



## HOSPITAL GRAL. DE AGUDOS J.M. RAMOS MEJÍA COMITÉ DE SIDA

---

### DOCUMENTO DE CONSENSO

### PATOLOGIA COLOPROCTOLÓGICA EN VIH

#### INTRODUCCIÓN

Los pacientes con infección por VIH presentan con frecuencia trastornos anorrectales, caracterizados por dolor perianal, úlceras, tumoraciones, secreciones o sangrados. Estos pueden deberse a patologías benignas (infecciones, hemorroides, fisuras, fístulas) o neoplasias.

El cáncer anal ha incrementado su incidencia dramáticamente en las últimas décadas, encontrándose un claro vínculo en su etiopatogenia con el virus del papiloma humano (HPV). Los pacientes con VIH, presentan claramente una mayor incidencia de infección por HPV especialmente los HSH (Hombres que tienen Sexo con Hombres).

Las lesiones anales, en su evolución, pasan de un estadio menor (displasia de bajo grado) a uno mayor (displasia de alto grado), siendo éste un momento crucial donde un seguimiento y tratamiento precoz conseguirían minimizar la tasa de conversión al cáncer. De esta manera, se hace imprescindible establecer una pauta de manejo que nos permita un abordaje completo y resolutivo de estos pacientes.

El propósito de este documento es aportar una herramienta práctica tendiente a optimizar el árbol de decisiones en cuanto a la enfermedad coloproctológica, lo que nos permitirá un apropiado uso de recursos, mejor abordaje y rápido beneficio del paciente.

#### LESIONES ANALES y YUXTAANALES

Se caracterizan por dolor y secreción anorrectal, proctorragia, y la presencia de lesiones tumorales que motivan el estudio de la región perianal. Se pueden observar tanto patología oportunista o específica (úlceras herpéticas, SK) como lesiones inespecíficas (hemorroides, fisuras) y enfermedades de transmisión sexual (condilomas acuminados). Se debe destacar que la prevalencia de estas lesiones no ha variado con la introducción del TARV. En nuestro país, la población predominante de HIV es la de usuarios de drogas intravenosas (UDIV), siendo el principal hallazgo las hemorroides (30-32%) y las fisuras anales (18-20%), mientras que en grupos con mayor proporción de homosexuales la patología infecciosa es dominante.

#### -Condilomas acuminados

Son lesiones producidas por el papillomavirus humano (HPV), que toman el aspecto de pápulas verrugosas, blandas, de pequeño tamaño que coalescen en masas con aspecto de coliflor. Se considera la infección de transmisión sexual más frecuente entre varones homosexuales y constituyen el 30% de las



## HOSPITAL GRAL. DE AGUDOS J.M. RAMOS MEJÍA COMITÉ DE SIDA

---

consultas proctológicas en HIV. El HPV se halla en más del 80% de las biopsias rectales en homosexuales. La recurrencia luego del tratamiento inicial está asociada con el compromiso inmunológico y la presencia de lesiones intraepiteliales de alto grado, precursoras de carcinoma, dada la conocida capacidad oncogénica de ciertos subtipos de HPV como el 16, 18, 31, y 33.

El tratamiento dependerá del tamaño (condilomatosis gigante) y localización (piel perianal o conducto anal) de las lesiones, así como del resultado del PAP y biopsia que se realicen oportunamente dado su potencial oncogénico, variando desde topicaciones ambulatorias hasta la ablación quirúrgica de las lesiones.

### **-Úlceras anales**

Constituyen un hallazgo frecuente que representan un 10-15% de la patología anal. Más de la mitad de los casos se deben a Herpes simple (HSV). El raspado para examen citológico o la biopsia cutánea de la porción externa de las lesiones o la biopsia endoscópica intrarrectal permitirán el diagnóstico. En segundo lugar se pueden encontrar úlceras asociadas a CMV, TBC, sífilis entre las más frecuente, y en menor medida úlceras producidas por linfogranuloma venéreo o asociadas a *ureaplasma urealyticum* y a actinomicosis. Por último las úlceras idiopáticas pueden presentarse en la región anal y ser profundas e invalidantes.

### **-Fístula perianal**

Los orificios fistulosos son señalados por la secreción anal purulenta, referida erróneamente por el paciente como diarrea. La resolución es quirúrgica.

### **-Infecciones sexuales anorrectales**

Son más frecuentes en varones homosexuales, con síntomas que no difieren de los observados en la población general. La proctitis y/o criptitis asociadas a secreción anal mucopurulenta puede deberse a *Neisseria gonorrhoeae*. Puede cursar con prurito anal y proctorragia, basándose el diagnóstico en el directo y cultivo de una muestra por hisopado rectal. Se puede iniciar tratamiento empírico con ceftriaxona o ciprofloxacina hasta ver resultado del cultivo. Las infecciones por *Chlamydia*, especialmente los serotipos B y D son responsables de proctitis, en tanto los L1, L2 y L3 causan el linfogranuloma venéreo, que puede presentarse con úlceras anales o perianales.

### **-Tumores anales**

De igual manera que en el resto del tubo digestivo, el más frecuente es el SK. Las lesiones intraanales pueden ser dolorosas si se encuentran ulceradas. También el Linfoma No Hodgkin (LNH) puede adoptar diferentes aspectos y asentar sobre lesiones previas como fístulas perianales o úlceras crónicas. El



## HOSPITAL GRAL. DE AGUDOS J.M. RAMOS MEJÍA COMITÉ DE SIDA

carcinoma epidermoide anal, considerado uno de los tumores característicos del Sida, ha incrementado su incidencia en los últimos años. A pesar del TARV

el riesgo de desarrollar este tipo de lesiones no ha variado, por lo que un método específico de tamizaje en pacientes de alto riesgo, con seguimiento de lesiones precursoras y tratamientos efectivos es imprescindible.

Nuestra sugerencia es que todo paciente con VIH y patología anorrectal debe ser derivado por consultorio de Proctología a fin de realizar un diagnóstico (**ver apéndice**). La evaluación diagnóstica se llevará a cabo mediante una completa anamnesis, inspección, tacto rectal, anoscopía y rectoscopía con eventual toma de muestra para cultivo y/o biopsia según cada caso en particular.

### CONDUCTA

De acuerdo al informe del PAP:

- Normal: control con PAP anual.
- LSIL (lesión intraepitelial de bajo grado: AIN1) conducta expectante y se hará control con PAP semestral.
- HSIL (lesión intraepitelial de alto grado: AIN 2, AIN 3, Carcinoma in situ (CIS)): tratamiento quirúrgico mediante ablación o cauterización de las lesiones.
  - Si el compromiso <75% de la circunferencia anal (AIN 2): el tratamiento será en una sola etapa.
  - Si el compromiso 75-100% (AIN 3 o CIS): el tratamiento será en etapas para evitar la aparición de la estenosis anal.

### SEGUIMIENTO

Luego de una cirugía se controlará al paciente a los 7 días, 1 mes, 6 meses y 1 año. En caso de Cáncer invasor se sugiere tratamiento coadyuvante con quimioterapia.

Grupos de riesgo pasibles de PAP anal:

- Pacientes HIV positivos, especialmente HSH.
- Mujeres con antecedentes de HPV ginecológico (cervical, vulvar o vaginal)
- Pacientes con condilomas perianales.



## HOSPITAL GRAL. DE AGUDOS J.M. RAMOS MEJÍA COMITÉ DE SIDA

---

### **BIBLIOGRAFIA:**

1. Palefsky JM. Anal human papillomavirus infection and anal cáncer in HIV-positive individuals. *AIDS* 1994, 8: 283-295.
2. Palefsky JM, et al. Anal intraepithelial neoplasia in the highly active antiretroviral therapy era among HIV-positive men who have sex with men. *AIDS* 2005, 19: 1407-14.
3. Chiao EY, Giordano TP, Palefsky JM, Tyring S and El Serag H. Screening HIV-infected individuals for anal cancer precursor lesions: a systematic review. *Clin Infect Dis* 2006;43: 223-33.
4. Modesto VL, Gottesman L. Sexually transmitted diseases and anal manifestations of AIDS. *Surg Clin North Am* 1994; 74: 1433-64.
5. González-Ruiz C, Heartfield W, Briggs B. Anorectal pathology in HIV/AIDS-infected patients has not been impacted by highly active antiretroviral therapy. *Dis Colon Rectum* 2004; 47: 1483-86.
6. Puy M et al. Anorectal lesions in HIV infected patients. *Int J Colorect Dis* 1992; 7: 26-30.
7. Surawicz CM, Kirby P. Anal dysplasia in homosexual men: role of anoscopy and biopsy. *Gastroenterology* 1993; 105: 658-66.
8. Berry J, Palefsky JM, Welton M. Anal cancer and its precursors in HIV positive patients: perspectives and management. *Surg Oncol Clin North Am* 2004; 13: 355-73.
9. Benetucci J. Sida y enfermedades asociadas. 3ª Edición, Tomo 1, 2008; 20: 425-26.



## HOSPITAL GRAL. DE AGUDOS J.M. RAMOS MEJÍA COMITÉ DE SIDA

---

### **APENDICE**

#### **-Definiciones:**

-AIN: Neoplasia Intraepitelial Anal (por sus siglas en inglés).

-CIS: Carcinoma in situ.

-PAP anal anormal:

1. Células escamosas atípicas de significado indeterminado (coilocitos).
2. AIN 1: reemplazo epitelial del 20-25% por células inmaduras con alta relación núcleo/citoplasma.
3. AIN 2: reemplazo epitelial del 50%. por células inmaduras con alta relación núcleo/citoplasma.
4. AIN 3: reemplazo epitelial > 75% por células inmaduras con alta relación núcleo/citoplasma.
5. CIS: reemplazo del 100% sin atravesar la membrana basal.

**-PAP anal:** Consiste en una muestra de la celularidad del epitelio del conducto anal. **Técnica:** se inserta un hisopo embebido en solución fisiológica hasta los 4-5 cms del margen anal (límite externo del orificio anal). Se lo rota mientras se lo retira y se ejerce presión contra la pared del conducto anal. Con este material se realiza un frotis que se fija en alcohol 95° antes de que transcurran 10 segundos.

**-Información anexa sobre consultorios:** El consultorio de Coloproctología estará dedicado exclusivamente a la atención de los pacientes. Atenderá los días jueves a partir de las 09:15 hs en el consultorio del 1° piso del pabellón quirúrgico. Los turnos podrán solicitarse de lunes a viernes por la mañana en la secretaría del 3° piso (Srta. Roxana). No es preciso realizar ninguna preparación para la consulta a menos que se indique expresamente.



## **HOSPITAL GRAL. DE AGUDOS J.M. RAMOS MEJÍA COMITÉ DE SIDA**

---

### Autores:

Mattacheo Adrián; Bruguera José María; Losso Marcelo H. en representación del Comité de SIDA y miembros del equipo de consenso.

### Comité de SIDA:

Dr. Javier Toibaro, Dra. Viviana Ybarra, Enf. Juan Ebenstejin, Dr. Alejandro Hakim, Dra. Irene Foradori, Lic. Liliana León, Farm. María Inés Morales.

### Equipo de Consenso:

Dr. Eduardo Marini, Dra. Mercedes Arrupe, Dr. Mario Oxilia.