



P-418 - SÍFILIS COMO CAUSA DE TUMORACIÓN RECTAL EN PACIENTE VIH

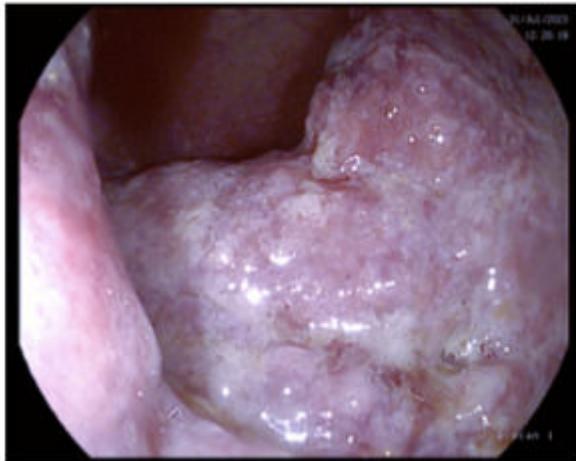
Martínez Minuesa, Lucía Isabel; Manuel Vázquez, Alba; Gortázar de las Casas, Sara; Sánchez Sánchez, Estefanía; Ferrer Martínez, Alicia; Cabanillas Vera, Gema; Jiménez Carneros, Virginia; Ramos Rodríguez, José Luis

Hospital de Getafe, Madrid.

Resumen

Introducción: La sífilis, una enfermedad de transmisión sexual (ETS) bacteriana causada por *Treponema pallidum*, ha experimentado un notable aumento de casos entre los hombres que practican sexo con hombres (HSH). Su coexistencia con el VIH aumenta los riesgos de transmisión y complica la evolución y el tratamiento de la enfermedad. La relación entre la sífilis y el VIH es compleja, ya que la sífilis exacerbaba los efectos del VIH y plantea importantes dificultades de diagnóstico, especialmente en las personas seropositivas. Esto subraya la importancia de las estrategias de salud pública dirigidas a la prevención, la detección precoz y el tratamiento de las ETS en las poblaciones de alto riesgo.

Caso clínico: Un HSH de 28 años, seropositivo conocido bajo tratamiento antirretroviral con buena adherencia, con la última relación sexual hace 3 semanas, se presentó en el servicio de urgencias con dolor anal intenso, sangrado rectal y fiebre de hasta 39,5 °C. Se realizó una rectoscopia urgente que reveló una lesión ulcerada y estenosante que ocupaba dos tercios de la circunferencia y se extendía hasta 20 cm del margen anal (fig.), de la que se tomó una biopsia para estudio histológico. Además, se realizó un frotis rectal, con PCR negativa para virus (VVZ y VHS) y ETS (*C. trachomatis*, *M. genitalium*, *N. gonorrhoeae*, *T. vaginalis*, *U. urealyticum*). Ante los hallazgos de proctitis inespecífica en un paciente inmunodeprimido, se decidió ingreso hospitalario para estudio e inicio de antibioterapia empírica con doxiciclina y ceftriaxona. El informe histológico de la biopsia mostró una úlcera rectal con intensa actividad inflamatoria aguda, en ausencia de displasia epitelial, sugiriendo un proceso infeccioso como primer diagnóstico diferencial. Se realizaron estudios serológicos, resultando suero positivo confirmado para sífilis (RPR, anticuerpos IgG e IgM). Tras completar el tratamiento antibiótico, la paciente fue dada de alta asintomática, completando 3 semanas de antibioterapia oral con doxiciclina, para su posterior seguimiento ambulatorio por la unidad de enfermedades infecciosas. La presencia concurrente de sífilis con infección por VIH puede modular la presentación clínica de la primera (chancros múltiples, mayor afectación orgánica, erupciones cutáneas atípicas y floridas, progresión más rápida a neurosífilis), así como la respuesta clínica y serológica al tratamiento de la sífilis, pudiendo tener un impacto negativo sobre la carga viral del VIH. La oportunidad de identificar, tratar y asesorar a estos pacientes debe considerarse un componente crucial para la prevención y el control del VIH, así como para la adquisición de otras enfermedades de transmisión sexual.



Discusión: Por lo tanto, en un paciente joven con antecedentes de VIH, la aparición de una masa rectal asociada a fiebre, dolor y/o sangrado rectal debe considerarse como una primera posibilidad de un cuadro infeccioso.