



ACTAS Derma-Sifiliográficas

Full English text available at
www.actasdermo.org



VÍDEOS DE CIRUGÍA DERMATOLÓGICA

Despistaje de la neoplasia intraepitelial anal. Biopsia de canal anal guiada por anoscopia de alta resolución



Screening for Anal Intraepithelial Neoplasia: High-Resolution Anoscopy-Guided Biopsy of the Anal Canal

J.B. Repiso Jiménez*, L. Padilla España, T. Fernández Morano y M. de Troya Martín

Área de Dermatología, Hospital Costa del Sol, Marbella, Málaga, España

En España se estima una incidencia anual por cáncer de ano de 0,2 casos por 100.000 habitantes¹, afectando sobre todo a mujeres. Las neoplasias intraepiteliales anales (NIA) de alto grado son consideradas precursoras de cáncer escamoso de ano², habiéndose observado un aumento de casos en hombres que tienen sexo con hombres (HSH). La incidencia de cáncer *in situ* anal en varones infectados con el VIH es 60 veces mayor que en la población general de hombres, siendo el cáncer de ano una de las primeras causas de mortalidad por cáncer no definitorio de sida³. En la etiopatogenia de la NIA se ha implicado al virus de papiloma humano (VPH), adquirido en las relaciones sexuales. Las infecciones persistentes por HPV de alto riesgo (especialmente el 16 y el 18) se han relacionado con el cáncer escamoso de ano (el más frecuente en el canal anal) y sus precursores. Estos virus tienen la capacidad de integrarse en el genoma de las células basales de los epitelios, y mediante la sobreexpresión de las oncoproteínas E6 y E7 impedir la muerte celular programada de forma análoga a la génesis del cáncer de cérvix. La citología anal y el genotipado de estos virus son los principales test de cribado de las poblaciones de riesgo⁴, que se complementan con la biopsia de las lesiones sospechosas en un segundo tiempo⁵.

En el vídeo mostramos el proceso completo de despistaje de NIA. En una primera fase se toma una citología anal a ciegas, y una muestra para genotipado del VPH. La captura de híbridos es el test más usado, y permite discernir entre virus de alto y bajo riesgo. La citología anal se informa por el patólogo según las normas de Bethesda del 2001. La identificación de VPH a nivel anal resulta útil en los casos en los que la citología es negativa o incierta. Para la toma de citología preferimos colocar al paciente en decúbito lateral. Se introduce una torunda de dacrón® o cepillo citológico en el canal anal unos 4 cm, y con movimientos circulares se va extrayendo durante al menos 20 s. El exudado se extiende sobre un porta de cristal, y se fija con una solución alcohólica. Para la identificación del VPH se introduce el cepillo, se rota y se coloca en el envase con el medio de transporte específico. Estos 2 test nos permiten seleccionar a los pacientes candidatos a la exploración anoscópica.

La anoscopia de alta resolución (AAR) es la prueba principal para el diagnóstico de NIA, ya que nos permite tomar muestras de tejido, de forma dirigida. Previamente el paciente se prepara con enemas de limpieza. La AAR consiste en la visualización del canal anal mediante un colposcopio ginecológico previa aplicación de ácido acético. Para ello se coloca al paciente en decúbito lateral y se introduce una gasa impregnada en la solución de ácido acético al 3% durante 3-5 min. Posteriormente se extrae la gasa, se coloca el anoscopio y se enfoca el colposcopio. El anoscopio se va retirando y girando suavemente con la intención de visualizar áreas acetoblancas sospechosas, que aparecen a

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: boscorepiso@gmail.com
(J.B. Repiso Jiménez).

partir de la línea pectínea. El ácido acético delata las neoplasias epiteliales y nos orienta para el mapeo mediante biopsias. De forma complementaria se usa la solución de lugol (yodo metálico y yoduro de potasio), que tiñe el epitelio normal, y que se suele emplear para delimitar las lesiones previamente a los tratamientos. Cuando se identifican las áreas sospechosas se aplica anestésico tópico (solución de tetracaína al 10% y epinefrina 0,1 µg/ml) y empleamos una pinza de agarre tipo Wolf para tomar las muestras para el estudio histológico. El sangrado que se produce suele ser mínimo, pero se puede mitigar aplicando una torunda empapada en una solución de ácido tricloroacético al 80%. De acuerdo al grado de neoplasia informado por el patólogo y a la extensión de las lesiones se establece una pauta de seguimiento, o se deriva al paciente a proctología para el tratamiento de las lesiones.

La citología anal y la detección del VPH de forma general estarían indicadas en hombres y mujeres que practican sexo anal receptivo y/o tienen condilomas en la zona perianal⁵. Esto es especialmente importante en inmunodeprimidos por cualquier causa y en VIH positivos, independientemente de su estado inmunitario. En HSH VIH negativos, el cribado cada 2-3 años y anual en HSH VIH positivos se ha considerado ideal y costo-efectivo en la prevención del cáncer de ano. Los antecedentes de neoplasias genitales relacionados con el VPH en mujeres también se consideran indicaciones de cribado de NIA. La anoscopia de alta resolución se indica en pacientes con citologías anales con atipia, siendo indispensable en aquellos pacientes con atipias de alto grado. La citología anal y la detección de VPH no tienen contraindicaciones conocidas. La biopsia del canal anal dirigida mediante la anoscopia de alta resolución suele ser un procedimiento sencillo, generalmente indoloro y bien tolerado. En principio estaría contraindicada en pacientes poco colaboradores, anticoagulados o con alergia conocida a anestésicos tópicos, aunque en estos casos se podría evitar el uso de los mismos, ya que no son indispensables para la toma. Los inconvenientes de la prueba serían los mismos de cualquier procedimiento quirúrgico menor, e incluirían procesos vagales en personas predispuestas y un sangrado mayor por mal

uso de las pinzas de biopsia. Es habitual un ligero manchado y molestias tras la defecación en los días siguientes a la realización de la prueba.

La citología anal y la anoscopia de alta resolución son necesarias en cualquier consulta en la que se disponga de un protocolo de despistaje de cáncer de ano. Los protocolos de despistaje y tratamiento de la NIA no están aún bien establecidos y deben adecuarse a los medios de cada centro y al tipo de población atendida en ellos. Por otra parte, se desconoce la repercusión de la instauración de un protocolo de despistaje y tratamiento de NIA sobre la incidencia a largo plazo del cáncer anal en las poblaciones de riesgo.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en [doi:10.1016/j.ad.2016.07.014](https://doi.org/10.1016/j.ad.2016.07.014).

Bibliografía

1. Curado MP, Edwards B, Shin HR, Storm H, Ferlay J, Heanue M, et al. Editors. Cancer Incidence in Five Continents, Vol. IX, Lyon: IARC Scientific Publications N.º 160. 2007. [consultado 29 Ago 2016]. Disponible en: <http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/epi/sp160/C15vol9.pdf>
2. Kreuter A, Pottthoff A, Brockmeyer NH, Gambichler T, Swoboda J, Stücker M, et al., German Competence Network HIV/AIDS. Anal carcinoma in human immunodeficiency virus-positive men: Results of a prospective study from Germany. *B J Dermatol.* 2010;162:1269–77.
3. Rabkin CS, Yellin F. Cancer incidence in a population with a high prevalence of infection with human immunodeficiency virus type 1. *J Natl Cancer Inst.* 1994;86:1711–6.
4. Kreuter A, Brockmeyer NH, Altmeyer P, Wieland U. Anal intraepithelial neoplasia in HIV infection. *JDDG.* 2008;6:925–33.
5. Esser S, Kreuter A, Oette M, Ginkelmaier A, Mosthaf F, Sautter-Bihl ML, et al. German-Austrian guidelines on anal dysplasia and anal cancer in HIV-positive individuals: Prevention, diagnosis, and treatment. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2015;13:1302–19.