

Patologías anorrectales en pacientes VIH positivo. Estudio prospectivo

Dr. Gregorio Sánchez Valdez,* Dr. Francisco Javier Vieyra Antero,** Dr. Juan Pablo Peña Ruiz Esparza,*** Dr. Eduardo Villanueva Sáenz****

* Cirujano de colon y recto del Hospital General de Salubridad, Los Mochis, Sinaloa,** Cirujano de colon y recto del Hospital General de Zona 32 del Instituto Mexicano del Seguro Social,*** Jefe del Servicio de Cirugía de Colon y Recto Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional «Siglo XXI». Instituto Mexicano del Seguro Social.**** Cirujano de colon y recto del Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional «Siglo XXI». Instituto Mexicano del Seguro Social.

Correspondencia: Dr. Fco. J Vieyra Antero. Acoxpan 484, Prado Coapa. C.P. 14350, México, D.F. Tel: 679-69-66.

RESUMEN. Antecedentes: El síndrome de inmunodeficiencia adquirida se ha convertido en una pandemia en constante crecimiento y se estima que para el año 2000 existirán 120 millones de personas infectadas. De los pacientes VIH + aproximadamente el 35% presentarán en algún momento de su enfermedad manifestaciones anorrectales, de estas las reportadas como más frecuentes son: sepsis perianal, condilomas anales, enfermedad hemorroidal, diarrea crónica, úlcera anal y tumores anorrectales. **Objetivo:** Determinar en nuestro medio cuáles son las manifestaciones anorrectales más frecuentes en los pacientes VIH +. **Pacientes y métodos:** Se efectuó un estudio prospectivo, longitudinal, comparativo y observacional, comprendido de diciembre de 1993 a diciembre de 1994, incluyendo a 83 pacientes, se dividieron en 4 grupos: 1) homosexuales con SIDA, 2) homosexuales VIH + sin SIDA, 3) homosexuales VIH negativos, y 4) heterosexuales VIH negativos. El análisis estadístico se realizó a través de la prueba de χ^2 . **Resultados:** En homosexuales con SIDA la lesión anorrectal más frecuente es la úlcera anal presente en el 55%; en homosexuales VIH + sin SIDA así como en el grupo de homosexuales VIH negativo la lesión más frecuente es el condiloma acuminado presente en el 48 y 84%, respectivamente; en los heterosexuales VIH - la fístula anal y enfermedad hemorroidal predominaron 40% y 36%, respectivamente. **Conclusiones:** En los pacientes homosexuales VIH negativos y VIH + sin SIDA la lesión anorrectal más frecuente es el condiloma acuminado; al iniciar la inmunosupresión por el VIH aparece la úlcera anal y se convierte en la manifestación anorrectal más frecuente en el paciente con SIDA.

Palabras clave: Enfermedad anorrectal, homosexual, VIH positivo.

SUMMARY. Background. The acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) has transformed in a illness pandemic and it is thought that 120 million of people will be infected by the year 2000. About thirty five percent of HIV positive patients will have rectal manifestations during their illness, and from these the most important anorectal manifestation are perianal sepsis, anal condiloma, hemorrhoidal disease, chronic diarrhea syndrome, anal ulcer and anorectal tumors. **Purpose:** To determinate in our medical environment which anorectal manifestation have the most frequency in HIV positive patients. **Patients and method:** We developed a linear prospective, comparative and observational trial between December 1993 and December 1994, which included 83 patients distributed in 4 groups: 1) HIV homosexual patients with AIDS, 2) positive HIV homosexual patients without AIDS, 3) negative HIV homosexual patients, 4) negative HIV heterosexual patients. The statistical analysis was done through a χ^2 (Chi square) test. **Results:** In homosexual HIV patients with the disease, the most common lesion was the anal ulcer (55%). In positive HIV homosexual patients without disease and negative HIV homosexual patients the most frequent lesion is Condiloma accuminata (48 y 84%). In negative HIV heterosexual patients the most frequent disease was anal fistula (40%) and hemorrhoidal disease (36%). **Conclusion:** In negative HIV patients and positive HIV patients without disease the most frequent anorectal lesion is condiloma accuminata; when immunosuppression begins by AIDS, anal ulcer appears and is transformed in the most frequent anorectal disease in AIDS patients.

Key words: Anorectal disease, homosexual, positive HIV.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida es originado por un retrovirus, el cual fue demostrado en 1984; este virus destruye la población de linfocitos Helper inductores, afectando en forma adversa al sistema inmune con alteraciones que van desde anormalidades subclínicas o infección por gérmenes oportunistas hasta el desarrollo de neoplasias.¹

El SIDA se ha convertido en una pandemia en constante crecimiento; en 1993 en el centro de SIDA de Harvard se calculó que había 13 millones de personas infectadas por el VIH y se estima que esta cifra alcanzará el número de 190 millones para el año 2000.²

Los primeros casos informados de SIDA correspondieron a pacientes homosexuales; se calcula que de los pacientes VIH + el 60% corresponde a homosexuales o bisexuales, el 20% a pacientes que utilizan drogas intravenosas, un 10 por ciento corresponde a homosexuales que además se aplican drogas intravenosas, un 4 % son pacientes que recibieron productos hematológicos contaminados y 6% a heterosexuales.³

El grupo de mayor riesgo para adquirir el VIH continúa siendo el de homosexuales debido a que las relaciones sexuales por vía anal con frecuencia originan lesiones dérmicas, puerta de entrada al virus, y quizá lo más importante es que la mayoría de estos pacientes tienen promiscuidad sexual; se estima que en promedio el homosexual tiene al año más de 100 contactos sexuales diferentes.^{4,5} La práctica sexual anal no es exclusiva del homosexual, se calcula que un 10% de las mujeres lo practica en forma cotidiana;⁶ la relación de hombre mujer con SIDA es de 10-1.⁷ De los pacientes seropositivos al VIH que presentan manifestaciones anorrectales el 95% son del sexo masculino.

Del 15 al 17% de los pacientes VIH + inician sus manifestaciones en el anorrecto y de los restantes, una tercera parte las tendrán en algún momento de su enfermedad, de estos pacientes requerirán tratamiento quirúrgico del 30 al 80%.⁹⁻¹³

Los pacientes VIH + pueden presentar la patología anorrectal común a la población en general^{19,10} como son fístula anal (15%), absceso (30%), hemorroides (17%);⁸ sin embargo presentan otras manifestaciones características, debido a la práctica de relaciones sexuales anales que los predispone a enfermedades de transmisión por esa vía: el 95% de los homosexuales presentan anticuerpos contra el virus del herpes tipo 2,¹⁴ del 90 al 100% son seropositivos para el citomegalovirus (CMV), la ileocolitis sintomática por CMV es la infección intes-

tinal más común en pacientes con SIDA, ocurriendo en aproximadamente el 10%;¹⁵ el 55% de los homosexuales son portadores del gonococo, la mayoría en forma asintomática^{16,17} en tanto que, los condilomas acuminados se han reportado en un 40 a 60% de los homosexuales y pueden mantenerse asintomáticos,¹⁸ la CDC informó un incremento en la incidencia de los condilomas acuminados de 500% de 1966 a 1981.¹⁹

Las manifestaciones anorrectales descritas en la literatura para los pacientes homosexuales VIH + son variables, sin embargo en forma general se describen como más frecuentes a la sepsis perianal los condilomas acuminados, el síndrome diarreico, y la úlcera anal.^{9,12,13,20,21}

En nuestro medio no existe algún estudio que establezca cuáles son las manifestaciones anorrectales más frecuentes en los pacientes VIH +, por lo que, ante la importancia que tiene esta entidad se realizó el presente estudio.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio prospectivo, longitudinal, comparativo y observacional, comprendido de diciembre de 1993 a diciembre de 1994, en el cual se comparan las manifestaciones anorrectales entre 4 grupos: grupo 1 - homosexuales con SIDA, grupo 2 - homosexuales VIH + sin SIDA, y dos grupos de control grupo 3 - homosexuales VIH negativos y grupo 4 - heterosexuales VIH negativos.

Se incluyeron a los pacientes referidos al servicio de Colon y Recto del Centro Médico Nacional «Siglo XXI» del IMSS, a quienes se les realizó exploración proctológica completa, se determinó VIH por prueba de ELISA y Western blot. A todos los pacientes que resultaron ser VIH + se incluyeron en los grupos 1 y 2, correspondiendo para el grupo 1 los estadios 3 y 4 de la CDC y para el grupo 2 los estadios 1 y 2 de la clasificación de la CDC.²²

Los criterios de inclusión fueron: pacientes con patología anorrectal VIH positivos asintomáticos, con SIDA, homosexuales y heterosexuales VIH negativos. Los criterios de no inclusión fueron: pacientes con patología anorrectal previa a seropositividad del VIH y pacientes con inmunosupresión secundaria a otros procesos tales como leucemia, anemia aplásica, trasplante renal, etc.

El análisis estadístico se efectuó mediante tablas de frecuencia y porcentaje. El contraste de los grupos se realizó a través de la prueba de la χ^2 , estableciendo un valor de p menor de 0.05 para considerar las diferencias estadísticamente significativas.

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 83 pacientes en el estudio, la distribución de los grupos fue la siguiente: 20 pacientes para el grupo 1 (homosexuales con SIDA), 25 pacientes para el grupo 2 (homosexuales VIH + sin SIDA), 13 pacientes para el grupo 3 (homosexuales VIH negativos), 25 pacientes para el grupo 4 (heterosexuales VIH negativos). El promedio de edad en años fue para el grupo 1 de 34.15 ± 6.5 , grupo 2 de 33.32 ± 12.02 , grupo 3 de 27.15 ± 9.65 y grupo 4 de 36.88 ± 8.50 (Cuadro 1).

Las patologías encontradas en los cuatro grupos fueron: úlceras anales, condilomas acuminados, fisuras anales, fístula anal, abscesos, hemorroides, proctitis y cáncer del conducto anal.

En cuanto a la patología anorrectal encontrada en los diferentes grupos: en el grupo de homosexuales con SIDA (grupo 1) la úlcera anal fue la lesión más frecuente 55% (11/20), y al ser comparado con los otros grupos se obtuvo $p < 0.05$; se presentó condiloma acuminado en ocho pacientes, fisura anal en cuatro, fístula en dos, absceso en uno, hemorroides en uno, proctitis en dos y cáncer del ano en un paciente.

En el grupo de homosexuales VIH + sin SIDA (grupo 2) hubo predominio de condilomas acuminados representando el 52% de los pacientes (13/25), sin embargo al ser comparado con los otros grupos no alcanzó significancia estadística; se observó dos casos de úlcera anal, fisura anal en seis, fístula anal en seis, absceso en tres, hemorroides en dos, proctitis en uno y dos casos con cáncer anal.

En el grupo de homosexuales VIH negativo (grupo 3), la lesión más frecuente fue el condiloma acuminado presente en el 84% de los pacientes (11/13) con una $p < 0.05$; existió un caso de fisura anal, uno de fístula anal y uno de enfermedad hemorroidal, no se presentaron casos de úlcera anal, abscesos, proctitis o cáncer anal.

En el grupo de heterosexuales VIH negativos (grupo 4), predominaron la fístula anal con un 40% (10/25) y la

enfermedad hemorroidal en el 36% (9/25) con una $p < 0.05$; se identificaron tres casos de fisura anal, un absceso y dos casos de proctitis, no se presentaron casos de condilomas acuminados, úlcera anal ni cáncer del ano.

La diferencia de fisura anal, absceso, proctitis y cáncer entre los cuatro grupos no fue estadísticamente significativa, sin embargo es importante hacer notar que en los pacientes con VIH + y que además tenían condiloma acuminado (21 pacientes) se presentaron tres casos de cáncer del conducto anal (14%), lo cual es mayor a la incidencia de la población general (0.12%). Varios de los pacientes presentaban más de una patología siendo esto casi exclusivo en los pacientes VIH positivos (grupos 1 y 2) de 45 pacientes se encontraron 64 padecimientos, en comparación con los pacientes VIH negativos (grupo 3 y 4) que correspondió a 38 pacientes y se encontraron 39 padecimientos.

DISCUSIÓN

Ante el rápido crecimiento de la epidemia de SIDA, el médico debe conocer, detectar y manejar la amplia variedad de enfermedades desarrolladas en los pacientes VIH positivos incluyendo en forma especial las manifestaciones anorrectales para el cirujano de colon y recto.

Los pacientes homosexuales positivos tienen un doble factor de riesgo para el desarrollo de infecciones anorrectales, la primera de ellas es la práctica de relaciones sexuales anales y el segundo factor es la presencia de inmunosupresión, la cual los hace presa fácil de infecciones oportunistas.^{23,24}

Dentro de las manifestaciones anorrectales más frecuentes en los pacientes con VIH positivo, algunos autores han descrito como la más frecuente a la sepsis perianal, mientras que otros describen al condiloma acuminado.^{25,26} En nuestro estudio encontramos que las manifestaciones anorrectales en los pacientes VIH positivos están en relación con el estadio de la enfermedad (grado de inmunodeficiencia); al comparar los resultados de nuestro

CUADRO 1
CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS PACIENTES

	<i>Homosexuales con SIDA</i>	<i>Homosexuales asintomáticos VIH +</i>	<i>Homosexuales VIH -</i>	<i>Heterosexuales VIH -</i>
Tamaño de muestra	20 pacientes	25 pacientes	13 pacientes	25 pacientes
Sexo	M	M	M	M
Edad (años)	34.1 ± 6.5	33.32 ± 12.02	27.15 ± 9.65	36.88 ± 8.50

estudio con los de la literatura encontramos diferencias, las cuales probablemente son debidas a la división que se realizó en los pacientes en VIH + sin SIDA y con SIDA.

Los pacientes homosexuales en forma global presentan como lesión anorrectal más frecuente a los condilomas acuminados, cuando estos pacientes adquieren el VIH, una amplia gama de manifestaciones anorrectales pueden ser desarrolladas y están en función del grado de inmunodeficiencia, lo cual permite el desarrollo de infecciones por oportunistas así como de neoplasias. En nuestro estudio se encontró que el paciente homosexual VIH positivo puede presentar las manifestaciones anorrectales comunes a la población general, pero conforme se establece el complejo de SIDA los pacientes tienden a desarrollar úlceras anales y malignización de los condilomas acuminados.

La etiología de las úlceras anales no está bien establecida, se han implicado al citomegalovirus, al virus del herpes simple y al mismo virus de la inmunodeficiencia humana,¹² 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;²⁷ 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 etiología fisiopatología y tratamiento correcto de las úlceras anales en el paciente VIH positivo.

CONCLUSIONES

Con base en los resultados obtenidos, encontramos que los pacientes homosexuales VIH positivos presentan una amplia variedad de patologías anorrectales, algunas de las cuales son comunes a la población homosexual y heterosexual VIH negativos, pero que a medida que se desarrolla el SIDA, se presentan lesiones anorrectales características; concluimos que:

1- La lesión anorrectal más frecuente en el paciente homosexual es el condiloma acuminado.

2- 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 homosexual con SIDA.

3- La asociación de VIH + y condiloma acuminado al parecer aumenta el riesgo de carcinoma del ano.

REFERENCIAS

1. Puy-Montbrun T, Denis J, Ganansia R, Mathoniere F, Lemarchand N, Arnus-Dubois N. Anorectal lesion in human immunodeficiency virus infected patients. *Int J Colorectal Dis* 1992; 26: 26-30.
2. Scott H. Harvard team says that AIDS is accelerating. *The Wall Street Journal* 1993 June 4; ct B: 5.
3. Kaldor J. Epidemiological patterns of HIV infection in Australia. *J Acquir Immune Defic Syndr* 1993; 6(Suppl 1): S1-S4.
4. Gebhard PH. The exposure factor- The VD crises: *Report of International Venereal Disease Symposium*. St, Louis, MO, Pfizer Laboratories, 1976.
5. Kinsey AC, Pomeroy WB, Martin CE. *Sexual behavior in the human male*. Philadelphia, WB Saunders 1948; 650-651.
6. Voeller B. AIDS and heterosexual anal intercourse. *Arch Sex Behav* 1991; 20: 233-276.
7. Guinan ME. HIV heterosexual transmission and women (commentary). *JAMA* 1992; 268: 520-521.
8. Orkarin MD, Smith LE. Perineal manifestation of HIV infection. *Dis Colon Rectum* 1992; Vol 35(4): 310-314.
9. Burke EC, Orloff SL, Freise CE y cols. Wound healing after surgery in human immunodeficiency virus-infected patients. *Arch Surg* 1991; 126: 1267-1271.
10. Scholefield JH, Northover JM, Carr ND. Male homosexuality, HIV infection and colorectal surgery. *Br Surgery* 1990; 77: 493-495.
11. Safavi A, Gottesman L, Dailey TH. Anorectal surgery in the HIV+ patient: update. *Dis Colon Rectum* 1991; 34: 299-304.
12. Schmitt SL, Wexner SD, Nogueras JJ y cols. Is agresive management of perianal ulcers in homosexual HIV seropositive men justified? *Dis Colon Rectum* 1993; 36: 240-246.
13. Viamonte M, Dailey TH, Gottesman L. Ulcerative disease of the anorectum in the HIV+ patient. *Dis Colon Rectum* 1993; 36: 801-805.
14. Nerurkar L, Goedrt J, Wallen W y cols. Study of antiviral antibodies in sera of homosexual men. *Fed Proc* 1983; 42: 6109.
15. Lange M, Klein EB, Kornfield H y cols. Cytomegalovirus isolation from healthy homosexual men. *JAMA* 1984; 252: 1908-1910.
16. Judson FN, Penley KA, Robinson ME y cols. Prevalence and site pathogen studies of *Neisseria meningitides* and *Neisseria gonorrhoeae* in homosexual men. *Am J Epidemiol* 1980; 112: 836-843.
17. Ostrow DG, Shaskey D, Steffen y cols. Epidemiology of gonorrhea infections in gay men. *J Homosex* 1980; 5: 285-289.
18. Sohn N, Robilotti JG. Gay bowel syndrome; A-review of colonic and rectal conditions in 200 male homosexuals. *Am J Gastroenterol* 1977; 67: 478-484.
19. Condylomata acuminatum - United States, 1966-1981: Current trends. *MMWR* 1983; 32: 306-308.
20. Hyder JW, Mackeigam JM. Anorectal and colonic disease and immunocomprised host. *Dis Colon Rectum* 1989; 31: 971-976.
21. Miles AJG, Mellor CH, Gazzard B y cols. Surgical management of anorectal disease in HIV positive homosexual. *Br J Surg* 1990; 77: 869-871.
22. Centers for Disease Control. Update on acquired immunodeficiency syndrome. CDC Publication on AIDS. *National Health Publishing* 1988; II: 119-23.
23. Drew WL, Buhles W, Erlich KS. Herpes virus infection. *Inf Dis Clin N Am* 1988; 2: 495-509.
24. Frager DH, WolfEL. Cytomegalovirus colitis in acquired immunodeficiency syndrome: radiology spectrum. *Gastrointest Radiol* 1986; 11: 241-246.
25. Van Gossom M, Puy-Montbrun T, Ganansia R. Anal and perianal lesion observed in subjects infected with HIV virus. *Acta Urol Bel* 1993; 61: 517-523.
26. Beck DE, Jaso RG, Zajac RA. Proctologic management of the HIV positive patients. *South Med J* 1990; 83: 900-903.
27. Matsuyama T, Kobayashi N, Yamamoto N. Cytokines and HIV infection: is AIDS a tumor necrosis factor disease? *AIDS* 1991; 5: 1405-15.