



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 Porqueras¹, M. de Carranza López¹, M. Ramón Berenguer¹, V. Muñoz López-Peláez², I. Domínguez Serrano², G. Sanz Ortega², M. Núñez Orantos³, N. Cabello Clotet³

¹Medicina Interna, ²Cirugía General y del Aparato Digestivo, ³Enfermedades 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/mm³. 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 °C 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	41	38	34	37	41
Origen	Venezuela	España	España	Filipinas	España	R. Dominicana
Año diagnóstico VIH	2004	2011	2008	2014	2004	2001
Carga viral (copies/ml)	Indetectable	> 10 ⁶	208.026	67.613	Indetectable	Indetectable
Recuento CD4+ (células/mm ³)	> 500	216	> 500	295	> 500	> 500
Clasificación						
Fiebre	SI	SI	NO	SI	NO	NO
Proctalgia	SI (espasmo)	SI	NO	SI	NO	NO
Rectorragia	SI	NO	NO	NO	SI	NO
Diarrea	SI (crónica)	SI (crónica)	NO	NO	NO	NO
Examen físico	Examen SII (d. nódulo)	Vértigo	Dolor en HCS	Dolor en HCS	Rectorragia	Rectorragia, exudado, linfocitosis
Síntomas clínicos	Abdomen doloroso difuso. TI: doloroso, no lastimado. TI: doloroso, no lastimado	Abdomen doloroso difuso. TI: doloroso, no lastimado. TI: doloroso, no lastimado	Dolor suprapúbico. TI: hemorroides internas y externas. Lastimado palpable, dura y doloroso en recto (proctitis) difusa. Anemia microcítica-hipocromica. TI: doloroso, edema de mucosa anal.	Dolor en HCS	Rectorragia	Rectorragia, exudado, linfocitosis
Pruebas de laboratorio	Adenocarcinoma vírico. Cultivo bacteriano	Fiebre oral	Cultivo bacteriano	Cultivo bacteriano	Adenocarcinoma vírico. Abceso apendicular. EII	Linfoproliferación vírica. Abceso apendicular. EII
Pruebas de imagen	Coloproctitis. B. adenosa, anuscopia	Anuscopya, ecografía abdominal	Anuscopya, ecografía rectal	Anuscopya, ecografía rectal	Anuscopya, ecografía rectal. BSV linfocitaria	Anuscopya, ecografía rectal. BSV linfocitaria
Pruebas de imagen	Coloproctitis, síndrome de Behçet	Anuscopya (F. fistulítico), dolorosa reactiva por C. trachomatis y CMV, condilomas	Anuscopya, ecografía rectal	Proctitis por CMV y VPH (6, 11, 36)	Coloproctitis	Coloproctitis
Pruebas de imagen	SI: síndrome de reconstitución toxémica. BCS: hepatocito derecho; TI: lesión rectal				Úlcera rectal por VPH (3) y B19 C. trachomatis	Linfoproliferación vírica por C. trachomatis, lesión distal L4-L5

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 anoscopia mediante un abordaje multidisciplinar por Medicina Interna y Cirugía Colorrectal. Es preciso iniciar tratamiento empírico cuando exista sospecha clínica. Podemos predecir que la anoscopia 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.