



P-395 - MANEJO DE LA CONDILOMATOSIS DEL CANAL ANAL EN UN HOSPITAL COMARCAL

Sánchez Cifuentes, Ángela; Muros Ortega, María; del Pozo Gil de Pareja, Pablo; Jimeno Griñó, Pilar; Caro Martínez, Francisco Javier; López Morales, Javier; Rojas Marín, María José; Tomás Tío, Federico

Hospital de la Vega Lorenzo Guirao, Murcia.

Resumen

Introducción: La condilomatosis anogenital, producida por el virus del papiloma humano (VHP), se considera una de las enfermedades de transmisión sexual más frecuentes. Presentamos un caso clínico que refleja el manejo individualizado de dicha patología.

Caso clínico: Varón de 33 años, sin antecedentes de interés ni factores de riesgo, con historia de condilomatosis perianal con tratamiento tópico durante 2 años con recidiva de las lesiones. Es intervenido en dos ocasiones realizándose exéresis de varias lesiones no mayores de 3 mm. Siendo informada la anatomía patológica de condilomas anales sin displasia. En la última intervención se realiza exéresis de una lesión en cara posterior de canal anal de 7 mm, informando la anatomía patológica de condiloma anal con displasia epitelial de alto grado. Tras ello se decide tratamiento endoanal con imiquimod en formato supositorios, para lo que nos ponemos en contacto con el Servicio de Farmacia. Se prepararon supositorios de imiquimod 6,25 mg a partir de la especialidad en crema Aldara® 5% sobres. Se preparó y facilitó en la primera dispensación un díptico de información al paciente que incluía: normas de administración, conservación, posibles efectos secundarios y advertencias especiales. Se indicó tratamiento adyuvante imiquimod en supositorios para su administración tres días a la semana por la noche durante 2 meses (8 semanas). Durante el tratamiento el paciente tuvo buena tolerancia, sin ningún efecto adverso local (picor, dolor...) ni sistémico. Se revisó al mes tras la finalización del tratamiento, sin observarse macroscópicamente nuevas lesiones en el canal anal, ni recidiva de las anteriores en mediante anoscopia.

Discusión: La condilomatosis anal es cada vez más frecuente. Se relaciona con la infección por VHP. La presencia de displasia en estas lesiones son un reto para el cirujano. Su incidencia aumenta cuando hay factores de riesgo presentes (VIH, HSH, mujeres con antecedente de cáncer de cérvix o vagina o alteración de la citología vaginal, inmunodeprimidos...). El diagnóstico es clínico, mediante inspección o anoscopia, observándose lesiones verrucosas. Para confirmarlo es necesario una citología o biopsia dirigida (mediante anoscopia convencional o de alta resolución) en pacientes con citología sospechosa. La detección del VPH puede ser útil junto con una citología de *screening* (aumentando su sensibilidad). La vacunación como prevención primaria en paciente de alto riesgo o prevención 2ª, parece disminuir el número de recurrencias de AIN (neoplasia intraepitelial anal) de alto grado. Hay consenso en realizar un tratamiento poco agresivo en los AIN dado su baja tasa de progresión a carcinoma invasivo y a la alta tasa de recurrencia a pesar del tratamiento. Así la

biopsia quirúrgica está indicada en lesiones macroscópicas sugestivas de progresión. Está descrito el tratamiento con electrocauterio, 5-FU, infrarrojos e imiquimod tópico en lesiones perianales o en supositorios para lesiones del canal anal. El imiquimod incrementa la respuesta inmune local mediada por interferón y otras citoquinas. El seguimiento se realiza mediante exploración y anoscopia. La colaboración con el Servicio de Farmacia para la elaboración de supositorios de imiquimod ha facilitado el manejo en una patología de tratamiento complejo, permitiendo la administración tópica endoanal del medicamento, con muy buena tolerancia por parte del paciente.