

Proctitis: Un caso clínico de etiología inusual

Livia de Lima^{1,*}.

Proctitis: A Clinical Case of Unusual Etiology

RESUMEN

La proctitis aparece frecuentemente en las enfermedades inflamatorias intestinales, fundamentalmente en la colitis ulcerosa. Por otro lado se ha descrito un aumento de la incidencia de infecciones de transmisión sexual (ITS), las cuales pueden comenzar como proctitis. Además, la etiología infecciosa incluye patógenos de transmisión fecal oral como productores de proctitis. Del mismo modo las causas no infecciosas también ocupan su lugar en la etiopatogenia. Se describe el caso de un hombre de 34 años, VIH con tratamiento antirretroviral, que obtuvo diagnóstico de enfermedad inflamatoria intestinal sugerente de proctitis por Colitis ulcerosa que evolucionó sin respuesta satisfactoria a pesar del tratamiento oportuno y adherente, generando interrogantes respecto al manejo y la necesidad de dilucidar el diagnóstico en contexto de un cuadro que avanzaba inadecuadamente y que culminó con un viraje inesperado resultando ser la causa de su dolencia una de las ITS más frecuentes en el mundo, de diagnóstico y tratamiento accesibles. El paciente fue tratado con antimicrobiano por 3 semanas y evolucionó de manera favorable.

Palabras clave: Chlamydia trachomatis; Enfermedades de Transmisión Sexual; Enfermedades Inflamatorias del Intestino; Proctitis.

ABSTRACT

Proctitis frequently appears in inflammatory bowel diseases, mainly in ulcerative colitis. On the other hand, an increased incidence of

¹Servicio de Medicina Interna, Hospital Dr. Gustavo Fricke. Viña del Mar, Chile. Universidad de Valparaíso. Viña del Mar, Chile.

*Correspondencia: Livia de Lima / livialv86@gmail.com
General Bulnes 85
Viña del Mar, Chile.

Financiamiento: El trabajo no recibió financiamiento.

Declaración de conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Recibido: 26 de septiembre de 2023.
Aceptado: 22 de marzo de 2025.

sexually transmitted infections (STIs) has been described, which can start as proctitis. Additionally, the infectious etiology includes fecal-oral transmission pathogens as proctitis triggers. Similarly, non-infectious causes also play a role in the etiopathogenesis. The case is described of a 34-year-old man with HIV on antiretroviral treatment, raising questions regarding management and the need to clarify the diagnosis in the context of a condition that was inadequately advancing and ultimately culminated in an unexpected turn of events, revealing that the cause of his ailment was one of the most common sexually transmitted infections (STIs) worldwide, with accessible diagnosis and treatment. The patient was treated with antimicrobials for 3 weeks and showed favorable improvement.

Keywords: *Chlamydia trachomatis; Inflammatory Bowel Diseases; Proctitis; Sexually Transmitted Diseases.*

La palabra proctitis proviene del griego “*proktos*”, que significa “recto” utilizado para describir la parte final del tracto digestivo, y el sufijo “*itis*”, que se utiliza para denotar inflamación, así proctitis se define como inflamación de la mucosa del recto¹. Esta puede tener diversas etiologías, dentro de las más frecuentes las enfermedades inflamatorias intestinales (EII), infecciones de transmisión sexual (ITS) y efectos secundarios de tratamientos como la radioterapia, por ende, la epidemiología de la proctitis varía según la causa subyacente³.

Clínicamente puede ser aguda o crónica, y sus síntomas incluyen principalmente dolor anorrectal, descarga mucopurulenta, rectorragia, tenesmo y urgencia fecal¹. Como condición que involucra el ano y el recto y dada la similitud en la presentación clínica, hallazgos endoscópicos e incluso histológicos entre diferentes causas de proctitis el diagnóstico diferencial puede extenderse ampliamente y alargar la etapa de resolución^{12,4}. Por consiguiente, se hace necesario descartar una serie de causas más y menos frecuentes (Tabla

1) antes de entregar un diagnóstico definitivo^{1,3,5}.

La proctitis infecciosa causada por patógenos que inducen colitis extensa está ampliamente descrita, tales como *Salmonellosis* y *Shigelosis*, sin embargo, el aumento de la incidencia de ITS y de proctitis aisladas registrado en los últimos años demanda mayor vigilancia. En 2023, se notificaron más de 2,4 millones de ITS en Estados Unidos¹⁵. Por otro lado, se analizó la proctitis clínica por ITS en hombres que tienen sexo con hombres (HSH) lo que señaló a la *Neisseria gonorrhoeae* como patógeno más frecuente seguido de la *Chlamydia trachomatis*, el herpes virus y el *Treponema pallidum* con 30%, 19%, 16% y 2% del total de casos respectivamente³. Igualmente, a nivel nacional las tasas globales de ITS se han incrementado. La principal causa reportada es el condiloma acuminado (33,5%), seguido de sífilis (31,7%)^{13,14}. Se presenta un caso de proctitis por ITS que fue tratado como EII, y de no haber replanteado el diagnóstico podrían surgir consecuencias indeseables.

Tabla 1. Etiologías de proctitis.

Infecciosa	No infecciosa
<ul style="list-style-type: none"> • Patógenos ITS (proctitis localizada) <ul style="list-style-type: none"> -<i>Neisseria gonorrhoeae</i> -<i>Chlamydia trachomatis</i> -<i>Herpes Simplex</i> -<i>Treponema pallidum</i> -<i>Haemophilus ducreyi</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Inflamatoria <ul style="list-style-type: none"> -Primaria: Enfermedad inflamatoria intestinal. Colitis ulcerosa es la representante. Enfermedad de Crohn si se afecta el recto según patrón parcheado. -Secundaria: Colitis actínica por radioterapia. En recto o a zonas cercanas. Puede aparecer durante la terapia y durar algunos meses o incluso aparecer años después de la terapia. -Otras menos frecuentes: Enfermedad de Behçet, Síndrome de úlcera rectal solitaria.
<ul style="list-style-type: none"> • Patógenos no ITS (Colitis con extensión a proctitis/proctocolitis): <ul style="list-style-type: none"> -Bacterias: <ul style="list-style-type: none"> <i>Campylobacter jejuni</i>, <i>Shigella</i>, <i>Escherichia coli</i>, <i>Salmonella</i> sp. Origen alimentario y frecuente en países tropicales. <i>Clostridium difficile</i>: asociación a ambientes hospitalarios y antibióticos que pueden generar disbiosis permitiendo su reproducción. -Protozoarios: <i>Entamoeba histolytica</i>, <i>Giardia lamblia</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • No inflamatoria <ul style="list-style-type: none"> -Isquémica: origen no oclusiva por bajo gasto (hipotensión y/o hipovolemia) u oclusiva (trombosis), condiciones que afectan típicamente la unión rectosigmoidea. -Tumor colorrectal: incluye tumores benignos (adenomas) o malignos (cáncer colorrectal). -Derivación intestinal (colostomía): se excluye el recto del flujo fecal, su principal substrato metabólico. -Traumática: mayormente en contexto de masturbación.

Caso clínico

Hombre de 34 años con antecedente de infección por VIH en tratamiento antirretroviral con Truvada (Emtricitabina/tenofovir), con buen control de células CD4 (846 cel/mm³) y carga viral indetectable a lo que se sumó diagnóstico de Colitis ulcerosa (CU) en extrasistema de aproximadamente 3 meses de evolución, en tratamiento con Mesalazina 1.5 g/día y Prednisona en crisis 1 mg/kg/día con buena adherencia a terapia. Fumador con índice paquete año de 10. Niega antecedentes quirúrgicos, alergia a fármacos y antecedentes familiares de importancia. Niega drogas ilícitas y viajes dentro o fuera del país en los últimos meses.

Consulta por empeoramiento de los síntomas atribuidos a CU. Al interrogatorio dirigido destacó cuadro de aproximadamente un mes caracterizado por deposiciones líquidas, mucopiosanguinolentas en episodios de 6 a 7 veces al día, acompañado de tenesmo y urgencia fecal, proctalgia, dolor abdominal localizado en hipogastrio y fosa iliaca derecha, con intensidad por escala visual analógica (EVA) entre 6 a 7 de 10 que cede parcialmente con analgesia, además de poliartralgia ocasional a lo que se agregó en las últimas semanas sensación febril, pérdida de peso no cuantificada y despertares nocturnos en contexto de rectorragia.

Al examen físico destaca temperatura 37.5 °C, palidez cutáneo-mucosa, mucosas secas, palpación abdominal dolorosa en hipogastrio sin irradiación ni irritación peritoneal y tacto rectal doloroso con sangre roja escasa. Signos vitales: PA 120/60, FC 84 lat./min, FR 18 rpm, SpO₂ 98%.

En exámenes complementarios se objetiva anemia moderada, parámetros inflamatorios elevados, hipokalemia moderada e hipoalbuminemia. Además, microbiológico para toxina *Clostridium difficile*, coprocultivo, coproparasitológico, anticuerpos no específicos para sífilis - VDRL y Hepatitis B y C negativos (Tabla 2).

Tomografía de abdomen y pelvis con contraste (TAC AP C/C) informa engrosamiento parietal difuso en sigmoides y recto y concluye proctosigmoiditis.

Ingresó a servicio de medicina interna para estudio y manejo con impresión diagnóstica de

crisis severa de CU y se pautó tratamiento con corticoides y 5 aminosalicilato (5 ASA). Durante hospitalización se administró Hidrocortisona 100 mg cada 8 horas por vía endovenosa (EV) y se agregó mesalazina en supositorio además de reposición hídrica y de electrolitos y profilaxis antitrombótica. Evolucionó con incremento en la frecuencia de deposiciones y escasa respuesta analgésica a pesar de en esa instancia estar cursando 4° día de terapia corticoidal.

En evaluación coloproctológica destacó tacto rectal con sangre escasa, mucosa irregular, granular, lesión de consistencia elástica, dolorosa, impresionando flegmón como nuevo hallazgo.

Se indica nueva TAC AP C/C que informa íleon parietal inflamado no distensible, engrosamiento parietal difuso en sigmoides y recto. Conclusión proctosigmoiditis. Se realiza colonoscopia objetivándose mucosa rectal en su tercio inferior con úlceras profundas sugerentes de EII tipo Crohn. Lesión mamelonada de aspecto inflamatorio, con ulceraciones superficiales cubiertas por fibrina, impresionando flegmón rectal (Figura 1). Anatomía patológica revela proctitis inespecífica, alteración arquitectural en la mucosa rectal a expensas de un intenso infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario que sobrepasa la muscular de la mucosa, disminución de la mucosecreción y presencia de neutrófilos afectando al epitelio críptico, sin granulomas. Reacción en Cadena Polimerasa (PCR) para Citomegalovirus de tejido colónico negativa. Ante nuevo hallazgo de localización ileal en TAC y presencia de úlceras profundas y flegmón en colonoscopia, se hizo necesario replantear el diagnóstico, abordando la posibilidad de estar en contexto de enfermedad de Crohn. Además, ante sospecha de otras colopatías infecciosas se decidió ampliar estudio con muestras rectales en búsqueda de ITS.

Mediante PCR por Técnica de Amplificación de Ácidos Nucleicos (TAAN) se confirmó etiología infecciosa secundaria a *Chlamydia trachomatis*. PCR *Neisseria gonorrhoeae*, herpes virus tipo 1 y tipo 2 negativos.

Realizó tratamiento antibiótico y en control post alta se evaluó respuesta clínica satisfactoria con desaparición total de la sintomatología.

Tabla 2. Exámenes de ingreso.

Examen	Resultado
Hemoglobina g/dL	9.3 (N: 12-16)
Leucocitos x 10 ³ /μL	12300 (N: 4.5-11)
Plaquetas x 10 ³ /μL	396000 (N: 140-400)
Na+mEq/L	142 (N: 135-145)
Cl-mEq/L	104 (N: 100-108)
Proteína C reactiva mg/dL	11 (N: menor a 0.5)
VHS mm/h	30 (N: 0-22)
Albúmina g/dL	2.8 (N: 3.5-5)
Creatinina mg/dL	0.8 (N: 0.5-0.9)
Nitrógeno ureico mg/dL	11 (N: 8-25)
Linfocitos CD4 células/mm ³	846 (N: 500-1000)
Toxina Clostridium Difficile	Negativo
Coprocultivo / Coproparasitológico	Negativos
Anticuerpos no específicos para Sífilis o VDRL	Negativo
Virus Hepatitis B	Negativo
Virus Hepatitis C	Negativo

N: normal; VHS: Velocidad de Hemosedimentación; VDRL: del inglés Venereal Disease Research Laboratories o Laboratorio de investigación en Enfermedades Venéreas.



Figura 1: Flegmón rectal en paciente con proctitis por *Chlamydia trachomatis*.

Discusión

El paciente presentó un cuadro de proctitis infecciosa con manifestaciones sistémicas resultando con diagnóstico de Linfogranuloma venéreo (LGV) una enfermedad causada por los serotipos L1, L2a, L2b y L3 de clamidia que se caracteriza por la afectación de ganglios linfáticos regionales, destacando que puede provocar proctitis o proctocolitis¹¹. Habría presentado al comienzo del tratamiento con 5 ASA escasa mejoría. Es posible que, de persistir un tratamiento ineficaz se desarrollaran complicaciones. Visto que los síntomas y signos de proctitis son comunes independientemente de la etiología y destacando que la proctitis por clamidia puede ser indistinguible de otras causas de proctitis incluso ante resultados endoscópicos e histopatológicos, podría entorpecer el proceso diagnóstico; como ejemplo el aspecto de empedrado debido a infiltración de folículos linfoides subyacentes en una endoscopia, patrón muy característico de enfermedad de Crohn. Así mismo se ha investigado dentro de los hallazgos histológicos más frecuentes en Linfogranuloma venéreo presencia de úlceras mucosas, criptitis, abscesos de criptas y granulomas signos típicos de EII^{2,3,4}. En nuestro caso fueron descartadas etiologías similares del punto de vista clínico resaltando las EII y tumores colorrectales; además se insistió en la búsqueda de microorganismos patógenos de transmisión fecal oral como *Salmonella* y *Ameba* y se dio especial énfasis a las ITS simultáneas frecuentemente asociadas como Sifilis, Gonorrrea y Herpes virus⁶. Igualmente, no hubo clínica o condiciones que hicieran sospechar isquemia, tampoco uso de antibióticos o fármacos adicionales, antecedentes de radioterapia, cirugías recientes o lesiones traumáticas.

Comenzar con la recopilación de una historia clínica detallada que tenga como objetivo evaluar estilo de vida, viajes recientes y hábitos sexuales es un aspecto a remarcar. Es esencial realizar un examen físico enfocado que puede ayudar a distinguir los rasgos sobresalientes atribuibles a una etiología en particular^{3,6}. Tales circunstancias fueron la base para el éxito terapéutico. En este sentido la participación de expertos en enfermedades infecciosas en conjunto a opinión

del equipo de gastroenterología fue crucial para el apoyo en el manejo. El nuevo marco en el seguimiento sucedió con el resultado de la PCR confirmando el diagnóstico, la TAAAN positiva para *Chlamydia* generó el cambio de paradigma. Cabe mencionar que este examen tiene una sensibilidad y especificidad mejoradas, en comparación con el cultivo, para detectar *Chlamydia trachomatis* en sitios rectales¹².

Las terapias disponibles, de inicio empírico o específicas son capaces de garantizar un buen pronóstico y prevenir recaídas⁵. Hay que considerar la posible aparición de complicaciones como abscesos perirrectales, estenosis o fistulas en contexto de proctitis secundaria a ITS no tratada^{7,8,9}. Igualmente es esencial mencionar que la terapia profiláctica recomendada actualmente en ITS se inicia con Ceftriaxona, Azitromicina y Metronidazol o Tinidazol¹¹. Por lo mismo se inició antibioticoterapia antes de obtener un diagnóstico definitivo. Las principales opciones de tratamiento para proctitis por clamidia son Azitromicina en dosis única o Doxiciclina por 7 días¹¹. El tratamiento se realizó basado en las recomendaciones terapéuticas para Linfogranuloma venéreo con Doxiciclina por un periodo de 21 días recalando la remisión completa de las lesiones en paciente VIH¹¹.

El próximo paso fue brindar información en cuanto al alto riesgo de transmisión. Es importante que los contactos sexuales de hasta 4 semanas anteriores a la aparición de los síntomas del paciente se sometan a estudios y tratamiento preventivo^{10,11}.

Finalmente, destaco la necesidad de un alto nivel de sospecha y abordaje amplio del diagnóstico diferencial en proctitis para evitar estancias hospitalarias prolongadas, exámenes innecesarios, tratamientos erróneos y consecuencias indeseadas.

Referencias

1. Hamlyn E, Taylor C. Sexually transmitted proctitis. *Postgrad Med J*. 2006; 82(973): 733-736. Disponible en doi: 10.1136/pmj.2006.048488. PMID: 17099092; PMCID: PMC2660501. [Consultado el 06 agosto 2023]
2. Lamb CA, Lamb EI, Mansfield JC, Sankar KN. Sexually transmitted infections manifesting as proctitis. *Frontline Gastroenterol*. 2013; 4(1): 32-40. doi: 10.1136/flgas-

- tro-2012-100274. PMID: 23914292; PMCID: PMC3730937. [Consultado 30 agosto 2023].
3. Klausner JD, Kohn R, Kent C. Etiology of clinical proctitis among men who have sex with men. *Clin Infect Dis*. 2004; 38(2): 300-302. Disponible en doi: 10.1086/380838. Epub 2003 Dec 19. PMID: 14699467. [Consultado 30 ago. 2023].
 4. Soni S, Srirajaskanthan R, Lucas SB, Alexander S, Wong T, White JA. Lymphogranuloma venereum proctitis masquerading as inflammatory bowel disease in 12 homosexual men. *Aliment Pharmacol Ther*. 2010; 32(1): 59-65. Disponible en doi: 10.1111/j.1365-2036.2010.04313.x. Epub 2010 Mar 25. PMID: 20345500. [Consultado el 24 agosto 2023].
 5. Rizza S, Mistrangelo M, Ribaldone DG, Morino M, Astegiano M, Saracco GM, et al. Proctitis: A glance beyond inflammatory bowel diseases. *R. Minerva Gastroenterol Dietol*. 2020; (66): 252-266. Disponible en doi: 10.23736/S1121-421X.20.02670-7. Epub 2020 Mar 24. PMID: 32218425. [Consultado el 06 agosto 2023].
 6. Hoentjen F, Rubin DT. Infectious proctitis: When to suspect it is not inflammatory. *Bowel disease*. *Dig Dis Sci*. 2012; 57(2): 269-273. doi: 10.1007/s10620-011-1935-0. Epub 2011 Oct 13. PMID: 21994137. (57): 269-73. [Consultado el 31 agosto 2023].
 7. Páez-Canro C, Alzate JP, González LM, Rubio-Romero JA, Lethaby A, Gaitán HG. Antibiotics for treating urogenital infection in men and non-pregnant women. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2019; (1): CD010871. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD010871.pub2> [Consultado el 11 agosto 2023].
 8. Martín-Lagos Maldonado A, Herrera Mercader MDC, Lozano Cejudo C. Proctitis y abscesos perirectales: ¿Hay algo más en qué pensar? *Rev Esp Enferm Dig*. 2018; (110): 410. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082018000600016&lng=es&nrm=iso [citado el 2023-09-05].
 9. Pérez Sánchez LE, Hernández Barroso M, Hernández Hernández G. Estenosis inflamatoria rectal secundaria a *Chlamydia trachomatis*: Reporte de un caso. *Rev Esp Enferm Dig*. 2017; (109): 668-669. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082017000900014&lng=es&nrm=iso [citado el 2023-09-05].
 10. White J, O'Farrell N, Daniels D. Management of lymphogranuloma venereum: Clinical Effectiveness Group of the British Association for Sexual Health and HIV (CEG/BASHH) Guideline development group. 2013; (24): 593-601. Disponible en <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0956462413482811>. [Consultado el 24 agosto 2023].
 11. Normas de profilaxis, diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual (ITS). Norma General Técnica No187, 2016. Ministerio de Salud. Disponible en: www.minsal.cl [Consultado el 15 noviembre 2024].
 12. Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines. U.S. Department of Health and Human Services. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Recommendations and Reports. 2021; 70(4): 65-68. [Consultado el 24 noviembre 2024].
 13. Directrices para la respuesta regional integrada en prevención y control del VIH/SIDA y las ITS 2023. Departamento Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS. Departamento de prevención y control de Enfermedades. Ministerio de Salud. Disponible en <http://diprece.minsal.cl> [Consultado el 30 noviembre 2024].
 14. Orientaciones técnicas para la rendición programática y financiera de la atención de infecciones de transmisión sexual 2024. Departamento Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS División de Prevención y Control de Enfermedades. Ministerio de Salud. Disponible en: <https://diprece.minsal.cl> [Consultado el 30 noviembre 2024].
 15. Vigilancia de las infecciones de transmisión sexual. Informe de ITS, 2023, US. Bradley Stoner, MD, PhD, y Director de la División de Prevención de ETS. Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). Disponible en: <https://www.cdc.gov/sti/php/from-the-director> [Consultado el 30 noviembre 2024].