

# Proctitis infecciosa por *Streptococcus Pyogenes* y *Chlamydia Trachomatis* - A propósito de un caso

## *Infectious proctitis due to Streptococcus Pyogenes and Chlamydia Trachomatis - About a case*

Blanca Sánchez Galindo

Servicio de Salud de Castilla la Mancha. Centro de Salud Zona VIII. Albacete.

### ABSTRACT

We present the case of proctitis due to *Streptococcus pyogenes* and *Chlamydia trachomatis*, acquired by sexual transmission, in an immunocompetent patient. Sexually transmitted infections (STIs) are becoming more frequent and this possibility must be taken into account in the differential diagnosis of the causes of proctitis. The most frequent causative agents are *Chlamydia trachomatis*, *Gonococcus*, *Herpes simplex virus* and *Treponema Pallidum*, however, *Streptococcus pyogenes* infection should be assessed even in immunocompetent patients. It is important to consider sexually transmitted infections as a cause of proctitis to avoid a delay in antibiotic treatment and the development of complications.

**Keyword:** proctitis, sexually transmitted infection, *Chlamydia trachomatis*, *Streptococcus pyogenes*.

### RESUMEN

Presentamos el caso de una proctitis por *Streptococcus pyogenes* y *Chlamydia trachomatis*, adquirida por transmisión sexual, en un paciente inmunocompetente. Las infecciones de transmisión sexual (ITS) son cada vez más frecuentes y se debe tener en cuenta esta posibilidad dentro del diagnóstico diferencial de las causas de proctitis. Los agentes causales más frecuentes son *Chlamydia trachomatis*, *Gonococo*, *Virus herpes simple* y *Treponema pallidum*, sin embargo, se debe valorar la infección por *Streptococcus pyogenes* incluso en pacientes inmunocompetentes. Es importante tener en cuenta las infecciones de transmisión sexual como causa de proctitis para evitar un retraso en el tratamiento antibiótico y el desarrollo de complicaciones.

**Palabras clave:** proctitis, infección de transmisión sexual, *Chlamydia trachomatis*, *Streptococcus pyogenes*.

### INTRODUCCIÓN

Las infecciones de transmisión sexual son un motivo de consulta cada vez más frecuente en atención primaria y en la consulta especializada ambulatoria y hospitalaria. En las últimas décadas se ha producido un aumento progresivo de las infecciones de transmisión sexual (ITS), siendo estas el agente causal en un porcentaje importante de los casos de proctitis.<sup>1</sup>

La proctitis incluye un amplio espectro de enfermedades, ya sea infecciosas o no infecciosas. La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) es la causa más frecuente de proctitis. Pese a ello, la incidencia de proctitis infecciosas por *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, *Treponema pallidum* y virus herpes simple ha ido aumentando en los últimos años<sup>2</sup>. Además, se han descrito otros microorganismos como los *Streptococcus*  $\beta$  hemolítico del grupo A como causa de proctitis infecciosa, aunque siendo su aparición mucho menos frecuente<sup>3</sup>. La infección por estos últimos microorganismos se ha asociado a prácticas sexuales que incluyan contacto de secreciones orales con el área genital.<sup>4</sup>

*Chlamydia trachomatis* es la segunda causa de proctitis infecciosa después de *Neisseria gonorrhoeae* y se produce principalmente en hombres que tienen sexo con hombres y en pacientes con infección por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)<sup>2</sup>. *Chlamydia trachomatis* (CT) es una bacteria intracelular responsable de la infección anal de millones de personas a nivel global. Existen diversos genotipos de CT. Los genotipos A, B y C producen tracoma ocular, los D a K ocasionan formas más leves de ITS y los genotipos L1, L2 y L3 son responsables de un cuadro más agresivo, denominado linfogranuloma venéreo.<sup>5</sup>

La mayoría de las infecciones anorrectales producidas por *Chlamydia trachomatis* no son sintomáticas; cuando lo son y dependiendo de los genotipos implicados, el cuadro variará desde una proctitis con síntomas mínimos a cuadros más graves.<sup>5</sup>

Aunque la clínica y la imagen endoscópica sean superponibles a la proctitis causada por otras etiologías como la EII, es importante la sospecha diagnóstica y establecer el diagnóstico diferencial, ya que va a determinar el manejo terapéutico y el pronóstico de la enfermedad.<sup>1</sup>

### CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de un varón de 30 años, sin hábitos tóxicos, que recibe profilaxis preexposición del VIH. Acudió a urgencias por diarrea de 4 días de evolución, presentando 6 deposiciones líquidas al día, sin observar restos patológicos asociado a sensación de tenesmo a nivel anal de 10 días de evolución, y dolor en hemiabdomen inferior, afebril, sin otra sintomatología asociada. Como antecedente de interés, el paciente refirió haber mantenido relaciones sexuales en forma de coito anal receptivo sin método barrera en los 15 días previos.

En la exploración física destaca dolor a la palpación profunda a nivel de hipogastrio. En el tacto rectal la mucosa era irregular. En la analítica de sangre se observó elevación de los reactantes de fase aguda sin leucocitosis asociada.

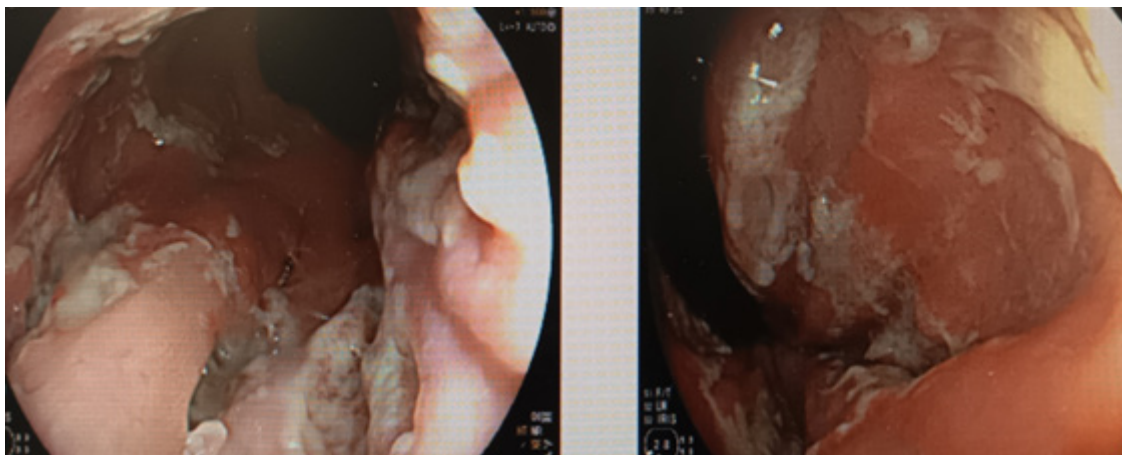


Figura 1. Imagen endoscópica en la que se observan ulceraciones amplias y profundas con fibrina.

Dados los hallazgos en la exploración física y en la analítica se decidió realizar una colonoscopia, en la que se observó desde margen anal hasta unos 5cm, la mucosa presenta aspecto edematoso, con amplias y profundas ulceraciones con fibrina y friabilidad al roce con el endoscopio (Figura 1). Dados los hallazgos y el contexto clínico del paciente se sospechó como primera posibilidad diagnóstica proctitis infecciosa. Se realizó un frotis rectal con empleo de la técnica de reacción en cadena de la polimerasa (PCR) para ITS y biopsia para cultivo.

En el frotis rectal se identificaron tras empleo de la técnica PCR abundante *Streptococcus pyogenes* y *Chlamydia trachomatis*.

Como tratamiento se indicó ceftraixona IM asociada a doxiciclina durante 1 semana, con desaparición de la sintomatología tras el tratamiento pautado.

## DISCUSIÓN

Los principales agentes infecciosos causantes de proctitis se transmiten por vía sexual y son *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, Virus herpes simple, *Treponema pallidum* y menos frecuente el linfogranuloma venéreo. Los síntomas pueden variar según el agente patógeno causal, pero por lo general los síntomas son superponibles e indistinguibles de los presentes en la EI. Los síntomas más frecuentes son el tenesmo rectal, la diarrea, el sangrado rectal y la secreción mucosa, predominando en la sífilis el síntoma de dolor, mientras que las producidas por *Chlamydia trachomatis* y *Neisseria gonorrhoeae* son menos dolorosas.<sup>1</sup>

Tras la introducción de la profilaxis preexposición para VIH, la incidencia de proctitis infecciosa ha ido en aumento, particularmente en hombres que practican sexo con hombres, lo que ha causado un repunte en hallazgos endoscópicos que eran poco habituales en las últimas décadas.<sup>6</sup>

Los hallazgos endoscópicos pueden ser similares en la proctitis de causa infecciosa y en la ocasionada por EI, como eritema, friabilidad de la mucosa, erosiones y/o úlceras profundas con exudado mucopurulento.<sup>6</sup> El diagnóstico diferencial con las causas no infecciosas es difícil, por lo que debe mantenerse una alta sospecha y tomar mues-

tras de heces para microscopia, cultivo y pruebas moleculares, así como realizar estudios endoscópicos con toma de biopsias.<sup>7</sup>

La proctitis causada por *Chlamydia trachomatis* suele ser hasta en el 70% de los casos asintomática, presentando un periodo de latencia de 7 a 10 días y se caracteriza por afectar a la mucosa rectal superficial y en la endoscopia se suele observar eritema con úlceras.<sup>8</sup>

Por su parte, *Streptococcus pyogenes* es una causa muy poco frecuente de proctitis, principalmente en niños, en los que la diarrea se asocia con fiebre y secreción rectal de sangre y moco. Sin embargo, en nuestro caso el paciente no presentaba ninguno de estos síntomas asociados.<sup>3</sup> Las prácticas sexuales que incluyan el contacto de secreciones orales con el área anogenital pueden favorecer la transmisión de gérmenes orofaríngeos a esta zona.<sup>4</sup>

La infección persistente por *Chlamydia trachomatis* puede llevar al desarrollo de complicaciones como la formación de abscesos perirrectales o estenosis, lo que subraya la necesidad de un diagnóstico y tratamiento tempranos.<sup>9</sup>

En la proctitis asociada a enfermedad de Crohn la afectación suele ser segmentaria, transmural y se pueden observar fístulas y fisuras. En la endoscopia destaca la aparición de aftas, úlceras serpinginosas, aspecto en empedrado y estenosis.<sup>8</sup>

En la proctitis asociada a colitis ulcerosa se suele afectar la mucosa de manera continua. En la endoscopia se observa pérdida del patrón vascular, eritema, edema, hemorragia espontánea o al roce, pseudopólipos, microabscesos crípticos y distorsión de las criptas.<sup>8</sup>

En el manejo de los pacientes con sospecha de proctitis infecciosa se debe incluir el análisis de ITS como las causadas por *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, virus herpes simple y sífilis. En la actualidad, el método estándar para el diagnóstico de la infección por *Chlamydia trachomatis* es la identificación de la bacteria en tejido o en fluidos del paciente.<sup>2</sup> En nuestro caso se detectó en la biopsia la infección por *Chlamydia trachomatis* asociada a *Streptococcus pyogenes*.

El tratamiento en los casos de proctitis por *Chlamydia trachomatis* es doxiciclina vía oral, dosis de 100mg cada 12 horas durante tres sema-

nas, como en nuestro paciente. Otras alternativas son el uso de macrólidos como eritromicina 500mg cada 6 horas durante tres semanas o azitromicina 1gr en dosis única semanal durante 3 semanas.<sup>2</sup>

Tras finalizar el tratamiento la respuesta clínica y endoscópica suele ser completa con desaparición de las lesiones en la gran mayoría de los pacientes.<sup>2</sup>

Concluimos que la proctitis de transmisión sexual es común y debe de considerarse en aquellos pacientes con prácticas sexuales de riesgo independientemente de su estado inmunológico. La proctitis por *Chlamydia trachomatis* asociada a *Streptococcus pyogenes* es poco habitual, pero debe incluirse en el diagnóstico diferencial de la proctitis infecciosa. La presentación clínica de estos pacientes puede ser similar a aquellos con proctitis causada por EI, por ello es necesario conocer estas entidades para poder realizar una adecuada historia clínica y establecer un diagnóstico diferencial adecuado para determinar en cada caso el tratamiento más apropiado.

#### CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaramos que no existe ningún conflicto de intereses.

#### FINANCIACIÓN

Los autores de esta publicación no recibieron financiación.

#### CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para la realización del presente trabajo se han cumplido las normas éticas del Comité de Investigación y de la Declaración de Helsinki de 1975.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Abellán P, Salvador L, Jiménez R. Proctitis de transmisión sexual, una entidad olvidada. RAPD ONLINE. 2021; 44 (2): 62-4.
2. Córdova A, Quera R, Contreras L, Catalán P, Quezada F, Tinoco J. Proctitis y enfermedad perianal de causa infecciosa: una mirada más allá de la enfermedad inflamatoria intestinal. Rev Chilena Infectol. 2021; 38 (6): 820-3.
3. Barnham M, Al-Dabbagh AK, Gray C, Dyke GW. Necrotizing proctitis caused by *Streptococcus pyogenes*. J Infect. 2000; 40: 285-90.
4. La Rosa L, Serrano ME, Aguilera F, Cittadini J, Caffarena D, Miravalle IR, et al. Rectitis por *Streptococcus B* hemolítico grupo G. Acta Gastroenterol Latinoam. 2017; 47 (1): 68-71.
5. Svidler L, La Rosa L, Caffarena D, Santos B, Rodríguez M, Entrocassi AC. Proctitis infecciosa por *Chlamydia Trachomatis*. Rev Argent Coloproct. 2019; 30 (2): 57-64.
6. Hamud OS, Morales GA. Proctitis infecciosa por *Chlamydia trachomatis*, reporte de caso. Endoscopia. 2021; 33 (3): 119-21.
7. Santos AL, Coelho R, Silva M, Rios E, Macedo G. Infectious proctitis: a necessary differential diagnosis in ulcerative colitis. Int J Colorectal Dis. 2019;34(2):359-62.
8. Moncada AC, Bernad B, Badia E, Ramos-Rosario HA, Arias L, Sicilia B. Proctitis: diagnóstico diferencial. A propósito de un caso. Enferm Inflam intest dia. 2015; 14 (1): 26-9.
9. Martín-Lagos A, Herrera MC, Lozano C. Proctitis y abscesos perirrectales: ¿algo más que pensar? Rev Esp Enferm Dig. 2018; 110 (6): 410-1.