

## CASO CLÍNICO

# PROCTITIS DE TRANSMISIÓN SEXUAL, UNA ENTIDAD OLVIDADA.

## SEXUALLY TRANSMITTED PROCTITIS, A MISSING ENTITY.

Abellán Alfocea P, Salvador Rodríguez L, Jiménez Rosales R

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

### Resumen

Presentamos el caso de una proctitis por citomegalovirus (CMV), adquirida por transmisión sexual, en un paciente inmunocompetente que de manera concurrente desarrolla a nivel cutáneo una sífilis secundaria. Las infecciones por transmisión sexual (ITS) son cada vez más frecuentes y el gastroenterólogo debe considerarlas ante un paciente con proctitis. Los agentes causales más frecuentes son Chlamydia Trachomatis, Gonococo, Virus Herpes Simple y Treponema Pallidum, sin embargo, también se debe valorar la infección por CMV incluso en inmunocompetentes. Ante un caso de proctitis adquirida por transmisión sexual, es importante, analizar la presencia de otras ITS para descartar coinfecciones, así como un adecuado asesoramiento para reducir el riesgo de transmisión.

**Palabras clave:** proctitis, citomegalovirus, infección por transmisión sexual.

### Abstract

We present a case of sexually transmitted cytomegalovirus (CMV) proctitis in an immunocompetent patient who simultaneously developed secondary syphilis at the skin level. Sexually transmitted infections (STIs) are becoming increasingly common and should be considered by the gastroenterologist in a patient with proctitis. The most frequent causal agents are Chlamydia Trachomatis, Gonococcus, Herpes Simplex Virus and Treponema Pallidum. However, CMV infection should also be assessed even in immunocompetence. In a case of sexually transmitted proctitis, it is important to analyze the presence of other STIs to rule out co-infections, as well as adequate counseling to reduce the risk of transmission.

**Keywords:** capsule endoscopy, bowel preparation, mucosal visualization.

### Introducción

En las últimas décadas se ha producido un aumento progresivo de las ITS, siendo estas el agente causal en un porcentaje no despreciable de proctitis. Aunque la clínica y la imagen endoscópica sean superponibles a las proctitis causadas por otras etiologías, como puede ser la colitis ulcerosa o la enfermedad de Crohn, es importante la sospecha diagnóstica y establecer un diagnóstico diferencial, ya que va a determinar el manejo terapéutico y el pronóstico de la enfermedad.

#### CORRESPONDENCIA

Patricia Abellán Alfocea  
Hospital Universitario Virgen de las Nieves  
18014 Granada  
[patriabellan91@gmail.com](mailto:patriabellan91@gmail.com)

Fecha de envío: 08/12/2020

Fecha de aceptación: 20/04/2021

## Caso Clínico

Presentamos el caso de un varón de 19 años, sin antecedentes personales de interés. No presenta hábitos tóxicos, pero refiere prácticas sexuales de riesgo en los últimos meses. Consulta por un cuadro de diarrea sanguinolenta, fiebre, dolor abdominal y malestar general de semanas de evolución, al que se asocian en la última semana lesiones cutáneas palmoplantares pruriginosas. No refiere clínica de dolor articular, ni ocular.

En la exploración física destaca, un abdomen anodino y a nivel palmoplantar, apreciamos múltiples pápulas hiperqueratósicas descamativas (Figura 1). Resto de exploración, incluida la anorrectal, es normal.

Aporta estudio realizado desde atención primaria de diarrea (incluidos TSH, antitransglutaminasa, coprocultivo) y serologías ITS (que incluyen VIH, VHB, VHC, VHS, sífilis, chlamydia, gonococo) negativas.



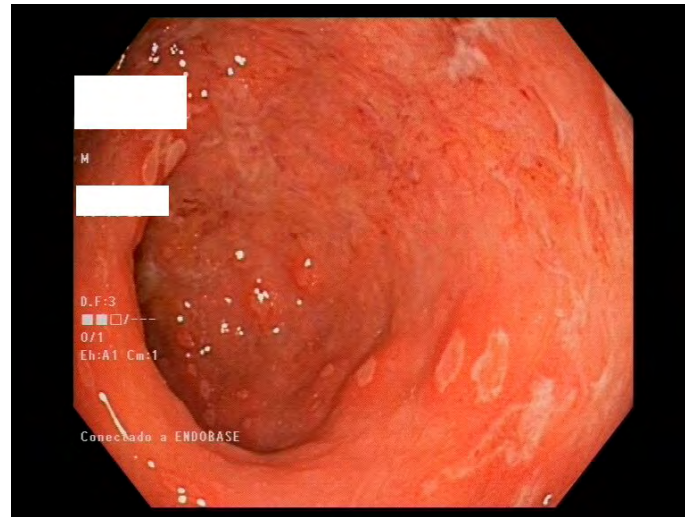
**Figura 1**

Pápulas y placas eritematoqueratósicas en palmas de manos compatibles con clavos sífilíticos.

Dado el cuadro y las exploraciones complementarias realizadas, se decidió la realización de colonoscopia y se derivó a consultas de dermatología para valoración de las lesiones cutáneas.

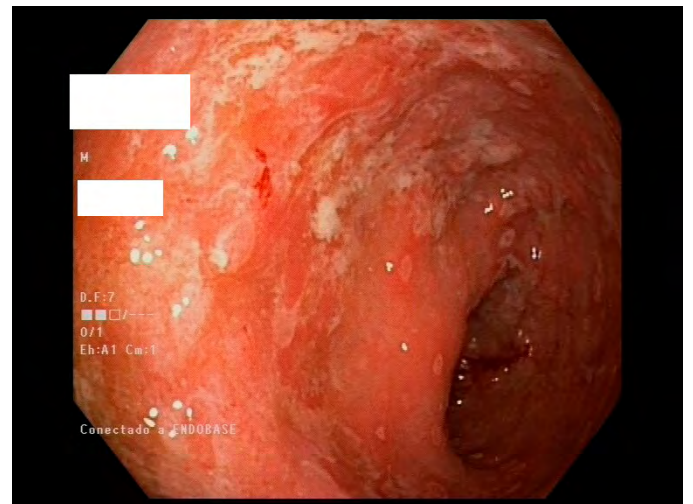
En la colonoscopia se aprecia desde margen anal hasta 10 cm, inflamación continua de la mucosa, con edema, eritema, ulceraciones y exudado mucoso y desde 10 a 20 cm, inflamación parcheada, con formaciones pseudopolipoideas, eritematosas y ulceradas. Resto de colon normal (Figuras 2-4). Se tomaron biopsias para cultivo que fueron negativas y para estudio histológico. Estas mostraron tejido de granulación con ulceración, intensa plasmocitosis reactiva, y presencia de citomegalovirus (detectado mediante técnicas inmunohistoquímicas).

El paciente fue tratado con Valganciclovir con desaparición de los síntomas digestivos al final del tratamiento. En las consultas de dermatología se volvió a solicitar serologías para ITS, resultando estas positivas para sífilis en esta ocasión, por tanto, las lesiones



**Figura 2**

Mucosa rectal con afectación continua, eritematosa y con úlceras geométricas.



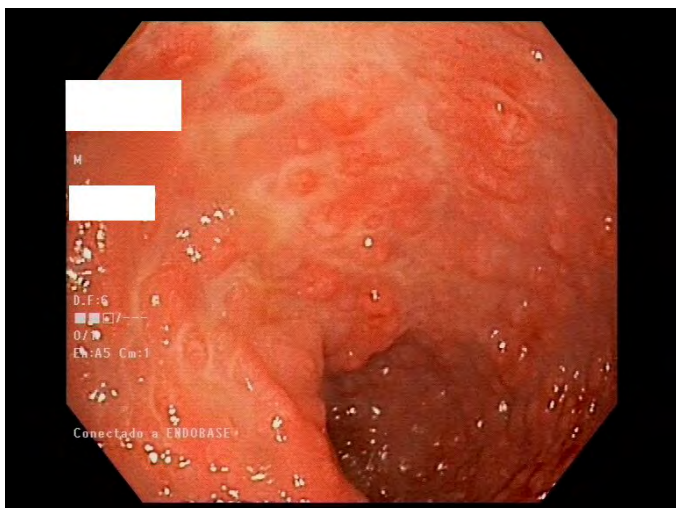
**Figura 3**

Mucosa rectal edematosa y con abundante exudado mucoso.

palmoplantares se catalogaron de "clavos sífilíticos" y el paciente fue tratado de sífilis secundaria con adecuada respuesta.

## Discusión

Los principales agentes infecciosos causantes de proctitis se transmiten por vía sexual y son Chlamydia Trachomatis, Gonococo, Virus Herpes Simple, Treponema Pallidum y menos frecuente el linfogranuloma venéreo<sup>1</sup>. Los síntomas pueden variar según el agente patógeno causal, pero por lo general son superponibles e indistinguibles de los presentes en la enfermedad inflamatoria intestinal. Los síntomas más frecuentes son el tenesmo rectal, la diarrea, el sangrado rectal y la secreción mucosa, sin embargo, en el caso de la sífilis y el VHS predomina como síntoma el dolor al afectar fundamentalmente el epitelio escamoso estratificado (área perianal y en el borde anal), mientras que las infecciones producidas por

**Figura 4**

Mucosa de la unión rectosigmoidea con formación de lesiones pseudopolipoideas.

Chlamydia y Gonococo afectan al epitelio columnar siendo menos dolorosas<sup>2</sup>.

Presentamos este caso tanto para destacar la importancia que cobran las ITS en las proctitis, como por su rareza, ya que el Citomegalovirus (CMV) es una causa rara de proctitis en pacientes inmunocompetentes, siendo pocos los casos descritos en la literatura<sup>3</sup>.

La infección por CMV puede manifestarse en el momento de la infección inicial (infección primaria) o en una etapa posterior (secundaria), que puede deberse a la reactivación de la infección latente o reinfección a través de una nueva cepa exógena<sup>3</sup>.

En los países desarrollados, aproximadamente el 50% de la población son seronegativos para CMV y adquieren este virus a un ritmo de entre el 1% y el 2% de seroconversiones por año. Estas son el resultado de un estrecho contacto con individuos positivos al virus, y dicho contacto puede ser sexual a través del intercambio de fluidos corporales (saliva, semen)<sup>4</sup>.

La infección primaria o secundaria por CMV puede producir clínica a varios niveles, pero es muy frecuente la afectación gastrointestinal. La proctitis por CMV, es más frecuente en hombres que practican sexo con hombres (HSH) aunque también se ha descrito en mujeres y la mayoría de los casos descritos se trata de pacientes inmunodeprimidos con prácticas sexuales de riesgo, siendo frecuente la coexistencia de VIH. Sin embargo, son muy pocos los casos descritos en la literatura en la que se afecten pacientes inmunocompetentes<sup>4</sup>. La clínica se caracteriza por el desarrollo de un síndrome mononucleósido y sangrado rectal después de una relación sexual anal sin protección. La confirmación diagnóstica es mediante serología, cultivos o como en nuestro caso mediante inmunohistoquímica. Nuestro paciente fue tratado con antivirales con adecuada respuesta al tratamiento, sin embargo, el manejo terapéutico no está claramente definido, habiendo casos descritos de resolución espontánea y siendo obligatorio el uso de antivirales en pacientes inmunodeprimidos<sup>5</sup>.

El manejo de los pacientes con sospecha de proctitis infecciosa debe incluir el análisis de otras ITS comunes como son gonorrea, clamidia, incluidos los serotipos de LGV, HSV y sífilis, de este modo descartamos la coinfección por otros agentes. En nuestro caso, el paciente presentó una serología inicial negativa para sífilis y dada la alta sospecha se repitió siendo positivo el segundo resultado. Este hecho se explica por un probable fenómeno prozona, un falso negativo debido a un elevadísimo título de anticuerpos que se da hasta en el 2% de las sífilis secundarias.

Concluimos que la proctitis de transmisión sexual es común y debe considerarse en aquellos pacientes con prácticas sexuales de riesgo independientemente de su estado inmunológico. La proctitis por CMV en pacientes inmunocompetentes es poco habitual pero debe incluirse en el diagnóstico diferencial de la proctitis infecciosa. La presentación clínica de estos pacientes puede no diferir de aquellos con proctitis ulcerosa o enfermedad de Crohn, por ello el gastroenterólogo debe conocer ampliamente estas entidades para realizar una adecuada historia clínica y establecer un diagnóstico diferencial, evitando en muchas ocasiones investigaciones innecesarias.

## Bibliografía

1. Klausner JD, Kohn R, Kent C. Etiology of clinical proctitis among men who have sex with men. *Clin Infect Dis*. 2004;38(2):300-2.
2. Hamlyn E, Taylor C. Sexually transmitted proctitis. *Postgrad Med J*. 2006 Nov;82(973):733-6.
3. Subbarao S, O'Sullivan A, Adesina T, Gwozdz AM, Rees J, Satta G. Cytomegalovirus proctitis mimicking rectal cancer in an immunocompetent elderly patient: a case report. *BMC Res Notes*. 2014; 7: 799.
4. Maatouk I, Moutran R, Josiane H. Cytomegalovirus proctitis: a rare sexually transmitted disease. *J Sex Med*. 2014 Apr;11(4):1092
5. Studemeister A. Cytomegalovirus proctitis: a rare and disregarded sexually transmitted disease. *Sex Transm Dis*. 2011 Sep;38(9):876-8.