

CARTA CIENTÍFICO-CLÍNICA

Adenopatías inguinales dolorosas tras relaciones sexuales sin protección

Painful Enlarged Inguinal Lymph Nodes After Unprotected Sex

Sr. Director:

Presentamos el caso de un varón de 23 años que consultó por un abultamiento doloroso en el área inguinal izquierda de 2 semanas de evolución. No asociaba fiebre, sintomatología sistémica ni síndrome constitucional. Como antecedentes personales destacaban una infección gonocócica y múltiples relaciones homosexuales de riesgo. En la exploración física se palpaba un nódulo subcutáneo doloroso, elástico, no adherido a planos profundos, de 4 cm, sin alteraciones en la piel suprayacente (fig. 1). No presentaba lesiones orales, genitales, anales ni secreción uretral. Tampoco presentaba adenopatías cervicales, axilares ni inguinales, ni lesiones cutáneas acompañantes.

Ante la sospecha de una infección de transmisión sexual, se solicitaron serologías, cultivo y PCR de una muestra anal y otra uretral para *Chlamydia trachomatis* y *Neisseria gonorrhoeae*. Las serologías y los estudios microbiológicos fueron negativos.



Figura 1 Nódulo inguinal de 2 semanas de evolución, elástico, no adherido a planos profundos, de 4 cm, sin alteraciones en la piel adyacente.

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2020.03.019>

0001-7310/© 2021 AEDV. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Tres semanas más tarde, el paciente presentó un aumento del nódulo inguinal izquierdo, que en ese momento era de 8 cm, con una fluctuación discreta, por lo que se realizó una ecografía y un aspirado con aguja del contenido de la lesión para su estudio microbiológico. La ecografía inguinal izquierda mostró la presencia de múltiples imágenes nodulares con hipervascularización, compatibles con adenopatías de aspecto y tamaño significativos (fig. 2). La PCR del aspirado fue positiva para *C. trachomatis*, de serotipo L.

Dada la confirmación diagnóstica de linfogranuloma venéreo (LGV), el paciente fue tratado con doxiciclina a dosis de 100 mg cada 12 h durante 21 días, con una resolución completa del cuadro clínico.

El LGV es una infección de transmisión sexual causada por los serotipos L1, L2 y L3 de *Chlamydia trachomatis*, endémica en países tropicales de Asia y América¹⁻⁴. Se transmite por contacto sexual vía vaginal, anal u oral. Esta infección era infrecuente en Europa hasta el año 2003, cuando comenzó a aumentar la incidencia de casos de la enfermedad, con una afectación predominante de hombres que tienen sexo con hombres VIH positivos^{1,3-6}. La incidencia creciente de esta enfermedad en España provocó que se incluyese como una enfermedad de declaración obligatoria individualizada a partir de 2015⁵.

La presentación clínica del LGV varía en función del área geográfica en la que se localicen los casos. La presentación clásica del LGV, típica de Asia y América, se divide en 3 fases: la primera fase se caracteriza por una úlcera indolora en el lugar de inoculación, que aparece de 3 a 30 días

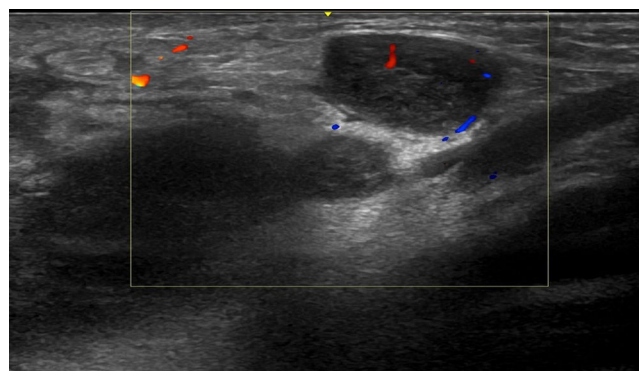


Figura 2 Ecografía inguinal en la que se observa una imagen nodular hipocogénica compatible con una adenopatía.

después del contacto; en la segunda fase aparecen adenopatías inguinales dolorosas; la fase final cursa con linfedema y elefantiasis por la destrucción irreversible del sistema linfático en ausencia de tratamiento^{1,2}.

En Europa, esta infección de transmisión sexual se manifiesta como una proctitis con dolor rectal, tenesmo, sangrado anorrectal y estreñimiento, que puede evolucionar a abscesos, fistulas y estenosis rectal si no se trata en las primeras fases de la enfermedad. Estas manifestaciones clínicas requieren plantear el diagnóstico diferencial con otras causas de proctitis, como la enfermedad inflamatoria intestinal^{1,2,5,6}.

El diagnóstico de LGV consiste en la detección de los ácidos nucleicos de *C. trachomatis* en el exudado de la úlcera anogenital, el exudado rectal o el aspirado de adenopatías fluctuantes. Es frecuente que la PCR de muestra anal y uretral sea negativa en la segunda fase del LGV, con resultados positivos en el 20% de las muestras rectales y en el 0,8% de las uretrales, por lo que es útil el estudio microbiológico del aspirado adenopático⁷. Si se confirma la infección por *C. trachomatis* se procede a la identificación del serotipo^{1,3}. Es importante señalar que el cribado de esta infección debe realizarse en hombres que tienen sexo con hombres que han mantenido relaciones anales receptivas en los últimos 6 meses^{5,8}.

El tratamiento de primera línea del LGV es doxiciclina 100 mg vía oral cada 12 h durante 21 días, con lo que se obtiene una resolución completa en la mayoría de los casos^{1,3,8}.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Ceovic R, Gulín SJ. Lymphogranuloma venereum: Diagnostic and treatment challenges. *Infect Drug Resist.* 2015;8:39–47, <http://dx.doi.org/10.2147/IDR.S57540>.
2. O'Byrne P, MacPherson P, DeLaplante S, Metz G, Bourgault A. Approach to lymphogranuloma venereum. *Can Fam Physician.* 2016;62:554–8.
3. 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, <http://dx.doi.org/10.1111/jdv.12461>.
4. De Vrieze NH, de Vries HJ. Lymphogranuloma venereum among men who have sex with men. An epidemiological and clinical review. *Expert Rev Anti Infect Ther.* 2014;12:697–704, <http://dx.doi.org/10.1586/14787210.2014.901169>.
5. Díaz A, Ruiz-Alguero M, Hernando V. Linfogranuloma venéreo en España, 2005-2015: revisión de la bibliografía. *Med Clin (Barc).* 2018;151:412–7, <http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2018.05.036>.
6. Puerta López T, Rodríguez Domínguez M, Menéndez Prieto B, Vera García M, Clavo Escribano P, Villa Escamilla M, et al. Estudio descriptivo de los 102 primeros casos de un brote de linfogranuloma venéreo detectado en la Comunidad de Madrid. *Rev Multidisc Sida.* 2013;1:70–1.
7. Parra-Sánchez M, García-Rey S, Rodríguez IP, Fernández PV, Sánchez MJ, Folía JCP. Clinical and epidemiological characterisation of lymphogranuloma venereum in southwest Spain, 2013-2015. *Sex Transm Infect.* 2016;92:629–31.
8. AIDS Study Group (GESIDA), National Aids Plan, STI Study group of the SEIMC (GEITS), Spanish Group for the Investigation of Sexual Transmission Diseases of the Spanish Academy of Dermatology and Venerology, Spanish Society for Pediatric Infectious (SEIP). Consensus document on the diagnosis and treatment of sexually transmitted diseases in adults, children and adolescents. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2018;36:576–85, <http://dx.doi.org/10.1016/j.eimc.2017.06.004>.

M.S. Vallejo-Ruiz*, T. Kueder-Pajares, A. Hernández-Núñez y J. Borbujo

Servicio de Dermatología, Hospital Universitario de Fuenlabrada, Fuenlabrada, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico:
mariadelasoledad.vallejo@salud.madrid.org
(M.S. Vallejo-Ruiz).