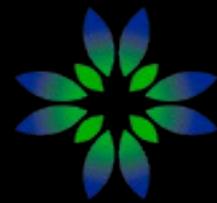
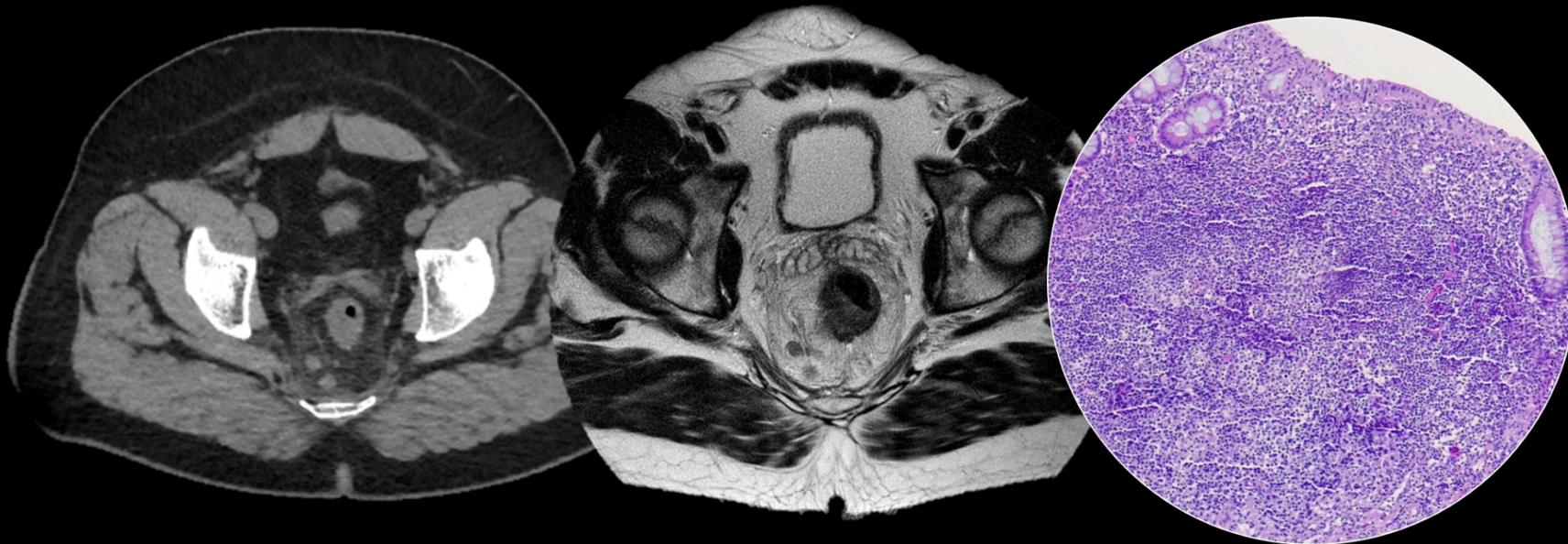


“PROCTITIS SIFILÍTICA COMO SIMULADOR DE CÁNCER RECTAL”

María Sol Fernández Castillo Odena, Delfina Linares, Juan Andrés Tempra Puig, Rocio Danisa Fernandez Alighieri, Federico Díaz Telli, Juan Pablo Perotti



HOSPITAL UNIVERSITARIO
AUSTRAL

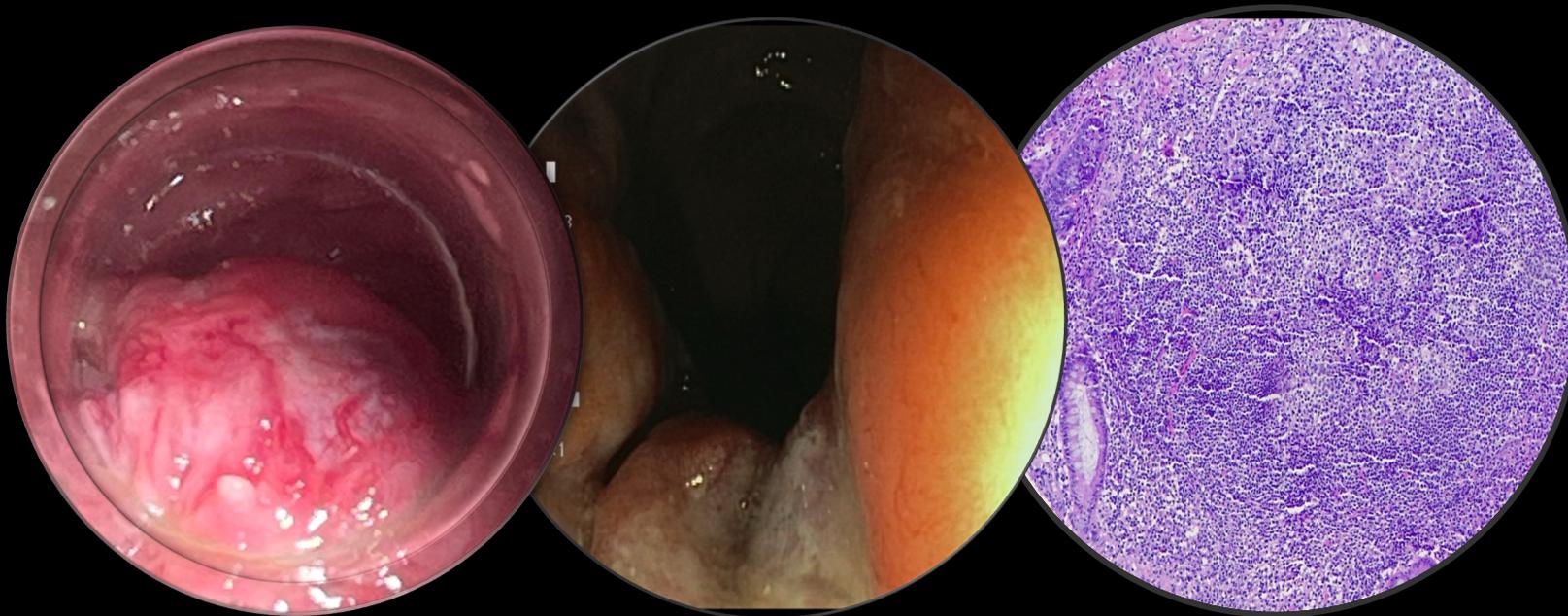


Hospital acreditado por
Joint Commission International

Presentación del Caso

Masculino de 44 años que consulta por dolor en región anal, asociado a proctorragia de 5 días de evolución. Al interrogatorio dirigido, refiere mantener relaciones sexuales anales sin protección.

- **Rectoscopia rígida:** mucosa rectal congestiva y sangrante.
- **Videocolonoscopia:** úlcera de 20 mm de bordes congestivos y friables.
- **Laboratorio:** VDRL reactivo confirmado por CMIA.
- **Anatomía Patológica:** mucosa rectal con erosión del epitelio de superficie y proceso inflamatorio crónico activo linfoplasmocitario con polimorfonucleares subyacentes a la erosión



SEROLOGIA

TEST PARA SIFILIS CUALITATIVO (VDRL)

Método: Floculación

RESULTADO:

REACTIVO

TITULO

16 DILS

TEST PARA SIFILIS CUANTITATIVO (VDRL)

Método: Floculación

RESULTADO:

REACTIVO

TITULO:

16 DILS

TREPONEMA PALLIDUM, TEST CONFIRMATORIO

Método: Inmunoanálisis Quimioluminiscente con Micropartículas (CMIA)

RESULTADO

POSITIVO

Hallazgos Imagenológicos

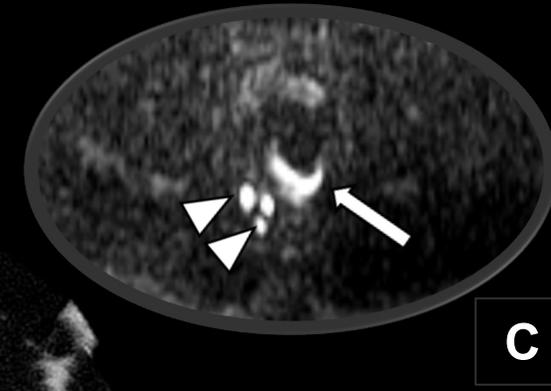
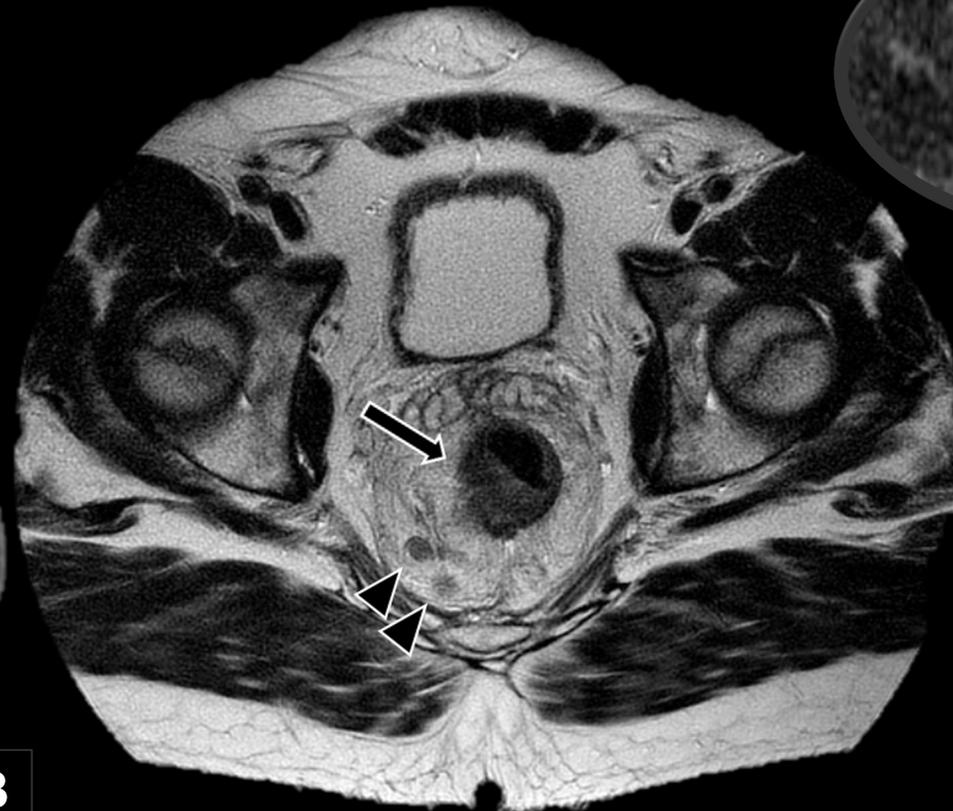


Figura A. TC de abdomen, corte axial. Se evidencia engrosamiento concéntrico y difuso del recto inferior/medio (flecha) asociado a rarefacción de los planos grasos del mesorrecto y varias imágenes ganglionares perirrectales. **Figura B.** RMN con secuencias ponderadas en T2. Corte axial. Se evidencia engrosamiento concéntrico de las paredes del recto inferior (flecha negra) a 45 mm del margen anal, ligeramente hiperintenso en T2. Múltiples adenopatías en mesorrecto medio y superior (cabeza de flechas negras). Edema difuso de la grasa mesorrectal. **Figura C.** RMN con secuencia en difusión en corte axial. Leve restricción a la difusión del engrosamiento parietal del recto (flecha blanca) y de las estructuras ganglionares adyacentes (cabeza de flecha blancas).

Discusión

La sífilis es ampliamente reconocida por ser una gran simuladora debido a las múltiples formas de manifestación clínica que presenta. Particularmente la sífilis rectal ha sido poco reportada en la literatura disponible y cuando en la misma se halla un compromiso exclusivamente rectal representa un desafío diagnóstico siendo fácilmente confundida con otras entidades como enfermedad inflamatoria intestinal o bien neoplásicas malignas.

La característica más constante de esta patología es la ulceración e imagenológicamente es indistinguible de las enfermedades anteriormente mencionadas, por lo que la sospecha diagnóstica juega un rol importante, especialmente ante casos dudosos, tal y como en el presente trabajo expuesto, donde tanto la clínica como las imágenes eran muy sugestivas de neoplasia rectal, no obstante la anatomía patológica no la podía constatar.

Conclusión

La sífilis ano-rectal es un diagnóstico diferencial poco común ante la evidencia de una masa rectal por imágenes. Sin dudas constituye un desafío diagnóstico y en la gran mayoría de los casos es la anatomía patológica junto con el laboratorio los que definen la etiología.

Sin embargo, destacamos la importancia de considerarla como posible etiología diagnóstica ante casos dudosos y la importancia de un abordaje multidisciplinario.

Bibliografía

- ✓ Sociedad Argentina de Infectología: Guías de diagnóstico y tratamiento de la sífilis. Autores: Graciela Torales, Patricia Galarza, Vanesa Soto
- ✓ Revista de la sociedad Argentina de Coloproctología: Infecciones transmisibles sexualmente que afectan colon, recto y ano. Autores: Luciana La Rosa, Laura Svidler López
- ✓ Sífilis ano-rectal: una entidad subdiagnosticada. Casuística de un hospital público de la ciudad autónoma de Buenos Aires. Actualizaciones en sida e infectología . Buenos Aires. diciembre 2019. volumen 27 . número 101: 66-73. Autores: Sofía Cipollone, Laura Svidler López, Deysi López Aquino, Gabriela L. Sidra y colaboradores.