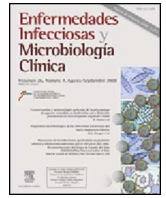




Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica

www.elsevier.es/eimc



Diagnóstico a primera vista

Masa rectal en varón de 31 años con el virus de la inmunodeficiencia humana: Diagnóstico diferencial



Rectal mass in 31-year-old man with human immunodeficiency virus: Differential diagnosis

Marine Bourguet^{a,*}, Leticia Amselem Albuixec^b, Veronique Benavent Corai^c y Carlos Tornero^a

^a Servicio de Medicina Interna, Hospital Francesc de Borja, Gandía, Valencia, España

^b Servicio de Microbiología, Hospital Francesc de Borja, Gandía, Valencia, España

^c Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Francesc de Borja, Gandía, Valencia, España

Caso clínico

Varón de 31 años, homosexual, con virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) diagnosticado en 2010, que había iniciado el TARGA 6 meses antes con tenofovir/emtricitabina (200 mg/300 mg/día), darunavir (800 mg/día) y ritonavir (100 mg/día) con una carga viral basal de 200.000 copias/ml y 370 CD4/mm³, alcanzándose la indetectabilidad. En el año previo había sido tratado por condilomas acuminados en margen anal y refería en los últimos meses episodios recurrentes de diarrea acompañada ocasionalmente de rectorragia, supuración anal y proctalgia, por lo que se realizó una colonoscopia con el hallazgo de una masa mamelonada excrecente que ocupaba toda la circunferencia rectal, desde línea pectínea hasta 3 cm en recto, y varias ulceraciones profundas con fondo de fibrina, que sugerían un proceso inflamatorio versus neoplásico (fig. 1). La biopsia rectal, con un severo infiltrado inflamatorio de la lámina propia (tanto linfocítico como neutrofílico), criptitis y áreas de ulceración con tejido de granulación, se informó como sugestiva de enfermedad inflamatoria intestinal (EII) (fig. 2).

Evolución

No se encontraron lesiones en íleon, cuya biopsia fue normal. En las muestras de biopsia rectal no se observaron BAAR y el cultivo bacteriano en medio estándar y específico para micobacterias así como las PCR para tuberculosis, citomegalovirus y virus herpes fueron negativos. La serología luética fue también negativa. El paciente no presentaba exudado uretral, ni síndrome miccional, ni adenopatías inguinales. La RM pélvica informó de cambios inflamatorios circunferenciales transmurales inespecíficos y varias adenopatías mesorrectales de 8-10 mm, sin imagen sugestiva de absceso de partes blandas (fig. 3). La clave diagnóstica la ofreció la PCR para *Chlamydia trachomatis* (ChT) que resultó positiva en

exudado rectal y en biopsia rectal, con genotipo L2b, correspondiendo al final a un caso de linfogranuloma venéreo (LGV) rectal. Tras el tratamiento con doxiciclina oral (100 mg/12 h durante 21 días) cedieron la diarrea y rectorragia, persistiendo a los 6 meses dificultad en la defecación, con un área cicatricial en rectoscopia negativa para PCR por ChT.

Comentario

El LGV es una enfermedad de transmisión sexual producida por ChT de genotipos L¹⁻³ que, a diferencia de los genotipos clásicos (A-K) confinados en la mucosa, son cepas invasivas que diseminan en el tejido conectivo y linfático. Endémica en África, Asia, y Sudamérica, se ha descrito en los últimos 10 años en Europa¹ y

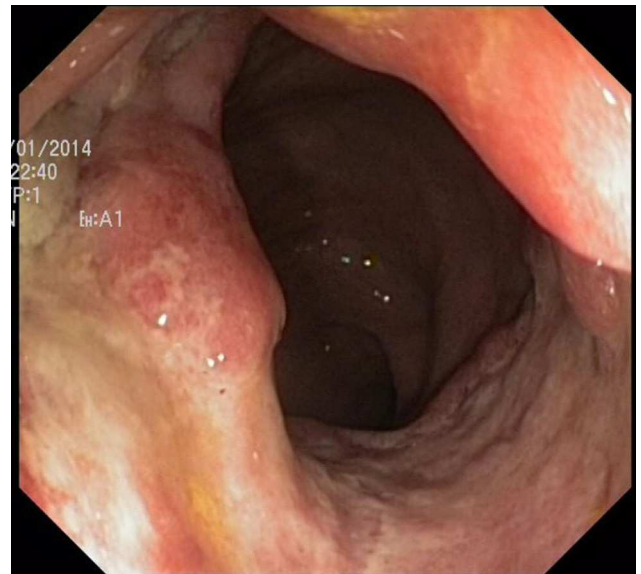


Figura 1. Colonoscopia: aspecto de rectitis desde el margen anal, con eritema, engrosamiento mucoso circunferencial formando mamelones y úlceras con fondo de fibrina.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: marine.bourguet@hotmail.com (M. Bourguet).

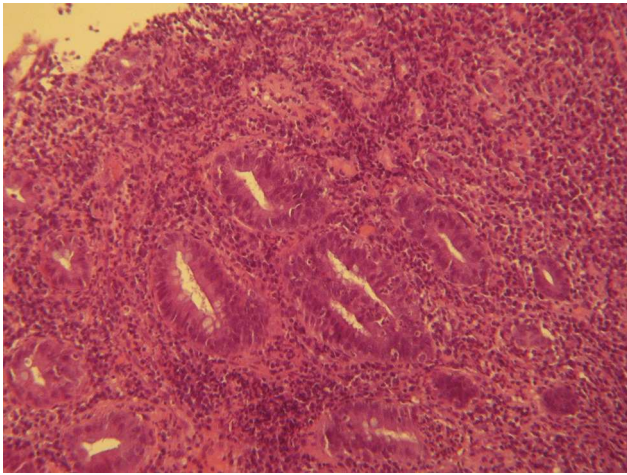


Figura 2. Biopsia rectal: mucosa colónica ulcerada con hiperplasia regenerativa y erosión glandulares, así como intensa ocupación de LP por celularidad inflamatoria y tejido de granulación.

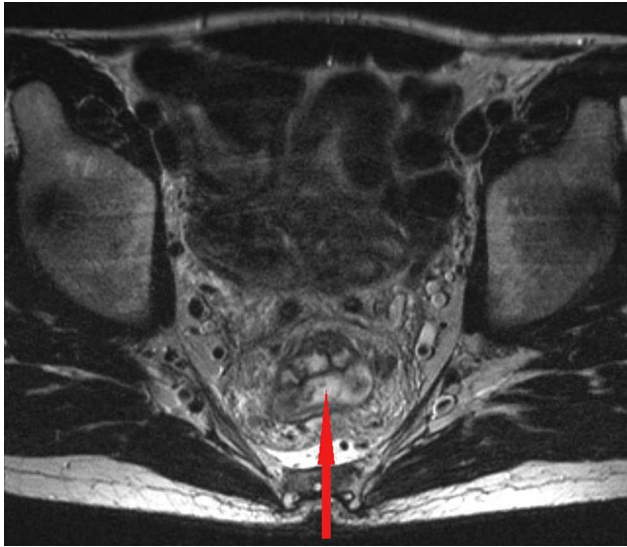


Figura 3. Resonancia magnética pélvica con engrosamiento transmural de la mucosa rectal.

también en nuestro país^{2,3} una forma de afectación rectal entre hombres que tienen sexo con hombres (HSH) infectados por VIH que plantea el diagnóstico diferencial con el carcinoma anal por el contexto clínico, y con la AII por las características de la

anatomía patológica, por lo que se requiere un alto grado de sospecha para el diagnóstico. Según el lugar de inoculación, el LGV produce una afectación inguinal (tras inoculación genital) o rectal. Tras un periodo de incubación de 3 días a 3 semanas aparece una pequeña pápula a nivel genital o rectal indolora, que suele pasar desapercibida, pudiendo ulcerarse con una secreción mucopurulenta. En la forma inguinal, 2 a 6 semanas después aparecen adenopatías inguinales y femorales inflamatorias unilaterales, formando posteriormente abscesos y fistulización a la piel. En la forma rectal, la segunda fase corresponde al síndrome ano-rectal, con úlceras anales y/o proctocolitis, sin adenopatías palpables, aunque existen a nivel del mesorrecto. Sin tratamiento aparecen complicaciones como fistulas y estenosis anal, y en formas evolucionadas una linfangitis progresiva con obstrucción al drenaje, hasta producirse elefantiasis del miembro afecto y megacolon secundario a estenosis rectal. La rectoscopia no permite confirmar el diagnóstico al ser muy variables las lesiones, desde eritema, úlceras con exudado purulento, hasta un engrosamiento circunferencial rectal, siendo la histología inespecífica con un infiltrado linfocitario, pero sin granulomas ni abscesos, por lo que en ocasiones puede ser confundido con una EII⁴. La técnica de elección para el diagnóstico es la PCR en exudado rectal, aspirado ganglionar o biopsia, que permite también la determinación del genotipo. Se debe tener en cuenta en estos pacientes inmunodeprimidos otros diagnósticos diferenciales como la colitis por CMV o por VHS⁵ y el carcinoma rectal. El tratamiento de elección es la doxiciclina oral a dosis de 100 mg/12 h durante 21 días, con una buena respuesta en la mayoría de los casos⁶.

Bibliografía

1. Vall-Mayans M, Nogue I. Brotes de linfogranuloma venéreo entre hombres homosexuales en Europa, 2003-2004. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2006;24:135-9.
2. Adán Merino L, Gómez Senent S, Martín Alonso MA, Pascual Turrión J, Martín Arranz E, Poza Cordon J, et al. Linfogranuloma venéreo: una entidad emergente. *Gastroenterol Hepatol.* 2010;33:416-417.
3. López-Vicente J, Rodríguez-Alcalde D, Hernández-Villalba L, Moreno-Sánchez D, Lumbreras-Cabrera M, Barros-Aguado C, et al. Proctitis as the clinical presentation of lymphogranuloma venereum, a re-emerging disease in developed countries. *Rev Esp Enferm Dig.* 2014;106:59-62.
4. Patel S, Hay P. Lymphogranuloma venereum and HIV infection: Misdiagnosed as Crohn's disease. *BMJ Case Rep.* 2010;2010, pii: bcr0220102771.
5. de Vries HJ, Zingoni A, White JA, Ross JD, Kreuter A. 2013 European Guideline on the management of proctitis, proctocolitis and enteritis caused by sexually transmissible pathogens. *Int J STD AIDS.* 2013;25:465-74.
6. Heras E, Llibre JM, Martró E, Casabona J, Martín R, Sirera G. Respuesta completa al tratamiento con doxiciclina en pacientes con infección por VIH-1 con proctitis por linfogranuloma venéreo. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2011;29:124-6.