

TRABAJO ORIGINAL

Sífilis anorrectal: una entidad subdiagnosticada. Casuística de un hospital público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Recibido: 1/7/19 Aceptado: 3/10/19

Sofía Cipollone¹, Laura Svidler López^{2,4}, Deysi López Aquino¹, Gabriela L. Sidra², Mercedes Cabrini³, María Florencia Ventura¹, Miguel Cordero Muñoz¹, Héctor M. Pérez³, Rita L. O. Pastore^{2,4}.

RESUMEN

Introducción: Las infecciones de transmisión sexual (ITS) afectan anualmente a millones de personas. La sífilis aumenta tanto a nivel mundial como nacional. El sexo anorreceptivo es factor predisponente y hombres que tienen sexo con hombres (HSH) son vulnerables. Las lesiones anales en estadio primario provocan intensa proctalgia y en estadio secundario pueden simular condilomas virales, que si resuelven espontáneamente quedan sin diagnóstico etiológico.

Métodos: Estudio descriptivo, ambispectivo, transversal. Revisión de registros de pacientes atendidos en coloproctología del Hospital Fernández (01/01/2015 - 01/03/2019). Se incluyeron pacientes con serología confirmatoria. Variables analizadas: sexo, edad, diagnóstico de derivación, HIV, otras ITS, sexo anal/oro-anal, estadio, clínica y casos/año.

Resultados: Setenta y siete casos (61 hombres, 12 mujeres, 4 mujeres trans). Edad mediana: 30 años (rango: 18-72), 48% <30 años, 83% no utilizó preservativo (100% de los HIV+). Diecisiete casos (22%) detectados durante pesquisa de *Chlamydia*. Cincuenta y ocho pacientes (75%) presentaron ITS asociada. Coexistieron sífilis, HIV y linfogranuloma venéreo (LGV) en 8 HSH. Manifestaciones observadas: proctalgia (77%), proctorragia (55%), secreción (53%) y úlcera anal (51%). 50% de mujeres llegaron con diagnóstico erróneo. Casos/año: 6 en 2015, 13 en 2016, 21 en 2017, 31 en 2018 y 6 en primer bimestre de 2019.

¹ Servicio de Coloproctología del Hospital Juan A. Fernández.

² Servicio de Cirugía General del Hospital Juan A. Fernández.

³ Servicio de Infectología del Hospital Juan A. Fernández.

⁴ Carrera de Especialista en Coloproctología de la Universidad de Buenos Aires.

Autor para correspondencia: Laura Svidler López. Camargo 995 15 D. CP: 1414. CABA. lausvidlerlopez@gmail.com

Ninguno de los autores declara presentar conflicto de intereses en relación a esta publicación. Se deja constancia de que las imágenes empleadas en el texto corresponden a casos propios.

Conclusiones: Se detectó aumento progresivo de casos de sífilis anorrectal (mayormente en HSH), que aun siendo HIV+ no usa preservativo. Actualmente debe sospecharse asociación de sífilis con LGV en HSH HIV+. La similitud clínica con patologías no venéreas y la remisión espontánea de lesiones obliga a testearla para evitar su progresión y cortar la cadena de contactos.

Palabras clave: sífilis, casuística, infecciones de transmisión sexual, hombres que tienen sexo con hombres, VIH/SIDA, enfermedades anorrectales.

Introducción

Las infecciones transmisibles sexualmente (ITS) afectan a millones de personas al año. *Treponema pallidum* ocasiona sífilis, una de las ITS más frecuente a nivel global (1).

En Argentina, el reporte de casos asciende anualmente, siendo la mayoría en menores de 30 años. El sexo anal no protegido constituye un factor de riesgo por la mayor permeabilidad de la mucosa rectal. Los hombres que tienen sexo con hombres (HSH) representan un grupo particularmente vulnerable.

Cuando las lesiones asientan en ano, el estadio primario cursa con intensa proctalgia similar a la fisura anal idiopática y es característico el chancro (exulceración), muy doloroso en esta localización. En el estadio secundario existen lesiones que pueden simular condilomas virales, pudiendo ser planas, con erupción maculopapular, predominantemente en plantas y palmas. El estadio terciario ocurre en aproximadamente el 30% de las infecciones no tratadas luego de un período largo de latencia y una de sus manifestaciones es la neurosífilis.

La infectividad de la sífilis por transmisión sexual es mayor en las etapas iniciales, disminuyendo gradualmente con el paso del tiempo (2).

La mayoría de los individuos con sífilis anorrectal desconoce su diagnóstico, por ende, la transmite a sus contactos sexuales. Así como el paciente no relaciona sus síntomas con una eventual infección de transmisión sexual, en ocasiones tampoco el médico tratante lo hace, debido a que la clínica varía según el estadio, e incluso puede no dar manifestaciones.

Para la detección de *Treponema pallidum* existen métodos directos e indirectos. Los directos son de certeza; entre ellos la reacción en cadena de la polimerasa (PCR), la cual confirma el diagnóstico cuando es positiva. Los métodos indirectos incluyen las pruebas treponémicas (PT) y las no treponémicas (PNT). Las PNT son muy sensibles, en especial durante el estadio secundario de la enfermedad, y la más utilizada en nuestro medio es la VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) modificada para suero no calentado (USR). Las PT son confirmatorias y la efectuada más frecuentemente es la inmunocromatografía, ya que al positivizarse más precozmente que la VDRL es especialmente útil en la detección de sífilis temprana (2).

El objetivo de la presentación es describir la población afectada e instar a la comunidad médica a contemplar la sífilis anorrectal como diagnóstico diferencial.

Métodos

Se trata de un estudio descriptivo, ambispectivo y transversal. Incluyó revisión de registros de pacientes atendidos en consultorio externo de coloproctología del Hospital Fernández entre el 1 de enero de 2015 y el 31 de agosto de 2017 y la revisión de fichas cargadas prospectivamente en contexto de pesquisa de *Chlamydia trachomatis* como agente causal de proctitis entre el 1 de septiembre de 2017 y el 1 de marzo de 2019. Se incluyeron pacientes con pruebas de laboratorio confirmatorias de sífilis.

Las variables analizadas fueron: sexo, edad, diagnóstico con el que fue referido, infección por HIV, otras ITS, sexo anal/oro-anal no protegido, estadio, manifestaciones clínicas y casos/año detectados.

Resultados

De los 77 casos de sífilis anorrectal tratados en consultorio, 61 fueron hombres (95% de ellos eran HSH), 12 mujeres (100% eran heterosexuales) y 4 mujeres trans (todas mantenían sexo con hombres y 3 eran trabajadoras sexuales) (Tabla 1). La mediana de edad fue de 30 años (rango: 18-72), siendo el 48% menores de 30 años (Figura 1).

Diecisiete (22%) de los casos fueron detectados en contexto de pesquisa de *Chlamydia trachomatis* como agente causal de proctitis y 58 pacientes (75%) presentaron al menos una infección asociada: 64% con HIV, 42% con HPV, 17% con *Chlamydia* y 13% con *Gonococo*. Coexistieron sífilis, HIV y LGV en 8 pacientes HSH (Tabla 1).

Figura 1. Incidencia según edad

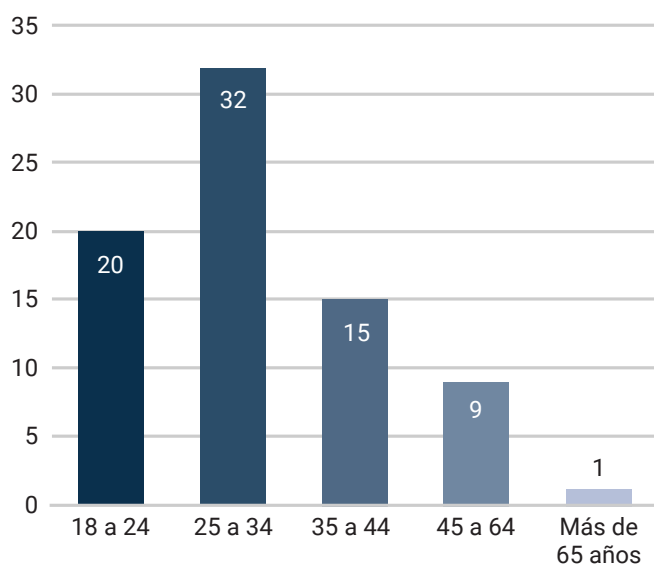
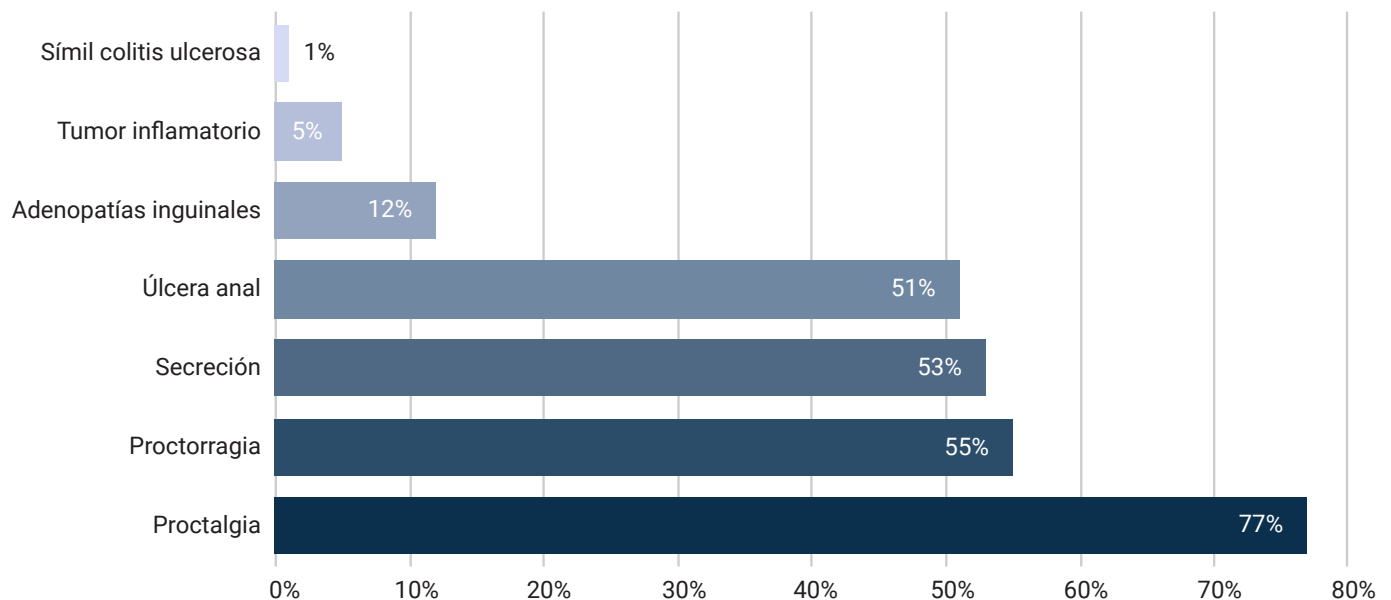


Tabla 1. Características poblacionales

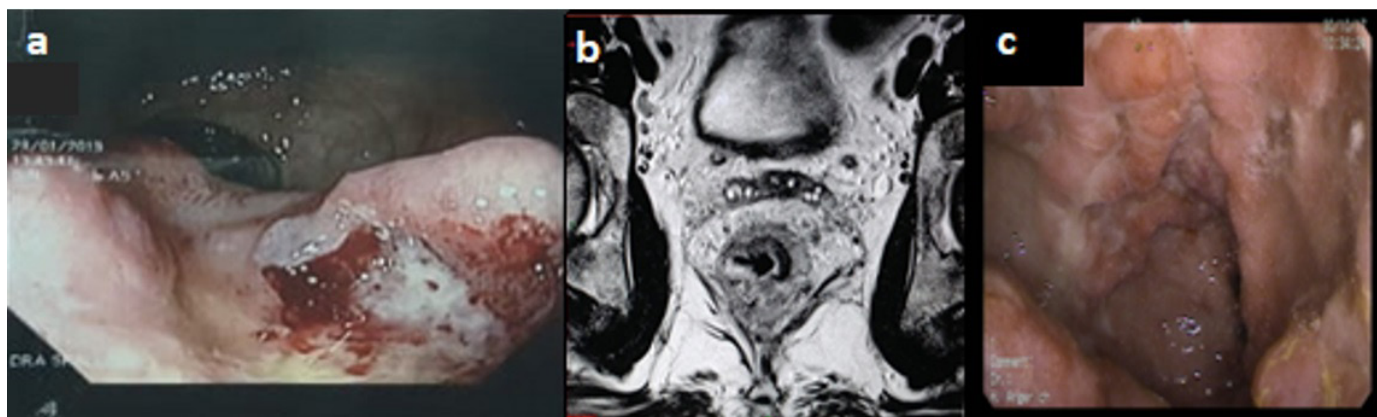
	2015	2016	2017	2018	1er bimestre 2019	TOTAL
GÉNERO						
Masculino	4	13	19	21	4	61
Femenino	2	0	0	9	1	12
F. Trans	0	0	2	1	1	4
ELECCIÓN SEXUAL						
HSH	3	12	18	21	4	58
Heterosexuales	3	1	3	10	2	19
PRÁCTICAS SEXUALES						
Sexo anal	5	11	18	24	4	62
Sexo oro-anal	2	1	15	19	4	41
UTILIZACIÓN DE PRESERVATIVO						
Sí	0	2	3	7	1	13
ITS ASOCIADAS						
HIV	3	12	15	17	2	49
HPV	2	6	11	12	1	32
Chlamydia	1	0	5	6	1	13
Gonococo	0	2	4	4	0	10

Figura 2. Frecuencia de las manifestaciones clínicas



Al interrogar a los pacientes sobre sus hábitos sexuales, 62 de ellos (81%) practicaban sexo anal y 41 (53%) mantenían contacto oro-anal, ninguno respondió haber utilizado protección (Tabla 1). Respecto del uso de preservativo, 64 pacientes (83%) manifestaron no usarlo, mientras que en el grupo de los HIV+ ninguno de los 49 pacientes respondió utilizarlo (100%) (Tabla 1).

Se diagnosticó sífilis primaria en 62 pacientes (81%) y secundaria en 15 (19%). Se realizó examen físico completo, con tacto rectal, anoscopía, rectoscopia y se revisaron las ingles en la búsqueda sistemática de adenopatías. Las manifestaciones clínicas fueron variadas e inespecíficas, como puede observarse en la Figura 2. De los pacientes que cursaron con tumor inflamatorio ninguno de ellos tenía

Figura 3

- a.** Imagen endoscópica de lesión en recto bajo con diagnóstico presuntivo de neoplasia maligna.
b. RMN de alta resolución de pelvis.
c. Imagen endoscópica de recto bajo con alteración del patrón mucoso, en contexto de tumor inflamatorio con diagnóstico presuntivo de rectocolitis ulcerosa sin respuesta al tratamiento.

otra ITS asociada a la cual atribuirle dicha manifestación. En un paciente HIV+, cuyo motivo de consulta se debió a la falta de respuesta al tratamiento por una colitis ulcerosa diagnosticada en otra institución nueve meses antes, resultó ser un diagnóstico erróneo y corresponder finalmente a una sífilis secundaria (Figuras 3b y 3c).

Uno de los pacientes con tumor rectal sífilítico, HSH HIV negativo y sin otras ITS asociadas, fue derivado con diagnóstico endoscópico de cáncer de recto inferior (Figura 3a). Se interpretó secundario a ITS. Mientras se aguardaban los resultados el paciente presentó manifestaciones cutáneas compatibles con secundarismo sífilítico. Se confirmó el diagnóstico con VDRL positiva (256 dil). Al control endoscópico, luego del tratamiento con penicilina la lesión desapareció.

Seis de las doce mujeres (50%) llegaron derivadas con diagnóstico erróneo: 3 hemorroides (Figura 4A), 1 fisura (Figura 4B) y 2 reacciones alérgicas. El caso diagnosticado

Figura 4

- a.** Paciente con lesión condilomatosa plana de secundarismo sífilítico derivada con diagnóstico erróneo de hemorroides externas.
b. Exulceraciones sífilíticas múltiples en paciente con diagnóstico presuntivo de fisura anal.

inicialmente como fisura anal se trataba de una paciente que refería intensa proctalgia y motivó un examen bajo anestesia, con exulceraciones sífilíticas múltiples.

Se realizó VDRL en todos los casos y en dos de ellos (3%) una prueba treponémica (inmunocromatografía) para confirmar el diagnóstico en contexto de VDRL negativa debido al contacto reciente. Todos fueron tratados con penicilina G benzatínica 2.400.000 UI intramuscular dosis única, con resolución completa de las lesiones. A una paciente se le diagnosticó sífilis y embarazo simultáneamente, y debido a que refería un episodio dudoso de alergia a la penicilina se decidió su internación para desensibilización, con posterior tratamiento con penicilina G benzatínica, sin complicaciones.

Se observó un aumento sostenido en los casos diagnosticados por año (Figura 5), siendo significativo para los casos en mujeres.

Discusión

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la incidencia de sífilis disminuyó en los años 40 tras el descubrimiento de la penicilina y en la década 1990-2000 probablemente por la promoción de prácticas sexuales seguras para la prevención de la transmisión de HIV. Sin embargo, desde hace más de diez años el aumento es sostenido a nivel global (1). Las razones de ello incluyen cambios en las conductas sexuales, uso de drogas de diseño y, sobre todo, reducción de las medidas de barrera durante el acto sexual. Este cambio de tendencia coincide con la mejoría en el pronóstico de portadores de HIV debido a la introducción del tratamiento antirretroviral de alta eficacia, con consecuente relajación de las medidas de prevención debido a la reducción del temor a la enfermedad (3).

En 2019, la OMS estimó 5,6 millones de casos nuevos de sífilis a nivel mundial, por lo cual constituye, junto con el resto de las ITS, una epidemia mundial con un alto impacto en la salud y vida de niños, adolescentes y adultos (1, 4).

De acuerdo a los datos proporcionados por el Centers for Disease Control and Prevention de los Estados Unidos, durante 2017 fueron notificados 76% más casos que en 2013. El 70% de ellos correspondieron a hombres HSH o bisexuales. Entre HSH con sífilis primaria o secundaria, la tasa estimada en Estados Unidos de coinfección por el HIV está en torno al 86% (5).

Los pacientes HSH, debido a sus hábitos sexuales y a las características de la mucosa anorrectal, presentan mayor riesgo para el contagio de ITS, entre ellas sífilis. En esta serie, el 85% de los hombres refirió tener sexo con otros hombres, cifra coincidente con la reportada en estudios de larga data (6).

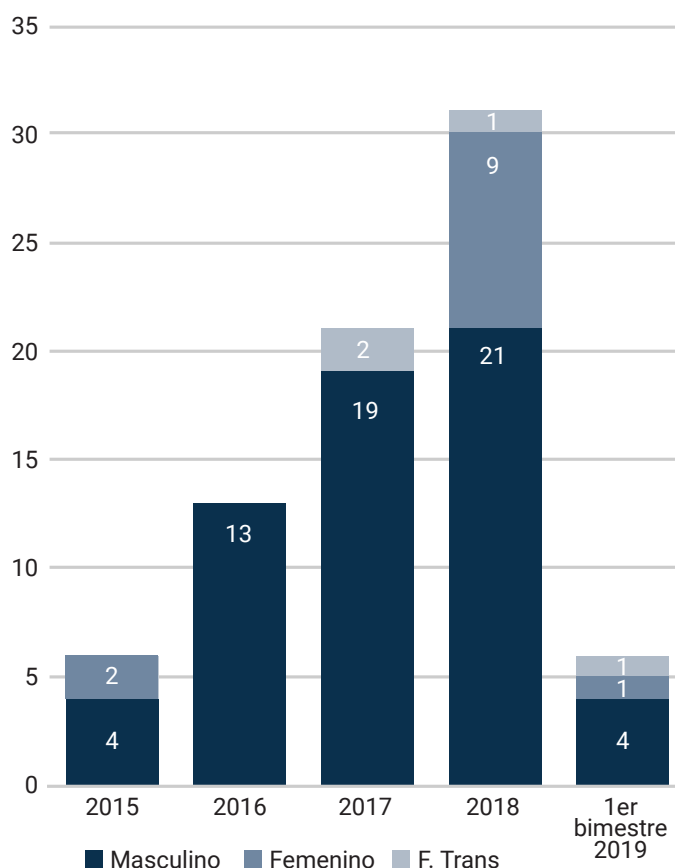
En 2017 la tasa de reportes de sífilis a nivel nacional fue de 35,2 personas por cada 100.000 habitantes (15.504 casos) (3). Las curvas observadas a nivel nacional y en esta casuística presentan similar tendencia ascendente. Los datos epidemiológicos nacionales del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud muestran una disminución o estabilización de la

incidencia de HIV, pero un aumento de otras ITS, entre ellas sífilis, gonorrea y *Chlamydia trachomatis* (7).

Entre el HIV y otros gérmenes productores de ITS existe un sinergismo biológico, que aumenta dos a tres veces las probabilidades de los individuos con lesiones ulcerativas sífilíticas de adquirir HIV (8). La infección por sífilis disminuye el nivel de CD4 y aumenta la carga viral de HIV (9,10). Las manifestaciones cutáneas de la sífilis en contexto de HIV son más frecuentemente prolongadas, graves y atípicas (11). La sífilis ha sido descrita, junto con el HIV, como un factor de riesgo para el contagio de *Chlamydia trachomatis* biovar LGV (12). En esta serie se diagnosticó concomitancia entre sífilis, HIV y LGV en el 10% de los pacientes. La asociación con *Chlamydia trachomatis* biovar LGV, particularmente en HSH HIV+, cobra especial importancia en nuestro medio en el actual contexto de brote de linfogranuloma venéreo descrito en Argentina (13).

Según datos no publicados, en el Servicio de Infectología del Hospital Juan A. Fernández se diagnosticaron 809 casos de sífilis mediante test serológicos confirmatorios de sífilis durante el período estudiado, representando la sífilis anorrectal menos del 10% del total.

Figura 5. Casos de sífilis por año. 2015-2019



Las características demográficas de esta serie concuerdan con las tasas de notificación reportadas a nivel país, alcanzando su pico en el intervalo 15-24 y 25-34 años respectivamente, y descendiendo a medida que aumenta la edad (3). La única diferencia respecto a los datos nacionales consultados radica en el grupo de menores de 18 años, probablemente debida a la ausencia de consultas pediátricas en esta serie.

La tasa de incidencia de sífilis en mujeres muestra un constante aumento en la última década tanto a nivel mundial como nacional, coincidiendo con lo observado en la presente serie (1, 7, 14, 15). Dicho aumento se interpreta como consecuencia del alto índice de sospecha y de una entrevista sistematizada dirigida al diagnóstico de ITS.

Coincidiendo con otras series publicadas, las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron proctalgia, proctorragia y secreción anal (16) y úlceras anales y orales (17).

En cuanto a las ITS concomitantes al diagnóstico de sífilis (incluyendo HIV no conocido previamente), Fustà obtuvo un 18%, valor muy inferior al de esta serie (17). Esto se explica probablemente en el contexto que muchos de estos casos se diagnosticaron en el marco de un protocolo de pesquisa sistemática de *Chlamydia trachomatis* como agente causal

de proctitis infecciosa y el trabajo español no especifica el contexto del diagnóstico de esas infecciones.

La sífilis rectal constituye un desafío, ya que su forma de presentación es muy variada: prurito, sangrado, tenesmo, urgencia defecatoria y secreción anal purulenta, mucosa o sanguinolenta (18). La forma de presentación más común de la sífilis rectal primaria simula un cáncer al manifestarse como masa con grados variables de erosión y ulceración (19).

Los diagnósticos diferenciales para tener en cuenta incluyen otros agentes infecciosos (*Chlamydia trachomatis* biovar LGV, citomegalovirus, herpes simple, tuberculosis, amebiasis) y entidades tales como síndrome de úlcera rectal solitaria, cáncer o enfermedad inflamatoria intestinal (18).

Se detectó un 5% de tumores rectales inflamatorios, sin otra ITS asociada a la cual atribuírsele. Existe poca casuística al respecto en la literatura, mayormente reportes de casos aislados (20-22). La duda diagnóstica entre sífilis anorrectal y enfermedad inflamatoria intestinal también ha sido reportada, aunque son pocos los casos publicados (21). Resulta imprescindible sospechar la enfermedad para arribar al diagnóstico.

En lo que respecta a los métodos diagnósticos, el campo oscuro, si bien es operador dependiente, es de utilidad ante la sospecha de chancro anal (2). Las pruebas no treponémicas como la VDRL son económicas y útiles en la detección de sífilis activa y para el seguimiento serológico (2). Las pruebas treponémicas, como la inmunocromatografía o aquellas que utilizan quimioluminiscencia, son específicas y útiles en el diagnóstico de la sífilis temprana, pero no para evaluar la respuesta al tratamiento ni están indicadas si el paciente cursó la infección en el pasado, puesto que su positividad no se revierte (2). En nuestro caso se utilizaron algoritmos convencionales, comenzando con VDRL y confirmando, de ser necesario, con inmunocromatografía. En esta serie no encontramos resultados falsos positivos de VDRL, probablemente gracias a la selección de los pacientes de acuerdo a la clínica y antecedentes, y solo fue requerida la confirmación con prueba treponémica en dos individuos debido a bajas diluciones en la prueba no treponémica.

Las principales limitaciones del trabajo son las propias de un estudio descriptivo; además, los pacientes no fueron seleccionados aleatoriamente, por lo que podrían no ser representativos de la población general. Se cuenta además con el sesgo de información y de recuerdo.

En sintonía con lo observado a nivel global y nacional, se detectó en esta institución un aumento progresivo de casos de sífilis anorrectal, la mayoría en HSH HIV+ que no usa preservativo.

El elevado porcentaje de casos diagnosticados en estadio primario responde a la pesquisa sistemática de sífilis en contexto de otras ITS, por lo que resulta mandatorio el testeo completo ante la detección de alguna de ellas. La asociación con *Chlamydia trachomatis* biovar LGV, particularmente en HSH HIV+ en el actual contexto de brote de linfogranuloma venéreo, obliga a su sospecha.

La similitud clínica con otras patologías no venéreas y la remisión espontánea de las lesiones hace preciso su testeo para evitar la progresión de la enfermedad y cortar la cadena de contactos.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. "Estrategia Mundial del Sector de la Salud contra las Infecciones de Transmisión Sexual 2016-2021. Hacia el fin de las ITS". 2016.
2. Diagnóstico y tratamiento de sífilis. Recomendaciones para los Equipos de Salud. Dirección de Sida, ETS, Hepatitis y TBC. 2019. Secretaría de Gobierno de Salud, Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación Argentina.
3. Boletín sobre el VIH, sida e ITS en la Argentina. N° 35. Año XXI – Diciembre de 2018. Dirección de Sida, ETS, Hepatitis y TBC. Secretaría de Gobierno de Salud, Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Argentina.
4. Organización Mundial de la Salud. Infecciones de transmisión sexual. Centro de Prensa. Notas descriptivas. Cifras y datos. Febrero de 2019.
5. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Sexually Transmitted Disease Surveillance 2017.
6. Guthe Thorstein. Tendencias epidemiológicas mundiales de la sífilis y la blenorragia. Documento de trabajo preparado por el autor para las Discusiones Técnicas de la XVIII Conferencia Sanitaria Panamericana (Washington, D.C., octubre de 1970). Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Enero 1971.
7. Boletín Integrado de Vigilancia. Dirección Nacional de Epidemiología y Análisis de la Situación de Salud. N° 345 – SE 04 – Enero de 2017. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación Argentina.
8. Shilaih M, Marzel A, Braun DL, Scherrer AU, Kovari H, Young J et al. Factores asociados con la incidencia de sífilis en pacientes HIV positivos en la era de la terapia antirretroviral de alta eficiencia. *Medicine*. 2017; 96: 5849.
9. Ivars Lleó M, Clavo Escribano P, Menéndez Prieto B. Atypical Cutaneous Manifestations in Syphilis. *Actas Dermo-Sifiligráficas*. 2016; 107: 275-83.
10. Su JR, Weinstock H. Epidemiology of co-infection with HIV and syphilis in 34 states, United States – 2009. *Proceedings of the 2011 National HIV Prevention Conference*. Atlanta, GA. August 13-17, 2011.
11. Workowski KA., Bolan GA. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2015. *MMWR Recomm Rep*. CDC. 2015 June 05; 64(RR-03): 1-137.
12. Foschi C, Marangoni A, D' Antuono A, Nardini P, Compri M, Bellavista S et al. Prevalence and predictors of lymphogranuloma venereum in a high risk population attending a STD outpatients clinic in Italy. *BMC Res Notes*. 2014; 7: 225.
13. Svidler López L, La Rosa L, Entrocassi AC, Caffarena D, Santos B, Rodríguez Fermepin Marcelo. Rectal Lymphogranuloma Venereum, Buenos Aires, Argentina. *Emerg Infect Dis*. 2019; 25: 598-99.
14. Boletín Integrado de Vigilancia. Dirección Nacional de Epidemiología y Análisis de la Situación de Salud. N° 199 – SE 49 – Diciembre de 2013. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación Argentina.
15. Organización Mundial de la Salud. "Estrategia Mundial del Sector de la Salud contra las Infecciones de Transmisión Sexual 2006-2015: Romper la cadena de transmisión". 2007.
16. De Souza Marques da SC, Moritz Radletz E, Viera MM. Sífilis ano-retal. Análise de 37 casos. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Novembro de 1981. Brasil. CM 050.
17. Fustà X, Fuertes IA, Lugo-Colón R, Blanco JL, Baras N, Alsina-Gilbert M. Emergencia de la sífilis: Estudio descriptivo de pacientes diagnosticados de sífilis en un hospital de tercer nivel entre 2011 y 2015. *Med Clin (Barc)*. 2017; 4093: 4.
18. Myung Cha, Jae & Choi, Sung & il, Joung. Rectal Syphilis Mimicking Rectal Cancer. *Yonsei Med J*. 2010; 51:276-78.
19. Febbraro I, Manetti G, Balestrieri P, Zippi M. Rectal cancer or rectal chancre? Beware of primary syphilis, *Digestive and Liver Disease*. 2008; 40(7): 579-81.
20. Caselli GM, Pinedo GM, Niklitschek SL. Tumor rectal como presentación de sífilis primaria. *Rev. Chilena de Cirugía*. 2009; 61(3): 290-93.
21. García-Robles A, Morales-Alcáraz F, Carrillo-Ortega G, Cabrera-González E, Baeyens-Cabrera E. Proctitis sífilítica. Casos clínicos. *RAPD Online*. 2013; 36(5): 313-15.
22. Alcántara Figueroa C, Núñez Calixto N, Vargas Cárdenas G, Chian García C. Sífilis rectal en un paciente con VIH en Perú. *Rev Gastroenterol Perú*. 2018; 38: 381-83.

Anorectal syphilis: an underdiagnosed entity. Casuistry of a public hospital in the autonomous city of Buenos Aires

Introduction: STIs affect millions of people annually. Syphilis increases both globally and nationally. Anoreceptive sex is a predisposing factor and men who have sex with men (MSM) are vulnerable. The anal lesions in primary stage cause intense proctalgia and in secondary stage they can simulate viral condylomas, that if they resolve spontaneously might remain without etiological diagnosis.

Methods: Descriptive, ambispective, cross-sectional study. Review of records of patients seen in coloproctology at the Fernández Hospital (01/01/2015 - 03/01/2019). Patients with confirmatory serology were included. Variables analyzed: sex, age, derivation diagnosis, HIV, other STDs, anal sex / oro-anal, stage, clinic and cases/year.

Results: Seventy-seven cases (61 men, 12 women, 4 trans-women). Mean age of 30 years (range: 18 - 72), 48% <30 years. 83% did not use condoms (100% of HIV +). Seventeen cases (22%) detected during Chlamydia search. Fifty-eight patients (75%) had associated STIs. Syphilis, HIV and LGV coexisted in 8 MSM. Manifestations observed: proctalgia (77%), proctorrhagia (55%), discharge (53%), anal ulcer (51%). 50% of women arrived with inaccurate diagnosis. Cases/year: 6 in 2015, 13 in 2016, 21 in 2017, 31 in 2018 and 6 in the first two months of 2019.

Conclusions: There was a progressive increase in cases of anorectal syphilis (mostly MSM), that even when they are HIV +, does not use a condom. Currently, association of syphilis with LGV in MSM HIV + should be suspected. The clinical similarity with non-venereal pathologies and the spontaneous remission of lesions obliges to test it to avoid its progression and to break the chain of transmission.

Key words: syphilis, casuistry, sexually transmitted infections, men who have sex with men, HIV/AIDS, anorectal diseases.