



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**Efecto de la presencia de factores de riesgo de condiloma acuminado anal, en su recidiva, en pacientes atendidos por consulta externa de Proctología del Hospital del IESS “Dr. Teodoro Maldonado Carbo” del 01 de enero al 31 de diciembre del 2013.**

Trabajo de graduación previa obtención del título de  
**MÉDICO**

**Diego Leiva**

Interno de Medicina del Hospital Regional del IESS “Dr. Teodoro Maldonado Carbo”  
Universidad Católica de Santiago de Guayaquil

**Dr. Miguel Ángel Puga Tejada**

Médico. Maestrante en Educación Superior.  
Ayudante de Cátedra, carrera de Medicina, Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

**Dr. Roberto Briones Jiménez, M.Sc.**

Médico Cirujano. Magíster en Epidemiología Clínica  
Tutor de trabajo de graduación, carrera de Medicina, Universidad Católica de Santiago de Guayaquil

Guayaquil, Lunes 15 de Diciembre del 2014

**INDICE:**

|                                  |       |
|----------------------------------|-------|
| 1. RESUMEN.....                  | 3-4   |
| 2. INTRODUCCION.....             | 5-6   |
| 3. METODOLOGIA.....              | 7     |
| 4. VARIABLES DEMOGRAFICAS.....   | 7     |
| 5. VARIABLES DEPENDIENTES.....   | 7     |
| 6. VARIABLES INDEPENDIENTES..... | 7     |
| 7. CRITERIOS DE INCLUSION.....   | 8     |
| 8. CRITERIOS DE EXCLUSION.....   | 8     |
| 9. RESULTADOS.....               | 17-18 |
| 10. TABLAS Y FIGURAS.....        | 12-14 |
| 11. DISCUSION.....               | 15-16 |
| 12. BIBLIOGRAFIA.....            | 17-18 |

## RESUMEN

**Antecedentes:** El condiloma acuminado anal es una enfermedad principalmente de transmisión sexual, ocasionada por la infección del papiloma virus humano. La presencia de infección por VIH/Sida, tamaño de lesiones superior a 1 cm., masas de aspecto tumoral a la inspección, tacto rectal no normotónico o apreciación de condilomas a la anoscopía han sido relacionados como factores de mal pronóstico o recidiva. **Objetivo:** determinar el efecto de la presencia de factores riesgo de condiloma acuminado anal, en su recidiva, en pacientes atendidos por consulta externa de Proctología del Hospital del IESS “Dr. Teodoro Maldonado Carbo”, del 01 de enero del 2012 al 31 de diciembre del 2013. **Metodología:** estudio longitudinal retrospectivo, observacional y analítico, del tipo casos y controles. **Resultados:** Se estudió 99 casos. Las características demográficas que presentaron diferencia significativa entre los casos vs. controles fueron sexo y tipo de afiliación al Seguro Social. De aquellos factores de riesgo estudiados, la presencia de VIH/Sida (OR 2,36; IC 95% 0,84 – 6,60), el tacto rectal no normotónico (OR 6,90; IC 95% 2,13 – 22,33) y la apreciación de condilomas a la anoscopía (OR 2,96; IC 95% 1,14 – 7,76), obtuvieron una razón de momios superior a dos veces la unidad. La razón de momios global del estudio fue de 2,41 (OR 0,98 – 5,92; p = 0,0440). **Conclusión:** la presencia de VIH/sida, tacto rectal no normotónico o condilomas en el canal anal constituyen factores de riesgo de mal pronóstico en la recidiva de esta patología posterior al tratamiento instaurado con podofilina y/o electrofulguración.

**Palabras claves:** Canal anal. Condiloma acuminado. Tacto rectal. VIH.

## Resume

**Background:** The Anal condylomata acuminata is a Sexual Transmission Disease, usually triggered by Human Papilloma Virus. HIV infection presence, wounds size bigger than 1 cm, tumoral aspect mass at inspection, distonic digital rectal examination or condylomata findings at anoscopy have been related as risk factors or recurrence. **Objective:** To determine condylomata risk factors effects on the recurrence over ambulatory patients at “Hospital Teodoro Maldonado Carbo” Coloproctology Service, between January 1, 2012 to December 31, 2013. **Methods:** Observational longitudinal retrospective and analytic case-records study. **Results:** We studied 99 cases. The demographic characteristics showing more significant difference between case-records were gender and social security membership type. Risk factors studied HIV/AIDS (OR 2,36; IC 95% 0,84 – 6,60), distonic digital rectal examination (OR 6,90; IC 95% 2,13 – 22,33) and condylomata findings at anoscopy (OR 2,96; IC 95% 1,14 – 7,76), they all showed an odd ratio two times over 1. Global Odds Ratio was 2,41 (OR 0,98 – 5,92;  $p = 0,0440$ ). **Conclusion:** HIV/AIDS positive, distonic digital rectal examination or condylomata at anoscopy they all demonstrate to be bad prognostic risk factors on this disease recurrence even after podofilin and electorcoagulation treatment

**Key words:** Anal canal. Condylomata acuminata. Digital rectal examination. HIV

## Introducción

Las verrugas víricas son pequeñas excrecencias cutáneas de novo, frecuentes de la infancia o adolescencia, si bien pueden aparecer a cualquier edad. Son ocasionadas por diversos serotipos del virus del papiloma humano [VPH]. La transmisión ocurre por contacto directo entre personas o autoinoculación. Generalmente son autolimitadas, desapareciendo espontáneamente entre los seis meses y dos años. Las verrugas de transmisión sexual (antes verrugas venéreas) son aquellas localizadas en pene, genitales femeninos, uretra, región perianal o recto. Son masas extensas de crecimiento cerebriforme, midiendo varios centímetros de diámetro. La papilomatosis o condilomatosis acuminada anal (también llamada perianal), es una enfermedad principalmente de transmisión sexual, ocasionada por la infección del papiloma virus humano. Autores y profesionales relacionados le han catalogado estrictamente como un estado pre-neoplásico.

Según el Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos [INEC] en su publicación digital respecto a Salud 2011 (año epidemiológico más reciente disponible), las verrugas víricas, con 210 casos, representaron el 0,02% del total de atención hospitalaria en Instituciones públicas y privadas. De estos, 99 fueron del género femenino, y 111 del género masculino. La estancia hospitalaria sin embargo, representó un acumulado de 266 días, 118 y 148 respectivamente, con una estancia promedio de un día para ambos géneros. La atención más frecuente en general, correspondió tanto al rango de entre 5 y 9 años, como de 25 a 34, con 13.81%. Coincidentalmente el primer rango antes mencionado fue el más frecuente en varones (17.17%), mientras que el segundo lo fue en mujeres (15.32%).

La Agencia Internacional de Investigación del Cáncer (IARC) considera que los tipos de VPH 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59 y 66 son carcinógenos para los humanos –tipos de alto riesgo oncológico- y que otros tipos, incluidos el VPH 6 y el VPH 11, son posibles carcinógenos para los humanos –tipos de bajo riesgo oncológico-. El factor predisponente más frecuente es la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. Esto en virtud de que es capaz de inducir un estado de inmunodeficiencia suficiente como para permitir el desarrollo de este virus epiteliotropo. Sin embargo, cualquier otro cuadro clínico inmunodepresor puede ser considerado como predisponente. La prevalencia de esta patología aumenta cuando la cantidad de linfocitos CD4 desciende, aumentando así la carga viral. La tercera parte de los pacientes quienes presentan un conteo linfocitario CD4 superior a 750, presentan papiloma acuminado. En cambio, en más del 80% de los pacientes con un conteo linfocitario CD4 por debajo de 200 coexistirán ambas patologías.

Así mismo, se ha demostrado que la terapia antirretroviral [TARV] no disminuye la prevalencia de patología anorrectal en pacientes VIH/SIDA, incluida la condilomatosis acuminada perianal(6), propiedad cual tradicionalmente se le fue atribuido a este tratamiento. Blanco – González et. al. (La Habana, Cuba – 2011), en su estudio denominado “Detección y tipificación de papilomavirus humano en lesiones condilomatosas anogenitales de hombres cubanos seropositivos al VIH – 1” concluyó que en aquellos varones VIH/SIDA, quienes además presentan lesiones anogenitales, coexistieron los siguientes serotipos del VPH: 6, 11, 16 y 18. Además, la presencia de serotipos oncogénicos aumentaba cuando el conteo linfocítico T CD4 se encontraba por debajo de 500 células/mm<sup>3</sup>.(7)

Otro aspecto interesante es el tratamiento estándar para la infección anal por VPH y asociada sólo con lesiones intraepiteliales leves (grado I), moderada (grado II). El uso de podofilina o ácido tricloroacético es eficaz en el tratamiento de las verrugas de VPH, pero no resuelven la atipia coilocítica y neoplasia intraepitelial leve o moderada. Por otro lado, el tratamiento con la escisión y la electrocauterización, indicada en el carcinoma "in situ" (neoplasia intraepitelial severa) es eficiente en la regresión de la atipia patológica y coilocítica, negativando para PCR.

En el Hospital Regional del IESS “Dr. Teodoro Maldonado Carbo” de la ciudad de Guayaquil se carece, al igual que a nivel nacional, de evidencia institucional apropiada respecto a la incidencia, prevalencia, y efectividad en el tratamiento, así como métodos pronósticos, en la condilomatosis perianal y su recurrencia. El objetivo de la presente investigación es determinar el efecto de la presencia de factores riesgo de condiloma acuminado anal en su recidiva, en pacientes atendidos por consulta externa de Proctología del Hospital del IESS “Dr. Teodoro Maldonado Carbo.

## **Metodología**

Se trata de un estudio longitudinal retrospectivo, observacional y analítico, del tipo casos y controles. La población diana comprendió todo paciente atendido por el proceso de consulta externa de Proctología durante el periodo comprendido entre el mes de enero del 2012 a diciembre del 2013. Una vez identificados aquellos pacientes con condiloma acuminado posterior al tratamiento realizado de forma ambulatoria, se determinó aquell Se procedió a realizar la correspondiente solicitud de información al departamento de Estadística & Informática, con previa autorización por escrito del Director del departamento de Investigación y Docencia. Entre las variables solicitadas, se encuentran:

### **Variables demográficas:**

- Historia clínica: número de serie designado por el nosocomio anfitrión;
- Sexo: femenino o masculino;
- Edad: cuantificada en años;
- Orientación sexual: referida por el paciente como: heterosexual, homosexual o bisexual;
- Tipo de afiliación: Seguro general, Afiliación voluntaria, Montepío, Seguro social campesino.
- Antecedentes patológicos: bien exista patologías crónicas tales como diabetes mellitus, hipertensión arterial sistémica, colagenopatías, entre otras;
- Número de sesiones de podofilina; en intervalo del 0 al 4; y
- Número de sesiones de electrofulguración: en intervalo del 0 al 3.

### **Variable dependiente:**

- Recidiva: Sí o No.

### **Variables independientes:**

- Resultado serológico VIH: positivo o negativo;
- Tamaño de condilomas: cuantificado en centímetros, dicotomizándose en la unidad;
- Inspección médica: se describe bien se halle lesiones verrugosas perianales, o masa tumoral;
- Tacto rectal: se describe bien sea normotónico o diferido;
- Anoscopia: se describe bien se aprecie condiloma en canal anal, o sin novedad.

A partir de una población accesible de 131 (un ciento treinta y un) pacientes, se procedió a la solicitud de selección de casos según los criterios de inclusión y exclusión preestablecidos, los cuales se detallan a continuación:

**Criterios de inclusión:**

- Pacientes mayores de edad;
- Pacientes con serotipo VPH benigno.
- Pacientes en quienes se haya realizado sesión(es) de podofilina, con o sin posterior fulguración, en hasta cuatro sesiones.

**Criterios de exclusión:**

- Pacientes con condilomatosis gigantes.
- Pacientes quienes hayan presentado algún tipo de recidiva posterior al mes de estudio.
- Pacientes con antecedentes quirúrgicos de hemorroidectomía.
- Pacientes quienes hayan recibido exclusivamente fulguración.
- Pacientes quienes hayan recibido exclusivamente tratamiento quirúrgico.

Se obtuvo un total de 99 (noventa y nueve) casos. Debido a este número, no fue necesario realizar cálculo muestral, optándose por censar la muestra definitiva. Es así como la selección de casos fue completamente por intención, y no aleatoriamente. Se calculó promedios y porcentajes para con las variables demográficas, con las respectivas medidas de dispersión, y clasificándole bien sea grupo caso y control, contrastando ambos resultados a través del valor p. Se calculó razón de momios a fin de relacionar la variable dependiente con cada una de las independientes. Se expresó los resultados mediante gráfico de Forest.



## Resultados

Una vez aplicados los criterios de inclusión y exclusión, la población diana, de un ciento cuatro pacientes, se vio reducida a treinta y tres pacientes. El grupo etario más frecuente constituyó el rango de treinta y un a cuarenta años de edad (quince pacientes, 45%), seguido del rango de entre veinte y un a treinta años (doce pacientes, 36%). Entre ambos grupos, se superó en más del 80% de los pacientes. De estos, treinta son de género masculino (90%), mientras que solo tres son del femenino. La presencia de infección por VIH/SIDA se encontró en diez y ocho de los pacientes (55%), de los cuales todos se encontraban en TARV. En cuanto a la orientación sexual, de todos los hombres, veinte y cuatro se autodefinieron como homosexuales (72%), cinco como bisexuales (3%), y solo uno como heterosexual (9%). Todas las mujeres se autodefinieron como heterosexuales. La afiliación por medio del seguro general, familiar e individual fue el tipo de cobertura médica más socializado, con veinte y seis pacientes (79%).

Veinte y cuatro pacientes (72%) presentaron condilomas de 0,5 a 1,0 cm. de diámetro, mientras que otros seis (18%) presentaron condilomas de entre 1,6 a 2,0 cm. Solo cinco pacientes tuvieron tacto diferido (15%), en comparación con los demás, de quien el tacto no tuvo novedades (84%). En solo dos pacientes (6%) se practicó resección quirúrgica. Se vio recidiva en ocho pacientes (24%), mientras que la remisión en los demás (76%) fue completa, posterior al mes del tratamiento.

De todos los pacientes, en veinte y tres se practicó cuatro sesiones de podofilina (70%), siendo el número de sesiones más frecuente, seguido de una sola sesión por paciente, en solo siete pacientes (21%). En quince pacientes (45%) no fue necesaria sesión alguna de electrofulguración, mientras que en quienes sí se realizó (55%), en diez se realizó dos sesiones (30%), y en otros seis una sola (18%). Relacionando las sesiones de podofilina vs. electrofulguración, se puede apreciar que el mayor número de sesiones de este último se realizaron a aquellos pacientes en quienes se practicó cuatro sesiones de podofilina, con una máxima frecuencia de diez pacientes, en quienes se les realizó cuatro sesiones de podofilina, y dos de electrofulguración.

En los pacientes VIH positivos (20), existió recidiva en seis, y resolución en 14. En los VIH negativos (13), existió recidiva en dos, y resolución en 11. La presencia de infección previa por VIH obtuvo en el presente estudio el más alto valor, aunque moderadamente significativo, de sensibilidad, 75% [0,349 – 0,968;  $p = 0.09$ ]; sin embargo arrojó la especificidad, muy significativo dicho sea de paso, más baja, 44% [0,244 – 0,651;  $p < 0,001$ ]. Su cociente de predicción positivo fue de 1,339 [0,788 – 2,275;  $p =$

0,221]. El cociente de predicción negativo fue de 0,568 [0,158 – 2,042; p = 0,105]. Para ambos cocientes, la significancia estadística fue muy baja. Su razón de momios [OD] de 2,35, representó el tercer intervalo más extenso en amplitud.

Para el estudio del tamaño de lesión, como factor pronóstico, se utilizó como punto de corte la dimensión de hasta 1 cm. de diámetro, dada la heterogeneidad del estudio para con este valor, pues la muestra sería lo suficientemente representativa, en comparación con cualquier otro valor de corte. En aquellos pacientes con lesiones mayores a 1 cm. (24), existió recidiva en cuatro, y resolución en veinte, mientras que en aquellos con lesiones de hasta 1cm. de diámetro (9), existió recidiva en cuatro igualmente, mientras que los otros veinte mostraron resolución completa de su cuadro clínico. Obtuvo una sensibilidad baja, del 50% [0.157 - 0.843; p = 0.09]; pero una especificidad alta y muy significativa, del 80% [0.593 - 0.932; p < 0,001]. Su cociente de predicción positivo fue de 2.500 [0.878 - 7.118]; p = 0,221]. El cociente de predicción negativo fue de 0,625 [0.304 - 1.284; p = 0,105]. Su OD fue de 4,00, y representó el segundo intervalo más extenso en amplitud.

Entre las lesiones apreciadas, figuraron lesiones verrugosas perianales con mucha frecuencia, seguidas de otras lesiones tumorales exofíticas, o bien masas de aspecto y consistencia variadas. De aquellas lesiones tumorales (6), una presentó recidiva, y cinco, resolución definitiva. En aquellas lesiones verrugosas (27), siete presentaron recidiva, y otras veinte, resolución definitiva. La sensibilidad fue baja, del 12,5% [0.003 - 0.527; p = 0,090], mientras que la especificidad fue alta, del 80% [0.593 - 0.932; p < 0,000]. El cociente de probabilidad positivo fue de 0,625 [0.085 - 4.590; p = 0,221], mientras que el cociente de probabilidad negativo fue en cambio de 1.094 [0.789 - 1.517; p = 0,105]. La OD fue de 0,571 [0.057 - 5.775; p = 0,183], comprendiendo el segundo intervalo más breve.

El tacto rectal pudo ser bien normal, o diferido. En el primer caso, en quienes existió tacto diferido (5), tres de ellos presentaron recidiva, mientras que los otros dos, resolución. En cambio, en quienes el tacto rectal fue normal (28), la recidiva fue solo en cinco casos, mientras que en los otros veinte y tres existió resolución definitiva. Al igual que el precedente, la sensibilidad fue baja, del 37,5% [0.085 - 0.755; p = 0,090], mientras que la especificidad fue la más alta en todo el estudio, 92% [0.740 - 0.990; p < 0,001]. El cociente de probabilidad positivo fue, así mismo, el más alto del estudio, 4,688 [0.944 - 23.271; p = 0,221], mientras que el negativo fue de 0,679 [0.392 - 1.176; p = 0,105]. La OD fue igualmente la más alta del estudio, 6,9 [0.903 - 52.740; p = 0,183]. Fue el intervalo más prolongado.

De aquellos pacientes quienes presentaron alteraciones anoscópicas (20), tales como condilomas, tumefacciones o hemorroides mixtas, cinco presentaron recidiva, mientras que los otros quince se recuperaron completamente. Mientras tanto, de aquellos sin alteración anoscópica alguna (13), solo tres de ellos presentaron recidiva, mientras que los diez restantes tuvieron remisión total de la patología. Es así como la sensibilidad de la anoscopia resulta ser la segunda más alta del estudio, 62,5% [0.245 - 0.915; p = 0,090]. La especificidad es la cuarta más alta, 60% [0.387 - 0.789; p < 0,0001]. Resulta ser que la anoscopia presenta una sensibilidad y especificidad muy semejante. El cociente de probabilidad positivo fue de 1,563 [0.760 - 3.210; p = 0,221], vs. otro negativo de 0.625 [0.242 - 1.616; p = 0,105]. Obtuvo la tercera OD más alta, de 2.5, el cuarto intervalo más extenso.

## Tablas y figuras

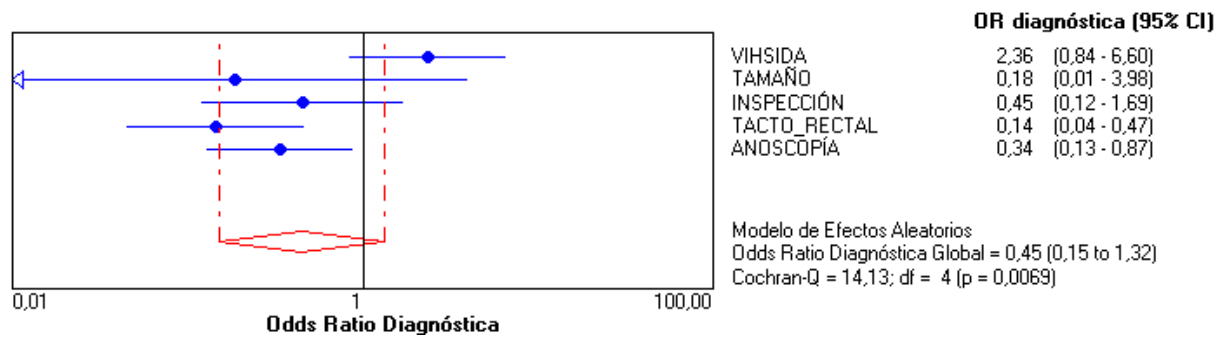
**Tabla 1.** Características demográficas de la muestra del estudio.

|   | <b>Casos (recidiva)</b><br><b>n = 24</b> | <b>Controles (no recidiva)</b><br><b>n = 75</b> | <b>Valor p</b> |
|---|--|---|----------------|
| <b>Edad</b>                                 | 32,5 (6,8)                               | 34,2 (10,1)                                     | 0,127          |
| <b>Género</b>                               |  |   | 0,002          |
| <b>Masculino</b>                            | 18 (18,18)                               | 72 (72,72)                                      |                |
| <b>Femenino</b>                             | 6 (6,06)                                 | 3 (3,03)  |                |
| <b>Orientación sexual</b>                   |  |   | 0,013          |
| <b>Heterosexual</b>                         | 6 (6,06)                                 | 6 (6,06)  |                |
| <b>Homosexual</b>                           | 12 (12,12)                               | 60 (60,60)                                      |                |
| <b>Bisexual</b>                             | 6 (6,06)                                 | 9 (9,09)  |                |
| <b>Tipo de afiliación al IESS</b>           |  |   | 0,005          |
| <b>Seguro Individual</b>                    | 18 (18,18)                               | 60 (60,60)                                      |                |
| <b>Afiliación voluntaria</b>                | 6 (6,06)                                 | 3 (3,03)  |                |
| <b>Jubilación</b>                           | 0 (0,00)                                 | 3 (3,03)  |                |
| <b>Seguro Campesino</b>                     | 0 (0,00)                                 | 9 (9,09)  |                |
| <b>Antecedentes de patología crónica</b>    |  |   | 0,619          |
| <b>Presentes</b>                            | 9 (9,09)                                 | 24 (24,24)                                      |                |
| <b>Ausentes</b>                             | 15 (15,15)                               | 51 (51,51)                                      |                |
| <b>Nº sesiones de podofilina</b>            | 2,25 (1,0)                               | 3,64 (1,3)                                      | 0,258          |
| <b>Nº de sesiones de electrofulguración</b> | 0,88 (0,6)                               | 1,00 (1,1)                                      | 0,863          |

**Tabla 2.** Efecto de las variables independientes (factores de riesgo asociados a condiloma acuminado) sobre la variable dependiente (recidiva).

|                               | <b>Casos<br/>(recidiva)<br/>n = 24</b> | <b>Controles<br/>(no recidiva)<br/>n = 75</b> | <b>Razón de momios<br/>(IC 95%)</b> | <b>Valor p</b> |
|-------------------------------|--|---|-------------------------------------|----------------|
| <b>VIH/Sida</b>               |  |   | 2,36 (0,84 – 6,60)                  | 0,097          |
| <b>Presente</b>               | 18 (18,18)                             | 42 (42,42)                                    |                                     |                |
| <b>Ausente</b>                | 6 (6,06)                               | 33 (33,33)                                    |                                     |                |
| <b>Tamaño</b>                 |  |   | 0,18 (0,01 – 3,98)                  | p < 0,001      |
| <b>Menor a 1 cm</b>           | 0                                      | 39 (39,39)                                    |                                     |                |
| <b>Mayor a 1 cm</b>           | 2 (2,02)                               | 36 (36,36)                                    |                                     |                |
| <b>Inspección</b>             |  |   | 0,45 (0,12 – 1,69)                  | 0,230          |
| <b>Masa</b>                   | 3 (3,03)                               | 18 (18,18)                                    |                                     |                |
| <b>Lesión</b>                 | 21 (21,21)                             | 57 (57,57)                                    |                                     |                |
| <b>Tacto rectal</b>           |  |   | 0,14 (0,04 – 0,47)                  | p < 0,001      |
| <b>Normotónico</b>            | 15 (15,15)                             | 69 (69,69)                                    |                                     |                |
| <b>Diferido</b>               | 9 (9,09)                               | 6 (6,06)                                      |                                     |                |
| <b>Anoscopia</b>              |  |   | 0,34 (0,13 – 0,87)                  | 0,022          |
| <b>Sin novedad</b>            | 9 (9,09)                               | 48 (48,48)                                    |                                     |                |
| <b>Presencia de condiloma</b> | 15 (15,15)                             | 27 (27,27)                                    |                                     |                |

**Gráfico 1.** Efecto de los diferentes factores asociados a condiloma acuminado anal, en su recidiva; expresado a través de la razón de momios.



## Discusión

Existen características clínicas de la condilomatosis acomuninada anal, íntimamente asociadas al pronóstico de ésta enfermedad. La presencia de infección por VIH/SIDA, una lesión muy amplia, de tipo tumoral, diferida al tacto, con lesiones en el canal anal, o tratada solamente con podofilina, son de entre las cuales se han responsabilizado y/o vinculado con la persistencia o recidiva de esta patología. En la infección VIH/SIDA, esto debido a que la inmunosupresión del paciente le impide, a través de su sistema inmune humoral, erradicar el genoma viral del epitelio anal, permitiendo su constante replicación. Algo semejante se pensaba antes, de la relación para con el TARV, en donde su indicación podría prevenir, disminuir o evitar recidiva a partir de VPH, cosa ya descartada.

La presente publicación no pudo describir tal comparación, dado que todos los pacientes VIH positivos estaban en TARV. Lesiones por encima de un centímetro también se encuentran relacionadas con cronicidad, mas no siempre con un mal pronóstico, aún así existen varias propuestas para clasificar estas lesiones según el grado por extensión. El tipo de lesión, así mismo, en el caso de las masas tumorales exofíticas, estas siempre han sido asociadas a persistencia al tratamiento convencional. La anoscopía es otro criterio muy respaldado, de cronicidad y recidiva. La presencia de lesiones en el canal anal es sinónimo de riesgo de recidiva luego del tratamiento. Y hablando puntualmente del tratamiento, el uso de podofilina y electrofulguración obviamente será más eficaz que el uso solo de podofilina, mas no necesariamente será el tratamiento más eficiente.

La alta sensibilidad de la serología positiva para VIH, 75%, como criterio pronóstico de recidiva, significa que en casi ocho de cada diez pacientes en quienes tenga condilomatosis acuminada perianal, con antecedentes de VIH, existirá recidiva. La consistencia al tacto resultó tener en cambio la especificidad más alta de entre todos los demás criterios pronósticos, 92%. De forma tal que el tacto normal se comporta como un factor protector para con la ulterior aparición de recidiva. El tamaño y tipo de lesión también obtuvieron una especificidad del 80%, cada uno. Esto significa que lesiones muy pequeñas, de un centímetro o menos de extensión, o bien del tipo verrugosa no tumoración exofítica, son factores asociados igualmente como protectores de recidiva. En el caso del tamaño, dado que se usó un valor de corte muy bajo, es posible que por ello se haya obtenido una especificidad tan alta, pero una sensibilidad muy baja. La muestra impedía utilizar valores sugeridos por la literatura.

El cociente de predicción positivo más alto fue alcanzado al utilizar la consistencia al tacto como criterio pronóstico. Esto significa que, a pesar de que tenga una baja sensibilidad, es, de todos los criterios del presente estudio, el que más capacidad de pronosticar recidiva. El cociente de predicción negativo más

bajo fue alcanzado al utilizar la serología VIH positiva como criterio pronóstico, seguido inmediatamente por la consistencia al tacto. Esto quiere decir que ambos criterios presentan alta capacidad en el pronóstico de recidiva. La OD más alta fue la de la consistencia al tacto, de 6.9. Esto significa que tiene casi siete veces más capacidad de pronosticar recidiva, en comparación con la unidad. Los valores por p obtenidos a lo largo del presente estudio, fueron estadísticamente significantes, a excepción de los cocientes y la OD, en donde existieron sesgos poblacionales. Los bajos valores obtenidos por la variable tratamiento, deben guardar relación con un sesgo de selección: los pacientes sometidos a electrofulguración fueron en quienes el médico ya sospechaba de recidiva, en base a su experiencia, mas no por selección al azar, lo cual seguramente arrojaría resultados más alentadores. La consistencia normal al tacto, la serología VIH positiva, el tamaño de la lesión menor a un centímetro, y la presencia de lesiones verrugosas de no masas, constituyen criterios pronósticos en la predicción de recidiva de condilomatosis perianal. De estos, la serología VIH positiva y la consistencia normal al tacto resultaron ser los criterios pronósticos (positivo y negativo respectivamente) de mayor utilidad, por los altos valores obtenidos en los cálculos estadísticos. La anoscopía y el tratamiento empleado, no presentan capacidad o relación alguna, con la ulterior aparición de recidiva, según el presente estudio.



## Bibliografía

1. Agobian G, Elvis V, Maria P, Angel R, Indira R, Karlie S, et al. Detección del virus del papiloma humano mediante citología uretral en pacientes masculinos del estado Lara. *La Rev enfermería y Otras Ciencias la Salud*. 2011;4(Suplemento 1):45–52.
2. Palefsky JM, Rubin M. La epidemiología del virus del papiloma humano anal y de la neoplasia relacionada [Internet]. *Ginecología pediátrica y juvenil*. Elsevier; 2010. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S1885-9070\(09\)36012-6](http://dx.doi.org/10.1016/S1885-9070(09)36012-6)
3. Rocha-Rodríguez M del R, Juárez-Juárez ME, Ruíz-Jimenez MM, Ramírez-Banda XG, Gaytan Sánchez M del R, Contreras-Valero P. Identificación de factores de riesgo para contraer virus del papiloma humano en sexoservidoras Identification of risk factors to acquire the human papilloma virus in sexual-server. *Rev Cuba Ginecol y Obstet*. 2012;38(2):244–55.
4. Palefsky JM, Rubin M. La epidemiología del virus del papiloma humano anal y de la neoplasia relacionada [Internet]. *Ginecología pediátrica y juvenil*. Elsevier; 2010. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S1885-9070\(09\)36012-6](http://dx.doi.org/10.1016/S1885-9070(09)36012-6)
5. Boletín Médico de IPPF. *Bol Médico IPPF*. 2007;41(01):1–4.
6. Winer RL. Genital Human Papillomavirus Infection: Incidence and Risk Factors in a Cohort of Female University Students. *Am J Epidemiol* [Internet]. 2003 Feb 1 [cited 2014 Oct 15];157(3):218–26. Available from: <http://aje.oupjournals.org/cgi/doi/10.1093/aje/kwf180>
7. Picon G, Neira H, Sánchez I, Campoverde A, Leonico C, Jorge U. Detección del ADN del virus del papiloma humano mediante PCR en pacientes con Citología de ASC-US. Instituto del Cáncer SOLCA-Cucenca durante los años 2005-2006. *Rev Oncológica*. 2006;16.
8. Alfaro-Castro A, Fournier-Pérez M. Virus del papiloma humano. *Rev Médica Costa Rica y Centroamérica*. 2013;LXX(606):211–7.
9. Luciana La Rosa, Silvana Valeria Piusi, María Susana Bruzzi, Marcos Sebastián Trobiani, Jorge Héctor Arias, Carlos Miguel Lumi, Alejandro Gutiérrez ORM. Carcinoma Escamoso de Ano: Detección y Seguimiento Mediante Anoscopia de Alta Resolución. *Rev Argentina Coloproctología*. 2013;24(4).
10. Blanco-gonzález OA, Soto-brito Y, Blanco-gonzález B, Acosta-tabares S, Paz VC De, Toledo ME. Detección y tipificación de papilomavirus humano en lesiones condilomatosas anogenitales de hombres cubanos seropositivos. 2010;2010.
11. Papilloma H, Negrín JGS. Virus del Papiloma humano.

12. A RH. Tumor de Buschke-Lowenstein asociado a condilomatosis nasofaríngea. 2013;76:275–8.
13. Reina JC, Nubia M, Inés-Sánchez G. El estado del arte en las infecciones producidas por el virus del papiloma humano. *Colomb Med.* 2008;39(2):189–95.
14. Du J, Lu X, Liang J, Yang Y, Lin J, Zhu X, et al. Detection and typing of human papillomavirus (HPV) in condyloma acuminatum and bowenoid papulosis HybriBio HPV GenoArray test kit, real-time polymerase chain reaction (PCR) and sequencing. *African J Pharm Pharmacol* [Internet]. 2013 Jan 22 [cited 2014 Oct 15];7(3):73–7. Available from: <http://academicjournals.org/journal/AJPP/article-abstract/3D617D537255>
15. Muñoz C C, Mansilla E JA, Heider C C, Leal W MJ, Chain A C. Prevalencia de patología ano-rectal en pacientes portadores de VIH/SIDA. *Rev Chil Infec.* 2012;29(1):95–8.
16. Laura Padilla-España, Repiso-Jiménez B, Fernández-Sánchez F, Frieyro-Elicegua M, Fernández-Morano T, Peredac 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;
17. Henrique S, Horta C, Seid VE. Efficacy of topical imiquimod in HIV-positive patients with recurrent anal condylomata acuminata. 2012;(32).
18. Armas RP. Eficacia terapéutica comparativa entre la podofilina y el allium sativum en el condiloma acuminado Comparative therapeutic efficiency between podophylline and allium savitum in verruga acuminata. 2010;9(5):650–7.
19. M MG, S VC. Condiloma acuminado gigante inguinal y perineal : cuadro clínico , diagnóstico y tratamiento Inguinal and perianal giant condyloma acuminata : 2006;144–50.
20. Telma DC, Torres MF, Edith D, Ramírez N, li V. Relación entre condilomas acuminados, cáncer de pene y ano Relation between condylomata acuminata , penis cancer and anus cancer. *Camaguey.* 2013;479–89.