

Síndrome de úlcera rectal solitaria en un centro hospitalario de tercer nivel entre los años 2010-2020: ¿estamos haciendo bien las cosas?

Solitary rectal ulcer syndrome in a tertiary care hospital between 2010-2020: are we doing things right?

María Victoria Coral-Orbes¹, Marta Martín Fernández², Ángela Romero-Alegría³, Alberto Álvarez⁴, María Luisa Pérez¹, Rosa Tejera¹, Virginia Velasco-Tirado⁵, Moncef Belhassen-García⁶

¹ Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca (CAUSA). Salamanca (España)

² Servicio de Ginecología y Obstetricia. Complejo Asistencial Universitario de León. León (España)

³ Servicio de Medicina Interna. CAUSA. IBSAL. CIETUS. Salamanca (España)

⁴ Servicio de Digestivo. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca (CAUSA). Salamanca (España)

⁵ Servicio de Dermatología. IBSAL. CIETUS. Universidad de Salamanca. Salamanca (España)

⁶ Servicio de Medicina Interna. Sección de Enfermedades Infecciosas. CAUSA. IBSAL. CIETUS. Universidad de Salamanca. Salamanca (España)

ABSTRACT

Introduction: Solitary rectal ulcer syndrome is a poorly studied pathology. Its diagnosis is established by the combination of clinical, endoscopic, histopathological and microbiological findings. The objective of this work is to describe the main clinical characteristics and characteristics of patients with solitary rectal ulcer treated at the Salamanca University Assistance Complex (CAUSA).

Material and methods: Retrospective observational descriptive study, between 2010 and 2020.

Results: Of the 157 patients studied, 52.9% (83) were men, with a mean age of 68.8 ± 18.2 years. The diagnostic delay was 6.85 ± 16.56 months (1-84). Non-infectious etiology was described in 93.6% of cases, with nonspecific rectal ulcer (36%), solitary rectal ulcer (14.9%) and actinic proctitis (14.2%) being the most frequent. Infections were studied in 56 patients, objectifying an infectious agent in 10 patients, the most frequent pathogens were *Clostridoides difficile* (40%), Cytomegalovirus (20%), *Chlamydia trachomatis* (10%) and Epstein Barr Virus (10%). The most frequent symptom was rectal bleeding (43.3%), followed by anemia (15.3%), constipation (10.8%), and diarrhea (6.37%). Symptom resolution occurred in 30.6% (48) of the patients and symptom recurrence was present in 10.2% (16).

Conclusions: In most cases, the study of rectal ulcer syndrome is not carried out exhaustively, which determines a low rate of etiological diagnosis. In our series, adult males without etiological diagnosis predominate. It is essential to coordinate the different services involved and protocolize their management to optimize their diagnosis and treatment.

Keywords: Rectal ulcer, rectal ulcer syndrome, diagnosis, rectum.

RESUMEN

Introducción: El síndrome de úlcera rectal solitaria es una patología poco estudiada puede presentarse con sangrado rectal, y una sensación de evacuación incompleta. Su diagnóstico se establece por la combinación de hallazgos clínicos, endoscópicos, histopatológicos y microbiológicos. El objetivo de este trabajo es describir las principales características clínicas y de los pacientes con úlcera rectal solitaria atendidos en el Complejo Asistencial Universitario de Salamanca (CAUSA).

Material y métodos: Estudio descriptivo observacional retrospectivo, entre los años 2010 y 2020.

Resultados: De los 157 pacientes estudiados, 52,9 % (83) fueron hombres, con edad media de $68,8 \pm 18,2$ años. El retraso diagnóstico fue de $6,85 \pm 16,56$ meses (1-84). La etiología no infecciosa se describió en el 93,6% de los casos, siendo más frecuente la úlcera rectal inespecífica (36%), úlcera rectal solitaria (14,9%) y proctitis actínica (14,2%). Se estudiaron infecciones en 56 pacientes, objetivándose un agente infeccioso en 10 pacientes, los patógenos más frecuentes fueron *Clostridoides difficile* (40%), Citomegalovirus (20%), *Chlamydia trachomatis* (10%) y Virus de Epstein Barr (10%). El síntoma más frecuente fue rectorragia (43,3%), seguido de anemia (15,3%), estreñimiento (10,8%), y diarrea (6,37%). La resolución de los síntomas tuvo lugar un 30,6% (48) de los pacientes y la recurrencia de la sintomatología estuvo presente en 10,2% (16).

Conclusiones: En la mayoría de las ocasiones no se realiza de forma exhaustiva el estudio del síndrome de úlcera rectal solitaria, lo que condiciona una baja tasa del diagnóstico etiológico. En nuestra serie predominan varones adultos sin diagnóstico etiológico. Es imprescindible coordinar a los diferentes servicios implicados y protocolizar su manejo para optimizar su diagnóstico y tratamiento.

Palabras clave: Úlcera rectal, síndrome de úlcera rectal, diagnosis, recto.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de úlcera rectal solitaria es un trastorno rectal infrecuente que puede presentarse con un sangrado rectal, y sensación de evacuación incompleta. El término es inapropiado en ocasiones dado que los hallazgos pueden variar desde una mucosa eritematosa a úlceras individuales o múltiples e incluso lesiones polipoideas y/o tumorales.

Es una patología poco estudiada, por lo que se desconoce su verdadera prevalencia; se ha descrito entre el 1-3,6/100.000 habitantes/año en los casos de úlcera rectal solitaria. Adicionalmente, al ser una entidad que requiere un abordaje multidisciplinario, su manejo muchas veces se realiza de forma subóptima^{1,2}.

Las manifestaciones clínicas más frecuentes son prurito, sangrado rectal, dolor anal, descarga muco-purulenta, dolor a la defecación, diarrea, tenesmo o constipación; en algunos casos suele ser asintomática². Su etiología se atribuye tanto a causas infecciosas como no infecciosas³. Dentro de estas últimas, la causa más frecuente es la enfermedad inflamatoria intestinal, que incluye tanto la enfermedad de Crohn como la colitis ulcerativa. Otras causas, son la úlcera rectal secundaria a proctitis actínica, de origen isquémico, secundaria a fármacos, y neoplásica³.

Dentro del grupo de úlceras rectales solitarias de origen entérico citamos *Escherichia coli*, *Shigella* spp, *Campylobacter* spp, y *Clostridioides difficile*; y dentro de los patógenos de transmisión sexual, principalmente en grupos de riesgo como hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y por prácticas sexuales anales receptivas, las más frecuentes son *Neisseria gonorrhoeae* (30%), *Chlamydia trachomatis* (19%), *Virus Herpes Simple* (16%) y *Treponema pallidum* (2%)⁴. Hasta en un 45% de los casos no hay una fuente identificable de infección y en un 10% puede haber co-infección con dos o más patógenos^{4,5}. En general, la población más afectada por este tipo de patologías son los HSH, excepto para el caso de la *Chlamydia* spp en el que la población más afectada fueron las mujeres heterosexuales con un 51%⁶. Las enfermedades de transmisión sexual son un problema importante de salud pública. En España en los últimos 10 años se ha visto un incremento en la incidencia de gonorrea, sífilis, *Chlamydia* spp y herpes⁶.

El diagnóstico de las úlceras rectales solitarias se establece por la combinación de hallazgos clínicos, endoscópicos, histopatológicos y microbiológicos. Sin embargo, debido al solapamiento de síntomas y de hallazgos endoscópicos e histopatológicos en sus diferentes etiologías; existe un retraso en promedio entre 1 y 36 meses entre el inicio de los síntomas y el diagnóstico etiológico junto con la administración de un tratamiento apropiado⁷. Esto afecta de forma significativa la calidad de vida de los pacientes que persisten sintomáticos; e incluso conlleva un riesgo de transmisión para sus parejas sexuales, por lo que es indispensable realizar un protocolo de evaluación, que permita realizar un diagnóstico acertado y ofrecer un tratamiento de forma oportuna^{8,9}.

El objetivo de este estudio es describir las características de los pacientes con úlcera rectal del Complejo Asistencial Universitario de Salamanca (CAUSA).

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo en el Complejo Asistencial Universitario de Salamanca (CAUSA) en el periodo comprendido entre los años 2010 y 2020. con diagnóstico de úlcera rectal. Criterios de inclusión son: i) pacientes mayores de 14 años, ii) diagnóstico de úlcera rectal mediante estudio endoscópico y/o histológico que confirme la presencia de úlcera rectal. Criterios de exclusión paciente con datos perdidos.

Los datos clínicos y epidemiológicos fueron recolectados tras una revisión de historias clínicas, según un protocolo que incluía los principales datos epidemiológicos (edad, sexo y lugar de procedencia, parejas sexuales actual y/o previas, antecedentes de enfermedades de transmisión sexual). Además de motivo de consulta, presencia de otros síntomas. Datos analíticos, pruebas complementarias con resul-

Tabla 1. Principales datos de los pacientes incluidos en el estudio.

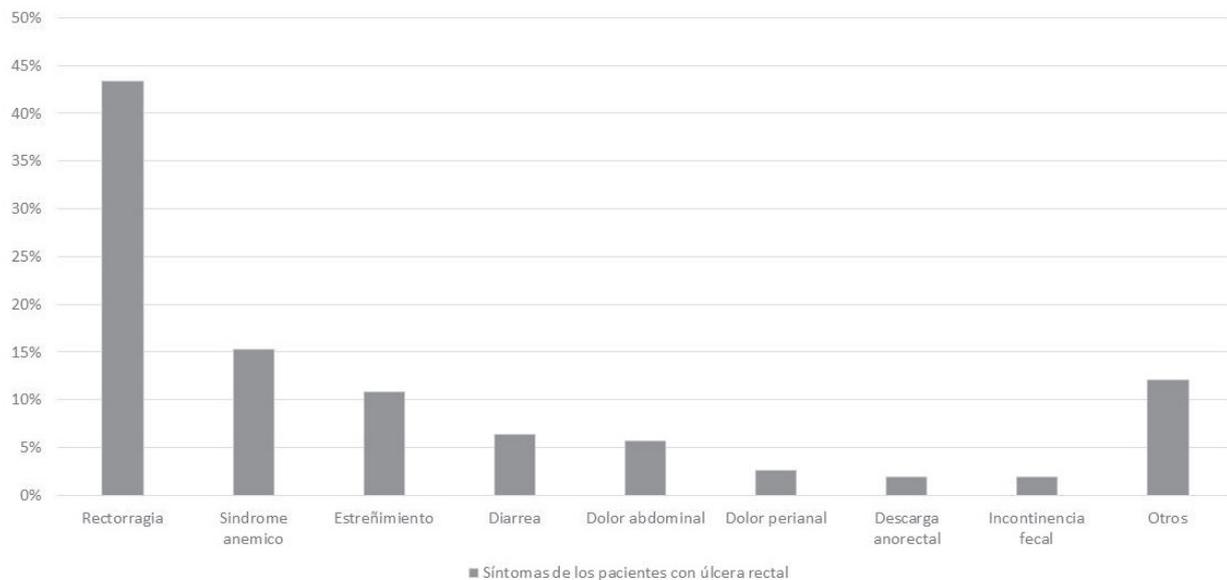
| | Total, N 157 |
|--------------------------------------|---------------------------|
| Varón, n (%) | 83 (52,9%) |
| Edad, años ± DE | 68,8 ± 18,2 |
| Retraso en el diagnóstico | 6,85 ± 16,56 (0-84 meses) |
| Causas | |
| Inespecífica | 53 (36%) |
| Úlcera rectal solitaria | 22 (14,9%) |
| Proctitis actínica | 21 (14,3%) |
| Isquémica | 14 (9,5%) |
| Neoplásica | 10 (6,8%) |
| Infecciosas | 10 (6,8%) |
| Estercorácea | 8 (5,45%) |
| Iatrogénica | 7 (4,76%) |
| Enfermedad inflamatoria intestinal | 6 (4,1%) |
| Pólipos ulcerados | 4 (2,78%) |
| Post-polipectomía | 2 (1,36%) |
| Microorganismos identificados | 10 (6,4%) |
| C. difficile | 4 (40%) |
| Citomegalovirus | 2 (20%) |
| C. trachomatis | 1 (10%) |
| M. tuberculosis | 1 (10%) |
| Virus de Epstein Barr | 1 (10%) |
| Citomegalovirus & Virus Epstein Barr | 1 (10%) |
| Tratamiento | |
| Endoscópico | 28 (17,8%) |
| Sintomático | 23 (14,6%) |
| Esteroides | 12 (7,6%) |
| Antibiótico | 11 (7%) |
| Quirúrgico | 10 (6,3%) |
| Oncológico | 4 (2,5%) |
| Sin tratamiento | 69 (43,9%) |
| Éxito en el tratamiento | 38 (43,1%) |
| Sin seguimiento clínico | 69 (43,9%) |

tados de colonoscopias, biopsias, cultivos de úlceras, coprocultivos y serologías para VIH, sífilis, virus de Herpes Simple y Citomegalovirus; diagnóstico, tratamientos administrados y seguimiento y resolución de los síntomas.

Análisis de datos

Para desarrollar el análisis estadístico, se realizó un análisis descriptivo para cada variable individual. Para variables categóricas, los resultados son expresados en valores absolutos (n), proporciones (n/N) o porcentajes (%). Para variables cuantitativas, los resultados son expresados como la media y desviación estándar (SD), mediana e intercuartil y rango (valor mínimo- valor máximo). Se utilizó el programa estadístico SPSS 26.0 (SPSS, IBM, Armonk, NY).

Figura 1



Principios éticos

El protocolo de estudio, fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica del Complejo Asistencial Universitario de Salamanca (Salamanca, España). Todos los datos analizados fueron anonimizados. La exención del consentimiento informado fue obtenida del Comité de Ética del Complejo Asistencial Universitario de Salamanca debido a la naturaleza retrospectiva de estudio y los datos anonimizados de los pacientes. Los procedimientos descritos aquí se llevaron a cabo de acuerdo con los estándares éticos descritos en la Declaración de Helsinki revisada en el 2013.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio se analizaron un total de 157 pacientes con diagnóstico endoscópico y/o histológico de úlcera rectal solitaria, de los cuales un 52,9 % eran hombres con una edad media de 68,8 ± 18,2 años. Los principales datos se muestran en la tabla 1.

El principal motivo de consulta está descrito en la figura 1. El retraso entre el inicio de los síntomas y el diagnóstico etiológico fue en promedio 6,85 ± 16,56 meses con un rango de 1 a 84 meses.

Para establecer la etiología de las úlceras rectales, se dividieron principalmente en causas no infecciosas e infecciosas según se muestran en la figura 2. En el 93,6% (147) de los pacientes, las úlceras rectales eran de etiología no infecciosa, siendo el 36% de los casos una úlcera de causa inespecífica, 14,9% úlcera rectal solitaria (URS), 14,3% proctitis actínica y 9,5% de origen isquémico. Se constató un origen infeccioso en 10 pacientes, las cuales fueron diagnosticadas mediante coprocultivos, inmunohistoquímica junto con cultivos de la úlcera y PCR múltiple por CLART® ENTHERPEX, realizadas en el 27,9%, 9,5% y 8,9% de la muestra respectivamente. En 2 de los pacientes en los que se objetivó infección por Citomegalovirus y *Clostridoides difficile* no se hizo ninguna correlación con el diagnóstico y por lo tanto no recibieron tratamiento dirigido.

Se identificaron 10 microorganismos: *C. difficile* (4), Citomegalovirus (2), *Chlamydia trachomatis* (1), Virus de Epstein Barr (1), co-infección por Citomegalovirus y Virus de Epstein Barr (1) y *Mycobacterium tuberculosis* (1).

Adicionalmente, se realizaron pruebas serológicas frente a VIH en el 35,7% (56) de los casos y *T. pallidum* en el 17,2% (27), presentando co-infección por VIH y sífilis el 1,3% (2). De igual manera se realizaron serologías frente a HSV en 9,6% (15) con resultado positivo en 1,3% (2), CMV en 17,2% (27) con resultado positivo en 0,6% (1). Sin embargo, en los casos de co-infección por VIH y sífilis y de infección por HSV, no hubo una correlación con el diagnóstico etiológico y fueron diagnosticados como úlcera rectal inespecífica, sin recibir un tratamiento dirigido.

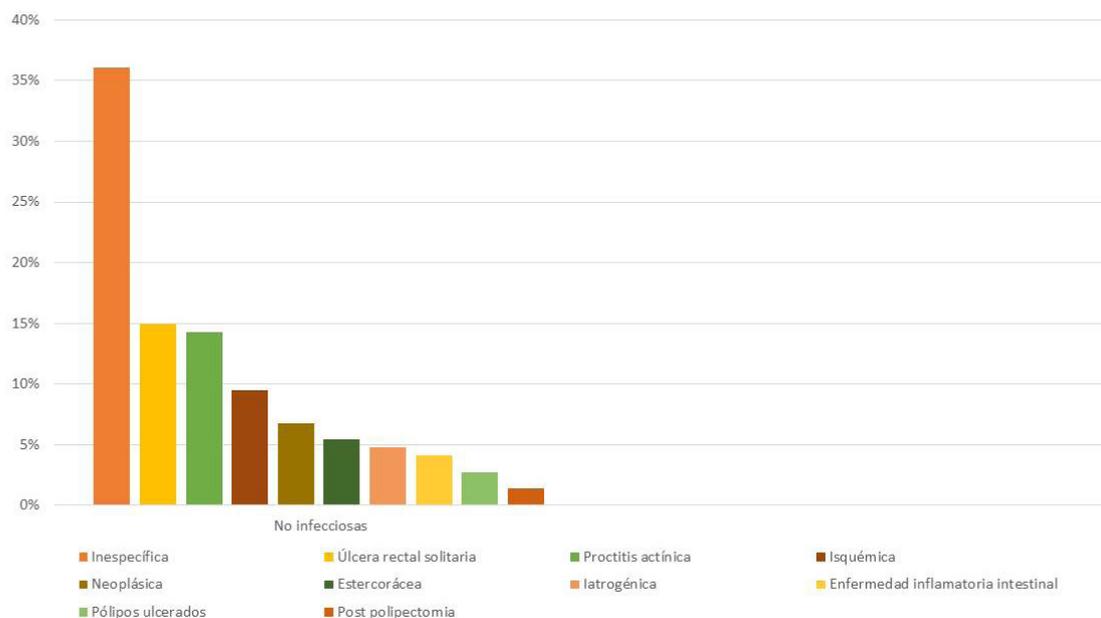
El 55,8% (88) de los pacientes recibieron tratamiento; de los cuales, 17,8% recibió tratamiento endoscópico, 14,6% tratamiento sintomático, 7,6% corticoides, 7% antibióticos, 6,3% tratamiento quirúrgico y 2,5% tratamiento oncológico.

La resolución de los síntomas se pudo observar en un 34,4% (54) de los pacientes, y la recurrencia de la sintomatología estuvo presente en 10,2% (16) de los sujetos estudiados. Solo tuvieron seguimiento posterior a la primera consulta el 56,1% de los pacientes, en especialidades como digestivo (28,7%), oncología (11,5%), cirugía general (6,4%), oncología radioterápica (4,5%) y medicina interna (3,8%).

DISCUSIÓN

En nuestro centro hospitalario, en un periodo de 10 años, 157 pacientes tienen diagnóstico confirmado ya sea endoscópica o histológicamente, siendo mayor a lo reportado en la literatura. La afectación de hombres y mujeres es similar, con una ligera predominancia en hombres en nuestra muestra.

Figura 2



La úlcera rectal es una entidad infra-diagnosticada, dadas las características clínicas, la cronicidad y/o recurrencia requiere un abordaje multidisciplinario; sin embargo, al ser llevada por diferentes especialidades sin existir un protocolo diagnóstico y terapéutico, conlleva a un retraso en su diagnóstico y manejo sub-óptimo.

El pico de incidencia está entre la tercera y cuarta década de vida con una ligera predominancia en mujeres, aunque en el caso de las úlceras rectales de origen neoplásico se presentan a partir de la sexta década de vida^{10,11}.

En nuestra población estudiada, la media de edad de presentación es de 68,8 años con un pico de incidencia entre los 75-80 años, lo que podría explicarse por la mayor esperanza de vida actual de la población, y en nuestro medio particularmente, una pirámide poblacional con más personas ancianas con una carga de comorbilidad mayor, lo cual lleva a realizar un mayor número de pruebas diagnósticas en este grupo de edad. Adicionalmente podría relacionarse también al hecho de ser una patología con un gran retraso diagnóstico, en nuestro caso, entre 1 a 84 meses, con un promedio de 6,85 meses, siendo mayor a lo que se describe en otras publicaciones^{2,7}.

En el diagnóstico etiológico de úlcera rectal predominan las causas no infecciosas, lo cual concuerda con otros estudios. Sin embargo, en nuestro centro hospitalario, es la úlcera rectal inespecífica el diagnóstico predominante, lo cual difiere de otras publicaciones, donde es la enfermedad inflamatoria intestinal la principal etiología³ que en nuestro estudio sólo representa el 4% de las causas no infecciosas, lo cual sugiere que en la mayoría de los casos no se llega a un diagnóstico etiológico.

Los microorganismos aislados coinciden con los datos recogidos en la literatura⁴⁻⁶, siendo *C. difficile* el microorganismo más frecuente, seguido de Citomegalovirus y *C. trachomatis* dentro de las infecciones de transmisión sexual. Sin embargo, es importante mencionar que la búsqueda de causas infecciosas no se realizó de manera exhaustiva, puesto que en la totalidad de la muestra no hay registro sobre ante-

cedentes relacionados con la actividad sexual y conductas sexuales de riesgo que permitan orientarnos hacia una posible infección de transmisión sexual. Por otro lado, se realizaron pruebas microbiológicas sólo en un pequeño porcentaje de los casos. De igual manera, los estudios serológicos de los microorganismos principalmente implicados en las causas de úlcera rectal como son VIH, sífilis, CMV y HSV no se realizaron en la totalidad de la muestra y los casos en los que las pruebas serológicas fueron positivas para alguno de estos microorganismos, no se correlacionaron con el diagnóstico definitivo y como consecuencia no se administró un tratamiento dirigido.

La literatura recomienda un seguimiento activo de la totalidad de los pacientes con el fin de controlar la enfermedad y detectar procesos neoplásicos de forma precoz^{1,3}. En nuestro medio, se realizó seguimiento sólo en el 56.1% de los pacientes, por lo tanto, de esto, podemos deducir que no hay un protocolo claro en el manejo y seguimiento de los pacientes que presentan úlcera rectal, existiendo seguramente variabilidad dependiendo el servicio que realice su seguimiento. El protocolo diagnóstico que se debe realizar incluirá datos clínicos, endoscópicos, histopatológicos y microbiológicos con el fin de llegar a una etiología y de esta manera poder referir al paciente a una unidad de seguimiento adecuado para garantizar un tratamiento óptimo.

Como conclusiones señalamos que en el estudio del síndrome de úlcera rectal no se realiza de forma exhaustiva en la mayoría de las ocasiones, lo que condiciona una baja tasa del diagnóstico etiológico. En nuestra serie predominan varones adultos sin diagnóstico etiológico y bajas cifras de tratamiento específico. Es imprescindible protocolizar y coordinar a los diferentes servicios implicados en su manejo para el óptimo diagnóstico y tratamiento de esta entidad.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que no hay conflicto de intereses ni financiación alguna.

FINANCIACIÓN

La presente investigación no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

ASPECTOS ÉTICOS

El protocolo de estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica del Complejo Asistencial Universitario de Salamanca de acuerdo con los estándares éticos descritos en la Declaración de Helsinki revisada en 2013.

BIBLIOGRAFIA

1. García CA, García AE, Peña A. Protocolo diagnóstico de la lesión ulcerosa en el recto. :116–9.
2. Zhu QC, Shen RR, Qin HL, Wang Y. Solitary rectal ulcer syndrome: clinical features, pathophysiology, diagnosis and treatment strategies. *World J Gastroenterol* [Internet]. 2014 [cited 2022 Jul 6];20(3):738–44. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24574747/>
3. Loste MTA, Peña J De, Terán A. Patología inflamatoria de recto y ano. 2012;11(7):413–9.
4. Santos AL, Coelho R, Silva M, Rios E, Macedo G. Infectious proctitis : a necessary differential diagnosis in ulcerative colitis. 2018;4–7.
5. Klausner JD, Kohn R, Kent C. Etiology of clinical proctitis among men who have sex with men. *Clin Infect Dis* [Internet]. 2004 Jan 15 [cited 2022 Jul 6];38(2):300–2. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14699467/>
6. Grupo de trabajo sobre ITS. Infecciones de transmisión sexual: Diagnóstico, tratamiento, prevención y control. Madrid, 2011.
7. Levy I, Gefen-halevi S, Nissan I, Keller N, Pilo S, Wieder-finesod A, et al. International Journal of Infectious Diseases Delayed diagnosis of colorectal sexually transmitted diseases due to their resemblance to inflammatory bowel diseases. *Int J Infect Dis*. 2018;75:34–8.
8. Babb RR. Evaluation of Acute Proctitis. 2015;
9. Hoentjen F, Rubin DT. Infectious Proctitis : When to Suspect It Is Not Inflammatory Bowel Disease. 2012;269–73.
10. Madigan MR, Morson BC. Solitary ulcer of the rectum. *Gut* [Internet]. 1969 Nov 1;10(11):871–81. Available from: <https://gut.bmj.com/content/10/11/871>
11. Ferrer Márquez M, Velasco Albendea FJ, Belda Lozano R, Berenguel Ibáñez M del M, Reina Duarte Á. Adenocarcinoma del canal anal. Revisión de conjunto. *Cir Esp*. 2013 May;91(5):281–6.