

Patología Revista Latinoamericana

Ahora permite obtener puntos con valor curricular

Volumen 63, Año 2025
Publicación continua

Obituario

Obituario Dr. Héctor Abelardo Rodríguez
Martínez

Imágenes en Patología

Imágenes en Patología I (Pato)

Carta al Editor

Actualizaciones en vigilancia activa y el rol
del patólogo en la evaluación del cáncer de
próstata

In memoriam

Dr. José Ernesto Carrera González

Caso clínico patológico

Endometriosis recto-sigmoidea con afecta-
ción de ganglios linfáticos. Reporte de caso
y revisión de la bibliografía

Artículo original

Tamizaje de lesiones premalignas de cáncer
anal en pacientes con VIH

Sociedad Latinoamericana de Patología, Asociación Mexicana de Patólogos,
Consejo Mexicano de Médicos Anatomopatólogos

Patología Revista Latinoamericana

Publicación continua

Si desea suscribirse a la revista

Suscripción Anual

En México: MXP \$ 600.00 (Seiscientos pesos mexicanos),
En otros países: USD \$ 70.00 (Dólares estadounidenses)

Formas de pago:

Depósito Bancario



Cta. No. 6196836, Sucursal
233

Transferencia Bancaria



CLABE 002180023361968362

Pago en Línea

a través de nuestra página de Internet

<http://revistapatologia.com>



Pagos con Cheque

Si su pago es con cheque, favor de enviarlo a nombre de **Editores Latinoamericanos de Patología A.C.**
Favor de remitir copia del depósito a los correos: patrevlat@gmail.com o mail@revistapatologia.com.

Incluya además los siguientes datos: Nombre, calle y número, colonia, ciudad, estado/provincia, país, código postal, e-mail, teléfono y especialidad médica.

Llámenos

A los Teléfonos (55) **5211-4339** o al (55) **5286-1646**

Patología
Revista Latinoamericana

www.revistapatologia.com

Editores Latinoamericanos de Patología A.C.

Hamburgo No. 306-A

Col. Juárez, C.P. 06600

Ciudad de México, México

Patología Revista Latinoamericana

Volumen 63, Año 2025
Publicación continua

EDITOR: Mario Magaña

COEDITORES: Guillermo Castellanos, Mario Cervantes, Rosa Angélica Carranza Muleiro

EDITORES EMÉRITOS: Luis Benítez Bribiesca, Eduardo López Corella, Arturo Ángeles Ángeles,
Pedro Francisco Valencia Mayoral, Alicia Rodríguez Velazco

EDITORES EX OFFICIO: Jazmin De Anda González, Oralia Barboza Quintana, Laura Irene Jufe

EDITORES ASOCIADOS

Isabel Alvarado, José
de Jesús Curiel Valdés,
Carlos Ortiz Hidalgo,

Irene Rivera Salgado,
Jorge Oscar Zárate

CONSEJO EDITORIAL

Elsa Acosta Jiménez
Julián Jorge Arista Nasr
Gerardo Aristi
Rocío Lorena Arreola Rosales
Roberto Barrios
Enrique Blanco Lemus
Ana María Cano Valdéz
Ana Lilia Cedeño
Laura Gabriela Chávez Macías
Leonora Chávez Mercado
Jorge Fernández Díez
César Flores
Armando Gamboa Domínguez
Guillermo Ramón García
Carmen Lome

Alejandra Mantilla
Alejandro Mohar
Luis Muñoz
Mario Murguía Pérez
Jorge Pérez Espinoza
Raúl Pichardo Bahena
Miguel Reyes Mújica
Thelma Rizo Pica
Marco Antonio Rodríguez Florido
Omar P. Sangüeza
Héctor Santiago Payán
Martha Tena Suck
Norma Ofelia Uribe
Raquel Valencia
Guillermo Valero Elizondo

**Integrada en el Index
Medicus Latinoamericano
y en LILACS**

Todas las solicitudes y comunicados relacionadas con la Revista deben dirigirse a:

Dr. Mario Magaña
Hamburgo número 306-A, Col. Juárez,
Del. Cuauhtémoc, C.P. 06600, Ciudad de México, México
Tel. +52 (55) 55 78 07 58
E-mail: editor.patologialatinoamericana@gmail.com

Publicación realizada, comercializada y distribuida por **Edición y Farmacia SA de CV** (Nieto Editores®). Av. del Ejido 3, Xocotitlán, Texcoco 56236, Estado de México. E-mail: articulos@nietoeditores.com.mx

<https://doi.org/10.24245/patrl.v63id.10681>

Obituario Dr. Héctor Abelardo Rodríguez Martínez

Obituary Dr. Héctor Abelardo Rodríguez Martínez.

Abelardo A. Rodríguez Reyes

¿Cómo redactar y resumir la vida de uno de los grandes pilares que ha dado la Anatomía Patológica Mexicana?

Con muy buena voluntad, el mejor de mis esfuerzos, pero, sobre todo, con el mayor de los afectos intentaré compartir con todos ustedes mis colegas y amigos una semblanza de la obra personal, familiar y profesional del Dr. Héctor Abelardo Rodríguez Martínez (mi padre), conocido por la gran mayoría como el Dr. Rodríguez Martínez, tal como me referiré a él en las siguientes líneas.



Hospital "Dr. Luis Sánchez Bulnes",
Ciudad de México.

Recibido: agosto 2025

Aceptado: agosto 2025

Correspondencia

Abelardo A. Rodríguez Reyes
arodri2@yahoo.com

Este artículo debe citarse como:

Rodríguez-Reyes AA. Obituario Dr.
Héctor Abelardo Rodríguez Martínez.
Rev Latinoam 2025; 63: 1-5.

El Dr. Rodríguez Martínez nació en la ciudad de Durango el 22 de febrero de 1934. Fue el primogénito de una familia pequeña sólo con su hermana Martha Patricia, producto del matrimonio del Ing. Aurelio Rodríguez Gómez y la Sra. María del Rosario Martínez Barrena, excepcional matrimonio quienes con el ejemplo siempre le inculcaron buenos principios y a través de sus acertados consejos lo supieron conducir por el camino de una muy buena educación. A muy temprana edad emigró a la ciudad de Chihuahua, lugar donde continuó su educación elemental, secundaria y preparatoria en escuelas Jesuitas.



El Dr. Rodríguez Martínez desde temprana edad mostró gran dedicación en su formación académica lo que siempre lo llevó a ser el más destacado entre sus compañeros de clase. Posteriormente se desplazó a la ciudad de México, donde realizó la carrera de Médico Cirujano en la Facultad de Medicina de la UNAM de 1953 a 1959. Vale la pena enfatizar que desde el inicio de su carrera de Medicina, el Dr. Rodríguez Martínez siempre tuvo la firme convicción de que quería ser cirujano. En el año de 1959, fue

becado para realizar una estancia en el Departamento de Cirugía del Hospital Universitario de la Universidad de Michigan y fue hasta ese momento y en ese lugar donde se percató que para ser buen cirujano se necesitaba contar con una excelente preparación en Anatomía Patológica. A su regreso a México entre 1959 y 1960 se incorporó al mundo de la Anatomía Patológica en la Unidad de Patología del Hospital Juárez de México, SSA, ocupando los puestos de Jefe del Anfiteatro de Autopsias, Jefe de la Sección de Autopsias y Subjefe de la Unidad, bajo las órdenes del Dr. Alfonso Reyes Mota (mi abuelo), quien inicialmente fue su jefe y primer maestro en Anatomía Patológica, y posteriormente se convertiría en su suegro. Durante 2 largos años tuvo la incertidumbre de si quería ser cirujano o patólogo, por lo que de nueva cuenta en los Estados Unidos de Norte América entre 1961 y 1963 realizó el internado rotatorio y un año de la especialidad de "General Practitioner" en el Hospital Penrose de Colorado Springs, Colorado. Fue hasta el otoño de 1962 que se convenció que su verdadera vocación era la de ser patólogo. Cursó dos años de Patología General en la misma institución, bajo las órdenes del Dr. Morgan Berthrong, extraordinario patólogo quien le enseñó el arte de la Anatomía Patológica tanto en el área de Patología *Posmortem* como de Patología Quirúrgica. En ese mismo lugar otro de sus grandes maestros fue el Dr. John D. Rice Jr., quien con su personalidad, orden y exigencia también tuvo una gran influencia en su formación como anatomopatólogo. Posteriormente entre 1963 y 1965 continuó su formación como Patólogo general con el Dr. Juan del Regato y una vez concluido su entrenamiento entre 1965 y 1967 realizó un fellowship en el Hospital Barnes de la Universidad de Washington, en St. Louis Missouri, bajo las órdenes del Dr. Lauren V. Ackerman, el primer año en Patología Quirúrgica y el segundo en Microscopía Electrónica. En esa época de su formación académica una vez más tuvo la influencia de 2 grandes "monstruos" de la Anatomía Patológica, primero la de su maestro y

jefe el Dr. Lauren V. Ackerman y posteriormente la de su amigo y compadre el Dr. Juan Rosai, con quien mantuvo una estrecha amistad y un continuo intercambio profesional a través de charlas presenciales, telefónicas y largos mensajes, estos últimos generalmente de casos de consulta de difícil diagnóstico. Para su formación como patólogo obtuvo las certificaciones del American Board of Pathology y del Consejo Mexicano de Médicos Anatomopatólogos, A.C. A su regreso a México por invitación del Dr. Jorge Albores Saavedra, ingresó como parte del staff de la Unidad de Patología del Hospital General de México en octubre de 1967. En ese lugar se desempeñó primero como jefe del Servicio de Patología Quirúrgica entre 1967 y 1983. Fungió como Codirector del Curso de Histotecnología del Laboratorio de Patología Quirúrgica, donde se formaron 136 técnicos en Patobiología y posteriormente se desempeñó como jefe de la Unidad de Patología del Hospital General de México y como jefe del Departamento de Patología de la Facultad de Medicina, UNAM entre 1983 y 2000. Durante su estancia en la Unidad de Patología del Hospital General de México, participó directamente en la formación académica de 169 Residentes de Patología, fundó y desarrolló el museo de piezas anatomopatológicas de la Unidad de Patología, creó y desarrolló quizás el primer Laboratorio de Inmunohistoquímica del país en la Unidad de Patología del mismo hospital. Ocupó importantes cargos tales como la presidencia de la Asociación Mexicana de Patólogos, socio de la División Mexicana de la Academia Internacional de Patología y del Consejo Mexicano de Médicos Anatomopatólogos entre otros. Presentó cientos de trabajos científicos en congresos nacionales e internacionales, cuenta con más de 1,500 citas de trabajos científicos publicados en revistas indizadas y publicó más de cien trabajos científicos en revistas nacionales e internacionales. Además de los múltiples artículos, también publicó numerosos capítulos de libros y es el autor del libro, a mi parecer su **Obra maestra**: Opiniones Personales

sobre la enseñanza, el aprendizaje y la práctica profesional de la Anatomía Patológica, sobre el cual comparto un par de opiniones:

Palabras del Dr. Juan Rosai “Creo que la virtud más notable de esta obra es la de reflejar una pasión, dedicación y fidelidad a un ideal que pocos tienen y que tanta falta le hace a nuestra especialidad”.

Palabras de Gino Raúl De Gasperín Gasperín: “Considero que este <<heterodoxo libro>>, singular compendio de vida profesional resulta valioso para los médicos y anatomopatólogos, a quienes no solo aporta claves para su ejercicio profesional, sino que les indica con claridad que la práctica médica debe estar permeada por una rigurosidad en la metodología y en una ética racional centrada en el infinito valor de la persona”



De 1984 a 2017 tuvo el nombramiento de Investigador Nacional (SNI) y desde el año 2000 hasta principios de 2024 se desempeñó como el jefe del Laboratorio de Investigaciones Anatomopatológicas, “Roberto Ruiz Obregón”, del Departamento de Medicina Experimental, primero bajo las órdenes del Dr. Ruy Pérez Tamayo y en los últimos años del Dr. Jaime Berumen.

Fue merecedor de 2 reconocimientos por haber completado 50 años de trayectoria docente tanto en la Facultad de Medicina de la UNAM, como en el Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”.

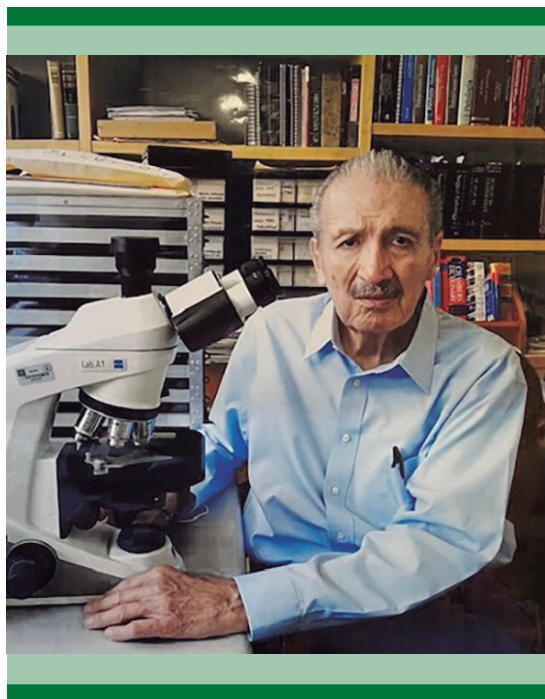


El Dr. Rodríguez Martínez siempre guardó un lugar muy especial entre sus colegas, alumnos, familiares y amigos, fue un gran apasionado del ejercicio de su especialidad y tal parecía que entre más difícil resultaba el caso que le consultábamos muchos de sus discípulos, más disfrutaba dicho reto, para lo cual una y otra vez más nos enseñaba con maestría la mejor forma de abordar y resolver casos complejos, a través de la fundamentación clara y precisa para poder elaborar un diagnóstico de certeza. Algunas frases muy propias del Dr. Rodríguez Martínez durante el ejercicio de su especialidad fueron: ¿Estás tan seguro de tu diagnóstico que podrías fotografiarlo para demostrarlo?,

¿Cuántos cortes crees que son suficientes para demostrar tu diagnóstico? Tantos como sean necesarios, mientras quede tejido en el bloque de parafina o en el “frasco”, hay que incluirlo todo y realizar más cortes; por último, si estás tan seguro de tu diagnóstico ¿le apostarías unos centavitos? Me atrevería a decir que como muy pocos patólogos de la era actual, también fue un experto en la realización e interpretación de las diferentes tinciones de histoquímica, con particular interés en los tricrómicos y en las tinciones de plata. Dicho sea de paso, el Dr. Rodríguez Martínez fue un gran admirador del Dr. Pierre Masson, a quien citaba con mucha frecuencia por sus grandes aportaciones a la Anatomía Patológica. Vale la pena mencionar que además de la patología tenía algunas otras pasiones en su vida que siempre le dieron la fuerza y el aliento para seguir adelante y me atrevo a mencionar que quizás una de las más grandes fue el gran amor que tenía por su “Rancho”, ubicado aproximadamente a 50 km al sur de la ciudad de Chihuahua, en cuyo cada cm cuadrado de dicha propiedad veía plasmado el recuerdo de sus adorados padres.

No puedo dejar de mencionar que durante este largo peregrinar por el camino de la Patología, el Dr. Rodríguez Martínez siempre contó con el apoyo incondicional de su fiel compañera de vida y esposa (mi madre), la Sra. Doña Manuela Elena Reyes de Rodríguez (Manuelita), mujer incansable, previsora y comprensible de cuya unión resultamos sus 4 hijos Miguel Ángel, Elena María, Abelardo Antonio y Alfonso Manuel, quienes junto con sus nueras y yerno posteriormente incrementaron la familia con sus 9 nietos Jesús, Daniela, Alfonso, Fernanda, Mariana, Alejandro, Lorenza, Abelardo III y José Manuel.

Concluyo diciéndoles a todos ustedes que la vida ha sido muy generosa conmigo por haberme permitido el privilegio de convivir de manera muy estrecha primero con el padre y posteriormente



con el maestro y amigo durante 59 largos años de mi vida, célebre personaje que deja un gran legado para la Anatomía Patológica Mexicana, además de un extraordinario ser humano, por lo que concluyo con profunda admiración, agradecimiento, respeto y cariño.

¡MUCHAS GRACIAS!

Dr. Abelardo A. Rodríguez Reyes

(Junio 20, 2025)

<https://doi.org/10.24245/patrl.v63id.10676>

Imágenes en Patología I (Pato)

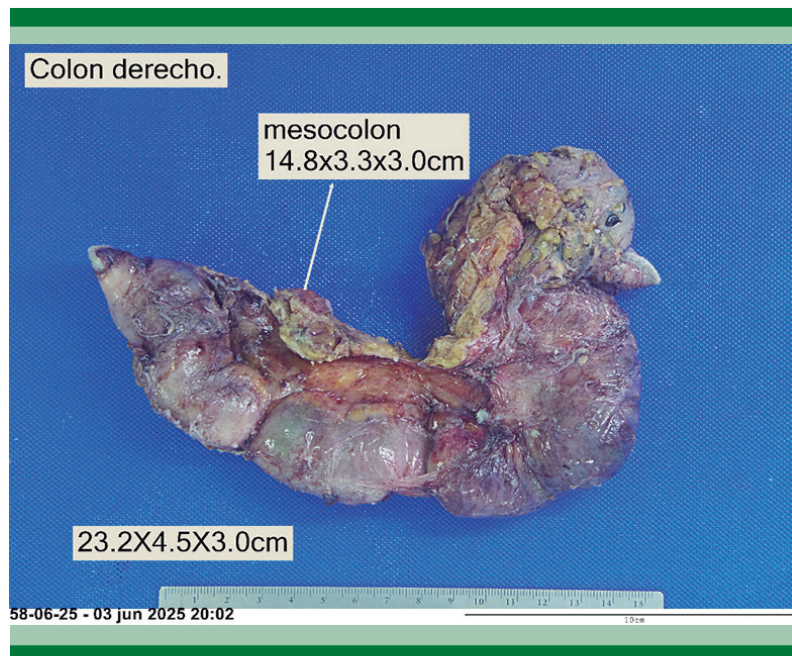
Images in Pathology I (Duck).

José de Jesús Curiel Valdés

En nuestra práctica cotidiana, con el uso del microscopio, no es raro encontrar que las células y tejidos adopten formas caprichosas, y en ocasiones nos recuerdan figuras conocidas. Así, estas imágenes podemos relacionarlas con animales (reales o imaginarios), objetos, instrumentos, emblemas... en fin, con todo aquello que nuestra imaginación lo permita.

*En la elaboración de esta colección de imágenes participa el Dr. José de Jesús Curiel Valdés.

Mujer de 41 años, con antecedente de tres cirugías: 1) histerectomía por miomas en octubre de 2024, 2) colecistectomía en enero de 2025, sin detección de endometriosis en éstas, y 3) apendicectomía con endometriosis en marzo de 2025. En junio de 2025 se efectuó hemocolectomía por oclusión intestinal con la resección del "Pato".



Anatomopatólogo, especialista en estudios de Ginecología, virus del papiloma humano, enfermedades de transmisión sexual, biopsias endoscópicas de tubo inmunohistoquímica. Laboratorio Grupo Diagnóstico.

Recibido: julio 2025

Aceptado: febrero 2025

Correspondencia

José de Jesús Curiel Valdés
josecurielvaldes@hotmail.com

Este artículo debe citarse como: Curiel-Valdés JJ. Imágenes en Patología I (Pato). Rev Latinoam 2025; 63: 1.

<https://doi.org/10.24245/patrl.v63id.10592>

Actualizaciones en vigilancia activa y el rol del patólogo en la evaluación del cáncer de próstata

Updates on active surveillance and the role of the pathologist in the evaluation of prostate cancer.

Julián Arista Nasr, Daniel Arizpe Vilana, Cynthia Monroy Ramos

El concepto de vigilancia activa (VA) representa una estrategia conservadora en el manejo inicial del adenocarcinoma prostático, cuyo objetivo es evitar tratamientos radicales inmediatos en casos seleccionados. Bajo esta modalidad, el paciente se somete a seguimiento clínico estricto mediante pruebas séricas (como APE), estudios de imagen y biopsias prostáticas seriadas. En caso de progresión, puede instaurarse un tratamiento definitivo en tiempo oportuno sin detrimento pronóstico.¹ A pesar de ser el enfoque preferido en la mayoría de los países desarrollados, su implementación en México sigue siendo limitada.²

Consideramos que el patólogo debe participar activamente en la promoción de la VA, no solo con un diagnóstico preciso, sino también identificando y comunicando aquellos casos que cumplen con los criterios para esta modalidad. Clásicamente, los pacientes elegibles presentan adenocarcinoma con suma de Gleason 6 (3+3), limitado a dos cilindros de la biopsia y con niveles de APE menores a 10 ng/mL. La edad y preferencia del paciente también son factores relevantes. Sin embargo, existen propuestas que permiten incluir focos limitados de patrón 4, siempre y cuando se consideren otros factores de riesgo.¹

Dado que la suma y el patrón de Gleason son determinantes, el papel del patólogo es crítico. El reconocimiento preciso del patrón 3 de

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, Ciudad de México.

ORCID

<https://orcid.org/0000-0002-6437-2538>

Recibido: junio 2025

Aceptado: julio 2025

Este artículo debe citarse como: Arista-Nasr J, Arizpe-Vilana D, Monroy-Ramos C. Actualizaciones en vigilancia activa y el rol del patólogo en la evaluación del cáncer de próstata. Rev Latinoam 2025; 63: 1-4.

Gleason —glándulas discretas, bien formadas y de tamaños variables— debe realizarse preferentemente a baja magnificación. Un error frecuente es el sobrediagnóstico del patrón 4, especialmente cuando se observan glándulas pequeñas con cortes tangenciales o agrupadas y simulando fusión. Estas se deben seguir considerando como patrón 3 si se puede trazar mentalmente un círculo alrededor de cada unidad glandular. El patrón 4 debe reservarse para agrupaciones claras de glándulas mal formadas, cribriformes verdaderas o glándulas fusionadas inequívocas.³ **Figura 1**

La invasión perineural por glándulas neoplásicas en la totalidad de la circunferencia de este también puede simular patrón 4 sin serlo. Asimismo,

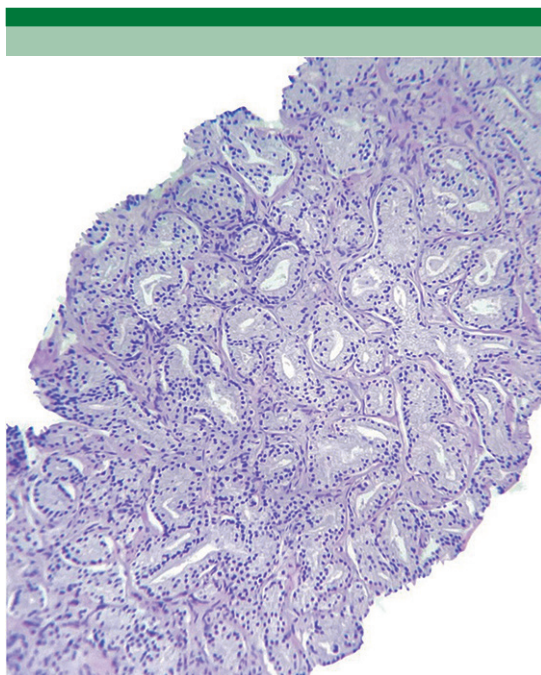


Figura 1. Adenocarcinoma acinar prostático con patrón Gleason 3, acompañado de un área focal con fusión glandular, sugestiva de patrón 4. Estos hallazgos representan un reto diagnóstico frecuente en el contexto de vigilancia activa, donde el reconocimiento e interpretación de la fusión glandular puede tener implicaciones clínicas significativas.

la fibroplasia mucinosa puede crear la apariencia de estructuras cribriformes fusionadas, aunque la arquitectura subyacente esté compuesta por glándulas discretas con colágeno, y en tales casos el diagnóstico debe basarse únicamente en la arquitectura glandular.³

La revisión por al menos dos patólogos mejora la precisión diagnóstica, como ha sido demostrado en estudios como el de Chan y Epstein (J Urol 2005),⁴ donde se documentó una alta tasa de discordancia interobservador incluso entre expertos. En nuestra experiencia, el sobre diagnóstico de patrón 4 es uno de los errores más frecuentes y puede excluir injustamente a pacientes que podrían beneficiarse de la VA.

Figura 2

Según el *White Paper de la Genitourinary Pathology Society (GUPS, 2019)*,⁵ el porcentaje de patrón 4 en biopsias de aguja se correlaciona con hallazgos adversos en prostatectomía radical. Para los Grupos de Grado 2 y 3, se

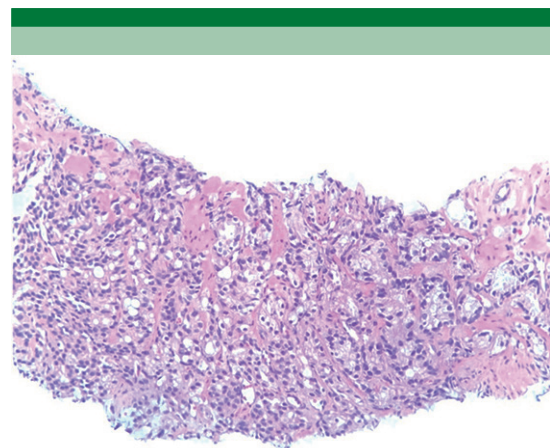


Figura 2. Glándulas neoplásicas con características mayoritariamente compatibles con patrón 3, pero con áreas focales que evocan un patrón 4 debido a su distribución y morfología. Este tipo de ambigüedad morfológica genera variabilidad diagnóstica entre observadores, lo que puede impactar decisiones terapéuticas.

recomienda reportar el porcentaje de patrón 4 en incrementos de 5% o 10%, ya que este dato impacta decisiones terapéuticas como la inclusión de terapia de deprivación androgénica (ADT) adyuvante en protocolos de radioterapia. En particular, se ha observado que un mayor porcentaje de patrón 4 en biopsias con Grupo de Grado 3 se asocia con mayor riesgo de enfermedad avanzada. Aunque algunas cohortes de vigilancia activa con seguimiento a largo plazo han encontrado que cualquier presencia de patrón 4 de Gleason predice progresión de la enfermedad, reportar incrementos pequeños (en intervalos de 5% o 10%) puede ser relevante para centros que incluyen pacientes del Grupo de Grado 2 con patrón 4 de bajo volumen en protocolos de VA.

Un punto clave de divergencia con el sistema original de Gleason ha sido la reclasificación de las glándulas cribriformes, las cuales ahora se consideran patrón 4 debido a su asociación con peor pronóstico. Estudios recientes proponen criterios estandarizados para su identificación: más de dos estructuras cribriformes por corte, unidades con ≥ 9 lúmenes o un diámetro ≥ 0.5 mm, lo que predice una alta concordancia diagnóstica entre observadores.⁵

Debe tenerse especial precaución con la presencia de carcinoma intraductal (IDC-P), el cual excluye automáticamente al paciente de los protocolos de VA, ya que se ha demostrado que su presencia disminuye la supervivencia libre de enfermedad. La proliferación intraductal atípica (AIP, por sus siglas en inglés) también debe diferenciarse cuidadosamente, ya que, aunque muestra crecimiento cribriforme, no cumple con los criterios de atipia nuclear ni necrosis del IDC-P.⁵ **Figura 3**

Otro concepto emergente de valor pronóstico es la histología adversa, definida por JK McKenney, de la Cleveland Clinic (Histopathology, 2024),⁶ como la presencia de cualquier componente

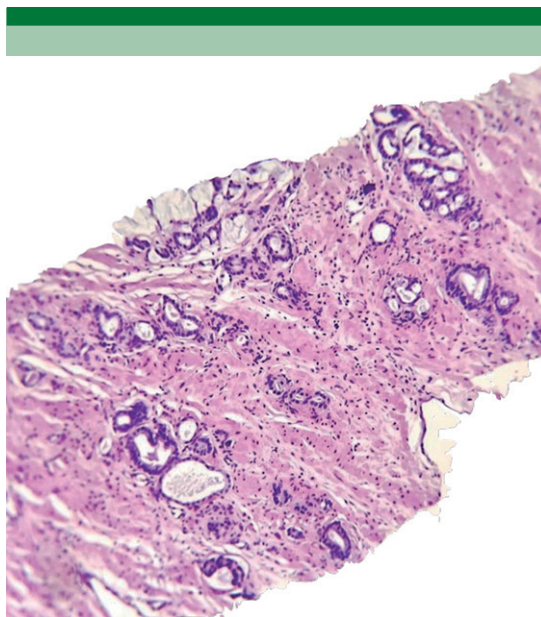


Figura 3. Proliferación glandular con patrón pseudoinfiltrativo que simula invasión. Este tipo de arquitectura puede inducir a una sobreinterpretación del grado tumoral.

de patrón 5 de Gleason, cualquier morfología cribriforme grande (>0.25 mm) o carcinoma intraductal, arquitectura papilar intraluminal compleja, carcinoma estromogénico de grado 3 y crecimiento complejo en cordones anastomosantes. Este enfoque simplificado ha demostrado ser superior al sistema de grado grupo y estadio tradicional para predecir recurrencia bioquímica, metástasis y mortalidad. La evolución en la práctica clínica —como los métodos actuales de biopsia con aguja, el tamizaje mediante antígeno prostático específico (PSA) y la vigilancia activa— ha modificado las características diagnósticas y la aplicabilidad del sistema de Gleason, lo que ha obligado a realizar ajustes progresivos. Se ha demostrado que el método convencional de sumatoria de Gleason, y por tanto el sistema de grado grupo, clasifica erróneamente el riesgo en un número importante de adenocarcinomas prostáticos

GG2, especialmente aquellos que presentan carcinoma cribiforme grande o intraductal. En particular, el carcinoma estromogénico de grado 3 se define como un adenocarcinoma prostático que contiene $\geq 50\%$ de estroma reactivo, con una proporción estroma/epitelio mayor o igual a 1. Este estroma reactivo es desorganizado, eosinófilo, laxo y rico en matriz extracelular. Aunque este patrón no se incluye rutinariamente en los reportes patológicos y muchos patólogos carecen de experiencia en su identificación, los estudios previos —como el de De Vivar et al.⁷— la han asociado consistentemente con un pronóstico desfavorable.

Por todas estas razones, el patólogo debe tener un papel más activo en el fomento y selección de pacientes para vigilancia activa. La VA no sólo representa una alternativa médica menos agresiva, sino también una estrategia más coste-efectiva, especialmente relevante en un sistema donde una prostatectomía radical en medicina privada puede superar los 500,000 pesos. Es también una oportunidad para el empoderamiento del

paciente, quien tiene derecho a conocer todas sus opciones terapéuticas.

REFERENCIAS

1. Mohler JL, Antonarakis ES, Armstrong AJ, et al. Prostate cancer, version 2.2019, NCCN clinical practice guidelines in oncology. *J Natl Compr Canc Netw* 2019; 17 (5): 479-505.
2. Instituto Mexicano del Seguro Social. Protocolo de Atención Integral de Cáncer de Próstata. México: IMSS; 2023.
3. Epstein JI, Netto GJ. *Biopsy Interpretation of the Prostate*. 7th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2021.
4. Chan TY, Epstein JI. Patient and urologist driven second opinion of prostate needle biopsies. *J Urol* 2005; 174 (4 Pt 1): 1390-4. doi: 10.1097/01.ju.0000173633.56174.c4
5. Epstein JI, Amin MB, Fine SW, et al. The 2019 Genitourinary Pathology Society (GUPS) White Paper on Contemporary Grading of Prostate Cancer. *Arch Pathol Lab Med* 2021; 145 (4): 461-93. doi: 10.5858/arpa.2020-0015-RA
6. Nguyen JK, Harik LR, Klein EA, et al. Proposal for an optimised definition of adverse pathology (unfavourable histology) that predicts metastatic risk in prostatic adenocarcinoma independent of grade group and pathological stage. *Histopathology* 2024; 85 (4): 598-613. doi: 10.1111/his.15231
7. Díaz de Vivar A, Sayeeduddin M, Rowley D, Cubilla A, et al. Histologic features of stromogenic carcinoma of the prostate (carcinomas with reactive stroma grade 3). *Hum Pathol* 2017; 63: 157-164. doi: 10.1016/j.humpath.2017.02.019

<https://doi.org/10.24245/patrl.v63id.10537>

Dr. José Ernesto Carrera González



El Colegio y Asociación Mexicana de Patólogos, A.C.,

Nos unimos a la profunda pena que embarga a la familia, amigos y a la comunidad de médicos anatomopatólogos, por el lamentable fallecimiento del:

DR. JOSÉ ERNESTO CARRERA GONZÁLEZ

Distinguido patólogo del servicio de patología quirúrgica del Hospital General de México
"Dr Eduardo Liceaga"

Externamos nuestras respetuosas condolencias a su familia y amigos.

Q.E.P.D.

Acaecido el 16 de mayo de 2025 en la Ciudad de México



Este artículo debe citarse como: Dr. José Ernesto Carrera González. Reporte de caso y revisión de la bibliografía. Rev Latinoam 2025; 63: 1.

<https://doi.org/10.24245/patrl.v63id.9927>

Endometriosis recto-sigmoidea con afectación de ganglios linfáticos. Reporte de caso y revisión de la bibliografía

Rectosigmoid endometriosis with lymph node involvement. Case report and literature review.

José Rodrigo Alcántara Dzib,¹ Patricia Berenice Bolado García,² Karla Gabriela Ordoñez Escalante,¹ Daniela Romero Meza³

Resumen

ANTECEDENTES: La afectación intestinal aparece en aproximadamente el 3% de los casos de endometriosis, siendo la zona recto-sigmoidea la más afectada. La patogénesis de esta enfermedad es incierta y existen varias teorías que intentan explicarla, como la menstruación retrógrada, metaplasia celómica y diseminación hematógeneo-linfática de células mesoteliales. La afectación ganglionar por endometriosis, en casos de afectación extrapélvica, podría explicarse por la diseminación linfática como probable mecanismo patogénico.

CASO CLÍNICO: Paciente femenina de 37 años, quien a los 33 años inició con un cuadro clínico caracterizado por estreñimiento crónico, distensión abdominal y pérdida de peso de 20 kg en el último año. La tomografía abdominopélvica reportó obstrucción colónica secundaria a lesión sólida en la región recto-sigmoidea. La paciente continuó con deterioro clínico, por lo que se decidió efectuar resección intestinal segmentaria. El análisis histopatológico informó endometriosis intestinal mural con afectación de los ganglios linfáticos.

CONCLUSIONES: La endometriosis recto-sigmoidea con afectación de los ganglios linfáticos mesentéricos es una alteración excepcional y poco descrita, que implica un reto diagnóstico; por tanto, es importante analizar los aspectos anatómicos e histopatológicos para entender mejor la fisiopatología y realizar el abordaje correcto.

PALABRAS CLAVE: Endometriosis; Recto-sigmoides; Ganglios linfáticos; Obstrucción colónica; Resección intestinal.

Abstract

BACKGROUND: Intestinal involvement occurs in approximately 3% of cases of endometriosis, with the rectosigmoid region being the most affected. The pathogenesis of this disease is uncertain, and several theories attempt to explain it, such as retrograde menstruation, coelomic metaplasia, and hematogenous-lymphatic dissemination of mesothelial cells. Lymph node involvement due to endometriosis, in cases of extrapelvic involvement, could be explained by lymphatic dissemination as a probable pathogenetic mechanism.

CLINICAL CASE: A 37-year-old female patient presented with chronic constipation, abdominal distension, and a 20 kg weight loss in the previous year at age 33. Abdominopelvic computed tomography revealed colonic obstruction secondary to a solid lesion in the rectosigmoid region. The patient continued to experience clinical deterioration, leading to the decision to perform segmental intestinal resection. Histopathological analysis revealed mural intestinal endometriosis with lymph node involvement.

¹ Servicio de Anatomía Patológica.

² Unidad de Investigación.

Hospital de Especialidades Médicas, Centro Médico Nacional Ignacio García Téllez, Instituto Mexicano del Seguro Social, Mérida, Yucatán.

³ Servicio de Anatomía Patológica, Hospital de Ginecología y Obstetricia, Centro Médico Nacional La Raza, Instituto Mexicano del Seguro Social, Ciudad de México.

ORCID

<https://orcid.org/0000-0002-4490-260X>

<https://orcid.org/0000-0003-3969-978X>

<https://orcid.org/0009-0001-1180-8940>

<https://orcid.org/0009-0007-1220-056X>

Recibido: julio 2024

Aceptado: febrero 2025

Correspondencia

José Rodrigo Alcántara Dzib
alcantara.dzib@gmail.com

Este artículo debe citarse como:

Alcántara-Dzib JR, Bolado-García PB, Ordoñez-Escalante KG, Romero-Meza D. Endometriosis recto-sigmoidea con afectación de ganglios linfáticos. Reporte de caso y revisión de la bibliografía. Rev Latinoam 2025; 63: 1-6.

CONCLUSIONS: Rectosigmoid endometriosis with mesenteric lymph node involvement is a rare and under-reported disorder that poses a diagnostic challenge. Therefore, it is important to analyze the anatomical and histopathological aspects to better understand the pathophysiology and establish the appropriate approach.

KEYWORDS: Endometriosis; Rectosigmoid; Lymph nodes; Colonic obstruction; Bowel resection.

ANTECEDENTES

La coexistencia de glándulas endometriales y estroma que infiltran la capa muscular propia de la pared intestinal puede producir dolor, distensión abdominal, estreñimiento o diarrea que pueden empeorar durante el ciclo menstrual, además de hemorragia rectal cíclica, urgencia para defecar y sensación de evacuación incompleta.^{1,2}

Los nódulos endometriósicos del intestino grueso pueden causar estenosis significativa de la luz intestinal, lo que resulta en síntomas oclusivos o subocclusivos. Los pacientes asintomáticos no ameritan tratamiento.

La prevalencia de endometriosis intestinal varía de 3 a 37% de todos los casos de endometriosis. La oclusión intestinal por focos de endometriosis en el intestino delgado y grueso son aún más raros, con una prevalencia del 0.1-0.7%, principalmente en pacientes de 25 a 45 años.^{3,4}

La apariencia macroscópica de las lesiones puede parecerse a una enfermedad neoplásica; en casos excepcionales, la endometriosis puede evolucionar a adenocarcinoma endometriode.⁵

La identificación laparoscópica de endometriosis con confirmación histopatológica se ha aceptado desde hace mucho tiempo como estudio de referencia para establecer el diagnóstico de endometriosis.^{6,7}

Son pocos los casos que mencionan la endometriosis en los ganglios linfáticos, lo que respalda el mecanismo de diseminación linfática.^{8,9} Aunque la teoría más aceptada de la patogénesis de esta enfermedad postula la menstruación retrógrada a través de las trompas de Falopio con implantación en el peritoneo, aún no es clara; sin embargo, los hallazgos de este caso apoyan el mecanismo de diseminación linfática de las células endometriales, en donde es probable que los sistemas linfático e inmunológico intervienen en el establecimiento y evolución de la enfermedad.¹⁰⁻¹³

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 37 años, quien a los 33 años inició con un cuadro clínico caracterizado por estreñimiento crónico, distensión abdominal y pérdida de peso de 20 kg en el último año. Al examen físico se observó: abdomen distendido, no doloroso a la palpación, blando, depresible, timpánico a la percusión, sin evidencia de irritación peritoneal. El diagnóstico sugerente inicial fue obstrucción intestinal por probable neoplasia maligna.

La tomografía abdominopélvica reportó: obstrucción colónica secundaria a lesión sólida en la región rectosigmoidea y megacolon. La colonoscopia con obtención de biopsia informó colitis crónica leve inespecífica.

La biometría hemática, química sanguínea y tiempos de coagulación no mostraron alteracio-

nes asociadas con el proceso inflamatorio. Los marcadores tumorales: antígeno carcinoembriionario, alfa fetoproteína y CA 19.9 se encontraron dentro de los parámetros de referencia. La paciente padeció un mes antes dolor en la fosa ilíaca izquierda, cuantificado en 7, de acuerdo con la Escala Visual Analógica (EVA), intermitente, sin predominio de horario. Después de descartar otras alteraciones clínicas, como colitis y divertículos, se obtuvo la impresión diagnóstica de obstrucción intestinal parcial asociada con neoplasia maligna en el recto-sigmoides, por lo que se programó para rectosigmoidectomía.

De dicho procedimiento se obtuvo una pieza quirúrgica que midió 25 cm de longitud, con diámetro variable de 2.5 a 9.0 cm, a expensas de una zona dilatada en la porción media del segmento intestinal. La serosa se apreció de color café grisáceo, lisa, con moderada cantidad de tejido adiposo. Al corte se identificó un nódulo mural de 3.0 x 3.0 cm en sus ejes mayores, de color café grisáceo, con zonas rojizas y de consistencia firme; el resto de la mucosa fue de color café grisáceo y lisa (**Figura 1**). Se disecaron 14 ganglios linfáticos de color café grisáceo, de consistencia blanda. En los cortes histológicos, teñidos con hematoxilina y eosina, se identificó que el nódulo intestinal correspondió a mucosa colónica, con glándulas endometriales en la pared y extensas áreas de fibrosis (**Figura 2**), con afectación en dos de los catorce (**Figura 3**).

Dentro del tejido linfoide se observaron glándulas endometriales quísticas y dilatadas con diferente reacción estromal, compatibles con endometriosis en el recto-sigmoides, con afectación ganglionar. Luego de 48 horas de la intervención quirúrgica, la paciente manifestó fiebre de 40 °C, insuficiencia respiratoria aguda, hipoxémica, datos de irritación peritoneal y pérdida del estado de alerta, por lo que se decidió ingresarla a la unidad de cuidados intensivos, con diagnóstico de sepsis de origen abdominal. La paciente falleció una semana después.



Figura 1. Fotografía macroscópica de recto-sigmoides en donde se observa nódulo mural café grisáceo con zonas rojizas (flecha), dicho nódulo midió 3.0 cm en su eje mayor, la mucosa intestinal adyacente muestra pliegues aplanados (asterisco).

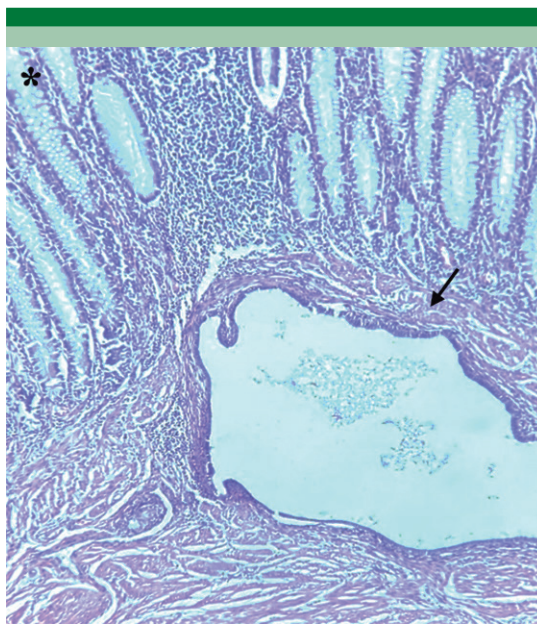


Figura 2. Se observa glándula endometrial (flecha) en la pared intestinal adyacente a la mucosa de colon (asterisco). 40x.

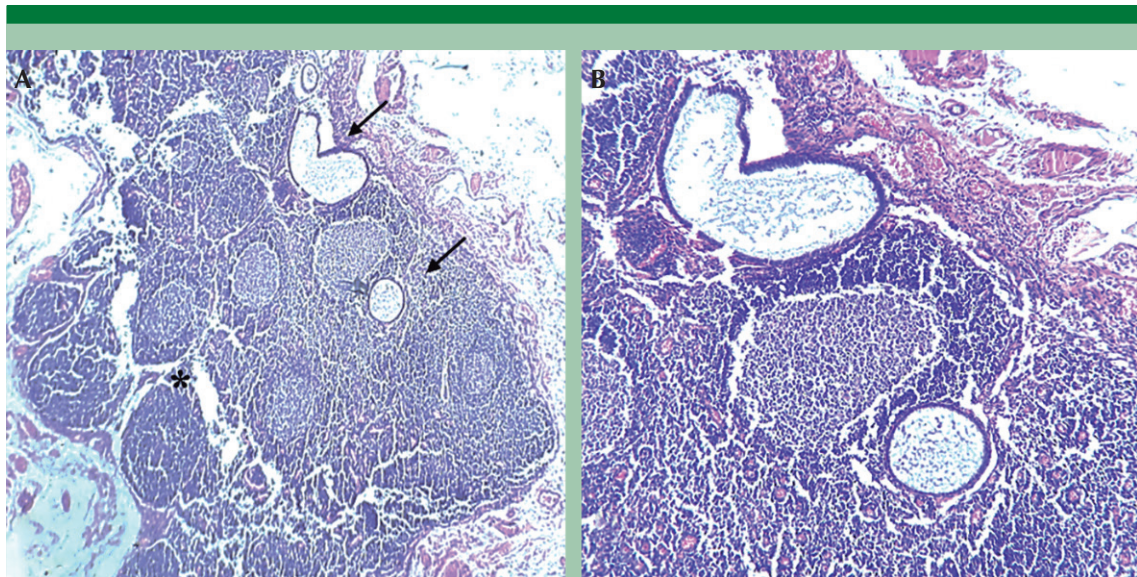


Figura 3. A) Glándulas endometriales dilatadas (flechas) con hiperplasia reactiva del ganglio linfático (asterisco). Tinción de hematoxilina y eosina. 10x. **B)** Glándulas endometriales dilatadas (flechas) con hiperplasia reactiva del ganglio linfático (asterisco). Tinción de hematoxilina y eosina. 40x

DISCUSIÓN

En la actualidad existen diversas teorías que explica la patogénesis de la endometriosis. La afectación del conducto intestinal sugiere que los mecanismos implicados van más allá de procesos mecánicos, como la menstruación retrógrada, tal es el caso de la localización del tejido endometrial en los ganglios linfáticos. El caso aquí expuesto apoya la participación del sistema inmunológico en el proceso de diseminación y control de la enfermedad.

Los estudios que demuestran la participación del sistema linfático, particularmente de los ganglios linfáticos, contribuyen a la comprensión cada vez mayor de la respuesta inmune local a la enfermedad avanzada.^{11,12} Es probable que la activación inmunitaria se desencadene en los ganglios linfáticos que drenan la lesión en respuesta al tránsito de células similares al endometrio, con el objetivo de prevenir la diseminación y progresión de la enfermedad.⁴ La

creciente evidencia de la participación de los ganglios linfáticos en la evolución de la endometriosis indica el potencial de futuros avances en el tratamiento de esta enfermedad.¹⁴

La obstrucción intestinal provocada por la endometriosis es una afectación poco común, pero debe considerarse en mujeres en edad reproductiva, que acuden a la sala de urgencias con signos y síntomas de íleo. Aún más rara es la aparición de esta enfermedad en mujeres posmenopáusicas; no obstante, sigue siendo un diagnóstico posible.

Desde el punto de vista intraoperatorio, la apariencia macroscópica de las lesiones puede parecerse a una enfermedad neoplásica, desde la apariencia de la masa obstructiva hasta la afectación de los ganglios linfáticos; por lo tanto, la mayor parte de los procedimientos consisten en resecciones intestinales extensas.² Respecto al tratamiento quirúrgico, durante los últimos veinte años la resección segmentaria

ha sido la técnica de referencia en pacientes con endometriosis intestinal; hoy en día, lo más común es el acceso por laparoscopia; sin embargo, existe evidencia que puede practicarse de manera segura mediante cirugía laparoscópica asistida por robot. La fístula rectovaginal y la fuga anastomósica son las complicaciones más frecuentemente relacionadas con la resección segmentaria; otras incluyen: absceso pélvico, hemorragia posoperatoria, daño ureteral y estenosis anastomótica. Varios estudios demuestran que la resección segmentaria disminuye el dolor y los síntomas intestinales. La resección segmentaria que preserva los nervios puede mejorar los resultados funcionales. Las tasas de recurrencia posoperatoria de endometriosis intestinal varían según diferentes estudios, posiblemente debido a diferentes definiciones de recurrencia.¹⁵

Un enfoque relevante sugerido es la linfadenectomía regional, como parte de la cirugía de rutina para la enfermedad, que disminuye la recurrencia mediante la eliminación física de las células endometriales residentes e interferencia con el tránsito futuro.¹⁴ Actualmente, los inhibidores de la aromatasa de tercera generación pueden prescribirse como tratamiento alternativo.^{16,17}

Las lesiones de endometriosis se caracterizan por tejido epitelial glandular y estroma periglandular endometrial; las lesiones endometriósicas varían en cuanto aspecto glandular, tamaño y ubicación de la lesión. El examen histopatológico es la base para establecer el diagnóstico final de endometriosis y el grado de proliferación tisular. La tinción histológica con hematoxilina-eosina resalta las estructuras glandulares endometriales, la coexistencia de estroma periglandular y grado de transformación glandular atípica,¹⁸ acompañada de hemorragia submucosa focal y cicatrización de la serosa.¹⁹

Los estudios actuales de la endometriosis han prestado atención en los enfoques hormonales,

neurológicos e inmunológicos de la fisiopatología y su posible intervención farmacológica.²⁰

De acuerdo con las investigaciones de los últimos años en endometriosis, se comprueba que las opciones terapéuticas disponibles actualmente no son optimistas. Lamentablemente, el tratamiento de esta enfermedad sigue siendo ineficaz; sin embargo, el avance del conocimiento, especialmente a nivel genético, que se ha producido en los últimos años permite separar ciertos escudos moleculares para nuevos métodos terapéuticos. Existe esperanza en nuevas direcciones de investigación, como el uso de micro ARN que regulan las vías celulares clave en el desarrollo de la enfermedad, como marcadores moleculares en la endometriosis. Sin embargo, estos estudios deben involucrar a grandes grupos de pacientes, con su descripción clínica completa para establecer conclusiones de este tipo partículas como marcadores de endometriosis.¹³

El estado de los ganglios linfáticos en la endometriosis sigue siendo desconocido, incluso subestimado; la principal limitante para su identificación es que la disección de ganglios linfáticos no suele realizarse en enfermedades benignas.^{9,14} En la serie más grande, se estudiaron cuidadosamente 26 casos de endometriosis recto-sigmoidea y se encontró afectación de los ganglios linfáticos en el 42.3% de los casos, por lo que no debe considerarse un hecho infrecuente. Una hipótesis compartida es que la endometriosis de los ganglios linfáticos representa un drenaje linfático del tejido endometrial,¹² por lo que se sugiere que en los casos de endometriosis recto-sigmoidea los ganglios linfáticos sean disecados y estudiados histológicamente para comprender mejor el mecanismo fisiopatológico de la enfermedad.

CONCLUSIONES

La endometriosis recto-sigmoidea con afectación de los ganglios linfáticos mesentéricos es

una alteración excepcional y poco descrita, que implica un reto diagnóstico; por tanto, es importante analizar los aspectos anatómicos e histopatológicos para entender mejor la fisiopatología y realizar el abordaje correcto.

REFERENCIAS

1. Vercellini P, Sergenti G, Buggio L, Frattaruolo MP, et al. Advances in the medical management of bowel endometriosis. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2021; 71: 78-99.
2. Aldhaferi S, Suarathana E, Capmas P, Badeghiesh A, et al. Association Between Bowel Obstruction or Intussusception and Endometriosis. *J Obstet Gynaecol Can* 2021; 43 (4): 440-6.
3. Muşat F, Păduraru DN, Bolocan A, Constantinescu A, et al. Endometriosis as an Uncommon Cause of Intestinal Obstruction-A Comprehensive Literature Review. *J Clin Med* 2023; 12 (19): 6376.
4. Smolarz B, Szyłto K, Romanowicz H. Endometriosis: Epidemiology, Classification, Pathogenesis, Treatment and Genetics (Review of Literature) *Int J Mol Sci* 2021; 22: 10554.
5. Muşat F, Păduraru DN, Bolocan A, Constantinescu A, et al. Endometriosis as an Uncommon Cause of Intestinal Obstruction-A Comprehensive Literature Review. *J Clin Med* 2023; 12 (19): 6376.
6. Becker CM, Bokor A, Heikinheimo O, Horne A, et al, ESHRE Endometriosis Guideline Group et al. ESHRE guideline: Endometriosis. *Hum Reprod Open* 2022; 2022: hoac009.
7. Koninckx PR, Fernandes R, Ussia A, Schindler L, et al. Pathogenesis Based Diagnosis and Treatment of Endometriosis. *Front Endocrinol (Lausanne)*. 2021; 12: 745548.
8. Koyama R, Aiyama T, Yokoyama R, Nakano S. Small Bowel Obstruction Caused by Ileal Endometriosis with Appendiceal and Lymph Node Involvement Treated with Single-Incision Laparoscopic Surgery: A Case Report and Review of the Literature. *Am J Case Rep* 2021; 22: e930141.
9. Cacciato-Insilla A, Granai M, Gallippi G, Giusti P, et al. Deep endometriosis with pericolic lymph node involvement: a case report and literature review. *World J Gastroenterol* 2014; 20 (21): 6675-9.
10. Jerman LF, Anderson L, Markham R, Hey-Cunningham AJ. The Lymphatic System in Endometriosis: a Pilot Study of Endometrial-Like Cells and Immune Cell Populations in Lymph Nodes Associated with Deep Infiltrating Bowel Lesions. *Reprod Sci* 2020; 27 (4): 977-87.
11. Berbic M, Ng CH, Black K, Markham R, et al. A novel pilot study of endometrial stromal cells and immune cell populations in sentinel uterine-draining lymph nodes during the menstrual cycle and in endometriosis. *Reprod Sci* 2013; 20 (11): 1339-48.
12. Noël JC, Chapron C, Fayt I, Anaf V. Lymph node involvement and lymphovascular invasion in deep infiltrating rectosigmoid endometriosis. *Fertil Steril* 2008; 89 (5): 1069-72.
13. Smolarz B, Szyłto K, Romanowicz H. Endometriosis: Epidemiology, Classification, Pathogenesis, Treatment and Genetics (Review of Literature). *Int J Mol Sci* 2021; 22 (19): 10554.
14. Gong Y, Tempfer CB. Regional lymphatic spread in women with pelvic endometriosis. *Med Hypotheses* 2011; 76 (4): 560-3.
15. Ferrero S, Stabilini C, Barra F, Clarizia R, et al. Bowel resection for intestinal endometriosis. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2021; 71: 114-28.
16. Peitsidis P, Tsikouras P, Laganà AS, Laios A, et al. A Systematic Review of Systematic Reviews on the Use of Aromatase Inhibitors for the Treatment of Endometriosis: The Evidence to Date. *Drug Des Devel Ther* 2023; 17: 1329-46.
17. Mikuš M, Šprem Goldštajn M, Laganà AS, Vukorepa F, et al. Clinical Efficacy, Pharmacokinetics, and Safety of the Available Medical Options in the Treatment of Endometriosis-Related Pelvic Pain: A Scoping Review. *Pharmaceuticals (Basel)*. 2023; 16 (9): 1315.
18. Istrate-Ofițeru AM, Mogoantă CA, Zorilă GL, Roșu GC, et al. Clinical Characteristics and Local Histopathological Modulators of Endometriosis and Its Progression. *Int J Mol Sci*. 2024; 25 (3): 1789.
19. Soumekh A, Nagler J. Gastrointestinal endometriosis causing subacute intestinal obstruction with gradual development of weight loss and misdiagnosed as irritable bowel syndrome. *Case Rep Gastroenterol* 2014; 8 (1): 51-5.
20. Chen LH, Lo WC, Huang HY, Wu HM. A Lifelong Impact on Endometriosis: Pathophysiology and Pharmacological Treatment. *Int J Mol Sci* 2023; 24 (8): 7503.

<https://doi.org/10.24245/patrl.v63id.9612>

Tamizaje de lesiones premalignas de cáncer anal en pacientes con VIH

Screening for premalignant lesions of anal cancer in patients with HIV.

Iván Sandoval Guzmán,¹ Tatiana Ordoñez Rodríguez,¹ José Manuel Reyes Ruiz,² Omar Josué Herrera Lopez,³ Oscar Faibre Alvarez,¹ Christian Rodríguez Santos,¹ Gustavo Martínez Mier²

Resumen

OBJETIVO: Determinar la frecuencia de lesiones premalignas de cáncer anal en pacientes con virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio descriptivo, prospectivo y transversal, llevado a cabo en pacientes con VIH, de quienes se obtuvo una muestra para citología anal, con la intención de detectar lesiones premalignas y realizar la genotipificación del virus en sujetos con resultado positivo.

RESULTADOS: Se registraron 115 pacientes y de éstos solo 4 tuvieron resultado positivo de lesión premaligna de cáncer anal. Debido a la falta de recursos, solo se efectuaron dos estudios de genotipificación en dos pacientes: en el primero se identificó el genotipo 52 y en el segundo se obtuvo un resultado negativo para VPH.

CONCLUSIONES: La frecuencia de lesiones premalignas de cáncer anal es baja en nuestra población. La principal relación obedece a condilomatosis anal y resultado positivo de lesión premaligna.

PALABRAS CLAVE: Cáncer anal; Lesiones premalignas; Virus de inmunodeficiencia humana; Citología; Genotipificación; Condilomatosis anal.

Abstract

OBJECTIVE: To determine the frequency of premalignant lesions of anal cancer in patients with human immunodeficiency virus (HIV).

MATERIALS AND METHODS: Descriptive, prospective, and cross-sectional study carried out in patients with HIV, from whom a sample was obtained for anal cytology, with the intention of detecting premalignant lesions and performing genotyping of the virus in subjects with a positive result.

RESULTS: 115 patients were registered and of these only 4 had a positive result for premalignant lesion of anal cancer. Due to lack of resources, only two genotyping studies were carried out in two patients: in the first, genotype 52 was identified and in the second a negative result for HPV was obtained.

CONCLUSIONS: The frequency of premalignant lesions of anal cancer is low in our population. The main relationship is due to anal condylomatosis and a positive result for premalignant lesion.

KEYWORDS: Anal cancer; Premalignant lesions; Human immunodeficiency virus; Cytology; Genotyping; Anal condylomatosis.

¹ Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Especialidades 14, Centro Médico Nacional Lic. Adolfo Ruiz Cortines, Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Departamento de Medicina Interna.

² Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Especialidades 14, Centro Médico Nacional Lic. Adolfo Ruiz Cortines, Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Departamento de Investigación en Salud.

³ Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Especialidades 14, Centro Médico Nacional Lic. Adolfo Ruiz Cortines, Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Departamento de Patología.

Recibido: marzo 2024

Aceptado: febrero 2025

Correspondencia

Iván Sandoval Guzmán
IvanMED24@outlook.es

Este artículo debe citarse como: Sandoval-Guzmán I, Ordoñez-Rodríguez T, Reyes-Ruiz JM, Herrera-Lopez OJ, Faibre-Alvarez O, Rodríguez-Santos C, Martínez-Mier G. Tamizaje de lesiones premalignas de cancer anal en pacientes con VIH. Rev Latinoam 2025; 63: 1-6.

ANTECEDENTES

La incidencia de cáncer anal se incrementado en pacientes con virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en comparación con la población general.¹ El tratamiento antirretroviral ha logrado disminuir frecuencia de neoplasias que evolucionan a síndrome de inmunodeficiencia humana y con ello aumentó en la esperanza de vida de los pacientes.²

El cáncer anal de células escamosas suele relacionarse con el virus del papiloma humano (VPH); los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y tienen antecedente de virus de la inmunodeficiencia humana son los principales afectados por el cáncer anal, incluso si reciben tratamiento antirretroviral.⁴⁻⁵

Un metaanálisis realizado en 2020 informó una elevada incidencia de cáncer anal en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, diagnosticados con VIH, comparado con otros grupos con alguna inmunodeficiencia, por ejemplo: pacientes en tratamiento con quimioterapia o inmunosupresores por trasplante renal⁶.

El diagnóstico de lesiones premalignas de cáncer anal puede efectuarse de manera oportuna mediante la citología anal, que ha demostrado eficacia para detectar neoplasia intraepitelial de alto grado, con sensibilidad del 90%; no obstante, especificidad del 60%.⁶ Aun así, representa un método diagnóstico de bajo costo y sencillo de realizar, disponible en cualquier nivel de salud.⁷⁻⁸

La lesión intraepitelial de bajo grado se caracteriza por aumento del tamaño del núcleo, superficie de la membrana celular irregular, con relación núcleo-citoplasma conservado.⁷⁻⁸ Por su parte, la lesión intraepitelial de alto grado afecta todo el epitelio, o al menos los dos tercios inferiores, y los hallazgos suelen ser: pérdida de la maduración con hiper cromasia nuclear y membrana irregular, y relación núcleo-cito-

plasma disminuida. Estas características pueden identificarse con la citología anal, efectuada por un médico patólogo adiestrado.⁷

La prevalencia del virus del papiloma humano el conducto anal se asocia directamente con el resultado histológico. La prevalencia en pacientes con lesión intraepitelial de alto grado es mayor del 90% y en quienes padecen cáncer anal alcanza, incluso, el 100%.⁷⁻⁸ Este escenario puede afectarse por varios factores: inmunosupresión y estado inflamatorio que causo la infección por el VPH previo al inicio del tratamiento antirretroviral, lo que sugiere que el VPH puede mantenerse a nivel epitelial y causar daño crónico.⁷

Con base en lo anterior, el objetivo de este estudio fue: determinar la frecuencia de lesiones premalignas de pacientes con cáncer anal con diagnóstico de virus de la inmunodeficiencia humana.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, prospectivo y transversal, llevado a cabo a partir de la evaluación del estudio citológico e histopatológico de pacientes con diagnóstico de virus de inmunodeficiencia humana (VIH), que acudieron a consulta en la clínica del Grupo de Atención a Pacientes con Infección Retroviral (GAPIR), de la Unidad Médica de Alta Especialidad No. 14, Centro Médico Nacional Lic. Adolfo Ruiz Cortines (Instituto Mexicano del Seguro Social), entre julio de 2022 a enero de 2023. El protocolo fue aprobado (R-2022-3001-069) por el Comité de Ética e Investigación del local.

Se asignaron a los pacientes a dos grupos, de acuerdo con la media de edad, uno de mayores y otro de menores de 38 años, respectivamente.

A cada paciente se le realizó una entrevista para recabar los antecedentes personales, previa firma de consentimiento informado. Antes de obtener la muestra de citología se realizó la

revisión visual de la región perianal en búsqueda de condilomas, La toma de muestra se efectuó con *cytobrush*. Se busco la asociación entre lesiones sugerentes de papiloma, por ejemplo: condilomas perianales y resultado positivo a lesiones premalignas. El cepillado se realizó en la zona de transición anorrectal. Posteriormente se fijó en alcohol al 96% y se tiñó con técnica de Papanicolau. La genotipificación de virus del papiloma humano se llevó a cabo con la prueba de reacción en cadena de la polimerasa (Digene HC2 Marca QIAGEN), que detecta 45 serotipos (16, 18, 31, 33, 34, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68-A, 68-B, 26, 53, 66(a), 67, 70, 73, 82, 6, 11, 13, 32, 40, 42, 43, 44, 54, 55, 57, 61, 62, 64, 69, 71, 72, 81, 83, 84, 87, 89, 90), mediante sondas de ácido ribonucleico del genoma completo, adicionales al ácido desoxirribonucleico del virus del papiloma humano, anticuerpos específicos y detección quimioluminiscente.

Análisis estadístico

Se realizó un análisis estadístico descriptivo. Las variables categóricas se expresaron en número y porcentaje. Se utilizó la prueba exacta de Fisher para la comparación de grupos entre variables. Los datos se analizaron con el programa SPSS v.25. Se consideró estadísticamente significativo el valor de $p < 0.05$.

RESULTADOS

Se registraron 119 pacientes, pero se excluyeron 4 por resultado de citologías con muestra acelular (cabe mencionar que se incluyeron cinco mujeres menores de 38 años y 17 mayores de 18). Los 115 pacientes incluidos recibían tratamiento con antirretrovirales y tenían carga viral indetectable. La mediana de edad fue de 38 años. En el **Cuadro 1** se enlistan los datos epidemiológicos.

En el grupo de menores y mayores de 38 años se encontraron 6 (75%) versus 2 (25%) pacientes con condiloma perianal, respectivamente.

Los resultados de las citologías anales informaron 3 (75%) muestras positivas a lesión premaligna en el grupo de menores de 38 años y 1 (25%) en del mayores de 38 años. **Figura 1**

El reporte de todas las muestras de histología fue: lesión escamosa intraepitelial de bajo grado (**Cuadro 2**). Del total de pacientes con resultado positivo a lesión premaligna se realizó la genotipificación para virus del papiloma humano a dos participantes (50%): en uno se identificó el genotipo 52 y en el otro se informó resultado negativo para el virus.

DISCUSIÓN

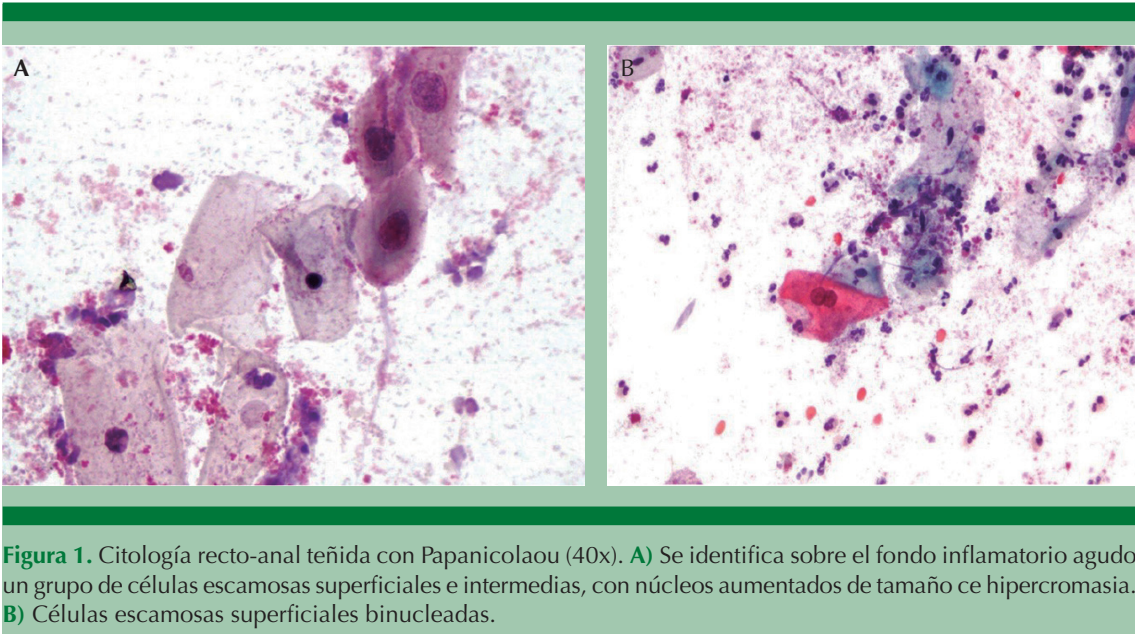
El tamizaje de citologías anales es un método efectivo para la detección de lesiones premalignas; sin embargo, en México es poco utilizado.⁷⁻⁸ Los estudios han demostrado adecuada especificidad para la detección de células atípicas anales.⁷⁻⁹

En esta investigación, los pacientes con resultado positivo más frecuente en la citología anal fueron los menores de 38 años, lo que sugiere que las lesiones premalignas llevan un proceso largo de transformación, desde edad tempranas de la vida adulta para convertirse en cáncer anal, aproximadamente 20 años separan a nuestros pacientes para llegar a la edad de mayor incidencia de cáncer anal.²⁻⁶ Este análisis demostró que el tamizaje de pacientes jóvenes con citología anal y resultado positivo para lesión premaligna tiene mayor repercusión en la calidad de vida del paciente y prevención del cáncer anal.⁷⁻⁶

Un metaanálisis de 2020⁶ reportó que los pacientes con mayor riesgo de cáncer anal son los hombres que tienen sexo con hombres. Incluso las mujeres con el VIH también tienen riesgo elevado de padecer cáncer anal;¹⁰⁻¹¹ no obstante, los resultados de las citologías anales fueron negativos para lesiones premalignas. La población más vulnerable de lesiones premalignas de

Cuadro 1. Características epidemiológicas de los pacientes

Variable	n = 115	Menores de 38 años (n = 59)	Mayores de 38 años (n = 56)	p
Sexo biológico				
Masculino	93 (80.9%)	54 (91.5%)	39 (69.6%)	0.003
Femenino	22 (19.1%)	5 (8.5%)	17 (30.4%)	
Orientación sexual				
Heterosexual	37 (32.1%)	8 (13.6%)	29 (51.8%)	< 0.0005
Homosexual	66 (57.4%)	44 (74.6%)	22 (39.3%)	
Bisexual	8 (7%)	3 (5.1%)	5 (8.9%)	
Hombre transexual	4 (3.5%)	4 (6.8%)	-	
Antecedentes				
Práctica de sexo anal	76 (66.1%)	48 (81.4%)	28 (50%)	< 0.0005
Uso de preservativo	80 (69.6%)	47 (78%)	34 (60.7%)	0.044
Tiempo de diagnóstico de VIH (años)	6 (5)	5 (4)	7 (14.8)	0.004
Cantidad de parejas sexuales	7 (16)	12 (14)	5 (7)	< 0.0005
Inicio de vida sexual activa	18 (13)	18 (2)	18 (6)	0.360
Resultados de laboratorio				
CD40+ (células/dL)	650 (451)	661 (428)	563 (507)	0.303
Índice de masa corporal	27.85 (7.8)	28.1 (7.97)	27.62 (7.98)	0.273



Cuadro 2. Resultados positivos de lesiones premalignas

Paciente	Lesión premaligna	Hallazgos	Genotipo de VPH
1	Bajo grado	Nucleomegalia e hiperchromasia	52
2	Bajo grado	Anisonucleosis	Negativo
3	Bajo grado	Hiperchromasia nuclear	-
4	Bajo grado	Célula binucleada	-

cáncer anal fueron los hombres que tienen sexo con hombres y tienen diagnóstico de VIH.^{1,2-5}

Se observó que los pacientes con VIH, aún en tratamiento antirretroviral adecuado, tienen riesgo de padecer neoplasias malignas versus la población sin VIH.³⁻¹⁰

Una limitante de este estudio fue la muestra de población pequeña comparada con la cantidad total de paciente con VIH en la ciudad de Veracruz; por tanto, se requieren estudios adicionales, con mayor inversión de tiempo y material para obtener un mejor panorama, y de esta forma comparar las cifras obtenidas con las de otras ciudades o países.⁵⁻¹⁰⁻¹¹ La asociación entre papilomas y lesiones premalignas tuvo significación estadística; por tanto, podemos considerar población de riesgo a los pacientes con papilomas perianales y diagnóstico de virus de inmunodeficiencia humana. La lesión premaligna con resultado positivo a virus del papiloma humano detectó un genotipo oncogénico.⁷

CONCLUSIÓN

La cantidad total de pacientes con lesiones premalignas fue menor a la esperada, comparada con otros estudios, incluso permitió implementar un tamizaje sencillo con el que previamente no se contaba y obtener información sociodemográfica de la población. La información obtenida en

este estudio permitirá modificar nuestra atención y futuros proyectos.

El genotipo del virus del papiloma humano identificado coincide con la evidencia reportada; no obstante, la ausencia del virus en un paciente con lesión premaligna sugiere interrogantes del tiempo que necesita el VPH para generar este tipo de lesiones. Los pacientes con condilomas perianales deben ser prioridad para practicarles citología anal como prueba de tamizaje. Es importante aumentar la muestra de pacientes para estudio de genotipificación, con la finalidad de tener un mejor panorama del virus del papiloma humano en sujetos con diagnóstico de virus de inmunodeficiencia humana.

Agradecimientos

Al personal de la clínica GAPIR por contribuir con esta investigación.

REFERENCIAS

- Colón-López V, Shiels MS, Machin M, Ortiz AP, et al. Anal Cancer Risk Among People With HIV Infection in the United States. *J Clin Oncol* 2018; 36 (1): 68-75. doi: 10.1200/JCO.2017.74.9291.
- Reid E, Suneja G, Ambinder RF, Ard K, et al. Cancer in People Living With HIV, Version 1.2018, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. *J Natl Compr Canc Netw* 2018; 16 (8): 986-1017. doi: 10.6004/jnccn.2018.0066.
- Yarchoan R, Uldrick TS. HIV-Associated Cancers and Related Diseases. *N Engl J Med* 2018; 378 (11):1029-4. doi: 10.1056/NEJMr1615896.
- Shmakova A, Germini D, Vassetzky Y. HIV-1, HAART and cancer: A complex relationship. *Int J Cancer* 2020;146(10):2666-79. doi: 10.1002/ijc.32730.
- Jin F, Vajdic CM, Law M, Amin J, et al. Incidence and time trends of anal cancer among people living with HIV in Australia. *AIDS* 2019; 33 (8): 1361-8. Incidence and time trends of anal cancer among people living with HIV in Australia
- Clifford GM, Georges D, Shiels MS, Engels EA, et al. A meta-analysis of anal cancer incidence by risk group: Toward a unified anal cancer risk scale. *International Journal of Cancer*. 2021;148(1):38-47. doi: 10.1002/ijc.33185.
- Siddharthan RV, Lanciault C, Tsikitis VL. Anal intraepithelial neoplasia: diagnosis, screening, and treatment. *Ann Gastroenterol* 2019; 32 (3): 257-63. doi: 10.20524/aog.2019.0364.

8. Wei F, Gaisa MM, D'Souza G, Xia N, et al. Epidemiology of anal human papillomavirus infection and high-grade squamous intraepithelial lesions in 29 900 men according to HIV status, sexuality, and age: a collaborative pooled analysis of 64 studies. *Lancet HIV* 2021; 8 (9): e531-43. doi: 10.1016/S2352-3018(21)00108-9.
9. Rodriguez SA, Higashi RT, Betts AC, Ortiz C, et al. Anal Cancer and Anal Cancer Screening Knowledge, Attitudes, and Perceived Risk Among Women Living With HIV. *J Low Genit Tract Dis* 2021; 25 (1): 43-47. doi: 10.1097/LGT.0000000000000578.
10. Wells JS, Flowers L, Paul S, Nguyen ML, et al. Knowledge of Anal Cancer, Anal Cancer Screening, and HPV in HIV-Positive and High-Risk HIV-Negative Women. *J Canc Educ* 2020; 35 (3): 606-15.
11. Stelzle D, Tanaka LF, Lee KK, Ibrahim Khalil A, et al. Estimates of the global burden of cervical cancer associated with HIV. *Lancet Global Health* 2021; 9 (2): e161-9.

INSTRUCCIONES PARA LOS AUTORES

1. Los artículos deben enviarse por vía electrónica mediante el sistema de gestión para revisión por pares, junto con el formato de cesión de derechos de autor (firmado por todos los autores) y confirmar que se trata de un artículo inédito. Deben ingresar a <https://www.revistapatologia.com/envio-articulos>, registrarse y cargar sus archivos, que serán evaluados por pares. La extensión no deberá exceder de 12 cuartillas (2500 palabras). Los trabajos no aceptados se devolverán al autor principal. El formato de cesión de derechos puede descargarse de la página <https://www.revistapatologia.com/envio-articulos>.

Ningún material publicado en la revista podrá reproducirse sin autorización previa, por escrito, del editor.

Los artículos publicados, recibidos a través de la plataforma de la revista, con fines de evaluación para publicación, una vez aceptados, aun cuando el caso clínico, un tratamiento, o una enfermedad hayan evolucionado de manera distinta a como quedó asentado, nunca serán retirados del histórico de la revista. Para ello existe un foro abierto (Cartas al editor) para retractaciones, enmiendas, aclaraciones o discrepancias.

2. El manuscrito comprende:
 - 2.1. Títulos completos y cortos en español e inglés, nombres y apellidos del o los autores (el límite máximo debe ser de 6 integrantes, es decir, el autor principal y 5 coautores. Deberá especificarse la participación de cada uno en el artículo), su adscripción (institución, hospital, departamento o servicio) vinculada con el motivo del trabajo (no se aceptan títulos honoríficos o pasados: expresidente, miembro Titular o Emérito de tal cual institución, Academia o Sociedad), dirección postal completa (calle, número, código postal, ciudad y

Estado), teléfono fijo (incluida la clave lada) y correo electrónico de todos los autores y señalando a uno de ellos para recibir la correspondencia relacionada con el artículo. Enseguida de la adscripción de cada autor es indispensable incluir el identificador ORCID para evitar errores y confusiones en los nombres de los autores, en el momento de identificar su producción científica y poder distinguir claramente sus publicaciones.

Las adscripciones de los autores de los artículos son, de manera muy significativa, el respaldo de la seriedad, basada en la experiencia de quienes escriben. El hecho de desempeñarse en una institución de enseñanza, de atención hospitalaria, gubernamental o de investigación no describe la experiencia de nadie. Lo que más se acerca a ello, es la declaración de la especialidad acreditada junto con el cargo ocupado en un servicio o una dirección. Cuando solo se menciona el nombre de la institución hospitalaria ello puede prestarse a interpretaciones muy diversas: efectivamente, labora en un gran centro hospitalario, pero se desempeña en funciones estrictamente administrativas, ajenas al tema de la investigación, estrictamente clínico.

A continuación de los identificadores y datos de los autores deberá declararse si se recurrió a la inteligencia artificial (IA). Si los programas informáticos detectan este uso no declarado, ello será motivo de no aceptación del artículo. Cuando un artículo es **aprobado** por el Comité Editorial de Ginecología y Obstetricia de México para publicación, no podrán efectuarse cambios adicionales (eliminar o agregar) de autores y coautores, cargos institucionales, ni adscripciones; es decir, aparecerán señalados como lo indicaron en el archivo original de envío.

- 2.2. **Resumen.** Los artículos originales llevarán resúmenes estructurados en español e inglés con los siguientes apartados: objetivo, material y método, resultados y conclusiones. Su texto no deberá exceder 250 palabras.

- 2.3. **Palabras clave.** En inglés y en español, basadas en el MeSH (*Medical Subject Headings*); para obtenerlas consulte la página www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.htm

- 2.4. El texto del artículo original está integrado por las siguientes secciones:

Antecedentes. Texto breve, no mayor de 50 líneas (de 65 caracteres cada una) que permita al lector ubicarse en el contexto del tema investigado, por qué es relevante estudiarlo, quiénes lo han estudiado y cómo. En el último párrafo de este apartado debe consignarse el objetivo del estudio que, invariablemente, debe verse reflejado en los resultados.

Materiales y métodos. En la primera oración de este apartado debe indicarse el tipo de estudio (observacional, retrospectivo, doble ciego, aleatorio, etc.), la selección de los sujetos observados o que participaron en los experimentos (pacientes o animales de laboratorio, incluidos los testigos). Enseguida se especifican los aparatos (nombre y ciudad del fabricante entre paréntesis) y procedimientos con detalles suficientes para que otros investigadores puedan reproducir los resultados. Explique brevemente los métodos ya publicados pero que no son bien conocidos, describa los métodos nuevos o sustancialmente modificados, manifestando las razones por las que se usaron y evaluar sus limitaciones. Identifique exactamente todos los medicamentos y productos químicos utilizados, con nombres genéricos, dosis y vías de administración. Deben mencionarse los métodos de comprobación utilizados y el porqué de su elección (χ^2 , T de Student, etc.) así como los programas de cómputo aplicados y su versión.

Resultados. Deben reflejar claramente el objetivo del estudio. La cantidad

final de pacientes estudiados y destacar las observaciones más relevantes.

Discusión. Incluye los aspectos nuevos e importantes del estudio, la explicación del significado de los resultados y sus limitaciones, incluidas sus consecuencias para la investigación futura. Debe establecerse el nexo de las conclusiones con los objetivos del estudio y abstenerse de hacer afirmaciones generales y extraer conclusiones que carezcan de respaldo. Proponga nuevas hipótesis cuando haya justificación para ello.

Conclusiones. Sólo deben referirse a los resultados y su trascendencia, o a su limitación.

El texto no debe incluir abreviaturas de ninguna especie, a pesar de la abundancia de términos, pues ello implicaría remitir al lector a la parte inicial donde se definieron éstos y ello puede conducir al abandono de la lectura por incompreensión. Los símbolos sí están permitidos (L, kg, g, cm, dL, etc.) pero no las abreviaturas, sobre todo cuando no son internacionales o multilingües. No existen dudas para los acrónimos: ADN, HDL, LDL, VLDL, mmHg, etc.

2.5. Figuras y cuadros. Se utilizará el término figura para citar por igual ilustraciones, esquemas, fotografías y gráficas. Se utilizará el término cuadro para citar por igual los cuadros y las tablas. Ambos deben incluirse en forma secuencial enseguida de la lista de referencias y nunca en imagen.

2.6. Pueden agregarse anexos con cuestionarios o encuestas utilizados durante la investigación.

2.7. Pueden incluirse agradecimientos.

3. Los cuadros y figuras deben numerarse con caracteres arábigos. Cada uno deberá tener un título breve y mencionarse en el cuerpo del artículo. Los cuadros de datos tabulados que contengan exclusivamente texto deberán elaborarse con la aplicación "Tabla" de Word; los esquemas y diagramas, con Power Point; las gráficas de pastel, barras, dispersión, etcétera, con Excel.

4. Para las fotografías en versión electrónica debe considerarse lo siguiente:

Entregar cada una en archivo separado en formato TIFF o JPG (JPEG).

Sólo si el tamaño real de las imágenes resulta excesivo, éstas pueden reducirse a escala; dada la pérdida de resolución, no deben incluirse imágenes que requieran aumento de tamaño.

La resolución mínima aceptable es de 300 dpi. Si las fotografías se obtienen directamente de cámara digital, la indicación debe ser "alta resolución".

5. En el archivo de texto deben incluirse los cuadros y pies de figura, al final, después de las referencias.

6. Cuando los cuadros o figuras se obtengan de otro medio impreso o electrónico, deberá adjuntarse la carta de autorización de la institución donde se publicaron. Excepto los casos que carezcan de derecho de autor.

7. En los cuadros también deberán evitarse las abreviaturas y si fueran estrictamente necesarias, se especificarán al pie del cuadro.

8. Sólo deben incluirse las referencias bibliográficas consultadas para sustentar una afirmación, negación o divergencia en algún concepto. Las referencias deben ser del autor que se cita y no del artículo de éste citado por terceros. Las citas re-referenciadas son motivo de rechazo del artículo. Lo mismo que las que solo se agregan por ser recientes y que en el cuerpo del texto no están suficientemente sustentadas o aludidas. Su orden de aparición en el texto y el número correspondiente debe registrarse utilizando el comando superíndice de Word (**nunca deben ponerse entre paréntesis**). Para evitar errores se sugiere utilizar la aplicación "insertar referencia" del menú principal de Word. Deben omitirse comunicaciones personales, en cambio, sí se permite la expresión "en prensa" cuando un trabajo se ha aceptado para publicación en alguna revista, pero cuando la información provenga de textos

enviados a una revista que no los haya aceptado aún, deberá citarse como "observaciones no publicadas".

8.1. Puesto que se trata de una versión electrónica susceptible de consulta solo por este medio, las citas de libros ya no son admisibles por lo que deben buscarse artículos en la Web que sustenten lo afirmado.

Ejemplos

1. Katarina V, Gordana T. Oxidative stress and neuroinflammation should be both considered in the occurrence of fatigue and depression in multiple sclerosis. *Acta Neurol Belg* 2018;34(7): 663-9. doi: 10.1007/s13760-018-1015-8

2. Guo ZW, Deng CJ, Liang X, Chu EL, et al. A comparative study of three different forecasting methods for trial of labor after cesarean section. *J Obstet Gynaecol Res* 2017; 25 (11): 239-42. <https://doi.org/10.1016/j.jgyobfe.2015.04.015>

9. Cuando haya más de tres autores de un artículo, solo se mencionarán los tres primeros, seguidos de la voz latina et al. Ejemplo: Johnson J, Lawley SD, Emerson JW, et al. Modeling delay age at natural menopause with planned tissue cryopreservation and autologous transplantation. *AJOG* 2024; 230 (4): 379-68. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2023.12.037>

Adviértase que la revista *American Journal of Obstetrics & Gynecology* se citó con su abreviatura oficial AJOG y no con el título completo. Es así como la cita es correcta.

Es importante citar autores mexicanos y latinoamericanos en su debido contexto, pues ello ayuda a tener mayor impacto.

10. Artículos de revisión

Los artículos de revisión deben reunir los siguientes requisitos:

10.1. El autor principal debe tener publicado, al menos, un artículo relacionado con el motivo de la revisión.

- 10.2. El resumen debe señalar claramente el estado del conocimiento actual y justificar porqué fue necesario revisarlo y cuáles son los aportes más sobresalientes al conocimiento.
- 10.3. Descripción detallada de la metodología de búsqueda de la información: palabras clave, uso de MeSH u otra estrategia (pregunta PICO, etc), bases de datos consultadas y periodo en el que se realizó la búsqueda.
- 10.4. Especificar la cantidad de artículos localizados, seleccionados y rechazados, además de mencionar los criterios empleados para la selección o rechazo de los mismos. Los criterios empleados para la selección de los artículos a revisarse deben ser congruentes con los objetivos de la revisión, es decir, la pregunta que trata de responder el artículo. Otro de los aspectos que determina la selección de los artículos es su calidad metodológica y si cumplen con los criterios de calidad científica buscada.
- 10.5. Las referencias bibliográficas serán tantas como sean necesarias para sustentar todas las afirmaciones que se manifiesten.
11. **Cartas al editor**
Éstas deberán reunir los siguientes requisitos:
 - 11.1. Las Cartas al editor comprenden los siguientes propósitos:
 - Emitir un juicio crítico acerca de un hecho médico de dominio público.
 - Opinar acerca de algunos aspectos de la política editorial de la revista médica en cuestión.
 - Ampliar, interpretar o explicar algunos aspectos de un trabajo de investigación publicado recientemente en la revista.
 - Discutir los resultados de un estudio o señalar defectos metodológicos o de interpretación de los resultados de un trabajo, también recientemente publicado.
 - 11.2. En el orden metodológico, el texto de una carta enviada al editor debe tener una extensión no mayor a 800 palabras o una cuartilla y media.
 - 11.3. Pueden incluir, aunque no es habitual, cuadros, figuras o ambos.
 - 11.4. Es importante anexar Referencias bibliográficas que sustenten los comentarios emitidos.
 - 11.5. Las Cartas al editor se revisarán por el Comité Editorial con el mismo rigor que se exige para el resto de los artículos enviados por los autores.
- Comunicar en forma breve los resultados de un estudio semejante a otro publicado en la revista.
- Exponer un hallazgo clínico o experimental no descrito previamente en la literatura.

CARTA DE CONFLICTO DE INTERESES

INSTRUCCIONES

El propósito de este formulario es proporcionar a los lectores de su manuscrito información acerca de sus intereses que podrían influir en la forma en que reciben y entienden su trabajo. El formulario está diseñado para ser completado y almacenado electrónicamente. Contiene programación que permite la visualización adecuada de los datos. Cada autor debe presentar un formulario por separado y es responsable de la exactitud e integridad de la información presentada. El formulario se encuentra en seis partes.

1. La identificación de la información

2. El trabajo en estudio para su publicación

En esta sección se solicita información sobre el trabajo que usted ha presentado para su publicación. El marco de tiempo para este informe es el de la propia obra, desde la concepción inicial y la planificación hasta la actualidad. La información solicitada se trata de recursos que ha recibido, ya sea directamente o indirectamente (a través de su institución) para completar el trabajo. Comprobación "No" significa que usted hizo el trabajo sin recibir ninguna ayuda financiera de terceros; es decir, el trabajo fue apoyado por fondos de la misma institución que paga su salario y que la institución no recibió fondos de terceros para pagarle. Si usted o su institución recibieron fondos de un tercero para apoyar el trabajo, como una agencia de la concesión del gobierno, fundación de caridad o patrocinador comercial, marque "Sí".

3. Actividades financieras pertinentes fuera del trabajo presentado

En esta sección se le pregunta sobre sus relaciones financieras con entidades del ámbito biomédico que podrían ser percibidos como influencia, o que dan la apariencia de que podrán influenciar lo que escribió en el trabajo presentado.

Debe revelar las interacciones con cualquier entidad que podría considerarse muy relevante para el trabajo. Por ejemplo, si su artículo es sobre la prueba de un receptor del factor de crecimiento epidérmico (EGFR) antagonista en el cáncer de pulmón, se debe informar de todas las asociaciones con entidades que persigan estrategias de diagnóstico o terapéuticos en el cáncer en general, no sólo en el área de EGFR o cáncer de pulmón.

Informar sobre todas las fuentes de ingresos pagados (o promesa de pago) directamente a usted o su institución en su nombre durante los 36 meses anteriores a la presentación de la obra. Esto debe incluir todas las sumas procedentes de fuentes con relevancia para el trabajo presentado, no sólo dinero de la entidad que patrocinó la investigación. Tenga en cuenta que sus interacciones con el patrocinador de la obra que están fuera del trabajo presentado también deben ser enumeradas aquí. Si hay alguna pregunta, por lo general es mejor dar a conocer una relación que no hacerlo.

Para las subvenciones recibidas, que no son por el trabajo presentado, debe revelar el apoyo SÓLO de entidades que podrían ser percibidas o ser afectadas económicamente por los trabajos publicados, tales como compañías farmacéuticas o fundaciones apoyadas por entidades que podrían ser percibidas con interés financiero en el resultado. Fuentes de financiación públicas tales como agencias gubernamentales, fundaciones de beneficencia o instituciones académicas no necesitan ser reveladas. Por ejemplo, si una agencia del gobierno patrocinó un estudio en el que usted ha estado involucrado y los fármacos fueron proporcionados por una compañía farmacéutica, sólo es necesario listar la compañía farmacéutica.

4. Propiedad intelectual

En esta sección se le pregunta sobre las patentes y derechos de autor, ya sea que estén pendientes, emitidas con licencia y/o recepción de las regalías.

5. Relaciones no mencionadas anteriormente

Utilice esta sección para informar de otras relaciones o actividades que los lectores podían percibir, apreciar que pudieran haber influenciado el trabajo presentado.

Definiciones

Entidad: agencia gubernamental, fundación, patrocinador comercial, institución académica, etc.

Beca: una beca de una entidad, por lo general [aunque no siempre] pagada a su organización.

Honorarios personales: dinero pagado a usted por los servicios prestados en general, honorarios, regalías u honorarios por consultoría, conferencias, oficinas de oradores, el testimonio de expertos, empleo u otras afiliaciones, apoyo no financiero: Los ejemplos incluyen fármacos/equipo suministrado por la entidad, viajes pagados por la entidad, asistencia en redacción, apoyo administrativo, etc.

Otros: todo lo no cubierto por los tres anteriores.

Pendiente: la patente ha sido presentada, pero no se publicó.

Fecha de emisión: la patente ha sido expedida por el organismo.

Aprobación: la patente ha sido licenciada a una entidad, ya sea ganando o no regalías.

Regalías: los fondos están llegando a usted o su institución debido a su patente.

FORMULARIO

Sección 1. Información de identificación

1. Nombre

2. Apellido

3. Fecha

4. ¿Es el autor de correspondencia?

___ Sí ___ No

5. Título del manuscrito

6. Número de identificación del Manuscrito (si lo conoce)

Sección 2. Consideraciones sobre el trabajo para publicación

¿Usted o su institución en cualquier momento recibe el pago o servicios de un tercero (el gobierno, fundación privada comercial, etc.) para cualquier aspecto de la obra presentada (incluyendo, pero no limitándose a, subvenciones, consejo regulador de información, el diseño del estudio, preparación del manuscrito, análisis estadísticos, etc.)?

¿Hay algún conflicto de interés relevante?

___ Sí ___ No

Sección 3. Actividades financieras pertinentes fuera del trabajo presentado

Coloque una marca en la casilla correspondiente para indicar si tiene relaciones financieras (independientemente del monto) con entidades como se describe en las instrucciones. Utilice una línea para cada entidad; agregar tantas líneas como sea necesario. Debe reportar las relaciones que estaban **presentes durante los 36 meses anteriores a la publicación.**

¿Hay algún conflicto de interés relevante?

____ Sí ____ No

Sección 4. Propiedad intelectual - patentes y copyright

¿Tiene alguna patente, ya sea planeada, pendiente o emitida, muy relevante para el trabajo?

____ Sí ____ No

Sección 5. Relaciones mencionadas anteriormente

¿Existen otras relaciones o actividades que los lectores podrían percibir como influencia o que dan la apariencia de que podrían influenciar lo que escribió en el trabajo presentado?

____ Sí, las siguientes relaciones/condiciones/circunstancias están presentes (explique más abajo):

____ No hay relaciones/condiciones/circunstancias que presentan un potencial conflicto de intereses.

En el momento de la aceptación de manuscritos, la revista pedirá a los autores confirmar y, si es necesario, actualizar sus declaraciones de situación. En ocasiones se puede pedir a los autores revelar más información acerca de las relaciones reportadas.

[illegible]

CARTA DE SESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR

Los abajo firmantes estamos conformes con lo mencionado en los incisos previos, como en el tipo de crédito asignado en este artículo:

• TÍTULO DEL ARTÍCULO: _____

• NOMBRE COMPLETO DEL AUTOR O AUTORES: _____

• LOS AUTORES ASEGURAN QUE SE TRATA DE UN TRABAJO ORIGINAL, QUE NO HA SIDO PREVIAMENTE PUBLICADO NI ENVIADO PARA SU PUBLICACIÓN A OTRA REVISTA. MANIFIESTAN QUE NO EXISTE CONFLICTO DE INTERESES CON OTRAS INSTANCIAS PÚBLICAS O PRIVADAS.

• LOS AUTORES ESTÁN DE ACUERDO EN QUE SU TEXTO SEA CORREGIDO DE ACUERDO CON EL CRITERIO DEL EDITOR Y EN CEDER SUS DERECHOS DE PUBLICACIÓN A LA REVISTA PATOLOGÍA REVISTA LATINOAMERICANA.

• NOMBRE Y FIRMA DE TODOS LOS AUTORES: NOMBRE Y FIRMA

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

• VISTO BUENO (NOMBRE Y FIRMA) DE AUTORIZACIÓN DE LA INSTITUCIÓN DONDE SE REALIZÓ EL TRABAJO:

NOMBRE Y FIRMA

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

LUGAR: _____ FECHA: _____

NOTA IMPORTANTE

Los autores deben estar de acuerdo en que los artículos aceptados para publicación serán objeto de una revisión editorial (sintaxis y ortografía) para adaptarlos al estilo propio de la revista, descrito en las Instrucciones para los autores.

Una vez que reciba la comunicación de "artículo aceptado" su contenido no podrá ser corregido ni retirado. Si algún inconveniente hubiere, el mismo deberá aclararse en la correspondiente sección de cartas al editor en la edición inmediata siguiente al envío de la carta.

Patología Revista Latinoamericana

www.revistapatologia.com

Ahora permite obtener puntos con valor curricular

Obituario

**Obituario Dr. Héctor Abelardo Rodríguez
Martínez**

Abelardo A. Rodríguez Reyes

Imágenes en Patología

Imágenes en Patología I (Pato)

José de Jesús Curiel Valdés

Carta al Editor

**Actualizaciones en vigilancia activa y el rol
del patólogo en la evaluación del cáncer de
próstata**

*Julián Arista Nasr, Daniel Arizpe Vilana,
Cynthia Monroy Ramos*

In memoriam

Dr. José Ernesto Carrera González

Caso clínico patológico

**Endometriosis recto-sigmoidea con afecta-
ción de ganglios linfáticos. Reporte de caso
y revisión de la bibliografía**

*José Rodrigo Alcántara Dzib, Patricia Berenice
Bolado García, Karla Gabriela Ordoñez Esca-
lante, Daniela Romero Meza*

Artículo original

**Tamizaje de lesiones premalignas de cáncer
anal en pacientes con VIH**

*Iván Sandoval Guzmán, Tatiana Ordoñez Ro-
dríguez, José Manuel Reyes Ruiz, Omar Josué
Herrera Lopez, Oscar Faibre Alvarez, Christian
Rodríguez Santos, Gustavo Martínez Mier*