

SÍFILIS RECTAL

RECTAL SYPHILIS

A. Cabello-Fernández, C. Jimeno-Maté, A. Correia-Varela, J.M. Vázquez-Morón, A. Bejarano-García

Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez. Huelva.

Resumen

En los últimos años ha habido un incremento en la incidencia de enfermedades venéreas¹. 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 41 años que acudió a Urgencias por cuadro de deposiciones diarreicas de tres a cuatro semanas de evolución. En la tomografía axial computerizada (TAC) abdomino-pélvica se visualizan múltiples adenopatías inguinales e ilíacas externas, así como mesorrectales y engrosamiento mural circunferencial del recto inferior. Se realiza colonoscopia en la que se aprecia una lesión rectal nodular en íntimo contacto con el esfínter anal. La serología luética fue positiva por lo que se indicó tratamiento con penicilina benzatina.

Palabras clave: sífilis, *Treponema pallidum*, proctitis, estudio histopatológico.

Abstract

In recent years there has been an increase in the incidence of venereal diseases¹. Anal and genital lesions caused by syphilis are the most common ones, but there are rare manifestations of secondary syphilis, such as rectal syphilis, especially in homosexual men. In colonoscopy, the rectal lesion caused by syphilis manifests with hyperemia, ulcerations and friability of the mucosa, even simulating neoplastic lesions. But it lacks symptoms and/or pathognomonic signs, so it is difficult to diagnose, sometimes being treated inappropriately. We present the case of a 41-year-old man who attended the emergency services due to diarrhea bowel symptoms of 3-4 weeks of evolution. Abdominal-pelvic computed tomography (CT) shows multiple external inguinal and iliac adenopathies, as well as mesorectal and circumferential mural thickening of the inferior rectus. A colonoscopy was performed in which a nodular rectal lesion was observed in intimate contact with the anal sphincter. The serology of syphilis was positive, so treatment with penicillin benzathine was indicated.

Keywords: syphilis, proctitis, *Treponema pallidum*, serology, histopathology.

Introducción

La sífilis, también denominada lúes, es una enfermedad de transmisión sexual cuyo agente causal es *Treponema pallidum*. El reservorio es exclusivamente humano. La fuente de infección son los exudados de las lesiones de la piel y mucosas de las personas infectadas. También la saliva, el semen, la sangre y las secreciones vaginales. El mecanismo de transmisión es fundamentalmente por contacto directo con las lesiones durante las relaciones sexuales. El período de incubación es de dos a cuatro semanas, aunque se

CORRESPONDENCIA

Ana Cabello Fernández
Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez
21005 Huelva
ana_cb_9@hotmail.com

Fecha de envío: 03/07/2018
Fecha de aceptación: 01/08/2018

han descrito periodos de incubación entre nueve a noventa días. La enfermedad es contagiosa en la fase primaria y secundaria.

Caso clínico

Varón de 41 años sin antecedentes personales de interés, que consulta en Urgencias por cuadro de dos semanas de evolución de tres a cuatro deposiciones diarreas diarias sin productos patológicos postprandiales sin dolor abdominal asociado. Además tumoración a nivel inguinal izquierda dolorosa de cronología similar.

Lo único a destacar es que se trata de un varón homosexual pasivo con pareja estable desde hace ocho años, pero que mantiene relaciones extraconyugales sin protección con otros individuos.

A la exploración llama la atención una adenopatía a nivel de fosa ilíaca izquierda dolorosa a la palpación, rodadera, no adherida a planos profundos de >1 cm de diámetro. A nivel cervical y submandibular se palpan otras adenopatías similares, no dolorosas a la palpación. Resto de la exploración normal. gmentos venosos afectados. El paciente permanece asintomático.

En la analítica destaca ligera trombocitosis. Se solicita ecografía / TAC pélvicos, en el que se visualizan múltiples adenopatías inguinales e ilíacas externas, la mayor de ella de 3 cm, así como mesorrectales. Engrosamiento mural circunferencial del recto inferior que se extiende hasta región anal y edema de la grasa mesorrectal. Diagnóstico diferencial: proctitis/neoplasia rectal. Ingresa en planta. TAC cuello/tórax sin evidencia de enfermedad metastásica.

En la endoscopia digestiva baja se aprecia lesión rectal en contacto con esfínter anal, con una placa que ocupa 5 cm, nodular, de la que se toman muestras para estudio histológico (Figura 1).



Figura 1

Colonoscopia: proctitis. Lesión ulcerada y friable situada en recto inferior.

Serología infecciosa: RPR 1/32, Ac *Treponema pallidum* IgM positivo. Compatible con sífilis aguda.

Estudio anatomopatológico de lesión rectal: escasos fragmentos de mucosa de intestino grueso con inflamación inespecífica junto con abundante tejido fibrinoleucocitario y de granulación correspondientes a úlcera (Figura 2).

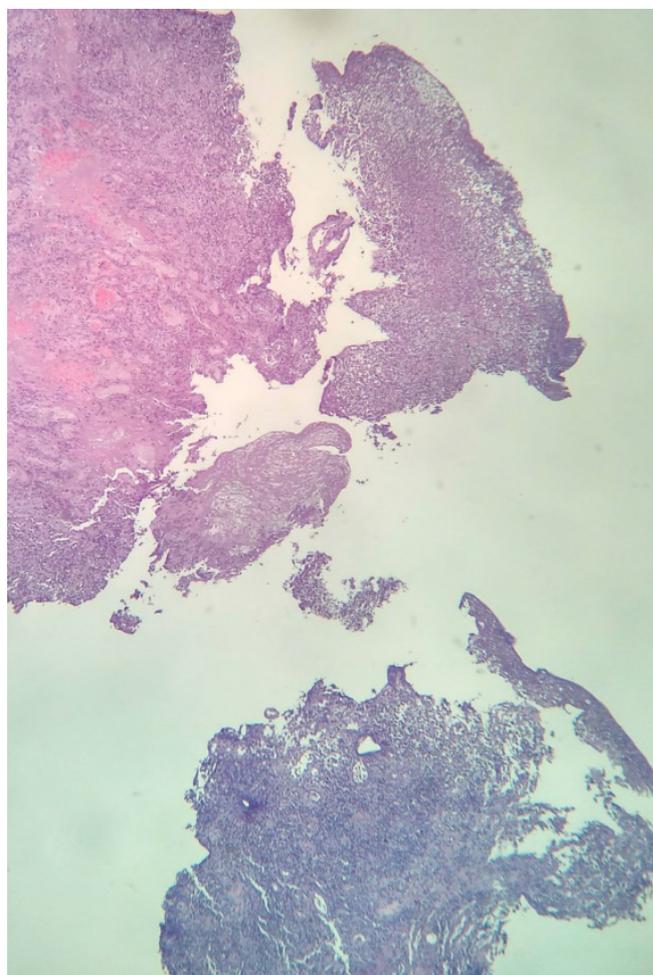


Figura 2

Imagen histológica de proctitis. Diagnóstico histológico de lesión rectal: mucosa de intestino grueso con inflamación inespecífica junto con abundante tejido fibrinoleucocitario y de granulación correspondientes a úlcera.

Discusión

Las manifestaciones gastrointestinales de las infecciones de transmisión sexual (ITS) son comunes, aunque no siempre se reconocen fácilmente. La proctitis, o inflamación del recto, tiene varias causas infecciosas y no infecciosas, siendo los patógenos infecciosos típicamente sexualmente adquiridos. La clamidia, la gonorrea, el virus del herpes simple y la sífilis están entre las ITS que pueden causar enfermedad anorrectal².

La sintomatología de muchas de estas infecciones puede imitar otras condiciones y puede plantear dificultades de diagnóstico.

La sífilis es una enfermedad de transmisión sexual producida por la espiroqueta *Treponema pallidum*. Las manifestaciones de esta enfermedad son muy variables, con diferentes etapas que se producen con el tiempo si la infección no es tratada. Muchos individuos permanecen asintomáticos de por vida.

La sífilis temprana comprende la sífilis 1ª, 2ª y latente temprana³. Las manifestaciones clínicas se desarrollan de semanas a meses tras el contagio. La sífilis 1ª es el conocido chancro sifilítico. Tras semanas-meses del desarrollo del chancro, aproximadamente un 25% de individuos con infección no tratada desarrolla enfermedad sistémica (sífilis 2ª). Otros presentan enfermedad sistémica sin antecedentes de chancro. La sífilis 2ª puede producir gran variedad de síntomas. Síntomas generalizados (síndrome constitucional, adenopatías, etc.), hallazgos dermatológicos (rash, alopecia, etc.), cuadros gastrointestinales (hepatitis, anormalidades gastrointestinales, etc.), anormalidades músculo-esqueléticas, renales, oculares, neurológicas etc.

Cuando los pacientes no son tratados en las primeras etapas de la sífilis, ésta puede progresar a una enfermedad latente tardía (asintomática) o desarrollar complicaciones mayores (sífilis 3ª). Las manifestaciones clínicas pueden aparecer de los 1-30 años tras la infección primaria e involucrar gran cantidad de tejidos, cardiovascular, goma, neurosífilis.

En el caso de nuestro paciente, éste presentaba datos de sífilis temprana, como síndrome poliadenopático y lesión a nivel del tracto gastrointestinal inferior, como era una lesión ulcerada e infiltrante a nivel de recto (diagnóstico diferencial con linfoma)⁴.

El diagnóstico se basa en test serológicos, existiendo pruebas treponémicas (FTA-ABS, MHA-TP, etc., específicas, confirmatorias) y pruebas no treponémicas (RPR, VDRL, TRUST: inespecíficas, screening y respuesta al tratamiento), siendo el uso de una sola de ellas insuficiente para el diagnóstico, ya que pueden incurrir en falsos positivos y falsos negativos (inmunosupresión avanzada, enfermedad temprana). Existen otras pruebas para el diagnóstico definitivo, como la visualización de la espiroqueta en la lesión con microscopía de campo oscuro, no disponible en muchos centros y con baja rentabilidad⁵.

El screening de infección debe realizarse en individuos sintomáticos (úlceras genitales indoloras, erupción macular/papular simétrica en tronco y extremidades, otros signos/síntomas menos específicos), en embarazadas y en individuos asintomáticos con factores de riesgo de infección, tales como tener una pareja sexual con sífilis temprana, hombres homosexuales, pacientes VIH, conductas sexuales de alto riesgo, antecedentes de encarcelamiento o trabajo sexual comercial.

En el caso de nuestro paciente tanto las pruebas treponémicas como las no treponémicas fueron positivas, por lo que el diagnóstico fue proctitis luética. Se administró dosis única de penicilina G benzatina 2.400.000 UI intramuscular. Fue revisado al mes en consultas, estando el paciente asintomático⁶.

Bibliografía

1. World Health Organization. Report on globally sexually transmitted infection surveillance, 2015.
2. E Hamlyn and C Taylor. Sexually transmitted proctitis. *Postgrad Med J*. 2006 Nov; 82(973): 733–736.
3. Musher D. Early syphilis. In: *Sexually Transmitted Diseases*, Holmes KK, Sparling PF, Mardh PA (Eds), McGraw-Hill, New York 1999. p.479.
4. *Korean J Gastroenterol*. 2016 Oct 25;68(4):218-220.
5. Seña AC, White BL, Sparling PF. Novel *Treponema pallidum* serologic tests: a paradigm shift in syphilis screening for the 21st century. *Clin Infect Dis* 2010; 51:700.
6. Ghanem KG, Workowski KA. Management of adult syphilis. *Clin Infect Dis* 2011; 53 Suppl 3:S110.