

## 347/2522 - PROCTITIS DE TRANSMISIÓN SEXUAL. ENFERMEDAD DE NICOLAS-FAVRE

S. Roig Berzosa<sup>a</sup>, J. Velasco Garasa<sup>b</sup>, M. Fernández García<sup>a</sup> y B. Hurtado Capalvo<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. CAP Riu Nord-Riu Sud. Santa Coloma. Barcelona. <sup>b</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. CAP Riu Nord-Riu Sud. Santa Coloma. Barcelona.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón 26 años, Europa del Este, bisexual, informático y modelo. A. pat: abuso OH. Tr. adaptativo. No tratamiento actual. Usuario de Profilaxis Post-Exposición VIH tras RSR múltiples contactos anónimos en discoteca 53 días antes de su visita. Acude por tenesmo rectal y síncope, productos patológicos en heces, adenopatía inguinal dolorosa, febrícula y artromialgias. Consulta varios servicios de urgencias en el transcurso de su enfermedad.

**Exploración y pruebas complementarias:** Cordón adenopático izquierdo hiperalgésico, espasmo anal al tacto rectal. No secreciones uretrales, exantemas ni úlceras. 1. Coprocultivo y parasitológico de heces: negativos. 2. Fibrocolonoscopia: mucosa distal (7 cm) edematosa y ulcerada. 3. Serologías: VIH negativas, T. pallidum negativas, IgG-VHS1 positiva, IgG-VHS2 indeterminada. 4. Cultivo convencional bacteriológico (ITS) negativo 4. PCR exudado anal positiva para C. trachomatis: serovariante L, linfogranuloma venéreo (LGV).

**Orientación diagnóstica:** Síndrome anorrectal por LGV.

**Diagnóstico diferencial:** Enfermedad inflamatoria intestinal (c. ulcerosa, e. Crohn), proctitis infecciosa (sífilis, herpética, CMV, bacteriana, amebiásica, chancreoide), cuerpo extraño, neoplasias.

**Comentario final:** Ante un síndrome anorrectal en paciente con conductas de riesgo deberíamos considerar la presencia de gérmenes causantes de ITS. LGV en España tiene una incidencia TI = 0,73/100.000 hab. Es enfermedad endémica de regiones tropicales. Desde 2003 se han comunicado brotes en urbes europeas en HSH, con frecuente coinfección VIH. El periodo primario se prolonga hasta 4 semanas (pápula indolora que evoluciona a úlcera). El estadio secundario cursa con afectación linfática y sistémica, anorrectal e inguinal. El tratamiento empírico de proctitis infecciosa sospechosa de ITS se debe realizar de forma dual (ceftriaxona 500 mg + azitromicina 2 g) con control post-tratamiento (Test-of-Cure), notificación de fallos terapéuticos y realización de encuesta epidemiológica. El tratamiento específico de LGV es doxiciclina 100 mg cada 12h v.o, durante 21 días. Siendo necesario desbridamiento quirúrgico en casos evolucionados.

### Bibliografía

- OMS. Módulos de capacitación para el manejo sindrómico de las infecciones de transmisión sexual [internet]. Ginebra, Suiza; 2008. Disponible en [whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789243593401\\_modulo1\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789243593401_modulo1_spa.pdf)

2. Unidad de vigilancia del VIH y conductas de riesgo. Vigilancia epidemiológica de las ITS, 2016 [internet]. Madrid: Centro Nacional de Epidemiología/S.G. de P.S. y Vigilancia en S.P-Plan Nacional sobre el Sida; 2018. Disponible en [http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/Vigilancia\\_IT\\_S\\_2016.pdf](http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/Vigilancia_IT_S_2016.pdf)

**Palabras clave:** LGV. Proctitis. Clamidia.