

Adenopatía inguinal a estudio: ¿debemos incluir siempre el linfogranuloma venéreo en el diagnóstico diferencial?

Luis Rivas-Prado¹, José Ángel Satué-Bartolomé¹, Alicia González-Antelo², Juan José Ortiz-Zapata², Jesús Canora-Lebrato¹

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Fuenlabrada. Fuenlabrada (Madrid). España

²Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario de Fuenlabrada. Fuenlabrada (Madrid). España

Recibido: 30/09/2019

Aceptado: 28/01/2020

En línea: 30/04/2020

Citar como: Rivas-Prado L, Satué-Bartolomé JA, González-Antelo A, Ortiz-Zapata JJ, Canora-Lebrato J. Adenopatía inguinal a estudio: ¿debemos incluir siempre el linfogranuloma venéreo en el diagnóstico diferencial? Rev Esp Casos Clin Med Intern (RECCMI). 2020 (Abr); 5(1): 24-26. doi: 10.32818/reccmi.a5n1a9.

Cite this as: Rivas-Prado L, Satué-Bartolomé JA, González-Antelo A, Ortiz-Zapata JJ, Canora-Lebrato J. Inguinal adenopathy under study: should be always included venereal lymphogranuloma in the differential diagnosis? Rev Esp Casos Clin Med Intern (RECCMI). 2020 (Abr); 5(1): 24-26. doi: 10.32818/reccmi.a5n1a9.

Autor para correspondencia: Luis Rivas-Prado. lrvivas_92@hotmail.com

Palabras clave

- ▷ Linfogranuloma venéreo
- ▷ Adenopatía
- ▷ Granulomas necrotizantes

Keywords

- ▷ *Lymphogranuloma venereum*
- ▷ *Adenopathy*
- ▷ *Necrotizing granulomas*

Resumen

El linfogranuloma venéreo es una enfermedad con un importante aumento de prevalencia en España en los últimos años, de forma que debe tenerse en cuenta en el cribado de enfermedades de transmisión sexual. En este caso, se muestra un paciente con presencia únicamente de una adenopatía inguinal unilateral que negaba relaciones sexuales de riesgo. Tras el estudio histológico de la adenopatía, que mostraba granulomatosis, y tras descartar tuberculosis, entre otras entidades, se solicitó serología de *Chlamydia trachomatis*, que resultó positiva, con buena respuesta clínica y serológica al tratamiento.

Abstract

Lymphogranuloma venereum is a disease with a significant increase in prevalence in Spain in recent years, so it must be taken into account in the screening of sexually transmitted diseases. In this case, a patient with the presence of a unilateral inguinal adenopathy that denied risky sexual relations is shown. After the histological study of the adenopathy, which shows granulomatosis, and discarding tuberculosis, among other entities, Chlamydia trachomatis serology was requested, being positive, with a good clinical and serological response to the treatment.

Puntos destacados

- ▷ Se ha producido un notable aumento de casos de linfogranuloma venéreo en nuestro país en los últimos años, coincidente con la consideración de enfermedad de declaración obligatoria de esta entidad desde 2015.
- ▷ Hay que incluir el cribado de *Chlamydia trachomatis* ante la sospecha de una enfermedad de transmisión sexual, más aún en los casos de afectación anorrectal y adenopática.

unilateral y que puede acabar produciendo abscesos. En esta segunda fase, también suelen producirse síntomas sistémicos, como fiebre o artromialgias. En los casos de exposición rectal, también destaca la presencia de proctitis, con otra clínica asociada, como rectorragia o exudados purulentos anales, que obliga al diagnóstico diferencial con otras entidades, como la enfermedad inflamatoria intestinal.

Esta enfermedad era poco frecuente en Europa a principios del siglo XXI, y la mayoría de casos venían importados del trópico. Desde entonces, la proporción ha aumentado, sobre todo en hombres que mantienen sexo con hombres, entre 35-44 años y, más aún, si son portadores del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)^{1,2}, enfermedad de declaración obligatoria en muchos países de Europa desde 2008 y, finalmente, en España desde 2015.

Introducción

El linfogranuloma venéreo (LGV) es una infección de transmisión sexual causada por *Chlamydia trachomatis*, concretamente por los serovares L1, L2 y L3, siendo el más frecuente L2b. Clínicamente, la enfermedad consta de una serie de fases sucesivas, pudiendo llegar a producir, según el lugar de inoculación, una enfermedad inguinal o un síndrome anorrectal. La primera fase se produce durante el primer mes postexposición, con la aparición de una pápula indolora en muchas ocasiones inadvertida. La segunda fase tiene lugar unas 2-6 semanas después, con la inflamación de los ganglios regionales, generalmente

Historia clínica

Varón de 46 años con únicos antecedentes de dislipemia y amigdalectomía en la infancia que fue derivado a consultas de Medicina Interna para estudio

de una adenopatía a nivel inguinal izquierdo. El paciente refería la aparición de dicha adenopatía unos 4 meses antes, siendo dolorosa a la palpación y acompañándose de sensación distérmica ocasional, sin llegar el paciente a termometrarse. También reconocía hábito asténico durante dichos meses, con pérdida de peso subjetiva no cuantificada, aunque recuperada en las semanas previas a la consulta. Negaba tanto secreciones peneanas o disuria (aunque sí reconocía haber presentado puntualmente dificultad para iniciar la micción), como cambios en hábito intestinal y relaciones sexuales de riesgo.

A la exploración, presentaba constantes en rango, con tensión arterial 111/60 mmHg, frecuencia cardíaca 80 lpm y un índice de masa corporal de 30. Consciente y orientado en tres esferas, bien hidratado y perfundido, buena coloración mucocutánea. Destacaba la presencia de una adenopatía a nivel inguinal izquierdo, redondeada y móvil, de 1 cm de tamaño aproximadamente, y dolorosa al roce.

Pruebas complementarias

A su llegada a consultas, el paciente aportó una analítica con bioquímica sin alteraciones y hemograma con leucocitos en límite alto de la normalidad (9.530 leucocitos/ μ l) a expensas de monocitos, y ligero ascenso de VSG (42 mm/h). Aportó en su primera visita una ecografía de partes blandas solicitada desde Atención Primaria, que confirmaba la presencia de adenopatías inguinales y en cadena ilíaca izquierda de aspecto patológico, recomendándose la realización de biopsia ganglionar, con resultado de granulomatosis necrotizante BAAR (bacilos ácido alcohol resistentes) negativa, sin observarse signos histológicos de malignidad, también aportado por el paciente.

Se decidió ampliar el estudio con serologías de VIH, virus de hepatitis B y C, lúes y *Leishmania*, que resultaron negativas, y virus de Epstein-Barr pasado. Autoinmunidad y enzima convertora de angiotensina negativas. Para completar el estudio, se realizó tomografía computarizada (TC) toracoabdominopélvica, sin hallarse adenopatías a otros niveles, decidiéndose finalmente realizar una biopsia quirúrgica de la adenopatía, de nuevo con resultado de granulomatosis necrotizante con células gigantes multinucleadas (Figura 1), siendo finalmente tanto el cultivo de Lowenstein como la medición de interferón gamma (IGRA) negativos.

En la revisión de los resultados, el paciente persistía con astenia y con la exploración inguinal sin cambios respecto a la inicial. Reinterrogando de forma dirigida ante la negatividad de las pruebas realizadas, el paciente admitió haber

mantenido relaciones de riesgo recientemente. Se decidió por ello ampliar el estudio con serología de *Chlamydia trachomatis*, presentando IgM positiva y llegándose así al diagnóstico de LGV.

Evolución

Se inició antibioterapia con doxiciclina a dosis de 100 mg/12 h durante 21 días. Se procedió a la declaración de la enfermedad (como viene establecido desde 2015 en nuestro país) y se informó al paciente de la necesidad de informar a su pareja sexual del diagnóstico para realizar estudio clínico-serológico.

Acudió a revisión 6 meses después, encontrándose asintomático y sin nuevas alteraciones a nivel inguinal. Se realizó entonces una nueva ecografía, en la cual únicamente persistían dos ganglios, disminuidos de tamaño respecto a ecografías previas. Semanas más tarde, se realizó el control serológico del paciente, con negativización de IgM para *Chlamydia*, considerándose al paciente curado de su enfermedad.

Diagnóstico

LGV por *Chlamydia trachomatis*.

Discusión y conclusiones

El LGV es una enfermedad de transmisión sexual cuya frecuencia está aumentando en los últimos años, alcanzando cifras anuales en Europa por encima de los 1.500 casos desde 2015³⁻⁵, cuando se consideró enfermedad de declaración obligatoria en España. En nuestro país, las cifras llegan a más 700 casos desde entonces, con afectación en siete comunidades autónomas diferentes. Esto motiva la necesidad de considerar esta enfermedad cuando se realiza el despistaje de enfermedades de transmisión sexual, principalmente en pacientes que presentan adenopatías inguinales⁶ o afectación anorrectal (tales como rectorragia, secreción purulenta o tenesmo). De los casos notificados en los últimos años en España, es precisamente la afectación anorrectal la más frecuente, causada en la práctica totalidad de los casos por el serovar L2b³.

En el caso expuesto, se presentaron dificultades para llegar al diagnóstico, principalmente por partir de un diagnóstico histológico, además de no presentarse la enfermedad en su forma más frecuente, y la negativa del paciente a comunicar haber mantenido relaciones sexuales de riesgo. Esto último es el principal factor de riesgo para adquirir *Chlamydia trachomatis*, junto con la presencia de enfermedades de transmisión sexual previas, principalmente VIH, que el paciente del caso expuesto no presentaba.

La presencia de granulomas necrotizantes obliga siempre a descartar enfermedad tuberculosa, entre otras

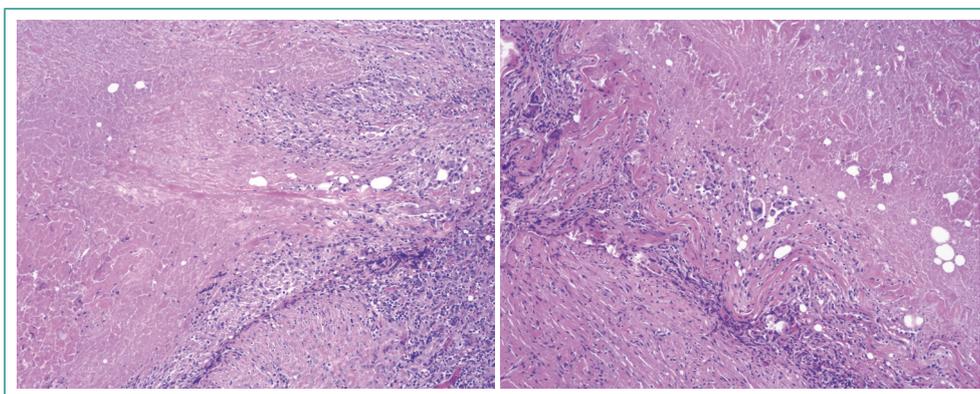


Figura 1. Tejido fibroconectivo con inflamación crónica moderada, reacción granulomatosa crónica con extensa necrosis y células gigantes multinucleadas dispersas. Se realizó técnica Ziehl-Neelsen, con la cual no se identificaron BAAR

entidades, como se realizó en este caso. Una vez descartada esta posibilidad, y teniendo una imagen anatomopatológica compatible, se decidió descartar LGV mediante serología debido a la sensibilidad de esta prueba, además de su sencillez y disponibilidad, a diferencia de la reacción en cadena de la polimerasa (PCR), únicamente disponible en algunos centros. La posibilidad de añadir certeza al diagnóstico confirmando seroconversión a IgG, como se realizó en el caso expuesto, es otro aspecto a favor de la serología.

Una vez alcanzado el diagnóstico, hay que iniciar tratamiento de forma temprana, eligiendo doxiciclina en dosis de 100 mg/12 h durante 21 días, y quedando como alternativas eritromicina o azitromicina⁷. Cumplido el ciclo antibiótico, además de la comprobación serológica de curación, se recomienda el despistaje en los compañeros sexuales del paciente afecto.

El aumento de frecuencia de la enfermedad ha llevado a plantearse la posibilidad de un cribado poblacional. Hasta ahora, únicamente se considera en pacientes con VIH positivo, en los que es más frecuente la infección por *Chlamydia trachomatis*. Sin embargo, se recomienda en las últimas guías clínicas de esta enfermedad realizar estudio sistemático mediante serología de LGV en hombres que mantengan sexo con hombres que refieran prácticas anales receptivas en los 6 meses previos.

En el resto de casos, incluyendo pacientes VIH negativo, aún no hay estudios que justifiquen la realización de una prueba de cribado de LGV.

Bibliografía

1. Macdonald N, Sullivan AK, French P, White JA, Dean G, Smith A, et al. Risk factors for rectal lymphogranuloma venereum in gay men: results of a multicentre case-control study in the UK. *Sex Transm Infect.* 2014; 90(4): 262-268. doi: 10.1136/sextrans-2013-051404.
2. 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 Mar 18; 11: 70. doi: 10.1186/1471-2334-11-70.
3. Díaz A, Ruiz-Algueró M, Hernando V. Linfogranuloma venéreo en España, 2005-2015: revisión de la bibliografía. *Med Clin (Barc).* 2018; 151(10): 412-417. doi: 10.1016/j.medcli.2018.05.036.
4. Vall-Mayans M, Caballero E, Sanz B. The emergence of lymphogranuloma venereum in Europe. *Lancet.* 2009; 374(9686): 356. doi: 10.1016/S0140-6736(09)60993-4.
5. Savage EJ, van de Laar MJ, Gallay A, van der Sande M, Hamouda O, Sasse A, et al. European Surveillance of Sexually Transmitted Infections (ESSTI) network. Lymphogranuloma venereum in Europe, 2003-2008. *Euro Surveill.* 2009; 14(48). doi: 10.2807/ese.14.48.19428-en.
6. Feltes F, Vellés L, Alcaraz I, Kutzner H, Requena L. Lymphogranuloma venereum: report of two cases with "Bubonulus" as primary stage and immunohistochemical demonstration of *Chlamydia trachomatis*. *J Clin Exp Dermatol Res.* 2015; 6: 262. doi: 10.4172/2155-9554.1000262.
7. Workowski KA, Bolan GA; Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. *MMWR Recomm Rep.* 2015; 64(RR-03): 1-137.