

## CASO CLÍNICO

---

### **Linfogranuloma venéreo, una entidad que debemos conocer**

---

Joana Guillén González <sup>1</sup>, Lucía Royuela García <sup>2</sup>, María José Guijarro Sánchez<sup>1</sup>, Juan Matamoros Hernández<sup>3</sup>.

1. Médico de Familia en CSI Alzira II Sants Patrons
2. Médico de Familia en CA Catadau.
3. Médico de Familia en CS Almussafes.

Contacto: Joana Guillén González, [guigonjo@gmail.com](mailto:guigonjo@gmail.com)

Citar como: Guillén González J, Royuela García L, Guijarro Sánchez MJ, Matamoros Hernández, J. *Linfogranuloma venéreo, una entidad que debemos conocer*. fml. 2019; 24(2):6p

Palabras clave: Linfogranuloma venéreo, Chlamydia trachomatis, úlcera genital.

---

## **RESUMEN**

Las enfermedades de transmisión sexual (ETS) son más frecuentes de lo que pensamos y debemos pensar en ellas para poder diagnosticarlas. Actualmente, hay un repunte de las mismas en la sociedad. Dentro de las enfermedades de transmisión sexual es muy importante saber realizar un correcto diagnóstico diferencial cuando se nos presente una úlcera genital en la consulta.

## Introducción

El linfogranuloma venéreo (LGV) es una entidad poco frecuente en la consulta de Atención Primaria, pero por otro lado, debemos conocer el cuadro clínico para poder diagnosticarlo. Este artículo presenta un caso de LGV cuya detección se basa más en la sospecha clínica y en la anamnesis que en pruebas complementarias.

Además, este caso clínico pone de manifiesto la necesidad de preguntar por las prácticas de riesgo de los pacientes y descartar ante una proctitis en un hombre que practica sexo con hombres (HSH) la presencia de un LGV.

## Descripción del caso clínico

Motivo de la consulta: hemorroides de una semana de evolución que no mejoran a pesar de tratamiento tópico y medidas higiénicas.

Antecedentes personales: no reacciones adversas a medicamentos conocidas, fumador, ex consumidor de cannabis y cocaína, VIH positivo en tratamiento actualmente con carga viral indetectable. No tratamiento crónico habitual.

Enfoque comunitario: vive con sus padres, actualmente no trabaja. No pareja estable.

Enfermedad actual: hombre de 46 años de edad que acude a la consulta después de una semana tras no mejorar clínica de hemorroides asociada a dolor perianal y proctitis intensa. Refiere además tenesmo y secreción serohemática que no presentaba en días anteriores. Tras revisar historia clínica, incidimos en las prácticas sexuales del paciente que reconoce ser hombre que practica sexo con hombres y tiene relaciones sexuales de riesgo habitualmente. Reconoce prácticas como el CHEMSEX (combinación de relaciones sexuales con el uso de determinadas drogas ilegales o sin receta con el fin de facilitar, potenciar o facilitar el encuentro sexual en numerosas ocasiones sin protección). No otra sintomatología clínica de interés.

## Exploración física:

Estable hemodinámicamente. A nivel anal destaca hemorroides externas no complicadas con tacto rectal doloroso observándose guante manchado de secreción serohemática. Abdomen: anodino. No exantemas ni petequias. Auscultación cardiopulmonar normal. Neurológicamente sin hallazgos de interés. No lesiones cutáneas destacables. Resto de exploración normal.

Pruebas complementarias: Cursamos frotis rectal para descartar infección por clamidia/gonococo. Se pide batería de serologías (VIH ya conocido –se demuestra carga viral indetectable–, sífilis negativa, hepatitis negativa). En el frotis mediante PCR se detecta *Chlamydia trachomatis* con identificación de linfogranuloma venéreo positivo (serotipos L1-L3).

## Diagnóstico diferencial

Cuando sospechamos de una ETS siempre debemos realizar la batería de pruebas de todas ellas no únicamente de la que tenemos en mente (en este caso la sospecha es una posible enfermedad de transmisión sexual – sospecha de LGV). Por otro lado, ante proctitis en HSH y hemorroides tener siempre en cuenta este diagnóstico dado que la presentación típica con adenopatías fistulizantes no existe o es rara.

Diagnóstico final: LGV.

Tratamiento: Doxiciclina 100mg/12 horas durante 21 días. Se inicia estudio de contactos con los datos que nos aporta el paciente. Enfermedad de declaración obligatoria.

## Discusión

Cuando hablamos de LGV, estamos hablando de una infección prolongada del sistema linfático, producida por uno de los 3 serotipos invasivos L1, L2 o L3 de la bacteria *Chlamydia trachomatis*<sup>1</sup>, con diseminación por contacto sexual. Esta bacteria es un germen intracelular obligado que infecta sólo a humanos.

Tabla 1. Diagnóstico diferencial de las úlceras genitales de causa transmisión sexual<sup>17</sup>. Organización Médica Colegial. Guía de buena práctica clínica en infecciones de transmisión sexual. Chancro blando. Madrid, 2011; pp. 32-4.

	<b>Herpes</b>	<b>Sífilis</b>	<b>Chancroide</b>	<b>Linfogranuloma venéreo</b>	<b>Donovanosis</b>
<b>Microorganismo</b>	VHS 1 y 2	<i>Treponema pallidum</i>	<i>Haemophilus ducreyi</i>	<i>Chlamydia trachomatis</i>	<i>Klebsiella granulomatis</i>
<b>Período de incubación</b>	2-7 días	10-90 días	1-14 días	5-21 días	1-12 semanas
<b>Lesión característica</b>	Vesícula/ úlcera múltiple agrupada en racimo superficial, recurrente	Pápula, chancro único (70%). Cura espontánea	50% lesiones múltiples	Pequeña superficial. Cura espontánea. A menudo no se observa	Muy extensa, similar a tejido de granulación
<b>Induración</b>		Indurada	No indurada		
<b>Secreción</b>	Serosa, moderada	Serosa, escasa	Purulenta, abundante		
<b>Dolor</b>	Dolorosa	Indolora	Dolorosa	Indolora	Dolor leve
<b>Picor</b>	Frecuente	Raro	Raro		
<b>Bordes</b>	Lisos	Lisos	Difusos, socavados		Elevados, lisos
<b>Base</b>	Eritematosa, lisa	Lisa, regular	Irregular, necrótica friable		Roja, carnosa
<b>Adenopatía inguinal</b>	Bilateral, dolorosa	Bilateral, gomosa, no dolorosa	Unilateral, muy dolorosa, fluctuante	Multiloculada, signo del surco. Muy dolorosa. Uni o bilateral. Trayectos fistulosos	Extensa, leve (pseudobubones)
<b>Pruebas de laboratorio</b>	Células gigantes multinucleadas (Tzank)	Campo oscuro. Serología	NAAT	Serología. Intradermorreacción de Frei	Cuerpos de Donovan en macrófagos

Aunque es poco frecuente, la prevalencia está aumentando, incluido en España<sup>2</sup>. Generalmente está importada de países endémicos (India y algunas regiones de África, Asia y el Caribe)

La enfermedad se detecta sobre todo en varones homosexuales (99%)<sup>3</sup>, que suelen además ser, pacientes VIH positivos a través de la variantes L2b4. Raramente se produce por transmisión heterosexual.

El LGV se trasmite de forma casi exclusiva por contacto sexual. La infección está favorecida por la presencia de erosiones o micro-abrasiones en el epitelio de las mucosas. Puede infectar faringe, de forma asintomática o paucisintomática, por lo que es posible su transmisión en relaciones oro-genitales u oro-anales. El uso compartido de juguetes sexuales con una persona infectada es también una vía de infección.

La infección rectal asintomática es la fuente probable del progreso en la transmisión de la enfermedad<sup>4</sup>.

La infección se desarrolla en tres fases<sup>5</sup>:

- Fase primaria: hablamos de una pápula, pústula o úlcera herpetiforme, poco dolorosa, en la mucosa genital o piel adyacente, que aparece entre 3 y 30 días después del contacto. Es autolimitada (1 semana) y cura de manera espontánea sin dejar ningún tipo de cicatriz. En muchas ocasiones es asintomática por lo que puede pasar desapercibida.

En esta fase se puede producir secreción mucopurulenta uretral, cervical o rectal, dependiendo del lugar de inoculación. Puede haber también afectación faríngea, con adenopatías abscesificadas.

La forma más frecuente de aparición es una proctitis o proctocolitis, con proctalgi, tenesmo, estreñimiento, secreción mucopurulenta y sangrado, sobre todo en HSH. Se puede llegar a confundir con una enfermedad inflamatoria intestinal.

Sin tratamiento, en la mayoría de los casos evoluciona a la cronicación con episodios agudos irregulares.

- Fase secundaria (ganglionar o inguinal): se produce de 2-6 semanas tras la lesión inicial. Aparece una linfadenopatía inguinal unilateral, y pueden asociarse síntomas generales. Los ganglios afectados son aquellos que drenan el territorio en el que produjo la lesión inicial. Por confluencia puede formarse bubones, que pueden fistulizar durante semanas o meses.

- Fase terciaria (síndrome ano-genito-rectal): entre las complicaciones tenemos el ESTIÓMERO, que es una lesión ulcerosa crónica granulomatosa con aumento del tamaño de los genitales externo, pudiéndose producir elefantiasis genital por obstrucción linfática.

En mujeres puede conducir una enfermedad crónica ulcerativa de genitales externos o también a un síndrome de "pelvis congelada". Además, puede producirse una inflamación crónica abscesificante y fistulizante en la región de los ganglios linfáticos anorrectales, que puede confundirse con la enfermedad de Chron.

La infección faríngea raramente ocasiona síntomas y cuando están presentes hay inflamación orofaríngea inespecífica y/o adenopatías cervicales<sup>6</sup>.

Es importante destacar que en algunos estudios la proporción de infectados asintomáticos es considerable<sup>7</sup>. El diagnóstico es difícil y no está al alcance de todos los laboratorios. La anamnesis y el cuadro clínico son indispensables, requiere una alta sospecha clínica en base a la información epidemiológica y la conducta sexual del paciente. Además disponemos de:

- Aislamiento e identificación de la bacteria por cultivo del aspirado de la adenopatía o del fondo de la úlcera (sensibilidad (75-85%). La punción aspiración se debe realizar sobre piel sana. Es conveniente evitar incisiones quirúrgicas porque puede retrasar la cicatrización.

- Métodos de detección de ADN (PCR). Las muestras pueden obtenerse de las lesiones ano-genitales o rectales.

- Serología con determinación de anticuerpos específicos<sup>3</sup>.

-Métodos de detección de antígenos: enzimoimmunoanálisis, inmunofluorescencia directa.

El protocolo del laboratorio para el diagnóstico de LGV implica dos pasos: 1) Inicialmente se realiza un cribado para *C. trachomatis* mediante una prueba NAAT comercializado. 2) En caso de que se confirme infección por *C. trachomatis* se procede a detectar un biovar específico de LGV (son aquellas cepas que tienen características bioquímicas y fisiológicas especiales) en la misma muestra mediante pruebas NAAT (pruebas de amplificación de ácido nucleico) más específicas<sup>8,9</sup>.

En caso de que no se disponga de la utilización de NAATs, un título alto de anticuerpos específicos anti clamidia tipo IgA en un paciente con una sospecha clínica elevada apoyaría el diagnóstico.

Hay que destacar que la serología positiva a título bajo no excluye el diagnóstico de LGV. La identificación de neutrófilos en una muestra rectal en un paciente con proctitis es sugestiva de LGV, especialmente en paciente HSH VIH positivos<sup>7</sup>.

El tratamiento debe ser precoz y debe durar al menos 3 semanas, para evitar la cronificación. En ocasiones, es necesario realizar varios ciclos de tratamiento y alternar antibiótico para la resolución.

Los pacientes con LGV deben ser tratados con fármacos antibacterianos que alcancen altas concentraciones intracelulares<sup>10</sup>.

- Tratamiento de elección: Doxiciclina: 100 mg cada 12 horas durante 21 días<sup>10</sup>. Es altamente efectivo.

- Tratamiento alternativo: Eritromicina: 500 mg/6 horas durante 3 semanas (III-B); Azitromicina: 1 g semanal durante 3 semanas (IV-C).

Otro tratamiento propuesto como alternativa por la ineficacia/contraindicación de la

doxiciclina podría ser moxifloxacino 400 mg/día durante 10 días<sup>3</sup>.

Las pruebas NAATS pueden tardar hasta 16 días en negativizarse. Por ello, el test microbiológico de curación no debe realizarse antes de las dos semanas<sup>11</sup>.

En el tratamiento de la afectación rectal, la doxiciclina parece ser más eficaz que la azitromicina<sup>12</sup>. Sin embargo, algunos pacientes HSH con LGV inguinal no responden con doxiciclina durante 21 días y los tratamientos deberían prolongarse. La eritromicina durante 21 días suele ser eficaz pero pautas más cortas son insuficientes. Cuando nos decidimos por la azitromicina en pauta semanal<sup>13</sup> debemos tener en cuenta que la respuesta se inicia en la primera/segunda semana de tratamiento.

El dolor debe tratarse con analgesia. Si aparecen adenopatías fluctuantes se recomienda aspirarlas a través de la piel sana. Si aparecen estenosis o fístulas se debe recurrir a cirugía.

En gestantes y lactantes la doxiciclina está contraindicada por lo que se recomienda pauta larga de azitromicina<sup>14</sup> o eritromicina.

Se recomienda estudio de los contactos sexuales de los 6 meses previos al inicio de los síntomas<sup>15</sup>. Cuando se realiza el estudio de los contactos deberían recogerse muestra de uretra, recto, pene/cérvix según la mucosa expuesta. Si se confirma la infección de alguno de los contactos se debe iniciar doxiciclina 100 mg/12 horas durante 21 días, o pauta alternativa de misma duración<sup>14, 16</sup>.

En el seguimiento siempre hay que descartar otras ETS. Se debe valorar si hay una reinfección por LGV a los 3 meses del diagnóstico<sup>4</sup>.

Es importante informar al paciente de lo siguiente:

- Abstención sexual hasta que se haya completado tratamiento y seguimiento.

- Informar que si el LGV no se trata de manera adecuada, puede llevar consigo secuelas a largo plazo.

- Debemos realizar pruebas diagnósticas para VIH y virus hepatotropos y ofrecer información sobre prevención<sup>16</sup>.

## Bibliografía

1. Mabey D, Peeling RW. Lymphogranuloma venereum. *Sex Transm Infect*. 2002 Apr;78(2):90-2.
2. Úbeda AC, Roblas RF, Delgado RG, García LM, Sterlin F, Guerrero MLF, et al. Anorectal Lymphogranuloma Venereum in Madrid: A Persistent Emerging Problem in Men Who Have Sex With Men. *Sexually Transmitted Diseases*. 2016;43(7):414-9.
3. Stoner BP, Cohen SE. Lymphogranuloma Venereum 2015: Clinical Presentation, Diagnosis, and Treatment. *Clin Infect Dis*. 2015;61 Suppl 8:S865-73. PubMed.
4. Vries HJC, Zingoni A, Kreuter A, Moi H, White JA; European Branch of the International Union against Sexually Transmitted Infections; European Academy of Dermatology and Venereology; European Dermatology Forum; European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases; Union of European Medical Specialists; European Centre for Disease Prevention and Control; European Office of the World Health Organisation. 2013 European guideline on the management of lymphogranuloma venereum. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2015;29(1):1-6.
5. Nwokolo NC, Dragovic B, Patel S, Tong CW, Barker G, Radcliffe K. 2015 UK national guideline for the management of infection with *Chlamydia trachomatis*. *Int J STD AIDS*. 2016;27(4):251-67.
6. Korhonen S, Hiltunen-Back E, Puolakkainen M. Genotyping of *Chlamydia trachomatis* in rectal and pharyngeal specimens: identification of LGV genotypes in Finland. *Sex Transm Infect*. 2012 Oct;88(6):465-9.
7. Van der Bij AK, Spaargaren J, Morré SA, Fennema HSA, Mindel A, Coutinho RA, et al. Diagnostic and clinical implications of anorectal lymphogranuloma venereum in men who have sex with men: a retrospective case-control study. *Clin Infect Dis An Off Publ Infect Dis Soc Am*. 2006 Jan;42(2):186-94.
8. Morré SA, Spaargaren J, Fennema JSA, de Vries HJC, Coutinho RA, Peña AS. Real-time polymerase chain reaction to diagnose lymphogranuloma venereum. *Emerg Infect Dis*. 2005 Aug;11(8):1311-2.
9. ChenC-Y, ChiKH, AlexanderS, IsonCA, BallardRC. A real-time quadriplex PCR assay for the diagnosis of rectal lymphogranuloma venereum and non- lymphogranuloma venereum *Chlamydia trachomatis* infections. *Sex Transm Infect*. 2008 Aug;84(4):273-6.
10. McLean CA, Stoner BP, Workowski KA. Treatment of Lymphogranuloma Venereum. *Clin Infect Dis*. 2007 Apr;44(Supplement 3):S147-52.
11. Leeyaphan C, Ong JJ, Chow EP, Kong FY, Hocking JS, Bissessor M, et al. Systematic Review and Meta-Analysis of Doxycycline Efficacy for Rectal Lymphogranuloma Venereum in Men Who Have sex With Men. *Emerg Infect Dis*. 2016;22(10):1778-84.
12. De Vries HJC, Smelov V, Middelburg JG, Pleijster J, Speksnijder AG, Morré SA. Delayed Microbial Cure of Lymphogranuloma Venereum Proctitis with Doxycycline Treatment. *Clin Infect Dis*. 2009 Mar;48(5):e53-6.
13. Khosropour CM, Dombrowski JC, Barbee LA, Manhart LE, Golden MR. Comparing azithromycin and doxycycline for the treatment of rectal chlamydial infection: a retrospective cohort study. *Sex Transm Dis*. 2014 Feb;41(2):79-85.
14. White J, O'Farrell N, Daniels D. 2013 UK National Guideline for the management of lymphogranuloma venereum: Clinical Effectiveness Group of the British Association for Sexual Health and HIV (CEG/BASHH) Guideline development group. *Int J STD AIDS*. 2013 Aug;24(8):593-601.
15. Tiplica GS, Radcliffe K, Evans C, Gomberg M, Nandwani R, Rafila A, et al. 2015 European guidelines for the management of partners of persons with sexually transmitted infections. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2015;29(7):1251-7.
16. De Vries HJ, Zingoni A, Kreuter A, Moi H, White JA. 2013 European guideline on the management of lymphogranuloma venereum. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2015;29:1-6.
17. Organización Médica Colegial. Guía de buena práctica clínica en infecciones de transmisión sexual. Chancro blando. Madrid, 2011; pp. 32-4.

## Más en la red

- Smith L, Angarone MP. Sexually Transmitted Infections. *Urol Clin North Am*. 2015 Nov;42(4):507-18.

- Vries HJC, Zingoni A, Kreuter A, Moi H, White JA; European Branch of the International Union against Sexually Transmitted Infections; European Academy of Dermatology and Venereology; European Dermatology Forum; European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases; Union of European Medical Specialists; European Centre for Disease Prevention and Control; European Office of the World Health Organisation. 2013 European guideline on the management of lymphogranuloma venereum. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2015;29(1):1-6.