



CASO CLÍNICO

Proctitis por *Chlamydia trachomatis* en varón octogenario*Chlamydia trachomatis* proctitis in octogenary male

Vicente Romero Estarlich^{a,*}, Ana Grau Herrera^a, Martha Kestler Hernández^b
y Jose Antonio Serra Rexach^{a,c,d}

^a Servicio de Geriátría, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España

^b Servicio de Microbiología Clínica y Enfermedades Infecciosas, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España

^c Instituto de Investigación Sanitaria, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España

^d Facultad de Medicina, Universidad Complutense, Madrid, España



Varón de 79 años diagnosticado de HTA, EPOC moderado, ictus isquémico (2017) con hemiparesia derecha residual y deterioro funcional secundario.

Dependiente para ducha y aseo desde ictus (2017), manteniéndose independiente para el resto de actividades básicas de la vida diaria. Índice de Barthel 75/100. En domicilio camina con andador y supervisión. FAC 3. Sin deterioro cognitivo.

Tratamiento habitual con ácido acetilsalicílico 100 mg, perindopril 2 mg, omeprazol 20 mg, atorvastatina 20 mg, tiotropio 2,5 µg, dutasterida/tamsulosina 0,5/0,4 mg y calcifediol 266 µg.

Ingres a para estudio de diarrea aguda y cuadro constitucional (pérdida de peso de 8 kg en un año y astenia). Presenta deposiciones líquidas mucosanguinolentas de 5 días de evolución, sin dolor abdominal, tenesmo o incontinencia. Sin ingresos recientes ni anti-bioterapia previa.

Ingres a con estabilidad hemodinámica, cardiorrespiratoria y afebril. Exploración física sin hallazgos. Tacto rectal normal.

Análítica de ingreso con anemia leve (Hb 11,5 g/dl) sin elevación de reactantes de fase aguda (PCR, procalcitonina y fibrinógeno). Coprocultivo estéril y toxina de *Clostridioides difficile* negativa.

En planta persiste diarrea mucosanguinolenta (5-10 deposiciones diarias) sin otra clínica añadida ni cambios analíticos. Se amplía estudio microbiológico y se realiza colonoscopia.

La colonoscopia objetiva colitis parcheada en recto y ampolla rectal (fig. 1) de probable etiología infecciosa como primera posibilidad. Biopsia compatible con enfermedad inflamatoria intestinal tipo colitis ulcerosa con grado severo de inflamación.

Estudio microbiológico negativo (estudio de parásitos en heces, PCR cuantitativa citomegalovirus, virus hepatotropos, VIH, virus herpes simple y lues). Por recomendación de Digestivo, se ensaya pauta terapéutica con metronidazol, ciprofloxacino y mesalazina oral, sin alcanzar buena respuesta, por lo que días después se asocia corticoterapia oral.

Ante los resultados de las pruebas complementarias y la persistencia de diarrea, se reinterroga al paciente en búsqueda de probables enfermedades de transmisión sexual (ETS) y se amplía el estudio microbiológico de estas. Exudado rectal (PCR de *Neisseria gonorrhoeae*) negativo y positivo para *Chlamydia trachomatis*.

El paciente negó contacto sexual de riesgo, abuso sexual, así como cualquier otra práctica de riesgo. Se logró un clima óptimo de confianza e intimidad con el paciente que permitió informarle adecuadamente de la etiología y de las principales vías de adquisición.

Se inicia tratamiento con doxiciclina (100 mg cada 12 h) durante 14 días con respuesta satisfactoria, experimenta mejoría progresiva de diarrea con resolución completa al 5.º día de tratamiento. Buena tolerancia al tratamiento, encontrándose asintomático tras la finalización de este.

Discusión

Resulta complicado abordar la actividad sexual en ancianos. A pesar de minimizar o excluir la valoración sexual y su comportamiento entre nuestros pacientes, el 53% de los pacientes entre 65 y 74 años y el 26% en el grupo de los 75-85 años son sexualmente activos, con mayor proporción entre los varones (62,3% frente al 37,4% en mujeres)^{1,2}. La edad aumenta la probabilidad de inactividad sexual, debido a la mayor proporción de ausencia de pareja, aumento de comorbilidad y polifarmacia².

La actividad sexual sigue siendo importante en pacientes de edad avanzada, por lo que debemos evaluarla de forma natural creando un ambiente y un clima de confianza e intimidad que fortalezca la relación médico-paciente, lo que permitirá abordar con mayor facilidad los temas relacionados con la actividad sexual en este grupo etario^{3,4}.

Es difícil conocer la prevalencia de proctitis infecciosa relacionada con las ETS en pacientes ancianos, en gran medida por la tendencia a no incluir estas entidades en el diagnóstico diferencial, lo que conduce a un infradiagnóstico. Un diagnóstico diferencial de

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: viromes@hotmail.com (V. Romero Estarlich).

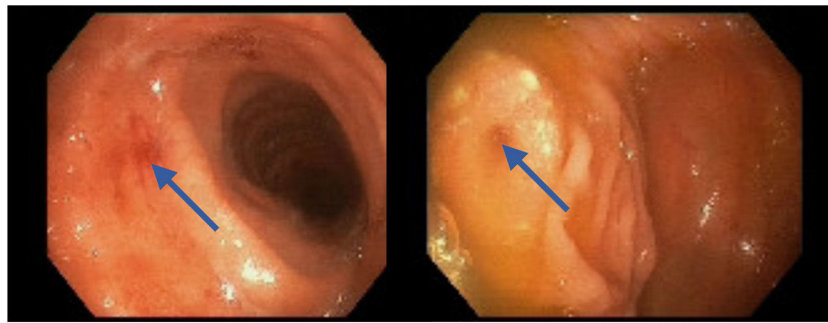


Figura 1. Colonoscopia. Imágenes tomadas de la ampolla rectal. Las flechas azules muestran la afectación parcheada de la mucosa rectal compatible con colitis con grado severo de inflamación asociado.

estas entidades permite un abordaje terapéutico precoz eficiente que minimice el riesgo de desarrollar complicaciones⁵.

La etiología infecciosa es la causa más común de proctitis aguda; no obstante, siempre hay que descartar la enfermedad inflamatoria intestinal como segunda posibilidad⁶ estableciendo un diagnóstico diferencial sistemático. En cuanto a la etiología infecciosa, además de descartar las causas más frecuentes de diarrea y proctitis (infecciones bacterianas, parasitarias y virales como CMV o VIH), es importante pensar en etiologías relacionadas con ETS, eminentemente *N. gonorrhoeae*, *C. trachomatis*, *Herpes simplex* y *T. pallidum*^{7,8}.

El diagnóstico en el anciano es complejo por la presentación atípica, cambios sutiles en las pruebas complementarias y anamnesis dificultada por el deterioro en varias esferas que dificultan la comunicación, así como potenciales factores socioculturales que contribuyen a un infradiagnóstico de estas patologías.

Debemos resaltar la importancia de incluir las ETS en el diagnóstico diferencial en este tipo de patologías, realizando una anamnesis completa y exhaustiva que incluya la historia sexual reciente del paciente y un estudio microbiológico dirigido posterior. El diagnóstico precoz puede prevenir potenciales complicaciones, como un ingreso prolongado, deterioro funcional y otras complicaciones

asociadas que incrementan la estancia hospitalaria y el riesgo de mortalidad e institucionalización al alta.

Bibliografía

1. Greene M, Covinsky KE, Valcour V, Miao Y, Madamba J, Lampiris H, et al. Geriatric syndromes in older HIV-infected adults. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2015;69:161–7.
2. Palacios-Ceña D, Carrasco-Garrido P, Hernández-Barrera V, Alonso-Blanco C, Jiménez-García R, Fernández-de-las-Peñas C. Sexual behaviors among older adults in Spain: Results from a population-based national sexual healthy survey. *J Sex Med*. 2012;9:121–9.
3. Matthew L, Bergeron CD, Goltz HH, Coffey T, Boolani A. Sexually transmitted infection knowledge among older adults: Psychometrics and test-retest reliability. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17:2462.
4. Poynten IM, Grulich AE, Templeton DJ. Sexually transmitted infections in older populations. *Curr Opin Infect Dis*. 2013;26:80–5.
5. Rivers J. Sexually transmitted infections in the older patient: an unlikely event-or is it? *J Cutan Med Surg*. 2014;18(1):1–4.
6. Hoentjen F, Rubin DT. Infectious proctitis: When to suspect it is not inflammatory bowel disease. *Dig Dis Sci*. 2012;57:269.
7. Mayer KH. Sexually transmitted diseases in men who have sex with men. *Clin Infect Dis*. 2011;53 Suppl 3:S79.
8. De Vries HJC, Zingoni A, White JA, Ross JDC, Kreuten A. European guideline on the management of proctitis, proctocolitis and enteritis caused by sexually transmissible pathogens. *Int J STD AIDS*. 2014;25:465.