



Prevalencia de patología ano-rectal en pacientes portadores de VIH/SIDA

César Muñoz C., Juan Andrés Mansilla E., Claudia Heider C.,
M. José Leal W. y Carolina Chain A.

Prevalence of ano-rectal pathology in HIV/AIDS patients

Introduction: The ano-rectal pathology (ARP) is the most common surgical condition in patients with human immunodeficiency virus (HIV) infection and acquired immunodeficiency syndrome (AIDS). Our aim was to determine the current prevalence and clinical characteristics of the ARP in patients with HIV/AIDS in clinical control in the infectious diseases unit of the Hernán Henríquez Aravena Hospital in Temuco. **Patients and Method:** *Study design:* Cross section. *Location and period:* Infectious Diseases Unit of the hospital during the month of June 2010. *Inclusion criteria:* Patients with HIV/AIDS under control in the unit, medical records were analyzed and complete physical examination was performed. **Results:** In the period of study 384 patients were in control in the unit. Fifty had ARP which is a prevalence of 13%. Anal condyloma disease and hemorrhoidal disease were the most common diseases. Most patients (76%) were on antiretroviral therapy with good clinical response. **Conclusion:** The prevalence of ARP in HIV/AIDS patient has increased in recent years. This study shows a change in the pattern of presentation, being anal condyloma the most common ARP.

Key words: HIV seropositivity/pathology; anal canal; rectal disease.

Palabras clave: VIH, seropositividad/patología; canal anal; enfermedad rectal.

Universidad de La Frontera,
Temuco, Chile.

Departamento de Cirugía (CMC,
JAME, CHC, MJLW).

Hospital Doctor Hernán
Henríquez Aravena, Temuco,
Chile.

Unidad de Infectología (CCA).

Recibido: 18 de mayo de 2011

Aceptado: 29 de septiembre de
2011

Correspondencia a:

César Muñoz Castro
cesarmunozcastro@gmail.com

Introducción

La patología ano-rectal (PAR) es la afección quirúrgica más frecuente en pacientes portadores del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)¹. La infección por VIH produce alteraciones de la inmunidad humoral, por disminución de inmunoglobulina A; y de la inmunidad celular, por destrucción de las células de Langerhans y depleción de linfocitos T (CD4 y CD8), que favorecen la aparición de PAR^{2,3}.

En la actualidad, el diagnóstico en etapas más precoces, así como el mayor acceso a terapia anti-retroviral (TARV) han permitido aumentar las expectativas de vida de los pacientes portadores de VIH/SIDA, lo que se traduce en cambios epidemiológicos de las enfermedades que afectan a estos pacientes^{4,5}.

Nuestra hipótesis es que el mejor conocimiento y tratamiento de la infección por VIH/SIDA, así como el mayor acceso a TARV, se traduce en un cambio en la prevalencia y las características de la PAR en pacientes portadores de la enfermedad.

El objetivo de este estudio es determinar la prevalencia actual y las características clínicas de la PAR en pacientes portadores de VIH/SIDA en control clínico en la Unidad de Infectología del Hospital Doctor Hernán Henríquez Aravena de Temuco.

Pacientes y Método

Diseño de estudio: Corte transversal.

Lugar y período de estudio: Unidad de Infectología del Hospital Doctor Hernán Henríquez Aravena de Temuco durante el mes de junio del año 2010.

Criterios de inclusión: Se incluyó a todos los pacientes portadores de VIH/SIDA en control clínico en la Unidad de Infectología del Hospital Doctor Hernán Henríquez Aravena de Temuco.

Criterios de exclusión: No considerados en este estudio.

Medición: A todos los pacientes portadores de VIH/SIDA, en control en la unidad, se les realizó una revisión de su historial clínico y un examen físico clínico.

Variables estudiadas: Bio-demográficas, tipo de PAR, etapa clínica de la enfermedad, estado inmune (recuento de linfocitos T CD₄), carga viral y utilización de TARV.

Análisis de laboratorio: La determinación de linfocitos T CD₄ para evaluar el estado inmune de los pacientes portadores de VIH-SIDA, se realizó mediante citometría de flujo (*Equipo modelo:* BD FACSCanto II, Beckton-Dickinson®);



Kit de anticuerpos: MultiTEST CD3-FITC/CD8-PE/CD45-PerCP/CD4-APC, Catalog N:340499, Becton-Dickinson®; Tubos: BD Trucount Tubes, Catalog N:340334, Becton-Dickinson®). La determinación de la carga viral se realizó mediante reacción de polimerasa en cadena, en tiempo real (*Técnica:* amplificación basada en secuencia de ácidos nucleicos (NASBA®); *Termociclador:* NucliSENS EasyQ® Diagnostics) en el laboratorio de diagnóstico molecular de la Universidad Católica de la Santísima Concepción.

Análisis estadístico: Se realizó en base a estadística descriptiva con medidas de tendencia central y dispersión. Se aplicó estadística analítica para variables cuantitativas no paramétricas relacionadas e independientes (Prueba de la suma de rangos con signo de Wilcoxon y Mann-Whitney) y cualitativas no paramétricas relacionadas (McNemar) en el software estadístico STATA 10.0®.

Reporte del estudio: La redacción de este manuscrito se ha realizado siguiendo las recomendaciones de la iniciativa STROBE para el reporte de estudios de corte transversal.⁶

Resultados

En el período de estudio se encontraban en control clínico 384 pacientes portadores de VIH/SIDA en la

Unidad de Infectología del Hospital Doctor Hernán Henríquez Aravena de Temuco. Cincuenta pacientes del total, presentaron algún tipo de PAR al examen físico, lo que constituye una prevalencia del 13%. El 96% correspondió a sexo masculino. La media de edad de los pacientes fue de $35 \pm 8,4$ años (Tabla 1).

La PAR más frecuente fue la condilomatosis anal (92%) y la patología hemorroidal (8%). El 24% de los pacientes presentaba más de un tipo de patología ano-rectal (Tabla 2).

En catorce pacientes (28%) el diagnóstico de VIH/SIDA se hizo tras la consulta por la PAR. En estos pacientes la mediana de recuento de linfocitos T CD₄ fue 112,5 (35-304) céls/mm³ y la carga viral 134.000 (23.000-240.000) copias/mm³.

El tiempo medio entre el diagnóstico de VIH/SIDA y la PAR en los restantes pacientes fue 52 ± 118 meses. La media del recuento de linfocitos T CD₄ al momento del diagnóstico de VIH/SIDA en estos pacientes fue de 214,5 (112-446) céls/mm³ ($p < 0,05$) y la carga viral 9.900 (210-100.000) copias/mm³ ($p = NS$).

Al momento de realizar la medición para este estudio (junio 2010), 76% de los pacientes portadores de PAR se encontraban en TARV con una media de recuento de linfocitos T CD₄ de 433 (305-573) céls/mm³ y en 95% de ellos la carga viral era < 80 copias/mm³. Al comparar el recuento de linfocitos T CD₄ y la carga viral al momento del diagnóstico de la infección por VIH/SIDA con los valores de las evaluaciones inmunes al momento de la medición para este estudio, se apreció una mejoría en ambos valores; no obstante, sólo el recuento de linfocitos T CD₄ fue significativamente mayor ($p < 0,001$). El 50% de los pacientes se encontraba en etapa A2 de la infección por VIH y 20% en etapa de SIDA (Tabla 1).

Tabla 1. Características generales de 50 pacientes con patología ano-rectal y portadores de infección por VIH/SIDA. Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena, Temuco, Chile

	Al diagnóstico de infección por VIH/SIDA	Al momento del estudio
Edad	30,9 ± 8,4 (15-54)	35 ± 8,4 (16-55)
Estado inmune		
RL T CD ₄	178,5 (71-429)	433 (305-573)
CV < 80 copias/mm ³	7	35
Etapa VIH/SIDA		
A1	9 (18%)	13 (26%)
A2	14 (28%)	25 (50%)
A3	10 (20%)	5 (10%)
B1	0	2 (4%)
B2	1 (2%)	0
B3	2 (4)	1 (2%)
C1	0	0
C2	0	1 (2%)
C3	14 (28%)	3 (6%)

RL T CD₄: Recuento linfocitos T CD₄; CV: Carga viral; TARV: Terapia antiretroviral.

Tabla 2. Características clínicas de la patología ano-rectal (PAR) en 50 pacientes portadores de infección por VIH/SIDA. Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena, Temuco, Chile

Tipo de PAR	n	%
Condilomas anales	46	92
Hemorroides	4	8
Fisura anal	3	6
Absceso anorectal	3	6
Sarcoma de Kaposi	1	2
Fístula perianal	1	2
24% (12 Pacientes) presentan más de 1 PAR.		



Discusión

En el verano de 1981, la aparición de un patrón de enfermedades oportunistas en pacientes jóvenes, homosexuales, previamente sanos, con linfadenopatías persistentes, era el inicio de la pandemia que actualmente causa más de 15.000 nuevos casos diariamente⁵. Tras la identificación y comunicación del VIH como agente causal del SIDA, la investigación sobre este retrovirus se centró en la búsqueda de un tratamiento para el control de la enfermedad. La primera terapia efectiva fue el inhibidor de la transcriptasa reversa zidovudina (AZT)⁷. Desde entonces, el desarrollo de nuevas terapias, así como el mayor conocimiento de la enfermedad ha permitido mejorar la atención y pronóstico de enfermedades oportunistas, y las expectativas de vida de los pacientes portadores de VIH/SIDA.⁵

La PAR es más frecuente en pacientes portadores de VIH/SIDA que en la población general^{3,8}, y esto se explica tanto por las alteraciones inmunológicas que produce el virus, como por la práctica del coito anal.⁹ Si bien, esta práctica aumenta el riesgo de desarrollar PAR entre los pacientes seronegativos, la frecuencia es menor que en los seropositivos para VIH/SIDA y las características clínicas son diferentes^{10,11}.

En el año 1998, Bannura et al⁹, reportaron una prevalencia de 5% de PAR en pacientes portadores de VIH/SIDA en control clínico en una unidad especializada en nuestro país, donde la principal patología correspondió a procesos sépticos ano-rectales; esta situación difiere de nuestro estudio, lo que también ha sido observada por otros autores¹².

El mayor acceso a la TARV si bien ha mejorado las expectativas de vida y permite mejorar la respuesta inmune en los pacientes, como se evidencia en nuestro estudio, donde la media del recuento de linfocitos CD4 ha aumentado con respecto a la media al momento del diagnóstico, esta terapia no ha demostrado disminuir la prevalencia de la PAR en pacientes portadores de VIH/SIDA¹², situación que también es manifiesta en nuestro estudio, donde 64% de los pacientes se encuentra en TARV y globalmente se aprecia una mayor prevalencia de PAR que en series similares publicadas hace más de 10 años⁹. Otros estudios¹², han mostrado el mismo efecto de la TARV en relación a la prevalencia de PAR en estos pacientes.

En cuanto a las características clínicas de la PAR, observamos en nuestro estudio una baja prevalencia de procesos sépticos ano-rectales. Esto se puede explicar por el mejor control de la inmunosupresión inducida por el virus, así como por el mayor promedio de edad de los pacientes que permite la aparición de PAR más crónica que aguda. Este fenómeno también se ha observado en otras patologías como la cardiopatía coronaria o la insu-

ficiencia hepática en pacientes co-infectados con virus de hepatitis B o C, donde estas patologías se convierten en un problema mayor que la infección por el VIH⁵.

Una consideración particular debe realizarse sobre los pacientes portadores de condilomatosis anal. Existe evidencia, que los pacientes portadores del virus del papiloma humano (VPH) y condilomatosis perianal tienen un mayor riesgo de carcinoma escamoso del canal anal¹³. La condición de portador del VPH en el canal anal, y en particular de los subtipos oncogénicos, es un factor de riesgo independiente para el desarrollo de PAR⁴. Es posible el diagnóstico en etapas tempranas de lesiones intraepiteliales (NIE) del canal anal por medio de programas de seguimiento estricto y tratamiento quirúrgico oportuno^{14,15}. El Papanicolau del canal anal ha demostrado sensibilidades que fluctúan entre 45 y 98% para la detección de frotis atípicos dependiendo de la técnica utilizada¹⁶. Algunos estudios de costo-efectividad de la vacunación en población masculina para el VPH sugieren un beneficio tanto para la prevención del cáncer del cuello uterino como para la disminución de las lesiones intraepiteliales y cáncer del canal anal^{8,17-19}.

Por otra parte, llama la atención, que en nuestro estudio no encontramos úlceras ano-rectales crónicas idiopáticas asociadas a la infección por VIH/SIDA. Esta patología se presenta en un porcentaje importante de los pacientes en algunos estudios²⁰ y creemos se puede deber al número de pacientes y al período de tiempo (un mes) en el cual hicimos la medición.

Finalmente, nuestro estudio sugiere un cambio epidemiológico, tanto en la prevalencia como en las características de la PAR en pacientes portadores de VIH/SIDA, situación que debe ser considerada para el diseño de programas de seguimiento y tamizaje de carcinoma del canal anal en nuestro país, como ya ha sido implementado en otros países²¹.

Resumen

Introducción: La patología ano-rectal (PAR) es la afección quirúrgica más frecuente en pacientes portadores del virus de la inmunodeficiencia adquirida (VIH) y del síndrome de la inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Nuestro objetivo fue determinar la prevalencia actual y las características clínicas de la PAR en pacientes portadores de VIH/SIDA en control clínico en la unidad de infectología del Hospital Doctor Hernán Henríquez Aravena de Temuco. **Materiales y Método:** Diseño de estudio: Corte transversal. Lugar y período: Unidad de Infectología del Hospital Doctor Hernán Henríquez Aravena de Temuco durante el mes de junio de 2010. Criterios de inclusión: Pacientes portadores de VIH-SIDA en control en la unidad, se analizó su historial clínico y se realizó un examen físico completo. **Resultados:** Durante el período 384 pa-



cientes se encontraban en control en la unidad. Cincuenta presentaron PAR lo que constituye una prevalencia del 13%. La condilomatosis anal y la enfermedad hemorroidal fueron las patologías más frecuentes. La mayoría de los pacientes (76%) se encontraban en terapia anti-retroviral

y con buena respuesta clínica. *Conclusión:* La prevalencia de patología ano-rectal en pacientes portadores de VIH/SIDA se ha incrementado en los últimos años. Se aprecia un cambio en las características clínicas de presentación, siendo la condilomatosis anal la PAR más frecuente.

Referencias

- Whitlow Ch, Gottesman L. Sexually Transmitted Diseases. In: Wolff B, Fleshman J, Beck D, Pemberton J, Wexner S, editors. The ASCRS Textbook of Colon and Rectal Surgery. New York: Springer Science+Business Media; 2007 p. 256-68.
- Porth C. Alterations in the immune response. Essential of Pathophysiology: Lippincott Williams & Wilkins; 2003. p. 168-90.
- Nadal S, Manzione C, Galvao V, Salim V, Speranzini M. Perianal disease in HIV-positive patients compared with a seronegative population. Dis Colon Rectum 1999; 42 (5): 649-54.
- Goldstone S E, Moshier E. Detection of oncogenic human papillomavirus impacts anal screening guidelines in men who have sex with men. Dis Colon Rectum 2010; 53 (8): 1135-42.
- Mandell B. HIV: Just another chronic disease. Clev Clin J Med. 2010; 77 (8): 489.
- Von Elm E, Altman D G, Egger M, Pocock S J, Gotsche P C, Vandenbroucke J P, et al. The strengthening the reporting of observational studies in epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. J Clin Epidemiol. 2008; 61(4): 344-9.
- Fauci A S. HIV and AIDS: 20 years of science. Nature 2003; 9 (7): 839-43.
- Gilbert P A, Brewer N T, Reiter P L. Association of human papillomavirus-related knowledge, attitudes, and beliefs with HIV status: a national study of gay men. J Low Genit Tract Dis 2011; 15 (2): 83-8.
- Bannura G, Torres J, Melo C, Uribe S, Contreras J. Patología proctológica en pacientes VIH. Rev Chil Cir. 1998; 50(5): 493-7.
- Lampinen T M, Miller M L, Chan K, Anema A, van Niekerk D, Schilder A J, et al. Randomized clinical evaluation of self-screening for anal cancer precursors in men who have sex with men. Cytojournal 2006; 3: 4.
- Goldstone S, Palefsky J M, Giuliano A R, Moreira E D, Jr., Aranda C, Jessen H, et al. Prevalence of and risk factors for human papillomavirus (HPV) infection among HIV-seronegative men who have sex with men. J Infect Dis 2011; 203 (1): 66-74.
- González-Ruiz C, Heartfield W, Briggs B, Vukasin P, Beart R. Anorectal pathology in HIV/AIDS-infected patients has not been impacted by highly active anti-retroviral therapy. Dis Colon Rectum 2004; 47(9): 1483-6.
- Wong A K, Chan R C, Aggarwal N, Singh M K, Nichols W S, Bose S. Human papillomavirus genotypes in anal intraepithelial neoplasia and anal carcinoma as detected in tissue biopsies. Mod Pathol 2010; 23 (1): 144-50.
- de la Fuente S, Ludwig K, Mantyh C. Preoperative immune status determines anal condyloma recurrence after surgical excision. Dis Colon Rectum 2003; 46 (3): 367-72.
- Barrera A, Mansilla J A, Bannura G, Peñaloza P, Dabanch J, Zúñiga C, et al. Tratamiento quirúrgico de condilomas perianales en pacientes VIH positivos. Rev Chil Cir 2006; 58 (6): 451-5.
- Nadal S, Horta S, Calore E, Nadal L, Manzione C. How far into the anal canal should the brush be introduced for more efficient cytological evaluation? Rev Assoc Med Bras 2009; 55 (6): 749-51.
- Kim J J. Targeted human papillomavirus vaccination of men who have sex with men in the USA: a cost-effectiveness modelling analysis. Lancet Infect Dis. 2010; 10 (12): 845-52.
- Giuliano A R, Palefsky J M, Goldstone S, Moreira E D, Jr., Penny M E, Aranda C, et al. Efficacy of quadrivalent HPV vaccine against HPV infection and disease in males. N Engl J Med. 2011; 364(5): 401-11.
- Membrilla-Fernández E, Pares D, Alameda F, Pascual M, Courtier R, Gil MJ, et al. Anal intraepithelial neoplasia: application of a diagnostic protocol in risk patients using anal cytology. Cir Esp 2009; 85(6): 365-70.
- Barret W, Callahan T, Orkin B. Perianal manifestation of human immunodeficiency virus infection. Dis Colon Rectum 1998; 41 (5): 606-12.
- Nahas C, da Silva Filho E, Segurado A, Genevicius R, Gerhard R, Gutiérrez E, et al. Screening anal dysplasia in HIV-infected patients: is there an agreement between anal pap smear and high-resolution anoscopy-guided biopsy? Dis Colon Rectum. 2009; 52 (11): 1854-60.