

Rectitis por *Streptococcus* β hemolítico grupo G

Luciana La Rosa,^{1,2} María Eva Serrano,¹ Federico Aguilera,¹ Julieta Cittadini,¹ Dolores Caffarena,¹ Omar Rubén Miravalle,^{1,2} Carlos Miguel Lumi^{1,3}

¹Centro Privado de Cirugía y Coloproctología.

²Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas (CEMIC).

³Hospital de Gastroenterología Dr Carlos Bonorino Udaondo. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina.

Acta Gastroenterol Latinoam 2017;47(1):68-71

Recibido: 01/06/2016 / Aceptado: 29/09/2016 / Publicado ON-line: 05/04/2017

Resumen

La rectitis es una entidad inespecífica que se identifica con una sintomatología clínica determinada, acompañada de su diagnóstico endoscópico, que tiene diferentes etiologías. Ante esta situación, resulta necesario contar con el estudio histopatológico y microbiológico de las muestras obtenidas por endoscopia. Entre los hombres que tienen sexo con hombres (HSH), las infecciones de transmisión sexual son la causa más común de rectitis. En el presente caso reportamos la infección rectal por *Streptococcus* β hemolítico del grupo G en un paciente HSH con VIH. Esta bacteria es frecuente flora habitual en fauces, pero no en recto; prácticas sexuales anales podrían justificar su presencia en dicha localización.

Palabras claves. Rectitis, sexo anal, estreptococo, infecciones de transmisión sexual.

Streptococcus β hemolytic group G rectitis

Summary

The proctitis is an unspecific entity that reunites particular clinical symptoms with its endoscopic diagnosis, and which may have different etiologies. In this situation it is necessary to have histopathological and microbiological analysis of samples obtained from endoscopy. Among men who have sex with men, sexually transmitted infections are the most common cause of proctitis. In this case we report a rectal infection by *Streptococcus* β hemolytic group G in a HIV positive men who have sex with men. This bacterium is commonly found

as part of oral microbiota but not in rectum; sexual anal practices can justify its finding in this location.

Key words. Rectitis, anal sex, *Streptococcus*, sexually transmitted diseases.

Abreviaturas

HSV: herpes virus simplex.

VIH: virus de inmunodeficiencia humana.

HPV: virus de papiloma humano.

HSH: hombre que tiene sexo con hombres.

La rectitis es frecuente en aquellos individuos que practican la sexualidad anal, especialmente entre los hombres que tienen sexo con hombres (SHS).^{1,2} Los microorganismos más comunes son *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, *Herpes Simplex Virus* tipo 1 o 2 (HSV) y *Treponema pallidum*; sin embargo, eventualmente, pueden detectarse gérmenes atípicos.³

Diferentes grupos de *Streptococcus*, particularmente los grupos A y C, pero también del grupo G, pueden provocar dermatitis perianal.⁴ Esto es más frecuente entre los niños, con la autoinoculación oral-anal. En la población adulta es poco común, siendo la transmisión sexual una de las posibles causas. La dermatitis perianal por *Streptococcus* β hemolítico del grupo G ha sido reportada en dos pacientes con historia de práctica sexual oral-anal.^{1,2} No hay reportes en la literatura de compromiso rectal.

En el presente manuscrito reportamos la infección rectal por *Streptococcus* β hemolítico del grupo G.

Caso clínico

Paciente hombre de 46 años de edad con infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) hace 6 años con 592 células/mm³ CD 4 (29%) y carga viral in-

Correspondencia: Luciana La Rosa
Santa Fe 1589 1° piso. Tel/Fax: 4815-1403/5534/5536
Correo electrónico: lucianalarosa@gmail.com

detectable, en tratamiento con triple esquema antirretroviral. Antecedentes de relevancia: hepatitis B ya resuelta, lesiones penianas, peri y endoanales por HPV y sífilis. El paciente no tiene pareja sexual estable y refiere mantener relaciones sexuales con diferentes hombres.

Consultó por proctorragia, mucorrea y tenesmo rectal de tres días de evolución. Los síntomas comenzaron después de cinco días de haber mantenido relaciones sexuales anales pasivas con preservativo; también compartió juguetes y practicó *fisting* sin protección. Si bien niega haber tenido sexo oral-anal, utilizó saliva entre otros lubricantes.

El examen proctológico de la piel y el conducto anal era normal. La rectosigmoidoscopia evidenció pérdida del patrón vascular y edema de la mucosa del recto inferior con manchas de aspecto rojizo que evocan imágenes de sufusión (Figuras 1 y 2). No se palpaban adenopatías inguinales. Se tomaron muestras de la mucosa rectal con pinza de biopsia endoscópica para descartar rectitis por *Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis* mediante anticuerpos monoclonales y detección de HSV y *Cytomegalovirus* por PCR, cultivo para gérmenes comunes y VDRL cualicuantitativa. Una vez obtenidas las muestras, de acuerdo a las recomendaciones de los Centros de Control de Enfermedades de Estados Unidos (CDC)³ y las Guías Europeas para el manejo de las rectitis infecciosas,⁵ se indicó tratamiento empírico con 1gr de azitromicina por vía oral y 250 mg de ceftriaxona intramuscular con el objetivo de tratar los dos gérmenes más frecuentes en rectitis agudas posteriores a la práctica de relaciones sexuales anales: *Neisseria Gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis*. Las muestras resultaron negativas para todos estos gérmenes, detectándose mediante el cultivo un *Streptococcus* hemolítico del grupo G sensible a penicilina y derivados.

El paciente respondió parcialmente al tratamiento empírico por lo que se decidió administrar 2 gr por día de amoxicilina con ácido clavulánico por vía oral, lográndose la curación sintomática y macroscópica de la infección. Asimismo, el paciente otorgó su consentimiento para la publicación anónima del caso clínico.

Discusión

La colonización del tubo digestivo por *Streptococcus* hemolítico ya ha sido descrita; en las mujeres se estima entre el 4% y el 18%,^{6,7} hecho que motiva la toma de muestras para cultivo durante la gestación para prevenir la sepsis neonatal. La infección sintomática es infrecuente.

Amren y col describieron la dermatitis perianal por este microorganismo en 1966.⁴ Es más frecuente en niños, aunque eventualmente puede aislarse en adultos.⁸ Algunos factores son necesarios para que se desarrolle la sintomatología, tales como la alteración de la flora local o traumatismos.¹

La transmisión sexual como probable origen de la infección fue descrita en muy pocos trabajos. El *Streptococcus* hemolítico del grupo G ha sido hallado en el 1,9% de los hisopados uretrales realizados para la detección de *Neisseria gonorrhoeae*.^{9,10} También se han descrito casos de balanitis por *Streptococcus* hemolítico luego del contacto oral-genital en dos parejas heterosexuales, donde se halló el microorganismo en cultivo de lesiones penianas y en la orofaringe de sus pareja.^{11,12}

La dermatitis perianal por *Streptococcus* hemolítico del grupo G fue reportada en una pareja heterosexual y en un paciente HSH con historia de práctica sexual oral-anal.^{1,2} No hemos encontrado en la literatura revisada descripciones con afección rectal por esta bacteria.

Los CDC recomiendan la toma de muestra para descartar *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, *Herpes Simplex Virus* tipo 1 o 2 (HSV) y *Treponema pallidum*.³ Una vez hecho esto, el tratamiento empírico recomendado incluye, entre otras opciones, Azitromicina 1gr por vía oral y 250 mg de ceftriaxona por vía intramuscular para cubrir *Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis*. Habitualmente, de esta manera se resuelve la rectitis adquirida sexualmente. En ocasiones, como en el caso que presentamos, se detecta algún microorganismo atípico. Haber contado con las muestras antes de haber iniciado el tratamiento permitió adecuarlo correctamente frente a la falta de respuesta y lograr la curación. Si bien el aspecto macroscópico y los síntomas son inespecíficos y podrían deberse a otras patologías, el tiempo de evolución, la ausencia de diarrea y el contacto sexual reciente sugieren un origen venéreo de la rectitis. Pese a eso, para descartar otros diagnósticos tales como enfermedad inflamatoria intestinal, colitis de Behcet, colitis isquémica o colitis eosinofílica entre otras, deben tomarse muestras para su estudio anatomopatológico. Además, debemos considerar que las patologías descritas, englobadas dentro del término “colítides”, tienen como característica clínica la presencia de diarrea acuosa y dolor abdominal, síntomas que nuestro paciente no presentaba.^{13,14}

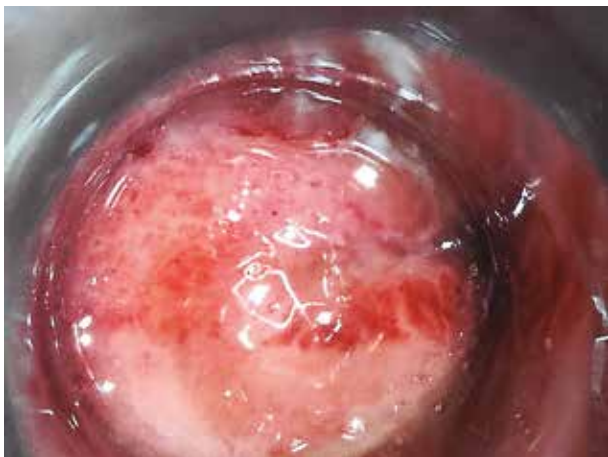
Prácticas sexuales que incluyan el contacto de secreciones orales con el área anogenital pueden favorecer la transmisión de gérmenes orofaríngeos a esa zona. En este caso, el paciente niega haber mantenido relaciones orales, aunque sí haber utilizado saliva como lubricante.

Creemos que éste pudo haber sido el mecanismo de infección. El hisopado faríngeo del paciente fue negativo y lamentablemente, al haberse tratado de un contacto esporádico no fue posible realizar un hisopado a su compañero, lo que hubiera reforzado nuestra hipótesis.

Conclusión

Una anamnesis minuciosa que incluya los datos sobre distintas prácticas sexuales resulta fundamental para sospechar el origen venéreo de una rectitis. Una vez diagnosticada clínicamente mediante un examen rectal, la toma de muestras sistemática permitirá detectar gérmenes menos frecuentes que puedan requerir de un tratamiento específico y descartar otras colitides.

Figuras 1 y 2. Rectoscopia. Pérdida del patrón vascular y edema de la mucosa con manchas de aspecto rojizo que evocan imágenes de sufusión.



La consulta inicial debe también incluir un asesoramiento para prevenir futuras infecciones. Se debe recomendar el uso de preservativo en todo tipo de contacto sexual, debiendo ser cambiado ante distintas prácticas (incluyendo el uso compartido de juguetes sexuales). Con el objetivo de disminuir la fricción durante el coito anal, resulta imprescindible el uso de lubricantes, debiendo ser éstos acuosos para evitar el fracaso del método de barrera. Debe desalentarse el uso de saliva como lubricante, dado que puede ser un medio de transmisión de diferentes gérmenes, como en el caso aquí descrito.

Referencias

1. Abdolrasouli A, Hemmati Y, Amin A, Roushan A, Butler I. Lancefield group G *Streptococcus dysgalactiae* subsp. *equisimilis*: an unusual etiology of perianal streptococcal dermatitis acquired from heterosexual oral-anal intercourse. *International Journal of STD & AIDS* 2012; 23: 911-912.
2. Maatouk I, Moutran R. Perianal Streptococcal Dermatitis due to *Streptococcus dysgalactiae* subsp. *equisimilis* in a Man Who Has Sex with Men. *J Sex Med* 2013; 10: 2351-2352.
3. Frieden TR, Jaffe HW, Cono J, Richards CL, Iademarco MF. Sexually transmitted diseases. Treatment guidelines, 2015. *MMWR Recomm Rep* 2015; 64 1-137.
4. Amren F, Anderson AS, VVannainaker LW. Perianal cellulitis associated with group A streptococci. *Am j Dis Child* 1966; 112: 546-552.
5. De Vries H, Zingoni A, White J, Ross J, Kreuter A. 2013 European Guideline on the management of proctitis, proctocolitis and enteritis caused by sexually transmissible pathogens. *International Journal of STD & AIDS* 2014; 25: 465-474.
6. Mengist A, Kannan H, Abdissa A. Prevalence and antimicrobial susceptibility pattern of anorectal and vaginal group B *Streptococci* isolates among pregnant women in Jimma, Ethiopia. *BMC Res Notes* 2016; 9: 351-355.
7. Kwatra G, Cunnington MC, Merrall E, Adrian PV, Ip M, Klugman KP, Tam WH, Madhi SA. Prevalence of maternal colonisation with group B streptococcus: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis* 2016; 16: 1076-1084.
8. Neri I, Bardazzi F, Marzarudi S, Patrizi A. Perianal streptococcal dermatitis in adults. *British Journal of Dermatology* 1996;135: 796-798.
9. Christensen KK, Christensen P, Flamholz L, Ripa T. Frequencies of streptococci of groups A, B, C, D and G in urethral and cervix swab specimens from patients with suspected gonococcal infection. *Acta Path Microbiol Scand* 1974; 82: 470-474.
10. Maatouk I, Hajjar MA, Moutran R. *Candida albicans* and *Streptococcus pyogenes* balanitis: diabetes or STI? *Int J STD AIDS* 2015; 26: 755-756.
11. Orden B, Manjavacas CG, Martínez R, Franco A. Streptococcal balanitis in a healthy adult male. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 1995; 14: 920-921.

12. Fisk P, Riley V. Fellatio in the sexual transmission of Lancefield Group A b-haemolytic streptococcus. *Int J STD AIDS* 1995; 6: 458.
13. Lamb C, Lamb E, Mansfield J, Sankar K. Sexually transmitted infections manifesting as proctitis. *Frontline Gastroenterol* 2013; 4: 32-40.
14. Tortora A, Purchiaroni F, Scarpellini E, Ojetti V, Gabrielli G, Giovanni G, Gasbarrini A. Colitides. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences* 2012; 16:1795-1805.