



Enfermedad Inflamatoria Intestinal al Día

www.elsevier.es/eii



CASO CLÍNICO

Proctitis: diagnóstico diferencial. A propósito de un caso



A.C. Moncada, B. Bernad, E. Badía, H.A. Ramos-Rosario, L. Arias y B. Sicilia*

Unidad de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Hospital Universitario de Burgos, Burgos, España

Recibido el 26 de enero de 2015; aceptado el 6 de febrero de 2015
Disponibile en Internet el 5 de mayo de 2015

PALABRAS CLAVE

Proctitis;
Colitis ulcerosa;
Enfermedad de Crohn

Resumen La proctitis aparece frecuentemente en las enfermedades inflamatorias intestinales, fundamentalmente en la colitis ulcerosa pero también en la enfermedad de Crohn. Se ha descrito un aumento de incidencia de enfermedades de transmisión sexual, especialmente en los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, muchas de las cuales pueden comenzar como proctitis. Presentamos el caso de un varón de 43 años, VIH sin tratamiento antirretroviral, que presenta cuadro clínico, endoscópico e histológico sugestivo de proctitis por enfermedad inflamatoria intestinal tipo enfermedad de Crohn. Dada la similitud en la presentación clínica, hallazgos endoscópicos e histológicos entre la proctitis infecciosa y la enfermedad inflamatoria intestinal, destacamos la importancia de una historia clínica, que incluya comportamientos sexuales de riesgo y viajes recientes que pudieran sugerir el diagnóstico diferencial para evitar retrasos en el diagnóstico, estancias hospitalarias prolongadas, exámenes innecesarios y tratamientos erróneos con consecuencias no deseadas.

© 2015 Grupo Español de Trabajo en Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa (GETECCU). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Proctitis;
Ulcerative colitis;
Crohn's disease

Proctitis: differential diagnosis. A case presentation

Abstract Proctitis is frequently associated to inflammatory bowel diseases, mainly to ulcerative colitis although it can also occur in Crohn's disease. An increased incidence of sexually transmitted diseases has been described, especially in homosexual males, many of whom may

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: bsicilia4@gmail.com (B. Sicilia).

develop proctitis. We report the case of a 43 year-old male, HIV positive without antiretroviral treatment with endoscopic and histological proctitis primary related to an inflammatory bowel disease Crohn's type. Given the similarity in clinical presentation, endoscopic and histological findings between infectious proctitis and inflammatory bowel disease, we emphasize the importance of a clinical history that includes sexual risk behaviors and recent trips that might suggest differential diagnosis to avoid delays in diagnosis, prolonged hospital stays, unnecessary tests and erroneous treatments with unintended consequences.

© 2015 Grupo Español de Trabajo en Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa (GETECCU). Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La proctitis es una inflamación de la mucosa rectal que encontramos frecuentemente en las enfermedades inflamatorias intestinales, fundamentalmente en la colitis ulcerosa pero también en la enfermedad de Crohn. Otras causas de proctitis no inflamatoria son la asociada a radiación, la isquémica, el síndrome de úlcera rectal solitaria, el síndrome de Behcet y las proctitis de origen infeccioso cuyos patógenos más frecuentes son *Escherichia coli*, *Shigella*, *Campylobacter* y *Clostridium difficile*. Se ha descrito un aumento de incidencia de enfermedades de transmisión sexual muchas de las cuales pueden comenzar como proctitis siendo responsables de su etiología patógenos como *Neisseria gonorrhoeae* (*N. gonorrhoeae*), *Chlamydia trachomatis* (*C. trachomatis*), *Herpes simplex virus*, *Treponema pallidum*, *Giardia lamblia* y *Entamoeba histolytica*¹.

Material y métodos

Presentamos el caso de un varón de 43 años, diagnosticado en febrero de 2013 de infección por VIH sin tratamiento antirretroviral, que acude a Atención Primaria por cuadro de dolor intenso en hipogastrio, fijo, asociado a diarrea, mal-estar general y fiebre. Posteriormente presenta tenesmo, proctalgia, rectorragia y heces con moco, se realiza una colonoscopia con ileoscopia en la que se objetiva intenso edema y eritema de la mucosa del recto con úlceras sugestivas de enfermedad inflamatoria intestinal (EII) tipo enfermedad de Crohn (EC), cuya anatomía patológica revela infiltrado inflamatorio crónico con eosinófilos y neutrófilos que sobrepasan la muscular de la mucosa y más densos submucosos, glándulas normales sin granulomas.

Sospechándose una proctitis por EC es derivado a nuestras consultas de EII. Se trata de un paciente homosexual, con pareja estable, que hace 3 meses ha mantenido una relación sexual esporádica con coito anal, comenzando 20 días después con el cuadro clínico descrito.

Solicitamos un hemograma con hemoglobina 14,6 g/dl, leucocitos 5,5 mil/mmc, neutrófilos 52,4%, linfocitos CD4 493 cells/ul, linfocitos CD8 1.032, cociente CD4/CD8: 0,5, carga viral VIH: 96.400 copias/ml. Coprocultivo negativo; anticuerpos totales frente a sífilis: negativo. Frotis rectal con cultivo negativo, PCR *N. gonorrhoeae* negativo,

herpes virus tipo 1 y tipo 2: negativos y PCR *C. trachomatis*: positivo.

Resultados

Se confirma la etiología infecciosa de su proctitis secundaria a *C. trachomatis*, iniciándose tratamiento con doxiciclina 100 mg cada 12 horas durante 21 días.

Discusión

La proctitis infecciosa por *C. trachomatis*, puede ser producida por distintos serotipos. El serotipo D-K (*Chlamydia* no linfogranuloma venéreo [LGV]) produce una infección superficial de la mucosa rectal, generalmente asintomática, aunque puede comenzar con rectorragia. Sin embargo, los serotipos L1, L2 y L3 pueden producir una infección invasiva más profunda que puede afectar el tejido submucoso y linfático permitiendo de este modo la propagación a los nódulos linfáticos. Estos serotipos más invasivos son los responsables de provocar el LGV.

LGV es una infección endémica en países tropicales incluyendo África, en el Sudeste Asiático, y en América Central y del Sur². Se han visto en las últimas décadas algunos brotes en Europa, Norteamérica y Australia³. Aunque también afecta a mujeres es más frecuente en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres⁴. La relación entre la proctitis por LGV y la infección por VIH no está suficientemente investigada. La mayoría tiene el recuento de CD4 preservado, debilitando la teoría de que el LGV se comportara como infección oportunista. La presentación clínica en forma de proctitis es común y ocurre varias semanas después del contacto sexual e incluye dolor rectal, rectorragia y secreción anal mucopurulenta. En la infección avanzada pueden aparecer abscesos perianales, fistulas, estenosis y también puede acompañarse de síntomas extraintestinales como artritis reactiva y hepatitis. Las características endoscópicas pueden ser indistinguibles de una EII apreciando una mucosa de aspecto inflamatorio, hiperémica y edematosa con presencia de aftas y úlceras cubiertas con exudado purulento, sangre y fibrina⁵.

El diagnóstico se realiza por PCR a partir de las muestras del exudado de la mucosa rectal. En los casos confirmados

Tabla 1 Diagnóstico diferencial de enfermedad inflamatoria intestinal y proctitis por *Chlamydia trachomatis*

Etiología	Enfermedad de Crohn desconocida	Colitis ulcerosa (CU) desconocida	Proctitis por <i>Chlamydia trachomatis</i> D-K	Proctitis (LGV) <i>Chlamydia trachomatis</i> L1-L3
Clínica	Síndrome rectal Afectación perianal Fiebre Manif. extraintestinales	Rectorragia Diarrea Síndrome rectal Manif. extraintestinales	70% asintomáticos Periodo latencia: 7-10 d Síndrome rectal Fiebre	Síndrome rectal > 90%, Fístulas Estenosis ano-rectales. Pérdida de peso Fiebre, malestar general Adenopatías inguinofemorales
Extensión	Segmentaria Transmural Perianal (fístulas, fisura)	Continua Mucosa Extensa, izquierda, proctitis	Mucosa rectal superficial	Segmentario Mucosa y submucosa Trofismo por tejido linfático Luz normal o estenosis
Hallazgos endoscópicos	Aftas Úlceras serpiginosas Aspecto en empedrado Estenosis Orificios fistulosos	Pérdida del patrón vascular Eritema, edema Úlceras Hemorragia espontánea o al roce Pseudopólipos	Eritema con úlceras Apariencia de «guijarro» por infiltración de folículos linfoides	Exudado mucopurulento Hiperemia mucosa Hemorragia espontánea Úlceras y erosiones Tejido granulomatoso Masas inflamatorias tumorales
Hallazgos microscópicos	Transmural Granulomas Agregados linfoides	Infiltrado linfocitario Plasmocitosis basal Microabcesos crípticos Distorsión de las criptas	Neutrófilos en secreción anal Granulomas	Inespecíficos
Diagnóstico	Criterios de Lennard Jones		PCR <i>Chlamydia trachomatis</i>	RT-PCR: <i>Chlamydia trachomatis</i> L1-L3
Tratamiento	Aminosalicilatos, corticoides, inmunomoduladores, agentes biológicos		Doxiciclina 100 mg bid 1 semana	Doxiciclina 100 mg bid 3 semanas

debe investigarse la presencia de otras infecciones de transmisión sexual incluyendo: VIH, hepatitis B y C, sífilis, gonorrea, Herpes simplex virus tipo 1 y 2⁶. Las guías europeas recomiendan tratamiento de primera línea con doxiciclina.

Existen dos series publicadas que describen las características clínicas, endoscópicas e histológicas de 12 y 4 pacientes respectivamente en los que se realizó el diagnóstico diferencial de LGV con EC^{2,5}. Dada la similitud en la presentación clínica, hallazgos endoscópicos e histológicos entre la proctitis infecciosa y la EII que reflejamos en la tabla 1, y los brotes epidémicos descritos en Europa, es de suma importancia la realización de una historia clínica minuciosa, que incluya comportamientos sexuales de riesgo y viajes recientes que pudieran sugerir el diagnóstico para evitar retrasos en el diagnóstico, estancias hospitalarias prolongadas, exámenes innecesarios, tratamientos erróneos con consecuencias no deseadas.

Conclusiones

Ante una proctitis en un paciente con factores de riesgo para LGV o incluso ante una proctitis establecida en el contexto

de una EII que no responda al tratamiento estándar debemos incluir en nuestro diagnóstico diferencial la posible etiología infecciosa (enfermedades de transmisión sexual), y en su caso solicitar PCR para *C. trachomatis*.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Lamb CA, Lamb EIM, Mansfield JC, Sankar KN. Gastroenterology. 2013;4:32-40.
- Hoie S, Knudsen LS, Gerstoft J. Lymphogranuloma venereum proctitis: A differential diagnosis to inflammatory bowel disease. Scan J Gastroenterol. 2011;46:503-10.
- Martin-Iguacel R, Llibre JM, Nielsen H, Heras E, Matas L, Lugo R, et al. Lymphogranuloma venereum proctocolitis: a silent endemic disease in men who have sex with men in industrialised countries. Eur J Clin Microbiol Infect Dis. 2010;29:917-25.
- Van der Bij AK, Spaargaren J, Morré SA, Fennema HSA, Min-del A, Coutinho RA, et al. Diagnostic and clinical implications of anorectal lymphogranuloma venereum in men who have sex

- with men: A retrospective Case-Control Study. *Clin Infect Dis.* 2006;42:186–94.
5. Soni S, Srirajaskanthan R, Lucas SB, Alexander S, Wong T, White JA. Lymphogranuloma venereum proctitis masquerading as inflammatory bowel disease in 12 homosexual men. *Aliment Pharmacol Ther.* 2010;32(1):59–65.
 6. Hoentjen F, Rubin DT. Infectious proctitis: When to suspect it is not inflammatory bowel disease. *Dig Dis Sci.* 2012;57:269–73.