



Archivos de Coloproctología, 2019; 2(1):45-49  
[https://doi.org/10.26754/ojs\\_arcol/arch\\_colo.201913438](https://doi.org/10.26754/ojs_arcol/arch_colo.201913438)

## CASO CLÍNICO

### **Linfogranuloma venéreo como causa de proctitis y hemorragia digestiva baja. ¿Cuándo sospecharlo?**

Nuria Peris Tomás, Nuria Estellés Vidagany, Jose Ángel Diez Ares.

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo Hospital Universitario

Doctor Peset, Valencia

Presentamos el caso de un varón de 40 años que acude a Urgencias por rectorragias. Como antecedentes personales presenta: infección por VIH estadio A1, en seguimiento en CCEE de Medicina Interna desde Mayo 2012, linfadenopatía relacionada con VIH y condilomas acuminados en Diciembre de 2013. Inicio de Terapia Antirretroviral por CV>100.000 copias: TRV/PREZISTA 800 y pendiente de ser citado en la consulta de Cirugía para estudio de tumoración rectal Remitido desde Medicina Interna.

Acude a Urgencias por rectorragias. Presenta deposiciones de sangre roja con aumento del número de deposiciones (hasta 6), acompañadas de coágulos y tenesmo, sin incontinencia. Refiere 3-4 deposiciones diarias, anorexia y pérdida de peso no cuantificada, de 3 meses de evolución, que atribuyó al inicio del tratamiento antirretroviral. Pérdida de 8kg en los 2 últimos años. En la exploración física en Urgencias presenta buen estado general, consciente y orientado y mantiene la estabilidad hemodinámica. La exploración del abdomen es anodina y en el tacto rectal se describe una lesión indurada de unos 2cm a 3-4 cm del margen anal con el dedil manchado de sangre.

En cuanto a las pruebas complementarias al ingreso se realiza analítica completa sin alteraciones, urocultivos negativos y radiografías simples de abdomen y tórax sin hallazgos.



Archivos de Coloproctología, 2019; 2(1):45-49  
[https://doi.org/10.26754/ojs\\_arcol/arch\\_colo.201913438](https://doi.org/10.26754/ojs_arcol/arch_colo.201913438)

Durante el ingreso se realiza rectoscopia para toma de biopsias que describe una lesión cerebroide de 3cm que ocupa un tercio de la circunferencia con mucosa rectal que sangra al roce. El 5º día de ingreso presenta importante rectorragia con coágulos por lo que se decide revisión en quirófano. En ese momento se visualizan adenopatías inguinales inflamatorias. Se realiza revisión endoanal hallando la mucosa friable sin claro punto de sangrado y se realiza PAAF de las adenopatías. Al 7º día del ingreso, estando pendiente de los resultados de las biopsias, el paciente presentó un cuadro de rectorragia masiva asociado a inestabilidad hemodinámica que requirió intervención quirúrgica urgente. En ésta se observaron dos úlceras profundas en canal anal con una importante proctitis que afectaba a recto medio e inferior (figura 1). Se realizaron maniobras hemostáticas locales y una colonoscopia intraoperatoria sin observar otros puntos de sangrado. La PAAF de la adenopatía fue indeterminada pero la detección de ADN por PCR realizada en la muestra fue positiva para Chlamydia. La biopsia de la lesión rectal fue informada como lesiones compatibles con enfermedad de Crohn, aunque se informó que microorganismos como *C. Trachomatis* podían producir lesiones similares. El estudio se completó con la determinación del serovar L de Chlamydia y determinación serológica, que fue positiva. Ante estos hallazgos y con la sospecha de LGV se inició tratamiento con Doxiciclina 100 mg/12 horas. A las 48h el paciente presentó un nuevo episodio de rectorragia masiva que precisó revisión en quirófano y que cedió con maniobras locales.

Tras ello, el paciente evolucionó favorablemente. En la rectoscopia de control a las 3 semanas se observó mejoría de las lesiones.

## **DISCUSIÓN.**



Archivos de Coloproctología, 2019; 2(1):45-49  
[https://doi.org/10.26754/ojs\\_arcol/arch\\_colo.201913438](https://doi.org/10.26754/ojs_arcol/arch_colo.201913438)

El linfogranuloma venéreo (LGV) es una infección de transmisión sexual (ITS) causada por *Chlamydia Trachomatis* serotipo L. Considerada una enfermedad endémica en países tropicales, en 2003 se comunicaron los primeros casos en Holanda. En la última década esta enfermedad ha emergido en Europa en pacientes homosexuales <sup>1-4</sup>.

El factor de riesgo más importante identificado para contraer la infección por *Chlamydia* es la infección por VIH<sup>2-4</sup>; siendo frecuente la asociación con otra ITS. El cuadro clínico más frecuente en pacientes VIH es la proctitis, que se manifiesta con dolor, secreción mucohemorrágica, sangrado, tenesmo y/o estreñimiento; siendo menos común la aparición de la clásica úlcera genital con adenopatías.

El interés de esta ITS radica tanto en el aumento de incidencia en los últimos años en Europa como al establecer el diagnóstico diferencial, ya que su forma de presentación, hallazgos exploratorios e histológicos pueden simular una enfermedad inflamatoria intestinal o tumores infiltrantes del canal anal o recto<sup>5,6</sup>. Por ello, es necesario advertir sobre la necesidad de considerar el LGV dentro del diagnóstico diferencial de una proctitis, especialmente en pacientes VIH.

Para llegar al diagnóstico de LGV lo más importante es la sospecha clínica. Es necesario incluir el LGV en el diagnóstico diferencial ante un varón homosexual que presente sintomatología intestinal inespecífica, un cuadro sindrómico de proctitis o úlceras rectales. En nuestro caso la sospecha inicial era de tumor de canal anal, razón por la que se había iniciado el estudio. Aunque la causa más frecuente de proctitis es la enfermedad inflamatoria intestinal (EII), no se deben olvidar otras causas como la actínica o la infecciosa. Dentro de las infecciosas, son causa de proctitis los agentes etiológicos de algunas ITS como gonorrea, sífilis, herpes o clamidiasis <sup>4</sup>.



Archivos de Coloproctología, 2019; 2(1):45-49  
[https://doi.org/10.26754/ojs\\_arcol/arch\\_colo.201913438](https://doi.org/10.26754/ojs_arcol/arch_colo.201913438)

El LGV puede simular cambios histológicos de proctitis similares a los que aparecen en la enfermedad inflamatoria intestinal. Soni et al <sup>6</sup> en el análisis retrospectivo de 78 casos de pacientes VIH con LGV describen un total de 12 pacientes que habían sido estudiados previamente por un coloproctólogo o gastroenterólogo y habían sido diagnosticados de colitis ulcerosa o de colitis inespecífica. En estos casos la demora desde la primera biopsia hasta el diagnóstico de LGV fue de 6 meses.

Los hallazgos histológicos muestran criptitis, abscesos en las criptas y granulomas, siendo menos importante la distorsión de las criptas. La distinción entre los hallazgos anatomopatológicos del LGV y EII es difícil, pues en la mayoría de casos los hallazgos se superponen y hasta el momento no se ha descrito ningún hallazgo patognomónico de la infección por LGV <sup>6</sup>.

En cuanto al diagnóstico de LGV suele realizarse en dos pasos, en primer lugar la realización de una técnica de amplificación de ácidos nucleicos (NAAT) con formato de PCR y si se detecta el ADN se completa el estudio con la detección de los serovares específicos del LGV<sup>5</sup>. En el caso que estos métodos diagnósticos no estén disponibles, el diagnóstico de presunción puede realizarse mediante la detección de anticuerpos; de modo que un título alto de anticuerpos (IgA anti-MOMP) en paciente con una clínica sugestiva de LGV apoya el diagnóstico.

Es importante recordar que esta infección no se diagnostica si no se cursan las muestras adecuadas y se aplican las técnicas específicas ya que los cultivos habituales de las muestras rectales no identifican este patógeno.

El tratamiento de elección es doxiciclina oral (100mg/12h) durante 21 días<sup>2-5</sup>.



Archivos de Coloproctología, 2019; 2(1):45-49

[https://doi.org/10.26754/ojs\\_arcol/arch\\_colo.201913438](https://doi.org/10.26754/ojs_arcol/arch_colo.201913438)

Ante un paciente homosexual VIH con proctitis es importante establecer el diagnóstico diferencial con LGV ya que ello permitirá llegar a un diagnóstico precoz, cursar las muestras microbiológicas de modo adecuado, evitar exploraciones innecesarias y las complicaciones por un retraso en el tratamiento.



Figura 1: Imagen de recto inferior. Se observa ulceración rectal y proceso inflamatorio de la mucosa.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Vall-Mayans M, Caballero E. Linfogranuloma venéreo: una causa emergente de proctitis en hombres homosexuales en Barcelona. *Rev Clin Esp.* 2009; 209: 78-81.
2. Heras E, Llibre JM, Martró E, Casabona J, Martín R, Sirera G. Respuesta completa al tratamiento con doxiciclina en pacientes con infección por VIH-1 con proctitis por linfogranuloma venéreo. *Enferm Infecc Micr Cl.* 2011; 29: 124-126.
3. Van der Bij A, Spaargaren, J, Morré SA, Fennema HS, Mindel A, Coutinho RA, et al. Diagnostic and clinical implications of anorectal lymphogranuloma venereum in men who have sex with men: a retrospective case-control study. *Clin Infect Dis.* 2006; 42:186-194.
4. Ward H, Martin I, Macdonald N, Alexander S, Simms I, Fenton K, et al. Lymphogranuloma venereum in the United Kingdom. *Clin Infect Dis.* 2007; 44:26-32.
5. Vries H, Zingoni A, White JA, Ross J, Kreuter A. 2013 European guideline on the management of lymphogranuloma venereum. *J Eur Acad Dermatol.* 2014.
6. 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; 32:59-65.
7. Hoentjen F, Rubin DT. Infectious proctitis: when to suspect it is not inflammatory bowel disease. *Dig Dis Sci.* 2012; 57:269–273