

Cirugía anorrectal en pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana

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 de Colon y Recto, Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS, México, D.F.

Correspondencia: Dr. Eloy Enrique Geminiano-Martínez Hospital de Especialidades CMN Siglo XXI Av. Cuauhtémoc 330, Col. Doctores, Delegación Cuauhtémoc, México, DF. Teléfono: 5627 6900 ext. 1320.

Recibido para publicación: 27 de noviembre de 1999.

Aceptado para publicación: 24 de mayo de 2000.

RESUMEN Objetivo: describir las características de los pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), sometidos a cirugía anorrectal con énfasis en el tiempo de cicatrización. **Método:** se evaluaron prospectivamente de julio de 1998 a julio de 1999 un total de 23 pacientes VIH (+) (grupo I) sometidos a cirugía anorrectal. Fueron comparados con un grupo control de pacientes VIH (-) (grupo II), escogidos al azar para establecer las características de cada grupo, la morbilidad, y el tiempo de cicatrización. El análisis estadístico fue mediante la prueba de t de Student. **Resultados:** en el grupo I los diagnósticos fueron fístula perianal, fisura anal, absceso anorrectal, condiloma acuminado, úlcera anal y colgajo cutáneo hipertrófico. A siete pacientes se les realizó fistulotomía, drenaje de absceso en uno, resección de diferentes lesiones perineales en 12, electrofulguración de condilomas en dos, fisurectomía en tres y biopsia únicamente en tres. El tiempo de cicatrización en el grupo I fue de 26.087 días mientras que en el grupo II fue de 23.21 días. Se comparó tiempo de cicatrización y complicaciones de estos dos grupos, para determinar si existe diferencia en estos parámetros. No se encontró diferencia significativa entre cada grupo pero se encontraron márgenes desiguales de tiempo de cicatrización (26.087, DE \pm 10.778 días vs 23.21, DE \pm 6.259 días, $p = n.s.$) y complicaciones para procedimientos similares. **Conclusiones:** el tiempo de cicatrización en pacientes VIH (+) sometidos a cirugía anorrectal no varía en forma importante cuando se compara con pacientes VIH (-).

Palabras clave: enfermedades perianales, infección por VIH, cirugía anorrectal, síndrome de inmunodeficiencia humana.

SUMMARY Objective: The aim of this study was to describe the clinical characteristics of the patients infected with the human immunodeficiency virus (HIV), who were submitted to anorectal surgery with emphasis on healing time and complications. **Methods:** The patients were evaluated prospectively from July 1998 to July 1999; there was a total of 23 patients HIV (+) (Group I). They were compared to a control group of HIV (-) aleatory of patients (Group II) to establish the characteristics of each group, the morbidity, and the time of healing. The statistical analysis was performed with the student T test. **Results:** In Group I, the diagnosis were fistula in the anus, anal fissure, anal abscess, condilomata acuminata anal ulcer, and cutaneous flaps. Seven patients had a fistulotomy, a drainage of abscess in one, resection of different skin lesions in 12, electrofulguration of condilomata in two, fisurectomy in three and solely biopsy in three. The average healing time was 26.087 days for Group I and 23.21 days for Group II. A comparison between healing time and complications in these two groups was carried out to determine a whether significant difference exists in these parameters. There was no significant difference between these groups, but there were unequal rates of healing (26.087, DE \pm 10.778 days vs 23.21 DE \pm 6.259 days; $p =$ not significant) and complications for the similar procedures. **Conclusions:** The healing in time HIV (+) patients submitted to anorectal surgery may not vary important when compared with HIV (-) patients.

Key words: Perianal diseases, HIV infection, anorectal surgery, acquired immunodeficiency syndrome.

INTRODUCCIÓN

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,¹ con un total de 16,000 personas que se infectan diariamente. En nuestro país, 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.^{2,3}

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.^{4,6} 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.

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, que los pacientes con SIDA tienen mal pronóstico ante la realización de tratamientos más agresivos.

La finalidad de este estudio es describir las características, evolución y complicaciones de los pacientes infectados por VIH sometidos a cirugía anorrectal en nuestro servicio, con énfasis en la cicatrización, niveles de CD4 y complicaciones.

PACIENTES Y MÉTODO

En un lapso comprendido entre julio de 1998 y julio de 1999, se estudió en forma prospectiva un total de 23 pacientes infectados por el VIH o con SIDA que acudieron a la consulta externa del Servicio de Cirugía de Colon y Recto del Hospital de especialidades "Dr. Bernardo Sepúlveda" del Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS, por algún padecimiento anorrectal que requiriera de manejo quirúrgico o de la toma de biopsias.

Se incluyó en este trabajo a aquellos pacientes VIH (+) o con SIDA que tuvieran algún tipo de patología anorrectal persistente a pesar de un manejo conservador adecuado y que fueran candidatos a la realización de un procedimiento quirúrgico anorrectal de cualquier tipo, además debían contar con exámenes preoperatorios de laboratorio y gabinete así como valoración para determinar el riesgo quirúrgico.

No fueron incluidos aquellos pacientes en quienes el riesgo de complicaciones fuera mayor que el beneficio proporcionado por el tipo o extensión de cirugía, finalmente se excluyó a los pacientes que abandonaron el estudio en forma voluntaria.

Como parte del protocolo de estudio se realizó una historia clínica a cada paciente a fin de evaluar los siguientes parámetros: edad, sexo, preferencia sexual, antecedentes patológicos, antecedentes quirúrgicos, tipo de padecimiento anorrectal, tiempo de evolución, síntomas y niveles de CD4, este último en un periodo máximo de ocho semanas antes de la cirugía. Con estos datos se procedió a la clasificación de cada uno de los pacientes en base al esquema propuesto por los CDC, que dividen a la infección por VIH en cuatro grupos (*Cuadro 1*): Grupo I: pacientes que tienen la forma aguda de la infección por VIH; grupo II: pacientes asintomáticos pero con anticuerpos positivos para VIH; grupo III: que incluye pacientes con anticuerpos positivos contra el VIH y que tienen linfadenopatía generalizada persistente; y finalmente el grupo IV, en el cual se incluyen pacientes

CUADRO 1
CLASIFICACIÓN DE LA INFECCIÓN POR VIH

Clasificación	Condición
Grupo I	Infección aguda
Grupo II	Infección sin síntomas
Grupo III	Persistencia generalizada de linfadenopatía
Grupo IV	Otras enfermedades
Subgrupo A	Enfermedad constitucional
Subgrupo B	Enfermedad neurológica
Subgrupo C	Enfermedad infecciosa secundaria
Categoría C-1	Enfermedad infecciosa secundaria específica (lista de los CDC*)
Categoría C-2	Otras enfermedades infecciosas secundarias específicas
Subgrupo D	Cáncer secundario
Subgrupo E	Otras condiciones.

* Centers for Disease Control.

** Arch Surg October 1991; 126: 1267-1271.

con anticuerpos positivos para VIH relacionados con SIDA, infecciones oportunistas, trastornos neurológicos y/o tumor.⁷

En pacientes con varios diagnósticos se captó cada uno de ellos por separado y sólo fueron incluidos en el estudio si se desarrollaron cuando ya se tenía el diagnóstico de infección por VIH. Previo a la cirugía se procedió a explicar con detalle las posibles complicaciones derivadas del procedimiento quirúrgico a realizar.

Se utilizó antibiótico preoperatorio (cefalosporina de tercera generación) sólo en aquellos pacientes a los cuales sus niveles de CD4 fueron menores a 200 (15 pacientes), sin embargo, todos los pacientes en el periodo posoperatorio se administró ciprofloxacina en dosis de 500 mg cada 12 h durante 7 días.

En el periodo posoperatorio se valoraron los siguientes parámetros, tipo de cirugía realizada, mejoría o desaparición de los síntomas previos, aparición de nuevos síntomas, complicaciones derivadas de la cirugía y recurrencia de la enfermedad preexistente; los datos recabados se vaciaron en una hoja de recolección de datos para su análisis.

A fin de valorar las posibles alteraciones en el tiempo de cicatrización después de cirugía anorrectal en pacientes VIH (+) se comparó a dos grupos de pacientes: el grupo I incluyó a los 23 pacientes VIH (+) sometidos a cirugía anorrectal; el grupo II incluyó a 23 pacientes VIH (-), escogidos en forma aleatoria y a quienes se les realizaron procedimientos quirúrgicos similares a los del grupo I, en ambos grupos se tomó en cuenta el tiempo de cicatrización en días y las complicaciones secundarias al procedimiento quirúrgico.

Los datos obtenidos fueron sometidos en primer lugar a un análisis univariado y posteriormente a un análisis a través de la prueba *t* de Student, tomando como significativo el valor de *p* menor de 0.05.

RESULTADOS

Dentro del periodo en que se llevó a cabo este estudio, se manejó un total de 63 pacientes infectados por VIH y patología anorrectal, 23 de ellos (36.5%) fueron candidatos a cirugía o toma de biopsias, el resto de los pacientes (63.49%) requirió únicamente de manejo médico conservador.

En el grupo I, los 23 pacientes fueron de sexo masculino (100%) con edad promedio de 36.04 años (\pm 8.636 DE) y margen de 24 a 57 años, todos tuvieron antecedentes de relaciones homosexuales (100%). Según la clasificación de infección por VIH, se encontraron seis pacien-

tes con enfermedad dentro del grupo II, dos pacientes con enfermedad incluida en el grupo IV subgrupo A y 15 pacientes con enfermedad del grupo IV subgrupo C.

Sólo un paciente tuvo antecedentes de cirugía anorrectal previa que consistió en el drenaje de un absceso anorrectal, no se encontraron antecedentes quirúrgicos anorrectales de otro tipo.

Los síntomas referidos por los pacientes fueron hemorragia transrectal en nueve pacientes, aparición de verrugas anales en nueve pacientes, dolor anal en nueve pacientes, prurito anal en tres pacientes, escurrimiento de materia fecal en tres pacientes, aumento de volumen perianal en tres pacientes y ardor anal en dos pacientes.

El tiempo de evolución de estos síntomas fue en promedio de 16 meses, con margen de 3 a 24 meses.

Se diagnosticaron ocho casos de sépsis perianal, siete por fístula anal (30.4%) y uno por absceso anal (4.3%); dos pacientes presentaron fisuras anales crónicas atípicas (8.7%), tres pacientes tuvieron úlceras anales (13%), cinco pacientes tuvieron colgajos cutáneos (21.7%), dos asociados a fisura anal crónica y tres condiloma anal; el padecimiento más común fue el condiloma acuminado, porque se diagnosticó en 15 pacientes (65.2%).

Dentro de los procedimientos quirúrgicos que se realizaron están la fistulotomía en siete pacientes (30.4%), drenaje de absceso anal en un paciente (4.3%), fisurectomía en dos pacientes (8.7%), toma de biopsia en cuatro pacientes (17.39%), resección de lesiones en 12 pacientes (52.2%) y fulguración de condilomas en dos pacientes (8.7%), ninguno de los especímenes enviados para análisis histopatológico reportó malignidad.

Con lo que respecta al tiempo de cicatrización fue en promedio de 26.087 días (\pm 10.778 DE), cuatro pacientes presentaron complicaciones (17.39%) que correspondieron a dehiscencia de herida quirúrgica en tres casos (13.04%) y a hipotonía esfintérica con incontinencia leve en un paciente (4.34%), luego de la realización de fistulotomía.

Veinte pacientes tuvieron mejoría de los síntomas previos (86.9%), a todos se les realizó cirugía con intención curativa, en los tres restantes continuaron los síntomas, porque sólo se les realizó toma de biopsias (13.04%), en cuatro pacientes (17.39%) aparecieron nuevos síntomas, dos pacientes refirieron dolor anal moderado, se presentó un caso de incontinencia anal leve y un caso de hemorragia transrectal, seis pacientes (26.08%) con condiloma acuminado anal tuvieron recurrencia de la enfermedad.

En el grupo II se incluyeron 16 hombres (69.6%) y siete mujeres (30.4%), con edad promedio de 44.7 años (\pm 16.39 DE) y margen de 21 a 79 años, todos hetero-

sexuales, sin antecedentes patológicos o quirúrgicos de importancia. Los padecimientos anorrectales diagnosticados en estos pacientes fueron fístula anal en ocho casos (36.4%), fisura anal en 11 pacientes (47.8%) y condiloma acuminado anal en cuatro pacientes (17.4%).

Los procedimientos quirúrgicos realizados fueron fistulotomía en 8 pacientes (34.7%), resección en cuatro (17.4%) y esfinterotomía lateral izquierda en 11 (47.8%). Ningún paciente tuvo complicaciones en el periodo posoperatorio, en todos ellos mejoraron los síntomas previos y no se reportaron recurrencias o aparición de síntomas nuevos luego de un seguimiento de 12 meses. El tiempo promedio de cicatrización en estos pacientes fue de 23.21 días (± 6.259 DE).

Al realizar la comparación entre el tiempo de cicatrización de los grupos de pacientes VIH (+) vs VIH (-) no se tuvieron valores significativos ($p = n.s.$), sólo se hizo evidente un margen muy amplio entre los días de cicatrización encontrados en el grupo I (Figura 1).

En 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 (± 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 (Figura 2).

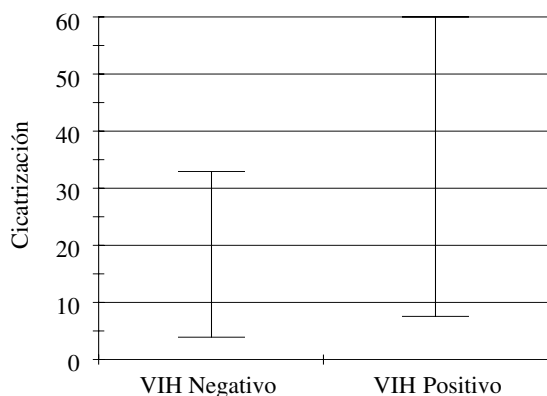


Figura 1. Comparación entre el tiempo de cicatrización del grupo de pacientes VIH (+) con el grupo de pacientes VIH (-).

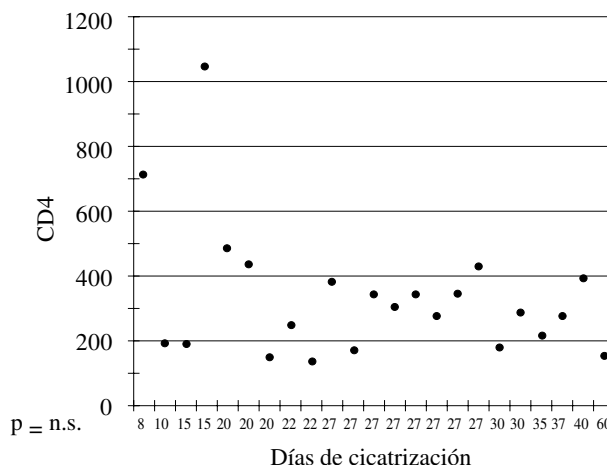


Figura 2. Comparación entre los niveles de CD4 y el tiempo de cicatrización en el grupo de pacientes VIH (+).

Durante el periodo de tiempo en que se llevó a cabo el estudio no se tuvieron defunciones en ninguno de los dos grupos de pacientes.

DISCUSIÓN

La incidencia de padecimientos anorrectales en pacientes VIH (+) o con SIDA se estima entre 6% a 34%, con predominio en homosexuales,⁸⁻¹² en tanto que sólo 4% de pacientes no homosexuales tienen enfermedades de este tipo, tal es el caso de personas que utilizan fármacos intravenosos.^{9,13}

En la actualidad se ha dado importancia al hecho de que ha aumentado el número de pacientes que acuden a la consulta con padecimientos anorrectales y que son portadores del VIH, una teoría que trata de explicar su etiología establece la sospecha de que el aumento en la frecuencia de estas patologías está dada por las distintas prácticas eróticas que ocasionan un traumatismo rectal repetido con la consiguiente aparición de lesiones, esto, principalmente entre pacientes homosexuales o bisexuales y que corresponden a 75% del total de pacientes con SIDA. A pesar de estas cifras, en nuestra serie de casos se tiene que el 100% de los pacientes VIH (+) que fueron intervenidos quirúrgicamente eran homosexuales.^{7,12,14}

Los padecimientos anorrectales pueden ser la primera manifestación del SIDA en 29% aproximadamente,¹² dentro de la patología anorrectal si tiene un grupo heterogéneo de padecimientos que por lo general se presenta en forma distinta que la población que no está infectada por el VIH, dentro de los más comunes están, el condiloma acuminado del conducto anal y perianal en

39% de los casos que dependiendo del subtipo viral tiene un elevado riesgo de transformación maligna,¹⁵ proctitis en 22% y sepsis perianal en 22%,¹² quedando incluidas en esta última categoría las fístulas y los abscesos perianales.

Otro tipo de patologías incluyen las úlceras anales provocadas por citomegalovirus o herpes simple, la enfermedad hemorroidal, los colgajos cutáneos hipertróficos y las fisuras anales generalmente atípicas. En lo que respecta al rubro de padecimientos infecciosos, se ha establecido que pueden catalogarse en tres grupos que incluyen: a) pacientes asintomáticos, b) pacientes con síntomas moderados y c) pacientes sintomáticos, lo cual sustituye algunos términos más difíciles de manejar, como el complejo relacionado a SIDA y a los pacientes con pródromos de SIDA.^{7,12}

Orkin¹⁴ en 1992, estableció en su trabajo las manifestaciones perianales en un grupo de 40 pacientes con infección por VIH, encontró que la patología más común fue el condiloma acuminado anal (52%) seguido por sepsis perianal (37%) que incluía fístula y absceso anal; trastornos perianales no sépticos (47%) en donde incluyó a la enfermedad hemorroidal, fisura anal, herpes anal y prurito anal; alteraciones rectales (22%) como proctitis, úlcera no específica y pólipos; lesiones neoplásicas (10%) y padecimientos misceláneos (10%).

Los resultados obtenidos en este estudio concuerdan con lo anterior, porque el condiloma acuminado anal constituye la patología más frecuente (65.2%) seguido por fístulas anales (30.4%), colgajos cutáneos hipertróficos (21.7%), úlceras anales (13%), fisuras atípicas (8.7%) y absceso anal (4.3%), no tuvimos ningún caso de neoplasia.

Los pacientes refieren con frecuencia síntomas relacionados con prurito anal, dolor de intensidad variable, hemorragia transanal, escurrimiento transanal o incontinencia anal.⁷ En otros estudios se reportan como síntomas principales el dolor anal en el 55% de los pacientes, masa anal en 19% y rectorragia en el 16%;¹⁶ Goldberg en una serie de 163 pacientes¹⁷ refiere que el síntoma principal es el dolor anorrectal en 79% de los pacientes seguido por escurrimiento transanal de pus (28%) y hemorragia transanal (26%). En este estudio, nueve pacientes refirieron hemorragia transrectal, presencia de verrugas anales y dolor anal, tres pacientes mencionaron la presencia de prurito anal, escurrimiento de materia fecal y aumento de volumen perianal y finalmente, dos pacientes refirieron ardor anal.

En general, se establece que el tratamiento de este tipo de padecimientos en pacientes VIH (+) es difícil, debido a que tiene una evolución tórpida a diferencia de

pacientes VIH (-), cuya evolución es predecible. Aproximadamente 30% de los pacientes no responde favorablemente al manejo conservador y en determinado momento requerirán de cirugía.⁷

En nuestro servicio encontramos que del total de pacientes VIH (+) con algún tipo de padecimiento anorrectal, 36.5% requirió de intervención quirúrgica lo cual es aproximadamente la mitad de lo que se reporta en algunas series y que llega a ser de 78%.¹⁴ 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.

Lo anterior constituye la principal preocupación entre los cirujanos, debido a que no es posible saber con precisión la respuesta de cada paciente ante la cirugía, ni en qué momento está indicado un tratamiento agresivo para este tipo de padecimientos, por otra parte, en nuestro medio aún existe temor por la posibilidad de infección durante un procedimiento quirúrgico y por la falta de medios de protección para estos casos,¹⁸ desafortunadamente esto propicia un retardo para la realización de la cirugía requerida, lo cual prolonga el tiempo de evolución del padecimiento que en el grupo de pacientes valorados en este trabajo, fue de 16 meses en promedio, esto sólo favorece al deterioro general del paciente y la disminución de los valores de CD4 lo que complica aún más al padecimiento anorrectal, en forma secundaria se incrementa la morbilidad y mortalidad del enfermo.

Se sabe que el VIH no sólo afecta factores como el estado nutricional, el diagnóstico diferencial y la supervivencia, sino que también interfiere en la presencia de complicaciones no esperadas y en el tiempo de cicatrización.¹⁹ 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.²⁰

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.^{10,20-23} 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,¹⁰ sin afectar de manera importante a los pacientes VIH (+) asintomáticos,⁷ esto corresponde de 4% a 34% de los pacientes operados.¹¹ En nuestro análisis comparativo entre el tiempo de cicatrización en pacientes VIH (+) y VIH (-) luego de cirugía anorrectal no se obtuvieron valores significativos, el tiempo promedio de cicatrización en pacientes VIH (+) es de 26.087 días vs 23.21 días en el grupo de pacientes no infectados por VIH. Por otra parte se encontró que 83% de pacientes con VIH y niveles de CD4 menores a 400 cel/μL requieren de un tiempo mayor de 21 días para cicatrizar.

Otro tipo de complicaciones incluyen la infección de las heridas quirúrgicas por patógenos oportunistas dando lugar a complicaciones sépticas graves como la fascitis necrotizante o metástasis de abscesos.^{9,17} En cuanto a los procedimientos relacionados con fistulotomías o esfinterotomías, es alto el riesgo de incontinencia fecal permanente por afección del mecanismo esfinteriano y puede presentarse perforación rectal, exacerbación del dolor, contagio con infecciones nosocomiales o la aparición de nuevos síntomas anorrectales.^{19,23}

En el presente trabajo encontramos que un paciente presentó incontinencia anal leve secundaria a la realización de fistulotomía (4.34%) y tres pacientes (13.04%) tuvieron dehiscencia de la herida quirúrgica, lo cual da una morbilidad de 17.39%, todos los casos se relacionaron a niveles de CD4 de 248 cel/μL en promedio.

Los síntomas iniciales cedieron en 86.9% de los casos, en 17.39% de los pacientes aparecieron nuevos síntomas y se tuvo recurrencia de 26.08%, en los casos de condiloma acuminado anal, Orkin¹⁴ reporta en su grupo de 40 pacientes una resolución completa de los síntomas en 26% de los casos, con desarrollo de nuevos síntomas en 41% de los pacientes.

Lo anterior pone de manifiesto la importancia de continuar con un seguimiento a pacientes VIH (+) con patología anorrectal, a fin de establecer la incidencia en nuestro medio y de qué manera se afecta la evolución de los enfermos que requieren de cirugía.

CONCLUSIONES

Los resultados de la cirugía anorrectal en pacientes VIH (+) dependen de factores tales como el tipo de padecimiento, el tipo de cirugía realizada y principalmente de las condiciones generales del paciente al momento de la operación.

Los niveles de CD4 por debajo de 400 cel/μL parecen retrasar el proceso de cicatrización, aunque este

hecho no está confirmado, por lo tanto, debe evitarse el retardo en establecer el manejo quirúrgico, porque es probable que el paciente no se logre llevar a mejores condiciones.

El tiempo de cicatrización en pacientes VIH (+) sometidos a cirugía anorrectal no varía en forma importante al compararse con pacientes VIH (-).

REFERENCIAS

- Guilliland R, Wexner S. Sepsis anorrectal complicada. *Clin Quir NA* 1997; 1: 121-160.
- An HIV vaccine: how long must we wait? *Lancet* 1998; 352: 1323.
- Soberón G. *SIDA hoy*. México: Edit. Amigos del SIDA; 1997: 11.
- Murphy R. Clinical aspects of human immunodeficiency virus disease: clinical rationale for treatment. *J Infect Dis* 1995; 171: S81-S87.
- Selwyn PA, Arnol R. From fate to tragedy: the changing meanings of life, death and AIDS. *Amm Int Med* 1998; 129: 899-902.
- Hogg RS, O'Shaughnessy MV, Gataric N. Declin in deaths from AIDS due to new retrovirals. *Lancet* 1997; 349: 1294.
- Scholefield JH, Northover JM, Carr ND. Male homosexuality, HIV infection and colorectal surgery. *Br J Surg* 1990; 77: 493-496.
- Safavi A, Gottesman L, Dailey TH. Anorectal surgery in the HIV+ patient: update. *Dis Colon Rectum* 1991; 34: 299-304.
- Consten EC, Slors JF, Danner SA. Severe complications of perianal sepsis in patients with human immunodeficiency virus. *Br J Surg* 1996; 83: 778-780.
- Burke EC, Orloff SL, Freise CE. Wound healing after anorectal surgery in human immunodeficiency virus-infected patients. *Arch Surg* 1991; 126: 1267-1271.
- Consten EC, Slors FJ, Noten HJ. Anorectal surgery in human immunodeficiency virus-infected patients. *Dis Colon Rectum* 1995; 38: 1169-1175.
- Wexner SD. Sexually transmitted diseases of the colon, rectum and anus. *Dis Colon Rectum* 1990; 33: 1048-1062.
- Miles AJ, Mellor CH, Wastell C. Surgical management of anorectal disease in HIV-positive homosexuals. *Br J Surg* 1990; 77: 869-871.
- Orkin BA, Smith LE. Perianal manifestations of HIV infection. *Dis Colon Rectum* 1992; 35: 310-314.
- Vieyra F, Luna P, Peña R-E, Rodríguez C. Características clínicas asociadas de pacientes con carcinoma epidermoide de ano, estudiados en un centro de concentración. *Rev Gastroenterol Mex* 1997; 62: 89-93.
- Barret WI, Callahan TD, Orkin BA. Perianal manifestations of human immunodeficiency experience with 260 patients. *Dis Colon Rectum* 1998; 41: 606-611.
- Goldberg GS, Orkin BA, Smith LE. Microbiology of human immunodeficiency virus anorectal disease. *Dis Colon Rectum* 1994; 37: 439-443.
- Wastell C, Corless D, Keeling N. Surgery and Human Immunodeficiency Virus-1 Infection. *Am J Surg* 1996; 172: 89-92.
- Rose DN, Collins M, Kleban R. Complications of surgery in HIV-infected patients. *AIDS* 1998; 12: 2243-2251.
- Lord RV. Anorectal surgery in patients infected with human immunodeficiency virus: factors associated with delayed wound healing. *Ann Surg* 1997; 226: 92-99.
- Nadal SR, Manzione CR, Galvao VM. Healing after anal fistulotomy: comparative study between HIV + and HIV - patients. *Dis Colon Rectum* 1998; 41: 177-179.
- Wolkomir AF, Barone JE, Hardy HW. Abdominal and anorectal surgery and the acquired immune deficiency syndrome in heterosexual intravenous drug users. *Dis Colon Rectum* 1990; 33: 267-270.
- Wexner SD, Smithy WB, Milson JW. The surgical management of anorectal diseases in AIDS and Pre-AIDS patients. *Dis Colon Rectum* 1986; 29: 719-723.