



<https://www.elsevier.es/semergen>

## 242/2487 - HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA SECUNDARIA A ÚLCERA RECTAL POR C. TRACHOMATIS

*M. Poch Mora<sup>a</sup>, S. Sostres Francas<sup>a</sup>, A. Leiva Pintado<sup>a</sup>, S. Martínez Carmona<sup>a</sup>, R. Freixedas Casaponsa<sup>a</sup> y R. Torta Manero<sup>b</sup>*

<sup>a</sup>*Médico de Familia. ABS Disset de Setembre. El Prat de Llobregat. Barcelona. <sup>b</sup>Enfermera. ABS Disset de Setembre. El Prat de Llobregat. Barcelona.*

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente de 22 años que acude al ambulatorio en tres ocasiones por rectorragia leve e inestabilidad cefálica, con dolor anal, sin dolor abdominal. Febrícula. Niega relaciones sexuales anales. No ingesta AINEs. No viajes ni traumatismos anales. En el ambulatorio se detecta hipotensión y palidez mucocutánea. Tacto rectal doloroso, con restos hemáticos. T<sup>o</sup> 38,5 °C. Analítica: Hto 31% y Hb 11,4 g/dl y leucocitosis 11.600. Pruebas coagulación correctas. El paciente rehúsa derivación hospitalaria. Ante la sospecha de colitis infecciosa se pauta tratamiento empírico con ceftriaxona y azitromicina. Se solicita serología, microbiología, coprocultivo, y colonoscopia confirmándose sospecha de infección por Chlamydia trachomatis. Se pauta doxiciclina. Y 24 horas más tarde presenta rectorragia masiva con inestabilidad hemodinámica. Se deriva a Hospital de referencia. Analítica: Hb 9,9 g/dl, Hto 27%. TC abdominal no objetiva sangrado actico ni restos hemáticos en tramos proximales.

**Exploración y pruebas complementarias:** Coprocultivo: toxina para Clostridium negativa. PCR Neisseria gonorrhoeae negativa. MRSA negativo. Parásitos intestinales en heces: Negativo. Serologías: VHA IgM negativo; VHB IgG anticore, IgM anticore y HBsAg negativos VHC IgG negativo, VHS 1 y 2 IgG positivos. VIH negativo. PCR Chlamydia trachomatis positivo. Exploraciones hospitalarias: AngioTc abdominal: áreas de engrosamiento mural principalmente en recto y ciego. Pérdida de haustración sin signos de sangrado arterial activo. Colonoscopia: úlceras rectales de sangrado reciente. Colitis inespecífica. Aftas en íleon terminal.

**Juicio clínico:** Sospecha de colitis por microorganismos de transmisión sexual a pesar de negar contacto.

**Diagnóstico diferencial:** En atención primaria las causas más frecuentes son las hemorroides, la fisura anal, la diverticulosis, los pólipos, el cáncer colorrectal, y la enfermedad inflamatoria intestinal, colitis isquémica, colitis rácica, angiodisplasia, AINEs.

**Comentario final:** Sospechar infección por microorganismos de transmisión sexual ante una rectorragia con síndrome febril en paciente joven a pesar de negación reiterada de contacto sexual anal.

### Bibliografía

1. Vall-Maynas M, Caballero E. Linfogranuloma venéreo: una causa emergente de proctitis en hombres homosexuales en Barcelona. Disponible en: <http://sciencedirect.com/science/article/pii/S00142526509706307>

2. <http://www.fisterra.com/guias/hemorragia-digestiva-baja-hdb/>

**Palabras clave:** Rectorragia. Colitis. C. trachomatis.