

Proctitis y enfermedad perianal de causa infecciosa: una mirada más allá de la enfermedad inflamatoria intestinal

Infectious proctitis and perianal disease: a gaze beyond inflammatory bowel disease

Andrea Córdova¹, Rodrigo Quera¹, Luis Contreras², Paolo Catalán³, Felipe Quezada⁴ y Javier Tinoco⁵

¹Programa Enfermedad Inflamatoria, Centro de Enfermedades Digestivas. Universidad de los Andes, Chile.

²Departamento de Anatomía Patológica. Universidad de los Andes, Chile.

³Departamento de Radiología. Universidad de los Andes, Chile.

⁴Departamento de Cirugía. Universidad de los Andes, Chile.

⁵Departamento de Infectología. Universidad de los Andes, Chile.

Sin financiamiento.

Sin conflicto de intereses.

Recibido: 22 de abril de 2021 / Aceptado: 29 de noviembre de 2021

Resumen

La proctitis infecciosa secundaria a una enfermedad de transmisión sexual ha aumentado en incidencia y deben ser consideradas especialmente en varones homosexuales o bisexuales con síntomas rectales. Presentamos un paciente con una proctitis y enfermedad perianal por *Chlamydia trachomatis* que podría haber sido diagnosticado con otra enfermedad ano-rectal como es la enfermedad inflamatoria intestinal, si la historia clínica no hubiese sido considerada. Un alto nivel de sospecha es necesario para evitar un diagnóstico incorrecto, retrasar el tratamiento antimicrobiano y el desarrollo de complicaciones.

Palabras claves: proctitis infecciosa; enfermedad perianal; *Chlamydia trachomatis*; *Ureaplasma urealyticum*; enfermedad inflamatoria intestinal

Abstract

Infectious proctitis by sexually transmitted diseases are increasing in incidence and should be considered in homosexual patients with rectal symptoms. In this case, we show a patient with proctitis and perianal disease caused by *Chlamydia trachomatis* that could be diagnosed as another anorectal disease such as inflammatory bowel disease if the clinical history is not taken into account. A high level of suspicion is crucial, in order to avoid an incorrect diagnosis, delayed antibiotic therapy and the development of complications.

Key words: infectious proctitis; perianal disease; *Chlamydia trachomatis*; *Ureaplasma urealyticum*; inflammatory bowel disease

Introducción

La proctitis incluye un amplio espectro de enfermedades, ya sea infecciosas o no infecciosas. La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) es la causa más frecuente de proctitis¹. Pese a ello, la incidencia de proctitis infecciosa por *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, *Treponema pallidum* y virus herpes simplex ha ido aumentando en los últimos años². *Chlamydia trachomatis* es la segunda causa de proctitis infecciosa después de *N. gonorrhoeae* y ocurre principalmente en varones homosexuales y en pacientes con infección por VIH^{1,3}.

La presentación clínica, endoscópica e histológica de la proctitis infecciosa y no infecciosa, incluyendo la EII, pueden ser muy similares⁴⁻⁶. Por lo tanto, la infección por *C. trachomatis* o cualquier otro agente puede ser

fácilmente subdiagnosticada lo que conlleva a un tratamiento tardío, mayor riesgo de complicaciones y transmisión. El aumento en la prevalencia de las infecciones de transmisión sexual (ITS) y de la EII, sugiere la necesidad de realizar siempre un diagnóstico diferencial adecuado. Presentamos el caso de un paciente que desarrolló una proctitis y enfermedad perianal por *C. trachomatis*.

Caso clínico

Varón de 40 años, homosexual, con diagnóstico reciente de una masocitosis sistémica con historia de astenia, sudoración nocturna y fiebre intermitente de 12 meses de evolución. Los últimos dos meses se agrega-

Correspondencia a:

Andrea Córdova
acordova@clinicauandes.cl

ron deposiciones formadas con mucosidad, sangre fresca y tenesmo rectal, por lo que fue evaluado por gastroenterología. Dentro de los exámenes recientes destacaron una serología para VIH, Quantiferon Gold TBC que fueron negativos y una tomografía de emisión de positrones del año 2019 que fue normal. Al interrogatorio dirigido refirió relaciones sexuales anales con una pareja estable. En el examen físico se constató sobrepeso con un IMC de 27, sin ningún otro hallazgo de relevancia. Se realizó una colonoscopia completa con ileoscopia que mostró una lesión ulcerada proliferante que comprometía toda la circunferencia de la pared del recto distal (Figura 1 A-B). El estudio histológico de las biopsias extraídas

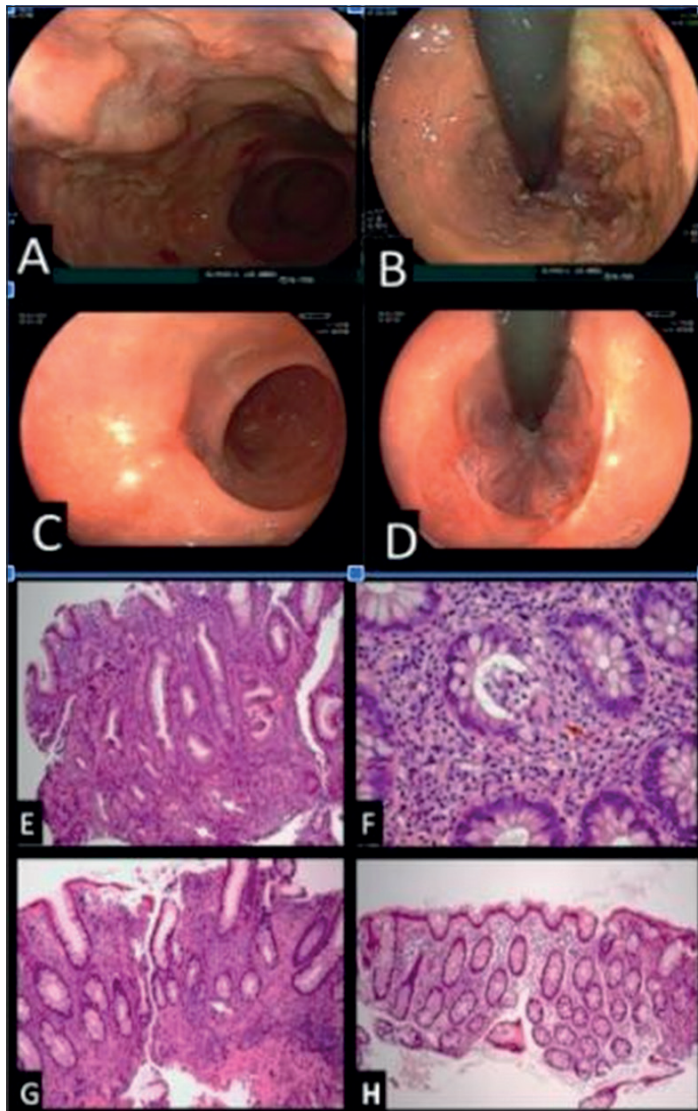


Figura 1. Imágenes endoscópicas e histológicas del recto distal antes y después del tratamiento de *Chlamydia trachomatis*. **A y B:** Imágenes endoscópicas de recto al diagnóstico. **C y D:** Recto después del tratamiento de *Chlamydia trachomatis*. **E y F:** Proctitis activa con focos de criptitis (ver flechas blancas) signos de cronicidad y microgranulomas (flecha amarilla, **A:** HE 100X, **B:** 400X). **G:** Proctitis activa con signos de cronicidad distal caracterizado por acortamiento glandular y criptitis aislada (flecha, HE 100X). **H:** Proctitis inespecífica leve caracterizada por leve infiltrado inflamatorio intersticial (HE 100X).

mostraron la presencia de un infiltrado linfocitario con focos de criptitis y signos de cronicidad donde destacaba la presencia de ramificación y acortamiento de las glándulas (Figura 1 E-F). Se solicitó una tomografía computarizada y una resonancia magnética (RM) de abdomen y pelvis que mostró un engrosamiento parietal del recto distal con extensión al tejido adiposo mesorectal asociado a adenopatías regionales (Figura 2 A-B). En espera de los resultados del estudio microbiológico de las muestras de tejido del recto, se indicó mesalazina supositorio 500 mg por tres meses. Evolucionó sin cambios significativos en su sintomatología, agregándose dolor perianal progresivo motivo por el cual se internó para estudio. Entre los exámenes, se realizó una RM de pelvis que mostró un trayecto fistuloso interesfinteriano a 4 cm del margen anal, a la hora 5, que se asoció a la presencia de una colección que alcanzó 18 x 12 x 20 mm en sus ejes cefalocaudal, anteroposterior y transversal; respectivamente, con engrosamiento e hiperintensidad de la señal del músculo puborectal y tejido adiposo adyacente (Figura 2 C-D). Se realizó un drenaje quirúrgico del absceso, recibiendo tratamiento con ciprofloxacino y metronidazol por 14 días. Se solicitó una nueva colonoscopia, luego de tres meses de la primera, con la finalidad de ampliar el estudio, solicitándose en tejido rectal: tinción de Gram, cultivo corriente, cultivo para *N. gonorrhoeae* (en medio Thayer-Martin), baciloscopia, cultivo de micobacterias, RPC para *Mycobacterium tuberculosis*, CMV, VHS 1-2 todos negativos. El panel molecular para ITS (kit NeoPlex STI-7, Genematrix Inc.[®]) en tejido rectal fue positivo para *C. trachomatis* y *Ureaplasma parvum/urealyticum*, por lo que se inició tratamiento con azitromicina 500 mg al día vía oral por 14 días y se decidió suspender mesalazina. El estudio con serología para VIH, HBsAg, Ac anti-VHC y RPR en sangre fueron negativos, sin embargo, presentó un Ac anti-core total de VHB positivo. El paciente evolucionó en forma favorable presentando una regresión de sus síntomas digestivos, persistiendo sólo la presencia de mucosidad intermitente en las deposiciones. Se realizó una calprotectina fecal cuyo valor fue de 26,2 µg/g; lamentablemente no fue posible contar con el examen al inicio del cuadro digestivo por falla en la recolección de la muestra. La última colonoscopia de control, un mes posterior al tratamiento antimicrobiano, mostró la ausencia de úlceras o erosiones rectales, destacando solo una cicatriz residual a este nivel (Figura 1 C-D). Las biopsias mostraron la presencia de un infiltrado inflamatorio crónico con cambios arquitecturales leves y focales de las glándulas (Figura 1 G-H). El nuevo estudio con panel molecular para ITS, posterior al tratamiento antibacteriano, fue negativo para *C. trachomatis* y *U. parvum/urealyticum*. La RM de pelvis mostró la ausencia de compromiso inflamatorio en el recto distal (Figura 2 E-F).

Discusión

En el tracto digestivo, la infección por *C. trachomatis* puede provocar con mayor frecuencia rectorragia, secreción purulenta por vía anal, proctitis, úlceras y estenosis anal. Sin embargo, la enfermedad perianal con presencia de abscesos y fistulas, las cuales se presentaron en nuestro paciente, también han sido descritas⁷⁻⁹. El compromiso a este nivel se debe a la inoculación directa de la bacteria en la mucosa rectal. Como en nuestro paciente, el cuadro se caracteriza por dolor anal y/o rectorragia que, en ocasiones, se acompaña de fiebre y compromiso del estado general⁷⁻⁹. En la colonoscopia puede observarse, en el recto distal, desde un eritema nodular de la mucosa hasta úlceras con exudado mucopurulento y la presencia de masas exuberantes⁷⁻⁹.

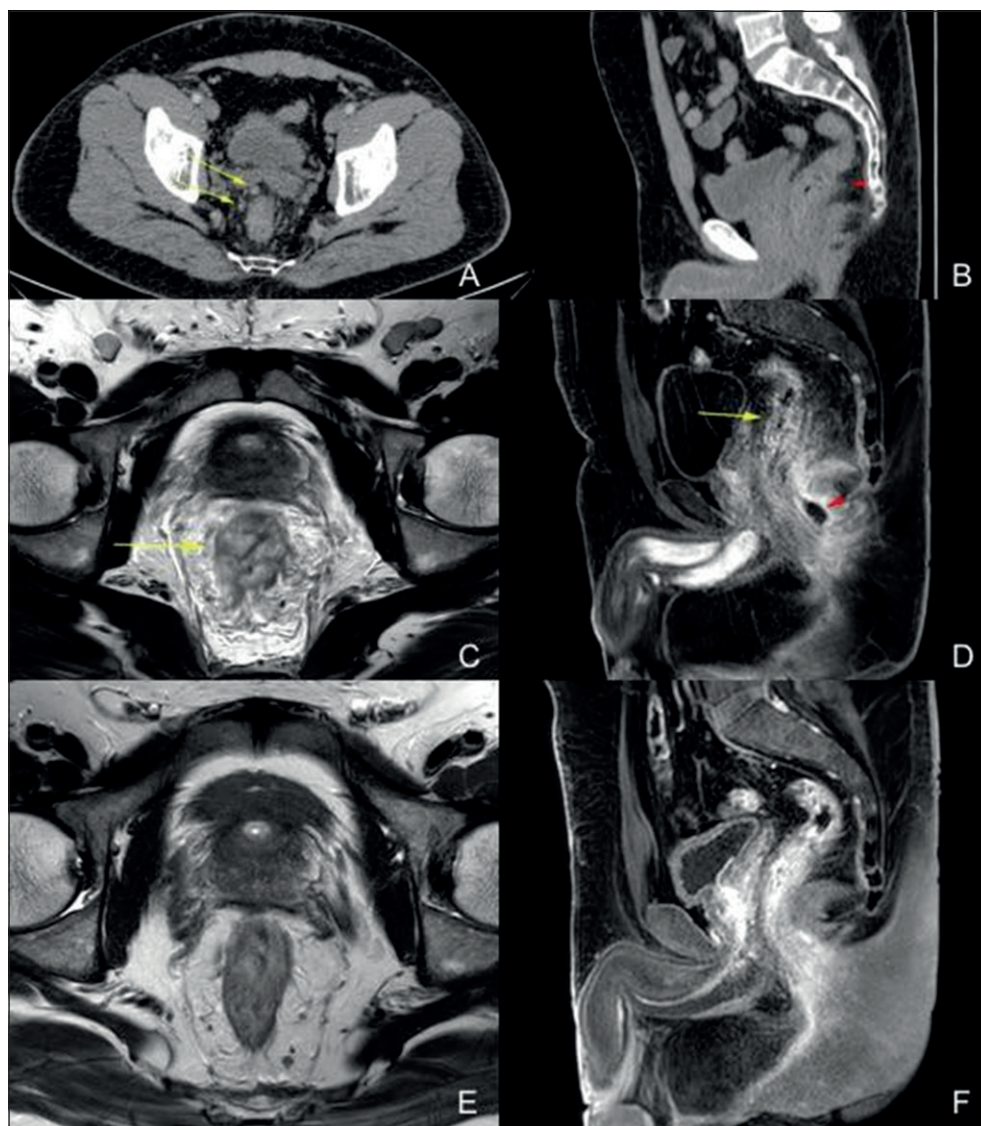


Figura 2. Imágenes radiológicas antes y después del tratamiento de *Chlamydia trachomatis*. **A y B:** Tomografía computarizada al momento del diagnóstico en fase portovenosa axial y reconstrucción MPR sagital. Engrosamiento parietal rectal acompañado de incremento en la densidad de la grasa mesorrectal (punta de flecha) y pequeñas adenopatías perirrectales (flechas). **C y D:** Resonancia magnética en T2 y T1 con contraste endovenoso muestra engrosamiento parietal rectal (flecha) junto con afectación de la grasa mesorrectal y aparición de un absceso perianal posterior (punta de flecha). **E y F:** Resonancia magnética de control postratamiento en T2 y T1 con contraste endovenoso que muestra significativa disminución del engrosamiento parietal rectal junto con resolución del compromiso de la grasa mesorrectal y del absceso perianal.

En la actualidad, el método estándar para el diagnóstico de la infección por *C. trachomatis* es la identificación directa de la bacteria en tejido o fluidos del paciente^{1,11}. En nuestro paciente, el diagnóstico se fundamentó en técnicas de biología molecular de alta sensibilidad y especificidad, basadas en la detección del gen de la proteína de membrana H por RPC¹⁰. Aunque las técnicas inmunológicas como la inmunofluorescencia indirecta han sido sustituidas por los exámenes de detección directa, éstas aún podrían tener utilidad cuando no hay disponibilidad de muestras para cultivos o técnicas de biología molecular¹¹.

El tratamiento de mayor uso en casos publicados de proctitis por *C. trachomatis* es doxiciclina vía oral, dosis de 100 mg cada 12 h durante tres semanas. Otras alternativas son el uso de macrólidos como eritromicina 500 mg cada 6 h por tres semanas o azitromicina 1 g en dosis única semanal por tres semanas^{9,10}. En nuestro paciente, se decidió el uso de azitromicina

500 mg por 15 días en total. Tal como en este caso, la respuesta clínica, endoscópica y radiológica al tratamiento suele ser completa dentro de las tres a cuatro semanas, con desaparición de las lesiones en la gran mayoría de los pacientes⁷⁻⁹. Pese al uso de una terapia antimicrobiana adecuada, en caso de existir fistulas, abscesos o estenosis anales, puede ser necesario la intervención quirúrgica. En nuestro paciente, el drenaje de la colección fue realizado antes de tener el resultado del panel molecular positivo para *C. trachomatis*, por lo tanto, previo al tratamiento.

En conclusión, dado que no existen características patognomónicas de una proctitis infecciosa, la sospecha clínica que lleva a la búsqueda y detección del agente etiológico infeccioso es crucial en pacientes con riesgo de ITS. Esta es la única estrategia que permitirá un diagnóstico precoz y un tratamiento oportuno, evitando de esta manera el desarrollo de complicaciones.

Referencias bibliográficas

- 1.- Hoentjen F, Rubin DT. Infectious proctitis: when to suspect it is not inflammatory bowel disease. *Dig Dis Sci* 2012; 57: 269-73. doi: 10.1007/s10620-011-1935-0.
- 2.- Hamlyn E, Taylor C. Sexually transmitted proctitis. *Postgrad Med J* 2006; 82: 733-6. doi: 10.1136/pmj.2006.048488.
- 3.- López-Vicente J, Rodríguez-Alcalde D, Hernández-Villalba L, Moreno-Sánchez D, Lumbreras-Cabrera M, Barros-Aguado C, et al. Proctitis as the clinical presentation of lymphogranuloma venereum, a reemerging disease in developed countries. *Rev Esp Enferm Dig* 2014; 106: 59-62. doi: 10.4321/s1130-0108204000100011.
- 4.- Gallegos M, Bradly D, Jakate S, Keshavarzian A. Lymphogranuloma venereum proctosigmoiditis is a mimicker of inflammatory bowel disease. *World J Gastroenterol* 2012; 18: 3317-21. doi: 10.3748/wjg.v18.i25.3317.
- 5.- O'Byrne P, MacPherson P, DeLaplante S, Metz G, Bourgault A. Approach to lymphogranuloma venereum. *Can Fam Physician* 2016; 62: 554-8.
- 6.- de Vries HJ, Zingoni A, White JA, Ross JD, Kreuter A. 2013 European guideline on the management of proctitis, proctocolitis and enteritis caused by sexually transmissible pathogens. *Int J STD AIDS* 2014; 25: 465-474. doi: 10.1177/0956462413516100.
- 7.- Martín-Lagos Maldonado A, Herrera Mercader MDC, Lozano Cejudo C. Proctitis and perianal abscesses: is there anything else to think about?. *Rev Esp Enferm Dig* 2018; 110: 410. doi: 10.17235/need.2018.5500/2018
- 8.- Neri B, Stingone Ch, Romeo S, Dena G, Gesuale C, Compagno M, et al. Inflammatory bowel disease versus *Chlamydia trachomatis* infection: a case report and revision of the literature. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2020; 32: 454-7. doi: 10.1097/MEG.0000000000001605.
- 9.- Santos AL, Coelho R, Silva M, Ríos E, Macedo G. Infectious proctitis: a necessary differential diagnosis in ulcerative colitis. *Int J Colorectal Dis* 2019; 34: 359-62. doi: 10.1007/s00384-018-3185.
- 10.- Huneeus-Vergara A, Soriano-Brücher H, Pommer-Tellez R, Delpiano-Méndez L, Salas-Pacheco F, Céspedes-Pino P, et al. Documento: *Chlamydia trachomatis*: fundamentos de la importancia del cribado en el sistema público de salud. *Rev Chilena Infectol* 2018; 35: 498-500. doi: 10.4067/s0716-1018201000500498.
- 11.- Martínez MA. Diagnóstico microbiológico de *Chlamydia trachomatis*: Estado actual de un problema. *Rev Chilena Infectol* 2001; 18: 275-84. <https://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182001000400006>.