



264/135 - ¡NO ES UNA FISURA ANAL! LA IMPORTANCIA DE LA HISTORIA CLÍNICA

M. Martínez Ibáñez^a, A. Cordero Moreno^b y J. Cañizares Romero^c

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Tiro de Pichón. Málaga. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud. Carraque. Málaga. ^cMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 32 años con antecedentes personales de reacción depresiva leve en tratamiento con clomipramina 50 mg y loprazolam 1 mg, simpatectomía dorsal y neumotórax secundario. Acude a nuestra consulta de atención primaria por lesión en esfínter anal de tres semanas de evolución que ha recibido tratamiento desde el servicio de urgencias de su hospital de referencia con Synalar rectal (acetonido fluocinolina, subgalato de bismuto, mentol, lidocaína) con escasa respuesta a tratamiento motivo por el cual acude por segunda vez a urgencias prescribiéndole nitroglicerina rectal que decide abandonar por cefalea intensa y cuadros presincoales.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general. Consciente. Auscultación cardio-respiratoria: Rítmica sin soplos. Murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: blando, depresible, sin masas ni megalias. Ruidos hidroaéreos presentes sin signos de irritación peritoneal. En la exploración anal destaca tacto rectal indoloro con restos de heces normocoloreadas y en mucosa anal se aprecia lesión ulcerada de aproximadamente 1 cm de diámetro con centro algo exudativo, blanquecino e indolora con prurito. Ante estos hallazgos interrogo al paciente sobre la posibilidad de contactos sexuales de riesgo ya que como primera sospecha diagnóstica se encontraría unas infecciones de transmisión sexual (ITS). Solicito serología de ITS e inicio una primera dosis de bencilpenicilina-benzatina 2,4 MU y una nueva dosis a la semana (en total 2) ante la alta sospecha de que se trate de un chancro sifilítico. Además de forma tópica, limpiar bien con clorhexidina solución y aplicar ácido fusídico y eberconazol crema 2 veces al día durante 7 días. Solicité serología de ETS entre las que se encontraba virus de la hepatitis B y C, VIH, Virus del herpes simple I y II, RPR (Rapid Plasma Reagin), IgG e IgM de *Treponema pallidum*, resultando positivo tanto el RRP como la IgM.

Juicio clínico: Sífilis primaria.

Diagnóstico diferencial: Infecciones de transmisión sexual (ITS), sífilis primaria, secundaria y terciaria, fisura anal.

Comentario final: Los nuevos diagnósticos de sífilis e infección gonocócica identificados en España son principalmente hombres adultos, de procedencia española y con estudios secundarios o superiores, siendo la mayor parte de los diagnósticos realizados a consecuencia de manifestaciones

clínicas. La coinfección VIH/sífilis y de VIH/gonococia está en torno al 12-25%, siendo las situaciones de riesgo más frecuentes las relaciones sexuales no protegidas con un contacto esporádico.

Bibliografía

1. Grupo de trabajo sobre ITS. Diagnósticos de sífilis y gonococia en una red de centros de ITS: características clínico-epidemiológicas. Resultados julio 2005-diciembre 2011. Centro Nacional de Epidemiología/Subdirección General de Promoción de la salud y Epidemiología - Plan Nacional sobre el Sida, 2014.
2. Mason-Jones A, Sinclair D, Mathews C, Kagee A, Hillman A, Lombard C. Intervenciones escolares para la prevención del VIH, las infecciones de transmisión sexual y el embarazo en las adolescentes. Cochrane. Database of Systematic Reviews. 2016; DOI: 10,1002/14651858.CD006417
3. Carlson JA, Dabiri G, Cribier B, Sell S. The immunopathobiology of syphilis: the manifestations and course of syphilis are determined by the level of delayed-type hypersensitivity. *Am J Dermatopathol.* 2011;33(5):433-60.