

Inés Olaya García
Rodríguez¹
Laura Sante Fernández¹
Ana María López Lirola²
María Lecuona Fernández¹

Infeción de transmisión sexual vs enfermedad inflamatoria intestinal en paciente VIH

¹Servicio de Microbiología y Control de la Infección. Hospital Universitario de Canarias. La Laguna. España
²Servicio de Infecciones. Hospital Universitario de Canarias. La Laguna. España

Article history

Received: 11 February 2020; Revision Requested: 11 March 2020; Revision Received: 24 March 2020; Accepted: 20 April 2020; Published: 12 June 2020

Sr. Editor: Los serotipos invasivos de *Chlamydia trachomatis* (L1, L2 y L3) correspondientes al Linfogranuloma Venéreo (LGV) aparecen hace pocos años en el continente europeo, siendo una de sus formas de presentación la afectación rectal con síntomas y signos similares a los de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII). La proctitis y proctocolitis son frecuentes sobre todo entre la población homosexual y VIH.

Varón de 36 años que acude a consulta por molestias abdominales y pérdida de peso de varios meses de evolución. Como antecedentes personales destacan: VIH en estadio A1 con buena respuesta inmunológica y virológica y sífilis latente.

Presenta clínica hemorroidal, estreñimiento y deposiciones sanguinolentas. Se solicitan una serie de pruebas diagnósticas entre las que se incluye test de sangre oculta en heces, ecografía de abdomen y colonoscopia.

La colonoscopia describe la mucosa rectal con aspecto inflamatorio con úlceras en sacabocados desde unos 12cm del margen anal hasta línea pectínea, a descartar Enfermedad inflamatoria intestinal frente a un origen infeccioso. Se toman muestras para Anatomía Patológica y Microbiología, únicamente para diagnóstico de Citomegalovirus. En el estudio histológico se observa mucosa rectal con infiltrado inflamatorio mixto y distorsión de las glándulas con predominio de células polimorfonucleares, sugiriendo origen infeccioso (figura 1).

En la consulta de revisión, refiere que continúa con sensación de tenesmo sin fiebre ni diarreas. Se cita para toma de muestras de la mucosa rectal para estudio de ITS y de úlceras genitales mediante la realización de dos PCR multiplex: Allplex ST17 y Allplex Ulcer Assay (Seegene®), obteniendo resultado positivo para *Chlamydia trachomatis* y para los serotipos invasivos de LGV.

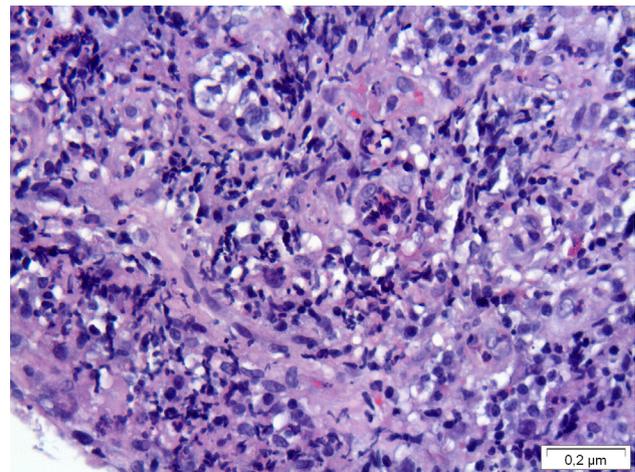


Figura 1 | Corte histológico de la mucosa rectal ulcerada

Se pauta doxiciclina tres semanas. En la consulta de control se observó una resolución completa de los síntomas con deposiciones normales y sin tenesmo, siendo la PCR de control negativa, realizada dos meses post-tratamiento. Se descartó la EII.

En pacientes con estas características y patologías de base, es importante valorar y descartar en la evaluación clínica y solicitud de pruebas complementarias una infección por ITS frente a una posible EII.

C. trachomatis puede causar distintos tipos de proctitis. El genotipo A-K es la forma más habitual de infección, cursando de forma asintomática o más leve (prurito anal, moco y dolor perianal). Los serotipos invasivos producen una clínica más agresiva. Clásicamente, se ha descrito la infección en 3 estadios: la lesión primaria, tiene lugar en el sitio de inoculación entre 3-12 días después del contacto sexual en forma de úlcera anal no dolorosa, que suele pasar desapercibida. El segundo

Correspondencia:
Inés Olaya García Rodríguez
Servicio de Microbiología y Control de la Infección. Hospital Universitario de Canarias.
Crtra Ofra s/n. 38320. La Cuesta. La Laguna. España
Tlfno.: 922679066
Fax 922679078
E-mail: inesgarro@gmail.com

estadio ocurre 2-6 semanas después del contacto sexual, pudiendo manifestarse como adenopatías inguinales unilaterales dolorosas que pueden ulcerarse, o como un síndrome rectal, con presencia de exudado mucopurulento y rectorragia, con tenesmo y proctalgia intensa, asociado a fiebre, anorexia y poliartalgias. Estos síntomas y signos pueden complicar el diagnóstico diferencial con la EI, como ha sido el caso de nuestro paciente. La enfermedad puede evolucionar a un tercer estadio en el que se producen cambios inflamatorios crónicos y destrucción tisular que pueden provocar estenosis o fistulas, mimetizando una enfermedad de Crohn [1, 2].

Tradicionalmente se ha distribuido en áreas tropicales y subtropicales de África, India y Sudeste asiático [3], a partir de 2003 comienzan a surgir casos en Europa [4] y Norteamérica [5]. La proctitis y son las manifestaciones clínicas más frecuentes, especialmente en pacientes homosexuales y con coinfección con VIH [1].

El tratamiento de elección es doxiciclina por vía oral 100mg/12 horas/21 días [1, 6]. La duración del tratamiento es mayor en la infección proctocolitis por LGV ya que ésta es más invasiva y con mayor dificultad para su erradicación con respecto a infecciones genitales no complicadas por *C. trachomatis*. Otras alternativas son azitromicina o eritromicina (de elección en embarazadas) [6, 7]. La respuesta al tratamiento antibiótico suele ser completa en 3-6 semanas, con desaparición de las lesiones, no siendo necesario el test de curación [8]. En caso de enfermedad complicada con fistulas anales, tras el tratamiento antibiótico se podría valorar la necesidad de intervención quirúrgica o de drenaje de los ganglios linfáticos [1,7].

Se recomienda estudio de contactos de los seis meses previos al inicio de la clínica en pacientes varones con afectación no uretral y tratamiento del contacto antes de la obtención del resultado [6].

En conclusión, el LGV es una enfermedad en ascenso en nuestro medio, en parte probablemente debido al desarrollo de las técnicas de diagnóstico molecular. Los clínicos deben tener en cuenta este agente como posible causante de proctitis o proctocolitis, especialmente en varones homosexuales. Requiere un correcto diagnóstico diferencial con la EI ya que puede confundirse tanto clínica como endoscópicamente. Todo ello es de relevancia para la instauración del tratamiento antibiótico adecuado para evitar complicaciones y su transmisión.

FINANCIACIÓN

Los autores declaran que no han recibido financiación para la realización de este trabajo.

CONFLICTOS DE INTERÉS

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Stoner BP, Cohen SE. Lymphogranuloma venereum 2015: Clinical presentation, diagnosis and treatment. *Clin Infect Dis*. 2015;61(S8):865-73. DOI: 10.1093/cid/civ756.
2. M.A Payeras Capo, D. Ginard Vicens, P. Sendra Rumbeu y M.J. Bosque López. Linfogranuloma venéreo rectal. Diagnóstico diferencial con enfermedad inflamatoria intestinal. *Enferm Inflam Intest Dia*. 2017;16(2):80-83. DOI: 10.1016/j.eii.2016.12.002.
3. Adán Merino L, Gómez Senent S, Martín Alonso MA, Turrión JP, Martín Arranz E, Poza Cordon J, et al. Lymphogranuloma venereum: an emergent disease. *Gastroenterol Hepatol*. 2010;33(5):416-7. DOI: 10.1016/j.gastrohep.2009.12.004.
4. Vall-Mayans M, Noguer I. Outbreaks of lymphogranuloma venereum among homosexual men in Europe, 2003-2004. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2006 ;24(2):137-8. DOI: 10.1157/13085024.
5. White JA. Manifestations and management of lymphogranuloma venereum. *Curr Opin Infec Dis*. 2009;22:57-66. DOI: 10.1097/QCO.0b013e328320a8ae
6. Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. Documento de consenso sobre diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual en adultos, niños y adolescentes, 2017. [Visitado: 19 diciembre 2019]. Disponible en: http://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2017/06/Documento_de_consenso_sobre_diagnostico_y_tratamiento_de_las_infecciones_de_transmision_sexual_en_adultos_02.pdf
7. Workowski KA, BGA. Sexually Transmitted Disease Treatment Guidelines, 2015. *MMWR Recomm Rep*. 2015; 64:69-72. PMID: 26042815.
8. Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. Diagnóstico microbiológico de las infecciones de transmisión sexual y otras infecciones genitales, 2018. [Visitado: 20 diciembre 2019] Disponible en: <https://seimc.org/contenidos/documentoscientificos/procedimientosmicrobiologia/seimc-procedimiento24a.pdf>