

Proctite infecciosa: A propósito de um caso clínico

Infectious proctitis: apropos of a case report

Â. Domingues, D. Martins, R. Araújo, A. Silva, P. Ministro

RESUMO

A proctite é uma patologia comum e frequentemente associada à doença inflamatória intestinal. Contudo, é importante reconhecer que a proctite nem sempre está associada a esta patologia. Outras causas de proctite incluem a patologia infecciosa, rádica ou isquémica. A hipótese de se tratar de uma neoplasia do reto ou canal anal deve ser sempre considerada. Com o aumento da incidência das infeções sexualmente transmissíveis entre os homens que têm sexo com homens nos Estados Unidos e na Europa, tem havido um incremento concomitante no número de casos de proctite clínica. Os autores apresentam o caso de um homem de 46 anos, que se apresentou no nosso serviço com sintomatologia proctológica e foi diagnosticado com proctite infecciosa, causada pelo serotipo do linfogranuloma venéreo da *Chlamydia trachomatis*.

ABSTRACT

*Proctitis is a common problem and is most frequently associated with inflammatory bowel diseases. However, it is important for the clinician to realize that proctitis is not always associated with this pathology. Other causes of proctitis include infectious, radiation-associated proctitis or ischemia. The hypothesis of a rectum or anal cancer should always be considered. With the recent increases in sexually transmitted diseases among men who have sex with man in the United States and Europe, there has been a concomitant increase in the number of cases of clinical proctitis. The authors present a case of a 46-year-old man, who presented at our department with proctologic symptoms and was diagnosed with infectious proctitis, caused by lymphogranuloma venereum serovars of *Chlamydia trachomatis*.*

INTRODUÇÃO

As infeções sexualmente transmissíveis consistem numa das patologias mais comuns em todo o mundo. Destas, as mais comuns são a infeção por *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Herpes simplex* e *Treponema*

pallidum. Podem ser responsáveis por quadros clínicos uro-ginecológicos, gastrointestinais, cardiovasculares ou neurológicos.¹ A organização mundial de saúde estima que cerca de 1 milhão de pessoas são infetadas diariamente com um destes patogéneos. A infeção por clamídia é a doença sexualmente transmissível mais comum nos países desenvolvidos. Estas entidades têm sofrido um incremento na sua incidência nos homens que têm sexo com homens desde 1990² Apesar de ser incomum nas populações ocidentais, surtos de linfogranuloma venéreo têm surgido na Europa e na América do Norte na última década. Embora atinja homens e mulheres, a maioria dos casos tem ocorrido nos homens que têm sexo com homens. A proctite é a sua apresentação mais comum, usualmente várias semanas após o contacto sexual, com sintomas de proctalgia, retorragias e secreção de exsudado purulento anal. As alterações endoscópicas podem mimetizar a proctite da doença inflamatória intestinal.³

Ângela Domingues

Serviço de Gastrenterologia do Centro Hospitalar Tondela Viseu

Diana Martins

Serviço de Gastrenterologia do Centro Hospitalar Tondela Viseu

Ricardo Araújo

Serviço de Gastrenterologia do Centro Hospitalar Tondela Viseu

Américo Silva

Serviço de Gastrenterologia do Centro Hospitalar Tondela Viseu

Paula Ministro

Serviço de Gastrenterologia do Centro Hospitalar Tondela Viseu



FIGURA 1 Corte coronal de TAC abdomino-pélvico onde se observa espessamento circunferencial do reto.

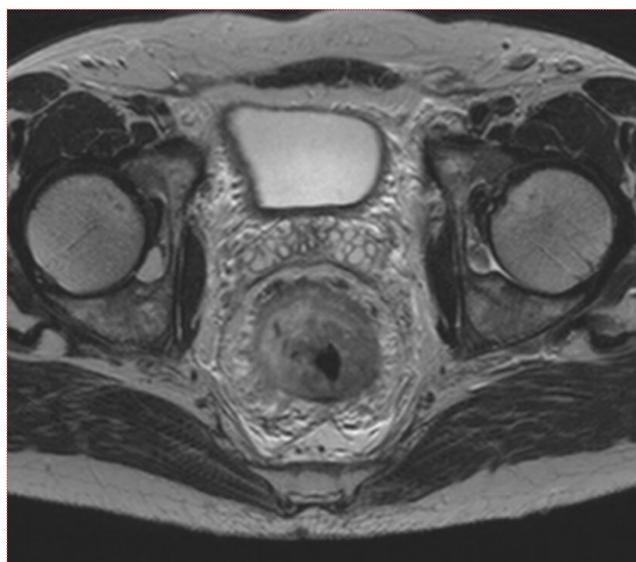


FIGURA 2 Corte axial de RMN pélvica onde se demonstra espessamento circunferencial do reto.



FIGURA 3 Aspeto endoscópico do reto antes da terapêutica.

CASO CLÍNICO

Os autores apresentam o caso de um homem de 46 anos, sem antecedentes pessoais e familiares de relevo, nomeadamente de patologia neoplásica ou de doença inflamatória intestinal. Sem comportamentos sexuais de risco assumidos, viagens recentes ou conviventes doentes. Iniciou sintomatologia proctológica, com proctalgia intensa, tenesmo, urgência defecatória e retorragias esporádicas com vários meses de evolução. Terá sido medicado para patologia hemorroidária sem melhoria do quadro. Nesse sentido, efetuou uma colonoscopia

no exterior que demonstrava lesão infiltrativa circunferencial dos últimos 4cm do reto, sugestiva de lesão neoplásica. Terão sido efetuadas biópsias da descrita lesão, mas não foi possível aceder ao seu resultado. Dado o agravamento progressivo das queixas, terá recorrido ao serviço de urgência. Ainda nesse episódio, foi pedida consulta urgente de Cirurgia Geral e exames complementares para diagnóstico e estadiamento da sugerida neoplasia do reto. A TAC toraco-abdomino-pélvica e a RMN pélvica demonstravam a presença de uma massa retal sugestiva de neoplasia, sem aparente plano de clivagem com a próstata, mas sem evidência de lesões secundárias (Figuras 1 e 2, respetivamente). Marcadores tumorais negativos. Efetuou retossigmoidoscopia no serviço de Gastreenterologia, na qual se observaram pregas congestivas e erosionadas desde a linha pectínea até aos cerca de 10 cm da margem anal, com algum exsudado superficial, sugestivas de etiologia inflamatória/infeciosa (Figura 3). Efetuadas biópsias para histologia e pesquisa de microrganismos. A histologia demonstrou inflamação com sinais de atividade e erosão/ulceração e infiltrado neutrofílico, favorecendo a etiologia infecciosa. Sem aspetos sugestivos de doença inflamatória intestinal e ausência de displasia ou malignidade. A pesquisa de *Chlamydia trachomatis* por métodos de PCR foi positiva, com identificação de estirpe pertencente ao subgrupo

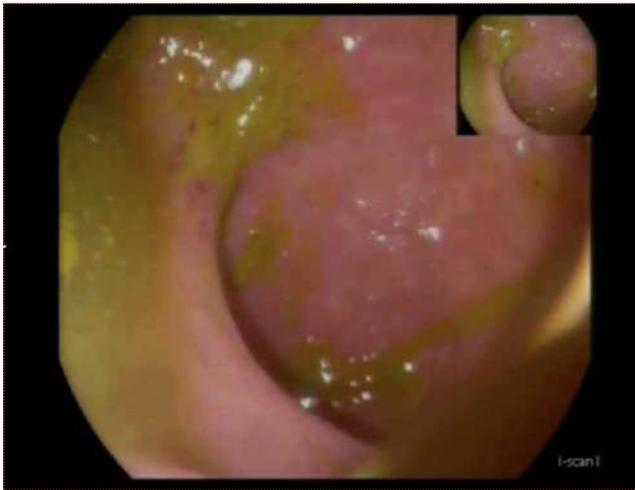


FIGURA 4 Aspeto endoscópico do reto após a terapêutica.



FIGURA 5 Corte axial de TAC pélvica após a terapêutica demonstrando ausência de alterações da parede retal.

do linfogranuloma venéreo. A pesquisa de *Treponema pallidum*, *Neisseria gonorrhoeae*, citomegalovírus, herpes simplex tipo 1 e herpes simplex tipo 2 foi negativa. Perante os achados, foi efetuado o diagnóstico de proctite por *Chlamydia trachomatis* (estirpe do linfogranuloma venéreo), tendo sido medicado com doxiciclina 100mg bidário durante 21 dias. Efetuada retossigmoidoscopia de reavaliação cerca de 3 meses após término da anti-bioterapia, com identificação de escassos focos congestivos e eritematosos, mas com melhoria substancial face ao exame prévio (Figura 4). Foram efetuadas novas biópsias para histologia e pesquisa de microrganismos. A histologia demonstrou alterações sugestivas de processo infeccioso em fase de resolução e a pesquisa por PCR dos microrganismos previamente mencionados foi negativa, incluindo para *Chlamydia trachomatis*. Face ao diagnóstico de uma doença sexualmente transmissível, foi efetuado estudo complementar com os seguintes resultados: antigénio HBs negativo, anticorpo anti-HBs negativo, anticorpo-anti HBc negativo, anticorpo anti-HCV negativo, anticorpos e antigénio anti-HIV 1 e 2 negativos, anticorpos totais anti-*Treponema pallidum* positivos, IgM anti- *Treponema pallidum* negativo e RPR negativo. O doente foi medicado com toma única de penicilina G benzatínica 2.4 milhões de unidades. A esposa foi também medicada com doxiciclina 100mg bidário durante 7 dias e foi recomendada abstinência sexual durante o período de tratamento. Repetiu TAC

pélvica após terapêutica que demonstrou total resolução das alterações imagiológicas do reto (Figura 5). À data de alta da consulta, encontrava-se assintomático do ponto de vista gastroenterológico, demonstrando-se o sucesso diagnóstico e terapêutico perante uma proctite de etiologia rara e muitas vezes de difícil diagnóstico.

DISCUSSÃO

A proctite é uma inflamação limitada aos últimos 15cm do intestino grosso, estando frequentemente associada à doença inflamatória intestinal (Doença de Crohn e Colite Ulcerosa). Contudo, é de crucial importância que os clínicos tenham presente possíveis diagnósticos diferenciais, nomeadamente, a etiologia neoplásica, rádica, infecciosa, medicamentosa, iatrogénica, traumática ou isquémica.

A proctite infecciosa é uma patologia com incidência crescente nos últimos anos, associada ao aumento da prática de comportamentos sexuais de risco.⁴ Na grande maioria dos casos estão implicadas doenças sexualmente transmissíveis, sendo as mais comuns, a infeção por *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, vírus herpes simplex tipo 2 e *Treponema pallidum*. A coinfeção é comum, sendo que em 10% dos doentes existe infeção por dois ou mais patogéneos.⁵ Em todos os casos diagnosticados com proctite por microrganismo sexualmente transmissível deve ser pesquisado o status HIV, uma vez que o próprio processo ulcerativo da mucosa predispõe ao aumento da transmissão vírica.⁶

Em todos os casos de proctite é essencial a realização adequada de uma história clínica, que inclua os comportamentos sexuais de risco e a história de viagens recentes, e exame físico, incluindo a pesquisa de linfadenopatias e lesões ano-genitais. A prática de sexo anal receptivo (oral-anal, digital-anal ou genital-anal), o subgrupo de homens que têm sexo com homens e a população HIV positiva constituem fatores de risco para esta patologia.⁷

Linfogranuloma venéreo

O linfogranuloma venéreo é uma infecção causada pelos serotipos L1-L3 da *Chlamydia trachomatis*, com a variante L2b a ser recentemente implicada em surtos de proctite infecciosa na Europa.^{5,6} Ao contrário dos serotipos A-K que originam inflamação da mucosa, os serotipos implicados no LGV têm capacidade de invasão do tecido conjuntivo adjacente e disseminação para os gânglios linfáticos, causando um fenótipo de doença mais agressivo.

O período de incubação é de 1 a 4 semanas.⁴ No subgrupo de homens que têm sexo com homens, cerca de 25% das infecções são assintomáticas.⁹ A doença está subdividida em 3 estádios. O estádio primário manifesta-se geralmente como uma pústula indolor, ulceração superficial ou erosão no local da inoculação.⁴ O estádio secundário ocorre cerca de 2 a 6 semanas após o estádio primário e é caracterizado por linfadenopatias unilaterais na região inguinal e femoral. Pode estar associado a sintomatologia sistémica, como febre, calafrios, mialgias e artralgias. O estádio terciário, também denominado como “síndrome anogenital”, ocorre com maior frequência no sexo feminino, e está associado ao desenvolvimento de proctocolite, podendo complicar com o desenvolvimento de abscessos, fístulas e estenoses retais.

A proctite é a principal manifestação na epidemia atual de linfogranuloma venéreo dentro do subgrupo dos homens que têm sexo com homens. Pode-se manifestar com proctalgia intensa, mucorragia hematopurulenta ou retorragias. O tenesmo e a obstipação também podem estar presentes por edema da mucosa retal e da região perianal. A observação endoscópica pode revelar uma proctite hemorrágica ou granular, com exsudação superficial e ulceração da mucosa.

O diagnóstico é efetuado através da identificação

do DNA da *Chlamydia trachomatis* no material colhido das úlceras da região anogenital, das amostras retais (zaragatoa ou biópsias) ou do aspirado ganglionar. São utilizados testes de amplificação dos ácidos nucleicos e, se positivos, devem ser pesquisados os serotipos específicos do linfogranuloma venéreo.⁹ Todos os indivíduos diagnosticados devem ser testados para outras doenças sexualmente transmissíveis, nomeadamente, para sífilis, gonorreia, HIV, hepatite B e hepatite C.¹⁰

O tratamento de primeira linha recomendado no linfogranuloma venéreo é a doxiciclina 100mg duas vezes por dia durante 21 dias. Um regime alternativo consiste na eritromicina 500mg quatro vezes por dia durante 21 dias. Devem ser evitados contactos sexuais durante o período de tratamento. Todos os contactos sexuais dos últimos 3 meses devem ser rastreados.⁹ Os parceiros sexuais assintomáticos também devem ser tratados com um ciclo de doxiciclina (100mg duas vezes por dia durante 7 dias).¹¹

Segundo as normas da Direção Geral de Saúde, a infecção por linfogranuloma venéreo é uma doença de declaração obrigatória, pelo que o seu diagnóstico implica o seu reporte às autoridades de saúde pública.

CONCLUSÃO

Nos últimos anos tem-se objetivado um incremento na incidência de casos de proctite infecciosa, sobretudo nos indivíduos HIV positivos. Este padrão demonstra a importância da consciencialização das equipas de saúde no diagnóstico de causas infecciosas nos quadros de proctite. Os sintomas da proctite infecciosa podem mimetizar outras entidades clínicas, tais como a doença inflamatória intestinal. Em todos os casos deve ser colhida uma história clínica completa, incluindo dos comportamentos sexuais de risco, e um exame físico detalhado. O diagnóstico e tratamento precoces permitem uma diminuição da incidência, uma melhoria do estado de saúde individual e uma redução de possíveis complicações associadas a esta patologia. |||

Correspondência:

Nome: Paula Ministro

Morada: Serviço de Gastreenterologia, Centro Hospitalar Tondela Viseu

E-mail: paulaministro@sapo.pt

BIBLIOGRAFIA

1. Newman L, Rowley J, Vander Hoorn S, Wijesooriya NS, Unemo M, Low N, et al. *Global Estimates of the Prevalence and Incidence of Four Curable Sexually Transmitted Infections in 2012 Based on Systematic Review and Global Reporting*. PLoS One. 2015;10:e0143304. doi: 10.1371/journal.pone.0143304.
2. Unemo M, Bradshaw CS, Hocking JS, de Vries HJC, Francis SC, Mabey D, et al. *Sexually transmitted infections: challenges ahead*. Lancet Infect Dis. 2017;17:e235-e279. doi: 10.1016/S1473-3099(17)30310-9.
3. Lamb CA, Lamb EJ, Mansfield JC, Sankar KN. *Sexually transmitted infections manifesting as proctitis*. Frontline Gastroenterol. 2013;4:32-40. doi: 10.1136/flgastro-2012-100274.
4. Hoentjen F, Rubin DT. *Infectious proctitis: when to suspect it is not inflammatory bowel disease*. Dig Dis Sci. 2012;57:269-73. doi: 10.1007/s10620-011-1935-0.
5. Klausner JD, Kohn R, Kent C. *Etiology of clinical proctitis among men who have sex with men*. Clin Infect Dis. 2004;38:300-2. doi: 10.1086/380838.
6. Craib KJ, Meddings DR, Strathdee SA, Hogg RS, Montaner JS, O'Shaughnessy MV, et al. *Rectal gonorrhoea as an independent risk factor for HIV infection in a cohort of homosexual men*. Genitourin Med. 1995;71:150-4. doi: 10.1136/sti.71.3.150.
7. Levy I, Gefen-Halevi S, Nissan I, Keller N, Pilo S, Wieder-Finesod A, et al. *Delayed diagnosis of colorectal sexually transmitted diseases due to their resemblance to inflammatory bowel diseases*. Int J Infect Dis. 2018;75:34-8. doi: 10.1016/j.ijid.2018.08.004.
8. White JA. *Manifestations and management of lymphogranuloma venereum*. Curr Opin Infect Dis. 2009;22:57-66. doi: 10.1097/QCO.0b013e328320a8ae.
9. Vries HJC, Barbeyrac B, Vrieze NHN, Viset JD, White JA, Vall-Mayans M, et al. *2019 European guideline on the management of lymphogranuloma venereum*. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2019;33:1821-8. doi: 10.1111/jdv.15729.
10. Hill SC, Hodson L, Smith A. *An audit on the management of lymphogranuloma venereum in a sexual health clinic in London, UK*. Int J STD AIDS. 2010;21:772-6. doi: 10.1258/ijisa.2010.010329.
11. McLean CA, Stoner BP, Workowski KA. *Treatment of lymphogranuloma venereum*. Clin Infect Dis. 2007;44 Suppl 3:S147-52. doi: 10.1086/511427.