Rev Clin Esp. 2016;216(Espec Congr):997

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

I/HIV-036 - PATOLOGÍA COLOPROCTOLÓGICA EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR VIH. REVISIÓN DE 6 CASOS. IMPORTANCIA DE LA ENDOSCOPIA ANAL EN SU DIAGNÓSTICO

B. Calvo Porqueras[1], M. de Carranza López[1], M. Ramón Berenguer[1], V. Muñoz López-Peláez[2], I. Domínguez Serrano[2], G. Sanz Ortega[2], M. Núñez Orantos[3], N. Cabello Clotet[3]

[1]Medicina Interna, [2]Cirugía General y del Aparato Digestivo, [3]Enfermedades Infecciosas/Medicina Interna. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Resumen

*Objetivos:*Los últimos datos de vigilancia epidemiológica muestran un aumento en la incidencia de enfermedades de transmisión sexual (ETS) desde el año 2000, especialmente en varones con infección por VIH-1 que mantienen relaciones sexuales con otros varones sin protección. Los gérmenes más frecuentes son *N. gonorrhoeae*, *C. trachomatis* y *T. pallidum*. Su sintomatología inespecífica obliga a realizar un completo diagnóstico diferencial con neoplasia colorrectal, infecciones intraabdominales y enfermedad inflamatoria intestinal (EII). Nuestro trabajo pretende describir las condiciones inmunológicas, síntomas, procesos diagnósticos y juicio clínico en pacientes VIH-1 ingresados en nuestro centro con sintomatología abdominal/coloproctológica.

*Material y métodos:*Estudio epidemiológico descriptivo de serie de casos. Se incluyeron todos los pacientes ingresados en la Unidad de Enfermedades Infecciosas/Servicio de Medicina Interna de nuestro centro, entre los años 2012 a 2015, con infección por VIH-1 y cualquier carga viral y recuento total de CD4+. En todos los casos el motivo de ingreso fue sintomatología abdominal y/o coloproctológica a estudio y la rectoscopia/anuscopia constituyó parte esencial del estudio etiológico. En nuestro centro se ha protocolizado el despistaje de patología anorrectal en pacientes VIH mediante la derivación a Consultas de Cirugía General/Unidad Colorrectal para realización de anuscopia/rectoscopia.

*Resultados:*Se incluyen 6 varones originarios de España (3), Venezuela (1), República Dominicana (1) y Filipinas (1), con edad media de 38.3 años. El recuento de CD4+ fue en 4 de los 6 pacientes superior a 500 células/mm^3. Los síntomas predominantes fueron proctalgia (3/6 casos), rectorragia (2/6 casos) y síndrome diarreico (3/6 casos). La mayoría, 4/6 casos, presentaron fiebre > 37,8 ºC al ingreso. (tabla). En todos los casos, el tacto rectal fue doloroso y aportó datos clínicos que posteriormente se confirmarían mediante anuscopia. En todos los pacientes incluidos, el germen etiológico fue aislado tanto en exudado genital/rectal como en la biopsia por anuscopia.

	A	B	C	D	E	F
Edad (años)	40	40	38	34	37	41
Origen	Venezuela	España	España	Filipinas	España	R. Dominicana
Año diagnóstico VIH	2004	2015	2006	2014	2004	2001
Carga viral (copias/ml)	Indetectable	> 106	208.026	67.413	Indetectable	Indetectable
Recuento CD4+ (cel/mm³)> 500		316	> 500	205	> 500	> 500
Clínica						
Fiebre	Si	Si	Si	Si	No	No
Proctalgia	Si	Si	No	No	Si	Si
Diarrea	Si (aguda)	Si (crónica)	Si (aguda)	No	No	No
Otros	Eructo SRI (b. zoster)	Vómitos		Dolor en HCD	Rectorragia	Rectorragia, estreñimiento, lumbociatalgia
Examen físico	Abdomen doloroso difuso. TR: doloroso, no lesiones	Anodino. TR: doloroso, no lesiones	Dolor suprapúbico. TR: hemorroides internas y externas. Lesión palpable, dura y dolorosa en recto	Hepatomegalia dolorosa. Anemia microcítica/hipocromia. TR: doloroso, edema de mucosa	Anodino. TR: restos hemáticos, hemorroides internas	Conglomerado adenopático en FID. Lasègue+ bilateral. TR: doloroso con fisuras y edema de mucosa perianal
Sospecha clínica	Adenoconjuntivitis vírica. Colitis infecciosa	Fisura anal	Colitis infecciosa	Neoplasia rectal	Hemorroides internas. Úlcera rectal	Linfogranuloma venéreo. Abscesos apendicular, EII
Pruebas Dx elementales	Coprocultivo, Rx abdomen, anuscopia	Anuscopia, coprocultivo, ecografía abdominal	Anuscopia, exudado rectal	Anuscopia, TAC abdomen, biopsia rectal	Anuscopia	Anuscopia, exudado rectal, RMN lumbosacra
Juicio clínico	Shigellosis, síndrome de Reiter	Amebiasis (*E. hystolítica*); úlceras rectales por *C. trachomatis*	Proctocolitis infecciosa por *C. trachomatis* y CMV, condilomas	Proctitis por CMV y VPH (6, 11, 56)	Úlcera rectal por VPH (53 y 81) y *C. trachomatis*	Linfogranuloma venéreo por *C. trachomatis*, hernia discal L4-L5

SRI: síndrome de reconstitución inmune; HCD: hipocondrio derecho; TR: tacto rectal.

*Conclusiones:*Se debe realizar cribado de ETS en todo paciente con infección por VIH y cualquier situación inmunológica mediante la toma de muestras microbiológicas (exudado uretral y rectal) y la realización de anuscopia mediante un abordaje multidisciplinar por Medicina Interna y Cirugía Colorrectal. Es preciso iniciar tratamiento empírico cuando exista sospecha clínica. Podemos predecir que la anuscopia proporciona un diagnóstico precoz, implica una reducción de la estancia hospitalaria y permite la toma de muestras anatomopatológicas para la realización de técnicas de amplificación molecular que confirmen el diagnóstico o comprueben falsos negativos en pruebas de rutina microbiológicas. Así mismo sería interesante establecer si existe una asociación estadísticamente significativa entre esta patología emergente en la población VIH y la carga viral y recuento de CD4+ al diagnóstico. Para ello sería necesario desarrollar estudios con muestras más amplias.

0014-2565 / © 2016, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.