



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA**

**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD MEDICA DE ALTA ESPECIALIDAD
HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA NO.4
“LUIS CASTELAZO AYALA”**

**CORRELACIÓN CLÍNICO-HISTOPATOLÓGICA EN BIOPSIAS DE REGIÓN
ANAL Y PERIANAL EN MUJERES QUE ACUDIERON AL SERVICIO DE
COLPOSCOPIA**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

**PRESENTA:
DRA IRENE STEPHANY HERNÁNDEZ LEMUS**

**ASESOR:
DR. VÍCTOR ALBERTO OLGUÍN CRUCES**



CIUDAD DE MÉXICO

GRADUACIÓN FEBRERO 2019



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.

Índice:

Agradecimientos y dedicatorias	3
Carta de aceptación del trabajo de tesis	4
Resumen	5
Antecedentes científicos	7
Planteamiento del problema	12
Objetivo de estudio	13
Justificación	14
Tipo de estudio	15
Universo de trabajo	16
Determinación del tamaño de la muestra	17
Material y métodos	18
Aspectos éticos	19
Análisis estadístico	20
Resultados	21
Discusión	23
Conclusión	25
Bibliografía	26
Tablas	28
Anexos	34

Agradecimientos

A esta institución que fue mi casa durante la especialidad, UMAE 4, la facultad de medicina de la UNAM y a mis profesores, por enseñarnos, guiarnos y apoyarnos para formar profesionales de calidad, muchos han sido más que eso.

Doctor Olgún infinitas gracias, por ayudarme, por estar dispuesto a darme su valioso tiempo para que esta tesis se lograra.

A mi ser superior, por darme la salud y energía vital; porque sé que estas presente en cada aspecto de mi vida, puedo sentirlo.

Dedicatorias

A mi esposo Carlos por ser mi compañero fiel, apoyo, fortaleza, aliado, por tu paciencia, tu visión siempre positiva, es un deleite compartir mi vida contigo, te amo. André aún eres muy pequeño, pero agradezco tu presencia en mi vida, eres parte del plan perfecto de Dios, nuestra forma de decirle al mundo que la gente buena existe. Bebé, todo es posible, te amo hijo.

A mi madre María Elena, por tu amor, por siempre luchar porque yo viera la vida diferente y hacerme creer que los límites solo están en mi cabeza y que todo tiene un precio, te admiro tanto.

A mi padre Raúl, tu compañía me hizo fuerte, siempre tan orgulloso de mí, tu confianza me dio alas, gracias papi, te amo.

A mis hermanos, Raúl y Erick, gracias a Dios por darme la oportunidad de tener los mejores compañeros de vida, por dejarme apoyarlos, recuerden que los sueños se cumplen, los amo infinitamente. Raúl tu voz y tus cuidados para mí bebé me daban la confianza para seguir, no lo olvidaré.

A mis seres queridos que me apoyan desde un plano no terrenal, siguen presentes en todo.

A mis amigas por mis ausencias toleradas, por animarme y por acompañarme hasta el final.

Carta de aceptación del trabajo de tesis

Por medio de la presente, informamos que la **C. Irene Stephany Hernández Lemus** residente la especialidad de Ginecología y Obstetricia ha concluido la escritura de su tesis **Correlación clínico-histopatológica en biopsias de región anal y perianal en mujeres que acudieron al servicio de colposcopia, con número de registro del proyecto R-2016-3606-54** por lo que otorgamos la autorización para la presentación y la defensa de la misma.

Dr Oscar Moreno Álvarez

Director general
Unidad Médica de Alta Especialidad
Hospital de Gineco Obstetricia No. 4, "Luis Castelazo Ayala"
Instituto Mexicano del Seguro Social

Dr Juan Carlos Martínez Chéquer

Director de Educación e Investigación en salud
Unidad médica de Alta Especialidad
Hospital de Gineco Obstetricia No. 4, "Luis Castelazo Ayala"
Instituto Mexicano del Seguro Social

Dr Sebastián Carranza Lira

Jefe de División de Investigación en Salud
Unidad Médica de Alta Especialidad
Hospital de Gineco Obstetricia No. 4, "Luis Castelazo Ayala"
Instituto Mexicano del Seguro Social

Dr. Víctor Alberto Olguín Cruces

Asesor
Médico Adscrito al Servicio de Patología
Unidad Médica de Alta Especialidad
Hospital de Gineco Obstetricia No. 4, "Luis Castelazo Ayala"
Instituto Mexicano del Seguro Social

Resumen

Introducción: Las dermatosis perianales constituyen un grupo de enfermedades, que por la gran variedad de patologías y etiologías, aunado a sintomatología muy escueta, harán de esta un reto diagnóstico. En la historia clínica, hay factores que sabemos influirán en la presentación clínica del mismo: edad, número de parejas sexuales, comorbilidades, tabaquismo, o conductas sexuales; que una vez detectados y aunados a una minuciosa exploración física permitirán otorgar a la paciente atención oportuna, mejorando su pronóstico.

Objetivo: Determinar la correlación clínico-histopatológica en biopsias de región anal y perianal en mujeres que acudieron al servicio de colposcopia

Metodología: Estudio descriptivo-observacional, retrospectivo y transversal, se revisaron los expedientes de pacientes con biopsias de la región anal y perianal realizadas en el servicio de colposcopia y que fueron estudiadas en el servicio de Anatomía Patológica, durante el periodo del 01 de enero de 2014 al 30 de junio de 2016 del Hospital de Gineco Obstetricia No. 4. "Luis Castelazo Ayala", para determinar su correlación clínico-histopatológica. Se realizaron tablas de frecuencias y porcentajes, así como medidas de tendencia central y contraste de proporciones entre las variables.

Resultados: De los 151 casos estudiados, el 82.7% (125 casos) correspondieron a patología infecciosa, enfermedades inflamatorias e infecciosas en 5.9% (9 casos), lesiones benignas 11.25% (17 casos), con 0% (0 casos) de patología preneoplásica o maligna. La edad media al diagnóstico fue de 35.3 años. De la etiología infecciosa el 100% (125 casos) fue viral: con 68% (85 casos) secundarias a infección por virus de papiloma humano y 31.2% (39 casos) a molusco contagioso, con 0.8% (1 caso) de virus por herpes simple acompañado a hiperplasia. En el análisis bivariado, se asoció la edad de 21 a 35 años, la mayor prevalencia de las infecciones perianales virales, mostrando significancia estadística ($p < 0.0001$). Así como comorbilidades que comprometen el sistema inmunológico, crónicos como diabetes y el embarazo se asocian con mayor prevalencia de patología perianal ($p < 0.0001$); y que el fumar no se asocia con un aumento de la presencia de las enfermedades perianales de tipo condiloma acuminado, resultando estadísticamente significativo ($p < 0.05$). No se encontró significancia estadística para el número de parejas sexuales, conducta sexual y diagnósticos por citología cervical/ colposcopia.

Conclusión: Las lesiones perianales más frecuentes en la UMAE 4 son de etiología infecciosa, de origen viral, de tipo condiloma acuminado. Estar en edad de entre 21 a 35 años y presentar comorbilidades que comprometan el sistema inmunológico, se asocia presentar patología perianal de tipo condiloma acuminado. Mientras que no hay una asociación entre el condiloma y el tabaquismo. En cuanto a las parejas sexuales, conducta sexual y hallazgos de citología/ colposcopia, no se encontró significancia estadística.

Palabras clave: biopsia perianal, hallazgos histopatológicos, factores clínicos asociados.

Abstract

Introduction: Perianal dermatoses are a group of diseases, which due to the great variety of pathologies and etiologies, together with very brief symptoms, will make this a diagnostic challenge. In the clinical history, there are factors that we know will influence the clinical presentation of the same: age, number of sexual partners, comorbidities, smoking, or sexual behaviors; that once detected and combined with a thorough physical examination will allow the patient to receive timely attention, improving their prognosis.

Objective: To determine the clinical-histopathological correlation in biopsies of anal and perianal region in women who attended the colposcopy service.

Methodology: Descriptive-observational, retrospective and cross-sectional study, the files of patients with biopsies of the anal and perianal region made in the colposcopy service and that were studied in the pathological anatomy service during the period of January 1, were reviewed. 2014 to June 30, 2016 of Hospital de Gineco Obstetricia No. 4. "Luis Castelazo Ayala", to determine its clinical-histopathological correlation. Frequency tables and percentages were made, as well as measures of central tendency and contrast of proportions between the variables

Results: Of the 151 cases studied, 82.7% (125 cases) corresponded to infectious pathology, inflammatory and infectious diseases in 5.9% (9 cases), benign lesions 11.25% (17 cases), with 0% (0 cases) of preneoplastic pathology or malignant. The average age at diagnosis was 35.3 years. Of the infectious etiology 100% (125 cases) was viral: with 68% (85 cases) secondary to infection by human papillomavirus and 31.2% (39 cases) to molluscum contagiosum, with 0.8% (1 case) of virus per simple herpes accompanied to hyperplasia. In the bivariate analysis, the age of 21 to 35 years was associated, the highest prevalence of viral perianal infections, showing statistical significance ($p < 0.0001$). As well as comorbidities that compromise the immune system, chronic diseases such as diabetes and pregnancy are associated with a higher prevalence of perianal pathology ($p < 0.0001$); and that smoking is not associated with an increase in the presence of perianal diseases of the condyloma acuminatum type, being statistically significant ($p < 0.05$). No statistical significance was found for the number of sexual partners, sexual behavior and diagnosis by cervical cytology / colposcopy.

Conclusion: The most common perianal lesions in the UMAE 4 colposcopy service are of infectious etiology, of viral origin, of the condyloma acuminatum type. Being aged between 21 to 35 years and presenting comorbidities that compromise the immune system, it is associated with perianal pathology of the condyloma acuminatum type. While there is no association between condyloma and smoking. Regarding sexual partners, sexual behavior and cytology / colposcopy findings, no statistical significance was found.

Key words: perianal biopsy, pathological findings, associated clinical factors.

Antecedentes científicos:

La evaluación de las lesiones perianales en la práctica clínica, en ocasiones es mal valorada por la omisión de datos que el paciente proporciona o que son interrogados por parte del médico. Debido a su anatomía, su variada y a veces inespecífica sintomatología y sus múltiples manifestaciones que en muchas ocasiones pueden ser el inicio de una enfermedad sistémica, debe de ser valorada adecuadamente. La sintomatología que con mayor frecuencia se presenta es la siguiente: dolor, ardor, prurito, hemorragia, úlceras, fisuras, fístulas y neoformaciones. Es indispensable una detallada valoración y exploración del paciente, que nos pueda sugerir el diagnóstico y/o la realización de estudios complementarios para dar un tratamiento específico el cual repercutirá en el pronóstico del paciente.¹

La incidencia de dermatosis perianales no es inusual y los factores de riesgo así como los mecanismos que contribuyen a su aparición son múltiples, algunos de tipo idiopático, los cuales pueden repercutir en el pronóstico, en tratamientos existentes hasta hoy.

Se mencionan escritos de las dermatosis perianales desde el S XVI a.C., donde se encuentran los primeros escritos impresos en los papiros egipcios de Hearts y 3 siglos después en los papiros de Berlín y Chester Beatty, y en todos ellos se destaca la importancia de una exploración perianal para encontrar algunas lesiones en este sitio anatómico. En el siglo I d.C. se encuentran escritos en los Vedas, donde se menciona la manera de explorar la región perianal utilizando espéculos. Entre el año 206 y 220 d.C. la dinastía Han utilizaba estatuillas las cuales señalaban con el dedo la región involucrada en alguna patología, como es la región perianal. Éstas eran utilizadas por las mujeres las cuales tenían gran pudor y no podían descubrir algunas partes de su cuerpo para exploraciones médicas. En el siglo XIII, Theodoric Borgognone, inicia las cirugías anorrectales. En el siglo XVI, durante el renacimiento, debido a la gran promiscuidad existente, se mencionan diversas enfermedades venéreas incluyendo en la región perianal. Y no es sino hasta este siglo, en el que en 1944 se certifica el primer proctólogo, estudiándose desde ahí hasta la fecha con mayor énfasis las patologías perianales.

Sin lugar a duda un gran grupo, y que por frecuencia es fundamental cuando hablamos de dermatosis perianales, son las infecciosas: que se dividen para su estudio en bacterianas, virales, parasitarias, micóticas; inflamatorias y dermatológicas, tumoraciones.²

La región anorrectal se ha usado como vehículo en la obtención de satisfacción sexual por miles de años. Sin embargo, este tipo de prácticas han incrementado la aparición de enfermedades perianales por contacto sexual, sin embargo, las infecciones no sólo pueden ser de origen sexual.

Dermatosis bacterianas: En la mayoría de los casos, son sobreinfecciones de lesiones de rascado con impetiginización. Se manifiestan por lesiones eritematosas y erosivas, más o menos exudativas, que deben tratarse mediante antisépticos locales. Una forma clínica especial, que se observa sobre todo en niños de 1-8 años,³ pero que es excepcional en adultos⁴ es la dermatitis perianal estreptocócica asociada a una infección por estreptococo hemolítico del grupo A, que se manifiesta por una placa eritematosa dolorosa asociada frecuentemente con fiebre. El eritrasma, que se debe a una infección por *Corynebacterium minutissimum*, es más infrecuente en esta zona.⁵ Se presenta como una banda eritematosa o de color pardo gamuza, bien delimitada y que muestra fluorescencia roja con luz de Wood. La sífilis (primaria o secundaria) y las infecciones por *Chlamydiae* se pueden observar en esta zona y presentan una recrudescencia de su incidencia en Europa.⁶ La donovanosis y el chancro blando son mucho menos habituales. Por último, la tuberculosis anal se puede manifestar por ulceraciones o por una fístula. Es infrecuente, salvo en inmigrantes o en pacientes inmunodeprimidos y el diagnóstico diferencial se establece con la enfermedad de Crohn anoperineal.

Dermatosis virales: Son esencialmente de transmisión sexual. Los condilomas, relacionados con la infección por el virus del papiloma humano (VPH) se observan con frecuencia, pues la incidencia de la infección por este virus es elevada, estimada en el 1% de la población estadounidense sexualmente activa.⁷ Algunos genotipos de VPH son oncogénicos (VPH 16, 18, 11, etc.) y están implicados en la patogenia del carcinoma epidermoide anal según la secuencia condiloma/displasia/cáncer.⁸ El diagnóstico de las lesiones es clínico y las que suelen denominarse «cresta de gallo» suelen presentarse como formaciones exuberantes más o menos numerosas y voluminosas, con una superficie vellosa. También se observan formas planas o de tipo papulosis bowenoide.; en este aspecto es importante buscar la presencia de lesiones en el conducto anal por anoscopia, pues si se pasan por alto se producirá una recidiva. Se debe realizar una búsqueda de localizaciones genitales asociadas y un frotis cervicovaginal en las mujeres. Pese al tratamiento, las recidivas son frecuentes (50%) y obligan a un seguimiento periódico para detectarlas precozmente.

El herpes también es frecuente en esta zona: La primoinfección suele ser muy sintomática, con dolor intenso y un síndrome rectal que se asocia a menudo a disuria y a retención aguda de orina. En la exploración física, se observan erosiones perianales múltiples de contorno policíclico. La presencia de vesículas es excepcional, debido a la fricción. Se puede observar una rectitis ulcerada en la rectoscopia durante la primoinfección. Se pueden producir recidivas en el margen del conducto anal, por lo general de gravedad moderada. Existen formas extensas en los pacientes inmunodeprimidos. El tratamiento se basa en el aciclovir o en uno de sus profármacos. La infección por poxvirus, que es responsable del molusco contagioso, es auto y heterocontagiosa. Se manifiesta por pápulas rosadas umbilicadas, en ocasiones recidivantes a pesar del tratamiento, que puede consistir en aplicaciones de nitrógeno líquido, electrocoagulación o legrado de las lesiones. Entre las otras afecciones virales que se observan en la región, hay que

citar el herpes zóster y las ulceraciones por citomegalovirus en el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).

Dermatosis parasitarias: La oxiurososis es frecuente sobre todo en los niños. También pueden observarse casos de sarna, ladillas y ciertas parasitosis tropicales (amebiasis, bilharziosis, filariosis, etc.).

Dermatosis fúngicas: Las candidiasis son frecuentes y se ven favorecidas por la obesidad, la diabetes, la antibioticoterapia, la corticoterapia, la gestación y la inmunodepresión. También pueden complicar una dermatosis preexistente. Se manifiestan por un intertrigo interglúteo eritematoso de color rojo brillante, exudativo y de bordes bien delimitados y festoneados, rodeados por un collarite blanquecino con pústulas en la periferia. Es frecuente observar una extensión genital asociada. Las dermatofitosis (Epidermophyton y Trychophyton) son mucho menos habituales. Se presentan como una placa redondeada, a menudo unilateral, de contorno policíclico y extensión centrífuga. La periferia de la lesión es mucho más inflamatoria que el centro, que adopta en ocasiones una coloración negruzca.

Enfermedades inflamatorias y dermatológicas. Dermatitis de contacto: Se manifiestan por un eccema perianal relacionado con una sensibilización a varios productos (productos de aseo, pomadas y cremas, cosméticos,⁹ papeles higiénicos, etc.). Las dermatitis irritativas son frecuentes. Se ha descrito la asociación entre el prurito anal y la dermatosis sistémica de contacto al níquel.¹⁰

Psoriasis: pocas veces se limita exclusivamente a la región anal. Forma una placa rojo oscuro, de aspecto barnizado, escamosa en la periferia y en ocasiones acompañada de elementos satélite en medallones. Se trata de una psoriasis de los pliegues o psoriasis invertida. El diagnóstico se facilita por la búsqueda de lesiones en el resto de la piel, sobre todo en los sitios habituales de la afección (codos, rodillas, cuero cabelludo, etc.).

Dermatitis seborreica: Se caracteriza por la presencia de placas de coloración rojiza o rojo-anaranjado, recubiertas por escamas grasas en la periferia. La localización perianal es mucho menos frecuente que la afectación de la cara o del cuero cabelludo.

Enfermedad de Verneuil o hidrosadenitis supurativa: Se trata de una dermatosis inflamatoria y supurativa que se desarrolla en las regiones cutáneas que tienen glándulas apocrinas (regiones anoperineal, inguinal, axilar, mamaria y retroauriculares). La prevalencia de la afección no se conoce con detalle y algunos autores la estiman en 1 caso por cada 300 habitantes. El sexo femenino parece afectarse con más frecuencia.¹¹ Su etiopatogenia no se ha esclarecido y podría implicar a una anomalía del epitelio folicular, con una posible transmisión autosómica dominante asociada a un factor hormonal (aunque no exista un hiperandrogenismo detectable en los análisis);¹² es probable que el tabaco tenga un papel favorecedor, pero no está bien aclarado. La infección es secundaria y no existe ningún microorganismo específico de esta enfermedad. Desde el punto de vista clínico, la lesión inicial es un nódulo dermoepidérmico poco sensible, más o

menos inflamatorio, móvil respecto a los planos profundos; aunque puede experimentar regresión, en la mayoría de las ocasiones supura y deja una cicatriz que a veces es queloide. La enfermedad evoluciona por episodios y enseguida coexisten lesiones de distinta fase evolutiva, convergentes entre sí, lo que da lugar a auténticos nidos purulentos con cicatrices características, esclerosas, denominadas en “patas de cangrejo”. Estas lesiones, que pueden estar localizadas sólo en la región perineal (20%), suelen asociarse a la afectación de otros territorios en los que existan glándulas apocrinas: pubis, escroto, labios mayores, pliegues inguinales (80%), pero también región axilar (25%), retroauricular (6%) y mamilar (4%).¹³ Estas lesiones pueden ser muy extensas y causar una alteración grave de la calidad de vida. Un dato fundamental es que no existe ninguna comunicación con el conducto anal, lo que distingue a la enfermedad de una fístula anal. La exploración histológica no aporta ningún argumento diagnóstico, porque es totalmente inespecífica.

Liquen escleroatrófico anal: Se observa en las mujeres, en la mayoría de los casos tras la menopausia,¹⁴ pero también en la infancia. Las lesiones anales aparecen después de las lesiones vulvares para formar una banda de color blanco nacarado, en ocasiones erosiva, en forma de 8. La afección evoluciona hacia la “craurosis vulvar”, que se caracteriza por una escleroatrofia de la vulva, los labios menores y el orificio vaginal. La afección tiene un potencial degenerativo neoplásico, por lo que requiere una vigilancia clínica y toma de biopsia ante la mínima duda.

Liquen plano: Pocas veces se localiza exclusivamente en el ano. Las localizaciones preferentes son la cara anterior de las muñecas y de los antebrazos, así como la mucosa bucal. La lesión elemental es una pápula pequeña, de color púrpura, ligeramente procidente, de bordes netos y poligonales, con su superficie plana, brillante con luz rasante y en ocasiones con unas estrías finas (estrías de Wickham) o a veces ulcerada (a nivel anal, genital o bucal). La histología, que suele ser característica, es menos fácil de interpretar cuando la lesión está ulcerada. El origen de la afección se desconoce aunque en metanálisis parece apuntar a una asociación con la hepatitis C.¹⁵

Enfermedad de Behcet: En su forma bipolar, asocia una aftosis bucal con ulceraciones genitales y/o anales, así como a manifestaciones sistémicas oculares, nerviosas, articulares y vasculares. Acrodermatitis enteropática y depleción de zinc. La acrodermatitis enteropática (enfermedad autosómica recesiva infrecuente, asociada a un déficit de la absorción intestinal de zinc, secundario a una anomalía de su molécula transportadora) y la depleción de zinc inducida por una resección intestinal extensa, una malabsorción o una nutrición parenteral mal equilibrada inducen lesiones eccematiformes periorificiales y acras asociadas a gingivitis, estomatitis y glositis. Otras Las enfermedades ampollas autoinmunitarias, el pénfigo benigno familiar (enfermedad de Hailey-Hailey), las granulomatosis no infecciosas (histiocitosis X, enfermedad de Wegener, malacoplaquia) y la acantosis nigricans pueden localizarse de forma excepcional en esta zona.

Tumores benignos: Pueden observarse muchos tumores benignos y no es posible enumerar aquí todas las lesiones que se han descrito en esta localización, de la más banal a la más infrecuente. En las lesiones atípicas, la biopsia-resección del tumor suele ser la técnica que permite establecer el diagnóstico.

Tumores malignos y lesiones precancerosas. Enfermedad de Bowen: Se trata de una displasia intraepitelial de alto grado (neoplasia intraepitelial anal de grado 3 [AIN3]). La infección por los tipos oncogénicos del virus del papiloma humano es el factor etiológico principal. Este virus se detecta en el 84-100% de los casos en el epitelio anal en los pacientes con AIN3.¹⁶ La enfermedad suele afectar a adultos mayores de 50 años con predominio femenino, pero la población homosexual masculina también se ve afectada con frecuencia, porque el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es un factor de riesgo de displasia anal y aumenta el riesgo de evolución hacia la displasia de alto grado y el carcinoma epidermoide.¹⁷ La lesión se manifiesta por una placa hiperqueratósica roja, en ocasiones ulcerada, en la mayoría de las ocasiones marginal, pero a veces también en el propio conducto anal. El aspecto de las lesiones presenta un gran polimorfismo. El diagnóstico es histológico. La evolución hacia el carcinoma epidermoide invasivo es lenta, en varios años.

Enfermedad de Paget: Es un carcinoma intraepitelial que se caracteriza por la invasión de la epidermis y de las paredes pilares por células grandes PAS positivas de citoplasma claro y abundante, que presentan unos núcleos grandes irregulares (células denominadas “de Paget”). La enfermedad anal puede aparecer aislada, pero en ocasiones se detecta un cáncer profundo asociado (recto, útero, mama, etc.), con una frecuencia muy variable según las series. La lesión adopta el aspecto de una placa eccematiforme bien delimitada o de una placa eritematosa, lisa, exudativa.

Carcinoma epidermoide anal: Se observa por lo general en mujeres ancianas. Su incidencia muestra un aumento en las últimas décadas, sobre todo a expensas de una población más joven, de pacientes homosexuales masculinos infectados por los virus VPH y VIH. Existe una implicación de los tipos oncogénicos del VPH en la patogenia del cáncer epidermoide anal, que sigue la secuencia condilomas/displasia/cáncer. Las manifestaciones clínicas del cáncer anal son diversas e inespecíficas: hemorragia, fuga de heces, dolor, excrecencia, trastornos del tránsito, incontinencia, prurito, etcétera. Pueden pasar desapercibidos durante mucho tiempo, lo que provoca que el diagnóstico sea tardío.¹⁸

Planteamiento del problema:

¿Cuál es la correlación clínico-histopatológica en biopsias de la región anal y perianal en mujeres que acudieron al servicio de colposcopia?

Objetivo del estudio

Determinar la correlación clínico-histopatológica en biopsias de la región anal y perianal en mujeres que acudieron al servicio de colposcopia.

Justificación

Las dermatosis perianales constituyen un grupo de enfermedades, que pese a la pequeña dimensión anatómica en donde se localizan, en muchas ocasiones no son valorados de manera adecuada. Y que por su variada, a veces inespecífica sintomatología y sus múltiples manifestaciones que en muchas ocasiones pueden ser el inicio de una enfermedad sistémica, debe de ser valorada adecuadamente.

Pese a su gran incidencia a veces se pasa desapercibido por no pensar en ellas, agregando a esto, la gran variedad de patologías y etiologías, con sintomatología muy escueta, por lo que como en la mayor parte de nuestro quehacer médico, la historia clínica y la exploración física serán el pilar para su diagnóstico; recordando que el diagnóstico oportuno puede mejorar las condiciones de vida de la paciente y evitar o detectar una patología sistémica, por lo tanto la determinación de un pronóstico.

Estas pueden dividirse en: infecciosas (bacterianas, virales, parasitarias, micóticas); inflamatorias, dermatológicas y tumoraciones (benignas y malignas). Además podremos saber, que existen factores que influyen en la presentación clínica del mismo: en cuanto a edad, sexo, número de parejas sexuales, comorbilidades (Diabetes Mellitus, hipertensión arterial), tabaquismo, o conductas sexuales, tales como coito anal.

Por lo tanto, dado que la UMAE No. 4 “Luis Castelazo Ayala” es un centro de referencia ginecológico que atiende una gran cantidad de pacientes, fue importante aprovechar los recursos de su personal y de infraestructura para iniciar una plataforma sobre que patologías son más frecuentes en los resultados de biopsias perianales, en nuestra unidad, así como para estudios posteriores en México.

Tipo de estudio

Estudio retrospectivo, observacional, descriptivo y transversal.

Universo de trabajo

Pacientes con biopsia de la región anal y perianal realizada en el servicio de colposcopia y que fueron estudiadas en el servicio de Anatomía Patológica de la UMAE No. 4. "Luis Castelazo Ayala" del Instituto Mexicano del Seguro Social en el periodo comprendido entre el 01 de enero de 2014 y 30 de junio de 2016.

Determinación estadística del tamaño de la muestra

Todas las piezas (biopsias de la región anal y perianal) que fueron tomadas en el servicio de colposcopia y se estudiaron en el servicio de anatomía patológica en el periodo comprendido entre el 01 de enero de 2014 y 30 de junio de 2016.

Material y métodos

Se estudiaron mujeres a las que se realizó biopsia de la región anal y perianal en el servicio de colposcopia y que fueron estudiadas en el servicio de patología de la UMAE No. 4 "Luis Castelazo Ayala".

En todas ellas se investigó: edad en años, número de parejas sexuales, comorbilidades, tabaquismo, o conductas sexuales, tales como coito oral y anal y de acuerdo al reporte de histopatología se agruparon en: enfermedades infecciosas, inflamatorias y dermatológicas, benignas, pre neoplásicas y malignas.

Todas las pacientes en quienes no se contó con reporte histopatológico fueron excluidas, asimismo, si no contaban con expediente clínico completo.

Todas las pacientes con lesiones perianales secundarias a tratamiento post-radioterapia y con patología de recto tales como: patología hemorroidal, prolapso rectal, fístula perianal, absceso perianal, también fueron excluidas.

Aspectos éticos

1. El investigador garantiza que este estudio tiene apego a la legislación y a la reglamentación de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, lo que brinda mayor protección a los sujetos de estudio.

2. De acuerdo al artículo 17 de Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, **este proyecto está considerado sin riesgo** únicamente se consultaron registros del expediente clínico-electrónico.

3. Los procedimientos de este estudio, se apegaron a las normas éticas, el reglamento de la Ley General de salud y se llevaron a cabo en plena conformidad con los siguientes principios de la “Declaración de Helsinki” (y sus enmiendas en Tokyo, Venecia, Hong Kong y Sudáfrica) donde el investigador garantiza que:

a) Se realizó la búsqueda minuciosa de la literatura científica sobre el tema a realizar.

b) Este proyecto fue sometido a evaluación por el Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud de la UMAE HGO 4 “Luis Castelazo Ayala” del Instituto Mexicano del Seguro Social, siendo autorizado con el número **R-2016-3606-54** (Anexo1).

c) Debido a que para el desarrollo de este proyecto, únicamente se consultaron los registros del expediente clínico-electrónico, y no se registraron datos confidenciales, que permitan la identificación de las participantes, no se requirió carta de consentimiento informado.

d) Este proyecto guardó la confidencialidad de las personas

4. Se respetaron cabalmente los principios contenidos en el código de Núremberg y el informe de Belmont.

Análisis estadístico

Se utilizó estadística descriptiva y los resultados se expresan con medidas de tendencia central, dispersión y porcentajes. Además se realizó contraste de proporciones entre las variables.

Resultados

Se revisaron un total de 151 casos de pacientes con toma de biopsia perianal de acuerdo a los reportes de patología de los cuales se obtuvieron datos como: nombre de la paciente, número de seguridad social edad, edad en años, si presentaban factores de riesgo conocidos para patología perianal, en este caso: número de parejas sexuales, comorbilidades que comprometieran el estado inmunológico de la paciente, tabaquismo, coito anal. Así como resultado histológico todas las piezas (biopsia perianal) que fueron referidas al servicio de anatomía patológica en el periodo comprendido entre el 01 de enero de 2014 y 30 de junio de 2016.

De los 151 casos estudiados, el 82.7% (125 casos) correspondieron a patología infecciosa, enfermedades inflamatorias e infecciosas en 5.9% (9 casos), lesiones benignas 11.25% (17 casos), con 0% (0 casos) de patología preneoplásica o maligna. El tipo de patología perianal más frecuente fue infecciosa, de etiología viral, correspondiendo a 82.7% (125 pacientes), de las cuales 68% (85 casos) fueron secundarias a infección por virus de papiloma humano y 31.2% (39 casos) a molusco contagioso, con 0.8% (1 caso) de virus por herpes simple acompañado a hiperplasia. En segundo lugar se encontraron las patologías benignas con 11.25% (17 casos), de las cuales los diagnósticos histológicos más frecuentes fueron: 2% (3 casos) por acantosis regular, 1.3% (2 casos) por dermatosis acantolítica, 4% (6 casos) fibroepiteliomas, 1.3% (2 casos), fibrolipomas, 2% (3 casos) nevos, 1.3% (2 casos) de lentigo simple. Y en tercer lugar encontramos las patología benigna inflamatorias y dermatológicas: 1.3% (2 casos) con hiperplasia, 4% (6 casos) inflamación aguda ó crónica, 0.70% (1 caso) dermatosis seborreica (Tabla 1).

El rango de edad en el que se presentó con mayor frecuencia la patología perianal fue de 21 a 35 años, correspondiendo al 54.9% (83 casos). Se analizaron medidas de tendencia central para determinar la edad de presentación obteniendo Media de 35.3 años, Mediana de 32 años y moda de 28 años (Tabla 2).

En cuanto al número de parejas sexuales, la mayoría de las pacientes refirió tener solo una pareja sexual en 25.8% (39 casos), con un promedio general de 3.08 (Tabla 2).

En el 62.3% (94 casos) del total de pacientes tenían algún padecimiento que comprometía su estado inmunológico: obesidad, diabetes mellitus, enfermedades autoinmunes, oncológicas en tratamiento o propiamente embarazo (Tabla 3).

Se reportó que un 23.84% (36 casos) del total, tenían tabaquismo dentro de sus factores de riesgo (Tabla 3).

El coito anal fue reportado solo en el 24.5% (37 casos) de las pacientes, mencionando que en el 15.2% (23 casos) de los casos no se contaba con ese dato en el expediente (Tabla 3).

Un 62.2% (94 casos) tenían una citología normal, 4.6% (7 casos) tenían diagnóstico de lesión de alto grado y 23.1% (35 casos) lesión de bajo grado o estaban en seguimiento por ASCUS. En 4.6% (7 casos) se encontró patología asociada con NIVU o NIVA (Tabla 3).

La edad de mayor presentación de la patología perianal, específicamente de condiloma acuminado 47% (71 casos) de los casos de la patología más frecuente en el grupo en general está por debajo de los 35 años, seguido de molusco contagioso 25.82% (39 casos) donde se observa una distribución bimodal, en menores de 35 años y posteriormente entre los 41-45 años (Tabla 4).

En el análisis bivariado, se asoció la edad de presentación entre 21 a 35 años, con mayor prevalencia de las infecciones perianales virales, mostrando significancia estadística para el diagnóstico histológico de la patología perianal, ($p < 0.0001$) (Tabla 4).

Las comorbilidades que comprometen el sistema inmunológico, crónicos como diabetes, así como el embarazo se asocian con mayor patología perianal de origen infeccioso ($p < 0.0001$) (Tabla 5). El fumar no se asoció con un aumento de la presencia de las enfermedades perianales de tipo condiloma, resultando estadísticamente significativo ($p < 0.05$) (Tabla 6). En cuanto a la asociación entre parejas sexuales, conducta sexual y diagnósticos por citología cervical/colposcopia, no se encontró significancia estadística.

Discusión

La evaluación de las lesiones perianales en la práctica clínica, en ocasiones es mal valorada por la omisión de datos que el paciente proporciona o que son interrogados por parte del médico. Es indispensable una detallada valoración y exploración del paciente, que nos pueda sugerir el diagnóstico y/o la realización de estudios complementarios para dar un tratamiento específico el cual repercutirá en el pronóstico del paciente. ¹La incidencia de dermatosis perianales no es inusual y los factores de riesgo así como los mecanismos que contribuyen a su aparición son múltiples.

En el siglo XVI, durante el renacimiento, debido a la gran promiscuidad existente, se mencionan diversas enfermedades venéreas incluida la región perianal. Lo cual se relaciona con la presencia de 3 parejas sexuales encontrado en el estudio. Así como su alta prevalencia en personas en edad de 21 a 35 años, con un pico de incidencia de verrugas con una media de 30 años. ^{19,22}

Las infecciones perianales son las más prevalentes, es fundamental cuando hablamos de dermatosis perianales, son las infecciosas; ² lo cual se corroboró en este estudio encontrando como etiología principal las patologías perianales virales en el 82.7% de los casos. Y de estas el condiloma acuminado, es la enfermedad de transmisión sexual más frecuente ²² 47% de todos los casos.

La región anorrectal se ha usado como vehículo en la obtención de satisfacción sexual por miles de años. Sin embargo, se ha demostrado que la transmisión de VPH desde las zonas infectadas hacia otras localizaciones del mismo individuo pueden ser responsables de lesiones clínicas, ya que un 30% de hombres heterosexuales también tenían lesiones anales, ²⁰ lo cual se correlaciona con el grupo estudiado, en el que solo el 24.5% admitieron tener esta práctica, no siendo la conducta sexual anal un determinante para tener una lesión en esta zona anatómica.

La infección de las mucosas anal y genital por VPH es muy frecuente y se produce desde las primeras relaciones sexuales, sin embargo se ha demostrado que la detección persistente del ADN viral es un requisito indispensable para la aparición de lesiones displásicas, ²¹ algunos factores que favorecen la persistencia son los genotipos implicados (VPH16), la carga viral, la edad joven de la primera relación sexual, y el tabaquismo, ^{22, 23} que se encontró en un 23.8% de nuestro grupo de estudio, determinando que para las lesiones perianales de tipo condilomatosis no hubo asociación con el tabaquismo.

El aumento de la incidencia y la progresión de las infecciones por VPH (múltiples recurrencias de neoplasia intraepitelial cervical, aumento en la incidencia de verrugas genitales, mayor persistencia de las infecciones por VPH y mayor incidencia de lesiones intraepiteliales cervicales de alto grado) en individuos inmunosuprimidos demuestra la gran importancia de la respuesta inmune mediada por células en la resolución y el control de las infecciones por VPH. El 57.74% de las pacientes con condilomatosis o papiloma escamoso eran sanas, el resto tenían

algún padecimiento que comprometía su inmunidad ²⁴ lo cual en nuestro estudio demostró ser un factor asociado a mayor patología perianal de origen infeccioso.

De las citologías y colposcopías reportadas, 45% tenían un diagnóstico con probable asociación al VPH, ya sea por LIEBG, LIEAG, ASCUS, NIVU, NIVA donde se ha encontrado en las primeras 3 lesiones descritas una prevalencia del mismo hasta en un 76.1%, ²⁵ sin embargo se sabe que son los serotipos de bajo grado son la etiología de la condilomatosis, en nuestro estudio no se encontró significancia estadística entre la patología perianal con los diagnósticos por citología cervical y colposcopia.

Conclusiones

- 1) Las lesiones perianales más frecuentes en la UMAE 4 son de etiología infecciosa, de origen viral, tipo condiloma acuminado.
- 2) En el grupo de 21 a 35 años existe mayor prevalencia de patología perianal de tipo infeccioso viral, y presentar comorbilidades que comprometan el sistema inmunológico, se asocia con mayor probabilidad de presentar patología perianal de tipo condiloma acuminado. Mientras que no hay una asociación entre condilomatosis y el tabaquismo. En cuanto a las parejas sexuales, conducta sexual y hallazgos de citología/ colposcopia, no se encontró significancia estadística.

Bibliografía

1. Rodríguez Acar M, Neri Carmona M, Jalife Montaña M, Hugo Alarcón H. Patologías más frecuentes del área perianal. *Rev Cent Dermatol Pascua* 2000;9(2):86-95.
2. A. Senéjoux. *Dermatoproctología*. EMC Dermatología 2013;47(4):1-6.
3. Mostafa WZ, Arnaout HH, Lawindi MI, Abidin YM. An epidemiologic study of perianal dermatitis among children in Egypt. *Pediatr Dermatol* 1997;14(5):351-4.
4. Neri I, Bardazzi F, Marzadubi S, Patrizi A. Perianal streptococcal dermatitis in adults. *Br J Dermatol* 1996;135(5):796-8.
5. Smith LE, Henrichs D, McCullah RD. Prospective studies on the etiology and treatment of pruritus ani. *Dis Colon Rectum* 1982;25(4):358-63.
6. Martin-Iguacel R, Libre JM, Nielsen H, Heras E, Matas L, Lugo R, et al. Lymphogranuloma venereum proctocolitis: a silent endemic disease in men who have sex with men in industrialised countries. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 2010;29(8):917-25.
7. Koutsky L. Epidemiology of genital human papillomavirus infection. *Am J Med* 1997;102(5A):3-8.
8. Frisch M, Glimelius B, Van Den Brule AJ, Wohlfahrt J, Meijer CJ, Walboomers JM, et al. Sexually transmitted infection as a cause of anal cancer. *N Engl J Med* 1997;337(19):1350-8.
9. Lazarov A. Perianal contact dermatitis caused by nail lacquer allergy. *Am J Contact Dermatol* 1999;10(1):43-4.
10. Silvestri DL, Barmettler S. Pruritus ani as a manifestation of systemic contact dermatitis: resolution with dietary nickel restriction. *Dermatitis* 2011;22(1):50-5.
11. Jemec GB, Heidenheim M, Nielsen NH. The prevalence of hidradenitis suppurativa and its potential precursor lesions. *J Am Acad Dermatol* 1996;35(2 pt1):191-4.
12. Yu CC, Cook MG. Hidradenitis suppurativa: a disease of follicular epithelium, rather than apocrine glands. *Br J Dermatol* 1990;122(6):763-9.
13. Puy-Montbrun T, Ganansia R, Denis J (1999) *Maladie de Verneuil*. In Denis J, Ganansia R, Puy-Montbrun T, *Proctologie pratique*, Masson (ed), Paris, 80-4. Disponible en: <http://eknygos.lsmuni.lt/springer/357/Part%209/5%20Item.pdf>
14. Thomas RH, Ridley CM, McGibbon DH, Black MM. Anogenital lichen sclerosus in women. *J R Soc Med* 1996;89(12):694-8.
15. Shengyuan L, Songpo Y, Wen W, Wenjing T, Haitao Z, Binyou W. Hepatitis C virus and lichen planus: a reciprocal association determined by a meta-analysis. *Arch Dermatol* 2009;145(9):1040-7.

16. Abbasakoor F, Boulos PB. Anal intraepithelial neoplasia. *Br J Surg* 2005;92(3):277-90.
17. Palefsky JM, Holly EA, Hogeboom CJ, Ralston ML, DaCosta MM, Botts R, et al. Virologic, immunologic, and clinical parameters in the incidence and progression of anal squamous intraepithelial lesions in HIV-positive and HIV-negative homosexual men. *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol* 1998;17(4):314-9.
18. Simpson JA, Scholefield JH. Diagnosis and management of anal intraepithelial neoplasia and anal cancer. *Br Med J* 2011;343:d6818.
19. Patel H, Wagner M, Singhal P and Kothari S. Systematic review of the incidence and prevalence of genital warts. *BMC Infect Dis* 2013;13(39):1-14.
20. Sonnex C, Scholefield JH, Kocjan J, Kelly G, Whatrup C, Mindel A, et al. Anal papillomavirus infection in heterosexuals with genital warts: prevalence and relation with sexual behaviour. *Br Med J* 1991;303(6812):1243.
21. Winer RL, Hughes JP, Feng Q, Xi LF, Cherne S, O'Reilly S, et al: Early natural history of incident, type-specific, human papillomavirus infection in newly sexually active young women. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2011;20(4):699-707.
22. Dalstein V, Riethmuller D, Prétet JL, Le Bail Carval K, Sautière JL, Carbillet JP, et al: Persistence and load of high-risk HPV are predictors for development of high-grade cervical lesions: a longitudinal French cohort study. *Int J Cancer* 2003;106 (3):396-403.
23. Aubin F, Prétet JL, Jacquard AC, Saunier M, Carcopino X, Jaroud F, et al. Human papillomavirus genotype distribution in external acuminata condylomata: a large French National Study (EDITH IV). *Clin Infect Dis* 2008;47(5):610-15.
24. Molano M. La guerra entre el sistema inmune y la infección por el VPH. *Rev Colomb Cancerol* 2009;13(2):67-8.
25. Trujillo E, Morales N, Buitrago O, Posso H, Bravo MM. Distribución de los genotipos del virus del papiloma humano en mujeres de Bogotá con anomalías en la citología cervicouterina. *Rev Colomb Cancerol* 2016;20(1):3-9.

Tabla 1. Clasificación de patología perianal.

	Frecuencia	Porcentaje (%)
Enfermedad perianal		
Enfermedades infecciosas	125	82.7
Lesiones benignas	17	11.25
Enfermedades inflamatorias y dermatológicas	9	5.9
Lesiones preneoplásicas y malignas	0	0
Total	151	100
Patología perianal infecciosa de etiología viral		
Condiloma acuminado/Papiloma escamoso	85	68
Molusco contagioso	39	31.2
Virus herpes simple	1	0.8
Total	125	100
Patología perianal por diagnóstico de histopatología		
Condiloma acuminado	71	47
Molusco contagioso	39	25.8
Papiloma escamoso	14	9.3
Fibroepitelioma	6	4
Inflamación	6	4
Acantosis Irregular	3	2
Nevo	3	2
Lentigo simple	2	1.3
Dermatitis acantolítica	2	1.3
Fibrolipoma	2	1.3
Hiperplasia epitelial	2	1.3
Queratosis seborreica	1	0.7
Total	151	100

Tabla 2. Distribución por grupos de edad y parejas sexuales.

	Frecuencia	Porcentaje (%)
Grupo de edad (años)		
< o = 20	10	6.60
21-25	28	18.50
26-30	27	17.90
31-35	28	18.50
36-40	7	4.60
41-45	19	12.60
46-50	11	7.30
51-55	9	6
56-60	6	4
61-65	4	2.60
66	2	1.30
Parejas sexuales		
0	1	0.70
1	39	25.80
2	25	16.60
3	27	17.90
4	22	14.60
5	10	6.60
6	4	2.60
7	3	2.00
8	2	1.30
9	3	2
10	1	0.70
>10	1	0.70
Sin interrogar	13	8.60
Total	151	100

Tabla 3. Características de las pacientes.

	Frecuencia	Porcentaje (%)
Comorbilidad		
Negada	94	62.3
Inmunológica	17	11.3
Otras	12	7.9
Crónicas	10	6.6
Oncológica	6	4
Más de una categoría	2	1.3
Tabaquismo		
No	104	68.9
Si	36	23.8
Se desconoce	11	7.3
Conducta sexual		
Vaginal	69	45.7
Oral-Anal	35	23.2
Oral	23	15.2
Sin interrogar	22	14.6
Anal	2	1.3
Citología/Colposcopia		
Normal	94	62.2
Lesión intraepitelial bajo grado	24	15.89
Diferido	12	7.94
Lesión intraepitelial alto grado	7	4.6
ASCUS	7	4.6
LIEBG + NIVU/NIVA	4	2.6
NIVU	3	1.98
Total	151	100

Tabla 4. Distribución de patología perianal por grupos de edad.

Diagnóstico histopatológico	Grupos de edad											Total
	< 20	21-25	26-30	31-35	36-40	41-45	46-50	51-55	56-60	61-65	> 66	
Acantosis Irregular	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	3
Condiloma acuminado	5	10	16	16	4	7	6	2	2	1	2	71
Dermatosis acantolítica	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Fibroepitelioma	0	1	0	1	0	0	1	2	1	0	0	6
Fibrolipoma	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	2
Hiperplasia epitelial	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2
Inflamación	0	2	0	2	1	1	0	0	0	0	0	6
Lentigo simple	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	2
Molusco contagioso	3	12	5	5	1	10	2	1	0	0	0	39
Nevo	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	3
Papiloma escamoso	1	1	3	4	1	1	2	1	0	0	0	14
Queratosis seborreica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Total	10	28	27	28	7	19	11	9	6	4	2	151

Tabla 5. Comorbilidades reportadas de acuerdo a diagnóstico histopatológico.

Diagnóstico histopatológico	Comorbilidad							Total
	Oncológico	Crónicos	Inmunológico	Embarazo	Más de una	Negado	Otros	
Acantosis Irregular	0	1	1	0	0	0	0	3
Condiloma acuminado	5	10	16	16	4	7	6	71
Dermatosis acantolítica	0	1	1	0	0	0	0	2
Fibroepitelioma	0	1	0	1	0	0	1	6
Fibrolipoma	0	0	0	0	0	0	0	2
Hiperplasia epitelial	1	0	0	0	0	0	0	2
Inflamación	0	2	0	2	1	1	0	6
Lentigo simple	0	0	0	0	0	0	0	2
Molusco contagioso	3	12	5	5	1	10	2	39
Nevo	0	0	1	0	0	0	0	3
Papiloma escamoso	1	1	3	4	1	1	2	14
Queratosis seborreica	0	0	0	0	0	0	0	1
Total	10	28	27	28	7	19	11	151

Tabla 6. Tabaquismo por diagnóstico histopatológico.

Diagnóstico histopatológico	Tabaquismo			Total
	SI	NO	Sin dato	
Acantosis Irregular	2	1	0	3
Condiloma acuminado	19	47	5	71
Dermatosis acantolítica	0	2	0	2
Fibroepitelioma	1	5	0	6
Fibrolipoma	0	2	0	2
Hiperplasia epitelial	0	1	1	2
Inflamación	0	6	0	6
Lentigo simple	0	1	1	2
Molusco contagioso	10	27	2	39
Nevo	1	2	0	3
Papiloma escamoso	3	10	1	14
Queratosis seborreica	0	0	1	1
Total	36	104	11	151

Anexos

Anexo1. Dictamen.

 	<p>Dirección de Prestaciones Médicas Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud Coordinación de Investigación en Salud</p>			
<p>Dictamen de Autorizado</p>				
<p>Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 3606 con número de registro 13 CI 09 010 173 ante COFEPRIS</p>				
<p>HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA NUM. 4 LUIS CASTELAZO AYALA, D.F. SUR</p>				
<p>FECHA 31/10/2016</p>				
<p>DR. VICTOR ALBERTO OLGUIN CRUCES</p>				
<p>PRESENTE</p>				
<p>Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:</p>				
<p>HALLAZGOS CLINICOS E HISTOPATOLÓGICOS EN BIOPSIAS DE REGION ANAL Y PERIANAL EN LA UMAE No. 4 "LUIS CASTELAZO AYALA".</p>				
<p>que sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de Ética y de investigación, por lo que el dictamen es A U T O R I Z A D O, con el número de registro institucional:</p>				
<p>ATENTAMENTE</p>	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px;">Núm. de Registro</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">R-2016-3606-54</td> </tr> </table>	Núm. de Registro	R-2016-3606-54	
Núm. de Registro				
R-2016-3606-54				
<p>DR.(A). OSCAR MORENO ALVAREZ Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 3606</p>				
<p>IMSS SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL</p>				

Anexo 2. Solicitud de enmienda



Dirección de Prestaciones Médicas
 Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
 Coordinación de Investigación en Salud

**Solicitud de Enmienda**FECHA: **Viernes, 15 de junio de 2018****Estimado Oscar Moreno Alvarez****Presidente Comité Local de Investigación y Ética en Investigación No. 3606****PRESENTE**

Por medio del presente solicito de la manera más atenta, se sirva realizar la enmienda el protocolo de investigación con título: "HALLAZGOS CLINICOS E HISTOPATOLÓGICOS EN BIOPSIAS DE REGION ANAL Y PERIANAL EN LA UMAE No. 4 "LUIS CASTELAZO AYALA". " que se registró a través del SIRELCIS ante éste Comité Local de Investigación y Ética en Investigación Salud.

En los puntos que a continuación se exponen:

Cambio de título		
Título actual	Título propuesto	Justificación
HALLAZGOS CLINICOS E HISTOPATOLÓGICOS EN BIOPSIAS DE REGION ANAL Y PERIANAL EN LA UMAE No. 4 "LUIS CASTELAZO AYALA".	Correlación clínico-histopatológica en biopsias de región anal y perianal en mujeres que acudieron al servicio de colposcopia.	Mas adecuado al diseño.
Cambio metodológico		
Cambios solicitados:		Concordancia entre todos los apartados.
<ul style="list-style-type: none"> • Protocolo • Cronograma • Resumen 		

Atentamente



Dr(a). victor alberto olguin cruces

investigador principal del Protocolo

Anexo 3. Autorización de enmienda

**Dictamen de Modificación Autorizada**

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud **3606** con número de registro **17 CI 09 010 024** ante COFEPRIS
HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA NUM. 4 LUIS CASTELAZO AYALA, D.F. SUR

FECHA **25/06/2018**

DR. VICTOR ALBERTO OLGUIN CRUCES

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que la modificación al protocolo de investigación en salud con título: **HALLAZGOS CLINICOS E HISTOPATOLÓGICOS EN BIOPSIAS DE REGION ANAL Y PERIANAL EN LA UMAE No. 4 "LUIS CASTELAZO AYALA"**, y con número de registro institucional: **R-2016-3606-54** y que consiste en:

Cambio de título
Cambio metodológico

que sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **MODIFICACION AUTORIZADA.**

ATENTAMENTE

DR.(A). OSCAR MORENO ALVAREZ
PRESIDENTE DEL COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN Y ÉTICA EN INVESTIGACIÓN EN SALUD No. 3606