

## Presentación de Casos

## Estenosis rectal benigna

Eduardo Pazmiño V, Jorge Salazar, Rocío Pazmiño M, Jhon Tapia.  
Servicio de Coloproctología del Hospital Eugenio Espejo, Quito-Ecuador.

## Resumen

El término estenosis es aplicado a una estrechez patológica congénita o adquirida de un conducto u orificio, como en este caso el recto. Entre sus agentes etiológicos constan, en orden de frecuencia, la estenosis rectal por cáncer, procesos inflamatorios crónicos y enfermedades de transmisión sexual como el linfogranuloma venéreo (LGV), cuyo agente etiológico es la *Chlamydia trachomatis* L1-L3 (parásitos intracelulares obligados, relacionados con las bacterias gram-negativas). El LGV presenta diferentes estadios en hombres y mujeres, siendo su manejo inicial clínico y en etapas tardías quirúrgico. La alta incidencia de cáncer ano-rectal en pacientes positivos al LGV, no tratados oportunamente, hacen necesaria la detección y tratamiento precoces del LGV para mejorar el pronóstico de vida. Para enfatizar lo expuesto se presenta un caso clínico de estenosis rectal benigna por linfogranuloma venéreo.

**Palabras clave:** Estenosis, Cáncer rectal, Linfogranuloma venéreo.

## Summary

The word stenosis is used to describe a pathologic congenital or acquired stricture of a passage or duct in the body. Amongst its causative agents we can list, in order of frequency, stenosis from rectal cancer, chronic inflammatory processes and sexually transmitted diseases such as linforanuloma venereum (LGV), whose etiologically agents is *Chlamydia trachomatis* L1-L3 (intracellular parasites related to gram-negative bacteria). LGV exhibits different stages in men and women, and is treated clinically in early phases and surgically in late ones. The high incidence of anal/rectal cancer in patients positive to LGV that did not receive timely treatment, evidences the need for early detection and treatment of LGV to improve life prognosis. A clinical case of benign rectal stenosis caused by LGV is reported to support this notion.

**Key words:** Stenosis, Rectal cancer, Linfogranuloma venereum.

Revista de la facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central, 1997; 22 (1): 39-41.

## Introducción

Estenosis es un término aplicado a la estrechez patológica congénita o adquirida de un orificio o conducto. El

recto constituye la porción final del intestino grueso que se dispone como un tubo que desciende a lo largo de la curvatura del sacro y coxis para finalmente pasar a través del músculo elevador del ano, su revestimiento es enteramente muscular. Tienen relaciones extraperitoneales e intraperitoneales.

Estadísticamente la causa más frecuente de estenosis rectal es el cáncer (estenosis maligna), siguen a continuación los procesos inflamatorios crónicos como es la colitis ulcerosa crónica inespecífica, enfermedad de Crohn, tuberculosis intestinal, además, las enfermedades de transmisión sexual, entre las cuales tiene prevalencia el Linfogranuloma Venéreo (LGV). De menor complejidad diagnóstica es la estenosis rectal causada por malformaciones congénitas, las traumáticas por antecedentes de cirugía previa, diatermia de tumores, heridas accidentales y las causadas por radiaciones en neoplasia del cuello uterino.

## Linfogranuloma Venéreo

El Linfogranuloma Venéreo es una enfermedad de distribución mundial pero con incidencia especialmente alta en áreas tropicales y subtropicales, así como en individuos de raza negra, sobre todo en mujeres entre los 20 y 50 años.<sup>8,16,25</sup>

Es causado por *Chlamydia trachomatis*, serotipos L1, 2 ó 3, parásitos intracelulares obligados, relacionados con las bacterias gram-negativas.<sup>1-5,10,13</sup> Su transmisión generalmente es sexual luego de coitos homosexuales o heterosexuales o por contactos con exudados contaminados de lesiones activas.<sup>6,8,10,11,14,15,19,27</sup>

Se han considerado tres etapas de la enfermedad:  
ESTADIO I: úlceras o vesículas enanescientes en el lugar de introducción del agente, sea este genital o anorrectal, que por lo general pasan desapercibidas o no se desarrollan.<sup>15,20,30</sup>

ESTADIO II: una o dos semanas más tarde se presenta tumefacción y agrandamiento de los ganglios inguinales, unilateral o bilateralmente en el hombre. En la mujer el drenaje linfático es hacia ganglios más profundos como son los perirrectales e ilíacos.<sup>8,21,25,29,30</sup>

ESTADIO III: un pequeño número de pacientes presenta obstrucción linfática ocasionando una elephantiasis genital. De igual manera, pocos son los casos clínicos que presentan estenosis fibrosa del recto, por cicatrización inflamatoria crónica de tejidos rectales y perirrectales, circunstancias que se pueden ver en pacientes del sexo femenino por el drenaje linfático descrito y en personas que

**Dirección para correspondencia:** Dr. Eduardo Pazmiño V, Servicio de Coloproctología, Hospital Eugenio Espejo, Av. Colombia s/n, Teléfono 507906, Fax 507913, Quito-Ecuador.

hayan tenido coitos anorrectales, generalmente en varones homosexuales. Esta forma de presentación es precedida de una proctitis, la misma que sin tratamiento persiste en forma subaguda o crónica que luego de meses o años se transforma en fibrosis rectal (fase preestenótica), que finalmente lleva a una estenosis definida.<sup>6,8,11,25,27</sup>

Clínicamente estos pacientes refieren deposiciones con sangre, moco o pus, como pseudodiarreas. También cuadros de obstrucción parcial, con dolores tipo cólico, distensión abdominal, dificultad evacuatoria y a veces heces acintadas. Además, puede haber invasión sistémica, que se manifiesta por fiebre, artralgias, artritis, exantemas, conjuntivitis, cefalea e irritación meníngea.<sup>27</sup>

En algunos casos la exploración clínica es negativa, en otros se descubren infartos ganglionares, a la inspección se ponen de manifiesto eritemas, abscesos, trayectos fistulosos perianales, perirrectales o rectovaginales.

Al tacto rectal se percibe una mucosa áspera, sin elasticidad y aproximadamente a unos 5cm, se llega una estenosis cuyo orificio siempre es central. La rectosigmoidoscopia (RSC), demuestra que la mucosa situada debajo de la estenosis es generalmente blanquecina y grisácea. La estrechez tiene la forma de un tubo rígido y sus paredes son gruesas, por el orificio de estenosis suele emanar una secreción espesa y purulenta. Por encima de la estrechez, a veces salvable con el rectoscopio, la mucosa es rubicunda, sangrante y muy friable.

La exploración radiológica por enema de bario, permite apreciar la longitud y la intensidad de la estenosis, así como el compromiso sigmoideo.<sup>7</sup>

La prueba intradérmica de Frei y la de fijación del complemento, pueden ser positivas, pero dan reacciones cruzadas con otras clamidias. El V.D.R.L. pueden ser falso positivo. La inmunofluorescencia específica para anticuerpo es confirmatoria.<sup>12,17,18,23,24,28</sup>

La biopsia de los tejidos inflamados, empleando técnicas adecuadas de estudio, pueden revelar la presencia de gránulo corpúsculos. La característica típica es la proliferación y distorsión de la red epitelial (hiperplasia pseudoepiteliomatosa).<sup>28</sup>

Cabe mencionar que si la enfermedad sigue su curso natural, tiene una evolución crónica, en los períodos más avanzados los pacientes pueden estar anémicos, delgados e imposibilitados de cualquier esfuerzo físico prolongado.

Antes de la terapéutica sulfamídica y antibiótica, el pronóstico es de gravedad extrema, sin embargo, cuando en las primeras etapas se trata precoz y sistemáticamente, el pronóstico mejora considerablemente.<sup>10,11,26</sup>

Para su tratamiento la literatura refiere el uso de tetraciclina, a una dosis de 0,25 0,5g cada 6 horas o doxiciclina, 100 mg cada 12h durante 10 a 20 días. Se puede utilizar también eritromicina, 500mg cada 6h durante 7 días, sulfadiacina 1g cada 8h, durante dos-tres semanas, esta tiene poco efecto en la infección por clamidias, pero reduce las complicaciones bacterianas, Trimetropin-sulfametoxazol, 160/800mg dos veces al día por 14 días también es eficaz.<sup>10,11,29,30</sup>

En aquellos casos en los que la estenosis rectal es muy marcada y provoca obstrucción intestinal, es preciso realizar una derivación colónica. Con ello se ha conseguido una notable mejoría del estado general del paciente.

### Pronóstico

En estadios tempranos el tratamiento curativo se usa para evitar complicaciones anatomopatológicas. Pacientes con LGV anorrectal, pueden presentar una alta frecuencia de carcinoma de recto.<sup>16</sup>

### Reporte de un caso clínico

Paciente de sexo femenino, 27 años de edad, casada, raza negra, instrucción primaria incompleta (4to. Grado), ocupación quehaceres domésticos, nacida en Intag, Provincia de Imbabura, residente en Quito.

Acude a la consulta por presentar dolor abdominal y trastornos en el hábito defecatorio.

El paciente refiere que desde hace aproximadamente 5 meses y sin causa aparente, presenta dolor abdominal tipo cólico, que se localiza en hipogastrio, irradiándose hacia fosas ilíacas y a flanco derecho, cada 48-72 horas. Además, distensión abdominal, dificultad para canalizar flatos, evacuaciones intestinales todos los días aumentadas en frecuencias (4-5 veces), disminuidas de calibre y cantidad, mucosas, y en 4 ocasiones, sangrado escaso (pintas), vómito por varias ocasiones con contenido gástrico y biliar en moderada cantidad e hiporexia, cuadro que se intensifica por lo cual acude a la consulta.

El paciente presenta pérdida de peso de 20Kg en 5 meses. Fue intervenida en su rodilla izquierda hace 5 años (aparentemente drenaje), histerectomía hace 6 meses por posible miomatosis. Sus antecedentes gineco-obs-tétricos fueron, menarquia a los 13 años, histerectomía hace 6 meses, G6P3A3, tres compañeros sexuales, relaciones anorrectales ocasionales.

Al examen físico, frecuencia cardíaca 80x', frecuencia respiratoria 18x', temperatura 36°C, tensión arterial 120/60, peso 52.8Kg, talla 1,70m. Presenta conjuntivas ligeramente pálidas, abdomen asimétrico, abombamiento en cuadrante inferior izquierdo, timpánico, suave, deprimible, doloroso a la palpación profunda en FII hacia hipogastrio y presencia de masa renitente, fija, de bordes mal definidos y diámetro de 2-3 cm, ruidos hidroaéreos presentes, al tacto vaginal, muñón vaginal y masa de pendiente de anexo izquierdo aparentemente, tacto rectal sin patología aparente. El resto del examen físico sin patología aparente.

### Diagnóstico

El diagnóstico se basó en el cuadro clínico, dolor abdominal, distensión abdominal, dificultad para canalizar flatos, cambios en el hábito defecatorio, pensamos en una obstrucción parcial bastante importante. Hay que recalcar los antecedentes sexuales en el historial de la paciente. En la RSC, presencia de pólipo y estenosis importante a 11 cm de l margen anal, el mismo que imposibilita la conti-

nuación del estudio. El examen histopatológico reporta pólipo inflamatorio negativo a malignidad y proceso inflamatorio crónico de etiología inespecífica.

El ecosonograma reporta una gran masa mixta quística y blanda de ovario izquierdo probablemente. El colon por enema muestra que el medio de contraste se opacifica en la porción distal de la ampolla rectal sin que progrese hacia la región proximal, en el tránsito intestinal el medio de contraste no progresa más allá del ángulo esplénico, por presencia de abundantes heces. La tomografía axial computarizada (TAC) contrasta un severo engrosamiento de la pared del recto con obliteración casi total de su luz, el espacio presacro se encuentra ocupado por tejidos blandos y la grasa perirrectal obliterada, en especial en su porción lateral posterior en ambos lados. Se observa lesión de aspecto quístico en los huecos pélvicos menor y mayor, probablemente dependiente de anexos.

La microinmunofluorescencia demostró anticuerpo anticlamidia serotipo L2. Clase IgG 32 U/ml (normal hasta 25U/ml), IgA 84 U/ml (normal no detectable). El diagnóstico fue estenosis rectal por Chlamydia trachomatis más quiste de ovario derecho.

**Conclusiones**

En todos los procesos coloproctales es fundamental la elaboración de una historia clínica adecuada poniendo énfasis en la anamnesis.

A pesar de la prevalencia de estenosis rectal maligna, siempre debe considerarse la posibilidad de la etiología benigna. Una estrechez no neoplásica en un individuo de raza negra, debe sugerirnos el diagnóstico LGV.

Entre los pacientes con LGV puede haber una alta incidencia de cáncer de colon, por lo que se debe realizar un seguimiento periódico de los mismos.

La combinación de estenosis rectal y deformidad perineal en una mujer joven, es sugestivo de LGV.

Se debe realizar tacto rectal, rectosigmoideoscopia y colonoscopia con biopsia si es necesario, en todo paciente con sintomatología rectal.

No debe olvidarse que los pacientes con LGV frecuentemente albergan otras enfermedades venéreas, in-

cluyendo sífilis latente.

Tratándose de una enfermedad de transmisión sexual, el tratamiento se hará extensivo a la pareja o contactos sexuales.

**Bibliografía**

1. Goligher JC: Cirugía del Ano, Recto, y colon. 3ª. Ed. Salvat Editores, Barcelona, 1982; 873-876.
2. Cecil Loeb: Tratado de Medicina Interna. 17ª Ed. Editorial Interamericana, México, 1987; 1840-1842.
3. Jawetz E, Melnick J: Microbiología Médica. 14ª. Ed. Editorial Manual Moderno, México, 1992; 328-329.
4. Sociedad Ecuatoriana de Urología: Texto de urología, capítulo norte, Quito, 1989; 181.
5. Benson CR: Manual de Ginecología u Obstetricia 7ª Ed. Editorial Manual Moderno, México, 1985; 493-494.
6. Robbins LS: Patología Estructural y funcional. 3ª Ed. Editorial Interamericana, México, 1987; 292-294.
7. Teplik H: Diagnóstico Radiológico 3ª. Ed. Editorial Interamericana, México, 1979; 136-138.
8. Pons P: Patología y clínica Médicas. 2ª Ed. Salvat Editores, Barcelona, 1956; 664-670.
9. Balcells A: La clínica y el Laboratorio 12ª. Ed. Editorial Marín. Barcelona, 1981; 469.
10. Schroeder AS: Diagnóstico Clínico y Tratamiento. Ed. Editorial Manual Moderno, México, 1993; 1087.
11. Harrison: Principios de Medicina Interna. 12ª Ed. Editorial Interamericana, México, 1991, 897-900.
12. Díez de Medina JC: Dermatología. Chile, 1992.
13. Siquiera de Goes LF: Enfermedades Sexualmente Transmisibles. Artes Médicas, Brasil, 1993; 105-109.
14. Rosas SA, Fuentes DM: Secretaría de Salud, México, Curso de Orientación Sexual, 1992; 109-118.
15. Arévalo MC: Infecciones y Antibióticos, 1994; 2(2): 12-18
16. Chopda NM, Desaid DC: Indian Gastroenterology, 1994; 13(3): 103-104.
17. Joseph AK, Rosen T: Dermatología Clínica. EEUU, 1994; 12(1): 1-8.
18. Deak J, Nedelkovics Z: Hungría, 1994; 135(9): 465-468.
19. Goens JL, Schwartz AM: Physician EEUU, 1994; 49(2): 415-418.
20. O'Farrell N, Hoosen A: Genitorurinary-Med, England, 1994; 70(1): 7-11.
21. Eichman A: Dermatology, Switzerland, 1993; 187(4): 299-300.
22. Chen JC, Stephens R: Microbiology, England, 1994; 11(3): 501-507.
23. Mittal A, Sachdeva K: BioMed-Sci. England, 1993; 50(1): 3-7.
24. Sabiston D: Tratado de patología Quirúrgica 14ª. Ed. Editorial Interamericana. México, 1991; 1637.
25. Velez H, Borrero J: Enfermedades Infecciosas 3ª. Ed. Ed. Ecuilibro. Medellín, Colombia, 1991; 616-619.
26. Goodman & Gilman: Las Bases Farmacológicas en la Terapéutica. 8ª. Ed. Editorial Panamericana, México, 1991; 615-617.
27. Jay Stein: Medicina Interna 3ª. Ed. Salvat Editores. México, 1992; 1367-1370.
28. Novak: Tratado de Ginecología 11ª. Ed. Editorial Interamericana México, 1991; 517.
29. McCary: Sexualidad Humana, 4ª. Ed. Editorial Manual Moderno, México, 1992; 260.
30. Wiliam HG: Sexualidad Editorial Manual Moderno, México, 1983; 332.