



Cirugía Española

CIRUGÍA
ESPAÑOLA

Volumen 92, Especial Congreso, Noviembre 2014

30 Congreso Nacional de Cirugía

Madrid, 15-17 de noviembre de 2014



www.elsevier.es/cirugia

P-367 - Linfogranuloma venéreo en el diagnóstico diferencial de proctitis en VIH

N. Estellés Vidagany, J.Á. Díez Ares, A. Martínez Pérez, E. Martínez López, C. Payá Llorente, E.M. Martí Martínez, S.Á. Gómez Abril y E. Armañanzas

Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia.

Resumen

Introducción: El linfogranuloma venéreo (LGV) es una enfermedad de transmisión sexual causada por *Chlamydia trachomatis*. Desde 2003 ha surgido un brote en Europa y Norteamérica en varones homosexuales, considerándose el factor de riesgo más importante para contraer la enfermedad la coinfección por VIH. Si la zona de inoculación es el recto, se produce un cuadro de proctitis o proctocolitis, caracterizado por dolor anal, secreción hemático-purulenta y sangrado. La rectoscopia revela una proctitis granulohemorrágica con exudado purulento, ulceración mucosa y “masa tumoral”. El tratamiento de elección es la doxiciclina 100 mg/12 horas durante 21 días. Presentamos el caso clínico de un paciente con proctitis por LGV con rectorragia masiva como forma de presentación.

Caso clínico: Varón de 41 años con infección por VIH estadio A1 en tratamiento antirretroviral que ingresó desde urgencias por rectorragias, diarreas y pérdida de peso. Asociaba además adenopatías inguinales derechas. Durante el ingreso se realizó punción de una de las adenopatías así como rectoscopia y biopsia de lesión rectal. Al 7º día del ingreso, estando pendiente de los resultados de las biopsias, el paciente presentó un cuadro de rectorragia masiva asociado a inestabilidad hemodinámica que requirió de intervención quirúrgica urgente. En esta intervención se observaron dos úlceras profundas en canal anal con una importante proctitis que afectaba a recto medio e inferior. Se realizaron maniobras hemostáticas cediendo el sangrado. Se completó el estudio con una colonoscopia intraoperatoria sin observar otros puntos de sangrado. El paciente estuvo en UCI durante 72h, con estabilidad de los valores de hemoglobina y sin nuevos episodios de sangrado. La PAAF de la adenopatía fue indeterminada pero el análisis PCR del material de la adenopatía mostró la presencia de *Chlamydia*. La biopsia de la lesión rectal fue informada como: “colitis granulomatosa no necrotizante, con ulceraciones superficiales e infiltrado inflamatorio, compatibles con enfermedad de Crohn, aunque microorganismos como *C. trachomatis* pueden producir lesiones similares”. Ante estos hallazgos y con la sospecha de LGV se inició tratamiento con doxiciclina 100 mg/12 horas. A las 48h el paciente presentó un nuevo episodio de rectorragia masiva que cedió con maniobras locales. Tras ello, el paciente evolucionó favorablemente, cediendo las rectorragias y diarreas. En la rectoscopia de control se observó franca mejoría de las lesiones rectales.

Discusión: LGV es una enfermedad en aumento en Europa, por tanto, es una entidad a tener presente en el diagnóstico diferencial ante una proctitis o lesión tumoral en el canal anal en pacientes VIH. El diagnóstico del LGV precisa de una alta sospecha clínica puesto que su presentación puede ser inespecífica, tanto por la clínica, como por los hallazgos en la exploración y los hallazgos anatomopatológicos, que pueden simular una enfermedad de Crohn, tal y como informó el patólogo en nuestro caso clínico. El diagnóstico precoz es esencial para prevenir las complicaciones precoces, como en este caso, el episodio de rectorragia masiva o

complicaciones más tardías como estenosis o fístulas. Es importante además insistir en el cumplimiento completo del tratamiento pues de ello depende la erradicación de la infección por *C. trachomatis*.