRE DE DISCUSIÓN

**Dra. Silvana Piussi:** La frecuencia de estos pacientes, se refería a que entre agosto y octubre recibimos dos pacientes, yo creo que fue coincidencia en ese corto periodo, lo que nos motivó también a investigar un poquito más sobre este tema. En los meses siguientes tuvimos otro caso y bueno también lo fuimos sumando. La condilomatosis anal ocupa el segundo lugar después de la patología hemorroidal en frecuencia, como consulta en centro ambulatorio.

El segundo paciente no refería mantener relaciones sexuales receptivas. En estos pacientes (hombres que no refieren sexo con hombres) la bibliografía dice que hay entre un 10 y 30% de pacientes que no tienen conductas de riesgo y presentan enfermedad por el virus de papiloma humano. Otra explicación al paciente no le damos.

Respecto a la vacuna, los beneficios son para aquellos pacientes portadores de VIH o hombres que tienen sexo con hombres, para prevenir la infección por cepas que se asocian a lesiones intraepiteliales de alto grado o carcinoma. Entonces en esos pacientes sí la recomendamos, pero en general lo tratamos en concordancia con el infectólogo.

Respecto a cómo definimos la recidiva (si era una recidiva o era una nueva infección), este paciente que refería relaciones sexuales receptivas con su pareja utilizaba preservativo así que interpretamos que teniendo esos cuidados se trataba de una recidiva y no de una reinfección.

Coincidió con la Dra. Laura Svidler Lopez respecto a lo complejo del tratamiento de estos pacientes y vuelvo a insistir, los dos pacientes que presentamos eran diferentes a las otras imágenes quizás en cuanto a las características macroscópicas. No indicamos ningún tratamiento para prevenir la recidiva, simplemente hacemos controles con citología y anoscopia de alta resolución.

Con respecto a si los tratamientos previos habían sido en otro lado, uno de los pacientes sí; y otro paciente había sido tratado, sin tener buenos resultados, por nosotros con topicaciones con ácido tricloracético al 80%, llevábamos mucho tiempo y no se veían buenos resultados.

Respecto a pregunta de Dr. Cheli, él nos preguntaba si habíamos tratado pacientes embarazadas y realmente no, no tuvimos oportunidad de tratar pacientes con esos casos en embarazo.

**Dra. Luciana La Rosa:** Yo creo que tiene que quedar bien clara la diferencia de los casos presentados con las imágenes traídas por los aportes. Se nota la diferencia macroscópica entre una condilomatosis anal extensa y la condilomatosis de Buschke-Löwenstein. Si yo tengo dudas respecto de eso, el tratamiento es otro, es otro tipo de patología. Si yo no tengo dudas y pienso que son muchos condilomas en una gran extensión, nada me apura porque no es una patología maligna, tendré que hacer una charla adecuada con el paciente y explicarle que haremos el tratamiento en etapas, pero insisto para mí y concuerdo con el Dr. Bun, hacer grandes colgajos aunque esté comprometido el 100% de la circunferencia del anodermo, no tiene mayor sentido porque es una patología superficial. Ir en más profundidad implica mayor cicatriz, mayor estenosis y estamos en general tratando a pacientes que son jóvenes y que practican la sexualidad anla. Si le dejamos una estenosis no sólo les complicamos su evacuación o continencia, también estamos comprometiendo su sexualidad y es algo que a los pacientes les importa y muchísimo. Y es más, hacer esos colgajos deja unas cicatrices horribles y esas cicatrices a ellos les molestan y les incomoda mucho para encarar nuevas relaciones.