



CIRUGÍA ESPAÑOLA

www.elsevier.es/cirugia



Carta al Director

Actualización de nuestro protocolo de cribado de la displasia anal



Update of our anal dysplasia screening protocol

Sr. Director,

Agradecemos las palabras dedicadas de Gómez Sánchez et al. sobre nuestro estudio¹. Como indican los autores², el cribado de la displasia anal es un tema complejo sobre el que todavía no existe un único protocolo de actuación estandarizado. Los resultados de los últimos estudios³ han ayudado a establecer guías clínicas sobre el manejo de estos pacientes^{4–6}, pero todavía existe controversia sobre qué lesiones del cribado por citología son tributarias de completar su estudio con una AAR (anoscopía de alta resolución), cómo influye el genotipado del VPH, qué lesiones se tratan y cuál es el tratamiento más eficaz.

En nuestro centro hemos modificado el protocolo de actuación previo. Actualmente, incluimos en nuestro cribado de displasia anal a pacientes VIH controlados por el Servicio de Enfermedades Infecciosas mediante una citología anal anual. Los resultados citológicos de ASCUS/atipia de significado indeterminado, LSIL con genotipos de alto riesgo (VPH 16 o 18) y HSIL, son sometidos a AAR.

En nuestro estudio, 64/66 pacientes con resultado de ASCUS en la citología anal presentaron una displasia en la biopsia anal posterior, y la mitad (32/64) una displasia de alto grado. La citología es un buen método diagnóstico inicial por ser una prueba no invasiva y de fácil reproducción, aunque pueda infradiagnosticar los casos de displasia respecto a la biopsia anal^{4,7}. Por ello consideramos que un paciente con ASCUS en la citología merece una exploración mediante AAR y biopsia de las lesiones sospechosas de displasia^{8,9}. Hoy en día, el seguimiento de los pacientes con ASCUS en el cribado citológico sigue sin estar definido y la actuación llevada a cabo depende de cada centro: a) seguimiento, b) AAR en función del genotipado del virus o c) AAR en todos los pacientes^{4,5,7,10}.

Actualmente, realizamos el genotipado del VPH de forma sistemática en todas las muestras citológicas e histológicas de

los pacientes del cribado, siendo una herramienta complementaria que nos ayuda a detectar qué pacientes presentan mayor riesgo de desarrollar displasia de alto grado y beneficiarse de la AAR^{4,8,11,12}.

A diferencia del protocolo previo, los resultados de LSIL en la biopsia serán controlados mediante una nueva citología a los 6–12 meses. Los pacientes con resultado histológico de HSIL serán sometidos a tratamiento con ATA (ác. tricloroacético) al 80% en dos sesiones. Coincidiendo con los autores, no existe evidencia actual respecto al tratamiento de la displasia de bajo grado en la prevención del desarrollo del carcinoma escamoso anal^{13,14}. Son pocos los centros que tratan estas lesiones en la actualidad, siendo más común su seguimiento periódico mediante AAR^{4,5}.

La integración de la AAR en la práctica clínica habitual ha mejorado la detección de las lesiones en el canal anal, con una mejor visualización y resolución que los métodos utilizados previamente como el anoscopio manual rígido. En nuestro centro aplicamos el tratamiento con ATA específicamente por cuadrantes sobre aquellas lesiones sospechosas de displasia. Durante nuestro seguimiento, no hemos registrado ningún efecto secundario grave en los pacientes sometidos a este tratamiento, siendo generalmente bien tolerado.

Por último, y a pesar de que la citología pueda dar lugar a falsos negativos, sigue siendo nuestro método elegido para evaluar la eficacia del tratamiento por las características mencionadas previamente. Además, estos pacientes continuarán el cribado establecido y muchos de ellos presentarán reinfección por otras cepas del VPH o persistencia, precisando en la mayoría de los casos, otra AAR en su seguimiento.

Nuestro objetivo es realizar un seguimiento a corto-largo plazo en cuanto al diagnóstico y tratamiento de esta patología en futuros estudios tras el cambio de protocolo de cribado. Son necesarios estudios prospectivos con seguimientos más largos para consensuar el manejo más adecuado en el cribado de los pacientes con displasia anal.

BIBLIOGRAFÍA

1. Galán Martínez C, Hernández Casanovas MP, Sala Vilaplana L, Sánchez López A, Martínez Sánchez MC, Bollo Rodríguez J, et al. Our experience in the short-term diagnostic-therapeutic management of the patient with anal dysplasia. *Cir Esp (Engl Ed)*. 2023;101:180–6. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cireng.2022.09.025>.
2. Gómez Sánchez J, Zurita Saaverda M, Forneiro Pérez R, Mirón Pozo B. Response to «?Our experience in short-term diagnostic-therapeutic management of the patient with anal dysplasia?» *Cir Esp*. 2024. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2023.09.004>.
3. Lee JY, Jay N, Goldstone SE. Treatment of Anal High-Grade Squamous Intraepithelial Lesions to Prevent Anal Cancer. *N Engl J Med*. 2022;386:2273–82. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa2201048>.
4. Leeds IL, Fang SH. Anal cancer and intraepithelial neoplasia screening?: A review Anal cancer and intraepithelial neoplasia screening?: A review. *World J Gastrointest Surg*. 2016;8:41–51. <http://dx.doi.org/10.4240/wjgs.v8.i1.41>.
5. Hirsch B, Fine SM, Vail R, McGowan JP, Merrick ST, Radix A, et al. Clinical Guidelines Program. Screening for Anal Dysplasia and Cancer in Adults With HIV Screening for Anal Dysplasia and Cancer in Adults With HIV. Baltimore: Johns Hopkins University. 2022.
6. Wieland U, Oelling F, Kreuter A. Anal dysplasia and anal cancer. *Hautarzt*. 2020;71 Supl. 2:74–81. <http://dx.doi.org/10.1007/s00105-020-04562-x>.
7. Douaiher J, Langenfeld SJ. Multidisciplinary Approach to the Management and Treatment of Anal Dysplasia. *Clin Colon Rectal Surg*. 2018;31:361–7. <http://dx.doi.org/10.1055/s-0038-1668106>.
8. Chittleborough T, Tapper R, Eglinton T, Frizelle F. Anal squamous intraepithelial lesions: an update and proposed management algorithm. *Tech Coloproctol*. 2020;24:95–103. <http://dx.doi.org/10.1007/s10151-019-02133-4>.
9. Limoges-Gonzalez M, Al-Juburi A. Anal Intraepithelial Neoplasia. *J Clin Gastroenterol*. 2017;51:203–7. <http://dx.doi.org/10.1097/MCG.0000000000000721>.
10. Gudur A, Shanmuganandamurthy D, Szepe Z, Poggio JL. An Update on the Current Role of High Resolution Anoscopy in Patients With Anal Dysplasia. *Anticancer Res*. 2019;39:17–23. <http://dx.doi.org/10.21873/anticancer.13075>.
11. Padilla-España L, Repiso-Jiménez B, Fernández-Sánchez F, Frieyro-Elicegui M, Fernández-Morano T, Pereda T, et al. Utilidad de la detección del virus del papiloma humano en el cribado de neoplasia intraepitelial anal en pacientes con conductas de riesgo. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2014;32:560–4. <http://dx.doi.org/10.1016/j.eimc.2014.03.008>.
12. Padilla-España L, Repiso-Jiménez JB, Fernández-Sánchez F, Pereda T, Rivas-Ruiz F, Fernández-Morano T, et al. Efectividad del genotipado del virus del papiloma humano frente a la citología anal en la identificación de neoplasia intraepitelial de alto grado. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2016;34:400–5. <http://dx.doi.org/10.1016/j.eimc.2016.02.003>.
13. Elorza G, Saralegui Y, Enríquez-navascués JM, Placer C, Velaz L. Anal intraepithelial neoplasia-A review. *Rev Esp Enferm Dig*. 2016;108:31–8.
14. Power Foley M, Kelly ME, Kerr C, Kennedy C, Gallagher D, Gillham C, et al. Management of anal intraepithelial neoplasia and anal squamous cell carcinoma at a tertiary referral centre with a dedicated infectious diseases unit: an 18-year review. *Int J Colorectal Dis*. 2020;35:1855–64. <http://dx.doi.org/10.1007/s00384-020-03640-9>.

Clara Galán Martínez*, M. Pilar Hernández Casanovas, Anna Sánchez López y Eduardo M. Targarona Soler

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: cgalan@santpau.cat (C. Galán Martínez).

<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2024.02.007>

0009-739X/

© 2024 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.