



CASO CLÍNICO

Linfogranuloma venéreo rectal. Diagnóstico diferencial con enfermedad inflamatoria intestinal



M.A Payeras Capó*, D. Ginard Vicens, P. Sendra Rumbeu y M.J. Bosque López

Servicio Aparato Digestivo, Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca, Islas Baleares, España

Recibido el 31 de octubre de 2016; aceptado el 9 de diciembre de 2016

Disponible en Internet el 24 de enero de 2017

PALABRAS CLAVE

Linfogranuloma venéreo;
Proctitis;
Enfermedad transmitida sexual;
Enfermedad inflamatoria intestinal

KEYWORDS

Lymphogranuloma venereum;
Proctitis;
Sexually transmitted disease;
Inflammatory bowel disease

Resumen Presentamos el caso de un varón de 24 años con clínica de 2 meses de evolución de deposiciones diarreicas con sangre y moco, asociado a tenesmo y urgencia, así como proctalgiya, dolor abdominal y cuadro de poliartralgias. Orientado inicialmente como brote de colitis ulcerosa, se pautó tratamiento con corticoides y mesalazina. Un mes más tarde acudió a nuestra consulta por persistencia de dicha sintomatología a pesar del tratamiento y tras una exhaustiva anamnesis el paciente confirmó relaciones anales sin protección, por lo que se solicitaron serologías y se repitió la colonoscopia con toma de muestras para microbiología y anatomía patológica, que confirmaron el diagnóstico de proctitis por *Chlamydia trachomatis*.

© 2016 Grupo Español de Trabajo en Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa (GETECCU). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Rectal lymphogranuloma venereum: Differential diagnosis with inflammatory bowel disease

Abstract We report the case of a 24-year old male with a 2-month history of diarrheal stools with blood and mucus, urgency associated with tenesmus, anal pain, abdominal pain and polyarthralgia. Initially targeted as a flare-up of ulcerative colitis, the patient was prescribed treatment with corticosteroids and mesalazine. A month later he came to our clinic due to the persistence of such symptoms despite treatment, and after a thorough anamnesis the patient confirmed unprotected anal sexual contact, so serological tests were requested and a colonoscopy was repeated with sampling for microbiology and histology. This confirmed the diagnosis of *Chlamydia trachomatis* proctitis.

© 2016 Grupo Español de Trabajo en Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa (GETECCU). Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: marian.payeras@gmail.com (M.A Payeras Capó).

Introducción

La proctitis es un proceso inflamatorio que afecta a la mucosa del recto, asociándose muy frecuentemente con la enfermedad inflamatoria intestinal (EII). No obstante, puede ser secundaria a otras causas, como proctitis por radioterapia, proctitis isquémica e infecciones, que pueden afectar de forma global a todo el colon, como *Escherichia coli*, *Shigella*, *Campylobacter* y *Clostridium difficile*, o más localmente al recto, como *Neisseria gonorrhoeae* (*N. gonorrhoeae*), *Chlamydia trachomatis* (*C. trachomatis*), *Treponema pallidum* o virus del herpes simple. Estas últimas se incluyen entre las enfermedades de transmisión sexual (ETS). De estos, *C. trachomatis* es el segundo agente bacteriano que causa proctitis con más frecuencia, seguido de *N. gonorrhoeae*. La infección rectal por *C. trachomatis* suele darse en pacientes homosexuales, secundario al sexo anal receptivo, y en estos casos es mandatorio realizar un despistaje para el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), ya que la presencia de proctitis aumenta la posibilidad de infección por VIH¹. Dado que la presentación clínica y las características endoscópicas de la proctitis por *C. trachomatis* son similares a la afectación rectal en la EII, ambos diagnósticos se pueden confundir².

Caso clínico

Exponemos el caso de un varón de 23 años, con antecedentes de diabetes mellitus tipo 1. Presentaba una historia de 2 meses de evolución de deposiciones diarreicas con sangre y moco asociado a tenesmo y urgencia defecatoria, así como dolor anal, dolor abdominal y cuadro de poliartalgias. Ante sospecha inicial de EII se realizó una colonoscopia, hallando una lesión mamelonada de aspecto inflamatorio, con ulceraciones superficiales cubiertas por fibrina en recto, con el resto de la exploración hasta ciego sin nuevas lesiones. Ante estos hallazgos, se orientó el caso como probable proctitis ulcerosa y se inició tratamiento con corticoides orales y mesalazina tópica.

Un mes más tarde el paciente acudió a nuestra consulta con persistencia de la sintomatología y pérdida de 8 kg de peso, y tras una exhaustiva anamnesis el paciente confirmó mantener relaciones anales sin protección, con inicio de la sintomatología 3 meses después del último contacto sexual de riesgo. La exploración abdominal era anodina, aunque en el tacto rectal destacaba una lesión de consistencia elástica, dolorosa a la palpación, sin signos de sangrado. Con esta información se realizó analítica con serologías para ETS y nueva rectoscopia con biopsias para anatomía patológica y muestras para microbiología. La rectoscopia reveló una úlcera extensa con fondo muy fibrótico y márgenes mamelonados, que abarcaba 2 tercios de la circunferencia de la ampolla rectal (fig. 1), indicativa de proceso infeccioso por ETS, que se confirmó con ADN positivo para *C. trachomatis* en exudado rectal y serología con IgM e IgG positivos para dicho agente. El resto de las serologías, incluido el VIH, fueron negativas. El resultado de la anatomía patológica fue de proctitis inespecífica, hallando alteración arquitectural en la mucosa rectal a expensas de un intenso infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario, con disminución de la

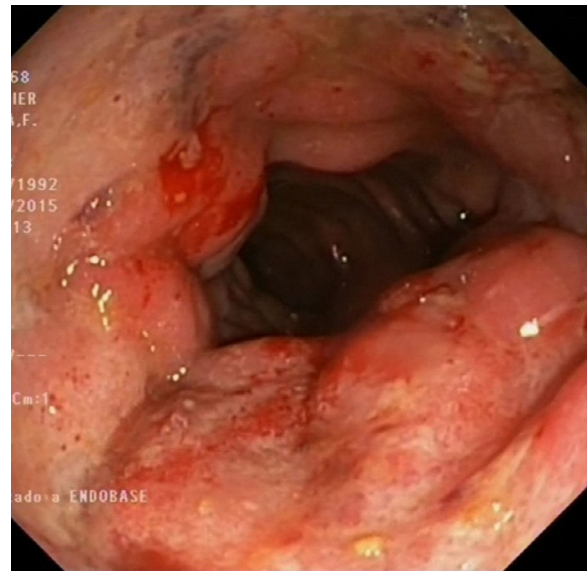


Figura 1 Lesión mamelonada de aspecto inflamatorio, con ulceraciones superficiales cubiertas por fibrina.

mucosecreción y presencia de neutrófilos afectando al epitelio críptico, con ausencia de granulomas.

Ante el diagnóstico de probable linfogranuloma venéreo (LGV), se suspendió el tratamiento instaurado y se inició antibioticoterapia con doxiciclina 100 mg/12 h durante 21 días, pauta antibiótica de elección para el tratamiento de dicha infección. Asimismo se invitó a que los contactos sexuales del paciente acudieran a una evaluación médica para despistaje y tratamiento de una posible infección. A pesar de una mejoría clínica inicial, el paciente presentó recidiva de los síntomas tras la finalización del antibiótico, con persistencia de una úlcera superficial de 30 mm en la rectoscopia de control, por lo que precisó 2 ciclos más de tratamiento: el primero con la misma pauta y el segundo con eritromicina 500 mg/6 h durante 21 días por falta de mejoría previa, con cese sintomático posterior. La rectoscopia realizada 4 semanas después de finalizar la última tanda de tratamiento reveló una lesión anal longitudinal, compatible con cicatriz, sin datos de inflamación (fig. 2), confirmada por histología.

Discusión

C. trachomatis es una bacteria gramnegativa, parásito intracelular obligado, con varios genotipos que pueden causar distintos tipos de proctitis. El genotipo A-K es la forma más habitual de infección y suele cursar de forma asintomática o con un cuadro clínico leve, con prurito anal, emisión de moco y dolor perianal. La rectoscopia en estos casos solo evidencia leve eritema, edema y friabilidad de la mucosa rectal. En cambio, el genotipo L o LGV (serotipos L1, L2 y L3) produce más clínica, causando brotes de proctitis en Europa en los últimos años, en especial entre población homosexual, principalmente con VIH. Clásicamente, la clínica se ha descrito en 3 estadios: la lesión primaria, frecuentemente úlcera anal, tiene lugar en el sitio de inoculación entre 3 y 12 días después del contacto sexual en forma de erosión o reacción inflamatoria no dolorosa, que suele pasar

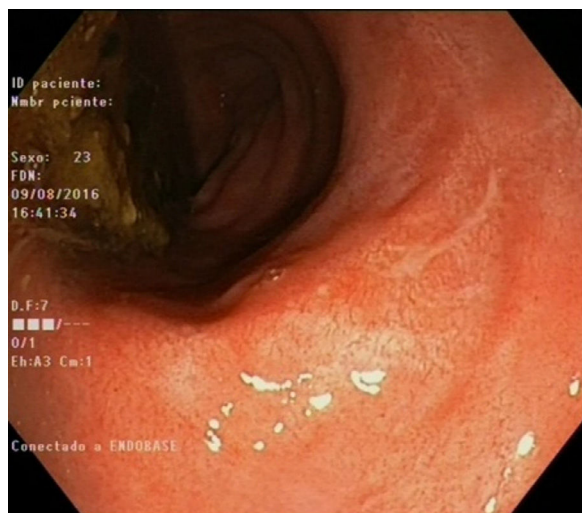


Figura 2 Lesión lineal cicatricial sin signos inflamatorios circundantes.

desapercibida. El segundo estadio ocurre, generalmente, tras la curación de la úlcera inicial, entre 2 y 6 semanas después del contacto sexual, y puede manifestarse como un síndrome inguinal, forma típica de presentación, con adenopatías inguinales dolorosas que pueden ulcerarse, o como un síndrome rectal, con presencia de exudado mucopurulento y rectorragia, con tenesmo y proctalgia intensa, asociado a síntomas sistémicos como fiebre, anorexia y poliartralgias, lo que complica el diagnóstico diferencial con la EII. Si no se realiza un correcto diagnóstico y tratamiento, en el tercer estadio se producen cambios inflamatorios crónicos y destrucción tisular que pueden provocar estenosis o fístulas, mimetizando una enfermedad de Crohn^{3,4}.

La proctitis y proctocolitis son actualmente las manifestaciones clínicas más frecuentes en la infección por LGV, especialmente en pacientes homosexuales, con síntomas que recuerdan a los de la EII, siendo su afectación inguinal clásica cada vez más infrecuente. La poliartritis, asociada o no a conjuntivitis, se ha descrito en varios casos, afectando principalmente a muñecas, tobillos, codos y rodillas, lo que también coincide con la EII^{4,5}.

Las imágenes endoscópicas de la proctitis por *C. trachomatis* presentan una gran variedad de lesiones rectales, desde una mucosa indurada, edematosa, eritematosa y friable hasta úlceras profundas o granulomas con exudado mucopurulento. Estos hallazgos son inespecíficos y difíciles de diferenciar de la EII. En estadios avanzados la proctitis por LGV puede desarrollar inflamación transmural con fístulas y zonas estenóticas, indistinguibles de la enfermedad de Crohn^{2,5}. El estudio histológico, aunque también puede ser inespecífico, permite encontrar características que pueden ayudar a diferenciar ambas entidades. Así, en las proctitis producidas por ETS es frecuente un mínimo daño inflamatorio en las criptas, asociado a ausencia de eosinofilia en la mucosa. En cambio, en la EII predominan los datos inflamatorios crónicos activos en las criptas, asociados a una importante alteración estructural, así como aumento en el recuento de células de Paneth y eosinofilia en la capa mucosa⁶. No obstante, la mejor técnica diagnóstica es la identificación directa de *C. trachomatis* en tejido

o en los fluidos del paciente o técnicas de biología molecular mediante PCR. La serología también puede ser de ayuda en los casos en que no se han podido conseguir muestras o no se dispone de técnicas de PCR⁵.

El tratamiento de elección es la doxiciclina por vía oral, a dosis de 100 mg cada 12 h durante 21 días. La duración del tratamiento de 3 semanas se debe a que la infección por LGV es más invasiva y con mayor dificultad para su erradicación con respecto a infecciones genitales no complicadas, que suelen responder a una semana de tratamiento. Otras alternativas posibles son azitromicina 1 g en dosis única semanal durante 3 semanas o eritromicina 500 mg cada 6 h durante 21 días. La respuesta al tratamiento antibiótico suele ser completa en 3-6 semanas, con desaparición de las lesiones en la gran mayoría de los pacientes, aunque algunos casos pueden tener una resolución tardía de los síntomas y pueden beneficiarse de ciclos prolongados de tratamiento. En caso de enfermedad complicada con fístulas o estenosis anales, tras el tratamiento antibiótico se podría valorar la necesidad de intervención quirúrgica o de drenaje y aspiración de los ganglios linfáticos^{4,7}.

En conclusión, la proctitis por *C. trachomatis* puede confundirse clínica y endoscópicamente con una EII. Los clínicos deben recordar este agente como posible causante de proctitis o proctocolitis, en especial en varones homosexuales, incidiendo en una correcta anamnesis sobre posibles factores de riesgo sexuales. El diagnóstico y el tratamiento son importantes, ya que la falta de un adecuado tratamiento puede conducir a la formación de granulomas, estenosis, fístulas y abscesos perirectales.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Conflicto de intereses

Se declara que no han existido conflictos de interés por parte de ningún autor en la elaboración de este documento.

Bibliografía

1. Hoentjen F, Rubin DT. Infectious proctitis. When to suspect it is not inflammatory bowel disease. *Dig Dis Sci.* 2012;57:269-73.
2. Gallegos M, Bradley D, Jakate S, Keshavarzian A. Lymphogranuloma venereum proctosigmoiditis is a mimicker of inflammatory bowel disease. *World J Gastroenterol.* 2012;18:3317-21.
3. Ginard Vicens D, Barreiro de Acosta M. Rectitis y úlcera rectal. En: Marín-Jiménez I, Menchén Viso L, Gomollón García F, editores. *Diagnóstico diferencial de la enfermedad inflamatoria intestinal.* 1.ª ed. Madrid: Elsevier España; 2012. p. 43-9.

4. Stoner BP, Cohen SE. Lymphogranuloma venereum 2015: Clinical presentation, diagnosis and treatment. *Clin Infect Dis*. 2015;61(S8):865–73.
5. 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.
6. Arnold CA, Roth R, Arsenescu R, Harzman A, Lam-Himlin DM, Limketkai BN, et al. Sexually transmitted infectious colitis vs inflammatory bowel disease: Distinguishing features from a case-controlled study. *Am J Clin Pathol*. 2015;144:771–81.
7. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. *MMWR Recomm Rep*. 2015;64(RR-03):1–137.