



## CARTA CIENTÍFICA

### Proctitis no siempre es colitis ulcerativa



### Proctitis is not always ulcerative colitis

Actualmente, a nivel mundial existen 37,9 millones de personas infectadas con VIH, de los cuales más del 50% pueden presentar infecciones concomitantes debido a la inmunosupresión asociada<sup>1</sup>. Dentro del espectro de enfermedades se han descrito, entre otras, las infecciones por transmisión sexual, siendo la proctitis una forma común de presentación. Esta se define como una inflamación del recto (últimos 10–12 cm del tracto digestivo), siendo *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, virus del herpes simple (VHS) y *Treponema pallidum* los patógenos más comúnmente involucrados. Esta condición se asocia generalmente con dolor anorrectal y secreción rectal sanguinolenta, principalmente en pacientes que practican hábitos sexuales anales, y úlceras perianales dolorosas que les obligan a asistir al servicio de urgencia<sup>2</sup>.

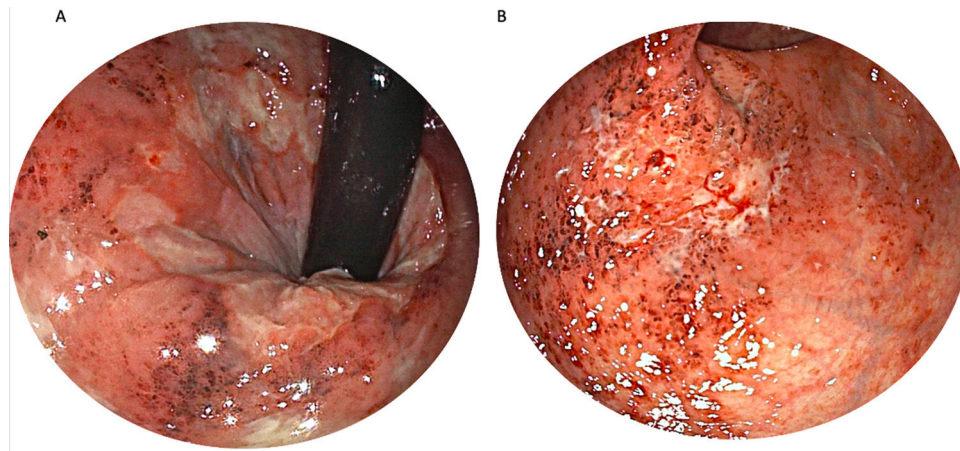
El diagnóstico de esta enfermedad se debe confirmar mediante algún procedimiento endoscópico diagnóstico (anoscopia o sigmoidoscopia) con toma de biopsias, anatomía patológica y PCR específica para gérmenes de transmisión sexual. En pacientes con VIH se recomienda manejo empírico ante la sospecha, con una dosis única de ceftriaxona 250 mg intramuscular y doxiciclina 100 mg dos veces al día durante 3 semanas<sup>2</sup>. Como esquemas antibióticos alternativos que reemplazan la doxiciclina se encuentra la azitromicina 1 g dosis única, la cual también ha demostrado buenos resultados<sup>3</sup>. Este tratamiento también debe darse a la pareja del paciente. El seguimiento debe basarse en la etiología específica y en la gravedad de los síntomas clínicos, realizando una prueba control del patógeno 3 meses después de finalizar el tratamiento<sup>2</sup>.

Presentamos el caso de un paciente masculino de 26 años de edad con antecedente de VIH diagnosticado hace un mes, sin tratamiento, y sífilis hace un año manejado con antibióticos; adicionalmente practica actividad sexual con hombres sin protección. Consulta por 4 semanas de dolor anal y hematoquecia de consistencia diarreica, asociado a distensión abdominal, náuseas y múltiples episodios eméticos. Se realizó colonoscopia, donde se evidenció eritema, erosión y úlceras superficiales friables en la mucosa del recto hasta la unión rectosigmoidea (fig. 1); en los hallazgos histopatológicos se observó un infiltrado predominantemente

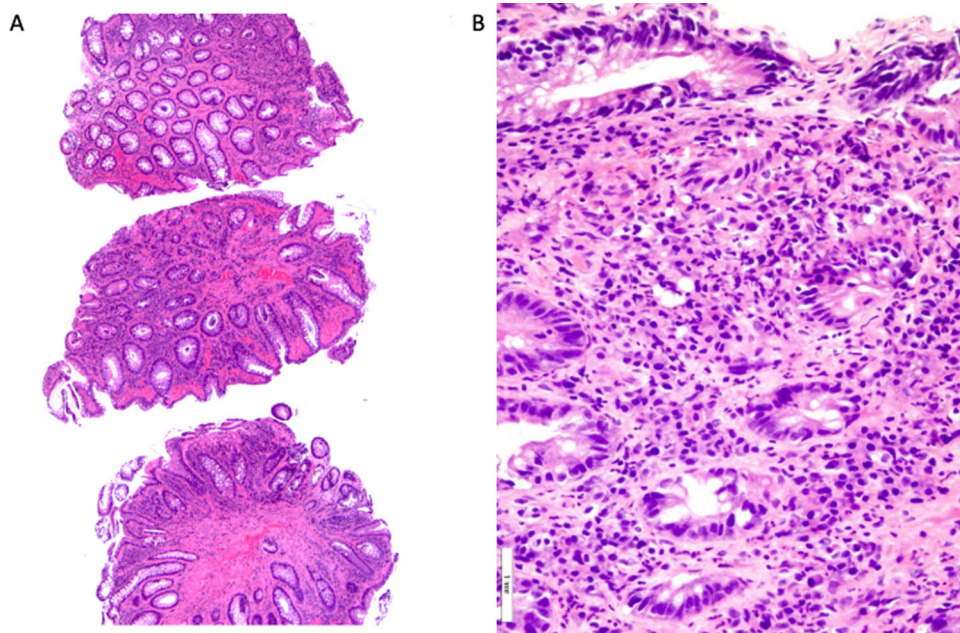
plasmocitario, sin eosinófilos, sin acortamiento o ramificación de las glándulas, con poca destrucción glandular y criptitis de neutrófilos focal con diagnóstico de proctitis infecciosa, incluyendo la posibilidad de enfermedades por transmisión sexual (fig. 2). Dados los hallazgos de patología y los antecedentes de riesgo (VIH positivo sin tratamiento y hábito sexual), se inicia manejo de proctitis por transmisión sexual con ceftriaxona 250 mg intramuscular y 1 g de azitromicina vía oral dosis única. No fue posible la realización de pruebas de PCR en secreción rectal para gonococo y *Chlamydia*, ya que no tenemos disponibilidad de estas en nuestra institución. Se le realizó seguimiento y posterior control a las 2 semanas de tratamiento completamente asintomático con deposiciones normales. Se ordenó control endoscópico, pero el paciente no volvió a consulta.

La proctitis secundaria a infección por sífilis, *Neisseria gonorrhoeae* o *Chlamydia trachomatis* no es tan común en los pacientes VIH positivos. Sin embargo, es importante que los gastroenterólogos y patólogos consideren, especialmente la sífilis, como parte de su diagnóstico diferencial<sup>4</sup>. La diferenciación entre la proctitis sífilítica y la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) puede ser compleja, dado a que clínicamente pueden imitarse entre ellas dificultando su diagnóstico<sup>5</sup>. No obstante, varios estudios han encontrado características de la proctitis secundaria a ITS vs EII. En el primer caso se ha observado presencia de daño críptico leve, sin evidencia de cronicidad, infiltrado mononuclear (plasmocitario) con ausencia de eosinófilos, extendiéndose hasta la submucosa con distribución perivascular, además de edema endotelial, microabscesos, erosión y úlceras. EII presenta un daño crónico de la mucosa, con destrucción glandular, metaplasia de células de Paneth, infiltrado linfoplasmocitario con eosinófilos<sup>5</sup>.

Esto ratifica la importancia de realizar una correlación con los hallazgos clínicos y estudio de anatomía patológica y PCR específica para gérmenes de transmisión sexual. Adicionalmente, un diálogo abierto entre gastroenterólogos y patólogos es crucial para diagnosticar estas infecciones. Se ha observado en series de casos que pacientes con proctitis por ITS se han manejado como EII, por lo que se ha propuesto que la proctitis por ITS se considere sobre la EII en pacientes que tengan antecedentes de actividad sexual anal o que tengan resolución de síntomas con manejo antibiótico<sup>4</sup>. En conclusión, es primordial tener al menos la sospecha de esta entidad en pacientes con síntomas característicos, antecedentes inmunológicos y sexuales que nos permitan orientar



**Figura 1** Colonoscopia. A) Se observa zona eritematosa, con erosión y presencia de úlceras superficiales friables en la mucosa del recto. B) Unión rectosigmoidea.



**Figura 2** Biopsia. A) H&E 4×. Mucosa colónica con discreta alteración de la arquitectura, expansión de la lámina propia por infiltrado inflamatorio mononuclear. B) H&E 40×. A mayor aumento se observa el infiltrado predominantemente plasmocitario, sin eosinófilos y criptitis de neutrófilos focal.

hacia esta entidad, sumado a la patología sugestiva o característica, para evitar manejos no pertinentes.

### Consideraciones éticas

Los autores declaran que este artículo no contiene información personal que permita identificar al paciente. De igual forma el paciente firmó un consentimiento informado institucional para fines investigativos.

### Financiación

La presente investigación no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

### Conflicto de intereses

Ninguno.

### Bibliografía

1. Drain PK, Garrett N. SARS-CoV-2 pandemic expanding in sub-Saharan Africa: Considerations for COVID-19 in people living with HIV. *EclinicalMedicine*. 2020, <http://dx.doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100342>.
2. CDC. 2015 Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines — Proctitis, Proctocolitis, and Enteritis. Centers for Disease Control and Prevention. Disponible en: <https://www.cdc.gov/std/tg2015/proctitis.htm>.

3. Lau A, Kong F, Fairley CK, Donovan B, Chen M, Bradshaw C, et al. Treatment efficacy of azithromycin 1 g single dose versus doxycycline 100 mg twice daily for 7 days for the treatment of rectal Chlamydia among men who have sex with men — a double-blind randomised controlled trial protocol. *BMC Infect Dis.* 2017;17:35.
4. Gopal P, Shah RB. Primary anal canal syphilis in men: The clinicopathologic spectrum of an easily overlooked diagnosis. *Arch Pathol Lab Med.* 2015;139:1156–60.
5. Arnold CA, Roth R, Arsenescu R, Harzman A, Lam-Himlin DM, Limketkai BN, et al. Sexually transmitted infectious colitis vs inflammatory bowel disease: Distinguishing features from a case-controlled study. *Am J Clin Pathol.* 2015;144:771–81.

Margarita Rey Rubiano<sup>a,\*</sup>, Gustavo Reyes Medina<sup>b</sup>,  
Erika D. Pérez-Riveros<sup>c</sup> y Rocío del Pilar López Panqueva<sup>d</sup>

<sup>a</sup> *Sección de Gastroenterología y Endoscopia Digestiva, Fundación Santa Fe de Bogotá y Universidad de los Andes, Bogotá, Colombia*

<sup>b</sup> *Sección de Gastroenterología y Endoscopia Digestiva, Fundación Santa Fe de Bogotá, Bogotá, Colombia*

<sup>c</sup> *Estudios Clínicos y Epidemiología Clínica, Fundación Santa Fe de Bogotá, Bogotá, Colombia*

<sup>d</sup> *Departamento de Patología y Laboratorios, Fundación Santa Fe de Bogotá y Universidad de los Andes. Bogotá, Colombia*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [adriana.rey@fsfb.org.co](mailto:adriana.rey@fsfb.org.co)  
(M. Rey Rubiano).