

PROCTITIS NODULAR, UNA MANIFESTACIÓN POCO FRECUENTE DE INFECCIÓN POR CHLAMYDIA TRACHOMATIS

Nodular proctitis, an uncommon manifestation of Chlamydia Trachomatis infection

Bernal Torres Á, Guerrero Palma E, Viejo Almanzor A

HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR. CÁDIZ.

Resumen

Actualmente, las infecciones por transmisión sexual se encuentran en auge, especialmente en determinados grupos de riesgo como son las personas con múltiples parejas sexuales, hombres que tiene sexo con hombres y personas que padecen la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). La proctitis de etiología infecciosa ocurre principalmente en personas con antecedentes de exposición anal receptiva. Los agentes identificados con mayor frecuencia son *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, *Herpes virus simple* y *Treponema pallidum*.

Este tipo de pacientes, debido a la sintomatología, a veces poco específica, suelen ser derivados a la consulta de Gastroenterología para estudio. Es por ello por lo que los

gastroenterólogos debemos conocer las diferentes etiologías de dicha patología para así realizar una evaluación diagnóstica exhaustiva mediante la combinación de una anamnesis dirigida, exploración física y estudios endoscópicos y así obtener un adecuado diagnóstico y un enfoque terapéutico eficaz.

Presentamos el caso de un varón que presenta una proctitis nodular, manifestación atípica, como resultado de una infección por *Chlamydia trachomatis*.

Palabras clave: Proctitis nodular, infección por transmisión sexual, *Chlamydia trachomatis*.

Abstract

Nowadays, sexually transmitted infections are on the rise, especially in certain risk groups such as people with



Álvaro Bernal Torres
Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz
alvarobernal_8@hotmail.com

multiple sexual partners, men who have sex with men and people with human immunodeficiency virus (HIV) infection. Infectious etiology proctitis occurs mainly in people with a history of receptive anal exposure. The most frequently identified agents are *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, Herpes simplex virus, and *Treponema pallidum*. Due to the sometimes non-specific symptoms, these types of patients are usually referred to the Gastroenterology clinic for study. That is why gastroenterologists must know the different etiologies of this pathology in order to carry out an exhaustive diagnostic evaluation through the combination of a directed anamnesis, physical examination and endoscopic studies and thus obtain an adequate diagnosis and an effective therapeutic approach. We present the case of a man who presented nodular proctitis, an atypical manifestation, as a result of an infection by *Chlamydia trachomatis*.

Keywords: Nodular proctitis, sexually transmitted infection, *Chlamydia trachomatis*.

Introducción

Recientemente, se ha observado una tendencia creciente en el diagnóstico de las infecciones de transmisión sexual (ITS), sobre todo en determinados grupos de riesgo como son las personas con múltiples parejas sexuales, los hombres que tienen sexo con hombres y las personas que padecen la infección por el VIH. Este aumento de la incidencia podría deberse en primer lugar por un cambio en el comportamiento sexual de la sociedad con un aumento de las relaciones sexuales de riesgo, así como el desarrollo de mecanismos farmacológicos para prevenir la infección por VIH previa a la exposición^{1,2}.

La proctitis de etiología infecciosa ocurre principalmente por diferentes mecanismos, ya sea por inoculación directa de los gérmenes durante las relaciones sexuales, por el contacto entre la mucosa genital-anal o bien en ausencia de relaciones sexuales anales receptivas, a través de extensión por proximidad de infecciones genitales o mediante contacto sexual oral-anal o digital-anal³.

Los principales agentes identificados con mayor frecuencia son la *Neisseria gonorrhoeae*, la *Chlamydia trachomatis*, el Herpes virus simple y el *Treponema pallidum*,

si bien hasta en un 30-45% de los casos no se identifica una etiología. La sintomatología suele ser muy variada y poco específica, pudiendo estar los pacientes completamente asintomáticos, la mayoría de los casos, o bien presentar clínica de proctalgiya, tenesmo o urgencia fecal. Esto, sumado a que los hallazgos endoscópicos tampoco son específicos, repercuten en un diagnóstico tardío, un tratamiento inapropiado y un aumento del riesgo de transmisión del patógeno al compañero sexual^{3,4}). Gracias al desarrollo de determinadas técnicas de biología molecular como la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) se ha conseguido una mejor identificación de los microorganismos que pudieran estar relacionados con una proctitis infecciosa, lo que junto a una anamnesis dirigida que incluya las posibles conductas sexuales de riesgo, hacen posible realizar un diagnóstico diferencial con otras etiologías de proctitis como la proctitis ulcerosa, y así llevar a cabo un enfoque terapéutico eficaz^{2,3}.

Caso clínico

Varón de 23 años con antecedentes de condilomas anales tratados mediante crioterapia y relaciones sexuales anales de riesgo, que consulta por rectorragia intermitente y tenesmo rectal. La exploración física, incluida la anorrectal, es completamente anodina. Aporta estudio realizado en Atención Primaria, incluido coprocultivo y serologías que incluyen VIH, VHB, VHC y sífilis, negativas.

Por este motivo se decide realización de colonoscopia donde se identifican desde cana anal hasta recto medio lesiones milimétricas nodulares, de superficie lisa, con mucosa sana a su alrededor, con afectación más intensa del recto distal (**Figuras 1 y 2**). Se tomaron muestras para anatomía patológica con resultado de inflamación crónica inespecífica con hiperplasia de folículos linfáticos y para estudio microbiológico con PCR positiva para *Chlamydia trachomatis* no-LGV (linfogranuloma venéreo) y herpes virus simple.

El paciente fue tratado con doxiciclina y aciclovir durante una semana con desaparición de los síntomas.



Figura 1

Lesiones milimétricas de aspecto nodular y superficie lisa, con mucosa perilesional sin alteraciones, con distribución preferente en recto distal.



Figura 2

Lesiones milimétricas de aspecto nodular y superficie lisa, con mucosa perilesional sin alteraciones, con distribución preferente en recto distal. Toma de biopsia diagnóstica.

Discusión

La infección por *Chlamydia trachomatis* es la segunda infección de transmisión sexual más frecuente en todo el mundo, después de la infección por *Neisseria gonorrhoeae*,

y la más prevalente en EEUU¹. Existen aproximadamente 20 serotipos de *Chlamydia* asociados a diferentes enfermedades.

Los serotipos L1, L2 y L3 se asocian al linfogranuloma venéreo (LGV) mientras que los serotipos D a K se asocian a infecciones genitales, urológicas y ano-rectales⁴.

La infección anorrectal es más común en mujeres jóvenes y en hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres y esta ocurre como consecuencia o bien del coito anal receptivo o bien a través de la propagación desde el cuello uterino y la vagina en mujeres que presenten uretritis o cervicitis concomitante. Hasta en un 20% de los casos la infección por *Chlamydia* viene acompañada por la infección de otros agentes como la *Neisseria gonorrhoeae*^{2,5}.

La sintomatología de las infecciones anorrectales variará en función del serotipo responsable de la infección. Los serotipos D-K se relacionan con una proctitis leve, la mayoría de las veces, asintomática y en el caso de presentar síntomas, se manifiestan en forma de proctalgia, tenesmo o rectorragia, con un periodo de incubación aproximadamente de unos 10 días².

Las infecciones causadas por los serotipos LGV se relacionan con infecciones mucho más invasivas, las cuales pueden provocar un proceso inflamatorio grave con síntomas sistémicos, debido a su tropismo por los tejidos linfáticos. Este tipo de infección hasta hace poco se consideraba un hallazgo raro en los países desarrollados, si bien se están observando un aumento de casos en los países occidentales, especialmente los producidos por el serotipo L2B⁶. Clásicamente, el linfogranuloma venéreo se presenta en varios estadios, apareciendo inicialmente úlceras genitales o rectales no dolorosas que desaparecen espontáneamente con la posterior aparición de linfadenopatías inguinales o femorales dolorosas acompañadas de dolor rectal, tenesmo y aftas o úlceras con exudado mucopurulento. Finalmente pueden aparecer abscesos, fistulas y estenosis lo que podría confundir con un debut de Enfermedad Inflamatoria tipo Crohn^{1,2,4}.

El diagnóstico inicial debe basarse en la sospecha clínica, valorando siempre los datos epidemiológicos y mediante la exclusión de otras etiologías que se relacionen con la proctitis, úlceras rectales o adenopatías inguinales. El

principal diagnóstico diferencial que se deberá realizar será con la Enfermedad Inflamatoria Intestinal, tanto la proctitis ulcerosa como la Enfermedad de Crohn. A su vez, deberán de tenerse en cuenta otras circunstancias que puedan producir proctitis como los antecedentes de radioterapia (colitis actínica), cirugía (colitis por diversión), la impactación fecal (úlceras rectales) o determinados fármacos como la inmunoterapia (proctitis inmunomediada)⁷.

Obtener el diagnóstico definitivo en ocasiones puede ser complejo, si bien esto ha cambiado gracias al desarrollo de las técnicas de amplificación de ácidos nucleicos basadas en la reacción de cadena de la polimerasa (PCR). Estas técnicas han demostrado tener mayor sensibilidad que el cultivo para la identificación de este germen, así como la diferenciación del serotipo en muestra rectal por lo que hoy en día se considera la técnica *gold standard*. La serología podría apoyar el diagnóstico, en un contexto clínico apropiado, si bien no permite obtener un diagnóstico definitivo^{4,8}.

Respecto al aspecto endoscópico, la apariencia de las lesiones varía en función del serotipo que produzca la infección. Como ya se comentó previamente, las infecciones por *C. trachomatis* serotipo D-K producen un tipo de proctitis más leve y menos invasiva, por lo que los hallazgos endoscópicos que podemos encontrar son una mucosa eritematosa, friable y con pequeñas ulceraciones superficiales, difícilmente diferenciables de otras proctitis causadas por otras etiologías. En determinadas ocasiones, este tipo de proctitis puede manifestarse en forma de numerosos nódulos mucosos, como en el caso de nuestro paciente, como resultado de la hiperplasia folicular linfoide reactiva a la inflamación. En estos casos, los hallazgos histopatológicos incluyen infiltración difusa por células inflamatorias e hiperplasia de folículos linfáticos⁹.

Por otro lado, las proctitis causadas por los serotipos L1-L3 producen infecciones más graves e invasivas, por lo que en la endoscopia se pueden observar aftas, ulceraciones profundas con exudado mucopurulento e incluso con presencia de estenosis o fístulas².

En cuanto al tratamiento, para los serotipos D-K de *C. trachomatis* se recomienda la administración de azitromicina 1 g vía oral en dosis única o bien doxiciclina 100 mg cada 12 horas, vía oral durante 7 días. Ambos tratamientos

tienen una eficacia superior al 95%. Se recomienda abstinencia sexual durante una semana después de la terapia, así como el tratamiento a la pareja sexual con el objetivo de disminuir la transmisión de la enfermedad y la reinfección. Debido a la frecuente co-infección con *N. gonorrhoeae* (40%) se debe administrar tratamiento empírico para este germen, añadiéndose al tratamiento la ceftriaxona en dosis de 250 mg, vía intramuscular¹⁰.

En pacientes infectados con el serotipo LGV se recomienda el tratamiento con doxiciclina 100 mg cada 12 horas, vía oral durante 21 días^{1,3}.

Como conclusión, debido a los cambios en el comportamiento sexual de la sociedad, actualmente estamos asistiendo a un aumento de las infecciones de transmisión sexual que afectan al tracto gastrointestinal. La infección por la *Chlamydia trachomatis* en la mayoría de las ocasiones presenta manifestaciones clínicas y endoscópicas bastante inespecíficas, por lo que es muy importante que el gastroenterólogo por medio de una correcta anamnesis tenga un alto índice de sospecha para realizar un diagnóstico precoz y completo. En determinadas ocasiones, la proctitis por *C. trachomatis* puede manifestarse en forma de numerosos nódulos mucosos, como en el caso de nuestro paciente. El diagnóstico fundamental ha de realizarse mediante realización de rectosigmoidoscopia con toma de biopsias para estudio microbiológico mediante técnicas de amplificación por PCR. El tratamiento antibiótico de elección es la doxiciclina durante una semana o la azitromicina en dosis única.

Bibliografía

1. Sigle GW, Kim R. Sexually transmitted proctitis. *Clin Colon Rectal Surg.* 2015;28(2):70–8.
2. Coelho R, Ribeiro T, Abreu N, Gonçalves R, Macedo G. Infectious proctitis: what every gastroenterologist needs to know. *Ann Gastroenterol.* 2023;36(3):275–86.
3. De Vries HJC, Nori AV, Kiellberg Larsen H, Kreuter A, Padovese V, Pallawela S, et al. 2021 European Guideline on the management of proctitis, proctocolitis and enteritis caused by sexually transmissible pathogens. *J Eur Acad Dermatology Venereol.* 2021;35(7):1434–43.

4. Bejarano Rengifo J, Cañadas Garrido R. Proctitis infecciosa transmitida sexualmente: reto diagnóstico y recomendaciones de tratamiento. *Rev Gastroenterol Peru.* 2020;40(4):336-41

5. Dalby J, Stoner BP. Sexually Transmitted Infections: Updates From the 2021 CDC Guidelines. *Am Fam Physician.* 2022;105(5):514-20.

6. Caballero-Mateos AM, López de Hierro-Ruiz M, Rodríguez-Domínguez M, Galán-Montemayor JC, Gutiérrez-Fernández J. Co-infection by lymphogranuloma venereum and Haemophilus parainfluenzae during an episode of proctitis. *Gastroenterol Hepatol.* 2018;41(2):107-9.

7. Hoentjen F, Rubin DT. Infectious proctitis: When to suspect it is not inflammatory bowel disease. *Dig Dis Sci.* 2012;57(2):269-73.

8. Cone MM, Whitlow CB. Sexually transmitted and anorectal infectious diseases. *Gastroenterol Clin North Am.* 2013;42(4):877-92.

9. Ootani A, Mizuguchi M, Tsunada S, Sakata H, Iwakiri R, Toda S, et al. Chlamydia trachomatis proctitis. *Gastrointest Endosc.* 2004;60(1):161-2.

10. Hazra A, Collison MW, Davis AM. CDC Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021. Vol. 327, *Jama.* 2022. 870-871 p.