

Manifestaciones Coloproctológicas de las Infecciones de Transmisión Sexual Ocasionadas por Chlamydia Trachomatis, Neisseria Gonorrhoeae y Treponema Pallidum. Presentación Casuística

Trabajo leído en sesión S.A.C.P. 2016 para optar a Miembro Titular

Laura Svidler López

Jefa de Unidad Cirugía del Hospital Juan A. Fernández. C.A.B.A., Argentina.

RESUMEN

Introducción: Las infecciones transmisibles sexualmente (ITS) con afectación anorrectal constituyen un desafío pues las manifestaciones producidas por Chlamydia trachomatis (CT), Neisseria gonorrhoeae (NG) y Treponema pallidum (TP) son similares.

Objetivo: Evaluar si las manifestaciones anorrectales debidas a CT, NG y TP asociadas al examen proctológico permiten diagnóstico certero, sin estudios complementarios.

Pacientes y método: Estudio retrospectivo. Revisión de registros de pacientes atendidos en consultorio coloproctológico. Periodo: 01/08/2015-01/07/2016. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de ITS anorrectal, excepto aquellos con HPV únicamente. A todos se les pesquisaron ITS mediante hisopado anal para CT por inmunofluorescencia y para estudio directo y cultivo de NG, VDRL para TP y además HIV. Variables: sexo, edad, HIV, sexo anal, uso de preservativo, motivo de consulta y resultado de estudios efectuados.

Resultados: Treinta y cuatro pacientes (32 hombres). Edad mediana 31,5 años (rango: 19-65). Veinticinco pacientes HIV + (73,5%). Veintinueve pacientes (28 hombres) mantenían sexo anal. 91% no usaba preservativo adecuadamente. 65% tuvo una única infección (ITS pura). Se diagnosticaron 14 sífilis (8 puras), 14 clamidiasis (7 puras) y 11 gonococcias (7 puras). Co-infección entre ellas: 9% y con HPV: 26%. La úlcera fue la manifestación en 7/8 casos de sífilis puras (todas dolorosas, excepto una). El resto presentó síntomas variados (condilomas virales atípicos, secreción purulenta y proctorragia). Más del 50% de las gonococcias puras (4/7) se manifestó con úlcera, sin embargo, el dolor estuvo presente siempre (8/8) y en tres se asoció secreción purulenta. En cambio, la mitad de los pacientes con clamidiasis puras, se manifestó con proctorragia causada por un tumor rectal/sigmoideo inflamatorio, clínicamente indistinguible de neoplasia maligna. Todos las sífilis y gonococcias tuvieron correlato con las pruebas diagnósticas, no así las clamidiasis cuyo diagnóstico no pudo confirmarse en tres casos (37,5%), que respondieron al tratamiento empírico.

Conclusión: NG y TP anorrectal provocaron mayormente síntomas similares a los de etiología no venérea y se requirió del laboratorio para el diagnóstico etiológico. La presencia de tumor con biopsia negativa para neoplasia maligna en pacientes de riesgo para ITS obliga a descartar clamidiasis.

Palabras clave: ITS; Úlcera; Proctitis

ABSTRACT

Introduction: Sexually transmitted infections (STIs) are a challenge in medical consultation. The clinical manifestations of infection by Chlamydia trachomatis (CT), Neisseria gonorrhoeae (NG) and Treponema pallidum (TP) share symptoms at anorectal level. This implies the need for a high index of suspicion for diagnosis, which is based on history, physical examination and laboratory tests that not always are accurate or available. Purpose: Assess whether clinical signs of anorectal infections by CT, NG and TP associated with proctologic exams, lead to an accurate etiologic diagnosis without the help of specific laboratory studies.

Patients and methods: Observational, retrospective study, based on a review of records of patients treated at the outpatient clinic of the Hospital Fernandez (City of Buenos Aires) department of coloproctology, in the period between August 2015 and July 2016. Patients who underwent STI diagnosis were all considered, but to those whose only diagnosis was infection by human papilloma virus (HPV) were excluded from the analysis. All patients were tested after the three etiologies of STI (anal swab for CT study by immunofluorescence, swabbing for direct study, and cultivation of NG and TP VDRL) and HIV. Variables analyzed: sex, age, presence of HIV infection, practice of receptive anal sex, proper use of condoms, signs and symptoms that prompted the consultation, and results of diagnostic tests.

Results: 34 patients (32 men) were included. Median age 31.5 years (range: 19-65, interquartile range: 26-37). Twenty-five patients (73.5%) were HIV+. Twenty-nine patients (28 men) remained receptive anal sex. 91% did not use condoms properly. 65% of infections were pure, without other STI asociada-. 14 cases of syphilis (8 pure), 14 Chlamydia (7 pure) and 11 gonococci (7 puras), including co-infection in 9% of cases, no evidence of a more frequent another co-infection diagnosed. Co-infection with HPV was detected in 9 (26%) cases. The ulcer was the sign in 7/8 cases of pure syphilis (all painful, except one). The rest is expressed by a variety of symptoms (atypical viral warts, purulent and bloody diarrhea). Similarly, just over 50% (4/7) of pure gonococci demonstrated ulcer, but the pain was always present (8/8 of pure gonococci) and three associated with purulent discharge. Instead of the ten patients with pure chlamydia, 50% manifested with bloody diarrhea caused by a rectal tumor / inflammatory sigmoid, clinically indistinguishable from malignancy. All cases of syphilis and gonococcal were correlated with diagnostic tests; not those whose diagnosis of chlamydial infection (confirmed in eight and was negative in three, 37.5%) who responded to empiric treatment indicated by the clinical suspicion.

Conclusion: While this is a small series, it shows that the NG and TP in the anorectal location mostly caused symptoms similar to those of non-venereal ethology most of the times, and laboratory assistance for etiologic diagnosis was required. The presence of tumor with negative biopsy for malignancy in patients at risk for STIs, leads chlamydia to be ruled out.

Keywords: ITS; Ulcers; Proctitis

INTRODUCCIÓN

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) son un motivo de consulta médica frecuente. Según la Organización Mundial de la Salud, se estima que anualmente 357 millones de personas contraen alguna de las siguientes ITS: clamidiasis, gonorrea, sífilis o tricomoniasis.¹ Tanto la clínica como los métodos diagnósticos están estandarizados y ampliamente difundidos, aunque esto se limita únicamente a las ITS con manifestaciones urogenitales.

Chlamydia trachomatis (CT) es una bacteria intracelular obligada, que se trasmite sexualmente y se estima infecta anualmente a cien millones de personas en el mundo. La mayoría de quienes padecen la infección anogenital por CT lo desconocen puesto que suele ser asintomática.² CT cuenta con diversos serovares, los D-K ocasionan formas moderadas de proctitis; mientras que los serovares L1-L3 son responsables de un cuadro de proctitis más agresiva, conocido como linfogranuloma venéreo (LGV).²

La gonorrea, causada por el diplococo Gram-negativo *Neisseria gonorrhoea* (NG), ha resurgido en los últimos años. La transmisión anorrectal es por el coito anal receptivo con una pareja infectada. De las mujeres con cervicitis gonocócica 35% a 50% tendrá una infección rectal concomitante, frecuentemente latente, la cual se cree resulta de la diseminación contigua de la infección genital.³

El manejo de infecciones anorrectales por CT y NG aún no ha sido establecido con claridad y, en general, los estudios se han centrado en el grupo de hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres (HSH).^{3,4}

Si bien las infecciones anorrectales por CT y NG no tienen la misma gravedad que las urogenitales, actúan de reservorio favoreciendo el posterior contagio urogenital.⁴ Asimismo, los pacientes con CT y NG anorrectal presentan riesgo elevado de adquirir el virus de la inmunodeficiencia humana (HIV)^{5,6} y pueden presentar cepas multi-resistentes de NG, cuya detección es de importancia para la vigilancia epidemiológica.⁷

La sífilis es una enfermedad sistémica con manifestaciones clínicas proteiformes, que se transmite habitualmente por vía sexual y cuyo agente causal es la espiroqueta *Treponema pallidum* (TP). A diferencia de otras ITS, el agente etiológico raramente se aísla, siendo diagnosticada en la gran mayoría de los casos por exámenes serológicos.⁸ El número de casos notificados ha variado en diferentes épocas y actualmente, se padece una nueva epidemia, siendo un problema re-emergente en muchas partes del

mundo,⁹ y Argentina no escapa a esta realidad. Con el inicio del siglo XXI, la incidencia comenzó a crecer notablemente en algunos grupos vulnerables, especialmente en HSH residentes en grandes ciudades.^{9,10}

Dado que la sífilis y el HIV comparten mecanismos de transmisión resulta esencial, para cortar la cadena de contagios y prevenir sus complicaciones, el diagnóstico precoz para un tratamiento oportuno e implementación de medidas preventivas para los contactos.

Se sabe, además, que existe sinergia entre el HIV y otras ITS, aumentando la posibilidad de adquirir el HIV con una ITS en curso. Por un lado, las lesiones que producen constituyen una puerta de entrada al HIV y por otro, tanto las infecciones ulcerativas como las no ulcerativas generan inflamación, que aumenta la concentración de células en la región genital que sirven como anclaje del HIV, aumentando tanto la capacidad de ser contagiado como de contagiar.¹¹

Motiva esta presentación el aumento creciente de las consultas que recibo por ITS tanto a nivel público como privado, así como por el riesgo que implica su sub-diagnóstico.

OBJETIVO

Evaluar si las manifestaciones clínicas coloproctológicas de las infecciones anorrectales por CT, NG y TP asociadas al examen proctológico alcanzan para arribar a un diagnóstico etiológico certero sin el auxilio de estudios de laboratorio específicos.

PACIENTES Y MÉTODO

Se efectuó un estudio observacional, retrospectivo, basado en la revisión de registros de los pacientes atendidos en el consultorio externo de coloproctología del Hospital Fernández (Ciudad Autónoma de Buenos Aires), en el período comprendido entre agosto de 2015 y julio de 2016.

Se consideraron todos los pacientes a los que se les efectuó diagnóstico de ITS, pero se excluyeron del análisis a aquellos cuyo único diagnóstico fue infección por virus de Papiloma Humano (HPV) por considerarse que por frecuencia y características esta infección corresponde un análisis independiente; sí se incluyeron a los pacientes que presentaban alguna de las ITS en estudio, asociada a la infección con HPV.

A todos los pacientes se les pesquisaron las tres etiologías de ITS en estudio, mediante hisopado anal para estudio por inmunofluorescencia (IF) para CT, hisopado para estudio directo y cultivo de NG y VDRL para TP; además de la serología para HIV, a aquellos que no presentaban serología positiva previa.

Se analizaron una serie de variables: sexo, edad, presencia de infección por HIV, práctica de sexo anal receptivo,

Laura Svidler López

lausvidlerlopez@gmail.com

Recibido: Agosto de 2019. Aceptado: Septiembre de 2019. Publicado: Noviembre de 2019.

uso adecuado del preservativo, signos y síntomas que motivaron la consulta y el resultado de los estudios efectuados.

RESULTADOS

Se incluyeron 34 pacientes, de los cuales 32 eran hombres, con una edad mediana de 31,5 (rango intercuartil: 26-37) años. Veinticinco pacientes (73,5%) tenían serología positiva para HIV. Veintinueve pacientes (28 hombres) mantenían sexo anal receptivo. El 91% del total y el 96% de los HIV+ no usaba el preservativo en forma adecuada.

Se diagnosticaron 14 casos de sífilis, 14 clamidiasis y 11 gonococcias. Las infecciones puras (sin coinfección entre ellas ni con HPV) se detectaron en 22 casos (65%): 8 TP, 7 NG, 7 CT y coinfección entre ellas en sólo 3 casos (9%), sin evidencia de una coinfección más frecuente que otra (fig. 1). Coinfección con HPV se detectó en 9 casos (26%) (fig. 2).

De los nueve pacientes con serología negativa para HIV, ocho tuvieron infecciones puras: CT en dos casos (25%), NG en dos (25%), TP en cuatro casos (50%), existiendo un caso de coinfección CT/NG.

Para el análisis de las manifestaciones clínicas se consideraron únicamente las ITS puras.

La sífilis pura, salvo en un caso se manifestó por úlceras, (todas dolorosas, menos una). Otras manifestaciones asociadas fueron el sangrado (6/8), la secreción purulenta (3/8) y los condilomas virales atípicos (2/8).

El motivo de consulta de todos los pacientes con gonococcias puras fue el dolor, que en más de la mitad de los casos se asoció a úlceras y en el mismo porcentaje a secreción purulenta (Tabla 1).

En cuanto a las clamidiasis puras, 6/7 se manifestaron por sangrado, detectándose proctitis a la endoscopia y además en cinco de los casos un tumor rectal/sigmoideo inflamatorio, clínicamente indistinguible de una neoplasia maligna. Los tumores fueron todos inflamatorios y el informe anatómico patológico de las lesiones –incluido la de un pólipo– evidenció marcado infiltrado linfoplasmocitario y en dos casos, además presencia de granulomas. La constipación fue un síntoma asociado en tres de los casos de clamidiasis y tumor rectal (Tabla 2).

En todos los casos de sífilis y gonococcia se confirmó el diagnóstico mediante pruebas de laboratorio; no así en la clamidiasis, cuyo resultado fue negativo en tres casos (37,5%), y que se consideraron clamidiasis por la respuesta clínica obtenida luego del tratamiento empírico.

DISCUSIÓN

La prevalencia a nivel anorrectal varía según las series. Al comparar la prevalencia de CT (7-17%) y NG (0-3%) en mujeres con la de CT (1-18%) y NG (6-21%) en HSH,

resulta similar entre ambos grupos para CT. Respecto al LGV, la prevalencia es predominante en HSH (2-16%).² Respecto a la sífilis, datos de Argentina muestran una tendencia creciente con tasas cada 100.000 habitantes en ciudad de Buenos Aires de: 12,35 en 2013 y 14,71 hasta la semana epidemiológica 34 de 2014.¹²

En esta serie, los porcentajes de casos producidos por los tres gérmenes evaluados fueron similares CT (41%),

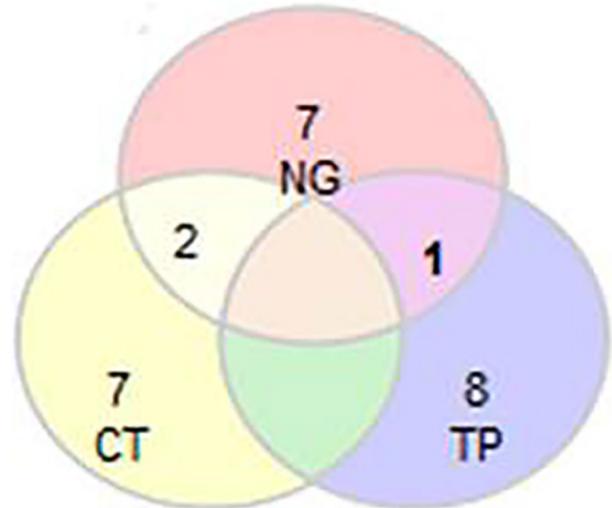


Figura 1: Distribución de ITS puras y coinfecciones entre ellas. NG: *Gonococcia*; TP: *Sífilis*; CT: *Chlamydia*

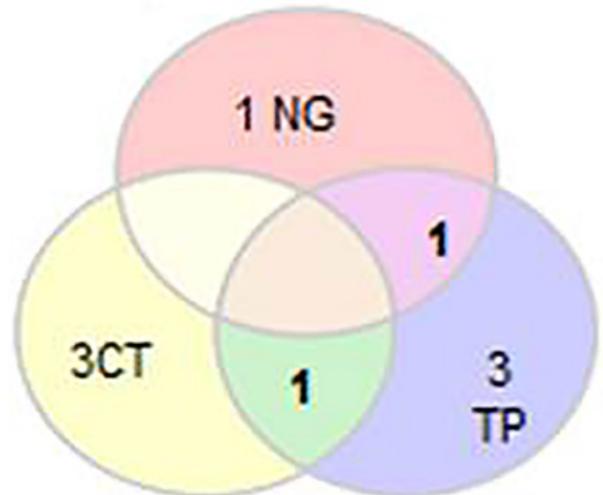


Figura 2: Distribución de ITS puras y coinfecciones con HPV. NG: *Gonococcia*; TP: *Sífilis*; CT: *Chlamydia*.

TABLA 1: ITS PURAS QUE SE MANIFESTARON POR DOLOR Y ÚLCERA

ITS PURAS	DOLOR	ÚLCERA
CT	3/7	1/7
NG	7/7	4/7
TP	6/8	7/8
ITS	1 TP-NG	1 TP-NG
MIXTAS	1 CT-NG	1 CT-NG

TABLA 2: DISTRIBUCIÓN DE OTRAS MANIFESTACIONES DE IAS TS PURAS

ITS PURAS	CONSTIPACIÓN	PÉRDIDA DE PESO	SECRECIÓN	SANGRADO	RECTITIS	TUMOR RECTAL
CT	2/7	3/7	3/7	6/7	6/7	5/7
NG	2/7	1/7	4/7	2/7	2/7	0/7
TP	1/8	0/8	3/8	6/8	1/8	1/8
ITS MIXTAS	2 CT-TP	1 CT-TP	1 CT-NG	2 CT-TP 1 CT-NG	1 CT-NG	1 CT-TP

NG (32%) y TP (41%). Las únicas dos mujeres de la serie tuvieron infección pura por TP. De los nueve pacientes HIV negativos, ocho tuvieron infecciones puras: CT en dos casos (25%), NG en dos (25%), TP en cuatro casos (50%), existiendo un caso de coinfección CT/NG.

Según el tropismo de los gérmenes por los distintos epitelios será el lugar en que asienten las lesiones y las manifestaciones que produzcan. En general, las que comprometen el recto se manifiestan por secreción, mientras que en el ano y periano suelen producir dolor.

Las manifestaciones anorrectales más comunes de estas ITS incluyen dolor anal, tenesmo, urgencia defecatoria, secreción purulenta y proctorragia. Las lesiones incluyen úlceras, y proctitis. La transmisión puede suceder a partir de prácticas sexuales como sexo anal receptivo y contacto oro-anal.⁸

La mayoría de las infecciones anorrectales por CT y NG son asintomáticas. Dependiendo de cuáles sean los serovares de CT implicados, el cuadro variará de una proctitis con síntomas mínimos (tenesmo, dolor, supuración) luego de un período de incubación de cinco a catorce días,¹³ a cuadros de proctitis más agresiva, con ulceraciones anales o perianales, secreción purulenta o sanguinolenta, tenesmo y dolor abdominal cólico en hemiabdomen inferior. Ante estas manifestaciones se debe tener en cuenta el LGV.^{2,14} La proctitis puede asociarse con síntomas como constipación, secreción mucopurulenta, sangrado rectal, prurito, dolor y tenesmo.^{13,15,16}

A la rectoscopia, la mucosa rectal puede presentarse normal, eritematosa o friable.¹⁵ Los pacientes pueden cursar abscesos perianales, fisuras y fístulas. Estos cuadros pueden simular enfermedad de Crohn.⁸

En esta serie 6/7 casos de CT puras cursaron con proctorragia y rectitis; asociado en 5/7 a tumor rectal, que impresionaba una neoplasia maligna, en cuatro de ellos. Uno de los pacientes había sido estudiado en otro centro y concurrió con varias endoscopias y biopsias, compatibles con enfermedad de Crohn (fig. 3a).

Un único paciente con serología negativa para HIV, sin antecedente de sexo anal receptivo, presentó tumor rectal inflamatorio por CT (confirmado por IF) que remitió con antibióticos. El paciente negó mantener contactos anales (se preguntó por HSH, juguetes sexuales y dedos), no se interrogó contacto heterosexual oroanal, que pudo ser el

modo de contagio (fig. 3b).

Merece un comentario el aumento de los casos de LGV con esta forma de presentación. Aunque no pudo constatar que esos cuadros fueran causados por los serovares L1-L3, puesto que no se efectuó tal determinación, los cuadros fueron similares a los descritos en la literatura. Publicaciones recientes de Brasil y España ponen en evidencia que la proctitis severa por CT es una forma clínica re-emergente de presentación del LGV.^{17,18}

Su identificación es importante ya que el tratamiento es por un tiempo más prolongado y, de no ser tratado, puede evolucionar con fístulas, estenosis o coinfección bacteriana.¹⁵

Todas las gonococcias puras de esta serie se manifestaron por dolor, asociadas en cuatro casos a úlceras y a secreción purulenta (fig. 4).

Las manifestaciones clínicas de la sífilis son polimórficas e incluyen úlceras genitales, rash cutáneo, agrandamiento de ganglios linfáticos e incluso compromiso cardiovascular y neurológico.

La sífilis es denominada la "gran simuladora" ya que puede confundirse con múltiples entidades. El estadio inicial de la sífilis se manifiesta entre dos y diez semanas post contacto sexual anal. Las infecciones por TP pueden ser asintomáticas o manifestarse por proctitis, úlceras (chancro) o pseudotumores. Las úlceras anales son frecuentemente dolorosas, a diferencia de las genitales. A la semana de aparecido el chancro aparecen adenopatías regionales en la zona del chancro. Aún sin tratamiento, las úlceras curan luego de varias semanas. Comienza entonces el período secundario, que se manifiesta por masas rectales, condilomas planos, parches mucosos, rash (que suele comprometer palmas y plantas, pero puede afectar también el tronco), fiebre y linfadenopatía. En el ano se pueden observar los condilomas planos (similares a verrugas), los cuales son extremadamente contagiosos. Los síntomas se resuelven sin tratamiento luego de tres a doce semanas.⁸ La mayoría permanecerá en forma asintomática como sífilis latente, que se diagnosticará a través de pruebas de laboratorio.

Las lesiones de esta serie producidas por infecciones puras por TP produjeron úlceras en 7/8 casos (fig. 5), asociados a dolor en 6/8 casos. El sangrado estuvo presente en 6/8 casos. Una de las mujeres de la serie cursaba rush cu-

táneo propio del secundarismo sífilítico.

Cuando se evalúa a un paciente con ITS anorrectal es importante recordar que la coinfección es muy común y se han informado porcentajes mayores al 40% en algunas poblaciones de riesgo.

En esta serie la coinfección se observó en el 35% de los casos (4/5 en pacientes HIV+).

La transmisión del HIV es facilitada por las ITS, cursen o no con lesiones ulcerosas. La coinfección resulta en una

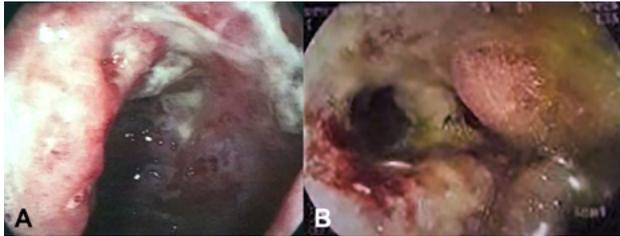


Figura 3: Imágenes endoscópicas de Clamidiais rectal. A) Simulando enfermedad de Crohn. B) Simulando neoplasia maligna.



Figura 4: Secreción purulenta típica en caso de Gonococcia pura.



Figura 5: Manifestación típica de la sífilis. Úlceras en beso.

alteración de la historia natural del HIV y de la respuesta al tratamiento. Por ejemplo, la infección por NG aumenta la infectividad del HIV y esto se revierte con el tratamiento exitoso de la NG. De modo similar, la sífilis se asocia a una disminución del recuento de CD4 y a un aumento de la carga viral, que mejoran luego del tratamiento de la sífilis.⁸

CT y NG han sido contempladas principalmente en poblaciones de riesgo como HSH o mujeres que tienen sexo anal sin protección y diversos estudios demuestran que deben ser consideradas en todo paciente con riesgo de contraer ITS, tanto urogenitales como anorrectales, debido a la asociación entre ambas. En pacientes con NG se detectó 10-40% de coinfección.⁷ En esta serie la coinfección CT/NG sucedió en el 28,5% (fig. 6).

La sífilis, al igual que otras afecciones genitales ulcerosas, actúa como un potente facilitador de la transmisión del HIV, debido a la disrupción de la barrera epitelial/mucosa y produciendo inflamación local. La activación de la respuesta inmune en huéspedes infectados contribuye a un incremento de la replicación viral.^{19,20} La coinfección entre sífilis y HIV es muy común en HSH, con una prevalencia que varía del 45 al 79%.¹⁹

En esta serie 25 pacientes (73,5 %) eran HIV+ y, todos menos uno de ellos, practicaban sexo anal receptivo sin protección. La coinfección entre HIV y TP se dio en 10/14 del total de casos de sífilis y en 10/25 del total de pacientes con HIV.

A uno de los pacientes de la serie, HSH, que practicaba sexo anal receptivo sin protección, se le diagnosticó HIV mediante pesquisa, a partir de la consulta por lesiones que resultaron causadas por TP y HPV, siendo esta última lesión un condiloma atípico confirmándose por biopsia su origen viral (fig. 7).

Para el diagnóstico biológico de CT y NG, es fundamental la toma de muestra mediante un hisopado anal o de las lesiones ulceradas.^{2,14,15,21} En el caso de infección por CT, se observa en el extendido un aumento de polimorfonucleares (PMN), de más de 10 por campo y una tinción gram negativa con ausencia de diplococos.²² El diagnóstico definitivo se realiza mediante cultivo, IFD o test de amplificación de ácidos nucleicos (NAAT).^{2,14,19,22} En el caso de infección por NG, se puede efectuar coloración de gram, aunque el diagnóstico definitivo se hace mediante cultivo en medio de Thayer Martin.^{2,14,21,23} A su vez, se recomienda el cultivo para la detección de cepas multirresistentes.^{7,24}

En el Hospital Fernández se realiza IF para la detección de CT y para NG tanto la tinción de gran como el cultivo.

Según las últimas guías de control de enfermedades de EE. UU. el diagnóstico presuntivo de la sífilis requiere el uso de dos pruebas: una prueba no treponémica (es de-

cir, Laboratorio de Investigación de Enfermedades Venéreas o VDRL, por su sigla en inglés, o el test rápido de Reagina plasmática) y una prueba treponémica (es decir, pruebas de anticuerpos de treponema fluorescente absorbidos o FTA-Ab, por su sigla en inglés, ensayo de aglutinación pasiva de partículas del TP, varias enzimas para inmunoensayos, inmunoensayos de quimioluminiscencia, inmunotransferencias o pruebas treponémicas rápidas. Aunque muchas pruebas treponémicas están disponibles comercialmente, sólo pocas están aprobadas para su uso. El uso de solamente un tipo de prueba serológica es insuficiente para el diagnóstico, existiendo resultados falsos negativos en las personas cursando sífilis primaria y resultados falsos positivos en las personas sin sífilis. Los resultados falsos positivos de la prueba no treponémica se pueden asociar con diversas condiciones médicas y factores no relacionados con sífilis, incluyendo otras infecciones (por ejemplo, HIV), condiciones autoinmunes, las inmunizaciones, el embarazo, el uso de drogas inyectables y en ancianos. Por lo tanto, las personas con una no treponémica reactiva siempre deben recibir una prueba treponémica para confirmar el diagnóstico de la sífilis. Los títulos de anticuerpos de pruebas no treponémicas pueden correlacionar con actividad de la enfermedad y se utilizan para seguir la respuesta al tratamiento.²⁵

Para el estudio de los pacientes de esta serie se efectuó solamente VDRL, no requiriéndose en ninguno de estos casos confirmación con FTA-Ab puesto que los cuadros positivos tuvieron resolución clínica con tratamiento y los negativos, permanecieron asintomáticos y con pruebas negativas en los controles ulteriores.

Existen tres diferentes modos de abordaje de las ITS y cada uno de ellos tiene ventajas y desventajas. El primero es un enfoque etiológico, que apunta a identificar al agente causal del cuadro, difiriendo el tratamiento hasta tener los resultados y requiere muchas veces una segunda visita, por lo que el paciente continúa siendo una fuente potencial de transmisión de la infección y se corre el riesgo de que no regrese. Además de que muchos de los centros de atención primaria, en donde se realiza la consulta, no cuentan con las técnicas necesarias para arribar a un diagnóstico etiológico. Los largos protocolos de diagnóstico, que retrasan los tratamientos contribuyen a la persistencia de las ITS como un problema de salud pública.²⁸ El segundo enfoque posible es el diagnóstico clínico, que implica que el médico identifique el cuadro según su experiencia y lo trate según la causa que le parece más posible. Sin embargo, hay ITS que ocasionan manifestaciones similares, lo cual dificulta un diagnóstico de certeza basándose sólo en la clínica, además es frecuente que haya infecciones mixtas que pueden pasar inadvertidas. Finalmente, el enfoque sindromático al basarse en



Figura 6: Exulceraciones y eritema perianal en caso de infección mixta por CT y NG.



Figura 7: Manifestación atípica de la sífilis. Lesión elevada exulcerada con fibrina (flecha) y condiloma atípico por HPV.

síndromes, resulta muy sensible incluso para las infecciones mixtas; permite tratar al paciente en la primera visita y torna el manejo de las ITS más accesible ya que puede implementarse en atención primaria. En algunos casos las manifestaciones pueden ser recientes o llevar largo tiempo, sin que el paciente lo haya relacionado con un contacto sexual, siendo el médico quién daba establecer la conexión. Aunque en la mayoría de los casos, se espere al resultado de la muestra para iniciar tratamiento, es importante destacar que el abordaje sindromático es particularmente útil en aquellos pacientes que presenten una clínica compatible asociado a gran malestar, o en quienes no se podrá confirmar el diagnóstico (por ejemplo, falta de estudios o disociación entre la clínica y los análisis), en usuarios de drogas endovenosas o en quienes se sospeche que no regresaran. En las circunstancias mencionadas, se recomienda iniciar tratamiento empírico según dicte el abordaje sindromático.²³ Como contrapartida, uno de los riesgos del abordaje sindromático está en relación al desarrollo de resistencia a los antibióticos por sobre-trata-

miento. El tratamiento de NG constituye un desafío debido al descubrimiento de cepas resistentes a tratamiento con cefalosporinas como ceftriaxona. Por ejemplo, en 2006 se indicaban 125 mg de ceftriaxona, en 2010 el doble y actualmente se indican 500 mg y en asociación con otro antibiótico, debido a la progresiva resistencia que ha desarrollado.^{7,11,24}

Por otra parte, para minimizar el contagio, las personas tratadas por NG deben ser instruidos de abstenerse de mantener contactos sexuales durante la semana ulterior ha realizado el tratamiento y hasta que todas sus parejas sexuales lo hayan completado también.²⁵

La falla diagnóstica de infecciones anorrectales por NG resistente hace que estas cepas continúen siendo transmitidas entre individuos, no solo a nivel anorrectal sino también urogenital.³ A su vez, la falta de identificación de estas cepas hace que los pacientes reciban tratamientos inadecuados y esto propague la resistencia aún más.^{7,24} La sobre-indicación de antibióticos por algunos profesionales y la toma de esquemas incompletos de tratamiento por algunos pacientes son otros factores a tener en cuenta como causantes de esta nueva epidemia. La Organización Mundial de la Salud especifica la necesidad de identificar estos casos a nivel clínico y bioquímico y reportarlos para la vigilancia epidemiológica.⁷

El laboratorio del Hospital Fernández (al igual que otros del país), reporta las cepas de NG al Instituto Malbrán, en el marco del programa "Red de vigilancia de la sensibilidad del gonococo".

El tratamiento para la infección por CT a nivel anorrectal es doxiciclina oral 100 mg dos veces por día por siete días. En el caso de LGV, se recomienda un esquema con doxiciclina 100 mg dos veces por día por tres semanas.^{15,22,25,26}

Las infecciones anorrectales por CT y NG, si bien no tienen a priori el mismo impacto que las urogenitales, son igualmente relevantes, tanto porque el recto actúa de re-

servorio y fuente de infección como por la gravedad de las complicaciones que en ocasiones pueden suscitar. Hay que tener presente que en el caso del TP, la omisión de su diagnóstico facilita el contagio y permite la progresión a formas graves de la enfermedad.

Resulta fundamental el manejo oportuno de estas patologías a través de un abordaje multidisciplinario. En cualquier consulta por una ITS es fundamental aprovechar la oportunidad para conversar con el paciente acerca de los riesgos de adquirir otras ITS, poner énfasis en el uso de preservativo para todo contacto sexual y sugerir el rastreo de ITS en la pareja. Solicitar serologías e indicar las vacunas de hepatitis A y hepatitis B en caso de no estar el paciente vacunado y no haber tenido estas infecciones.²³ Es preciso recordar que estas patologías se asocian a un riesgo aumentado de la transmisión del HIV, de modo tal que el correcto diagnóstico y tratamiento no sólo impacta en la salud individual del paciente tratado, sino que tiene implicancias en la salud colectiva.

CONCLUSIÓN

En esta serie, las infecciones por NG y el TP en la localización anorrectal provocaron mayormente síntomas comunes a otras patologías no venéreas, y se requirió el auxilio del laboratorio para el diagnóstico etiológico. La presencia de tumor con biopsia negativa para neoplasia maligna en pacientes de riesgo para ITS obliga a descartar clamidiasis.

La clínica no es suficiente para el diagnóstico de las ITS anorrectales, siendo los métodos complementarios de gran utilidad, a pesar de sus limitaciones relativas a la falta de disponibilidad en todos los centros, el tiempo que demora en obtenerse los resultados y la eventual presencia de falsos negativos.

BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization (WHO). Infecciones de Transmisión Centro de Prensa. 2015; Nota descriptiva N 110.
2. Lanjouw E, Ourburg S, de Vries HJC, et al. 2015 European guideline on the management of Chlamydia trachomatis infections. *Int J STD AIDS*. 2015; 1-16.
3. Dukers-Muijers NH, Schachter J, van Liere GA, Wolffs PF and Hoebe CJ. What is needed to guide testing for anorectal and pharyngeal Chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoeae in women and men? Evidence and opinion. *BMC Infectious Diseases*. 2015; 15: 1-13.
4. Bazan JA, Carr Reese P, Esber A, et al. High prevalence of rectal gonorrhoea and Chlamydia infection in women attending a sexually transmitted disease clinic. *Journal of Women's Health*. 2015; 24:182-89.
5. Bernstein KT, Marcus JL, Nieri G, et al. Rectal gonorrhoea and chlamydia reinfection is associated with increased risk of HIV seroconversion. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 2010; 53: 537-43.
6. Workowski KA. Sexually Transmitted Infections and HIV: Diagnosis and Treatment. *Top Antivir Med*. 2012; 20: 11-16.
7. World Health Organization (WHO). Global action plan to control the spread and impact of antimicrobial resistance in Neisseria gonorrhoeae. World Health Organization (WHO), Department of Reproductive Health and Research. 2012; 1: 1-36.
8. Assi R, Hashim PW, Reddy VB, Einarsdottir H, Longo E. Sexually transmitted infections of the anus and rectum. *World J Gastroenterol*. 2014; 20: 15262-68.
9. Zetola N, Klausner JD; Syphilis and HIV Infection: An Update. *Clin Infect Dis*. 2007; 44: 1222-28.
10. Fentom KA, Breban R, Vardavas JT et al. Infectious syphilis in high-income setting in the 21st century. *Lancet Infect Dis*. 2008; 8: 244-53.
11. Mark H et al. What's new in sexually transmitted infection management: changes in the 2010 guidelines from the Centers for Disease Control and Prevention. *J Midwifery Womens Health*. 2012; 57: 276-84.
12. Boletín integrado de vigilancia. Secretaria de Promoción y

- programas sanitarios. Ministerio de la Nación. <http://www.msal.gov.ar/images/stories/boletines/Boletin-Integrado-DeVigilancia-N229-SE39.pdf> (accedido 12/09/016).
13. Whitlow CB. Bacterial Sexually Transmitted Diseases. *Clinics in Colon and Rectal Surgery*. 2004; 17: 209-14.
 14. Bun RF. Enfermedades Anorrectales de Transmisión Sexual. Sociedad Argentina de Colonproctología. 2009; 3: 1-14.
 15. de Vries HJC, Zingoni A, Kreuter A, et al. 2013 European Guideline on the Management of Lymphogranuloma Venereum. *Journal of European Academy of Dermatology and Venerology*. 2013; 29:1-6.
 16. Bignell C, Unemo M, Jensen GS, et al. 2012 European Guideline on the Diagnosis and Treatment of Gonorrhoea in Adults. *International Journal of STD & AIDS*. 2013; 24: 85-92.
 17. Nadal Sr, Manzione Cr. Sexually transmitted proctitis. *J Coloproct*, 2012; 32: 95-7.
 18. López-Vicente J, Rodríguez-Alcalde D, Hernández-Villalba L et al. Proctitis as the clinical presentation of lymphogranuloma venereum, a re-emerging disease in developed countries. *Rev esp enferm dig*. 2014; 106: 59-62.
 19. Repiso B, Frieyro M, Rivas-Ruiz F, De Troya M. Condom use and number of sexual partners among male syphilis patients who report having sex with men. *Actas Dermosifiliogr*. 2010; 101: 847-52.
 20. Zetola NM, Engelman J, Jensen TP, Klausner JD. Syphilis in the United States: an update for clinicians with an emphasis on HIV coinfection. *Mayo Clin Proc*. 2007;82: 1091-102.
 21. Hamlyn E, Taylor C. Sexually transmitted proctitis. *Postgraduate Medical Journal*. 2006; 82: 733-36.
 22. de Vries HJ, Zingoni A, White JA, et al. 2013 European Guideline on the management of proctitis, proctocolitis and enteritis caused by sexually transmissible pathogens. *International Journal of STDs and AIDS*. 2013; 25: 465-74.
 23. Ministerio de Salud Argentino. Relaciones sexuales anales: Conceptos y recomendaciones para equipos de salud. MSAL: Direccion de SIDA y ETS. n/a. 1: 1-24.
 24. Cole MJ, Spiteri G, Chisholm SA, et al. Emerging cephalosporin and multidrug-resistant gonorrhoea in Europe. *Euro Surveill*. 2014; 19: 1-5.
 25. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines 2015. *MMWR*. 2015; 64:1-140.
 26. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). CDC grand rounds: Chlamydia prevention: Challenges and strategies for reducing disease burden and sequelae. *MMWR* 2011; 60:370-73.
 27. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). 2014 Recommendations for the Laboratory-Based Detection of Chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoeae. 2014, *MMWR*; 63: 1-19.
 28. Gaydos Ch, Hardick J. Point of care diagnostics for sexually transmitted infections: perspectives and advances. *Expert Rev Anti Infect Ther*. 2014; 12: 657-72.

COMENTARIO

Las infecciones de transmisión sexual tienen efectos profundos en la salud sexual y reproductiva en todo el mundo. El aumento de la práctica de sexo anal asociado al uso infrecuente del preservativo (por menor temor al VIH por los avances en la terapia y mayor consumo de sustancias ilegales), derivan en una mayor incidencia de estas enfermedades. Sus manifestaciones pueden ser similares, y en ocasiones existen coinfecciones que dificultan el diagnóstico etiológico.

En este estudio retrospectivo de 34 pacientes, la Dra. Svidler López describe las manifestaciones anorrectales de *Chlamydia Trachomatis*, *Neisseria Gonorrhoeae* y *Treponema Pallidum*, registradas durante el período de un año. A su vez, pone en consideración los tres métodos de abordaje terapéuticos (etiológico, clínico y sindromático) enfatizando las ventajas y desventajas de cada uno. Por un lado, aquel que permite el diagnóstico precoz de la infección, evitando así las complicaciones crónicas de la misma y controlando su transmisión al resto de la población. Por otro lado, el riesgo al desarrollo de resistencia a los antibióticos que implicaría el sobre tratamiento.

En conclusión, la lectura del trabajo resulta de gran interés ya que proviene de una persona con mucha experiencia en el tema, que nos permite entender mejor las ITS y su abordaje multidisciplinario.

Sebastián Guckenheimer
Hospital Pirovano. C.A.B.A., Argentina.