

Patologías más frecuentes del área perianal

Dra. M Rodríguez Acar,* Dra. M Neri Carmona,** Dr A Jalife Montaña,*** Dr. H Hugo Alarcón****

RESUMEN

Las dermatosis perianales constituyen un grupo de enfermedades, que pueden dividirse en neoplásicas, infecciosas e inflamatorias, de múltiple etiología, sintomatología y manifestaciones clínicas que pueden aparecer desde la infancia hasta la edad adulta.

La incidencia de dermatosis perianales no es inusual y los factores de riesgo así como los mecanismos que contribuyen a su aparición son múltiples, algunos de tipo idiopático, los cuales pueden repercutir en el pronóstico, en tratamientos existentes hasta hoy.

Palabras clave: Enfermedades perianales.

ABSTRACT

The perianal skin diseases are a group of various diseases that can be divided in: neoplastic, infections and inflammatories, with many etiologies, several symptoms and clinic evidence that can appear since the childhood up to elderly. The incidence of perianal skin diseases is not common and the risk factors like the mechanisms that help to its origin are many and some of them idiopathic origin, that can affect the diagnosis and in the variety of treatments that exist today.

Key words: Perianal diseases.

INTRODUCCIÓN

El propósito de esta revisión, es la patología que existe en la región perianal, la cual en ocasiones es mal valorada por la omisión de datos que el paciente proporciona y que se interrogan por parte del médico.

Debido a su anatomía, su variada y a veces inespecífica sintomatología y sus múltiples manifestaciones que en muchas ocasiones pueden ser el inicio de una enfermedad sistémica, debe de ser valorada adecuadamente. Teniendo en cuenta que la sintomatología que con mayor frecuencia se presenta es la siguiente: dolor, ardor, prurito, hemorragia, úlceras, fisuras, fistulas y neoformaciones. Es indispensable una detallada valoración y exploración del paciente, que nos pueda sugerir el diagnóstico y/o la realización de estudios complementarios para dar un tratamiento específico el cual repercutirá en el pronóstico del paciente.

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Las dermatosis perianales se remontan al S XVI a.C., donde se encuentran los primeros escritos impresos en los papiros egipcios de Hearts y 3 siglos después en los papiros de Berlín y Chester Beatty, y en todos ellos se destaca la importancia de una exploración perianal para encontrar algunas lesiones en este sitio anatómico. En el siglo I d.C. se encuentran escritos en los Vedas, donde se menciona la manera de explorar la región perianal utilizando espéculos. Entre el año 206 y 220 d.C. la dinastía Han utilizaba estatuillas las cuales señalaban con el dedo la región involucrada en alguna patología, como es la región perianal. Éstas eran utilizadas por las mujeres las cuales tenían gran pudor y no podían descubrir algunas partes de su cuerpo para exploraciones médicas.

En el siglo XIII, Theodoric Borgognone, inicia las cirugías anorrectales. En el siglo XVI, durante el renacimiento, debido a la gran promiscuidad existente, se mencionan diversas enfermedades venéreas incluyendo en la región perianal. Y no es sino hasta este siglo, en el que en 1944 se certifica el primer proctólogo, estudiándose desde ahí hasta la fecha con mayor énfasis las patologías perianales.



* Dermatóloga del Centro Dermatológico Pascua (CDP).

** Residente de 2do año Dermatología CDP.

*** Coloproctólogo, Hospital General.

**** Dermatólogo del CDP.

DERMATOSIS PERIANALES INFECCIOSAS

Bacterianas

La región anorrectal se ha usado como vehículo en la obtención de satisfacción sexual por miles de años.²⁵ Sin embargo, este tipo de prácticas han incrementado la aparición de enfermedades perianales por contacto sexual, sin embargo, las infecciones no sólo pueden ser de origen sexual.

Gonorrea perianal

Esta patología se ha incrementado en la última década, donde la población más afectada han sido los homosexuales en un 55% y específicamente en la región perianal de un 13 a 45%.²⁶

El agente causal es la *Neisseria gonorrhoeae*, la cual tiene un periodo de incubación de cinco a siete días antes de iniciar sintomatología.

Clínicamente el paciente refiere prurito, tenesmo y dolor anal y en algunos casos existen abscesos interstintorianos, descarga mucóide e inflamación perianal así como algunos casos de úlceras. Esta enfermedad puede evolucionar a una artritis supurativa, perihepatitis, pericarditis, endocarditis y meningitis. El diagnóstico es clínico, aunque nos podemos apoyar con cultivos para *Neisseria* (Thayer-Martin) y el tratamiento es con penicilina procaínica 4.8 millones IM (ó 3 g de amoxicilina) + 1 g de probenecid vía oral, o ceftriaxona 250 mg IM por 1 día, + doxiciclina 100 mg 2 veces al día por 7 días²⁸ (Figura 1).

Sífilis perianal

Enfermedad de transmisión sexual (ETS), producida por *Treponema pallidum*, la cual se ha incrementado en la población de pacientes VIH (+). 80% de esta patología es primaria en hombres homosexuales y 20% secundaria. La infección es anorrectal por penetración directa en la que clínicamente podemos encontrar úlceras anales de dos a seis semanas posterior a la exposición, pero éstas pueden aparecer hasta tres meses más tarde. La lesión primaria es el chancro, que tiene una evolución rápida de pápula a úlcera, en el chancro se puede observar un borde bien delimitado, en algunos casos hay presencia de fisuras, además de linfadenopatías inguinales.²⁶

El diagnóstico se realiza por microscopía indirecta y después de las seis a ocho semanas con fluorescencia; el VDRL es positivo en 75% de los casos con sífilis primaria y 100% en la secundaria. La biopsia puede mostrarnos infiltrado intenso linfocítico de la submucosa y lámina propia con destrucción de la muscular de la mucosa, células plasmáticas. El tratamiento de elec-

ción continúa siendo la penicilina G procaínica con dosis de 2.4 millones de UI, llegándose a requerir hasta tres dosis con intervalos semanales²⁸ y como tratamiento secundario está la eritromicina o tetraciclina 500 mg cada 6 h durante 2 a 4 semanas.

Chancroide

Causado por *Haemophilus ducrey*, (aerobio gram negativo). Su incidencia es mayor en el sexo masculino la cual se ha incrementado en los últimos 10 años. Sin embargo, las mujeres pueden permanecer asintomáticas y ser reservorios de la infección. El periodo de incubación es de 4 a 7 días, sin presencia de periodo prodrómico sintomático. Clínicamente a nivel perianal hay dolor, úlceras o múltiples abscesos con supuración y ganglios regionales. El diagnóstico es clínico teniendo como apoyo el cultivo para gram negativos, para aerobios y el tratamiento es a base de eritromicina 500 mg cada 6 hrs por una semana o como alternativa clotrimazol una tableta cada 12 hrs por una semana o trimetoprim con sulfametoxazol 80 mg/400 mg cada 12 hrs por una semana.²⁸

Clamidia

Es considerada una ETS, su agente etiológico, *Chlamydia trachomatis* tiene 15 serotipos, de los cuales del D al K son los responsables de las infecciones con manifestaciones clínicas. Su incidencia se ha incrementado en hombres homosexuales y en mujeres y hombres heterosexuales que tienen prácticas sexuales anales. La incidencia en hombres homosexuales es de 15% mientras que en las mujeres no está bien establecido.⁸ El periodo de incubación varía de 2 hasta 35 días en las mujeres y en 6 semanas en los hombres homosexuales. Clínicamente pueden existir úlceras en el borde perianal con inflamación local, dolor anal y tenesmo, así como ganglios regionales. El diagnóstico además de ser clínico es apoyado por la biopsia en la que se observan abscesos crípticos, granuloma infeccioso y células gigantes, además de ser útil el cultivo específico. Esta patología responde a tetraciclinas y eritromicina a dosis de 500 mg cada 6 h durante 2 semanas o doxiciclina 100 mg cada 12 por una semana.²⁸

Linfogranuloma venéreo

Provocado por *Chlamydia trachomatis* del serotipo L1, L2 y L3. Su incidencia es de 2 a 6% en los pacientes que presentan manifestaciones genitourinarias y muy poco común en la región perianal. Estas lesiones aparecen generalmente de 3 a 10 cm del borde anal teniendo como manifestación clínica más frecuente las

fístulas anales y abscesos perirrectales. El tratamiento es con eritromicina y tetraciclina por 3 semanas, 500 mg vía oral cada 8 h.²⁸

Tuberculosis perianal

Esta patología, considerada como una manifestación rara de la tuberculosis gastrointestinal^{5,6} causada por un organismo oportunista: *Mycobacterium avium* intracellulare. Esta patología se ha visto más frecuentemente asociada a pacientes VIH (+). Sin embargo, a nivel gastrointestinal sólo el 1% tiene localización perianal, habiendo muy pocos reportes en la literatura de lesiones a este nivel. Las lesiones no son típicas, aunque en ocasiones tienen una apariencia verrugosa o ulceración con múltiples fístulas, por lo que se debe de hacer el diagnóstico diferencial con la enfermedad de Crohn y en algunos casos pueden encontrarse abscesos perianales. El diagnóstico es clínico y con biopsia así como estudios complementarios que apoyarán el diagnóstico, entre los que se encuentran radiografía del tórax, BAAR en orina y en expectoración, urografía excretora y reacción de polimerasa en cadena para tuberculosis en orina y expectoración, que apoyarán el diagnóstico y el tratamiento será el mismo que está estandarizado para una tuberculosis pulmonar, sin embargo, no se ha visto una adecuada evolución con el uso de quinolonas y macrólidos, como la eficacia a nivel de otros órganos.²⁸

Otras infecciones bacterianas

Se han reportado en pacientes con VIH los cuales presentan abscesos perianales de los que se ha aislado *Escherichia coli*, *Klebsiella* sp. y *Enterococcus* sp. por medio de cultivos y la realización de biopsia.^{2,28}

VIRALES

Herpes

Provocado por un virus ADN, el cual puede cursar de manera crónica con recidivas hasta en un 40% de los pacientes. El tipo de herpes implicado en el 90% de los casos, es el tipo II, y sólo un 10% el tipo I, en muy raras ocasiones puede encontrarse el virus de la varicela zoster. En estudios realizados se ha reportado que el 64% de los pacientes que tienen úlceras anales inespecíficas presentan el virus del herpes simple. Así mismo en diversos estudios se ha reportado que entre un 6 hasta un 30% de los pacientes homosexuales con patología anal coexiste el virus del herpes simple.^{8,27} La transmisión es por implantación directa, altamente contagioso y los síntomas aparecen de 4 a 21 días poste-

rior a la inoculación. Entre los síntomas más frecuentes se encuentran eritema, vesículas, las cuales evolucionan a costras melicéricas acompañadas de dolor perianal, sensación urente, rectorragia, prurito en un 50 a 85% de los casos y linfadenopatía inguinal. La radiculopatía puede encontrarse en un 50% y los signos neurológicos pueden persistir posterior a la infección aguda. El diagnóstico es clínico y el apoyo es por medio de inmunofluorescencia y cultivos de las lesiones vesiculares. El tratamiento es con aciclovir 400 a 800 mg 5 veces al día durante 5 a 7 días.²⁸

Condiloma acuminado

Esta patología perianal, causada por el virus del papiloma humano (VPH) considerada de transmisión sexual en su mayoría y de gran importancia por la asociación a displasias y carcinomas invasivos. Sin embargo, los tipos 6 al 11, generalmente se asocian con lesiones benignas.^{3,4} Esta patología puede encontrarse en mujeres y hombres heterosexuales, sin embargo, 50 a 75% de los hombres homosexuales la llegan a presentar. Otro grupo afectado es el pediátrico en el cual 50% es secundario a abuso sexual, se ha observado un 25% ser por transmisión vertical al momento del nacimiento y de un 25% no se tiene aún especificada la causa.⁴ Clínicamente se presentan neoformaciones pediculadas del color de la piel, las cuales varían de milímetros a centímetros, que pueden cursar asintomáticas o con discreto dolor. Teniendo como variante el condiloma gigante. Esta patología es de importancia relevante por la evolución en un porcentaje pequeño a carcinoma de células basales.

El diagnóstico diferencial se realizará con molusco contagioso, hipertrofia de papilas y algunas lesiones sifilíticas secundarias. El diagnóstico es clínico, sin embargo se confirmará por medio de la biopsia la cual nos reporta presencia de coilocitos e infiltrado inflamatorio crónico con infiltración celular. Los tratamientos son variables desde la excisión regional, electrofulguración, uso de podofilina, ácido tricloroacético intralesional, laser con CO₂, crioterapia e inmunoterapia con interferón beta intralesional.^{3,4} (Figuras 2 y 3).

Verrugas perianales

Son provocadas por el virus papiloma humano del grupo papova; virus DNA subtipos dos y siete, sin embargo, en pacientes con VIH se encuentran asociados el virus dos y cuatro o tres y cinco.

La población más afectada es la pediátrica, sin embargo a diferencia del condiloma acuminado, el abuso sexual no es la principal causa de transmisión, ésta puede ser por autoinoculación; por vía hematogena por

una gran viremia, por inoculación de otro sitio del cuerpo del mismo paciente y en pacientes prematuros por inmunosupresión o por vía vertical. Sólo se han reportado en 25% de los casos asociación con abuso sexual.

Este tipo de neoformaciones de aspecto verrugoso, tienden a estar más hacia la periferia en relación con los condilomas y pueden presentarse como grandes masas en forma de coliflor que pueden llegar a obstruir parcialmente el orificio anal. El tratamiento es a base de podofilina tópica con tintura de benjuí y en algunos casos la remoción quirúrgica de la masa tumoral. El ácido salicílico y el ácido láctico en colodión son remedios muy eficaces que pueden ser aplicados por el paciente (Figura 10).

Citomegalovirus

Provocado por un virus ADN de la familia herpesviridae el cual puede cursar asintomático y en ocasiones acompañarse de síndrome de mononucleosis. Esta patología se ha visto asociada en pacientes con SIDA en fases avanzadas.⁵ Las lesiones no son muy específicas e incluyen lesiones maculopapulares, erupciones papulares, vasculitis papular y nodular, vesículas y ampollas y ulceraciones mucocutáneas. Estudios recientes han reportado que en el 90% de autopsias con pacientes con SIDA se llega a presentar esta patología. El diagnóstico es clínico corroborándose con biopsia y su importancia radica por su diseminación a diversos órganos y sistemas. El tratamiento de elección es el ganciclovir, 500 mg al día por 7 días, hasta 3 semanas y el fosfonoformato IV, cuyo uso se ha limitado por las alteraciones hematológicas que provoca (mielosupresión, neutropenia y trombocitopenia severa).

Molusco contagioso

Provocado por el virus más grande hasta ahora reportado, el Poxvirus (300 milimicras) el cual es más frecuente en la etapa pediátrica y raro en los adultos. Su incidencia en los adultos se ha visto asociada en un porcentaje muy alto con el VIH. Clínicamente puede cursar con dolor discreto o asintomático con neoformaciones aperladas umbilicadas. El diagnóstico es clínico aunque la biopsia excisional puede apoyarlo. El tratamiento de elección es la excisión de la lesión y la crioterapia²⁸ (Figura 4).

PARASITARIAS

Amibiasis

Su agente etiológico es la Entamoeba histolytica. Es considerada la parasitosis más común reportada a nivel mundial, por lo que se considera pandémica. Se presenta en

20 a 30% de hombres homosexuales. Clínicamente puede encontrarse eritema, edema y úlceras perianales. El diagnóstico es clínico, apoyado en cultivos y coproparasitoscópicos así como amiba en fresco. El tratamiento es con metronidazol 750 mg cada 8 hrs por 10 días y en casos severos con diiodohidroxiquinoleína 650 mg cada 8 hrs por tres semanas, seguidos de metronidazol.²⁸

Enterobius vermicularis

Patología frecuente en la edad pediátrica aunque puede encontrarse en los adultos, su sintomatología cardinal es el prurito y la infección ocurre por la ingesta de huevecillos, que se pueden encontrar en agua o en alimentos. El diagnóstico se realiza con la prueba de Graham, cultivo y coproparasitoscópicos. El tratamiento es con mebendazol 100 mg dosis única o con albendazol, 200 mg dosis única o pamoato de pirantel 11 mg por kg de peso, como dosis máxima 1 g al día.

MICÓTICAS

Tiña perianal

Provocada por los hongos *Tricophyton mentagrophytes* y *Tricophyton rubrum*. La edad de presentación es la pediátrica y los adultos. Clínicamente puede presentar prurito, huellas de rascado y escama con discreto eritema, el diagnóstico diferencial se realiza con candida, psoriasis y eritrasma. El diagnóstico se hace al observar la hifa con una preparación de hidróxido de potasio (KOH) del 10 al 20%. El tratamiento es con miconazol, clotrimazol y ketokonazol, presentando un alto porcentaje de recidivas.⁸

Candidiasis

Infección aguda y crónica causada por *Candida albicans* la cual provoca edema, exudado "cremoso" y pústulas satélites con prurito intenso y sensación urente. El diagnóstico se realiza con preparación de KOH y el tratamiento es a base de nistatina, ketokonazol, miconazol y clotrimazol tópico por 6 a 8 semanas^{6,28}

INFLAMATORIAS

Hidradenitis supurativa

Infección supurativa en la que hay afección de las glándulas apocrinas, por lo que se pueden ver afectadas las regiones axilares, inguinales y anogenitales. Se cree que es debido a una oclusión con una infección subsecuente de los folículos provocando hidradenitis.²⁸ Clínicamente hay eritema, dolor y ocasionalmente estenosis y fístulas perianales. Algunos reportes demuestran



Figura 1: Absceso en paciente VIH positivo, con cultivo reportado con *Neisseria gonorrhoeae*.



Figura 2: Condiloma acuminado en paciente VIH positivo.



Figura 3: Condiloma acuminado en paciente masculino de 4 años de edad.



Figura 7: Hemorroides grado II.



Figura 11: Sarcoma de Kaposi



Figura 4: Molusco contagioso en niña de cuatro años. La cual inició con lesiones en manos.



Figura 5: Dermatitis por contacto.



Figura 6: Hemorroides grado IV.



Figura 8: Enfermedad de Bowen en paciente VIH positivo.



Figura 9: Enfermedad de Paget.



Figura 10: Verrugas perianales

tran la presencia de *Streptococcus millieri*, otros han referido *Streptococcus anaerobio*, *proteus* y *bacteroides*, en raras ocasiones *Chlamydia trachomatis*. El tratamiento en algunos casos incluye el abordaje quirúrgico acompañado de minociclina, ciprofloxacina, cefalosporinas o clindamicina dependiendo del agente etiológico.²⁹

Psoriasis

Patología poco frecuente en la región perianal. Considerada como una psoriasis invertida que en muchas ocasiones puede asociarse a procesos infecciosos, por la presencia de maceración y fisuras en el sitio de las placas eritematoescamosas, además de acompañarse con dolor en algunas ocasiones. Su diagnóstico puede ser difícil si no se encuentran involucradas otras partes del cuerpo, por lo que la biopsia es de gran utilidad para un diagnóstico certero y el tratamiento será a base de queratolíticos, lubricación de la zona, el uso de antibióticos en caso de infección agregada y se ha llegado a mencionar en algunos reportes el uso de esteroides tópicos de mediana potencia.³⁰

Liquen escleroso y atrófico

A nivel genital las áreas más afectadas son vulva y pene. En un 40 a 45% de las mujeres que presentan liquen vulvar llegan a presentar un liquen perianal tanto atrófico como escleroso. En un inicio puede presentar sólo máculas o pápulas, que posteriormente confluyen formando placas y en ocasiones hipopigmentación. El diagnóstico es clínico y por biopsia en donde se demuestra hiperqueratosis. El tratamiento puede ser a base de esteroides tópicos, propionato de testosterona tópica, teniendo un seguimiento del paciente ya que puede asociarse a carcinoma anal, aunque en un pequeño porcentaje.

Liquen plano

Esta patología relativamente común que puede afectar diversas áreas de cuerpo, se encuentra en un 40% en la región perianal asociada a lesiones orales. Clínicamente existen pápulas eritematosas con discreta escama que confluyen formando placas hipertróficas. El diagnóstico diferencial se hace con psoriasis, carcinoma de células escamosas y liquen escleroso y atrófico. El diagnóstico certero es por medio de biopsia.

Dermatitis por contacto

Es la causa más común de irritación perianal, por la exposición ante un irritante o alérgeno. Entre los agentes que más se asocian a esta patología, podemos mencionar: jabones, papel higiénico, uso de perfumes

femeninos, anestésicos tópicos, cremas entre otros. Las manifestaciones clínicas son variadas presentando desde un simple eritema con huellas de rascado hasta fisuras, hemorroides y papilomatosis y en varias ocasiones puede agregarse *Candida albicans* u otro hongo. El diagnóstico es clínico y nos puede ayudar el cultivo de KOH para descartar una infección agregada. El tratamiento es basado en la identificación del alérgeno, la adecuada higiene, el uso de sustituto de jabones, lubricantes perianales y en algunas ocasiones esteroides tópicos de baja potencia²⁸ (Figura 5).

Bulimia nerviosa

En las personas que presentan bulimia nerviosa entre los diversos aparatos afectados se encuentra el del tubo digestivo, en el que involucra prolapso rectal y protrusión anal. La frecuencia es de 6:1 mujer a hombre, la edad promedio son los 30 años y cada vez aumenta más la morbilidad. El uso excesivo de laxantes, así como una dieta menor de 800 calorías por día se ha visto relacionada con edema perianal y protrusión anal. El diagnóstico es clínico y el tratamiento no sólo es médico, sino psiquiátrico.¹¹

Tabaquismo

Este es considerado un dato importante por el riesgo de presentar carcinoma anal. Entre los reportes mencionados se encuentra el caso de un paciente femenino con historia de tabaquismo intenso el cual presentó un carcinoma anal y posteriormente carcinoma pulmonar. Por lo que se cree que interviene en la carcinogénesis a este nivel, pudiendo ser uno de los factores de riesgo para carcinoma anal.^{1,28}

Hemorroides

Aún no se han comprendido todos los factores que intervienen para la formación de hemorroides, sin embargo entre los más mencionados se encuentran: diarreas crónicas, constipación intestinal crónica, diversas patologías en las que involucran las fisuras y alteración del relajamiento del esfínter anal durante la defecación así como alteraciones del drenaje venoso anal. Las manifestaciones pueden ser sólo edema, fisuras, ulceraciones hasta abscesos y fistulas que involucran no sólo la región perianal sino el canal anal, siendo más frecuentes entre la tercera y la cuarta décadas de la vida, teniendo que hacerse diagnóstico diferencial en algunos casos con la enfermedad de Crohn. El diagnóstico es caso obvio al momento de la exploración con realización de tacto rectal y en algunos casos puede ayudarnos la biopsia. El tratamiento es a base de

espasmolíticos locales hasta hemorroidectomía, con un pronóstico bueno^{12,28} (Figuras 6 y 7).

Enfermedad de Crohn

Este tipo de patología es muy frecuente en pacientes que presentan enfermedad de Crohn intestinal hasta en un 80%. Esto dependerá del tiempo de evolución de la enfermedad y clínicamente pueden encontrarse como abscesos con secreción purulenta acompañados de dolor intermitente y en ocasiones de trayectos fistulosos.

El tratamiento comprenderá desde medidas generales y locales. Se propone el uso de altas dosis de prednisona mayor a 10 mg o azatioprina 100 mg al día, drenaje de abscesos y reparación quirúrgica de fístulas.⁹

Tumores

El cáncer perianal ha aumentado su detección desde la década de los cincuentas. Siendo más frecuente en mujeres mayores de los 30 años y en hombres mayores de 50 años. Además de que en muchas de las neoplasias encontradas a este nivel se ha visto una asociación con el VIH. Deben de tomarse en cuenta las lesiones premalignas que se mencionan adelante.

Enfermedad de Bowen

Neoplasia anal intraepitelial la cual tiene un alto potencial de conversión maligna. Esta neoplasia se ha encontrado en otros órganos como es el cervix, la vagina y la vulva, además de la región perianal. La clasificación abarca del grado I al III, encontrándose en este último displasia de epitelio con un carcinoma in situ.²¹⁻²³ Se ha visto asociado con virus del papiloma humano 16 y 18 y su importancia radica en su invasividad del 2 hasta el 50% de los casos. Puede cursar asintomático o puede tener manifestaciones como prurito, ardor, hiperpigmentación, ulceración y alteraciones morfológicas que pueden causar invasión al orificio anal. El diagnóstico es por medio de la biopsia y el pronóstico dependerá de la rapidez con la que se diagnostique y el estadio en que se encuentra²² (Figura 8).

Condiloma gigante (Tumor de Bushke-Lowenstein)

Patología rara de aspecto verrugoso la cual se ha visto asociada al virus del papiloma humano. De aspecto verrugoso que puede ocluir toda la región anal y en raras ocasiones dar metástasis. Puede iniciar como una displasia y evolucionar a una neoplasia maligna en muy pocos casos del tipo de carcinoma escamoso basal.²⁸

Carcinoma epidermoide

Es la neoplasia más frecuente detectada en la región perianal, que abarca el canal anal y los bordes perianales.

Este tumor, también llamado de células escamosas basales, puede encontrarse en otros sitios como es pene, escroto, vulva, región inguinal, pubis y axilas y plantas.²⁴ Sus dimensiones varían de 2.5 a 8 cm, y en algunas ocasiones puede simular sólo una lesión escamosa infiltrada o ser una neoformación inespecífica por lo que la biopsia será el diagnóstico de elección. Se han visto algunos factores involucrados en el desarrollo de éste, entre los que se mencionan: tabaquismo, genética, tipo de piel, inmunodeficiencias e irritaciones crónicas. Tiene un alto índice de metástasis y el tratamiento es quirúrgico acompañado de quimio y/o radioterapia.¹⁶

Melanoma

Patología muy rara de la región perianal, ocupando sólo el 1% de los tumores malignos de esta región.¹⁸ Se considera una neoplasia de origen neuroectodérmico, con afectación de los melanocitos. Y con un incremento en el riesgo para aquellos pacientes que son VIH positivos.^{8,17} La población seronegativa más frecuentemente afectada son las mujeres, con una edad mayor de los 50 años, siendo la raza más afectada la de los judíos europeos y los israelitas. Clínicamente puede presentarse trombosis externa, en un 25% un tumor amelanico o presentar un nevo melánico adquirido. Algunos de los pacientes llegan a presentar rectorragia, con una rápida evolución hacia las metástasis y con una sobrevida muy baja a 5 años. El diagnóstico de elección continúa siendo la biopsia en la que se puede incluir la clasificación de Breslow. El tratamiento es la resección local con radio y quimioterapia y se han hecho estudios en los cuales se ha involucrado el uso de antibióticos monoclonales, inmunostimulantes como el levamisol, interferón y citoquinas.¹⁷⁻¹⁹

Adenocarcinoma mucinoso

Tumor raro de la región perianal, el cual puede ser de difícil descripción y diagnóstico. Su crecimiento es rápido con invasión al orificio y canal anal. Puede existir una variedad de adenocarcinoma mucinoso, en el cual existe una fístula crónica que posteriormente evoluciona a sepsis perianal, acompañado de descarga de moco y una neoformación rodeada de moco. El diagnóstico es por biopsia y su sobrevida es muy pobre, con quimioterapia y radioterapia.¹⁹

Linfoma

Tumor frecuente del tracto gastrointestinal, sin embargo es una entidad rara en la región perianal. Su incidencia aumenta en los pacientes seropositivos entre la tercera y la cuarta décadas de la vida, mientras que en aquellos que son seronegativos, la edad de presenta-

ción es entre la sexta y séptima décadas de la vida. Constituye del 1 al 4% de los linfomas gastrointestinales y es más frecuente en hombres homosexuales, por lo que se sugieren diversas teorías como son el antecedente de traumatismos anorrectales, los cuales han sufrido una infección por oncovirus. Sin embargo también puede presentarse en pacientes heterosexuales, seropositivos, en los cuales se han detectado fistulas, abscesos perianales y hemorroides. Los linfomas más frecuentes a este nivel son los no Hodking, seguido de los Hodking y una variedad muy rara es el linfoma cutáneo de células T, el cual puede tener un aspecto psoriásico o eccema discoide. El diagnóstico diferencial se debe hacer con la enfermedad de Crohn o una dermatitis perianal inespecífica. El diagnóstico es clínico apoyado con la biopsia y el pronóstico es malo por la diseminación a otros órganos.^{15,16}

Enfermedad de Paget extramamaria

Enfermedad excesivamente rara en la región perianal. Hasta 1990 se habían reportado sólo 100 casos a nivel mundial. Su principal sitio de aparición es la glándula mamaria, aunque puede encontrarse en la región axilar, vulvar, perineal y perianal. Se ha visto asociación con carcinomas viscerales y cáncer de próstata. Clínicamente el paciente presenta sangrado, alteraciones en el hábito de defecación, eritema y escama local. El diagnóstico diferencial, es con adenocarcinoma y el diagnóstico se hace con una biopsia. La sobrevida a cinco años es del 50%²³ (Figura 9).

Sarcoma de Kaposi

Patología cada vez más frecuente que se ha visto asociada a pacientes con SIDA. Se considera el tumor más frecuente en los pacientes VIH positivos. Es un tumor endotelial, que se encontraba más frecuentemente en la población del mediterráneo, siendo actualmente su distribución mundial. La relación hombre-mujer es de 10:1 y la edad de presentación entre los 20 a los 40 años. Clínicamente puede presentar manchas eritematovioláceas con infiltración o neoformaciones hiperpigmentadas de color violáceo. Su diagnóstico es clínico, apoyado con la biopsia y el pronóstico es malo principalmente si se asocia al VIH. Su tratamiento es a base de quimioterapia (Figura 11).

una manera adecuada, sin embargo, se pueden encontrar un gran número de patologías que en muchas ocasiones pasan desapercibidas por no sospechar de ellas. Estas dermatosis, además de constituir un número variado de patologías así como de etiologías. Sin embargo, en ocasiones la sintomatología es muy escueta, ya que en muchas de ellas se pueden encontrar: eritema, fisuras, abscesos, úlceras o hemorragias locales. Por lo que siempre será de gran ayuda un adecuado interrogatorio y exploración física.

Recordando que el diagnóstico oportuno puede mejorar las condiciones de vida del paciente y evitar o detectar una patología sistémica. Por lo que en algunos casos el paciente deberá ser estudiado de una forma multidisciplinaria con la intervención de algunas otras especialidades: Coloproctología, oncología, infectología, medicina interna y cirugía plástica; para dar un mejor tratamiento y seguimiento del caso.

Agradecemos el apoyo iconográfico brindado por el Dr. Hugo Alarcón H. para la realización de este trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Theodore J et al. Evolving trends in the treatment of anorectal diseases. *Dis Colon Rectum* 1999; 42: 1245-1252.
2. Ralph Ger et al. Fecal diversion in management of large infected perianal lesion. *Dis Colon Rectum* 1996; 39: 1327-1329.
3. Jubert C et al. Importance of human papillomavirus DNA typing in the diagnosis of anogenital warts in children. *Arch Dermatology* 1995; 131: 366-367.
4. Mahdi Badayr et al. Condyloma acuminata in infant and children. *Dis Colon Rectum* 1996; 39: 1112-1115.
5. Aloid F, Solaroid C et al. Perianal cytomegalovirus ulcer in an HIV-infected patient. *Dermatology* 1996; 192: 81-83.
6. Candela F, Serrano P et al. Perianal diseases of tuberculous origin. *Dis Colon Rectum* 1999; 42: 110-112.
7. Puri AS et al. Diagnosis and outcome of isolated rectal tuberculosis. *Dis Colon Rectum* 1996; 39: 1126-1129.
8. Nadal SM, Manzone et al. Perianal diseases in HIV-positive patients compared with a seronegative population. *Dis Colon Rectum* 1999; 42: 649-654.
9. McKee RF et al. Perianal Crohn's diseases-is it all bad news? *Dis Colon Rectum* 1996; 39: 136-142.
10. Makowier F, Jehle EC et al. Perianal abscess in Crohn's diseases. *Dis Colon Rectum* 1997; 40: 443-450.
11. Malik , Stratton et al. Rectal prolapse associated with bulimia nervosa: report of seven cases. *Dis Colon Rectum* 1997; 46: 1382-1385.
12. Deko F, Sonnemberg A et al. Association between hemorrhoids and others diagnoses. *Dis Colon Rectum* 1998; 41: 1534-1542.
13. Hill VA, Hull-Smith et al. Cutaneous T-cell lymphoma presenting with atypical perianal lesion. *Dermatology* 1995; 1190: 313-316.

El propósito de este artículo, fue el demostrar que la región perianal a pesar de su anatomía y sus pequeñas dimensiones, en muchas ocasiones no es valorado de

14. Gran A, Philip B et al. Sphincter preservation of leiomyosarcoma of rectum and anus with local excision and brachytherapy. *Dis Colon Rectum* 1999; 42: 1296-1299.
15. Smith DL, Cataldo PA et al. Perianal lymphoma in heterosexual patients. *Dis Colon Rectum* 1999; 42: 952-954.
16. Patterson CA, Young-Fadok et al. Basal cell carcinoma of the perianal region: 20 years of experience. *Dis Colon rectum* 1999; 42: 1200-1202.
17. Cagir B, Whitefoid et al. Changing epidemiology of anorectal melanoma. *Dis Colon Rectum* 1999; 1203-1208.
18. Thibault C, Sanc P et al. Anorectal melanoma-an incurable disease? *Dis Colon rectum* 1997; 40: 661-668.
19. Panagiotis D, Koutmeredits et al. Synchronous anorectal malignant melanoma and rectal adenocarcinoma. *Dis Colon Rectum* 1997;40: 105-108.
20. Sarmiento J, Bruce G et al. Perianal Bowen's disease associated tumors, human papillomavirus, surgery and others controversies. *Dis Colon Rectum* 1997; 40: 912-918.
21. Marchesa P, Fazio W et al. Perianal Bowen's disease. A clinicopathologic study of 42 patients. *Dis Colon rectum* 1997; 40: 1286-1293.
22. Cleary RF, Fowle JJ et al. Perianal Bowen's disease and anal intraepithelial neoplasia. *Dis Colon Rectum* 1999; 42: 945-951.
23. Sarmiento J, Bruce G et al. Paget's Diseases of the perianal region-an aggressive disease? *Dis Colon Rectum* 1997; 40: 1187-1194.
24. Jay N, Berry M et al. Colposcopic appearance of anal squamous intraepithelial lesions. *Dis Colon Rectum* 1997; 40: 919-928.
25. Old testament. *Genesis* 19:5.
26. Jandu WM, Bunhof M et al. Prevalence and site-pathogen studies of *Neisseria gonorrhoeae* in homosexual men. *JAMA* 1980; 244: 2060-2064.
27. Hunt AJ, Daviers et al. Changes in sexual behavior in a large cohort of homosexual men in England and Wales. *Br Med J* 1988-1989; 302: 505-506.
28. Nocholls RJ et al. Sexually transmitted diseases. *Surgery of the Colon and rectum* 1997: 285-367.
29. William SY, Busby RC et al. Perianal hidradenitis suppurativa: presentation of an unusual complication and review. *Ann Plast Surgery* 1991; 26: 456-463.
30. Farber MD, Nall L et al. Perianal and interglutea psoriasis. *Cutis* 1992; 50: 336-338.