

Proctitis infecciosa por *Chlamydia trachomatis*, reporte de caso

Óscar S. Hamud-Gasca^{1*} y Gerardo A. Morales-Fuentes^{1,2}

¹Servicio de Gastroenterología; ²Servicio de Endoscopia. Hospital Español de México, Ciudad de México, México

Resumen

Se presenta un caso de colonoscopia que muestra imágenes compatibles con proctitis infecciosa, siendo identificado posteriormente mediante prueba de reacción en cadena de la polimerasa e histopatología *Chlamydia trachomatis* como agente causal. Las características clínicas y endoscópicas de esta entidad son difíciles de diferenciar de la enfermedad inflamatoria intestinal, por lo que un adecuado abordaje y diagnóstico diferencial temprano es crucial, en especial en personas con factores de riesgo.

Palabras clave: Proctitis ulcerosa. *Chlamydia trachomatis*. Colonoscopia.

*Infectious proctitis due to *Chlamydia trachomatis*, case report*

Abstract

*A case of colonoscopy images compatible with infectious proctitis is presented, with *C. trachomatis* identified through PCR and histopathology as the causative agent. Clinical and endoscopic characteristics of this entity are difficult to differentiate from inflammatory bowel disease, thus an adequate approach and early differential diagnosis is crucial, especially in people with risk factors.*

Key words: Ulcerative proctitis. *Chlamydia trachomatis*. Colonoscopy.

Introducción

Con el uso de la terapia preexposición para el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) se ha visto un incremento de otras enfermedades de transmisión sexual debido a la falta de protección durante el coito anal. La familiarización con estas patologías y su rápida identificación pueden tener un papel importante para su adecuada atención.

Presentación del caso

Paciente de sexo masculino de 35 años, sin antecedentes, quien refiere practicar coito receptivo anal sin

protección y cuenta con prueba VIH negativa. Desde hace cuatro meses presenta rectorragia intermitente, dolor abdominal leve, así como estreñimiento con pujo y tenesmo. Los exámenes de laboratorio se reportan sin alteraciones. Se realiza colonoscopia, observando la mucosa rectal friable, eritematosa y edematosa, con pérdida del patrón vascular, presencia de abundantes lesiones ulcerosas pequeñas e irregulares en los 10 cm distales del recto, también se observan formaciones de pliegues engrosados empezando en la línea dentada, de las cuales se toman biopsias (Fig. 1). El estudio histopatológico transoperatorio (se envía por

Correspondencia:

*Óscar S. Hamud-Gasca

E-mail: osshamud@hotmail.com

0188-9893/© 2021. Asociación Mexicana de Endoscopia Gastrointestinal, publicado por Permanyer México SA de CV, todos los derechos reservados.

Fecha de recepción: 20-06-2021

Fecha de aceptación: 27-09-2021

DOI: 10.24875/END.21000035

Disponible en internet: 28-12-2021

Endoscopia. 2021;33(3):119-121

www.endoscopia-ameg.com

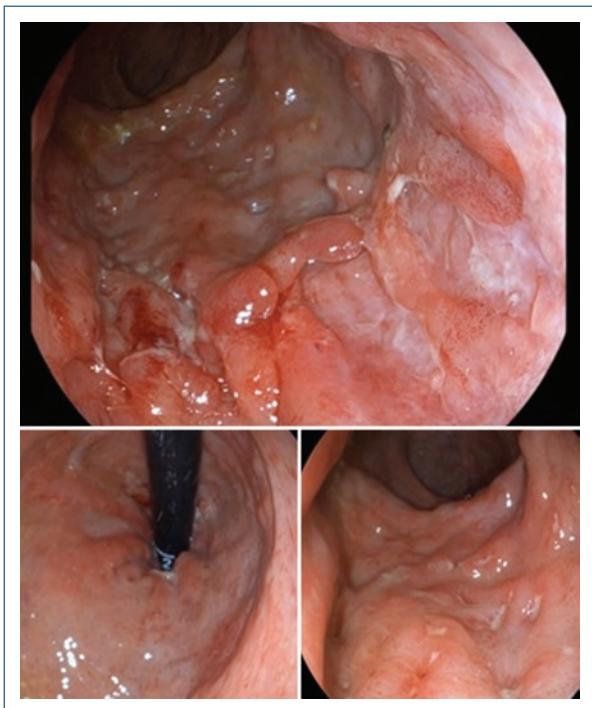


Figura 1. Proctitis ulcerosa.

sospecha de neoplasia) reporta ausencia de neoplasia maligna. Estudios complementarios: prueba serológica para sífilis (VDRL) negativa; perfil TORCH (toxoplasmosis, rubéola, citomegalovirus, herpes simple) con anticuerpos positivos para virus de herpes simple 1 y 2 (inmunoglobulina G); y prueba de reacción en cadena de la polimerasa (PCR) por cepillado rectal positivo para *Chlamydia trachomatis*, resultado que posteriormente coincide con el reporte definitivo de histopatología, que descarta la presencia de enfermedad inflamatoria intestinal, la mucosa rectal ulcerada con infiltrado linfoplasmocítico abundante, sin distorsión de las criptas ni formación de granulomas y descarta *Treponema pallidum* por inmunohistoquímica. Se establece tratamiento con doxiciclina 100 mg cada 12 horas, por 15 días, presentando remisión del cuadro.

Con la introducción de la profilaxis preexposición para VIH (PrEP), la incidencia de proctitis infecciosa ha ido en aumento, particularmente en hombres que practican sexo con hombres (HSH)¹, lo que ha causado un repunte en hallazgos endoscópicos que eran poco habituales en la última década, pero con este incremento debemos familiarizarnos con las imágenes. El cuadro clínico puede ser similar a la enfermedad inflamatoria intestinal (EI)², y en ambos casos puede haber hallazgos endoscópicos similares, como eritema, friabilidad de la mucosa, erosiones

y/o úlceras profundas con exudado mucopurulento. Los agentes implicados más frecuentemente son *Neisseria gonorrhoeae*, *C. trachomatis*, *T. pallidum* y virus herpes simple tipo 2 (VHS-2)³. El diagnóstico diferencial con causas no infecciosas (EI y cáncer) es difícil, por lo que debe mantenerse una alta sospecha y tomar muestras de heces para microscopía, cultivo y pruebas moleculares, así como realizar estudios endoscópicos con toma de biopsias³.

Distintos serotipos de *C. trachomatis* son capaces de producir proctitis infecciosa. El serotipo D-K (*Chlamydia* no linfogranuloma venéreo [LGV]) produce una infección superficial de la mucosa rectal, mientras que los serotipos L1, L2 y L3 pueden producir una infección invasiva con afección del tejido submucoso y linfático, que permite su propagación a los nódulos linfáticos. Estos serotipos son los responsables de provocar el LGV⁴. Esta presentación afecta más frecuentemente a HSH. Su relación con la infección por VIH no está bien establecida, y la mayoría de los pacientes positivos a VIH tiene un recuento de CD4 preservado. Esto hace poco probable que el LGV se comporte como infección oportunista⁵. El tratamiento recomendado para la proctitis por *C. trachomatis* es doxiciclina 100 mg dos veces al día, en el caso de los serotipos D-K por una semana, y en los serotipos asociados a LGV por tres semanas¹.

Endoscópicamente debemos estar pendientes de estas imágenes, saber los antecedentes que debemos indagar, y orientar a los patólogos para el descarte de otras enfermedades de transmisión sexual (ETS). Así mismo, solicitar los estudios pertinentes por PCR y sobre todo informar a los pacientes de los riesgos de contraer otras ETS no causadas por VIH, y el tratamiento subsecuente a sus parejas sexuales. Es una nueva realidad y problema de salud pública gracias al avance en la prevención del VIH.

Financiamiento

No hubo ninguna fuente de apoyo financiero.

Conflictos de intereses

Los autores declaran que no hay ningún conflicto de intereses.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han

realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Bibliografía

1. De Vries H, Nori A, Larsen K, Kreuter A, Padovese V, Pallawela S, et al. 2021 European Guideline on the management of proctitis, proctocolitis and enteritis caused by sexually transmissible pathogens. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2021;35(7):1434-43.
2. Siddiqui WT, Schwartz HM. Infectious proctitis. *N Engl J Med.* 2020;382(17):1638.
3. Santos AL, Coelho R, Silva M, Rios E, Macedo G. Infectious proctitis: a necessary differential diagnosis in ulcerative colitis. *Int J Colorectal Dis.* 2019;34(2):359-62.
4. Moncada A, Bernad B, Badia E. Proctitis: diagnóstico diferencial a propósito de un caso. *Enferm Inflam Intest Dia.* 2015;14(1):26-9.
5. Van der Bij A, Spaargaren J, Morré S, Fennema HSA, Mindel 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.