



11209

138

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

HOSPITAL GENERAL TACUBA

I.S.S.S.T.E

**“ PATOLOGIA ANO-RECTAL MAS FRECUENTE EN
PACIENTES CON VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA”**

TRABAJO DE INVESTIGACION QUE PRESENTA

DRA. HILDA ALEJANDRA MANZO CASTREJON

PARA OBTENER DIPLOMA EN

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CIRUGIA GENERAL

2002



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

DR. ANTONIO LIHO NECOECHEA

JEFE DE SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL
PROFESOR TITULAR DE CURSO
ASESOR DE TESIS

DR. RAFAEL MORALES PATIÑO

MEDICO ADSCRITO
SERVICIO DE PROCTOLOGIA
ASESOR DE TESIS

DR. SANTIAGO AVENDAÑO HERNANDEZ

MEDICO ADSCRITO
SERVICIO PROCTOLOGIA
ASESOR DE TESIS

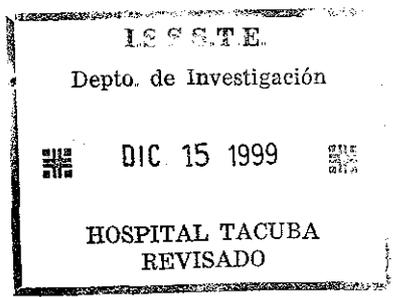
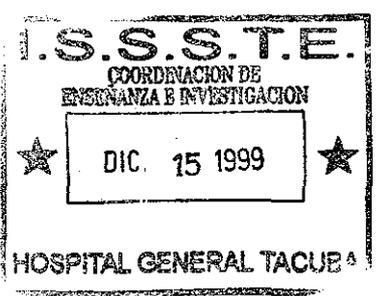


DR. MANUEL DE J. UTRILLA AVILA

COORDINADOR DE INVESTIGACION
Y ENSEÑANZA

DR. GENARO LOYO ARNAUD

COORDINADOR DE
ESPECIALIDADES QUIRURGICAS



INDICE

RESUMEN	2
SUMMARY	3
JUSTIFICACION	4
OBJETIVOS	4
INTRODUCCION	
• Virus de Inmunodeficiencia Humana	5
• Síndrome de Inmunodeficiencia Humana	6
ANTECEDENTES	
• Patología ano-rectal y SIDA	9
• Hemorroides	9
• Fisura anal	11
• Fístula anal	12
• Condilomas	14
MATERIALES Y METODOS	19
RESULTADOS	21
DISCUSION	28
CONCLUSIONES	30
BIBLIOGRAFIA	31

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

RESUMEN

OBJETIVO: Evaluar cual es la patología ano-rectal más frecuente en la población portadora de Virus de Inmunodeficiencia Humana de la Clínica de VIH del Hospital General Tacuba del ISSSTE.

DISEÑO : Observacional, longitudinal, transversal y descriptivo.

MATERIALES Y METODOS: De marzo de 1998 a mayo de 1999 se valoraron 70 pacientes de la Clínica de VIH con o sin patología ano-rectal que estuvieron de acuerdo con la realización de cuestionario, exploración proctológica y tratamiento, a los cuales se les entrevistó, exploró y se les otorgo tratamiento médico y/o quirúrgico así como vigilancia de evolución. Utilizando las instalaciones de consulta externa, quirófano, hospitalización y recursos disponibles. Contando con la cooperación del personal del hospital.

RESULTADOS De los 70 pacientes estudiados, 30 presentaron patología ano-rectal. Ocho pertenecieron al sexo femenino y 22 al masculino. Con una edad promedio de 32.1.

A los 8 pacientes femeninos (heterosexuales) se les dio manejo médico ya que presentaron evolución favorable, por que su estado inmunológico estaba dentro de parámetros normales (CD4, CD8 y carga viral).

De los 22 pacientes masculinos (homosexuales), 12 ameritaron tratamiento quirúrgico, ya que por evolución natural de la enfermedad no hubo remisión de la sintomatología, sin embargo se contempló dentro del protocolo prequirúrgico presentar estado inmunológico adecuado.

La patología ano-rectal que se observó con mayor frecuencia fueron hemorroides mixtas 7, fisuras anales 6, condilomas 6, fisitulas ano-perineales 5, patología mixta 4, hemorroides trombosadas 2.

CONCLUSIONES: La patología ano-rectal es frecuente en pacientes portadores del Virus de Inmunodeficiencia Humana, se presenta más frecuentemente en pacientes masculinos homosexuales. La evolución natural de la enfermedad y el estado inmunológico son los principales indicadores para normar conducta terapéutica.

SUMMARY

OBJETIVE: We evaluated the ano-rectal patology in the Human Inmunodeficiency Virus patients in VIH Clinic of Tacuba General Hospital ISSSTE.

DESIGN: Observacional, longitudinal, transversal and descriptive.

MATERIAL AND METHODS: From march 1998 to may 1999 were evaluated 70 patients with or without ano-rectal patology who accepted the questionnaire, proctologycal exploration and treatment.

This patients were interviewed, explored treated medical o surgical and we observed the clinical evolution .

We used the hospital instalations and the personal colaboration.

RESULTS: 70 patients were evaluated, 30 presents ano-rectal patology. 8 were female and 22 male. Average age 32.1

The 8 female (heterosexuals) patients recived medical manegment with a good evolution because her inmunological status where in normal parameters. (CD4, CD8 and viral load).

From 22 male patients (homosexuals) , 12 needs surgical treatment, because the natural evolution of the patology . And need a good inmunological status .

The most common patology were: mixed hemorroids 7, anal fisures 6, condiloms 6 fistulas 5, mixed patology 4 and trombosed hemorroids 2.

CONCLUSION: The ano-rectal patology is common in Human Inmunodeficiency Virus patients more frecuently in homosexual male.

The clinical evolución of the patology and the inmunological status are the principal indicators in the therapeutic decision.

JUSTIFICACION

Cada día son más los pacientes portadores del Virus de Inmunodeficiencia Humana que ameritan manejo por las Instituciones de salud, motivo por el cual su estudio en cuanto a la patología asociada es de vital importancia.

La patología ano-rectal frecuentemente es motivo de consulta en este grupo de población ya que se manifiesta como una amplia y compleja variedad de signos y síntomas, que se presentan en forma aislada o asociados a manifestaciones sistémicas de la enfermedad representando un serio problema de salud pública.

En la Clínica de VIH y el servicio de Proctología del Hospital General Tacuba del ISSSTE no existen estudios en los cuales se analicen factores epidemiológicos, el curso clínico, estado inmunológico, evolución, desarrollo de la *enfermedad y complicaciones ano-rectales más frecuentes*, lo cual consideramos de vital importancia para el manejo integral de estos pacientes y la adecuada administración de recursos humanos y técnicos con los que cuenta nuestra institución.

OBJETIVOS

- Identificar la patología ano-rectal más frecuente en los portadores del VIH captados en nuestro hospital
- Esclarecer cual es la incidencia y variedad de patología más frecuente, tomando en cuenta la actividad sexual, edad, sexo y estado inmunológico, determinando el tratamiento adecuado para cada paciente.
- Mejorar la atención y calidad de vida de estos pacientes, siendo prioridad para el grupo multidisciplinario de especialistas que intervienen en su manejo.

JUSTIFICACION

Cada día son más los pacientes portadores del Virus de Inmunodeficiencia Humana que ameritan manejo por las Instituciones de salud, motivo por el cual su estudio en cuanto a la patología asociada es de vital importancia.

La patología ano-rectal frecuentemente es motivo de consulta en este grupo de población ya que se manifiesta como una amplia y compleja variedad de signos y síntomas, que se presentan en forma aislada o asociados a manifestaciones sistémicas de la enfermedad representando un serio problema de salud pública.

En la Clínica de VIH y el servicio de Proctología del Hospital General Tacuba del ISSSTE no existen estudios en los cuales se analicen factores epidemiológicos, el curso clínico, estado inmunológico, evolución, desarrollo de la *enfermedad y complicaciones ano-rectales más frecuentes*, lo cual consideramos de vital importancia para el manejo integral de estos pacientes y la adecuada administración de recursos humanos y técnicos con los que cuenta nuestra institución.

OBJETIVOS

- Identificar la patología ano-rectal más frecuente en los portadores del VIH captados en nuestro hospital
- Esclarecer cual es la incidencia y variedad de patología más frecuente, tomando en cuenta la actividad sexual, edad, sexo y estado inmunológico, determinando el tratamiento adecuado para cada paciente.
- Mejorar la atención y calidad de vida de estos pacientes, siendo prioridad para el grupo multidisciplinario de especialistas que intervienen en su manejo.

INTRODUCCION

Virus de Inmunodeficiencia Humana

Es un retrovirus no oncogéno, miembro de la subfamilia lentivirinae, esférico que miden de 100 a 140nm de forma, cuenta con nucleoides cilíndricos. Contienen un genoma RNA lineal de tira sencilla, sentido positivo diploide que contiene por lo menos cinco genes adicionales para su replicación. Incluyendo los básicos para este fin: *gag*, *pol* y *env*. La cubierta consta de glucoproteínas que experimentan variación antigénica, transcriptasa inversa contenida en el interior de los viriones.^{1,2}

La replicación de esta clase de retrovirus es a partir de la transcriptasa inversa que cataliza la formación de una copia de DNA (ácido desoxirribonucleico) que a partir del RNA genómico, el provirus de DNA sirve de molde para el RNA viral.³

Una característica de los provirus de este retrovirus es que permanecen en forma constante en el interior de la célula. Los pacientes sufren infección por la entrada del virus de fuentes externa y no por activación de secuencias silenciosas contenidas en el DNA celular.⁴

Este virus labil puede ser inactivado en forma total con sustancias como el cloro, etanol, isopropanolol, lisol y paraformaldehído. Temperaturas mayores de 56°C durante 10 minutos lo eliminan a pesar de la protección que le otorga el material proteínico que los recubre.⁵

Es el agente etiológico del Síndrome de Inmunodeficiencia Humana y del complejo que lo acompaña. Se describió la enfermedad por primera vez en 1981 y el virus se aisló en 1983. Desde entonces se ha convertido en una pandemia y es causante de miles de muertes en todo el mundo.⁶

Síndrome de Inmunodeficiencia Humana

Se reconoció por primera vez en 1981 cuando los Centers for Disease Control de Estados Unidos informaron de un brote de neumonía por *Pneumocystis carinii* y de sarcoma de Kaposi acompañados de inmunodeficiencia adquirida en varones solteros jóvenes. Al final de ese año se habían comprobado 316 casos en este país, incrementando hasta 300 000 en 1983.⁷

El agente transmisible un retrovirus, fue identificado por primera vez por Barré-Sinoussi y cols. Fue designado inicialmente HTLV-III sin embargo cambió su denominación por la de Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).^{8, 9}

La mayor parte de los casos reportados se produce entre homosexuales, bisexuales, drogadictos y promiscuos. Después de entrar en el cuerpo el VIH ataca de manera preferencial a los linfocitos T que son los portadores del marcador CD4, y acaba por destruirlos. Estos linfocitos se conocen también como células T ayudadoras y desempeñan una función central en la inmunidad mediada por células, lo mismo en la función facilitadora de la inmunidad humoral.¹⁰

La infección además de dar disminución de la cuenta de linfocitos T disminuye su capacidad para reconocer antígenos. Los macrófagos también se tornan menos capaces de reaccionar y las células B producen menos cantidad de anticuerpos específicos. Lo cual clínicamente tornan al paciente más susceptible a las infecciones y al desarrollo tumoral.¹¹

El VIH infecta no solo a los linfocitos T sino también a los monocitos, macrófagos y en consecuencia puede ser capaz de interferir en el procesamiento normal del antígeno y la presentación mediada por estas células para la producción de inmunoglobulinas por los linfocitos B. Es por esto que las enfermedades infecciosas asociadas a SIDA se desarrollan con facilidad.¹²

Los trastornos cuantitativos en las poblaciones celulares se observan con frecuencia posterior a la infección por el virus, se presenta una linfopenia por un decremento absoluto en el número de linfocitos T lo cual se expresa al antígeno de superficie T4 (CD4), en casos más avanzados la linfopenia puede involucrar a la población citotóxica T8 (CD8). Ocasionando una inversión de la relación CD4/CD8. La fisiopatología aún no es clara y se han propuesto muchas teorías para su explicación sin embargo ninguna es aceptada universalmente.¹³

El VIH se transmite por contacto directo con líquidos corporales infectados, de los cuales la sangre semen y secreciones vaginales tienen concentraciones más altas del virus. Los diversos actos sexuales entrañan diferentes grados de riesgo y el que tiene un riesgo más alto es el coito anal receptivo, ya que la mucosa rectal es frágil y tiene un riego sanguíneo excelente. Los desgarros durante el coito permiten la transmisión directa de la enfermedad además de todas las enfermedades sexualmente transmisibles.¹⁴

La infección por VIH se puede acompañar de enfermedad breve de tipo viral, tras la cual los pacientes sanos se conservan así por algunos años (este periodo es variable) ya que el periodo de latencia puede ser muy prolongado. El estrés, desnutrición, drogadicción, alcoholismo y enfermedades asociadas pueden acelerar el inicio del SIDA.¹⁵

El paciente infectado por VIH puede cursar con un periodo de ventana hasta que el sistema inmunológico produce anticuerpos contra el virus (seroconversión). Se identifica mediante la prueba inmunosorbente ligada a enzimas (ELISA) y si se confirma la positividad la técnica de Western Blood reafirma la sospecha diagnóstica. Combinadas tienen una especificidad y sensibilidad del 99%.¹⁶

En los Centers for Disease Control incluyeron además de los indicadores ya comentados (infecciones oportunistas), a los pacientes asintomáticos con un recuento de células CD4 disminuida lo que indica la importancia de la vigilancia de estas células para clasificar la etapa y tratamiento de los trastornos.¹⁷

El control del estado inmunológico de los portadores de VIH se realiza con cuantificación sérica de CD4, CD8 y Carga viral. Ambas se realizan en suero. La determinación de CD4 y CD8 muestra si esta comprometida la inmunidad celular y por consiguiente la inmunidad humoral; Los valores de referencia se pueden alterar por procesos infecciosos recientes. Los niveles menores de 10 000 de copias de RNA/ml se asocia a un bajo riesgo de progresión de la enfermedad, y los mayores a 100 000 a un elevado riesgo, en lo que a carga viral se refiere.¹⁸

Se reportan hasta la fecha a nivel mundial 16 millones de defunciones por SIDA y 50 mil paciente infectados.

ANTECEDENTES

Enfermedad ano-rectal y SIDA

Los homosexuales con SIDA experimentan una prevalencia elevada de enfermedad ano-rectal. Durante el curso de su enfermedad hasta en 34% tuvo un trastorno ano-rectal, según un estudio de Wexner y cols. Además menciona que hasta el 15% ameritó tratamiento quirúrgico antes de conocerse portador de la enfermedad

No se ha esclarecido el motivo por el cual la enfermedad ano-rectal se ha incrementado en homosexuales y bisexuales con SIDA. Se sabe que la mucosa intestinal de estos sujetos contiene concentraciones disminuidas de CD4 e incremento de CD8 ciertas pruebas indican que los antígenos que se encuentran en el semen son la causa directa de esta alteración inmunitaria. Por lo tanto el coito anal predispone no solo al contagio del Virus de Inmunodeficiencia Humana sino también a desarrollar patología ano-rectal.¹⁹

Hemorroides

No existe una definición precisa ya que no se conoce la etiología exacta del padecimiento, se observa una masa de tejido vascular en el canal anal. Hay varias teorías para explicar su origen:

- ◆ Son varicosidades del plexo hemorroidal.
- ◆ Son masas de vénulas dilatadas.
- ◆ Son comunicaciones arterio-venosas de la mucosa anal, mencionando que este tejido pudiera ser “ un cuerpo cavernoso del recto” .
- ◆ Son “cojines especializados muy vascularizados” que consisten en masas específicas de submucosa compacta que contienen vasos sanguíneos músculo liso y tejido conectivo.

Hay tres paquetes con sitios anatómicos definidos. Lateral izquierdo, anterolateral derecho y posterolateral derecho.

Es la enfermedad ano-rectal más común del hombre occidental. El 5% de la población general la presenta, aumentado su frecuencia con la edad. La dieta deficiente en fibra es el agente causal del estreñimiento, entidad clínica más relacionada con la aparición de hemorroides. Además de herencia, posición erecta, ausencia de válvulas en plexos hemorroidales. Obstrucción del retorno venoso por aumento de presión intraabdominal, hipertensión portal, etc.

Clasificación:

- ◆ Colgajos cutáneos externos: Pliegues específicos de piel procedente del anillo anal, pueden ser el resultado final de hemorroides trombosadas externas o complicación de enteropatía inflamatoria.
- ◆ Hemorroides externas: Vénulas dilatadas del plexo hemorroidal inferior por debajo de la línea dentada y está cubierto por epitelio de transición y columnar.
- ◆ Hemorroides internas: Tejido vascular submucoso, sintomático y redundante que se localiza por arriba de la línea dentada y está cubierto por epitelio escamoso.
- ◆ Hemorroides internas de primer grado: Cuando sobresalen en la luz del canal anal y producen sangrado no doloroso.
- ◆ Hemorroides internas segundo grado: Se proyectan hacia afuera durante la evacuación y reducen espontáneamente.
- ◆ Hemorroides internas de tercer grado: Son aquellas que protruyen espontáneamente o durante la defecación y ameritan reducción manual.
- ◆ Hemorroides internas de cuarto grado: Son las que prolapsan permanentemente y son irreducibles manualmente.
- ◆ Hemorroides mixtas: Son aquellas en las que se encuentran elementos internos y externos, acompañadas de colgajos cutáneos.

- ◆ Hemorroides trombosadas: Se presenta cuando las hemorroides prolapsadas no reciben irrigación debido al espasmo del esfínter. (Fig. 1)

El tratamiento puede ser médico o quirúrgico en base al estadio de la enfermedad hemorroidal. El tratamiento médico puede ser con modificación de hábitos dietéticos, ligadura, apoyo medicamentoso y esclerosis. El quirúrgico con hemorroidectomía abierta, cerrada, semicerrada y ligadura de paquetes principales.²⁰

Fisura anal

Se presenta en adultos jóvenes con igual presentación en ambos sexos. En el hombre se presenta en la línea media posterior y en la mujer en la anterior.

En cualquier caso la extensión de la fisura es constante de la línea dentada hasta el margen anal corresponde a la mitad inferior del esfínter interno.

Generalmente cicatrizan rápidamente con tratamiento médico pero también la cicatrización se puede retardar y la inflamación del extremo inferior da origen a la hemorroide centinela (Triada de Brodi: Fisura, hemorroide centinela y papila hipertrófica).

El consenso general es que el factor inicial, es el traumatismo del canal anal por un bolo fecal grande y duro o por agresión directa al ano.

El diagnóstico es clínico. Y el tratamiento puede ser conservador o quirúrgico.²¹

Fístula anal

Comunicación anormal entre el canal anal y la piel perianal con trayecto cubierto por epitelio. (Fig. 2)

El conocimiento de la anatomía del piso pélvico es esencial para determinar el origen y trayecto de las fístulas. El origen de las mismas puede ser por enfermedad sistémica (CROHN, CUCI, Tuberculosis) o enfermedad local (cuerpo extraño, actinomicosis, carcinomas, traumatismo, etc.).

La evidencia actual indica que la infección de las glándulas anales es la causa más común de abscesos fistulosos. Se pueden presentar en forma aguda como abscesos o en forma crónica como fístula. (Fig. 3)

Generalmente la fisiopatología se desarrolla posterior a una obstrucción de las glándulas anales ya sea por materia fecal, cuerpos extraños o traumatismo, estableciéndose la infección. Las glándulas anales provienen del canal anal medio a nivel de las criptas que atraviesan la submucosa y se continúan hasta el esfínter interno y la mitad de estas penetra al plano interesfintérico.

La vía más común de extensión de una fístula es el canal anal medio hacia abajo del plano interesfintérico hasta el margen anal. La infección puede superar los músculos esfintéricos y penetrar a la fosa isquiorrectal o se pueden propagar hacia arriba siguiendo la pared del recto, también se puede diseminar en forma circular alrededor del ano.

El sitio de diseminación más frecuente es a la fosa isquiorrectal, cuando la propagación inicia en la línea media penetra en el esfínter y se bifurca dando fístula en herradura.

De acuerdo con la Regla de Goodsall cuando hay una abertura posterior al plano coronal la fístula probablemente tiene origen en la línea media dorsal, y si

es anterior se extiende hacia la cripta más cercana. Las aberturas a ambos lados del canal anal provienen de la línea media posterior con una fístula en herradura. Una abertura externa al margen anal indica un trayecto interesfintérico y si se localiza lateral indica un trayecto trans - esfintérico.

Eisenhammer hizo notar la importancia del plano interesfintérico en la patogénesis y extensión de los trayectos fistulosos. Parks hace una clasificación en base a la anatomía y trayectos fistulosos, muy detallada:

1. Interesfintérica

- ◆ trayecto bajo sencillo
- ◆ trayecto ciego alto trayecto alto en abertura rectal
- ◆ abertura rectal sin abertura perineal
- ◆ extensión extrarrectal
- ◆ secundaria a enfermedad pélvica

2. Transesfintérica

- ◆ sin complicación
- ◆ de trayecto ciego alto

3. Supraesfintérica

- ◆ sin complicaciones
- ◆ de trayecto ciego alto

4. Extraesfintérica

- ◆ secundaria fístula anal
- ◆ secundaria a traumatismo
- ◆ secundaria a enfermedad ano-rectal
- ◆ secundaria e inflamación pélvica

El diagnóstico es clínico y el criterio diferencial es con patología infecciosa de periné, neoplasias, tuberculosis, manifestaciones anales de enfermedad inflamatoria intestinal y actinomicosis.

La base del tratamiento es el drenaje y dependiendo de la ubicación del trayecto fistuloso es la técnica quirúrgica que se realizará ²²

Condilomas

Tumoraciones papiliformes pedunculadas que crecen en hileras causadas por el virus del papiloma, autoinoculable, filtrable y transmisible, que pueden extenderse en toda la circunferencia del ano. (Fig. 4)

El periodo de incubación puede ser hasta de 6 meses. La existencia de condilomas en región ano-rectal indica alguna forma de transmisión sexual. Se presenta con mayor frecuencia en homosexuales hombres, que actúan como receptores ya que las condiciones de temperatura y humedad favorecen el crecimiento de las lesiones.

Las características histológicas demuestran una marcada acantosis de la epidermis con hiperplasia de células espinosas con inflamación crónica subyacente. Las manifestaciones clínicas son: sensación de cuerpo extraño perianal, prurito y sangrado leve.

El diagnóstico se hace por clínica y confirmación histopatológica.

El tratamiento está enfocado a la resección de los condilomas la cual se puede hacer con agentes químicos y/o con resección quirúrgica

- ◆ SOLUCIONES CAUSTICAS
 - Podofilina
 - Ácido bicloroacético

- ◆ ELECTROFULGURACION
- ◆ EXTIRPACION QUIRURGICA
- ◆ CRIOTERAPIA
 - Hielo seco
 - Aire líquido
 - Nitrógeno líquido

- ◆ PREPARADOS ANTITUMORALES
 - Thiotepa
 - 5-Fluoracilo
 - Bleomicina

Posterior al tratamiento se debe dar vigilancia de por lo menos 3 meses por el alto grado de recidiva.²³

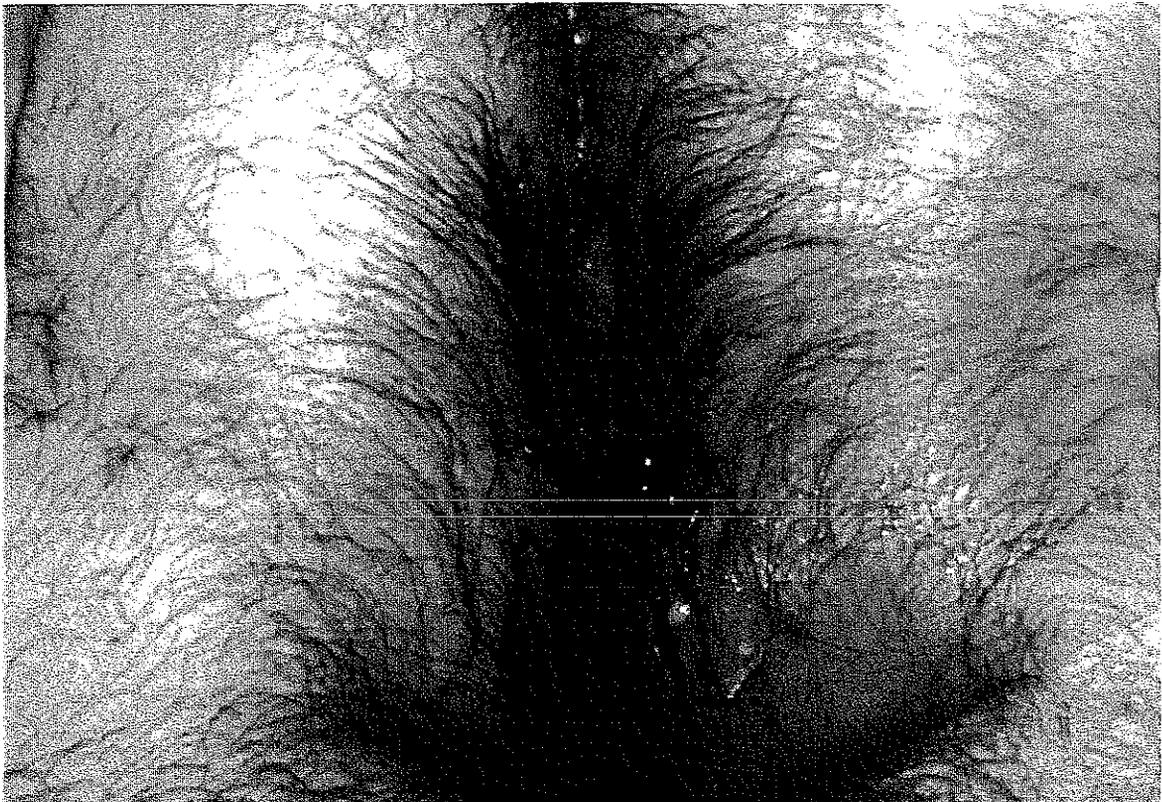
Figura 1. Hemorroides Mixtas.



Figura 2. Fístula anal .



Figura 3. Absceso Perianal .



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Figura 4. Condilomas .



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MATERIALES Y METODOS

El presente estudio es observacional, longitudinal, transversal y descriptivo. Se llevó a cabo de Marzo de 1998 a Mayo de 1999. Se incluyeron 70 pacientes de la Clínica de VIH.

Todos los pacientes se sometieron a interrogatorio, exploración proctológica y tratamiento médico y/o quirúrgico. Dentro del protocolo preoperatorio se solicitaron exámenes de laboratorio de rutina: Biometría hemática, química sanguínea, electrolitos y tiempos de coagulación.

Valoración de estado inmunológico con determinación sérica de CD4, CD8 y carga viral.

Valoración de Médico Internista tratante y exclusión de otra patología sistémica asociada a inmunocompromiso.

La determinación de CD4 y CD8 se realiza en suero y se hace conteo de células por mililitro. Los valores que se consideran normales: (en base a grupos control)

CD4	549 -1197 céls/ml
CD8	313 – 793 céls/ml
CD4/CD8	1.04-2.43

La determinación de carga viral se determina en suero manteniéndose a -70°C desde su toma hasta su proceso con el método Digene Hybrid Capture Microplate System HIV RNA Quantitation Assay. El cual tiene un nivel mínimo de detección de 500 copias RNA/ ml de plasma.

Las determinaciones de CD4, CD8 y carga Viral, se realizaron en el Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos “ Dr. Manuel Martínez Báez “, de la Secretaría de Salud.

Todos los pacientes sometidos a tratamiento quirúrgico se ingresaron 12 horas previas a la cirugía para lavado mecánico de canal anal. La técnica quirúrgica en cada uno de los procedimientos se realizó sin modificaciones. El manejo postoperatorio inmediato y mediato consistió: Dieta con abundante fibra sedilubios, antiinflamatorios, analgésicos, formadores de bolo fecal, suspensión de actividad sexual hasta nueva indicación y antibiótico por 15 días posteriores a la cirugía a dosis estándar. Sin suspender el esquema antiviral indicado por la Clínica de VIH.

Se utilizaron las instalaciones de consulta externa, quirófano y hospitalización así como recursos disponibles en los mismo, contando con la cooperación del personal del hospital.

Los pacientes fueron informados desde la primera consulta del objetivo del estudio y siempre siguiendo las más estrictas normas de respeto y ética.

RESULTADOS

Se valoraron 70 pacientes de la clínica de VIH del Hospital General Tacuba, correspondiendo 8 al sexo femenino y 62 al sexo masculino, con edad promedio de 32.1 años (26-64), y diagnóstico de VIH de 3.5 años (6 meses – 8 años). De los cuales 30 presentaron la siguiente patología anorrectal. (Grafica1)

Tabla 1. Pacientes con patología ano-rectal

Patología	Mujeres	Hombres	Total
Condiloma acuminado	0	6	6
Fístula	0	5	5
Fisura	2	4	6
Hemorroides	6	1	7
Hemorroides trombosadas	0	2	2
Patología mixta	0	4	4
Total	8	22	30

Se aplicó tratamiento médico a 18 pacientes, 8 del sexo femenino y 10 del sexo masculino, en quienes el estado inmunológico y evolución natural de la enfermedad lo permitió, consistiendo en modificación de hábitos alimenticios e higiénicos, incluyendo abundante fibra en la dieta, sedilubios, antiinflamatorios tópicos y sistémicos, además de analgésicos. (Gráfica 2)

Tabla 2. Patología que ameritó tratamiento médico

Patología	Mujeres	Hombres	Total
Condiloma acuminado	0	4	4
Fístula	0	1	1
Fisura	2	2	4
Hemorroides	6	0	6
Hemorroides trombosadas	0	1	1
Patología mixta	0	2	2
Total	8	10	18

Ameritaron tratamiento quirúrgico 12 pacientes, todos del sexo masculino, distribuidos de la siguiente forma. (Gráfica 3)

Tabla 3. Procedimientos quirúrgicos

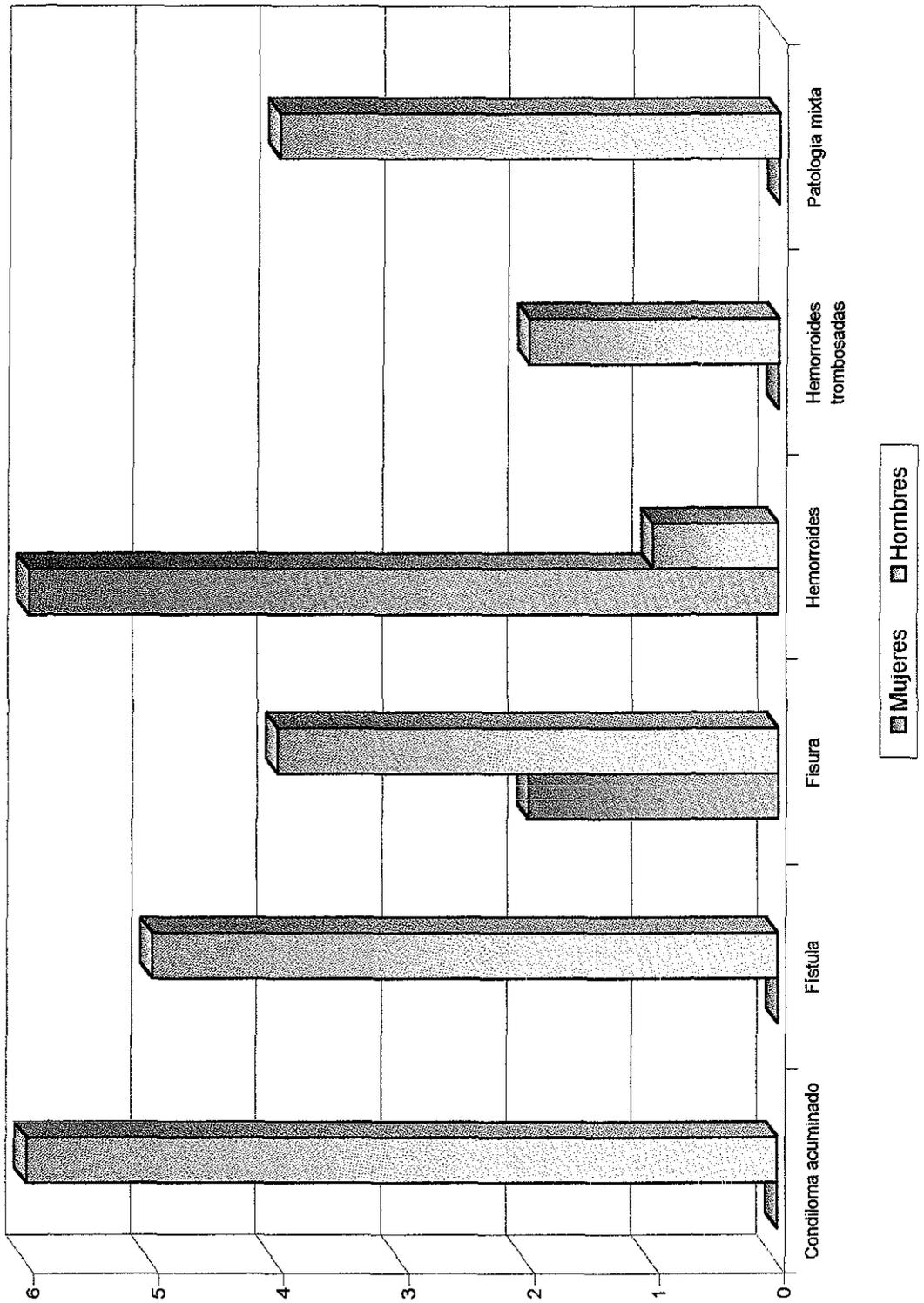
Procedimiento quirúrgico	No de pacientes
Fistulotomía	4
Fisurectomía	4
Electrofulguración y Biopsia	2
Hemorroidectomía abierta	1
Trombectomía local	1
Total	12

El promedio de CD4 y CD8 en los 70 pacientes estudiados fue 549.2 y 1112.8 respectivamente, con una carga viral de 44582 copias de RNA/ml, los cuales están dentro de rangos normales, a excepción de CD8 que se encuentran elevados, a continuación se tabulan los valores encontrados en los grupos de pacientes que presentaron patología ano-rectal, en quienes ameritaron manejo médico y/o quirúrgico. (Gráfica 4, 5)

Tabla 4. Promedios de CD4, CD8 y carga viral

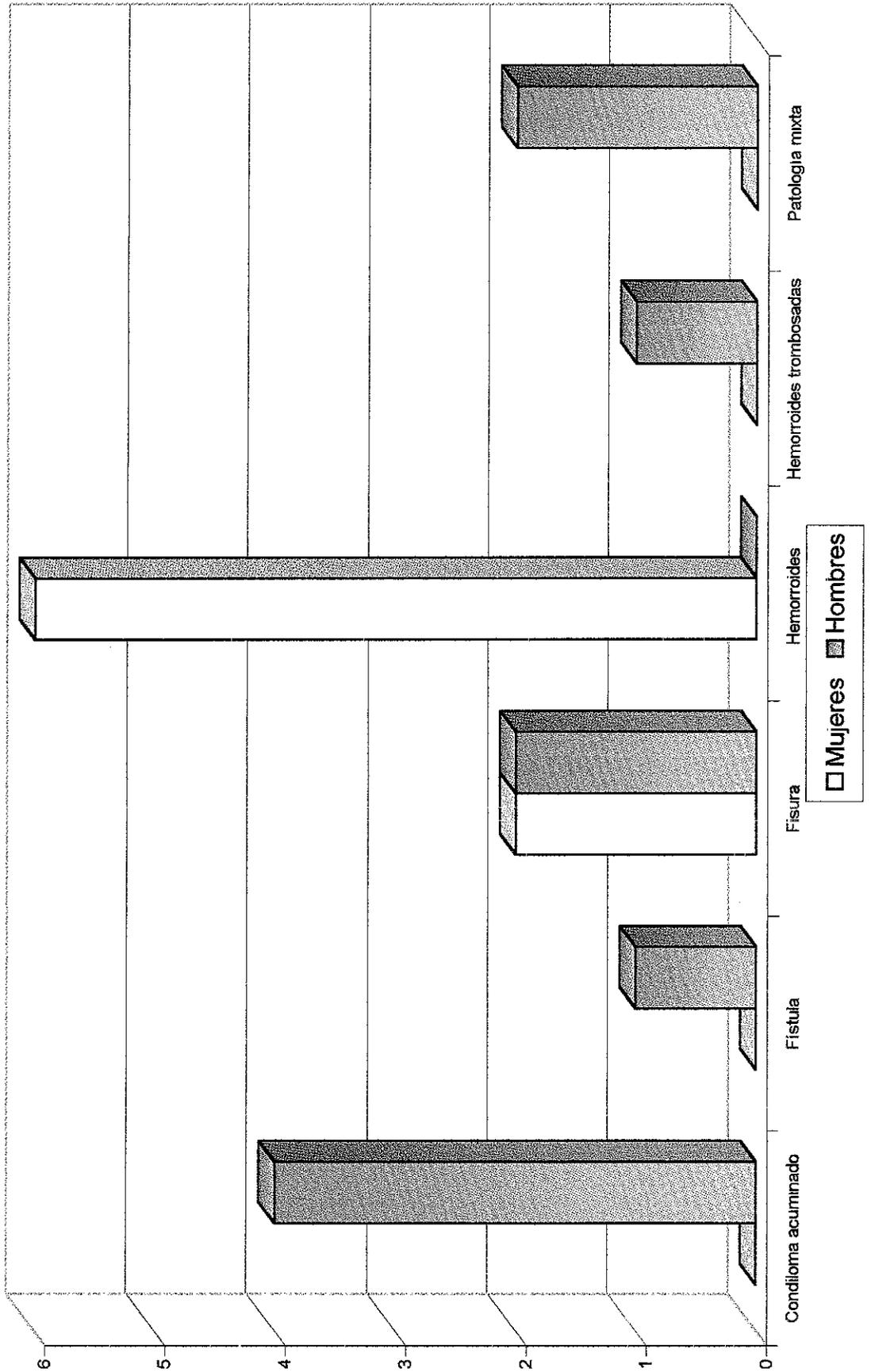
	CD4	CD8	Carga Viral
Total de pacientes (70).	549.2	1121.8	44582
Pacientes sin patología (40).	447.9	984.6	41042
Pacientes con patología (30).	650.6	1259.19	48122
Patología que ameritó tratamiento quirúrgico (12).	525	1105.3	41024
Patología que ameritó tratamiento medico (18).	776.2	1413.08	55220

Patología ano-rectal
Gráfica 1

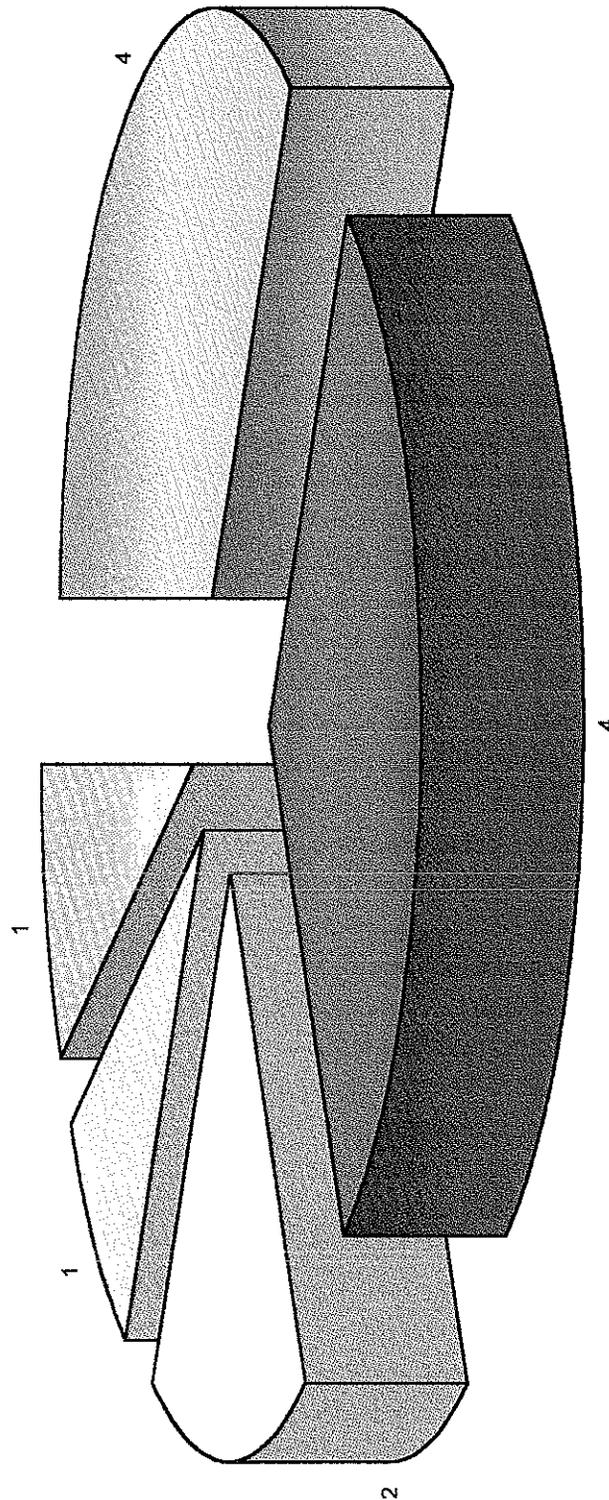


TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Tratamiento médico
Gráfica 2

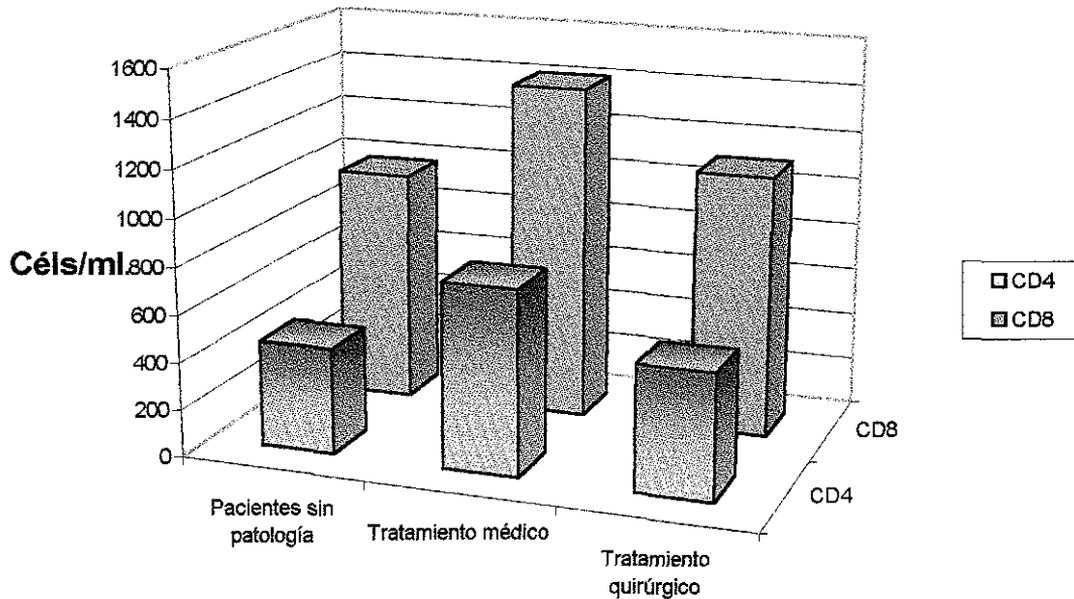


Procedimientos quirúrgicos
Gráfica 3

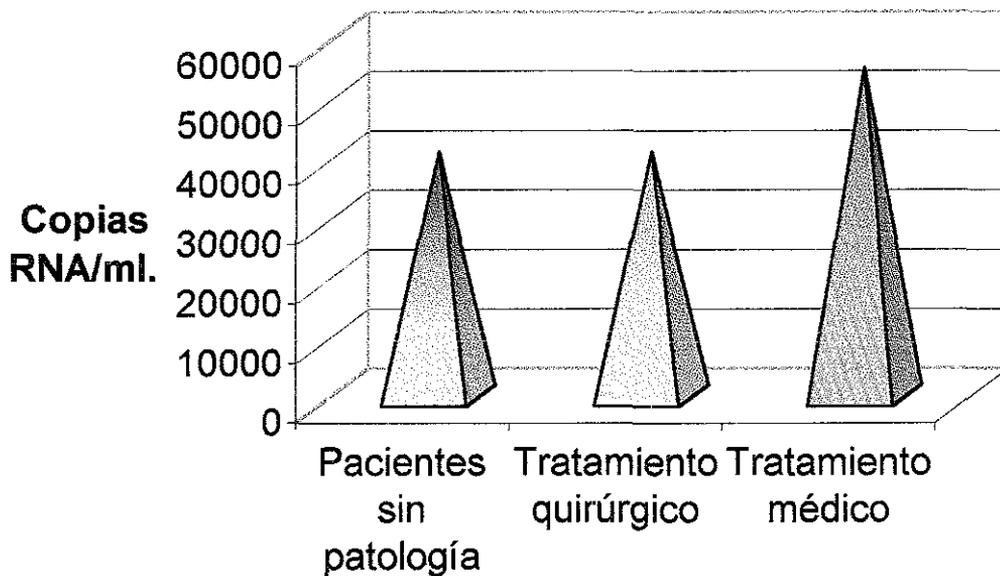


- Fisulotomía
- Fisurectomía
- Electrofulguración
- Hemorroidectomía
- Trombectomía

Promedio CD4 y CD8
Gráfica 4



Promedio de carga viral
Gráfica 5



DISCUSIÓN

El aumento en la incidencia de portadores de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida es notable por lo que la necesidad de mejorar la calidad de atención en este grupo de pacientes es imperante.

Las manifestaciones ano-rectales del SIDA como enfermedad local son múltiples, condicionadas principalmente por hábitos higiénico-dietéticos y actividad sexual. Reflejándose en un aumento en la demanda de consulta proctológica, en nuestro grupo de pacientes (70), 30 pacientes (42.8%) requirieron atención por el servicio de proctología.

La variedad de patología ano-rectal no difiere en gran medida con el resto de la consulta a excepción de los pacientes con condilomas, sin embargo la cronicidad y recidiva es más importante en los pacientes homosexuales hombres portadores del Virus de Inmunodeficiencia Humana en virtud de la continua agresión que recibe el ano y el permanente compromiso inmunológico.

El tratamiento se instituyó en base a la evolución natural de la enfermedad y estado inmunológico del paciente. Se observó que los pacientes que recibieron tratamiento médico presentaban un estado inmunológico (CD4, CD8) dentro de límites normales o discretamente bajo, y una carga viral menor de 100 000 copias de RNA/ml.

En los pacientes en que se decidió tratamiento quirúrgico el estado inmunológico debía encontrarse dentro de límites normales (CD4, CD8 y carga viral), así como ausencia de patología infecciosa agregada. Los pacientes candidatos a tratamiento quirúrgico que no reunían estas condiciones fueron manejados en forma conservadora hasta documentar por reporte de laboratorio y clínica estabilidad inmunológica.

Lord²⁴ reporta que el estado inmunológico no modifica la evolución natural de la enfermedad así como la decisión de tratamiento, sin embargo a todos sus pacientes les solicitó determinación de CD4 y CD8. Nuestro grupo considera que el estado inmunológico del paciente es de vital importancia en la evolución natural de la enfermedad, y evolución postoperatoria, coincidiendo con el estudio de Costen y colaboradores.²⁵

Wastell²⁶ menciona que los pacientes con compromiso inmunológico condicionado por el Virus de Inmunodeficiencia Humana, presentan mayor riesgo de complicaciones sépticas posterior a procedimientos quirúrgicos

El proceso de cicatrización en nuestro grupo de pacientes fue similar al que presentan los pacientes sanos (por vigilancia en consulta externa de 6 a 8 semanas posteriores a la cirugía) ya que el estado inmunológico de los pacientes fue adecuado, coincidiendo con el reporte de Nadal.²⁷

Nuestro grupo de estudio es pequeño sin embargo los resultados son significativos, observando que hábitos higiénico-dietéticos deficientes, actividad sexual y SIDA son predisponentes para desarrollar enfermedad ano-rectal.

CONCLUSIONES

1. - La patología ano-rectal es frecuente en portadores de Virus de Inmunodeficiencia Humana.
- 2.- La patología ano-rectal se presenta con mayor frecuencia en varones homosexuales, debido al tipo de practica sexual.
- 3.- El estado inmunológico (CD4, CD8 y carga viral), es determinante en la evolución clínica y respuesta al tratamiento

BIBLIOGRAFIA

- ¹ Jawetz E. Et al, Microbiología Médica; 14 Ed. Manual Moderno 1995, 256-59.
- ² Gallo R.C. The first Human Retrovirus. Sci Am. 255 –88. 1986
- ³ Gallo R.C. The AIDS Virus. Sci. Am. , 256-96. 1990
- ⁴ French R. Et al; How HIV produces inmunodeficiency. Med. J. Aust. 164:166-71, 1996.
- ⁵ Centers for Disease Control. Revised Classification System for HIV infection and expanded Surveillance Keys Definition for AIDS Among Adolescence and Adults. MMWR 41:1. 1992
- ⁶ Barre – Sinousi F. Et al Isolation of a T- Linphotropic Retrovirus from a patients Risk for Acquired Deficiency Syndrome (AIDS) Science, 220:860-70, 1983.
- ⁷ Gilliland R. Sepsis anorrectal complicada. Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica. 121-160. I/1997
- ⁸ Gallo R.C. Frequent detection and isolated of retroviruses (HTLV-III) from patients with AIDS and at risk for AIDS. Science, 224-500, 1984
- ⁹ Guilliland R. HIV. Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica. 121-160. I/1997.
- ¹⁰ Quinn T.C. Et al. The etiology of anorrectal infections in homosexual men. Am. J. Med. 71-395. 1981.
- ¹¹ Broder S. Et al. AIDS. Modern concepts and therapeutic Challenges. Science. 94. I/21, 1986.
- ¹² Wong S.T. Et al. . T – Lynphotrofic retroviruses. Nature. 317-395, 1985.
- ¹³ Yarchoan R. Et al, The development of Anti-Retroviral Therapy for the Acquired Inmunodeficiency Syndrome and related disorders: A progress report. N. Engl J. Med. 316-557. 1987.
- ¹⁴ Hunt D.J. Et al, Changes in sexual behaviours in a large cohort of homosexual men in England and Walles. BMJ, 305-55, 1991.
- ¹⁵ Classification system for human T- Lynphotropic virus type III linphadenopathy asociated with AIDS (EDITORIAL). N. Engl. J. Med. 1180-83, 1987
- ¹⁶ Bylund D.J. Et al, Review of testing for Human Inmunodeficiency Virus. Clin. Lab. Med. 12: 305-15, 1992.
- ¹⁷ Centers for Disease Control. HIV/AIDS Surveillance report. MMWR. 41.1-9, 1992.
- ¹⁸ Zaaigerhl, Et al. Early detection of antibodies to HIV – I by third generation assays. Lancet 340-70. 1992

- ¹⁹ Wexner S.D, Et al, The surgical management of anorectal diseases in AIDS and pre-AIDS. *Dis. Colon. Rectum*, 29/719-25, 1986.
- ²⁰ Bleday R. Et al, Symptomatic hemorrhoids current incidence and complications at operative therapy. *Dis. Colon. Rectum* 35/477-81, 1992.
- ²¹ Goldberg S.M, *Fundamentos de Cirugía Ano-Rectal* Limusa, 103-121. 1992
- ²² Gordon PH. *Principes and practice of surgery for the colon, rectum and annus*. St Louis Quality Publishing. 193-202. 1993.
- ²³ Goligher J; *Surgery of de annus rectum and colon*. 5 th ed London. Bailliere Tindall. 363-384. 1987.
- ²⁴ Lord RV. Anorectal Surgery in patientes infected with Human Inmunodeficiency Virus: factors associated with delayed wound healing. *Ann Surgery* Jul. 226/1. 92-96. 1996.
- ²⁵ Costen. Et al. Anorectal Surgery in Human Inmunodecifiency virus infected patients. Clinical outcome in relation to inmune status. *Dis Colon Rectum*. Nov 38/11 1169-1175. 1995.
- ²⁶ Wastell C. Et al. Surgery and Human Inmunodeficiency Virus-1 infection. *Am J Surg*. 172/1. 89-92. 1996.
- ²⁷ Nadal SR. Healing after fistulotomy: comparative study between HIV+ and HIV- Patients *Dis Colon Rectum* Feb 41/2. 177-179. 1998.