

PROCTITIS SIFILÍTICA

A. García-Robles, F. Morales-Alcázar, G. Carrillo-Ortega, E. Cabrera-González, E. Baeyens-Cabrera

Complejo Hospitalario Ciudad de Jaén

Resumen

En los últimos años se ha producido un incremento en la incidencia de enfermedades venéreas. Las lesiones anales y genitales producidas por la sífilis son las más comunes, pero existen manifestaciones poco frecuentes de la sífilis secundaria, como la sífilis rectal, especialmente en varones homosexuales. Endoscópicamente la proctocolitis luética se manifiesta con hiperemia, ulceraciones y friabilidad de la mucosa, incluso simulando lesiones neoplásicas. Pero carece de síntomas y/o signos patognomónicos, por lo que es difícil de diagnosticar, tratándose a veces inadecuadamente. Presentamos el caso de un varón de 33 años, cuya sintomatología inicial fue estreñimiento pertinaz, hematoquecia ocasional y síndrome febril. El TAC de abdomen mostraba engrosamiento circunferencial de la pared de recto con múltiples adenopatías perirrectales, lo que podía sugerir posible carcinoma rectal. La rectosigmoidoscopia mostró hallazgos compatibles con proctitis. La serología luética dio resultado positivo, lo que permitió un tratamiento adecuado con Penicilina Benzatina.

Palabras clave: Sífilis, *Treponema pallidum*, proctitis.

CORRESPONDENCIA

Adelina García Robles
C/ La Malahá, 9- piso 5-A, 18006 Granada
Teléfono fijo: 958295397
Teléfono móvil: 677004901

adelingrobles@hotmail.com

Summary

The incidence of venereal diseases have steadily increased over the years. Anal and genital lesions caused by syphilis are the most common ones, but unusual manifestations of secondary syphilis, such as rectal syphilis, have also been described, especially among homosexual men. Endoscopically, luetic proctocolitis usually manifests with hyperemia, ulcerations and friability of the mucosa and it can even manifest mimicking neoplastic lesions, but it lacks pathognomonic clinical symptoms and/or signs and it is, therefore, difficult to diagnose and occasionally treated inappropriately. We report the case of a 33-year-old man, whose initial symptomatology was persistent constipation, occasional hematochezia and fever. The abdominal CT scan revealed circumferential thickening of the rectal wall with numerous perirectal lymph nodes suggesting the possibility of rectal carcinoma. The rectosigmoidoscopy showed signs consistent with proctitis. A positive result in syphilis serology led us to treat it properly with penicillin G benzathine.

Keywords: Syphilis, *Treponema pallidum*, proctitis.

Introducción

En los últimos años se ha producido un incremento en la incidencia de sífilis. Los varones homosexuales representan el grupo de más alto riesgo de contraer esta enfermedad sistémica de transmisión sexual, incrementándose además en portadores del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)¹. La sífilis rectal es

una rara manifestación de la enfermedad, y la ausencia de signos o síntomas patognomónicos hacen necesaria una alta sospecha clínica para obtener el diagnóstico.

Observación clínica

Varón de 33 años sin antecedentes personales de interés. Soltero, vive sólo. No fumador, bebedor social. Reconoce relaciones homosexuales sin protección.

Acude al Servicio de Urgencias por cuadro de estreñimiento de 7 días de evolución, asociado a tenesmo rectal, dolor abdominal difuso y emisión de hebras muco-sanguinolentas al intentar defecar, lo que había sido tratado en Atención Primaria como una fisura anal. Síndrome febril de hasta 38°C.

A la exploración, paciente consciente y orientado, apirético, normotenso y eupneico. La auscultación cardiorrespiratoria era normal. Abdomen discretamente distendido, doloroso a la palpación difusa especialmente en flanco izquierdo, con defensa voluntaria en la zona pero sin signos de irritación peritoneal, no se palpan visceromegalias o masas.

En el Servicio de Urgencias se realizaron las siguientes Pruebas Complementarias:

- La analítica mostraba: Hemograma y coagulación normales. Creatinina 1.4 mg/dl; Sodio 133 mEq/L; GOT: 61 U/L; GPT: 38 U/L; PCR ultrasensible: 150 mg/L

- Rx tórax: sin alteraciones.

- Ecografía abdominal: normal.

- TAC Abdominal (Figura 1): A nivel de recto se aprecia engrosamiento parietal con imagen de baja atenuación adyacente,

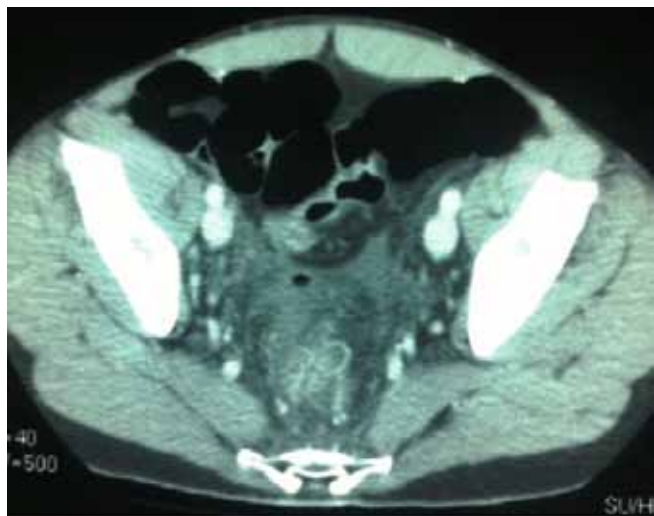


Figura 1

Engrosamiento parietal de recto, aumento de atenuación y desdibujamiento de la grasa perirrectal e imágenes sugerentes de adenopatías necrosadas.

que se acompaña de aumento de atenuación y desdibujamiento de la grasa perirrectal, en contexto de proceso inflamatorio y/o neofornativo; así como presencia de imágenes redondeadas de diferentes tamaños con centro más hipodenso, sugerentes de adenopatías necrosadas.

Ante estos hallazgos el paciente es ingresado en la Unidad de Digestivo para completar estudio, con las siguientes exploraciones y pruebas complementarias:

- Rectosigmoidoscopia: Mucosa rectal intensamente congestiva y edematosa, de aspecto pseudotumoral con úlceras irregulares y abundante fibrina.

- Anatomía Patológica de recto: Colitis crónica con áreas inflamación aguda y obstrucción glandular, con afectación submucosa. Técnica de CMV negativa.

- Cultivo de biopsia rectal: Enterococcus faecium.

- Serologías:

*Hepatitis: IgM del virus hepatitis A (IgM-VHA), Antígeno de superficie del virus hepatitis B (HBsAg), y Anticuerpo del core de virus hepatitis B (IgM-HBc) y anticuerpos frente al virus de la hepatitis C (Ac-VHC): negativos.

*Citomegalovirus: IgG-CMV: positivo; IgM-CMV: negativo (infección pasada)

*Virus Epstein-Barr: IgG-VEB: positivo; IgM-VEB: negativo (infección pasada)

*VIH (RNA-PCR cuantificación): positivo.

- Carga viral VIH: 24600 copias/mL.

- Poblaciones linfocitarias: CD4 886,69 (37%)

*Sífilis: CLIA (inmunoensayo quimioluminiscente) y RPR (Rapid Plasma Reagin, no cuantificada): positivos; por lo que solicitamos TPHA (microhemaglutinación) para confirmación: positivo 1/640.

- Fondo de ojo: normal.

En un interrogatorio posterior reconoció la práctica de relaciones homosexuales sin protección.

Discusión

La sífilis representa un importante problema de salud pública. Treponema pallidum, el agente etiológico de la sífilis, puede afectar a gran variedad de órganos. Los más frecuentes son la piel, genitales, retina y sistema nervioso central. Pero existen otras manifestaciones más infrecuentes, como la sífilis rectal, que constituye una entidad rara pero de creciente incidencia por el significativo aumento de casos de sífilis entre varones homosexuales.

Un estudio retrospectivo de la proctitis en esta población demostró que la sífilis estaba presente en el 2% de los pacientes con síntomas rectales². La sífilis rectal primaria clásicamente se presenta, entre 9 y 90 días tras la exposición, como un chancro indoloro en el sitio de inoculación, lo que puede pasar desapercibido para el paciente. En otras ocasiones puede provocar dolor, disconfort, prurito, sangrado o tenesmo rectal³. Es una entidad de difícil diagnóstico porque sus manifestaciones son similares a la amebiasis, enfermedad de Crohn, linfoma o carcinoma. Y es que la inflamación granulomatosa puede conducir a la aparición de una masa rectal, tanto en la sífilis primaria como en la secundaria⁴. Así, la proctitis sífilítica es una entidad que carece de síntomas y/o signos específicos.

En nuestro caso, las manifestaciones clínicas podrían hacernos pensar en una enfermedad inflamatoria intestinal. Los hallazgos en el TAC abdominal, la con colonoscopia y las biopsias no lo confirmaron. Afortunadamente, el resultado positivo en los test serológicos TRUST y TPTA nos permitieron reevaluar al paciente y obtener el diagnóstico de proctitis sífilítica, lo que se confirmó tras finalizar con éxito la terapia con penicilina G benzatina, con desaparición de los síntomas y lesiones. Y es que la demostración de anticuerpos en el suero es actualmente el pilar del diagnóstico de sífilis, pues el *Treponema pallidum* no puede ser cultivado. Así, los test serológicos son de dos tipos: no específicos frente al complejo antígeno cardiolipina-lectina-colesterol, colecol (Venereal Disease Research Laboratory: VDRL, y Rapid Plasma Reagin: RPR) -que son usados para el diagnóstico de sífilis primaria y secundaria y para monitorizar la respuesta al tratamiento- y las pruebas treponémicas (enzima inmunoensayo: EIA, microhemaglutinación frente al *Treponema pallidum*: TPHA, método de absorción de anticuerpos treponémicos fluorescentes: FTA-ABS), que permanecerán positivas incluso después de finalizar el tratamiento, pero constituyen un adecuado marcador de sífilis latente en sujetos no tratados. La inmunoglobulina IgM anti-T *pallidum* puede detectarse a las dos semanas de la infección y la IgG se positivizará a las 4 semanas⁵.

En resumen, se precisa una alta sospecha diagnóstica. Los síntomas más frecuentes son hematoquecia, tenesmo rectal, emisión de mucosidad y cambios en el hábito intestinal. Los hallazgos endoscópicos pueden variar desde edema, eritema, friabilidad, úlceras, incluso la presencia de masas simulando neoplasias. Las biopsias rectales, en muchas ocasiones muestran signos de inflamación crónica inespecíficos. Las imágenes radiológicas tampoco son específicas. Por todo lo anterior, los test serológicos para la detección de sífilis se convierten en una de las pocas herramientas que ayudan en el proceso diagnóstico de esta entidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fenton K, Breban R, Vardavas R, Okano J, Martín T. Infectious syphilis in high-income settings in the 21st century. *The Lancet Infectious Diseases* 2008; 8: 224-253.
2. Hamlyn E, Taylor C. Sexually transmitted proctitis. *Post-grad Med J* 2006; 82: 733-736.
3. Mindel A, Tobey SJ, Timmins DJ, Williams P. Primary and secondary syphilis. 20's years experience. 2. Clinical features. *Genitourin Med* 1989; 65 (1): 1-3.
4. Bassi O, Cossa G, Colavolpe A, Argentieri R. Primary syphilis of the rectum. Endoscopic and clinical features. Report of a case. *Dis colon rectum* 1991; 34 (11): 1024-1026.
5. Hamlyn E, Taylor C. Sexually transmitted proctitis. *Postgrad Med J* 2006; 82 (973): 733-736.