

Proctitis: ¿En qué etiologías debemos pensar? y ¿qué estrategia terapéutica debemos considerar?

Rodrigo Quera¹, Paulina Núñez², Andrea Córdova³

Programa Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Sección de Gastroenterología, Departamento de Medicina Interna, Clínica Universidad de los Andes, Santiago Chile, Chile¹, Programa Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Sección de Gastroenterología, Departamento de Medicina Interna, Clínica Universidad de los Andes, Santiago Chile. 2Servicio de Gastroenterología, Departamento de Gastroenterología, Hospital San Juan de Dios, Santiago, Chile, Chile², Programa Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Sección de Gastroenterología, Departamento de Medicina Interna, Clínica Universidad de los Andes, Santiago Chile, Chile³

Dr. Rodrigo Quera. Clínica Universidad de los Andes. Avenida Plaza 2501, Las Condes. Santiago, Chile. E-mail: rquera@clinicaandes.cl

Declaración de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de interés

Resumen

La proctitis se refiere a la inflamación recurrente o persistente de la mucosa rectal (últimos 15 cm), la cual resulta de un amplio rango de etiologías con diferentes mecanismos patogénicos. Aunque la proctitis ulcerosa es la causa más frecuente de proctitis infecciosa, causas infecciosas y no- infecciosas (tales como radiación, isquemia, derivación y traumatismos) deben ser también consideradas. Ya que los síntomas, signos y los hallazgos endoscópicos e histológicos son frecuentemente independientes de la etiología, el diagnóstico definitivo puede ser complicado en algunas ocasiones. Esta revisión ilustra y analiza las presentaciones clínicas, las claves en el diagnóstico y los tratamientos para las diferentes causas de proctitis.

Palabras clave: proctitis, infección transmisión sexual, enfermedad inflamatoria intestinal, proctitis por derivación, proctopatía.

Abstract

Proctitis refers to persistent or relapsing inflammation of the rectal mucosa (distal 15 cm), which results from a wide range of etiologies with various pathogenic mechanisms. Although ulcerative proctitis is the most common form of chronic proctitis, other infectious and non-infectious causes (such as radiation, ischemia, diversion and traumas) should also be considered. Since symptoms, signs, and endoscopic and histological findings are common regardless of etiology, performing a definitive diagnosis can sometimes be problematic. This article illustrates and discusses the clinical presentation, diagnostic pearls and treatment for different types of proctitis.

Keywords: proctitis, sexually transmitted infectious, inflammatory bowel disease, diversion proctitis, proctopathy.

Introducción

El término proctitis es utilizado para caracterizar la inflamación limitada al recto. Aunque no existe una definición estándar de proctitis, recientemente Carol y cols. la han definido como la inflamación de la mucosa rectal que

se inicia a partir de los 5 cms del borde anal y se extiende como máximo hasta 15 cm desde este borde (Figura 1). Se debe descartar un compromiso inflamatorio a proximal, por lo que es necesario una colonoscopia con toma de biopsias de mucosa rectal inflamada y mucosa sana a nivel de sigmoides (¹).

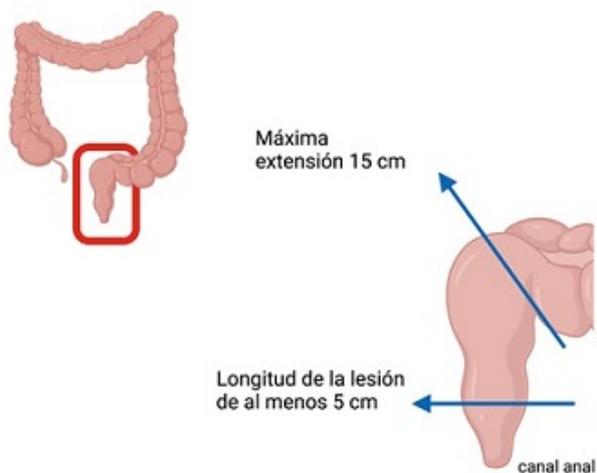


Figura 1.
Definición endoscópica de la proctitis.

La inflamación del recto se asocia más frecuentemente con la enfermedad inflamatoria intestinal (EII), siendo la enfermedad de Crohn (EC) y la colitis ulcerosa (CU) sus máximos representantes. Al momento del diagnóstico, aproximadamente el 30% de los pacientes con CU

presentan una inflamación de la mucosa que solo afecta el recto (Figura 2). Sin embargo, cerca del 30% de estos pacientes pueden presentar una extensión del compromiso inflamatorio durante el seguimiento (²).

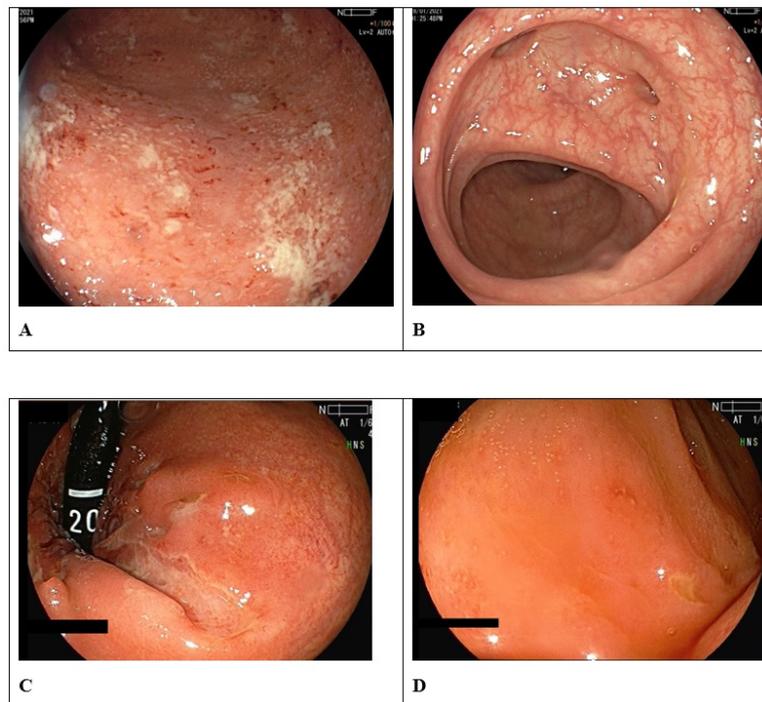


Figura 2.

Imágenes de proctitis en Enfermedad inflamatoria intestinal. Figura A y B : Proctitis ulcerosa en pacientes con tratamiento con mesalazina supositorio. Figura A : compromiso de la mucosa rectal la cual es friable con pérdida de la vasculatura, úlceras de < 5mm cubiertas por fibrina, erosiones petequiales y otras cubiertas por fibrina. Figura B: mucosa sigmoideas donde solo se aprecian dos divertículos. Figura C y D: Enfermedad de Crohn de recto: Figura C: compromiso de la mucosa rectal con úlceras profundas cubiertas con fibrina. Figura D: recto con úlceras menores de 5 mm cubiertas con fibrina y pérdida del patrón vascular.

La proctitis ulcerosa responde con frecuencia a la mesalazina tópica (supositorio), siendo necesario en caso de no lograr la remisión clínica y endoscópica la asociación de mesalazina oral (3). En un porcentaje bajo de pacientes será necesario plantear el uso de inmunosupresores ya sea

tiopurínicos, terapia biológica o moléculas pequeñas. Sin embargo, la efectividad de estas últimas estrategias terapéuticas está limitada solo a estudios observacionales (4,5). Por otra parte, el compromiso inflamatorio del recto en la EC, se asocia a un curso más agresivo de la enfermedad siendo un factor de riesgo de desarrollar fistula perianal. La presencia de ambas, requiere a menudo el inicio de terapia biológica anti-TNF (3).

Es importante que el equipo tratante tenga en consideración que la proctitis incluye un amplio espectro de enfermedades, y no debe ser asociada exclusivamente

con la EII. Otras causas de inflamación del recto incluyen las etiologías infecciosas o no infecciosas, en este último grupo se encuentra la proctopatía asociada a radiación o actínica, la proctitis por derivación o la inflamación del recto de causa isquémica (Tabla 1). No deja de ser importante que el grupo que más frecuentemente desarrolla una EII (6) se sobrepone con la edad de los pacientes que presentan una inflamación del recto secundario a causas infecciosas (7). Por otra parte, siendo la EII enfermedades inmunológicamente mediadas, los pacientes frecuentemente requieren la administración de terapias inmunosupresoras, las cuales sin duda han mejorado la respuesta al tratamiento y con ello la calidad de vida de muchos pacientes (3). Sin embargo, estos fármacos no están exentos de eventos adversos y pueden aumentar el riesgo de infecciones graves, oportunistas o latentes (8).

Tabla 1

Causas
- Enfermedad Inflamatoria Intestinal
- Etiología no infecciosa
<ul style="list-style-type: none"> • Radioterapia • Eventos adversos a fármacos • Instrumentalización y trauma rectal • Isquemia • Derivación quirúrgica

Etiología de la proctitis

- Etiología infecciosa
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Campylobacter jejuni</i> • <i>Shigella</i> • <i>Escherichia coli</i> • <i>Salmonella</i> • <i>Amebiasis</i> • <i>Giardia lamblia</i>
- Infecciones de Transmisión Sexual
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Neisseria gonorrhoeae</i> • <i>Chlamydia trachomatis</i> • <i>Treponema pallidum</i> • Virus herpes simple • Linfogranuloma venéreo • Citomegalovirus • Virus papiloma humano

La presentación clínica, endoscópica e histológica de la proctitis infecciosa y no infecciosa, incluyendo la EII, pueden ser muy similares (Tabla 2). Dado que el subdiagnóstico de cada una de ellas puede ocurrir con facilidad, el tratamiento

inadecuado y tardío puede conllevar a un mayor riesgo de complicaciones y transmisión en el caso de una causa infecciosa. Dado el aumento de la prevalencia en EII y de infecciones por transmisión sexual en Latinoamérica,

es indispensable conocer los hallazgos clínicos que nos permitirán diferenciar las proctitis por causas infecciosas y no infecciosas.

Tabla 2.

Manifestaciones clínicas	Hallazgos endoscópicos
<ul style="list-style-type: none"> - Diarrea - Urgencia defecatoria - Dolor anorectal - Tenesmo - Ruidos intestinales - Rectorragia - Hematoquecia - Sensación de evacuación incompleta - Espasmos rectoanal involuntarios - Descarga anorectal - Prurito anal - Fiebre 	<ul style="list-style-type: none"> • Daño agudo - Edema - Eritema - Friabilidad - Ulceración
	<ul style="list-style-type: none"> • Daño crónico - Nódulos - Pólipos inflamatorios - Estenosis - Abscesos - Fístulas - Masas

Manifestaciones clínicas y endoscópicas de la proctitis.

Proctitis infecciosa

Las úlceras anales, perianales y la proctitis son las manifestaciones más frecuentes de las infecciones anorectales transmitidas sexualmente (10). La inflamación de la mucosa del recto por un agente infeccioso (proctitis infecciosa), resultará de la inoculación directa de

los microorganismos durante las relaciones sexuales por contacto entre las mucosas genital-anal, o debido a la extensión por contigüidad desde el área genital (11). Una adecuada historia clínica que incluya los factores de riesgo de una proctitis infecciosa es fundamental al momento de evaluar a pacientes con inflamación aislada del recto (Tabla 3) (7).

Tabla 3.

Factores de riesgo
<ul style="list-style-type: none"> • Edad 15 a 24 años • Conducta sexual (H - H) • Múltiples parejas sexuales • Sexo anal sin preservativo • Presencia de otra ETS • Estudio HIV positivo • Abuso de sustancias (drogas) prohibidas • Instrumentalización o trauma en área anorectal

Factores de riesgo de Proctitis Infecciosa

Los agentes infecciosos más frecuentes son la *Neisseria gonorrhoeae* (*N. gonorrhoeae*), *Chlamydia trachomatis* (*C. trachomatis*), virus Herpes Simplex (VHS) y el *Treponema pallidum* (*T. pallidum*). La frecuencia con que son encontrados varía si la población estudiada tiene o no el antecedente de tener inmunodeficiencia adquirida o VIH (+) ⁽¹²⁾. Sin embargo, en un 11 a 45% de los casos la etiología es desconocida y un 10 a 20% de los pacientes puede tener más de un microorganismo como etiología de la proctitis ⁽¹³⁻¹⁵⁾. Este último porcentaje puede ser incluso mayor en pacientes VIH (+) ⁽¹²⁾. El diagnóstico de la proctitis infecciosa se basa en la combinación de la historia clínica, el examen físico que debe incluir siempre la evaluación de la región perianal y la información obtenida de los estudios endoscópicos, histológicos, serológicos y microbiológicos (Tabla 4) ⁽¹⁶⁾. En un estudio que incluyó 26 hombres

con antecedentes de sexo con hombres y proctitis, los síntomas más frecuentes fueron rectorragia (73%), dolor anal (62%), inflamación (19%), descarga (19%) y prurito (12%). Al examen físico, los hallazgos más frecuentes fueron descarga anal (58%), sangrado rectal (54%), dolor anal (35%) y úlceras anales externas e internas (31%) ⁽¹⁴⁾. Otros también han demostrado la presencia de estos síntomas en pacientes con proctitis por *N. gonorrhoeae* y *C. trachomatis* ⁽¹⁵⁾. Es importante considerar, que

un porcentaje de pacientes puede ser asintomático al momento del diagnóstico ^(17,18). En relación al tratamiento, la elección y duración de este, dependerá del agente infeccioso y de la presencia de una coinfección (Tabla 5) ^(16,18,19).

Tabla 4.

Germen	Exámenes de laboratorio
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Neisseria gonorrhoea</i> 	- NAAT, tinción Gram, cultivo anogenital, hisopado faríngeo
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Chlamydia trachomatis</i> (LGV) serotipos L1, L2 y L3 	- NAAT, genotipificación, inmunofluorescencia, cultivo
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Chlamydia trachomatis</i> (no-LGV) serotipos A-K 	- NAAT, genotipificación, cultivo
<ul style="list-style-type: none"> • Virus herpes simple 	- NAAT, cultivo viral, IH, Ac FD
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Treponema pallidum</i> 	- Test serológicos (VDRL; RPR), anticuerpos <i>Treponema pallidum</i> , IgG

Proctitis infecciosa. Estudio serológico y microbiológico

NAAT: test de amplificación de ácidos nucleicos; IH: inmunohistoquímica; Ac FD: anticuerpos fluorescencia directa

Tabla 5.

Microorganismo	Estrategia Terapéutica
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Neisseria gonorrhoea</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - Ceftriaxona 250 mg im o cefixima 400 mg vo dosis única - Ceftriaxona 500 mg im + azitromicina 1 g vo: dosis única
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Chlamydia trachomatis</i> (LGV) ✓ Serotipos L1, L2 y L3 	<ul style="list-style-type: none"> - Doxiciclina 100 mg vo dos veces al día por 3 semanas - Eritromicina 500 mg cuatro veces al día por 3 semanas - (Parejas sexuales dentro de los tres meses deben ser notificadas y estudiadas por eventual infección)
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Chlamydia trachomatis</i> (no-LGV). Serotipos A-K 	<ul style="list-style-type: none"> - Doxiciclina 100 mg vo dos veces al día por 2 semanas - Azitromicina 1 g im dosis única
<ul style="list-style-type: none"> • Virus herpes simple 	<ul style="list-style-type: none"> - Aciclovir: 200 mg vo cinco veces al día por 5 días - Aciclovir 400 mg tres veces al día vo por 5 días - Valaciclovir 500 mg tres veces al día por 5 días - Famciclovir 125 mg vo dos veces al día por 5 días
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Treponema pallidum</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - Penicilina G benzatina 2.4 millones de unidad im por una vez - Doxiciclina 100 mg vo dos veces al día por 14 días

Tratamiento de la Proctitis Infecciosa según agente.

LGV: linfogranuloma venéreo

Un tratamiento adecuado y oportuno puede revertir no solo el compromiso inflamatorio del recto sino también la presencia de masas, abscesos y fistulas (Figura 3 y 4).

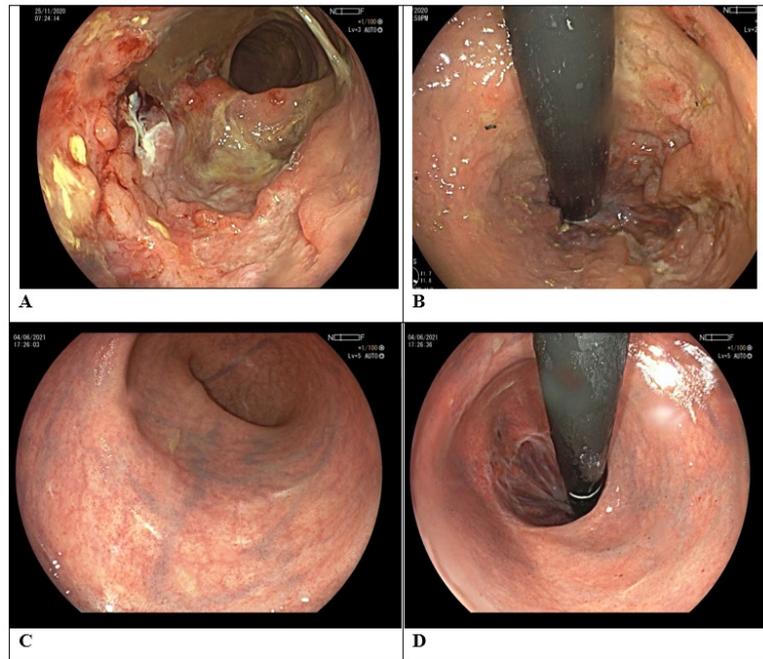


Figura 3. Imágenes endoscópicas del recto distal antes y después del tratamiento de la *C. trachomatis*. A y B: Imágenes endoscópicas de recto al diagnóstico. C y D: Mucosa rectal 6 meses post tratamiento de la *C. trachomatis*.

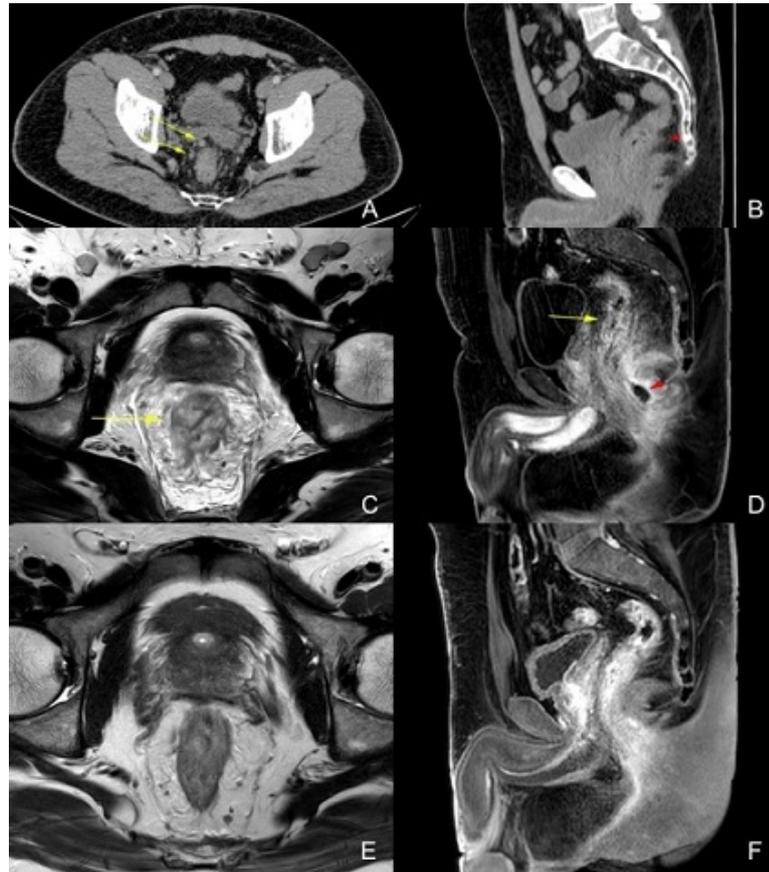


Figura 4.

Imágenes radiológicas antes y después del tratamiento de la *C. trachomatis*. A y B: Tomografía computarizada al momento del diagnóstico en fase portovenosa axial y reconstrucción MPR sagital. Engrosamiento parietal rectal acompañado de incremento en la densidad de la grasa mesorrectal (punta de flecha) y pequeñas adenopatías perirrectales. C y D: Resonancia magnética en T2 y T1 con contraste endovenoso muestra engrosamiento parietal rectal (flecha) junto con afectación de la grasa mesorrectal y aparición de un absceso perianal posterior (punta de flecha). E y F: Resonancia magnética de control postratamiento en T2 y T1 con contraste endovenoso que muestra significativa disminución del engrosamiento parietal rectal junto con resolución del compromiso de la grasa mesorrectal y del absceso perianal.

El compromiso rectal por *N. gonorrhoeae* es variable desde una mucosa normal, presencia de eritema, friabilidad de la mucosa con exudado purulento y hasta el desarrollo de úlceras. En casos más graves, se ha descrito la presencia de abscesos (15). Una característica al examen con el anoscopio en la infección por *N. gonorrhoeae* es la descarga de secreción purulenta espesa desde las criptas anales al hacer presión en el canal anal (20).

El linfogranuloma venéreo, causado por la *C. trachomatis* serotipo L1, L2, y L3, puede llegar a producir fibrosis, estenosis y fistulas del área anogenital en la etapa tardía de la enfermedad. Estos hallazgos que pueden simular desde el punto de vista endoscópico, histológico y radiológico una EII (Figura 3 A-B y Figura 4 A-D) o un cáncer anal (21). La presencia de linfadenopatía inguinal y/o

exudado urogenital asociado a la presencia de proctitis debe hacer pensar en esta etiología (10). Por otra parte, la *C. trachomatis* serotipos A-K son responsables de las infecciones no linfogranuloma venéreo. Las alteraciones endoscópicas producidas por estos serotipos también son difíciles de distinguir de la EII al presentar friabilidad y eritema de la mucosa con ulceraciones y en ocasiones un aspecto en empedrado. Las biopsias pueden mostrar incluso la presencia de granulomas y alteraciones crónicas con acortamiento y ramificación de las glándulas, hallazgos que pueden llevar a un diagnóstico errado de EII (Figura 5 A-D) (22). Un estudio que incluyó 193 pacientes con diagnóstico de proctitis por *C. trachomatis* y *N. gonorrhoeae*, mostró que un 14% y 7% de los desarrolló un absceso perianal o fistula perianal respectivamente (Figura 4 D) (15).

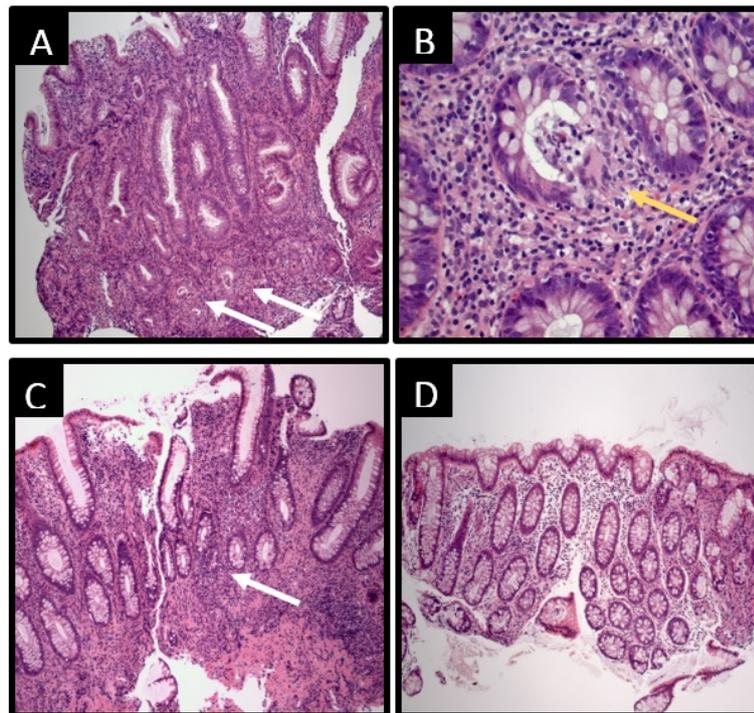


Figura 5. Alteraciones histológicas por infección por *C. trachomatis*. A y B: Proctitis activa con focos de criptitis (ver flechas blancas) signos de cronicidad y microgranulomas (flecha amarilla, A: HE 100X, B: 400X). C: Proctitis activa con signos de cronicidad distal caracterizado por acortamiento glandular y criptitis aislada (flecha, HE 100X). D: Proctitis inespecífica leve caracterizada por leve infiltrado inflamatorio intersticial (HE 100X).

En relación a la proctitis por VHS, los hallazgos endoscópicos consisten en la presencia de exudado mucopurulento, con una mucosa friable con presencia de vesículas y úlceras de tamaño variable. La ausencia de lesiones externas no debe descartar la sospecha de una proctitis por VHS dado que éstas solo se encuentran en el 30% de los pacientes al momento del diagnóstico (23).

El *T. pallidum*, puede producir durante la sífilis primaria una fisura anal indolora asociada a una inflamación del recto, la cual se caracteriza por ser de base limpia y con bordes elevados (Figura 6) (11). Durante la sífilis secundaria pueden desarrollarse lesiones perianales conocidas como condiloma lata, las cuales corresponden a

lesiones planas, anchas blanquecinas parecidas a verrugas y que presentan un exudado grisáceo. Estas lesiones son altamente contagiosas (10). El compromiso inflamatorio del recto incluye desde erosiones inespecíficas a úlceras de tamaño variable similar a lo encontrado con otros agentes infecciosos y en la EII. Histológicamente, las biopsias del recto mostrarán inflamación aguda o crónica inespecífica con infiltración linfocítica y en algunos casos la presencia de distorsión de las criptas, metaplasia de las células de Paneth y granulomas no caseificantes (24). El estudio de imágenes puede mostrar una masa rectal con adenopatías vecinas que pueden confundirse fácilmente con una neoplasia (25)



Figura 6: Paciente con sífilis primaria, en imagen endoscópica se observa una lesión única ulcerada cubierta con fibrina con bordes bien delimitados de 15 mm .

Proctopatía por radioterapia

La proctitis por radiación, actualmente llamada proctopatía, es una inflamación y daño de la mucosa rectal secundaria a la exposición a radiaciones ionizantes. El antecedente de radioterapia dirigida al recto, colon, próstata, testículos, cuello uterino, ovarios o tejido linfático debe ser considerado en pacientes que presenten síntomas rectales (Tabla 2) ⁽²⁶⁾ .

La inflamación del recto puede ser dividida en dos. La primera, proctitis aguda, se define como el compromiso

rectal clínico y endoscópico que se desarrolla dentro de los 3 primeros meses de la radioterapia y a menudo es autolimitada. La proctitis crónica, corresponde a la segunda manifestación clínica y ocurre después de los 3 meses post radioterapia, en algunos casos años después de la radiación y en otros sin haber tenido un cuadro de proctitis aguda (27). La patogenia, incluyendo factores de riesgo; cuadro clínico, alteraciones endoscópicas e histologías se muestran en la Tabla 6 y (Figura 7 A-B).

Tabla 6.

Patogenia	Cuadro clínico	Endoscopia	Histología
<ul style="list-style-type: none"> Factores ambientales: 	<ul style="list-style-type: none"> Rectorragia 	<ul style="list-style-type: none"> Edema 	<ul style="list-style-type: none"> Agudas - crónicas
<ul style="list-style-type: none"> Radiación pélvica 	<ul style="list-style-type: none"> Diarrea 	<ul style="list-style-type: none"> Eritema 	<ul style="list-style-type: none"> Capilares dilatados y tortuosos
<ul style="list-style-type: none"> Qx abdominal previa 	<ul style="list-style-type: none"> Pujo-tenesmo 	<ul style="list-style-type: none"> Friabilidad 	<ul style="list-style-type: none"> Esclerosis de arterias submucosas
<ul style="list-style-type: none"> QMT concomitante 	<ul style="list-style-type: none"> Urgencia 	<ul style="list-style-type: none"> Úlceras 	<ul style="list-style-type: none"> Ectasia capilar
<ul style="list-style-type: none"> Comorbilidad: DM, EII, enfermedad vascular, tabaco 	<ul style="list-style-type: none"> Incontinencia 	<ul style="list-style-type: none"> Granularidad 	<ul style="list-style-type: none"> Fibrosis de la lámina propia
<ul style="list-style-type: none"> Disbiosis 	<ul style="list-style-type: none"> Dolor abdominal 	<ul style="list-style-type: none"> Exudado 	
<ul style="list-style-type: none"> Vasculares: 		<ul style="list-style-type: none"> Angiectasia 	
<ul style="list-style-type: none"> Daño vascular 		<ul style="list-style-type: none"> Microtrombos 	
<ul style="list-style-type: none"> Angiectasia 		<ul style="list-style-type: none"> Estenosis 	
<ul style="list-style-type: none"> Malformación arterio-venosa 		<ul style="list-style-type: none"> Fistulas 	
		<ul style="list-style-type: none"> * Biopsias pared posterior y lateral riesgo fistula 	

Proctopatía por radioterapia: Patogenia, cuadro clínico y hallazgos endoscópicos e histológicos.

Qx: cirugía; QMT: quimioterapia; DM: diabetes mellitus; EII: enfermedad inflamatoria intestinal

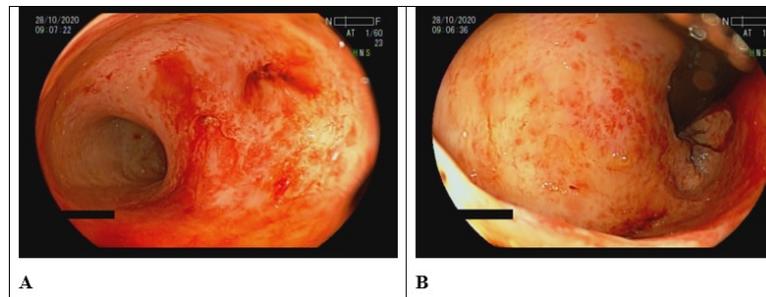


Figura 7 .:

imágenes endoscópicas de proctopatía por radioterapia. Figura A: visión directa de recto con lesiones puntiformes eritematosas con sangrado fácil al paso del instrumento. Figura B: retrovisión rectal.

Las estrategias terapéuticas sugeridas en la literatura son farmacológicas, endoscópicas o quirúrgicas. Sin embargo, todas ellas se basan en casos clínicos con un corto período de seguimiento. Las primeras incluyen el uso de enemas de sucralfato, 5-aminosalicilato, ácidos grasos de cadena corta y pentoxifilina; metronidazol vía oral, formaldehído y uso de oxígeno hiperbárico (26) . En caso de no existir una evolución favorable, la terapia endoscópica con dilatación, láser, coagulación con argón plasma, crioterapia, ablación con radiofrecuencia y terapia con células madres ha sido sugerida. Finalmente, una cirugía con colostomía o ileostomía puede ser planteada en caso de refractoriedad a las estrategias farmacológicas y endoscópicas ya mencionadas (28) .

Proctitis por derivación

La inflamación del recto por derivación puede ocurrir como consecuencia de intervenciones quirúrgicas en el colon en las que el paso de las heces hacia el recto se desvía. La patogenia; cuadro clínico, alteraciones endoscópicas e histológicas se muestran en la Tabla 7 (26) El inicio del cuadro clínico es variable, presentándose entre los 3 a 36 meses posterior a la cirugía de derivación. Desde el punto de vista endoscópico es característico la presencia de una mucosa pálida, edematosa donde se aprecian erosiones y sangrado espontáneo progresivo al insuflar (Figura 8 A-C). En caso de no existir una respuesta favorable a terapia local con mesalazina o ácidos grasos de cadena libre, la reconstitución del tránsito intestinal debería ser la primera opción en pacientes con proctitis por derivación (26)

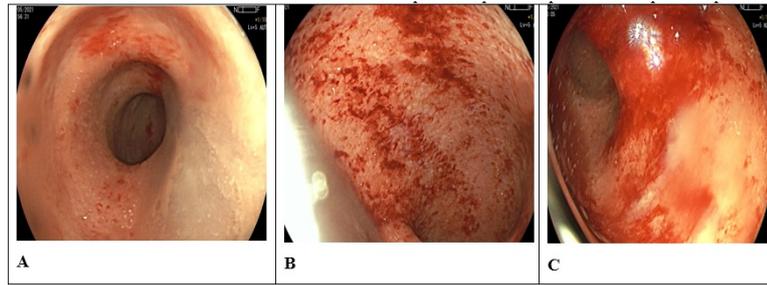


Figura 8. Proctitis por derivación. A – C: mucosa pálida, edematosa donde aparecen erosiones y sangrado espontáneo progresivo al insuflar.

Tabla 7.

Patogenia	Cuadro clínico	Endoscopia	Histología
<ul style="list-style-type: none"> Factores ambientales: - Derivación fecal proximal (déficit de ácidos grasos de cadena corta) Disbiosis: - Reducción de anaerobios estrictos, aumento de cepas reductoras de nitratos 	<ul style="list-style-type: none"> - Rectorragia - Mucosidad - Tenesmo - Dolor pelviano / abdominal 	<ul style="list-style-type: none"> - Edema - Eritema - Friabilidad - Úlceras - Estenosis rectal distal o anal - Hemorragia por distensión al insuflar aire 	<ul style="list-style-type: none"> - Agudas – crónicas - Hiperplasia folicular linfoide - Metaplasia de las células de Paneth - Infiltrado linfoplasmocitario - Ectasia capilar - Fibrosis de la lámina propia

Proctitis por derivación

Proctitis Isquémica

El compromiso isquémico del recto es infrecuente y solo ocurre en el 5% de las colitis isquémicas. Este bajo porcentaje se debe a la irrigación que tiene el recto y que incluye la arteria mesentérica, íliaca interna, pudenda interna y arterias marginales, los cuales mantienen una irrigación adecuada de la mucosa rectal. Los casos publicados generalmente están asociados a factores de riesgo como son la edad, enfermedad cardiovascular, cirugía y radioterapia. Casos post cirugía de cáncer de colon y amiloidosis han sido recientemente reportados (29,30).

Otras etiologías

El traumatismo crónico a nivel ano-rectal por el uso prolongado y repetitivo de objetos puede llevar al desarrollo de lesiones similares a las presentadas en otras etiologías. Una historia clínica completa es fundamental para plantear esta etiología.

Aunque infrecuente desde el uso de terapia antiretroviral en pacientes con VIH (+), el Sarcoma de Kaposi anorectal puede presentarse como lesiones benignas antes de tener las características lesiones pequeñas, redondeadas y purpúricas (11).

En conclusión, aunque la etiología de la proctitis es diversa, el cuadro clínico puede ser muy similar llevando a un subdiagnóstico de esta y al inicio de una estrategia terapéutica inadecuada, lo que sin duda afectará la calidad de estos pacientes. El diagnóstico debe basarse en una

adecuada combinación de la historia clínica junto a los estudios endoscópicos, histológicos, imagenológicos y de laboratorio. En la proctitis infecciosa la posibilidad de una coinfección siempre debe ser considerada. Los exámenes para VIH, VHB y VHC en este escenario, son obligatorios. La mejor opción terapéutica de la proctopatía por radiación debe ser aún definida. Estrategias farmacológicas, endoscópicas y quirúrgicas han sido planteadas.

Referencias

- Caron B, Sandborn WJ, Schreiber S, et al. Drug development for ulcerative proctitis: current concepts. *Gut*. 2021;70:1203-209.
- Henriksen M, Jahnsen J, Lygren I, et al. Ulcerative colitis and clinical course: results of a 5- year population-based follow-up study (the IBSEN study). *Inflamm Bowel Dis* 2006;12:543-550.
- Lamb CA, Kennedy NA, Raine T, et al. British Society of Gastroenterology consensus guidelines on the management of inflammatory bowel disease in adults. *Gut*. 2019;68 Suppl. 3:s1-106.
- Mallet A-L, Bouguen G, Conroy G, et al. Azathioprine for refractory ulcerative proctitis: a retrospective multicenter study. *Dig Liver Dis* 2017;49:280-285.
- Pineton de Chambrun G, Amiot A, Bouguen G, et al. Efficacy of tumor necrosis factor antagonist treatment

- in patients with refractory ulcerative proctitis. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2020;18:620-627.
6. Simian D, Fluxá D, Flores L, et al. Inflammatory bowel disease: A descriptive study of 716 local Chilean patients. *World J Gastroenterol* 2016;22:5267-5275.
 7. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted Disease Surveillance, 2016. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services; 2018. <https://www.cdc.gov/std/stats18/STDsurveillance2018-full-report>.
 8. Kirchgesner J, Lemaitre M, Carrat F, et al. Risk of serious and opportunistic infections associated with treatment of inflammatory bowel diseases. *Gastroenterology*. 2018;155:337-346.
 9. Kotze PG, Underwood FE, Damião AOMC, et al. Progression of inflammatory bowel diseases throughout Latin America and the Caribbean: A systematic review. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2020;18:304-312.
 10. Cone MM, Whitlow CB. Sexually transmitted anorectal infectious diseases. *Gastroenterol Clin North Am* 2013;42:877-892.
 11. Assi R, Hashim PW, Reddy VB, et al. Sexually transmitted infections of the anus and rectum. *World J Gastroenterol*. 2014;20(41):15262-8.
 12. Bissessor M, Fairley CK, Read T, et al. The etiology of infectious proctitis in men who have sex with men differs according to HIV status. *Sex Transm Dis* 2013;40:768-70.
 13. Klausner JD, Kohn R, Kent C. Etiology of clinical proctitis among men who have sex with men. *Clin Infect Dis* 2004;38:300-302.
 14. Davis TW, Goldstone SE. Sexually transmitted infectious as a cause of proctitis in men who have sex with men. *Dis Colon Rectum* 2009;52:507-512.
 15. Lourtet Hascoet J, Dahoun M, Cohen M, et al. Clinical diagnostic and therapeutic aspects of 221 consecutive anorectal *Chlamydia trachomatis* and *Neisseria gonorrhoeae* sexually transmitted infections among men who have sex with men. *Int J Infect Dis* 2018;71:9-13.
 16. Santos AL, Coelho R, Silva M, et al. Infectious proctitis: a necessary differential diagnosis in ulcerative colitis *Int J Colorectal Dis* 2019;34:359-362.
 17. Miller WC, Zenilman JM. Epidemiology of chlamydial infection, gonorrhoea, and trichomoniasis in the United States-2005. *Infect Dis Clin North Am*. 2005;19:281-296.
 18. de Vries HJC, Nori AV, Kiellberg Larsen H, et al. 2021 European Guideline on the management of proctitis, proctocolitis and enteritis caused by sexually transmissible pathogens. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2021;35:1434-1443.
 19. Lau A, Kong F, Fairley CK, et al. Treatment efficacy of azithromycin 1 g single dose versus doxycycline 100 mg twice daily for 7 days for the treatment of rectal chlamydia among men who have sex with men – a double-blind randomised controlled trial protocol. *BMC Infect Dis*. 2017 Dec;17:35.
 20. Cologne KG, Hsieh C. Nonviral sexually transmitted diseases. *Clin Colon Rectal Surg* 2019;32:358-363.
 21. Mistrangelo M, Dal Conte I, Gregori G, et al. Rectal lymphogranuloma venereum. *Colorectal Dis*. 2012;14:792-793.
 22. Dababneh Y, Brahmabhatt B, Mousa OY. Granulomas, Proctitis, and HIV. Complex diagnosis with a simple treatment. *Gastroenterology* 2020;158:1546-1547.
 23. Jin, F, Prestage, GP, Mao L, et al. Transmission of herpes simplex virus types 1 and 2 in a prospective cohort of HIV-negative gay men: the health in men study. *J. Infect. Dis*. 2006, 194, 561-570.
 24. Arnold CA, Limketkai BN, Illei PB, et al. Syphilitic and lymphogranuloma venereum (LGV) proctocolitis: clues to a frequently missed diagnosis. *Am J Surg Pathol*. 2013;37:38-46.
 25. Patil RV, Stephenson I, Richards C, et al. Rectal cancer mimic: a rare case of syphilitic proctitis. *BMJ Case Rep* 2020;13:e235522.
 26. Wu X, Liu X, Katz S, et al. Pathogenesis, diagnosis, and management of ulcerative proctitis, chronic radiation proctopathy, and diversion proctitis. *Inflamm Bowel Dis* 2015;21:703-715.
 27. Barnett GC, De Meerleer G, Gulliford SL, et al. The impact of clinical factors on the development of late radiation toxicity: results from the Medical Research Council RT01 trial (ISRCTN47772397). *Clin Oncol (R Coll Radiol)*. 2011;23:613-624.
 28. Turina M, Mulhall AM, Mahid SS, et al. Frequency and surgical management of chronic complications related to pelvic radiation. *Arch Surg*. 2008;143:46-52.
 29. Yoshida T, Ichikawa N, Homma S, et al. Ischemic proctitis 6 months after laparoscopic sigmoidectomy: a case report. *Surg Case Rep* 2021 Feb 22;7:54.
 30. Hashmi S, Munis A, Hoff RT, et al. Secondary amyloidosis presenting as ischemic proctitis. *Case Rep Gastrointest Med* 2021 Apr 8:2021:6663391.