

PROCTITIS INFECCIOSAS: LO QUE EL RADIÓLOGO ESPERA ENCONTRAR

Infectious proctitis: what the radiologist expects to find.

Pablo D. Estofan*, Zulma Abraham, Julieta B. Jaime.

Correspondencia: Pablo Daniel Estofan. *E-mail: pabloestofan11@gmail.com.*

ARGUS diagnóstico médico.

Servicio de resonancia magnética, Hospital General de Agudos Dr. Juan A. Fernández, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Se declaran no tener conflictos de interés.

Objetivos de aprendizaje

Poseer los conocimientos pertinentes de la patología gastrointestinal infecciosa (proctitis, proctocolitis y enteritis) para luego realizar:

- ✓ Enfoque multidisciplinario.
- ✓ Correcto diagnóstico de la patología.
- ✓ Controles post-tratamiento.

Revisión del tema

Definición: síndrome inflamatorio del canal anal y/o del recto.

Etiologías: Neisseria gonorrhoeae, Chlamydia trachomatis (incluyendo linfogranuloma venereo), Treponema pallidum y virus herpes simple, sin dejar de lado al CMV en aquellas personas inmunodeprimidas.

Factores de riesgo:

- ✓ HIV seropositivo.
- ✓ Otras ITS en los últimos 6 meses
- ✓ Relaciones sexuales anales receptivas sin condón en los últimos 6 meses e historia de sexo traumático en los últimos 3 meses.

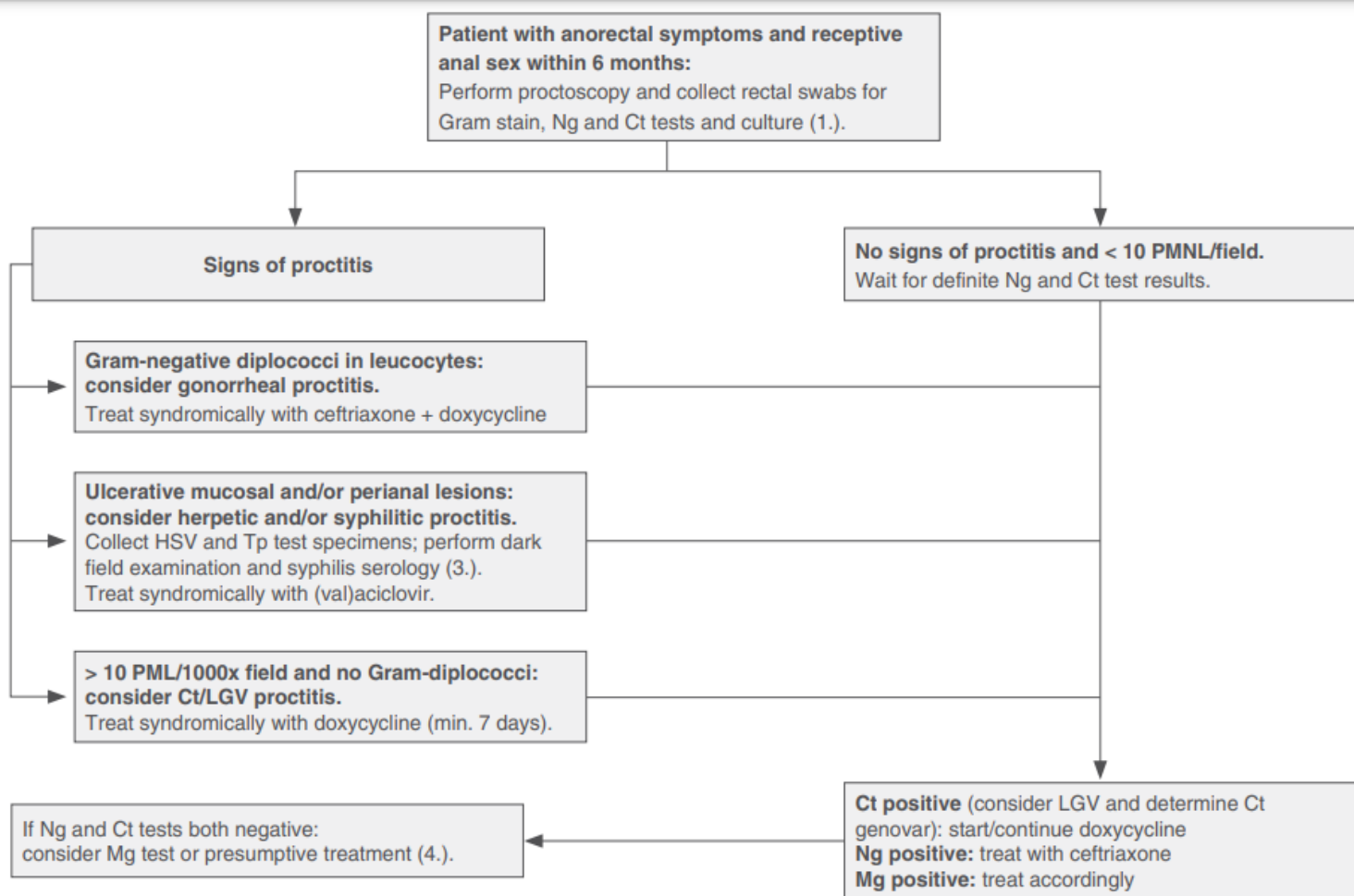
Signos y síntomas:

- ✓ Sangrado.
- ✓ Dolor y prurito anorrectal.
- ✓ Constipación.
- ✓ Sensación de plenitud rectal o defecación incompleta y tenesmo.
- ✓ Mucosidad/pus en la luz rectal.
- ✓ Pérdida del patrón vascular normal, edema de mucosas, sangrado por contacto.
- ✓ Ulceraciones (especialmente en linfogranuloma venéreo y sífilis)

Diagnóstico de certeza: toma de muestra a través de anoscopía-rectosigmoideoscopia, aplicando las distintas pruebas microbiológicas.

Se incluye:

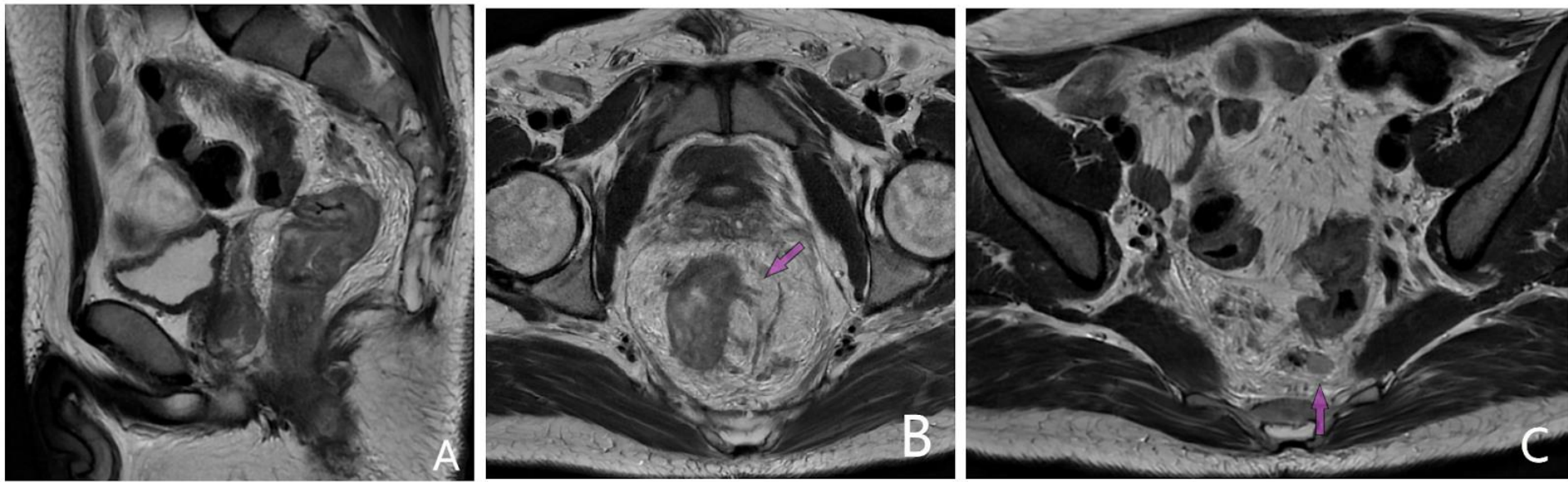
- ✓ Tinción de Gram para evaluar el componente inflamatorio (recuento de leucocitos) y/o para detectar organismos característicos en dicha tinción como NG (diplococos gram -).
- ✓ Amplificación de ácidos nucleicos para LG y su tipificación.
- ✓ Campo oscuro en sífilis.



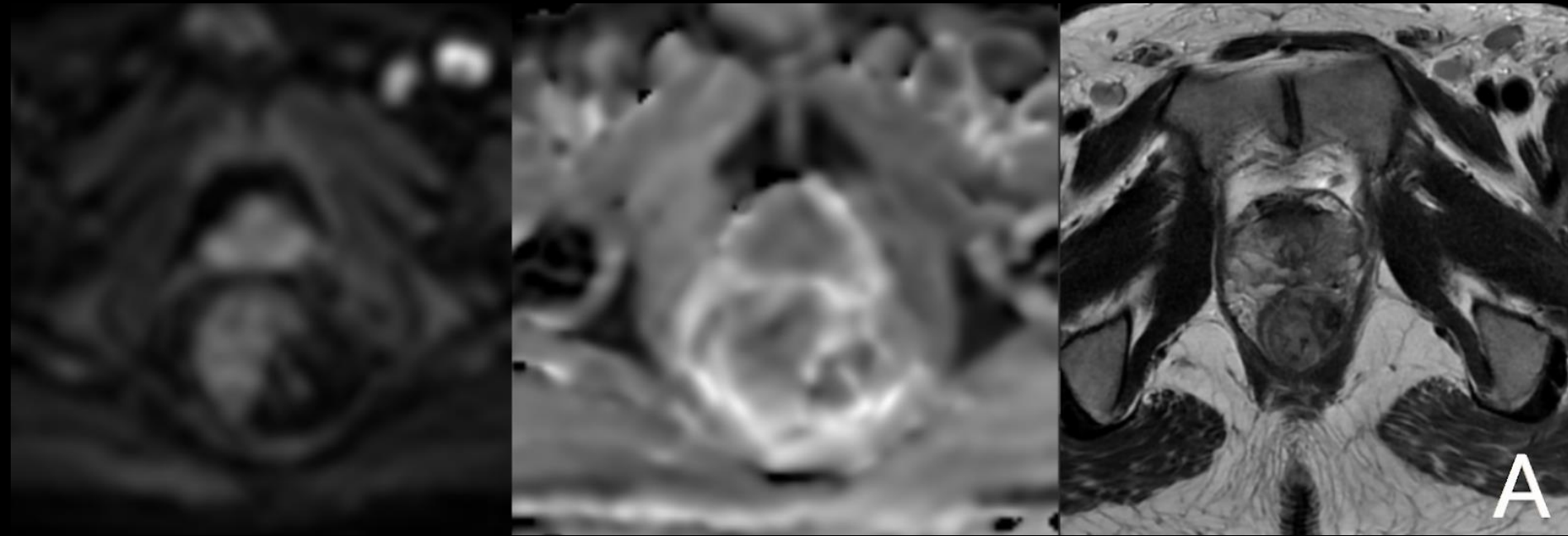
Se estudiaron de forma retrospectiva aquellas resonancias magnéticas del Hospital General de Agudos Dr. Juan A. Fernández realizadas entre mayo del 2017 y enero del 2022, en donde **se evaluaron cuatro pacientes con hallazgos imagenológicos característicos con confirmación de proctitis** por microbiología, todos con un agente infeccioso distinto, sea o no por transmisión sexual.

A continuación se presentan cuatro casos.

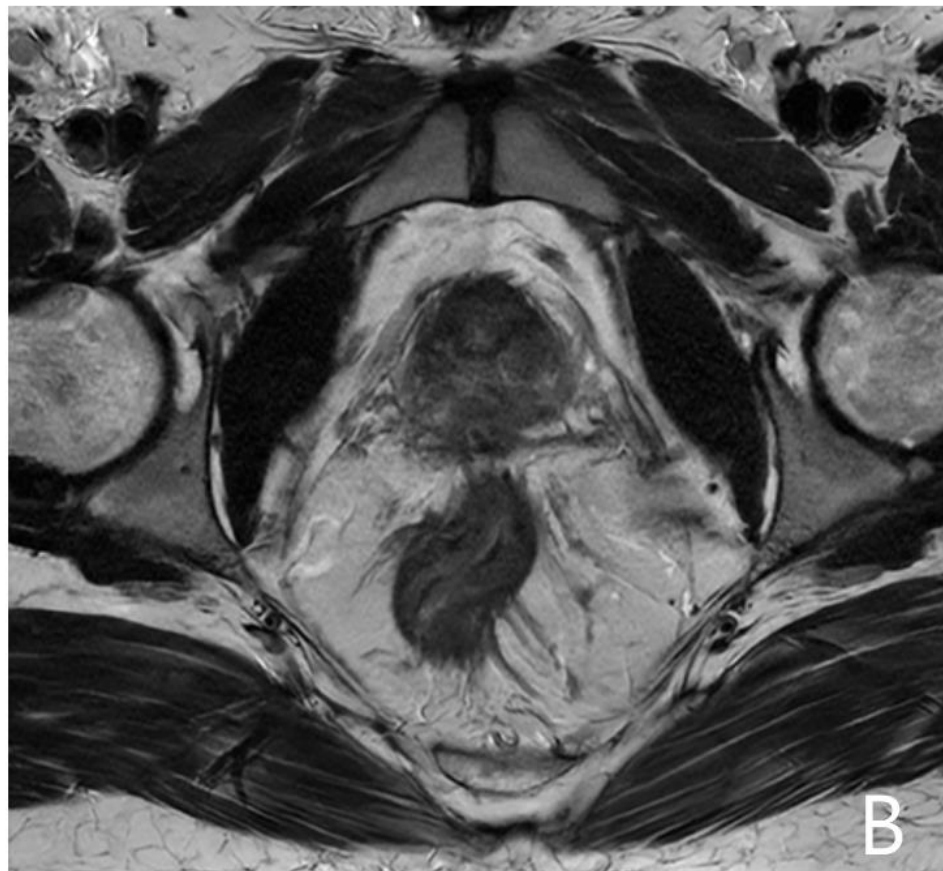
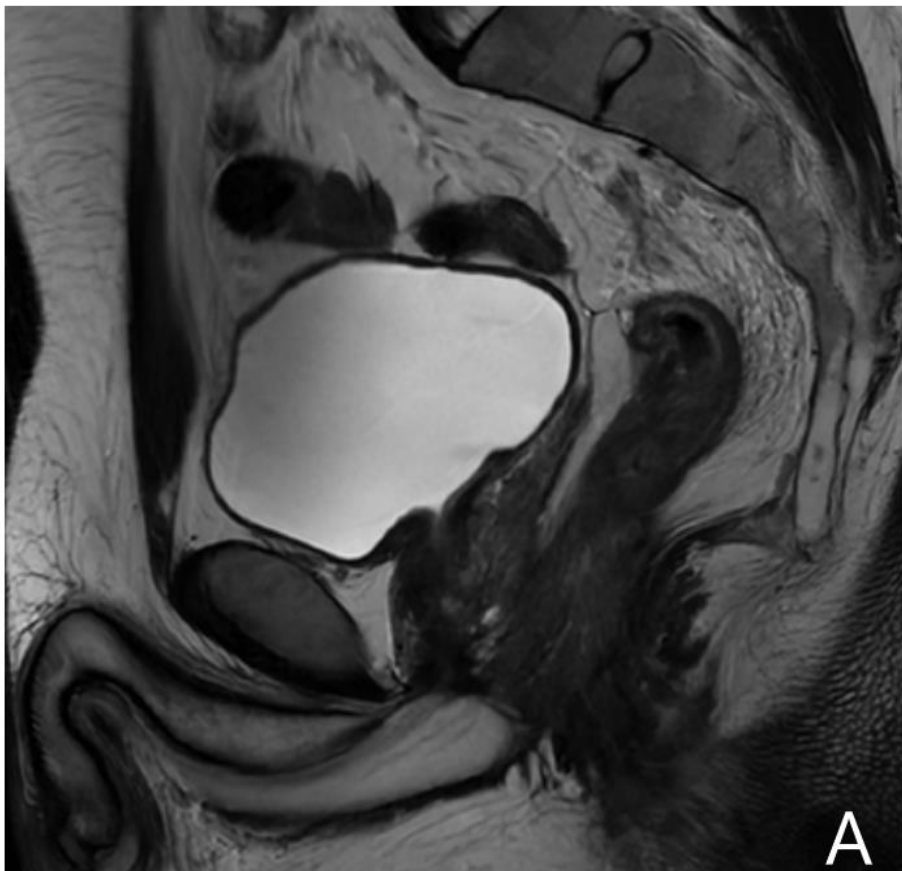
CASO 1: paciente masculino de 27 años con diagnóstico reciente de HIV. Antecedente de LUES en 2019. Refiere deposiciones diarreicas de 2 meses de evolución y dolor perianal asociado a prurito. Al examen físico se visualizan condilomas planos y acuminados en región perianal y fisura anal. El diagnóstico: **sífilis**.



Img. A. Se observa compromiso extenso del recto, con aparente indemnidad del sigmoide. **B.** podemos ver el engrosamiento parietal circunferencial, evidenciándose turgencia de los vasos (flecha), con aparente cambio de señal endoluminal. **C.** Coexisten estructuras ganglionares (flecha), que si bien se encuentran en rango adenomegalico conservan su morfología.

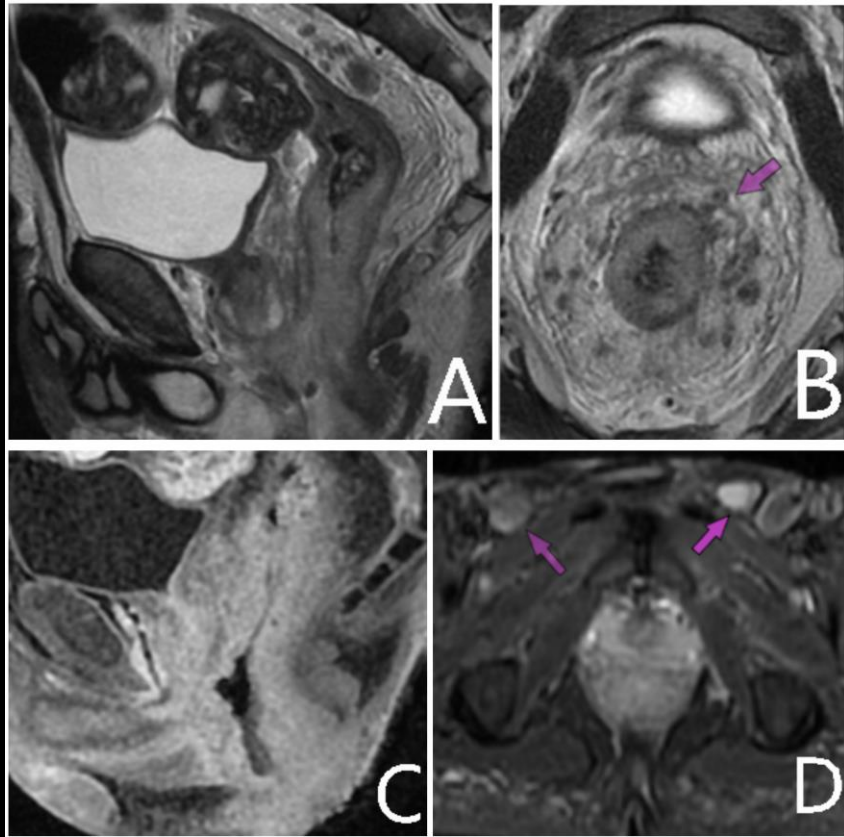


Evidente componente restrictivo de la lesión que se manifiesta como hiperintensidad en secuelas difusión con caída en el mapa ADC, y su correlato en la secuencia ponderada en T2.



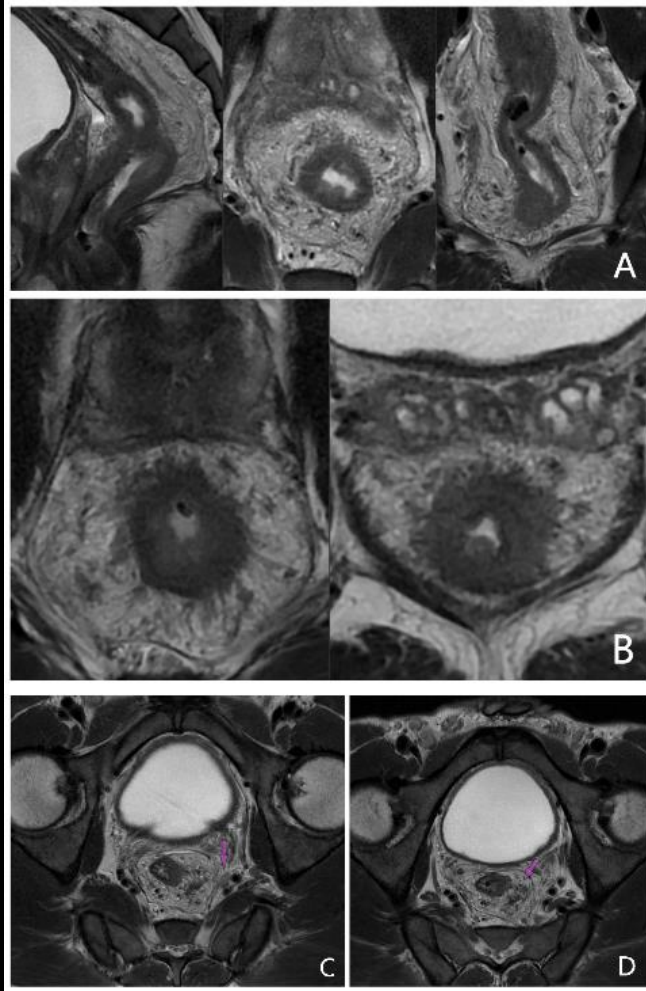
Img. A y B. Control imagenológico posterior al tratamiento, donde se evidencia marcada disminución del engrosamiento mural, como así también disminución de su señal y la trabeculación de los planos grasos adyacentes.

CASO 2: Mujer de 35 año, antecedente de HIV de reciente diagnóstico, presenta cuadro de descarga mucosanguinolenta, síndrome febril y pérdida de peso de varios meses de evolución. EF: esfínter normotónico y mucosa congestiva, sangrante, asociado a adenopatías generalizadas.



Img. A. Se evidencia compromiso extenso del recto manifestado por engrosamiento mural difuso. **B.** Correlato axial, con engrosamiento simétrico parietal e indemnidad de capa muscular. La flecha señala los cambios de señal en las estructuras venosas. **C.** Tras la administración de contraste endovenoso, se advierte ávido realce demostrando un componente inflamatorio difuso. **D.** Compromiso ganglionar inguinal bilateral (flechas).

Diagnóstico final: **tuberculosis.**



CASO 3: paciente de 32 años, antecedente de HIV sin adherencia al tratamiento ARV. Cuadro de 2 meses de evolución manifestado por diarrea muco-sanguinolenta y pérdida de peso. Último análisis de laboratorio arroja conteo de CD4: 284 cel/mm³ (14%) y carga viral menor a 4. Al examen proctológico se observa condilomas perianales, esfínter normotónico, ampolla rectal con moco sanguinolento. Rectosigmoidoscopia hasta 5 cm, suspendida por intolerancia, demostró proctitis severa con moco y hemorroides circunferenciales grado I/II.

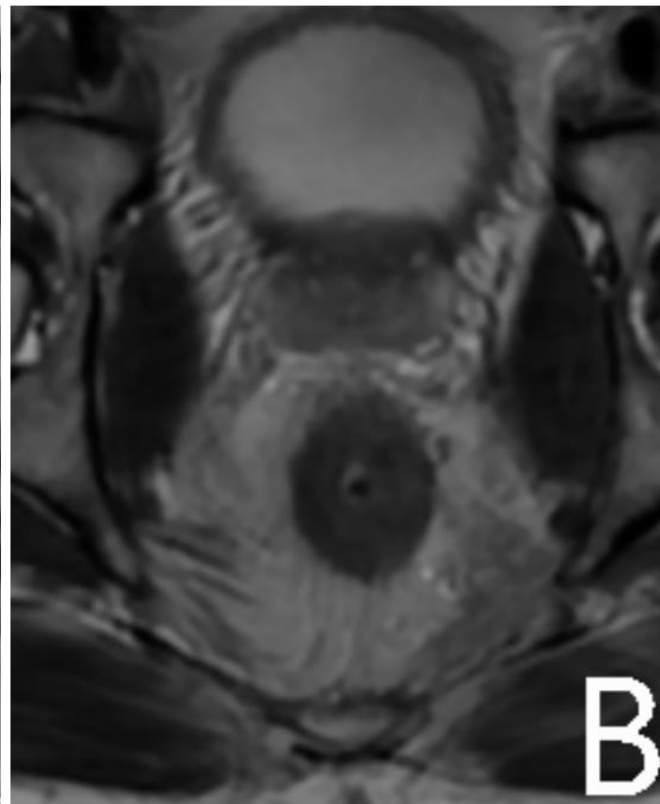
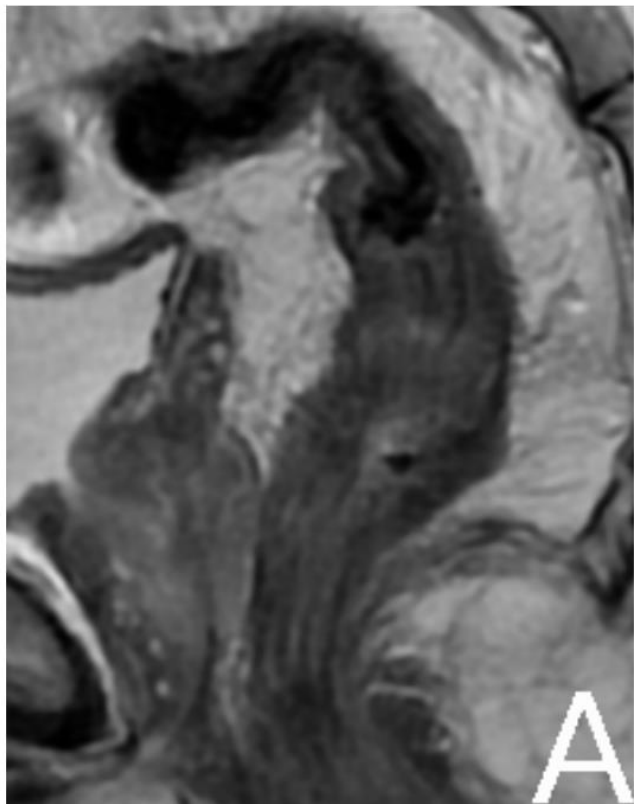
Img. A. En las secuencias ponderadas en T2 se pone de manifiesto engrosamiento parietal difuso y simétrico, con abundante trabeculación del mesorrecto. B. Cortes axiales, que muestran la simetría de la afección, como así también la espiculación de la grasa. C. Compromiso ganglionar de cadena ilíaca interna. La flecha señala una estructura ganglionar aumentada de tamaño con señal gris intermedia, sin embargo conserva su morfología. D. Tejido con señal gris intermedia que rodea los vasos que irrigan el recto (flecha).

Img A. *Secuencia difusión con su correlato en el mapa de ADC, en donde se observa restricción de señal parietal (mucosa), de apariencia simétrica.*

A

El diagnóstico final: **linfogranuloma venéreo.**

CASO 4: paciente de 47 años que consulta por hematoquezia, prurito, y sensación de evacuación incompleta. Al examen físico se observa orificio fistuloso con secreción serosa en H1, al tacto y a 2 cm. del margen anal se palpa mucosa irregular y verrugosa en forma circunferencial. No se realiza anoscopía por intolerancia del paciente. El diagnóstico final fue sífilis.



***Img. A.** Se evidencia compromiso rectal medio e inferior, con indemnidad de recto superior y sigmoide. **B.** Engrosamiento mural simétrico.*

Conclusiones/TAKE AWAY

- ✓ El engrosamiento mural y la trabeculación de la grasa son generalmente difusos.
- ✓ Sin extensión del engrosamiento mural más allá de la muscularis propia.
- ✓ El agrandamiento de los ganglios puede simular una invasión vascular extramural o depósitos nodulares como el cáncer de recto.
- ✓ El agrandamiento de los ganglios puede estar ausente, pero si está presente, generalmente es difuso con una forma regular.
- ✓ DWI puede ser positivo pero restringido a la mucosa.

Bibliografía

- ✓ Arnold CA, Limketkai BN, Illei PB, Montgomery E, Voltaggio L. Syphilitic and lymphogranuloma venereum (LGV) proctocolitis: clues to a frequently missed diagnosis. *Am J Surg Pathol* 2013; 37: 38–46.
- ✓ Hoentjen F, Rubin DT. Infectious proctitis: when to suspect it is not inflammatory bowel disease. *Dig Dis Sci*. 2012 Feb;57(2):269-73. doi: 10.1007/s10620-011-1935-0. Epub 2011 Oct 13. PMID: 21994137.
- ✓ De Vries HJC, Nori AV, Kiellberg Larsen H, Kreuter A, Padovese V, Pallawela S, Vall-Mayans M, Ross J. 2021 European Guideline on the management of proctitis, proctocolitis and enteritis caused by sexually transmissible pathogens. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2021 Jul;35(7):1434-1443. doi: 10.1111/jdv.17269. Epub 2021 May 31. PMID: 34057249.