

112382  
7



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO, O. D.

MANIFESTACIONES ANORRECTALES EN PACIENTES  
SEROPositivos PARA EL VIH: 5 AÑOS DE REVISION EN  
LA UNIDAD DE COLOPROCTOLOGIA DEL  
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO, O. D.

**T E S I S**

SECRETARIA DE SALUD PARA OBTENER EL TITULO DE:  
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO  
ORGANISMO DESCENTRALIZADO **COLOPROCTOLOGO**

**P R E S E N T A :**  
**DR. YGNACIO RAMON LIMA MENDOZA**



DIRECCION DE ENSEANZA ASesor Y DIRECTOR DR. LUIS CHARUA GUINDIC

MEXICO, D. F.

AGOSTO DE 2003.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

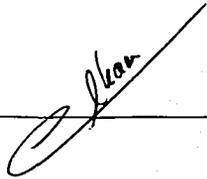
**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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.

**MANIFESTACIONES ANORRECTALES EN PACIENTES  
SEROPOSITIVOS PARA EL VIH: 5 AÑOS DE REVISION EN LA  
UNIDAD DE COLOPROCTOLOGIA DEL  
HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO, O. D.**

**DR. LUIS CHARUA GUINDIC.**  
Jefe de la Unidad de Coloproctología.  
Profesor Adjunto del Curso en  
Especialización en Coloproctología.  
Asesor y Director de la Tesis.  
Tel.: 55 45 18 63.  
BIP.: 56 29 98 00 Clave 4331.



---

**Dr. YGNACIO RAMÓN LIMA MENDOZA**  
Médico Residente de 2º año del Curso de  
Especialización en Coloproctología.  
ygnaciolima@hotmail.com  
Tel.: 59 99 61 33 Ext. 1045



---

**DR. OCTAVIO AVENDAÑO ESPINOSA.**  
Consultor Técnico de la Unidad de Coloproctología.  
Profesor Titular del Curso de  
Especialización en Coloproctología.  
Tel.: 59 99 61 33 Ext. 1045



---



---

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

SECRETARÍA DE SALUD  
C. N. A. M.

**I. AGRADECIMIENTOS:**

A mi esposa:

Por tu amor, cariño y comprensión  
Este triunfo se debe a ti.

A mis hijos Andrés y Adrián:

Son ustedes la luz de mi vida.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo doctoral.

NOMBRE: Ignacio Ramon

Lima Mendoza

FECHA: 24/09/03

FIRMA: [Firma]

A mi madre:

Por haberme dado la vida  
Todo lo que soy es por ti.

A mi hermana:

Por ser el aliciente de este sueño.

A mis maestros:

En especial a los Doctores Avendaño y Charúa  
Por compartir sus conocimientos frutos de la experiencia  
En la realización de mi tesis.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**II. INDICE:**

I. AGRADECIMIENTOS:.....	3
II. INDICE: .....	4
III. RESUMEN: .....	5
IV. ANTECEDENTES:.....	7
V. OBJETIVOS:.....	30
VI. DISEÑO Y DURACIÓN:.....	31
VII. RELEVANCIAS Y EXPECTATIVAS:.....	32
VIII. RECURSOS: .....	33
IX. ASPECTOS ÉTICOS Y DE BIOSEGURIDAD:.....	34
X. MATERIAL Y MÉTODOS:.....	35
XII. DISCUSIÓN: .....	38
XIII. CONCLUSIONES:.....	41
XIV. ANEXO:.....	42
XV. GRAFICOS:.....	44
XVI. BIBLIOGRAFÍA.....	52

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

### **III. RESUMEN:**

#### **Justificación:**

Entre las enfermedades asociadas que afectan a los pacientes VIH+ se encuentran las manifestaciones anorrectales, por lo anterior es necesario conocer cuales son estas entidades, la frecuencia, su evolución, el manejo y sus complicaciones, en la Unidad de Coloproctología del Servicio de Gastroenterología del Hospital General de México, O. D., para poder establecerá un plan idóneo de atención integral.

#### **Objetivos:**

Conocer la frecuencia, tipo, sintomatología, manejo, tratamiento y complicaciones en las manifestaciones anorrectales de los pacientes seropositivos para el VIH atendidos en la Unidad de Coloproctología del Servicio de Gastroenterología del Hospital General de México, O. D., de enero de 1997 a diciembre de 2001.

#### **Diseño y duración:**

Estudio retrospectivo, observacional, longitudinal, del enero de 1997 a diciembre de 2001.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**Material y métodos:**

Se revisaron 9,590 expedientes clínicos de pacientes que acudieron por primera vez a la Unidad de Coloproctología del Servicio de Gastroenterología del Hospital General de México, O. D., de enero de 1997 a diciembre de 2001. Se incluyeron a los pacientes seropositivos para el VIH o en fase de SIDA que presentaron manifestaciones anorrectales. Se captaron en hojas de recolección de datos las siguientes variables: sexo, edad, tipo manifestaciones anorrectales, tiempo presentación de los síntomas, localización anatómica de las lesiones, tipo de tratamiento realizado y las complicaciones. A todas las pacientes se les realizó una historia clínica completa, incluyendo exploración proctológica. Se excluyeron los pacientes VIH+ sin lesiones anorrectales.

**Análisis de resultados:**

Se utilizaron tabla de frecuencia y porcentaje de acuerdo a cada variable y gráficos para representar los resultados y se cruzaron las variables en los casos necesarios.

TESTS CON  
FALLA DE ORIGEN

#### **IV. ANTECEDENTES:**

Desde la aparición del primer caso del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) en 1981, se inició el estudio de una nueva enfermedad que alteraba la respuesta inmunológica sin conocer qué la producía. No fue sino hasta 1983 cuando se logro aislar e identificar el agente causal recibiendo el nombre de virus de inmunodeficiencia humana conocido por sus siglas VIH. Es un retrovirus que pertenece a los llamados lentivirus, tienen predilección por los linfocitos T colaboradores (CD4), las células dendríticas y los macrófagos; el VIH transcribe su ARN viral al ADN de la célula infectada integrándose a sus cromosomas, este ARN actúa como mensajero dirigiendo las síntesis de proteínas víricas y luego como genoma de nuevos virus<sup>(1)</sup>. La infección produce disminución del número de los linfocitos T CD4 cuya función es interactuar con los linfocitos B, macrófagos y las células asesinas, por lo tanto ocurre una supresión del estado inmunológico humoral y celular, haciendo posible que exista una mayor predisposición a infecciones por microorganismos oportunistas y la aparición de neoplasias<sup>(2)</sup>.

#### **Epidemiología:**

La infección del virus de inmunodeficiencia humana representa un problema de salud pública mundial se extiende por todos los continentes aumentando cada día el número de infectados<sup>(1)</sup>. En Estados Unidos hay aproximadamente un millón de personas contagiadas por el VIH y alrededor del mundo se estimada que existan

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

40 millones, cuyas edades están comprendida entre los 15 y 49 años<sup>(3,4)</sup>. En México, para 2002, la estimación de infectados y casos de SIDA es de aproximadamente 271,000 personas, cifras que incluyen los casos notificados y de subregistrados<sup>(4)</sup>.

Sólo el 30% de los pacientes VIH+ desarrollaran SIDA entre los 3 a 5 años de su infección<sup>(5)</sup>. Las manifestaciones anorrectales son más frecuentes en los varones seropositivos que tiene sexo anal, de aquellos que no lo realizan. Se estima que pueden ser hasta del 34% de este grupo de personas. Las lesiones que con mayor frecuencia se asocian son: úlcera anal, fisura anal, fistula anal, enfermedad hemorroidaria y neoplasias<sup>(5y6)</sup>. Estos pacientes con VIH+, ameritan frecuentes intervenciones quirúrgicas y se estima que de 30% a 85% de ellos se les practicará algún tipo de cirugía anorrectal en el curso de su enfermedad <sup>(6y7)</sup>.

Existe una relación entre la infección del virus de inmunodeficiencia humana y las enfermedades de transmisión sexuales en los pacientes homosexuales, es así que en este grupo de personas encontramos algunas como: gonorrea, sífilis, infecciones por chlamidias y los condiloma anal acuminado, a demás se presentan úlcera anal específicas causada por herpes simples, citomegalovirus, candidiasis y úlceras anal idiopáticas<sup>(8y9)</sup>. El epitelio anorrectal es asiento de diversas neoplasias como el sarcoma de Kaposi, linfoma no Hodgkin y carcinoma epidermoide, puesto que estas lesiones malignas son 25 a 50 veces más frecuentes que en la población general <sup>(8 y 10)</sup>.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## **Anatomía**

El recto con una longitud de 12 a 15 cm esta a continuación del sigmoides se considera su inicio a nivel de tercera vértebra sacra por los anatomistas y a nivel del promontorio por los cirujanos y su finalización a nivel del anillo por los cirujanos y por anatomista en la línea anorrectal. El recto desciende siguiendo la concavidad del sacro para terminar a 2-3 cm del cóccix en su cara anteroinferior, en su recorrido realiza tres curvaturas laterales, la superior e inferior son convexas a la derecha y la media lo es a la izquierda, estas curvaturas corresponden en la región intraluminal a las válvulas de Houston, sitios importantes para tomar biopsias. Otras característica que permite identificar al recto son la ausencia de háustras, apéndice epiplóicos y tenias.

**Relaciones y reflexiones peritoneales del recto.**

Los espacios retrorrectales son las siguientes: por su cara anterior con fascia propia de la pared rectal posterior, cara posterior fascia presacra que cubre los vasos sacros medios; lateralmente con los vasos iliacos, uréteres, ligamentos rectales; por el extremo superior con el peritoneo y para finalizar en su extremo inferior con la fascia retrosacra o de Waldeyer, esta es una aponeurosis resistente y avascular que se origina en la cuarta vertebra sacra luego se dirige hacia delante y abajo para terminar a nivel de la fascia propia en el anillo rectal.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

En cuanto a su recubrimiento peritoneales el tercio superior del recto esta cubierto por peritoneo en sus caras anterior y laterales; el tercio medio solo le presenta lateralmente y el tercio inferior esta desprovisto de peritoneo. Al continuar descendiendo el recto extraperitoneal se encuentra cubierto por una aponeurosis pélvica visceral llamada aponeurosis de Denonvillier que comienza en la flexión peritoneal anterior hasta el diafragma urogenital o cuerpo perianal y se separa la vagina en las mujeres y en el hombre de la vesícula seminales y próstata.

Conducto anal es la porción terminal del intestino que tiene una longitud de 3 a 4 cm, por su compleja anatomía y fisiología que juegan un rol importante en la continencia y además de ser el asiento de múltiples patologías. En cuanto a sus limites existe diferencias puesto que para los anatomista el conducto anal se encuentra localizado distal a la línea anorrectal, mientras que para los cirujanos se sitúa distal a los músculos elevadores. Este conducto anal quirúrgico o anorrecto de Harkins incluye al anatómico y los 2 cm finales sobre la línea anorrectal. El conducto anal se relaciona en su parte anterior con la uretra en los hombres y con la pared posterior inferior de la vagina, posteriormente se relaciona con el cóccix y lateralmente con las fosas isquirectales que contiene tejido adiposo y los vasos rectales inferiores y nervios que lo inervan.

La línea anorrectal es una área ondulante que divide el conducto de acuerdo a su origen embriológicos (ectodermo y endodermo), la irrigación, inervación y drenaje linfático. El epitelio del conducto anal

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

es variado; así tenemos en el ano y su alrededor es un epitelio escamoso caracterizado por piel pigmentada con folículos pilosos y glándulas sebáceas y inervación somática, entre el ano y la línea anorrectal esta una piel modificada sin folículos pilosos (anodermo) de color pálido, brillante y suave con inervación somática, por arriba de la línea anorrectal el epitelio es columnar, este cambio de epitelios es gradual determinando la presencia de una zona llamada cloacogénica o de transición que puede encontrarse epitelio columnar, esamoso o de transición, que se extiende 0.5 a 1 cm por arriba de la línea anorrectal, desde aquí comienza la mucosa rectal formada por células cuboides y de color rosado y con inervación visceral. La línea anorrectal corresponde a una serie de válvulas dispuestas en forma circunferencial, son remanentes embriológicos del proctodeo, cada válvula tiene el aspecto de bolsas pequeñas conocido como seno o cripta anal, dentro de ella hay un número variable de glándulas anal (4 a 12), descritas por Chiari en 1878, y es responsable de la patogénesis del absceso anal, se localizan principalmente en la región posterior. Alrededor de la línea anorrectal existen unos 8 a 14 pliegues de la mucosa rectal que se denominan columnas de Morgagni, entre las columnas se ubican las válvulas anteriormente descritas y la papila anal correspondería a la porción inferior de cada columna.

#### **Músculos anorrectales:**

Esfínter anal interno de las dos capas que rodean al conducto anal la más interna corresponde esfínter anal interno, mide de 2.5 a 4 cm;

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

corresponde a la prolongación de capa circular del recto, termina 1 a 1.5 cm por debajo de la línea anorrectal.

### Conjunto de músculos longitudinales

La capa de músculo liso longitudinal del recto se une a músculo elevador del ano y del puborrectal a nivel del anillo anorrectal para formar el conjunto de músculos longitudinales. Las fibras de este músculo desciende entre el esfínter anal interno y el esfínter anal externo para atravesar la porción inferior del esfínter externo y luego insertase en la piel formando de esta manera el músculo corrugador de la piel perianal, partes de las fibras longitudinales se une en la parte interna del esfínter anal interno para formar la musculatura submucosa del ano, también algunas de estas fibras pueden atravesar el esfínter anal externo para formar tabiques en las fosas isquiorectales. El músculo esfínter anal externo esta formado por tres partes: subcutáneo, superficial y profundo. La porción subcutánea es atravesada por fibras del conjunto de músculos longitudinales y otras se insertan en la piel, la parte superficial se inserta en el cóccix con tejido conjuntivo para formar el ligamento anococcígeo, esto crea un espacio de formar triangular de Minor y la porción profunda no tiene inserciones anteriores o posterior por lo que se une a fibras del puborrectal.

Shafik formuló un mecanismo de tres asas en forma de U para mantener la continencia con un cierre anal eficiente, cualquiera de

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

ellos es capaz de mantener la continencia para sólidos, pero no así para los líquidos o gases.

Los músculos elevadores del ano son el mayor componente del piso pélvico, también se le llama diafragma pélvico, esta formado por los músculos ileococcigeo, pubococcigeo. El ileococcigeo se origina en la espina isquiática y de la parte posterior de la aponeurosis obturadora, se dirige hacia abajo, hacia atrás para insertarse en los dos últimos cuerpos vertebrales del sacro y rafe anococcigeo. El pubococcigeo tiene su inserción proximal en la parte anterior de la aponeurosis obturadora y posterior del pubis, se dirigen dorsalmente rodeando la unión anorrectal y luego sus fibras se entrecruzan con fibras opuestas para formar el rafe anococcigeo, las fibras situadas hacia la región posterior se insertan en la cara anterior de los cuerpos vertebrales de la cuarta vértebra sacra y de la primera coccígea. El puborrectal es un músculo estriado en forma de U que se origina en la parte posterior de la sínfisis del pubis y de la fascia superior del diafragma urogenital, se dirige a la unión anorrectal para unirse con el músculo contralateral formando una asa que suspende el recto al pubis. La unión de la porción profunda del esfínter anal externo y el puborrectal forman el anillo anorrectal, quienes comparte la misma inervación dada por el nervio pudendo.

#### **Espacios anorrectales:**

Los espacios anorrectales son los siguientes: perianal, isquiorectal, interesfínterico, submucoso, postanal superficial y profundo,

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

supraelevadores y retrorectal. El espacio perianal se encuentra situado alrededor en la parte inferior de conducto anal presenta los siguientes límites lateralmente con tejido adiposo de los glúteos, en su parte medial se comunica con el espacio interesfintérico, este espacio contiene la porción submucosa del esfínter externo, la parte distal de esfínter interno, fibras del músculo conjunto longitudinal, el plexo hemorroidal externo, ramas de los vasos rectales inferiores y linfáticos. Es el sitio típico donde ocurre hematomas, abscesos y fístula anal. Las fosas isquiorrectales es un espacio en forma de pirámide cuyo vértice se encuentra en el origen del músculo elevador del ano desde la fascia obturadora y la base es el espacio perianal. Sus límites son los siguientes: la parte anterior se forma de los músculos perianal superficial y transverso profundo, el límite posterior lo constituye el ligamento sacrotuberoso y el borde inferior del músculo glúteo mayor. Hacia la región media se encuentra los elevadores del ano y esfínter externo. La pared lateral esta formada por los músculos obturador interno, que se origina del isquiún y de la aponeurosis obturadora, en este sito lateral esta el conducto de Alcock que contiene los vasos pudendos internos y el nervio pudendo.

El espacio interesfintérico se localiza entre ambos esfínteres y se comunica hacia abajo con el espacio perianal y hacia arriba con la pared del recto, son de mucha importancia para la génesis de los abscesos, debido a que un gran número de glándulas anal termina en esta área El espacio supraelevador se encuentra situado entre las siguientes: por la parte superior con el peritoneo, lateralmente con la pared pélvica, hacia la porción media el recto y el inferior esta

delimitado por músculos elevadores del ano. El espacio submucoso se sitúa entre el esfínter interno y la mucosa, contiene el plexo hemorroidal interno. Otro espacio que podemos encontrar espacio postanal superficial que se encuentra entre el ligamento anococigeo y la piel, más internamente se encuentra el espacio postanal profundo o espacio de Courtney esta localizado entre el rafe anococigeo y el ligamento anococigeo ambos espacios de comunican posteriormente con las fosas isquioresctales y por lo sitio potenciales de abscesos en herraduras. El espacio retrorrectal esta ubicado entre aponeurosis propia del recto por su cara anterior y la fascia presacra posteriormente. Lateralmente se encuentran los ligamentos laterales y hacia la parte inferior se halla la aponeurosis retrosacra. Este espacio es el sitio de origen de tumores raros de origen embriológico.

#### **Irrigación del recto y conducto anal:**

Esta dada por las arterias hemorroidales superiores (rectales), medias e inferiores. Las hemorroidales (rectales) superiores se originan de la arteria mesentérica inferior y recibe su nombre después de cruzar a la arteria iliaca común izquierda, desciende por el mesocolon del sigmoide y se divide en ramas derechas e izquierda a nivel de la tercera vértebra sacra. Las arterias hemorroidales media (rectales) son ramas de la iliaca interna o de las arterias pudendas, se ha publicado ausencia de esta arteria en 40 al 88%. Ella se dirige anteriormente al tercio inferior del recto para irrigar el recto y el conducto anal. La arteria hemorroidal inferior (rectal) nace de la arteria pudenda interna y

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

hace un recorrido anterior y medial para dar irrigación al conducto anal distal.

La arteria sacra se origina en la parte posterior de la aorta antes de su bifurcación, desciende anteriormente por las vértebras lumbares, por el sacro y el cóccix para irrigar el tercio inferior del recto.

#### **Retorno venoso del recto y conducto anal:**

El retorno venoso del recto y conducto anal se efectúa a través de sistema portal y a la circulación sistémica. La vena rectal superior (hemorroidal) drena la sangre del recto el conducto anal superior hacia a la vena mesentérica inferior y luego a la circulación portal. Las venas rectales medias (hemorroidales) y rectales inferiores drenan en la vena iliaca interna estas últimas por medio de las pudendas internas, para llegar a la circulación sistémica, las primeras corresponden al retorno venoso del tercio inferior del recto y la parte superior del conducto anal y las venas rectales inferiores al retorno venoso de los 2 cm distales del conducto anal.

#### **Drenaje linfático del recto y conducto anal:**

Los ganglios linfáticos de recto son más numerosos que cualquier otro segmento del intestino grueso. El drenaje linfático del tercio superior del recto es hacia los ganglios mesentéricos inferiores y los paraorticos, el tercio inferior del recto su drenaje en dirección proximal

es similar al tercio superior pero lo presenta lateralmente a los ganglios iliacos internos a través de linfáticos rectales medios.

Los vasos linfáticos del conducto anal por encima de la línea anorrectal drena por medio de los linfáticos superiores hacia los mesentéricos inferiores y lateralmente a los lagos de los linfáticos rectales medios hacia los ganglios iliacos internos. El drenaje linfático por debajo de la línea anorrectal lo hace a los ganglios linfáticos inguinales.

#### **Inervación de recto y conducto anal:**

La inervación del recto esta dada por el sistema simpática y parasimpática; el simpático se forma de los tres primeros segmentos lumbares de médula espinal. El recto superior y el colon izquierdo esta inervado por fibras preganglionares, que salen como nervios simpáticos lumbares, haciendo sinapsis en el plexo preaortico y luego estas fibras siguen las ramas de las arterias mesentérica inferior y rectal superior. La inervación del recto inferior esta dada por los nervios presacros o hipogástrico quienes se forman de la unión del plexo aórtico y de los nervios espláncnicos lumbares. Este plexo formado se divide en dos ramas que se dirigen a cada lado de la pelvis para formar el plexo pélvico va inervar el recto inferior conducto anal, vejiga y órganos sexuales.

La inervación parasimpática proviene de los segundos, terceros y cuartos nervios sacros y se le denomina los nervios erigentes, se une

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

al plexo pélvico en las paredes laterales de la pelvis, luego se combinan con ganglios parasimpáticos y fibras simpáticas para distribuirse el tercio superior del recto y el colon izquierdo por medio del plexo mesentérico inferior y directamente al tercio inferior del recto y conducto anal.

El Conducto anal tiene una inervación motora y otra sensorial. La inervación motora del conducto anal: el esfínter anal interno esta inervado por segmento simpático L5, y parasimpático (S2, S3 y S4), ellos tienen la misma vía que los nervios del recto, el simpático es motor y el parasimpático es inhibitorio. La innervación del esfínter anal externo esta dada por la rama rectal inferior de S2 y S3 del nervio pudendo y la rama perianal de S4. Los músculos elevadores del ano están inervados en su superficie pélvica por ramas sacras S2, S3 y S4 y en su cara perianal por el nervio rectal inferior o ramas perianal de los nervios pudendo.

Inervación sensorial del conducto anal en la parte superior es dada por un gran número de terminaciones nerviosas libres y organizadas, entre ellas tenemos Corpúsculos de Meissner (tacto), Krause (frío), Golgi y Mazzoni (presión), y corpúsculos genitales (fricción). En cuanto a la inervación sensorial del tercio inferior del recto esta dada por la rama rectal inferior del nervio pudendo.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

### **Sistema inmunológico de la región anorrectal:**

El sistema inmunológico de la región anorrectal esta conformado por la combinación de los mecanismos de defensas de los epitelios que la forman: el epitelio escamoso y el columnar, depende también de la existencia de los ambiente aeróbico y anaeróbico. La piel perianal tiene un sistema inmunológico que esta representado por los queratocitos, células de Langerhans, linfocitos T y células endoteliales. Por otro lado la piel del ano intacta es una excelente barrera contra las bacterias y las sustancias hidrosolubles. De acuerdo con lo anterior durante el coito anal ocurren laceraciones y dermoabrasiones que permite la infección por el virus de las personas<sup>(11)</sup>.

La respuesta inmunológica de la mucosa rectal se basa en la combinación de propiedades físicas e inmunológicas. En este sentido el tiempo de contacto de mucosa rectal con los patógenos que se encuentran en las heces es minimizado por el tránsito intestinal. La mucosa rectal tiene un sistema inmunológico efectivo expresados en la población de linfocitos y secreción de inmunoglobulinas A. De acuerdo con lo anterior los linfocitos que se encuentran en la lamina propia del intestino tienen como función inducir, regular y de memoria inmunológica, por ello cuando ocurre la infección del VIH la población de linfocitos disminuye de cantidad principalmente los CD4. En adición, la inmunoglobulina A (IgA) secretada por la mucosa se encarga de los antígenos que invade al organismo, luego esta reacción antígeno-anticuerpo son presentados a las células especializadas<sup>(12)</sup>.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

### **Manifestaciones anorrectales benignas de los pacientes infectados por VIH:**

Los pacientes infectados con el virus de inmunodeficiencia humana desarrollan diferentes tipos de lesiones anorrectales, que hoy en día son unas de las principales causas de morbilidad en estas personas<sup>(13, 14,15)</sup>. Pueden presentarse enfermedades comunes tales como: enfermedad hemorroidal, fisura anal, absceso anal, fistula anal y condilomas acuminados anal, y otras lesiones inusuales como cáncer anal y úlceras anal idiopáticas<sup>(14)</sup>.

Al respecto Morandi y colaboradores señala que las manifestaciones anorrectales en VIH+ son mayores que los VIH+ estas pueden presentarse hasta en un 34% durante el curso de la enfermedad y al menos la mitad de ellos ameritaran tratamiento quirúrgico<sup>(15)</sup>. El manejo quirúrgico de los seropositivos para el VIH la cicatrización de las heridas operatorias depende del estado inmunológico pudiendo durar hasta 36 semanas en hacerlo<sup>(7,15,18)</sup>, adicionalmente estas cirugías no están exentas de complicaciones tales como: fascitis necrotizante, sepsis de punto de partida perianal<sup>(7)</sup>.

### **Enfermedad hemorroidal:**

La enfermedad hemorroidal es una patología frecuente en las personas infectados VIH a menudo producto del resultado de diarreas crónicas<sup>(16-17)</sup>. El Sangrado anal y dolor son síntomas frecuentes manifestados por los pacientes VIH+, pero ello debe confirmarse con

el examen proctológico para descartar cualquier otra patología<sup>(12-14)</sup>. El tratamiento inicial para estos pacientes seropositivos para el VIH debe ser tratamiento médico conservador a bases de una dieta con rica en fibra, sediluvios con agua tibia y medicamentos tópicos. En el caso de hemorroides externas trombosadas la resección local puede ser realizada de forma igual que en los VIH+. La conducta dependerá de la fase de enfermedad y de del estado inmunológico, es importante recordar en esto pacientes el realizar el menor números de procedimientos invasivos. Algunas publicaciones dan fe del uso de la escleroterapia y ligaduras con bandas elásticas con resultados satisfactorios<sup>(19- 20)</sup>.

#### **Fisura anal y úlcera anal:**

La fisura anal son comunes en los pacientes infectados con VIH las causas no depende solamente del coito anal, sino que también por los cuadros diarreicos que acompañan a la enfermedad; es importante diferenciar entre una fisura anal y úlcera anal esta última son producidas por diversas causas, entre ellas tenemos: traumáticas, infecciosas y malignas<sup>(21)</sup>. La úlcera anal traumática está asociada con el coito anal o secundarias a intervenciones quirúrgicas. Algunas las infecciones por virus con por ejemplo virus del Herpes Simple, citomegalovirus, hongos como el *Cryptococcus neoformans*, *Mycobacterium avium-intracellulare* y bacterias como *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*. Para finalizar las úlceras que tienen asiento en neoplasias malignas como: linfoma anal, carcinoma epidermoide y el sarcoma de Kaposi<sup>(11)</sup>. De acuerdo a lo anterior la

TRUCIS CON  
FALLA DE ORIGEN

fisura anal tienen las siguientes características: se localizan en la comisura anal anterior o posterior se acompañan de hipertonia del aparato esfinteriano y de colgajo cutáneo mientras que la úlcera anal se sitúa fuera de las comisuras y el tono esfinterico es normal o disminuido y tienen colgajo cutáneo son de mayor profundidad que las idiopáticas. Estas úlceras son producto en un 50% a 83% a infecciones por virus del Herpes simple y citomegalovirus, aunque muchas de estas úlceras no tienen agente causal, su expresión es común cuando la cuenta de linfocitos CD4 en estas personas se encuentra por debajo de 200 células por mm<sup>3</sup> (11-13).

El tratamiento de la fisura anal debe ser igual que para los pacientes VIH+ basados en una dieta rica en fibra, laxantes formadores de bolo fecal, baños de asientos con agua tibia, desde luego si falla el tratamiento médico, debe realizarse esfinterotomía lateral interna<sup>(23)</sup>. Para el tratamiento de la úlcera específica se indica desbridamiento local y toma de biopsia.

#### **Absceso anal:**

El absceso anal es frecuente en los pacientes VIH+, lógicamente es determinado en estos casos para su producción un estado inmunológico deficiente, la presencia de infección perianal es fuente para que se presente severas complicaciones sépticas en comparación con la población seronegativa. Flesner menciona el desarrollo de una fascitis necrotizante a partir de un absceso anal no tratados, a demás señala la diseminación de la infección es mucho

mayor y rápida que en los VIH+<sup>(14)</sup>. La conducta en estos casos es el drenaje quirúrgico inmediato el cual se realiza sobre la zona de mayor fluctuación con toda de biopsia de la paredes del absceso para descartar neoplasias, a demás medidas generales higiénico-dietéticas, la realización de sediluvios con agua tibia y administración de antibióticos de amplio espectro por la presencia de una flora mixta.

### **Fístula anal:**

El comportamiento de la fístula anal en las personas infectadas con VIH que aparece en diferentes artículos de investigación es contradictorio, puesto que en unos aparece el predominio de la fístula anal simple sobre las complejas y en otros no lo es así, además hace mención de fístula anal con múltiples orificios externos y trayectos serpinginosos que no cumplen con las reglas de Goodsall<sup>(14)</sup>, la patogénesis de la fístula anal en estos pacientes se deben a diversos factores entre los que se mencionan: efectos local del virus, factores inmunológicos y alteración de los agentes infecciosos. Recientemente se evidencio que el virus del VIH infecta las células neuroendocrinas del intestino con su destrucción de las misma y la posibilidad de presentar una fístula anal sin que halla sido precedidas de un absceso anal<sup>(23)</sup>. Antes de realizar cualquier tratamiento quirúrgico es necesario realizarlo cuando se encuentre en condiciones óptimas, cuando se traten de fistulas anales de trayectos cortos y simples. La fistulotomía es lo indicado, pero si existen fistulas con múltiples trayectos o son complejas, lo acertado es dejar un setón de drenaje.

## **Enfermedades de transmisión sexual de la región anorrectal en pacientes con VIH+:**

### **Condiloma anal acuminado:**

El condiloma anal acuminado constituye la enfermedad de transmisión sexual más frecuente en la población homosexual<sup>(11)</sup>, producida por el virus del papiloma humano del cual existen más de 70 subtipos de los cuales el 6 y 11 están asociados con los condilomas anorrectales benignos de aspecto exofítico y los subtipos 16 y 18 son los que tienen mayor grado de displasias por la presencia de los genes E6 y E7 los cuales actúan sobre gen supresor p53 con la posterior pérdida y transformación maligna, en el carcinoma epidermoide invasor<sup>(14)</sup>. El tratamiento del condiloma anal acuminado sintomáticos perianal debe ser electrofulguración, resección y uso de ácido tricloroacético al 95% ya que este puede ser usado en las lesiones localizadas dentro de la mucosa del conducto anal sin producir cambios histológicos, caso contrario ocurre con la podofilina. Para el condiloma anal acuminado que son recurrentes el tratamiento indicado es la electrofulguración realizada en quirófanos bajo anestesia, con buen éxito en la eliminación de las lesiones, el tratamiento con podofilina tiene unas tasas de recidivas del 26% y con la electrofulguración esta cerca del 4%. La inmunoterapia basada en la inyección de interferón intralesional o del imiquimod después de resección locales puede ser otra alternativa de manejo de este tipo de lesiones para disminuir las recidivas.

**Infección por virus del herpes simple:**

El herpes simple es virus ADN que tiene dos serotipos el tipo 1 relacionado con lesiones orales y el tipo 2 asociado con lesiones genitales. Aunque la proctitis y lesiones perianales por virus del herpes simple no son exclusivas de los VIH+, los reportes serológicos informan que el 95% de los pacientes homosexuales con SIDA tiene seropositiva para el virus del herpes simple. La úlcera anal causada por virus del herpes simple por un tiempo mayor a un mes con infección de VIH es indicativa que el paciente se encuentra en la fase de SIDA. Es el agente causal más frecuente de proctitis no gonocócica en los pacientes homosexuales. El tratamiento indicado es Aciclovir a dosis de 800 mg por vía oral tres veces al día, como se han reportado resistencia el tratamiento alternativo con foscarnet y vidaradina.

**Infección por citomegalovirus:**

La infección por citomegalovirus esta presente en el 90% de la población en fase de SIDA, se ha encontrado en el sistema digestivo en diferentes sitios desde el esófago hasta el ano donde causa inflamación, hemorragia, úlceras y perforación.

**Manifestaciones neoplásicas de la región anorrectal en los pacientes VIH+:**

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

### **Carcinoma de células escamosas:**

El carcinoma de ano se presenta 1 caso por cada 100.000 personas, en la población VIH+ que practican coito anal tiene mayor riesgo de presentarlo estimándose que aumenta 25 a 50 veces la probabilidad de llegar a desarrollarlo<sup>(10, 11, 23)</sup>. La relación del virus de papiloma humano (VPH) con cambios displásicos en el epitelio anorrectal principalmente los serotipos 16 y 18 son conocida, siendo precursores de neoplasias, en donde el virus de inmunodeficiencia adquirida actuaría como inductor. El sitio anatómico más común donde se presentan este tipo de lesiones corresponde al epitelio de transición entre conducto anal y recto.

El tratamiento en la actualidad para los pacientes con carcinoma de células escamosas es la quimioterapia y radioterapia preoperatorio seguida de resección de local del tumor residual o quimioterapia y radiación postoperatoria definitiva, para los tumores pequeños o in situ y bien diferenciados, la resección local es la alternativa indicada, las anteriores conductas son aplicables también en las personas infectadas con VIH pero sintomáticas. Es importante señalar que la elección del manejo debe basarse en el estado inmunológico del paciente. En los casos de las personas VIH+ pero sintomáticas no toleran bien la quimioterapia por que empeoran su estado inmunológico, por lo tanto los tumores se tratan con radioterapia y luego resección local del tumor, con resultados que se consideran malos.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

### **Linfoma no Hodgkin**

En la población VIH+ se incrementa la presencia de linfomas, principalmente de la variedad no Hodgkin, a predominio de células B que tiene alto grado de malignidad y son extraganglionares, su localización en el tubo digestivo es esencialmente en a nivel del gástrico y en segundo lugar lo ocupa el recto. Hay una relación entre linfoma con la infección del virus de Epstein Barr. En el recto generalmente las lesiones son de difícil identificación por su ubicación extraluminal, pero cuando se visualizan en la mucosa se aprecia eritematosa con induración de la región perianal o dentro de la piel, en otras oportunidades se presenta como lesiones ulceradas de gran tamaño que semejan a un absceso anal. Los linfomas se acompaña de una serie de síntomas como son: fiebre, perdida de peso, sudoración nocturna.

El tratamiento indicado para este tipo de neoplasia consiste en quimioterapia, los resultados obtenidos son nada favorables con una la sobrevida es inferior a 12 meses. En ocasiones es necesario la realización de colostomía derivativa por sepsis, hemorragia e incontinencia anal.

### **Sarcoma de Kaposi**

Es la lesión maligna más frecuente en los pacientes infectados con el VIH se estima que el 25% al 77% lo desarrollan. Este tipo de tumor tiene origen endotelial y se observaba con frecuencia en los hombres

ancianos que viven en el mediterráneo, en el caso del SIDA ocurre entre la tercera o cuarta década de la vida, la distribución por sexo es de 10:1 a 15:1 hombres: mujeres. Aún no se conoce la causa que lo produce pero si se sabe que aumenta 10 veces en los hombres que tienen coito anal, en investigaciones recientes se ha visto que los pacientes en fase de SIDA que practican sexo buco- anal tienen hasta una probabilidad de hasta un 75% de presentar sarcoma de Kaposi. En los últimos años también se ha señalado que exista un cofactor de tipo infeccioso para el desarrollo del sarcoma de Kaposi, al parecer el citomegalovirus es quien tenga un papel permisivo para su desarrollo.

El sarcoma clínicamente tiene cuatro formas de presentación basados en su histología y aspecto morfológico como son: nodular, ulcerado, infiltrativo y linfática. En los pacientes con SIDA la neoplasia se comporta de manera diseminada presentándose en superficie de mucosas, tubo digestivo, ganglios linfáticos y piel. Las lesiones en el tubo digestivo pueden localizarse desde la boca hasta el ano, siendo comunes en la porción proximal del colon. El sarcoma de Kaposi aparece durante todo el curso de la enfermedad sin causar síntomas en ocasiones, no son causas de muerte las lesiones pero por su tamaño producen dolor, obstrucción linfática, hemorragia del tracto intestinal.

Su diagnóstico es incidental por lo general en la mayor parte de los casos, a través de endoscopia se observa un nódulo elevado, redondo, sésil, de color rojo púrpura que mide pocos milímetros hasta

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

varios centímetros. Su color se debe a los depósitos de hemosiderina, causa de la extravasación sanguínea.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## **V. OBJETIVOS:**

Conocer las patologías anorrectales asociada en los pacientes seropositivos para el VIH o en fase SIDA, atendidos en la Unidad de Coloproctología del Servicio de Gastroenterología del Hospital General de México, O. D., de enero de 1997 a diciembre de 2001.

Determinar su frecuencia, sintomatología, tratamiento y las complicaciones postoperatorias en los pacientes seropositivos para el VIH o en fase de SIDA, atendidos en la Unidad de Coloproctología del Servicio de Gastroenterología del Hospital General de México, O. D.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## **VI. DISEÑO Y DURACIÓN:**

Es un estudio retrospectivo, observacional, longitudinal, iniciado en enero de 1997 a diciembre del 2001.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## **VII. RELEVANCIAS Y EXPECTATIVAS:**

Al término de este estudio se publicará en alguna de las revistas científicas relacionada con la Coloproctología, además de ser presentado en el Congreso de la Sociedad Mexicana de Coloproctología. Por último, como trabajo de tesis por el autor para obtener el Diploma de la Especialidad en Coloproctología.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

### **VIII. RECURSOS:**

En este estudio se revisaron los expedientes clínicos de la Unidad de Coloproctología del Servicio de Gastroenterología del Hospital General de México O. D., de enero de 1997 a diciembre del 2001, con el asesoramiento de los Médicos de la Unidad de Coloproctología del Servicio de Gastroenterología del Hospital General de México, O. D. Los materiales y equipos utilizados fueron otorgados por el Hospital General de México, O. D.

Se usó computadora para archivar y procesar los datos con el programa Microsoft Word y Excel 2000.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## **IX. ASPECTOS ÉTICOS Y DE BIOSEGURIDAD:**

Estudio apegado a los acuerdos de Helsinki de 1964 y sus revisiones por varias asambleas. Por ser de tipo observacional y donde no se compromete la integridad física ni psicológica del paciente, no se requiere de hoja de consentimiento informado para la realización de éste estudio.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## **X. MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se revisaron 9,590 expedientes clínicos de la Unidad de Coloproctología del Servicio de Gastroenterología del Hospital General de México, O. D., de enero de 1997 a diciembre del 2001; de ellos, se encontraron 156 pacientes seropositivos para el VIH o en fase de SIDA que presentaron manifestaciones anorrectales.

Seleccionados los expedientes clínicos, se inició la recolección de datos con las siguientes variables: sexo, edad, motivo de consulta, tipo manifestaciones anorrectales, tiempo de presentar los síntomas, localización anatómica de las lesiones, tipo de tratamiento realizado y las complicaciones postoperatorias. A todos los pacientes se les realizó una historia clínica completa con exploración proctológica.

Se excluyeron los pacientes con VIH+ sin lesiones anorrectales y los pacientes con VIH-.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## **XI. RESULTADOS:**

Se revisaron 9,590 expedientes clínicos de la Unidad de Coloproctología del Servicio de Gastroenterología del Hospital General de México, O. D., de enero de 1997 a diciembre del 2001; de ellos, 156 pacientes fueron seropositivos para el VIH o en fase de SIDA, con manifestaciones anorrectales. El sexo predominante fue el masculino con 153 pacientes (98.1%) y del sexo femenino se presentó en tan sólo en 3 pacientes (1.9%) (Figura 1), las edades comprendidas fueron entre los 18 años y 46 años, con una media de 32 años (Figura 2).

Las manifestaciones anorrectales asociadas en la población de VIH+ fueron: condiloma anal acuminado, en 57 pacientes (36.5%); fisura anal, en 23 pacientes (14.8%); fistula anal, en 20 pacientes (12.8%); absceso anal, en 18 pacientes (11.5%); ulcera anal, en 14 pacientes (9%); enfermedad hemorroidal, en 13 pacientes (8.3%); con prurito anal, en 3 pacientes (1.9%); con dermatitis perianal, en 2 pacientes (1.2%); con síndrome de intestino irritable, en 2 pacientes (1.2%), con linfoma no Hodgking, en 2 pacientes (1.2%), con carcinoma epidermoide de ano, en 1 paciente (0.7%) y en 1 paciente (0.8%) con estreñimiento (Figura 3).

El lapso entre el inicio de los síntomas de las lesiones anorrectales hasta su diagnóstico por la Unidad de Coloproctología fue: menor de 6 meses, en 93 pacientes (59.6%); de 6 a 12 meses, en 43 pacientes (27.6%) y más de 12 meses, en 20 pacientes (12.8%) (Figura 4).

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Con relación a la localización anatómica de las lesiones anorrectales en pacientes seropositivos para el VIH, el sitio más frecuente fue: el ano y conducto anal, en 93 pacientes (59.6%); en la región anal, en 49 pacientes (31.4%); en el conducto anal, en 13 pacientes (8.3%) y en 1 paciente con múltiples lesiones compatibles con Sarcoma de Kaposi (0.6%) (Figura 5).

De las 20 fístulas anales encontradas, la fístula anal simple se presentó en 19 pacientes (95%), todas con trayecto único; de ellas, 19 fueron fístulas interesfíntéricas y 1 fístula transesfintérica. En 1 paciente (5%) fue compleja por presentar múltiples orificios fistulosos secundarios (Figura 6).

Las intervenciones quirúrgicas realizadas en los pacientes VIH+ fueron: condilectomía en 43 pacientes (27.6%); drenaje de absceso anal, en 13 pacientes (8.3%); fistulotomía, en 7 pacientes (4.5%); fistulectomía, en 5 pacientes (3.2%); esfinterotomía, en 5 pacientes (3.2%) y tratamiento médico, en 83 pacientes (53.2%), que incluyeron medidas higiénico-dietéticas, formadores de bolo fecal, sediluvios, analgésicos, antibióticos y tratamiento tópico específico con podofilina e imiquimod (Figura 7).

De los 73 pacientes sometidos a procedimientos quirúrgicos, se presentaron complicaciones en sólo 4 pacientes (5.5%); todos ellos presentaron fístula anal en forma de sinus (Figura 8).

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## **XII. DISCUSIÓN:**

Las manifestaciones anorrectales en los pacientes infectados por el VIH constituyen un 34% durante el curso de su enfermedad<sup>(13)</sup>. Las enfermedades anorrectales son relativamente frecuentes en las personas VIH- como son: absceso anal, fistula anal, fisura anal, entre otras, y tienen un comportamiento totalmente diferentes en los pacientes VIH+ por sus frecuentes complicaciones, lo que repercute en su calidad de vida. Más de la mitad de los pacientes con manifestaciones anorrectales ameritaran tratamiento quirúrgico a causa de estas lesiones<sup>(5,7)</sup>, procedimientos quirúrgicos que se acompañan de una morbilidad de hasta un 17 % y de mortalidad de hasta el 18%<sup>(29)</sup>.

En esta serie, el sexo francamente predominante fue el masculino, con una relación hombre-mujer de 52:1 y con un promedio de edad de 32 años. La mayoría de estos pacientes son homosexuales o bisexuales<sup>(27)</sup>, y la manifestación anorrectal fueron, en algunos como se identificó al portador del VIH.

La enfermedad anorrectal más frecuente encontrada fue el condiloma anal acuminado, similar a otros autores<sup>(6,13)</sup>. La importancia de estas lesiones es con su alta recurrencia postoperatoria y su posible relación con cambios neoplásicos<sup>(6,25,26)</sup>. Los hábitos sexuales, principalmente del coito anal, incrementa la infección por virus del papiloma humano (VPH) y de cáncer anal (carcinoma de epidermoide). En nuestro estudio, el 75% de los pacientes portadores de condiloma anal

acuminado fueron sometidos a tratamiento quirúrgico, al respecto, Navarrete y col señalan resultados similares en pacientes homosexuales VIH-<sup>(28)</sup>. En varios reportes sobre la asociación del VPH y del VIH, el cáncer del ano se ha presentado hasta en un 29%<sup>(6,25)</sup>, en nuestra serie se identificó un caso en seguimiento a 5 años.

La fisura anal fue la segunda patología anorrectal asociada en los enfermos seropositivos para el VIH, hecho que ha sido puntualizado por otros autores<sup>(7 y 18)</sup>, al respecto se hace necesario diferenciar entre la fisura anal o ulcera inespecífica de la ulcera anal específica<sup>(2,11,12 y 18)</sup>. Las úlceras anales específicas observadas, tenían una localización fuera de las comisuras anales, profundas y el tono del aparato esfinteriano era normal, su etiopatogenia más común se debe al virus del herpes simples o citomegalovirus<sup>(27)</sup>. El manejo de estas lesiones fue médico y quirúrgico.

En nuestra serie la infección perianal no relacionada con enfermedades de transmisión sexual fue la segunda causa de intervención quirúrgica, se presentó de dos formas: el absceso anal y la fistula anal, esta infección anorrectal es responsable de severas complicaciones sépticas<sup>(7)</sup>. De acuerdo al trayecto fistuloso, el 90% correspondían a fistulas anales simples, es decir eran interesfinterica o transesfintéricas con trayecto único, estos resultados son similares a otros estudios publicados<sup>(6,18,23)</sup>. La presencia de absceso anal amerito el drenaje quirúrgico inmediato y la administración de antibióticos, conducta que permitió evitar complicaciones sépticas mayores que pusieran en peligro la vida de los pacientes.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

La enfermedad hemorroidal en los pacientes VIH+ comúnmente se presenta como resultado de diarrea crónica<sup>(20)</sup>, nuestros pacientes con enfermedad hemorroidal recibieron manejo médico, que incluía medidas higiénico-dietéticas, sediluvios y formadores de bolo fecal, con buenos resultados. Cabe mencionar que en algunos artículos se señalan bondades con el uso de la escleroterapia<sup>(19)</sup> o ligadura con banda elástica<sup>(20)</sup>.

Entre las enfermedades malignas, el linfoma no Hodgking se presentó en dos pacientes y el carcinoma epidermoide en 1 paciente, los tres fueron remitidos a radioterapia y quimioterapia. Además, 1 caso se presentó con múltiples lesiones compatibles con Sarcoma de Kaposi.

Las complicaciones postoperatorias presentes en los pacientes VIH+ fueron muy bajas, con una tasa menor del 5% y la mortalidad fue nula. La experiencia en el tipo de patología, la conducta correcta y el manejo de los tejidos, son principios fundamentales en la cirugía anorrectal que se aplica rigurosamente en la Unidad de Coloproctología del Hospital General de México, O. D.<sup>(30)</sup>, lo que confirma estos resultados.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

### **XIII. CONCLUSIONES:**

1. La manifestaciones anorrectales asociadas en los pacientes VIH+ tiene una gran variedad de lesiones comunes y otras inusuales que se presentan en el curso de su enfermedad.
2. 46.8% de los pacientes que acudieron a la Unidad de Coloproctología infectados con el VIH ameritaron tratamiento quirúrgico.
3. El condiloma anal acuminado es la patología anorrectal más frecuente de las enfermedades venéreas anorrectales asociada a pacientes con VIH+.
4. Por la amplia experiencia en el manejo de enfermedades venéreas anorrectales en la Unidad de Coloproctología del Hospital General de México, O. D., la morbilidad en sumamente baja.
5. En este estudio no hubo mortalidad con seguimiento a 5 años.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**XIV. ANEXO:**

Manifestaciones anorrectales en los pacientes seropositivos para el VIH: 5 años en la Unidad de Coloproctología del Hospital General de México O. D.

Formulario de recolección de los datos.

Caso N \_\_\_\_\_ Historia clínica \_\_\_\_\_ Expediente \_\_\_\_\_

1. Sexo: Masculino  Femenino

2. Edad:

< 15 años

15-30 años

31-45 años

46-60 años

61-75 años

> 75 años

3. Manifestaciones anorrectales asociadas:

Condiloma anal

Absceso anal

Fisura anal

Fístula anal

Úlcera anal

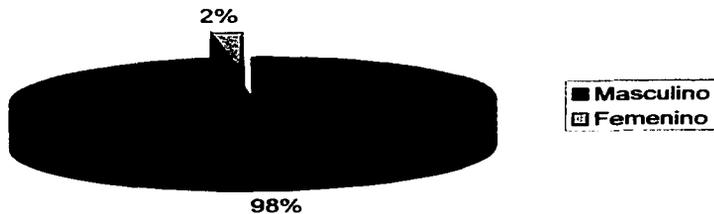
Enf. Hemorroidal

Neoplasias

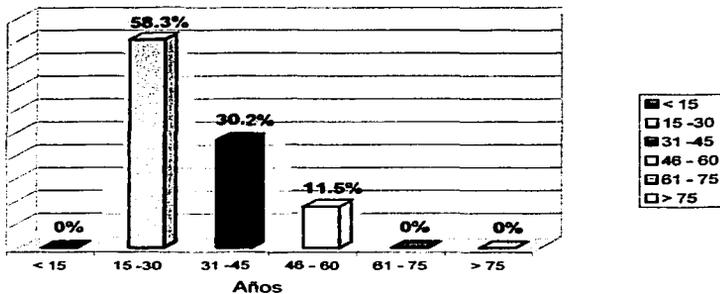
Otros

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**4. Tiempo de presentación de los síntomas:**< 6 meses 6-12 meses > 12 meses **5. Localización anatómica de las lesiones:**Ano/ Conducto anal Ano Conducto anal Lesiones a distancia **6. Tipo de fístula anal**Simples complejas **7. Manejo realizado en las diferentes manifestaciones anorrectales**Condilectomía Fistulotomía Fistulectomía Drenaje absceso Hemorroidectomía Esfinterotomía Otros **8. Complicaciones postquirúrgicas:**Si No **TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

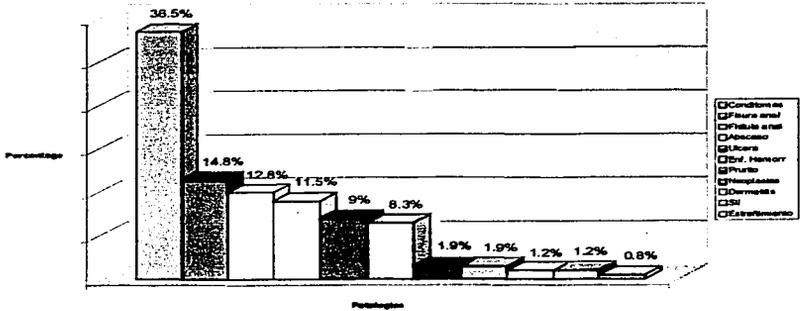
**XV. GRAFICOS:****Figura 1: Distribución por sexo**

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



**Figura 2: Distribución por edades**

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



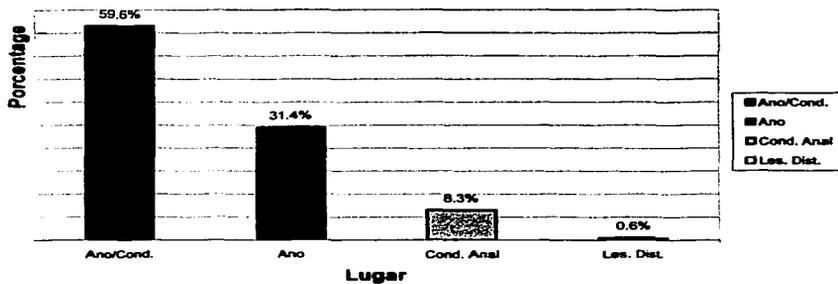
**Figura 3: Manifestaciones anorrectales**

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



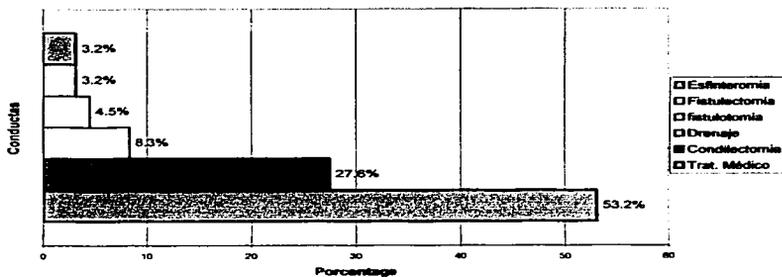
**Figura 4: Tiempo de evolución de la enfermedad**

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



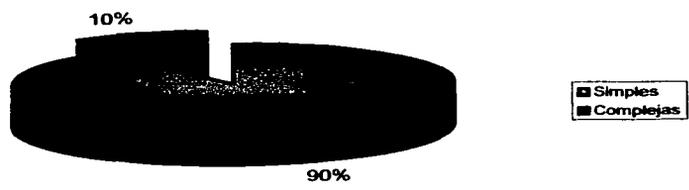
**Figura 5: Localización anatómica.**

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



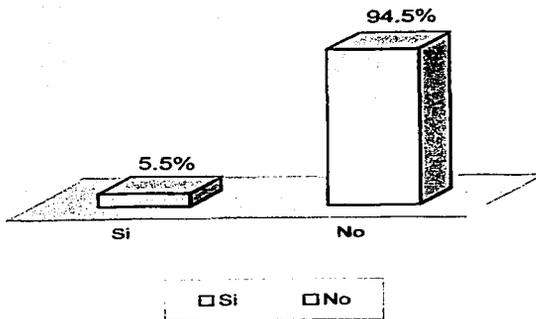
**Figura 6: Tratamiento quirúrgico.**

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN  
ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA



**Figura 7: Tipo de fistula anal.**

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



**Figura 8: Complicaciones.**

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## **XVI. BIBLIOGRAFÍA.**

1. Janeway Ch A. Inmunobiología: El sistema inmunitario en condiciones de salud y enfermedad. Masson, 4ª Edición. Capítulo V, 2000; 11: 440-459.
2. Beck DE, and Wexner SD. Fundamentals of Anorectal Surgery. Harcourt Brace, 2ª Edition. 1998; 26: 432-450.
3. De Cock K, Janssen R. An Unequal Epidemic in an Unequal World. Jama. 2002; 288(2): 236-238.
4. Magic C, Bravo E, Uribe P. Dos décadas del SIDA en México (CENSIDA). Centro Nacional de la Prevención y control SIDA de México. 2002; 1-16.
5. Burke E, Orloff S F Ch, et al. Wound healing after anorectal surgery in human immunodeficiency Virus-infected patients. Arch Surg.1991; 126:1267-1271.
6. Nadal S, Manzione C, et al. Perianal diseases in HIV-positive patients compared with a seronegative population. Dis colon rectum.1999. 42(5): 649-654.
7. Barret W, et al. Perianal manifestaons of human immunodeficiency virus infection, Experience with 260 patients. Dis colon and rectum.1998; 4(5):606-611.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

8. Da Silva J H. Manual de Coloproctología. Associação Paulista de Medicina. 1ª Edición.2000; 17:225-237.
9. El Attar S M. Evans D V. Office management of common anorectal problems. Primary Care; Clinics in Office Practice.1999; 26(1):81-100.
10. Surawicz Ch M. and Kiviat N B. A Rational Approach to Anal Intraepitelial Neoplasia. Seminars in Colon & Rectal Surgery.1998; 9(2):99-106.
11. Paré A. Amelia and Gottesman L. Anorectal Diseases. Gastroenterology Clinics of North America. 1997; 26(2):367-376.
12. Corman M L. Colon and Rectal Surgery. Lippincott-Raven. Fourth edition.1998.Chapter 20: 548-565.
13. Yuhan R, et al. Anorectal Disease in HIV-Infected Patients. Dis Colon and Rectum.1998; 41(11):1367-1370.
14. Fleschner P R. Management of Anal Diseases in the patient infected with human immunodeficiency virus. Seminars in Colon & Rectal Surgery.1998; 9(2):90-93.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

15. Momadi E., Merlini D., Salvaggio A., Foshi D., Trabucchi E.. Prospective Study of Healing Time After Hemorrhoidectomy. 1999; 42(9):1140-1144.
16. Grossman H A. A community physician's perspective on gay and lesbian issues and human immunodeficiency virus-related diseases. Seminars in Colon & Rectal Surgery. 1998; 9(2):84-89.
17. Cosnten E C., et al. Anorectal Surgery in Human immunodeficiency virus-infected patients. Dis colon and Rectum. 1995; 38(11):1169-1175.
18. Lord R V. Anorectal Surgery in Patients Infected With Human Immunodeficiency Virus. Annals of surgery. 1997; 226(1):92-99.
19. Scaglia M., Delani G., Destefano I., Hultén L.. Injection Treatment of Hemorrhoids in Patients with Acquired Immunodeficiency Syndrome. Dis Colon and Rectum. 2001; 44(3):401-404.
20. Moore B A., Fleshner P. Rubber Band Ligation for Hemorrhoidal Disease can Be Safely Performed in Select HIV-Positive. Dis Colon and Rectum. 2001; 44(8):1079-1082.
21. Takahashi T. Colon, Recto y ano. Enfermedades anorrectales en pacientes con infección por VIH. Editores de Textos Mexicanos. Primera edición. 2002: Capítulo 34: 242-248.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

22. Bernstein M. Benign Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immune Deficiency Syndrome-Specific Anorectal Conditions. *Seminars in Colon & Rectal Surgery*.1998; 9(2):94-98.
23. Manookian C, Sokol T, Headdrick Ch, Fleshner P. Does HIV Satus Influence the Anatomy of Anal Fistulas?. *Dis Colon and Rectum*.1998; 41(12):1529-1533.
24. Goldstone S, et al. High Prevalence of Anal Squamous Intraepitelial Lesions and Squamous – Cell Carcinoma in Men Who Have Sex With Men as Seen in Surgical Practice. *Dis Colon and Rectum*.2001; 44(5);690-698.
25. Congilosi S, Madoff R. Current Therapy for Recurrent and Extensive Anal Warts. *Dis Colon and Rectum*. 1995; 38(10): 1101-1107.
26. De la Fuente S, Ludwing K, Mantyh Ch. Preoperative Immune Status Determines Anal Condiloma Recurrence After Surgical Excisión. *Dis Colon and Rectum*. 2003; 46(3): 367-372.
27. Golberg G, Orking B, Smith L. Microbiology of Human Immunodeficiency Virus Anorectal Disease. *Dis Colon and Rectum*. 1994; 37(5): 439-443.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

28. Navarrete T, et al. Tratamiento quirúrgico de la patología anorrectal en pacientes homosexuales VIH positivos. Cirujano General. 2000; 22(2): 115-120.
29. Tran H, et al. Predictors of Operative Outcome in Patients with human Inmunodeficiency Virus Infection and Acquired Inmunodeficiency Síndrome. The American Journal of Surg. 2000; 180: 228-233.
30. Avendaño O. Proctología. Impresiones Modernas. 1968. Capitulo XVIII: 193-213.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN