

Enfermedades Anorrectales en Pacientes con Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)

Josep Rius MD*, Juan J Nogueras MD*

* From the Department of Colorectal Surgery, Cleveland Clinic Florida, Fort Lauderdale, Florida, USA.

Correspondence and reprint request: Dr. Juan Nogueras, Department of Colorectal Surgery, Cleveland Clinic Florida, 3000 West Cypress Creek Road, Ft Lauderdale, Florida 33309. Tel: (305) 978-5238. Fax: (305) 978-5757.

RESUMEN Antecedentes: La incidencia de enfermedad relacionada a infecciones por VIH ha aumentado dramáticamente en la última década. Muchos de estos pacientes presentarán manifestaciones anorrectales específicas. **Objetivo:** Este artículo de revisión se realizó para discutir las implicaciones diagnósticas y terapéuticas de las enfermedades anorrectales en pacientes con infección por VIH. **Resultados:** Una historia clínica detallada de las preferencias sexuales es importante para documentar el modo de transmisión. La naturaleza de las manifestaciones anorrectales debe entonces evaluarse y clasificarse como infecciosa, neoplásica o idiopática. El tratamiento deberá planearse de acuerdo a la categoría. **Conclusiones:** En los noventa, es importante que el médico que cuida de los pacientes con enfermedades anorrectales esté familiarizado con las enfermedades relacionadas con la infección por VIH, y con sus planes de diagnóstico y tratamiento.

Palabras clave: VIH, enfermedades anorrectales.

Desde 1981 se han diagnosticado en Estados Unidos más de 230,000 casos¹ de síndrome de inmunodeficiencia adquirida (AIDS), con una población infectada por VIH de alrededor de 1,500,000 personas², en una proporción hombres/mujeres de 10:1³. La vía de contaminación es importante para conocer la forma de presentación de la enfermedad; la población homosexual o bisexual presenta una variedad de trastornos distinta de los pacientes con AIDS por abuso de drogas, heterosexuales o hemofílicos. Constituyen las dos terceras partes de todos los pacientes con AIDS⁴, por lo que la incidencia de patología anorrectal es muy

SUMMARY Background: The incidence of VIH-related disease has arisen dramatically in the last decade. Many of these patients will present with specific anorectal complaints. **Purpose:** This review paper was performed to discuss the diagnostic and therapeutic implications of anorectal diseases in patients with VIH infection. **Results:** A detailed sexual history is important in order to document the mode of transmission. The nature of the anorectal complaint is then evaluated and classified as infectious, neoplastic or idiopathic. Treatment should be planned accordingly. **Conclusions:** In the 1990's it's important that the physician who cares for patients with anorectal complaints be familiar with VIH-related diseases and their treatment plans.

Key words: VIH, anorectal diseases.

elevada. El motivo exacto por el que este grupo de pacientes presenta patología anorrectal no está absolutamente descifrado, sin embargo, existe la evidencia de que su mucosa rectal contiene un número muy bajo de linfocitos T (OKT-4, CD-4) y un aumento de células depresoras (OKT-8, CD-8)⁵, siendo los aloantígenos espermáticos la causa directa de esta alteración inmunológica⁶.

Un estudio de Wexner y colaboradores⁷ halló que el 15% de los pacientes con AIDS o que eran formalmente conocidos como *AIDS-related complex* (ARC) y pre-AIDS presentaban patología anorrectal antes del diag-

nóstico de la enfermedad. Además, 116 de 340 pacientes AIDS, pre-AIDS y ARC (34%) presentaron algún trastorno anorrectal durante el desarrollo de su enfermedad. La manifestación más usual fue la sepsis perianal, observada en el 58% de los pacientes⁸. Otras presentaciones fueron los condilomas acuminados anales, sarcoma de Kaposi, citomegalovirus, carcinoma *in situ*, linfoma, proctitis tuberculosa, histoplasmosis perianal, cáncer invasivo y úlceras anales. Las infecciones por herpes (HSP) están ausentes porque en este estudio sólo se contabilizaron los pacientes que iban a ser intervenidos quirúrgicamente.

Por contra, en un estudio de Wolkomir⁹ sobre 474 enfermos de AIDS, de 14 pacientes IV-AIDS intervenidos quirúrgicamente por patología anorrectal, el diagnóstico no fue, en ningún caso, una enfermedad infecciosa o una neoplasia maligna de esta zona. Este hallazgo es diametralmente opuesto a los que se realizan en pacientes homosexuales y sirve para ilustrar la importancia de la etiología del AIDS. Paralelamente se ha demostrado que la incidencia de sarcoma de Kaposi es sólo del 3% en pacientes IV-AIDS¹⁰, así como un aumento en la incidencia de linfomas viscerales en pacientes solteros, en comparación con los casados¹¹. Estas observaciones sugieren que tanto los linfomas como el sarcoma de Kaposi tienen más relación con la actividad homosexual que con el propio AIDS.

DIAGNOSTICO Y ESTADIAJE

Después de un periodo de latencia variable, que suele ser superior a dos años, el VIH provoca un descenso de

la respuesta inmunológica que culmina en el AIDS. La infección por VIH se puede demostrar de forma sencilla con el ELISA y el procedimiento de Western blot, con un 99% de sensibilidad. La historia natural de la infección por VIH sigue siendo desconocida, la infección aguda puede confundirse con una infección viral común, a este episodio le sigue una fase asintomática, y, finalmente, el paciente desarrolla síntomas típicos de pérdida de inmunosensibilidad. Se desconoce la duración exacta de cada fase o los factores que influyen en la duración de estas fases.

Posiblemente la clasificación de Walter Reed es la que mejor índice pronóstico tiene, utiliza los datos clínicos y los hallazgos de laboratorio para hacer una clasificación pronóstica de los pacientes (Cuadro 1) y le da un gran valor al recuento de linfocitos T CD-4+ como determinante pronóstico de la enfermedad, pero precisa numerosas pruebas de laboratorio. Cuando este método no sea posible, se puede utilizar la clasificación del Centers for Disease Control (CDC) (Cuadro 2).

La historia clínica debe insistir en el interrogatorio de preferencias sexuales, utilización de drogas IV o la posible exposición a productos sanguíneos contaminados con VIH. A un paciente con factores de riesgo para infección hay que hacerle entender que el desconocimiento por parte del cirujano de su status VIH puede acarrear una decisión terapéutica errónea para un paciente con infección por VIH.

Las enfermedades diagnosticadas en pacientes con VIH pueden agruparse en tres categorías¹². Primero, hay ciertas enfermedades específicas asociadas a VIH.

CUADRO 1
CLASIFICACION DE WALTER REED PARA ESTADIAJE DE VIH (EN ADULTOS)

Etapas (WR)	HTLV III AB/Virus	Linfadenopatía crónica	Células T-Helper céls/mn	Hipersensibilidad cutánea retardada	Trush	Infecciones oportunistas
0	—	—	>400	Normal	—	—
1	+	—	>400	Normal	—	—
2	+	±	>400	Normal	—	—
3	+	±	<400	Normal	—	—
4	+	±	<400	Parcial	—	—
5	+	±	<400	Completa	+	—
6	+	±	<400	Parcial/Completa	±	+

CUADRO 2
CLASIFICACION DEL CDC

Grupo	Descripción
I	Infección aguda
II	Infección asintomática
III	Linfadenopatía persistente generalizada
IV	Otras enfermedades
Subgrupo A	Enfermedad constitucional
Subgrupo C	Enfermedades infecciosas secundarias
Categoría C-1	Enfermedad infecciosa secundaria específica listada en la definición de vigilancia para SIDA del CDC
Categoría C-2	Otras enfermedades infecciosas secundarias específicas
Subgrupo D	Cánceres secundarios, incluyendo los listados en la definición de vigilancia para SIDA del CDC
Subgrupo E	Otras enfermedades

Adaptado de Centers for Disease Control. Classification system for human T-lymphotrophic virus type III/lymphadenopathy-associated virus infections. MMWR 1986: 35:334-9.

Segundo, las patologías anorrectales halladas en adultos seronegativos también pueden hallarse en pacientes con VIH. Tercero, los pacientes de muy alto riesgo de AIDS, como los homosexuales varones o los drogadictos IV, suelen presentar enfermedades que, aunque no sean patognomónicas de este grupo, están casi siempre presentes; estas enfermedades son la infección por *Chlamydia trachomatis*, hepatitis B, condiloma acuminata, linfogranuloma venéreo, sífilis, gonorrea y herpes simplex.

Infecciones oportunistas

Los miembros de la familia de los herpesvirus humanos, incluyendo los virus varicela zoster (VZV), los herpes simplex virus (HSV) y los citomegalovirus (CMV) son patógenos oportunistas habituales en pacientes infectados por VIH y responsables de gran parte de la morbilidad y mortalidad.

Hay tres características comunes a todos estos virus: ubicuidad, latencia y reactivación.

CONDILOMAS ACUMINADOS

Los condilomas acuminados constituyen la enfermedad de transmisión sexual más frecuentemente tratada por el cirujano colorrectal, con un aumento de su incidencia de un 500% en los últimos 20 años. Son provocados por la infección por el papilomavirus humano (HPV), del que hasta la fecha se conocen 68

subtipos distintos, cada uno de los cuales tiene su propia especificidad. Los subtipos 6 y 11 son los más comúnmente asociados a condilomas acuminados exofíticos de la región anogenital, benignos y de bajo grado de displasia. Los subtipos 16 y 18 se asocian a las formas más severas de displasia, incluyendo el carcinoma escamoso invasivo; al parecer poseen la capacidad de convertirse en proteínas que provocan la cascada oncogénica (quizás a través del gene p53), y el VIH puede potenciar este proceso. Por este motivo es muy importante tipificar el subtipo de HPV en los condilomas acuminados de los pacientes seropositivos, ya que de ello dependerá el tratamiento a seguir.

Nosotros manejamos los condilomas anales en pacientes seropositivos de la siguiente forma: Pacientes de los grupos III o IV de la clasificación del CDC o pacientes asintomáticos, sólo observación. En pacientes sintomáticos que requieren tratamiento utilizamos BCAA (ácido bicloroacético), ya que se puede utilizar también en lesiones intraanales y no se asocia a cambios histológicos que se puedan confundir con displasia o carcinoma *in situ*, como ocurre con el podofilino.

HERPES SIMPLEX VIRUS

El herpes simplex virus (HSV) es un DNA virus que presenta dos subtipos patógenos; el tipo 1, habitualmente relacionado con lesiones orales, y el tipo 2, asociado a lesiones genitales. La mayoría de las proctitis

herpéticas son causadas por el tipo 2 (90%) por inoculación directa durante el coito anal, y más del 95% de los homosexuales presentan serología positiva para HSV-2. La presencia de una úlcera anal por HSV-2 durante más de un mes, sin otra causa de inmunodeficiencia, es criterio de AIDS en pacientes seropositivos. En estos pacientes las recurrencias son frecuentes, y los síntomas, generalmente, de intensidad moderada. Sin embargo, los pacientes tratados precozmente con aciclovir (400 mg dos veces al día) presentan menos recurrencias¹³. El uso prolongado de aciclovir (más de cuatro años) no ha comportado secuelas importantes, por lo que la FDA ha aprobado el uso de aciclovir durante periodos de más de un año, con la única recomendación de que se suspenda periódicamente para valorar la aparición o no de nuevas recurrencias que justifiquen la continuación del tratamiento.

CITOMEGALOVIRUS (CMV)

Más del 90% de los pacientes con AIDS desarrollan una infección por CMV en algún momento de su enfermedad. La infección por CMV presenta numerosas manifestaciones que incluyen retinitis, esofagitis, hepatitis, afectación gastrointestinal y neumonitis. La retinitis y la afectación intestinal son las más comunes en pacientes con AIDS y raramente se observan en pacientes con linfocitos CD4+ por encima de 50/mm³

(Figura 1¹⁴). La infección del tubo digestivo suele presentarse con tenesmo, diarrea, pérdida de peso, y, con menos frecuencia, con rectorragias o melenas. Endoscópicamente los hallazgos oscilan desde sufusión hemorrágica en la submucosa y zonas de eritema con o sin ulceraciones puntiformes hasta grandes úlceras. El dato patognomónico en el estudio histológico es la presencia de grandes inclusiones basofílicas intranucleares. Si la enfermedad progresa y hay muerte celular, las inclusiones son menos evidentes y se observan las típicas células en mancha morada (*purplish smudge*). El diagnóstico se puede obtener también de los cultivos virales o de los estudios de antígenos obtenidos de los lavados de las úlceras. La sensibilidad de este conjunto de pruebas diagnósticas es del 92%. Debe tenerse en cuenta que los pacientes con AIDS tienen una gran prevalencia de IgG anti-CMV, y el hallazgo de estas IgG no significa obligatoriamente la presencia de infección invasiva por CMV.

El tratamiento médico de la infección aguda por CMV se realiza con ganciclovir [9-(1,3-dihidroxi-2-propoximetil)guanina] o foscarnet [fosfomonoformato]. El tratamiento con ganciclovir está dividido en dos fases: inducción (7.5-10 mg/kg/d en 2-3 dosis diarias durante 14 días) y mantenimiento (5-6 mg/kg/d en una sola dosis 5-7 días a la semana de forma indefinida)¹⁴. El tratamiento con foscarnet, al igual que el ganciclovir, también se realiza en dos fases; inducción con 60 mg/

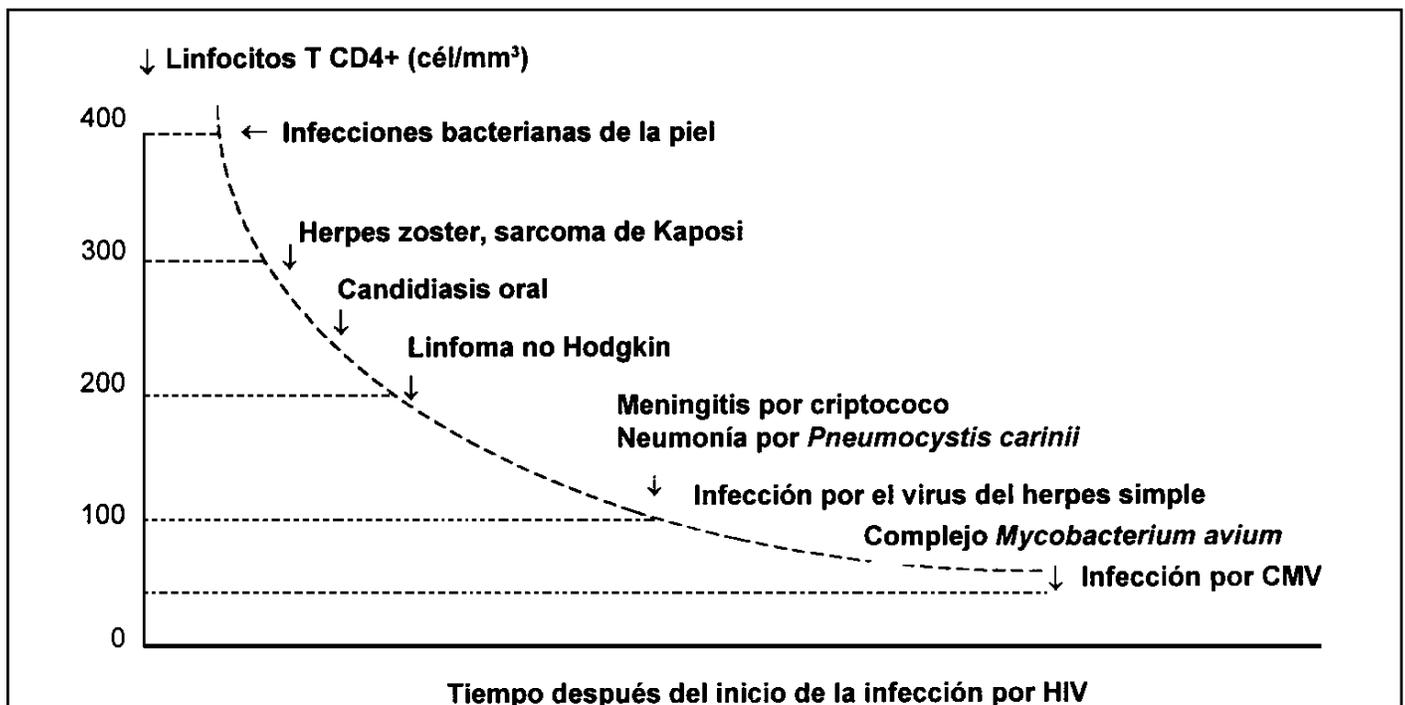


Figura 1. Infecciones oportunistas más comunes en función del recuento de linfocitos CD4+.

Adaptado de Fletcher CV, *Treatment of herpesvirus infections in VIH-infected individuals*. Ann Pharm; 1992;26:955-961.

kg cada ocho horas durante 21 días, y mantenimiento con 60-120 mg/kg/d en una sola dosis. Estos fármacos presentan algunos inconvenientes importantes, uno de los cuales es que su administración sólo se puede hacer por vía EV; el foscarnet puede provocar insuficiencia renal irreversible (el riesgo puede minimizarse con hiperhidratación); el efecto secundario más importante del ganciclovir es la depresión de la médula ósea, que se puede acentuar en pacientes en tratamiento con AZT. Ambos fármacos son viroestáticos, por lo que la interrupción de su administración suele provocar rebrotes de la enfermedad y resistencia a la droga, consecuentemente, su administración debe ser muy prolongada.

El tratamiento quirúrgico sólo está justificado en el caso de hemorragia masiva multifocal o perforación, suponiendo un índice de complicaciones postoperatorias del 64% y una mortalidad del 70% en el primer mes del postoperatorio⁴, por lo que la opción técnica siempre será la colectomía total con ileostomía terminal.

ULCERAS ANALES IDIOPATICAS

Las úlceras anales en pacientes homosexuales y bisexuales seropositivos constituyen un tema con cambios constantes. Estas úlceras pueden ser debidas a una plétora de enfermedades benignas y malignas (Cuadro 3). Deben tenerse en cuenta dos aspectos antes de embarcarse en intervenciones terapéuticas; en primer lugar hay que hacer el diagnóstico diferencial con las fisuras. Las fisuras se localizan en el rafe anterior o posterior y se acompañan de una carúncula cutánea reactiva; esta presentación es diametralmente opuesta a la que se halla en las úlceras en relación con VIH. En segundo lugar, hay que hacer el diagnóstico diferencial con las úlceras secundarias a enfermedad de Crohn, que suelen ser excéntricas o múltiples, no presentan signos de cicatrización, y no necesariamente se acompañan de carúnculas reactivas; si éstas existen suelen ser edematosas y de un tono púrpura azulado. La diferencia más importante entre Crohn y VIH radica en que en Crohn las úlceras suelen acompañarse de estenosis importante, mientras que en VIH la presentación más común es la hipotonía esfinteriana.

Desde la aparición del estadiaje del AIDS, el tratamiento de la patología anorrectal en estos pacientes ha cambiado. El desarrollo de los "reverse transcriptasa inhibitors", como la acidotimidina (AZT), dideoxinosina (ddI) y la dideoxicitosina (ddC), ha contribuido también a que los pacientes seropositivos permanezcan más tiempo libres de infecciones oportunistas. Una mayor

CUADRO 3

CAUSAS DE ULCERA ANAL EN RELACION CON VIH

MALIGNAS
Carcinoma anal
Sarcoma de Kaposi
Linfoma anal y perianal
Condiloma, carcinoma in situ
TRAUMATICAS
Secundarias a coito anal
Pene
Cuerpo extraño
Puño
Otros
Yatrogénicas
Heridas quirúrgicas
Fisuras
INFECCIOSAS
Virus
Herpes simplex (HSV)
Herpes zoster (HZV)
Citomegalovirus (CMV)
Papilomavirus (HPV)
HIV
Hongos
<i>Cryptococcus neoformans</i>
<i>Mycobacterium avium intracellulare</i> (MAI)
<i>Histoplasma capsulatum</i>
Bacterias
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>
<i>Chlamydia trachomatis</i>
Chancroide
Otros
<i>Treponema pallidum</i>

Adaptado de "Fundamentals of Anorectal Surgery". Chapter 22. Acquired Immunodeficiency syndrome. Steven D. Wexner, David E. Beck.

precisión en el diagnóstico y tratamiento de las úlceras anales, combinada con un cambio en la actitud respecto a los estadios II-IV, ha hecho que aumente el índice de cicatrización de úlceras en pacientes seropositivos, como reportamos en un estudio de nuestra institución¹⁵.

La sistemática en el estudio de las úlceras anales debe incluir una descripción detallada de la presencia, número y localización de lesiones exofíticas, lesiones intraanales y las úlceras perianales y su profundidad. Si la lesión no es dolorosa, se puede proceder a una anoscopia y sigmoidoscopia flexible para conocer la extensión intraanal de la úlcera; además, ciertas úlceras perianales, como las secundarias a HSV y CMV, pueden asociarse a úlceras en recto o sigmoides. Si la lesión es dolorosa la exploración se efectuará bajo

anestesia, siguiendo los criterios de seguridad que requieren estos pacientes. El examen de cualquier úlcera anal en pacientes seropositivos debe incluir una biopsia de la misma para examen microscópico de rutina, cultivos virales (HSV, VIH, CMV), bacilos *acid-fast stain* (MAI) e *india-ink stain* (criptococo).

Una vez conocido el resultado de los cultivos, se puede iniciar el tratamiento específico etiológico, conjuntamente con dieta rica en fibra y tratamiento local para el dolor, junto con analgésicos orales.

En aproximadamente la mitad de los casos de úlcera anal, no es posible el diagnóstico etiológico. La mayoría de estas úlceras idiopáticas tienen una cierta similitud; alrededor del 80% están situadas por detrás de la línea media y cerca de la línea dentada. A diferencia de las fisuras, no presentan carúncula reactiva, y el tono esfinteriano está disminuido. Estas úlceras tienen una base amplia y extremadamente erosiva que diseca la submucosa y el plano interesfintérico, con invasión del esfínter interno en estadios más avanzados de la enfermedad. Los bordes de la úlcera habitualmente cubren parte de ésta formando una pequeña cavidad (*cul-de-sac*); esta cavidad acumula heces y pus que puede ser causa de dolor irradiado a las piernas. Estas úlceras producen dolor severo con la defecación y en ocasiones pueden invadir el espacio isquiorrectal provocando hemorragias que pueden precisar tratamiento quirúrgico.

Las úlceras idiopáticas suelen manejarse con desbridamiento amplio para evitar el almacenamiento de heces. Sólo con el desbridamiento suele mejorar de forma importante la sintomatología. Si los esfínteres están incluidos, se procede también a desbridamiento y limpieza cuidadosa de los haces musculares, intentando evitar, en lo posible, una esfinterotomía, ya que ello comportaría con toda seguridad un grado importante de incontinencia y la necesidad de colostomía adicional, con el consiguiente aumento de la morbimortalidad. Posteriormente la base de la úlcera se infiltra con una solución de esteroides. En 21 pacientes con úlcera anal idiopática tratados por Modesto et al.¹⁶ usando una combinación de marcaína 0.5% (1-2 ml) (Sanofi Winthrop, New York, NY) mezclada con 80-160 mg de Depo-Medrol (Upjohn co., Kalamazoo, MI), el 95% refirieron un buen control del dolor, con un 43% de pacientes que precisaron infiltraciones adicionales en dispensario a intervalos de dos semanas. La eficacia de este tratamiento les sugiere que los síntomas deben ser debidos a mediadores inflamatorios.

Después de la exclusión de todas las enfermedades de transmisión sexual, si persiste hipertonia esfinteriana, si el paciente no sufre diarrea crónica y

está en un estadio CDC-I (WR 1-3), se puede proceder a una esfinterotomía limitada.

MYCOBACTERIUM AVIUM INTRACELULAR (MAI)

MAI es un germen patógeno oportunista que provoca una infección diseminada y se halla en prácticamente el 100% de las autopsias de pacientes con AIDS. Algunos pacientes permanecen como portadores asintomáticos, mientras que otros desarrollan una diarrea acuosa profusa asociada a deshidratación, malabsorción y dolor abdominal severo. El diagnóstico se puede realizar buscando bacilos *acid-fast stain* en las heces o en biopsias ileales tomadas por colonoscopia. La formación de granulomas es rara dada la ausencia de linfocitos T. Los hallazgos radiológicos más llamativos son la presencia de múltiples adenopatías retroperitoneales en la tomografía computada y la ausencia de tuberculosis pulmonar en la Rx simple de tórax.

El tratamiento médico es decepcionante, la resistencia a los fármacos antituberculosos habituales es generalizada y se están probando nuevos quimioterápicos, como las quinolonas, el sulfato de amikacina y macrólidos de nueva generación. Quizás por este motivo, por ahora, los pacientes tratados quirúrgicamente presentan una mejor supervivencia a un año¹⁷.

Linfoma

La inmensa mayoría de los casos de linfoma intestinal en AIDS son de la variedad de no Hodgkin (LNH); su hallazgo en pacientes seropositivos es diagnóstico de AIDS. El 70% de estos LNH es del tipo de células B, de alto grado, frecuentemente extranodal, altamente agresivo y en relación con infección por virus Epstein-Barr. Dentro del tracto digestivo, el recto es la segunda localización más común después del estómago. Si se presenta como una masa de pequeño tamaño, el LNH puede ser difícil de identificar dada su localización extraluminal, difusa y profunda, con discreta sensación de induración por tacto rectal. Las grandes lesiones suelen ulcerarse y es común que en algunos casos la presentación sea como absceso perianal y el diagnóstico se realice en el acto quirúrgico.

Por este motivo se recomienda la práctica rutinaria de biopsia en cualquier paciente seropositivo con absceso perianal. Su presentación puede acompañarse también de fiebre, sudoración nocturna y pérdida de peso, que son los síntomas que suelen asociarse a cualquiera de los trastornos relacionados con AIDS.

El tratamiento consiste en tandas de quimioterapia multimodal agresiva. Los resultados son peores que en pacientes seronegativos, por la falta de reserva de médula ósea y la frecuencia de infecciones oportunistas sobreañadidas.

En algunos casos la persistencia de grandes tumores en la zona anorrectal puede provocar sepsis, hemorragias e incontinencia, por lo que es obligada la práctica de una colostomía.

La supervivencia media en estos pacientes es inferior a 12 meses.

Carcinoma escamoso de la región anal

La alta incidencia de condilomas acuminados en pacientes homosexuales se correlaciona directamente con el grupo de seropositivos, y su asociación con inmunosupresión presupone un gran potencial para el desarrollo de cáncer anal epidermoide. El riesgo de padecer carcinoma escamoso anal en pacientes varones homosexuales y bisexuales es 25-50 veces superior al de la población normal.

Está plenamente demostrada la relación que existe entre carcinoma escamoso anal y la presencia de herpes papilomavirus del tipo 16 y 18 en el DNA de las células tumorales.

En pacientes seronegativos con tumores muy pequeños o carcinoma *in situ*, el tratamiento puede ser la excisión quirúrgica simple, pero generalmente se utiliza una combinación de quimioterapia y radioterapia con exéresis quirúrgica de los posibles nódulos residuales.

En pacientes seropositivos asintomáticos, el enfoque es el mismo. Pero en los pacientes sintomáticos la táctica siempre dependerá del grado de inmunosupresión que presenten. Este tipo de pacientes tolera muy mal la quimioterapia, por lo que algunos autores recomiendan radioterapia y excisión local del tumor, si éste no invade los esfínteres. En estados más avanzados de la enfermedad sólo se actúa en el control local del tumor, incluyendo colostomía si es necesario.

Sarcoma de Kaposi

El sarcoma de Kaposi es el tumor maligno más frecuente en pacientes con AIDS, con una incidencia 20,000 veces superior a la de la población normal¹⁸. De origen endotelial, la afectación orgánica suele ser generalizada, frecuentemente con afectación de mucosas, vísceras, ganglios linfáticos y piel. En el tracto gastrointestinal se pueden observar nódulos desde la boca hasta el ano, con mayor afectación del tracto digestivo superior. Rara vez es la causa de muerte de los pacien-

tes, pero suele acompañarse de una gran morbilidad. Las lesiones más grandes pueden ser dolorosas, la obstrucción de ganglios linfáticos puede ocasionar edema y, en algunas ocasiones, pueden provocar oclusión intestinal y/o hemorragia digestiva. La mayoría de los sarcomas de Kaposi que afectan al tubo digestivo suelen ser un hallazgo incidental en una exploración endoscópica o en un tacto rectal. Las lesiones son muy características, sobreelevadas, circulares, sesiles y pigmentadas; el tono rojo o púrpura es debido a la importante vascularización de estas lesiones y a la continua extravasación de eritrocitos con acúmulo secundario de hemosiderina¹⁶, con un tamaño que puede oscilar de pocos milímetros a varios centímetros. Estados iniciales del tumor con progresión lenta pueden ser tratados con zidovudina. Los estadios más avanzados de la enfermedad pueden tratarse con quimioterapia, radioterapia, inmunomoduladores, de forma independiente o en combinación, pero los resultados no son alentadores. Las lesiones sintomáticas asequibles pueden tratarse con inyección intratumoral de sulfato de vinblastina o interferón.

El sarcoma de Kaposi no tiene ninguna opción quirúrgica que sobrepase a la biopsia, excepto en el caso de hemorragia masiva, perforación u obstrucción.

CONCLUSIONES

A mediados de los años noventa el AIDS ya no se puede considerar como un hecho aislado que sólo afecta a un grupo muy reducido y marginal de la población; su incidencia está aumentando y cada vez es más frecuente la consulta de pacientes seropositivos que no son drogadictos ni homosexuales. Todo esto hace que no sean tan sólo los infectólogos los que traten a estos pacientes, sino que todas las especialidades médicas deben adaptar sus criterios para tratar sus respectivas patologías con modelos específicamente diseñados para pacientes inmunodeprimidos, sobre todo especialidades tan relacionadas con el tema como la coloproctología.

La conclusión más importante que se puede extraer a través de nuestra experiencia es la necesidad de profundizar en el interrogatorio de los hábitos sexuales de cualquier paciente que consulta por patología anorrectal atípica o úlcera anal y efectuar despistaje de AIDS. Esta es una condición básica para que el diagnóstico sea correcto y el tratamiento sea efectivo para el alivio del paciente; y el propio paciente debe entenderlo en este sentido. Si el diagnóstico es positivo para infección por VIH, el protocolo debe incluir un estadiaje

exacto de la enfermedad y un estudio exhaustivo de todas las enfermedades asociadas a VIH. Sólo después de este proceso el tratamiento podrá ser diseñado específicamente para el paciente. Si el paciente es un seropositivo CDC I (WR 1-3), las opciones terapéuticas son variadas, bien toleradas y con un grado de curación aceptable. Si el paciente está en un estadio superior, las posibilidades de curación son mínimas y el principal factor a considerar es el alivio de la sintomatología, y en este sentido siempre tendremos a nuestro alcance alguna arma terapéutica que no añada morbilidad a estos pacientes, pero les permita aliviar sus dolencias.

REFERENCIAS

1. Atlanta: Centers for Disease Control, *VIII/AIDS Surveillance*. July 1992, vol. 38.
2. Centers for Disease Control Update. *Acquired Immunodeficiency: United States 1981-1988*. MMWR 1989; 38:229.
3. *Coolfont report: A public health service plan for prevention and control of AIDS and AIDS virus*. Public Health Service Report 1988; 101:341-348.
4. Steven D. Wexner. *Intestinal Resections in Patients with Acquired Immune Deficiency Syndrome*. *Problems in General Surgery*, 1992, vol. 9, No. 4.
5. Rodgers VD, Kagnoff MF. Gastrointestinal manifestations of the acquired immunodeficiency syndrome. *West J Med* 1987, 146:57.
6. Mavlight GM, Talpaz M, Hsia FT, et al. Chronic immune stimulation by sperm alloantigens. *JAMA* 1984, 262:516.
7. Wexner SD, Smithy WB, Milsom JW, Dailey TH. The surgical management of anorectal disease in AIDS and pre-AIDS patients. *Dis Colon Rectum* 1988; 29:719-23.
8. Wexner SD, Beck DE. Acquired immunodeficiency syndrome. Chapter 22. *Fundamentals of Anorectal Surgery*. McGraw-Hill, INC.
9. Wolkomir AF, Barone JE, Hardy HW, Cottone FJ. Abdominal and anorectal surgery and the acquired immune deficiency syndrome in heterosexual intravenous drug users. *Dis Col Rectum* 1990; 33:267-270.
10. Krigel RL, Friedman-Kien AE. Kaposi's sarcoma in AIDS: Diagnosis and treatment. In DeVita VT, Hellman S, Rosenberg SA, eds. *AIDS: Etiology, Diagnosis, Treatment and Prevention*, 2nd ed. Philadelphia, JB Lippincott, 1988, pp. 245-261.
11. Levine AM. Reactive and neoplastic lymphoproliferative disorders and other miscellaneous cancers associated with VIH infection. In DeVita VT, Hellman S, Rosenberg SA, eds. *AIDS: Etiology, Diagnosis, Treatment and Prevention*, 2nd ed. Philadelphia, JB Lippincott, 1988, pp. 263-275.
12. Wexner SD. Common colorectal manifestations of AIDS. *Curr Prac Surg* 1992;4,142-151.
13. Mertz CJ, Jones CC, Mills J, et al. Long-term aciclovir suppression of frequently recurring genital herpes simplex virus infections. A multicenter double-blind trial. *JAMA* 1988, 260:201-206.
14. Fletcher CV. Treatment of herpesvirus infections in HIV-infected individuals. *Ann Pharm* 1992; 26:955-961.
15. Schmith SL, Wexner SD, Noguerras JJ, Jagelman DG. Is aggressive management of perianal ulcers in homosexual HIV-seropositive men justified? *Dis Colon Rectum* 1993, 36:240-246.
16. Modesto VL, Gottesman L. Sexually transmitted diseases and anal manifestations of AIDS. *Surg Clin North Am* 1994 Dec;74(6):1433-64.
17. Schneebaum CW, Novick DM, Chabon AB, et al. Terminal ileitis associated with *Mycobacterium avium* intracellulare infection in a homosexual man with the acquired immune deficiency syndrome. *Gastroenterology* 1987;92:1127.
18. Beral V, Peterman TA, Berkelman RL, et al. Kaposi's sarcoma among persons with AIDS or sexually transmitted infection. *Lancet* 1990;335:123-128.