



# Manifestaciones anorrectales de las enfermedades de transmisión sexual

Ricardo Misa Jalda\*

\* Unidad de Coloproctología. Clínica Quirúrgica «1» Facultad de Medicina. UDELAR Hospital Pasteur ASSE MSP Montevideo, Uruguay.

Abreviaturas:

BK	Tuberculosis
ETS	Enfermedades de transmisión sexual
HPV	Papiloma virus humano
SIDA	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
VIH	Virus de inmunodeficiencia humana

Dirección para correspondencia:

Dr. Ricardo Misa Jalda.  
 Camino Carrasco Núm. 4490 Casa 32  
 Montevideo, Uruguay 11400  
 E-mail: rmisa@adinet.com.uy

Este artículo puede ser consultado en  
 versión completa en  
<http://www.medigraphic.com/coloproctologia>

## Resumen

Las enfermedades de transmisión sexual (ETS), han sido históricamente un problema de salud importante, con una incidencia cada vez más en aumento. Las manifestaciones anales de las ETS agregan el problema de los preconceptos y tabúes que tiene la sociedad y el propio personal de salud. Se analizarán las principales manifestaciones anorrectales de las ETS, agrupándolas para su estudio en infecciones por el HPV, infecciones que producen úlcera, adenopatía y ETS que producen proctitis. Se analiza por separado al paciente HIV-SIDA, discutiendo las características particulares de las enfermedades anorrectales comunes en estos pacientes, y las manifestaciones anales propias del paciente SIDA, en especial, las lesiones ulceradas y enfermedades neoplásicas.

**Palabras clave:** Enfermedades de transmisión sexual, patología anal, SIDA.

## Abstract

*Sexually transmitted infections (STI) are a very important health problem with an increasing incidence. Anal locations of STI add the problem of people taboo and preconceptions from the health workers. In this work we are going to analyze the major forms of ano-rectal diseases in STI. We will make a classification of those in HPV infections, infections with genital ulcer disease and lymphadenopathy, and STI with proctitis. Finally, we are going to analyze separately the VIH-AIDS disease; the special characteristics of common ano-rectal diseases and the AIDS own anal manifestations: the ulcers disease and the main neoplasms.*

**Key words:** Sexually transmitted infections, anal disease, AIDS.

## IMPORTANCIA DEL TEMA

### Posición del médico frente al problema

Las enfermedades de transmisión sexual (ETS) han sido históricamente un problema de salud importante, y existen múltiples anotaciones históricas que así lo avalan.

Los cambios en el comportamiento social, con una mayor liberación sexual, provocó un franco aumento en la incidencia de las ETS, que se convirtieron en un verdadero problema sanitario.<sup>1</sup>

Tan antiguo como su importancia sanitaria, es la asociación de las ETS con un hecho denigrante e impuro.

Peor lugar les corresponde a las manifestaciones anales de las ETS, ya que su presentación está en un gran porcentaje de los casos ligada al coito anal.

En nuestra cultura occidental el coito anal fue «demonizado», y no en vano es conocida dicha práctica

sexual como «sodomizar» (evocando las referencias bíblicas de Sodoma y Gomorra).

Si bien en el momento actual la homosexualidad y el coito anal heterosexual no se consideran como hechos anormales, sino como variantes normales de la orientación sexual, los preconceptos culturales siguen teniendo gran peso a la hora de la consulta por patología anal, llevando muchas veces a consultas tardías.

Estos mismos preconceptos pueden existir también en el personal de salud, cuya atención puede estar influida por prejuicios personales.

El médico debe mantener por sobre todas las cosas, una actitud de respeto con estos pacientes, evitando juicios morales y actitudes de ocultismo, miedo o repulsión.<sup>2-5</sup> El médico tiene además el deber de exigir en el resto del personal de salud, las mismas consideraciones.

Si bien no todas las ETS con manifestaciones anorrectales son de resorte quirúrgico, es obligatorio

que el cirujano, y especialmente el cirujano coloproctólogo conozca estas formas de presentación por varias razones:

- En primer lugar, porque el consultorio de coloproctología es el lugar natural de referencia de las lesiones anales, muchas veces vinculado al desconocimiento de las mismas, por el médico general.
- Por otro lado, el cirujano coloproctólogo puede jugar entonces un importante papel en la prevención secundaria de estas enfermedades: el conocimiento del problema permite detectarlo precozmente, realizando un diagnóstico certero, para orientar al paciente hacia una terapéutica adecuada, disminuyendo la posibilidad de nuevos contagios.

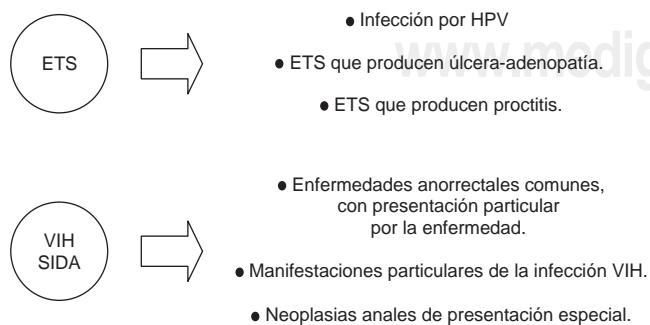
## OBJETIVOS

El análisis completo de las ETS es sumamente vasto y escapa a los objetivos de este trabajo, por lo que intentaremos delimitar el tema.

Nuestros objetivos serán:

- Analizar las manifestaciones clínicas anorrectales de las ETS de presentación más frecuente en nuestro medio.
- Señalar los diagnósticos diferenciales de las mismas con la patología benigna o maligna anorrectal.
- Establecer cuáles son los principales pasos tácticos para el diagnóstico y tratamiento.

Para ello, separaremos por un lado la enfermedad VIH-SIDA, con múltiples aspectos a discutir (*Figura 1*), analizando en forma independiente el resto de las ETS, si bien en la práctica diaria (como veremos luego), las mismas están íntimamente relacionadas.



**Figura 1.** Aspectos a analizar en las manifestaciones anales de las ETS.

## INFECCIONES POR EL VIRUS DE PAPILOMA HUMANO (HPV)

La incidencia mundial de infección por HPV ha ido en aumento, de tal forma que es la ETS de mayor prevalencia en el momento actual.

En el Reino Unido es ya la ETS de mayor frecuencia con 50,000 nuevos casos por año. En Estados Unidos, se considera que 1% de los adultos sexualmente activos tiene lesiones, lo que significa un millón de casos nuevos por año.

Si partimos de la base de que los adolescentes y adultos menores de 25 años (que representan el 25% de la población sexualmente activa), son los tributarios del 50% de las ETS, se comprenden las afirmaciones de Manhart<sup>6</sup> quien afirma que en Estados Unidos, más del 50% de hombres y mujeres sexualmente activos entre 15 y 49 años, se infectarán con uno o más tipos de HPV genital en algún punto de sus vidas.

Este mismo autor señala que aproximadamente el 25% de las mujeres con más de tres parejas sexuales tienen infección por HPV en ese país.

Por otra parte, la infección por HPV es la infección anorrectal más frecuente entre hombres homosexuales, y esta incidencia es todavía mayor en los pacientes HIV positivos, presentando en éstos un comportamiento particular, con una mayor agresividad y una mayor incidencia de cáncer de ano.<sup>7,8</sup>

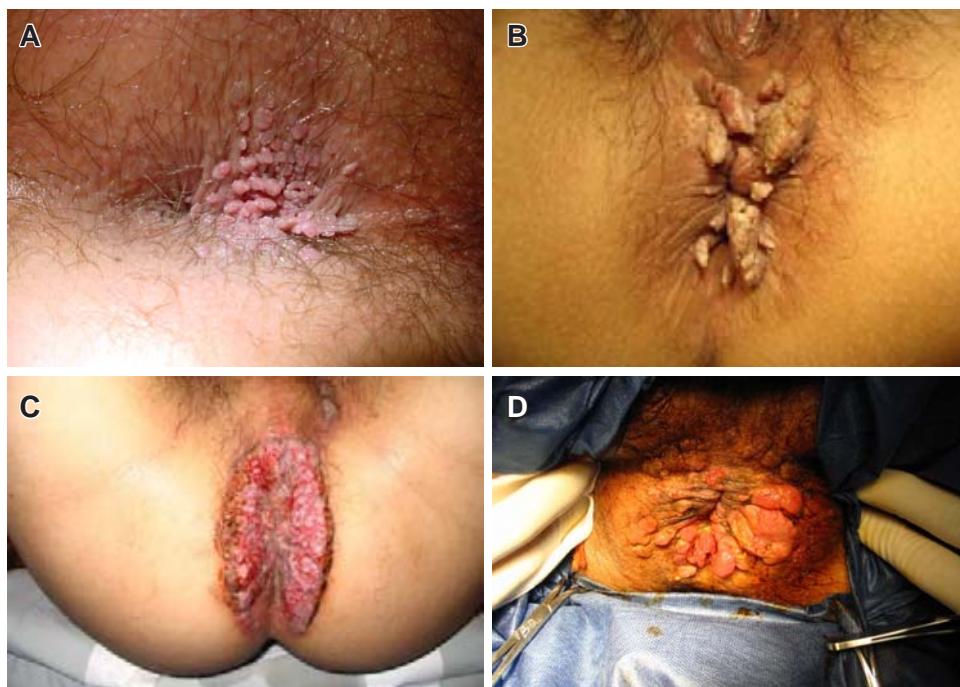
No realizaremos una revisión extensa del HPV, porque no es el objetivo de este trabajo. Sólo diremos que existen más de 70 subtipos de papiloma virus humano, siendo los más frecuentes (80%) el subtipo 6 y 11, responsables de presentaciones benignas.<sup>9</sup> Los subtipos con alto poder para generación de displasia están también identificados, siendo los más frecuentes (2%) el 16 y 18.

La transmisión se produce a través del contacto del paciente con portadores del virus en uretra, vagina o ano-recto, si bien existen casos de pacientes contagados, sexualmente inactivos (donde se postula la transmisión por las manos).

La condilomatosis anal no está necesariamente vinculada al coito anal, si bien es más frecuente entre los que lo practican.

Con respecto a la clínica, destacamos que existe un importante polimorfismo clínico, pudiendo estar el paciente asintomático, o consultar por rectorragia, prurito anal, sensación de ano húmedo, o por constatar tumoreaciones (condilomas) en el margen anal.

El dolor intenso no es habitual, y cuando existe, debe pensarse en patología asociada (úlcera, fisura, o absceso).



**Figura 2.** En los cuadrantes superiores (A y B) se observan condilomas no confluientes de tamaño variable. Las lesiones de los cuadrantes inferiores, (C y D) corresponden a lesiones más extensas en pacientes con SIDA.



**Figura 3.** Condilomatosis de canal anal. El paciente está en sala de operaciones, tiene colocado un retractor anal.

Los condilomas pueden verse como lesiones pequeñas no confluentes, o como lesiones confluentes planas o sobreelevadas (*Figura 2*).

Pueden presentarse en el margen anal o en el canal anal. Estas últimas deben ser siempre pesquisadas, ya que de no ser tratadas, pueden ser las responsables de la persistencia de la enfermedad (*Figura 3*).

Con respecto a los diagnósticos diferenciales, dos aspectos deben ser tenidos en cuenta: por un lado, en las lesiones extensas y evolucionadas, y especialmen-

te en el paciente HIV, debe siempre pensarse en la posibilidad de que exista transformación a carcinoma epidermoide.

Por otra parte, el médico debe ser cuidadoso en su diagnóstico, para evitar errores que provoquen retraso terapéutico o conductas médicas no apropiadas (*Figuras 4 y 5*).

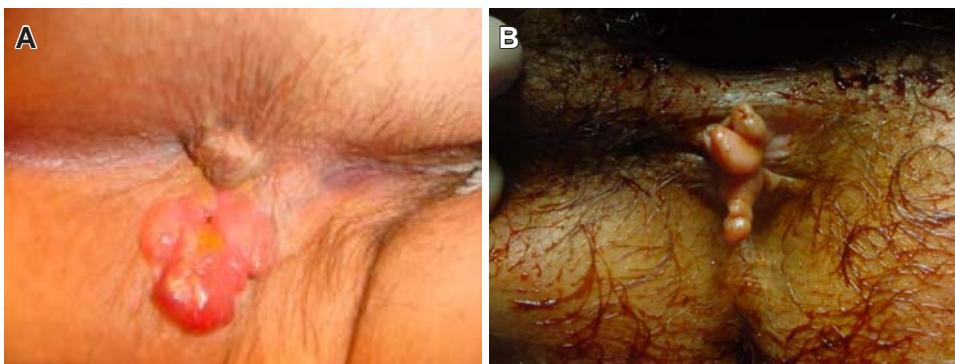
Debe tenerse en cuenta, que el diagnóstico de condilomas conlleva un problema social y familiar, que el médico no debe olvidar, por lo que es necesario un manejo cuidadoso y responsable del diagnóstico, frente al paciente y sus familiares.

Por lo tanto, frente a la duda diagnóstica es imperativa la realización de una biopsia.

El Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia<sup>10</sup> (ACOG) ha establecido claramente las pautas para la indicación formal de biopsia en estas lesiones:

- Diagnóstico incierto.
- Falta de respuesta al tratamiento (6 meses).
- Recurrencia frecuente postratamiento.
- Inmunocompromiso.
- Crecimiento rápido.
- Lesiones individuales > 1 cm o confluentes.
- Lesiones atípicas: pigmentación, induración, ulceración.

Más adelante, volveremos con la relación HPV y SIDA y la aparición de cáncer epidermoide.



**Figura 4.** Se muestran dos pacientes con patología benigna que puede llevar a confusión: A: paciente con un granuloma piógeno. B: paciente con papilitis hipertrófica



**Figura 5.** Se trataba de un paciente aoso. Presentaba esta lesión única. Se interpretó como un condiloma acumulado. Correspondía a un cáncer epidermoide de canal anal.

Con respecto al tratamiento, existe un verdadero arsenal terapéutico (*Cuadro I*). En realidad la variedad de tratamientos propuestos revela que todavía no se ha encontrado el tratamiento ideal. Los mismos deberán ajustarse al paciente, a sus lesiones específicas y al medio hospitalario en que se encuentre el mismo.

La cirugía tiene un especial papel en las lesiones extensas, sobre todo en los pacientes HIV positivos, por la necesidad de pesquisar la transformación neoplásica, que obliga a conductas resectivas, ya que su destrucción impediría el estudio del espécimen.

## ETS QUE PRODUCEN ÚLCERA-ADENOPATÍA

Analizaremos las características clínicas del herpes genital y de la sífilis. Dentro de este grupo se encuen-

**Cuadro I.** Tratamientos propuestos para el HPV.

Químicos	Inmunológicos	Físicos	Cirugía
Podofilina	BCG	Crioterapia	Escisiones individuales
Podofilotoxina	Imiquimod	Electrofulguración	Resecciones amplias con elaboración de colgajos
Fenol	Interferón	Láser	
Ac. bi y tricloroacético	¿Autovacunas?		
5- fluorouracilo			

tran además el chancroide, el linfogranuloma venéreo y el granuloma inguinal, pero en nuestro medio son de muy baja frecuencia.

Si bien en toda ETS su diagnóstico obliga a pesquisar el resto de las enfermedades con igual mecanismo de transmisión, las ETS que producen lesiones ulceradas tienen como característica común, que aumentan el riesgo de transmisión del HIV por exposición de superficies cruentas.<sup>11</sup>

*El herpes genital* es la lesión ulcerada más frecuente<sup>1</sup> dentro de las ETS.

Se presenta como una lesión ulcerada única o múltiple, dolorosa, acompañada de adenopatías bilaterales también dolorosas. En los pacientes inmunodeprimidos, estas lesiones pueden ser confluentes, formando placas ulceradas irregulares.<sup>12</sup>

El diagnóstico es clínico-serológico. El tratamiento tópico es poco efectivo y requiere tratamiento antiviral sistémico.

*La sífilis* puede presentar manifestaciones anales en su etapa primaria y secundaria (*Figura 6*).

La lesión primaria es típicamente indolora, acompañada de adenopatías también indoloras.

El diagnóstico es clínico, serológico y bacteriológico.



**Figura 6.** Lesiones vulvares y perineales. Se interpretaron inicialmente como lesiones herpéticas. Se trataba de condilomas planos por lues secundaria (Imagen cedida por la Dra. MI Piñeyro).

## ETS QUE PRODUCEN PROCTITIS

Este grupo está representado por las infecciones por *Chlamydia* y por Gonococo.

La asociación lesional de estas dos ETS es tan frecuente, que el diagnóstico de una obliga siempre a la pesquisa de la otra.

Clínicamente pueden ser asintomáticas o paucisintomáticas, manifestadas por secreción mucosa o mucopurulenta.

Deben ser pesquisadas en forma rutinaria en pacientes de riesgo.<sup>1,11</sup>

## PATOLOGÍA ANAL EN EL ENFERMO HIV-SIDA

La patología anal en el paciente HIV-SIDA, representa un capítulo nuevo de la coloproctología, que ha ido en aumento en forma paralela a la mayor incidencia de esta enfermedad.

Existen varios aspectos que deben ser analizados.

Por un lado, veremos las enfermedades anorrectales comunes que pueden tener una presentación particular por la enfermedad SIDA.

Por otra parte, mostraremos las manifestaciones particulares de la infección VIH a nivel anal.

Por último, analizaremos las neoplasias anales de presentación especial en estos pacientes.

Las lesiones anales específicas pueden prender a la enfermedad SIDA, por lo que es necesario estar advertido de las mismas, por lo que este tema cobra también interés para el médico de atención primaria.<sup>5</sup>

## Enfermedades anorrectales comunes en el paciente HIV-SIDA

**Abscesos perianales:** Los abscesos perianales no tienen una frecuencia mayor en estos pacientes, pero sí es cierto que tienen un comportamiento más agresivo.

Existe una potencial evolución a una infección grave de partes blandas como en todo inmunocomprometido, por lo que deben considerarse siempre como una urgencia quirúrgica, y necesitan cobertura antibiótica prolongada a pesar de correcto drenaje. En estos pacientes es imperativo la extracción de muestras para cultivo bacteriológico y micológico.

**Fístulas perianales:** Las fístulas perianales presentan problemas técnicos particulares, especialmente en los hombres homosexuales, ya que cualquier distorsión esfinteriana secundaria a la cirugía, puede agravar una incontinencia previa.

Debido a esto, se debe ser muy cauto al planificar la táctica quirúrgica. Los sedales «flojos» de drenaje parecerían la conducta más prudente en estos pacientes.

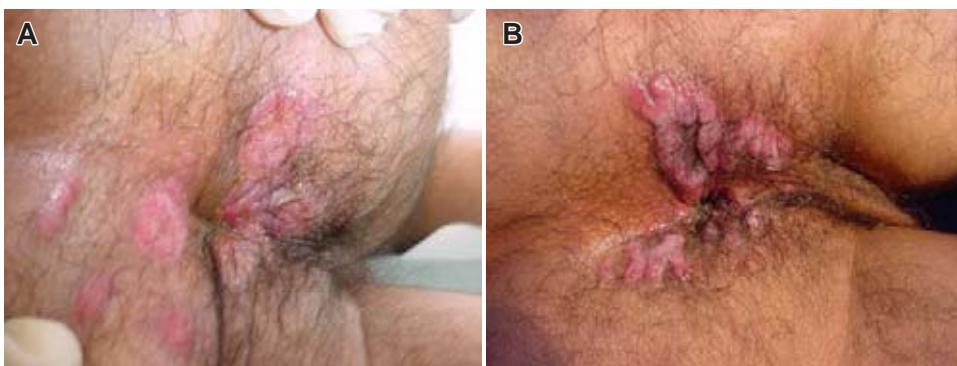
Por otra parte, debe recordarse que en los pacientes con SIDA enfermedad pueden aparecer fístulas específicas (citomegalovirus, BK y *Chlamydia*), por lo que en estos pacientes debe realizarse siempre biopsia y cultivo sistemático.

**Fisura anal:** La presencia de una fisura anal en un paciente con SIDA debe hacer pensar siempre en la posibilidad de una úlcera anal específica de la enfermedad.

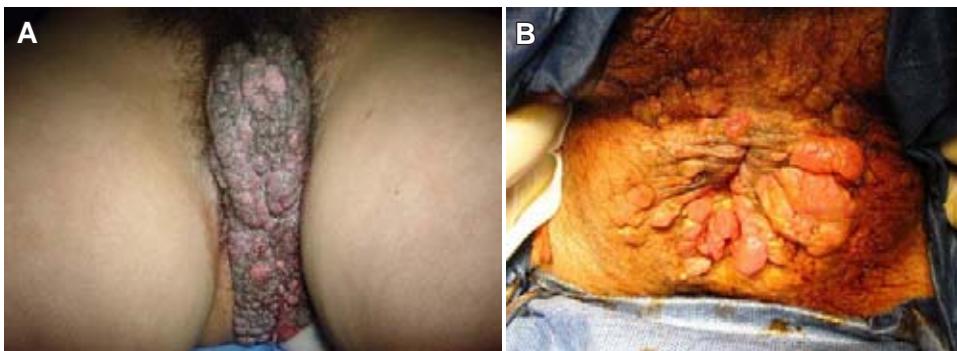
La fisura anal crónica benigna, inespecífica, no es de presentación habitual en los pacientes que tienen coito anal, ya que habitualmente existe una hipotonía esfinteriana. Si son más frecuentes, las fisuras agudas traumáticas.

**Enfermedad hemorroidal:** Existe tendencia a evitar el tratamiento quirúrgico de la enfermedad hemoroidal en el paciente con SIDA enfermedad, aduciendo la mayor posibilidad de infección y un retardo en la cicatrización. Sin embargo, en pacientes correctamente seleccionados, el tratamiento quirúrgico es posible y lo hemos realizado en algunos pacientes sin inconvenientes.

Incluso, la realización de banding hemorroidario puede ser planteado en aquellos pacientes con hemorroides de segundo o tercer grado que no respondan al tratamiento médico. Insistimos en que es imperativo una correcta selección del paciente y la estrecha colaboración con el médico infectólogo.



**Figura 7.** Dos pacientes con enfermedad SIDA y lesiones ulceradas de margen anal. En «A» el paciente presentaba serología positiva para herpes tipo II. En «B», la biopsia mostró elementos inflamatorios inespecíficos. El estudio micológico fue negativo, al igual que la serología para herpes. El paciente falleció durante el seguimiento por patología respiratoria.



**Figura 8.** Dos pacientes con SIDA y lesiones por HPV. A: una paciente con extensión anal y vulvar. El estudio anatomo-patológico de las resecciones mostró displasia severa. B: un paciente cuya anatomía patológica mostró un carcinoma epidermoide invasor.

### Manifestaciones particulares de la infección VIH

Las lesiones ulceradas del canal anal, son la afección anorrectal (no condilomatosa) más común en el paciente HIV+.<sup>13</sup>

Estas lesiones ulceradas presentan múltiples etiologías:

- Úlceras traumáticas.
- ETS a forma de presentación ulcerada. Se debe recordar que la lesión herpética tiende en el paciente inmunodeprimido a mostrarse como lesiones confluentes, que no conforman la presentación típica del herpes genital.
- Úlceras por micobacterias. Las más frecuentes son por *Mycobacterium tuberculosis* y *Mycobacterium avium*.
- Úlceras micóticas especialmente por criptococosis.
- Úlceras actinomicóticas.
- Úlceras idiopáticas. Estas úlceras se ven en estadios avanzados de la enfermedad y se manifiestan en la evolución como úlceras profundas con destrucción esfinteriana.

La sintomatología es inespecífica. El paciente consulta por dolor, ano húmedo, supuración o sangrado.

Para su diagnóstico, debe existir una correcta valoración de su enfermedad, y exige una correcta colaboración entre el infectólogo, el dermatólogo, el cirujano, el anatomo-patólogo y el Servicio de Bacteriología y Parasitología.

El diagnóstico se basa en un trípode formado por la clínica, la bacteriología y micología, y la biopsia quirúrgica con el estudio anatomo-patológico.

Si bien algunas lesiones pueden ser típicas, lo habitual es que se presenten lesiones complejas que requieren el diagnóstico objetivo por laboratorio, para así tener un tratamiento específico. Aun así, muchas lesiones pueden quedar sin diagnóstico definitivo y se tratan en forma sintomática (Figura 7).

### Neoplasias anales de presentación especial

**Cáncer epidermoide:** Por su importancia merecería un capítulo especial, pero esto escapa de nuestro objetivo.

Sólo diremos que existe una íntima relación entre el SIDA, el HPV y la aparición de carcinoma epidermoide.

Los pacientes con HIV- SIDA seleccionan serotipos de HPV con mayor poder de displasia. Tienen a su vez un clearance viral disminuido, y como resultado de esta combinación de situaciones clínicas, la condilomatosis tiene por un lado una mayor agresividad local y una más rápida recidiva.



**Figura 9.** Sarcoma de Kaposi de margen anal, de amplia extensión.

Por otra parte, existe una mayor incidencia de carcinoma epidermoide (aproximadamente el doble) en el paciente HIV positivo, comparado con la población HIV negativa con infecciones a HPV<sup>14,15</sup> (Figura 8).

*El sarcoma de Kaposi:* Es habitualmente una lesión diseminada<sup>15</sup> (Figura 9), pero puede dar lugar a confusión en pacientes con presentación localizada a nivel de margen anal, donde puede requerir diagnóstico mediante biopsia.

*El linfoma no Hodgkin* tiene una incidencia 200 veces mayor que en la población general. Puede presentar aspecto inflamatorio, lo que puede llevar a la confusión con un absceso. Requiere habitualmente diagnóstico por biopsia.

## CONCLUSIONES

Las manifestaciones anales de las ETS requieren habitualmente de un equipo multidisciplinario para su diagnóstico y manejo.

Es deber del cirujano o del médico general que realiza policlínica, estar alerta sobre la existencia de las mismas. Su desconocimiento implica no sólo un retraso terapéutico, sino una falla en los sistemas de prevención, con potencial repercusión social.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Frenkl TI, Potts J. Sexually transmitted infections. *Urol Clin N Am* 2008; 35: 33-46.
2. Smith L. Updated CDC Guidelines for the Treatment of STDs <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5511a1.htm>
3. Ballesteros J. Enfermedades de transmisión sexual. Actualización de su abordaje. *Inf Ter Sist Nac Salud* 2007; 31: 39-54.
4. Cohen D, Mayer K. Primary care issues for HIV-infected patients. *Infect Dis Clin N Am* 2007; 21: 49-70.
5. Gómez VCE, Osorio M, Mulet E. Aspectos quirúrgicos de las lesiones anales en los pacientes infectados por el virus de inmunodeficiencia humana. [www.encolombia.com/medicina/gastroenterologia/gastro16201actualizacion](http://www.encolombia.com/medicina/gastroenterologia/gastro16201actualizacion)
6. Manhart LE, Koutsky LA. Do condoms prevent genital HPV infection, external genital warts, or cervical neoplasia?: A meta-analysis. *Sex Transm Dis* 2002; 29: 725-735
7. Morris AM, Nivatvongs S. Anorectal disorders. En: Scott JR, Gibbs RS. Greenfield's Surgery: *Scientific Principles and Practice*. 9<sup>a</sup> ed. (72); 1161-62.
8. Maw R, von Krogh G. The management of anal warts: Topical self treatment, ablative therapy, and counselling should all be available. *BMJ* 2000; 910-11.
9. Pfister H. The role of human papillomaviruses in ano-genital cancer. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1996; 23: 579.
10. ACOG Practice Bulletin. Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists. Human papillomavirus. *Obstet Gynecol* 2005; 61: 105-905.
11. Holland-Hall C. Sexually transmitted infections: Screening, syndromes, and symptoms. *Prim Care Clin Office Pract* 2006; 33: 433-54.
12. Mell H. Management of oral and genital herpes in the Emergency Department. *Emerg Med Clin N Am* 2008; 26: 457-73.
13. Brar HS. Anorectal pathology in AIDS. *Gastrointestinal Endoscopy* 2006; 8: 913-31.
14. Krejci E. Genital human papilloma virus infection. *Clin Fam Pract* 2005; 7: 79-97.
15. Wilkins K, Turner R, Doley J, LeBoit Ph, Berger T, Maurer T. Cutaneous malignancy and human immunodeficiency virus disease. *J Am Acad Dermatol* 2006; 54: 189-206.