



P-358 - *CHLAMYDIA TRACHOMATIS* COMO AGENTE CAUSAL DE ESTENOSIS RECTAL: LA IMPORTANCIA DE UNA BUENA ANAMNESIS

Hueso Mor, Alejandro; Soto Sánchez, Ana; Hernández Barroso, Moisés; Pérez Sánchez, Eduardo; Díaz Jiménez, Nélida; Hernández Alonso, Ricardo; Hernández Hernández, Guillermo; Barrera Gómez, Manuel

Hospital Ntra. Sra. de la Candelaria, Santa Cruz de Tenerife.

Resumen

Introducción: La infección por clamidia (serovariantes L1-L2-L3) generan un cuadro infeccioso llamado linfogranuloma venéreo (LGV). Esta enfermedad aparecen aquellos que tienen prácticas sexuales de riesgo: Cruising, Chemsex, sexo grupal. La forma clásica se relaciona con el sexo anal insertivo y la forma anorrectal se relaciona con el sexo anal receptivo con síntomas como proctitis, tenesmo, supuración anal, malestar general. Si se demora el tratamiento pueden haber complicaciones como fistulas y estenosis anorrectales. Es importante descartar la presencia de otras causas de proctitis como las infecciosas (gonococo, sífilis, VHS, CMV), origen inflamatorio (enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa) y las tumorales.

Caso clínico: Varón de 57 años con prácticas sexuales de riesgo que consulta por dolor y superación perianal, incontinencia y pérdida de 15 kilos en los últimos meses. A la inspección destaca caquexia con exploración abdominal anodina. A la exploración anal se evidencian grandes mariscos cutáneos y una estenosis infranqueable a 4 cm del ano que impide el tacto rectal. Además múltiples orificios fistulosos perianales con empastamiento del glúteo derecho. Se intenta realizar colonoscopia y ecografía endoanal sin éxito por el grado de estenosis. Se realiza TAC y resonancia magnética donde se objetiva engrosamiento del recto a 7 cm del margen anal con múltiples fistulas rectales y perianales a descartar enfermedad inflamatoria intestinal o neoplasia, sin lesiones a distancia. También se le practica despistaje para enfermedades de transmisión sexual con resultado positivo para *Chlamydia trachomatis* serovariante L2. Se pauta doxiciclina durante tres semanas con discreta mejoría. Tras ello se intenta una segunda colonoscopia introduciendo un gastroscopio hasta 10 cm objetivando un área estenótica que se dilata neumáticamente. Además úlceras, edema y pérdida del patrón vascular en los primeros 20 cm de mucosa. Se toman biopsias con anatomía patológica que informa de epitelio escamoso con atipia reactiva, inflamación y tejido de granulación, sin evidencia de malignidad. A pesar del antibiótico el paciente persiste sintomático, con supuración y dolor por lo que se decide realizar exploración bajo anestesia objetivando fistulas perianales complejas con tractos cutáneos en la región isquiorrectal izquierda y estenosis casi completa del canal anal que sigue impidiendo el tacto rectal. Se realiza colostomía terminal y fistula mucosa del segmento distal de forma laparoscópica sin incidencias. Actualmente pendiente de completar protectomía.

Discusión: El linfogranuloma venéreo está aumentando en incidencia y debe tenerse en consideración en patología proctológica, especialmente si existen conductas sexuales de riesgo. Que esta ETS quede inadvertida puede derivar en complicaciones como estenosis anorrectales o fistulas que requieran cirugías complejas.