



Medicina de Familia. SEMERGEN

<http://www.elsevier.es/semergen>



347/2522 - PROCTITIS DE TRANSMISIÓN SEXUAL. ENFERMEDAD DE NICOLAS-FAVRE

S. Roig Berzosa^a, J. Velasco Garasa^b, M. Fernández García^a y B. Hurtado Capalvo^a

^aMédico de Familia. CAP Riu Nord-Riu Sud. Santa Coloma. Barcelona. ^bMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. CAP Riu Nord-Riu Sud. Santa Coloma. Barcelona.

Resumen

Descripción del caso: Varón 26 años, Europa del Este, bisexual, informático y modelo. A. pat: abuso OH. Tr. adaptativo. No tratamiento actual. Usuario de Profilaxis Post-Exposición VIH tras RSR múltiples contactos anónimos en discoteca 53 días antes de su visita. Acude por tenesmo rectal y síncope, productos patológicos en heces, adenopatía inguinal dolorosa, febrícula y artromialgias. Consulta varios servicios de urgencias en el transcurso de su enfermedad.

Exploración y pruebas complementarias: Cordón adenopático izquierdo hiperalgésico, espasmo anal al tacto rectal. No secreciones uretrales, exantemas ni úlceras. 1. Coprocultivo y parasitológico de heces: negativos. 2. Fibrocolonoscopia: mucosa distal (7 cm) edematosa y ulcerada. 3. Serologías: VIH negativas, T. pallidum negativas, IgG-VHS1 positiva, IgG-VHS2 indeterminada. 4. Cultivo convencional bacteriológico (ITS) negativo. 4. PCR exudado anal positiva para C. trachomatis: serovariante L, linfogranuloma venéreo (LGV).

Orientación diagnóstica: Síndrome anorrectal por LGV.

Diagnóstico diferencial: Enfermedad inflamatoria intestinal (c. ulcerosa, e. Crohn), proctitis infecciosa (sífilis, herpética, CMV, bacteriana, amebiásica, chancroide), cuerpo extraño, neoplasias.

Comentario final: Ante un síndrome anorrectal en paciente con conductas de riesgo deberíamos considerar la presencia de gérmenes causantes de ITS. LGV en España tiene una incidencia TI = 0,73/100.000 hab. Es enfermedad endémica de regiones tropicales. Desde 2003 se han comunicado brotes en urbes europeas en HSH, con frecuente coinfección VIH. El periodo primario se prolonga hasta 4 semanas (pápula indolora que evoluciona a úlcera). El estadio secundario cursa con afectación linfática y sistémica, anorrectal e inguinal. El tratamiento empírico de proctitis infecciosa sospechosa de ITS se debe realizar de forma dual (ceftriaxona 500 mg + azitromicina 2 g) con control post-tratamiento (Test-of-Cure), notificación de fallos terapéuticos y realización de encuesta epidemiológica. El tratamiento específico de LGV es doxiciclina 100 mg cada 12h v.o, durante 21 días. Siendo necesario desbridamiento quirúrgico en casos evolucionados.

Bibliografía

1. OMS. Módulos de capacitación para el manejo sindrómico de las infecciones de transmisión

sexual [internet]. Ginebra, Suiza; 2008. Disponible en
whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789243593401_modulo1_spa.pdf

2. Unidad de vigilancia del VIH y conductas de riesgo. Vigilancia epidemiológica de las ITS, 2016 [internet]. Madrid: Centro Nacional de Epidemiología/S.G. de P.S. y Vigilancia en S.P-Plan Nacional sobre el Sida; 2018. Disponible en
http://www.mssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/Vigilancia_IT S_2016.pdf

Palabras clave: LGV. Proctitis. Clamidia.