



P-412 - PROCTITIS POR *CHLAMYDIA* EMULANDO A CÁNCER DE RECTO. A PROPÓSITO DE UN CASO

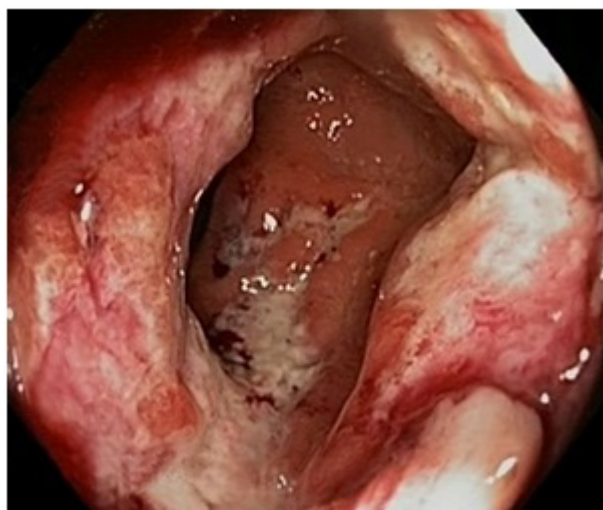
Senra Lorenzana, Fátima Sofía; Páramo Zunzunegui, Javier; Archilla Fernández, Helena; Otazu Canals, Lucía; Ortega Fernández, Ignacio; Moral González, María; Danés Grases, Juan Emmanuel; Cuberes Montserrat, Rosa

Hospital General de Móstoles, Móstoles.

Resumen

Introducción y objetivos: En la última década se ha producido un aumento en la incidencia de infecciones por clamidia, especialmente en pacientes VIH positivos. La forma de presentación más frecuente es la proctitis, pudiendo emular a otras afecciones rectales, entre ellas el cáncer. Es por esto que el diagnóstico es difícil, y el tratamiento a veces inapropiado.

Caso clínico: Se presenta el caso de un hombre de 35 años con antecedentes de VIH y sífilis (chancro peneano) que acude a Consultas de Cirugía derivado desde Atención Primaria por rectorragia y tenesmo rectal. A la exploración se identifica a 5-6 cm de margen anal una lesión mamelonada, dura y friable al tacto. Se solicita colonoscopia preferente. En la colonoscopia se identifica una lesión ulcerada e irregular cubierta de fibrina en canal anal, muy friable al roce y que no condiciona estenosis. En recto se identifican úlceras milimétricas (fig.). Se toman muestras de ambas para microbiología y anatomía patológica. En el análisis de anatomía patológica se evidencia inflamación aguda y necrosis sin datos de malignidad, mientras que en el microbiológico se identifica ADN de *Chlamydia trachomatis*. Las lesiones se califican por ello como linfogranuloma venéreo secundario. El paciente presentó mejoría tras recibir un ciclo de 3 semanas de doxiciclina.



Discusión: El linfogranuloma venéreo está causado por los serotipos L1, L2 y L3 de la *Chlamydia*

trachomatis. En la última década se ha producido un resurgimiento de esta patología en países industrializados, especialmente en varones homosexuales y pacientes VIH positivos. La forma de presentación clásica (infección de tracto urinario junto con adenopatías inguinales) es cada vez más rara. Actualmente la manifestación clínica más frecuente en todos los grupos poblacionales es la proctitis, que incluye proctalgia, rectorragia, tenesmo, y úlceras, abscesos, fístulas y/o estenosis perirrectales. Dada la similitud del cuadro al producido por el cáncer de recto, en caso de no sospechar la infección se puede llegar a un diagnóstico erróneo. El diagnóstico se establece mediante la identificación del ADN de *C. trachomatis* en fluidos o tejido, pudiéndose obtener una muestra de éste último con una colono o rectoscopia, que además permiten la visualización directa de las lesiones. La serología tendría utilidad en pacientes seleccionados con clínica compatible cuando no hay disponibilidad de técnicas de detección directa. El tratamiento de elección es la doxiciclina por vía oral: 100 mg cada 12h durante 3 semanas, siendo efectivo en la mayoría de pacientes. Podemos concluir que, ante la creciente incidencia de proctitis por clamidia en nuestro medio y la similitud del cuadro clínico con el producido en el cáncer de recto, en pacientes de riesgo que acuden por proctitis se debe practicar una exploración física completa (incluyendo áreas anal, genital e inguinal en busca de lesiones características), y solicitar una colonoscopia para toma de biopsias y estudio anatomopatológico y microbiológico.