

Consideraciones éticas

No se realizaron experimentos en humanos para este estudio. Los autores confirmamos que hemos seguido los protocolos de nuestro centro de trabajo con relación a la publicación de los datos del paciente y que no fue necesaria la autorización del comité de ética de la institución, ya que se mantuvo en todo momento la confidencialidad y anonimato del paciente. Los autores declaran que este artículo no contiene información personal que pueda identificar al paciente. El consentimiento informado fue solicitado al paciente para la intervención quirúrgica e incluye un apartado donde se informa de la posibilidad de utilización de imágenes o datos clínicos con fines científicos.

Referencias

- Miah AR, Sharma YR, Rahman MT, et al. Clinicopathological profile of patients with abdominal tuberculosis. *J Nepal Health Res Counc.* 2011;9:169–75. PMID: 22929848.
- Kim SH, Kim JW, Jeong JB, et al. Differential diagnosis of Crohn's disease and intestinal tuberculosis in patients with spontaneous small-bowel perforation. *Dig Surg.* 2014;31:151–6. <http://dx.doi.org/10.1159/000363066>.
- Zhu Q-Q, Zhu W-R, Wu J-T, et al. Comparative study of intestinal tuberculosis and primary small intestinal lymphoma. *World J Gastroenterol.* 2014;20:4446–52. <http://dx.doi.org/10.3748/wjg.v20.i15.4446>.
- Ng SC, Hirai HW, Tsoi KK, et al. Systematic review with meta-analysis: Accuracy of interferon-gamma releasing assay and anti-*Saccharomyces cerevisiae* antibody in differentiating intestinal tuberculosis from Crohn's disease in Asians. *J Gastroenterol Hepatol.* 2014;29:1664–70. <http://dx.doi.org/10.1111/jgh.12645>.
- Shi X-C, Zhang L-F, Zhang Y-Q, et al. Clinical and laboratory diagnosis of intestinal tuberculosis. *Chin Med J (Engl).* 2016;129:1330–3. <http://dx.doi.org/10.4103/0366-6999.182840>.

- Shah S, Thomas V, Mathan M, et al. Colonoscopic study of 50 patients with colonic tuberculosis. *Gut.* 1992;33:347–51. <http://dx.doi.org/10.1136/gut.33.3.347>.
- Mukewar S, Mukewar S, Ravi R, et al. Colon tuberculosis: Endoscopic features and prospective endoscopic follow-up after anti-tuberculosis treatment. *Clin Transl Gastroenterol.* 2012;3:e24. <http://dx.doi.org/10.1038/ctg.2012.19>.
- Alvares JF, Devarbhavi H, Makhija P, et al. Clinical, colonoscopic, and histological profile of colonic tuberculosis in a tertiary hospital. *Endoscopy.* 2005;37:351–6. <http://dx.doi.org/10.1055/s-2005-861116>.
- Debi U, Ravisankar V, Prasad KK, et al. Abdominal tuberculosis of the gastrointestinal tract: Revisited. *World J Gastroenterol.* 2014;20:14831–40. <http://dx.doi.org/10.3748/wjg.v20.i40.14831>.
- Bomanji JB, Gupta N, Gulati P, et al. Imaging in tuberculosis. *Cold Spring Harb Perspect Med.* 2015;5. <http://dx.doi.org/10.1101/cshperspect.a017814>, a017814.

A. Suárez-Noya^{a,*}, O. González-Bernardo^a,
J.R. Riera-Velasco^b
e A. Suárez^a

^a *Unidad de Endoscopias, Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, Principado de Asturias, España*

^b *Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, Principado de Asturias, España*

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: angelasuareznoya@gmail.com

(A. Suárez-Noya).

<https://doi.org/10.1016/j.rgmx.2022.06.005>

0375-0906/ © 2022 Asociación Mexicana de Gastroenterología.

Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Sífilis rectal: Reporte de un caso



Rectal syphilis: A case report

La sífilis es una enfermedad sistémica causada por la espiroqueta *Treponema pallidum*. La prevalencia de esta patología es de 5 millones de nuevos casos diagnosticados anualmente y afecta en su mayoría a hombres con relaciones anales de riesgo con una proporción estimada del 75%¹. La coinfección entre sífilis y virus de inmunodeficiencia humana (VIH) es muy común, con una prevalencia que varía del 45% al 79%².

Se presenta el caso de un varón de 35 años, con diagnóstico de VIH desde hace 3 años en tratamiento con una combinación de tenofovir 300 mg + lamivudina 300 mg + efavirenz 400 mg, 1 tableta diaria. Acude con historia de relaciones sexuales anales sin protección y dos semanas de pujo, tenesmo y rectorragia. Al examen físico se aprecian múltiples fisuras anales profundas. Los exámenes de laboratorio revelaron: hemoglobina 15.2 g/dl, leucocitos 6,670 mm³, carga viral VIH: 22.4 copias/ml, linfocitos

CD4+ (T-helper): 765 células/ μ l. FTA-ABS sérico: positivo. RPR: reactivo (título RPR 1/4). VDRL sérico: reactivo (título VDRL 1/4). Anticuerpo anti *Chlamydia trachomatis* Ig G 348.5 RU/ml. IgM 14.6 U/ml (positivo > 14). En la proctoscopia se observaron múltiples erosiones y úlceras rectales con bordes elevados y bases limpias (fig. 1a,b). La histología reportó infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario en lámina propia asociado a criptitis y microabscesos crípticos (fig. 1c). La tinción de Warthin-Starry reconoció múltiples espiroquetas (fig. 1d). Se administró penicilina G benzatínica 2,4 millones de unidades por vía intramuscular en dosis única. Se realizó control a las tres semanas, refiriendo estar asintomático. La proctoscopia reveló proceso de cicatrización de úlceras (fig. 2).

La sífilis es una enfermedad sistémica que puede afectar ocasionalmente al tracto gastrointestinal. El caso muestra un paciente joven con VIH y conducta sexual de riesgo, y la exploración física evidenciaba múltiples fisuras anales; por lo tanto, la sospecha diagnóstica fue una enfermedad infecciosa^{3,4}. Las manifestaciones clínicas incluyen dolor anal, tenesmo, urgencia defecatoria, secreción purulenta y rectorragia⁵. El diagnóstico de la sífilis requiere el uso

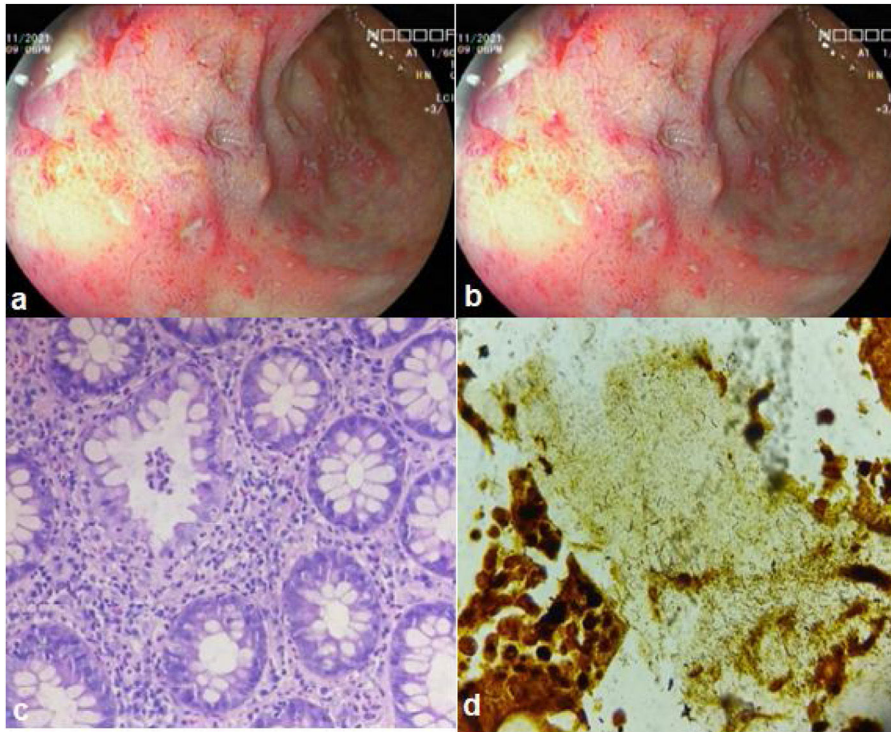


Figura 1 a) Múltiples úlceras rectales. b) Úlcera rectal con borde elevado y base limpia. c) Tinción H-E que muestra infiltrado linfoplasmocitario y absceso críptico. d) Tinción de Warthin-Starry que evidencia múltiples espiroquetas.



Figura 2 a,b) Proctoscopia de control que evidencia el proceso de cicatrización de las úlceras en el recto distal.

de una prueba no treponémica y una prueba treponémica. La tinción de Warthin-Starry puede reconocer espiroquetas; sin embargo, sugerimos la prueba de PCR en biopsias rectales, cuya sensibilidad es del 70 al 95% y la especificidad es del 92 al 98%⁶. La infección por *Chlamydia trachomatis*, el virus herpes simple y el citomegalovirus siempre deben considerarse como diagnósticos diferenciales en pacientes con conducta sexual de riesgo e inmunosupresión; en caso contrario debemos considerar enfermedad neoplásica o enfermedad inflamatoria intestinal^{7,8}. Las complicaciones locales pueden incluir estenosis, obstrucción y perforación del recto⁹.

En conclusión, la sífilis rectal es poco frecuente y suele manifestarse con úlceras y síntomas de proctitis. La importancia del diagnóstico precoz radica en que el tratamiento es de fácil cumplimiento y de buen pronóstico si se administra en fase temprana, evitando complicaciones como la neurosífilis o el daño cardíaco severo.

Consideraciones éticas

Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos. Utilizamos protocolos de obtención de base de datos de pacientes de nuestro centro de trabajo, preservando el anonimato del paciente (por lo que no solicitamos consentimiento informado). Este estudio cumple con la normativa vigente de investigación bioética. El Comité de Ética del Hospital Belén de Trujillo nos permitió realizar este estudio por los detalles antes explicados.

Financiación

Los autores de este manuscrito no han recibido financiamiento.

Conflicto de intereses

Los autores no tienen ningún conflicto de intereses que declarar.

Referencias

1. Bejarano-Rengifo J, Cañadas-Garrido R. Proctitis infecciosa transmitida sexualmente: desafío diagnóstico y recomendaciones de tratamiento. *Rev Gastroenterol Peru.* 2020;40:336–41, <http://dx.doi.org/10.47892/rgp.2020.404.1172>.
2. López LS. Manifestaciones coloproctológicas de las infecciones de transmisión sexual ocasionadas por *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae* y *Treponema pallidum*. Presentación casuística. *Rev Argent Coloproct.* 2019;30:80–7.
3. Tian M-H, Chang C-W, Wu P-S, et al. Diagnosis of syphilitic proctitis mimicking ulcerative colitis — A case report. *Adv Dig Med.* 2020;7:102–5, <http://dx.doi.org/10.1002/aid2.13165>.
4. Arnold CA, Limketkai BN, Illei PB, et al. Syphilitic and lymphogranuloma venereum (LGV) proctocolitis. *Am J Surg Pathol.* 2013;37:38–46, <http://dx.doi.org/10.1097/PAS.0b013e31826a523e>.
5. Morgado-Carrasco D, Alsina-Gibert M, Bosch-Mestres J, et al. Infecciones de transmisión sexual con afectación anorrectal: agentes causales, coinfecciones, infección por el VIH y conductas de riesgo. *Med Clin (Barc).* 2019;152:98–101, <http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2018.02.014>.
6. Otero-Guerra L, Vázquez-Valdés F. Diagnóstico molecular de la sífilis. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2020;38:7–11, <http://dx.doi.org/10.1016/j.eimc.2020.02.002>.
7. Alcántara-Figueroa C, Nuñez-Calixto N, Vargas-Cárdenas G, et al. Rectal syphilis in a HIV patient from Peru. *Rev Gastroenterol Peru.* 2018;38:381–3. PMID: 30860512.
8. Arando-Lasagabaster M, Otero-Guerra L. Sífilis. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2019;37:398–404, <http://dx.doi.org/10.1016/j.eimc.2018.12.009>.
9. Moncada AC, Bernad B, Badia E, et al. Proctitis: diagnóstico diferencial. A propósito de un caso. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2015;14:26–9, <http://dx.doi.org/10.1016/j.eimc.2015.02.002>.

C.E. Alcántara-Figueroa^{a,b,*}, D.C. Calderón-Cabrera^b, E.F. Estela-Vásquez^b, E.F. Coronado-Rivera^{a,d} y C.A. Calderón-de la Cruz^c

^a Escuela de Medicina, Universidad Privada Antenor Orrego, Trujillo, La Libertad, Perú

^b Servicio de Gastroenterología, Hospital Belén, Trujillo, La Libertad, Perú

^c Servicio de Patología, Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Cercado de Lima, Lima, Perú

^d Servicio de Anestesiología, Hospital Belén de Trujillo, Trujillo, La Libertad, Perú

* Autor para correspondencia. Urb. Las Flores del Golf Mz A Lote 15, Dpto 202, Víctor Larco Herrera, Trujillo, La Libertad, Perú

Correo electrónico: christian378@hotmail.com (C.E. Alcántara-Figueroa).

<https://doi.org/10.1016/j.rgmx.2022.06.006>

0375-0906/ © 2022 Asociación Mexicana de Gastroenterología.

Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Gastroduodenitis severa por *Strongyloides stercoralis*: una causa rara de obstrucción intestinal



Severe gastroduodenitis due to *Strongyloides stercoralis* infection: An unusual cause of intestinal obstruction

El *Strongyloides stercoralis* (*S. stercoralis* o *Ss*) es un nemátodo intestinal con una alta prevalencia en regiones tropicales de África, Asia y Suramérica¹. Aproximadamente 50-100 millones de individuos están infectados en el mundo, particularmente en Brasil y Tailandia, con prevalencias entre el 13% y el 23.7%, respectivamente². La mayoría de infectados permanecen asintomáticos, sin embargo algunos presentan manifestaciones severas, principalmente los inmunocomprometidos³⁻⁵.

Presentamos el caso de un varón de 16 años, procedente de Tabatinga, Amazonas (Brasil), quien consultó al hospital de Leticia por 3 semanas de fiebre, dolor abdominal epigástrico irradiado a la fosa ilíaca derecha, hiperémesis, diarrea sanguinolenta y pérdida de peso (20 kg). Las pruebas de laboratorio realizadas reflejaron en el hemograma: leucocitosis (20,600 mm³), neutrofilia (17,922/μl) y trombocitosis (610,000/μl); virus de inmunodeficiencia humana negativo; coprológico: detección de *Ss* manejado ambulatoriamente con albendazol, dosis subterapéutica.

Persistió febril, con vómito biliar e incremento del dolor abdominal a la semana del tratamiento. Consultó a urgencias donde documentaron signos de irritación peritoneal; realizaron laparotomía exploratoria con hallazgo de apéndice retrocecal indurada y posteriormente resecada.

No obstante, continuó con fiebre, hiperémesis y ausencia de deposiciones por una semana. Fue remitido al Hospital Internacional de Colombia (HIC) a los 10 días de estancia hospitalaria.

Ingresó en malas condiciones generales, inestable hemodinámicamente, con alto débito bilioentérico por sonda nasogástrica y signos de irritación peritoneal. Antropometría: peso 39 kg (P0, -3.10 DE), talla: 150 cm (P0, -2.9 DE), IMC: 17.3 kg/m² (P6, -1.5 DE). Requirió soporte vasoactivo (norepinefrina). Se documentó anemia severa (Hb: 7 g/dl) y se transfundieron glóbulos rojos. La tomografía de abdomen contrastada evidenció distensión generalizada de asas delgadas y engrosamiento de las paredes del duodeno. La panendoscopia documentó gastroduodenitis erosiva severa, pseudomembranas y múltiples pseudopólipos inflamatorios en el bulbo duodenal (fig. 1). La histología reportó gastroduodenitis severa por *Ss* (fig. 2). Se indicó manejo con ivermectina 200 μg/kg/día, albendazol 800 mg/día oral y piperacilina tazobactam 80 mg/kg/dosis cada 6 horas endovenosa, todos por 14 días. Dentro del tratamiento expulsó larvas durante 13 días. Coproscópico positivo para *Ss*. Los estudios para hepatitis B, hepatitis C, citomegalovirus y virus de Epstein-Barr fueron negativos. Virus linfotrópico humano de células T de tipo 1 (VLHT-1): 173.210