

Original Article

DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF ANORRECTAL ULCERS IN GENERAL SURGERY

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LAS ÚLCERAS ANORRECTALES EN CIRUGÍA GENERAL

Francisco J Reinoso-Lozano^{1*}, Mario Álvarez-Gallego¹, Elena Sendagorta², Sara Gortázar¹, María Belén Alonso-Bartolomé³, Alexander Forero-Torres¹, María Isabel Prieto-Nieto¹, Constantino Fondevila¹.

¹Servicio de Cirugía General, Sección de Coloproctología, Hospital Universitario La Paz

²Servicio de Dermatología, Hospital Universitario La Paz

³Servicio de Urología, Hospital Universitario La Paz

*Corresponding Author:

Francisco J Reinoso-Lozano

Servicio de Cirugía General, Hospital Universitario La Paz. Paseo de la Castellana, 261,
28046 Madrid, Spain.

Telephone & fax number: +34 673 30 81 12.

E-mail: franciscojavier.reinoso@salud.madrid.org

Received: 3 February 2023. Approved: 7 July 2023. Published: November 2023

Abstract

Perianal pathology is common among general population but specially between men who have sex with men (MSM) and patients infected with human immunodeficiency virus (HIV). It often manifests in the form of anorectal ulcers, whose differential diagnosis is wide and must be known by general surgeons. From a case report, a review of the literature has been carried out. The epidemiology and etiology of ulcerative processes in the perianal region in this population group have been described. The range of diseases that cause anorectal ulcers is wide. The first cause is infectious. Anal cancer, inflammatory bowel disease, and hematological neoplasms among others, must also be ruled out. It is necessary to know how to manage perianal and anorectal ulcers. A correct differential diagnosis will allow administering the most opportune treatment to this group of patients.

Resumen

La patología perianal es frecuente entre la población general y especialmente entre hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y pacientes que conviven con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). A menudo se manifiesta en forma de úlceras anorrectales, cuyo diagnóstico diferencial es amplio y debe ser conocido para el cirujano general. A partir de un caso, se ha realizado una revisión de la literatura. Se ha descrito la epidemiología y la etiología de los procesos ulcerativos en la región perianal en este grupo poblacional. El abanico de enfermedades que producen úlceras anorrectales es amplio. La primera causa es infecciosa. Se debe descartar también la neoplasia anal, la enfermedad inflamatoria intestinal, y las neoplasias hematológicas, entre otros. Es preciso saber manejar las úlceras perianales y anorrectales. Un correcto diagnóstico diferencial permitirá administrar el tratamiento más oportuno a este grupo de enfermos.

Keywords: Anorectal ulcers, sexually transmitted infections, anal dysplasia, exploration under anesthesia.

Introducción

La patología perianal supone un motivo frecuente de consulta al cirujano general (1). Sin embargo, es aún más frecuente en la población de hombres que tienen sexo con hombres (HSH) (2,3). En este grupo, los pacientes que conviven con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) poseen una mayor incidencia de úlceras anorrectales o perianales (4,5), así como de cáncer anal (3,6,7). Además, la incidencia de patología anorrectal aumenta cuando el recuento de linfocitos T CD4 cae por debajo de 500 células/ μ L (8). Adicionalmente, en la población general se deben descartar otras entidades que cursan igualmente con úlceras perianales. Es imprescindible para el cirujano general hacer un adecuado diagnóstico diferencial de las úlceras de la región perianal. Dado que la epidemiología es diferente, en el algoritmo de diagnóstico diferencial hablaremos de dos grupos diferentes. Por un lado, la población HSH con VIH, y por otro la población no HSH con VIH. Materiales y método

Materiales y método

La siguiente revisión narrativa se ha elaborado a partir del caso de un paciente HSH con VIH en tratamiento antirretroviral, valorado en nuestra consulta por úlceras perianales, en las que se encontró displa-

sia anal coexistiendo con linfogranuloma venéreo (LGV) e infección por virus herpes simple. Partiendo de este caso, esta revisión se propone ayudar a los cirujanos a conocer las distintas causas de úlcera perianal.



Figura 1. Lesiones eccematosas crónicas, de predominio en lado izquierdo de piel perianal. Se intuyen úlceras entre los pliegues de la lesión.



Figura 2. Imagen derecha, se evidencian úlceras en margen anal externo y canal anal, afectado cuadrantes superior e inferior izquierdos. Se tomaron biopsias de las lesiones eczematosas perianales y ulcerosas del canal anal.

Resultados

La epidemiología de las úlceras perianales es compleja. La primera causa de úlceras perianales en pacientes HSH con VIH es postraumática, en el contexto de estreñimiento o diarrea aguda (9). No hay datos claros sobre la prevalencia de úlceras infecciosas en pacientes HSH. Brancato et al (10) analizaron una cohorte de 52 pacientes HSH con VIH y síntomas anorrectales, de los cuales 28% fueron positivos para VHS, 13% para *N. gonorrhoeae* y 11% para *T. pallidum*. En un comité de expertos (9), se afirmó que el VHS y el CMV son la primera causa infecciosa de úlcera perianal. Varios estudios de cohortes (3,4) han confirmado que las causas infecciosas más frecuentes son el *Virus de Herpes Simple* (VHS) y *Citomegalovirus* (CMV) (2-4). Recientemente, en los pacientes HSH se ha descrito un repunte de enfermedades de transmisión sexual (ETS) clásicas como *N. gonorrhoeae*, *T. pallidum*,

C. trachomatis (LGV); y de infecciones anorrectales emergentes como *Shigella*, *E. coli*, *Salmonella*, *Campylobacter* (5). Ambos grupos pueden debutar con cuadros de ulceración perianal (10). También en este grupo aumenta la aparición de amebiasis cutánea por *Entamoeba histolytica*, con cuadros perianales ulceriformes (9). Cabe destacar, a raíz de la reciente pandemia por *Monkeypox Virus*, la aparición de casos de afectación anorrectal en forma de úlceras anales, proctitis o lesiones maculares. También afecta predominantemente a la población HSH con VIH (11).

Por otro lado, en múltiples series de pacientes HSH con VIH, se han descrito casos de úlceras neoplásicas por linfoma B no Hodgkin y sarcoma de Kaposi (2,9). En esta línea, es conocido que los pacientes HSH, especialmente aquellos con VIH, infección por el *Virus del Papiloma Humano* (VPH), o que padecen inmunodepresión por otras razones, tienen mayor tendencia a desarrollar displasia anal intraepitelial (ASIL, *anal squamous intraepithelial lesions*) hasta tal punto que el 21% de los pacientes HSH desarrollan displasia anal de alto grado (4,6,7). El hallazgo en este grupo poblacional de una fístula anorrectal debe hacer sospechar también una lesión anal maligna (8).

Desde el punto de vista quirúrgico, sucesivos estudios retrospectivos han encontrado una asociación entre el nivel de inmunidad y la cicatrización deficiente de úlceras anales. Concretamente, un nivel de linfocitos T CD4 por debajo de 50 células/ μ L se asocia a retraso de la cicatrización tras cirugía anorrectal (3), así como a mayor riesgo de displasia anal de alto grado (7). En una serie de casos se observó la dificultad de cicatrización en estos pacientes, incluso a pesar del tratamiento antibiótico o antiviral dirigido (12).

Junto a las enfermedades de transmisión sexual y las neoplasias anales, existen otras causas de úlcera perianal que debemos conocer. Así, ante úlceras o fisuras anales laterales se deben descartar otras posibles causas secundarias (1,8). En primer lugar, las neoplasias hematológicas, que hasta en un 6% de los casos desarrollan lesiones anales. El principal factor de riesgo en una serie de pacientes hematológicos para desarrollar lesiones anales fue la neutropenia severa. En el 20% de estos pacientes el debut de la enfermedad hematológica es una lesión anal (13). Por ello es imprescindible disponer de un hemograma reciente de cualquier paciente con lesión perianal.

En segundo lugar, la enfermedad de Crohn, que hasta en un 43% de los pacientes debuta con afectación perianal en forma de abscesos y fistulas, cuya fase crónica conlleva la formación de úlceras perianales (14). La prevalencia de fistulas complejas en los pacientes con enfermedad de Crohn varía según la localización de la enfermedad, pero alcanza el 92% en pacientes con predominio de afectación rectal (15). Convendrá, para este grupo de pacientes, realizar una anamnesis dirigida, solicitar una ecografía abdominal y una endoscopia. En tercer lugar, pacientes con VIH, inmunodepresión, o inmigrantes, con lesiones anales fistulosas o ulcerativas crónicas, tienen mayor incidencia de tuberculosis perianal, a excluir mediante Mantoux y radiografía de tórax (16). Por último, entra en el diagnóstico diferencial la enfermedad de Paget extramamaria, una neoplasia cutánea de predominio en mujeres, con historia de lesión eccematosa crónica, pruriginosa y, finalmente, ulceración perianal. Conviene saber que el 25-35% de los pacientes con Paget perianal asocia neoplasia de colon (17). La ausencia de causa que justifique las úlceras así como la sospecha de una neoplasia del tejido linfoide justifican una prueba de imagen, de elección un TC *body*. Además, la resonancia magnética de pelvis puede ayudar a esclarecer el origen de la lesión y su abordaje quirúrgico (18).

Discusión

El manejo de la úlcera perianal en la población HSH con y sin VIH es complejo. Resumimos aquí nuestras recomendaciones para el manejo diagnóstico inicial (figura 3). Lo primero que debemos descartar es la causa proctológica benigna en forma de fisura, absceso, fistula. Una vez desechada esta opción, indagaremos en otras posibles causas. Así, ante un contacto sexual de riesgo y aparición de una úlcera anorrectal, inicialmente realizaremos una serología

luética a fin de excluir una sífilis primaria, y reacción en cadena de polimerasa (*polymerase chain reaction*, PCR) para herpes simple 1 y 2, *T. pallidum*, CMV, *C. trachomatis* y *N. gonorrhoeae* (5,10). En caso de que el paciente presente adicionalmente un cuadro disenteriforme ampliaremos el estudio con PCR para enterobacterias *Shigella*, *Campylobacter* y *Salmonella* (5,9,10); junto con un coprocultivo para parásitos *Entamoeba histolytica* y *Cryptosporidium* (9,10). Ante la ausencia de agente infeccioso en las pruebas, se recomienda valorar una biopsia quirúrgica de la lesión.

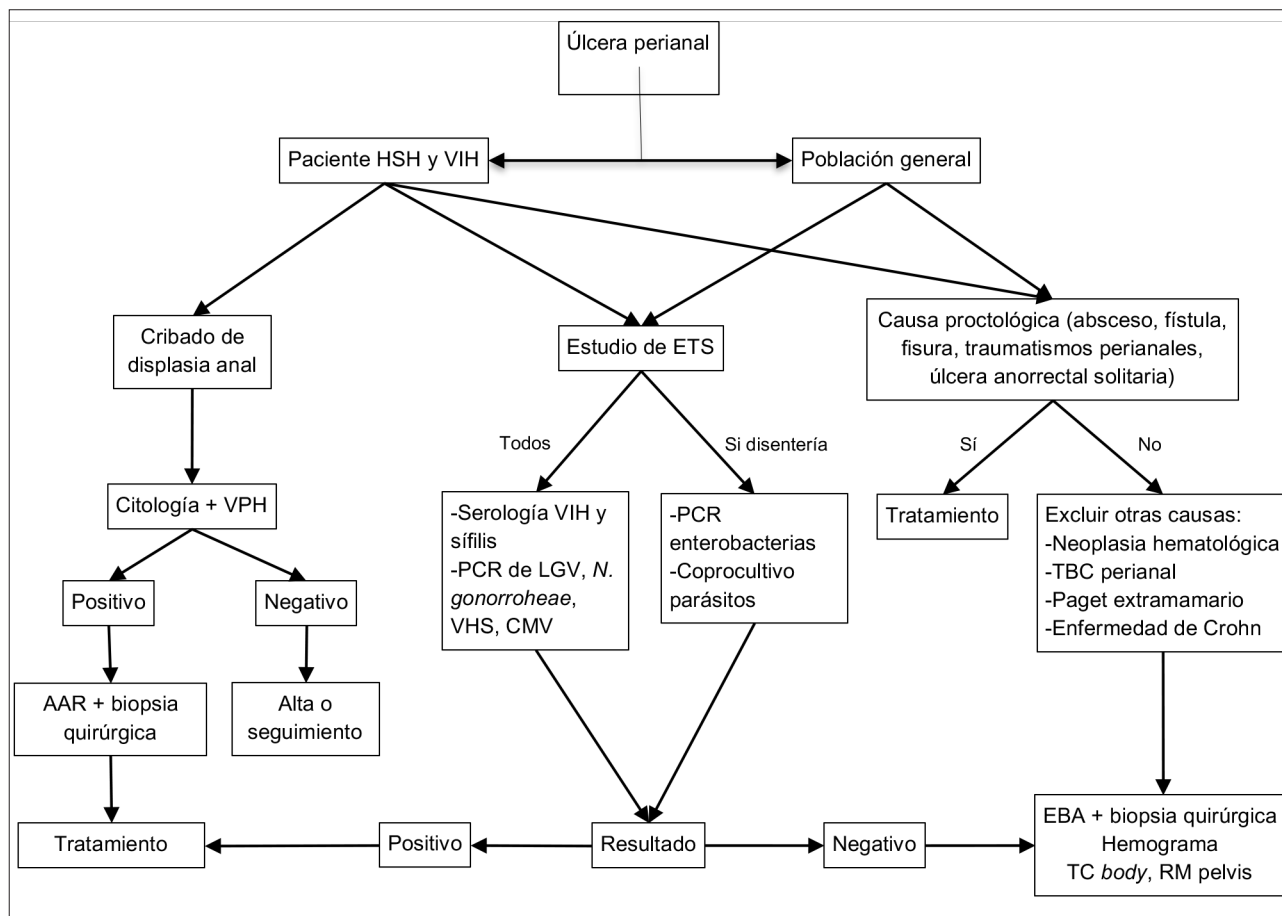
Si se trata de un paciente HSH con VIH, una vez descartada la causa traumática, proctológica o infecciosa, se debe sospechar una neoplasia. Realizaremos una citología anal y test de VPH. En caso de encontrar displasia anal intraepitelial, realizaremos una exploración bajo anestesia (EBA), con anoscopia de alta resolución (AAR) y biopsia quirúrgica (6).

Para el despistaje de una enfermedad hematológica subyacente, es imprescindible disponer de un hemograma reciente de cualquier paciente con lesión perianal. Si se sospecha enfermedad de Crohn, convendrá realizar una anamnesis dirigida y solicitar una prueba de imagen abdominal y una endoscopia. La enfermedad de Paget y la tuberculosis perianal precisan de biopsia para su diagnóstico.

Conclusiones

En conclusión, son muchas las causas de úlceras perianales. El cirujano general deberá disponer de algunos recursos para abordarlas con un diagnóstico diferencial amplio. Deberá también conocer las principales indicaciones de EBA en el quirófano. El tratamiento médico de cada una de las posibles causas está en constante evolución, y no es el objeto del presente trabajo.

Figura 3. Algoritmo de diagnóstico diferencial en úlceras perianales. CMV citomegalovirus, EBA exploración bajo anestesia, ETS enfermedad de transmisión sexual, HSH hombres que tienen sexo con hombres, LGV linfogranuloma venéreo, TBC tuberculosis, VHS virus herpes simple, VIH, virus de la inmunodeficiencia humana, HPV virus del papiloma humano.



Declaraciones de los autores

- Conflicto De Intereses: los autores declaran no tener conflicto de intereses.
- Fuentes De Financiamiento: el presente artículo no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

Referencias

1. Luijten JCHBM, Vugts G, Nieuwenhuijzen GAP, Rao SSC, Tetangco EP. Anorectal disorders: An update. Vol. 54, Journal of Clinical Gastroenterology. Lippincott Williams and Wilkins; 2020. p. 606–13.
2. Carr ND, Mercey D, Slack WW. Non-condylomatous perianal disease in homosexual men. Br J Surg. 1989;76(10):1064–6.
3. Lord RVN. Anorectal Surgery in Patients Infected With Human Immunodeficiency Virus Factors Associated With Delayed Wound Healing. Vol. 226, ANNALS OF SURGERY. Lippincott-Raven Publishers; 1997.
4. Miles AJG, Connolly GM, Barton SE, Allen-Mersh TG, Hawkins DA, Gazzard BG, et al. Persistent ulceration of the anal margin in homosexuals with HIV infection. J R Soc Med. 1991;84(2):87–8.
5. Williamson DA, Chen MY. Emerging and Re-emerging Sexually Transmitted Infections. N Engl J Med. 2020 May 21;382(21):2023–32.
6. Eglinton TCRTT, Frizelle F. Anal squamous intraepithelial lesions : an update and propo-

- sed management algorithm. *Tech Coloproctol*. 2020;24(2):95–103.
7. De Pokomandy A, Rouleau D, Ghattas G, Trottier H, Vézina S, Côté P, et al. HAART and progression to high-grade anal intraepithelial neoplasia in men who have sex with men and are infected with HIV. *Clin Infect Dis*. 2011 May 1;52(9):1174–81.
 8. Tupe CL, Pham T Van. Anorectal Complaints in the Emergency Department. Vol. 34, *Emergency Medicine Clinics of North America*. W.B. Saunders; 2016. p. 251–70.
 9. Gottesman LG, Miles AJG, Milsom JW, Northover JMA, Schechter WP, Stotter A, et al. The management of anorectal disease in HIV-positive patients. *Int J Colorectal Dis*. 1990;5(2):61–72.
 10. Brancato FP, Holmes KK. The Etiology of Anorectal Infections in Homosexual Men. 1981;71:395–406.
 11. Gessain A, Nakoune E, Yazdanpanah Y. Monkeypox. Hardin CC, editor. *N Engl J Med*. 2022 Nov 10;387(19):1783–93.
 12. Wilcox CM, Schwartz A. Idiopathic Anorectal Ulceration in Patients with Immunodeficiency Virus Infection. *Am J Gastroenterol*. 1994;89(4):599–604.
 13. Vanheuverzwyn R, Delannoy A, Michaux JL, Dive C. Anal Lesions in Hematologic Diseases. *Dis Colon Rectum*. 1980;23(5):310–2.
 14. Pogacnik JS, Salgado G. Perianal Crohn ' s Disease. 2019;(Cd):377–85.
 15. Truong A, Zaghiyan K, Fleshner P. Anorectal Crohn ' s Disease. Vol. 99, *Surgical Clinics of North America*. W.B. Saunders; 2019. p. 1151–62.
 16. Sultan S, Azria F, Bauer P, Abdelnour M, Atienza P. Anoperineal tuberculosis: Diagnostic and management considerations in seven cases. *Dis Colon Rectum*. 2002;45(3):407–10.
 17. Rao SD, Govindarajan M. Extramammary Paget ' s Disease of the Perianal Region. 2017;79(August):360–2.
 18. Garcia-Granero A, Granero-Castro P, Frasson M, Flor-Lorente B, Carreño O, Espí A, et al. Management of cryptoglandular supralelevator abscesses in the magnetic resonance imaging era: a case series. *Int J Colorectal Dis*. 2014 Nov 15;29(12):1557–64.