



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

242/4585 - LAS ETS EXISTEN

M. Díaz García^a, D. Oñate Cabrerizo^b, M. Gómez Rubio^c, I. Alcalá Peña^a, J. Esteban Mensua^d y M. Agulló Gomis^d

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Almoradí. Alicante. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rabaloche. Orihuela. Alicante. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Albatera. Alicante. ^dMédico de Familia. Centro de Salud Almoradí. Alicante.

Resumen

Descripción del caso: Hombre de 50 años casado, hipertenso en tratamiento y sin otros antecedentes patológicos de interés. Consulta a su Médica de Atención Primaria (MAP) por presentar dolor en región anal urente con sensación de quemazón e irradiado hacia pierna derecha. Al inicio del cuadro no alteración del hábito intestinal ni rectorragias. Se inicia tratamiento con analgesia de segundo escalón y tratamiento tópico, dada la clínica neurálgica. El paciente vuelve a consultar por mal control del dolor y secreciones de aspecto sero-hemático, a la exploración no se observan vesículas ni fisuras ni hemorroides, únicamente una lesión eritematosa muy dolorosa al tacto en región para-anal derecha. Tras varias consultas en su MAP con ajuste de las dosis de analgesia, el paciente relata un dolor mucho más intenso así que es remitido al servicio de Urgencias Hospitalarias. Se controla el dolor mediante una perfusión continua de opioides, por lo que es ingresado para manejo del dolor y ampliación del estudio.

Exploración y pruebas complementarias: Constantes normales. Escala EVA: 8/10. Resto exploración: normal. Exploración anal: intertrigo candidiásico secundario a maceración y supuración de material, sugestivo de pus, con una zona eritematosa indurada en borde para-anal derecho. No úlceras, no fisuras, no hemorroides. Analítica: PCR 3,40 mg/dL, leucocitos $8,36 \times 10^9/L$, neutrófilos 68,9%. TC pélvico: engrosamiento de la pared del recto con rarefacción de la grasa perirrectal y adenopatías adyacentes, siendo más numerosas derechas de 12-13 mm de tamaño. Serología: VIH 1/2 Ag/Ac (ELFA) negativo, sífilis Ig total (CLIA) positivo 19,00, RPR positivo 1/4 y TPHA positivo 1/160.

Juicio clínico: Proctalgia secundaria a lúes. Sífilis.

Diagnóstico diferencial: Infección VHZ. Enfermedad inflamatoria intestinal. Fisura anal.

Comentario final: Hay que sospechar las enfermedades de transmisión sexual para evitar el infra-diagnóstico en los pacientes, aun en población sin riesgo. Aunque exista temor o pudor, es necesario realizar una buena anamnesis sexual. El profesional debe realizar una búsqueda activa del problema y crear un clima adecuado para abordarlo.

Bibliografía

1. Sánchez-Sánchez F, González-Correales R, Jurado-López A et al. La anamnesis en la historia clínica en salud sexual: habilidades y actitudes. SEMERGEN-Medicina de Familia. 2013;39(8):433-9.

2. Infecciones de transmisión sexual. OMS. 2017. Disponible en:
<http://apps.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/es/index.html>

Palabras clave: Proctalgia. Sífilis. Anamnesis sexual.