

**Proctitis inespecífica en paciente
con infección por VIH**

Sr. Editor: Los pacientes con infección por el VIH presentan enfermedades anorrectales entre un 6 y un 34% de los casos¹. Las más frecuentes son las úlceras, los condilomas acuminados y las fistulas. La etiología de las úlceras suele ser infecciosa, traumática o tumoral. La proctitis inespecífica es una rara entidad asociada a pacientes

infectados por VIH, cuyo diagnóstico es básicamente de exclusión tras realizar un amplio estudio clínico, serológico e histológico¹⁻⁶. El primer caso fue descrito por Law et al⁶ en 1992. Desde entonces son escasas las publicaciones realizadas al respecto, y actualmente sigue sin estar claramente determinada la fisiopatología de la enfermedad ni el tratamiento más efectivo para ella¹⁻⁶. Se presenta a continuación un caso de proctitis idiopática en un paciente con infección por el VIH.

Se trata de un varón de 37 años infectado por VIH en tratamiento antirretroviral con lamivudina, estavudina y efavirenz en los 2 últimos años. Ex adicto a drogas por vía parenteral, negaba contacto homosexual. Ingresó por cuadro prolongado de diarrea crónica con 5-6 deposiciones al día, ocasionalmente con sangre y moco, sin dolor abdominal ni fiebre. La exploración física no presentaba hallazgos significativos. El hemograma, la coagulación y la bioquímica eran normales. Carga viral de 328.000 copias/μl y 350 linfocitos CD4. Mantoux negativo. Serología de hepatitis C positiva y hepatitis B, negativa. La PCR para virus herpes simple y citomegalovirus negativa. Anticuerpos para *Treponema pallidum* y *Chlamydia trachomatis* realizados por ELISA, negativos en suero. Examen de huevos y parásitos en heces negativos. Diferentes series de coprocultivos aislaron únicamente flora intestinal. La colonoscopia mostró afectación rectal exclusivamente, úlceras con fibrina y pseudomembranas blanquecinas y áreas con mucosa eritematosa. La biopsia rectal presentó mucosa de intestino grueso con ulceraciones, tejido de granulación y moderada inflamación crónica inespecífica, ausencia de células polinucleadas, sin evidencia de células neoplásicas. Cultivo, Gram y bacilos ácido-alcohol resistentes (BAAR) de la muestra recogida por biopsia negativa. Tomografía computarizada toracoabdominal sin hallazgos significativos. Durante el ingreso permaneció estable, se pautó tratamiento con metronidazol, enemas de corticoides y mesalazina que no resultaron efectivos. Ingresó de nuevo 6 meses después con un aumento en el número de deposiciones, acompañadas de sangre y moco, tenesmo, sin dolor abdominal ni fiebre. En la exploración destacaban adenopatías inespecíficas laterocervicales y axilares. Abdomen con discreto dolor en epigastrio y

resto sin alteraciones. Nueva carga viral de 60.000 copias/μl y 462 linfocitos CD4. El estudio serológico, las biopsias y colonoscopias realizadas fueron similares a las del primer ingreso. El paciente permaneció estable, sin repercusión analítica ni hemodinámica. Afebril, sin respuesta a tratamiento con corticoides ni antibióticos. Fue valorado por el servicio de cirugía para plantear tratamiento quirúrgico. No han aparecido nuevos hallazgos clínicos, serológicos ni histológicos, en las revisiones realizadas posteriormente en consulta. Por el momento, el paciente ha decidido no someterse a intervención quirúrgica.

La proctitis, o inflamación de la mucosa rectal, se suele producir en pacientes homosexuales. Las causas más frecuentes asociadas al VIH suelen ser infecciosas, causadas fundamentalmente por citomegalovirus, virus herpes simple, *Neisseria gonorrhoeae*, *C. trachomatis*, *T. pallidum*, *Mycobacterium tuberculosis*, *Campylobacter* spp., *Shigella* spp., *Salmonella* spp., *Entamoeba histolytica* y *Giardia lamblia*⁵. También puede ser de causa traumática o tumoral. Entre estas últimas destacan el linfoma y el sarcoma de Kaposi³. Clínicamente cursa con diarrea crónica, sangrado rectal, secreciones hemático-purulentas, dolor abdominal y anorrectal, tenesmo, a veces fiebre y pérdida de peso superior al 10%².

Una de las causas de proctitis en pacientes con infección por el VIH es la llamada inespecífica o idiopática, cuyo diagnóstico es de exclusión, tras descartar las causas antes citadas, como ocurrió en nuestro caso^{1-4,6}. No se ha encontrado relación entre la situación inmunológica del paciente y el desarrollo de proctitis inespecífica en los artículos publicados^{1-4,6}.

El diagnóstico diferencial debe realizarse fundamentalmente con las entidades infecciosas previamente descritas, pero también de forma significativa con la enfermedad inflamatoria intestinal. La histopatología de la proctitis idiopática se caracteriza por una colitis difusa con infiltrado celular inflamatorio mixto (mononuclear y neutrófilos) sin alteración de la arquitectura de las criptas. La persistencia de polimorfonucleares en el infiltrado inflamatorio en ausencia de abscesos o destrucción de las criptas y la preservación relativa de la arquitectura normal de las mismas son hallazgos que la diferencian de la enfermedad inflamatoria intestinal².

La proctitis inespecífica es una entidad de fisiopatología desconocida, con escasas referencias en la literatura nacional e internacional. Actualmente no existe una pauta terapéutica definida, y aunque algunos casos han presentado una buena evolución tras la administración de corticoides orales o en enemas y sulfasalazina², otras publicaciones señalan la ausencia de respuesta a estos tratamientos³, al contrario de lo que sucede en la enfermedad inflamatoria intestinal, que suele responder a este tratamiento. En 2 pacientes se halló resolución completa clínica e histológica de las lesiones tras administración de talidomida⁴. Nadal et al¹ recomiendan la escisión quirúrgica de las lesiones cuando no responden a tratamiento médico y provocan clínica invalidante.

M.^a Dolores Mañas, Enrique Marchán, Filomena Ceres y C. Conde
Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Ciudad Real. Ciudad Real. España.

Bibliografía

- Nadal SR, Manzione CR, Horta SH, Galvao V. Management of idiopathic ulcer of the anal canal by excision in HIV-positive patients. *Dis Colon Rectum* 1999;42:1598-601.
- Hing MC, Goldschmidt C, Mathijs JM, Cunningham AL, Cooper DA. Chronic colitis associated with human immunodeficiency virus infection. *Med J Aust* 1992;156:683-7.
- Wilcox CM, Schwartz DA. Idiopathic anorectal ulceration in patients with human immunodeficiency virus infection. *Am J Gastroenterol* 1994;89:599-604.
- Fu CS, Contas CN, LaRiviere MJ. Successful treatment of idiopathic colitis and proctitis using thalidomide in persons infected with immunodeficiency virus. *AIDS Patient Care STDS* 1998;12:903-6.
- Rompalo AM. Diagnosis and treatment of sexually acquired proctitis and proctocolitis: An update. *Clin Infect Dis* 1999;28(Suppl 1):84-90.
- Law CL, Qassim M, Cunningham AL, Mulhall B, Grierson JM. Nonspecific proctitis: Association with human immunodeficiency virus infection in homosexual men. *J Infect Dis* 1992;165: 150-4.