

Sífilis rectal primaria: presentación seudotumoral

Javier Chinelli, Gustavo Rodríguez

Corporación Médica de Canelones (COMECA). Canelones, Uruguay.

RESUMEN

Introducción: La sífilis es una infección de transmisión sexual con una incidencia en aumento.

Caso clínico: Paciente de sexo masculino de 18 años con una masa rectal inflamatoria seudotumoral. Tras la confirmación diagnóstica se realizó tratamiento antibiótico con resolución satisfactoria sin secuelas.

Discusión: La sífilis rectal es rara y presenta características endoscópicas e imagenológicas distintivas que permiten diferenciarla de las masas rectales neoplásicas. La confirmación se hace por visualización directa del *Treponema pallidum* en la biopsia con técnica de inmunohistoquímica.

Conclusión: La proctitis sífilítica debe sospecharse en pacientes de riesgo epidemiológico aumentado que presenten un tumor rectal con elementos atípicos. La identificación de contactos es esencial para detectar la infección en etapas precoces y proceder al tratamiento oportuno.

Palabras clave: sífilis; proctitis; seudotumor

ABSTRACT

Introduction: Syphilis is a sexually transmitted disease with a raising incidence.

Case description: 18-year-old male with an inflammatory rectal pseudo-tumor. After diagnosis, antibiotic therapy was administered with uneventful recovery.

Discussion: Rectal syphilis is a rare condition, with particular endoscopic and imaging findings that allow differentiation from rectal malignancy. Direct visualization of *Treponema pallidum* with immunohistochemistry staining confirms the diagnosis.

Conclusion: Syphilitic proctitis must be suspected among high-risk patients with atypical rectal tumors. Active management of sexual partners is crucial for early diagnosis and treatment.

Key words: syphilis, proctitis, pseudo-tumor

INTRODUCCIÓN

La sífilis es una enfermedad infecciosa producida por la bacteria *Treponema pallidum* (espiroqueta) y se transmite por contacto directo.

Su incidencia ha presentado un aumento de hasta 3 veces en los últimos años, particularmente en hombres que practican sexo con otros hombres, sean o no portadores del virus de inmunodeficiencia humana (VIH), aunque la asociación entre ambas patologías es muy frecuente, hasta un 30-40%¹.

El objetivo de este trabajo es comunicar un caso de sífilis rectal primaria (proctitis sífilítica), afectación poco frecuente de la enfermedad, cuya particularidad es su forma de presentación seudotumoral.

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo masculino de 18 años de edad, con múltiples parejas sexuales, sexo ano-receptivo sin métodos de barrera. No presentaba otros antecedentes ni patologías.

Consulta por proctalgia, rectorragia y tenesmo rectal de 2 semanas de evolución. Del examen proctológico se destaca la ausencia de lesiones perianales, y al tacto rectal presenta una tumoración inmediatamente por encima del anillo rectal, circunferencial, firme, poco móvil, algo dolorosa, cuyo límite proximal no se logra tacter y que sangra fácilmente.

En la rectocolonoscopia se observó un engrosamiento circunferencial de la pared del recto hasta los 10 cm del margen anal, blando, distensible a la insuflación, una mucosa intensamente congestiva con algunas ulceraciones superficiales cubiertas de fibrina (Figura 1a), que se vuelve mamelonada próximo al canal anal (Figura 1b). Se solicitó también una Resonancia Magnética Nuclear (RMN) de pelvis, en la que se puede ver un engrosamiento regular y uniforme de la pared rectal, hipointenso en T2, así como múltiples adenomegalias meso-rectales (Figura 2). La serología para VIH y VDRL fueron negativas, en tanto que la biopsia endoscópica evidenció la presencia de espiroquetas mediante técnica de inmunohistoquímica (Figura 3), confirmando así el diagnóstico de sífilis rectal.

Los autores declaran ausencia de conflictos de interés. Dr. Javier Chinelli: jchinelli01@gmail.com
Recibido: 15/3/2023. Aceptado 25/4/2024.

Javier Chinelli: <https://orcid.org/0000-0003-2381-697X>, Gustavo Rodríguez: <https://orcid.org/0000-0003-3465-8364>

Se realizó tratamiento mediante administración de penicilina benzatínica 2,4 millones de UI semanales durante 3 semanas, presentando una buena evolución clínica con resolución de la sintomatología y remisión completa de las lesiones endoscópicas. En la figura 4 se observa el aspecto endoscópico del recto después del tratamiento.

DISCUSIÓN

Las infecciones de transmisión sexual representan un problema sanitario global, estimándose a nivel mundial unos 374 millones de casos según cifras de la OMS del año 2020². En particular, la sífilis es una enfermedad sistémica y tiene ma-

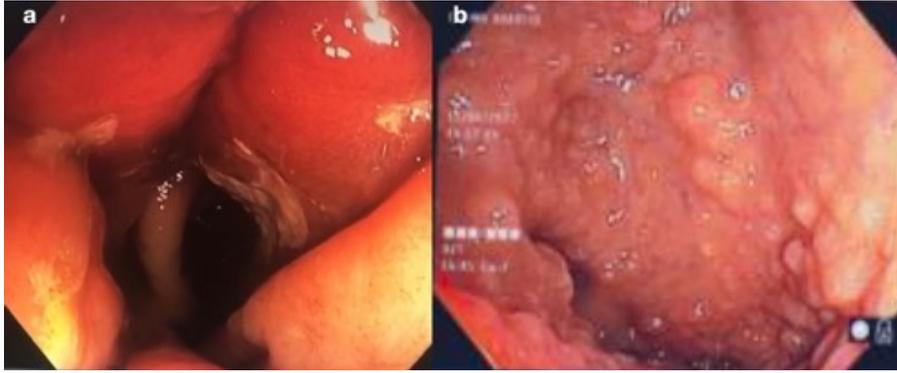


Figura 1. Aspecto endoscópico de la lesión rectal. Engrosamiento parietal (a) y mucosa mamelonada (b).

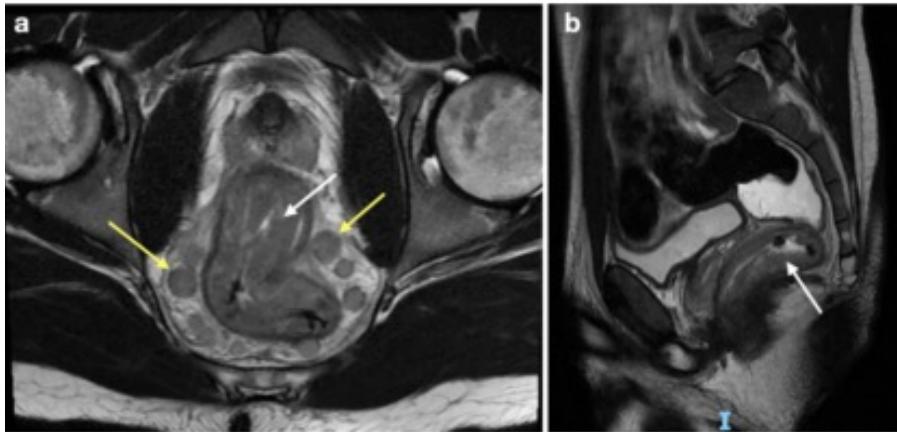


Figura 2. Resonancia Magnética Nuclear, corte axial (a) y sagital (b). Engrosamiento parietal rectal (flechas blancas) y las adenomegalias meso-rectales (flechas amarillas).

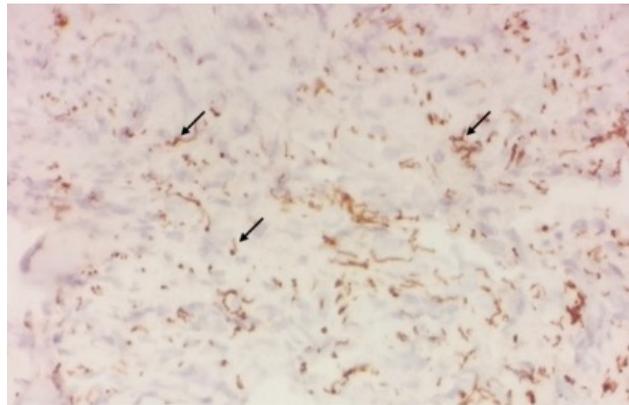


Figura 3. Microscopía con Inmunohistoquímica. Se identifican espiroquetas (flechas negras).

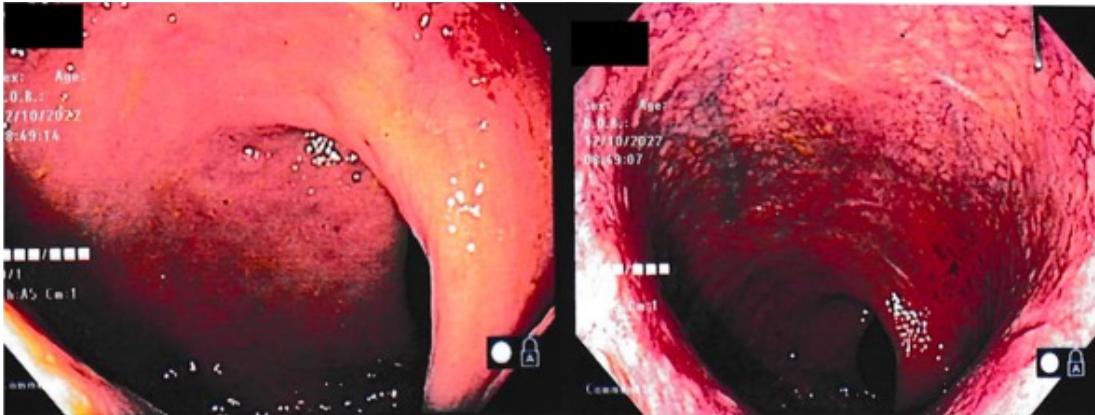


Figura 4. Colonoscopia después del tratamiento. Remisión completa de las lesiones.

nifestaciones clínicas muy variadas, dependiendo de su etapa evolutiva, entre las que se encuentran lesiones ulceradas cutáneo-mucosas, rash cutáneo, adenomegalias y afectación neurológica³.

Tras el contagio por contacto sexual anal, la infección puede transcurrir de forma asintomática, o bien, presentar manifestaciones clínicas 2-10 semanas después. Particularmente a nivel del ano y recto pueden ser úlceras (chancro sífilítico), proctitis o masas que simulan ser tumores⁴. A partir de aquí, las lesiones pueden curar incluso sin tratamiento después de varias semanas, dando lugar entonces a la segunda etapa o sífilis secundaria, caracterizada por rash palmo-plantar, fiebre, masas rectales y/o condilomas anales planos, siendo estos últimos extremadamente contagiosos. Nuevamente, estas manifestaciones pueden desaparecer sin tratamiento específico luego de 3-12 semanas. De ahí en adelante, la mayoría de los pacientes evolucionará a una forma de la enfermedad denominada sífilis "latente"⁵, únicamente detectable por pruebas de laboratorio y solo un 10-15% presentará manifestaciones tardías hasta 20-30 años después, sobre todo neurológicas, que constituyen la sífilis terciaria.

La presentación clínica en nuestro paciente es la forma seudotumoral. Algunos elementos del estudio endoscópico y la RMN permiten diferenciar esta entidad de una neoplasia rectal: el intenso componente inflamatorio de la mucosa, la distensibilidad parietal con la insuflación, el engrosamiento regular y la ausencia de hiperintensidad en las imágenes en difusión (DWI: *diffusion weighted images*), siendo la última un elemento típico de los adenocarcinomas y carcinomas mucinosos⁶. Aun así, pueden persistir las dudas diagnósticas, sobre todo con el linfoma rectal, por lo que la biopsia juega un papel fundamental.

El diagnóstico serológico se basa en la combinación de una prueba denominada *no treponémica* y otra *treponémica*. La prueba no treponémica habitualmente realizada es el VDRL (laboratorio de investigación de enfermedades venéreas, por sus siglas en inglés), que fue negativo en nuestro paciente. Esto no es infrecuente, sobre todo en casos de sífilis primaria. De la misma forma, también existen resultados falsos positivos, particularmente cuando existe coinfección por VIH – descartado en el paciente– o durante el embarazo⁷.

Dentro de las pruebas no treponémicas hay muchas disponibles (como los anticuerpos de *treponema* fluorescente absorbidos), pero no siempre se utilizan, dado que existen otros métodos de diagnóstico directo.

En el presente caso, el diagnóstico fue realizado mediante prueba inmunohistoquímica con inmunosuero a partir de la biopsia mucosa endoscópica, evidenciando las espiroquetas mediante un cromógeno.

El tratamiento consiste en la administración de penicilina benzatínica intramuscular a una dosis de 2,4 millones de UI, una vez por semana durante 3 semanas consecutivas⁸. La respuesta se evalúa clínicamente y mediante serología en aquellos casos en los que la misma fue positiva inicialmente. En este caso, se realizó también un control clínico y endoscópico, que mostró la resolución completa de la lesión rectal. De igual importancia es el rastreo y estudio de los posibles contactos para detectar precozmente la infección y proceder a su tratamiento, a efectos de evitar nuevos contagios y la progresión de la sífilis a etapas tardías con la consecuente morbilidad que ésta conlleva.

CONCLUSIÓN

La sífilis rectal es una entidad poco frecuente y deberá sospecharse ante la presencia de una masa rectal con características atípicas, sobre todo en población de alto riesgo como en el caso analizado. La identificación de contactos es esencial para detectar la infección en etapas precoces y proceder al tratamiento oportuno.

Agradecimientos: A la Dra. Elisa Laca, Patóloga, por el material fotográfico cedido.

REFERENCIAS

1. Ren M, Dashwood T, Walmsley S. The Intersection of HIV and Syphilis: Update on the Key Considerations in Testing and Management. *Curr HIV/AIDS Rep.* 2021 Aug;18(4):280-288
2. World Health Organization (WHO). Infecciones de transmisión sexual. Nota descriptiva. Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))
3. Svidler L. Manifestaciones clínicas de las Infecciones de transmisión sexual ocasionadas por Chlamydia Trachomatis, Neisseria Gonorrhoeae y Treponema Pallidum. Presentación casuística. *Rev Argent Coloproct* 2019. 30;4: 80-87
4. Svidler L, La Rosa L. Infecciones transmisibles sexualmente que afectan colon, recto y ano. El rol del cirujano, entre mitos y tabúes. Relato anual. *Rev Argent Coloproct* 2022; 33 (4): 1-97
5. 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.
6. Chen XQ, Tan BG, Xu M, Zhou HY, Ou J, Zhang XM, et al. Apparent diffusion coefficient derived from diffusion-weighted imaging to differentiate between tumor, tumor-adjacent and tumor-distant tissues in resectable rectal adenocarcinoma. *Eur J Radiol.* 2022 Oct;155:110506
7. Workowski KA, Bolan GA; Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. *MMWR Recomm Rep.* 2015 Jun 5;64(RR-03):1-137
8. Tuddenham S, Hamill MM, Ghanem KG. Diagnosis and Treatment of Sexually Transmitted Infections: A Review. *JAMA.* 2022 Jan 11;327(2):161-172