



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO**



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION

HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO
DR. EDUARDO LICEAGA

ULCERA ANAL ATÍPICA EN PACIENTES INMUNOCOMPROMETIDOS: ESTUDIO PROSPECTIVO

TESIS DE POSTGRADO
PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN:
COLOPROCTOLOGÍA

P R E S E N T A:
DR. MARCO ALESSANDRO BOCALETTI GIRON

ASESOR DE TESIS:
DR. JUAN ANTONIO VILLANUEVA HERRERO

MEXICO, D.F 2015



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.

AGRADECIMIENTOS

A mi esposa por su apoyo incondicional

Familia por su apoyo en la distancia

Maestros y compañeros de trabajo...

INDICE

1. Introducción.	5
2. Marco teórico	6
3. Planteamiento del problema	17
4. Justificación	18
5. Hipótesis	19
6. Objetivos	20
a. Objetivo general	20
b. Objetivos particulares	20
7. Material y métodos	21
a. Tipo de estudio	21
b. Universo y muestra del estudio	21
c. Criterios de inclusión, exclusión y eliminación	21
d. Variables	22
e. Análisis estadístico	22
8. Resultados	23

9. Discusión	.	.	.	.	.	.	.	.	35
10. Conclusiones	.	.	.	.	.	.	.	.	37
11. Bibliografía	.	.	.	.	.	.	.	.	38

INTRODUCCION

Las úlceras anales constituyen un hallazgo frecuente que representan un 10-15% de la patología anal en pacientes inmunocomprometidos. Más de la mitad de los casos se deben a Herpes simple (VHS). En segundo lugar se pueden encontrar úlceras asociadas a CMV, TBC, sífilis entre las más frecuentes, y en menor medida úlceras con carácter premaligno o maligno. Por último las úlceras idiopáticas pueden presentarse en la región anal y suelen ser profundas e invalidantes. El examen citológico o la biopsia cutánea de la porción externa de las lesiones permitirán el diagnóstico.¹⁵

La incidencia de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) ha aumentado de manera importante desde su descubrimiento en el año de 1981, cuando se reportaron 316 casos en Estados Unidos, en tanto que a finales de 1997 los Centros de Control de Enfermedades (CDC) en ese país estiman que una de cada 250 personas se encuentra infectada por el virus, con un total de 16,000 personas que se infectan diariamente. En México, hasta mayo de 1996 se tenían registrados 27,455 casos y se estima que aproximadamente 130,000 a 150,000 pacientes se encuentran ya infectados por el VIH y se comportan como seropositivos asintomáticos.⁶

Con el advenimiento de nuevas terapias basadas en el uso de antirretrovirales altamente activos y agentes análogos de nucleósidos, inhibidores de la transcriptasa inversa, así como inhibidores de la glucosidasa y proteasas, se ha logrado una reducción de la morbilidad y mortalidad en pacientes con síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), o el retardo en la progresión clínica hacia la enfermedad. Por ello, se pueden observar con mayor frecuencia las complicaciones propias del estado de inmunodeficiencia, aunque no se tienen cifras exactas de padecimientos anorrectales en pacientes infectados por el VIH, y tampoco se sabe con certeza las complicaciones a que está expuesto un paciente que será sometido a un procedimiento quirúrgico en tales condiciones.⁶

Se considera que de acuerdo a los reportes previos en lo que se refiere a la cicatrización y relacionado a la disminución en los valores de CD4, los pacientes con SIDA tienen mal pronóstico ante la realización de tratamientos más agresivos.⁶

La finalidad de es evaluar las características del comportamiento luego de utilizar un esquema de protocolo para tratamiento de las úlceras perianales en pacientes inmunocomprometidos en la Unidad de Coloproctología del Hospital General de México.

MARCO TEORICO

Típicamente el 90% de las úlceras perianales tanto en mujeres como en hombres son de localización línea media posterior. Las fisuras anteriores se dan en el 10% de los pacientes, siendo más común en mujeres. Menos del 1% de las fisuras son de localización por fuera de la línea media o pueden ser múltiples. Dichas fisuras atípicas pueden estar asociadas a enfermedad de Crohn, enfermedades de transmisión sexual (ETS), VIH, sífilis, herpes, tuberculosis, o cáncer anal.² Las lesiones micóticas, poco frecuentes, pueden relacionarse a histoplasmosis. La cándida puede contaminar secundariamente lesiones de otro origen. En lo concerniente a tumores es común encontrar la presencia de los tumores marcadores de SIDA: sarcoma de Kaposi y linfoma no-Hodgkin. Se describe una incidencia creciente en esta población del carcinoma anal epidermoide o escamocelular, aunque no se encuentra entre los tumores marcadores de SIDA.¹⁰

Este tipo de úlceras anales alcanzan el 11% de la patología anal en pacientes inmunocomprometidos. Las úlceras perianales más frecuentes pueden extenderse también hasta el ano. La mayoría de los casos se asocian a HSV.⁶ Las fisuras anales benignas que se caracterizan por ser estrechas, generalmente localizadas distales a la línea dentada y asociadas a hipertonia de esfínteres. Las úlceras anales por VIH son típicamente más anchas, profundas, cavitantes asociadas en algunos casos con disminución en el tono del esfínter.²

Los pacientes infectados con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) tienen asociadas enfermedades perianales en un 6 a 34% y requieren de tratamiento quirúrgico el 50-85%. En otros casos no se define la causa y la úlcera se determina como idiopática.¹ Las úlceras anales de origen idiopático en pacientes VIH se caracterizan porque son muy dolorosas y en la mayoría con presencia de secreción purulenta. Se cree, como menciona Denis et al, dichas úlceras tienen el mismo origen criptoglandular que los abscesos anales.⁷

Recientemente surgió la teoría de la existencia de sinergismo viral con producción de citoquinas, que puede llevar a destrucción tisular y formación de úlcera anal profunda e invasiva que puede destruir el esfínter anal interno, externo o incluso llegar a fosa isquiorrectal. Hay otra presentación en donde hay dos o más úlceras, las cuales no son tan invasivas y que pueden no llegar más allá de la línea dentada; es probable que estas dos presentaciones tengan una fisiopatología y etiología diferente, sin embargo se necesitan más estudios para establecer la etiología, la fisiopatología y con ello dirigir el tratamiento correcto a dichas úlceras anales en el paciente VIH positivo.¹⁶

En pacientes con SIDA en estadios avanzados a menos que se instituya un tipo de tratamiento de dichas lesiones pueden mejorar, en caso no se haga aumentan a nivel de su periferia ocasionando dolor y pueden incrementar en tamaño hasta 100 cm².⁸

La sintomatología en este tipo de pacientes es inespecífica. El paciente consulta por dolor, ano húmedo, supuración o sangrado. El diagnóstico se basa en un trípede formado por la clínica, la bacteriología y micología, y la biopsia quirúrgica con el estudio anatomopatológico.¹⁴ El raspado citológico o la biopsia cutánea de la porción externa de las lesiones, o la biopsia endoscópica en la vertiente intrarrectal ayudan al diagnóstico.¹⁰ Si bien algunas lesiones pueden ser típicas, lo habitual es que se presenten lesiones complejas que requieren el diagnóstico objetivo por laboratorio, para así tener un tratamiento específico. Aun así, muchas lesiones pueden quedar sin diagnóstico definitivo y se tratan en forma sintomática.¹⁴

La presencia de intenso dolor en el tacto rectal sugiere fuertemente ulceraciones o neoplasia. Igualmente, la palpación del canal anal puede evidenciar fisuras o masa que no fueron diagnosticadas a la inspección. Todos los pacientes con síntomas anorectales deben someterse a anoscopia y rectosigmoidoscopia, con biopsia de la mucosa. Los pacientes con tenesmo, descarga rectal, dolor anorectal con o sin historia de relación homosexual, deben estudiarse con anoscopia, búsqueda de polimorfonucleares y tinción de gram en el pus anorectal (gonococo); además de cultivo para virus Herpes, VDRL y PCR para *C. trachomatis*.¹³

En un estudio con 58 pacientes VIH con fisuras anales, la localización fue posterior en 47 pacientes, anterior en 7 pacientes y posterior más anterior en 4. El 62% presentaban hipertonicidad del esfínter anal. En la escala de EVA el disconfort promedio fue 3/10.¹⁷

Las características de las lesiones ulceradas del canal anal, son la afección anorrectal (no condilomatosa) más común en el paciente HIV+

Estas lesiones ulceradas presentan múltiples etiologías:

- Úlceras traumáticas.
- ETS a forma de presentación ulcerada. Se debe recordar que la lesión herpética tiende en el paciente inmunodeprimido a mostrarse como lesiones confluentes, que no conforman la presentación típica del herpes genital.
- Úlceras por micobacterias. Las más frecuentes son por *Mycobacterium tuberculosis* y *Mycobacterium avium*.
- Úlceras micóticas especialmente por criptococosis.
- Úlceras actinomicóticas.
- Úlceras idiopáticas. Estas úlceras se ven en estadios avanzados de la enfermedad y se manifiestan en la evolución como úlceras profundas con destrucción esfinteriana.¹⁴

El VIH se caracteriza por provocar la disminución progresiva en los niveles de CD4 (linfocitos T4 helper-inductores), lo cual se acompaña del decremento en la producción de citoquinas que están implicadas en el proceso de cicatrización y que corresponden al factor de crecimiento β (TGF- β) y la interleucina-2 (IL-2), los cuales promueven la adhesión intercelular y la producción de fibronectina, estos son potentes factores de crecimiento y factores que intervienen en la inflamación y migración celular durante la cicatrización.⁶

En un estudio prospectivo, todos los pacientes VIH (+) sometidos a cirugía anorrectal, estuvieron disponibles los niveles de CD4 en el periodo preoperatorio, siendo en promedio de 330.73 cel/ μ l (\pm 206.98 DE) con margen de 134 a 1050 células. Estos valores se usaron junto con el tiempo de cicatrización a fin de establecer algún tipo de relación, las pruebas estadísticas no mostraron un valor significativo de p , sin embargo, es importante señalar que de los cinco pacientes con valores de CD4 mayores a 400 cel/ μ l, 4 (80%) cicatrizaron en un periodo de tiempo menor a 21 días y sólo un paciente (20%) requirió de 27 días para lograr la cicatrización, en tanto que de los 18 pacientes con valores de CD4 menores a 400 cel/ μ l, el 83% requirió de un tiempo mayor de 21 días para cicatrizar. En lo que respecta a la cicatrización de estos pacientes se tienen reportes de la influencia de factores como el número de leucocitos y valores de CD4 que disminuyen en pacientes con VIH.⁶

En estudios realizados para comparar la cicatrización de heridas en procedimientos quirúrgicos anorrectales en pacientes VIH (+) y pacientes VIH (-), se han encontrado factores que tienen influencia, tal es el caso de un valor de leucocitos menor de 3000/mm³ y cifras de CD4 < 50/ μ L. Lo anterior se traduce en un trastorno de la cicatrización caracterizado por un retardo de la misma de hasta 30 días después de la cirugía en pacientes con VIH que se encuentran en los grupos III y IV, sin afectar de manera importante a los pacientes VIH (+) asintomáticos, esto corresponde de 4% a 34% de los pacientes operados.⁶

En un estudio de cohortes, mientras más bajos sean los niveles de CD4+ en pacientes VIH mayor prevalencia de VPH, y por ende mayor prevalencia de displasia anal. Por eso, se considera una cuenta de CD4 alta como factor protector en contra de infecciones virales oportunistas.²²

Tratamiento:

Aproximadamente el 50% de las ulceraciones anales no tienen agente etiológico identificable. Algunos opinan que tales ulceraciones idiopáticas pueden ser causadas por infección con el VIH en sí. No se conoce el tratamiento óptimo de este tipo de úlceras idiopáticas, pero existen varias opciones. Primero tratamiento conservador, con baños de asiento y cuidados locales, considerando simultáneamente el tratamiento con aciclovir y metronidazol. En las lesiones sintomáticas persistentes, se debe considerar la intervención quirúrgica. Aunque en estos pacientes la cicatrización suele ser lenta, el alivio asintomático es a menudo dramático.¹¹

Aún no existe un tratamiento universal aceptado, unos autores recomiendan tratamiento médico, otros recomiendan aplicación de esteroides inyectados en las lesiones y otros adoptan cirugía cuando no hay respuesta a los síntomas o existe fallo del tratamiento médico.¹

Las enfermedades de transmisión sexual descritas (sífilis, gonorrea, clamidiasis) deben tomarse en cuenta en la población VIH positiva y obtener los cultivos adecuados. La identificación de gonorrea y de linfogranuloma venéreo (Chlamydia) es dificultosa. Ante la sospecha de las mismas puede intentarse la medicación empírica con ciprofloxacina, que resulta activa contra ambas patologías.¹¹

En un estudio retrospectivo de 13 pacientes, se le dio tratamiento médico a los pacientes con úlcera anal con acyclovir (400-800mg 5 veces al día) por posible VHS más antibióticos de amplio espectro. A los que se les documentó CMV por medio de biopsias rectales fueron tratados con foscarnet. Sin embargo, el tratamiento médico no fue el esperado y ellos recomiendan que al haber fallo en el tratamiento debe realizarse biopsia excisional. El promedio de duración de los síntomas antes de la intervención fue de 10 semanas (rango 4-22 semanas). El promedio de tiempo de cierre de la herida de la biopsia fue de 6 semanas (rango de 4-10 semanas). Ningún paciente presentó recurrencia de la ulceración luego del completo cierre de la herida. Histología reportó en todos las biopsias de úlceras inflamación aguda y crónica. 5 casos se documentó VHS y 1 caso se identificó neoplasia intraepitelial anal grado 3.⁵

Existen mejorías inmunológicas en pacientes VIH tratados con terapia con antirretrovirales altamente activos (HAART). Esta incluye inhibidores de la proteasa y de la transcriptasa. Disminuye la carga viral en pacientes con VIH y aumenta los linfocitos T CD4+, mejorando su expectativa de vida. Sin embargo ya que viven con inmunosupresión por largos períodos, son lábiles a infecciones oportunistas.²⁰

El efecto de los (HAART) por un lado pueden restaurar la inmunidad y disminuir la incidencia de displasia relacionada con VPH. Sin embargo, al incrementar la expectativa de vida de los pacientes con VIH, puede permitir el padecimiento de procesos lentos carcinogénicos. Pero se necesitan más estudios epidemiológicos para clarificar este aspecto.²¹

Las úlceras idiopáticas del SIDA pueden estar relacionadas con las aftas y otras úlceras idiopáticas que afectan al tracto gastrointestinal de estos pacientes. Por lo tanto pueden responder al tratamiento con Talidomida. Otras opciones incluyen escisión de la úlcera con colgajo para tapizar e inyección de metilprednisolona.¹²

Se debe enfatizar que estas úlceras no requieren necesariamente ser tratadas con esfinterotomía lateral interna, ya que el esfínter no suele ser hipertónico. Inclusive en la fisura clásica benigna, la esfinterotomía debe realizarse ocasionalmente en esta población, ya que la diarrea frecuente puede causar incontinencia.

Hallazgos específicos en úlceras anales en pacientes VIH y su tratamiento:

Gonorrea perianal

Esta patología se ha incrementado en la última década, donde la población más afectada han sido los homosexuales en un 55% y específicamente en la región perianal de un 13 a 45%. El agente causal es la *Neisseria gonorrhoeae*, la cual tiene un periodo de incubación de cinco a siete días antes de iniciar sintomatología. Clínicamente el paciente refiere prurito, tenesmo y dolor anal y en algunos casos existen abscesos interesfinterianos, descarga mucoide e inflamación perianal así como algunos casos de úlceras. Esta enfermedad puede, evolucionar a una artritis supurativa, perihepatitis, pericarditis, endocarditis y meningitis. El diagnóstico es clínico, aunque nos podemos apoyar con cultivos para *Neisseria* (Thayer-Martin) y el tratamiento es con penicilina procaínica 4.8 millones IM (ó 3 g de amoxicilina) + 1 g de probenecid vía oral, o ceftriaxona 250 mg IM por 1 día, + doxiciclina 100 mg 2 veces al día por 7 días.⁴

Sífilis perianal

Enfermedad de transmisión sexual (ETS), producida por *Treponema pallidum*, la cual se ha incrementado en la población de pacientes VIH (+). 80% de esta patología es primaria en hombres homosexuales y 20% secundaria. La infección es anorrectal por penetración directa en la que clínicamente podemos encontrar úlceras anales de dos a seis semanas posterior a la exposición, pero éstas pueden aparecer hasta tres meses más tarde. La lesión primaria es el chancro, que tiene una evolución rápida de pápula a úlcera, en el chancro se puede observar un borde bien delimitado, en algunos casos hay presencia de fisuras, además de linfadenopatías inguinales. El diagnóstico se realiza por microscopia indirecta y después de las seis a ocho semanas con fluorescencia; el VDRL es positivo en 75% de los casos con sífilis primaria y 100% en la secundaria. La biopsia puede mostrarnos infiltrado intenso linfocítico de la submucosa y lámina propia con destrucción de la muscular de la mucosa, células plasmáticas. El tratamiento de elección continúa siendo la penicilina G procaínica con dosis de 2.4 millones de UI, llegándose a requerir hasta tres dosis con intervalos semanales y como tratamiento secundario está la eritromicina o tetraciclina 500 mg cada 6 h durante 2 a 4 semanas.⁴

Chancroide

Causado por *Haemophilus ducrey*, (aerobio gram negativo). Su incidencia es mayor en el sexo masculino la cual se ha incrementado en los últimos 10 años. Sin embargo, las mujeres pueden permanecer asintomáticas y ser reservorios de la infección. El periodo de incubación es de 4 a 7 días, sin presencia de periodo prodrómico sintomático. Clínicamente a nivel perianal hay dolor, úlceras o múltiples abscesos con supuración y ganglios regionales. El diagnóstico es clínico teniendo como apoyo el cultivo para gram negativos, para aerobios y el tratamiento es a base de eritromicina 500 mg cada 6 hrs por una semana o como alternativa clotrimazol una

tableta cada 12 hrs por una semana o trimetoprim con sulfametoxazol 80 mg/400 mg cada 12 hrs por una semana.⁴

Chlamydia

Es considerada una ETS, su agente etiológico, *Chlamydia trachomatis* tiene 15 serotipos, de los cuales del D al K son los responsables de las infecciones con manifestaciones clínicas. Su incidencia se ha incrementado en hombres homosexuales y en mujeres y hombres heterosexuales que tienen prácticas sexuales anales. La incidencia en hombres homosexuales es de 15% mientras que en las mujeres no está bien establecido. El periodo de incubación varía de 2 hasta 35 días en las mujeres y en 6 semanas en los hombres homosexuales. Clínicamente pueden existir úlceras en el borde perianal con inflamación local, dolor anal y tenesmo, así como ganglios regionales. El diagnóstico además de ser clínico es apoyado por la biopsia en la que se observan abscesos crípticos, granuloma infeccioso y células gigantes, además de ser útil el cultivo específico. Esta patología responde a tetraciclinas y eritromicina a dosis de 500 mg cada 6 h durante 2 semanas o doxiciclina 100 mg cada 12 por una semana.⁴

Linfogranuloma venéreo

Provocado por *Chlamydia trachomatis* del serotipo L1, L2 y L3. Su incidencia es de 2 a 6% en los pacientes que presentan manifestaciones genitourinarias y muy poco común en la región perianal. Estas lesiones aparecen generalmente de 3 a 10 cm del borde anal teniendo como manifestación clínica más frecuente las fístulas anales y abscesos perirrectales. El tratamiento es con eritromicina y tetraciclina por 3 semanas, 500 mg vía oral cada 8 h.⁴

Tuberculosis perianal

Esta patología, considerada como una manifestación rara de la tuberculosis gastrointestinal causada por un organismo oportunista: *Mycobacterium avium* intracellulare. Esta patología se ha visto más frecuentemente asociada a pacientes VIH (+). Sin embargo, a nivel gastrointestinal sólo el 1% tiene localización perianal, habiendo muy pocos reportes en la literatura de lesiones a este nivel. Las lesiones no son típicas, aunque en ocasiones tienen una apariencia verrugosa o ulceración con múltiples fístulas, por lo que se debe de hacer el diagnóstico diferencial con la enfermedad de Crohn y en algunos casos pueden encontrarse abscesos perianales. El diagnóstico es clínico y con biopsia así como estudios complementarios que apoyarán el diagnóstico, entre los que se encuentran radiografía del tórax, BAAR en orina y en expectoración, urografía excretora y reacción de polimerasa en cadena para tuberculosis en orina y expectoración. No se ha visto una adecuada evolución con el uso de quinolonas y macrólidos, como la eficacia a nivel de otros órganos.⁴

Herpes

Provocado por un virus ADN, el cual puede cursar de manera crónica con recidivas hasta en un 40% de los pacientes. El tipo de herpes implicado en el 90% de los casos, es el tipo II, y sólo un 10% el tipo I, en muy raras ocasiones puede encontrarse el virus de la varicela zoster. En estudios realizados se ha reportado que el 64% de los pacientes que tienen úlceras anales inespecíficas presentan el virus del herpes simple. Así mismo en diversos estudios se ha reportado que entre un 6 hasta un 30% de los pacientes homosexuales con patología anal coexiste el virus del herpes simple. La transmisión es por implantación directa, altamente contagioso y los síntomas aparecen de 4 a 21 días posterior a la inoculación. Entre los síntomas más frecuentes se encuentran eritema, vesículas, las cuales evolucionan a costras melicéricas acompañadas de dolor perianal, sensación urente, rectorragia, prurito en un 50 a 85% de los casos y linfadenopatía inguinal. La radiculopatía puede encontrarse en un 50% y los signos neurológicos pueden persistir posterior a la infección aguda. El diagnóstico es clínico y el apoyo es por medio de inmunofluorescencia y cultivos de las lesiones vesiculares. El tratamiento es con aciclovir 400 a 800 mg 5 veces al día durante 5 a 7 días.⁴

Puede desarrollarse cepas resistentes del HSV y las ulceraciones resistentes pueden requerir aciclovir intravenoso en dosis de 10 mg/kg cada 8 horas durante 10 días, foscarnet 40 mg/kg cada 8 horas o 60 mg/kg cada 12 horas durante 3 semanas o vidarabina.

Los estudios serológicos sugieren que más del 95% de hombres homosexuales han tenido infección por virus del herpes simple HSV 2. El centro de control de enfermedades (CDC) identifica ahora a la infección mucocutánea por HSV que dura más de un mes como una enfermedad que define al SIDA. Se presenta con dolor y ardor hasta en un 95% de los pacientes.¹⁰

Varios reportes indican que el VHS es el responsable de la mayoría de las úlceras. Algunos utilizan aciclovir crema tópica y la mayoría de úlceras sanan a las 2 a 3 semanas.⁷

En un estudio descriptivo revela que el VHS no se obtiene frecuentemente en un citológico anal. Sin embargo, cuando es diagnosticado por citología, la gran mayoría de las veces se encontró en los pacientes como un hallazgo subclínico. En este estudio muestra como el VHS está altamente asociado a neoplasia intraepitelial escamosa. Por ende es muy importante documentar si existe VHS en el citológico para dar tratamiento óptimo y medidas de consejo para prevenir transmisiones sexuales.²³

Condiloma acuminado

Esta patología perianal, causada por el virus del papiloma humano (VPH) considerada de transmisión sexual en su mayoría y de gran importancia por la asociación a displasias y carcinomas invasivos. Sin embargo, los tipos 6 al 11,

generalmente se asocian con lesiones benignas. Esta patología puede encontrarse en mujeres y hombres heterosexuales, sin embargo, 50 a 75% de los hombres homosexuales la llegan a presentar. Clínicamente se presentan neoformaciones pediculadas del color de la piel, las cuales varían de milímetros a centímetros, que pueden cursar asintomáticas o con discreto dolor. Teniendo como variante el condiloma gigante. Esta patología es de importancia relevante por la evolución en un porcentaje pequeño a carcinoma de células basales. El diagnóstico es clínico, sin embargo se confirmará por medio de la biopsia la cual nos reporta presencia de coilocitos e infiltrado inflamatorio crónico con infiltración celular. Los tratamientos son variables desde la excisión regional, electrofulguración, uso de podofilina, ácido tricloroacético intralesional, laser con CO2, crioterapia e inmunoterapia con interferón beta intralesional.⁴

Citomegalovirus

Provocado por un virus ADN de la familia herpesviridae el cual puede cursar asintomático y en ocasiones acompañarse de síndrome de mononucleosis. Esta patología se ha visto asociada en pacientes con SIDA en fases avanzadas. Las lesiones no son muy específicas e incluyen lesiones maculopapulares, erupciones papulares, vasculitis papular y nodular, vesículas y ampollas y ulceraciones mucocutáneas. Estudios recientes han reportado que en el 90% de autopsias con pacientes con SIDA se llega a presentar esta patología. El diagnóstico es clínico corroborándose con biopsia y su importancia radica por su diseminación a diversos órganos y sistemas. El tratamiento de elección es el ganciclovir, 500 mg al día por 7 días, hasta 3 semanas y el fosfonoformato IV, cuyo uso se ha limitado por las alteraciones hematológicas que provoca (mielosupresión, neutropenia y trombocitopenia severa).⁴

Tumores

El cáncer perianal ha aumentado su detección desde la década de los cincuentas. Siendo más frecuente en mujeres mayores de los 30 años y en hombres mayores de 50 años. Además de que en muchas de las neoplasias encontradas a este nivel se ha visto una asociación con el VIH. Deben de tomarse en cuenta las lesiones premalignas que se mencionan adelante.⁴

La incidencia de cáncer anal es más alta en la población de hombres que tienen sexo con otros hombres, incrementándose hasta 20 veces el riesgo en comparación con la población de hombres heterosexuales. Los que son VIH seropositivos se encuentran aún en mayor riesgo.⁹

La incidencia de tumores anales es más frecuente en pacientes homosexuales que en pacientes heterosexuales masculinos. Aumentando la frecuencia hasta 20,000 veces más en relación a la población normal en pacientes VIH seropositivos. Existe asociación entre la infección del VPH y el cáncer epidermoide in situ, puede que el VIH actúe como cofactor para provocar displasia en pacientes portadores de VPH.⁷ La

incidencia de cáncer anal en pacientes infectados con HIV es mayor que en otras poblaciones. El precursor son las lesiones intraepiteliales escamosas de alto grado. Están fuertemente asociadas con el virus del papiloma humano. El grado de prevalencia de lesiones intraepiteliales de alto grado con una prueba citológica anormal es de 54%.¹⁹

En un estudio de cohorte, los hombres con VIH que tienen relaciones con otros hombres 75% presentaban VPH asociado. Existe una pobre correlación entre los hallazgos entre la citología con el reporte histológico. Para incrementar la detección de neoplasias intraepiteliales anales, debe tomarse el citológico junto con PCR para VPH. El tratamiento de antirretrovirales puede presentar un rol de protección contra las neoplasias intraepiteliales anales.²⁴

La neoplasia intraepitelial tiene potencial en progresar a cáncer anal. Dichas lesiones se desarrollan en la unión escamocolumnar (area de transición). En individuos inmunocomprometidos, las neoplasias intraepiteliales de alto grado son más propensas a transformarse en malignas. Los pacientes con VIH que tienen sexo con otros hombres la incidencia de cáncer anal alta, con una población de 70 por 100,000. Los pacientes con hallazgos citológicos anormales deben realizarse anoscopia de alta resolución.¹⁸

Según un estudio de regresión logística, multivariado, el recuento de CD4, la patología anal, fumadores y el número de parejas sexuales, son factores de riesgo pero no tienen significancia estadística para el desarrollo de neoplasia anal intraepitelial.²⁵

En un estudio comparativo y retrospectivo, los pacientes que fueron estudiados por úlceras perianales en quienes se encontró tumor en el estudio histopatológico fue con más frecuencia aquellos con VIH seropositivo a diferencia de los seronegativos. Siendo los tumores más frecuentes el Sarcoma de Kaposi y el Cáncer epidermoide.⁷

En los pacientes VIH seronegativos encontraron los tumores más frecuentes fueron el epidermoide y el adenocarcinoma.⁷

Enfermedad de Bowen

Neoplasia anal intraepitelial la cual tiene un alto potencial de conversión maligna. Esta neoplasia se ha encontrado en otros órganos como es el cervix, la vagina y la vulva, además de la región perianal. La clasificación abarca del grado I al III, encontrándose en este último displasia de epitelio con un carcinoma in situ. Se ha visto asociado con virus del papiloma humano 16 y 18 y su importancia radica en su invasividad del 2 hasta el 50% de los casos. Puede cursar asintomático o puede tener manifestaciones como prurito, ardor, hiperpigmentación, ulceración y alteraciones morfológicas que pueden causar invasión al orificio anal. El diagnóstico es por medio

de la biopsia y el pronóstico dependerá de la rapidez con la que se diagnostique y el estadio en que se encuentra.⁴

Condiloma gigante (Tumor de Bushke-Lowenstein)

Patología rara de aspecto verrugoso la cual se ha visto asociada al virus del papiloma humano. De aspecto verrugoso que puede ocluir toda la región anal y en raras ocasiones dar metástasis. Puede iniciar como una displasia y evolucionar a una neoplasia maligna en muy pocos casos del tipo de carcinoma escamoso basal.⁴

Carcinoma epidermoide

Es la neoplasia más frecuente detectada en la región perianal, que abarca el canal anal y los bordes perianales. Sus dimensiones varían de 2.5 a 8 cm, y en algunas ocasiones puede simular sólo una lesión escamosa infiltrada o ser una neoformación inespecífica por lo que la biopsia será el diagnóstico de elección. Se han visto algunos factores involucrados en el desarrollo de éste, entre los que se mencionan: tabaquismo, genética, tipo de piel, inmunodeficiencias e irritaciones crónicas. Tiene un alto índice de metástasis y el tratamiento es quirúrgico acompañado de quimio y/o radioterapia.⁴

Melanoma

Patología muy rara de la región perianal, ocupando sólo el 1% de los tumores malignos de esta región.¹⁸ Se considera una neoplasia de origen neuroectodérmico, con afección de los melanocitos. Y con un incremento en el riesgo para aquellos pacientes que son VIH positivos. La población seronegativa más frecuentemente afectada son las mujeres, con una edad mayor de los 50 años. Clínicamente puede presentarse trombosis externa, en un 25% un tumor amelanico o presentar un nevo melánico adquirido. Algunos de los pacientes llegan a presentar rectorragia, con una rápida evolución hacia las metástasis y con una sobrevida muy baja a 5 años. El diagnóstico de elección continúa siendo la biopsia y el tratamiento es la resección local con radio y quimioterapia y se han hecho estudios en los cuales se ha involucrado el uso de antibióticos monoclonales, inmunoestimulantes como el levamizol, interferón y citoquinas.⁴

Adenocarcinoma mucinoso

Tumor raro de la región perianal, de crecimiento rápido con invasión al orificio y canal anal. Puede existir una variedad de adenocarcinoma mucinoso, en el cual existe una fístula crónica que posteriormente evoluciona a sepsis perianal, acompañado de descarga de moco y una neoformación rodeada de moco. El diagnóstico es por biopsia y su sobrevida es muy pobre, con quimioterapia y radioterapia.⁴

Linfoma

Tumor frecuente del tracto gastrointestinal, sin embargo es una entidad rara en la región perianal. Su incidencia aumenta en los pacientes seropositivos entre la tercera y la cuarta décadas de la vida, mientras que en aquellos que son seronegativos, la edad de presentación es entre la sexta y séptima décadas de la vida. Constituye del 1 al 4% de los linfomas gastrointestinales y es más frecuente en hombres homosexuales, por lo que se sugieren diversas teorías como son el antecedente de traumatismos anorrectales, los cuales han sufrido una infección por oncovirus. Los linfomas No-Hodgkin son considerados frecuentes en la región perianal en pacientes VIH seropositivos.⁷ Sin embargo también puede presentarse en pacientes heterosexuales, seropositivos, en los cuales se han detectado fístulas, abscesos perianales y hemorroides. Los linfomas más frecuentes a este nivel son los no Hodgkin, seguido de los Hodgkin y una variedad muy rara es el linfoma cutáneo de células T, el cual puede tener un aspecto psoriásico o eccema discoide. El diagnóstico diferencial se debe hacer con la enfermedad de Crohn o una dermatitis perianal inespecífica. El diagnóstico es clínico apoyado con la biopsia y el pronóstico es malo por la diseminación a otros órganos.⁴

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En todo el mundo aumenta de cada año el número de pacientes con problemas de inmunocompromiso por diferentes situaciones como son la mayor sobrevivencia de los pacientes con VIH o SIDA, y por otra parte la utilización de inmunosupresores en pacientes transplantados o con enfermedades autoinmunes y en otro grupo el aumento de pacientes con cáncer.

No se cuenta actualmente con estudios al respecto en México y en nuestra institución. La úlcera anal idiopática en el adulto inmunocomprometido es una enfermedad que se presenta cada vez en la Unidad de Coloproctología

El esquema convencional utilizado para el tratamiento de la úlcera anal en pacientes inmunocomprometido en la Unidad de Coloproctología y que empíricamente se ha continuado utilizando, no cuenta con un estudio donde podamos conocer la efectividad del tratamiento.

JUSTIFICACION

Los pacientes inmunocomprometidos y los portadores de VIH presentan con frecuencia trastornos anorrectales, caracterizados por dolor perianal, úlceras, tumoraciones, secreciones y sangrados. Estos pueden deberse a patologías benignas (infecciosas) o neoplasias. .

Actualmente no se conoce el porcentaje de mejoría o de curación de la úlcera anal en los pacientes con inmunocompromiso tratados en nuestra institución.

HIPOTESIS

Si al paciente con inmunocompromiso por VIH o SIDA, cáncer, en tratamiento con inmunosupresores o alguna otra enfermedad que comprometa la función normal del sistema inmunológico, les damos un tratamiento combinado de ceftriaxona, azitromicina y aciclovir, entonces encontraremos al menos en un 75% de los pacientes una cicatrización de la úlcera con ausencia de síntomas en la consulta de seguimiento.

OBJETIVOS

Objetivo General:

Determinar el porcentaje de cicatrización de las úlceras anales en pacientes inmunocomprometidos con el uso del esquema convencional.

Objetivos Particulares:

- Conocer el porcentaje de pacientes con tumores anales en las biopsias de los pacientes a los cuales se les realice biopsia.
- Conocer el microorganismo más común tras la toma de cultivo de las úlceras perianales en los pacientes inmunocomprometidos.
- Diferenciar el hallazgo histopatológico más frecuente de los pacientes con úlcera anal con o sin inmunosupresión.
- Conocer el tiempo de cicatrización de las úlceras anales en el grupo de pacientes VIH seropositivos con tratamiento antirretroviral en comparación con los pacientes VIH seropositivos sin tratamiento antirretroviral.
- Observar el tiempo de cicatrización de las úlceras anales en los pacientes VIH seropositivos de acuerdo al número de CD4.

MATERIALES Y METODOS

Tipo de estudio: Se realizó un estudio prospectivo, transversal, observacional.

Universo y muestra del estudio: Se tomaron en cuenta 32 pacientes con inmunosupresión y diagnóstico de úlcera anal atípica en el período comprendido de enero de 2013 a diciembre de 2013, en la Unidad de Coloproctología del Hospital General de México.

Criterios de Inclusión: Pacientes con o sin inmunocompromiso con diagnóstico de úlcera anal atípica, evaluados en consulta externa o como interconsulta por sintomatología de dolor anal y/o prurito.

Criterios de Exclusión: Pacientes vistos en consulta externa o como interconsulta con diagnóstico de fisura anal no atípica.

Variables:

Esquema Convencional (E.C): A todo paciente con úlcera anal atípica se empleó el tratamiento con Ceftriaxona 1 gramo IM ó IV dosis única, Azitromicina 1 gramo VO dosis única y Aciclovir 400mg VO c/6hrs por 14 días.

Úlceras anales atípicas: Úlcera anal inusual en el anodermo, con características de cronicidad, presentando lesión escavada con bordes prominentes sin epitelización y localizada fuera de la línea media.

Toma de biopsia de úlcera anal: Se realizó exploración bajo anestesia con paciente en posición de navaja sevillana, se tomó cultivo con un hisopo previo a toma de biopsia insicional de la úlcera. En caso de tener adicionalmente condilomas anales se electrofulguraron.

Cicatrización: Regeneración de los tejidos del anodermo con epitelización de la úlcera perianal.

Complicación: Aparición de una eventualidad secundaria a la toma de biopsia de la úlcera anal. (Ej.: hemorragia, infección, etc.)

Recurrencia: Reaparición de la úlcera anal luego de haber cumplido el E.C más la toma de biopsia.

P significativa: < 0.05

Análisis estadístico: Procesamiento de la información obtenida por medio de textos en formato de Word XP. En el análisis estadístico se realizó prueba de Chi-cuadrada por medio del sistema SPSS. Las tablas y gráficos se realizaron en Excel XP.

RESULTADOS

Se incluyeron 32 pacientes, sexo masculino fueron 28 (87.5%) y 4 mujeres (12.5%). El grupo etario de mayor predominio fue de 31-40 años con 11 pacientes (34%). **Figura 1.** En cuanto al lugar de origen, predominaron los del Distrito Federal con 20 pacientes (62.5%), del Estado de México 11 pacientes (34.3%) y 1 paciente extranjero (hondureño) (3.2%). La mayoría de pacientes indicaban ser empleados de una empresa 17 (53%), desempleados 7 (21.8%), estudiantes 5 (15.6%) y obreros únicamente 3 (9.3%) **Figura 2.** Ver **Tabla 1.**

CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS		
SEXO	TOTAL DE PACIENTES (No.)	%
MASCULINO	28	87.5
FEMENINO	4	12.5
EDAD (AÑOS)		
15-19	7	22
21-30	9	28
31-40	11	34
> 40	5	16
ORIGEN		
DF	20	63
EDO MEXICO	11	34
EXTRANJERO	1	3
OCUPACION		
EMPLEADO	17	53
DESEMPLEADO	7	22
OBRERO	3	9
ESTUDIANTE	5	16

Tabla 1

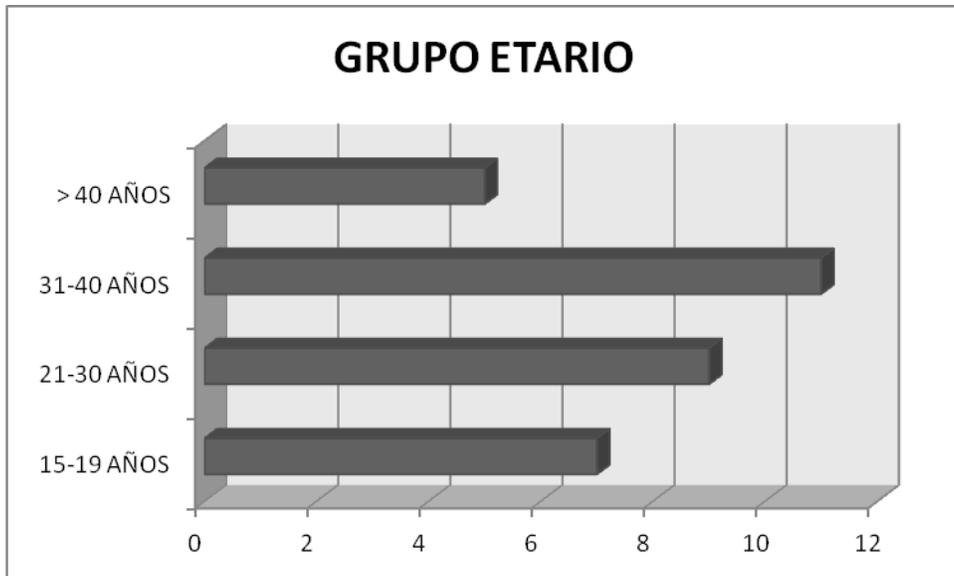


Figura 1

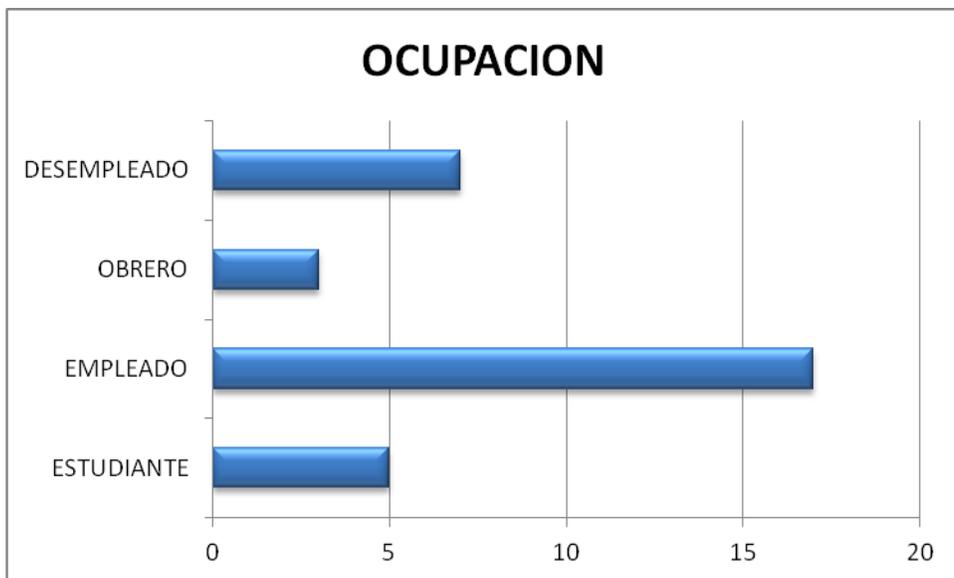


Figura 2

En los extremos, 16 (50%) pacientes acudieron a atención con < 1 mes posterior a su inicio, mientras que 4 (12.5%) pacientes esperaron > de 6 meses para consultar sobre su padecimiento. **Figura 3**

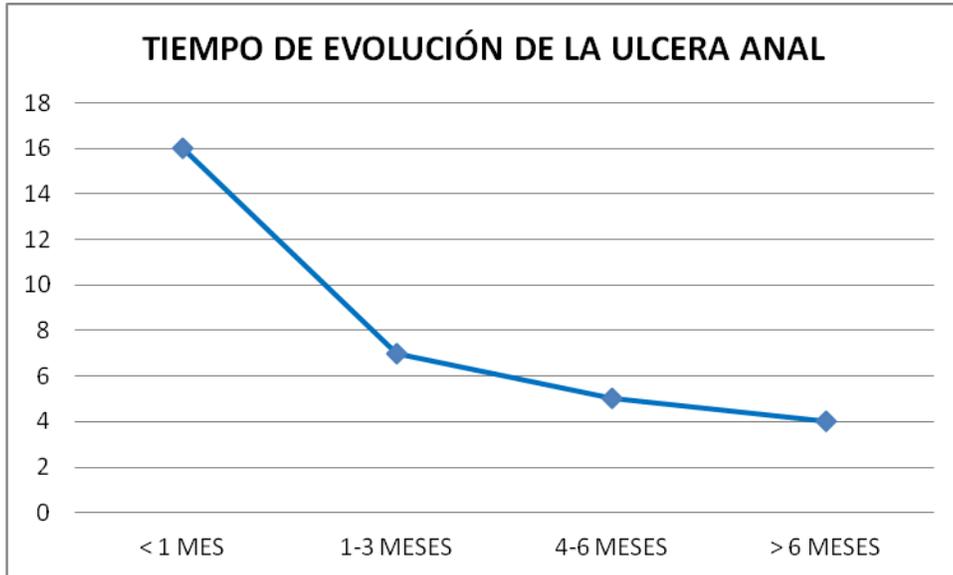


Figura 3

COMORBILIDADES		
HIPERTENSION ARTERIAL	PACIENTES (N)	TOTAL (N:32) %
SI	2	6
NO	0	0
DIABETES MELLITUS		
SI	0	0
NO	0	0
OTRAS *		
SI	3	9
NO	0	0

* Artritis Reumatoidea, Asma Bronquial, Epilepsia

Tabla 2

Los tipos de inmunocompromiso fueron 17 VIH seropositivos (65%), 4 con SIDA (15%), 3 con Leucemia (11%), 1 (3.5%) con lupus eritematoso sistémico, 1 (3.5%) con nefropatía y 4 (12.5%) pacientes con prueba de HIV no reactiva **Figura 4**. Otras enfermedades de transmisión sexual que se encontraron asociadas al momento del diagnóstico de la úlcera perianal fue el Virus de Papiloma Humano en 6 (18.75%) pacientes, 1 (3.12%) con Herpes Simplex, 1 con tuberculosis (3.12%) y 1 (3.12%) con gonorrea. **Figura 5**. Encontramos que de los pacientes portadores de HIV, 12 (85.7%) ya recibían tratamiento con Atripla. Encontramos que los pacientes menores de 30 años presentan una OR de 7 (IC 95% de 3.8-8.0) para enfermedad de transmisión sexual. **Tabla 3** y **Figura 6**.

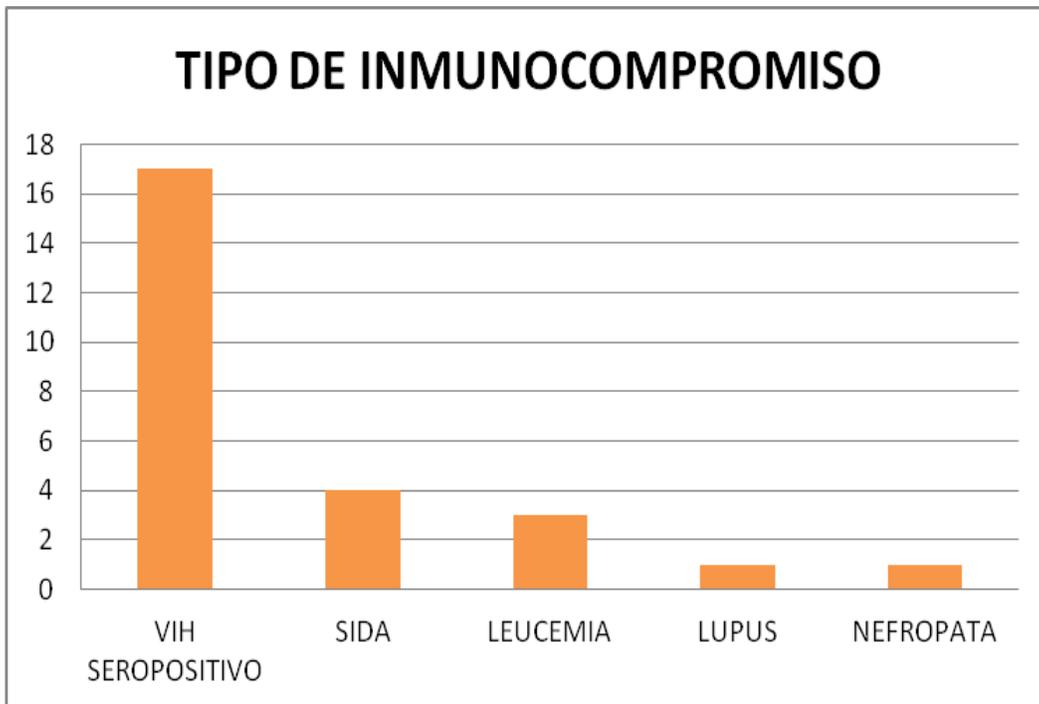


Figura 4

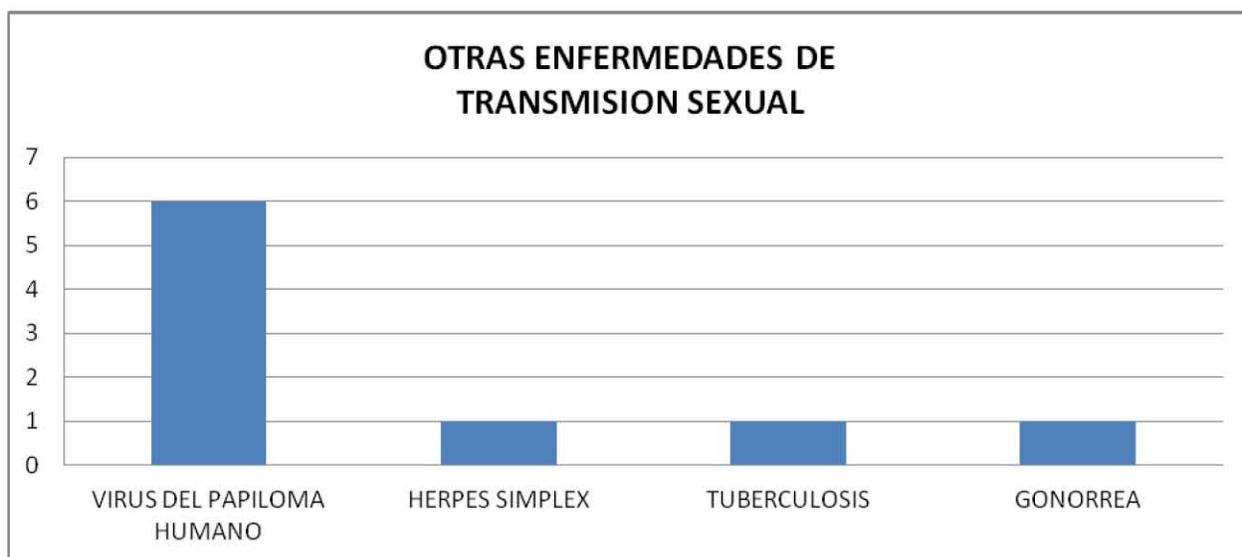


Figura 5

Tabla de contingencia EDAD MENORES DE 30 ^ ETS PRESENTES

			ETS PRESENTES		Total
			NINGUNO	PRESENTES	
EDAD MENORES DE 30	MENORES DE 30	Recuento	10	7	17
		Frecuencia esperada	12.8	4.3	17.0
	MAYORES DE 30	Recuento	14	1	15
		Frecuencia esperada	11.3	3.8	15.0
Total		Recuento	24	8	32
		Frecuencia esperada	24.0	8.0	32.0

Tabla 3

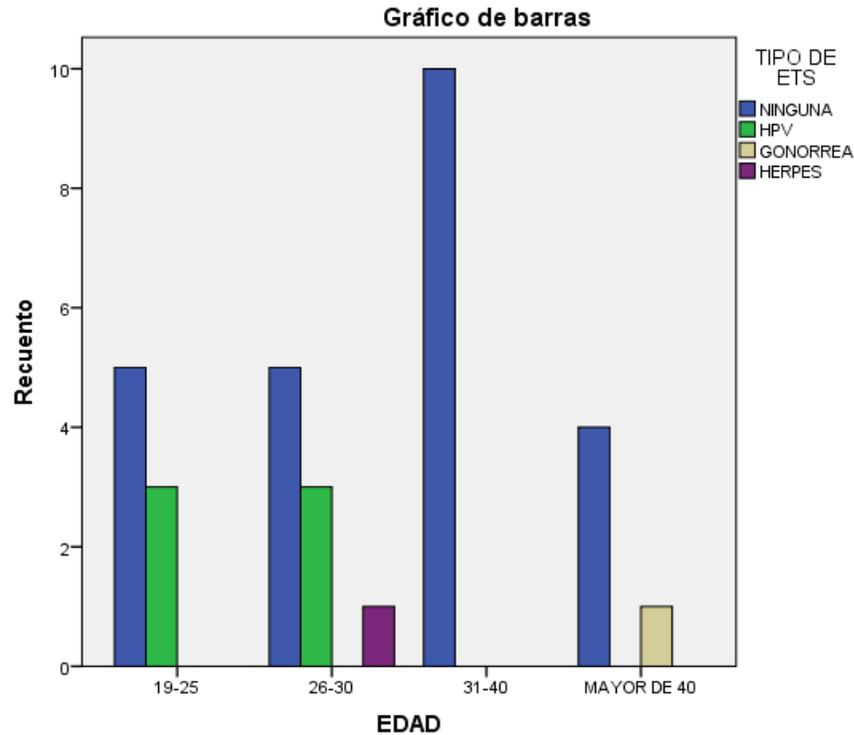


Figura 6

Dentro de los parámetros de laboratorio encontramos, una biometría hemática en 19 (59%) pacientes con un rango de leucocitos de 5,000 – 9,999 4 (12.5%) presentaron leucopenia entre 3,000 – 4,999 y 4 pacientes (12.5%) presentaron leucocitos > 10,000. De los pacientes VIH reactivos, 7 (46%) tenían recuento de CD4+ \geq 250 y 8 (54%) CD4+ \leq 250. Del total de portadores de VIH y/o SIDA (N=21), 11 (84%) pacientes presentaban carga viral indetectable y el resto detectable.

Se realizó exploración bajo anestesia con toma de biopsia en 15 (53%) pacientes posterior a haber recibido tratamiento con el esquema de protocolo. De los pacientes sometidos a cirugía, la úlcera se encontraba perianal en 10 (58%) y en 7 (42%) se encontraba en el conducto anal. Los hallazgos transoperatorios adicionales: se encontraron en 3 pacientes (33%), estos fueron (fistula anal , fistula anal abscedada y condilomas anales). La localización de la úlcera anal fue variable, sin embargo fue más común su localización en región lateral y posterior.

TIPO DE ULCERA / RESULTADO BIOPSIA		
SOMETIDO A CIRUGIA	TOTAL DE PACIENTES (No.)	%
SI	15	47
NO	6	19
NO REGRESARON	11	34
CICATRIZACION HERIDA CON EC		
SI	18	56
NO	3	9
NO REGRESARON	11	35
LOCALIZACION DE ULCERA		
LATERAL	8	53
POSTERIOR	4	26
ANTERIOR	3	21
RESULTADO DE BIOPSIA		
INFLAMACION	11	73
TEJ. DE GRANULACION	1	7
OTROS *	3	20
ESQUEMA CONVENCIONAL		
MEJORO	18	56
NO MEJORO	3	9
SE DEJO NO REGRESO	11	35
CICATRIZO LA ULCERA (CON O SIN BIOPSIA)		
SI	18	56
NO	3	9
NO REGRESARON	11	11

* Linfoma Hodgkin, Sarcoma de Kaposi, Carcinoma Epidermoide

Tabla 4

Los cultivos de secreción en tomaron la mayoría de las veces en quirófano (N=15) y sólo 2 se tomaron a pacientes internados de otros servicios que interconsultaron. En los cultivos de secreción se aisló *E. coli* en el 25% y *Streptococo sp* 8%. Se reportó contaminación en el 33% de las muestras enviadas y en los casos en que no se tomó el cultivo fue por falta del recurso en el momento que el paciente pasó a quirófano.

Figura 7. El resultado histopatológico más frecuente fue inflamación aguda y crónica en 13 (72%) pacientes, 1 paciente con linfoma no Hodgkin (5.55%), 1 paciente con sarcoma de Kaposi (5.55%) y 1 (5.55%) paciente con carcinoma epidermoide (5.55%)

Figura 8. De los 10 pacientes que se les efectuó prueba de BAAR en tejido biopsiado, sólo uno fue positivo (10%).

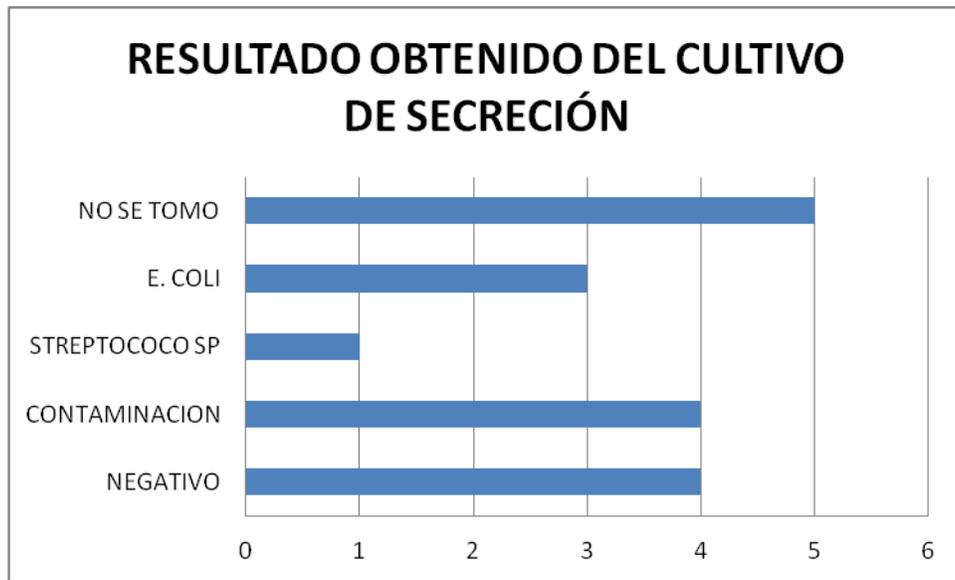


Figura 7

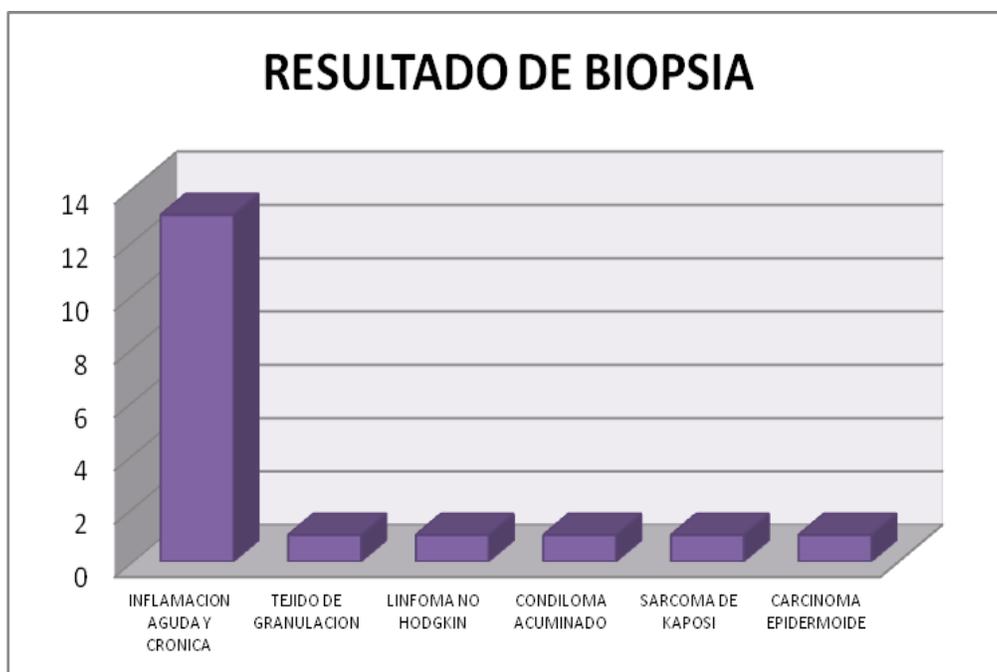


Figura 8

Todos los pacientes recibieron tratamiento con el esquema convencional de nuestra Unidad (EC). Presentaron mejoría 18 (69%) pacientes, 3 (11%) no presentaron mejoría y 5 (4%) se les dejó el tratamiento pero no acudieron a su cita subsecuente. En el posoperatorio de los pacientes que recibieron el EC, 18 (56%) tuvieron cicatrización de las heridas y 3 (9%) no tuvieron cicatrización. En los 6 pacientes seropositivos, con recuento de CD4+ ≥ 250 y que recibieron EC, todos presentaron cierre de la úlcera; habiendo pasado todos a toma de biopsia. De los 15 pacientes sometidos a biopsia en quirófano, con o sin VIH reactivo, 8 (54%) cicatrizó la úlcera y 5 pacientes (33%) no cicatrizaron; estos últimos no tenían VIH. Los otros 4 (13%) pacientes restantes no se presentaron a su cita subsecuente. **Figura 9 y 10.**

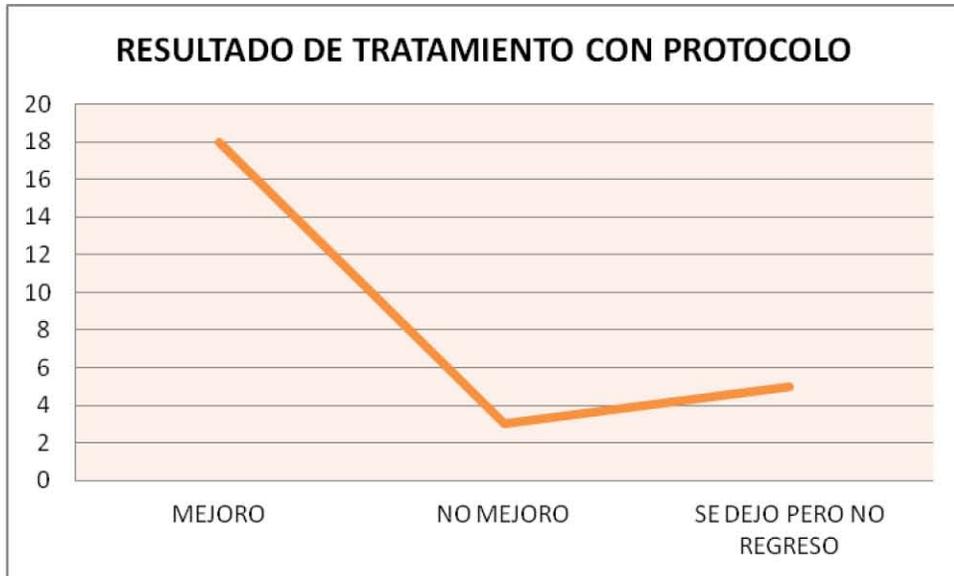


Figura 9

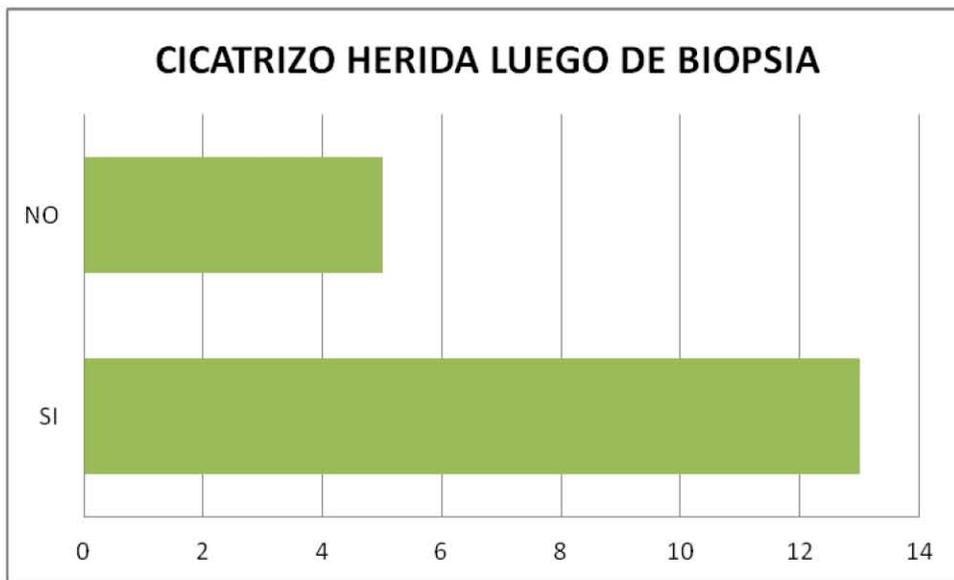


Figura 10

En el posoperatorio, 14 (66%) pacientes acudieron a seguimiento por 1 a 3 meses, 5 (24%) pacientes se dio seguimiento de 4 a 6 meses y únicamente a 2 (10%) pacientes acudieron posterior a 6 meses. **Figura 11.** De los pacientes con condilomas sometidos a electrofulguración con toma de biopisa, 2 (11.72%) presentaron recurrencia de los condilomas durante su seguimiento . Un paciente (5.88%) de los posoperados presentó como complicación infección en el sitio quirúrgico el cual se resolvió con tratamiento antibiótico. **Figura 12.** De los 32 pacientes 11 (59%) no se presentaron a sus citas subsecuentes y de los que sí se reevaluaron con antecedente de cicatrización de la úlcera, ninguno presentó recurrencia durante el seguimiento. De los pacientes sin cicatrización de la úlcera 3 (9%) continuaron así durante el seguimiento.

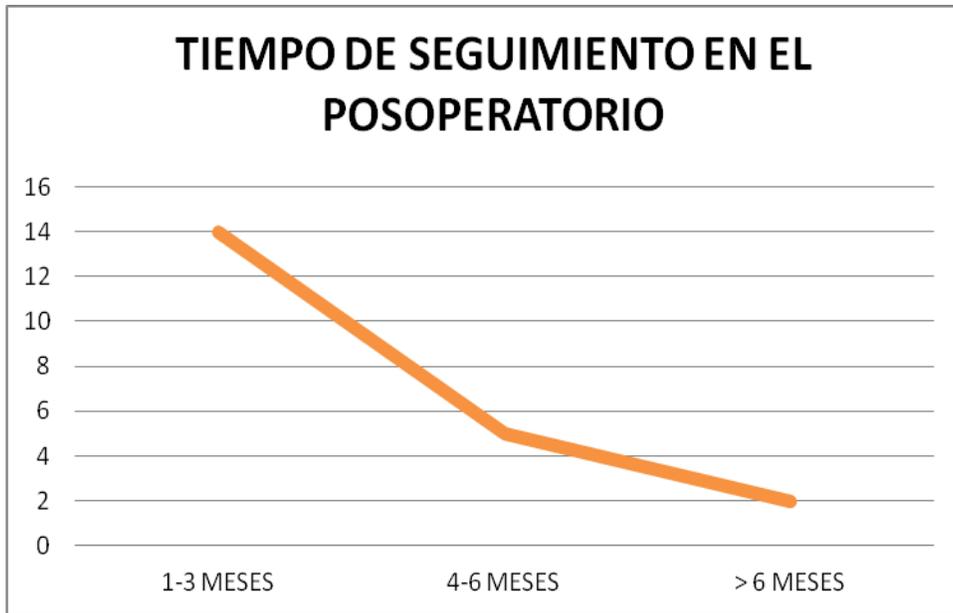


Figura 11

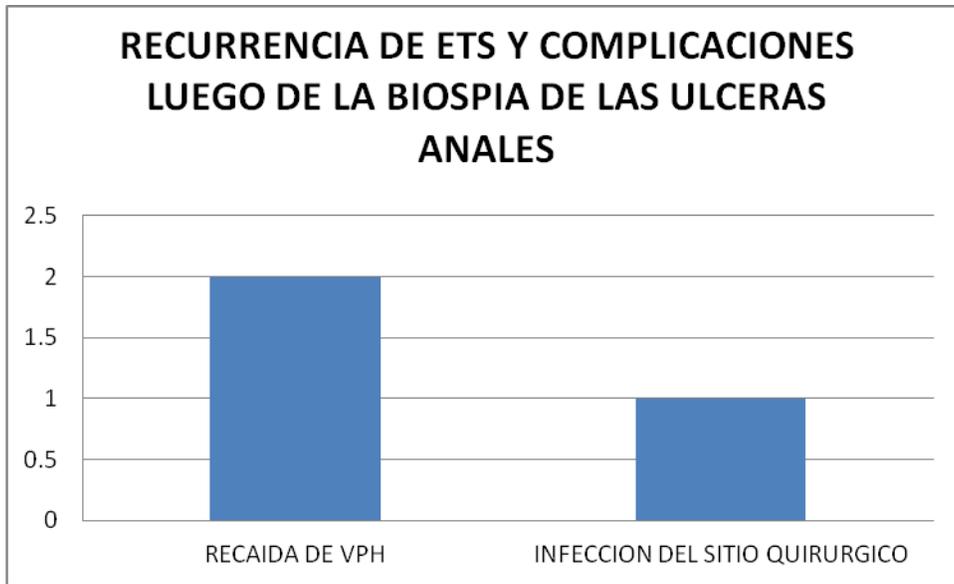


Figura 12

DISCUSION

De los pacientes atendidos en la Unidad de Coloproctología del Hospital General de Mexico, 28 (87.5%) pacientes fueron masculinos y predominó el grupo etario de 31-40 años con 11 (34%) pacientes. Tuvimos pacientes con VIH (65%), SIDA (15%), y Leucemia (11%). Un poco más del 50% de los pacientes fueron sometidos a cirugía luego de haber recibido tratamiento con el E.C. Según Nadal SR et al, los pacientes infectados con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) tienen asociadas enfermedades perianales en un 6 a 34% y requieren de tratamiento quirúrgico el 50-85%.¹ La localización de la úlcera perianal fue más común posterior y lateral, lo cual Diane L. Avery et al en un estudio con 58 pacientes VIH con fisuras anales, la localización más común fue posterior en 47 pacientes, anterior en 7 pacientes y posterior más anterior en 4.¹⁷

En nuestra población más del 80% de los pacientes con diagnóstico de VIH ya recibían tratamiento con Atripla. Como era de esperarse, la enfermedad de transmisión sexual más común es la VPH y es más frecuente encontrarla en los pacientes ≤ 30 años. Según Leslie J. Greebon et al, en los pacientes jóvenes con VIH existe una mayor prevalencia de VPH, y por ende mayor prevalencia de displasia anal.²²

Observamos que un factor favorable para una mejor cicatrización se presentó en más de 40% de los pacientes VIH reactivos que tenían $CD4+ \geq 250$. Según un estudio de cohortes, Sidney Nadal et al, menciona que se considera una cuenta de CD4 alta como factor protector en contra de infecciones virales oportunistas.²⁰ Así mismo, para nuestros pacientes la carga viral fue en más del 80% indetectable. Esto hace referencia Laurent Abramowitz et al, quien refiere existen mejorías inmunológicas en pacientes VIH tratados con terapia con antirretrovirales altamente activos (HAART), disminuyendo la carga viral y aumentando los linfocitos T CD4+.²¹

El microorganismo más frecuente encontrado en los cultivos de secreción fue hasta en un 80% *E. coli*; lo cual se explica por el sitio anatómico y por ende la alta probabilidad de contaminación que existe al tomarse la muestra. Mientras tanto el hallazgo histopatológico más común encontrado fue en el 72% de los casos inflamación aguda y crónica. Esto, en particular se explica ya que en la gran mayoría de estudios no se encuentra específicamente el agente causal. Como es el caso de Cello et al, donde aproximadamente el 50% de las ulceraciones anales no tienen agente etiológico identificable. Algunos opinan que tales ulceraciones idiopáticas pueden ser causadas por infección con el VIH en sí.

Encontramos un paciente con linfoma no Hodgkin, otro con Sarcoma de Kaposi y uno más con Carcinoma Epidermoide. Lo cual concuerda con un estudio comparativo y retrospectivo de Nadal et al, donde los pacientes que fueron estudiados por úlceras perianales en quienes se encontró tumor en el estudio histopatológico fue con más frecuencia aquellos con VIH seropositivo a diferencia de los seronegativos. Siendo los tumores más frecuentes el Sarcoma de Kaposi y el Cáncer epidermoide. Encontró

también que los linfomas no Hodgkin son considerados frecuentes en la región perianal en pacientes VIH seropositivos.⁷

A pesar de que aún no existe un tratamiento universal aceptado, se obtuvo mejoría clínica de la úlcera perianal en el 70% de los pacientes que recibieron tratamiento con el E.C. Como limitante obtuvimos que aproximadamente el 40% de los pacientes no acudieron a las citas subsecuentes, obteniendo un sesgo para evaluar la efectividad del E.C. Todos los pacientes que pasaron a cirugía ya habían recibido previamente el esquema de protocolo y obtuvimos un 86% de éxito en la cicatrización de la úlcera anal. Mientras tanto, del 60% de los pacientes que si asistieron a sus citas subsecuentes luego del posoperatorio, ninguno presentó recurrencia de la úlcera anal.

CONCLUSIONES

Con base en los resultados obtenidos, encontramos que los pacientes con inmunosupresión presentan características particulares de úlceras perianales. En los pacientes VIH + conforme desarrollan inmunosupresión la úlcera anal se presenta con mayor frecuencia, hasta convertirse en la lesión anorrectal más frecuente en el paciente con SIDA.

Notamos que el uso del esquema convencional junto con la toma de biopsia de las úlceras anales en pacientes con inmunosupresión mejora notablemente la cicatrización de las mismas en un 86%. El desconocimiento de dicho esquema puede implicar un retardo terapéutico.

La incidencia de lesiones neoplásicas en nuestra población fue 16.5%, lo cual implica que debe prestarse especial atención a los pacientes con inmunosupresión para poder detectar tempranamente cáncer anal.

BIBLIOGRAFIA

1. Nadal SR, Manzione C1L Horta SHC, Galvo VM. Management of idiopathic ulcer of the anal canal by excision in HIV-positive patients. *Dis Colon Rectum* 1999;42:1598-1601.
2. Gerald A. Isenberg, M.D. Anorectal Disease; *Clin Colon Rectal Surg* 2011;24:22–30.
3. Elizabeth Y. Chiao et al. Screening HIV-Infected Individuals for Anal Cancer Precursor Lesions: A Systematic Review, *Clinical Infectious Diseases* 2006; 43:223–33
4. Rodríguez Acar M y cols. Patologías más frecuentes del área perianal. *Rev Cent Dermatol Pascua* • Vol. 9, Núm.2 • May-Ago 2000.
5. William L. Roper et al. Persistent ulceration of the anal margin in homosexuals with HIV infection. *Journal of the Royal Society of Medicine* Volume 84 February 1991.
6. Dr. Eloy Enrique Geminiano-Martínez, Dr. Juan Pablo Peña Ruíz-Esparza, Dr. Eduardo Villanueva-Sáenz, Dr. José Fernando Álvarez-Tostado Fernández, Dr. Javier Parrado-Montaña Cirugía anorrectal en pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana. *Cirugía de Colon y Recto, Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS. México, D.F.*
7. Nadal SR, Manzione CR, Galvo VM, Salim VRBM, Speranzini MB. Perianal diseases in HIV-positive patients compared with a seronegative population. *Dis Colon Rectum* 1999;42: 649-654.
- 8.. Maria Claudia Nascimento, et al. Prevalence and risk factors associated with perianal ulcer in advanced acquired immunodeficiency syndrome. *Int J Infect Dis* 2002; 6: 253-258
9. Dorothy A Machalek, et al. Anal human papillomavirus infection and associated neoplastic lesions in men who have sex with men: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Oncol* 2012; 13: 487–500.
10. Calore EE, Nadal SR, Manziones CR, et al. Expression of Ki-67 can assist in predicting recurrences of low-grade anal intraepithelial neoplasia in AIDS. *Dis Colon Rectum* 2001;44:534-537
11. Cello P J. Manifestación de SIDA en el tracto gastrointestinal. *Texto. Manejo Médico del SIDA*. 2010. III edición. Sande Volberding. Capitulo 12: 187 – 211.
12. Laughon BE, Druckman DA, Vernon A, et al. Prevalence of enteric pathogens in homosexual men with and without acquired immunodeficiency syndrome. *Gastroenterology* 1988; 94: 984- 993.

13. Dr. Ricardo Estela Petit. Diagnóstico y Tratamiento de las Enfermedades Digestivas. Sociedad Chilena de Gastroenterología. 2008. Inmunocompromiso y Aparato Digestivo Pag. 79
14. Dr. Ricardo Misa Jalda. Manifestaciones anorrectales de las enfermedades de transmisión sexual. Revista Mexicana de Coloproctología Vol. 15, No. 2 Mayo-Agosto 2009 pp 39-45
15. Mattacheo Adrian, et al. Documento de Consenso Patología Coloproctológica en VIH. Revista del Hospital J.M Ramos Mejía. Volumen XV-No. 4 .2010.
16. Dr. Gregorio Sanchez Valdez. Patologías anorrectales en pacientes VIH positivo. Estudio prospectivo. Rev Gastroenterol Mex 1998; Volumen 63 (2): 89-92.
17. Laurent Abramowitz, et al. Systematic Evaluation and Description of Anal Pathology in HIV-Infected Patients During the HAART Era. Dis Colon Rectum 2009; 52: 1130-1136.
18. Alexander O. Mallari, et al. Anal Cancer Screening in HIV-Infected Patients: Is It Time to Screen Them All? Dis Colon Rectum 2012; 55: 1244–1250.
19. Elena Sendagorta, et al. Prevalence of Abnormal Anal Cytology and High-Grade Squamous Intraepithelial Lesions Among a Cohort of HIV-Infected Men Who Have Sex With Men. Dis Colon Rectum 2014; 57: 475–481.
20. Sidney Roberto Nadal, M.D, Carmen Ruth Manzione, M.D, Sergio Henrique Couto Horta, M.D. Comparison of Perianal Diseases in HIV-Positive Patients During Periods Before and After Protease Inhibitors Use What Changed in the 21st Century. Dis Colon Rectum. Vol 51: 1491–1494 (2008).
21. Laurent Abramowitz, et al. Systematic Evaluation and Description of Anal Pathology in HIV-Infected Patients During the HAART Era. Dis Colon Rectum 2009; 52: 1130-1136
22. Hidalgo Tenorio C, Rivero Rodríguez M, Concha Á, Gil Anguita C, López Castro R, López del Hierro M. Ángel López Ruz M. Pasquau Liaño J. Med Clin. CD4 lymphocytes as a protective factor against infection by oncogenic genotypes of human papillomavirus in the anal mucosa of men who have sex with human immunodeficiency virus positive men. 2013 Mar 2; 140(5):193-9.
23. Leslie J. Greebon, M.D., Diane L. Avery, C.T, Thomas J. Prihoda, Ph.D, Philip T. Valente, M.D., and Maria Luisa C. Policarpio-Nicolas, M.D. The Frequency of Herpes Simplex Virus Changes in Anal Pap Smear and its Association With Squamous Intraepithelial Lesions in High-Risk Male Patients. Diagnostic Cytopathology. Vol. 42, No 6. April 2013.

24. Carmen Hidalgo-Tenorio, Mar Rivero-Rodriguez, Concepción Gil-Anguita, Mercedes Lopez De Hierro, Pablo Palma, Jessica Ramirez-Taboada, Javier Esquivias, Miguel Angel López-Ruz, Rosario Javier-Martinez, Juan Pasquau-Liaño. Antiretroviral Therapy as a Factor Protective against Anal Dysplasia in HIV-Infected Males Who Have Sex with Males The Chinese University of Hong Kong, Hong Kong. March 27, 2014, Volume 9, Issue 3.

25. Henry J. C. De Vries, Marcel G. W. Dijkgraaf, Carel J. M. Van Noesel, Jan M. Prins. Olivier Richel. Risk Factors for the Presence of Anal Intraepithelial Neoplasia in HIV+ Men Who Have Sex with Men, Public Health Agency of Barcelona, Spain. December 2013, Volume 8, Issue 12.