

Proctitis pseudotumoral por *Chlamydia trachomatis* LGV: presentación de dos casos clínicos y breve revisión de la literatura

Alejandra Liz^{1*} , Álvaro Castro¹ , Alan García¹ , Alin Gutierrez¹ , Jorge Curi¹ 

¹Clínica Quirúrgica 1, Hospital Pasteur, Facultad de Medicina, Universidad de la República, Montevideo, Uruguay

Recepción: 13-11-2025

Aceptación: 21-04-2026

*Correspondencia: Alejandra Liz. alejandraliz@montevideo.com.uy

Resumen

Introducción: La infección por *Chlamydia trachomatis* (CT), biovar linfogranuloma venéreo (LGV), es una causa emergente de proctitis infecciosa a nivel mundial, que afecta particularmente a hombres que tienen sexo con hombres (HSH) con coinfección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Su importancia radica en que su forma de presentación como síndrome rectal y los hallazgos de los estudios más habitualmente solicitados pueden llevar inicialmente a plantear otros diagnósticos más frecuentes, particularmente enfermedad inflamatoria intestinal (EII) y cáncer de recto. Esto contribuye a retrasar el diagnóstico y el tratamiento, aumentando la probabilidad de complicaciones graves y de transmisión.

Casos clínicos: Presentamos dos casos clínicos de HSH con VIH y proctitis por CT-LGV, que se presentaron como tumores rectales y fueron inicialmente diagnosticados como cáncer rectal y proctitis inflamatoria. Una anamnesis dirigida y la solicitud de diagnóstico molecular para CT-LGV permitieron establecer un diagnóstico e indicar un tratamiento adecuados.

Conclusión: Esta publicación pretende generar conciencia sobre el aumento de la proctitis por CT-LGV y sobre la necesidad de mantener un alto índice de sospecha en pacientes con factores de riesgo. El uso de pruebas moleculares específicas para CT y su variante LGV permite la identificación precoz y el tratamiento oportuno de estos pacientes.

Palabras clave: *Chlamydia trachomatis*. Linfogranuloma venéreo. Proctitis. Tumor rectal. Enfermedad inflamatoria intestinal. VIH-HSH.

Introducción

Chlamydia Trachomatis (CT) es la segunda causa de proctitis infecciosa después de *Neisseria gonorrhoeae* y ocurre principalmente en hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y pacientes con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)¹. En los últimos años, su incidencia ha aumentado, con reportes de brotes de proctitis por CT del subtipo linfogranuloma venéreo (LGV). Esta variante se asocia con

morbilidad significativa, como fisuras, fístulas, abscesos y estenosis rectal².

El diagnóstico de CT-LGV exige un alto índice de sospecha debido a que los síntomas, la imagenología, la endoscopia y la histología pueden imitar múltiples condiciones benignas, como la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) u otras infecciones, así como condiciones malignas, como el adenocarcinoma o el linfoma rectal². Por esto, es importante considerar la pesquisa de LGV,

en especial en pacientes de alto riesgo como los HSH y las personas con VIH^{1,2}.

El objetivo de esta comunicación es presentar dos casos de proctitis por *Chlamydia trachomatis* en los que la falta de sospecha contribuyó al retraso diagnóstico y al tratamiento tardío, siendo estos casos los primeros en ser publicados a nivel nacional.

Casos clínicos

Paciente 1: hombre de 47 años, HSH-VIH. Consultó por proctalgia intensa de 3 meses de evolución, gleras, rectorragia, pujos y tenesmos. En el recto bajo, se palpó una gran tumoración, ulcerada, sangrante, fija al recto e intensamente dolorosa.

El planteo inicial fue cáncer de recto. La videocolonoscopía (VCC) mostró un tumor de recto bajo circunferencial. La biopsia evidenció criptas con epitelio regenerativo y exudado inflamatorio pioletucocitario. La resonancia nuclear magnética (RNM) informó engrosamiento parietal circunferencial en el recto medio y bajo, alteración de la grasa mesorrectal y adenopatías (**Figuras 1-3**).

Derivado a Coloproctología, se sospechó infección de transmisión sexual (ITS) por los antecedentes, la

ausencia de malignidad y la intensidad de la proctalgia. Se realizó cepillado para ITS y detección molecular, que confirmó infección por CT, biovars L1-L3.

El paciente completó tratamiento de 21 días con doxiciclina 100 mg cada 12 h, con desaparición de los síntomas. Sin embargo, debido a la demora en el diagnóstico y el tratamiento, desarrolló una estenosis anal que fue tratada eficazmente con dilataciones.

Paciente 2: hombre de 53 años, HSH-VIH, que consultó por síndrome rectal. El examen proctológico reveló una tumoración a 2 cm de la línea pectínea. La VCC mostró una lesión rectal vegetante y ulcerada. La biopsia informó infiltrado linfoplasmocitario, sin malignidad. La RNM objetivó una imagen sobreelevada sin características malignas (**Figura 4**). El primer planteo fue EII y comenzó tratamiento con mesalazina sin mejoría, siendo derivado a cirugía. Considerando los antecedentes y los estudios se sospechó ITS. El hisopado rectal para diagnóstico molecular confirmó una infección por CT-LGV. Comenzó tratamiento con doxiciclina que no completó por intolerancia, por lo que se cambió a un plan de segunda línea basado en azitromicina 1 g por semana durante 3 semanas, con desaparición de los síntomas. El test de curación confirmó la erradicación de la bacteria.

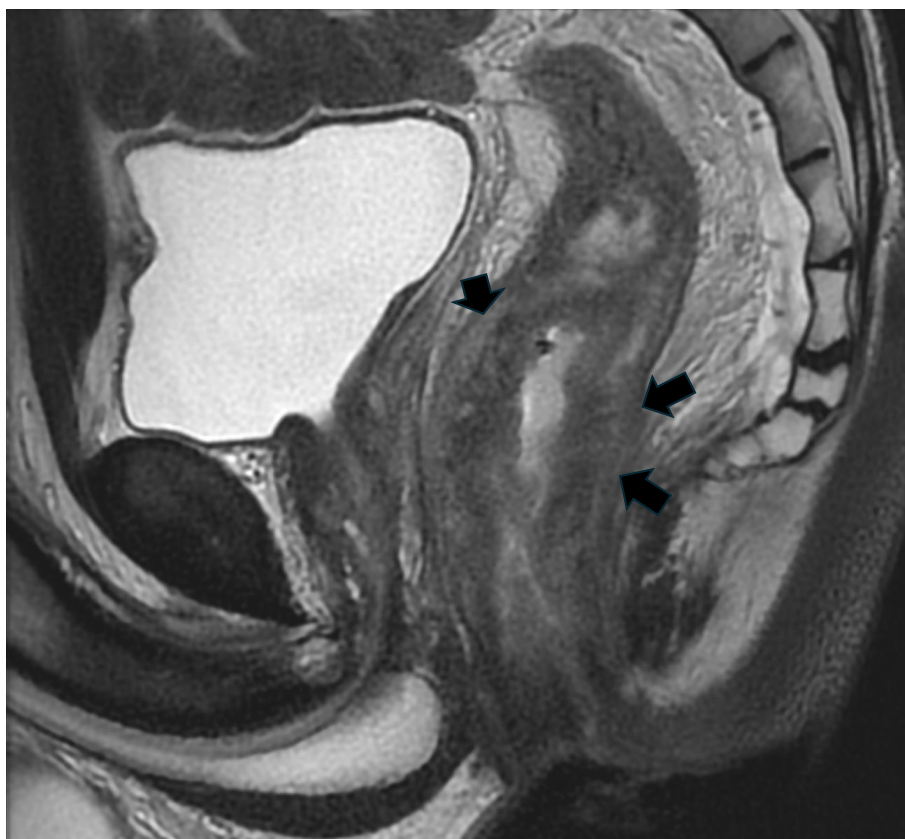


Figura 1. RNM de pelvis, corte sagital. Se observa engrosamiento circunferencial de la pared rectal (flechas negras). Esta imagen puede confundirse con un tumor rectal, como sucedió en el caso presentado.

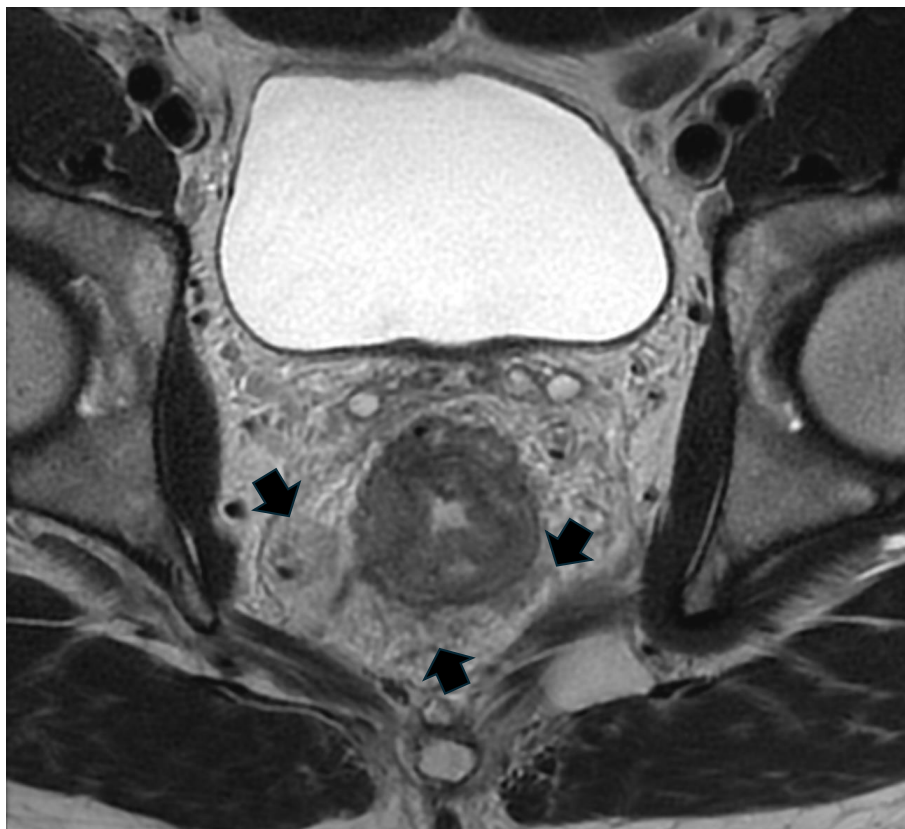


Figura 2. RNM de pelvis, corte axial. Además del engrosamiento de la pared rectal, puede observarse una alteración inflamatoria en el mesorrecto (flechas negras).

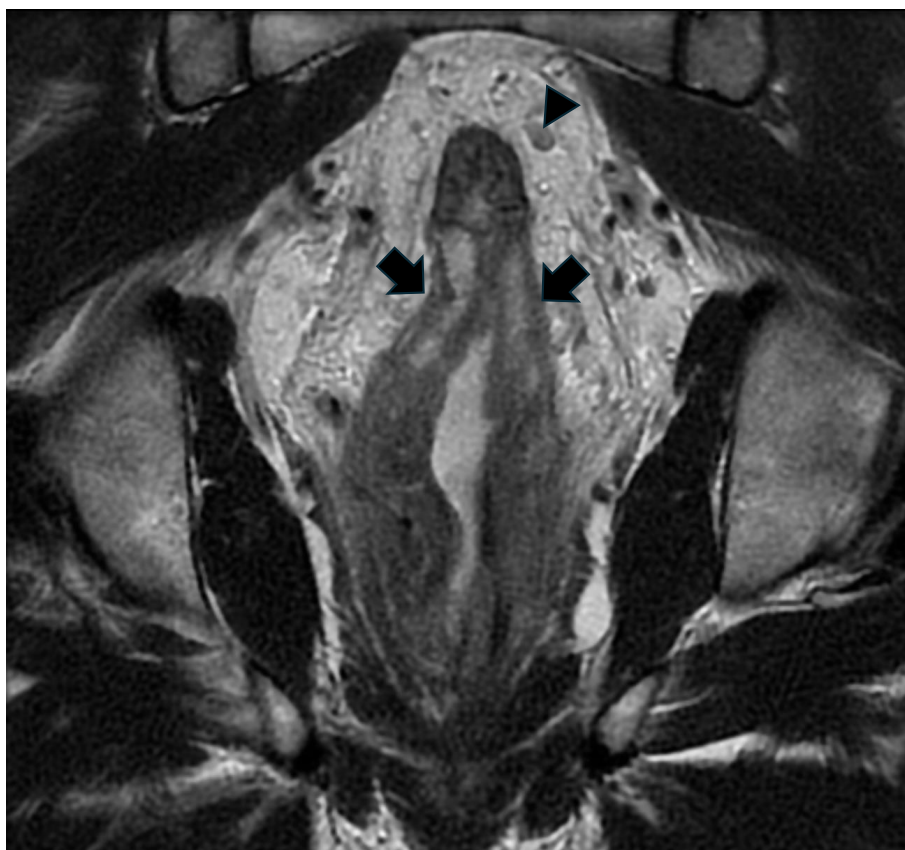


Figura 3. RNM de pelvis, corte coronal. Junto al engrosamiento rectal (flechas negras), también pueden verse adenopatías mesorrectales (cabeza de flecha).

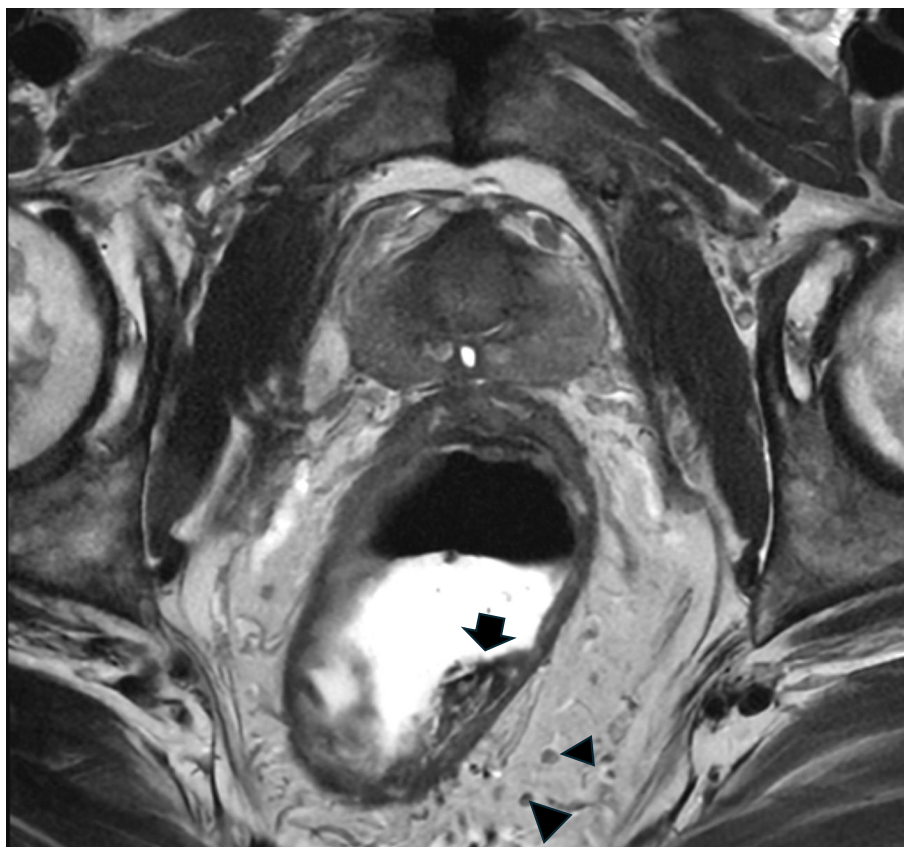


Figura 4. RNM de pelvis. Corte sagital. Se observa una lesión sobreelevada en la pared rectal (flecha negra) y algunas adenopatías mesorrectales pequeñas (cabezas de flecha). Estos hallazgos son comunes en procesos inflamatorios y tumorales, por lo que pueden dificultar el diagnóstico.

Discusión

En el último tiempo se ha reportado un aumento en la incidencia de las ITS³. CT y *Neisseria gonorrhoeae* han sido detectadas en el recto y el ano, principalmente en HSH y mujeres que tienen sexo anal sin protección⁴.

CT es una bacteria gramnegativa intracelular. Existen diferentes genotipos, organizados en dos biovars: TRIC y LGV. Dentro del biovar TRIC, los genotipos D a K ocasionan formas clínicas leves de ITS ya que están confinados a la mucosa³. El biovar LGV, con sus genotipos invasivos L1, L2 y L3 son responsables de un cuadro agresivo, el linfogranuloma venéreo, con compromiso del tejido conjuntivo y los ganglios linfáticos^{2,4,5}.

El LGV puede causar enfermedad inguinal o anorrectal⁵. Desde 2003, se han reportado brotes de proctitis por LGV en Europa y Norteamérica^{3,5}. El primer brote en Sudamérica fue reportado por La Rosa y Svidler en Argentina⁶. En nuestro país, la infección por CT no es de notificación obligatoria y debido a la variabilidad en la disponibilidad de estudios diagnósticos su prevalencia es desconocida. Respecto a la forma de presentación con proctitis por LGV, tras una exhaustiva

revisión en bases de datos y buscadores regionales e internacionales (SCIELO, Lilacs, Latindex, BVS, PubMed, Timbó, DOAJ, etc), estos son los primeros casos publicados a nivel nacional.

LGV se considera endémico entre HSH, principalmente en aquellos con VIH, como en los pacientes presentados⁹. La coinfección por VIH en HSH oscila entre el 70% y el 100%, constituyendo el principal factor de riesgo independiente para infección por LGV anorrectal (OR: 8,19; IC 95%)^{3,4,10,11}. Suele asociarse a otras ITS como gonorrea, herpes genital y sífilis, esta última presente hasta en el 70% de los casos^{4,12}.

La transmisión se atribuye principalmente a los portadores asintomáticos, cuya prevalencia es del 17% en mujeres y del 24% en HSH^{4,5}. El período de incubación va de 1 a 4 semanas, tras el cual existen tres etapas: primaria: en la que la lesión primaria aparece en el sitio de inoculación entre 2 y 30 días después del contacto sexual. Indolora y autolimitada, facilita la transmisión^{3,7,10,12}. Secundaria, entre 2 y 6 semanas después del contacto sexual. Puede manifestarse como un síndrome inguinal o rectal. La proctitis se manifiesta con proctalgia intensa, gleras, supuración, rectorragia y tenesmo. Puede palparse un

engrosamiento rectal, que imita una neoplasia o una EII, como fueron los casos presentados. Terciaria, caracterizada por complicaciones graves secundarias a cambios inflamatorios crónicos y destrucción tisular. En la afectación rectal, pueden producirse estenosis o fístulas^{3,5,6,7,10,12}. Estas complicaciones pueden presentarse en el contexto de diagnósticos tardíos, como el primer paciente que evolucionó con una estenosis rectal.

Solo el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno previenen la transmisión de la infección y las complicaciones¹². Sin embargo, la ausencia de características patognomónicas dificulta el diagnóstico, ya que la clínica y los resultados de los estudios diagnósticos más habituales como la endoscopia, la tomografía computada (TC) y la RNM pueden confundirse con otras enfermedades. La VCC puede mostrar desde lesiones de aspecto inflamatorio localizadas y superficiales hasta lesiones circunferenciales con ulceraciones profundas o granulomas que pueden confundirse con la EII o el cáncer^{2,7,10,12}. El diagnóstico histológico no es específico, ya que se observan elementos de colitis con infiltrado linfoplasmocitario, alteración de las criptas, hiperplasia folicular linfoide y granulomas no necrotizantes. Los patólogos deben estar alertas ante estas similitudes y contar con los datos clínicos adecuados^{2,3,9,10,12,13}. Del mismo modo, los estudios de imagen, pueden mostrar edema y engrosamiento parietal con alteración de la grasa mesorrectal y ganglios perirrectales y regionales, simulando neoplasias rectales^{2,12,13}. En los pacientes comentados, los estudios de imagen y la endoscopia no fueron orientadores, y sugirieron diagnósticos equivocados, como el cáncer de recto y la EII.

Es frecuente la derivación al servicio de coloproctología de hombres jóvenes, HSH y VIH, con diagnóstico de cáncer rectal o EII limitada al recto que no responden al tratamiento, como sucedió en los casos presentados^{3,9,14}. La proctitis por LGV-CT debe considerarse en pacientes con síntomas anorrectales y prácticas sexuales de riesgo^{2,4,6}.

La mejor técnica diagnóstica es la identificación de *Chlamydia* por métodos moleculares de alta especificidad mediante reacción en cadena de la polimerasa (PCR), especialmente las pruebas de amplificación del ácido ribonucleico (NAAT, por sus siglas en inglés: *nucleic acid amplification test*) dirigida al gen de la proteína de membrana H, que constituyen el *gold standard*^{1,7}. La muestra puede obtenerse mediante hisopado de la lesión primaria o biopsia de mucosa rectal, como se realizó en ambos casos⁵. Si está disponible, debe genotipificarse la CT para identificar los genotipos invasores (L1-L3)^{2,5}. La serología puede ser de ayuda en ausencia de muestras o técnicas moleculares¹⁰, aunque presenta limitaciones de sensibilidad y

especificidad, su interpretación no está estandarizada ni adecuadamente validada para infecciones rectales y no puede diferenciar entre infecciones pasadas y presentes^{2,7,8}. Los cultivos bacterianos tienen baja sensibilidad y escasa utilidad actual^{2,12}. Hay acuerdo en que debe incluirse el testeo para otras ITS, incluidos el VIH y la hepatitis^{2,5}.

El tratamiento de elección es la doxiciclina 100 mg dos veces al día, ya que presenta las mayores tasas de erradicación, y fue el plan inicialmente implementado en ambos pacientes. La duración es de una semana para el biovar TRIC y de 21 días para el LGV⁴. Esto se debe a que la infección por LGV es más invasiva y más difícil de erradicar¹⁰. Existen esquemas alternativos como azitromicina 1 g oral una vez por semana, moxifloxacina 400 mg diarios durante tres semanas o eritromicina 500 mg cada 6 hs durante 21 días⁶. En el segundo paciente, se completó el tratamiento con azitromicina por presentar intolerancia a la doxiciclina.

No se recomienda realizar un test de curación si se completó el tratamiento con doxiciclina, salvo en embarazadas, casos de falta de adherencia al tratamiento, síntomas persistentes o sospecha de reinfección. Sin embargo, si se realiza tratamiento alternativo, se recomienda el testeo entre 4 y 6 semanas después de finalizado el tratamiento, por tratarse de regímenes con menor evidencia^{5,15}. Esto se realizó en el segundo paciente, con confirmación de la curación.

Los síntomas suelen resolverse en 1-2 semanas, y la respuesta suele ser completa en 3-6 semanas, con desaparición de las lesiones. En caso de enfermedad complicada con fístulas o estenosis anales, se debe valorar la necesidad de intervención quirúrgica^{2,7,10}. El primer paciente comentado evolucionó a una estenosis anal, seguramente por el retraso diagnóstico y terapéutico, que se trató de forma efectiva con dilataciones.

Deben notificarse a la pareja y a los contactos sexuales de los últimos 3 meses, y ofrecer testeo y tratamiento empírico con doxiciclina 100 mg cada 12 h durante una semana. Los pacientes deben abstenerse de tener contacto sexual hasta completar el tratamiento⁵.

Conclusión

El LGV es una enfermedad reemergente que debe ser considerada frente a una masa rectal o una proctitis para evitar el retraso diagnóstico y el desarrollo de complicaciones y transmisión, particularmente en poblaciones de riesgo de ITS como los HSH con VIH, como ocurrió en los casos presentados.

Esta enfermedad ha ido cobrando importancia en la región. En Argentina, gracias al estudio de Svidler y La Rosa, el Ministerio de Salud de la Nación emitió una alerta epidemiológica notificando la emergencia de

la infección por LGV¹⁶ y se declaró el linfogranuloma venéreo como evento de notificación obligatoria⁶.

A nivel nacional, el LGV aparece recién en las ediciones de 2018 y 2019 de las Guías de diagnóstico, tratamiento, prevención y vigilancia de las ITS^{7,18}, por lo que estos serían los primeros casos publicados a nivel nacional.

Si bien esta publicación comunica solamente dos casos, creemos que el LGV debe considerarse en pacientes con factores de riesgo como HSH-VIH que consulten por síndrome rectal. La identificación precoz, el estudio de los contactos y el manejo oportuno pueden disminuir las complicaciones y limitar la diseminación de la infección.

Financiación

No se recibió financiación para la investigación, autoría y/o publicación de este artículo.

Contribución de autoría

Alejandra Liz: Conceptualización, Redacción - borrador inicial, Análisis formal, Administración del proyecto, Redacción - revisión y edición.

Álvaro Castro: Conceptualización, Análisis formal, Redacción - revisión y edición.

Alan García: Redacción - borrador inicial, Administración del proyecto.

Alin Gutierrez: Recursos, Redacción - borrador inicial, Recopilación de datos.

Jorge Curi: Validación, Supervisión.

Conflictos de interés

Los autores declaran que no hay ningún conflicto de interés comercial o financiero para esta investigación.

Declaraciones éticas

Se obtuvo el consentimiento informado expreso de los pacientes para su publicación, de acuerdo con la Declaración de Helsinki. Para garantizar la confidencialidad, los datos fueron estrictamente anonimizados conforme a la legislación vigente de protección de datos.

Uso de inteligencia artificial

Los autores declaran que no se ha utilizado ninguna herramienta de inteligencia artificial (como ChatGPT, Copilot, Gemini, u otras) en la redacción, análisis o revisión de este artículo.

Aprobado por el Consejo Editorial de la Revista Médica del Uruguay.

Referencias

1. Córdova A, Quera R, Contreras L, Catalán P, Quezada F, Tinoco J. Proctitis y enfermedad perianal de causa infecciosa: una mirada más allá de la enfermedad inflamatoria intestinal. *Rev Chilena Infectol.* 2021;38(6):820-823. Disponible en: <https://doi.org/10.4067/S0716-10182021000600820>
2. Pimentel R, Correia C, Estorninho J, Gavito-Soares E, Gavito-Soares M, Figueiredo P. Lymphogranuloma venereum-associated proctitis mimicking a malignant rectal neoplasia: searching for diagnosis. *GE Port J Gastroenterol.* 2022;29(4):267-272. Disponible en: <https://doi.org/10.1159/000516011>
3. Neri B, Stingone C, Romeo S, Sena G, Gesuale C, Compagno M, et al. Inflammatory bowel disease versus *Chlamydia trachomatis* infection: a case report and revision of the literature. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 2020;32(3):454-457. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/MEG.0000000000001605>
4. Svidler López L, La Rosa L, Caffarena D, Santos B, Rodríguez Fermepin M, Entrocassi AC, et al. Proctitis infecciosa por *Chlamydia trachomatis*. *Rev Argent Coloproct.* 2019;30(2):57-64.
5. de Vries HJC, de Barbeyrac B, de 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(10):1821-1828. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jdv.15729>
6. La Rosa L, Svidler López L. Infecciones transmisibles sexualmente que afectan colon, recto y ano: el rol del cirujano entre mitos y tabúes. *Rev Argent Coloproctol.* 2022;33(4). Disponible en: <https://doi.org/10.46768/racp.v33i4.242>
7. López-Vicente J, Rodríguez-Alcalde D, Hernández-Villalba L, Moreno-Sánchez D, Lumbreras-Cabrera M, Barros-Aguado C, et al. Proctitis como forma de presentación del linfogranuloma venéreo, una entidad emergente en los países desarrollados. *Rev Esp Enferm Dig.* 2014;106(1):59-62. Disponible en: <https://doi.org/10.4321/S1130-01082014000100011>
8. Lorenzana S, Sofía F, Páramo J, Archilla H, Fernández H, Otazu L, Ortega I, Moral M, Danés JE, Cuberes R. Proctitis por *Chlamydia* emulando a cáncer de recto: a propósito de un caso. *Cir Esp* (2017) 95 (Espec Congr):580.
9. Bencil AS, Alexakis C, Pollok R. Delayed diagnosis of lymphogranuloma venereum-associated colitis in a man first suspected to have rectal cancer. *JRSM Open.* 2017;8(1):2054270416660933. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/2054270416660933>
10. Payeras Capo MA, Ginard Vicens D, Sendra Rumbau P, Bosque López MJ. Linfogranuloma venéreo rectal: diagnóstico diferencial con enfermedad inflamatoria intestinal. *Enferm Inflam Intest Dia.* 2017;16(2):80-83. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.eii.2016.12.002>
11. Rönn MM, Ward H. The association between lymphogranuloma venereum and HIV among men who have sex with men: systematic review and meta-analysis. *BMC Infect Dis.* 2011;11:70. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/1471-2334-11-70>
12. Soliman S, Dogbey P, Pan S. Lymphogranuloma venereum mimicking locally metastatic rectal cancer in an HIV-negative man. *Cureus.* 2021;13(12):e20216. Disponible en: <https://doi.org/10.7759/cureus.20216>
13. Sullivan B, Glaab J, Gupta RT, Wood R, Leiman DA. Lymphogranuloma venereum (LGV) proctocolitis mimicking rectal lymphoma. *Radiol Case Rep.* 2018;13(6):1119-1122.
14. García-Mayor Fernández RL, Fernández González MF, Martínez Almeida R. Atypical lymphogranuloma venereum mimicking an anorectal neoplasm. *Rev Esp Enferm Dig.* 2018;110(10):676-677. Disponible en: <https://doi.org/10.17235/reed.2018.5631/2018>

15. Workowski KA, Bachmann LH, Chan PA, Johnston CM, Muzny CA, Park I, et al. Sexually transmitted infections treatment guidelines, 2021. MMWR Recomm Rep. 2021;70(4):1-187. Disponible en: <https://doi.org/10.15585/mmwr.rr7004a1>
16. Ministerio de Salud de la Nación. Alerta epidemiológica: casos de linfogranuloma venéreo (LGV) en Argentina, SE 33/2018 [Internet]. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación; 2018. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/alerta_linfogranuloma_venereo_se332018.pdf
17. Ministerio de Salud Pública. Guía de diagnóstico, tratamiento, prevención y vigilancia de las infecciones de transmisión sexual [Internet]. Montevideo: MSP; 2018. Disponible en: https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/noticias/Guía_ITS_dic2018%20%281%29.pdf
18. Ministerio de Salud Pública. Recomendaciones de diagnóstico, tratamiento, prevención y vigilancia de las infecciones de transmisión sexual [Internet]. Montevideo: MSP; 2019. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/recomendaciones-diagnostico-tratamiento-prevencion-vigilancia>

Pseudotumoral proctitis caused by LGV *Chlamydia trachomatis*: presentation of two clinical cases and brief literature review

Abstract

Introduction: Infection by *Chlamydia trachomatis* (CT), lymphogranuloma venereum (LGV) biovar, is an emerging cause of infectious proctitis worldwide, particularly affecting men who have sex with men (MSM) with human immunodeficiency virus (HIV) coinfection. Its importance lies in the fact that its presentation as a rectal syndrome and the findings of the most commonly requested studies may initially lead to consideration of other, more frequent diagnoses, particularly inflammatory bowel disease (IBD) and rectal cancer. This contributes to delays in diagnosis and treatment, increasing the likelihood of severe complications and transmission.

Clinical cases: We present two clinical cases of MSM with HIV and CT-LGV proctitis, presenting as rectal masses and initially diagnosed as rectal cancer and inflammatory proctitis. Directed history-taking and molecular testing for CT-LGV allowed an appropriate diagnosis and treatment to be established.

Conclusion: This publication aims to raise awareness of the increase in CT-LGV proctitis and the need to maintain a high index of suspicion in patients with risk factors. The use of specific molecular tests for CT and its LGV variant allows early identification and timely treatment of these patients.

Keywords: *Chlamydia trachomatis*. Lymphogranuloma venereum. Proctitis. Rectal tumor. Inflammatory bowel disease. HIV-MSM.

Proctite pseudotumoral por *Chlamydia trachomatis* LGV: apresentação de dois casos clínicos e breve revisão da literatura

Resumo

Introdução: A infecção por *Chlamydia trachomatis* (CT), biovar linfogranuloma venéreo (LGV), é uma causa emergente de proctite infecciosa em nível mundial, afetando particularmente homens que fazem sexo com homens (HSH) com coinfeção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH). Sua importância reside no fato de que sua forma de apresentação como síndrome retal e os achados dos exames mais habitualmente solicitados podem levar inicialmente à consideração de outros diagnósticos mais frequentes, particularmente doença inflamatória intestinal (DII) e câncer retal. Isso contribui para atrasar o diagnóstico e o tratamento, aumentando a probabilidade de complicações graves e de transmissão.

Casos clínicos: Apresentamos dois casos clínicos de HSH com VIH e proctite por CT-LGV, que se apresentaram como tumorações retais e foram inicialmente diagnosticados como câncer retal e proctite inflamatória. Uma anamnese dirigida e a solicitação de diagnóstico molecular para CT-LGV permitiram estabelecer um diagnóstico e indicar um tratamento adequados.

Conclusão: Esta publicação pretende aumentar a conscientização sobre o aumento da proctite por CT-LGV e sobre a necessidade de manter um alto índice de suspeita em pacientes com fatores de risco. O uso de testes moleculares específicos para CT e sua variante LGV permite a identificação precoce e o tratamento oportuno desses pacientes.

Palavras-chave: *Chlamydia trachomatis*. Linfogranuloma venéreo. Proctite. Tumor retal. Doença inflamatória intestinal. VIH-HSH.