



P-605 - ¿SON LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL MOTIVO DE CIRUGÍA URGENTE?

Dabán-López, Pablo; Alcaide-Lucena, Miriam; Delgado-Carrasco, Sergio; Gómez-Sánchez, Javier; Cañas-García, Inés; Mirón-Pozo, Benito

Hospital Universitario San Cecilio, Granada.

Resumen

Objetivos: Revisar la literatura actual sobre el linfogranuloma venéreo (LGV), obteniendo una visión general y la posible intervención del cirujano general en su tratamiento. Esta infección de transmisión sexual (ITS) producida por 3 serotipos de *Chlamydia trachomatis* ha tenido un aumento de incidencia en los últimos años, principalmente debido al aumento de población de hombres que tienen sexo con hombres.

Caso clínico: Paciente de 40 años, ganadero, que acude a Urgencias por tumoración inguinal izquierda dolorosa e indurada de 6-7 días de evolución. Refiere sensación distérmica y sudoración profusa en los últimos días, así como secreción uretral densa matutina. Sin síntomas de obstrucción del tránsito intestinal. Tras varias entrevistas, relata relaciones homo y heterosexuales sin protección, así como de tipo zoofílico. A la exploración, destaca gran adenopatía inguinal izquierda, pétérea, indurada, caliente y muy dolorosa a la palpación. Analítica: 19.280 leucocitos con neutrofilia del 84,7%. Resto sin alteraciones significativas. Ecografía inguinal: múltiples adenopatías en ingle izquierda con lesión de 5 cm anfractuosa con necrosis central. Tras valoración inicial por Cirugía general, es ingresado en Enfermedades infecciosas por probable ITS, en tratamiento con ceftriaxona + doxicilina. Estudios de ITS en orina, cultivos de exudado uretral y PCR de *Mycobacterium tuberculosis* negativos. Se realiza PAAF que únicamente aísla un SAMS. Cinco días más tarde se lleva a quirófano al paciente por mala evolución de la tumoración inguinal, evidenciándose gran colección inguinal con material purulento espeso y maloliente y gran conglomerado adenopático subyacente. Se toman muestras para Anatomía patológica y Microbiología. El paciente continúa el postoperatorio con curas locales y la misma pauta antibiótica, presentando mejoría progresiva hasta el alta. El informe anatomopatológico desvela linfadenitis granulomatosa necrotizante, muy sugerente de linfogranuloma venéreo y recomienda reconsiderar la negatividad del estudio de PCR de *Chlamydia trachomatis*. Dados estos hallazgos y la compatibilidad clínica con esta infección, se inicia tratamiento con doxicilina. En sucesivas revisiones, presenta buena evolución clínica y de la herida quirúrgica, manteniéndose asintomático 6 meses después.



Discusión: La presentación clásica del LGV ha constado de tres etapas: la primera (puede pasar desapercibida frecuentemente) es una pápula o úlcera genital; la segunda es el desarrollo de adenopatías (los llamados bubones); y la tercera fibrosis y fístulas en el área anogenital. Habitualmente, la segunda etapa se presenta con el desarrollo de adenopatías inguinales/femorales uni o bilaterales. Pero recientemente esta tendencia está cambiando e incluso en algunos grupos es más frecuente la presentación como sangrado rectal, proctalgia, dolor abdominal o tenesmo por lo que se trata de presentaciones de esta enfermedad como colitis o proctocolitis. El diagnóstico diferencial debe realizarse con otras ITS. Su confirmación se basa en pruebas serológicas o por diagnóstico directo (PCR, inmunofluorescencia...). El tratamiento recomendado es doxicilina 100 mg/12 horas durante 21 días y se debe hacer este tratamiento ante la sospecha de contagio. En pocos casos, suele ser necesario el vaciamiento de los bubones (suele ser por punción), pero en casos seleccionados, como nuestro caso, puede ser oportuno para alivio sintomático y contribución a la resolución del caso.